

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANIELA MARŠÁLKOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Bakalářská práce

DANIELA MARŠÁLKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

MARŠÁLKOVÁ Daniela
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Hospicová péče v České republice

Hospitzpflege in der Tschechischen Republik

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 31. října 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Jarmile Verešové, za cenné rady, které mi dala při tvorbě práce a za konzultace, které se mnou vedla. Poděkování patří také kolegům a kolegyním, kteří se zapojili do průzkumného šetření a celé rodině za trpělivost a poskytnutou podporu.

ABSTRAKT

MARŠÁLKOVÁ, Daniela. *Hospicová péče v České republice*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2018. 86 stran.

Tématem bakalářské práce je hospicová péče v České republice. Práce je členěna na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části jsou popsány pojmy jako hospic, smrt, umírání a terminální stádium života. V kapitolách, které se věnují historii hospiců, jsou uvedena data založení hospiců, jak ve světě, tak u nás. Dále jsou zde uvedena jména jako Cicely Saunders a Marie Svatošová. V dalších kapitolách se práce zabývá etickou stránkou a to komunikací s umírajícími.

Důležitou součástí práce bude praktická část a zpracovaný empirický průzkum. Hlavním cílem průzkumu bude zjistit hlavní, pracovní, motivační faktory u sester pracujících v kamenném hospici. Metodou průzkumného šetření bude strukturovaný rozhovor. Na základě dílčích cílů budou vytvořeny otázky, které budou formou rozhovoru podány respondentům. Respondenti se budou následně účastnit hloubkového rozhovoru. Empirický průzkum je zaměřen na všeobecné sestry pracující v kamenném hospici.

Klíčová slova: Duševní hygiena. Hospic. Komunikace. Smrt. Terminální stav. Umírání.

ABSTRACT

MARŠÁLKOVÁ, Daniela. *Die Hospizpflege in der Tschechischen Republik*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Die Qualifikationsstufe: Bakkalaureat (Bc.). Der Arbeitsleiter: PhDr. Jarmila Verešová. Prag. 2018. 86 Seiten.

Das Thema der Bakkalaureatsarbeit ist die Hospizpflege in der Tschechischen Republik. Die Arbeit wird auf den theoretischen und praktischen Teil gegliedert. In dem theoretischen Teil werden die Begriffe wie Hospiz, Tod, Sterben und Terminalphase des Lebens beschrieben. In den Kapiteln, die sich der Geschichte von Hospizen widmen, werden die Daten der Hospizgründung angeführt, und zwar sowohl in der Welt, als auch bei uns. Weiter werden hier die Namen wie Cicely Saunders und Marie Svatošová angeführt. In anderen Kapiteln beschäftigt sich die Arbeit mit der ethischen Seite, und zwar mit der Kommunikation mit den Sterbenden.

Ein wichtiger Teil der Arbeit wird der praktischer Teil und die ausgearbeitete empirische Untersuchung sein. Das Hauptziel der Untersuchung wird die Haupt-, Arbeits-, Motivierungsfaktoren bei den in einem ständigen Hospiz arbeitenden Schwestern festzustellen. Die Untersuchungsmethode wird ein strukturiertes Gespräch sein. Aufgrund der Teilziele werden die Fragen geschaffen, die in Form vom Gespräch den Befragten gestellt werden. Die Befragten werden nachfolgend an einem Tiefengespräch teilnehmen. Die empirische Untersuchung orientiert sich an die in einem ständigen Hospiz arbeitenden Allgemeinkrankenschwestern.

Schlüsselwörter: Geisteshygiene. Hospiz. Kommunikation. Tod. Terminalzustand. Sterben.

PŘEDMLUVA

Ke zpracování bakalářské práce jsem si vybrala téma, které je pro mne zajímavé a mám k němu blízký vztah. Se smrtí se setkávám už delší dobu a mám s ní zkušenost jak u blízkého člověka, tak u pacientů, o které jsem pečovala, když vstoupili na tu cestu, která nevede zpět a končí smrtí. Smrt patří bezpochyby k našemu životu, ale nemluví se o ní tolik jako o zrození nového života. Smrt je jedinou jistotou, kterou v životě máme. Ano, měla by přijít v ten správný okamžik, v okamžik, kdy jsme na ni připraveni, máme prožitý kus života, vychované děti, usmívající se vnoučata...Teprve potom všem by si pro nás měla přijít – kmotřička SMRT. Je ale bohužel málo pravděpodobné, že tato krásná skutečnost potká nás všechny. Potká jenom nepatrnou polovinu naší populace. Jakožto člověk – zdravotník, mohu říci, že setkání se s člověkem, který odchází ze světa v 80-90 letech, prožitý životem a umírá na stáří, únavu a vyčerpání organismu, je vzácnost. Lidé umírají čím dál v mladším věku, nepřírozenou smrtí, smrticemi nemocemi, nepozorností a nezodpovědností. Kde je ta pomyslná hranice mezi dobrým a zlým úmrtím? Opravdu je ta zlá rakovina všude? I za našich babiček se umíralo na onkologická onemocnění, ale proč o tom byla veřejnost tak málo informována? „Terminální stádium života – věta, kterou nechce nikdo z nás slyšet, protože od vyslovení této věty zbývá jen málo do konce...několik týdnů, dní nebo snad hodin? Jak rychle může přijít smrt a jak dlouho to bude trvat? Bude to bolet? Mám strach. Z čeho vlastně mám strach?“ Ani na jedinou tuhle otázku není odpověď. Člověk, který umírá, umírá poprvé. Nezažil to, neví, do čeho jde, co jej čeká. Známe akorát z literatury popsané symptomy, příčiny, nemoci, okolnosti, ale to je vše. Lidé se bojí vyslovit slovo smrt, uvažovat nad její problematikou, existencí. Je tady ale s námi a setkáváme se s ní v podstatě denně. Proto musíme vědět alespoň to základní. Ráda bych touto prací poukázala, vysvětlila a přiblížila věci, které jsou veřejnosti málo známé, mnohokrát ani nevíme, z čeho máme strach, ale bojíme se. Proč se bojíme? Bojíme se o blízkého, o sebe, či snad toho, že nebudeme vědět co dělat, když se setkáme tváří v tvář se smrtí? Neumíme pojmenovat věci související se smrtí. A touto prací bych je všechny chtěla vysvětlit. Ukázat a podpořit veřejnost, aby se nebáli pomoci člověku v terminálním stádiu, aby se nebáli držet umírajícího za ruku a potichu s ním odejít. Aby se zkrátka ničeho nebáli, protože být v tu chvíli s někým, kdo opouští pozemský život navždy je obrovská emocionální vzácnost, ale k tomu každý dojde až později, až tuto skutečnost zažije a tyto pocity se mu navždy vryjí pod kůži.

V bakalářské práci také vysvětluji pojmy jako hospic a hospicová péče, od historie až po současnost. Zaměřuji se také na stádia a fáze umírání a popis známek smrti. Práce také poukazuje na ty, kteří s námi v posledních chvílích života tráví svůj čas. Ať se jedná o příbuzné, či o všeobecné sestry pracujících v kamenném hospici. V praktické části jsem se zaměřila na empirický průzkum, který poukazuje na zvládání zátěže při tomto povolání – poslání. Práce je napsána pro studenty zdravotnických škol a také pro budoucí všeobecné sestry, které se rozhodnou pracovat v kamenném hospici. Podklady pro napsání práce jsem čerpala z knižních a internetových zdrojů.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	14
1.1 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.2 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE VE SVĚTĚ.....	16
1.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE.....	17
2 THANATOLOGIE	19
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ	20
2.2 TERMINÁLNÍ FÁZE ŽIVOTA	21
2.3 STÁDIA A FÁZE UMÍRÁNÍ.....	22
2.4 ZNÁMKY SMRTI	24
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA.....	25
3.1 ZAJIŠTĚNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA.....	25
3.2 ZAJIŠTĚNÍ PSYCHICKÝCH A DUCHOVNÍCH POTŘEB U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA.....	27
3.3 PÉČE O ZEMŘELÉHO	30
3.4 PÉČE O RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY A PŘÍBUZNÉ.....	31
3.5 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI A RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY.....	33
4 FYZICKÁ A PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER PRACUJÍCÍCH V HOSPICI	35
4.1 STRES A ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE	36
4.1.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	36

4.1.2	FYZICKÁ ZÁTĚŽ	36
4.2	BURNOUT	37
4.3	DUŠEVNÍ HYGIENA	38
4.4	VÝZNAM RELAXACE A ODPOČINKU.....	39
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	40
6	EMPIRICKÝ PRŮZKUM	42
6.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
6.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	42
6.3	VYBRANÁ METODA ŠETŘENÍ.....	42
6.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	43
6.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	44
6.6	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
6.6.1	VÝSLEDKY ROZHovorŮ S RESPONDENTY.....	45
6.6.1.1	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 1	45
6.6.1.2	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 2.....	50
6.6.1.3	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 3.....	53
6.6.1.4	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 4.....	57
6.6.1.5	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 5.....	60
6.6.1.6	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 6.....	63
6.6.1.7	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 7.....	66
6.6.1.8	Výsledek rozhovoru s respondentem č. 8.....	69
7	DISKUZE.....	73
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	80
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM PŘÍLOH	87

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Informace o respondentech.....	45
--	----

ÚVOD

Bakalářská práce s názvem Hospicová péče v České republice přibližuje téma, o kterém se stále málo hovoří a je stále ve společnosti tabuizováno, a sice téma umírání a smrti. Povolání všeobecné sestry je náročné a bezpochyby k těm nejnáročnějším patří i pozice všeobecné sestry v kamenném hospici, kde je potřeba s úctou a s respektem důstojně pečovat o pacienty v terminálním stádiu života. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit hlavní motivační faktory u sester pracujících v kamenném hospici. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je rozpracována historie, která se skládá z historie hospicové péče ve světě a u nás, popisuje formy hospicové péče. Přecházíme na charakteristiku thanatologie a vymezení pojmu terminální fáze života. Dále teoretická část popisuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stádiu života a zabývá se fyzickou a psychickou zátěží sester, které pracují v kamenném hospici.

Praktickou část práce tvoří empirický průzkum, kde je využito kvalitativní metody – rozhovoru. Otázky byly směřovány na sestry pracující v kamenném hospici.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat teoretickou část práce, ve které jsou stěžejními tématy hospicová péče a terminální stádium života na základě provedené rešerše z odborné literatury.

Cíl 2: Poskytnout náhled na problematiku práce o nemocné v terminálním stádiu života ze strany všeobecných sester pracujících v hospici v teoretické rovině na základě provedené rešerše z odborné literatury.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat empirický průzkum.

Cíl 2: Zjistit hlavní, pracovní, motivační faktory u sester pracujících v kamenném hospici.

Cíl 3: Navrhnout doporučení pro praxi.

Vstupní literatura

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. Přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. 362 stran. ISBN 978-80-247-5646-2.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla vypracována na žádost dne 10. 11. 2017 v Moravskoslezské vědecké knihovně v Ostravě, paní doktorkou Svozilovou. Rešerše byla rozpracována na základě klíčových slov, která se vyskytují v celé bakalářské práci: duševní hygiena, hospic, komunikace, smrt, terminální stav a umírání. Časové rozmezí knižních zdrojů je od roku 2008 po současnost. Do rešeršní strategie bylo zadáno i jazykové rozmezí, požadovali jsme knižní zdroje v českém, slovenském, anglickém a německém jazyce. V rešerši bylo vyhledáno celkem 100 zdrojů, z toho 33 knižních zdrojů, 67 článků a z toho 33 dostupných na internetu.

1 HOSPICOVÁ PÉČE

Lidé zpravidla nejsou připraveni na smrt a zpráva, že se jich to bude brzy také týkat, je demoralizuje nebo skličuje (TOMEŠ et al., 2015, s. 13).

Hospicová péče se soustřeďuje na terminální stadium nevléčitelné nemoci. Klade stejný důraz jak na zmírnění duchovních strastí, které souvisejí a blíží se smrti, tak na odstranění fyzického strádání. Jedná se o formu paliativní péče, která může být poskytována jak ve speciálním lůžkovém zařízení, v domácím prostředí, nebo kdekoli jinde, ale vždy je ve svých důsledcích přínosem pro celou společnost.

Slovo hospic pochází již ze středověku. V překladu z latinského *hospitium* se jedná o útulek. Útulek pro unavené poutníky, hospicovou péči jim začali poskytovat kláštery. Dostalo se jim odpočinku, jídla, byly jim ošetřeny putováním unavení nohy, dostala se jim duchovní pomoc a dostali také léky. Takový útulek byl popsán již v biblickém podobenství – o milosrdném Samaritánovi. Později kláštery pečovali i o nemocné z náboženských obcí a z přilehlých vesnic (TOMEŠ et al., 2015).

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti a z úcty k samotnému životu.

Hospic nemocnému zaručuje, že bude v každé situaci respektována jeho lidská důstojnost, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a že nezůstane sám v posledních chvílích života. Jedná se o to, naplnit dny životem nikoli naopak. Úkolem hospice je sloužit a pomáhat. Důraz je kladen především na kvalitu života doslova do posledního vydechnutí. Nesmírně významnou a nezastupitelnou roli zde hrají blízcí nemocného, na které bere hospic zřetel i po smrti nemocného, a je-li to potřeba, věnují se jim dlouhodobě.

Hospic nepomáhá pouze fyzicky a to kvalitní ošetrovatelskou péčí, ale také pomáhá pochopit smysl utrpení a to může být někdy ta pomoc největší jak pro nemocného, tak pro jeho rodinu. Tato práce vyžaduje profesionální, hluboký a zároveň lidský přístup a týmovou práci. Žádný hospic se neobejde bez výše uvedených, včetně dobrovolníků. V hospici nemůže pracovat jen tak někdo. Musí to být člověk, který má skutečně a bezvýhradně rád lidi, a který je vyrovnán se svou vlastní konečností a se svou smrtelností.

Doprovázení umírajících přidá kus moudrosti a zralosti, ale také ubere kus sil. Dr. Kübler – Rossova k tomu dodává: „*Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot*“ (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 116).

1.1 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Domácí péče o umírající byla tradičně věcí rodiny. Chudé městské rodiny měli však s péčí problém. V ČSR hospicové péči předcházela péče domácí, zdravotnická. Dnes se mezinárodně označuje, jako Home care. Začal ji po roce 1918 organizovat Československý červený kříž. Dne 8. 9. 1950 byl Český červený kříž pověřen ministerstvem zdravotnictví, aby převzal ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách, ale od 19. 8. 1952 to opět přebíral zpátky stát a začlenil ji do standardního veřejného systému zdravotní péče, které byly poskytovány okresními ústavy národního zdraví ve zdravotních obvodech. Sestry, které vykonávaly domácí péči, se staly sestrami pro geriatrici v rámci obvodních středisek.

První pokusy o zřízení specializované hospicové péče se začaly objevovat koncem roku 1989, kdy s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná, která se s myšlenkou hospice seznámila ve Velké Británii. Tento projekt byl ale nakonec zrušen. První zařízení v České republice, které poskytovalo paliativní péči, bylo založené v nemocnici v Babicích nad Svitavou, později se z ní stala léčebna pro dlouhodobě nemocné. Po roce 1990 začala hospicové hnutí u nás propagovat MUDr. Marie Svatošová. Dne 8. 12. 1995 otevřela první kamenný hospic - *Hospic Anežky České* v Červeném Kostelci. Od roku 1996 do roku 2017 vzniklo v České republice 15 kamenných hospiců (Příloha B). Za zmínku také stojí Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti, přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání, sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v České republice. Mezi nejbližší cíle této asociace patří podpora informovanosti odborné i laické veřejnosti o tom, co hospicová péče nabízí, zlepšování kvality péče formou spolupráce při tvorbě standardů kvality hospicové paliativní péče, vzdělávání a přispívání ke zvyšování odbornosti

profesionálů v této oblasti, jakožto i přiznat hospicům v legislativě statut zdravotně-sociálních zařízení (TOMEŠ et al., 2015).

1.2 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE VE SVĚTĚ

Pro pochopení paliativní medicíny a hospicové práce je třeba se na problematiku podívat z historické perspektivy. Hluboko v dějinách léčebného umění např. v Mezopotámii se dostaneme k zasvěceným chrámovým kruhům, kde narazíme v první linii na ženy, které jsou obdarovány zvláštními třemi schopnostmi. Schopností zůstat blízko nemocnému člověku a být s ním, i když to vyvolává pocit strachu – dnes se této schopnosti říká empatie. Schopnost pozorovat to, co ostatní odpuzuje, dnes diagnóza. Jádrem toho, co dnes nazýváme terapií je schopnost a znalost mírnit obtíže, obzvláště bolest.

V polovině dvacátého století se objevily dvě ženy obdarované výše uvedenými schopnostmi. Dvě lékařky, které opět navázali na onu starou léčebnou kulturu. První ženou je Elisabeth Kübler – Rossová, v té době neznámá psychiatricka. Roku 1969 uvedla knihu, která měla pro tehdejší dobu pohoršující název a to „On Death and Dying“ v českém překladu „*O smrti a umírání*“. Nastala změna v přístupu k tomuto tabuizovanému tématu smrti. Druhou ženou je Cicely Saunders, anglická zdravotní sestra, která milovala člověka s nevléčitelným onkologickým onemocněním. Oba chtěli nemocným umožnit lepší, důstojnější a chráněné umírání. Saundersová studovala medicínu a sociální práci proto, aby mohla založit instituci, která se v celém světě proslavila pod pojmem „hospic“ (STUDENT, MÜHLUM, STUDENT, 2006).

Dům, který měl vrátit umírajícím lidem a jejich příbuzným místo v tomto světě otevřela Cicely Saunders roku 1967 v londýnském předměstí Sydenham s názvem St. Christopher Hospice. Pro založení a otevření svého vlastního zařízení musela Saundersová nasbírat mnoho zkušeností a znalostí. Ty čerpala z klinických zařízení, která se věnovala umírajícím, chudým a potřebným. Nejznámější byl založen roku 1893 – „St. Lukes Home for the Dying Poor“ a „St. Josef's Hospice“ založený v roce 1905. Idea hospice přeskočila z Anglie do USA, i když kolébkou hospicového hnutí stala Velká Británie. První americký hospic v New Haven ve státě Connecticut byl založen roku 1974.

V Německu se o fenoménu hospic dozvěděli z filmu „Ještě 16 dnů...nemocnice umírajících v Londýně“. Pojem „Nemocnice umírajících“ ovšem vyvolala u většiny lidí averzi. Hospice se proto v Německu rozvíjeli ze začátku jako podvratné hnutí, představované katolickými kněžími. Z iniciativy nemocničního kaplana Zielinskeho bylo otevřeno roku 1983 paliativní oddělení na chirurgické univerzitní klinice v Kolíně nad Rýnem. Roku 1986 otevřel duchovní Paul Türks hospic „Haus Hörn“ v Cáchách. Pomalu a postupně se začalo prosazovat poznání, že „hospic“ je v první řadě koncept a ne institut (STUDEN, MÜHLUM, STUDENT, 2006).

1.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

Domácí hospicová péče. Tato forma péče není vždy dostačující, ale pro nemocného zcela ideální. Někdy rodině dojdou síly, někdy se potřeby nemocného úplně neslučují s chodem domácnosti, a někdy je problém už jen prostor, kde rodina žije. Mezi omezující faktor domácí hospicové péče se bezpochyby řadí i odbornost. Hlavně v místech či obcích, kde není žádná služba, která má speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci nebo sesterské agentury. Při každém zhoršení stavu dochází k opakovaným hospitalizacím nemocného.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty). Tato forma péče je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí hospice. Nemocný je přijat do stacionáře ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Dopravu nemocnému zajišťuje sama rodina, nebo hospic, pokud má tuto službu. Důvod návštěvy stacionáře může být různý a pro některé nemocné v určité fázi onemocnění je stacionář tím nejlepším řešením. Důvod může být diagnostický, nejčastěji kvůli bolesti, kterou se nedaří doma zvládnout. Návštěva hospicového stacionáře z léčebného důvodu může být kvůli aplikaci chemoterapie nebo kvůli úpravě hladiny léků proti bolesti. Poté může nemocný opět zůstat v péči rodiny. Nemocný může stacionář navštěvovat i z důvodu psychoterapeutického, když rodina není schopna, nebo nechce mluvit o problémech nemocného. Nejčastějším důvodem návštěvy stacionáře ovšem je respitní neboli odlehčovací důvod, kdy si potřebuje rodina odpočinout od nemocného, nebo nemocný potřebuje pauzu ze strany milující rodiny.

Lůžková hospicová péče. Velkým omylem je si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, na něm musí i zemřít. Spoustu nemocných zejména onkologicky nemocných využívají hospicová lůžka velice účelově. Přicházejí na opakované, krátkodobé pobyty zcela svobodně a dobrovolně. Záleží čistě na pacientovi, zda chce v hospici pobývat a s kým. Návštěvy s rodinou si nemocný dohodne, jak chce a jak je potřeba. Ty jsou zásadně neomezené, jsou možné nepřetržitě po všech 365 dnů v roce, 24 hodin denně. V hospici je důraz kladen na kvalitu života – nemocný nemusí být celý den v pyžamu, nemusí se nacházet na pokoji v hospici, nebo v objektu samotném. Může se zkrátka dělat, co chce. Co je v jeho silách, může vstávat, kdy chce, může jíst, kdy chce. Pokoje schopnějším pacientům slouží pouze k přespání, nebo jako azyl, když chtějí být sami. Všechny hospice musejí být bezbariérové, aby byly dostupné i nemocný na lůžku, platí to jak pro společenskou místnost, tak pro zahrádku, či kapli (SVATOŠOVÁ, 2011).

Hospicová péče z časového hlediska. Obecně zde platí pravidlo, že čím dříve těžce nemocný či jeho rodina kontaktují hospic, tím více pro něj hospic může udělat. Velice důležitá je i zároveň dobrá a včasná spolupráce nemocnic a ošetřujících lékařů s hospicovým týmem. Hospicová péče zahrnuje z časového hlediska tři období, a to:

- Období první – pre finem – péče od okamžiku zjištění diagnózy až po nástup terminálního stavu, zdravotní stav již nereaguje na kurativní léčbu a nemocný si uvědomuje blížící se konec
- Období druhé – in finem – v užším slova smyslu se jedná o umírání, péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, kdy nemocnému postupně ubývá sil, příbuzní se s ním loučí
- Období třetí – post finem – zahrnuje péči o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých dle potřeby, zpravidla po dobu jednoho roku (SVATOŠOVÁ, 2011).

2 THANATOLOGIE

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá smrtí a všemi fenomény, které jsou s ní spojeny. Název této disciplíny je odvozen z řečtiny. Thanatos je řecký bůh smrti, starší bratr Hypna – boha spánku, který doprovází zemřelé do podsvětí. Thanatos je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Thanatologie je rozptýlena do mnoha klasických oborů: medicíny, psychologie, sociologie, teologie, filosofie a další. Každý z těchto oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého úhlu a na základě svých vědeckých metod (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Thanatologie pojímá problematiku smrti v různých souvislostech a vytváří na ni holistické nazírání. O smrti se dnes mluví nejčastěji z pohledu medicínského. Mluví se o tzv. medicinalizaci či o medializaci smrti. Lékaři se najednou v jistém ohledu staly pány nad životem a smrtí, proti které bojují intenzivní a dlouhodobou léčbou spojenou s farmakoterapií. A proto smrt pacienta považují mnozí za svůj neúspěch. Medicína také pojmenovala, kdy se jedná o dobrou, šťastnou smrt a naopak, kdy se jedná o smrt špatnou. Dobrou smrtí se označuje smrt ve spánku nebo po aplikaci utišujících léků. O špatnou smrt se jedná v případě, kdy pacient trpí, má bolesti a ví o přicházející smrti. Taková smrt je považována za nehumánní a za nežádoucí. A přesto se ve společnosti o smrti nemluví. *Jakoby smrt ve společnosti zemřela, neexistovala* (ŠPATENKOVÁ et al., 2014, s. 20). Na vytěsnění smrti ze společnosti se může nahlížet ze strany individuální a ze strany sociální. Když člověk nechce slyšet o smrti jiného člověka, protože mu to připomíná obavy z vlastní smrti, mluvíme o vytěsnění individuálním. Sociální vytěsnění smrti znamená nepřirozenost při vyjadřování soucitu v kontaktu s pozůstalými či s umírajícími.

I když je smrt přirozenou součástí každého člověka, lidé se chovají jako by se jich smrt netýkala, a jako kdyby byli nesmrtelní. Smrt není hmatatelná, reálná ani všudypřítomná. Se smrtí se v dnešní době setkáváme denně. Nemusí se jednat o smrt skutečnou ale o smrt zprostředkovanou médii, např. televizními zprávami, internetem, časopisy, novinami a dokonce i počítačovými hrami. Smrt v současné společnosti konstruují a prezentují novináři i lékaři (ŠPATENKOVÁ et al., 2014).

Thanatologie vznikla v USA, tento fenomén podnítil také rostoucí pocit viny za smrt jiných lidí (Nagasaki, Hirošima). Světovou odbornicí v oblasti thanatologie je americká lékařka Elisabeth Kübler – Rossová, která formulovala základy moderní thanatologie počátkem šedesátých let. O přednášky s problematikou smrti mají zájem nejen zdravotníci, ale také laická veřejnost. Ve svém subjektivním prožitku je smrt každého člověka neopakovatelná a jedinečná. Objektivní informace vycházejí z míry poznání této oblasti, kterou prozkoumala biologie a medicína (KELNAROVÁ, 2007).

2.1 VYMEZENÍ POJMŮ

Smrt (mors)

Smrt je završením a ukončením lidského života. Jedná se o individuální zánik organismu, tedy člověka. Lidé v minulosti umírali spíše přirozenou smrtí označovanou jako sešlost věkem. V současnosti lidé umírají tzv. lékařskou smrtí, kdy je smrt konečným stádiem nemoci. Ke smrti dochází v nemocnici či v nějaké instituci. Smrt se dá rozlišit na náhlou, rychlou nebo pomalou. Náhlá smrt je většinou tragická, jako následek autonehody, či úrazu. Rychlou smrt reflektuje nemoc, která je příčinou smrti, např. akutní infarkt myokardu. Pomalá smrt se v celkem dlouhém čase ohlašuje, je přítomna a projevuje se prostřednictvím různých obtíží. Příbuzní i umírající mají čas se na ni připravit. S ohledem na věk se smrt také rozlišuje na předčasnou a přiměřenou. Samostatnou kapitolu tvoří smrt, kterou si člověk způsobí sám. Existují dva typy, sebezabití a sebevražda. Sebezabitím se rozumí smrt neúmyslná a sebevraždou smrt úmyslná (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Za klíčové se považuje medicínské vymezení smrti. V současné době je to právě lékař, kdo je kompetentní konstatovat smrt. Smrt byla pojmem označujícím zástavu srdeční činnosti, ale některé zástavy srdeční akce je možné resuscitovat a smrt zvrátit, jedná se tudíž o tzv. klinickou smrt. Okamžik smrti je dán srdeční zástavou při neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci. Po zástavě oběhu přichází mozková smrt. Smrt mozku je smrt individua, protože mozek nám představuje identitu a osobnost člověka (ŠPATENKOVÁ et al., 2014).

Umírání

Umírání představuje různě dlouhý proces, jehož výsledným stavem, je smrt jedince. Umírání má různou podobu, délku, je prožíváno jedinečně a zcela individuálně. Umírající se vyrovnává se skutečností, že jeho život je u konce, že je na konci svých sil. V současnosti umírání trvá déle, stojí za tím pokrok vědy a techniky. Ne vždy je to ale pozitivní, dlouhotrvající umírání s sebou totiž přináší větší strach, nejistotu, pocity úzkosti a to nejen u umírajících, ale také u blízkých či u ošetřujícího personálu. Zkušenost se smrtí je jedinečná a neopakovatelná. Nedá se předat a ani zobecnit. Každý si, ten pomyslný „poslední“ úsek života musí ujít sám (KELNAROVÁ, 2007).

2.2 TERMINÁLNÍ FÁZE ŽIVOTA

Terminální fáze je v lékařské terminologii synonymem umírání. „*Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors)*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2015, s. 171). Pojem terminální stav ovšem můžeme chápat jako vlastní umírání, ale pojem umírání nemůžeme redukovat pouze na terminální stav, protože umírání je především proces. V jistém slova smyslu člověk umírá od narození. Podmínkou smrti je život a život je umožňován smrtí (HAŠKOVCOVÁ, 2015).

Mluví-li se o terminální fázi a o umírání, jedná se o období několika posledních dní života, které jsou provázeny obtížnými symptomy. Základním pilířem péče o pacienta v terminálním stavu je, aby lékař správně rozpoznal, že pacient umírá. Tato skutečnost je ale často podceňována a přehlížena. Špatná diagnostika terminálního stavu vede k nepřiměřeně invazivním vyšetřením a léčbě. Také se tím zvětšuje utrpení pacienta a jeho blízkých, dochází k prodlužování umírání. Lékař by měl rozpoznat, že pacient umírá z některých typických příznaků a projevů. Mezi příznaky a projevy umírání patří: pacient nevstává z lůžka, prodlužují se doby denního spánku, celková slabost a únava, snižování schopnosti pozornosti a koncentrace, ztrácí se zájem o konverzaci, kontakt je zachován pouze s nejbližšími, zhoršení zraku a sluchu, desorientace a zmatenost, odmítání jídla a pití, halucinace, sucho v ústech a problémy s polykáním, chladné končetiny aj. Předpokladem důstojného umírání je zvládnutí tělesných symptomů a naděje, že poslední hodiny života nemusí být naplněny utrpením a nesnesitelnou bolestí (SLÁMA, 2016).

V závěru života, v posledních dnech se kvalita péče nesnižuje, ale zaměřuje se na dobré umírání. Kromě zásadního aspektu stanovit správně a včas pacientovo umírání je druhým důležitým aspektem informovat rodinu, že pacient umírá a tím jim dát prostor ke komunikaci. Pro ošetřující personál to znamená čas, kdy se snaží identifikovat osoby, které ztráta blízkého člověka zasáhne nejsilněji a připravit se na přicházející situaci. Pozornost se věnuje také nevyřízeným záležitostem umírajícího. Nejčastěji se jedná o právní náležitosti jako sepsání závěti aj. V péči o pacienta také dochází ke změnám. Přestat s léčbou, ošetřeními a monitorováním, které nejsou potřebné. Znovu přehodnotit a zdokumentovat cíl péče, přehodnotit pokaždé, kdy se stav umírajícího změní. Mezi důležité aspekty doporučených postupů patří také dohoda s umírajícím o místo poslední péče (MARKOVÁ et al., 2015).

2.3 STÁDIA A FÁZE UMÍRÁNÍ

Poslední fází v životě člověka je umírání, které jak už bylo zmíněno, může trvat různě dlouho. Umíráním se označuje zdravotní stav člověka, který je neslučitelná se životem. U některých nemocí jako je např. AIDS může tento stav trvat i několik let. Dle Elisabeth Kübler – Rossové můžeme rozlišovat tři fáze procesu umírání:

Pre finem – jedná se o období před umíráním, zde je v popředí otázka sdělení diagnózy.

In finem – období vlastního umírání, v této fázi převládá ritualizace smrti, otázka hospicové a paliativní péče.

Post finem – období po smrti, které začíná smrtí jedince. Patří zde péče o zemřelého, ale také péče o pozůstalé (ŠPATENKOVÁ et al., 2014).

Na základě mnohaletých zkušeností s umírajícími popsala Elisabeth Kübler – Rossová model, který se člení do pěti stádií.

První stádium – popírání a izolace

Potřeba popírat nějakým způsobem realitu se objevuje u každého pacienta, častěji ovšem na začátku nemoci, než na sklonku jeho života. Mezi první reakce pacienta na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění patří dočasný šok a jistý otřes, ze kterého se postupně zotavuje. Když člověk opět najde sílu a vzchopí se, nastoupí postoj typu: „Ne, to se určitě nemůže týkat mě“ (KÜBLER – ROSS, 2015, s. 55). Lidé si nedokážou totiž představit, že jednou budou stát tváří v tvář smrti. Důležité je také, jak by pacient o svém stavu informován, zda byl připraven nést onu tíhu. Zda byl

připraven těžkou zprávu přijmout. V tomto stádiu je chování člověka nekontrolovatelné až impulzivní.

Druhé stádium – zlost

Stádium zlosti a vzteku nastupuje, když je už prvotní popírání déle neudržitelné. Na rozdíl od stádia popření je stádium hněvu pro rodinu i ošetřující personál daleko obtížnější. Pacient si hněv vybíjí na komkoli, kdo se právě namane. Terčem jsou nejen lékaři, ale také zdravotní sestry, které ať udělají cokoli, všechno je špatně. Rodina, která přijde za pacientem na návštěvu, odchází se slzami v očích, s pocity viny a odmítají další návštěvy nemocného, což jen umocňuje jeho zlobu a jeho nespokojenost. Problém je v tom, že se lidé nedokáží vcítit do pocitů umírajícího člověka. Pro člověka v tomto stádiu je důležité nebrat si jeho návaly vzteku a zlosti osobně, protože taková zloba nemá nic společného s lidmi, proti nimž se obrací.

Třetí stádium – smlouvání

Stádium smlouvání je méně známe, ale pro pacienta je užitečné, i když jen na chvíli. Smlouvání je jistým pokusem o odklad, musí přijít odměna za dobré chování, stanovuje dobrovolně zvolený koncový termín a slib, že pacient nebude žádat víc, když mu bude tento odklad udělen. Žádný pacient ovšem svůj slib nedodrží. Většinu smluv totiž uzavírají lidé s Bohem a drží ji v tajnosti. Smlouvy se většinou týkají prodloužení života za něco. Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s pocity viny. Je důležité nesměst tyto zmínky o slibech ze stolu.

Čtvrté stádium – deprese

Stádium deprese se dá rozlišit na dva druhy. První jako reaktivní deprese, kdy se jedná o utrpené ztráty, a druhá jako deprese přípravná. K druhému typu deprese dochází v důsledku hrozících ztrát. S každou bychom měli nakládat jiným způsobem, protože každá je zcela jiné povahy. U prvního typu deprese se snaží okolí nemocného rozveselit, povzbudit jej, aby neztrácel naději. Druhý typ má tichou, mlčenlivou podobu. Je protimyslné říkat nemocnému, ať není smutný, protože on ztrácí všechno a všechny, které miluje. Snažíme se o to, aby svůj žal vyjádřil, a tím snáze dospěje do stádia smíření. V období přípravného zármutku není třeba slov, jedná se o společné sdílení pocitů, které se projeví pohlazením, dotykem či jen tichým sezením. Jedná se o čas, kdy se pacient zaobírá více tím, co bude, než tím, co bylo.

Páté stádium – akceptace

Jedná se o stádium, kdy nemocný na svůj nadcházející konec pohlíží v tichém očekávání, prošel si všemi čtyřmi stádii a nyní je už zesláblý a dost unavený. Jedná se o období, kdy více porozumění, podpory a pomoci obvykle potřebuje rodina než sám nemocný. Pokud umírající člověk dosáhne vnitřního pokoje a smíření, okruh jeho zájmů se zúží. Dává přednost samotě, komunikace začíná být spíše neverbální a ubývá potřeba slov. Umírajícímu se může dát najevo, že o všechny důležité věci je postaráno a je jen otázka času, kdy bude moci navždy zavřít své oči. Blízkost někoho může umírajícího ujistit v tom, že nezůstal sám (KÜBLER – ROSS, 2015).

2.4 ZNÁMKY SMRTI

Známky smrti rozdělujeme na jisté a nejisté. K nejistým známkám patří stádia klinické smrti jako zástava dýchání, činnosti srdce a nevybavování zornicového reflexu. Jisté známky jsou tvořeny řadou změn, které se projeví až za určitou dobu. Dělí se na chemické a fyzikální.

Fyzikální posmrtné změny – vedou k vyrovnání rozdílů ve složení vnitřního prostředí po vyřazení mozkové kontroly. Patří k nim posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla a posmrtné skvrny.

Chemické posmrtné změny – mění vnitřní složení tkání. Patří k nim posmrtné srážení krve, posmrtné tuhnutí těla, posmrtná hniloba a autolýza (posmrtný rozklad).

V roce 1968 vydal výbor na Harvard Medical School zprávu, ve které specifikují kritéria pro mozkovou smrt. Jedná se o nepřítomnost spontánních dýchacích nebo svalových pohybů, o selhání reakcí na nejbolestivější vnější stimuly, nepřítomnost reflexů a o rovnou čáru na EEG (KELNAROVÁ, 2007).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA

U pacientů v konečné fázi života, v posledních hodinách a dnech je vždy cílem důstojné umírání. Z hlediska ošetrovatelské péče by měl být vždy minimalizován dyskomfort pacienta a měla by být vždy respektována lidská důstojnost, a to až do posledního vydechnutí. Tomuto by měly být přizpůsobeny veškeré ošetrovatelské postupy. Každá sestra by měla mít dostatečné znalosti v péči o pacienta v terminálním stádiu života, neboť tráví s pacienty daleko více času nežli lékař a je mu častěji nablízku. Dále je nutné si uvědomit, že nežli sestra začne pečovat o terminálně nemocného, měla by být sama ztotožněna s vlastní smrtelností (MIŠINOVÁ, 2016).

3.1 ZAJIŠTĚNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA

Do této kapitoly se řadí vše, co si žádá tělo nemocného člověka. Tělo nemocného či umírajícího člověka potřebuje přijímat potravu a tekutiny, potřebuje se zbavit vlastních odpadových produktů. Je také třeba, aby buňky a tkáně dostávaly nějakou tu molekulu kyslíku a důležité je také, aby tělo mělo přiměřený pohyb a tělesnou aktivitu, jinak předčasně zchátrá a proleží se. Hlavní složkou je také dostatečný odpočinek a relaxace (SVATOŠOVÁ, 2012). Mezi biologické potřeby se řadí: živiny, pohyb, spánek, tišení bolesti, péče o maligní rány a vylučování.

Živiny jsou nevyhnutelné pro správnou funkci organismu. V období terminální fáze se liší výživa od normální stravy svojí úpravou, svým složením, množstvím i technologií přípravy. Pacienti subjektivně uvádějí nechutenství a objektivně personál pozoruje kachexii neboli patologickou vyhublost. Mezi příčiny kachexie se uvádí důsledek léčby, nedostatečná hygiena dutiny ústní, překážky ve střevech nebo překážky v oblasti žaludku či jícnu. Upřednostňují se co nejpřirozenější způsoby podávání jídla tak dlouho jak je to možné. Chuť do jídla se snaží personál či příbuzní zpříjemnit prostředím, podáváním oblíbených jídel, odstranění nepříjemných příznaků, které způsobují nechutenství. Je nadále možno pokračovat a žilním podáváním či podáváním stravy do sondy. Vhodným způsobem, jak dostat do těla potřebné živiny je podávání Nutridrinků.

Pro terminálně nemocné je důležité také zabezpečit dostatečnou hydrataci. Aktivně nemocnému nabízíme tekutiny, ovšem s ohledem na jeho stav. Dehydratace může způsobit příznaky jako sucho v ústech a na sliznicích, nevolnost, únava až psychický útlum, stavy zmatenosti, delirium či prudké snížení krevního tlaku. Při nemožnosti podat nemocnému tekutiny ústy se využívají jiné metody, jak tekutiny do těla dostat (MIŠINOVÁ, 2016).

Pohyb nemocného člověka je značně omezen v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu. Neznamená to ovšem, že nemocný netouží po změně místa či po samotném pohybu. V této oblasti jsou nemocní často deprimovaní, ale ti, kteří se o nemocného starají, nemusí mít k dispozici potřebné pomůcky na to, aby tuto potřebu nemocným umožnili. V nemocnici nemusí být dostačující personál či vhodná situace vést nemocného mimo jeho pokoj, ale hospice se snaží tuto potřebu naplňovat. Příbuzní či ošetřující personál v nemocnici, kteří pečují o nemocného, vykonávají nevědomky spoustu věcí za pacienta, které by zvládl sám. Rodina jej chce šetřit, aby se nenamáhal, ale zasahuje tím do jeho integrity. Vykonáváním činností si nemocný uchovává pocit kompetence a schopnosti aspoň do jisté míry řídit svůj život. Vědomí nemocného, že není úplně závislý na svém okolí, mu dává důležitý prostor pro udržení si sebeúcty, nezávislosti a sebevědomí.

Spánek je důležitý pro fyzickou a psychickou regeneraci. V případě, že nemocný nevykoná dostatečnou aktivitu a bude mít nedostatek pohybu, může být regenerace spánkem narušená. Jelikož nemoc způsobuje vyčerpání organismu, mají nemocní tendenci spát přes celý den a v nočních hodinách potom nepocítují potřebu spánku jako zdraví fyzicky a psychicky aktivní jedinci. Měli bychom se snažit poskytnout nemocným co nejkvalitnější spánek (DÉMUTHOVÁ, 2015).

Bolest je jedním z nejcharakterističtějších příznaků terminálně nemocných jedinců, proto je třeba ji věnovat velkou pozornost. Jedná se nejčastěji o bolest chronickou a trvalou, její intenzita se přes den mění. Většina nemocných v terminálním stádiu trpí nesnesitelnou bolestí. Mezi první kroky při ošetřování umírajících patří bezpochyby posouzení bolesti, určit její druh, lokalizaci, intenzitu, kvalitu, časový faktor a hodnocení projevů bolesti. Pro objektivizaci tohoto subjektivního pocitu se využívá řada škál. Na škálách jsou různá měřítka, například číslice, obrázky a jiné. Ideální je, když nám nemocný svou bolest popíše sám. Pečující o nemocného se snaží

zmírnit bolest co nejvíce, úplně odstranit bolest se ale většinou nepodaří. Jeden z cílů v péči o terminálně nemocného je, aby netrpěl nesnesitelnou bolestí (MIŠINOVÁ, 2016).

Maligní rány jsou nejčastějším projevem pokročilého stádia rakoviny. Především se vyznačují specifickým sekretem, krvácením, zápachem, bolestí a někdy také svěděním. V této oblasti je potřeba přistupovat k péči o rány citlivě, i přes to, že se rána už nezahojí. Důležité je také mírnit bolesti v ráně, snažit se zpomalit šíření rány ochranou okolního tkaniva, ošetřovat ránu a také se snažit vyloučit zápach rány, který má výrazné psychosociální důsledky. Pacientovo vlastní tělo jej přivádí do situace nepříjemně a má pocity, že pečující obtěžuje. Nemocný se také izoluje od okolí, ale také od své rodiny. Minimalizuje návštěvy, a to výrazně omezuje možnosti fungování sociální opory a snižuje kvalitu života (DÉMUTHOVÁ, 2015).

Vylučování působí u terminálně nemocných mnohé problémy. Mezi časté problémy patří zácpa nebo průjem. Zácpa bývá příčinou nedostatečného pohybu, léků, podvýživou, metabolickými poruchami nebo mechanickou překážkou ve střevech. Důležité je zácpě předcházet. U nemocných, kterým se podávají opiáty, je třeba také podávat projímadla. Průjem vzniká po celkové léčbě chemoterapií, po antibiotické léčbě nebo je následkem infekce. Z výživových faktorů se jedná o dietní chybu či umělou výživou. Příčinou průjmu mohou také být psychogenní faktory. Při průjmech se musí nemocným zvýšit přísun tekutin a elektrolytů (MIŠINOVÁ, 2016).

3.2 ZAJIŠTĚNÍ PSYCHICKÝCH A DUCHOVNÍCH POTŘEB U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA

Do psychických potřeb nemocného patří především potřeba lidské důstojnosti a to nezávisle na stavu tělesné schránky. *Člověk není pouze množina orgánů v tělesném vaku* (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 22). Člověk je jedinečnou a originální bytostí se svým neopakovatelným a vlastním posláním. Je důležité ho takhle respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj životní úkol završuje. Nemocný má především potřebu se svým okolím komunikovat. Pečující proto nesmí zapomínat, že za ně místo slov mluví gesta, mimika, pohyby, postoje, oblečení, oči a jiné. Každý má také potřebu bezpečí. Je důležité nemocnému nelhat respektive neříkat něco, co by se muselo později

odvolávat, ale zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a říkat mu to pouze tehdy, kdy to slyšet chce (SVATOŠOVÁ, 2012).

Tato oblast zahrnuje nejširší okruh potřeb, které umírající může mít. Mezi ty nejdůležitější proto patří: potřeba kontaktu, potřeba zachování lidské důstojnosti, potřeba splnění přání, potřeba eliminovat či zmírnit strach a úzkost, potřeba jistoty a bezpečí a nedílnou součástí je také potřeba zvládnání smutku.

Kontakt je jednou z důležitých psychologických potřeb. Blízkost druhého člověka pomáhá alespoň do jisté míry zmírnit či překonat pocit osamělosti. Umírající se snaží, pokud mu to tělesný stav dovolí, trávit čas s lidmi, které má rád a na kterých mu záleží proto, že ví, že na setkání s nimi má jen krátký, vymezený čas. Mnohokrát se stává, že se umírající chce setkat s lidmi, které dlouho neviděl a chce si s nimi popovídat a rozloučit se, a také chce urovnat vztahy s lidmi, se kterými se rozešel ve zlém.

Lidská důstojnost je ze strany pečujících v období terminálního stavu bohužel méně používaným termínem. Již v nemocnici v období léčby zažívá nemocný zkušenost, že se s ním jedná jako s diagnózou a ne jako s člověkem. Při veškerých lékařských vyšetřeních či zákrocích, ale také při ošetřování se nedbá na intimitu nemocného, který by si ji, za jiných okolností sám zachovával. Důležité je také nemocného respektovat, nechat jej vykonávat úkony, které ještě zvládne sám. V opačném případě to umírajícího demotivuje, má pocity neschopnosti, méněcennosti a zvětšuje se u něj přesvědčení, že je na nic, že je neschopný, a že je na obtíž.

Splněné přání může umírajícímu dodat pocit úlevy i možná radosti. Umírající může mít spoustu přání, které souvisí s blížící se smrtí. Velmi často jde o to, kde touží nemocný strávit poslední chvíle svého života. Vidět své známé, přátele nebo rodinu. Umírající také touží dát si své věci do pořádku ze strany majetku (DÉMUTHOVÁ, 2015).

Strach a úzkost ze smrti, z bolesti, ze závislosti na ostatních, či ze samoty? Strach je obava před nějakým konkrétním nebezpečím, má velmi reálný rozsah. Strach z výše uvedených věcí je typický pro člověka v terminálním stádiu života.

Úzkost je tíživý, neurčitý pocit, který je vyvolaný ohrožením jistoty pacienta. S úzkostí jde ruku v ruce bezmocnost, obavy a neblahé tušení, co se asi stane. K úzkosti

a strachu patří také bezpochyby hněv. Hněv je emocionální stav, který se charakterizuje subjektivním pocitem nepřátelství nebo výrazného odporu.

Potřeba jistoty a bezpečí je zcela nevyhnutelná u pacientů, kterým život odbíjí posledních pár hodin. Míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologickou stránku lidského organismu. Nejistota a jistota působí jako stresory, které ovlivňují adaptační mechanismy organismu. Když se neuspokojí potřeba jistoty a bezpečí vzniká u nemocného smutek, úzkost, strach, hněv, zlost a agrese. Neuspokojení této potřeby není pouze u nemocného, ale tento fakt pocítují také rodinní příslušníci. Mají pocit, že situaci, kdy se starají, o umírajícího nezvládnou nebo nezvládají. Důležité je rodinu ujistit, že v čase, kdy budou potřebovat pomoci, jsme tady pro ně. Jejich strach se tímto ujistěním minimalizuje a většinou jsou schopní péči o umírajícího zvládnout bez větší pomoci sami.

Potřeba zvládnání smutku je důležitá pro předcházení hlubokých depresí. Smutek je reakce na ztrátu nějaké hodnoty. Projevuje se v mírnější podobě jako zármutek a ve výraznější podobě jako žal, který doprovází pocit bezmocnosti. Prostředkem pro výraz smutku je pláč, ovšem hluboký žal probíhá bez pláče. Hluboký smutek může být také příznakem, onemocnění jako je depresivní porucha, může být také přirozenou reakcí na těžkou životní situaci zdravého jedince. Při práci s pacientem, který prožívá smutek je důležitou úlohou zajistit mu dostatečný prostor pro přežití smutku a projevení pocitů (MIŠINOVÁ, 2016).

Duchovní potřeby se netýkají pouze věřících pacientů, ale musíme myslet také na umírající, kteří se za věřící nepovažují. Jednou z nejvíce pocítovaných duchovních potřeb je smysl, smysl života. Jedná se o potřebu každého člověka vyjasnit si to, proč jej postihla choroba, jaký smysl má jeho utrpení a z jakého důvodu žil život a jaký ten život měl smysl. Teprve až smrt dává smysl životu. Podstatným elementem, který tvoří přežívání nemocného člověka je naděje. Naděje je důležitým činitelem v terminálním stádiu života. Od vyrovnání se s nevyléčitelným onemocněním, přes aktivní boj s nemocí až do úplného závěru. Nemocný má naději, že se nemoc zastaví, ustoupí nebo že se alespoň oddálí příchod smrti. V závěru života už nemocní nemají naději zaměřenou na život, ale naději zaměřenou na důstojnou a bezbolestnou smrt. Na potřebu naděje navazuje potřeba smíření. Velká touha člověka osvobodit se od

hříchů. Touha po pokoji a míru v duši, touha po tom, aby člověk umíral s takzvaným čistým štítem, je přirozená úplně pro všechny, ne jen pro věřící (DÉMUTHOVÁ, 2015).

Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí popisuje plánování a poskytování spirituální péče takto: navázat s nemocným konverzací, ptát se nemocného, aby se zmapovalo jeho duchovní zázemí. Umět být vnímaví k pocitům pacienta, které se týkají jeho nemoci případně smrti. Důležité je nezaměřovat se na nemoc pacienta, nýbrž na nemocného pacienta. Mezi další intervence se uvádí nabídnutí pacientovi individuální nebo skupinovou modlitbu a modlit se s ním nebo s jeho rodinou. Vytvářet vhodné prostředí pro meditaci a aplikaci muzikoterapie. Posilovat naději nemocného, při komunikaci používat neverbální a haptické formy komunikace, používat podání ruky, hlazení a hlavně umět využít humor tam, kde je vhodný. Nedílnou součástí je aktivní zapojování rodiny a přátel nemocného a umožnit jim soukromí během návštěvy (BUBOVÁ et al, 2013).

Člověk, který sedí u lůžka umírajícího, se bezpochyby stává jeho andělem, andělem, který jej doprovází na poslední cestě. Jedná se o průvodce, který chápe a bere v potaz svoji vlastní smrtelnost, která je důležitá jak pro umírajícího, tak pro samotného průvodce smrti (GRONEMEYER, 2008).

Potřeby sociální patří také k důležitým aspektům pacientova života. *Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá* (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 22). Nemocný člověk potřebuje návštěvy, ne však vždy a ne však všechny. Měli bychom respektovat právo nemocného na výběr návštěvy. Nejdůležitější vazby bývají většinou s rodinou, ale nejen s ní (SVATOŠOVÁ, 2012).

3.3 PÉČE O ZEMŘELÉHO

Bezprostřední minuty po smrti pacienta nejsou zatím zvládnuté a to jak ze strany formální, tak ze strany věcné. Velký rozdíl je mezi tím, zda pacient zemře doma, v doprovodu svých příbuzných, nebo v nemocnici, sám, za bílou plentou. První minuty po úmrtí člověka bývají naplněny bezradností a otázkami co bude dál? Ve chvíli skonu je na místě ticho a působení onoho zvláštního okamžiku. V soulase s tradicí je vhodné otevřít okno v pokoji, kde pacient zemřel. Je to prostor pro modlitbu, pro tiché vzpomínání a rekapitulace. Vzhledem k obtížnosti zůstat s mrtvým tělem o samotě je vhodné být na blízku, či o pomoc požádat. V případě, že dotyčný zemřel doma,

je potřeba přivolat lékaře, který provede ohledání a bude konstatovat smrt. V nemocnici je lékař k dispozici ihned. Po konstatování smrti následuje rituál ošetření mrtvého těla.

Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu zemřelého. Intimitu nezasluhuje jen zemřelý, ale také jeho spolupacienti. Tělo zemřelého se tedy převezí do místnosti k tomu určené nebo se použije zástěna. Nezbytný je také ohled na nemocné, kteří nemohou chodit a musejí se zemřelým sdílet jednu místnost a to povinnou dobu dvě hodiny. Péči o mrtvé tělo provádí zdravotní sestra, která má povinnost zemřelému zavřít oči, podvázat bradu a svlečené tělo umýt a uložit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo. Mezi úkony v péči o mrtvé tělo patří také vyjmutí snímatelné zubní protézy a sejmутí všech ozdobných předmětů jako jsou prsteny, náramky, náušnice a jiné. V případě, že nelze vyjmout zubní protézu nebo sejmut šperky, je třeba tuto skutečnost uvést do ohledacího listu, chorobopisu a do stručného popisu věcí. *Neodstraňujeme zubní protézu z drahých kovů, lékař tuto skutečnost uvede do Listu o prohlídce zemřelého* (VYTEJČKOVÁ, 2013, s. 245). Povinností sestry je také zkrácení všech drénů, kanyl a cévek, aby bylo je možno dodatečně vyjmout. V případě ran je musí sestra čistě převázat. Důležitá je také identifikace zemřelého, a to dvěma jmenovkami. Jedna jmenovka se připevňuje na pravé zápěstí a jedna na pravý kotník dolní končetiny. V případě amputací se identifikační údaje vyznačí přímo na kůži zbylé části končetiny. Na jmenovce musí být uvedeno jméno, příjmení, datum narození, datum úmrtí případně hodina úmrtí. Nesmí chybět také údaje o oddělení, kde nemocný zemřel. Nakonec je tělo zabaleno do prostěradla a ponecháno dvě hodiny v klidu. Zvláštní kapitolu tvoří také povinnosti administrativního rázu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

3.4 PÉČE O RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY A PŘÍBUZNÉ

V dnešní době plné shonu a stresu dokáže jen málokdo mluvit se svým blízkým o tom, jak by měl vypadat závěr jeho života, rodina a příbuzní se potom často rozhodují pod tlakem a v situaci, kdy bojují se svými emocemi a se zármutkem. *Oběti špatného umírání jsou nejen sami pacienti, trpí při něm i jejich blízcí* (VOLANDES, 2015, s. 37). Jedním z cílů ošetrovatelských intervencí je podpora kvality života rodin při péči o umírající a minimalizace zátěže pečovatele. Umírající přece stále patří do rodiny a rodina patří k umírajícímu. Dnes umírá většina lidí v zařízeních, nemocní jsou vytrženi z rodiny jak citově, tak komunikačně. Co všechno by si mohli říct doma je smršteno do dvou hodin při návštěvě v nemocnici. Všechno, co doma spolu prožívali,

bylo součástí rozhovorů, nyní jsou návštěvy čím dál tím rozpačtější. To vše je ještě umocněno tím, že vedle na posteli leží cizí člověk (MARKOVÁ, 2010).

Hodnocení potřeb rodinných příslušníků je důležitou součástí péče, umožní se tím rozpoznání oblastí, které považuje rodina za důležité a ve kterých potřebuje pomoc a podporu. Již od počátku moderního hospicového hnutí se prosazuje podpora rodiny. Potřeby rodinných příslušníků se definují do čtyř kategorií: zajištění komfortu pacienta, zajištění praktických potřeb, potřeba informací a potřeba emocionální podpory. Mezi další potřeby rodin terminálně nemocných patří znalosti, způsob života a aktivity. Oblast znalosti zahrnuje informovanost rodinných příslušníků, kteří za důležité považují informace o nemoci příbuzného, o jeho diagnóze, prognóze, léčbě, doprovodných příznacích a o péči a vývoji zdravotního stavu. Do informativní oblasti patří také informace o finančních dávkách a o sociálních či zdravotních službách. Oblast způsob života zahrnuje možnost, být se svým příbuzným a trávit s ním co nejvíce času, který ještě zbývá. Poslední oblastí jsou aktivity, které odkazují k praktickému jednání pečujících od osobní péče přes pomoc s podáváním léků až po zmírňování symptomů (BUŽGOVÁ, 2015).

Cílem péče o pečovatele ve fázi *pre finem* je pomoc přijmout rodinám roli pečovatele. V péči o příbuzného v procesu umírání a po něm se klade mnoho nároků na psychiku rodiny. To se odráží v jejich tělesném stavu a zasahuje do sociálních vztahů. Dostatečná pozornost není věnována ani u pečovatelů a u rodinných příslušníků ve fázi *in finem* a *post finem*, přestože i u nich se setkáváme s problémy jako je bezmoc, smutek, beznaděj a strach (KURUCOVÁ, 2016).

V období truchlení je třeba, aby rodina přijala fakt, že zemřelý opravdu odešel. To může trvat zpravidla rok a probíhá ve třech fázích. První fáze je otřes, intenzivní fáze, která trvá od úmrtí většinou do pohřbu. Druhá fáze je truchlení, smutek a žal, který trvá různě dlouho. Jedná se o individuálně přežívanou fázi, nejbližší osobě to obvykle trvá nejdéle. Třetí fáze je přijetí skutečnosti. Pozůstalý nachází nový životní rytmus, způsob života i vztahy. Dokáže žít bez milované osoby. Péče o pozůstalé může mít nejrůznější podobu, od soucitné a empatické komunikace, přes krizi až po nejrůznější poradenství či psychiatrickou péči (MIŠINOVÁ, 2016).

3.5 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI A RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Jedná se o základ všech vztahů mezi lidmi. Důležitými prvky komunikace jsou: komunikátor, kódování, zpráva, prostředek, dekodující příjemce a zpětná vazba. V procesu komunikace může každá osoba fungovat současně jako mluvčí i posluchač (POKORNÁ, 2010). Formy komunikace jsou verbální a neverbální. Mezi verbální patří rozhovor, bezpochyby největší vymožeností lidstva je řeč. Ta umožňuje vzájemnou výměnu informací, zkušeností a názorů. Při verbální komunikaci ve zdravotnictví musíme respektovat některé požadavky, a to: individuální přístup, pozitivní vztah k pacientovi, úctu k pacientovi a empatii. Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří jednoduchost, stručnost, přehlednost, načasovanost, adaptabilita, oboustrannost a konečně důvěryhodnost. Neverbální komunikace je řeč těla, patří zde projevy, které vysíláme, bez potřeby mluvit nebo jsou to projevy, kterými řeč doprovázíme. Mezi prvky neverbální komunikace patří proxemika, posturologie, haptika, mimika, kinetika, pohledy a gestika. Ve zdravotnické praxi jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Je zde potřeba porozumění, navázání vztahu a navození důvěry. *Důvěra ve zdravotnický tým se buduje nejen na základě verbální komunikace, nonverbální komunikace, ale také na naší úctě k člověku, protože v komunikaci je nutné dodržovat respekt a úctu* (KALA, DORKOVÁ, 2017, s. 18). Zdravotničtí pracovníci si musí být vědomi, že se setkávají s člověkem, který se ocitá v nelehké situaci, a podle toho s ním musí také jednat (ZACHAROVÁ, 2016).

Komunikace s umírajícím je velice náročná a to jak pro posluchače, tak pro mluvčího. Jak s umírajícím komunikovat? Ze zkušeností vyplývá, že nejlepší variantou je mluvit otevřeně, a to jak o nemoci, tak o smrti. Téma hovoru by nám měl udat sám nemocný, pokud je to ovšem v jeho silách a jeho zdravotní stav mu to dovoluje. Neměli bychom nemocného utěšovat nereálnými nadějemi a výroky typu: to bude dobré, určitě se uzdravíš a podobně. Otevřená komunikace s umírajícím napomáhá při upevňování důvěry. Pokud se otevřené komunikaci vyhýbáme, stává se, že každý trpí sám a ještě má obavu o toho druhého (SLÁMA, PLÁTOVÁ, 2017). Nejdůležitějším námětem konverzace je pro umírajícího člověka vlastní minulost. Vypráví o tom, jaký byl jeho život, jakou roli hrál v tom jedinečném a originálním příběhu, který právě končí.

Důležité je naslouchat, dát umírajícímu najevo, že to co nám říká, nás zajímá. V případě, že vypravěč něco zveličí, nebo si svůj profil nechtěně upraví, neopravujeme ho, a nehádáme se s ním. Na to v rozhovoru s umírajícím není čas. Máme-li jeho důvěru, mnohé se o něm dozvíme: v jaké době žil, o tom co prožívá člověk v tomto stádiu a i o smrti, která čeká také nás. Budeme pozorně naslouchat, víc od nás ten, co umírá ani nečeká. Pokud to dokážeme, dokázali jsme mnoho (ŠIKLOVÁ, 2013).

Komunikace s pozůstalými vyvolá nejvíce úzkosti a pocitu nejistoty z toho důvodu, že už je konec. Je důležité, aby lékař danou situaci důstojně zvládl. Nemůže se mu vyhnout a nemůže tím pověřit ani jiný personál. Pro tento typ rozhovoru by měl lékař zvolit vhodné, klidné a bezpečné místo. Je nepřípustné, aby informace o úmrtí byla předávána na chodbě. Samotný fakt úmrtí by měl být sdělován výhradně osobně. Je vhodné pozůstalým popsat, okolnosti úmrtí a zodpovědět jim všechny dotazy. Lékař by měl mluvit bez eufemismu, jednoduše a co nejsrozumitelněji. Pozůstalý nežadá pouze informace, co se stalo, ale především hledá ujistění, že smrt byla klidná a bezbolestná, že pro umírajícího udělali vše, co se dalo (KUPKA, 2014).

Ztráta blízkého člověka vyvolává u pozůstalých silné emoční reakce a nabourává u nich pocit vlastní identity, integrity a vztahy s jinými lidmi. Nekomplikované truchlení, jinak normální smutek, zahrnuje široké spektrum psychických prožitků a chování, které můžeme identifikovat u pozůstalých. Komplikované truchlení, jinak abnormální smutek, je patologický zármutek, atypický žal, který se od normálního truchlení liší délkou a intenzitou trvání reaktivních příznaků. Specifickým projevem komplikovaného truchlení je absence zármutku. Úkolem truchlení je pochopit, že někdo umřel a uvědomit si důsledky ztráty (ZELENÍKOVÁ, 2014).

4 FYZICKÁ A PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER PRACUJÍCÍCH V HOSPICI

U sester v pomáhajících profesích hraje velkou roli jejich první setkání se smrtí. K tomu dochází většinou na praxích ve druhém nebo třetím ročníku střední zdravotnické školy. Pro ně je velice důležité jak se k nim staví v situacích prvního úmrtí jejich vedoucí na praxi a také sestry ve službě. Ty by měli naše začínající kolegyně podpořit v lidském oplakání prvního pacienta, kterého doprovázeli ke smrti. Praktikantky a budoucí absolventky zdravotnické školy se mají učit, že profesionálem je i člověk, který má právo na slzy a na oplakání člověka, se kterým měli vztah. Musíme jim umožnit, aby se vyrovnali se skutečností, že smrt je všude a může přijít kdykoliv a kdekoliv. První setkání se smrtí pacienta je důležitou událostí v profesionálním rozvoji každé budoucí všeobecné sestry. Při přípravě sester na výkon povolání by měla být dostatečná pozornost věnována právě problematice úmrtí, a to jak nejen na úrovni teoretické, ale právě v praxi, nejlépe při konkrétní situaci. Mezi nejdůležitější věci, které můžeme udělat pro mladou, nezkušenou kolegyni patří nabídnout jí prostor pro lidské vstřebání události, dovolit jí slzy a umožnit jí, jak bezprostředně, tak s odstupem času o situaci hovořit. Mladá sestra, které umírá pacient, může ztrácet představy jak o medicíně, tak o tom, že každému pacientovi pomůže k uzdravení. To, že pacient zemře, nesmí sestru nijak ochromit ba naopak, musí umět nabrat nové síly. V týmu paliativní péče je dobré vytvořit si nějaké vlastní rituály, které souvisí s rozloučením se zemřelým. Mezi ty patří například rozsvícení svíce na chodbě, položení květiny na teď již prázdné lůžko nebo zúčastnit se bohoslužby za zemřelé. Důležité je také uvědomit si, že plakat je dovoleno. Lidé přece pláčou při ztrátě a loučení. Během doby výkonu zdravotnického povolání se stane, že sestru zasáhne smrt některého pacienta více, proto by si měla dovolit toto úmrtí řádně odtruchlit. V paliativní péči se nestane, že se pacient plně zotaví a se slovy vděčnosti odejde domů. Stát se ale může, že přijdou pozůstalí poděkovat za doprovázení v těžkém období života. To teprve dává smysluplnost paliativní péče a hospicům. Sestra poskytující paliativní péči by měla svůj život prožívat v celé jeho bohatosti a to od žití v dobrých mezilidských vztazích po vnímání umění života ve smyslu barev, krás a zvuků. Měla by být vědomě vděčná za vlastní život, za vlastní zdraví, za zdraví svých blízkých, ale i za překážky, které ji osud nachystá,

a které musí překonávat. Tato vděčnost, krása a láska se poté bude přenášet do jejího postoje k nemocným, umírajícím, ale také k jejich rodinám (MARKOVÁ, 2010).

4.1 STRES A ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

Stres je chápán jako specifický případ obecněji pojaté zátěže. Jedná se o stav, ve kterém za daných podmínek přesahuje míra zátěže únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu. Míra zátěže je určena podílem dispozičních a expozičních faktorů. Dispoziční faktory představují osobnostní předpoklady pro zvládání kladených nároků. Expoziční faktory jsou požadavky, které jsou na jedince kladeny, a se kterými se musí vypořádat. V případě, kdy dochází k rozporu mezi expozičními, a dispozičními faktory mluvíme o tzv. stresové situaci. Podněty, které přesahují míru odolnosti, označujeme jako stresory. Stres také můžeme členit na distres a eustres. Pojem distres se označuje stres nežádoucí a nepříjemný, naopak jako eustres se označuje stres příjemně prožívaný. Ke zvládání zátěže je důležité, abychom si kladly reálné cíle. Mezi důležité prvky při zvládání stresu se řadí také například pozitivní myšlení a celkový optimismus, duševní pohoda, zdravé sebevědomí, sebeúcta a relaxace s odpočinkem (PAULÍK, 2017).

4.1.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Celý zdravotnický personál, ať už lékaři, sestry či pomocní pracovníci, jsou vystaveni vysokým nárokům, které musí řešit na základě svých odborností a především z hlediska lidských kvalit. Práce ve zdravotnictví je situací značné psychické zátěže. Mezi situace psychicky náročné se řadí: těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností, časté rozhodování a přemýšlení o životě a smrti, terminální péče, konflikty jak už mezi zaměstnanci, nebo třetími osobami jako je například rodina pacienta a v neposlední řadě také uvědomování si, že samotná léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů. Za faktory zátěže se mohou považovat rušivé vlivy jako telefonáty či vztahy na pracovišti, přetížení administrativou a přetížení denní rutinou. Hlavní psychická zátěž zdravotnických pracovníků záleží na druhu onemocnění a jeho léčby (KUPKA, 2014).

4.1.2 FYZICKÁ ZÁTĚŽ

Kvalita života umírajícího i pečovatele ovlivňuje především fyzický stav pečujícího. Ať už se jedná o zdravotnický personál či o rodinné příslušníky, je třeba,

aby pečující byl v dobré fyzické kondici. U sester pracujících jak už ve zdravotnických zařízeních, tak v hospicích dochází k adaptaci na různé změny v jejich životním stylu. Musí se přizpůsobit práci, která je na směny, pracovat ve svátky a v noci, kdy má tělo odpočívat a sbírat síly na druhý den, pečování o potřeby pacientů má také často negativní účinky na jejich zdravotní stav a mnohé další. Fyzická zátěž sester se liší dle toho, na jaké oddělení pracují, kolik na směně pracuje sester, jaké je vybavení oddělení, zda mají sestry k dispozici pomůcky k výkonu své práce a jiné. Mezi důsledky fyzické zátěže především patří únava nebo až vyčerpání organismu v případě působící dlouhodobé zátěže. Dále bolesti nohou, páteře, hlavy a další. Míra zátěže souvisí s celkovou kvalitou života nejen nemocného, ale také pečovatele (KURUCOVÁ, 2016).

4.2 BURNOUT

Syndrom vyhoření je stav celkového vyčerpání organismu v důsledku působení dlouhodobého stresu. Především se vyskytuje u lidí, kteří jsou pravidelně v kontaktu s jinými lidmi. Syndrom vyhoření se projevuje jak v tělesných reakcích, v chování, v myšlenkách a také v emocích. Důsledky syndromu vyhoření nepostihují pouze vyhořeného člověka, ale také organizaci, v níž působí a klienty, či kolegy, se kterými pracuje. Mezi faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, patří: věk, protože se syndrom vyhoření objevuje spíše u mladých lidí a to, jak dlouho pracují na stejné pracovní pozici ve stejné organizaci. Syndrom vyhoření nevzniká ze dne na den, jedná se o proces, který je uváděn v pěti fázích. Idealistické myšlení, stagnace, frustrace, apatie a konečný syndrom vyhoření.

Idealistické myšlení je první fáze, která se projevuje při nástupu do zaměstnání. Jedinec je plný elánu, nadšení a idealizuje se své schopnosti, chce se prosadit a tvrdě pracuje. Většinou má ale nerealistické představy o tom, jaká je náplň jeho práce, jací jsou jeho spolupracovníci, nadřízení, jací budou klienti, se kterými se bude setkávat.

Stagnace neboli vystřízlivění následuje po idealistickém myšlení. Doba, za jakou se objeví druhá fáze, je u každého individuální. V této fázi dochází ke konfrontaci původních ideálů s realitou. Skutečnost je zřetelně jiná, než původní očekávání pracovníka. Ten se začíná soustředit, aby se v práci nenadřel, aby měl jakousi pohodu. Začíná se vyhýbat náročnější práci a náročnějším pacientům. Prioritou se pro

něj stává kariérní postup. V této fázi, pokud si ji pracovník uvědomí, by měl zvažovat jistou změnu ve své práci.

Frustrace je fáze, která úzce souvisí se stagnací. V této fázi dochází k jistému zklamání z pracovního života. Mezi reakce frustrovaného člověka patří agresivní reakce, únikové reakce až reakce depresivní.

Apatie je fází, která značí jistou obrannou reakci. Jedinec v této fázi se odtahuje od vlastních, negativních emocí, stahuje se do sebe a v práci dělá jen to nejnnutnější. S kolegy se nechce bavit o pracovních tématech, dělá mu radost a přináší úlevu, když s pacienty nemusí být v kontaktu a když za něj práci udělá kolega. Můžou se začít objevovat příznaky jako únava, bolesti hlavy, bolesti zad, kožní onemocnění a jiné. U člověka ve fázi apatie dochází k absencím v zaměstnání, je více nemocný nebo může začít užívat léky či alkohol.

Syndrom vyhoření je finálním stádiem, provázejí ho depresivní stavy. Je to úplné emoční vyčerpání. V této fázi je vhodné, aby jedinec přehodnotil své postoje a životní styl, nebo absolvoval psychoterapii. Může se poté vrátit zpět na stejnou pozici, nebo v rámci organizace přejít na pozici jinou, nebo může nynější zaměstnání úplně opustit a začít hledat jinde (PEŠEK, PRÁŠKO, 2016).

Hospic je pracoviště s vysokým rizikem syndromu vyhoření. Je třeba stanovit si, jak mu předejít, aneb šestnáctero sester pracujících v hospici (Příloha A).

4.3 DUŠEVNÍ HYGIENA

Péče o pacienty je velice náročná. Má-li teda sestra dobře pracovat a dobře se starat o pacienty, pak je zapotřebí, aby ona sama byla v dobrém stavu a mohla být pro pacienty dobrou oporou. Jak pečovat o pacienty se sestry učí již na středních školách, ale neučí se nikde, jak pečovat samy o sebe. Péče o sebe samu má řadu různých oblastí, jedná se o péči o vzhled, stravování, tělesné zdraví a jiné. Důležitou složkou je také pečovat o své duševní zdraví a svou duševní pohodu. Při péči o duši se pečuje o to, co si sestra myslí, jaké má pojetí o různých věcech, lidech, událostech, jaké má představy a o to, co prožívá. Nesmí se ovšem zapomínat, na smysl života, na věci, o kterých rozhoduje a v životě vlastně chce. Péče o duši vlastně rozhoduje o tom, jací jsme, co jsme vlastně zač a kým budeme v budoucnu. Pokud je péče o duši v pořádku, pak je

náš vztah k sobě v jádru dobrý. Když je péče o naši duši zanedbávaná, péče není dobrá, tak duše neumírá. Zanedbání se projeví jako zlost, vztek, agresivita, násilí, závislost na drogách a konečně ztráta smysluplnosti života. Aby nedocházelo k zanedbávání péče o duši je zapotřebí být k ní citlivější, být citlivý k tomu, co prožíváme, co si myslíme a o co nám v životě jde. Je důležité více času věnovat relaxaci, zamýšlení a promýšlení si toho jak se věci mají a prožívat každou radost. Právě upřímné prožívání radosti, ze všeho, co máme rádi, nám ukazuje, co jsou pravé city, které obohacují náš duševní život (KURUCOVÁ, 2016).

4.4 VÝZNAM RELAXACE A ODPOČINKU

Relaxace a odpočinek je jednou z možností řešení stresové situace. Význam a podstata relaxace spočívá v plné koncentraci pozornosti na určitou věc například na dech či tělesné pocity. Všechno ostatní musí jít stranou. Nezaměřujeme se na vnější okolí a své myšlenky necháváme zcela volně plynout. Teprve až duševní uvolnění nám dá pocit klidu, harmonie vyrovnanosti a pohody. Okamžitý efekt může přinést někdy použití relaxační techniky. Na relaxaci je vždy dobré se předem připravit, nebo požádat o pomoc. V dnešním životě by se mělo považovat za důležité umět kontrolovat a ovládat svůj vnitřní neklid. K nejznámějším relaxačním technikám patří Schultzův autogenní trénink a progresivní relaxace dle Jacobsona. Někteří mohou nalézt relaxaci a odpočinek ve sportu, při dechových a tělesných cvičeních, při meditaci, nebo při józe. V životě zdravotní sestry by měla být relaxace a odpočinek zaujímat první příčky jejich priorit (PAULÍK, 2017).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Metodou plánování a poskytování ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces. Jedná se racionální a systematickou metodu, jejímž cílem je zhodnotit stav pacienta, určit reálné a potencionální problémy, stanovit plán pro splnění předem stanovených cílů, poskytnout, zhodnotit účinnost specifických ošetrovatelských intervencí. Ošetrovatelský proces má pět kroků, které na sebe navazují a musí se neustále přizpůsobovat dané situaci. Významem a výhodou ošetrovatelského procesu pro pacienta je soustavná, péče, účast pacienta na péči a kvalitní a plánovaná péče. Mezi výhody ošetrovatelského procesu pro sestru patří odborný růst, systematické ošetrovatelské vzdělávání, uspokojení v zaměstnání, vyhýbání se rozporů se zákonem a jiné (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Sestra se stává blízkou osobou pro své pacienty, to je fakt, který je podstatou celého ošetrovatelského procesu. Vztah s pacientem buduje sestra na lidském, profesionálním a holistickém pojetí člověka, respektuje to, že tělo a mysl tvoří jeden celek. Kroky ošetrovatelského procesu jsou logické, systematické a zabezpečují zpětnou vazbu. Mezi kroky ošetrovatelského procesu patří: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení.

Posuzování je systematický a záměrný proces, kdy se získávají údaje o pacientovi a to nejen při vstupním rozhovoru či vyšetření, ale také během celé doby, kdy je sestra v kontaktu s pacientem. Někdy se z toho důvodu používá výraz sběr informací.

Diagnostika neboli určení a sestavení ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je zformulovaný závěr o stavu pacienta, je zaměřena na psychické, fyzické, sociální a duševní problémy pacienta. Synonymem může být také termín sesterská diagnóza.

Plánování je systematický a uvážený proces, ve kterém se stanovují ošetrovatelské intervence nebo strategie s cílem prevence, eliminace či redukce problémů pacienta zjištěných během diagnostické fázi ošetrovatelského procesu.

Realizace je vykonání ošetrovatelských činností, které jsou zaměřeny na dosažení stanoveného cíle. Zahrnuje uplatnění medicínských a ošetrovatelských ordinací.

Hodnocení je posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta. Týká se změn v jeho chování a reakcích na činnosti sestry (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Definice potřeb a jejich hodnocení

Potřeba je definována v užším slova smyslu jako: stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost (BUŽGOVÁ, 2015, s. 40). Systematizací a členěním potřeb se zabývala již spousta autorů. Jedna z nejznámějších klasifikací potřeb je ovšem klasifikace dle Maslowa, takzvaná hierarchická teorie potřeb. V níž rozděluje Maslow potřeby na dvě základní kategorie a to potřeby nižší a vývojově vyšší. Hierarchie potřeb umírajícího pacienta může být tedy založena na jeho modelu. Potřeby nemocných či umírajících mohou být alespoň z části naplněny a to s pomocí profesionálů pomáhajících profesí. V kontextu s paliativní péčí se nejčastěji hovoří o potřebách spirituálních, psychosociálních a hlavně o potřebách biologických, což odpovídá holistickému pojetí péče. Nutnou podmínkou kvalitní péče o umírající a nevléčitelně nemocné je včasné zahájení rozhovoru o rozsahu potřeb. Některé potřeby člověka se nemocí mění nebo vznikají nové. Mění se také prioritita potřeb a do popředí se dostávají potřeby spirituální.

Hodnocení potřeb je důležité zejména v rozpoznání oblastí, které považuje nemocný a rodina za důležité a ve kterých potřebují podporu. Pacient si řekne sám, které potřeby jsou pro něj důležité a které nikoli. Zjišťuje se také význam potřeby pro pacienta a výsledek péče, že byly naplněny vodným způsobem. Nástrojem pro hodnocení potřeb patří dotazníky. Jednotlivé položky dotazníků zahrnují většinou tři oblasti: oblast pro hodnocení fyzických funkcí, oblast pro hodnocení psychosociálních a spirituálních potřeb a konečně oblast pro hodnocení potřeb v souvislosti se zdravotnickými pracovníky a kvalitou poskytované péče (BUŽGOVÁ, 2015).

6 EMPIRICKÝ PRŮZKUM

V praktické části bakalářské práce je vypracován empirický průzkum, který si klade za cíl zjistit hlavní pracovní motivační faktory pro práci všeobecné sestry v hospici. Konkrétně byl tento průzkum zaměřen na všeobecné sestry, které pracují v kamenném hospici Citadela ve Valašském Meziříčí a v hospici na Svatém Kopečku u Olomouce.

6.1 CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, co sestry v kamenném hospici motivuje pro tuto náročnou práci. Cíle průzkumného šetření byly směřovány otázkami, které byly kladeny formou rozhovoru. Jako první jsme si kladli za cíl zjistit, co respondenty vedlo k tomu, že pracují v hospici. Druhým cílem bylo zjišťování dosavadní spokojenosti respondentů s prací v tomto zařízení. Třetí cíl byl zaměřen na zjištění fyzické a psychické zátěže při práci v hospici. Čtvrtý cíl byl zaměřen na duševní hygienu sester pracujících v kamenném hospici.

6.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU

Respondenti byli vybráni náhodně, ale museli splňovat následující kritéria:

- minimální doba praxe v kamenném hospici je 5 let
- pracovní zařazení všeobecná sestra

Respondenti byli zařazeni do tohoto šetření, pokud splnili kritéria výše uvedená. Počítali jsme oslovit celkem 8 respondentů. Pro zachování anonymity jsou respondenti označeni R 1 – R 8. Osobní informace jsou uvedeny v tabulce č. 1.

6.3 VYBRANÁ METODA ŠETŘENÍ

Zvolenou metodou pro vytvoření průzkumu byl strukturovaný rozhovor. Právě rozhovor se používá jako jedna z nejčastějších metod pro zhotovení kvalitativního průzkumu. Před zahájením rozhovorů byly vytvořeny otázky, které byly vytvořeny k dílčím cílům, které jsme si vytýčili. Tazatel respondentovi pokládá otázky dle předem stanovené struktury, je ovšem možné otázky zaměňovat a to tak, aby byla zajištěna

plynulost rozhovoru. Nedílnou součástí těchto rozhovorů byla také atmosféra a prostředí kde rozhovor probíhal. Otázek v rozhovoru bylo celkem 20. Délka rozhovorů se odvíjela v závislosti na pracovních zkušenostech respondentů. Svou roli zcela jistě sehrála i ochota a osobní nasazení pro využívání zkoumané metody. Před každým rozhovorem uvedl každý respondent základní informace. Těmito informacemi byly věk, dosažené vzdělání, praxe v oboru ošetrovatelství a délka práce ve vybraném zařízení. Tyto informace byly zaznamenány písemnou formou. Respondenti s poskytnutím těchto informací museli souhlasit pod podmínkou anonymity. Rozhovory byly v jednotlivých zařízeních vedeny v přátelské pracovní atmosféře. Většinou probíhaly v denních místnostech sester.

6.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Průzkumnému šetření předcházelo sestavení cílů a otázek pro respondenty. Tyto otázky byly sestaveny pod vedením vedoucí práce PhDr. Jarmily Verešové, která vytvořené otázky schválila a pomohla upravit. Samotné rozhovory byly realizovány v období od 1. února do 28. března 2018. Veškeré rozhovory byly s respondenty tvořeny individuálně v prostorách vybraného zařízení, a to v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí a v hospici na Svatém Kopečku u Olomouce. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a informace o respondentech byly sepsány. Vše bylo uskutečněno s vědomím vedení zařízení, které bylo s dostatečným předstihem kontaktováno prostřednictvím e-mailu a telefonicky.

Seznam otázek v rámci strukturovaných rozhovorů:

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začal/a pracovat v hospici?
2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?
3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?
4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?
5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?
7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?
8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?
9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?
10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.
12. Charakterizujte zátěž fyzickou.
13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevléčitelně nemocného?
14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?
15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojen/a nebo nespokojen/a?

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?
17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?
18. Jak byste charakterizoval/a syndrom vyhoření?
19. Býváte unaven/a po vykonané službě? Popište Vaše pocity.
20. Míváte pocity strachu a obav plynoucích z vaší péče o umírající?

6.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Rozhovory byly doslovně přepsány dle odpovědí respondentů. Poslední část bakalářské práce se bude zabývat analýzou získaných rozhovorů, přičemž získaná data budou obsažena v diskuzi. Diskuze bude zároveň obsahovat komparaci s jinými průzkumnými pracemi na toto téma.

6.6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Všichni respondenti, kteří byli osloveni, jsou pracující v kamenném hospici. Průzkum probíhal od 1. února do 28. března 2018. Na průzkumu se podíleli zdravotní sestry a z toho jeden zdravotní bratr. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů bylo vysokoškolské, ale ne v oboru zdravotnictví, ostatní respondenti měli vzdělání středoškolské. Délka praxe respondentů v oboru se pohybovala od 20 do 40 let. Nejdelší délka praxe v zařízení byla 15 let a nejkratší 5 let.

Tabulka 1

Respondenti	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe v oboru	Délka praxe v zařízení
R1	45 let	Středoškolské	23 let	14 let
R2	45 let	Středoškolské	25 let	5 let
R3	59 let	Středoškolské	40 let	10 let
R4	40 let	Vysokoškolské	20 let	5 let
R5	47 let	Středoškolské	29 let	6 let
R6	52 let	Středoškolské	25 let	15 let
R7	43 let	Středoškolské	23 let	15 let
R8	48 let	Středoškolské	28 let	8 let

Zdroj: vlastní tvorba

6.6.1 VÝSLEDKY ROZHovorŮ S RESPONDENTY

Respondenti byli osloveni formou e-mailu nebo telefonátu, zda jsou ochotni podrobit se strukturovanému rozhovoru. Následně bylo domluveno datum a čas, kdy by byli schopni tuto část průzkumu zrealizovat.

6.6.1.1 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 1

Respondent č. 1 byla žena na pozici všeobecné sestry, 45 let. V oboru zdravotnictví pracuje 23 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 14 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R1: „V hospici jsem začala pracovat z toho důvodu, že jsem hledala práci po mateřské, takže já jsem původně vůbec nevěděla, co hospicová péče obnáší, protože my jsme se na naší škole o tom ještě neučili. A hledala jsem takovou práci, která má smysl, takže když jsem zjistila, že to je hospicová péče a co to obnáší, tak jsem si jí vybrala, protože mi to více pasovalo. Hledala jsem takovou práci, která má smysl a podstatu“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R1: „Před nástupem do toho zařízení jsem o hospicové péči nevěděla. Měla jsem akorát zkušenosti víceméně opravdu s péčí o klienty. Přečetla jsem si to opravdu na internetu a to co říkají studie“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R1: „Pracovala jsem na interním oddělení a pracovala jsem na domově se zvláštním režimem“.

4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?

R1: „Ano. Mám přímo specializaci na hospicovou péči. Půlroční studium a jinak všechny možné školení a kurzy, které vlastně tady naše paní personální je schopná zajistit“.

5. Je podle Vás něco, co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R1: „Myslím si, že teprve asi začala teda přicházet do podvědomí lidí a měla by se zlepšit v zakotvení v legislativě zákonů a což si myslím, že se konečně nějakým způsobem teprve podařilo. Ať už je hospicová péče známa dlouho, tak teprve teď se tam nějak usazuje“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R1: „ Mě osobně přináší to, že to má smysl v tom, že celý kolektiv pracuje jednotně, a pracuje tak jak hospicová péče více méně předpokládá. A smysl má v tom, že každý ten nejenom klient, ale spíš ten příbuzný je velice spokojen s tím, že má klid na to, aby

se důstojně rozloučil s umírajícím a i ten umírající má teda klid na vše, aby se důstojně, jak se říká eventuálně ještě i s tou rodinou měl sám možnost rozloučit“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

RI: *„Naplňuje mě v tom, že je sice náročná po fyzické stránce naprosto stejně jako sestřičky v nemocnici, ale po psychické stránce možná náročnější, protože je to opravdu taková docela těžká práce, ale naplňuje mě to, že ty rodiny odchází spokojené a z 99 % s vděkem“.*

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

RI: *„Motivuje mě víceméně ten vděk těch rodin, opravdu přijdou s poděkováním i klidně po týdnu, měsíci i delší době, píšou děkovné dopisy a toto mě opravdu motivuje k tomu, že ta práce je potřeba a že je dělaná dobře“.*

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

RI: *„Kdybychom neměli kvalitní tým, který si dobře vybíráme, tak by to nefungovalo. Myslím tím celý kolektiv. Musí to být opravdu souhra jak v kuchyni, tak mezi úklidem, naše aktivizační pracovnice a sociální pracovnice, všechno to opravdu musí do sebe zapadnout. My máme spoustu tady těch našich schůzek, sedánek, opravdu ten tým spolupracuje a musí to být provázané, a jakože se nám to naštěstí daří“.*

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

RI: *„Spolupráci s rodinami pokud se podaří a máme ten čas delší dobu s ní pracovat, tak velmi dobře, protože zpočátku musíte tu rodinu připravit a kolikrát vysvětlit, protože přichází neinformováni nejenom o diagnózách samotných klientů. Představují si, že budeme zachraňovat a teprve jim tady vysvětlujeme, že klient je třeba onkologicky nemocný a umírající, protože k nám přichází velmi často neinformováni s tím, že mají před sebou úplně něco jiného, mnohdy říkají, že třeba i měsíce i roky ač podle všech výsledků a všeho možného to vypadá na dny a týdny. Většinou se tak děje, takže je to velmi těžká práce, složitá hlavně i pro lékaře, aby vysvětlil té rodině, co se vlastně děje, protože oni si představují něco jiného. Vesměs opravdu v těch 90 % to naštěstí pochopí a teprve tady zjišťují o čem to je a co je podstatou toho, nejenom té péče, ale vůbec jako na co se mají zaměřit“.*

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

RI: „Psychická zátěž je pro mě těžká v tom, že pokud opravdu vím, že mám náročnou klientelu na oddělení, která je od jedničky po dvanáctku neinformovaná, složité situace, složité rodinné vztahy, tak tím pádem u nich se více obrací na nás. Já tu psychiku musím mít natolik odolnou, že nesmím vykolejit, jak se říká více méně ze své profese, že musím být spíš oporou pro ty lidi, že pro mě ta psychická zátěž je taková, že se nesmím rozložit a za druhé musím přít domů a okamžitě zavírám. Zavírám tu práci, tak zase v šest hodin otvírám hlavu a směřuji k té práci, ale domů si to nenesím. Já už jsem naštěstí ke svému věku, jsem psychicky odolná, pro mě je nejhorší srážka s blbcem. Já si to dokážu opravdu oddělit, vyventilovat. Je fakt, že ta psychická zátěž je pro mě spíš složitější v tom, že když slyšíte vlastně ty příhody těch klientů, kteří jsou hodně mladí, vesměs jako máme spíš ty ročníky i mladší, teďka v poslední době než ty osmdesáti-sedmdesátileté klienty, tak spíš v tom je to pro mě zatěžující, že se člověk více sleduje a řekne si, jejdámne, tomu pánovi to taky začalo podobně“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

RI: „Já jsem zvyklá fyzicky pracovat. Já bych spíš potřebovala, aby to šlo ještě víc, protože vzhledem k té náročnosti od těch osmnácti let, že vím, že teda jsem si prošla docela náročnými odděleními, takže mě to spíš hendikepuje v tom, že můj vertebrogenní syndrom mě nechce pustit, tam kde já bych si představovala, takže já bych chtěla víc ve svých letech, ale bohužel nezvládám. Nemůžu, někdy, takže fyzická zátěž je naprosto stejná, podobná tomu, co se děje v nemocnicích“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevléčitelně nemocného?

RI: „Největší problém je v té neinformovanosti, pro mě strašák je to, že přijde k nám neinformovaná rodina, hlavně klient, když je ještě k tomu neinformovaný klient s tím, že rodina ví a je plně informovaná o závažné diagnóze a s tím, že to může být třeba na týdny na hodiny a oni to aspoň vidí, tak si řekneme, dobře klienta postupně zpracujeme a naštěstí máme mínus v té rodině, že ti to aspoň vidí, ale nejhorší je opravdu, no možná někdy ani je i informovaný klient, že sám ví, ale neinformovaná rodina v tom, že v nemocnici nebo na onkologii jim řeknou úplně něco jiného s tím, že si k nám jde

jenom zotavit a že všechno bude dobré. V tom je to pro mě potom nejhorší ta práce, potom to té rodině vysvětlit“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

RI: *„Měla by mít určité zkušenosti, možná bych řekla i z nemocnice, protože ten systém, který tam vlastně dělají je v tom, že ta sestra je akční, rychlá, umí si poradit a je zvyklá na velkou zátěž bych řekla, takže ono nějaká praxe v nemocnici je výhodou a měla by si umět poradit v jakékoliv situaci i s tím, že ta sestra na ni spadá, jak kdyby částečně zodpovědnost v tom, že má spoustu medikací dopředu naordinované dle potřeby, protože ona musí tu situaci umět vyhodnotit a musí umět dobře zpracovat a na to zareagovat. Naprosto musí umět se všemi přístroji, jako jsou v nemocnici, protože je to péče o všechny různé invazivní vstupy, přístroje atd. což tady všechno máme. Takže opravdu by měla mít zkušenost s tady to tím a měla by mít aspoň částečnou zkušenost s tou nemocnicí. Tady musí mít nastavené, že akutní medicína jí musí úplně vypadnout z hlavy. Tady musí začít přemýšlet, že není akutní sestra z nemocnice, ale že je paliativní sestra, to znamená, že ona musí umět zpracovat tu rodinu a musí umět zareagovat, takže já toho pacienta musím mít stabilizovaného nejenom ho, ale i tu rodinu a nesmím panikařit, pokud se něco děje akutního, jakože je tam například nějaké chrlení krve nebo cokoliv jiného, úplně jako cokoliv si představíte přes nějaký epileptický těžký záchvat, který nereaguje třeba po pěti minutách na nějakou základní podanou léčbu, tak ta sestra musí být naprosto s klidnou hlavou a nepanikařit si a musí vědět, že ten klient, že ho musím stabilizovat a že ho nezachraňuji tak, abych ho chtěla resuscitovat nedej bože odvézt do nemocnice, protože takto ten klient má být informovaný, že opravdu se tady snažíme, co nejlépe připravit toho pacienta nebo klienta jak se říká na odchod úplně někde jinde“.*

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

RI: *„Já jsem spokojená“.*

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sama na sebe?

RI: *„Ano“.*

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

RI: „Doma si uvařím kafe a otevřu si knížku a nechci nikoho vidět. Já nejsem nějaký extra, sice si ráda povídám, ale musím mít na to, jak se říká chuť já. Stačí mi klid, a nic nechci ani žádné cestování, já ani žádné kolo nepotřebuju, prostě sama pro sebe, ticho, pustit si televizi. Toto je pro mě nejlepší relax, teplo, sluníčko, zahrada a natáhnout si nohy. Jinak nic víc nepotřebuju“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

RI: „Je to přepracovaná, přepečovaná sestra, která neumí oddělit, jak se říká, tu profesní stránku od té soukromé“.

19. Býváte unavená po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

RI: „Tak tím, že teď nejsem v té přímé péči, tak dřív to bylo na lehnutí, protože já fakt s tím svým systémem těch svých nemocí, jsem bývala hodně spíš fyzicky unavená, co se týká, já mám permanentně bolesti zad, takže víceméně nevím ani co to je, když záda nebolí od mých šestnácti let, takže já jsem to cítila fyzicky jo, tak to bylo teda docela hodně. A teď spíš psychicky z těch papírů, Ale hlava vypne. Já jsem spíše rozčarovaná ze srážky s blbcem, s nepochopením. Unavuje mě nekolegialita a zbytečné pomlouvání“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z Vaší péče o umírající?

RI: „Ani nemám, tak pocity strachu a obav teď z té naší péče. Spíš strach a obavy z budoucnosti, protože jestli bude taková „jak se říká“ ne nezaměstnanost, ale jestli se nebude moci sehnat, tak jak sháníme my do personálu lidi, tak z toho mám obavy, protože sehnat dneska i obyčejnou uklízečku je nadlidský úkon. Vedle nemáme uklízečku a u nás nemůžeme taky sehnat. Máme tady čtyři důchodkyně, které si tím přivydělávají. Až tyto čtyři důchodkyně tady nebudou, tak mám z tohoto obavy. Sehnat kvalitní sestru a kvalitní pečovatelku je taktéž nadlidský úkon“.

6.6.1.2 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 2

Respondent č. 2 byla žena na pozici všeobecné sestry, 45 let. V oboru zdravotnictví pracuje 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 5 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R2: „Potřebovala jsem změnu, protože jsem 20 let dělala na jednom místě. Potřebovala jsem změnu a tady bylo místo“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R2: „Teoreticky něco, prakticky jsem se starala doma o nemocnou maminku“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R2: „Tady v nemocnici na ARU. Takže z akutní medicíny na paliativní medicínu. Potřebovala jsem úplnou změnu“.

4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?

R2: „Spíš, co máme tady, co nám zařizuje hospic. Máme je buď tady, anebo jednou jsem byla, ale to vlastně nebylo školení, byl to spíš odpočinkový, v Krkonoších jsme měli s paní doktorkou Svatošovou, nějaké takové srazy, co jsou jednou za rok pro hospicové pracovníky“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R2: „To nevím, to nemůžu posoudit. Jako personálu je pořád málo asi všude. Ale jako to je všude“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R2: „Tak určitě je tam částečně stres, to je samozřejmé, ale myslím, že už jsem se za ty roky dovedla s tím naučit a vyrovnala jsem se i v té akutní medicíně toho bylo hodně“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R2: „Mně se líbí to právě, že tady ty lidi doprovázíme a vlastně, že zbytečně prostě, já nevím jak to říct. Prostě, že už se spíš jenom doprovází. Staráme se o tu bolest, přesně, aby neměli, že se netrápí“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R2: „Prostředí, kolegyně a kolektiv“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R2: „Skoro se všema dobře“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R2: „Někdy je to těžké, někdy rodina spolupracuje úplně úžasně, ale někdy nejsou třeba schopni se s tím smířit. Je to potom na dlouhé lokty“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R2: „Tak nevím jak to charakterizovat, ale musí to člověk prostě brát, tak jak to je a spíš si to nezabírat. Nepřipouštět si to víc jako takhle. Určitě jsou tu klienti, na které si zvykneme, kteří jsou tady s námi dlouho, tak tam je to horší třeba, potom že vlastně se zhorší, zemřou. Tak jako určitě to prožíváme jinak. Musí to člověk brát, že je to práce“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R2: „Fyzická zátěž, no ta je celkem dost tady. Jako já to mám na stejno. Tady se víc nachodím, ale jako tím, že jsem byla v akutní medicíně, tak tam jsme taky jako hodně se natahali, protože jsme měli klienty v bezvědomí, že takže to je skoro na stejno. Akorát tady těch lidí je samozřejmě mnohem víc. Ale zase někteří pomůžou, někteří se nám snaží pomoci“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevléčitelně nemocného?

R2: „No možná to, když s tím nejsou smíření, jak ti klienti, nebo ti příbuzní. Jo, že nejsou smíření. Někdy se stane, že nejsou dostatečně třeba zamedikováni v tady té oblasti. I když paní doktorka se hodně snaží, ale někdo to prostě nese úplně jinak. Tak asi toto. Nesmíří se s tím, že ten konec přichází“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R2: „No hlavně musí mít trpělivost, musí být klidná a vyrovnaná“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R2: „Mimo chřipkové období je to dobré. Jak je dostatek sester a všeho. Jo jsem spokojená“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R2: „Jo mám. Mám už velké děti, takže mám na sebe čas“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R2: „S rodinou. Přes léto mám ráda práci na zahrádce. Čtu“.

18. Jak byste charakterizoval/a syndrom vyhoření?

R2: „Z vlastní zkušenosti, že už mi všechno vadilo. Všechno mi vadilo, prostě cokoliv se udělalo, snažili jsme se, všechno bylo špatně podle vedení. Prostě tím, že už jsem tam byla tak strašně dlouho, tak jsem to brala hodně osobně. Jo, že jsme si asi mysleli, že je to všechno v pořádku, ale jim se to nelíbilo. A prostě potřebovala jsem tu změnu“.

19. Býváte unavená po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R2: „Někdy ano, není to pokaždé, ale spíš fyzicky“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R2: „Ne. Nemám žádný strach a obavy. Líbí se mi tady“.

6.6.1.3 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 3

Respondent č. 3 byla žena na pozici všeobecné sestry, 59 let. V oboru zdravotnictví pracuje 40 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 10 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R3: „Nedostatek práce. Zrušilo se pracoviště, já jsem šla na úřad práce a nechtěla jsem zůstat doma, tahle nabídka se mi naskytla a chtěla jsem to vyzkoušet do slova a do písmene“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R3: „Myslím si, že všeobecně určitě jsem si nastudovala, o co se jedná, ale už to vyplynulo z toho, že vlastně já jsem dělávala i na oddělení, takže vím, co znamená hospic, nešla jsem bez znalostí“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R3: „Před nástupem jsem pracovala u vojáků, jako zdravotní sestra na ošetrovně. A předtím různé pracoviště“.

**4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče?
Pokud ano, kde a jak často?**

R3: „Ano určitě. Je to v rámci tady tohoto hospice, což je velmi málo. Je to nedostatečné podle mě, ještě se sama osobně zajímám o vedlejší. Já chodím sama na kongresy, nebo popřípadě, kdo bude chtít z děvčat, tak jim nabídnu, že je přednáška taková a taková. A co se týče hospice, tak nás posílají, ale opravdu, co se jen týká těch sociálních věcí, co se týče zdravotní tematiky. Tak vůbec“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R3: „Je to velice dobře myšleno a zařízeno, pokud jsou schopni lidé pochopit, co znamená hospicová péče, protože si to spousta lidí plete s nemocnicí a my nejsme nemocnice, hospic je hospic a nemocnice je úplně něco jiného. Pokud se budou přijímat lidi, kteří patří do hospice a kteří jsou vzdělání v téhle sféře. Chtělo by to zvýšit kvalitu pracovníků, ošetrovatelů i kvalitu sester, když vidím, co přijímají, to je katastrofa, pracovat s tím. Je to smutné, ale je to tak“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R3: „Spoustu znalostí, které si neuvědomujete v běžném životě, když se s tím nesetkáte, spoustu takového, poznáváte, přiblížit se k té myšlence umírání, což je v dnešní době potlačené v rodinách“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R3: „Myslím, že ano. Určitě, já mám ráda lidi, práci s lidmi. Mám takový dobrý pocit, když pomůžu, opravdu do slova a do písmene, protože tady se to pro peníze nedá dělat. Pozor, to Vás upozorňuji, nevím jak Vy, ale tady určitě ne. Tady nejsem kvůli výdělku, já osobně. Nevím, jak ostatní, ale já ne. Já jsem tady dobrovolně. Naštěstí můžu dobrovolně, kdykoliv odejít. To je taková moje pojistka“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R3: „Když si uvědomíte, kolik lidí je těžce nemocných a v jakých podmínkách v těch nemocnicích umírají, tak to je taková silná motivace, protože mi opravdu, můžu zaručit sama za sebe i za svoji ošetřovatelku, která má semnou směnu. Můžu se zaručit, že jsou opravdu dobře ošetřeni po všech stránkách, nejenom po té fyzické po té zdravotní, ale opravdu i po té duševní stránce i duchovní, což je plus“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R3: „Kladně, u nás tady trošku vážne spolupráce ředitele a vrchní sestry, což je velká škoda, bohužel“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R3: „Vesměs, z 99 % kladně, a vždy se najde někdo, komu absolutně nic nevyhovuje“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R3: „Velmi vysoká. Denně jste ve stresu, ve styku s negativními věcmi. Myslím si, že to hodně působí na člověka. Smrt jako taková, umírání. Smrt jako taková bereme to tak, že smrt je vysvobození, ale co předtím následuje, to je velice náročné“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R3: „Velmi vysoká“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevyléčitelně nemocného?

R3: „Já nevím, co Vám mám na tohle říct. Možná mi někdy vadí to, že lidi přijdou strašně zanedbaní, v hrozném stavu z nemocnic i z domu, ale vesměs z nemocnic a prostě tohle mi asi vadí“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R3: „Anděl, víc Vám neřeknu“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R3: „Byla jsem spokojená, teď je to takové mizernější. Je to horší, nefunguje ředitel, management vůbec nefunguje tady a díky tomu, že to nahoře nefunguje, je všechno v rozkladu. Bohužel a opravdu všechno špatně a nejhorší je, že se nedovoláte nikde, nikoho, ničeho“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R3: „Určitě, já si ho udělám“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R3: „Různě, podle počasí, někdy, když se dá, jdu na zahradu“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

R3: „Když to slyším, tak opravdu je to nesmírná velká zátěž na člověka, únava, nemáte zájem o tu práci, je Vám jedno jak to uděláte. Asi tady ty tři znaky si myslím, že by to mělo být“.

19. Býváte unavena po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R3: „Velmi málo, málokdy já teda“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R3: „Ne, to opravdu ne“.

6.6.1.4 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 4

Respondent č. 4 byla žena na pozici všeobecné sestry, 40 let. V oboru zdravotnictví pracuje 20 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Délka praxe v zařízení je 5 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R4: „Srdce. Věděla jsem, že nějakým způsobem to chci ze sebe tu kvalitu možná, co mám dostat a dát ji pacientům“

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R4: „To sama objektivně nedokážu posoudit, ale myslím si, že i vlastně předtím jsem se zajímala v rámci studia o paliativní péči a i lůžka jsme měli paliativní péči na LDN, kde jsem předtím pracovala, samozřejmě vždy je možnost prohlubovat tyto znalosti“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R4: „LDN, pak na interně, chvílku na ARU, předtím jsem taky dělala na LDN, interna, takže většinou to byla gerontologická oblast“.

4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?

R4: „Ano účastním, tak ono je to jednak takové to obecné vzdělávání a vyloženě paliativní taky, protože se to toho týká, každý měsíc nějaký certifikovaný kurz, který si hradím sama ze svého vlastního volna. Mám i hospicový kurz i LDN, je tam vlastně i certifikovaný kurz paliativní péče v Brně na NCONZO „.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R4: „Asi pokrytí peněz. To je alfa a omega, pokud nejsou, tak se můžeme snažit maximálně. To bych tak řekla, sice to jsou v uvozovkách jenom peníze, ale dotýká se to všude. Všech stránek“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R4: „Takovou satisfakci, vyrovnání se, se smrtí. Já teda ve čtyřiceti letech, i když jsem tady nastupovala, tak už jsem byla vyrovnaná s vlastním umíráním i doma o tom mluvíme. Takže, co mi přineslo konkrétně tady to místo, mě asi spíš jakoby stran moudrosti v oblasti kolektivu, jak řešit takový ty vztahový věci, ale stran umírání ne, já jsem tady nastoupila s tím, že otázkou smrti umírání mám u sebe a u rodiny vyřešenou. Jinak bych to nedokázala. Došla jsem k tomu vlastní filozofii, já jsem buddhista a tím, že se tím zabývám, to je prostě takový ten vlastní vývoj. Nic jiného v tom není“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R4: „Ano. Říkám jako nové věci ze stran kolektivu. Jakoby stran toho umírání ne, ale věci v oblasti klimatu na pracovišti, kolegiálníta, spíš ta psychologická stránka mezi námi spolupracovníky“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R4: „Právě, jsem zjistila, že jako já to mám ráda, geriatrici, umírání je mi to blízké, ale v této věci už mě to dál neposunuje, proto v tento moment, už jsem chtěla dát výpověď, ale zatím ještě zvažuju. Chci se spíš věnovat managementu, ale klidně managementu v rámci nějakého seniorského domu nebo v rámci hospice. Spíš se posunout trošku jinam, ale miluju to, nemyslím si, že bych byla vyhořelá, ale chci ještě trošku od života jinak“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R4: „Už jsem to nakousla, že mě ty kolegiální vztahy docela posunují, abych se zamyslela nad sebou, jak řešit situace. Jak kdy, jak s kým. Tady na toto nechci odpovídat, protože něco je čerstvého, něco zpracovávám. Myslím si, že klima takové, je to tu rozdělné na skupinky, takže s někým se vychází s někým ne“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R4: „Výborná. Já jsem osobně neměla žádný problém“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R4: „Špatné vztahy“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R4: „Sama na sobě nepocituju nic ze stran fyzická, ale proto asi, že jsem si zkusila něco jiného, tak možná má člověk zocelenější páteř. Myslím si, že normální zátěž, ne běžná, je tam zvýšená zátěž na ten pohybový systém, ale nic enormního. Ale týká se to pouze mě“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevyлéčitelně nemocného?

R4: „V přímé péči prosadit tady nějaké změny, třeba bazální stimulaci, to co člověk někdy třeba vystudoval, nebo si zkusil na jiném oddělení. Prosadit to tady“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R4: „Nevím napadá mě, vyrovnání se z vlastní smrtelnosti, ale to jsou takový ty obligátní, ale je to pravda jo. Já na tom neshledám nic speciálního, co by muselo být jinak“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R4: „Normálně spokojená“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R4: „Ano“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R4: „Já mám relaxaci studium a vzdělávání se“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

R4: „Mě napadá ztráta motivace, ztráta vnitřní energie a tím pádem nemůžete dát dál, někomu něco co potřebuje, otupění“.

19. Býváte unavena po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R4: „Fyzicky ne, někdy psychicky, když se něco v kolektivu řeší a nedokážu to dát úplně tak za hlavu. Někdy ano“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R4: „Ne, v tomto ne, spíš já jsem úzkostlivější člověk, pracuju na tom, v rámci nějaké kognitivní restrukturalizace, v rámci relaxace, meditace a tak. S tím já bojuju celý život, ale tady v tomhle ne“.

6.6.1.5 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 5

Respondent č. 5 byla žena na pozici všeobecné sestry, 47 let. V oboru zdravotnictví pracuje 29 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 6 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R5: „Cítila jsem, že je to poslání“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R5: „Řekla bych, že velké. Pracovala jsem spoustu let v domově pro seniory v domově se zvláštním režimem. Docela často, jsme se tam setkávali s tím, že pacienti umírali, nelíbilo se mi jakým způsobem, proto jsem se chtěla tady tomu věnovat“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R5: „V domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem“.

4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?

R5: „Ano, máme i tady, účastním se, co pořádají kaplani nemocniční. Byla jsem i na stáži v hospici, máme i valnou hromadu hospiců, kde je i setkání vrchních sester, tam se taky vzdělávám, říkáme si, co je nového a podobně“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uved'te konkrétně co.

R5: „Hlavně si myslím, že by se měli dát nějaké trošku pravidla té hospicové péče, protože teď docela si myslím, že jsou bití ty mobilní hospice tím, že tam mají některé ty menší nesplnitelné podmínky vůbec pro to, aby mohli službu zaregistrovat. Myslím si, že to je takový problém ta legislativa. Řekla bych, že je takový boj mezi těma trošku kamennýma, mobilníma mezi charitou a těma soukromýma a to se mi moc nelíbí“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R5: „Já jsem teď nedávno byla na onkologii jako doprovod pacienta a musím říct, že to bylo pro mě tristní a tak jak se mě všichni ptají, jestli to je pro mě strašně vyčerpávající ta práce, kde čerpám něco a jak to můžu vůbec dělat, tak jsem říkala, že ta onkologie byla pro mě daleko jako psychicky větší zátěž a říkala jsem si, že ti pacienti, kteří přijdou k nám, už jsou většinou v takovém stavu, že my se snažíme zajistit, aby ten konec byl důstojný a kdežto na té onkologii, tam je spousta takových těch mladších pacientů. Myslím si, že je to pro ty sestřičky hodně náročné, protože mají před sebou i tu delší cestu. Teprve tam se začíná bojovat a myslím si, že to je hodně náročné pro ten personál i pro ty pacienty“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R5: „Určitě. Není to pravidlo samozřejmě, ale Pán Bůh zaplat', za to co je, že dochází tady často k takovému smíření těch rodin a to mě právě naplňuje. To, že jsou ti lidi šťastní, že můžou být u těch umírajících v těch posledních chvílích a že to tak má být. Není to samozřejmě pravidlo. Jsme za to rádi, když se to tak stane a to je právě to, proč to člověk dělá, aspoň pro mě je to důležité“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R5: „Motivuje mě hlavně to, že můžeme těm lidem to umožnit. Můžou tady mít třeba ty své blízké. Jedna paní tady umírala i s pejskem v náručí“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R5: „*Ted' je taková krizová doba zrovna, kdy máme problémy s lékaři, řekla bych, že je to takové hodně napjaté*“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R5: „*Většina rodin jsou rádi za to, že můžou využít hospice a většinou se přijdou sem podívat, domluvit se ze sociální, proberou všechny možnosti a varianty, takže jsou připraveni. Potom jsou i někteří, kteří mají opravdu nadstandardní požadavky a ti jsou konfliktní*“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R5: „*Pod to se dá spoustu věcí schovat. Tady ted' opravdu prožíváme velkou psychickou zátěž s tím, že máme dlouhodobě nemocného lékaře, ted' nám onemocněl druhý lékař, určitě je to poznat, že personál všichni jsou v takovém napětí, jak to bude dál, to určitě nepřispívá k té dobré pohodě, není to jen stres z toho umírání, ale spíš z toho všeho kolem*“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R5: „*Nemyslím si, že je tady velká fyzická zátěž, protože máme oddělení rozdělené. Maximálně bývá deset lůžek na oddělení, je tam vždy sestra a ošetřovatel. Takže máme deset pacientů, což bych jako řekla, že mají spoustu prostorů na to, aby se jim mohli věnovat a aby si rozplánovali práci, a zvládli to po fyzické stránce dobře*“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevléčitelně nemocného?

R5: „*Myslím si, že to smíření s umíráním. Umírají mladí lidé, opravdu často se člověk setká s otázkou „Proč Já.“ „Čím to je“*“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R5: „*Měla by být empatická, dokázat se vcítit do pacienta, i když to není jednoduché. Měla by zvládat ty jeho často až nadstandardní nároky, požadavky spíš s takovým klidem. Pečlivá, protože jsou na nás kladeny nároky nejen poté ošetřovatelské strážce,*

ale potom ohledně dokumentace a dalších věcí. Navíc hodně tady manipulujeme s opiáty, což pečlivost a zodpovědnost musí být. Řekla bych, že převážně mám takový tým sester“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R5: „Určitě ano. Já ze svého pohledu si myslím, že dělám maximum, jedu víc jak na 100 %“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R5: „Nemám, jezdím domů většinou pozdě. V hospici trávím více času, než bych měla“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R5: „Mám doma osmileté dítě, takže to moc nejde. Neumím práci hodit za hlavu, беру si ji domů, jsem neustále na telefonu, řeším další věci. Víím, že je to špatně“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

R5: „Právě to, co dělám já je hodně špatně. Člověk je moc v práci, hodně ze sebe vydává. Mám strach, že taky brzo na to dojedu. Neumím odpočívat, jsem takový workoholik a to je špatně. Už teď jedu, jak se říká na rezervu“.

19. Býváte unavena po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R5: „Psychicky ano, fyzicky ne“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R5: „Ne. Myslím si, že funguje všechno, tak jak má“.

6.6.1.6 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 6

Respondent č. 6 byla žena na pozici všeobecné sestry, 52 let. V oboru zdravotnictví pracuje 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 15 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R6: „Sedmnáct let jsem nepracovala a sehnala jsem místo tady“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R6: „Věděla, jsem, co to hospic je, než jsem sem šla. Přečetla jsem si knížku o hospici, než jsem sem šla“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R6: „Tři čtvrtě roku u domácí péče jako zdravotní sestra v terénu“.

**4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče?
Pokud ano, kde a jak často?**

R6: „Ted', jak to už není tak, že musíme sbírat kredity tak, co já vím, čtyřikrát, pětkrát ročně“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R6: „Já myslím, že ne“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R6: „Mě ta práce vlastně, celkově naplňuje. Já vždycky říkám, že bych nemohla roznášet pivo chlapům v hospodě, nebo cvakat lístky ve vlaku, protože by mě to nic nepřinášelo. Naplňuje mě to, že můžu někomu takhle pomoci zjednodušeně“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R6: „Ano, obohacuje mne o nové lidi a o nové příběhy. Z toho člověk také žije“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R6: „Co mě motivuje, že někomu pomůžu vlastně v klidu odejít. Peníze ty mě tady nemotivují. To je nula, nula nic“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R6: „Já myslím, že dobře“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R6: „Řekla bych, že to je tak sedmdesát na třicet vždy se nějaký najde, nějaký rýpal, ale většinou je to zaplat' Pán Bůh kladné“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R6: „Nic, nemám s tím problém. Jestli myslíte, co se týká klientů, tak vůbec, já mám takovou povahu, že odtud odejdu a nevím o tom. A zase opačně, doma mám problém, přijdu z domu, nevím o tom, ty lidi za to nemůžou. Já jsem spíš takový ten, co na srdci, to na jazyku. Já si to řeknu a mám klid. Sice se to asi nemá, tak řešit, ale mě to pomáhá“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R6: „Zatím to, zaplat' Pan Bůh, zvládám. Neříkám, že mě nebolí záda, ale větší problémy zatím nemám“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevyléčitelně nemocného?

R6: „Vlastně to, že opravdu těm lidem už nemůžu nijak pomoci jenom aspoň tím, že jim pomůžu v klidu a důstojně odejít. Je fajn, když vidím, že jsou v klidu pod těmi analgetiky, nebo celkově, když jsou tam ti příbuzní a není to nějaký extrémní, to umírání, kdy opravdu ten člověk je v klidu. Spíš ti mladí lidi, to mě teda vadí, neříkám, že jsem to nikdy neobřečela“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R6: „Myslím, že hlavně svatou trpělivost“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R6: „Jsem spokojená, já si to udělám, tak abych byla spokojená. Nejlepšího vědomí a svědomí. Nejsem dokonalá, na 100 % rozhodně ne, to není nikdo“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R6: „Ano, dokážu si ho udělat“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R6: „Jezdíme s přítelem na ryby, hlídám vnuka, spím, to miluju, i to, že doma uklidím, něco udělám, jdeme s holkami na kávu. Vyloženě, že bych chodila do fitka, nebo měla nějaký koníček, sbírala známky to ne. Mám kolikrát toho za ten den, když mám volno a nevím zase někdy co dřív, ale je pro mě někdy relax i ten malý“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

R6: „To je to, co já právě vůbec nechápu ty holky, co vyhořely. Co mi říkají, já to právě nemám. Já nevím, čím to je, jestli mám takovou povahu, že tady seřvu pana ředitele a pak se mu jdu omluvit je to možná tím. Já to na sobě nepociťuju, co mi říkaly holky, že s nechutí vstávají do práce, že už jim je to jedno, jestli ti lidi toho s ní víc nebo míň. Já nevím. Kolegyně, co odešla, říká: „ Já už jsem šla s nechutí do práce, nenaplňovalo mě to, už mi vadilo, že je musím jít přebalit, když vím, že už to bylo potřeba“. Jenom to říkám zprostředkovaně od kolegyně, které odešly díky tomu. Nebavilo jí to, nebavilo ji namazat chleba, nebo udělat harmonogram noční“.

19. Býváte unavena po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R6: „Jak kdy. Spíše fyzicky nebo psychicky? Po té noční spíš fyzicky, jak psychicky. Nemám. Já to prostě nějak zpracuju“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucích z vaší péče o umírající?

R6: „Já to možná řeknu blbě, nejde o život“.

6.6.1.7 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 7

Respondent č. 7 byl muž na pozici všeobecné sestry, 43 let. V oboru zdravotnictví pracuje 23 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 15 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začal pracovat v hospici?

R7: „Původně jsem tady nešel s tím, že by mě ten hospic nějak lákal, ale bylo tady volné místo“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R7: „Na škole se v té době o tom nějak moc ještě neučilo. Prakticky minimální“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R7: „Ortopedické sály a potom gerontopsychiatrie“.

4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče? Pokud ano, kde a jak často?

R7: „Ano, donedávna jsem ještě studoval, ale ze zdravotního důvodu jsem toho musel nechat. Většinou jsou tady nějaké doporučené semináře, ale myslím si, že kdybych přišel s tím, že si chci udělat nějaký takový kurz, tak bude to muset projít přes někoho z vedení, že by nebyl problém“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R7: „Myslím si, že podvědomí lidí, podvědomí lékařů, jak praktických, tak odborných i to financování“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R7: „Nedávno jsem si to prožil na vlastní kůži, že jsem prodělal taky nějakou onkologickou léčbu. Dokážu to už pochopit i z vlastní stránky. Není to umírání v nemocnici, je to umírání úplně jiné“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R7: „Ano, že ta smrt nemusí být tak hrozná“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R7: „Práce má nějaký smysl, není to jenom o tom tam opravit de-facto nějakou součástku a jdou“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R7: „Někdy to není jednoduché, každý máme své problémy, každý máme nějaké rozpoložení, náladu. Každý den není šťastný, usmívající. Vesměs kladně“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R7: „Někdy to bývá složité. Z 90 % to bývá pozitivní, ale i mezi těmi rodinami se najdou, někteří, kteří s tím nejsou smíření, srovnání, ten stav je vážný a že to spěje ke konci, vyžadují tady i kurativní zásahy kolem nemoci“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R7: „Psychická zátěž, máte tady 300 úmrtí ročně, každý se s tím vyrovnává jinak. Máte tady nějakou komunikaci zrovna s těmi rodinami, někdo může být nepříjemný, nesmířený. Je to docela přes na toho člověka, musí to ustát“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R7: „Většina z těch klientů je ležících. Nikdo z klientů nemá pět kilo, taháte se s klienty, s postelemi, se vším možným“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevléčitelně nemocného?

R7: „Asi občas komunikace s těmi rodinami. S tím nemocným takový problém není, někdy ty rodiny. Je to s nimi těžké. Jeden člen rodiny je takový, že tu věc chápe, druhý člen přijde a nemůžou se mezi sebou domluvit“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R7: „Měla by mít odborné znalosti, empatii, neměla by být bouřlivá. Hodně ta empatie a trpělivost“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojen nebo nespokojen?

R7: „Jsem spokojený. Práce mi nevadí, spíše některé ty vztahové stránky“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R7: „Ano“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R7: „V zimě nějaká knížka, jdu ven na sklenku červeného. Práci si domů netahám“.

18. Jak byste charakterizoval syndrom vyhoření?

R7: „Myslím, že takovému člověku je to všechno jedno. Je to taková bezmyšlenkovitá práce. Možná i nějaká agresivita. Všichni ho otravují“.

19. Býváte unaven po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R7: „Někdy ano a spíše psychicky“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R7: „Ne, za ty léta už ne. Každý se setkal se smrtí, musel se s tím nějak vyrovnat. Tady tu smrt máte pomalu každý den“.

6.6.1.8 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 8

Respondent č. 8 byla žena na pozici všeobecné sestry, 48 let. V oboru zdravotnictví pracuje 28 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Délka praxe v zařízení je 8 let.

Otázky k cíli 1

1. Co Vás vedlo k tomu, že jste začala pracovat v hospici?

R8: „Potřebovala jsem změnu a práce v hospici mne nějakým způsobem lákala“.

2. Jaké byly Vaše vědomosti o hospicové péči před nástupem do zařízení?

R8: „Myslím, že jsem věděla vše, co jsem potřebovala“.

3. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?

R8: „ Pracovala jsem na interním oddělení“.

**4. Účastníte se vzdělávacích akcí a školení, které se týkají hospicové péče?
Pokud ano, kde a jak často?**

R8: „ Ano, tak čtyřikrát až pětkrát ročně, ale když je nějaký kongres nebo konference, která mně zajímá, tak se jí na své náklady taky účastním“.

5. Je podle Vás něco co by se mělo v oblasti hospicové péče změnit nebo zlepšit? Uveďte konkrétně co.

R8: „Možná, aby se předešlo nedostatku personálu v hospicích, tak by nebylo od věci zařadit více paliativy už do výuky všeobecných sester, aby věděli, o čem práce je a byli na ni připraveni, v případě že by ji chtěli dělat“.

Otázky k cíli 2

6. Co Vám osobně přináší práce s umírajícími a pozůstalými?

R8: „Jistý klid v umírání“.

7. Naplňuje a obohacuje Vás tato práce? Pokud ano, čím konkrétně?

R8: „Obohacuje mne o nové zkušenosti a dovednosti“.

8. Co Vás nejvíce motivuje pro práci v hospici?

R8: „Motivuje mne vděk klientů a příbuzných“.

9. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky hospice?

R8: „V celku kladně, ale nyní je takové náročné období, které doufám, rychle přejde“.

10. Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

R8: „Většinou je to dobré a rodina je spokojena, nakonec i my“.

Otázky k cíli 3

11. Charakterizujte psychickou zátěž.

R8: „Psychická zátěž pro mne znamená mít těžkou hlavu z práce“.

12. Charakterizujte zátěž fyzickou.

R8: „Fyzická zátěž je zde zvýšená, ale asi stejná jako mají holky v nemocnicích“.

13. Co Vám konkrétně činí největší problém v péči o nevyléčitelně nemocného?

R8: „V přímé péči asi nic“.

14. Jaké vlastnosti a předpoklady by měla mít podle Vás sestra pracující v hospici?

R8: „Hlavně empatická a smířená se svojí smrtelností. Zbytek se zaškolí a zacvičí, asi jako na každém pracovišti“.

15. S prací v daném zařízení jste spíše spokojena nebo nespokojena?

R8: „Jsem spíše spokojena“.

Otázky k cíli 4

16. Máte dostatek času sami na sebe?

R8: „Ano, udělám si ho“.

17. Jakým způsobem nejraději relaxujete a odpočíváte?

R8: „Miluju sluníčko, takže, kdy svítí tak jsem nejraději venku na zahradě. V zimě jsem takový ten domácí pecivál, který sedí doma za pecí a popíjí čajíček“.

18. Jak byste charakterizovala syndrom vyhoření?

R8: „Je to stav, kdy už člověka nic nebaví a ani se mu nic nechce. Myslím, že je to nejhorší, co může člověka potkat, myslím tím, ze strany psychiky“.

19. Býváte unavena po vykonané službě? Popište Vaše pocity.

R8: „*Ano, spíše psychicky. Někdy mi trvá déle, než ten pracovní den vymažu z hlavy*“.

20. Míváte pocity strachu a obav plynoucí z vaší péče o umírající?

R8: „*Dneska asi můžu říct, že ne, ale trvalo dlouho, než jsem k tomu dospěla*“.

7 DISKUZE

V této části bakalářské práce se zabýváme analýzou řízeného, strukturovaného rozhovoru. Práce je napsána podle posloupnosti otázek tak, jak byly kladeny v průběhu rozhovoru. Nebylo snadné komparovat výsledky naší práce s jinými autory neboť problematika je velmi rozsáhlá a každý autor se ve své práci zaměřoval na jinou oblast, která pro něj byla více či méně zajímavá. Přes všechna úskalí se nám nakonec podařilo výsledky naší práce porovnat s jinými pracemi. Tématem hospicové péče se například zabývala také bakalářská práce z roku 2013 s názvem „Hospicová péče v České republice“. Autorkou této práce byla Monika Žabová a práci úspěšně obhájila v roce 2013 na univerzitě Palackého v Olomouci. Významnou prací k porovnání byla také diplomová práce autorky Lenky Klíčové, která má název „Hospicová a paliativní péče – cesta k pokojnému konci života?“. Autorka práci úspěšně obhájila v roce 2012 na univerzitě Palackého v Olomouci. Při výběru prací k porovnání byl kladen velký důraz na klíčová slova, která byla důležitá pro zjištění souladu a obdoby získaných odpovědí.

Analýza okruhů zkoumání byla prováděna se stanovenými cíli. Byly stanoveny čtyři cíle, které jsou uvedeny v kapitole 5.1. Zhodnocení hlavního cíle bylo provedeno na konci, z důvodu postupného zpracování a logického navazování otázek při strukturovaném rozhovoru.

Analýza prvního okruhu zkoumání:

Zjištění, co vedlo respondenty k tomu, že začali pracovat v hospici. Otázky č. 1 - 5.

Na základě získaných odpovědí můžeme potvrdit shodu u dvou respondentů, kteří uvedli, že pracují v hospici na základě toho, že potřebovali změnu. Změnu pracoviště a změnu příjemců ošetrovatelské péče. Většinou se jedná o přestup z akutní péče, na pozici sestry, která vykonává péči paliativní. Dva respondenti se ve svých odpovědích shodli na tom, že tuto specifickou práci potřebovali, protože cítili, že je to jejich poslání, protože chtějí předat svou kvalitu, svým pacientům. Zbylí čtyři respondenti pracují nyní v hospici proto, že zde bylo volné pracovní místo. Dva respondenti, z těchto čtyř hledali místo po mateřské dovolené, jeden respondent hledal místo na pozici všeobecné sestry z důvodu propuštění ze zaměstnání, a jeden respondent nastoupil do hospice, protože tam zkrátka bylo místo a nic jiného v tom nehledal.

Na otázky týkajících se povědomí o tom, co je to hospicová péče, lze říci, že polovina respondentů měla dostatečné povědomí o tom, co práce v hospici obnáší a druhá polovina respondentů o této práci nevěděla téměř nic. Čtyři respondenti odpověděli, že věděli o hospici pouze málo nebo vůbec nic. Protipólem jsou respondenti, kteří věděli, o jakou práci se jedná a kterou skupinu pacientů budou ošetřovat. Dva respondenti se s paliativní péčí setkali v předchozím zaměstnání. Napříč různými odpověďmi, můžeme také vyhodnotit, že tři respondenti ze všech si ještě před nástupem do hospice nastudovali odbornou literaturu týkající se paliativní a hospicové péče, nebo si stávající vědomosti doplnili. Shodu, ohledně informovanosti a získaných vědomostí o hospicové péči před nástupem na pracoviště nám ukazuje také diplomová práce Lucie Klíčové z roku 2012, kde čtyři respondenti ze sedmi o stěžejních bodech hospicové péče věděli, dva respondenti vůbec a jeden velmi málo.

Shoda odpovědí nám ukazuje, že i někteří stávající pracovníci hospice ještě před nástupem do zařízení nevěděli vůbec nic, nebo jen málo. Opakem jsou ti, kteří šli záměrně do hospice pracovat pro jeho funkčnost a význam.

Dle odpovědí respondentů, na dotaz o pracovišti, kde dříve působili, můžeme potvrdit shodu u tří, kteří pracovali na interním oddělení, dva v domově pro seniory. Mezi respondenty se vyskytlo jednou i oddělení akutní medicíny – anesteziologicko resuscitační, práce v terénu a u vojáků na ošetrovně.

U všech respondentů vznikla shoda v tom, že se všichni účastní vzdělávacích akcí a školení. Dva respondenti uvedli, že se takovýchto akcí účastní čtyřikrát až pětkrát ročně. Tři respondenti se shodli v odpovědi, že i sami na své náklady a ve svém volnu účastní konferencí či certifikovaných kurzů s danou tematikou. Čtyři respondenti shodně odpověděli, že vzdělávací akce vybírá a zařizuje většinou jejich nadřízený. Zajímavá je také shoda dvou respondentů, kteří prošli přímo hospicovým kurzem. Vzdělávání všeobecných sester je velice důležité, protože si tak obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, způsobilost a dovednosti v příslušném oboru (věstník MZČR). *Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví* (věstník MZČR, s. 4). Probíhá v akreditovaných zařízeních a je možné zde získat vyšší stupeň akademického vzdělání, a to magisterské a doktorandské (věstník MZČR).

U otázky ohledně zlepšení či změny hospicové péče se vyskytla shoda u dvou respondentů, kteří by změnu viděli v legislativě, tedy v lepším ukotvení hospicové péče v zákoně. Na tuto shodu také poukazuje diplomová práce Lucie Klíčové (2012), kde vznikla shoda u tří respondentů. Dalo by se říci, že převážná část respondentů je přesvědčena o skulině, která se vyskytuje v právních normách, které se vztahují k hospicům. Dva respondenti se nadále shodují na oblasti špatného či snad nedostatečného financování hospiců. Mezi další palčivé problémy, na které poukazují respondenti je nedostatek personálu v hospicových zařízeních a velká fluktuace ošetrovatelského personálu. Ze získaných odpovědí nám dále vyplývá, že jeden respondent by v oblasti hospicové péče nic neměnil.

Z analýzy prvního okruhu zkoumání vyplývá následující. K volbě povolání vedlo většinu respondentů volné místo na pracovní pozici nebo změna pracoviště. Dalším zajímavým ukazatelem při vyhodnocení cíle je ten, že polovina respondentů vůbec nevěděla, co obnáší hospicová péče a i přes to začali v hospici pracovat. Sedm dotázaných respondentů se, se smrtí setkala již na předchozím pracovišti, a všichni se v tomto oboru nadále vzdělávají. Personální obsazení v hospici je tedy velice individuální a velice různorodé.

Analýza druhého okruhu zkoumání:

Zjišťování dosavadní spokojenosti respondentů s prací v kamenném hospici. Otázky č. 6 – 10.

Dle odpovědí respondentů můžeme říci, že shoda proběhla u čtyř respondentů, kterým tato práce umožňuje udělat pro pacienty maximum v tom, že tento pozemský život opustí důstojně. Ne za bílou plentou v nemocnici, ale obklopen blízkými přáteli a hlavně rodinou. Důstojně zemřít pro ně také zároveň znamená, aby pacient netrpěl nesnesitelnou bolestí. Dalším dvěma respondentům tato práce přináší jistý klid a vyrovnání se, se smrtí. Mezi další přínos pro jednoho respondenta jsou znalosti v oboru a zjištění nových věcí, o kterých se v běžném životě moc nemluví. Dle odpovědi jednoho respondenta je tím problémem, co přináší tato práce stres.

Náplň hospicové práce znamená pro tři respondenty uspokojení v tom, že rodiny pacientů jsou smířeny se smrtí blízkého, mohou být s umírajícím v posledních chvílích jeho života. Rodiny z hospice odchází s vděkem a personál má dobrý pocit z dobře

vykonané práce. Mezi další odpovědi patřilo ujištění, že umírající nemá bolesti, pro jiného respondenta fakt, že smrt není tak hrozná, jak se nám ostatním zdá. Dva respondenti se shodli v odpovědích s tím, že našli něco nového. Někdo nové kolegy a spolupracovníky a někdo se obohatil o nové lidi a o nové příběhy.

K otázce věnující se motivaci k práci odpověděl jeden respondent, že práce ho už nyní nemotivuje, zvažuje o opuštění zařízení. Pro dalšího respondenta je motivací kolektiv a prostředí hospice. Motivací k této práci je pro respondenta vlastně smysl celé hospicové péče. Shoda proběhla u dvou respondentů, ti odpověděli, že motivací je pro ně vděk pacientů i jejich rodin. Ve třech odpovědích vidíme shodu v tom, že pro respondenty je motivací v podstatě jejich náplň práce, ať už se mluví o klidném odchodu pacienta, nebo o umožnění smrti dle vlastního scénáře. Zkrátka pacienti jsou dobře ošetřeni a to po všech stránkách. Toto tvrzení nám potvrzuje i bakalářská práce Jany Novákové, 2013, s názvem *Sestra v paliativní péči*. Práci úspěšně obhájila na vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Autorka práce prováděla výzkum formou dotazníkového šetření, kterého se účastnili všeobecné sestry v paliativní a hospicové péči. Odpovědělo celkem 98 všeobecných sester. V otázce, co motivovalo sestry pro práci v hospici, odpovědělo 40, tedy 29,6 %, že práce je vnitřně naplňuje. 39 sester, tedy 28,9 % uvedlo odpověď, že je práce motivuje pro pocit užitečnosti. 25 sester (18,5 %) uvedlo, že práce je pro ně posláním. 19 sester, tedy 14,1 % si práci vybralo, protože se s umíráním setkali ve svém životě. 8 sester (5,9 %), je v práci pro svou víru a 4 sestry (3,0 %) odpověděli jinou možností. Jak uvádí Tureckiová, (2007), tak si člověk často všechny motivy k práci neuvědomuje a je na vedoucím pracovníkovi, jak dokáže využít schopností a vhodně motivovat pracovníka ke své práci. S tímto nelze než souhlasit.

Problematikou vztahů jsme se zabývali otázkami č. 9 a č. 10. Co se týká spolupráce s kolegy, tak zde proběhla shoda u sedmi respondentů, kteří uvedli, že spolupráce je dobrá, pokud je plný stav zaměstnanců. Jeden respondent na tuto otázku nechtěl odpovědět. U otázky číslo deset, jak hodnotí respondenti práci s rodinou pacientů, se všichni shodli na kladné odpovědi s tím, že se vždy najde někdo, kdo bude mít jiný názor než většina a nebude se mu nic líbit a s prací personálu bude nespokojen.

Ve druhém okruhu jsme zjišťovali dosavadní spokojenost respondentů s prací v hospici. K tomuto cíli můžeme říci, že pokud umírající umírají důstojně, rodiny jsou rády za hospice a personál dělá práci s láskou a ochotou tak spokojenost s prací je velice

vysoká. Když k těmto parametrům přidáme ještě dobrou spolupráci s kolegy na pracovišti a kladnou spolupráci s rodinami, tedy alespoň převážně, tak je spokojenost stoprocentní.

Analýza třetího okruhu zkoumání:

Zjišťování fyzické a psychické zátěže při práci v hospici. Otázky č. 11 – 15.

V následujících dvou otázkách jsme po respondentech požadovali charakteristiku psychické a fyzické zátěže, tak jak ji prožívají právě oni samotní. Pro šest respondentů je práce v hospici psychicky náročná. Ve velké míře se zde setkáváme se stresem plynoucím z umírání samotného. Jeden respondent označil psychickou zátěž jako souhrn špatných vztahů na pracovišti. Pouze jeden respondent odpověděl, že vůbec neví co je to psychická zátěž. Co se týče stránky fyzické, tak všichni respondenti uvedli, že se jedná o zátěž zvýšenou, někteří uvedli zátěž velmi vysokou. U dvou případů vznikla také shoda v tom, že respondenti přirovnávají fyzickou zátěž v hospici stejnou jako v nemocnici. Je to velice individuální. Někdo to zvládá lehce, běžně, pro někoho je to vysoce náročná práce po fyzické stránce.

Z odpovědí respondentů můžeme vyhodnotit, že největším úskalím v péči o nemocného je, že nedochází ke smíření umírajícího či rodiny. Zde byla shoda u dvou respondentů. Kromě této shody odpovídali respondenti každý jinak a mezi odpověďmi se objevila neinformovanost, úmrtí mladých lidí, komunikace s rodinou, nemožnost prosadit změny získané v praxi, zanedbaní pacienti, kteří jsou překládání z nemocnic a nakonec se objevila i odpověď, že respondent nevidí a nemá žádný problém v péči o nevléčitelně nemocného.

Odpovědi na otázku, týkající se vlastností a předpokladů sestry, která by chtěla pracovat v hospici, byli velice různorodé. Přes tuto různorodost se ale objevila shoda odpovědí u čtyř respondentů, kteří uvedli empatii jako základní předpoklad pro tuto práci. S empatií jde ruku v ruce trpělivost, kterou uvedli tři respondenti. Zajímavá je nadále shoda dvou respondentů, kteří jako předpoklad uvedli smíření se svou vlastní smrtí. Jeden respondent odpověděl asi za všechny a to tím že na otázku odpověděl jednoslovně a to tím, že ta sestra musí být anděl.

Sedm respondentů z osmi uvedlo spokojenost s prací v daném zařízení. Jeden respondent odpověděl opak, a to z důvodu nefungujícího managementu.

Třetím cílem byla zkoumaná zátěž na pracovišti a to jak ze strany psychické, tak ze strany fyzické. Dle odpovědí jednotlivých respondentů a dle porovnání a analýzy je zřejmé, že zátěž na pracovišti je přítomna ve značné míře. Zda se jedná spíše o zátěž psychickou či fyzickou je individuální a každý ji prožívá jinak. I sestry empatické a trpělivé se setkají se stresem spojeným s umíráním a s nesmířením se s ním. Napříč těmito problémům a úskalím můžeme říci, že jsou dotazovaní respondenti v daném zařízení spokojeni.

Analýza čtvrtého okruhu zkoumání:

Zjišťování oblasti duševní hygieny u sester pracujících v kamenném hospici. Otázky č. 16 – 20.

Během strukturovaného rozhovoru byla položena respondentům otázka, zda mají čas sami na sebe. K našemu překvapení všichni odpověděli, že mají, nebo že si jej určitě udělají. U jednoho respondenta jsme se setkali s odpovědí zápornou.

K otázce relaxace a odpočinek se respondenti stavěli velice aktivně. Shoda vznikla u tří respondentů, kteří uvedli jak četbu, tak pobyt na zahradě. Respondent čtyři relaxuje a odpočívá studiem a sebevzděláváním. Jeden respondent relaxovat neumí a není mu to ani umožněno. Pro respondenta šest je relaxací rybaření, vnuk a hlavně spánek.

Čtvrtý okruh zkoumání v sobě obsahuje otázku charakteristiky syndromu vyhoření. V této části nebyla ani jedna shoda, respondenti odpovídali úplně jinak, ale v jádru pochopení o co vlastně jde, se všichni shodli. Zajímavé je zjištění, že z osmi dotazovaných respondentů umělo sedm z nich popsat syndrom vyhoření kromě jednoho. Ten uvedl, že vůbec neví co to je, nedokáže to pochopit, nedokáže to identifikovat. Tento pojem zná pouze od svých spolupracovníků, kteří tento termín někdy použili. To, že na pár výjimek respondenti vědí, co je syndrom vyhoření nám ukazuje také dotazníkový výzkum Moniky Žabové (2013), která položila respondentům otázku, zda vědí, co znamená syndrom vyhoření. Všichni dotazovaní tedy 15 respondentů (100 %) uvedlo, že znají pojem syndrom vyhoření a vědí, o co jde. V rámci prováděného výzkumu oslovila 24 hospiců s návratností 15 tedy 62 %.

S únavou po vykonané službě se setkali všichni respondenti. Někteří jen málo, někteří občas, ale shoda byla u pěti respondentů, kteří odpověděli, že bývají unaveni a k tomu dodali, že spíše psychicky.

Dle odpovědí respondentů můžeme jistě říci, že ani jeden respondent netrpí pocity strachu a obavami, které plynou z péče o umírající. Shoda tedy byla u všech. U respondenta jedna se ještě objevila dodatečná věta a to, že má strach z budoucnosti, co se týče personálu. Poukazuje na špatnou kvalitu a nedostatek dobrého personálu v pomáhajících profesích.

Ve čtvrtém okruhu byly otázky situovány na problematiku syndromu vyhoření a na duševní hygienu sester. Pozitivní stránkou tohoto cíle se stal fakt, že lidé v pomáhajících profesích znají syndrom vyhoření a snaží se mu předcházet. Umí si najít čas na sebe, uvolnit se a hodit chmury pracovního dne za hlavu. Péče o duševní hygienu je důležitá, jako péče o schránku tělesnou. Duše sester potřebuje odpočinek. K důležitým aspektům duševní hygieny patří radost z každého daru života a dobré rodinné zázemí. Tím, že si v práci a často i doma užívají dost hluku, stává se pro sestry ticho a klid tím pravým, co právě potřebují. V rámci duševní hygieny mají svou hodnotu také chvíle zamyšlení a meditace. Umět relaxovat, mít svého koníčka a umět alespoň částečně hospodařit s časem je klíčové pro duševní hygienu. Tím, že sestry pečují o duševní hygienu, předchází syndromu vyhoření, jinak řečeno syndromu pomocníka. Síla, která chrání sestry před vyhořením je realistické sebevědomí. Tato síla uvádí do pohybu procesy, které zakládají, řídí, rozvíjí a udržují profesionální identitu (SCHMIDBAUER, 2015). *Kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří* (SCHMIDBAUER, 2015, s. 225). S obdivem jsme také zjistili, že dotazovaní, se kterými byl veden rozhovor, nemají strach a obavy z provádějící péče o lidi, kteří odchází na druhou stranu.

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit, co sestry v kamenném hospici motivuje pro tak náročnou práci. Dle zjištění průzkumu a provedené analýzy z odpovědí respondentů, kteří se podrobili strukturovanému rozhovoru je zřejmé, že všeobecné sestry pracující v kamenném hospici vykonávají práci, protože je to naplňuje a berou ji jako poslání. Tito lidé jsou opravdu „malí andělé“, jak uvedl jeden z respondentů. I přes veškerá úskalí, únavu, stres a obrovskou náročnost jsou schopni tuto práci perfektně vykonávat a jsou profesionály na správném místě.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z proběhlého průzkumu a na základě získaných informací jsou vhodná následující doporučení:

- Povolání v hospici si vybírat na základě svých zkušeností, dovedností a na základě sebereflexe.
- Nutnost celoživotního vzdělávání.
- Poskytnout umírajícímu i jeho rodině a blízkým dostatek informací a času smířit se s blížícím se koncem.
- Věřit svému zaměstnavateli a snažit se o vlídné a pozitivní vztahy mezi sebou.
- Předcházet syndromu vyhoření, trávit volný čas svými koníčky.
- Nebát se projevovat emoce.
- Naučit se odpočívat, mít dostatek spánku a snažit se dodržovat správný, životní styl.
- Naučit se myslet sami na sebe.

ZÁVĚR

Smyslem bakalářské práce je poskytnout potřebné informace o práci s umírajícími lidmi budoucím všeobecným sestřám, které se pro toto těžké a náročné povolání rozhodnou. Práce popisuje především hospicovou péči a její historii. Dále se práce zabývá obecnou thanatologií, fázemi umírání a dělení smrti na pět stádií.

Součástí práce všeobecné sestry je bezpochyby také péče o všechny potřeby nemocných. Další část práce je proto zaměřena na problematiku uspokojování potřeb a celkové zvládnutí nemoci. Teoretickou část tvoří také pohled na život a psychiku pečujících a všeobecných sester.

V bakalářské práci jsme se dotkli celkem tabuizovaného tématu, a to smrti a umírání. V teoretické části jsme se věnovali historii hospiců u nás i ve světě, podrobněji jsme popsali thanatologii a dostatečnou pozornost jsme věnovali také lidem, pro které je hospic určen. Popsali jsme specifika ošetrovatelské péče u nemocných v terminálním stádiu a dotkli jsme se také jejich zátěže.

V následující empirické části popisujeme průzkum, který byl realizován s lidmi, kteří působí v hospici na pozici všeobecné sestry. V této části práce také seznamujeme s vybranou metodou šetření, s jeho organizací a následnou interpretací a analýzou získaných odpovědí. Výsledky, které jsme získali, byly velice zajímavé a vážíme si otevřenosti, se kterou dotazovaní respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Velice jim za to děkujeme.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, co motivuje všeobecné sestry k práci v kamenném hospici. Kromě hlavního cíle jsme si určili také cíle dílčí. Mezi ně patřil názor respondentů na to, proč pracují v hospici, zda jsou s prací spokojeni, jakou zátěž pro ně práce představuje a konečně názor na duševní hygienu sester a problematiku syndromu vyhoření.

Z proběhlého průzkumu a z analýzy odpovědí respondentů nám vyplývá, že práce všeobecné sestry v kamenném hospici je velice náročná a nemůže ji vykonávat každý. Sestra, která v tomto zařízení pracuje, musí být odolná proti stresovým situacím a měla by mít otázku týkající se vlastní smrtelnosti zcela vyřešenou. Všeobecné sestry pracující v hospici jsou k této práci motivovány, a aby zde vydržely, tak musejí na sobě

a na své motivaci pracovat. Jejich motivací k práci v hospici je vděk rodin umírajících klientů, pro někoho je motivací pracovní prostředí a pracovní kolektiv. Silnou motivací je také důstojné umírání v příznivých podmínkách se svými blízkými. Závěrem můžeme konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUBOVÁ, M., et al. 2013. *Etiam per corsanamus: psychospirituální souvislosti konce života a umírání*. Brno: Marek Konečný. ISBN 978-80-903860-7-5.
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- DÉMUTHOVÁ, S., 2015. *Vybrané problémy tanatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7907-6.
- GRONEMEYER, R., 2008. *Sterben in Deutschland: wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Ungekürzte Ausgabe. Frankfurt. ISBN 978-3-596-18151-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, spol s.r.o. ISBN 978-80-7429-552-2.
- KALA, M. a DORKOVÁ, Z., 2017. *Paliativní a hospicová péče. Studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [online]. [cit. 2018-18-04]. ISBN 978-80-7454-668-6.
- KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KLÍČOVÁ, L., 2012, *Hospicová a paliativní péče – cesta k pokojnému konci života?* Olomouc: Universita Palackého, Fakulta pedagogická, ústav pedagogiky a sociálních studií. Diplomová práce.
- KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele – posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

MARKOVÁ, A., et al., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

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

MIŠINOVÁ, M., 2016. *Ošetrovatelstvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8433-9.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. [online]. ISBN 978-80-902876-9-3.

Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materi%C3%A1ly%20pro%20zdravotnick%C3%A9%20obory.aspx>

NOVÁKOVÁ, J., 2013. *Sestra v paliativní péči*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Bakalářská práce.

PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.

PEŠEK, R. a PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta publishing, s.r.o. ISBN 978-80-88163-00-8.

POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

SCHMIDBAUER, W., 2015. *Syndrom pomocníka. Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-262-0865-5.

SIEBEROVÁ, J., 2016. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák Triton. ISBN 978-80-7553-038-7.

SLÁMA, O. a PLÁTOVÁ, L., 2017. *Rady pro závěr života*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-31-0.

STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT U., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H&H. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M., 2013. *Bůh mezi hrnci*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-708-9.

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

SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.

ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

TURECKIOVÁ, M., 2007. *Klíč k účinnému vedení lidí: odemkněte potenciál svých spolupracovníků*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0882-9.

VĚSTNÍK MZČR, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. [online].

Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=5844&typ=application/zip&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%209-2004.zip>

VOLANDES, A., 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II., speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Komunikace v ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-550-1.

ŽABOVÁ, M., 2013, *Hospicová péče v České republice*. Olomouc: Universita Palackého, filozofická fakulta. Katedra sociologie a andragogiky. Bakalářská práce.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Šestnáctero sester pracujících v hospici.....	I
PŘÍLOHA B – Seznam hospiců lůžkové péče.....	II
PŘÍLOHA C – Potvrzení o profesionálním překladu.....	IV
PŘÍLOHA D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	V
PŘÍLOHA E – Žádost č. 1 o umožnění sběru dat.....	VI
PŘÍLOHA F – Žádost č. 2 o umožnění sběru dat.....	VII
PŘÍLOHA G – Rešeršní protokol.....	VIII

Příloha A – Šestnáctero sester pracujících v hospici

- 1) *Bud' sama k sobě laskavá a vlídná.*
- 2) *Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.*
- 3) *Najdi si své „útočiště“ – místo klidu.*
- 4) *Bud' druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.*
- 5) *Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.*
- 6) *Snaž se obměňovat své pracovní postupy.*
- 7) *Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.*
- 8) *Když jdeš domů, soustřed' se na dobré věci.*
- 9) *Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.*
- 10) *Využívej posilujících prvků přátelství.*
- 11) *Ve volném čase nehovoř o práci.*
- 12) *Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.*
- 13) *Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.*
- 14) *Neuč se říkat NE, zač stojí každé tvé ano, když nikdy neumíš říci NE?*
- 15) *Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se dál nedá už více dělat.*
- 16) *Raduj se, směj se, hraj si.*

(HONZÁK, 2015, s. 217)

Příloha B -Seznam hospiců lůžkové péče v české republice

Plzeňský kraj	Hospic SV. LAZARA
Ústecký kraj	
Litoměřice	Hospic SV. ŠTĚPÁNA
Most	Hospic
Středočeský kraj	
Čerčany	Hospic DOBRÉHO PASTÝŘE
Malejovice	DĚTSKÝ HOSPIC
Mladá Boleslav	DŮM PÉČE ČČK
Praha	
Praha	DOMOC S HOSPICOVOU PÉČÍ POD STŘECHOU
Praha	Hospic MALOVICKÁ
Praha	Hospic ŠTRASBURK
Jihočeský kraj	
Prachatice	Hospic SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA
Liberecký kraj	
Liberec	Hospic SV. ZDISLAVY
Královehradecký kraj	
Červený Kostelec	Hospic ANEŽKY ČESKÉ
Pardubický kraj	
Chrudim	Hospic SMÍŘENÍ
Jihomoravský kraj	
Brno	Hospic SV. ALŽBĚTY
Rajhrad	DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA
Olomoucký kraj	
Olomouc	Hospic NA SVATÉM KOPEČKU
Moravskoslezský kraj	
Frydek – Místek	Hospic p.o.
Ostrava	Hospic SV. LUKÁŠE

Zlínský kraj	
Valašské Meziříčí	Hospic CITADELA
Zlín	Hospic HVĚZDA

(SLÁMA, PLÁTOVÁ 2017)

Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

ABSTRACT

MARŠÁLKOVÁ, Daniela. *Die Hospizpflege in der Tschechischen Republik*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Die Qualifikationsstufe: Bakkalaureat (Bc.). Der Arbeitsleiter: PhDr. Jarmila Verešová. Prag. 2018. ? Seiten.

Das Thema der Bakkalaureatsarbeit ist die Hospizpflege in der Tschechischen Republik. Die Arbeit wird auf den theoretischen und praktischen Teil gegliedert. In dem theoretischen Teil werden die Begriffe wie Hospiz, Tod, Sterben und Terminalphase des Lebens beschrieben. In den Kapiteln, die sich der Geschichte von Hospizen widmen, werden die Daten der Hospizgründung angeführt, und zwar sowohl in der Welt, als auch bei uns. Weiter werden hier die Namen wie Cicely Saunders und Marie Svatošová angeführt. In anderen Kapiteln beschäftigt sich die Arbeit mit der ethischen Seite, und zwar mit der Kommunikation mit den Sterbenden.

Ein wichtiger Teil der Arbeit wird der praktische Teil und die ausgearbeitete empirische Untersuchung sein. Das Hauptziel der Untersuchung wird die Haupt-, Arbeits-, Motivierungsfaktoren bei den in einem ständigen Hospiz arbeitenden Schwestern festzustellen. Die Untersuchungsmethode wird ein strukturiertes Gespräch sein. Aufgrund der Teilziele werden die Fragen geschaffen, die in Form vom Gespräch den Befragten gestellt werden. Die Befragten werden nachfolgend an einem Tiefengespräch teilnehmen. Die empirische Untersuchung orientiert sich an die in einem ständigen Hospiz arbeitenden Allgemeinkrankenschwestern.

Schlüsselwörter: Geisteshygiene. Hospiz. Kommunikation. Tod. Terminalzustand. Sterben.

Translation:

Best Biz s.r.o.
U Menhiru 658
252 41 Dolní Břežany
IČ: 27497208

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „ Hospicová péče v České republice“ v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2018

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha E - Žádost č. 1 o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Maršálková Daniela	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Hospicová péče v České republice	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Hospic Citadela Žerotínova 1421 Valašské Meziříčí	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová <i>Ver</i>	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Ver</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <i>Oravová Olga</i> podpis <input type="radio"/> nesouhlasím	

Dle pokynů CČE - hospic CITADELA
 členství, nestátní zdravotnické zařízení
 Žerotínova 1421, 757 01 Val. Meziříčí
 tel. 571 629 084, mobil 607 657 357
 v Valašské Meziříčí dne 12. 2. 2018

Maršálková Daniela
 podpis studenta

Příloha F - Žádost č. 2 o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Maršálková Daniela	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Hospicová péče v České republice	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Hospic na Svatém Kopečku Nám. Sadové 4/24 Olomouc – Sv. Kopeček 779 00	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová <i>Verešová</i>	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Na Sv. Kopečku dne 28.2.2018

Maršálková Daniela
podpis studenta



**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**



Číslo rešerše: 8374
Název rešerše: Hospicová péče v České republice
Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina, němčina
Časové omezení: 2008-2017
Klíčová slova: hospic, smrt, umírání, terminální stav, komunikace

Zpracovala: PhDr. Věra Svozilová

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů. U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).



www.svkos.cz

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje

