

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

**MOTIVACE OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU
V PALIATIVNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE-ANNA MATYÁSKOVÁ

Praha 2019

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

**MOTIVACE OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU
V PALIATIVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

MARIE-ANNA MATYÁSKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ľubica Kurucová

Praha 2019



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

MATYÁSKOVÁ Marie-Anna
3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči

Motivation of Nursing Staff in Palliative Care

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ľubica Kuručová

V Praze dne 1. listopadu 2018

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Lubici Kurucové za odborné vedení, cenné a inspirativní rady, trpělivost a ochotu při psaní bakalářské práce.

ABSTRAKT

MATYÁSKOVÁ, Marie-Anna. *Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ľubica Kurucová. Praha. 2019. 60 s.

Tématem bakalářské práce je Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči. Cílem bylo zjistit motivaci ošetrovatelského personálu, působícího v oblasti paliativní péče. Pro získání potřebných dat bylo provedeno 30 polostrukturovaných rozhovorů s deseti předem danými výzkumnými otázkami s ošetrovatelským personálem lůžkového hospicového zařízení a nemocničního paliativního oddělení. Získané údaje byly statisticky zpracovány. Bylo zjištěno, že ošetrovatelský personál v paliativní péči je zkušený již z jiných oblastí zdravotnictví a tomuto oboru se věnují především starší a více vyzrálé osobnosti. Práce s umírajícími je pro ně naplňující a sama o sobě motivující. Motivace vychází především z uvědomování si důležitosti a smyslu této profese, kterou většina z nich vnímá spíše jako své poslání.

Klíčová slova

Hospic. Ošetrovatelský personál. Paliativní péče. Smrt. Umírání.

ABSTRACT

MATYÁSKOVÁ, Marie-Anna. *Motivation of nursing staff in palliative care*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ľubica Kurucová. Prague. 2019. 60 pages.

The topic of the bachelor thesis is Motivation of Nursing staff in Palliative Care. The aim was to find out the motivation of nursing staff working in palliative care. To obtain the necessary data, 30 semi-structured interviews contained 10 predetermined statistically processed. It was found that nursing staff in palliative care had experiences from other areas of medicine. Mostly order and mature personalities work in this field. Working with the dying is fulfilling and motivating them by itself. Motivation is based mostly on awareness of importance and meaning of this profession, which is mostly taken as a mission.

Keywords

Palliative care. Hospice. Nursing staff. Death. Dying.

OBSAH

PROHLÁŠENÍ.....	2
ABSTRAKT.....	4
ABSTRACT.....	5
OBSAH.....	6
SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM GRAFŮ.....	8
ÚVOD.....	9
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE VE SVĚTĚ.....	12
1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....	13
1.3 OBECNÁ A SPEIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE.....	13
1.4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB PACIENTŮ.....	14
2 UMÍRÁNÍ A SMRT V ZÁKLADNÍCH SVĚTOVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH.....	16
2.1 BUDDHISMUS.....	16
2.2 ISLÁM.....	17
2.3 JUDAISMUS.....	17
2.4 KŘESŤANSTVÍ.....	18
2.5 HINDUISMUS.....	19
3 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	20
3.1 DEFINICE SMRTI.....	21
3.2 DEFINICE UMÍRÁNÍ.....	21
3.3 UMÍRÁNÍ DŘÍVE A DNES.....	22
4 HOSPIC.....	24
4.1 LŮŽKOVÝ HOSPIC.....	26
4.2 MOBILNÍ HOSPIC.....	27
5 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI.....	28

5.1 IDENTIFIKACE PACIENTA PRO NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČI	29
5.2 MODELY PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH.....	29
6 OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL V PALIATIVNÍ PÉČI	
.....	31
6.1 DOBROVOLNICTVÍ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	33
7 CÍL ZKOUMÁNÍ A POPIS POUŽITÝCH METOD.....	34
7.1 SOUBOR RESPONDENTŮ.....	35
7.2 OSNOVA OTÁZEK.....	36
8 ANALÝZA ROZHOVORŮ.....	37
9 VYHODNOCENÍ ANALÝZY ROZHOVORŮ	
VZHLEDEM K HYPOTÉZE.....	53
DISKUZE.....	55
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
PŘÍLOHY.....	I
ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ.....	V

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Schéma paliativní péče.....	14
Tabulka 2 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání.....	23
Tabulka 3 Seznam hospiců v ČR.....	24
Tabulka 4 Předěšlé pracovní zkušenosti v zařízení podobného typu.....	38
Tabulka 5 Druhy předěšlých pracovišť.....	39
Tabulka 6 Jsou respondenti věřící?.....	40
Tabulka 7 Motivace respondentů k vykonávání svého povolání v zařízení, kde aktuálně pracují.....	42
Tabulka 8 Negativní zkušenosti z předěšlých pracovišť.....	43
Tabulka 9 Kdy začali respondenti uvažovat o práci v oboru paliativní péče.....	44
Tabulka 10 Kontakt s umírajícím člověkem v období dětského věku.....	46
Tabulka 11 Pocity při prvním kontaktu se smrtí, na který si respondenti vzpomenou...	47
Tabulka 12 Naplňuje respondenty jejich povolání?.....	48
Tabulka 13 Vyrůstali respondenti v rodině mezigeneračního soužití?.....	49
Tabulka 14 Názor respondentů na umírání v nemocničním zařízení nebo domácím prostředí.....	50
Tabulka 15 Zdroje průběžné motivace k práci v paliativní péči.....	52
Tabulka 16 Vyhodnocení analýzy rozhovorů vzhledem k hypotéze.....	53

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Předěšlé pracovní zkušenosti v zařízení podobného typu.....	37
Graf 2 Druhy předěšlých pracovišť.....	38
Graf 3 Jsou respondenti věřící?.....	40
Graf 5 Motivace respondentů k vykonávání svého povolání v zařízení, kde aktuálně pracují.....	42
Graf 4 Negativní zkušenosti z předěšlých pracovišť.....	43
Graf 6 Kdy začali respondenti uvažovat o práci v oboru paliativní péče.....	44
Graf 7 Kontakt s umírajícím člověkem v období dětského věku.....	45
Graf 8 Pocity při prvním kontaktu se smrtí, na který si respondenti vzpomenou.....	47
Graf 9 Naplňuje respondenty jejich povolání?.....	48
Graf 10 Vyrůstali respondenti v rodině mezigeneračního soužití?.....	49
Graf 11 Názor respondentů na umírání v nemocničním zařízení nebo domácím prostředí.....	50
Graf 12 Zdroje průběžné motivace k práci v paliativní péči.....	51

ÚVOD

Vzhledem k trendu zvyšujícího se počtu starých lidí v naší populaci a celkovému přístupu naší společnosti k tématu umírání a smrti, jeví se jako nutnost veřejně diskutovat a šířit povědomí o této problematice mezi širší veřejnost.

Velmi důležitou součástí paliativní péče, vzhledem k jejímu charakteru, je ošetrovatelský personál. Paliativní péče se v České republice nachází zhruba uprostřed cesty svého vývoje. Na rozdíl od západních států, jako je třeba Anglie, v českém vzdělávacím systému stále chybí vzdělávací program, který by připravoval ošetrovatelský personál na budoucí povolání v oboru paliativní péče. (KABELKA, 2017, KUPKA, 2014)

Protože je povolání v odvětví paliativní péče velice fyzicky, a především psychicky náročné, je cílem této bakalářské práce zjistit, co je motivací pro ošetrovatelský personál, který pracuje na paliativních odděleních, či v hospicích. Zda je to jejich náboženská víra, styk s problematikou umírání a smrti v dětství, zkušenosti z předešlé profesní praxe atp.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do sedmi kapitol. První kapitola, *Teoretický úvod do problematiky*, uvádí čtenáře do obecné problematiky paliativní péče a přibližuje tak oblast nemocniční a hospicové péče o umírající, její formy, typy a opírá se o historii paliativní péče jak ve světě, tak v České republice. V další

kapitole definujeme pojmy umírání a smrt, které v kapitole následující uvádíme i v kontextu pěti velkých, světových náboženství.

Kapitola čtvrtá popisuje hospic. Pátá se zabývá paliativní péčí v nemocnicích a šestá ošetrovatelským personálem v paliativní péči, jeho předpoklady a osobností. Sedmá kapitola obsahuje stanovenou hypotézu.

Praktická část práce analyzuje výpovědi z třiceti rozhovorů, které byly vedeny s ošetrovatelským personálem na nemocničním paliativním oddělení v nemocnici

Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze a v hospicovém zařízení Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, za účelem zjistit, co je motivací pro výkon povolání ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče. Získané údaje byly dále statisticky zpracovány.

Pro průzkum uvedený v praktické části bakalářské práce bylo stanoveno za cíl zjištění motivace ošetrovatelského personálu, působícího v oblasti paliativní péče.

Vstupní literatura

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. První vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KUPKA, M., 2014. *Psychologické aspekty paliativní péče*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

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

ONDRAČKA, L. a kol., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. První vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6.

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

Popis rešeršní strategie

Rešerše k bakalářské práci byla získána z Národní lékařské knihovny v Praze. Jako základní prameny pro vyhledávání byly použity katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Českoslovac a databáze CINAHL. Období pro vyhledávání zdrojů bylo stanoveno od roku 2009 do roku 2018.

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči z ustanovení Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) v roce 1990 definujeme jako *aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin* (BUGŽOVÁ, 2015, s. 16).

V roce 2002 byla tato definice obohacena WHO o kladení většího důrazu na předcházení případného utrpení umírajícího a rozšířena o možnosti aplikace paliativní léčby již v počáteční fázi nemoci (BUGŽOVÁ, 2015).

Evropská asociace pro paliativní péči (dále jen EAPC) přišla v roce 2010 s doporučením, které se týká standardů a norem hospicové a paliativní péče v Evropě. Jako překážku ve snaze sjednotit rozdílné normy a standardy uvádí EAPC velkou kulturní a jazykovou různorodost v oblasti starého kontinentu, která se odráží v definici pojmů paliativní a hospicové péče. Touto problematikou se před vydáním doporučení zabývala pracovní skupina EAPC, která jako první přišla výzkumem, díky kterému je možné porovnávání úrovně paliativní péče v různých evropských zemích.

V doporučení Evropské asociace pro paliativní péči je tato péče definována jako *péče představující aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti* (RADBRUCH a kol., 2010, s. 14).

Tato a další definice důležitých pojmů v oblasti paliativní péče je EAPC doporučena za účelem snazší a efektivnější komunikace v takovém multikulturním a jazykově různorodém prostředí jakým je právě Evropa (RADBRUCH a kol., 2010).

Onemocnění, které ve svých pokročilých stádiích vyžadují paliativní péči jsou nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění, chronická orgánová onemocnění srdce, plic, jater a ledvin, geriatrickí pacienti se syndromem křehkosti, pacienti po úrazech a mozkových příhodách s vážným neurologickým deficitem, lidé postižení HIV/AIDS, některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění, dále pak pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (KABELKA a kol., 2016)

1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE VE SVĚTĚ

Speciální místa pro umírající vznikala již ve středověku, kdy se lidem na sklonku jejich života věnovali členové různých církevních řádů.

V roce 1842 zakládá spolek, který si dává za cíl péči o nevléčitelně nemocné, ovdovělá Jeanne Garnierová. Ta následně v roce 1847 zřizuje v Lionu první hospic. Po její smrti v roce 1953 vznikají i díky jejímu odkazu další zařízení v různých městech Francie, Německa a Belgie (CLARK, 2014).

Termín *paliativní péče* použil jako první v roce 1978 lékař Balfour Mount, který ve snaze předejít nedorozumění hledal název pro svou nemocniční jednotku v kanadském Montrealu. Francouzsky hovořící společnost v této části Kanady již používala výraz *hospic* v odlišném kontextu. (RADBRUCH a kol., 2010).

Na ostrovech Spojeného království dochází k průlomů v oblasti paliativní péče v roce 1978 kdy Marie Aikenheadová zakládá v irském Dublinu kongregaci *Sester lásky*, ve které se formovala silná komunita pracovníků zakládající hospice na území Velké Británie. „Právě v jednom z těchto hospiců pracovala po 2. Světové válce Cicely Saundersová, která měla v 50. letech výrazný vliv při formulování zásad paliativní péče. Byť se v té době medicína rozvíjela takovou rychlostí jako nikdy dříve v historii, Cicely Saundersová měla neustále na paměti, že nelze zapomínat na ty, jimž medicína již vyléčení nabídnout nemohla.“ (PEŘINA, 2016)

1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČR

Stejně jako ve spoustě dalších oborů, tak i v oboru paliativní péče došlo k výraznému pokroku s možností vycestovat do vyspělejších západních zemí po sametové revoluci v roce 1989 a načerpat tak nové poznatky, vědomosti i praktický přehled v oboru.

Jako první s myšlenkou otevření paliativního oddělení přišla MUDr. Marie Opatrná. Projekt se však od začátku neseťkával s potřebnou mírou pochopení a musel být zrušen. V následujících letech se Česko dočkalo založení hospicového hnutí. Zmínit se zde musím o lékařce Marii Svatošové, pod jejíž taktovkou vzniklo v roce 1993 sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí *Ecce Homo*. Právě toto hnutí dalo roku 1995 vzniknout prvnímu lůžkovému hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Důležitou roli při šíření problematiky důstojné smrti a umírání do povědomí širší veřejnosti hraje díky svým publikacím paní profesorka PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. (BUŽGOVÁ, 2015, KUPKA, 2014).

1.3 OBECNÁ A SPEIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče jako biologické, psychologické, sociální a spirituální uspokojování potřeb pacienta je běžně poskytována ve dvou různých typech. Jedním je paliativní péče obecná, druhým specializovaná. Zásadní rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je, jak už název napovídá, ve specializaci odborného personálu.

Na obecné úrovni má být paliativní péči schopný poskytnout každý zdravotník, který pracuje s těžce nemocnými lidmi, ať už v domovech pro seniory, v rámci domácí péče nebo v nemocnici. Komplikovanější situace pak pomáhají řešit poskytovatelé specializované paliativní péče, jako například hospice nebo ambulantní specialisté v oboru paliativní medicína (

Obecnou paliativní péči si lze představit jako kooperaci lékařů různých specializací, nelékařského zdravotnického personálu, sociálních pracovníků, nebo například také duchovních, kteří dokáží poskytovat paliativní péči skrze svůj daný obor.

Oproti tomu specializovaná péče je prováděna týmem pracovníků, jenž se zaměřují přímo na pacienty v terminálním stadiu nemoci a ve své práci uplatňují zkušenosti ze svých odborných praxí v oboru paliativní péče. (KABELKA a kol., 2016)

Typ péče	Paliativní přístup	Odborná podpora v rámci všeobecné paliativní péče		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Dobrovolnické hospicové služby	Nemocniční podpůrné týmy paliativní péče	Jednotka paliativní péče
Dlouhodobá péče	Léčebna dlouhodobé ošetrovatelské péče		Týmy domácí paliativní péče	Lůžkový hospic
Domácí péče	Praktičtí lékaři, komunitní ošetrovatelské týmy			Týmy domácí paliativní péče, denní centra

Tabulka 1 Schéma paliativní péče

(RADBRUCH a kol., 2010, s. 27)

1.4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB PACIENTŮ

Potřeba v užším slova smyslu je definována jako stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus, nebo osobnost. V širším pojetí je chápána jako požadavek nezbytný pro biologický, psychický a sociální život člověka (BUŽGOVÁ, 2015, s. 40).

Nedílnou součástí komplexní paliativní péče je i péče duchovní, nazývaná také jako péče spirituální. Zatím co ostatní tři složky komplexní péče o pacienta – biologické, psychologické a sociální jsou její samozřejmou součástí, potřeba péče spirituální není zakotvena tak, jak si beze sporu zaslouží. Milnou představou části společnosti nejen

laické, ale i zdravotnické je, že péče o spirituální potřeby se týká pouze aktivně věřících pacientů. Část odborníků se však kloní k opačnému názoru.

Podíváme-li se na hlavní světová náboženství, judaismus, křesťanství, hinduismus, buddhismus, či islám, můžeme svým způsobem konstatovat, že věřící je od útlého věku konfrontován se svou nevyhnutelnou smrtí. Skrze náboženské praktiky připravován na opuštění tohoto světa. Z toho ve většině případů vyplývá, že dojde-li věřící pacient k samotnému aktu umírání, je schopen se s danou skutečností vypořádat lépe, nežli pacient, který nebyl vychováván v kontextu žádné konkrétní víry. Společně s faktem blízké smrti přichází často otázky spojené se smyslem života a jeho naplněním. Na rozřešení těchto otázek si pacient musí odpověď najít sám. Duchovní pracovník však v této fázi sehrává velkou roli.

Právě z výše uvedeného textu je žádoucí, aby zdravotnický personál nepodceňoval péči o duchovní potřeby nemocných a nevyhýbal se odborné spolupráci s lidmi, kteří se rozhodli svůj život zasvětit uspokojování duchovních potřeb nemocných. A to i navzdory svému životnímu přesvědčení, které nemusí vždy vycházet z jejich vlastního postoje k víře a jednotlivým náboženstvím (OPATRŇÝ, 2017, SVATOŠOVÁ, 2012, KALVACH, 2010).

Biologické potřeby jsou spojeny se základními biologickými funkcemi organismu, se kterými souvisí příjem potravy a tekutin, vylučování, bolest, spánek. Jako potřebu psychickou můžeme uvést pocit bezpečí. Mezi sociální potřeby pacientů radíme například kontakt s rodinou, či blízkými přáteli. (BUŽGOVÁ, 2015)

Při přijetí pacienta v konečném stadiu nemoci k hospitalizaci je nutné zajišťovat jeho pohled na potřeby v oblasti jak biologické, tak psychosociální a spirituální, společně s pacientem stanovit jeho priority a následně plán péče. Při hodnocení potřeb je vhodné použít standardizovaný nástroj, který může pomoci nastínit jednotlivé oblasti potřeb (BUŽGOVÁ, 2015, s. 46).

2 UMÍRÁNÍ A SMRT V ZÁKLADNÍCH SVĚTOVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH

Jak již bylo výše zmíněno, nedílnou součástí uspokojování potřeb pacienta je uspokojování potřeb duchovních. Právě tyto potřeby jsou však velice často zdravotnickým personálem opomíjeny.

Chceme-li umírajícímu člověku umožnit pokojné a důstojné odcházení, je potřeba pochopit a respektovat jeho identitu jejíž součástí jsou různé víry a kultury z nich vycházející. (OPATRŇÝ, 2017, KUTNOHORSKÁ, 2013)

V následujících podkapitolách popisujeme jednotlivá náboženství a jejich vztah k péči o umírající.

2.1 BUDDHISMUS

Buddhisté považují lidský život za jednu z mnoha opakujících se forem své reinkarnace. Zrodit se jako lidská bytost je považováno za nejlepší předpoklad k dosažení takzvané nirvány. Lidská bytost má dle buddhistického výkladu největší předpoklad k probuzení, nebo také uvědomění a následného dosažení konečného stavu. Za konečný stav je považováno vystoupení z opakujícího se koloběhu znovuzrození. Celý proces opakovaného zrození je vázán na výklad karmanového zákona. Dle tohoto zákona má každý čin své následky, ať už se následek daného činu projeví bezprostředně po jeho vykonání, nebo později, či v některém z dalších životů.

Zásadou při péči o umírajícího buddhisty je zachování klidu a pozitivních emocí. Pouze za předpokladu, že je klidně a pozitivně naladěno okolí člověka, který umírá, může umírající prožívat klidné a pokojné umírání. Ve fázi umírání je zvykem uklidnit odcházejícího člověka příslibem ekonomického zajištění rodiny, staral-li se o tuto věc během svého života.

Vzhledem k tomu, že buddhisté považují okamžik smrti za bezprostřední zrození v dalším životě, nemají posmrtné rituály velký význam. Tyto rituály jsou většinou tradicí spíše kulturní než náboženskou (CHÖDRÖN, 2017, ONDRAČKA a kol., 2010).

2.2 ISLÁM

Islámská víra připravuje její vyznavače na smrt celý život. Lidé na sklonku svého života jsou povinni řídit se učením Koránu a jeho pravidly, díky kterým je člověku dán snadný přechod ze života ke smrti a přislíben méně obtížný a bolestivý pobyt v hrobě. Umírající by měl učinit pokání a sepsat poslední vůli. Nedílnou součástí je také modlení se k Bohu a proroku Muhammadovi. Dle islámské tradice nesmí být umírající v době umírání sám, klade se velký důraz na přítomnost rodiny. Jeho poloha by měla být na boku, v leže a čelem k Mekce.

Samotná smrt je pro muslima jakýsi přechod k věčnému životu a brána ke konečnému shledání se s Bohem. Po smrti následuje obřad omývání nebožtíkova těla, které je dáno jasnými předpisy. Omývání je rozděleno do několika postupně se opakujících částí. Počet omytí musí být lichý, při poslední fázi omývání se aplikují vonné směsi a oleje. Tělo omývá člověk stejného pohlaví a intimní partie zesnulého jsou zakryty. Následuje oděnění zemřelého do plátěného roucha a samotný pohřeb *džanáza*. V islámské kultuře je do jednoho hrobu pohřbíván pouze jeden zesnulý (KUTNOHORSKÁ, 2013, ONDRAČKA a kol., 2010).

2.3 JUDAISMUS

Život je den mezi dvěma nocemi - nocí „ještě ne“, před narozením, a nocí „už ne“, po smrti. (...) Smrt je noc mezi dvěma dny – dnem života na zemi a dnem věčného v budoucím světě (ONDRAČKA a kol., 2010, s. 83).

Z uvedené citace vyplývá, že židovství pohlíží na smrt jako na součást života. Nepovažuje ji za jeho absolutní konec, ale za jakýsi akt přechodu mezi dvěma danými úrovněmi bytí. Období života a smrti je bráno jako existenční celek. Navzdory tomuto celostnímu pojetí života a smrti staví judaismus tyto dvě úrovně do dvou rozdílných světů a není dovoleno snažit se tyto dva světy propojovat. Proto se židé nemodlí

k mrtvým a je přísně zakázáno například vyvolávání duchů, či jakékoliv jiné způsoby, které jsou provozovány za účelem vytvoření mostu mezi těmito dvěma světy.

Po smrti je zvykem zemřelému zavřít ústa, oči a následně zakrýt jeho obličej. Poloha těla by měla být taková, že nohy směřují ke dveřím. U hlavy zemřelého se zapálí svíce a všechna zrcadla v domě mají být zakryta. Je vyžadována neustálá přítomnost alespoň jednoho člena rodiny, nebo blízkého přítele. Důležitou součástí pohřbívání těla mrtvého je jeho rituální omytí, které je provázeno modlitbami. Po tomto rituálním omytí je zesnulý oblečen do prostého rubáše.

V Judaismu je silně zakořeněn rituál truchlení, který se týká především nejbližších pozůstalých zemřelého a má dáno jasná pravidla. Pozůstalý postupně prochází několika následujícími se čtyřmi fázemi různých nařízení a zákazů, které začínají samotným okamžikem smrti blízké osoby a končí po dvanácti měsících od tohoto aktu (ONDRAČKA a kol., 2010).

2.4 KŘESŤANSTVÍ

Stejně jako v židovské a islámské víře tak i v křesťanství není smrt definována jako konec života. Křesťané akt smrti považují za přirozenou cestu k věčnému posmrtnému životu. Dle tradic umírá křesťan v pánu, to znamená v plné důvěře k Ježíši Kristu. Pastorační pracovník, který doprovází umírajícího křesťana v posledních chvílích jeho života, uděluje člověku svátost posledního pomazání svěceným olejem, častá je také svátost smíření. Svátost posledního pomazání slouží k prominutí hříchů, tato svátost se provádí bezprostředně před smrtí. Svátost smíření provádí duchovní na přání umírajícího, kdy se vyzpovídá ze svých hříchů a je mu uděleno rozhřešení. Obě tyto svátosti jsou pro křesťana velmi důležité.

Křesťanský pohřební obřad má několik částí. Tradičně se koná obřad rozloučení se zemřelým v kostele, poté následuje průvod na místo, kde je nebožtík pohřben do vysvěceného hrobu. V dřívějších dobách bylo tolerováno pohřbívání pouze do země. Dnes je již přípustné i pohřbívání žehem (ŠPATENKOVÁ, 2014, ONDRAČKA a kol., 2010).

2.5 HINDUISMUS

Hinduismus se výrazně liší od předešlých čtyř náboženství. V odborné literatuře je dokonce možné setkat se s názorem, že spíše než o náboženství, se o hinduismu má hovořit jako o seskupení mnohých rituálních proudů a směrů. Chceme-li pochopit pohled hinduistů na problematiku umírání a smrti, je třeba si uvědomit, že na rozdíl od budhismu, islámu, judaismu, nebo křesťanství, neexistuje v hinduismu žádná vůdčí historická postava, jako je například Ježíš, nebo Buddha. I když je hinduismus bohatý na texty o božstvech a rituálech, nemá dané žádné konkrétní svaté písmo, jakým je třeba korán, či tóra. Dalším důležitým aspektem hinduismu je jeho kastovní systém.

Představu dobrého umírání a smrti ovlivňují tři veličiny, a to čas, místo a způsob umírání. Ideální čas pro smrt se pro vyznavače hinduismu mění spolu s proměnou průměrné délky života v oblasti indického subkontinentu. V dnešní době je to období kolem šedesátého věku života. Místem, na kterém touží zemřít každý hinduista je město Váránásí, které se leží na řece Ganze v severní části Indie. Toto místo je dějištěm nejdůležitějších dějin hinduistické mytologie a pro její vyznavače je místem očištění a osvobození, díky kterému mají možnost dosáhnout konečného vysvobození. Za ideální způsob smrti se považuje přirozené umírání, na které má člověk čas a prostor se připravit.

V okamžiku smrti by měl hinduista spočívat na zemi, aby byl v její bezprostřední blízkosti, je-li to možné, tak pod širým nebem. Prožití okamžiku smrti v prostoru mezi nebem a zemí je považováno za nepřípustné, protože v tom případě se zemřelého ujmou zlá božstva a démoni. Nohy zesnulého by měly směřovat k jihu. U hlavy nebožtíka je zažehnutá lampa.

Období od úmrtí k pohřebnímu obřadu je prováděno velké množství rituálů včetně průvodu na žároviště které, se nachází u řeky. Za daných pravidel a rituálů dojde k spálení těla. Po těchto obřadech nastává období obřadů zádušních (ONDRAČKA a kol., 2010, SELF, 2009).

3 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

V dnešní době 21. století si příslušníci euroamerické kultury, které jsme součástí, začne uvědomovat smrt a vše s ní spojené teprve tehdy, kdy je v její bezprostřední blízkosti. Ať už se smrt týká člověka samotného, nebo lidí, kteří se potýkají s obdobím umírání své blízké osoby.

Vývojem času, postupnou změnou životního stylu a přeměnou žebříčku lidských hodnot se ze smrti a umírání stala jakási prohra dnešní doby. Zapomnělo se na její naprostou přirozenost. Na jednu stranu je pro nás pohodlnější nad faktem lidské smrtelnosti nepřemýšlet a uložit pošetile toto téma do pomyslného šuplíku, do kterého si ukládáme věci na později. Na stranu druhou nás občas tíží ty všem známé chvíle „co kdyby“ kdy se na základě různých podnětů najednou myšlenky z pomyslného šuplíku objeví (KUPKA, 2014).

Názorný příklad přístupu dnešní společnosti k problematice umírání a smrti uvádí Mgr. Marek Vácha, Ph.D. ve svých přednáškách. A to situaci vzniklou kolem kontroverzní výstavy Bodies. Před zahájením výstavy v pražské Lucerně vydala Česká Anatomická Společnost 4. května 2007 prohlášení, ve kterém v návaznosti na etické nedostatky a často nejasný původ těl exhibici odsuzuje a vyzívá Českou republiku k zařazení se mezi země, kde je tato výstava zakázána. Navzdory tomuto prohlášení výstava proběhla a přilákala tisíce návštěvníků. Vácha tímto faktem poukazuje na určitý hlad společnosti po tématu smrti. (BRICHTOVÁ, 2007)

Stav západního zdravotnictví je dnes na vysoké technické úrovni. Modelem moderního člověka je být dlouho mladým, silným a krásným jedincem. Proto, když se do cesty tohoto ideálu připlete problém ve formě nemoci, snaží se medicína veškerými svými prostředky vzniklou situaci řešit.

Výdobytky dnešní medicíny jsou jednoznačně chvályhodné a velice potřebné. Je však zapotřebí mít na paměti lidskou přirozenou smrtelnost a také to, že stárí, je-li

člověku dáno, je nedílnou součástí jeho života. Bojovat za kvantitu na úkor kvality života není správnou cestou (SVATOŠOVÁ, 2018).

3.1 DEFINICE SMRTI

Z lékařského hlediska je smrt stav, kdy u člověka dojde k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce center řídicích krevní oběh a dýchání. Z lékařského hlediska smrt dělíme na tři možné typy.

S rozvojem medicíny vyvstala potřeba dalšího upřesnění a rozdělení smrti.

- *Klinická smrt – je charakterizována zástavou dechu a činnosti srdce. Neodkladně zahájenou resuscitací lze v některých případech tyto funkce obnovit*
- *Smrt mozku – je nezvratné poškození jeho funkce*
- *Sociální smrt – je stav kdy dochází k poškození vyšších funkcí mozku, nižší funkce jako dýchání a srdeční činnost jsou zachovány*

(VOKURKA, 2009, str. 962-953)

3.2 DEFINICE UMÍRÁNÍ

Proces umírání následuje období stáří v lidském životě, nastává také po vážně prodělaném traumatu, či nevyléčitelném onemocnění. Při procesu umírání dochází k atrofii svalstva a snížení činnosti vnitřních orgánů. I navenek můžeme na člověku pozorovat postupné degenerativní změny jeho tělesné schránky. Umírající člověk je apatický, spavý, dochází k ubývání energie a ztrátě orientace v místě i čase.

Psychiatřka Elizabeth Kübler Rossová se zabývala procesem umírání a smrtí, je autorkou jednoho z nejznámějších popisů fází umírání. Rossová ve svých publikacích poukazuje na fakt, že člověk, který se vyrovnává se smrtí, musí ve své mysli urazit dlouhou cestu za smířením se s touto skutečností. Umírající si během této své cesty prochází několika fázemi, které ze své praxe popsala.

- **První fáze**

V první fázi člověk zažívá negaci, šok a popírání faktu o své blížící se smrti. Z úst pacienta můžeme slyšet věty typu „To je určitě omyl“. V této ranné fázi je důležité navázání kontaktu a získání důvěry.

- **Druhá fáze**

Po fázi první nastává fáze agrese, hněvu a vzpoury. „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“. V druhé fázi můžeme na pacientovi pozorovat projevy zloby a výčitek vůči zdravotníkům a zdravým lidem. Měl by být dán prostor a maximální pochopení k ulevení si.

- **Třetí fáze**

Třetí fáze je popisována jako fáze smlouvání a vyjednávání, hledání zázračných léků, léčitelů, diet a pověr. Umírající je v této fázi ochoten zaplatit za jakoukoliv možnost a naději a činí velké sliby. Absolutně nezbytná je v této fázi maximální trpělivost a opatrnost vůči podvodníkům, kteří by mohli situace využít.

- **Čtvrtá fáze**

Následuje hluboký smutek a deprese. Například ze strachu z neznámého a z účtování, o zajištění rodiny. Důležité je trpělivě naslouchat, být k dispozici a pokusit pomoci při hledání řešení problémů.

- **Pátá fáze**

Smíření a souhlas jsou závěrečnou pátou fází. Na umírajícím můžeme pozorovat konec boje, vyrovnání a pokoru. Nastává čas loučení. Mlčenlivá lidská přítomnost a držení za ruku je tou nejcennější formou podpory. Je třeba dávat si pozor na fakt, že v této fázi je potřeba naši pozornost směřovat na rodinu umírajícího (KÜBLER-ROSSOVÁ, 2015, SVATOŠOVÁ, 2011).

3.3 UMÍRÁNÍ DŘÍVE A DNES

Základní roli v rozdílnosti umírání dnes a v dřívějších dobách (viz tab. 1 na s. 17) hraje úroveň a vývoj medicíny. Zatím co se dříve umíralo častěji a početněji, dnes se délka života i průměrný věk vlivem modernizace zdravotnictví zvyšuje. S tím úzce souvisí i vývoj společnosti a změna kultury žití.

Pozitiva i negativa jsou spojena jak s časy minulými, tak dnešním postojem k této problematice. Ve společnosti lze narazit na různé postoje k vývoji medicíny a dnešnímu přístupu k umírajícím. Faktem je, že navzdory pohodlnému stylu života by společnost neměla zapomínat na smrt jako přirozenou součást její existence, kterou dnes vnímáme spíše jako problém či prohru.

Přes všechna negativa, která jsou spojena s dnešním vnímáním umírání a smrti v nemocnicích, je na místě poukázat také na druhý aspekt celé této problematiky. A to, že ačkoli v dobách minulých lidé umírali v blízkosti své rodiny a v domácím prostředí bez dnes tak přítomného pocitu odloučení a samoty, mnohdy trpěli velmi nesnesitelnými bolestmi a nepříjemnými komplikacemi. Dnes již dokážeme většině těmto komplikacím předcházet a víme, jak účinně tišit bolest. Proto je paliativní medicína a hospicová péče velmi důležitým milníkem v hledání rovnováhy mezi uspokojením veškerých potřeb umírajícího (KUPKA, 2014, MARKOVÁ, 2010).

Tabulka 2 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

Dříve	Dnes
úmrtí častější a četnější	prodlužuje se délka života i průměrný věk
naděje dožití u žen 1830: 34 let 1930: 58 let 1900: 42 let	1976: 74 let 2006: 79,5 roku
smrt – přirozená součást života	smrt – zdravotnický problém, diagnóza
podpora komunity – sousedé, obec, farnost	často se neznají ani lidé v jedné ulici, v jednom panelovém domě
náboženství součástí života rodiny	sekularizace
smysl má život jako celek	smysl má užívání si
setkávání se smrtí reálné	setkávání se smrtí virtuální
rodiny větší, pospolité	rodiny menší, atomizované
ženy většinou v domácnostech	ženy většinou zaměstnané
umírání doprovázeno větší fyzickou bolestí	pokrok paliativní medicíny – většinu symptomů umíme léčit
umírající většinou nebyl osamocen	osamocenost umírajících
soustředění na člověka	soustředění na nemoc

(MARKOVÁ, 2010, s.18)

4 HOSPIC

Definice uvedena v doporučených standardech a normách Evropské asociace pro paliativní péči zní Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče, či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj (RADBRUCH, 2010, s.16).

Hospic je místem, ve kterém se poskytuje specializovaná zdravotní péče nevyлéčitelně nemocným pacientům. Dle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče je na území České republiky v provozu 26 hospicových zařízení. Z toho 10 zařízení poskytuje péči formou lůžkového hospice, 12 formou hospice mobilního a 4 hospicová zařízení poskytují možnost jak lůžkové, tak mobilní hospicové péče.

Tabulka 3 Seznam hospiců v ČR

Název	Kraj	Forma péče lůžková/mobilní
Hospic Malovická	Hlavní město Praha	L
Hospic Štrasburk, o.p.s.	Hlavní město Praha	L
Nadační fond Klíček	Středočeský kraj	M
RUAH, o.p.s.	Středočeský kraj	M
Tři, o.p.s., Hospic Dobrého Pastýře	Středočeský kraj	L+M
HOSPIC TEMPUS, z.s.	Středočeský kraj	M
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Jihočeský kraj	L
Domácí hospic sv. Veroniky v Českých	Jihočeský kraj	M

Název	Kraj	Forma péče lůžková/mobilní
Budějovicích		
Domácí hospic sv. Markéty Strakonice	Jihočeský kraj	M
Hospic svatého Lazara	Plzeňský kraj	L
Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú.	Plzeňský kraj	M
Hospic v Mostě, o.p.s.	Ústecký kraj	L
Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	Liberecký kraj	L+M
Hospic sv. Jiří, o.p.s.	Karlovarský kraj	M
REHOS, p.o. - Nejdek	Karlovarský kraj	L
Hospic Anežky České	Královéhradecký kraj	L+M
Domácí hospic Duha, o.p.s.	Královéhradecký kraj	M
Domácí hospic Setkání, o.p.s.	Královéhradecký kraj	M
Hospic sv. Alžběty o.p.s.	Jihomoravský kraj	L+M
Hospic na Svatém Kopečku	Olomoucký kraj	L
Hospic Citadel – Diakonie CCE	Zlínský kraj	L
Charita Nový Hrozenkov	Zlínský kraj	M
Hospic sv. Lukáše	Moravskoslezský kraj	L
Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba	Moravskoslezský kraj	M
Hospic Frýdek – Místek, p.o.	Moravskoslezský kraj	L
Charita Opava, Domácí hospic Pokojný přístav	Moravskoslezský kraj	M

(ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2017)

Člověk do hospicové péče přichází v momentu, kdy pobyt v nemocnici ztrácí smysl a více než specializovanou lékařskou péči potřebuje péči sesterskou, nebo ošetrovatelskou, kterou lze provádět mimo prostředí nemocnice.

Základním pilířem hospice je pohled na člověka jako na bytost se svými bio – psycho – sociálními a spirituálními potřebami, která je hodna úcty, péče a důstojného zacházení. Předsudky ohledně hospicového zařízení jako, domu, kam se chodí na smrt jsou mnohdy vyvolány nedostatečnou osvětou mezi širokou veřejností. Hospic však není jen místo, kde člověk musí zákonitě pobývat. Rozlišujeme mezi hospicem lůžkovým a domácím hospicem (SMITH, 2012, SVATOŠOVÁ, 2011).

4.1 LŮŽKOVÝ HOSPIC

Lůžkový hospic přijímá pacienty v poslední fázi života, kdy není nutná léčba v nemocnici a péče doma či v pečovatelském domě není možná. Hlavním cílem péče v lůžkovém hospici je zmírňování příznaků a dosažení nejlepší možné kvality života až do úmrtí a dále podpora v období truchlení. V mnoha zemích se funkce lůžkových hospiců podobá funkci jednotek paliativní péče, v některých zemích však sledujeme významné rozdíly. Například v Německu se pacienti přijímají na jednotku paliativní péče pro účely krizového zásahu, zatímco do lůžkového hospice pro péči v závěru života (RADBRUCH a kol., 2010, s. 51).

V zařízení lůžkového hospice působí široký tým paliativních pracovníků. A to, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, ošetrovatelé, psychoterapeuti a psychologové, pastorační pracovníci. Velmi častou součástí hospicových pracovníků jsou dobrovolníci, kteří ve svém volnu tráví v zařízeních čas a zapojují se v rámci možností do chodu zařízení.

Řád lůžkových hospiců se liší od běžných provozních řádů a zvyklostí nemocnic. Na první dojem člověk při vstupu vnímá klid, mír a pohodu tohoto místa. Obyvatelé hospiců mají plné právo na svůj vlastní režim a rituály. Personál se vedle své odborné práce snaží vyhovět požadavkům pacienta v nejvyšší možné míře. Ať už jde o přání ranní kávy s cigaretou, která byla součástí jeho života po čtyřicet let, nebo třeba o žádost vyvést polohovací lůžko doprostřed dvora na slunce. Individuální přístup ke

každému člověku je nedílnou součástí péče. Návštěvní doba je neomezená a běžná je také možnost ubytování blízkého doprovodu v pokoji pacienta na jeho přání.

Součástí lůžkových hospiců bývají i denní stacionáře. Do těchto stacionářů docházejí lidé na denní terapie. Ať už za účelem farmakoterapie, psychoterapie, nebo třeba posezení s duchovním. Velký přínos stacionární paliativní péče je, že pacient díky této docházkové formě může maximálně prodloužit svůj čas strávený v domácím prostředí před nutným nástupem do lůžkového zařízení. Stacionáře jsou také jakousi odlehčovací alternativou pro rodiny, které si nemohou z pracovních či jiných důvodů o své blízké starat během dne (KUPKA, 2014, MARKOVÁ, 2010).

4.2 MOBILNÍ HOSPIC

Týmy domácí paliativní péče zajišťují specializovanou paliativní péči pro pacienty, kteří ji potřebují doma, a podporují rodiny a osoby pečující o pacienta v jeho domově. Také poskytují odborné poradenství pro praktické lékaře, rodinné lékaře a zdravotní sestry pečující o pacienta v jeho domově (RADBRUCH a kol., 2010, s. 54).

Mobilní, nebo také domácí hospicová péče přináší skrze mobilní týmy pracovníků službu hospice do domácího prostředí umírajícím osobám a jejich nejbližším. Umožňuje tak jedno z nejčastějších lidských přání, a to zemřít pokojně, důstojně a v rodinném kruhu.

Vzhledem k jedinečnosti každé domácnosti, do které přicházejí členové mobilních paliativních týmů, je nutné, aby byl přístup pracovníků vždy stejně profesionální a řídit se pravidly organizace, kterou zastupují. Vztah mezi pracovníky domácí hospicové péče a rodinou do které dochází je postaven na důvěře, vzájemné úctě a respektu. Je zapotřebí přijímat rodinu umírajícího pacienta jako celek se všemi jeho intenzivními emocionálními a psychologickými vazbami. Samozřejmostí je zachovávání mlčenlivosti v souvislosti s veškerými informacemi, které se v domácnosti dozvěděli (KUPKA, 2014, MARKOVÁ, 2010).

5 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI

Cílem jednotek paliativní péče je zmírňovat obtíže způsobované nemocí, a pokud je to možné, stabilizovat funkční stav pacienta a nabídnout jemu i jeho pečovateli psychologickou a sociální podporu takovým způsobem, který by umožnil propuštění pacienta nebo jeho převedení do jiného prostředí (RADBRUCH a kol., 2010, s. 48).

Navzdory vývoji paliativní péče v ČR po roce 1989 není kvantita paliativních programů v nemocnicích na potřebné úrovni. Nadační fond Avast udává, že ročně v českých nemocnicích umírá 65 tisíc lidí. Méně než 5 % nemocnic má však programy paliativní péče. Většina umírajících v českých nemocnicích tedy nemá přístup k paliativní péči. Oproti tomu v USA má k dispozici paliativní programy až 80 % nemocničních zařízení. Přitom dosavadní studie v USA jednoznačně prokazují efektivitu a přínos paliativních programů jak pro pacienty, tak pro americký zdravotnický systém (ANON, 2017)

Jako názorný příklad může posloužit odborná práce americké lékařky Jannifer S. Tamelové, která se svým výzkumným týmem vedla studii na vzorku pacientů s metastazujícím karcinomem plic. Cílem výzkumu bylo posouzení vlivu časně aplikace paliativní péče spolu s probíhající léčbou kurativní na kvalitu života pacientů. Sledování trvalo dvanáct týdnů. Po této době došlo k porovnání kvality života u pacientů s kombinovanou léčbou a nemocných, kteří podstupovali léčbu pouze kurativní. Výsledkem bylo, že lidé podstupující oba typy léčby současně trpí menším procentem výskytu depresivních stavů. Na konci svého života absolvovali méně kurativní léčby, a přesto se jejich život prodloužil průměrně o 2,7 měsíce (TEMEL, et al. 2010).

Napříč různými světovými zdravotnickými systémy proběhly studie, snažící se popsat bariéry k zavedení programů paliativní péče do nemocničních zařízení. Jako nejčastější důvod je uváděn nedostatek zaměstnanců, nedostatek času na požadovanou komplexní ošetrovatelskou paliativní péči, či nedostatek specialistů (BUŽGOVÁ, 2015).

5.1 IDENTIFIKACE PACIENTA PRO NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Za primární kritéria pro zařazení pacienta do programu paliativní péče v nemocnici je považováno předpokládané úmrtí nevyлéčitelně nemocného do jednoho roku od zahájení léčby. Dále pak opakované přijetí do nemocničního zařízení v posledních třech měsících z podobného důvodu, přijetí z důvodu výrazného zhoršení tělesných a psychických symptomů a dále pak nutná komplexní péče z důvodu funkční závislosti a potřeby plicní ventilace. Za primární kritérium pro zařazení do programu paliativní péče lze také pokládat pokles funkčnosti, intolerance stravy a výrazný úbytek hmotnosti pacienta.

Sekundárními kritérii pro přijetí pacienta k paliativní péči v nemocnici se například považuje limitovaná sociální podpora jako jsou chronická duševní onemocnění a rodinný stres. Dalším důvodem je zástava srdce mimo nemocnici, či kyslíková podpora v domácí péči (BUŽGOVÁ, 2015).

5.2 MODELY PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH

V nemocniční paliativní péči v USA jsou v této době popisovány čtyři základní modely poskytované péče. Jsou to nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, ambulantní týmy paliativní péče, specializovaná paliativní oddělení a jednotky akutní paliativní péče.

- **Nemocniční podpůrný tým paliativní péče** cílí nejen na samotné pacienty a jejich rodiny, ale také na zdravotnický personál běžného nemocničního oddělení. Jeho úkolem je minimalizovat zbytečné a zatěžující zákroky, identifikovat potřeby pacientů, konzultovat odbornou léčbu bolesti a jejich symptomů.
- **Specializovaná ambulance** bývá součástí hospiců a nemocnic. Její cílovou skupinou jsou lidé v domácí péči, nebo sociálním zařízení. Péče se zaměřuje na fyzické a psychosociální symptomy jejichž vážnost nepodmiňuje hospitalizaci v lůžkovém zařízení. Data z roku 2013 udávají 90 ambulančí se zaměřením na léčbu bolesti a dvě ambulance paliativní onkologie.
- **Oddělení specializované paliativní péče** je lůžkové oddělení v nemocničním zařízení, které se nejvíce podobá lůžkové hospicové péči. Jako příklad lze uvést

oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Výhodou tohoto oddělení je přítomnost jak odborně vzdělaného personálu v oboru paliativní péče, tak ostatních specialistů, kterými nemocnice disponuje.

- **Jednotka intenzivní paliativní péče** je určena pro pacienty v terminálním stadiu, jejichž symptomy a bolesti jsou v tak intenzivní míře, že je zapotřebí hospitalizace na intenzivní jednotce. Jednotky intenzivní paliativní péče, kam jsou pacienti přijímáni na několik dnů či týdnů jsou součástí nemocnice, nebo se nachází v jejich bezprostřední blízkosti (BUŽGOVÁ, 2015).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL V PALIATIVNÍ PÉČI

Z praxe je známo, že v paliativní péči pracují zejména pracovníci, kteří již mají několika leté zkušenosti v různých zdravotnických oborech. Z pravidla je to tím, že paliativní péče úzce souvisí se smrtí a bolestí. Předpokladem je, že tuto práci nemůžou vykonávat absolventi, kteří právě dokončí vzdělání.

Kromě krátké praxe hraje velkou roli nezralá osobnost mladých lidí. Osobnost zralá je osobnost připravená na různé zátěžové situace po stránce jak kognitivní a sociální, tak po stránce emotivní. Výrazná je především nevyzrálost emotivní. Představa, že zdravotní sestra bude intenzivně emotivně prožívat smrt svého pacienta, kterého ošetřuje v paliativní péči povede k jejímu vyhoření.

Syndrom vyhoření je u personálu pracujícího v pomáhajících profesích častým jevem. Proto je důležité přijímat na tuto velice emotivně zátěžovou práci zralé osobnosti. Sociální zralost se projevuje především správnou komunikací s pacientem a jeho rodinou, a to jak verbální, tak non-verbální. Personál, který trpí patologickou poruchou osobnosti, jako například emotivní labilitou, opouští pracoviště z pravidla do jednoho roku od nástupu do zaměstnání (HAWKINS a kol., 2016, ŘÍČAN, 2010)

Existuje celá řada doporučení ohledně počtu sester poskytujících specializovanou paliativní péči v různých prostředích poskytování péče. Počet sester poskytujících specializovanou paliativní péči by neměl být nižší než jeden plný úvazek na jedno lůžko.³ Doporučuje se, aby na každých pět až šest lůžek byl k dispozici jeden lékař specializující se na paliativní medicínu na plný úvazek (RADBRUCH a kol., 2010, s. 50)

Magistra Monika Marková, specialistka na hospicovou péči, ve své publikaci „Sestra a pacient v paliativní péči“ vydané v roce 2010 popisuje svůj osobní průzkum v rámci výuky zdravotních sester. Cílem průzkumu bylo *utváření postojů ke smrti u českých zdravotních sester*. Závěrem vyplývá, že u poloviny dotazovaných došlo k prvnímu kontaktu s umírajícím, nebo zemřelým až v průběhu absolvování odborných

praxí během studia ve třetím ročníku na střední zdravotnické škole. Druhá polovina popisovala vzpomínky na konečnou fázi života rodinného příslušníka v dětství. Uváděly však, že rodiče s cílem chránit dítě před případným traumatem z kontaktu se smrtí, nedovolili přístup k umírajícímu, či zesnulému.

Z tohoto průzkumu tedy vyplývá velká míra vlivu odborných mentorů a pracovního kolektivu oddělení při absolvování odborné praxe na postoj studentů k umírání a smrti.

U zdravotních sester je také podstatné, jaké je jejich první profesionální setkání se smrtí, ke kterému dochází většinou při praxích ve druhém nebo třetím ročníku zdravotnické školy (MARKOVÁ, 2010, s. 30)

Marková vyzývá zkušené zdravotnické pracovníky k vhodnému přístupu k začínajícímu personálu a uvádí tři základní potřeby nezbytné k vybudování zdravého přístupu začínajícího ošetrovatelského personálu k problematice umírání a smrti.

- **Potřeba smět být smutný** – Je důležité nebát se prožít smutek jako přirozenou reakci na prožité skutečnosti spojené s doprovázením umírajícího na jeho cestě k samotné smrti. Tento prožitek je velmi důležitý k vnitřní vypořádání se s celkovou situací.
- **Potřeba plakat** – „Bála jsem se, že se rozpláču, a to by nebylo profesionální.“ Uvádí Marková příklad výpovědi jedné ze studentek. Pláč jako jeden ze základních projevů intenzivního smutku by neměl být v rámci jeho překonání potlačován.
- **Potřeba smyslu v paliativní péči** – Vidět smysl práce personálu pracujícího v paliativní péči se zdá být složitější než v jiných oborech, kde je výsledkem péče o pacienta ve většině případů jeho uzdravení. Proto je potřebné mluvit v rozebírat v pracovním kolektivu kladné stránky tohoto poslání (MARKOVÁ, 2010).

6.1 DOBROVOLNICTVÍ V PALIATIVNÍ PÉČI

Služby specializované paliativní péče by měly zapojovat dobrovolníky nebo spolupracovat s dobrovolnickými službami. Dobrovolníci představují pro paliativní péči nepostradatelný přínos. Hospicové hnutí je hnutím za občanská práva a je založeno na práci dobrovolníků. Rada Evropy zdůrazňuje význam dobrovolnické práce pro poskytování kvalitní paliativní péče v komunitě (RADBRUCH a kol., 2010, s. 46).

Dobrovolníci jsou již v dnes běžnou součástí v paliativních týmech. Vzhledem k charakteru a podstatě této činnosti jsou jasně vydefinovaná pravidla, za jejichž bezpodmínečného dodržování a respektování je tato záslužná činnost v zařízeních prováděna.

- dobrovolní pracovníci musejí být vyškoleni, pracovat pod dohledem a odborná veřejnost i společnost je musejí uznávat jako právoplatné členy týmu
- výcvik je nepostradatelný a je nutné, aby byli dobrovolní pracovníci pečlivě vybíráni
- dobrovolní pracovníci působí v týmu pod vedením koordinátora
- koordinátor představuje spojení mezi dobrovolnými pracovníky a osobami pečujícími o pacienta, mezi nemocnicí a příslušným zařízením
- v multiprofesním týmu dobrovolní pracovníci nenahrazují žádného člena týmu, ale práci týmu doplňují
- Dobrovolník může provádět svou činnost na základě podepsání dobrovolnické smlouvy se zdravotnickým, či sociálním zařízením

Uvolnění ze zaměstnání pro ty, kdo musejí pečovat o vážně nemocné či umírající druhy, rodiče, děti nebo jiné blízké příbuzné, by umožnilo mnoha pacientům zůstat doma až do okamžiku smrti. Právní předpisy pro uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče však existují pouze ve dvou evropských zemích. Zavedení podobných právních předpisů v jiných zemích by představovalo zásadní krok v rozvoji paliativní péče. Právní uznání možnosti požadovat náhradu za dobu uvolnění ze

zaměstnání za účelem poskytování paliativní péče by dále snížilo zátěž rodinných příslušníků a dalších osob poskytujících péči (RADBRUCH a kol., 2010, s. 47).

Oporu v zákoně má uvolnění ze zaměstnání za účelem péče o nevléčitelně nemocné v dnešní době pouze Rakousko a Německo (RADBRUCH a kol., 2010, KURUCOVÁ, 2016).

7 CÍL ZKOUMÁNÍ A POPIS POUŽITÝCH METOD

Cílem výzkumné části bylo zjistit motivaci ošetrovatelského personálu, působícího v oblasti paliativní péče. Pro výzkum byla stanovena hypotéza, která byla postavena na základě studování problematiky paliativní péče v České republice a paliativní péče obecně, která je popsána v předešlých kapitolách. Hypotéza se zajímá především o motivaci personálu, který paliativní péči v rámci českého zdravotního systému poskytuje.

Hypotéza je formulována takto:

- Ošetrovatelský personál v paliativní péči disponuje předešlými zkušenostmi ve zdravotnictví, a to především z pracovišť typu interního oddělení, domovů pro seniory a geriatrického oddělení.
- Motivace ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče je ovlivněna jeho postojem k víře.
- Lidé, kteří se rozhodnou pro práci v oboru paliativní péče jsou osobnostně zralí jedinci ve věku 30 let a více.
- U pracovníků v paliativní péči převládá skutečnost prvního kontaktu s umírajícím člověkem již v dětském věku.

- První kontakt pracovníků v paliativní péči se smrtí na nich nezanechal negativní pocity.
- Personál v paliativní péči zažívá ze svého povolání pocit naplnění.
- Vyrůstání v rodině mezigeneračního soužití má vliv na výběr povolání v paliativní péči.
- Ošetrovatelský personál v oboru paliativní péče upřednostňuje umírání v domácím prostředí.
- Průběžnou motivací pro ošetrovatelský personál během výkonu svého povolání je umožnění důstojného a bezbolestného odchodu umírajícího.

K získání podkladů pro praktickou část bakalářské práce byly provedeny polostrukturované rozhovory s předem připravenou osnovou deseti otázek. Rozhovory byly provedeny v časovém rozmezí od 19. prosince 2018 do 22. února 2019 na oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze a v hospicovém zařízení Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech. Cílem výzkumné části práce je zjistit motivaci ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče a zhodnocení stanovených hypotéz.

7.1 SOUBOR RESPONDENTŮ

Rozhovorů se účastnilo 30 zaměstnanců hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech a nemocničního oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze. V analýze odpovědí na otázky se pracuje s přepsanými výpověďmi všeobecných sester, praktických sester, ošetrovatelů a pracuje se s počtem 30 respondentů jako 100 %. Jen v případě analýzy doplňujících otázek se hodnota sta procent může lišit v závislosti na počet respondentů, jejichž verze odpovědi se dále rozvíjí.

7.2 OSNOVA OTÁZEK

Otázky byly postaveny tak, aby pomohly potvrdit či vyvrátit specifické části hypotézy, která je definována v 8. kapitole.

- Pracoval/a jste již dříve v zařízení podobného typu, nebo kdekoliv jinde ve zdravotnictví? (Kde?)
- Jste věřící?
- Co Vás motivovalo k tomu, abyste začal/a vykonávat své povolání právě v zařízení, ve kterém nyní pracujete?
- V kolika letech jste začal/a uvažovat o zaměstnání v oboru paliativní péče?
- Dokážete si vybavit Váš první kontakt s umírajícím člověkem v období dětského věku?
- Jaké pocity ve Vás vyvolala vaše první přímá zkušenost se smrtí, na kterou si vzpomenete?
- Naplňuje Vás povolání všeobecné sestry/ praktické sestry/ ošetřovatele?
- Vyrůstal/a jste v rodině mezigeneračního soužití?
- Jaký je Váš názor na umírání v nemocnici nebo v domácím prostředí?
- Dokázal/a byste mi na konkrétním příkladu z Vaší dosavadní praxe popsat situace, které Vám dodávají další motivaci k práci v paliativní péči

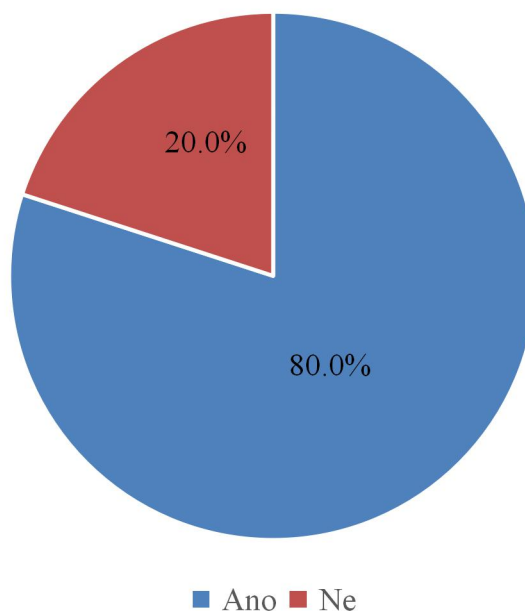
8 ANALÝZA ROZHovorŮ

V této části jsou kvantitativně analyzovány odpovědi respondentů na otázky definované výše. U každé otázky jsou uvedeny a rozebrány odpovědi respondentů a tyto odpovědi jsou vyjádřeny v absolutních a relativních četnostech a znázorněny pomocí grafů a tabulek. Dále je u každé odpovědi diskutováno, zda byla potvrzena či naopak vyvrácena určitá část hypotézy.

Otázka č. 1 *Pracoval/a jste již dříve v zařízení podobného typu, nebo kdekoli jinde ve zdravotnictví? (Kde?)*

Na otázku č. 1 odpovědělo z 30 respondentů 24 kladnou odpovědí (80 %), záporně odpovědělo 6 respondentů (20 %).

Graf 1 Přešlé pracovní zkušenosti v zařízení podobného typu



(AUTOR, 2019)

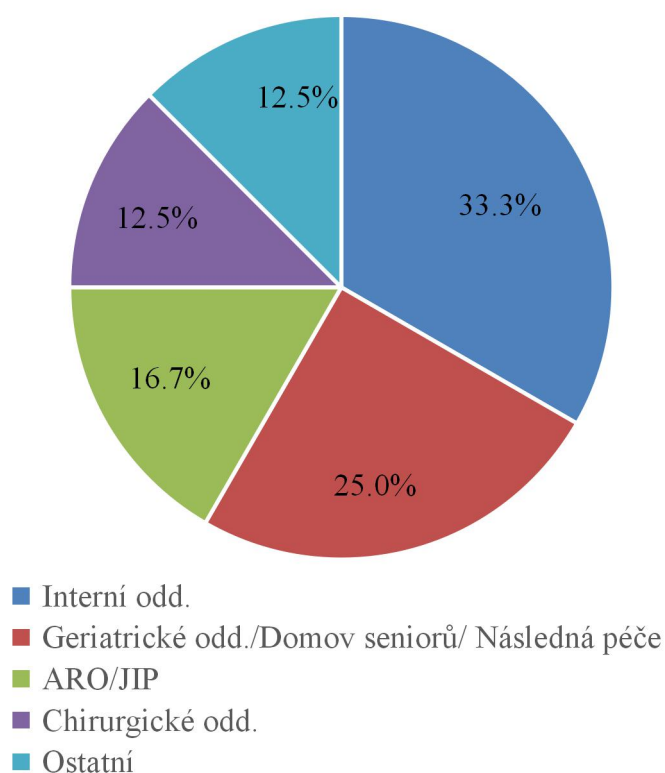
Tabulka 4 Přešlé pracovní zkušenosti v zařízení podobného typu

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Ano	24	80 %
Ne	6	20 %

(AUTOR, 2019)

Respondentům, kteří odpověděli na otázku č. 1 kladně, byla položena doplňující otázka, na jakém oddělení dříve pracovali. Odpovídalo tedy 24 účastníků z celkových 30. Odpověď *interní oddělení* uvedlo 8 respondentů (33,3 %), *domov seniorů/geriatrické oddělení* 6 respondentů (25 %), *anesteziologicko-resuscitační oddělení/jednotka intenzivní péče* 4 respondenti a *chirurgické oddělení* 3 respondenti (12,5 %). Do kategorie *ostatní* byly zařazeny odpovědi zbylých třech respondentů (12,5 %) z 24 odpovídajících na doplňující otázku.

Graf 2 Druhy přešléch pracovišť



(AUTOR, 2019)

Tabulka 5 Druhy předešlých pracovišť

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Interní odd.	8	33,3 %
Geriatrické odd./Domov seniorů/ Následná péče	6	25 %
ARO/JIP	4	16,7 %
Chirurgické odd.	3	12,5 %
Ostatní	3	12,5 %

(AUTOR 2019)

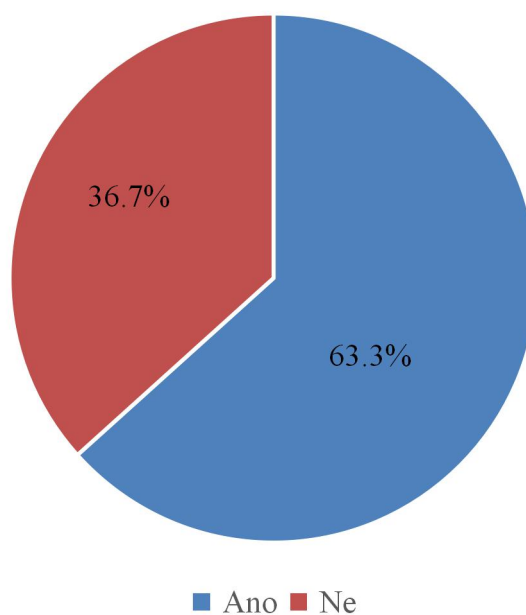
Z odpovědí na otázku č. 1 plyne, že ošetřující personál pracující v oblasti paliativní péče již přichází do tohoto odvětví zdravotnictví po předešlé praxi v různých zdravotnických oborech. Pracovníci se profilují zejména z pracovišť typu interních oddělení a oddělení následné péče, domovů pro seniory a geriatrických oddělení.

Analýzou otázky č. 1 byla potvrzena tato část hypotézy: Ošetřovatelský personál v paliativní péči disponuje předešlými zkušenostmi ve zdravotnictví, a to především z pracovišť typu interního oddělení, domovů pro seniory a geriatrického oddělení.

Otázka č. 2 Jste věřící?

Na otázku týkající se toho, zda je personál věřící či nikoliv odpovídalo 30 respondentů, z nichž 19 odpovídajících (63,3 %) odpovědělo *ano* a 11, tedy (36,7 %) *ne*.

Graf 3 Jsou respondenti věřící?



(AUTOR, 2019)

Tabulka 6 Jsou respondenti věřící?

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Ano	19	63,3 %
Ne	11	36,7 %

(AUTOR, 2019)

Z odpovědí vyplývá, že víra je součástí života více než 60 % lidí pracujících jako ošetrovatelský personál v oboru paliativní péče. Vzhledem k faktu, že část rozhovorů byla provedena na oddělení paliativní péče v církevní nemocnici Milosrdných sester a sv. Karla Boromojského v Praze, kde ošetrovatelský personál většinou tvoří řádové sestry, jsme tento údaj nevyhodnotili jako dostatečný k jednoznačné odpovědi, a to, že má víra pracovníka vliv na jeho motivaci k tomuto povolání. Skutečnost, že je nemocnice církevní institucí může totiž výrazně ovlivňovat výsledek.

Z výše uvedeného důvodu jsme neposoudili část hypotézy: Motivace ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče je ovlivněna jeho postojem k víře.

Otázka č. 3 *Co Vás motivovalo k tomu, abyste začal/a vykonávat své povolání právě v zařízení, ve kterém nyní pracujete?*

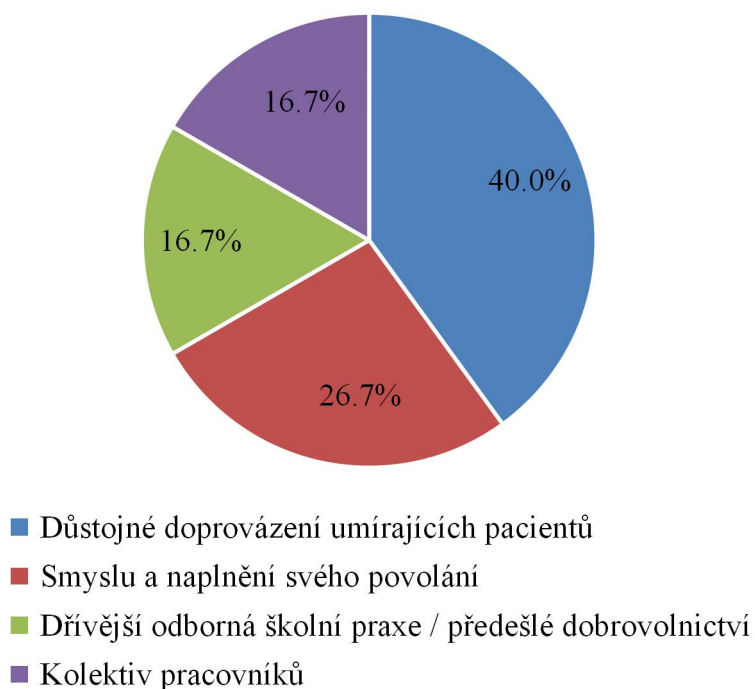
Odpovědi na otázku, co bylo motivací nastoupit do zaměstnání v zařízení, ve kterém respondenti aktuálně pracují, se vyprofilovali do čtyř opakujících se odpovědí.

Největší počet účastníků rozhovoru, a to 12, tedy 40 % z celkových 30 definoval tuto motivaci jako *touhu po důstojném doprovázení umírajících pacientů*. Pro dalších 8 respondentů (26,6 %) byla motivací *touha po smyslu a naplnění svého povolání*. Dalších 5 odpovídajících (16,7 %) uvedlo, že jako motivace k nástupu na oddělení paliativní péče, či hospicového zařízení jim posloužila *dřívější odborná školní praxe*, kterou vykonávali již dříve na pracovištích tohoto typu, anebo *předešlé dobrovolnictví* v této oblasti. Zbylých 5 respondentů (16,7 %) jako motivaci při nástupu do daného zařízení uvádělo *kolektiv pracovníku*, který bude sdílet jejich názor na problematiku umírání a smrti.

Dále pak 14 respondentů (58,3 %) z celkových 24 (100 %), kteří měli předešlé pracovní zkušenosti z jiných zdravotnických zařízení, při rozhovorech také popisovalo své negativní zkušenosti s postoji některých bývalých spolupracovníků k důstojnému doprovázení umírajících a jejich přístupem umírajícím a jejich rodinám.

Jako příklad těchto postojů uváděli účastníci rozhovorů neochotu, nepochopení a nevhodné chování k pacientům a jejich rodinám. S takový přístupem k umírajícímu a jeho rodině se respondenti neztotožňovali. Tato skutečnost hrála velkou roli při vypovězení jejich předešlé pracovní pozice.

Graf 5 Motivace respondentů k vykonávání svého povolání v zařízení, kde aktuálně pracují



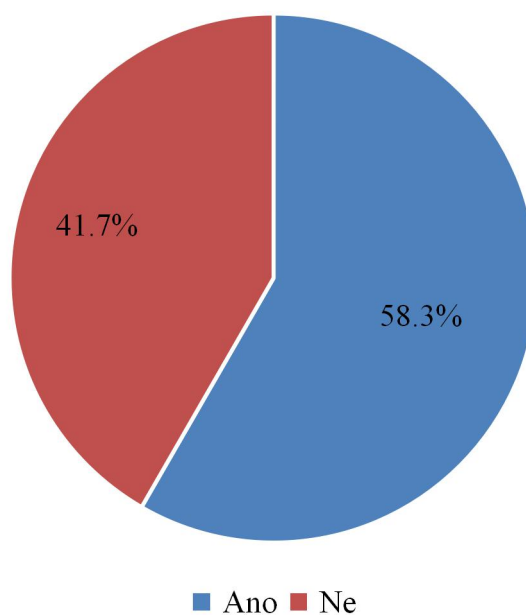
(AUTOR, 2019)

Tabulka 7 Motivace respondentů k vykonávání svého povolání v zařízení, kde aktuálně pracují

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Důstojné doprovázení umírajících pacientů	12	40 %
Smyslu a naplnění svého povolání	8	26,6 %
Dřívější odborná školní praxe / předešlé dobrovolnictví	5	16,7 %
Kolektiv pracovníků	5	16,7 %

(AUTOR, 2019)

Graf 4 Negativní zkušenosti z předešlých pracovišť



(AUTOR, 2019)

Tabulka 8 Negativní zkušenosti z předešlých pracovišť

Negativní zkušenost	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Ano	14	58,3 %
Ne	10	41,7 %

(AUTOR, 2019)

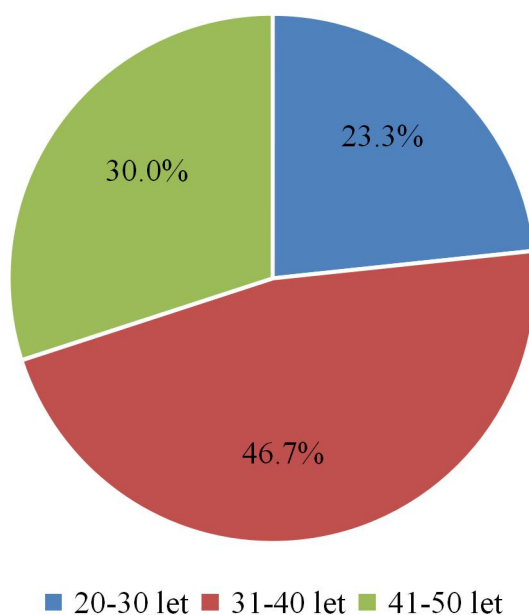
Z výpovědí respondentů lze vyvodit, že většina pracovníků v paliativní péči dospěla k rozhodnutí jít pracovat právě do tohoto odvětví zdravotnictví převážně z touhy po smyslu svého povolání a možnosti skrze své povolání důstojně doprovázet umírající pacienty.

Žádný z respondentů nevedl jako zdroj motivace k nástupu na oddělení paliativní péče, či do hospicového zařízení víru. Tím pádem jsme vyvrátily část hypotézy, a to: Motivace ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče je ovlivněna jeho postojem k víře.

Otázka č. 4 *V kolika letech jste začal/a uvažovat o zaměstnání v oboru paliativní péče?*

Odpovědi na otázku č. 4 jsme rozdělili do třech věkových rozmezí. Ve věkovém rozmezí *20-30 let* odpovědělo 7 respondentů (23,3 %), v rozmezí *31-40 let* 14 respondentů (46,7 %) a odpovědi v rozmezí *41-50 let* 9 respondentů (30 %).

Graf 6 Kdy začali respondenti uvažovat o práci v oboru paliativní péče



(AUTOR, 2019)

Tabulka 9 Kdy začali respondenti uvažovat o práci v oboru paliativní péče

Věkové rozmezí	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
20-30 let	7	23,3 %
31-40 let	14	46,7 %
41-50 let	9	30 %

(AUTOR, 2019)

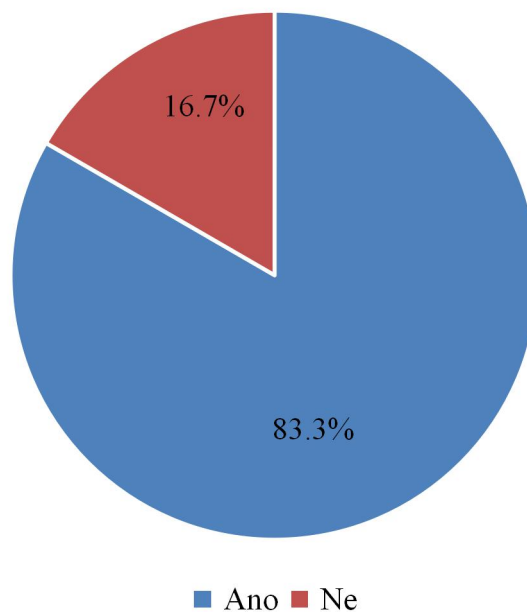
Z odpovědí na otázku č. 4 plyne, že lidé, kteří se rozhodnou svůj profesní život zasvětit oblasti paliativní péče, jsou většinou plně zralé osobnosti ve věku od 30 do 50 let.

Otázkou č. 4 jsme potvrdili část hypotézy, a to, že: Lidé, kteří se rozhodnou pro práci v oboru paliativní péče jsou osobnostně zralí jedinci ve věku 30 let a více.

Otázka č. 5 *Dokážete si vybavit Váš první kontakt s umírajícím člověkem v období dětského věku?*

25 respondentů (83,3 %) z celkových 30 odpovědělo na otázku č. 5, že si vybavují svůj první kontakt s umírajícím člověkem ještě v období dětství, zbylých 5 respondentů (16,7 %) si nedokázalo vybavit situaci, kdy se poprvé setkali s umírajícím člověkem.

Graf 7 Kontakt s umírajícím člověkem v období dětského věku



(AUTOR, 2019)

Tabulka 10 Kontaktu s umírajícím člověkem v období dětského věku

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Ano	25	83,3 %
Ne	5	16,7 %

(AUTOR, 2019)

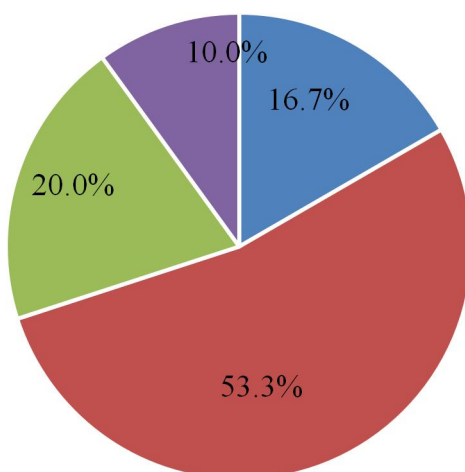
Z otázky č. 5 plyne, že většina pracovníků v oboru paliativní péče přišla do kontaktu s umírající již v dětském věku.

Otázkou č. 5 jsme potvrdili část hypotézy, že: U pracovníků v paliativní péči převládá skutečnost prvního kontaktu s umírajícím člověkem již v dětském věku.

Otázka č. 6 *Jaké pocity ve Vás vyvolala vaše první přímá zkušenost se smrtí, na kterou si vzpomenete?*

Při odpovídání na otázku č. 6 popsalo 16 respondentů (53,3 %) své pocity záporně, jako *smutek, strach, stesk, lítost, pocit nedostižení a bezmoc*. Kladně své pocity popisovalo 5 respondentů (16,7 %). Konkrétně uváděli jako své odpovědi *pokoj, klid a lásku*. 6 respondentů (20 %) prožívalo *smíšené pocity* a zbylí 3 respondenti (10 %) uvedli, že si *nevzpomínají*.

Graf 8 Pocity při prvním kontaktu se smrtí, na který si respondenti vzpomenu



■ Kladné pocity ■ Záporné pocity ■ Smíšené pocity ■ Nevzpomněli si

(AUTOR, 2019)

Tabulka 11 Pocity při prvním kontaktu se smrtí, na který si respondenti vzpomenu

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Kladné pocity	5	16,7 %
Záporné pocity	16	53,3 %
Smíšené pocity	6	20 %
Nevzpomněli si	3	10 %

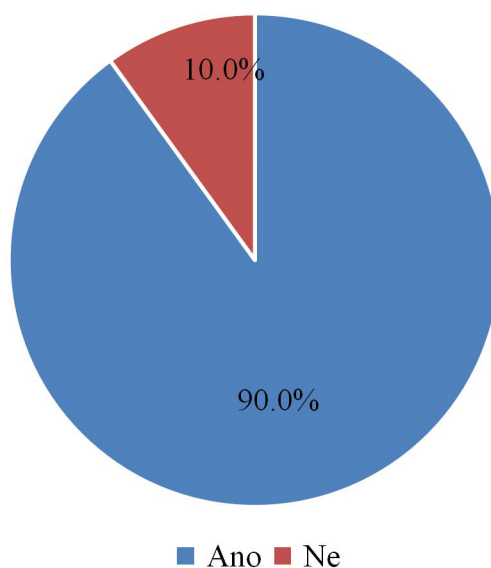
(AUTOR, 2019)

Z odpovědí na otázku č. 6 vyplývá, že více než polovina respondentů prožívala při prvním kontaktu s umírajícím člověkem prožívala záporné pocity. Tato skutečnost vyvrací část hypotézy: První kontakt pracovníků v paliativní péči se smrtí na nich nezanechal negativní pocity.

Otázka č. 7 *Naplňuje Vás povolání všeobecné sestry/ praktické sestry /ošetřovatele?*

Na otázku č. 7 uvedlo 27 respondentů (90 %) odpověď *ano*. Odpovědi *ne* reagovali 3 respondenti (10 %).

Graf 9 Naplňuje respondenty jejich povolání?



(AUTOR, 2019)

Tabulka 12 Naplňuje respondenty jejich povolání?

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Ano	27	90 %
Ne	3	10 %

(AUTOR, 2019)

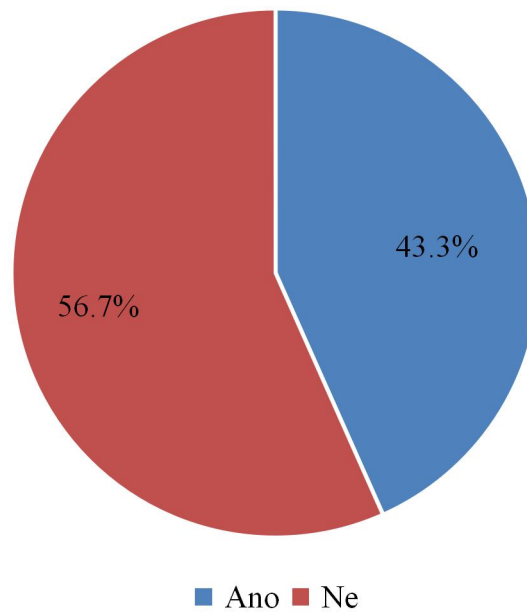
Z odpovědí na otázku č. 7 vyplývá, že ošetrovatelský personál v oboru paliativní péče prožívá ze svého povolání pocit naplnění.

Otázkou č. 7 jsme potvrdily část hypotézy: Personál v paliativní péči zažívá ze svého povolání pocit naplnění.

Otázka č. 8 *Vyrůstal/a jste v rodině mezigeneračního soužití?*

Na otázku č. 8 odpovědělo odpovědí *ano* 13 (43,3 %) respondentů. Odpověď *ne* uvedlo respondentů 17 (56 %).

Graf 10 Vyrůstali respondenti v rodině mezigeneračního soužití?



(AUTOR, 2019)

Tabulka 13 Vyrůstali respondenti v rodině mezigeneračního soužití?

Odpo věď	Poč et respo ndentů	Poč et respo ndentů vyjád řen procentuálně
Ano	13	43,3 %
Ne	17	56 %

(AUTOR, 2019)

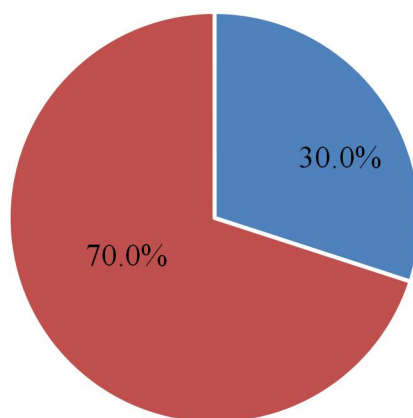
Z tohoto poměru odpovědí plyne, že vyrůstání jedince v rodině mezigeneračního soužití nemá vliv na jeho výběr povolání v oboru paliativní péče v dospělosti.

Otázkou č. 8 jsme vyvrátily tu část hypotézy, že: Vyrůstání v rodině mezigeneračního soužití má vliv na výběr povolání v paliativní péči.

Otázka č. 9 *Jaký je Váš názor na umírání v nemocnici nebo v domácím prostředí?*

Na otázku č. 9 zdůraznilo 9 respondentů (30 %) ve své odpovědi zejména *klady umírání v domácím prostředí a k nemocniční paliativní péči se stavěli záporně*. 21 respondentů (70 %) ve svých odpovědích zastávali názor, že *umírání v domácím prostředí je pro umírajícího lepší cestou, nemocniční paliativní péči však ve své odpovědi nehodnotili záporně*.

Graf 11 Názor respondentů na umírání v nemocničním zařízení nebo domácím prostředí



- Preference umírání v domácím prostředí, záporný názor na umírání v nemocničním zařízení
- Preference domácího prostředí, avšak nehodnocení umírání v nemocničním prostředí záporně

(AUTOR, 2019)

Tabulka 14 Názor respondentů na umírání v nemocničním zařízení nebo domácím prostředí

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Preference umírání v domácím prostředí, záporný názor na umírání v nemocničním zařízení	9	30 %
Preference domácího prostředí, avšak nehodnocení umírání v nemocničním prostředí záporně	21	70 %

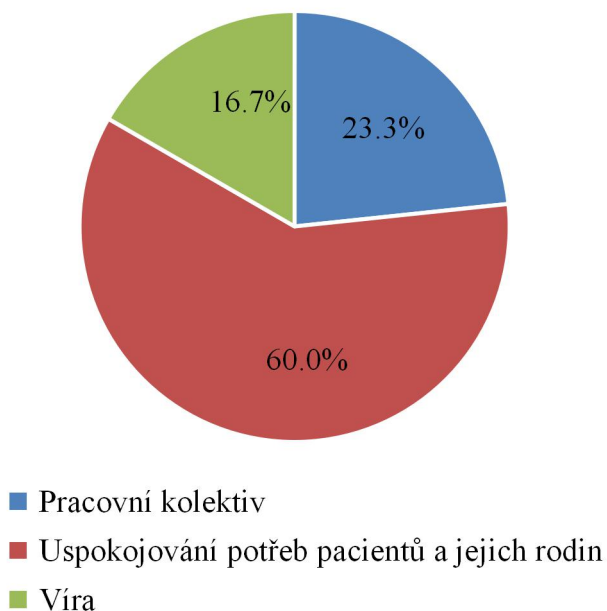
(AUTOR, 2019)

Odpovědi na otázku č. 9 potvrdily hypotézu, že pracovníci v oblasti paliativní péče preferují umírání v domácím prostředí. Ve výpovědích se však opakovaly projevy pochopení s rodinami, které si z různých důvodů nemůžou dovolit domácí péči pro umírajícího člena rodiny, tudíž jejich postoj k umírání v nemocničních zařízeních nebyl zcela odsuzující.

Otázka č. 10 *Dokázal/a byste mi na konkrétním příkladu z Vaší dosavadní praxe popsat situace, které Vám dodávají další motivaci k práci v paliativní péči?*

V odpovědích na otázku č. 10 uvedlo 7 respondentů (23,3 %) jako jejich zdroj dodávání průběžné motivace během vykonávání práce v oboru paliativní péče *pracovní kolektiv*. 18 respondentů (60 %) popisovalo jako průběžný zdroj motivace *uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin*. Jako svou motivaci pro výkon povolání, které úzce souvisí s umíráním a smrtí uvedlo 5 respondentů (16,7 %) svou *víru*.

Graf 12 Zdroje průběžné motivace k práci v paliativní péči



(AUTOR, 2019)

Tabulka 15 Zdroje průběžné motivace k práci v paliativní péči

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů vyjádřen procentuálně
Pracovní kolektiv	7	23,3 %
Uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin	18	60 %
Víra	5	16,7 %

(AUTOR, 2019)

Odpovědi na otázku č. 10 vypovídají, že zdrojem průběžné motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči je uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin.

Otázkou č. 10 Jsme potvrdili část hypotézy, a to, že: Průběžnou motivací pro ošetrovatelský personál během výkonu svého povolání je umožnění důstojného a bezbolestného odchodu umírajícího.

9 VYHODNOCENÍ ANALÝZY ROZHovorŮ VZHLEDEM K HYPOTÉZE

Z analýzy rozhovorů se podařilo potvrdit 7 částí hypotézy definované v kapitole 3, naopak 2 části hypotézy byly vyvráceny.

Tabulka 16 Vyhodnocení analýzy rozhovorů vzhledem k hypotéze

Část hypotézy	Relevantní otázky	Vyhodnocení
Ošetrovatelský personál v paliativní péči disponuje předešlými zkušenostmi ve zdravotnictví, a to především z pracovišť typu interního oddělení, domovů pro seniory a geriatrického oddělení.	Otázka 1	Potvrzeno
Motivace ošetrovatelského personálu v oblasti paliativní péče je ovlivněna jeho postojem k víře.	Otázka 2 a 3	Vyvráceno
Lidé, kteří se rozhodnou pro práci v oboru paliativní péče jsou osobnostně zralí jedinci ve věku 30 let a více.	Otázka 4	Potvrzeno
U pracovníků v paliativní péči převládá skutečnost prvního kontaktu s umírajícím člověkem již v dětském věku.	Otázka 5	Potvrzeno
První kontakt pracovníků v paliativní péči se smrtí na nich nezanechal negativní pocity.	Otázka 6	Vyvráceno
Personál v paliativní péči zažívá ze svého povolání pocit naplnění.	Otázka 7	Potvrzeno
Vyrůstání v rodině mezigeneračního soužití má vliv na výběr povolání v paliativní péči.	Otázka 8	Vyvráceno
Ošetrovatelský personál v oboru paliativní péče upřednostňuje umírání v domácím prostředí.	Otázka 9	Potvrzeno
Průběžnou motivací pro ošetrovatelský personál	Otázka 10	Potvrzeno

Část hypotézy	Relevantní otázky	Vyhodnocení
během výkonu svého povolání je umožnění důstojného a bezbolestného odchodu umírajícího.		

(AUTOR, 2019)

DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na Motivaci ošetrovatelského personálu v paliativní péči. V praktické části jsme směřovali dle stanovené hypotézy právě k zjištění skutečností, které motivují ošetrovatelský personál k vykonávání tohoto fyzicky i emočně velmi náročného povolání.

Jak je již v práci průběžně zmiňováno, paliativní péče jako medicínský obor teprve ve fázi vývoje, proto je důležité pro příznivý rozvoj tohoto odvětví motivovat další pracovníky k této vysoce důležité, humánní práci. Jejíž charakter je spíše lidského poslání pomoci člověku s odchodem z tohoto světa.

Z historie víme, že výraznou roli v motivaci pomáhat lidem v procesu umírání byla víra. Moderní doba v oblasti euroamerické kultury s sebou nese odklon od víry. A to i v péči o umírající. V bakalářské práci je uvedeno téma umírání a smrti v kontextu hlavních světových náboženství. Účelem této části práce je přiblížit zdravotníkům, kteří svou životní filosofií nespojují s žádnou vírou, tuto problematiku, díky které může dojít k lepším vztahům s věřícím pacientem. V dnešní době globalizace, kdy je z podstaty zdravotnického povolání předpokládána čím dál větší konfrontace právě pracovníků z oblasti zdravotnictví s odlišnými kulturami, pokládáme za důležité tuto problematiku rozvíjet.

Poznatky z bakalářské práce poukazují na potřebu specializačního vzdělávání v oboru paliativní péče a touto cestou tak připravovat personál, který bude zvládat tuto problematiku po stránce odborné, psychické i sociální.

Výborná sestra, která se plně postará po stránce odborné o umírajícího, musí být však také připravena poskytovat péči po stránce psychologické. To znamená umět komunikovat a poskytnout psychologickou podporu a po stránce sociální zajistit vyhovující prostředí pro důstojný odchod pacienta. Jako ideální cestu ke vzniku specializace v oboru paliativní péče vidíme v šíření této problematiky do povědomí širší veřejnosti v pracích jako je například tato.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo přiblížení problematiky paliativní péče, umírání a smrti. Dále pak popis a dělení hospicové péče, nemocniční paliativní péče a charakteristika ošetrovatelského personálu, pracujícího v paliativní péči.

Teoretická část bakalářské práce tedy vysvětluje, co je to paliativní péče, uvádí paliativní péči v jejím historickém kontextu a popisuje její formy a typy. Dále jsou definovány pojmy umírání a smrt, které jsou následně vysvětleny v kontextu pěti základních světových náboženství. A to buddhismu, islámu, judaismu, křesťanství a hinduismu. Následuje popis hospice a jeho rozdělení na domácí a lůžkové zřízení. Jako další je popsána paliativní péče v nemocnici, identifikace pacienta vhodného pro paliativní péči v nemocničním zařízení. Popsány jsou také modely paliativní péče v nemocnicích.

Jako další je uvedena charakteristika ošetrovatelského personálu, pracujícího v paliativní péči, ve které je zdůrazněna důležitost osobnostního vývoje jedince v souvislosti vypořádání s problematikou smrti a umírání.

Na základě studia problematiky paliativní péče byla postavena hypotéza, která se zajímá o motivaci ošetrovatelského personálu ve zdravotnickém odvětví paliativní péče.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, co motivuje ošetrovatelský personál k povolání v paliativní péči. Pro získání potřebných informací bylo provedeno třicet polostrukturovaných rozhovorů s deseti předem danými otázkami. Výpovědi respondentů byly následně v praktické části analyzovány a zaznamenány do tabulek a grafů. Na konci praktické části je vyhodnocení všech částí hypotézy. Sedm z devíti částí hypotézy se podařilo potvrdit a dvě části byly vyvráceny.

Z praktické části vyplývá, že personál v paliativní péči je zkušený již z jiných oblastí zdravotnictví a tomuto oboru se věnují především starší a více vyzrálé osobnosti. Pro tento personál je práce s umírajícími naplňující a sama o sobě motivující. Tato

motivace vychází především z uvědomování si důležitosti a smyslu této profese, kterou většina z nich vnímá spíše jako své poslání.

Paliativní péče je mladý obor, který si zcela jistě zaslouhuje náležité rozšiřování do povědomí širší veřejnosti, ať už formou přednášek, publikací, výzkumné činnosti, a snažili jsme se, aby i tato práce přispěla do tohoto rozvoje.

Tato bakalářská práce, jak doufáme, splnila své cíle a pomůže objasnit a více porozumět motivací personálu v paliativní péči a oboru obecně ať už tuto práci bude číst čtenář přicházející z jakéhokoli kontextu, ať už odborného či neodborného.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON., 2017. *Paliativní péče v nemocnicích je u nás zatím výjimkou.* Zdravotnický Deník [online]. [cit. 18.2.2019]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-u-nas-zatim-vyjimkou-jak-se-zlepsit-naznaci-prazska-konference/>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE., 2017. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku.* [online]. APHPP. [cit. 23.3.2019]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20%C4%8CR%20-%20final.pdf>

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.* První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

BRICHTOVÁ, H. a kol., 2007. *Stanovisko České anatomické společnosti k výstavě Bodies.* [online]. Česká anatomická společnost. [cit. 18.1.2019]. Dostupné z: <http://cas.lf1.cuni.cz/stanoviskoCAS.html>

CLARK, D., 2014. *Women pioneers in 19th century hospice care.* [online]. University of Glasgow [cit. 9.3.2018]. Dostupné z: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/women-pioneers-in-19th-century-hospice-care/>

HAWKINS, P. a kol., 2016. *Supervize v pomáhajících profesích.* Druhé vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0987-4.

CHÖDRÖN, T., 2017. *Buddhismus pro začátečníky v otázkách a odpovědích.* První vydání. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-7364-053-8.

KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče.* První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, L. a kol., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016.* Situační analýza. [online]. Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 10.2.2019] Dostupné z:

<https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situačni-analyza-paliativni-pece.pdf>

KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. První vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

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. *Psychologické aspekty paliativní péče*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

LOUČKA a kol., 2018. *Paliativní péče v hlavním městě Praha, analýza*. Praha: Centrum paliativní péče.

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

ONDRAČKA, L. a kol., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. První vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6.

OPATRNÝ, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. První vydání. Červený Kostelec: Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

PALÁN, A. a kol., 2018. *Neboj se vrátit domů*. První vydání. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-249-0.

PEŘINA, J., 2016. *Historie paliativní péče*. [online]. Umírání.cz [cit. 9.3.2019].

Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

RADBRUCH a kol., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče, doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [online]. Cestadomů.cz [cit. 19.3.2019].

Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf

ŘÍČAN, P., *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Šesté vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.

SELF, D., 2009. Encyklopedie světových náboženství. První vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-282-4.

SMITH, C., 2012. *A Hospice Guide Book: Hospice Care: A Wise Choice Providing Quality Comfort Care Through the end of Life's Journey*. Bloomington: Inspiring Voices. ISBN 978-807-1955-801.

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

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

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

TEMEL, J. et al. 2010. *Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer*. [online] The New England Journal of Medicine [cit. 9.3.2019] Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>

VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. Deváté vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

PŘÍLOHY

Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha C - Průvodní list k rešerši

Příloha D - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

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	Marie-Anna Matyásková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.AVS
Téma práce	Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Hospic Dobrého pastýře, tří o.p.s	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Eubica Kurucová	
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	

v ČERČANECH dne 10.1.2019

podpis studenta

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

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

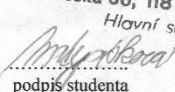


PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	Marie-Anna Matyásková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.AVS
Téma práce	Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Paliativní péče, Nemocnice milosrdných sester a sv. Karla Boromejského v Praze	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Eubica Kurucová	
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	

V Praze dne 19. 12. 2018


 podpis studenta
 J. Balašová
 Nemocnice milosrdných sester
 sv. Karla Boromejského v Praze
 Vlašská 36, 118 33 Praha 1
 Hlavní sestra

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Marie-Anna Matyásková

Název práce:

Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

dle zadavatele (není-li uvedeno jinak, tak 10 let, tzn. 2009-2018), pokud možno, jsou práce seřazeny od nejnovější k nejstarší.

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta,

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovacca (BMČ – články)

Cinahl

Objednavatel potvrzuje, že se jedná o rešerši pro osobní potřebu koncového uživatele ve smyslu Zákona č. 121/2000 Sb., oddíl 2, § 30.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta