



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Domácí hospicová péče z pohledu sestry

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Elena Herdová

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Domácí hospicová péče z pohledu sestry*“ 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 svého 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 této bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Herdová Elena

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Iloně Lískovcové, Ph.D, MBA. za cenné rady, čas, připomínky a metodické vedení této práce.

Poděkování patří také sestřám, které si udělaly čas na rozhovor i přes jejich pracovní vytížení a tím mi pomohly k dokončení mé bakalářské práce.

Domácí hospicová péče z pohledu sestry

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce je „Domácí hospicová péče z pohledu sestry“. Skládá se z části teoretické a výzkumné. V teoretické části je definována domácí hospicová péče a práce vysvětluje, pro koho je určena. Dále se zabývá potřebným vybavením dle standardů a vyhlášky, co se týče materiálního, přístrojového či personálního vybavení. Zaobírá se smyslem a složením multidisciplinárního týmu, rozsahem péče a rolmi, které sestra zastává pro umírajícího, rodinu i pozůstalé, při procesu smíření se s umíráním dle Elisabeth Kübler Rossové. Práce zahrnuje přehled agentur domácí hospicové péče fungujících v Jihočeském kraji dle odbornosti 926 a v neposlední řadě legislativní úpravu domácí hospicové péče.

Výzkumná část je zpracována formou kvalitativního výzkumu s hlavním cílem zjistit pohled sester na domácí hospicovou péči. Byly stanoveny i cíle dílčí – zjistit rozsah péče sester v domácí hospicové péči, zjistit, jak samy sestry hodnotí svou pracovní zátěž a jaké faktory komplikují poskytování této péče. K jednotlivým cílům byly stanoveny výzkumné otázky.

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány se sestrami pracujícími v agenturách domácí hospicové péče v Jihočeském kraji. Rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem dotazovaných sester a následně doslovně přepsány do písemné formy. Celkem bylo vytvořeno šest kategorií a dvacet podkategorií. Výzkum probíhal v období únor až březen 2022 a velikost výzkumného souboru se odvíjela dle nasycení odpovědí dotazovaných – ve výsledku osm sester.

Výsledky práce mohou být publikovány pro laickou i odbornou veřejnost. Možný přínos vidím ve zvýšení povědomí v rodinách, kde se nachází umírající člen, který by si přál umírat doma, či zvýšení zájmu sester o tento obor.

Klíčová slova

Domácí hospicová péče; paliativní péče; umírání; smrt; sestra; multidisciplinární tým; rodina.

Home hospice care from the point of view of the nurse

Abstract

The subject of this bachelor's thesis is "Home hospice care from the point of view of the nurse". It consists of parts theoretical and research. The theoretical section describes: home hospice care, its definition and for whom it is intended; necessary equipment, instrumentation or personnel: the meaning and composition of a multidisciplinary team; the extent of the care and role the nurse holds for the dying, family and survivors or description of dying according to Elisabeth Kübler Ross. This thesis includes overview of the hospice care agencies operating in the South Bohemia Region according to the expertise of 926 and last but not least the legislative regulation of the home hospice care.

The research part was processed in the form of qualitative research with the main aim of finding out the nurse's point of view on home hospice care. Partial targets have been also set – to determine the extent of nurse's care in home hospice care and see how nurses themselves assess their workload and identify the factors complication the delivery of this care. Research questions are set for each objective aim.

The data collection took the form of semi-structured interviews, which were carried out with nurses working at home hospice care agencies in the South Bohemia Region. The conversations were recorded on a dictaphone with permission of the interviewed nurses and then literally transcribed into written form. A total of six categories and twenty subcategories were created. The research took place between February and March 2022 and the size of the research file was based on the saturation of the responses of the interviewees, as a result eight nurses.

The result of the thesis can be published for both lay and professional publics, which could result in increased awareness in families where a dying member is located, who wishes to die at home, or increase nurse's interest in the field.

Key words

Home hospice care, palliative care, dying, death, nurse; multidisciplinary team, family

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 8 |
| 1 Současný stav..... | 10 |
| 1.1 Domácí hospicová péče | 11 |
| 1.1.1 Vybavení domácí hospicové péče dle standardů a vyhlášky | 15 |
| 1.2 Multidisciplinární tým | 16 |
| 1.3 Role sestry v domácí hospicové péči | 18 |
| 1.3.1 Péče o umírajícího | 20 |
| 1.3.2 Umírající a rodina..... | 23 |
| 1.4 Přehled domácích hospiců v Jihočeském kraji dle odbornosti 926 | 26 |
| 1.5 Legislativa | 27 |
| 2 Cíl práce a výzkumné otázky | 30 |
| 2.1 Cíl práce..... | 30 |
| 2.1.1 Dílčí cíle..... | 30 |
| 2.2 Výzkumné otázky | 30 |
| 2.3 Operacionalizace pojmů použitých v práci a výzkumných otázkách | 30 |
| 3 Metodika..... | 31 |
| 3.1 Popis metodiky..... | 31 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 31 |
| 3.3 Sběr dat..... | 31 |
| 3.4 Analýza dat..... | 32 |
| 4 Výsledky | 33 |
| 4.1 Struktura výzkumného vzorku | 33 |
| 4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami | 33 |
| 4.3 Dovednosti sester | 35 |
| 4.3.1 Vzdělání | 35 |
| 4.3.2 Vlastnosti a dovednosti sestry | 36 |
| 4.3.3 Předchozí praxe | 37 |
| 4.4 Práce v hospici | 38 |
| 4.4.1 Co přivádí sestry k DHP | 39 |
| 4.4.2 Neodmyslitelná část DHP | 40 |
| 4.4.3 Definice DHP dle sester..... | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.5 | Domácí hospicová péče | 41 |
| 4.5.1 | Pozitiva | 41 |
| 4.5.2 | Negativa | 42 |
| 4.5.3 | Osobní význam pro sestry..... | 43 |
| 4.5.4 | Kapacita | 44 |
| 4.6 | Rozsah péče | 45 |
| 4.6.1 | Péče o nemocné a pečující..... | 45 |
| 4.6.2 | Péče o pozůstalé | 47 |
| 4.6.3 | Péče o zemřelého..... | 48 |
| 4.6.4 | Nedostatky péče | 48 |
| 4.7 | Zátěž..... | 49 |
| 4.7.1 | Fyzická a psychická zátěž sestry | 50 |
| 4.7.2 | Smrt..... | 51 |
| 4.7.3 | Změna oboru..... | 51 |
| 4.8 | Faktory komplikující péči..... | 52 |
| 4.8.1 | Vnější vlivy..... | 52 |
| 4.8.2 | Uspádnění péče či zvýšení kvality péče..... | 53 |
| 4.8.3 | System..... | 53 |
| 5 | Diskuse..... | 54 |
| 6 | Závěr..... | 61 |
| 7 | Seznam literatury | 63 |
| 8 | Seznam příloh..... | 69 |
| 9 | Seznam zkratk | 74 |

Úvod

Název této bakalářské práce je Domácí hospicová péče z pohledu sestry. Hlavním cílem práce je zjistit, jak pohlíží na domácí hospicovou péči sestry samotné. Konkrétně ty, které péči přímo zajišťují a jsou v kontaktu s lidmi, již ji skutečně potřebují – s pacienty v terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění, kdy už není kurativní léčba přínosem. Abychom došli k této odpovědi, byly zvoleny i dílčí cíle. Zájmem práce je také zjištění rozsahu péče poskytovaného sestrami v domácí hospicové péči, v jaké míře pocítují sestry v domácí hospicové péči psychickou a fyzickou zátěž a co jim jejich práci nejvíce komplikuje.

Práce popisuje specifika hospicové péče, zejména domácí hospicové péče, jež zahrnuje též paliativní péči, která je hlavně věnována lidem, kteří se nacházejí v náročné životní situaci – v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění.

Dle definice WHO je podmínkou pro hospicovou péči předpokládaná doba zbývajících života nemocného kratší než šest měsíců a neexistuje již kurativní léčba, která by byla přínosem pro zdravotní stav pacienta. Domácí hospicová péče je specifická v tom, že je poskytována ve vlastním sociálním prostředí jedince 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Důležitou podmínkou je, že jedinec není doma sám a rodina je ochotna se o nemocného postarat.

Charakteristické pro péči tohoto typu je uspokojování aktuálních individuálních potřeb a přání jedince, která mohou být na biologické, psychické, sociální či duchovní úrovni. Neméně důležité je tišení bolesti a jiných symptomů způsobených nemocí, snížení utrpení při umírání a zajištění přítomnosti blízkých. Podstatou je zachování respektu a úcty k nemocnému, rodině, umírání i smrti.

Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který má poměrně rozsáhlé množství členů různých specializací. Důležitá je aktivní spolupráce všech členů, kdy je každý z nich zodpovědný za svou práci.

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila z několika důvodů. Prvním z nich je čím dál častější výskyt závažnějších nevyléčitelných onemocnění v mém blízkém okolí. Rozhodla jsem se tedy ponořit se do této problematiky hlouběji, aby mi byly známy všechny možnosti pro splnění přání mým blízkým a pro poznání celkového přístupu k umírajícím v tomto oboru. Blíže k tématu mě přivedla také praxe při studiu, kdy jsem měla možnost vykonávat odbornou praxi v hospici Anežky České v Červeném Kostelci, který byl prvním založeným hospicem u nás. Zde jsem měla možnost získat zkušenost i v domácí hospicové péči, díky čemuž mě tato problematika zaujala.

1 Současný stav

Pod označení domácí hospicová péče (dále jen DHP) zahrnujeme zařízení také označována jako mobilní specializovaná paliativní péče, mobilní paliativní péče, domácí hospic či mobilní hospicová péče. Všechny tato zařízení budou dále označována pouze jako domácí hospicová péče.

Hlavním jménem u nás v ČR spojeným s rozvojem hospicové péče je jméno MUDr. Marie Svatošová, díky níž byl v roce 1996 otevřen první kamenný hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. MUDr. Svatošová se nejdříve věnovala domácí zdravotní péči a po roce 1990 propagovala v České republice hospicové hnutí s názvem Ecce homo (Ejhle člověk), které vedlo k úspěšnému otevření prvního hospice u nás (Tomeš et. al, 2015).

Dalšímu důležitému rozvoji paliativní medicíny a hospicové péče u nás přispěla velkou mírou Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která vznikla v roce 2005. V roce 2007 tato asociace vydala Standardy hospicové paliativní péče ve spolupráci s Nadací rozvoje občanské společnosti. Následujícím úspěchem v této oblasti bylo založení České společnosti paliativní medicíny díky ČLS JEP v roce 2009. ČSPM je momentálně členem Evropské asociace paliativní péče. Důležitými dokumenty pro paliativní a hospicovou péči jsou – Charta práv umírajících, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Evropská sociální charta. Cílem bylo vytvoření společné strategie, která zajistí důstojný odchod lidem s nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu a jejich rodinám zajistit pomoc při truchlení (Bužgová, 2015).

V ČR dochází v současné době k rozvoji DHP. Zprostředkovat tuto péči může být pro sestru velice náročné. Cílem je zajistit jedinci nacházejícímu se v terminálním stádiu nejlepší a nejvhodnější péči v sociálním prostředí, které je nemocnému vlastní a přirozené, a přizpůsobit se jeho individuálním potřebám. Tato péče umožňuje nemocnému prožít těžké období v příjemném prostředí a po boku s jeho blízkými. Sestra má zajistit zmírnění bolesti, ztlumení utrpení a zachování lidské důstojnosti a úcty jak k životu, tak k umírání. Multidisciplinární tým zajišťuje tu nejlepší péči zprostředkovanou hned několika obory (Umírání.cz, 2021).

1.1 Domácí hospicová péče

Pojem hospic, užívaný často ve spojení s pojmem paliativní péče, pochází z latinského slova *hospitium* = útulek, který byl popsán již v Bibli. Hospicová péče může být poskytována pacientům, kteří se nacházejí v terminálním stádiu způsobeném závažným onemocněním (onkologická onemocnění, chronická nevléčitelná onemocnění, metabolická onemocnění, závažné poúrazové stavy atd.). Hospicová péče napomáhá pacientům s jejich fyzickým strádáním, ale i s psychickou, sociální a duchovní stránkou, které se navzájem prolínají (Tomeš et. al, 2015).

Hospicová péče je poskytována specializovanými odborníky, aby byla zajištěna co nejlepší léčba, která však již nezajistí uzdravení, ale zahrnuje laskavou péči, tišení bolesti, zachování důstojnosti a doprovázení nemocného i jeho nejbližších. Tato péče se i nadále rozvíjí a nabývá své podstaty a důležitosti. Lidé, kterým je tato péče poskytována, jsou zahrnováni láskou, klidem, pocitem bezpečí, uznáním, nadějí, ale hlavně také odbornou zdravotní péčí v co nejširším rozsahu tak, aby bylo dosaženo uspokojení potřeb fyzických, psychických, sociálních i spirituálních (Kelarová, 2007).

Od hospicové péče se významně odlišuje nemocniční péče. Záleží na individuálních přáních a jedincových potřebách, od kterých se péče následně odvíjí. Pro poskytování takto specializované péče není potřebná hospitalizace v nemocničním zařízení, která by mohla jedince rozrušovat a působit na něj nepříjemně – může být poskytována v kamenném hospici či prováděna jako denní stacionář nebo formou DHP. Využití hospicové péče může být navrženo ošetřujícím lékařem nebo může být vyžádáno přímo pacientem či jeho blízkými, avšak za souhlasu nemocného. Musí být vždy brána v potaz podmínka, kterou je neblahá prognóza zahrnující konec života do šesti měsíců a nutnost paliativní péče (Haškovcová, 2007).

Základním principem filozofie hospicové péče je projev maximální úcty k životu i k umírajícímu a jeho rodině, zajištění respektu, zachování lidské důstojnosti a lásky až do úplného konce. Důležitá je také míra kvality poskytované péče a neomezování aktivit nemocného s jeho nejbližšími (Arnoldová, 2016).

Definice hospicové péče dle WHO zní: „*Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální, psychologické a duševní péče poskytované nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života menší než šest měsíců, a u kterých byla ukončena aktivní léčba.*“ (Koncepce hospicové péče pro Českou republiku, 2017, s. 1).

Nedílnou součástí DHP je paliativní medicína a paliativní péče. Paliativní péče je holistický směr péče o člověka v terminálním stádiu onemocnění a její snahou je zmírnění utrpení a bolesti. Dle WHO je paliativní péče definována takto: „*Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením, léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních a duchovních.*“ (Paliativní péče v České republice 2016, s. 4).

Je zaměřena hlavně na kvalitu života jedince v situaci, kdy kurativní léčba již nefunguje. Léčba, která nemá již žádný účinek, ukončena být může, péče ovšem ne. V ČR se paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989 (Plevová a kol., 2011).

Součástí hospicové a paliativní péče je také včasné vyhodnocení stavu pacienta, smysluplnosti aktivní léčby, sledování a porozumění pacientovi a jeho blízkým. Následné poskytování takové léčby a péče, která je podstatná pro kvalitní život pacienta v závislosti na jeho zdravotní stav. Důležitý je také respekt k pacientově samostatnosti. Dalšími neméně důležitými milníky tohoto typu léčby a péče jsou: podpora rodiny a doporučení vhodných odborníků, kteří se postarají o konkrétní problémy jedince a jeho rodiny (Plakovic, 2016).

Umírání a smrt jsou nedílnou součástí paliativní péče, ta však příchod smrti neurychluje. Pojem paliativní péče vznikl spojením dvou slov z latiny a z angličtiny: pallium = rouška/plášť, palliate = mírnit. Dle WHO a dalších autorů se paliativní péče zabývá zlepšením kvality života pacientů, kterých se týkají problémy spojené s nevléčitelnou nemocí, a to tím, že předchází utrpení nebo zmírňuje utrpení. Cíli paliativní péče jsou: včas zjistit a zmírnit utrpení nemocného s infaustní prognózou, zajistit mu alespoň v rámci možností kvalitní život v nemoci, důstojnost a podporu jemu a jeho blízkým, poskytovat dostatek informací nemocnému i jeho rodině a v neposlední řadě útěchu. Prioritou je úleva od bolesti a strádání (Nováková, 2011).

Jako specializovaná paliativní péče je označována domácí paliativní péče, která je součástí domácí hospicové péče. Jedinec má v domácím prostředí svobodu, kdokoli a kdykoli ho může navštívit či podpořit a nachází se v prostředí, které zná. Oproti tomu v některých zařízeních mohou být jedinci a jejich rodiny omezeni provozem a řádem, tím může být narušena anonymita a ztráta soukromí v už tak náročném období, kterým umírání je. Proto je přínosem, pokud je možné zajistit domácí paliativní péči v plném rozsahu (Sláma et. al, 2011).

Kapounová (2020) popisuje několik pojmů, které úzce souvisí s DHP a paliativní péčí. Marná a neúčelná léčba je taková, která pacientovi nepomáhá, představuje pro něj zátěž a zvýšené riziko pro vznik komplikací a nevede k záchraně jeho života, jeho prodloužení nebo zlepšení kvality. Nezahájení léčby je vysvětlováno jako léčebný postup, který není indikován z důvodu, že nemůže zastavit progresi onemocnění, nemůže navrátit zdraví ani odvrátit smrt. Nepokračování léčby je popsáno jako situace, kdy je daná léčba neúčelná, nezlepšuje stav nemocného, neodvrátí smrt pacienta, a tak je z těchto důvodů ukončena.

Pro DHP se užívá obdobná definice jako pro lůžkovou hospicovou péči s tím rozdílem, že je poskytována pacientovi ve vlastním sociálním prostředí, v jeho domácnosti. Výhodou je prostředí, které je pro jedince přirozené, je mu příjemné, působí dobře na psychickou stránku nemocného jedince i jeho rodiny. Při poskytování DHP je zapotřebí velká míra spolupráce rodiny nemocného s personálem domácí hospicové péče. Tato situace může být pro členy rodiny a blízké umírajícího jedince velice náročná hned z několika aspektů – fyzicky, psychicky, časově, finančně i prostorově. Organizace poskytující DHP musí také dodržovat standardy určené Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Ta klade důraz na všechny stránky péče o jedince v terminálním stádiu onemocnění. DHP poskytuje péči taktéž rodině zemřelého v období zármutku a většinou zajišťuje i půjčení potřebných pomůcek pro péči o terminálně nemocného. Tato péče je poskytována výhradně terminálně nemocným pacientům (Koncepce hospicové péče pro ČR, 2017).

Na členech týmu DHP je také poskytnutí pomoci členům rodiny, vyskytujícím se v péči o nemocného v domácím prostředí. Měla by vždy fungovat speciální hospicová poradna, kam se mohou členové domácnosti s nemocným kdykoli telefonicky obrátit, pokud se vyskytnou v situaci, se kterou si nevědí rady. DHP může však komplikovat

mnoho faktorů, například chybějící rodinné zázemí, neznalost možnosti této péče, špatné odborné zázemí v oblasti domova nemocného, špatné sociální podmínky nebo přístupy v okolí nemocného a další (Kupka, 2014).

DHP je povinna zajistit péči o nemocného v jeho vlastním sociálním prostředí 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. V případě nutnosti péče mimo domluvené pravidelné návštěvy, musí být někdo z personálu této péče dostupný telefonicky a musí být schopen se dostavit k nemocnému domů kdykoli je to potřeba. Vzdálenost tedy může být častou překážkou, vzhledem k nedostatku organizací poskytující domácí hospicovou péči (Cimrmannová, 2020).

Pro pacienty nacházející se v terminálním stádiu onemocnění je velice důležité, aby zůstali fyzicky soběstační tak dlouho, jak je to jen možné. Dalším podstatným faktorem je mít kvalitní kontrolu nad symptomy, které se v tomto čase objevují čím dál častěji. Kvalitně strávené chvíle nemocného s jeho rodinou a přáteli mohou mít pozitivní vliv na aktuální stav nemocného. Hospicová péče obecně dává pacientům možnost kvalitní péče, která bere v potaz pacientovy individuální priority v posledních měsících i dnech života. Spolupráce multidisciplinárního týmu s pacientem, jeho rodinou, ale i s dalšími složkami zdravotnického systému, kterými mohou být například externí specialisté, nemocnice, praktičtí lékaři a další, má velký přínos pro všechny zapojené, avšak hlavně pro nemocného a jeho rodinu. Hospicová péče prováděna ve vlastním prostředí pacienta a jeho rodiny rozšiřuje možnosti pro lepší adaptaci rodiny a nemocného do této náročné situace, což se pak promítá v péči, která je založena na perfektní práci a spolupráci sester a ostatních členů multidisciplinárního týmu, kteří se na poskytování péče podílejí (Role of Hospic care at the End of Life for People With Cancer, 2020, online).

1.1.1 Vybavení domácí hospicové péče dle standardů a vyhlášky

Co se týče materiálního a technického vybavení DHP musí se organizace řídit dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Organizace je povinna mít vybavení v určitých počtech daných vyhláškou. Dle počtu pacientů se množství jednotlivých pomůcek znásobuje. Také je potřeba brát ohled na další potřebné pomůcky, které nejsou ve vyhlášce, ale diagnózy aktuálních pacientů je vyžaduje.

Je tedy zapotřebí, aby DHP měla: elektrická polohovací lůžka, antidekubitní a polohovací pomůcky, aktivní i pasivní antidekubitní matrace (dle počtu pacientů, pro každého pacienta alespoň jedna), pumpy pro podávání parenterální a enterální výživy, lineární dávkovače léků, oxygenátory, odsávačky, prostředky pro celkovou koupel pacienta (jak na lůžku, tak ve vhodně upravené koupelně), chodítka, pojízdné WC židle, mechanické pojízdné vozíky, pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem, dopravní prostředek pro přepravu k pacientům, brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři (1 sestra = 1 brašna), telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou (Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012, online).

Při zajišťování DHP musíme být schopni zajistit chod potřebných činností v domácím prostředí. Prostředí, ve kterém se pacient nachází, by mělo odpovídat požadavkům pro zajištění soukromí pro možné intimní a soukromé záležitosti pacienta a musí být vyhovující pro okamžitou reakci na aktuální stav pacienta. Je nutné mít zajištěné prostředí pro administrativu, pro poskytování telefonické konzultace, pro setkávání multidisciplinárního týmu, uchovávání dokumentace v souladu s legislativou, pro skladování léků a jiného zdravotnického materiálu, pro skladování opiátů v souvislosti s legislativou, anebo také pro skladování, očistu a dezinfekci zdravotnických pomůcek. Nutná je i pravidelná kontrola a revize těchto zdravotnických pomůcek. Personál, který s nimi zachází, musí být řádně proškolen k jejich správnému používání (Standardy hospicové paliativní péče, 2016).

Služby hospiců jsou většinou rozsáhlejší než služby v jiném zdravotnickém či sociálním zařízení, což vyžaduje dostatečnou kapacitu zaměstnanců i dobrovolníků. Komplexní péče hospiců většinou zahrnuje zdravotní, psychologické, sociální, duchovní, paliativní a podpůrné služby jak pro pacienty, tak pro jejich rodiny. Organizace DHP mohou taky zapůjčovat zdravotnické pomůcky potřebné k 24hodinové péči o pacienta, jako jsou například pojízdná WC, polohovací postele, vozíky, chodítka a další (Tomeš et. al, 2015).

1.2 *Multidisciplinární tým*

Multidisciplinární tým ve zdravotnické péči znamená zastoupení mnoha specialistů v rozličných oborech zdravotnictví, kteří dělají svou práci, jak nejlépe dovedou, vzájemně spolu komunikují a spolupracují, aby byla zajištěna péče ve všech směrech. Pracují individuálně, ale zároveň jsou na sobě vzájemně závislí a každý z nich nese odpovědnost za péči a odvedenou práci. Zařazujeme sem například lékaře specialisty, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelky, rehabilitační sestry, nutriční terapeutky, pečovatelky, psychologa, duchovní, sociální pracovníky ale i laické dobrovolníky. Týmová spolupráce multidisciplinárního týmu vyžaduje zkušenosti. Důležitou součástí je také společné rozhodování o péči o pacienta. Multidisciplinární péče je hlavním konceptem moderní paliativní a hospicové péče (Haškovcová, 2007).

Dle Baldwin a Woodhouse 2011 jsou hlavními čtyřmi klíči k poskytování kvalitní multidisciplinární péče: čas a zdroje pro sestavení multidisciplinárního týmu, rozvíjení lokálně příslušných a flexibilních organizací pro poskytování péče, definice jasných pravidel a rozsáhlá komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu, pacienty a rodinami, a jako čtvrtý bod je tým, složený ze všech zdravotnických profesí. V každém týmu by měla být základem komunikace nejen mezi jeho členy, ale i komunikace s pacientem a se všemi, se kterými je pacient v kontaktu. V každém týmu je potřeba zvolit klíčovou osobu, která povede daný tým. Pacient a jeho blízcí musí vědět, kdo je touto osobou a že se na ni mohou kdykoli obrátit. Multidisciplinární tým je důležitý a přínosný pro každého pacienta nezávisle na místě, kde je mu péče poskytována.

Základními pomyslnými stavebními kameny multidisciplinárního týmu je kvalitní komunikace, objektivnost, otevřenost, sdílení informací mezi členy týmu a pacientem a neopomíjení holistického pohledu zdravotní péče. Aby tým pracoval efektivně, je důležité, aby byl zvolen vůdce, který je schopen provádět správná rozhodnutí. Pacient je aktivně zapojen do procesu rozhodování o péči. Je nutné, aby členové multidisciplinárního týmu byli také podporováni zvenčí, vedeni k obohacování se o nové vědomosti, o nové postupy a informace v péči o pacienty v terminálním stádiu. Členům by měla být také poskytnuta možnost využít psychologickou podporu osobně, kdykoli to budou potřebovat, jelikož hospicová a paliativní péče je znatelnou zátěží na psychiku zdravotnických pracovníků. Zdůrazňována je dostatečná informovanost blízkých umírajícího o jeho zdravotním stavu, avšak pouze v daných kompetencích týkajících se sdělování informací o nemocném zdravotnickými pracovníky. Podstatná je také dostupnost členů multidisciplinárního týmu v jakoukoli denní hodinu, kdykoli je nemocný nebo rodina potřebuje (Malíková, 2020).

Okamžitá dostupnost členů multidisciplinárního týmu se týká jak zdravotníků, tak nezdravotníků, konkrétně duchovních. Pokud jsou nemocný a rodina silně věřící, může přítomnost duchovního v dané situaci výrazně ovlivnit stav nemocného. Přítomnost duchovního u věřícího nemocného vede často k nalezení vlastního vnitřního klidu a ke smíření se se smrtí. Přítomnost duchovního nemá pozitivní vliv pouze na nemocného, ale také na členy rodiny a jeho blízké, kteří mají stejnou víru (Bramadat et.al, 2013).

Dle standardu hospicové paliativní péče z roku 2016 mají členové multidisciplinárního týmu povinnost scházet se alespoň jednou týdně a konzultovat tak péči o daného jedince. Zdravotničtí pracovníci týmu musejí být dostupní 24 hodin denně a ostatní nezdravotničtí pracovníci (psycholog, aktivizační pracovník atd.) alespoň jednou týdně dle individuálních potřeb a domluvy s jedincem. Na setkání mohou být přizváni i laičtí dobrovolníci, aby byli informováni o následné péči. Taktéž mohou být na setkání týmu přizváni specialisté různých oborů. Všichni členové týmu jsou povinni vést dokumentaci, vyjma laických členů týmu – ti mají přístup k dokumentaci pouze se souhlasem pacienta (Standard hospicové paliativní péče, 2016).

Dle Standardu mobilní specializované paliativní péče z roku 2018 jsou k základním personálním požadavkům pro multidisciplinární tým doporučeni také ergoterapeuti, fyzioterapeuti, arteterapeuti, nutriční specialisté, kliničtí farmaceuti, koordinátoři dobrovolníků a pracovníci v sociálních službách. Důležitá je komunikace s pacientem, komunikace mezi členy týmu, s blízkými pacienta a dalšími, kteří se podílejí alespoň minimálně na péči o pacienta. Blízcí nemocného mají kontakt na někoho ze členů týmu v případě potřeby.

Pokud má pacient nějaké trápení, sestra by to měla včas rozpoznat a tuto informaci předat ostatním členům multidisciplinárního týmu, aby bylo následně společnými silami zajištěno řešení (intervence), které zmírní trápení pacienta. Hlavní rozhodnutí o daných intervencích ale není na multidisciplinárním týmu nebo rodině umírajícího, nýbrž přímo na nemocném (Marková, 2010).

Multidisciplinární tým není klíčový pouze v DHP, ale ve zdravotnictví celkově. Proběhla řada výzkumů na toto téma, kde ve výsledku byla zdůrazněna důležitost vztahu mezi týmovou prací a výsledky poskytované péče. Důležitými výchozími body výzkumů jsou například efektivní týmové chování, společné kompetence (vědomosti, dovednosti, přesvědčení, motivace), intervence prováděné v týmu, strategie posouzení týmové výkonnosti a také role ve formování týmové spolupráce v praxi (Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care, 2018, online).

1.3 Role sestry v domácí hospicové péči

Práce v DHP může být pro sestru náročná jak fyzicky, tak psychicky. Pracovat s vážně nemocnými a umírajícími lidmi není zrovna povzbuzující. Sestra pracující v tomto oboru by měla mít oporu při práci, a to nejen od svého zaměstnavatele, ale i od své rodiny a blízkých, aby bylo předcházeno neblahým projevům této profese na lidskou psychiku, což by mohlo vést až k syndromu vyhoření. Nejběžnější formou podpory psychiky zdravotnických pracovníků od jejich zaměstnavatele bývají semináře, pravidelná setkání a diskuse na libovolná témata, ať už se týkají práce s lidmi v této péči či nikoliv, anebo také různá školení o psychické pohodě. Sestra může mít v ošetrovatelském procesu hned několik rolí, avšak tou nejdůležitější bývá role koordinátora. Sleduje i pacientovy potřeby a přání, i to, jak se v čase mění. Zjišťuje možnosti, jak může tyto potřeby a přání pacienta naplnit, a jejím úkolem je dostat očekávaného cíle tak, aby zpříjemnila pacientovi čas. Je zapotřebí, aby si sestra získala pacientovu důvěru a v tak nelehkém

období uměla vhodně a citlivě využít pacientovy otevřenosti v některých situacích a zjistila vše o jeho problémech, trápeních, potřebách i přáních, které pak nadále může řešit, uspokojovat či plnit. Naopak, pokud pacient nemá dobrý den, nebo má opravdu nějaký důvod, kdy nechce komunikovat se sestrou ve větší míře, tak by sestra měla tuto skutečnost akceptovat, zajistit potřebnou péči o pacienta a dále ho neobtěžovat (Burda a Šolcová, 2016).

Efektivní komunikace má značný vliv na spokojenost a celkový stav pacienta, pomáhá kontrolovat bolest pacienta a je podstatná pro budování dobrého vztahu a důvěry mezi pacientem a zdravotníkem (sestrou). Neopomenutelná je také schopnost pečující sestry přizpůsobit své komunikační dovednosti jednotlivcům a daným situacím. Sestra by si měla být vědoma jistých překážek a díky efektivní komunikaci by měla být schopna je překonávat (Debnath, 2010).

Dle Staňkové (2002) by měla sestra zaujímat pět hlavních rolí. První je role pečovatele – zjišťování potřeb a přání pacienta, uspokojování potřeb a přání pacienta, vykonávání ošetrovatelské péče o pacienta a nacházení řešení ošetrovatelských problémů pacienta. Role edukátora – sestra edukuje jak pacienta, tak rodinu. Taková edukace zahrnuje poučení o možných komplikacích, nácvik úkonů související se soběstačností pacienta, uvědomění rodiny o běžných potřebách pacienta a jejich zajištění, edukaci o postupu v různých situacích spojených s DHP a umíráním jedince. Role obhájce pacienta – ne vždy pacient před blízkými dokáže vyjádřit své potřeby či pocity, sestra by se ho v těchto situacích měla zastat a zajistit mu tak i potřebu bezpečí a jistoty. Sestra jako koordinátor – koordinace péče a spolupráce multidisciplinárního týmu a rodiny nemocného. A v neposlední řadě sestra asistent – provádí ošetrovatelskou a některou terapeutickou péči, asistuje lékaři při výkonů terapeutických činností.

Sestra by měla plnit své povinnosti bez ohledu na to, jaké je pacient národnosti, jaký je jeho zdravotní stav, jakou má víru nebo na jakém místě ošetrovatelskou péči vykonává, či bez ohledu na to, jak je sestře pacient sympatický. Vztah sestry a pacienta je totiž základem ošetrovatelské činnosti (Kelnarová, 2007).

Ošetrovatelskou péči v DHP zajišťují hlavně všeobecné sestry. U těch se předpokládá dostatečné vzdělání pro samostatnou a zodpovědnou práci. Všeobecná sestra při pravidelných návštěvách pacienta posuzuje změny jeho stavu, hodnotí subjektivní i objektivní příznaky a na základě úsudku kontaktuje lékaře. Je schopna reagovat

i v náročnějších situacích, které u závažně nemocného mohou kdykoli nastat. Podstatnou vlastností sestry je rozhodnost. Je nutné umět se rychle rozhodnout pro správný postup a ovládat komunikaci ve stresových situacích (O'Connor & Aranda, 2005).

V průběhu péče o jedince s progredujícím onemocněním dochází ke ztrátě schopnosti soběstačnosti. To je náročné pro nemocného i jeho rodinu. Náplní práce sestry je udržovat soběstačnost nemocného v co největší míře a co nejdelší dobu je to možné. Jelikož je průběh každého onemocnění u konkrétního jedince rozdílný, ztráta soběstačnosti přichází různě rychle v závislosti na pacientovy. Pokud dojde ke zhoršení stavu pacienta v rozsahu, kdy dochází k prohlubujícím se oslabení životních funkcí, sestra ošetrovatelskou péči nepřerušuje, ale pokračuje v ní takovým způsobem, aby co nejméně zatěžovala či obtěžovala pacienta (Svatošová, 2012).

Všeobecná sestra musí být erudovaná. Musí se pohotově a přehledně orientovat v ošetrovatelském procesu, být schopna fyzikálního vyšetření a mít znalost farmakologie. Edukuje pacienta i pečující o ošetrovatelském procesu a dokáže vysvětlit léčebný proces stanovený lékařem. Sestra během své péče také poskytuje podpůrnou psychoterapii a jasně ovládá postupy při úmrtí pacienta, při kterých dodržuje legislativní normy – zákon o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.3.1 Péče o umírajícího

Jedinec nacházející se v terminálním stádiu jeho života způsobeném nemocí má potřeby jako každý jiný zdravý jedinec, avšak jeho hodnoty se podstatně liší. Potřebu můžeme vysvětlit dle různých definic jako jakýsi stav nedostatku, jehož naplnění vede k udržení biologické, psychické, sociální a duševní rovnováhy. Při nenaplnění potřeb může dojít k narušení této rovnováhy, což může způsobovat problémy. Potřeby a hodnoty člověka se v různých obdobích života podstatně liší dle aktuální situace. Potřeby umírajícího člověka můžeme členit dle základu Abrahama Maslowa, který vytvořil pyramidu potřeb. Tato pyramida je rozdělena na dvě části: nižší potřeby a vyšší potřeby. Nejdůležitějšími jsou potřeby nižší, vyšší potřeby mohou být uspokojovány pouze za situace, kdy jsou primárně plně naplněny potřeby nižší. Ty jsou rozděleny na: fyziologické potřeby (hlad, žízeň), potřebu bezpečí a jistoty a společenské potřeby (potřeba sounáležitosti a lásky). Za vyšší potřeby jsou pak považovány: potřeba uznání (sebeúcta) a potřeba seberealizace (rozvoj osobnosti). V oblasti paliativní a hospicové

péče hovoříme hlavně o potřebách biologických, psychosociálních a spirituálních (Bužgová, 2015).

Péče o umírajícího jedince je náročná jak pro umírajícího samotného a jeho rodinu, tak i pro pečujícího (pečovatele, ošetřovatele, sestru). Zdravotnický personál starající se o umírající by měl perfektně ovládat psychologický přístup k těmto pacientům. Péče o pacienty v terminálním stádiu oproti péči o jiné pacienty je samozřejmě náročnější po všech stránkách. Zdravotnický personál se chová profesionálně a pacientovi i jeho rodině je vždy oporou. Neměl by před nimi příliš projevovat své emoce, ať už pláč či radost z vlastního štěstí. Zajištěna musí být péče o dýchání, o pohyb nemocného, o příjem potravy a tekutin, o hygienu, o vyprazdňování, o spánek a odpočinek a v neposlední řadě o pocit bezpečí a jistoty. Pokud jsou tyto potřeby zajištěny, tak může být zajištěno splnění potřeb vyšších (Mlýnková, 2017).

V péči o umírajícího je důležité posoudit aktuální stav jedince, který se může často v této terminální fázi měnit. Od jeho stavu se odvíjí aktuální péče. Zdravotnický personál se řídí dle daných postupů v péči o umírajícího, těmi jsou například pravidelné hodnocení symptomů (nauzea, bolest, zvracení, dušnost, úzkost), pravidelné podávání léků a upravování jejich dávek dle aktuálního stavu jedince. Péče musí být zorganizována tak, aby měl pacient vždy k dispozici dostatek léků ve vhodné formě za účelem co nejrychlejšího podání ulevujících léků v případě zhoršení stavu pacienta. Upřednostňuje se aplikace léků per os (ústí), dokud je to možné, nejčastěji jsou pak léky podávány intramuskulárně (do svalu) či intravenózně (do žíly). Provádí se pravidelné přehodnocování dosud užívaných léků, které nemají vliv na komfort pacienta při umírání. Zbytečné léky je vhodné vysadit, neindikují se diagnostické a terapeutické intervence, pokud již nemají význam v rámci péče, umělá výživa a hydratace se dodává pouze v případě, kdy dochází ke zmírnění utrpení jedince (Sláma et. al, 2011).

Při péči o umírajícího jedince se také vyskytuje množství chyb, kterým se ne vždy daří vyhnout. Dle Timothyho 2014 je těchto pochybení v péči o umírající hned několik, často i z hlediska etického. Například bagatelizace nemoci i bolesti nemocného, která má za následek nedostatečné tišení bolestí nemocného. Nadměrné dávky sedativ a jiných léků, které často vedou k celkovému útlumu nemocného. Nedostatek personálu a tím způsobený nedostatek času pro práci zdravotníků, což může vést k zanedbávání péče o umírajícího. Nedostatečná komunikace zdravotníků s umírajícím v důsledku

neefektivní komunikace zapříčiňována strachem, a chybějící jistoty správné komunikace s umírajícími. Další nepříjemností může být nevhodná komunikace zdravotníka s umírajícím trpícím poruchou vědomí, ať už kvalitativní či kvantitativní. Nevědomá či vědomá propagace eutanazie. Neposkytování potřebných či méně potřebných ošetrovatelských a pečovatelských úkonů z toho důvodu, že to již není potřeba, jelikož pacient brzy odejde, což je naprosto nepřijatelný přístup k umírajícímu jedinci. A v neposlední řadě nedostatek úcty při manipulaci s umírajícím nebo již zemřelým jedincem.

Terminální stádium má své charakteristické rysy a symptomy, které rozezná každý zkušený zdravotník. Jeho úkolem je co nejvíce minimalizovat symptomy způsobující jedinci diskomfort a utrpení. Pomalu se projevují slabost a únava jedince, omezení pohybu a ztráta zájmu o okolí. Dále dochází k poruchám vědomí, nastávají stavy jako somnolence, sopor, halucinace, zmatenost, delirium až kóma. Jedinci přestávají jíst a pít. Z těch závažnějších symptomů se může projevovat např. porucha srdečního rytmu, dušnost, srdeční selhávání, chrčivé dýchání, záněty dýchacích cest nebo i jiných částí organismu, bolesti, ztuhlost, křeče a mnoho dalších symptomů. Hlavními ošetrovatelskými problémy jsou omezení pohybu, bolest, riziko vzniku proleženin a následné infekce, dušnost, neprůchodnost dýchacích cest z důvodu přítomnosti velkého množství vazkého hlenu, dehydratace a poruchy výživy, poruchy komunikace, psychické a emocionální problémy či změny na sliznicích. Dochází také ke změnám ve vzhledu obličeje nemocného, jakou jsou propadlé tváře, špičatý nos, výraznější uši či změna barvy kůže. Důležitá je včasná reakce zdravotnického personálu na náhle vznikající a přidávající se změny, aby pacient v závěru života netrpěl (Malíková, 2020).

Každý umírající jedinec si prochází určitými fázemi smířování se se smrtí, které popsala Elisabeth Kübler Rossová díky její pečlivé práci a dlouholeté praxi psychiatricky. Těchto fází je pět – popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a akceptace. Toto jsou fáze, které spojovaly většinu lidí, se kterými tato žena mluvila na sklonku jejich života. Byla si však vědoma, že každý člověk je jedinečný, a tak u někoho některé fáze mohou chybět, opakovat se či se prolínat (Kübler Ross, 2015).

Ať už pacient došel či nedošel ke smíření se s nastalou situací, dojde k očekávanému. Smrt neboli exitus letalis je závěr terminálního stádia nemoci. Tento proces má tři fáze: *pre finem*, *in finem* a *post finem*. *Pre finem* je období, které se nachází před samotným

umíráním a většinou při něm klient prochází již zmíněnými fázemi smíření se s nevy léčitelnou chorobou. Toto období může trvat různě dlouho. Další fází je *in finem*, což je fáze vlastního umírání, které se dále rozděluje na tři stadia – agónie (selhávání orgánů), klinická smrt (zástava srdeční činnosti a dechu, zvrtný stav) a biologická smrt (nezvratný stav, zánik buněk). Třetí fáze *post finem* je stav po smrti. Po smrti jedince musí na místo dorazit lékař, ohledat tělo a stanovit smrt (Mlýnková, 2017).

1.3.2 Umírající a rodina

Zásadním bodem při domácí hospicové či paliativní péči je sounáležitost a pomoc rodiny umírajícího jedince, tato role však není vůbec jednoduchá. Pro člena rodiny je tato situace zcela nová, učí se novým dovednostem, vidí blízkou osobu v dosud nepoznaných situacích. Péče o nemocného v tomto stádiu je časově, psychicky i emocionálně velmi náročná. Zaměstnanci poskytující hospicovou péči nejsou nápomocni jen pacientovi, ale i jeho blízkým, kteří společně se zdravotníky o jedince pečují. Je skutečně důležité, aby pomoc ze strany zdravotníků k pečující rodině přišla včas. Rodinu nemocného nemůžeme často definovat dle obecně platného schématu, kdy pohlížíme na pokrevní spojení či právní svazek. Za rodinu může nemocný považovat i přítele, který je mu blízký. Pro pečující jedince je psychicky náročné, sledovat utrpení jejich blízkého, proto je důležité náležitě informovat rodinu o všech postupech a očekávaných účincích daných intervencí. Jedinec, který viděl svého blízkého umírat v poklidu a bez utrpení, tuto situaci dokáže lépe zpracovat (O'Connor & Aranda, 2005).

Život ohrožující nemoc ovlivňuje nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Často dochází k narušení rovnováhy, osobní pohody a dosavadních jistot v životě blízkého jedince. Změny mohou být jak psychické, tak fyzické. U některých rodin v těchto situacích dochází k upevnění rodinných vztahů, jelikož je obtížná situace více spojuje a sblízuje. Donutí je se semknout a co nejvíce usnadnit odchod jejich blízkému (Bužgová, 2015).

Rodinný příslušník je v péči o nemocného velkým přínosem pro pacienta i pro zdravotníka, jelikož po dostatečné edukaci a podpoře zastane velkou část péče. Důležité je se nezaměřovat pouze na nemocného, ale i na rodinného příslušníka, který věnuje milované osobě svůj čas, sílu a péči. Je nutno si všimnout vypětí fyzických, psychických i emocionálních sil pečujícího, neustále mu být oporou, aby on zase mohl být oporou nemocného, což však není možné zvládat dlouhodobě. V takto těžké situaci

jedinec dokáže mobilizovat všechny své síly, aby pomohl svému blízkému a později se vyrovnal s nastalou situací. Důležitým stavebním kamenem této péče je vzájemná důvěra ve vztahu se zdravotníkem (Sláma et. al, 2011).

Je potřebné neustále poskytovat rodině aktuální informace o nemocném v dostatečném rozsahu, o jeho léčbě i o změnách stavu pacienta. Rodině jsou poskytovány písemné materiály, které si mohou znovu kdykoli připomenout. Nutné je komunikovat s více členy rodiny a informovat je o všech možných druzích péče. Emocionální podpora rodiny zahrnuje podání informací o blížící se smrti, dopomoc se způsobem vyrovnání se se smrtí blízkého, hledání pozitiv, důležitost projevu emocí a pozornost vůči zanedbávání pečovatele samotného a vyzorovat blížící se vyčerpání. Praktická pomoc rodině zahrnuje i doporučení specialistů, možnosti zdrojů podpory a poskytování praktické pomoci v péči o pacienta (Cimrmanová a kol., 2020).

Margaret O'Connor shrnuje ve své knize nejúčinnější strategie do čtyř skupin: pohoda pacienta, informovanost rodiny, emocionální podpora rodiny a praktická pomoc rodině. Pohoda pacienta může být zajišťována tím, že edukujeme rodinu o hodnocení bolesti a léčbě bolesti u daného pacienta, posuzujeme komfort jak rodiny, tak pacienta a stanovujeme individualizovaný ošetrovatelský plán. Dobré je využití edukačních nástrojů, jako jsou videa, deníky a různé ukázky či umožnění rodině uskutečnění konzultací dle jejich přání.

Pro situaci, kdy dojde ke smrti pacienta, má rodina s ošetřující sestrou již dopředu domluvený postup. V závislosti na zkušenostech zdravotníků lze odhadnout, kdy tento den přijde. U pacientů v DHP nedochází při selhání životních funkcí k zahajování kardiopulmonální resuscitace, což bývá předem určeno lékařem a zapsáno v dokumentaci pacienta. Rodina kontaktuje sestru, která má v péči pacienta. Ta se dostaví na místo společně s lékařem, který provede prohlídku zemřelého, konstatuje smrt a příčinu smrti. Lékař tuto informaci šetrně blízkým potvrdí a zapíše vše potřebné do dokumentace a vyplní dané formuláře. Pak sestra provede péči o zemřelého dle platných standardů a provede potřebné záznamy do dokumentace a formulářů. Je vhodné, aby celý tento proces probíhal v soukromí (Slezáková a kol., 2007).

Existuje několik doporučení, jakým způsobem pomoci pozůstalým vyrovnat se se smrtí blízkého. Je dobré na rodinu nespěchat při posledním rozloučení s právě zemřelým. Po smrti jedince je zvykem otevřít okno, což může mít důvod hygienický, ale především je tento počín mezi lidmi symbolem pro vypuštění duše zemřelého do nebe. Truchlící jedinec může chvíli posedět a nechat působit zvláštnosti tohoto momentu, v myslí si připomenout společně strávené chvíle radosti, které je dobré nechat doznít. Pokud je mu těžko, když má zůstat se zemřelým sám, může požádat a společnost. Jedinec má nechat projevít své pocity smutku cestou, která jemu samotnému vyhovuje, bez výčitek a odsuzujících pohledů okolí (Kelnarová, 2007).

Je zřejmé, že okolnosti v situacích, kdy jedinec zemře, se dle prostředí odlišují. Výhodou DHP je příjemné prostředí a neomezená přítomnost blízkých při umírání a smrti nemocného. V nemocnici je v této situaci často komplikované být při umírání a smrti blízkého přítomen. V domácím prostředí je tato situace pro pozůstalé rozhodně příjemnější, než když dojde ke konci v nemocnici. V obou případech však hraje důležitou roli citlivá komunikace a zachování soukromí. Při oznamování této skutečnosti je dobré na rodinu nespěchat, postát s nimi případně u lůžka a vyjádřit upřímnou soustrast. Ujistit rodinu, že v závěru jedinec netrpěl, bolesti byly tlumeny a bylo zajištěno soukromí a klid. Je vhodné rodině poskytnout pomoc s následným postupem, lepší je zvolit tištěnou formu podání informací, kterou doplníme o rozhovor. Jelikož je v takových situacích nepříjemných informací na rodinu příliš, nemusí být schopni všechno důležité pojmout. Vhodné je také pozůstalým nabídnout možnost následné pomoci sociálních pracovníků či psychologů, kteří jim většinou usnadní vyrovnat se se ztrátou (Lugton, 2002).

Nejen členové rodiny a blízcí zemřelého se musejí vypořádat se smrtí jedince. Smrt pacienta je náročná i pro zdravotníky, a tak každý musí brát v potaz, že i profesionálové, kteří se smrtí setkávají velice často, jsou také pouze lidmi a smrt pacienta tak může být náročná i pro ně. I sestry tedy mají právo na volný průchod emocí, pokud se setkají při práci se smrtí. Nejčastějším projevem je pláč, který dle některých může být symbolem nízké profesionality, avšak není tomu tak. Smutek je naprosto běžná emoce. Naopak, pokud sestra pláče při ztrátě pacienta, značí to, že měla se zemřelým velice dobrý a hluboký vztah. Dobré je smutek neдрžet, nechat projevít emoce, vypovídat se a ulevit si, než emoce uvnitř dusit. Uzavírání emocí v sobě může vést k syndromu vyhoření. Avšak tyto situace by neměly sestru ohromit a zabrzdit v práci, ale naopak ji posílit (Zurek, 2014).

1.4 Přehled domácích hospiců v Jihočeském kraji dle odbornosti 926

Hospicová péče sv. Kleofáše, Třeboň a Jindřichův Hradec – Domácí hospic svatého Kleofáše slouží pro oblast Třeboňska a Jindřichohradecka. V roce 2013 byla založena pobočka v Třeboni a v roce 2019 pobočka v Jindřichově Hradci. Obě pobočky čítají stále se rozrůstající týmy lidí s multioborovým zaměřením, kteří se rozhodli pomáhat lidem a jejich rodinám, jež se vyskytly v těžké situaci s nevléčitelným onemocněním. V Kleofáši si zakládají na důležitých hodnotách – lidskost, respekt a porozumění, důstojnost a naplnění poslání hospicové péče. Hospicová péče svatého Kleofáše poskytuje DHP, terénní sociální služby, poradenské služby a mají též půjčovnu kompenzačních pomůcek (kleofas.cz, 2022).

Ledax, České Budějovice – Ledax v Českých Budějovicích vznikl v roce 2007. Své služby poskytuje především v Jihočeském a Pardubickém kraji. Pečuje nejen o seniory, ale také o dlouhodobě nemocné, nevléčitelně nemocné nebo o osoby se zdravotním postižením. Ledax péči zajišťuje v domácím prostředí, v pobytovém zařízení a volnočasových klubech, které sám provozuje. Také poskytuje pobytové služby, ambulantní služby (stacionář), volnočasové aktivity, poradenství pro pečující, pečovatelské služby, domácí zdravotní péči, terénní odlehčovací služby, osobní asistenci, pronájem zdravotnických pomůcek a v neposlední řadě také DHP (Ledax.cz, 2022).

Athelas domácí hospic, Písek – Domácí hospic Athelas vznikl v Písku v roce 2014 pod záštitou Husitské diakonie. Athelas je registrovaný poskytovatel zdravotních a sociálních služeb, konkrétně zajišťuje domácí hospicovou péči, bezplatné poradenství, terénní odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek a perinatální hospicovou péči. Jejich multidisciplinární tým je složený z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, pečovatelek, psychologů a kaplana. Tento tým má za cíl poskytovat co nejlepší pomoc a podporu terminálně nemocným a jejich rodinám, kteří chtějí zbylý čas strávit doma v kruhu rodinném (hospic-pisek.cz, 2022).

Domácí hospic svatého Jakuba (Prachatice), Domácí hospic svaté Veroniky (České Budějovice), Domácí hospic svaté Markéty (Strakonice), Domácí hospic svatého Víta (Český Krumlov) – Tyto domácí hospici jsem zařadila do společné skupiny záměrně, a to z toho důvodu, že fungují společně pod Hospicem svatého Jana N. Neumanna v Prachaticích. Jejich poslání a služby jsou shodné, jen působí v jiných okresech, aby byla DHP zajištěna pro co nejvíce oblastí Jihočeského kraje. Cílem těchto organizací je,

aby jedinec, který je nevléčitelně nemocný mohl dožít závěr svého života v domácím prostředí za přítomnosti své rodiny, bez bolesti a se zachováním lidské důstojnosti, což je vlastně také celkové poslání DHP. Poskytuje komplexní odbornou, zdravotní, sociální, psychologickou a duchovní péči. Důležitou podmínkou pro přijetí nemocného do péče je to, aby doma nežil sám, ale aby o něj pečovala rodina či někdo blízký. Poskytují specializovanou zdravotní péči dostupnou 24 hodin denně, kompletní ošetrovatelskou péči, terénní odlehčovací služby, zapůjčení pomůcek, doprovázení a podporu rodině nemocného v čase nemoci i v zármutku, praktickou pomoc při péči o zemřelého a duchovní péči (hospicveronika.cz, hospicjakub.cz, hospicmarketa.cz, hospicvit.cz, 2022).

Domácí hospic Jordán, Tábor – Tento hospic v Táboře vznikl v roce 2010. Poskytuje specializovanou paliativní péči v domácnostech terminálně nemocných pacientů ve spolupráci s jejich rodinami a blízkými a to 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Zohledňují psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Tým je multidisciplinární a pečuje i o blízké nemocného v období nemoci i zármutku (hospicjordan.cz, 2022).

Sdílení o. p. s., Telč – Domácí hospic Sdílení byl založen v Telči v roce 2007. Posláním Sdílení je zajistit komplexního průvodce stářím a nemocí. Pomáhá starým a nemocným lidem, kteří chtějí dožít v pohodlí domova a v kruhu rodiny a blízkých. Svým klientům nabízejí rady, podporu, sociální a zdravotní služby. Vnímají klienty nejen dle jejich aktuálního stavu a situace, ale zajímají se o celý jejich životní příběh a dle toho sestavují co nejkomplesnější péči (sdileni-telc.cz, 2022).

1.5 Legislativa

Podle listin pojednávajících o lidských právech, které byly vydány nejen OSN či WHO (World Health Organization, ©2022, online), má každý člověk a občan, ať už zdravě žijící či umírající, právo na důstojnost a solidaritu. To bylo vydáno i Evropskou Unií v Listině základních práv EU, která byla ratifikována i v ČR, čímž se stala pro ČR právně závaznou. Tato listina konkrétně říká, že lidská důstojnost je nedotknutelná, musí být respektována a chráněna. Zakazuje nelidské a ponižující zacházení (Listina základních práv Evropské unie, 2012, online). Dle WHO má každý umírající právo na paliativní péči, což je nyní bráno za jednu z hlavních priorit WHO (World Health Organization, ©2022, online). Právo každého umírajícího na paliativní péči bylo také formulováno v dokumentu – Charta práv umírajících vydané EU v roce 1999 (Doporučení Rady

Evropy č. 1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících), 1999, online). Pro popis situace v paliativní péči ve státech EU probíhají studie a existují organizace pro kontrolu a zlepšování kvality paliativní a hospicové péče, například Evropská asociace pro paliativní péči – EAPC (European Association for Palliative Care, ©2022, online).

V ČR pojednávají o umírajících i další předpisy vydané Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR nebo předpisy vydané přímo MZ ČR. V Etickém kodexu Práva pacientů MZ ČR je výslovně uvedeno: *Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony.* V platnosti od 25. 2. 1992 (Práva a povinnosti pacientů MZ ČR, 2021, online). Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je sem zařazena i paliativní péče poskytována pro zmírnění utrpení a zlepšení kvality života pacienta trpícího nevléčitelnou nemocí. Paliativní péče může být poskytována ambulantně, v domácím prostředí nebo v ústavním zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011, online). Co se týče financování paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění, řídíme se dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších zákonů (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 1997, online).

K pochopení důležitosti paliativní péče jako samostatného zdravotnického oboru vedla dlouhá a složitá cesta, kdy bylo zapotřebí změnit myšlení lékařů. Bylo nutné, aby lékaři pochopili smysl paliativní a hospicové péče a jejich důležitost pro umírající pacienty, kde již není vhodná ani účinná jiná forma léčby. V roce 2008 byla po dlouhém úsilí založena Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně samostatná Česká společnost paliativní medicíny, která má za cíl vzdělávání v oblasti paliativní péče, stanovení standardů její kvality a koncepční rozvoj paliativní medicíny v ČR. A od roku 2011 byla konečně paliativní medicína uznána jako certifikovaný kurz v rámci specializačního vzdělávání lékařů (Tomeš et. al, 2015).

Hospicová zařízení se dle jejich charakteristiky mohou dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách zařazovat do několika skupin – odlehčovací služba sociálních služeb, sociální služba ve zdravotnickém zařízení nebo odborné sociální poradenství (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006, online). Celkově chybí právní úprava ucelující mezinárodní a evropské představy o hospicové péči (Tomeš et. al, 2015).

Financování DHP se od roku 2018 zařazuje do režimu úhrad z veřejného zdravotního pojištění. V pojišťovnách je zařazena nově pod odbornost 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 1997, online). Žadatel o odbornost 926 musí splňovat určité podmínky, které jsou dané ve Věstníku MZ ČR 13/2017 v souladu s požadavky ve vyhlášce č. 92/2012 Sb. Domácí hospicová péče a její odbornost 926 může být zaměňována s odborností 925, která je však platná pro poskytování domácí péče pro nemocné lidi, avšak nenacházející se v terminálních stádiích onemocnění a nevyžadujících paliativní péči (Pivoňková, 2020).

Financování DHP z veřejného zdravotního pojištění dle odbornosti 926 je hrazeno následovně – klient má na domácí hospicovou péči nárok pouze jednou za život po dobu 45 dní v plné výši, tudíž domácí hospicová péče je pro klienty, kteří splňují podmínky pro přijetí, plně hrazena a agentuře domácí hospicové péče nic klient ani jeho rodina nehradí (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 1997, online). Avšak většina organizací financuje své služby z veřejného zdravotního pojištění pouze částečně, jelikož finance poskytované tímto způsobem nejsou dostatečné. Dalšími zdroji financování péče jsou například finance poskytované nadacemi, z krajských a obecních dotací či darů (Ledax.cz, 2022).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Tato kapitola poskytuje informace o ústředním cíli, dílčích cílech a výzkumných otázkách pro tuto bakalářskou práci.

2.1 Cíl práce

Zjistit pohled sester na práci v domácí hospicové péči.

2.1.1 Dílčí cíle

Zjistit rozsah péče sester v domácí hospicové péči.

Zjistit, jak sestry pracující v domácí hospicové péči hodnotí svou pracovní zátěž.

Zjistit faktory, které sestřím pracujícím v domácí hospicové péči komplikují poskytování této péče.

2.2 Výzkumné otázky

Jaký je pohled sester na poskytovanou domácí hospicovou péči?

Jaký rozsah péče v domácí hospicové péči sestry poskytují?

Jak samy sestry hodnotí pracovní zátěž při poskytování domácí hospicové péče?

Jaké faktory komplikují sestřím poskytování dané péče?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v práci a výzkumných otázkách

Domácí hospicová péče – mobilní hospic, domácí hospic, mobilní specializovaná paliativní péče, mobilní paliativní péče a mobilní hospicová péče.

3 Metodika

Empirická část této bakalářské práce je věnována rozhovorům se sestrami pracujícími v domácí hospicové péči.

3.1 Popis metodiky

Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní metoda šetření. Data pro tuto část byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v domácí hospicové péči. Rozhovory probíhaly mezi tazatelem a dotazovaným za předpokladu, že dotazovaný byl předem seznámen s účelem rozhovoru, s názvem bakalářské práce a s jejími cíli. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval celkem 26 otázek (viz příloha č. 1), dle aktuální potřeby byly otázky přidávány tak, jak bylo v dané situaci vhodné. Před začátkem rozhovorů proběhla dohoda o anonymitě dotazovaných a o možnosti neodpovídat na některou z otázek, pokud by tato otázka mohla být dotazovanému nepříjemná. Dotazovaní byli informováni také o možnosti rozhovor kdykoli přerušit z jakéhokoli důvodu. Jednotlivé rozhovory trvaly přibližně 30 minut.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor nakonec tvořilo celkem osm sester pracujících v DHP, a to jak na HPP (hlavní pracovní poměr), tak jako externí zaměstnanci, jelikož došlo k nasycení odpovědí dotazovaných. Rozhovory byly prováděny se sestrami z Domácího hospice svatě Veroniky a Ledaxu v Českých Budějovicích a Hospicové péče svatého Kleofáše v Třeboni. Všechny sestry se zúčastnily rozhovorů dobrovolně a jejich informovaný souhlas byl získán ústní formou. Dotazované se pohybovaly ve věkovém rozmezí 25 až 50 let s různou délkou praxe v domácí hospicové péči.

3.3 Sběr dat

Výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů probíhalo v období od února do března 2022. Rozhovory se sestrami byly provedeny za souhlasu vedení jednotlivých organizací. Výzkumné šetření bylo prováděno za zaručení anonymity sestrám a za dodržení principů etiky. Ačkoli se mezi dotazovanými vyskytl i jeden muž, pro zachování anonymity je i jeho role označena dále jako „sestra“. Rozhovory se sestrami probíhaly formou, která danému jednotlivci nejvíce vyhovovala. Většina

rozhovorů probíhala osobní ústní formou. Zbylé rozhovory se pak uskutečnily za pomoci online videohovoru. Rozhovory s dotazovanými sestrami byly nahrávány na diktafon s jejich souhlasem pro snížení časové náročnosti pro dotazované. Poté byla data přenesena do písemné formy za pomoci aplikace Microsoft Word.

3.4 *Analýza dat*

Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“, čímž byly informace roztrženy do kategorií a podkategorií. Pro přehlednost byl každý respondent označen vlastním číslem (S1 až S8) a jejich identifikační údaje byly zapsány do tabulky (viz tabulka 1). Rozpis kategorií a podkategorií je vypsán níže.

4 Výsledky

4.1 *Struktura výzkumného vzorku*

Tato kapitola obsahuje základní informace získané od všech respondentů během rozhovorů. Rozhovory probíhaly se sestrami pracujícími v DHP v Jihočeském kraji, konkrétně Ledaxu, Domácího hospice svaté Veroniky a Domácí hospicové péče svatého Kleofáše. Věkové rozmezí je od 27 let do 57 let. Ve skupině dotazovaných převažují ženy, ale je zde i jeden muž. Vysokoškolské vzdělání s bakalářským či magisterským titulem má šest z osmi sester, zbylé dvě sestry mají vzdělání středoškolské. Čtyři z osmi dotazovaných sester mají specializaci ARIP, kterou považují za velice přínosnou. Vzhledem k věkovému rozdílu sester se celková délka praxe ve zdravotnictví výrazně liší, konkrétně je zde rozsah od 4 do 35 let. Délka praxe v DHP se oproti tomu již tolik neliší, což bude pravděpodobně zapříčiněno tím, že se DHP v České republice rozvinula před poměrně krátkou dobou. Nejdelší doba praxe v DHP v této skupině dotazovaných dosahuje 6 let. Pro lepší přehlednost byly tyto informace vloženy tabulky (viz příloha 2: tabulka 1).

4.2 *Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami*

V této kapitole jsou vypsány odpovědi z rozhovorů se sestrami pracujícími v DHP v některé z organizací poskytujících tuto péči v Jihočeském kraji. Výsledky odpovědí jsou rozděleny do kategorií a následně podkategorií.

Kategorie 1: Dovednosti sestry

Podkategorie: Vzdělání, vlastnosti a dovednosti sestry, předchozí praxe

Kategorie 2: Práce v hospici

Podkategorie: Co přivádí sestry k DHP, neodmyslitelná část DHP, definice DHP dle sester

Kategorie 3: Domácí hospicová péče

Podkategorie: Pozitiva, negativa, osobní význam pro sestry, kapacita

Kategorie 4: Rozsah péče

Podkategorie: Péče o nemocné a pečující, péče o pozůstalé, péče o zemřelé, nedostatky péče

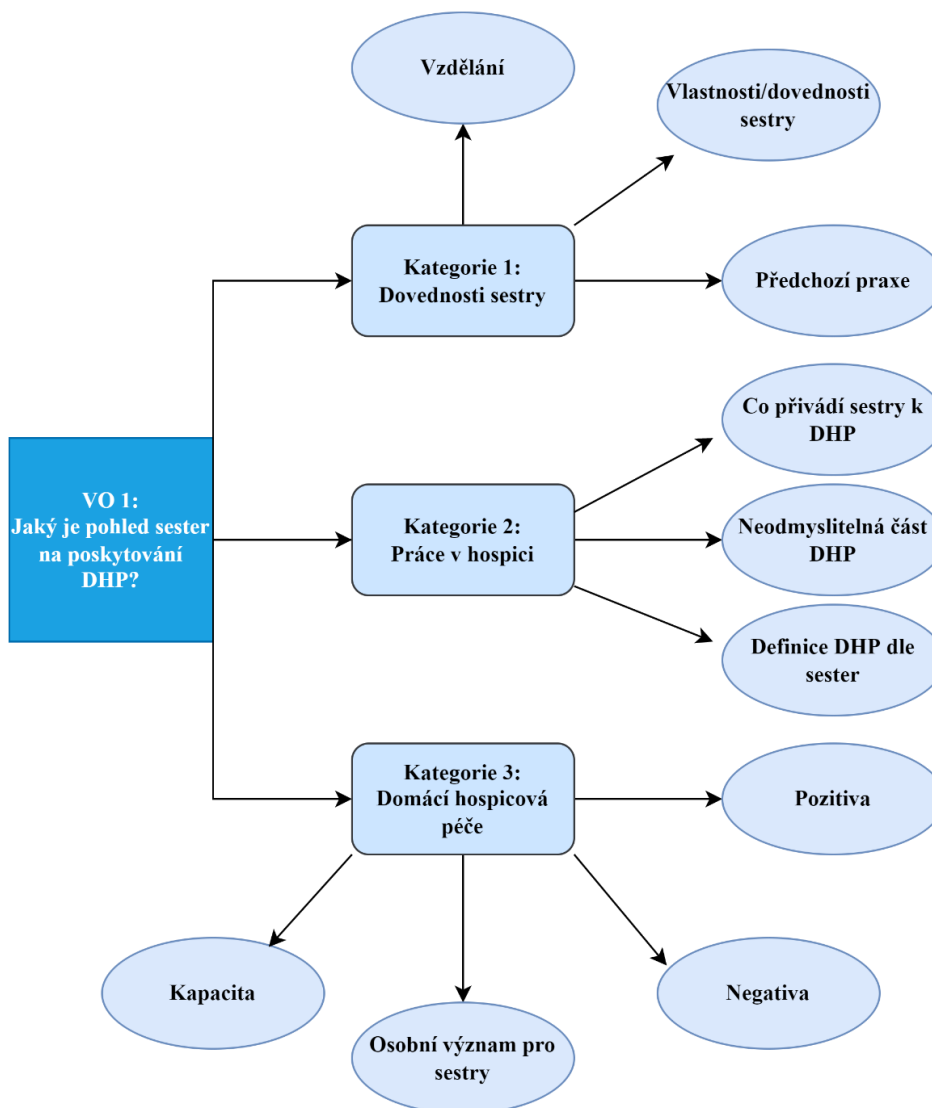
Kategorie 5: Zátěž

Podkategorie: Fyzická a psychická zátěž sestry, smrt, změna oboru

Kategorie 6: Faktory komplikující péči

Podkategorie: Vnější vlivy, usnadnění péče či zvýšení kvality péče, systém

Myšlenková mapa 1 – VO 1: Jaký je pohled sester na poskytovanou DHP?



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

4.3 Dovednosti sester

Tato kategorie obsahuje celkem tři podkategorie. Pokládání otázky sestavené pro tuto kategorii se vztahovaly hlavně k důležitosti úrovně vzdělání sester pracujících v DHP, k vlastnostem, vědomostem a dovednostem sester, které jsou podstatné pro vykonávání sesterské práce v tomto oboru, a v neposlední řadě se otázky týkaly předchozí praxe sestry ve zdravotnictví, kde byla zjišťována informace, zda je podle osobních zkušeností sester vhodné nastoupit do tohoto oboru ihned po škole a bez odpracovaných let v nemocničním či jiném ústavním zařízení.

4.3.1 Vzdělání

Tato podkategorie byla v rozhovoru zjišťována pomocí otázky, která zahrnovala názor sester, v tomto oboru již pracujících, na potřebnou úroveň vzdělání sestry pracující v DHP, aby byla dostačující pro tento obor. Z 8 dotazovaných sester 5 sester (S1, S2, S3, S4, S6) odpovědělo shodně, a to tak, že podle nich je dostačující středoškolská úroveň vzdělání, ale mnohem podstatnější jsou zkušenosti získané z předchozí praxe na některém z nemocničních oddělení, dále osobní nadšení a zájem sestry o obor zahrnující kontinuální vzdělávání v oboru. Zbylé 3 sestry (S5, S7, S8) se shodly na tom, že je podstatné vzdělání na vysokoškolské úrovni, které se však neobejde bez osobnostních předpokladů sestry, zkušeností a kontinuálního vzdělávání v průběhu praxe.

Sestra S1 odpověděla, že středoškolské vzdělání je podle ní dostačující a k tomu ještě dodala: *„Klíčové jsou v tomto oboru podle mě zkušenosti a praxe. Často tomu bývá tak, že se naučíme mnohem více v praxi než ve škole. Za mě je nejlepší pro nabrání zkušeností pro tento obor několikaletá praxe na oddělení ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), odtud je těch zkušeností tolik, že pak není podle mě problém si v těch situacích poradit ve ztíženém domácím prostředí.“* Dotazovaná sestra S2 se více méně shoduje s odpovědí na tuto otázku se sestrou S1, avšak navíc dodává: *„Pro hospic je podle mě důležitá nejvíc ta praxe, mnohem víc než ta škola. Je to takový nevyzpytatelný, nikdy ráno nevíte, co bude odpoledne nebo i v noci, a proto si musíte být jistá v tom, co máte kdy dělat, protože nemáte za zadkem doktora, ani nikoho jiného.“* Další dotazovaná sestra také není zastáncem nutnosti vysokoškolského vzdělání pro výkon sesterské praxe v tomto oboru, avšak uznává, že zde mohou být některé překážky týkající se vzdělání. *„Pokud má sestřička k tomuto typu péče tolik potřebný vztah a přístup, tak si myslím,*

že středoškolské vzdělání je určitě dostačující. Avšak zde může nastat problém z hlediska legislativy, kdy by bylo potřeba zajistit nitrožilní podání léků, které by praktická sestra neměla v kompetencích. Jinak ta vysokoškolská úroveň podle mě tak zásadní není, když se opravdu sestra zajímá. Mým oblíbencem z hlediska vzdělávání v tomto oboru je kurz ELNEK, který je velice cenný a doporučila bych ho všem v tomto oboru.“ (S3).

„Podle mého názoru je dobré, aby měla sestřička alespoň DiS., tudíž vysokoškolské vzdělání.“ (S7). Další dotazovaná sestra odpověděla: *„Určitě je dobré mít vysokoškolské vzdělání, ale je podle mě jedno, jestli DiS. Nebo Bc., přínosem jsou oba typy. Ze začátku stačí i středoškolské vzdělání, pokud je sestřička ochotná si doplnit vysokoškolské vzdělání v průběhu praxe.“ (S8).*

4.3.2 Vlastnosti a dovednosti sestry

K této podkategorii byly v rozhovoru využity otázky, u kterých bylo účelem zjistit od dotazovaných sester názor na to, co za znalosti, vlastnosti a dovednosti jsou těmi potřebnými pro výkon praxe v tomto oboru. V odpovědích na tuto otázku se sestry shodovaly snad ve všech směrech. Všechny sestry po přečtení této otázky označily jako úplně první komunikaci, z čehož bylo usouzeno, že komunikace bude opravdu klíčovou dovedností sestry a je potřebná pro všechny odvětví tohoto oboru. Jako důležité znalosti byly všemi sestrami označeny znalosti o diagnózách pacientů, o příznacích, průběhu a postupu jejich konkrétního onemocnění a také samozřejmě znalosti o terminálním stádiu, umírání a průběhu smrti. Též základní znalosti sester v ošetrovatelství a v sestřerských intervencích. Shodně byly označeny důležité osobnostní vlastnosti sester v DHP jako laskavost, porozumění, empatie, rozhodnost, přizpůsobivost, ochota, všímavost, respekt, umění podpořit, dochvilnost, trpělivost a zodpovědnost. Mezi dovednosti byl zařazen řídičský průkaz, který je podstatný pro dopravu ke klientům domů. Dále dovednosti a zkušenosti v sestřerských intervencích jako aplikace injekcí, podávání léků, převazy ran, péče o dlouhodobé cévní vstupy (CŽK, midline atd.), práce s dávkovači a pumpami léčiv, práce s oxygenátorem, péče dýchací cesty, péče o klienta s PMK/NGS, péče o kůži, vyhodnocování stavu klienta, péče o zemřelého a další. Z ošetrovatelských dovedností byly nejčastěji označovány například provádění kompletní hygieny nemocného, podávání stravy a polohování nemocného.

„Důležité je být všímavý a rozhodný, aby byla nastalá situace vhodně zhodnocena a vyřešena. Často se provádějí ty klasické sesterské intervence jako u pacientů v nemocnici, je to třeba péče o PMK, NGS, podávání léků buď per os (ústí) nebo injekčně, převazování ran, péče o dýchací cesty, a hlavně o kůži dlouhodobě ležících pacientů a prevence dekubitů a mnoho dalších.“ Odpověděla například S4. Odpovědi některých sester byly někdy až dojemné – jakým způsobem je nemocný člověk v DHP vnímán jednotlivými sestrami, kde je často výrazně vidět laskavá a obětavá osobnost. Příjemný pocit vyvolala například odpověď dotazované S5: *„Důležitá pro tento obor je hlavně empatie, umět podpořit rodinu ale i toho umírajícího jedince, vstřícnost, obětavost, všímavost individuálních potřeb jedinců, plnění jeho přání s láskou a respektem jedinečnosti každého z nás. Chut' pomoci nemocnému i rodině, i když to někdy může znamenat práci navíc, a i mimo naše kompetence. Prostě darovat nemocnému to nejlepší z nás samotných.“* Další příjemnou odpovědí na tuto otázku v rozhovoru byla odpověď dotazované S6: *„Určitě by měla umět komunikovat, měla by být empatická, vstřícná a milá. Abych to shrnula, tak já bych řekla, že by měla mít všechny top vlastnosti. Neměl by to být stále našťvaný a prudící typ člověka a neměla by mít předsudky, ať už pečuje o kohokoli – roma, muslima, jehovistu, alkoholika nebo někoho, kdo mlátil svoji ženu a děti, protože on teď tu péči prostě potřebuje, ať už byl jakýkoli. A pak jsou samozřejmě důležité klasická ošetrovatelské činnosti a sesterské intervence.“*

4.3.3 Předchozí praxe

Když byla dotazovaným položena otázka, jestli je vhodné nastoupit do tohoto oboru jako sestra ihned po dokončení vzdělání v poměrně nízkém věku, všechny dotazované sestry se jednotně shodly na tom, že to vhodné opravdu není. Následovala tedy otázka, na jakém oddělení nebo v jakém oboru by dle jejich názoru byla předchozí praxe vhodná a po jak dlouhou dobu by měla být vykonávána. Na tuto otázku se většinou také shodovaly odpovědi v tom, že by to měla být především praxe na některém z lůžkových oddělení nemocnic. Tři dotazované sestry (S4, S6, S7) z celkových 8 dotazovaných sester odpověděly, že vhodným oddělením pro předchozí praxi pro nabrání zkušeností na práci v DHP je oddělení následné péče či interní oddělení, kde je častý výskyt dlouhodobě ležících pacientů. Dotazované sestry S1, S2 a S3 byly toho názoru, že vhodné je oddělení ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), jelikož je zde řešena léčba bolesti u pacientů a již zde se setkávají s paliativní medicínou,

kteřá je podstatnou součástí DHP. Sestry S5 a S8 mají názor takový, že je vhodné projít si více odděleními s častým výskytem ležících pacientů. Co se týče poslední části této podkategorie, kterou je doba předchozí praxe na některém z oddělení nemocnice, shodují se sestry ve dvou skupinách. První část dotazovaných sester (S1, S2, S5, S8) se shodla v tom, že vhodná délka praxe je alespoň 10 let, pro naprostou jistotu v samostatném rozhodování v domácím prostředí. Druhá část dotazovaných sester (S3, S4, S6, S7) se shodla v tom, že stačí v nemocničním prostředí pracovat po dobu alespoň dvou let, aby byla vhodná práce v DHP.

Dotazovaná sestra S1 se k této podkategorii vyjádřila takto: „*Myslím si, že tento obor není rozhodně vhodný pro mladou holku hned po škole. Nejsou důležité totiž jen znalosti, ale hlavně zkušenosti získané lety v nemocnici. Navíc praxí v nemocnici se člověk aspoň tak nějak omlátí, což je taky potřeba, aby se trochu předešlo syndromu vyhoření, který je pro tento obor typický, jelikož je tu smrt na denním pořádku, a hlavně je cílem naší péče.*“ Sestra S3 odpověděla: „*Rozhodně je potřebná praxe v nemocnici na některém z lůžkových oddělení. Pokud by to byla holka hned ze školy, dalo by se to prominout osobní zkušeností, kdy by se třeba takhle starala o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí.*“ Sestra S5 je toho názoru, že je potřebná praxe na lůžkovém oddělení i proto, aby byla schopna pečovat o invazivní vstupy a o převazy ran nemocného. „*Rozhodně je důležitá praxe na lůžkách v nemocnici alespoň 2 roky, ideálně ONP (oddělení následné péče) nebo interna podle mě. Aby se sestra naučila být pohotová, všímala si příznaků a správně usoudila, co může následovat za situaci. V domácí hospicové péči jsi sama, nemáš nikoho za zadkem, aby ti pomohl nebo poradil, takže tak.*“ odpovídá S7.

4.4 Práce v hospici

Tato kategorie je zaměřena konkrétně na práci sester v DHP. Otázky směřovaly k tomu, co přivedlo dotazované sestry k práci v tomto oboru, co je cílem této specializované péče o umírajícího a jeho rodinu a v neposlední řadě také to, jak samy sestry definují či shrnují vlastními slovy DHP. Sestry se v jejich odpovědích ve velké míře shodovaly, až na definici vlastními slovy, kde byly pohledy na tento obor lehce odlišné.

4.4.1 Co přivádí sestry k DHP

V této části byly pro rozhovor zvoleny otázky zaměřené na to, co přivedlo sestry samotné k výkonu sesterského povolání v DHP. S tím souvisí také otázka, zda je tento obor vhodný pro jakoukoli sestru. Dotazované sestřičky se naprosto jednotně shodovaly v tom, že práce v DHP stoprocentně není vhodná pro každou sestru. A to kvůli tomu, že je někdy potřeba dát ze sebe o kousek víc, než je předpokládáno. Velice důležité je naplnění individuálních potřeb a přání umírajícího, aby mohl dojít ke smíření se smrtí, a to nejen on, ale i jeho rodina. Podle slov některých sestřiček je zde potřeba mít takzvané „srdce na dlani“. *„Vhodná sestra pro tento obor se těžko charakterizuje. Když bych měla popsat sebe, tak je asi podstatné to, že jsem věřící a toto беру jako poslání, co mě naplňuje.“* odpověděla S1. Ostatní sestry se shodovaly hlavně v tom, že je důležité, aby práce dělala sestrám i rodinám radost.

Co přivádí dané sestry k výkonu sesterského povolání v tomto oboru? Odpovědi na tuto otázku byly poměrně rozmanité. Dotazované S1, S2, S4 a S8 k tomuto oboru dovedla osobní zkušenost, tudíž se vyskytly samy v minulosti v situaci, kdy jejich rodinný příslušník měl přání umírat v domácím prostředí za přítomnosti rodiny. S3 a S7 zaujala DHP při studiu na vysoké škole, kde byl paliativní a hospicové péči věnován jeden předmět v rozsahu jednoho semestru. Sestry výuka zaujala natolik, že se této problematice věnovaly i ve svém volném čase, a po několika letech se jim samotným naskytla příležitost nastoupit do výkonu péče pracovně díky rozvoji tohoto odvětví a založení organizace poskytující tuto péči v Českých Budějovicích. *„Když jsem se dozvěděla tedy o domácím hospici, který byl nově založen zde v Českých Budějovicích, ani jsem dlouho neváhala a šla jsem se ucházet o místo sestry zde,“* odpovídá S7. Pro některé z dotazovaných nebyl pouze jeden motiv k tomu, aby se daly na sesterskou praxi v tomto oboru, ale bylo jich hned několik. Sestry S3, S4 a S5 spojila lékařka z ARO v nemocnici v Českých Budějovicích, která se zabývala paliativní medicínou a ve svém volném čase pracovala jako paliativní lékařka pro DHP a sama osobně sháněla v řadách sestřiček na tomtéž oddělení vhodnou duši pro DHP, aby mohla být péče zajištěna pro co nejvíce klientů. Zcela jedinečnou odpovědí byla odpověď dotazované S6: *„Chtěla jsem v tomto oboru pracovat již od samého začátku, co jsem dokončila střední školu, akorát v této době tato péče vůbec nefungovala. Jeden čas jsem se velice snažila o založení mého vlastního domácího hospice, jenže se to ukázalo jako velice komplikovaný a finančně náročný nápad, a tak jsem z toho sešla. Několik let jsem*

pracovala na oddělení v nemocnici, kde jsem tedy byla vyloženě nešťastná. No a pak se založil domácí hospic tady v Budějovicích, a to bylo jasné, okamžitě jsem odešla z nemocnice a byla jsem naprosto šťastná.“

4.4.2 Neodmyslitelná část DHP

Neodmyslitelných částí práce v DHP je mnoho, čemuž odpovídaly reakce dotazovaných sester. Sestry byly požádány, aby vyjádřily tu nejpodstatnější část. *„Tak rozhodně to nejdůležitější je dovést toho umírajícího i tu rodinu do té fáze smíření se se smrtí, protože často, když jsou přijati k nám do péče, s tím smíření rozhodně nejsou a slibují si od toho, že dědečka, babičku, či maminku ještě nějak vyléčíme a zajistíme jim delší společný čas tady na zemi.“* odpověděla S1. Odpověď S2 se shodovala s odpovědí S1. S7 a S8 měly podobný názor, avšak ještě dodaly důležitost empatie a správné komunikace. *„Za mě určitě naslouchat a být tam pro ně, jak pro umírajícího, tak pro rodinu.“* vyjadřuje S4. Dotazovaná S5 vyjádřila důležitost zachování úcty ke člověku, jeho přáním i potřebám, ale i podstatu správné spolupráce kolektivu, který má stejný cíl a dobré vztahy. Sestra S6 se shodovala již s předchozími odpověďmi sester, avšak k jejich reakcím dodává *„Stejně tak důležité jako komunikace, zachování úcty a smíření se smrtí je podle mě ochota sestřičky udělat pro toho klienta něco navíc a všímání se maličkostí, které dělají každého z nás individuální bytostí.“*

4.4.3 Definice DHP dle sester

V této oblasti bylo zjišťováno, jak samy sestry dle svých slov charakterizují či definují DHP. S1 ocenila tuto otázku, jelikož s oblibou charakterizuje DHP takto: *„Já mám ráda tu definici spojenou s paliativní medicínou, která hovoří o plášti z překladu latinského slova pallium. Protože já si to připodobňuji tomu, že my přikrýváme celou tu rodinu i s tím umírajícím pod pláštěm, který je poskládán z laskavosti, medicíny, milosrdenství a radosti z toho pečovat.“* Dotazovaná sestra S2 shrnula odpověď následovně: *„My jsme jako sestry takový doprovázeči. Doprovázíme rodinu i nemocného tak, aby ten milovaný nemocný odešel v klidu a bezpečí a za přítomnosti lásky a té jistoty, že jsme všichni okolo něj udělali vše, co bylo v našich silách.“* S3 a S4 tuto péči charakterizovali jednoduše jako péči o umírající doma v okruhu milující rodiny, kde je cílem jim ulevit od utrpení, a má smysl. *„Pomáhá, aby člověk, který umírá dožil smysluplný života v okruhu svých milovaných a bez bolesti“* stručně a jasně vyjádřila S5. Shodujícími se odpověďmi byly odpovědi S7 a S8, které shrnuly DHP jako péči, která je zajišťována lidem na sklonku

života, aby prožili ještě příjemné chvíle se svou rodinou, kdy je zajištěna úleva od bolesti a jiného utrpení. Oblíbenou vyjádřenou charakteristikou byla odpověď S6: „*Domácí hospic je prostě místo, kde se žije, místo, kde se umírá. Zajišťuje lidem umírat na místě, kde chtějí a je jim dobře, ne v nemocnici, kde nikdo být dobrovolně nechce.*“

4.5 Domácí hospicová péče

Do této kapitoly byly zahrnuty podkategorie, které se zabývají tím, co za pozitiva přináší pro sestry vykonávání DHP, zda jim přináší nějaká část této práce pocit uspokojení či vděčnosti za to, co dělají. Byly ale dotazovány i naopak, zda má pro ně tato práce nějaká negativa, něco, co je pro ně velice obtížné při výkonu tohoto povolání. Také bylo zjišťováno, co znamená tato péče pro samotné dotazované sestry osobně, jaký má dle nich význam. A v neposlední řadě bylo zjišťováno, zda dokážou organizace v jihočeském kraji alespoň zhruba kapacitně pokrýt zájem o DHP.

4.5.1 Pozitiva

Byly zahrnuty odpovědi dotazovaných sester na otázku, zda má pro ně jejich práce nějaké pozitivní stránky, díky kterým mají pocit uspokojení, naplnění či radosti ze své práce. Ať už odpovídala jakákoli z dotazovaných, vždy zahrnula jako jedno z největších pozitiv projev vděčnosti rodiny i umírajícího. S1 a S2 se shodovaly, že je naplňuje doprovod rodiny a umírajícího až do samotného konce, kdy zpětně rodina dokáže zhodnotit tuto zkušenost jako pozitivní. „*Ten pocit uspokojení, když provedu tu rodinu tím koncem, včetně péče o zemřelého již po smrti. A ta rodina poté přijde a dokáže celou situaci po tom všem zhodnotit pozitivně, někdy dokonce přirovnávají tu smrt ke kráse narození nového člena rodiny. A to je ono, pak si řeknu jako jo, přesně takhle to má být!*“ odpověděla S1. Dotazovaná S5 shrnula: „*Úsměv rodiny a těch umírajících klientů, kteří ví, že nejsou samy v jakoukoli denní či noční hodinu. To mi dává ten smysl.*“ S7 a S8 vyjádřily, že nejpozitivnější je vidět vděk v očích rodiny i umírajícího. „*Vděčnost, otevřenost a upřímnost rodiny, ale i umírajícího*“ (S3). „*Pozitivní a přinášející mi pocit uspokojení z mé práce mi v tomto oboru způsobuje úplně všechno. Žiji proto, že mohu pomáhat rodině i umírajícího v těchto těžkých situacích a už to na mě působí velice pozitivně, ta příležitost, že tohle existuje a já jsem toho součástí. Domácí hospic je pro mě životní láska, i když jsem měla spoustu odlišných nabídek v jiných oborech a za mnohem více peněz, hospice bych se za žádnou cenu nevzdala.*“ jednoznačně reagovala S6.

4.5.2 *Negativa*

Oproti pozitivům, kdy se odpovědi většinou shodovaly, se negativa pohled na DHP relativně lišil. Pro každou sestru, jelikož nejen umírající či pacienti, ale každý jeden z nás, je individuální bytost s individuálními potřebami, byly nejtěžší situace v této péči odlišné.

Odpovědí, která se nejvíce opakovala, byla odpověď dotazovaných S1, S5 a S6, která zahrnovala doprovázení mladých lidí a dětí. Tyto 3 sestry popisovaly těžkost situací, kdy mají v péči klienta, který by mohl mít ještě celý život před sebou. *„Je tady více věcí, které jsou pro mě obtížné a mají na mě negativní dopady. Jste každý den tváří v tvář smrti a smutku. Těžké je, když se musíme postarat o odchod bez utrpení pro mladé lidi, v okolí mého věku a mladší. Ale co je vůbec nejhorší, rozloučit se s dítětem, se kterým se život nepáral a nedal mu moc šancí na to, si vyzkoušet, jak krásný umí život být.“* odpověděla S6. Dotazovaná S4 potřebovala čas na zamyšlení, aby odpověděla: *„Asi pro mě bylo nejtěžší se smířit s tím, že už toho člověka neuzdravujeme, protože taková možnost už není, už mu nelze pomoci, aby se uzdravil a prožil spoustu dalších kvalitních let plných radosti. Naopak mu pomáháme ke smrti, aby nebyla utrpením. Tohle pro mě bylo asi nejtěžší z počátku, ale jsou chvíle i teď, kdy se mi tohle honí hlavou a působí to na mě negativně.“* S2 se zaměřila na aktuální situaci, ve které se vyskytla několik dní před rozhovorem. Zhodnotila, že pokud by tento rozhovor probíhal o týden dříve, její odpověď na tuto otázku by byla zřejmě odlišná: *„V posledních dnech jsem se vyskytla v situaci, která pro mě snad byla prozatím nejtěžší za dobu mého působení v domácí hospicové péči. Starám se o poměrně mladou paní, v mém věku, která neměla příliš jednoduchý život, ale má krásné dvě děti, manžela a milující rodinu. Už nějakou dobu se trápí velkými bolestmi, kterým neulevují ani různé dávky opiátů. Pokud nepomáhají ani opiáty a člověk trpí bolestí, máme ještě jednu možnost, která je čistě lege artis (zákonná). Pokud se tedy shodne na tomto rozhodnutí lékař i sestra a souhlasí s tím umírající i jeho blízcí. A to je analgosedace. Pro mě je velice těžké poznat, kdy už přišel čas toto rodině a umírajícímu nabídnout, samozřejmě po poradě s lékařem. Protože vím, že je to ta konečná stanice, kdy už se ten člověk jakoby přispí, a pravděpodobně už to nebude jako předtím. A tohle ve mně způsobuje ten vnitřní boj, zda je to správně, nebo ne.“* Dotazovaný S8 nenašel na tuto otázku odpověď a byla mu nepříjemná, a tak bylo respektováno jeho rozhodnutí neodpovídat. S7 hodnotila jako náročné, pokud po smrti klienta příliš přemýšlí nad společnými chvílemi. *„Taky není pěkný pocit při příslužbě*

čekat u toho telefonu na to, kdo zavolá, že se někomu přitížilo, nebo že už ten milovaný zemřel. Nedokážu se pak od toho telefonu odprostit a skoro jen sedím a hypnotizuji telefon a doufám, že nikdo nezavolá.“ (S7). Pro dotazovanou sestru S3 je někdy těžké oddělit soukromý život od toho pracovního. „Někdy nad tím vším až příliš přemýšlím i ve svém volném čase a nechám se semlít emocemi. Vím, že je to špatně, psychohygienu je důležitá, ale někdy mi to prostě nejde.“ (S3).

4.5.3 Osobní význam pro sestry

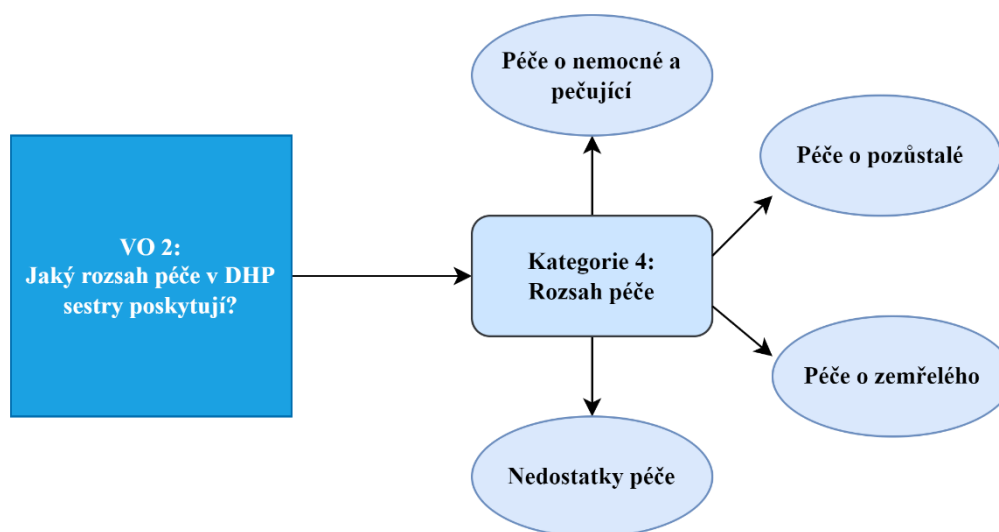
Jelikož není tento obor příliš dobře finančně ohodnocen, přes náročnost tohoto oboru a každodenní kontakt se smrtí a smutkem, všechny dotazované sestry tuto péči braly jako poslání. Poslání pomáhat jak umírajícímu, tak rodině, a plnit jejich přání a potřeby. *„Pomáhat lidem v terminálním stádiu jejich onemocnění dožít s ohledem na jejich zdravotní stav plnohodnotný život se svými blízkými, má za mě ten pravý význam.“ (S5). S1 odpověděla stručně: „Má to prostě smysl, a pro mě, jako věřící a vzhlízející k Bohu, to je určitě poslání.“ Dotazovaná S2 ráda dělá něco, co lidem usnadňuje život a lidé to dokážou ocenit. „Mě to prostě baví, naplňuje mě to. Cítím se užitečná, že pomáhám lidem a ti jsou za to vděčný, to mi dělá každý den radost.“ (S4). Dotazovaný S8 hodnotil jako osobní význam vlastní zkušenost s potřebou této péče pro svého blízkého a jelikož sám ví, jaké je to být na místě blízkých v této situaci, zhodnotil to jako poslání dělat něco skutečně dobrého a užitečného. „Pro mě je to poslání a zároveň obrovská zkušenost. Prostě srdcovka, co mi toho spoustu dává, a ještě mě něco naučí. Nikde v nemocnici není ta péče o ty umírající a již zemřelé takhle hezká, vykonávána citlivě a s péčí. S nemocnicí se tohle vůbec nedá srovnávat, jsi s tím klientem a rodinou skoro po celou dobu, máš na ně kupu času a ten taky využíváš co nejlépe dovedeš. Kolikrát tě ty rodiny berou jako dalšího člena rodiny, a to je moc hezký.“ (S7). Sestra S3 domácí hospicovou péči popsala jako smysluplnou pomoc rodinám. *„Osobní význam domácí hospicové péče pro mě osobně? Pro mě je to úplně všechno, je to můj život. Takhle to jednoduše je a já jsem vděčná Bohu za to, že můžu dělat to, co mě baví.“* Tímto výrokem S6 je tato část zakončena.*

4.5.4 Kapacita

Část rozhovoru zabývající se kapacitou agentur DHP byla velice zajímavou částí rozhovoru, jelikož mě výsledek překvapil. Z odpovědí sester vyplynulo, že vzhledem k personálnímu zabezpečení agentur DHP a faktu, že pouze malé množství sester má zájem o práci v tomto oboru, je poptávka o danou péči větší než nabídka. Avšak, pokud daný poskytovatel DHP nemá volnou kapacitu pro zajištění DHP pro daného jedince, není zcela odmítnut, ale je vymyšlena jiná varianta zajištění pomoci umírajícímu a rodině. Z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že maximální počet klientů vyžadující tuto péči na jednu sestru je pět klientů, aby bylo možné je kompletně zajistit s ohledem na jejich individuální potřeby a přání. *„Myslím si, že naše organizace je schopna zajistit péči tak 95 % žádostí. Avšak pokud nám to aktuální kapacity neumožňují, vždy se snažíme vymyslet alternativy, které žádajícím mohou pomoci. Spolupráce mezi organizacemi v Jihočeském kraji je poměrně slušná, a tak se snažíme kontaktovat další hospici, zda by mohli dotyčným pomoci oni. Přece jen u nás je ten koloběh klientů poměrně rychlý, takže ty místa se také uvolňují rychle. Někdy se i stává, že zemřou dříve, než je stihneme přijmout.“* (S6). Dotazovaná S3 odpověděla: *„Úplně ne, ale vždy se snažím pomoci jinak alespoň a najít jiné řešení pomoci.“* S7 a S8 vyjádřily, že dané organizace dle jejich názoru nedokážou zajistit péči všem žádostem. *„Záleží zrovna na diagnózách klientů a aktuální kapacitě obsazenosti. Ale někdy si rodina myslí, že je nutná domácí hospicová péče a jsou smutní, že nemáme pro ně místo, ale když se s nimi dáte do rozhovoru, zjistíte, že by stačila klasická domácí péče, kterou jim poskytnout aktuálně můžeme, což je dobrá zpráva.“* odpověděla S2. S1 a S5 se shodly, že většinou má poskytovatel DHP snahu vyhovět všem žádostem, ať zajištění péče u nich, nebo domluvou s jinou agenturou DHP.

4.6 Rozsah péče

Myšlenková mapa 2 – VO2: Jaký rozsah péče v DHP sestry poskytují?



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Sestry v domácí hospicové péči se nestarají pouze o umírajícího klienta, ale také o pečující členy rodiny, o zemřelého a následně i o truchlící pozůstalé. Nelze říct, která část péče je důležitější nebo více potřebná, jelikož všichni jmenovaní potřebují v této náročné situaci péči starostlivé a vstřícné sestry. Právě proto bývá většinou péče vyhledávána, aby nemocný, ani rodina, nebyli sami a měli se na koho obrátit v situacích, ve kterých si neví rady nebo jsou pro ně příliš náročné jak psychicky, tak fyzicky. V následujících podkategoriích byly rozebrány jednotlivé skupiny, o něž se sestra stará jednotlivě.

4.6.1 Péče o nemocné a pečující

Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že pokud nedojde k navázání vztahu s nemocným i jeho rodinou, nedochází k vzájemné důvěře a mohou se vyskytnout mnohé problémy v situacích, které bude potřeba vhodně a rychle řešit. Dotazovaná S6 vyjádřila, že co se týče péče o umírajícího i jeho rodinu, je rozsah péče jasný: „*Pokud se chce, jde zařídit úplně vše, většinou. Jako sestra jsem schopna umírajícímu zajistit v domácím prostředí všechny možné sesterské intervence, které daný jedinec v určité chvíli vyžaduje. Od hygieny, stravování, mytí, injekcí, převazů, podávání léků všemi možnými způsoby, péči o invazivní vstupy, zavedení permanentního močového katétru*

či nasogastrické sondy pro stravu a spoustu dalšího. Pokud se jedná o vyšetření, která nelze z hlediska přístrojového provést doma lékařem, nebo je zapotřebí pro zajištění nějakého invazivního vstupu sterilní prostředí, převážíme na daný výkon do nemocnice. Ale to se moc často nestává. U lidí v terminálním stádiu v hospicové péči se v 99 % případů již žádná vyšetření neprovádí.“ Dle slov S1 a S2 je vyjádřen souhlas s výrokem sestry S6. S2 ještě dodala: „Doma jde zařídit vše potřebné pro lidi v terminálním stavu onemocnění. Co nepreferujeme jsou žilní vstupy, jelikož nemá cenu již lidi v tomto období zavodňovat nebo dodávat stravu parenterálně, ale kdyby to bylo nutné z jiného důvodu, žilní vstup v klidu zajistit dokážeme.“ V rozhovoru dotazovaná sestra S5 nezmiňovala rozsah sesterských intervencí možných provést v domácím prostředí, protože jsou podle ní samozřejmostí. „Mimo klasické sesterské intervence dokážeme s naší organizací zajistit například také potřebné speciální pomůcky vhodné pro dané nemocné, které usnadní jim i té rodině tu péči doma. Mám možnost kontaktovat i psychologa, jak pro umírajícího nebo rodinu, pokud mají pocit, že ho potřebují a stejně tak pokud jsou věřící, máme svého duchovního, který jim může být k dispozici.“ vyjádřila S5. Sestry S3 a S4 se shodly na tom, že jako sestry mohou zajistit umírajícímu vše, co se týče péče, vše se dá vykomunikovat, ale je podstatné si všimnout, že to nemocný potřebuje a nabídnout mu to, pokud se nemocný ostýchá o to požádat, nebo ho kolikrát ani nenapadne, že by to bylo možné. „Jako sestra mohu zajistit propůjčení potřebných pomůcek, ošetrovatelskou péči (kompletní hygiena, krmení, polohování, příjemné chvíle), sesterskou péči (poskytování léků, zajištění upravení ordinací lékaře a dávek léků dle potřeby, zajištění vstupů, aplikace injekcí, práci s dávkovači, zajištění oxygenoterapie, opiátové náplasti, převazy ran, komunikace, ..), zajištění dalších služeb, které jedinec potřebuje (fyzioterapeut, duchovní, psychoterapeut, sociální pracovníce, ...), pravidelné vizity s lékařem, dostupnost sestry 24/7.“ odpověděla S8.

Zaměřili jsme se také na péči o pečující. Co vyplynulo z rozhovorů se sestrami je to, že v DHP pracují opravdu vstřícné a ochotné osobnosti, takže pokud nastane situace, kdy rodina potřebuje něco navíc, není to problém. „Sama kolikrát nabízím, že u nemocného zůstanu o něco déle, pokud je to vzhledem ke stavu ostatních nemocných možné, aby pečující, který to také nemá jednoduché mohl vypadnout ven, pročistit hlavu nebo si něco zařídit, aby byl dále schopný pečovat o milovanou osobu. Musíme brát na vědomí, že i oni jsou pouze lidé.“ řekla S7. Sestry S3, S2 a S1 odpověděly, že jsou zvyklé rodinám pravidelně zajišťovat například i příchod notáře pro sepsání závěti

přímo do domácnosti. Sestry S4 a S5 vyjádřily, že pokud je to nějaká prosba, která se netýká sesterské činnosti, většinou se omlouvají, že toto nemají v kompetencích, ale informaci předávají sociální pracovníci, která potřebné přání co nejdříve zajistí. „*Já jsem opravdu puntičkář a ráda si všímám maličností a detailů, i když přijdu k někomu do domácnosti. Většinou už na pečujících poznám, když je něco trápí, ale ostýchají se mě zeptat. A tak už ze zvyklosti po chvíli nabízím ty věci, které jim většinou dělají starosti jako je notář na sepsání závěti nebo přepis auta či domu anebo nesplněná přání. Jednomu malému chlapečkovi, jsem zajišťovala setkání například s nějakým jeho vzorem, kdy ten dotyčný byl moc ochotný a přijel za ním až k nim domů, to bylo velice dojemné.*“ odpověděla s úsměvem na tváři S6.

4.6.2 Péče o pozůstalé

Reakce na péči o pozůstalé byly v mnohém stejné. Vyplývá z toho, že většina organizací poskytující domácí hospicovou péči mají nastavenou péči o pozůstalé po odchodu klienta obdobně. „*Máme péči o pozůstalé nastavenou na rok. Zahrnujeme do té péče o pozůstalé i účast na pohřbech, pokud si to rodina přeje. Telefonicky kontaktujeme rodinu těsně po úmrtí, pak po týdnu, po měsíci, po 3 měsících a po roce. Vždy se jich ptáme na to, jak se mají, jak to zvládají, co je u nich nového a jestli by například nepotřebovali si promluvit například s psychologem. Dále máme 3krát až 4krát ročně vzpomínková setkání, která probíhají moc hezky, mají bohatý program a hezké prostředí, zveme tam rodiny zemřelých od posledního setkání,*“ popsala S6. Dotazovaná S5 odpověděla shodně jako S6 a dodala: „*Já osobně k tomuhle všemu ráda doporučuji pozůstalým rodinám organizaci Modrá pomněnka, která se specializuje na pomoc rodinám po odchodu někoho z jejich členů.*“ Sestry S4 a S3 odpověděly shodně, a to tak, že vědí, že nějaká péče o pozůstalé funguje, ale jelikož ony mají ještě jedno zaměstnání, moc se této péče po smrti klienta již nezúčastňují, jelikož ji zajišťují jiné kolegyně – sestry nebo sociální pracovníce. S1 a S2 vyjádřily, že se rády účastní pohřbů zemřelých klientů a rády také zůstávají v kontaktu s rodinami i dále po smrti klientů. „*Z mnohých se stanou přátelé a setkáváme se ještě po letech od smrti klienta, díky kterému jsme se potkali.*“ (S1).

4.6.3 Péče o zemřelého

Péče o zemřelého je každodenní činností při práci v DHP. Všechny dotazované sestry však na otázku na postup odpověděly stejně, protože tento postup je standardizovaný. Z tohoto důvodu uvádím pouze jednu odpověď, a to odpověď dotazované S5: *„Bezprostředně po smrti mě většinou rodina telefonicky kontaktuje, že jejich blízký zemřel. Jsou od nás většinou edukováni a dostávají brožury, které je provedou tím koncem. Ihned vyjždím k zemřelému a jeho rodině. Po mém příjezdu, kdy shledám, že pacient opravdu zemřel, hlavně psychicky podporuji rodinu. Dále se domlouvám na příjezdu koronera. Mezitím zemřelého sama nebo za pomoci rodiny omyji a obleču do předem připravených smutečních šatů podle jejich přání. Smuteční šaty nemusejí být nutně společenským oblekem, ale pokud tatínek měl rád montérky, nebo babička měla ráda veselé barvy, přihlížíme tomu. Jsem zvyklá na to, že otevírám okno, aby mohla duše opustit pozemský svět a zapalujeme svíčku. S rodinou se často ještě domlouvám, že dají zemřelému něco do rukou – květinu, andílka, něco, co měl rád a měl by to mít s sebou. Po příjezdu koronera se domlouvám na příjezdu pohřební služby, kterou si rodina sama vybere. Většinou jsem s nimi až do odjezdu pohřební služby a dbám na to, aby i pohřební služba zacházela se zemřelým s respektem a úctou a byl uložen do rakve. Poté, když rodina ode mě již nic nepotřebuje, odjíždím.“*

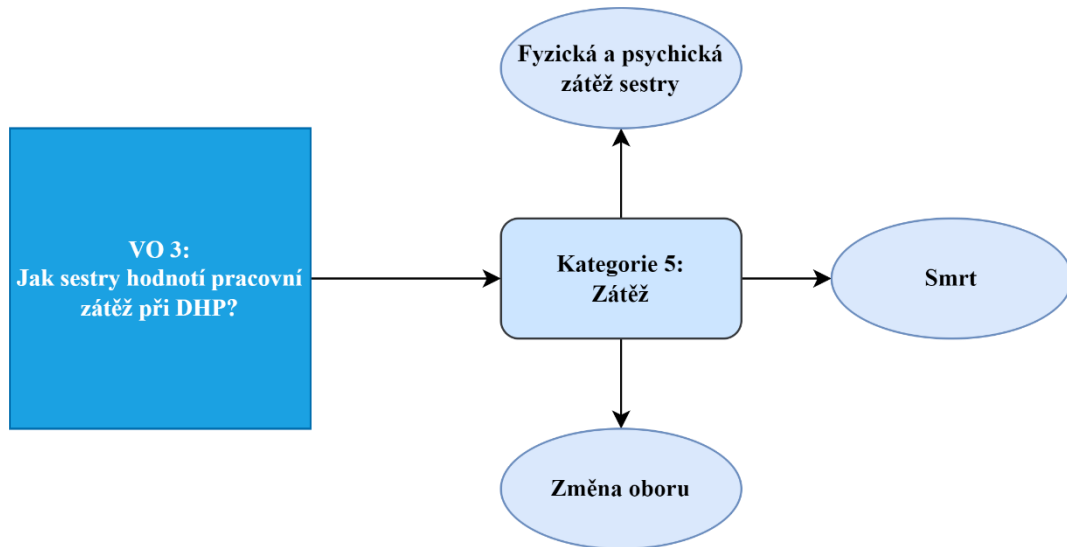
4.6.4 Nedostatky péče

K získání informací pro tuto podkategorii byly sestry dotazovány na to, zda je napadá něco, co v dané době DHP nezajišťuje, ale bylo by to přínosem. Dle odpovědí sester na tuto otázku by se dali dotazovaní rozdělit do tří skupin. S3, S4, a S5 se shodovaly v tom, že nic takového je nenapadá a pravděpodobně se jim ani nestalo, aby na něco takového při péči o umírající a jejich pečující narazily. S1, S2 a S6 byli toho názoru, že pokud se na něco takového narazí, nevidí problém v tom, to zařídit. *„Jak se říká, když se chce, všechno jde. Takže když na něco, co prozatím nezajišťujeme narazím, vlastní iniciativou to zařídím, ale vždy to jsou pouze maličkosti.“* (S6). S7 a S8 by doplnily dva podněty: *„Když se mi rapidně zhorší klient, někdy si přeji, aby ho lékař navštívil dříve, než je smluvená lékařská vizita. Jasně, vždy mám lékaře k dispozici na telefonu, ale někdy by bylo vhodnější, kdyby lékař sedl do auta se mnou, když je zrovna potřeba.“* (S7). Dotazovaný S8 se svou reakcí setkal s odpovědí S7, ale ještě dodává: *„Jsou situace, kdy máte 150 kg klienta, ten se ještě zhoršuje a vy s ním potřebujete vhodně a poměrně*

rychle manipulovat, ale rodina není vždy schopna vám vhodně pomoci, buď je to pro ně těžké, nebo to prostě neumí, i když se jim to snažíme vhodně vysvětlit. Jinak není nic dalšího takového.“

4.7 Zátěž

Myšlenková mapa 3 – VO 3: Jak sestry hodnotí pracovní zátěž při DHP?



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V této části bylo zjišťováno, jakou míru zátěže pocítují sestry pracující v tomto oboru. Zjišťována byla zátěž jak po fyzické, tak po psychické stránce. Určitou měrou zátěže je rozhodně každodenní kontakt sester se smrtí a smutkem spojeným s odchodem milované osoby. Úkolem sestry v DHP není péče pouze o nemocného, ale i o pečující. Sestry byly dotazovány na jejich vztah ke smrti, který souvisí také s komunikací s umírajícími a jejich rodinami na téma smrti. Také nás zajímalo, zda sestry za svou dobu praxe někdy vyskytly ve fázi, kdy se rozhodovali o skončení v tomto oboru a změně oboru. Pokud ano, bylo zjišťováno, co je vedlo k tomu, že v oboru nadále i přes zátěž zůstaly.

4.7.1 Fyzická a psychická zátěž sestry

Po důkladném představení DHP vyllynulo, že vzhledem k zaměření péče představuje tento obor podstatnou míru pracovní zátěže pro ty, kteří je vykonávají. Zátěž může být fyzická i psychická. Fyzická zátěž je spojována celkově s výkonem povolání zdravotní sestry, vzhledem k ošetrovatelské péči o pacienty, která je nedílnou součástí léčby. Ošetrovatelská péče zahrnuje i polohování a provádění osobní hygieny či koupelí na lůžku u nesoběstačných pacientů, což může být někdy velice fyzicky náročné. K fyzické zátěži jsou přiřazovány také poměrně dlouhé směny, které jsou plné shonu. Psychickou zátěž při sesterském povolání může způsobovat široké spektrum faktorů.

Dotazovaní v rozhovoru odpovídali různě. S5 vyjádřila, že nepocituje při výkonu sesterského povolání v tomto oboru větší zátěž. S8 při výkonu tohoto povolání pocituje určitou měrou zátěž na jeho organismus, avšak psychickou i fyzickou na stejné úrovni. Zbylí dotazovaní S1, S2, S3, S4, S6 a S7 přiznali lehce nadměrnou zátěž při práci, avšak jako intenzivnější hodnotili zátěž psychickou, která se týká každodenního kontaktu se smrtí, těžkých životních příběhů, mladých lidí, složitých situací rodin a dalších. Sestra S6 vyjádřila jako psychickou zátěž sledování utrpení klientů, kterým nezabírá klasická paliativní medicína a trvá delší dobu, než dojde k úlevě. Sestra S1 odpověděla: *„Horší je pro mě rozhodně zátěž psychická, s tou se pracuje s větší těžkostí. Co se týče té fyzičnosti, je to hodně o tom sezení v autě a u počítače, kvůli přejezdům z domu do domu. Chce to pak o sebe pečovat po práci a chodit na procházky a hýbat se.“* Sestra S3 vyjádřila, že práce s umírajícími je pro ni hlavně emocionální zátěží. *„Fyzická zátěž jde velice dobře eliminovat, když o sebe pečujete a hýbete se pravidelně. Psychická je horší, ale s tou nám pomáhají supervize s psychologem, které nám jsou umožněny vždy, když mi samy potřebujeme a nemusí to souviset jen s problémy v práci, ale i klidně doma. A to je fajn.“* vyjadřuje S2. *„Někdy zapomínám oddělovat práci a soukromí, pak je to s tou psychickou zátěží horší. Ale pracuji na tom a učím se s tím vyrovnat.“* (S4).

4.7.2 Smrt

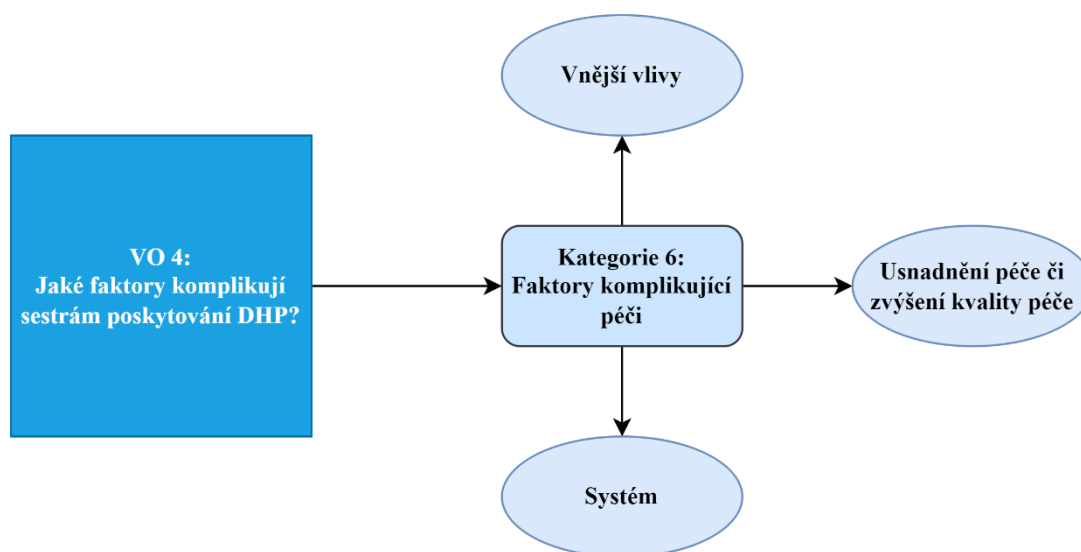
Bylo zjištěno, že všechny dotazovaní mají pozitivní vztah ke smrti a berou za velmi důležité bez okolků o smrti hovořit jak s umírajícími, tak s jejich rodinou. „*Můj vztah ke smrti je rozhodně pozitivní. Je to součást života a mluvit by se o ní mělo, protože pro ty umírající je to třeba ulevující se o tom bavit otevřeně.*“ (S4). Dotazovaná S2 podotkla, že jí nedělá problém hovořit o smrti. „*Smrt je součást života stejně jako narození, i když to někdo tak nebere. Pokud si sestra tohle neuvědomuje, v tomhle oboru nemůže pracovat.*“ (S7). Sestra S5 vyjádřila, že smrt je součástí života a problém o ní hovořit nemá, pokud se však netýká člena její rodiny. Dotazovaná S3 smrt označila jako součást povolání a je nutné o ní mluvit se všemi zúčastněnými, jak s klientem, tak rodinou. „*Já o smrti hovořím otevřeně, naučila jsem se s tím pracovat a snažím se to naučit i moje okolí. Je dobré na to být připravený a jak jinak vědět, co dotyčný chce než o tom mluvit.*“ (S6). Sestra S1 vyjádřila: „*Tak jako smrt je konec, není o tom těžké mluvit, pokud se to netýká tebe. Se smrtí vyrovnaná jsem, ale pokud by umíral můj syn, nebudu.*“ S8 shrnula pouze: „*Smrt je součást života a patří to k tomu hezkému.*“

4.7.3 Změna oboru

V této podkategorii bylo podstatné zjistit, zda sestry v průběhu vykonávání povolání pociťovaly zátěž v takové míře, aby je vedla k rozmyšlení o změně oboru. S2, S3, S4, S5, S6 a S8 odpověděly, že takovou situaci či období za dobu praxe v tomto oboru neměly. Dotazovaná S1 souhlasila s výskytem takového období, avšak řešením nebyl odchod z oboru, ale pouze změna agentury poskytující DHP, jelikož problém byl se vztahy s vedením a kolegy, ne však faktory související s prací v tomto oboru. „*A změna poskytovatele této péče bylo snad nejlepší rozhodnutí, tady všechno jde a prioritou je klient a jeho rodina. U předchozího poskytovatele byl se vším problém, kvůli vedoucímu našeho oddělení, a to mi vadilo.*“ Sestra S7 tuto situaci pociťuje v tomto období, kdy probíhal rozhovor, a ještě si není jista, jak tuto situaci bude řešit. „*Když přijde období, kdy je toho na mě moc, kontaktuji našeho supervizora a promluví se s ním, to mi vždy pomůže. Ale skončit jsem nikdy nechtěla.*“ (S6). S2 odpověděla: „*Naštěstí ne, ale dbám na kvalitní psychohygienu, to dělá hodně si myslím.*“ Sestra S4 podotkla: „*U mě to zatím nepřišlo, ale také dělá hodně to, že to dělám pouze částečně, a hlavně pracuji jako anesteziologická sestra, takže je to takové zpestření.*“

4.8 Faktory komplikující péči

Myšlenková mapa 4 – VO 4: Jaké faktory komplikují sestřím poskytování DHP?



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V této kapitole bylo zjišťováno, jak sestry v DHP vnímají vnější vlivy ovlivňující domácí hospicovou péči. Zahrnuty byly otázky z rozhovoru se sestrami, které se týkaly toho, co za podmínky komplikuje či ovlivňuje péči o umírajícího a jeho rodinu, co sestřím v DHP chybí nebo naopak přebývá, a pokud se nachází v tomto systému něco, co je zbytečné pro tuto péči a zbytečně to zabírá čas, který by mohl být věnován více péči o umírající.

4.8.1 Vnější vlivy

Sestry byly dotazovány na podmínky či faktory, které jim komplikují poskytování péče umírajícím a jejich pečujícím rodinám. Vzhledem k rozsáhlým odpovědím jsem se rozhodla pro lepší přehlednost vložit nejčastější odpovědi sester do grafu (viz. přílohy – Graf 1). Nejvíce označovanými faktory ovlivňujícími péči byly: nedostatek personálu, rodinné vztahy a nedostatek času vzhledem k malému počtu sester a jejich vytíženosti. Jako další označované byly problémy spojené s dopravou ke klientům (auto) a financování tohoto druhu péče, které souvisí jak s hrazením poskytovatelů péče pojišťovny, tak s platovým ohodnocením sester v této péči. Následně byly označeny podmínky jako malé povědomí laické veřejnosti, ale mnohdy i lékařů o tomto oboru, kdy lékaři vykonávají intervence, které již nebudou mít pozitivní vliv na prognózu

jedince. Nesmíření se smrtí jak samotnými umírajícími, tak jejich rodinami, náboženství a rasa.

4.8.2 Usnadnění péče či zvýšení kvality péče

Sestry odpovídaly na to, co by jim usnadnilo provádění péče o umírající a zároveň něco, co by ji zkvalitnilo. Poměrně se jejich odpovědi prolínaly. Nejčastěji bylo označováno financování péče, kdy není pojišťovny tato péče hrazena dostatečně a finance shánějí i samy poskytovatelé DHP, aby péče nemusela být hrazena klienty a jejich rodinami. Avšak financováním je zamýšleno i platové ohodnocení sester v DHP. Kdyby sestry byly lépe finančně ohodnoceny, mohl by být vyřešen i další bod, kterým je nedostatek sester, který se prolíná s větším množstvím času na jednotlivé klienty. Sestra S3 ještě dodala, že pro usnadnění péče by bylo vhodné i rozsáhlejší povědomí veřejnosti jak laické, tak té odborné, kdy někteří lékaři dále vykonávají zbytečné intervence, které již nejsou pro zdravotní stav jedince prospěšné a jsou tak zbytečnou zátěží. Také byla označena jako vhodná častější přítomnost lékařů u některých klientů, než jsou pravidelné týdenní vizity. Pro lepší přehlednost byly výsledky odpovědí dotazovaných vloženy do grafu (viz příloha 3: graf 2).

4.8.3 Systém

V této podkategorii byly hledány odpovědi na to, co sestřím vadí na systému poskytování domácí hospicové péče. Vcelku se sestry s jejich odpověďmi shodovaly. Sestra S4 odpověděla, že na systému, který se týká této péče není nic, co by jí vyloženě vadilo. Sestry S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S8 shodně odpověděly, že na systému poskytování DHP jim nejvíce vadí způsob financování. Jak z hlediska klientů, kdy je domácí hospicová péče hrazena pojišťovnou pouze 45 dní a jen jednou za život, tak z hlediska sester. Sestry v tomto oboru nejsou příliš dobře platově ohodnoceny, domnívají se, že pokud by sestry v tomto oboru dostávali více peněz, byl by větší zájem o tento obor a tím by se vyřešil i menší počet sester, čímž by byla sestřím usnadněna a zároveň zkvalitněna péče. „*V legislativní úpravě mi vadí financování z veřejného zdravotního pojištění, které je hrazeno jen 45 dní a má ten nemocný na něj nárok jen jednou za život. Ale jedinec nehradí z vlastních financí nic naštěstí, ale ty peníze jako hospic sháníme my.*“ (S1). Sestra S6 odpověděla: „*Možná lepší financování. Co se týče vybavení, již teď máme vše potřebné a když ne, dá se ledacos zařídit.*“

5 Diskuse

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjištění pohledu sester na domácí hospicovou péči. Stanoveny byly také tři dílčí cíle. Výzkumné otázky práce byly tedy celkem čtyři: Jaký je pohled sester na poskytovanou domácí hospicovou péči? Jaký rozsah péče v domácí hospicové péči sestry poskytují? Jak samy sestry hodnotí pracovní zátěž při poskytování domácí hospicové péče? Jaké faktory komplikují sestřím poskytování domácí hospicové péče?

Výsledky kvalitativního výzkumu vyplývají z polostrukturovaných rozhovorů se sedmi sestrami a jedním mužem vykonávajícím sesterskou profesi v tomto oboru (dále též jako „sestra“). Dotazovaní pracují u některého z poskytovatelů DHP v Jihočeském kraji, ať už na plný úvazek či jako externí pracovníci. Všichni dotazovaní byli při rozhovorech velice vstřícní a milí, byli informováni o možnosti neodpovídat na otázky, které jim byly nepříjemné. Rozhovory s nimi byly velice přínosné a vyskytovaly se i doplňující otázky, které vyplynuly z průběhu rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány do textové formy, všichni dotazovaní s nahráváním souhlasily. Data byla rozdělena do kategorií a podkategorií (viz kapitola 4.2). Od dotazovaných byly získávány i identifikační údaje – pohlaví, věk, vzdělání a doba praxe, které byly následně přehledně shrnuty (viz příloha 2: tabulka 1).

K hlavnímu cíli „Zjistit pohled sester na práci v domácí hospicové péči“ se vztahují kategorie 1, 2 a 3 (Dovednosti sestry, Práce v hospici a Domácí hospicová péče). K dílčímu cíli „Zjistit rozsah péče sester v domácí hospicové péči“ se vztahuje kategorie 4 (Rozsah péče), k dílčímu cíli „Zjistit, jak sestry pracující v domácí hospicové péči hodnotí svou pracovní zátěž“ se vztahuje kategorie 5 (Zátěž) a k poslednímu cíli „Zjistit faktory, které sestřím pracujícím v domácí hospicové péči komplikují poskytování této péče“ se vztahuje kategorie 6 (Faktory komplikující péči).

V následujících řádcích budou shrnuty stanovené cíle této práce, porovnány výsledky, které byly díky výzkumu získány s osobními domněnkami před započítáním výzkumu, s tvrzeními některých autorů, která vycházejí z již proběhlých dostupných výzkumů.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaký mají pohled na domácí hospicovou péči samy sestry. Z výsledných rozhovorů mám velice dobrý pocit a musím přiznat, že jsem takovou pozitivitu před začátkem výzkumu nečekala. Všichni dotazovaní, se kterými byly prováděny rozhovory berou svou práci jako smysluplné poslání a nedokážou si představit život bez ní. Tato práce je dle jejich slov naplňuje, dává jim obrovský smysl a motivuje je k tomu, aby ji dělali celým svým srdcem a jak nejlépe dovedou.

Práce s umírajícími lidmi, jejich životní příběhy a doprovázení umírajících a jejich rodin v těžké životní situaci dodávají sestřám radost do života a chuť do dalšího vzdělávání v tomto oboru. Sestry vidí tuto péči jako velice důležitou, jak pro samotné umírající, jejich pečující rodiny a blízké, tak pro ně samotné.

Smrt berou jako přirozenou součást života. Je zde snaha dělat tuto smutnou událost alespoň v něčem hezkou. Nikdo z nich by si nikdy nedovolil odchod člena rodiny zlehčovat, protože si sami uvědomují, že i když se setkávají se smrtí každý den, smrt jim blízké osoby by nebrali takto s nadhledem. Se spoustou rodinných příslušníků některé sestry zůstávají i roky po smrti klienta v kontaktu, jelikož tuto péči neberou jen jako povolání, ale jako něco, co má smysl.

Prvním dílčím cílem bylo „Zjistit rozsah péče sester pracujících v domácí hospicové péči“. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry v DHP zajišťují vše potřebné jak pro umírajícího, tak pro pečující a po smrti nemocného, kterému byla tato péče zřizována, nějaký čas pečují i o pozůstalé. Před začátkem výzkumného šetření bylo mou osobní domněnkou, že sestry v DHP pečují pouze o umírajícího a smrtí tohoto jedince jejich péče končí, což se ukázalo jako mylné.

Se zjištěním z výzkumu se shoduje Staňková (2002), která vyjadřuje důležitost podpory a péče o všechny zúčastněné péče o umírajícího, kam zahrnuje i pečující členy rodiny. S tímto se dále shoduje Sláma et al. (2011), ten zdůrazňuje důležitost důvěry a pevného vztahu pečujících a zdravotníka, který rodině pomáhá s péčí a následně i s vypořádáním se se situací vzniklou po smrti jedince. Lugton (2002) k péči sestry samotné o pozůstalé po smrti jedince, také zahrnuje doporučení sociální pracovnice, psychologa a jiných specialistů potřebných pro pozůstalé sestrou.

Je zajímavé, že dle studie Carlson MD, et al. (2007), která byla nazvána „Hospice care: what services do patients and their families receive?“, je péče v tomto oboru rozdělena do pěti klíčových kategorií – ošetrovatelská péče, lékařská péče, medikace, psychosociální péče a podpora pečovatele. Dle výsledků výzkumu, je možné tvrdit, že existuje šestá kategorie – podpora pozůstalých. V těchto šesti kategoriích může být poměrně přehledně popsán tento cíl – rozsah péče.

Ošetrovatelská péče je péče vykonávána především sestrou, zahrnuje vše potřebné, co se týká umírajícího klienta a v domácím prostředí dokáže zajistit naprosto vše, díky slušné vybavenosti organizací poskytujících DHP.

Lékařská péče je zajišťována pravidelnými vizitami lékaře u klienta doma, avšak pokud u jedince dojde ke změně stavu, sestra neprodleně kontaktuje lékaře, aby zajistila akutní řešení stavu. K tomuto se vztahuje i medikace, kterou dle ordinací lékaře podává sestra, která je k dispozici nepřetržitě a je na ní i konzultace změny medikace, pokud klientovi dostatečně nevyhovuje.

Psychosociální podpora dle dotazovaných sester zahrnuje vše možné od zajištění psychologa, duchovního, sociální pracovnice, notáře, právníka a spoustu dalšího. Sestry pracující v tomto oboru jsou ochotny zaříditi poměrně cokoli, co zrovna umírající potřebuje. Pokud to není v jejích kompetencích snaží se to zajistit jinak, protože i zdánlivá maličkost dokáže zmírnit utrpení umírajícího jedince.

Do podpory pečovatele zahrnují jak edukaci, neustálou možnost kontaktu se sestrou, možnost psychologa, duchovního či možnost vyjít si ven, pokud se sestra zrovna nachází na plánované návštěvě u umírajícího klienta. Podpora pozůstalých je také poměrně rozsáhlá, od telefonických kontaktů rodiny, účasti na pohřbu, po vzpomínková setkání či neformální schůzku se sestrou u kávy, pokud to její možnosti dovolují.

Z tohoto všeho je viditelné, že sestra zaujímá hlavní roli při péči o umírajícího, pečující a pozůstalé. Je na ní, aby vypožorovala aktuální problémy v péči a zajistila jejich řešení. Sestra je vůdcem multidisciplinárního týmu, který je pro tuto péči podstatný, což obdobně popisuje i ve své knize O'Connor (2005) či Malíková (2020).

V dalším cíli jsme se zajímali o to, jak samy sestry pracující v DHP hodnotí svou pracovní zátěž, která se zde bezpochyby nachází. Autorka Mlýnková (2017) rozděluje zátěž sester celkově na fyzickou a psychickou. Všechny dotazované sestry označily, že pociťují výrazněji zátěž psychickou, která je způsobena každodenním kontaktem se smrtí, smutkem a s nepřetržitou dostupností pro umírající i pečující.

Dle Bartošíkové (2016) jsou na sestru pracující ve zdravotnictví celkově kladeny takové požadavky, kterými často trpí ona sama, ale i její rodina. Tlak způsobený okolím je dalším faktorem prohlubujícím psychickou zátěž sestry.

Mellanová, Čechová a Rozsypalová (2014) ve své knize považují za velmi důležitou psychohygienu a její pravidelnost společně s činnostmi, které umožňují jedinci relaxovat, aby byla psychická zátěž zdravě zvládána. Stejně tak doporučuje vyhýbání se návykovým látkám.

Fyzické zátěži nejvíce podléhají určité části těla – záda, dolní končetiny a pohybový aparát celkově, což je způsobeno častým upoutáním na lůžko u skupiny umírajících jedinců. Fyzickou zátěž podporuje také práce pod časovým tlakem a v nevhodném pracovním prostředí, které není plně přizpůsobeno těmto činnostem spojeným s fyzickým diskomfortem (Polhorská a Šajterová. 2008).

Dotazovaní v rozhovorech uvedli psychickou zátěž jako výraznější než tu fyzickou a mnohdy ta psychická ve své míře úplně překrývala tu fyzickou. Avšak ani jedna ze sester neuvedla, že psychická zátěž by ji donutila ke změně oboru. Shodly se na tom, že díky zaměstnavateli, který pečuje o jejich duševní zdraví, není tak obtížné se s touto zátěží vypořádat.

Všechny agentury DHP, pro které dotazovaní pracují umožňují svým zaměstnancům možnost kontaktu s nestranným psychologem kdykoli, kdy to sám uzná za potřebné. Jako velmi nápomocné s vypořádáním se s velkou mírou psychické zátěže v tomto oboru dotazovaní označují také velice dobré vztahy na pracovišti.

Posledním stanoveným dílčím cílem této práce bylo zjistit faktory, které sestram pracujícím v domácí hospicové péči komplikují poskytování této péče.

Dle Kupky (2014) může tuto péči komplikovat mnoho faktorů, mezi které zahrnuje například rodinné zázemí, neznalost veřejnosti, špatné odborné zázemí v oblasti domova nemocného, špatné sociální podmínky či přístupy k péči v okolí nemocného.

Cimrmannová (2020) označuje jako nejvíce ovlivňující faktor vzdálenost a nedostupnost domácí hospicové péče v oblasti bydliště nemocného.

Currow David C. et al. prováděli v roce 2020 výzkum v této oblasti, kde označují jako nejvíce ovlivňující faktor domácí hospicové péče adaptaci rodiny na náročnou situaci.

Dotazované sestry označily nejčastějších devět faktorů, které dle nich poskytování DHP jimi samotnými ovlivňují, a těmi jsou nedostatek sester v této péči, rodinné vztahy, nedostatek času, doprava k umírajícím domů, financování této péče pojišťovnami, malé povědomí veřejnosti, nesmíření se smrtí nemocným nebo jeho rodinou, náboženství a rasa.

Zajímavostí je projev nesouhlasu sester s částí legislativy této problematiky, která se týká nároku na DHP. Podle sester je poměrně nesmyslný nárok na tuto péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění pouze jednou za život a na pouhých 45 dní. Jsou zde klienti, kteří umírají pouze několik hodin po přijetí do péče, ale také dle zkušenosti dvou z dotazovaných sester jsou i tací, kteří po 30 dnech v této péči již dále nepotřebují například na 2 roky, díky neočekávanému zlepšení jejich zdravotního stavu. Podruhé v životě již dle legislativy jedinec na tuto péči nemá nárok.

Velice důležitou v tomto období je správná komunikace. Ta je podstatná jak pro umírajícího, tak jeho pečující a rodinu. Komunikace, ač se zdá naprosto samozřejmou dovedností jedince, je ve skutečnosti velice složitou dovedností a je potřeba se jí přímo učit. Podle několika zdrojů mají lidé sklony před umírajícími danou skutečnost zkreslovat a upravovat, což se ukazuje jako nejčastější chyba v komunikaci.

Nezisková organizace Cesta domů provozuje domácí hospic na území hlavního města Prahy a dále také poskytuje poradenské služby v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Mimo to se věnují i vzdělávání a vydávání publikací (Cesta domů, ©2022, online).

Cesta domů má také přehledně zpracované brožury, které jsou k dispozici pro pečující, kteří mají doma umírajícího člena rodiny a napomáhají jim jako průvodci v době umírání blízkého, smrti i v období zármutku. Sama mám dvě z těchto brožur doma – Jak být na blízku (2020) a V době zármutku (2017) a musím říct, že jsou opravdu kvalitně zpracovány a sama jsem z nich také někdy čerpala. Cesta domů zdůrazňuje důležitost upřímné komunikace s umírajícím, která napomáhá prohloubení vztahu a důvěry (Cesta domů, ©2022, online).

Neodmyslitelnou součástí DHP je paliativní péče. Výzkumy ukazují, že většina lidí se neobává smrti samotné, ale hlavně bolesti, ztráty důstojnosti a toho, že zůstane v tomto období sám.

Velice přínosným pro sestru v této oblasti je kurz paliativní sestry. Přímo u nás v České republice takový kurz již funguje od roku 2014. Kurz se nazývá ELNEC Core (End of Life Nursing Education Consortium) a je uskutečňován díky Centru paliativní péče, které bylo založeno v roce 2014 PhDr. Martinem Loučkou, PhD. Tento kurz je intenzivním výukovým programem pro všeobecné sestry, které na jeho konci získají mezinárodní licenci pro práci s pacienty v konečné fázi života (paliativnicentrum.cz, 2014).

Všechny rozhovory, které proběhly s dotazovanými sestrami, mohu hodnotit jako skutečně přínosné nejen pro svou osobu a tuto práci. Rozhovory na mě působily velice pozitivně. Překvapující byla laskavost sester, které v tomto oboru pracují. Očekávání bylo takové, že pokud někdo pracuje v tomto oboru, musí být tomu nějak uzpůsoben, až skoro předurčen. Povolání sestry není celkově jednoduché a v tomto zaměření už vůbec ne.

Ze všech dotazovaných vyzařovala velice příjemná energie a všichni působili klidným dojmem. Každá sestra tuto práci bere jako poslání, které je naplňuje pocitem dobra a užitečnosti z toho, že pomáhají tam, kde je to opravdu potřeba. Zajímají se o pocity, potřeby i přání druhých a obětují svůj čas pro to, aby někomu v těžké situaci vykouzlili úsměv na tváři, i když prožívají momentálně bolest a těžké období.

Jak se s oblibou říká, také „jsme jen lidé“, takže ani tyto rozhovory se neobešly bez projevů emocí, jak ze strany sester, tak i té mé. Sledovat a naslouchat vyprávění sester z domácí hospicové péče, které vyprávějí s emocemi o jejich každodenní náplni práce, kdy mnohdy tráví mnohem více času v práci než doma s rodinou, bylo mnohdy opravdovým zážitkem a jsem vděčna za tuto zkušenost.

6 Závěr

V této bakalářské práci je zjišťováno, jaký mají sestry poskytující domácí hospicovou péči pohled na tuto péči, v jakém rozsahu tuto péči zajišťují, jak hodnotí svou pracovní zátěž a které faktory jim poskytování péče komplikují. Byl stanoven jeden hlavní cíl a tři cíle dílčí – cíle byly naplněny. K dosažení cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jaký je pohled sester na poskytovanou domácí hospicovou péči? Jaký rozsah péče v domácí hospicové péči sestry poskytují? Jak samy sestry hodnotí pracovní zátěž při poskytování domácí hospicové péče? Jaké faktory komplikují sestřím poskytování dané péče? Na všechny stanovené otázky byly nalezeny odpovědi díky výzkumu, který probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které samy v domácí hospicové péči pracují.

Zjištěno bylo, že sestry pracující v domácí hospicové péči na ni pohlíží jako na poslání. Všechny sestry, se kterými probíhaly rozhovory, jejich práci žijí a naplňuje je. Věří v to, že tato péče má smysl a její další rozvoj je velice důležitý, ať už pro umírající či jejich rodiny. O umírající a jejich rodiny pečují s láskou a pílí. Samy sestry mají zájem o prohlubování svých vědomostí v tomto oboru.

Co se týče rozsahu péče, bylo zjištěno, že sestry pečují o umírající, pečující i pozůstalé. V domácím prostředí díky širokému spektru vybavení a multidisciplinárnímu týmu dokážou uspokojit téměř všechny klientovy potřeby a přání.

Jejich pracovní zátěž byla rozdělena na fyzickou a psychickou. Z výzkumu vyplynulo, že je zde pocíťována zátěž. Převládající je však zátěž psychická. Samy sestry nepocíťují zátěž v takové míře, aby je vedla ke změně jejich zaměření, alespoň ve většině případů.

Za faktory, které sestřím komplikují poskytování domácí hospicové péče, byly nejčastěji označovány rodinné vztahy, nedostatek sester a na to navazující nedostatek času na klienty, doprava ke klientům domů, financování z veřejného zdravotního pojištění, malé povědomí veřejnosti, nesmíření se smrtí, náboženství a rasa. Nejvíce vyjadřovaly sestry znepokojenost s legislativním systémem financování, které by mělo být nastaveno lépe, aby byla domácí hospicová péče lépe dostupná a zvýšil se o ni zájem mezi sestrami.

Zjištěné výsledky této práce by mohly být užitečné pro laickou i odbornou veřejnost a mohly by vyvolat větší zájem o krásu tohoto oboru. Přínos vidím v možném zvýšení zájmu sester o tento obor či nabídnutí řešení rodinám, ve kterých se nachází umírající člen s přáním umírat doma.

7 Seznam literatury

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 97880-247-5148-1.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, s 10-43. ISBN 80-7013-439-9.

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

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

Centrum paliativní péče, z. ú, 2014. *Elnec Core*. [online]. [cit. 31. 3. 2022]. Dostupné také z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/el nec-core>.

Cesta domů, 2020. *Jak být nablízku*. 9. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-68-3.

Cesta domů, 2017. *V době zármutku*. 6. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-25-6.

CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2020. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1575-2.

Česká společnost paliativní medicíny, 2016. [online]. [cit. 2021-12-02]. Brno. In: ČSPM ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>

Domáci hospic Athelas, ©2022. *Hospic-Pisek*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://hospic-pisek.cz/>

Domáci hospic Jordán, ©2022. *Hospic Jordan*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.hospicjordan.cz/cz/index.php>

Domáci hospic svatého Jakuba Prachatice, ©2022. *Hospic Jakub*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.hospicjakub.cz/>

Domáci hospic svaté Markéty Strakonice, ©2022. *Hospic Marketa*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.hospicmarketa.cz/>

Domáci hospic svaté Veroniky, ©2022. *Hospic Veronika*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.hospicveronika.cz/>

Domáci hospic svatého Víta Český Krumlov, ©2022. *Hospic Vít*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.hospicvit.cz/>

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících). 1999. [online]. [cit. 28. 11. 2021], In: Rada Evropy. Dostupné také z: <https://www.fno.cz/informace-pro-pacienty/charta-prav-umirajicich>

Etický kodex České lékařské komory, 2019 [online]. [cit. 28. 11. 2021], In: Česká lékařská komora. Dostupné také z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

Hospicová péče svatého Kleofáše, ©2022. *Kleofas*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.kleofas.cz/>

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

Koncepce hospicové péče pro Českou republiku, 2017. [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [cit. 1. 11. 2021]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20C4%8CR%20-%20final.pdf>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

Ledax, ©2022. *Ledax*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.ledax.cz/>

Listina základních práv Evropské unie, 2012. [online]. [cit. 28. 11. 2021], In: Úřední věstník Evropské unie, 2012/C 326/02, s. 17. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/pravo/2012/P%2FTEXT#i1>

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2014. *Speciální psychologie*. 5 vyd. Brno: NCO NZO. s 109-113. ISBN 978-80-7013-559-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2017. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0132-0.

Mobilní specializovaná paliativní péče v Jihočeském kraji: Domácí hospice v Jihočeském kraji, 2020. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Jihočeský kraj. Dostupné také z: https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inlinefiles/Mobiln%C3%AD%20specializovan%C3%A1%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De_web.pdf

NOVÁKOVÁ, Iva, 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

Paliativní péče v České republice: Situační analýza, 2016. [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. [cit. 1. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>

PEŘINA, Jakub, 2016. *Historie paliativní péče*. [online]. [cit. 2021-11-24]. Dostupné také z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

PIVOŇKOVÁ, Lenka, 2020. *Domácí paliativní péče o pacienty v terminálním stavu*. Veřejná zdravotní pojišťovna. [online]. [cit. 27. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pece-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>

- PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POLOHORSKÁ, Miriam a Zuzana ŠAJTEROVÁ, 2008. *Prevenca bolesti chrbta sestier*. Sestra. Roč. 18, 1-2, s 24-26. ISSN 1210-0404.
- Práva a povinnosti pacientů*, 2021. [online]. [cit. 28. 11. 2021], MZČR. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/prava-a-povinnosti-pacientu/>
- Sdílení o. p. s., ©2022. *Sdílení Telč*. [online]. [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné také z: <https://www.sdileni-telc.cz/>
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 29. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, 1997. [online]. [cit. 28. 11. 2021]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2. 12. 2021]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 27. 4. 2022]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zahraniční zdroje

BALDWIN, Moyra A. a Jan WOODHOUSE, 2011. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE. ISBN 978-1-84860-871-9.

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

Carlson MD. et al., 2007. *Hospice care: what services do patients and their families receive?* [online]. [cit. 2022-03-31]. In: PubMed. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610443/>

CURROW, David C. et al, 2020. *Role of Hospice Care at the End of Life for People With Cancer*. [online]. [cit. 2021-12-21]. In: PubMed. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023154/>

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

European Association for Palliative Care, ©2022. [online]. [cit. 20. 2. 2022]. Belgie. Dostupné také z: <https://www.eapcnet.eu/>

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

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

ROSEN, Michael A. et al., 2018. *Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-quality Care*. Am Psychol. [online]. [cit. 2021-12-21]. In: PubMed. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29792459/>

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

World Health Organization, ©2022. [online]. [cit. 20. 2. 2022]. Dánsko. Dostupné také z: <https://www.euro.who.int/en/countries/czechia>

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

8 Seznam příloh

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se sestrami

Příloha 2: Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

Příloha 3: Graf 1 – Faktory ovlivňující péči sester v domácí hospicové péči

Příloha 4: Graf 2 – Co by podle sester usnadnilo jejich péči

Přílohy

Příloha 1: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor se sestrami

A) Základní informace o dotazovaném:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Vzdělání
4. Doba praxe

B) Otázky k VO 1 – Jaký je pohled sester na práci v domácí hospicové péči?

5. Co Vás přivedlo k tomuto oboru?
6. Jaká úroveň vzdělání je dle Vás dostačující a vhodná pro práci v DHP?
7. Jaké vlastnosti, znalosti a dovednosti jsou pro sestru v DHP nejdůležitější?
8. Co za praxi by mělo předcházet tomu, než sestra nastoupí v domácí hospicové péči? Je podle Vás vhodné nastoupit do tohoto oboru ihned po škole? Proč?
9. Co je podle Vás nejdůležitější celkově na poskytování DHP?
10. Myslíte si, že je tento obor pro kohokoli?
11. Jak byste vašimi slovy definovala DHP?
12. Je něco, co Vás na této práci naplňuje či přináší pocit uspokojení?
13. Co je pro Vás na této práci nejobtížnější?
14. Je vaše organizace schopna vyhovět všem žádostem o DHP ve Vašem dosahu?
15. Co pro Vás tato práce osobně znamená?

C) Otázky k VO 2 – Jaký je rozsah péče sester pracujících v domácí hospicové péči?

16. V jakém rozsahu zajišťujete péči pro nemocné? Co všechno dokážete jako sestra v domácí hospicové péči zajistit?
17. Co zahrnuje péče o pečující a pozůstalé?
18. Jak probíhá péče o klienta v DHP a jeho pečující bezprostředně po smrti?
19. Je podle Vás něco, co DHP nezajišťuje, ale bylo by to přínosem?

D) Otázky k VO 3 – Jak hodnotí svou pracovní zátěž sestry pracující v domácí hospicové péči?

20. Představuje tato péče pro Vás nějakou zátěž, ať už psychickou či fyzickou?
Konkrétně co ji způsobuje?
21. Měl/a jste období, kdy Vás tato práce již nenaplňovala a uvažoval/a jste o změně oboru? Pokud ano, co pomohlo ke změně názoru a tomu, že jste v tomto oboru zůstal/a?
22. Jaký máte vztah ke smrti? Jaké je pro Vás mluvit o smrti?

E) Otázky k VO 4 – Jaké faktory sestrám komplikují poskytování domácí hospicové péče?

23. Co Vám nejvíce komplikuje poskytování kvalitní péče?
24. Jaké faktory zásadně ovlivňují péči o nemocného či pečující/pozůstalé?
25. Je něco, co by podle Vás usnadnilo vaši práci, případně napomohlo zvýšit kvalitu péče? (vybavení, povědomí veřejnosti, další personál, ...)
26. Je něco, co Vám vyloženě vadí na systému poskytování DHP nebo něco, co je podle Vás naprosto bezvýznamné?

Příloha 2 – Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

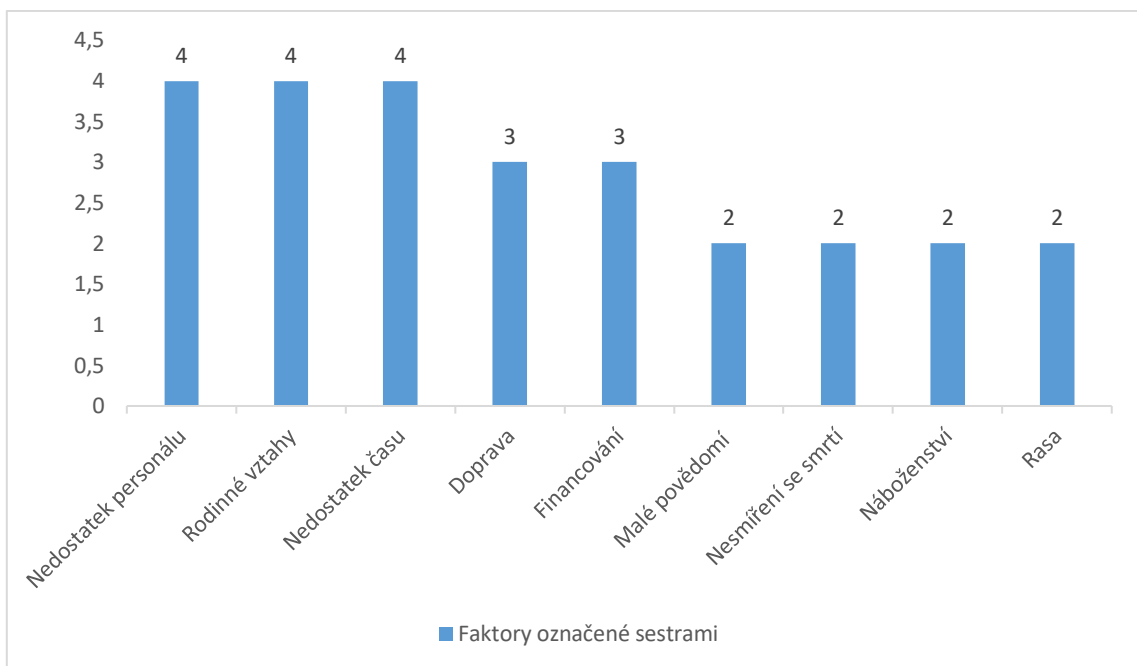
| Dotazovaný | Věk | Pohlaví | Vzdělání | Doba praxe v domácí hospicové péči | Doba praxe v oboru |
|-------------------|------------|----------------|-------------------------|---|---------------------------|
| S1 | 57 let | žena | vysokoškolské + ARIP | 4 roky | 35 let |
| S2 | 42 let | žena | vysokoškolské | 2 roky | 18 let |
| S3 | 40 let | žena | vysokoškolské + ARIP | 3 roky | 16 let |
| S4 | 37 let | žena | středoškolské + ARIP | 3 roky | 18 let |
| S5 | 35 let | žena | vysokoškolské + ARIP | 2 roky | 10 let |
| S6 | 45 let | žena | středoškolské | 6 let | Cca 18 let |
| S7 | 27 let | žena | vysokoškolské | 3 roky | 4 roky |
| S8 | 30 let | muž | vysokoškolské | 5 let | 8 let |

Zdroj: vlastní tvorba

S = sestra domácí hospicové péče

Příloha 3

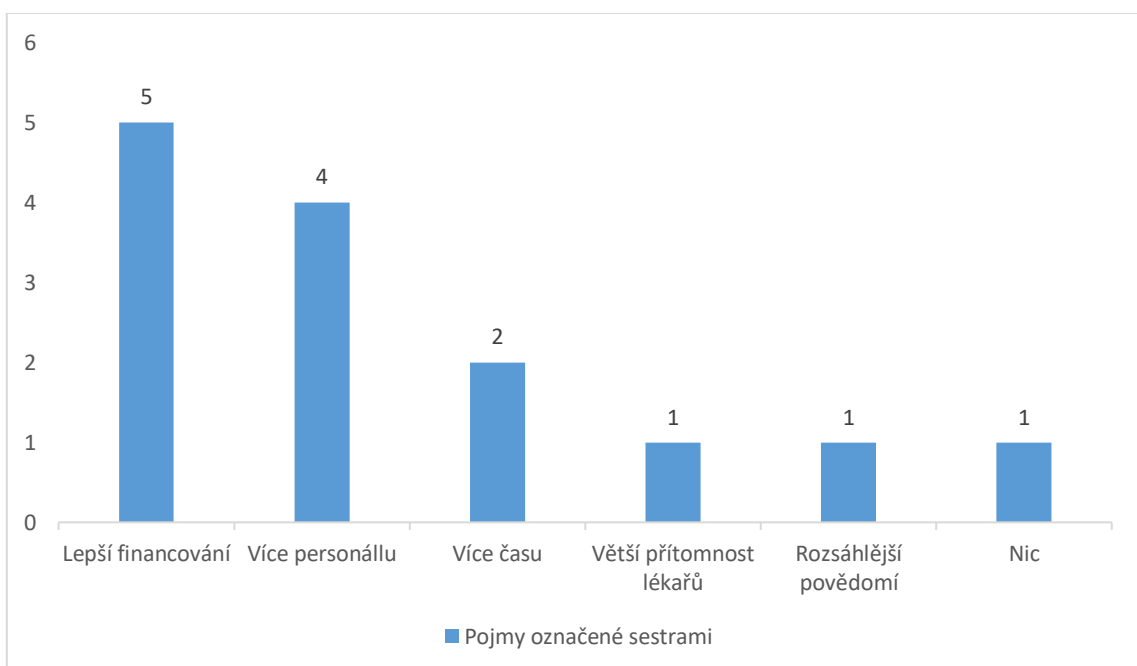
Graf 1: Faktory ovlivňující péči sester v domácí hospicové péči



Zdroj: vlastní tvorba

Příloha 4

Graf 2: Co by podle sester usnadnilo jejich péči



Zdroj: vlastní tvorba

9 Seznam zkratek

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

ARIP – Specializace pro všeobecné sestry v intenzivní péči

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Bc. – Bakalář, akademický titul

CŽK – Centrální žilní katétr

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

DHP – Domácí hospicová péče

DiS – Diplomovaná sestra

EAPC – Evropská asociace pro paliativní péči

ELNEK – End of Life Nursing Education Consortium (intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života)

EU – Evropská unie

HPP – hlavní pracovní poměr

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NGS – Nasogastrická sonda

ONP – Oddělení následné péče

O. P. S. – Obecně prospěšná společnost

OSN – Organizace spojených národů

PMK – Permanentní močový katétr

WHO – Světová zdravotnická organizace (anglicky World Health Organization)