

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU  
SESTRY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Havlíčková**

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Klára Kolářová, MBA**

2024

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**HOSPICE PALLIATIVE CARE FROM THE NURSE'S  
PERSPECTIVE**

Bachelor's thesis

**Author: Lucie Havlíčková**

**Supervisor: Mgr. et Mgr. Klára Kolářová, MBA**

2024

**Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

(podpis)

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. Kláře Kolářové, MBA, za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, ochotu a možnost osobních konzultací v průběhu zpracování bakalářské práce. Ráda bych poděkovala i všem respondentkám, které byly ochotné mi poskytnout rozhovory. Poděkování také patří i celé mé rodině za jejich podporu během celého studia.

# Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část .....	9
1. Paliativní péče.....	10
1.1 Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC).....	11
1.2 Charakteristika .....	11
1.3 Postup v závislosti na stádiu onemocnění.....	12
1.3.1 Fáze kompenzovaného onemocnění .....	12
1.3.2 Fáze zlomu neboli nevratně progredujícího onemocnění .....	12
1.3.3 Terminální fáze (terminální stádium onemocnění).....	13
1.4 Dělení paliativní péče .....	13
1.4.1 Obecná paliativní péče.....	13
1.4.2 Specializovaná paliativní péče.....	13
1.5 Historie paliativní péče .....	14
1.6 Přístup k paliativní péči .....	15
1.6.1 Tradiční přístup k paliativní péči .....	15
1.6.2 Moderní (integrovaný) přístup k paliativní péči .....	15
1.7 Zařízení, která poskytují paliativní péči .....	16
1.7.1 Nemocniční paliativní péče .....	16
1.7.2 Lůžková hospicová péče.....	16
1.7.3 Domácí hospicová péče a ambulantní služba .....	17
1.7.4 Stacionární péče hospicová.....	18
2. Hospic .....	19
2.1 Základní hlediska hospicové péče .....	19
2.2 Hospicová péče .....	19

2.2.1	Plán péče .....	19
2.2.2	Hodnocení potřeb.....	20
2.2.3	Etické a právní aspekty péče.....	20
2.2.4	Standardy hospicové péče.....	20
2.3	Materiální a technické vybavení .....	21
2.4	Ukončení péče.....	21
2.4.1	Předčasné ukončení hospicové péče .....	21
2.4.2	Ukončení péče úmrtím pacienta .....	21
2.5	Hospic Anežky České v Červeném Kostelci .....	22
2.5.1	Péče o pozůstalé v Hospici Anežky České .....	22
3.	Sestra v paliativní péči .....	24
3.1	Multidisciplinární tým .....	24
3.1.1	Složení týmu .....	24
3.2	Role sestry v hospicové paliativní péči.....	25
3.3	Vzdělání v oboru paliativní péče .....	26
3.3.1	Rozdělení vzdělávání v oboru paliativní péče .....	26
3.3.2	Možnosti vzdělávání v oboru paliativní péče .....	27
3.4	Motivace sester v paliativní a hospicové péči .....	28
3.5	Specifika práce.....	32
3.5.1	Práce sestry na lůžkovém oddělení .....	32
3.5.2	Práce sester v mobilním hospici .....	33
3.6	Syndrom vyhoření v paliativní péči.....	34
3.6.1	Syndrom vyhoření.....	34
3.6.2	Stádia vyhoření .....	36
3.6.3	Rizikové faktory .....	38
	Empirická část.....	40
4.	Cíle výzkumu.....	41

5.	Metodika výzkumného šetření.....	42
5.1	Metodologie výzkumu .....	42
5.2	Charakteristika respondentek.....	42
5.3	Zpracování dat .....	43
6.	Vyhodnocení výzkumu .....	44
6.1	Kategorie demografické údaje .....	45
6.2	Kategorie pracovní vývoj.....	47
6.3	Kategorie motivace k výkonu povolání .....	49
6.4	Kategorie limity v hospicové péči .....	53
6.5	Kategorie dovednosti sestry v paliativní péči .....	56
6.6	Kategorie psychohygiena.....	59
6.7	Kategorie psychohygiena.....	60
6.8	Kategorie víra .....	65
6.9	Paradigmatický model .....	67
7.	Diskuse.....	71
	Závěr .....	79
	Abstrakt.....	80
	Seznam použité literatury a zdrojů.....	82
	Seznam zkratk .....	86
	Seznam tabulek .....	87
	Seznam příloh .....	88
	Přílohy.....	89

# Úvod

Tématem mé bakalářské práce je problematika paliativní a hospicové péče z perspektivy zdravotních sester. Ošetřující personál tráví s pacienty v těchto zařízeních většinu času a často se stává nejbližší osobou, kterou pacienti v této fázi života mají. Zdravotní sestry a ošetřující personál poskytují pacientům nejen pocit bezpečí a pohodlí, ale také záruku, že nebudou osamoceni na konci života.

I když smrt a umírání jsou tématy, o kterých se nemluví a často jsou vytlačeny z našich myslí, pro sestry pracující v hospicových zařízeních je práce s umírajícími hlavním důvodem pro výběr tohoto náročného povolání. V současné době se péče o umírající opět vrací do domácího prostředí, což je dáno zejména spoluprací všeobecných sester a lékařů specializujících se na paliativní péči a zvýšenou osvětou a informovaností veřejnosti o této problematice.

Kdybychom se ptali sami sebe, kde bychom chtěli strávit své poslední chvíle nebo kde bychom chtěli doprovázet naše blízké, většina by odpověděla, že by to bylo doma, v prostředí, které nám je nejbližší, na naší vlastní posteli, obklopeni lidmi, kteří nám byli nejvíce oporou a láskou během celého života. Domácí prostředí poskytuje pacientovi a jeho rodině ideální podmínky k důstojnému rozloučení a doprovázení na poslední cestě. Držet za ruku milovaného, poděkovat mu za všechno, co pro nás znamenal, a být s ním až do jeho posledního dechu. Díky modernímu přístupu k paliativní a hospicové péči je dnes možné poskytnout podporu a sílu rodině při doprovázení svého blízkého na jeho poslední cestě.



## **Teoretická část**

# 1. Paliativní péče

Rapidní rozvoj medicíny v jednadvacátém století s sebou přináší mnoho výhod. Markantně prodlužuje průměrnou délku života, dokáže si poradit s mnoha chorobami, na které ještě v nedávné době nebyla žádná dostupná léčba. Dnešní moderní medicína se ubírá směrem takzvané „vítězné medicíny“, kde se zvládá převážnou většinu chorob zcela vyléčit, nebo dostat do stadií, v nichž pacient bude moci dále žít plnohodnotný život. Léčba chorob je orientovaná na jednoznačný cíl, kterým je uzdravení a kompletní vyléčení z choroby či nemoci. Jiná možnost je v dnešní době považována za selhání či neúspěch léčby. Stalo se samozřejmostí, že současné léčebné metody a technologie umí pomoci téměř za každých okolností. Přes veškerý pokrok v léčbě mnoha onemocnění si musíme uvědomit, že každý z nás jednou zemře. Na mnoho závažných onemocnění ani v dnešní době neexistuje vhodná léčba. Samotná přítomnost smrti nebo umírání přináší spoustě lidí úzkosti, pocity strachu a beznaděje. Lidé se často obávají smrti, jelikož nejsou dostatečně informováni o důstojném odcházení. Kladou si otázky o zachování jejich důstojnosti, nechtějí na konci svého života trpět, přejí si strávit poslední dny se svou rodinou. Aby tento křehký čas mohli nemocní prožít v co největším komfortu a pokud možno s co nejvíce naplněnými vlastními potřebami, dostává se zde prostoru paliativní péči. Pro vystižení paliativní péče existuje mnoho definic (Loučka, Sláma, 2018, str. 3).

## **Definice dle WHO z roku 2002**

*„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného ujištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychických, sociálních a duchovních potíží“ (Světová zdravotnická organizace, 2002).*

## **Definice doporučená EAPC (Evropská asociace pro paliativní péči)**

*„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Velmi důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů“ (EAPC, 2023).*

## 1.1 Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC)

**Evropská asociace pro paliativní péči** (dále jen EAPC) je sdružení odborníků v paliativní medicíně a péči, které publikuje a poskytuje podnětné články a poskytuje online platformu pro rozvoj paliativní péče v Evropě i mimo ni (EAPC, 2023).

Nejednotnost standardů a norem v paliativní a hospicové péči představuje určité zbrzdění ve vývoji paliativní péče v Evropě. Díky tomu se nedávno EAPC rozhodla provést průzkum zabývající se vývojem paliativní péče v Evropě. Skupina pod vedením Carlose Centena a Davida Clarka zveřejnila výsledky v publikaci EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, v níž poprvé uvádí údaje umožňující porovnání systému poskytování paliativní péče napříč jednotlivými evropskými zeměmi (Radbruch, Payne a kol., 2010).

Výzkum ukázal stejné nebo podobné charakteristické rysy pro paliativní péči v Evropě, dále ale také upozornil na výraznou rozmanitost vývoje a struktury paliativní a hospicové péče. Rozdíly, které se ve výzkumu objevily, poukazují na její různé chápání a přístup k paliativní a hospicové péči. Z průzkumu tedy plyne, že aby byl naplněn předpoklad jednotného poskytování péče, je nutné vypracování společné terminologie. Na podkladě stanovené terminologie mohou vzniknout všeobecné normy a standardy pro poskytování paliativní a hospicové péče. Normy a standardy EAPC popisují, jak kvalitní by měla paliativní péče být. Normy se zaměřují na definice a terminologii v oblasti paliativní péče, společné hodnoty a celkovou filozofii paliativní a hospicové péče. Udávají úroveň a kvalitu poskytované péče, určují skupiny pacientů, kteří mají nárok na paliativní péči, dále také udávají zařízení a služby, které by měla každá paliativní péče mít. EACP udává doporučení na složení multidisciplinárního týmu. Dále se zabývá dostupností vzdělání v oboru paliativní péče. Uceluje systém vzdělávání zdravotníků, kteří mají odbornost v paliativní péči (Radbruch, Payne a kol., 2010).

## 1.2 Charakteristika

Paliativní péče je primárně zaměřena na chronicky nemocné pacienty. Jedná se o onemocnění, která nelze vyléčit. U těchto pacientů je nejdůležitější snaha zmírnit či dokonce odstranit obtíže spojené s důsledkem jejich nevléčitelné nemoci. Neusiluje ani tak o prodloužení života, jak se mnoho lidí domnívá. Pouze je snaha docílit co nejvíce důstojné odcházení, ať už v řádu dní, nebo v mnoha případech i let (Bužgová, 2015).

Péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do svého celku zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče 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. Umírání a smrt považuje za normální proces. Odcházení však ani neurčuje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti (Radbruch, Payne, 2010).

Pacienti, kteří mohou mít prospěch z paliativní péče, jsou nejčastěji postiženi nádorovým onemocněním, nebo mají konečná stadia chronických onemocnění, kterými jsou například srdeční selhání, cirhózy jater, neurologická onemocnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011).

### **1.3 Postup v závislosti na stádiu onemocnění**

#### **1.3.1 Fáze kompenzovaného onemocnění**

Díky symptomatické a kauzální léčbě se projevy onemocnění zvládají udržet pod kontrolou. Díky tomu je pacientův stav na velmi dobré úrovni. Tato fáze může trvat několik měsíců až řadu let. Nejčastěji se s fází kompenzovaného onemocnění můžeme setkat u chronických nevléčitelných chorob. Do této skupiny řadíme CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), srdeční selhávání, diabetes mellitus. V kompenzovaných fázích onemocnění se klade důraz na preventivní opatření, vzhledem k dobré prognóze předpokládané délce života. V případě potřeby je obvykle indikována plná resuscitační a následná intenzivní péče pro záchranu pacientova života. Z této skutečnosti plynou jasné cíle, jež jsou zmírnění nebo odstranění symptomů, které by pacienta limitovaly v běžném životě, popřípadě nabídnutí kauzální terapie, která by mohla pacientův stav na delší dobu zlepšit. Dále také dlouhodobě dbát na kvalitu života či umožnit vykonávat běžné denní činnosti bez limitace nevléčitelnou chorobou (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011).

#### **1.3.2 Fáze zlomu neboli nevratně progredujícího onemocnění**

Onemocnění přestává reagovat na kauzální léčebné postupy. Dochází k celkovému zhoršení stavu, postupně začíná selhávat jedna nebo více orgánových soustav. Odhadovaná prognóza života je v této fázi velmi rozdílná. Pohybuje se v řádu týdnů až měsíců. Můžeme pozorovat rychlé zhoršování stavu a celkové fyzické i psychické zdatnosti pacienta. V této fázi

je již indikace resuscitační léčby velmi individuální, jelikož prognóza pacientů již není v mnoha případech ideální (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011).

### **1.3.3 Terminální fáze (terminální stádium onemocnění)**

Dochází k postupnému a rapidnímu nevratnému zhoršování celkového stavu nemocného. Selhává zde jeden nebo i více funkčních systémů. Za terminální fázi pokládáme obvykle poslední dny ojedinele týdny onemocnění. Cílem symptomatické léčby je v této fázi minimalizovat diskomfort, který mohou pacienti pociťovat, díky tomu může paliativní péče v terminálním stádiu onemocnění umožnit klidnou a důstojnou smrt. Cílem terapie není smrt urychlit, ale ani ji zbytečně oddalovat. V této fázi již není indikovaná akutní resuscitační péče (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011).

## **1.4 Dělení paliativní péče**

### **1.4.1 Obecná paliativní péče**

Její součástí je dobrá kvalita klinické péče o pacienta v pokročilém stádiu jeho nemoci, pouze nespeciálně proškoleným týmem na paliativní péči. Skládá se z dobré komunikace zdravotníka s rodinou, orientace léčby s ohledem na kvalitu života pacienta a účinné léčby symptomů a psychosociálního strádání. S touto péčí se nejčastěji pacient setká v běžném zdravotním zařízení. Ačkoliv obecná paliativní péče nenahradí speciální paliativní péči, má větší zastoupení. Tuto formu by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Stále není dostatek lůžek a zařízení, které by pokryly potřeby na specializovanou paliativní péči (Marková, 2010, str. 20).

### **1.4.2 Specializovaná paliativní péče**

Péči specializovanou poskytuje personál vyškolený pro obor paliativní medicína a péče. Tým, který poskytuje péči, je multidisciplinární, díky tomu se pacientovi dostane velmi kvalitně holisticky zaměřená péče. Ta je nejčastěji indikovaná tam, kde pacient nebo jeho rodina mají obtíže se zvládnutím jeho stavu, a kde již svou komplexností přesahují limity obecné paliativní péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011).

## 1.5 Historie paliativní péče

Dá se říct, že paliativní péče je jedním z nejstarších oborů. Ještě v nedávné historii, před markantním rozvojem medicíny takové, jakou ji známe dnes, byla léčba většiny chorob zaměřena především na zmírnění příznaků a obtíží, málokdy se stávalo, že se léčila přímo příčina onemocnění. Díky velkému rozvoji léčby, která je aktuálně zaměřena na kauzální, se naskytl prostor pro myšlenku k vytvoření paliativní péče pro pacienty, kteří již nemohou těžit z kauzální léčby v důsledku svého onemocnění, které je ve všech případech nevléčitelné (Kupka, 2014).

Samostatný obor paliativní péče se začal rozvíjet až ve druhé polovině dvacátého století. Řadí se tedy mezi obory, které vznikly teprve nedávno, ačkoliv jeho kořeny sahají do dávné historie. Obor paliativní medicíny poskytuje odbornou péči pro nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu jejich choroby. Cílem paliativní péče je zmírnění bolesti, tělesného i duševního strádání, zachování lidské důstojnosti v poslední etapě života, podpora blízkých. Zaměřuje se hlavně na zmírnění bolestí a psychickou podporu pacienta a rodiny. Přibližně před osmdesáti lety ještě nebyla umírajícím věnována velká pozornost. Přitom smrt je základní lidské téma. Neodmyslitelně patří k situaci, která se jednou bude týkat každého z nás. Smrt a smysl života jsou od pradávna spojeny (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011).

Tradičně se paliativní péče zaměřovala jen na pacienty, kteří se nacházeli v pokročilém nebo terminálním stádiu onkologické nemoci. V posledních desetiletích dochází k nárůstu pozornosti věnované pacientům, kteří trpí chronickou neonkologickou chorobou, která se nedá vyléčit a obor si postupně hledá své místo v medicíně (Puckett a Goodlin, 2020).

Postup paliativní léčby je vždy nutné konzultovat přímo s nemocným. Pacient si sám nastaví priority své léčby. Každý pacient se může nacházet v jiné psychické fázi umírání. Podle Elisabeth Kübler-Rossové má umírání 5 fází. Fáze negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Tyto fáze nemusí jít striktně za sebou, mohou se v průběhu umírání opakovat nebo se zastavit na jednom bodu. Fázemi neprochází pouze pacient, ale celá jeho rodina. Mnohdy se stává, že pacient je již několik fází napřed než jeho rodina (Kübler-Ross, 1992).

## **1.6 Přístup k paliativní péči**

Ve 21. století se razantně mění přístup k paliativní péči. Paliativní péče není již doporučována pouze onkologicky nemocným, ale začínají se do jejího konceptu implementovat i onemocnění, která mají chronický charakter. Dříve byla paliativní léčba doporučována pacientům, kteří již byli v terminálním stadiu onkologického onemocnění. Moderní přístup k paliativní péči dal prostor i pro chronická onemocnění, jako je například srdeční selhání, kde prognóza a život s onemocněním může být v poměru s onkologickou prognózou delší, přestože projevy a symptomy chronického onemocnění mohou rapidně ovlivňovat život pacienta. Díky této skutečnosti dostal prostor moderní přístup v paliativní péči takzvaný integrovaný (Puckett a Goodlin, 2020).

### **1.6.1 Tradiční přístup k paliativní péči**

Postupem času se s rozvojem medicíny a s neustálým zdokonalováním oboru paliativní péče v posledních letech upouští od klasického historicky staršího přístupu k zařazení pacienta do paliativní péče. Tradiční model spočíval v zařazení pacienta do péče až na sklonku jeho života v takzvaném terminálním stádiu onemocnění. Pacientovi prognóza předpovídala posledních pár týdnů či dnů života. Díky tomu nemohl pacient naplno těžit z benefitů paliativní péče. Ve světě, ale i v České republice, se paliativní týmy snaží od tohoto modelu upouštět a postupně implementovat modernější přístup k paliativní péči. V tradičním přístupu nebylo možné, aby se pacientův stav zlepšil, vždy se postupovalo pouze ke zhoršení stavu. Pokud se stav pacienta zlepšil, byl vyřazen z paliativní péče (Puckett a Goodlin, 2020).

### **1.6.2 Moderní (integrovaný) přístup k paliativní péči**

Paliativní péče je integrována do časně léčby pacienta. Koncept moderního přístupu integruje neboli začleňuje paliativní péči již do kurativní léčby. Využívá se takzvané „supportive care“, v překladu podpůrné péče. V praxi to znamená, že se léčebné postupy vzájemně prolínají s paliativní péčí a jejími prvky. Potřeba paliativní a podpůrné intervence v moderním pojetí přetrvává, i když jsou funkce a stav pacienta optimalizovány. Díky tomu může i pacient s chronickou nevyлéčitelnou chorobou žít plnohodnotný život (Puckett a Goodlin, 2020).

## 1.7 Zařízení, která poskytují paliativní péči

### 1.7.1 Nemocniční paliativní péče

Paliativní péče v nemocnicích by měla předcházet hospicové péči jako takové. V prostředí nemocnic se můžeme setkat s paliativní péčí ve formě **konziliárních paliativních** týmů, které pomáhají s péčí o pacienty z různých oddělení. Působí spíše jako expertní poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení. Druhou možností, jak zajistit paliativní péči v nemocničním prostředí jsou **lůžková paliativní oddělení**. Toto oddělení se vyznačuje podobou lůžek a prostředím jako v hospicovém zařízení. V České republice zatím nejsou paliativní oddělení běžnou součástí nemocnic (Centrum paliativní péče, 2018).

Hlavním cílem dnešní paliativní péče je *„umožnit umírajícím dožít svůj život až do konce ve vlastním domově po boku svých blízkých“* (Student, 2006, str. 93).

Jen pokud umírání doma není proveditelné ze závažného důvodu nebo již rodina doma nezvládá péči o svého blízkého, přichází v úvahu lůžková péče. Z toho plyne, že se hospicová péče z velké části přesunula do ambulantní sféry, která se odehrává u pacienta doma. Stále jsou ale v současné době využívány tři základní druhy hospicové péče (Student, 2006).

### 1.7.2 Lůžková hospicová péče

Mezi veřejností nejvíce známá forma péče. Tato forma je nejčastěji poskytována pomocí menších zařízení, kde se nachází přibližně kolem 25 lůžek. Díky tomu je zajištěna individualizovaná péče dle holistických potřeb každého pacienta. Lůžková zařízení vlastní velmi specializované vybavení, které běžně v nemocnicích nenaleznete. Již samotné vybavení pokojů je velmi odlišné, než jak je tomu v nemocnici. Nejčastěji jsou pokoje jednolůžkové nebo dvoulůžkové, aby bylo zachováno maximální soukromí pacienta. Také samotný vizuál pokojů nepřipomíná nemocniční zařízení. Moderní lůžkové hospice vytvářejí dojem domácího prostředí tak, aby měl pacient a jeho rodina neustále pocit bezpečí a pohodlí. Návštěvní hodiny jsou dle potřeb pacienta, neexistuje žádné omezení styku pacienta s rodinou. Pokud si pacient bude přát přítomnost rodiny přes noc, personál jim to umožní. Rodina si může brát na návštěvu i domácího mazlíčka, pokud si to pacient přeje. Díky těmto opatřením má umírající větší pocit bezpečí. Pacient má možnost také využití pastorační péče, do lůžkových hospiců dochází každý den pastorační pracovník. Mnoho pacientů, kteří dříve neměli vztah k náboženství, se



na sklonku života může uchýlit k víře, která jim pomáhá se vyrovnat se svým osudem. Dále do lůžkového hospice dochází dobrovolníci se psy, kteří pacientům vykouzlí úsměv na tváři, nebo různé spolky dobrovolníků (Kupka, 2014).

### 1.7.3 Domácí hospicová péče a ambulantní služba

Mobilní domácí péče zažívá v posledních letech velký rozvoj a růst. Jak z ekonomického a psychologického, tak i ze sociálního hlediska je domácí hospicová péče jednou z hlavních a stěžejních forem. Díky mobilitě se zvládne specializovaný tým postarat o více pacientů, než by tomu bylo v lůžkovém hospici. Pacient se cítí ve svém prostředí lépe. Mnoho pacientů si již dříve přálo umírat a dožít si svůj život přímo ve svém domácím prostředí. Díky velké tužbě a potřebám pacientů mohla vzniknout myšlenka na mobilní hospicové služby. Většina umírajících se cítí nejlépe doma. V určité fázi onemocnění není ani lůžková léčba třeba a ztrácí tak svůj smysl (Student, 2006).

Pro domácí hospicovou péči se hodí jakýkoliv pacient, který projeví přání odejít v klidu a bezpečí vlastního domova. Jediná podmínka bývá spolupráce rodiny pacienta. Ve většině případů se ze strany rodiny pracovníci domácí péče setkávají s pozitivním přístupem k domácí hospicové péči. *„Jedná se tedy převážně o domácí péči prováděnou laiky za pomoci domácí péče prováděnou profesionály“* (Parkes, Relfová, Couldriková, 2007; Kupka, 2014, str. 99).

Mnoho úkonů se zvládne rodina naučit a vykonávat sama za pomoci odborného zaučení zdravotníky. Rodina může kdykoliv zažádat o pomoc psychologa nebo jakéhokoliv personálu z domácí hospicové péče (Kupka, 2014).

Ambulantní neboli mobilní hospicová péče musí splňovat určitá kritéria. Poskytování služby by mělo fungovat na bázi 24hodinové pohotovostní služby, kde by měl paliativní tým být schopen dojezdové doby v případě akutního stavu. Dojezdová doba se může lišit v řádu minut, odvíjí se dle vzdálenosti trasy a dopravní situace. Péče by měla být poskytnuta nejdéle do jedné hodiny od vyžádání výjezdové služby. Měl by také být stále dostupný paliativní lékař, který musí být schopen akutního výjezdu (Student, 2006).

#### **1.7.4 Stacionární péče hospicová**

Tato léčba je možná v případě místa bydliště v blízkosti klasického lůžkového hospice. *„Fungování této péče vypadá tak, že ráno je pacient přivezen rodinou, nebo dopravou hospicového zařízení do denního stacionáře“* (Kupka, 2014, str. 107).

Zde jsou pacientovi prováděny úkony, které by rodina sama v domácím prostředí nezvládla. Nejčastěji je to podávání chemoterapie, nebo jiné paliativní léčby. Večer je opět přivezen rodinou nebo dopravou z daného zařízení domů. Stacionární hospicová péče má i preventivní charakter, funguje jako azylový dům, pokud si rodina potřebuje na malou chvíli odpočinout od náročné péče o svého blízkého. Díky tomu se předchází vyčerpání rodiny a konfliktům mezi pacientem a rodinou (Kupka, 2014).

## 2. Hospic

Pojem hospic vychází z latinského slova *hospitium*, což doslovně znamená útulek nebo útočiště. V dávných dobách sloužil hospic jako „útulek pro chudé“. Hospicové hnutí vzniklo v Anglii kolem první poloviny 19. století. V roce 1847 v Lyonu – ve Francii vznikl první hospic. Zakladatelkou byla Jeanne Garnierová. Proces utváření hospicové péče již započal o několik let dříve, kdy právě Jeanne Garnierová založila společenství žen, které se věnovalo právě péči o nevléčitelně nemocné. Pojem „hospic“, tak jak ho známe dnes, bylo jen úspěšné vyústění tohoto procesu. Neznamena to však, že by se dříve o nevléčitelně nemocné nikdo nestaral a nezajímal. Už ve středověku se nachází první zmínky o prostorech se speciálními místy pro nevléčitelně nemocné. Ta se nacházela v kláštorech, veškerou péči o nemocné prováděli řádové sestry (Peřina, 2016).

### 2.1 Základní hlediska hospicové péče

Princip hospicové péče spočívá v poskytování zejména odborné paliativní péče odborníky, kteří jsou na tuto profesi řádně proškoleni. Péče je určena pro nemocné všech indikačních, diagnostických, ale i věkových skupin. Hospice se dělí na dětské hospice a hospice pro dospělé. Při přijetí do hospice je průměrná předpokládaná délka dožití dle posouzení lékaře kratší než šest měsíců. Zásadní je zde léčba bolesti a dalších symptomů. Dále je zde poskytována péče v oblasti psychosociálních a duchovních potřeb pacientů. Rozhodnutí o poskytování hospicové péče je v kompetenci lékaře na přání pacienta a jeho rodiny. Formy poskytované hospicové péče závisí na dostupnosti a možnostech v okolí nemocného, schopnosti a ochotě rodinných příslušníků, dostupnosti mobilní nebo lůžkové hospicové péče (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### 2.2 Hospicová péče

#### 2.2.1 Plán péče

Plán péče je určen multidisciplinárním týmem na základě potřeb pacienta. Důležité v plánování hospicové péče je vytyčení cílů dle potřeb a přání pacienta. Veškeré plány péče se musí hodnotit dle speciálních hodnotících škál pro hospicové zařízení. Do plánu péče

se zahrnují také potřeby rodinných příslušníků, které mohou ovlivňovat průběh pacientova odcházení. O plánu péče je vedena podrobná dokumentace (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### **2.2.2 Hodnocení potřeb**

Hodnocení potřeb a péče o tělesný komfort pacienta je jednou z hlavních součástí, kterou se multidisciplinární paliativní tým zabývá. Každé hospicové zařízení používá speciální hodnotící škály, které jsou přímo určené pro hospicovou a paliativní péči. Pacienty v pokročilých stádiích nevléčitelné nemoci nejčastěji trápí bolest, dušnost, únava, slabost a nevolnost. Sestra ve spolupráci s lékařem aktivně vyhledává potíže, které zapříčínují diskomfort pacienta. Hospicová péče je komplexní a nahlíží na pacienta jako na celek. Zaměřuje se tedy i na psychologickou, sociální a duchovní složku (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### **2.2.3 Etické a právní aspekty péče**

Hospicová péče je poskytována v souladu s etickým kodexem a národními i mezinárodními úmluvami o právech pacientů a péči v závěru jejich života. Péče zajišťuje zkvalitnění závěru života. Na základě podstaty hospicové péče jako takové je v České republice eutanazie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) nebo asistovaná sebevražda nepřijatelná a protiprávní. Eutanazie je v nesouladu s myšlenkou hospice (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### **2.2.4 Standardy hospicové péče**

Hospicová péče závisí na přání pacienta, jeho rodiny a odborném posouzení lékaře. Pacient má právo být informován o možnostech a podmínkách péče. Pacientovi je vyhotovena smlouva o poskytování hospicové paliativní péče. Ta by měla obsahovat popis pacientových cílů, kterých chce dosáhnout díky hospicové péči, popis poskytované péče (její průběh, rozsah, podmínky), podmínky pro vypovězení smlouvy (pacient má právo kdykoliv od smlouvy odstoupit). Důležitá je dokumentace péče a poskytovaných služeb. Je vedena jednotně, přehledně, odráží pacientův stav a stanovený plán péče. Obsahuje ošetrovatelské intervence

a postupy. Každé hospicové zařízení by mělo postupovat dle vlastních vnitřních předpisů (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

## 2.3 Materiální a technické vybavení

Ideální materiální a technické vybavení by mělo odpovídat specifickým potřebám jednotlivých typů hospicové péče. Množství a druhy pomůcek, přístrojů pro hospicovou péči se odvíjí od počtu lůžek a nejčastějších diagnóz, na které se daný hospic zaměřuje. Nezbytným materiálním vybavením pro **lůžkovou péči** jsou: *elektrické polohovací lůžko (dle počtu pacientů + 2 náhradní lůžka), antidekubitní, polohovací pomůcky, injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu, lineární dávkovač léků, odsávačky, mobilní oxygenátor nebo centrální rozvod kyslíku, glukometr, přenosné EKG, základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci, WC židle pojízdné a stabilní k lůžku, chodítko pojízdné, pojízdný vozík do sprchy, pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem, signalizační zařízení a další drobné pomůcky.* Každý mobilní hospic by měl mít možnost zapůjčení potřebného vybavení a materiálů pro zajištění kvalitní a důstojné péče v domácím prostředí. Potřebné materiální vybavení pro **mobilní péči**: *elektrická polohovací lůžka, antidekubitní, polohovací pomůcky, pumpa pro podávání parenterální/enterální výživy, lineární dávkovač léků, odsávačky, oxygenátor, WC židle, chodítka, pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem, brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři (1 sestra = 1 brašna), telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou* (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

## 2.4 Ukončení péče

### 2.4.1 Předčasné ukončení hospicové péče

Ukončení péče je možné na vlastní žádost pacienta a jeho rodiny. Přání pacienta je vždy respektováno, na základě předčasného ukončení péče je pacientovi nabídnuto řešení přijatelné pro obě strany (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### 2.4.2 Ukončení péče úmrtím pacienta

Každé hospicové zařízení má písemně stanovená závazná pravidla pro zacházení s tělem zemřelého, pozůstalostí a další péčí o pozůstalé. Tento postup je zaznamenán ve vnitřním

předpisu zařízení a personál by se podle něj měl řídit. Veškerá péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou, respektem k zemřelému a zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu se zákony. Po úmrtí pacienta je jeho rodině poskytnuta bezprostřední pomoc. Hospice nabízí systematickou podporu v období truchlení (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

## **2.5 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci**

Hospic Anežky České, jakožto první hospic v České republice, se stal modelem pro ostatní vystavěné hospice na českém území. Tento hospic je rozdělen na 2 patra a dohromady poskytuje 30 lůžek. Nachází se zde 14 jednolůžkových pokojů, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové. Na jednolůžkových pokojích je k dispozici přistýlka, která může být poskytnuta pro rodinné příslušníky, pokud si přejí být s pacientem neustále v kontaktu. Veškerá atmosféra a chod hospice je co nejvíce přizpůsoben pacientům a jejich rodinám. Hospic byl vystavěn tzv. „na zelené louce“ to znamená, že stavba spočívala ve strategickém vybrání vhodného pozemku, kde se nejevily žádné limity ani omezení ve výstavbě. Budova tedy mohla vzniknout na základě vlastních představ a cíleně být vystavěna pro účely dnešního hospice. Díky této skutečnosti se hospic mohl vybudovat podle vzoru Londýnského hospice svatého Kryštofa. Za hlavní zakladatelku se považuje MUDr. Marie Svatošová. Ona a její tým navštívili před výstavbou hospice svatého Kryštofa, aby načerpali dostatek znalostí a inspirace pro svůj vlastní první hospic v České republice (Svatošová, 1998).

Tak jako v původním Londýnském hospici, tak i v Červeném Kostelci se nachází dvě patra. Každé patro má 15 lůžek, z toho dva pokoje jsou čtyřlůžkové, zbytek pokojů je po jednom nebo dvou lůžkách. Každý pokoj je vybaven a uzpůsoben tak, aby se nemocný a jeho rodina cítili co nejvíce komfortně. Bohužel, postupem času a uvedením Červenokosteleckého hospice do provozu, personál zjistil, že větší pokoje po čtyřech lůžkách jsou pro český koncept hospiců nevhodné. Díky tomuto zjištění mohl Červenokostelecký Hospic sloužit jako inspirace pro ostatní české hospice (Oblastní charita Červený Kostelec, 2022).

### **2.5.1 Péče o pozůstalé v Hospici Anežky České**

Hospic pečuje nejen o pacienty, ale také o rodiny a pozůstalé. Napomáhá rodinám se psychicky vyrovnat se smrtí a odcházením blízké osoby. Personál poskytuje oporu. Pomáhá rodiny připravit na odchod blízké osoby, poskytuje psychickou podporu a péči.

Hospic Anežky České po půl roce od úmrtí zasílá pozvánku na vzpomínkovou zádušní mši pro pozůstalé. Většina pozůstalých tuto možnost využije, mše se koná uvnitř hospice v malé kapličkové síni. Všichni pozůstalí poté mohou jít na sezení a různé druhy terapií. Nejčastěji používaná terapie se nazývá logoterapie. Ta má nejlepší výsledky a dopad na pozůstalé. Hospic Anežky České vytváří knihu zesnulých, která se nachází uvnitř lůžkového hospice. Do této vzpomínkové knihy se zaznamenávají jména všech pacientů, kteří odejdou právě zde. Jedná se o vzpomínkový rituál, při kterém se s úctou a pokorou vzpomíná na zesulé (Oblastní charita Červený Kostelec, 2023).

## 3. Sestra v paliativní péči

### 3.1 Multidisciplinární tým

Jakožto každé zdravotnické zařízení i hospic musí mít vlastní specializovaný tým. Díky multidisciplinárnímu týmu je umožněna maximálně profesionální péče o pacienta a jeho rodinu. Veškerý personál se soustředí na jeden cíl tím je zlepšit kvalitu života svých pacientů a jejich rodin, zmírňovat celkové utrpení a doprovázet pacienta a jeho rodinu poslední cestou. Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární, oproti běžným zdravotnickým týmům se ale velmi výrazně odlišuje. V paliativní péči do multidisciplinárního týmu řadíme také pacientovu rodinu i pacienta samotného. Ten by měl mít hlavní slovo o cílech péče (Marková, 2010).

#### 3.1.1 Složení týmu

Nejdůležitější role v paliativním týmu mají lékař, všeobecná sestra a sociální pracovník. Dále se tým skládá z psychologa, kaplana nebo duchovního, sanitářů, fyzioterapeutů a dobrovolníků. Ze strany pacienta do multidisciplinárního týmu řadíme také jeho rodinu. Tým je složen na základě holistických potřeb pacienta tak, aby byly uspokojeny všechny jeho potřeby a touhy. Pacient a jeho rodina, by měli mít hlavní slovo při stanovování cílů (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

- **Lékař** nese celkovou odpovědnost za nastavení paliativní léčby, její kvalitu, odbornost a úroveň celkové péče celého multidisciplinárního týmu. Lékař předepisuje léky, mění medikace dle potřeb pacienta. „*Lékař má také právo posuzovat takzvaná indikační kritéria, tedy odpověď na otázku, zda pacient splňuje podmínky například pro zařazení do péče mobilního hospice. Lékař také s pacientem a jeho rodinou sestavuje cíle a plán péče podle přání a postojů pacienta.*“ (Národní zdravotnický informační portál, 2023).
- „*Sestra má v paliativní a hospicové péči většinou významnější postavení a důvěru při vykonávání činností, než je zvykem v jiných medicínských odvětvích.*“ (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Sestra neustále hodnotí pacientovy potřeby pomocí speciálních hodnotících škál, které jsou upraveny pro paliativní péči. Právě sestra je také neustále nablízku nemocnému a jeho rodině, zná



jejich zvyky, chování, ale také aktuální situaci mezi členy rodiny. Díky této skutečnosti dokáže komplexně hodnotit stav pacienta a jeho potřeb (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

- **Sociální pracovník** pomáhá pacientovi a jeho rodině v otázkách dostupných služeb, systému finanční podpory, zajišťování návazných služeb (Národní zdravotnický informační portál, 2023).
- **Psycholog** nebo **psychoterapeut** je k dispozici jak pacientovi, tak napomáhá jeho blízkým. Nejčastěji vede rozhovor o obavách, nejistotách nebo jakýchkoliv tíživých tématech (Národní zdravotnický informační portál, 2023).
- **Kaplan** pro některé pacienty může být inspirací a díky víře jim pomoci se lépe vyrovnat s tíživou situací (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

### 3.2 Role sestry v hospicové paliativní péči

Role je očekávané nebo vyžadované chování, které souvisí s postavením ve společnosti. Profese sestry zahrnuje specifický systém rolí a chování. Vykonává mnoho rozdílných, ale přesto důležitých rolí. Pro kvalitní zvládnutí role sestry v paliativní péči je žádoucí multioborová vzdělanost, praktické dovednosti a zkušenosti v oboru, komunikační obratnost, psychologické znalosti a dále také schopnost empatie (Plevová, 2018).

#### Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče

Sestra systematicky identifikuje potřeby nemocného, vyhodnotí je a na základě ošetrovatelského plánu poskytne potřebnou péči. Sestra v hospicové péči se aktivně podílí na hygieně nemocného, dbá na tišení bolesti. Veškerou ošetrovatelskou péči plánuje dle potřeb a přání pacienta. Holisticky chápe a pečuje o nevyлéčitelně nemocného (Plevová, 2018).

#### Sestra jako edukátor

Tato role je velmi důležitá v paliativní a hospicové péči. Sestra velmi často edukuje jak samotného pacienta, tak hlavně jeho rodinu. Tato role je velmi využívána v mobilní hospicové péči, kde sestra edukuje rodinu o správném zacházení s přístroji, o správné manipulaci a péči o jejich blízkého. Pokud se sestra s touto rolí neztotožní, může nastat velmi složitá a náročná situace jak pro pacienta a jeho rodinu, tak i pro zbylý ošetrující personál (Farkašová, 2006).

## **Sestra jako advokátka pacienta**

Úkolem této role je hájit právo, zájmy a přání pacienta. Tato role klade velký důraz na zájem sestry o pacienta. Sestra by měla umět naslouchat jeho přáním a zájmům a vhodně je interpretovat lékaři. Měla by být jeho obhájkyň a hájit práva pacientů, zároveň by měla veškerá práva a povinnosti pacientům taktně vysvětlit (Farkašová, 2006).

## **Sestra jako asistentka**

*„Podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, úzce spolupracuje s lékařem, zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem.“ (Plevová, 2018, str. 273).*

## **3.3 Vzdělání v oboru paliativní péče**

Vzdělávací programy v paliativní a hospicové péči jsou v České republice poskytovány převážně pro zdravotníky, kteří se touto tematikou zabírají a bezprostředně se účastní poskytování paliativní péče. Pro interdisciplinární poskytování paliativní péče jsou nutné velmi kvalitní znalosti v oboru a celoživotní studia v této oblasti. Každý člen multidisciplinárního týmu má nárok na vzdělání v oboru. Díky vysokým nárokům na neustálé vzdělávání se v oboru se pacientovi dostává profesionální péče (Kavlach a Sláma, 2004).

### **3.3.1 Rozdělení vzdělávání v oboru paliativní péče**

#### **Pochopení (Pre- a postgraduální)**

Tato myšlenka vzdělávání se týká všech studentů středních zdravotních a ošetrovatelských škol, lékařů v pregraduální fázi studia na lékařské fakultě. Do postgraduálního vzdělávání se řadí zdravotnický personál, který nepřímo pracuje v oboru paliativní péče. Paliativní péče pro ně představuje pouze občasné setkání se s touto problematikou ve své klinické praxi. Každý budoucí lékař i nelékařští zdravotničtí pracovníci by měli být seznámeni se základní problematikou paliativní péče v rámci jejich studia.

## **Prohloubení (postgraduální)**

Zdokonalování znalostí by měli absolvovat všichni pracovníci, kteří se aktivně podílejí a pracují s problematikou paliativní péče. V podobě kurzů, webinářů, školení, stáží apod.

## **Specializace (postgraduální)**

Veškerý zdravotnický personál, který vykonává konziliární nebo vedoucí funkci v oboru paliativní a hospicové péče, by měl dosáhnout na tuto úroveň vzdělání.

Každé vzdělávání v oboru paliativní péče by se mělo opírat o základní hodnoty (v angličtině tzv. „*Core values*“), které jsou uvedeny v základních standardech a doporučeních týkajících se kvality paliativní péče. Hlavní pilíře vzdělávání v paliativní péči jsou mírnění symptomů, multidimenzionální přístup (bio-psycho-socio-spirituální přístup), týmová multidisciplinární spolupráce, empatie a respekt, autonomie a důstojnost, systémová organizace, kontinuita péče, prevence a akceptace. Každá skupina vzdělávání se zaměřuje dle svých kompetencí a možností na určité skupiny témat a problematik paliativní péče. Hlavní téma paliativní péče je pacient a jeho rodina, interdisciplinární tým, etika, téma smrti a společnosti, výchova a výzkum v oboru paliativní péče (Kavlach a Sláma, 2004).

### **3.3.2 Možnosti vzdělávání v oboru paliativní péče**

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru **Všeobecná sestra – domácí péče a hospicová péče**, byl vytvořen v roce 2019 jako specializační program pro všeobecné sestry (MZČR, 2019).

*„Cílem specializačního vzdělávání všeobecných sester v oboru Domácí péče a hospicová péče je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro domácí a hospicovou péči osvojením si potřebných teoretických vědomostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnými právními předpisy“ (MZČR, 2019).*

Podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávacího programu je odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně souvisejících zákonů (zákon

o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) (MZČR,2019).

**ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium Core)** je intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi jejich života. Kurz vznikl v roce 2000 ve Spojených státech amerických. Odsud se dále rozšířil i do České republiky. Kurz svým obsahem respektuje multidisciplinární přístup v péči o pacienta na konci života. Obsahem kurzu je léčba bolesti a ostatních závažných symptomů spojených s těžkou nemocí, ale také etický a duchovní aspekt péče, nacvičování efektivní komunikace s pacienty a jejich rodinou, nebo i v rámci týmu. Je koncipován v duchu zdravotní sestry sestrám, kdy přednášejícími a lektorkami jsou sestry, které mají bohaté zkušenosti s poskytováním paliativní péče. Tento kurz je dostupný v on-line i prezenční formě. Využívají se zde případové kazuistiky i modelové situace. Kurz trvá 3 dny (Centrum paliativní péče, 2018).

Dále se sestry mohou vzdělávat pomocí dalších seminářů, webinářů, workshopů, přednášek, stáží na odborném pracovišti, praktických kurzů. Sestra v paliativní péči se musí neustále po dobu své praxe vzdělávat (Centrum paliativní péče, 2018).

### **3.4 Motivace sester v paliativní a hospicové péči**

*„Motivace je součástí našich životů, má významnou roli, dotýká se každého z nás“* (Nakonečný, 2023).

*„Motivace je dynamicky uspořádaný soubor vnitřních faktorů, které ve formě aktuálních či trvalých pohnutek k chování (jednání) podněcují člověka k činnosti a zaměřují tuto činnost k určitému cíli. Proces skládání (řetězení) motivů a jeho výsledek (stav motivovaného chování)“* (Prukner, 2014, str. 8).

Síla jednotlivých motivů má vliv na chování a prožívání jedince. Motivy mohou vést k pozitivnímu ladění nebo také mohou mít negativní dopad. Právě síla motivů je tedy rozhodující v pořadí volby, kterou činnost provedeme jako první, nebo i jaké zaměstnání si zvolíme. Na přístup k motivaci se můžeme podívat ze dvou hledisek. První hledisko chápe motivy jako vnitřní pohnutky. Druhé hledisko poukazuje na vnější podněty, takzvané pobídky, které ovlivňují chování. Lidské chování vychází z určité potřeby, která je ovlivněna na základě emocí a touhy. Podle Kadlčíka (2001) motivy uvádí člověka do pohybu, pobídky. Této činnosti se říká motivační chování. Motivované chování je doprovázeno emocemi, vlastními postoji

a názory. Pokud jsou emoce pozitivní a pomocí motivovaného chování dosáhneme zvolených cílů, jedná se o pocit radosti a uspokojení. Pokud jsou emoce negativní a projeví se pocity smutku, jedná se neúspěch a nenaplnění cílů. Díky této skutečnosti může docházet k frustraci, nebo někdy i k syndromu vyhoření při pomáhajících profesích. Pomáhat a pečovat o druhé, ošetřovat pacienty je hlavní motivační faktor pracovníků ve zdravotnictví (Vévoda, 2013).

Podle výsledků studie, ve které se zkoumaly faktory motivace Všeobecných sester (dále jen sester) v hospicové péči s přesahem i do České republiky, jsme zjistili, že studie poukazuje na shodu motivačních faktorů z různých zemí světa. Rešeršní strategie byla provedena v databázích Ebsco, ProQuest, Medline, ScienceDirect, v elektronických zdrojích Google Scholar. Pro vyhledávání byla stanovena klíčová slova v českém i anglickém jazyce. Dohledané informace byly dále rozděleny podle relevantnosti a zvolených kritérií (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

Studie byla zaměřena na dohledání a sestavení hlavních motivačních faktorů u specifické cílové skupiny sester pracujících v hospicové péči. Na sestry, které pracují v hospicích, jsou kladeny specifické nároky a požadavky. Péče vyžaduje velmi empatický a vysoce citlivý přístup, trpělivost i taktní přístup k pacientovi i jeho rodině. Péče tedy vyžaduje vysoké nároky na sestry a jejich emocionální schopnosti (citová labilita, osobní hodnoty, předešlé zkušenosti s umíráním nebo smrtí, ochota pracovat v týmu). Sestra by se měla také vzdělávat v oboru a předpokládá se, že bude mít patřičné vzdělání pro výkon sestry v paliativní péči (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

FAKTOR	POJETÍ FAKTORU	SESTRY
<b>Myšlenka hospicové filozofie</b>	Zmírnění utrpení a ochrana života až do jeho konce	dánské
	Zvládání bolesti, zmírňování bolesti, zajištění pohodlí	americké
	Pomoc druhým a nacházet tak smysl hospicové péče	americké
	Zajištění holistické hospicové péče i rodinám	tchajwanské
	Ideál kvalitně poskytnuté péče, poskytování pohodlí, úlevy a klidu, tlumení bolesti a utrpení umírajících	britské, slovenské
	Kvalita života nevyлéčitelně nemocných, doprovod umírajícího, smrt je součástí života, snižování utrpení	české, ugandské
	Citlivá péče o umírající	novozélandské
	Zajištění pohodlí	americké

<b>Víra</b>	Oddanost a úcta k rodičům	japonské
	Víra a duchovní citění (individuální přístup)	americké
	Smrt je brána k novému životu	iránské
	Věnovat se tělu a duši umírajících	tchajwanské
	Náboženství, víra v boha, duchovní vnímání	české
<b>Zkušenost se smrtí, smíření s umíráním a smrtí</b>	Setkání se smrtí a umíráním	britské
	Zkušenosti ze smrti blízké osoby, respektování umírajícího	iránské,
	Zamyšlení se nad smrtí a vlastní smrtelností a tím nalezení smyslu života. Hospic je pomocná ruka umožňující smíření se smrtí	tchajwanské
	Náhled na vlastní smrtelnost, zájem o problematiku paliativní péče, zkušenosti se smrtí jsou velice důležité	české
	Zkušenost se smrtí z osobního života	americké
<b>Vztahy, důvěra, komunikace s umírajícími, s rodinami</b>	Sdělování pravdy je podpora důvěry, vztahů, sdělování pravdy jako vnitřní hodnota sestry	dánské
	Vztahy s umírajícími hodnotí sestry jako nejdůležitější motivační faktor, význam osobních hodnot a vlastní komunikace, citová propojenost s umírajícími	čínské, tchajwanské
	Komunikace a zpětná vazba umírajících, rodiny, budování efektivních vztahů s rodinnými příslušníky, ukázání slz	britské
	Podpora rodiny u umírajícího, setkávání se s pozůstalými ve volném čase, úloha kněze v komunikaci	slovenské
	Hledání správných slov při komunikaci, umění naslouchat	české
	Uznání od rodin	americké
	Vytváření vazeb s lidmi	americké
	<b>Pracovní kolektiv, pracovní prostředí</b>	Diskutování o pocitech, cílech v pracovním kolektivu
Pracovní flexibilita, společná konzultace		britské, americké
Uspokojivé kolektivní vztahy, důvěra kolegů		české, irské
Pravidelné schůzky sester		americké
Pozitivní prostředí		americké

**Tabulka 1** Přehled motivačních faktorů u sester (Zdroj: [https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP\\_3-4\\_2016\\_06\\_Machalkova.pdf](https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP_3-4_2016_06_Machalkova.pdf))

## **Filozofie hospice**

Hospicová filozofie patří mezi nejzákladnější motivační faktory sester v České republice. Poskytovaná péče je zaměřena na člověka jako holistickou a jedinečnou bytost. Jedním z hlavních motivů pro české sestry je odlišnost ve stylu poskytování péče oproti nemocničním zařízením (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

## **Víra**

Pro převážnou většinu sester, které pracují v českých hospicích je typické křesťanské, zvláště katolické náboženské vyznání. Je to dáno zeměpisnou polohou České republiky, ale také mentalitou občanů. Není ale podmínkou, že sestra pracující v hospicové péči musí vyznávat katolickou nebo křesťanskou víru (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

## **Zkušenost se smrtí**

Jedním z nejdůležitějších faktorů pro sestry pracující v českých zemích je zkušenost se smrtí a umíráním. Mnoho sester se již v mladém věku má možnost setkat se smrtí. Nastává tomu kolem šestnáctého až sedmnáctého roku života, kdy nastupují na své první praxe do nemocničních zařízení. Bohužel pro mnoho sester tato prvotní zkušenost nemusí být pozitivním motivem, jelikož umírání v nemocnicích se výrazně odlišuje od umírání v hospicové péči. Mnoho sester v pozdějším věku vyhledává hospicovou péči, za účelem kvalitního a důstojného odchodu a umírání a vyvrácení negativního motivu z mládí (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

## **Vztahy s umírajícími a jejich rodinami**

Hlavní motivační faktory pro české sestry jsou zde důvěrné vztahy a komunikace nejen s pacientem, ale i jeho rodinou. Sestry se nebojí upřímné a otevřené komunikace. Mnoho sester uvádí i jako velmi kladný motiv komunikaci s pozůstalými, o které se české hospice náležitě starají (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

## **Kolektiv a pracovní prostředí**

Kolegialita a pracovní prostředí, které je velmi příjemně laděné a připomíná spíše domov než zdravotní zařízení, je dalším pozitivním motivem. Pracovní kolektiv je založen na důvěře, možnosti svěřit se svým kolegům. Předávání cenných rad a zkušeností zde hraje také významnou roli (Machálková, Ševčíková a Mikšová, 2016).

### **3.5 Specifika práce**

#### **3.5.1 Práce sestry na lůžkovém oddělení**

V každém lůžkovém hospici naleznete multidisciplinární tým, který se skládá z ošetřovatelů, všeobecných sester, lékařů, dobrovolníků, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů a mnoha dalších důležitých rolí. Každý člen týmu zde má svou nezastupitelnou roli, díky které se podílí na hladkém chodu oddělení.

Chod oddělení je na velmi podobné bázi jako průběh poskytované péče v nemocnici. Ráno probíhá hygiena, poté se podávají ranní léky. Lékař chodí na vizitu ke každému pacientovi. Poté sestry plní ordinace z ranní vizity. Ačkoliv se péče v lůžkovém hospici podobá péči u nemocničního lůžka, nalezneme drobné odchylky, které dělají péči v hospici tak specifickou. Jak již bylo zmíněno, pacient si rozhoduje o své péči sám. Sám si určí, kdy se chce umýt, na jakou snídani má chuť. Vždy se naslouchá přání a tužbám pacientů. Při předávání služby si sestry dávají záležet na detailním vylíčení všech bio-psycho sociálních aspektů. Při předávání každé služby je důležitá bolest pacienta, v hospici používají své speciální škály na vyhodnocování bolesti. Dále si předávají, jak pacient spal přes noc, v jakém psychickém rozpoložení se nachází, v jakém psychickém stavu je jeho rodina, jak probíhala případná návštěva rodinných příslušníků. Vždy se vše pečlivě zaznamenává. Díky holistickému přístupu ke každému pacientovi se docílí perfektní péče určené přímo na míru pro pohodlí pacienta. Sestry i lékaři mají snahu vyřešit každý problém nebo přání, které pacient vysloví. Bohužel ne v každém případě se dá pacientovi vyhovět, stále je zde úskalí lůžkové péče a nevýhoda více pacientů na jednom oddělení (Oblastní charita Červený Kostelec, 2023).



## **Dovednosti sestry na lůžkovém oddělení.**

Sestra musí být speciálně proškolená pro paliativní péči. Je empatická, chápavá, laskavá, ale také musí být zručná a měla by si umět poradit v nelehkých situacích. Jedna z nejdůležitějších dovedností je komunikace. Sestra v hospicové péči by měla umět velmi vhodně komunikovat s pacientem i jeho rodinou. Velmi často se zde používají intradermální kanyly, velmi často se setkáte s dávkovači na léky, aby pacient měl kontinuální přísun léků na bolest. Díky tomu je sestra i technicky zdatná, měla by zvládat práci s počítačem, dokonale ovládat dávkovače a infuzní pumpy (Oblastní charita Červený Kostelec, 2023).

### **3.5.2 Práce sester v mobilním hospici**

Práce v terénu mobilního hospice je velmi odlišná od té lůžkové. Jednou ze základních podmínek, kterou musí zdravotní sestra splnit, je vlastnění řidičského průkazu. Jelikož za jeden den péče se automobilem najezdí až 120 km. Dále by sestra měla mít patřičné vzdělání a mnoho zkušeností, jelikož většinu času jezdí sama bez lékaře. Díky tomu si musí umět poradit v nelehkých situacích a v případě potřeby se telefonicky domluvit s lékařem. Každý den v práci u mobilního hospice je jiný. Hlavní a nezastupitelnou funkci zde plní rodina pacienta. Musí být schopna se o svého blízkého postarat. Rodina je vždy proškolená ve všech směrech péče, kterou její blízký potřebuje. Nikdy se nesmí opomenout, že hlavní funkce pečující blízké osoby není dokonale zvládat všechny specializované výkony. Její hlavní a nezastupitelná funkce by především stále měla být pro pacienta rodina a opora, nikoliv zastupovat ošetřující personál. Sestry z mobilního hospice edukují o používání zdravotnických pomůcek a aplikaci léčiv. V případě potřeby mohou rodiny využít službu SOS. Tato služba spočívá v dostupnosti paliativního lékaře a sestry s paliativní specializací v jakoukoliv hodinu. Rodina může volat nejen přes den, ale i v noci. Dle posouzení závažnosti stavu poté vyjíždí SOS paliativní tým, který dokáže řešit akutní stavy paliativních pacientů. Mnoho pacientů má již předem nastavený paliativní plán, kde jsou jasně dané cíle, jak postupovat v případě akutního stavu, který nelze vyřešit již medikací. Paliativní tým je seznámen s plány svých pacientů, v daných situacích se dle plánů řídí (Oblastní charita Červený Kostelec, 2023).

## 3.6 Syndrom vyhoření v paliativní péči

Péče o umírajícího člověka představuje pro ošetřující personál a rodinu velmi náročnou situaci. Starost o chronicky nebo nevléčitelně nemocné může být dlouhodobě náročným úkolem. Právě práce s lidmi jako takovými vede k emočnímu vyčerpání způsobenému nadměrnými psychickými a emočními nároky. Paliativní péče představuje situaci trvalého stresu, při níž se pracuje s lidmi, kteří jsou nevléčitelně nemocní a jejich život se nevyhnutelně schyluje ke konci. Zdravotníci obecně, ať už lékaři nebo hlavně ošetřující zdravotnický personál, který tráví s pacientem nejvíce času, musí čelit vysokým nárokům svého povolání v každodenních situacích (Kupka, 2008).

### 3.6.1 Syndrom vyhoření

„*Burnout syndrome*“, známý též jako syndrom vyhoření, vyhasnutí představuje reakci na nesmírně zatěžující pracovní podmínky, které vedou k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil. Syndrom vyhoření obvykle vzniká v důsledku dlouhodobé chronické zátěže a stresu, přičemž lidé pracující v pomáhajících profesích jsou často vystaveni vyššímu riziku. Velmi často se v riziku zasáhnutí syndromem vyhoření nacházejí i pracovníci, kteří jsou vysoce motivovaní, mají vysoké ambice a cíle na začátku své pracovní kariéry. Postižení jedinci mohou zažívat potíže se soustředěním, pocity ztrpklosti a bezvýznamnosti své práce. Mezi symptomy patří i apatie, únavnost, vegetativní obtíže a narušený spánek. Syndrom vyhoření se projevuje emocionálním vyčerpáním, fyzickým opotřebením a celkovou únavou. Tyto skutečnosti jsou reakce na chronický pracovní stres. Začáteční projevy jsou převážně v psychické oblasti. Navenek je syndrom vyhoření poznat až později. Příznaky syndromu mohou ovlivnit sociální vztahy, snížit empatii a vést ke konfliktům v pracovním i osobním životě. Jednotlivé příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří základních skupin (Venglářová a kol., 2011).

#### Psychická oblast

Lidé se syndromem vyhoření pociťují, že vytrvalé a náročné úsilí o dosažení cíle trvá příliš dlouho a efektivita tohoto úsilí je v porovnání s vynaloženým úsilím minimální. Současně se projevuje celkový pocit duševního vyčerpání, zejména v oblasti emocí a kognitivních funkcí, což vede k výraznému poklesu až ztrátě motivace. Vyčerpání je často popisováno expresivními

výrazy, jako například "jsem úplně na dně" nebo "mám toho až po krk", přičemž tento stav kontrastuje s celkovým utlumením až oploštěním emocionality. Dochází k poklesu celkové aktivity a snížení kreativity a iniciativy. Vzniká depresivní nálada spojená s pocitem bezvýchodnosti a beznaděje, kdy je vnímána tíže marnosti vynaloženého úsilí. Projevuje se přesvědčením o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, které může až hraničit s mikro-manickými bludy. Jsou zřetelné projevy negativismu, cynismu a hostility vůči osobám a situacím souvisejícím s profesí. Dochází ke snížení až úplné ztrátě zájmu o témata spojená s prací, často doprovázená negativním hodnocením instituce, kde byla profese dosud vykonávána. Projevuje se sebelítostí s intenzivním prožitkem nedostatku uznání. Aktivity jsou redukovány na rutinní postupy, přičemž se často používají stereotypní fráze a klišé (Kupka, 2008).

### **Fyzická oblast**

Apatie a celková únava organismu jsou symptomy, které mohou svědčit o přítomnosti syndromu vyhoření. Tyto projevy často doprovází další fyzické a vegetativní potíže, které jsou charakteristické pro tuto stresovou situaci. Rychlá unavitelnost se objevuje po krátkých etapách relativního zotavení, což naznačuje, že i krátkodobé odpočinky jsou nedostatečné k obnovení energie a vitality. Tato rychlá únava může mít vliv na celkový výkon a schopnost plně se angažovat v pracovních či osobních aktivitách. Vegetativní příznaky jsou dalším ukazatelem syndromu vyhoření. Bolesti u srdce, změny srdeční frekvence a potíže se zažíváním patří k projevům, které mohou být spojeny s tímto syndromem. Dýchací obtíže, včetně pocitu nemožnosti se dostatečně nadechnout, představují další složitost tohoto stavu. Nespecifikované bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku a poruchy spánku jsou další indikátory. Tyto fyzické projevy odrážejí širší dopady stresu na celkové zdraví jedince. Přetrvávající celková tenze je dalším prvkem, který se může objevovat. Vyskytuje se i zvyšování rizika rozvoje závislosti jakéhokoli druhu. Jednotlivec může hledat úlevu od svých obtíží nezdravým způsobem, závislostí na návykových látkách či jiným nežádoucím chováním. Celkově tyto fyzické a vegetativní projevy ukazují na komplexnost syndromu a jeho negativní vliv na celkové zdraví jedince (Kupka, 2008).

## **Sociální a vztahová oblast**

Celkový útlum sociability a nezáměr o hodnocení ze strany druhých osob jsou klíčovými rysy, které se projevují v sociální oblasti. Objevuje se výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, které mají vztah k profesi. Tato izolace může odrážet snahu jedince uniknout ze stresujících interakcí a vyhnout se dalšímu zatěžování. Projevuje se výrazná a zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí. Pracovník pocítuje hluboký odpor vůči pracovnímu prostředí a úkolům, které jedinec považuje za nesplnitelné nebo k nim ztratil motivaci. Nízká empatie, obzvláště u osob s původně vysokou mírou empatie, je dalším příznakem. Tato citová vzdálenost může odrážet vyčerpání emocionálních zdrojů jedince a ztrátu schopnosti vcítit se do potřeb a pocitů druhých. Může se objevovat postupné narůstání konfliktů, obvykle ne z aktivního vyvolávání, ale spíše z důsledku nezáměru, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí. Tento postupný odstup od sociálních interakcí může vést ke zhoršení vztahů a komunikace (Kupka, 2008).

### **3.6.2 Stádia vyhoření**

Syndrom vyhoření je složitý stav, který vychází z mnoha faktorů, především z dlouhodobé expozice chronickému pracovnímu stresu. Tento syndrom je vnímán jako permanentní a postupně se vyvíjející proces (Kupka, 2008).

#### **Fáze nadšení:**

V této fázi zažívá jedinec původní nadšení a silné emoční zapálení do své práce. Přírozeně se angažuje a věnuje se svému povolání s velkým nasazením. Toto období je charakterizováno původním ideálem a plným zapojením (Venglářová a kol., 2011).

#### **Fáze stagnace:**

Postupem času dochází k náhledu, že původní ideály nejsou snadno dosažitelné. Počáteční nadšení upadá. Dochází k postupné snižování svých ideálů a očekávání z výkonu práce (Venglářová a kol., 2011).

### **Fáze frustrace:**

Pracovník si začíná klást otázky efektivity a smyslu práce. Objevuje se „tunelové vidění“- kdy má jedinec v hlavě pouze svoji práci, nic jiného ho nezajímá, cítí se osamělý. Nikdo nemá pochopení pro jeho ideály (Venglářová a kol., 2011).

### **Fáze apatie a hostility:**

Dále následuje fáze apatie, kde se objevuje lhostejnost a úbytek zájmu. Pocity frustrace a negativní vnímání původního nadšení nabývají na síle. Hostilita vůči pracovnímu prostředí se stává zjevnou, a to vede k zhoršenému vnímání okolí (Venglářová a kol., 2011).

### **Vyvrcholení ve fázi vyčerpání:**

Posledním stadiem je úplné vyhoření, které je provázeno cynismem a odosobněním. Jedinec dosahuje bodu, kde cítí totální vyčerpání a ztrátu zájmu o okolí. Projevem fáze vyčerpání je negativní postoj k práci a lhostejnost k okolí dosahují (Venglářová a kol., 2011).

### **Diagnostika syndromu vyhoření**

„*Burnout syndrome*“ je stavem, který lze částečně srovnávat s jinými, diagnosticky známějšími poruchami nebo chorobami. Klíčový je však rozdíl v projevech a důsledcích v chování, jednání a prožívání postižených jedinců (Kupka, 2008).

Na rozdíl od endogenní deprese, která sdílí některé příznaky s vyhořením, jsou to např. smutná nálada, ztráta motivace a energie, vyhaslost má omezený dopad na životní aktivity. Negativní účinky vyhoření se soustředí především na myšlenky a pocity spojené s konkrétním zaměstnáním. Rozdíl je také patrný v možnosti chvilkového zlepšení. Pokud jedinec trpí syndromem vyhoření a vyskytne se delší volno mezi prací, očekává se relativně rychlé zlepšení. V případě deprese toto zlepšení není tak výrazné. Další rozdíly lze pozorovat v projevech. Ranní pesimismus je příznakem deprese, zatímco depresivní prožívání u „*burnout*“ syndromu kolísá během dne a vrcholí večer. Poruchy spánku se u obou projevují odlišně. Endogenní deprese zahrnuje časté buzení v průběhu spánku, zatímco vyhoření se často projevuje obtížným usínáním. Rozdílné jsou také reakce na kritiku vlastní osoby. Lidé s endogenní depresí mají sklony k sebekritice, zatímco u vyhoření se často obviňuje okolí. V terapeutickém přístupu hraje klíčovou roli farmakoterapie u deprese a psychoterapeutické prostředky u vyhoření. Vyhoření

může připomínat alexithymii, kde se projevuje oploštění emocionality, otupělost v sociálních vztazích, netečnost a nedostatek kreativity. Nicméně, vyhoření nesplňuje jeden z hlavních příznaků alexithymie, což je nedostatek slov k vyjádření emocí. Existenciální neuróza a vyhoření sdílí pocit promarnění života, ztrátu smysluplnosti a existenční beznaděj. Nicméně, existenciální neuróza se často vyskytuje u pacientů s psychosomatickými chorobami, zatímco vyhoření se projevuje až na konci procesu, když snahy selžou a jedinci ztratí víru v důležitost své práce. Celkově lze konstatovat, že syndrom vyhoření má své specifické rysy a odlišnosti v porovnání s jinými poruchami, což zdůrazňuje potřebu přesné diagnostiky a vhodné terapie (Kupka, 2008).

### 3.6.3 Rizikové faktory

Syndrom ovlivňuje řada faktorů, jak vnitřních, tak vnějších. Jedním z klíčových iniciujících faktorů je působení chronického stresu, zejména pracovní povahy. V tomto kontextu hraje roli nejen samotná práce, ale také odolnost jednotlivce vůči negativnímu účinku stresu, což závisí na jeho osobnosti. Vnitřním klíčovým faktorem je tedy osobnost jednotlivce, která ovlivňuje to, jak efektivně dokáže čelit a zvládat stresové situace. Na druhé straně hrají rozhodující roli vnější faktor, sociální opora a pracovní kolektiv. Dále také neustále se zvyšující nároky na pracovní výkon. Konflikt hodnot, které jsou pro daného jedince důležité, také přispívá k rozvinutí syndromu. Tento konflikt nastává, pokud je pracovník nucen vykonávat výkony, které nejsou v souladu s jeho smýšlením, morálními hodnotami a motivací (Stock,2010).

### Prevence

Prevence zahrnuje širokou škálu opatření, která směřují k ochraně psychického zdraví jedinců v pracovním prostředí (Kupka, 2008).

- **Nalezení smysluplné pracovní činnosti:** Jednotlivci by měli usilovat o práci, která je pro ně smysluplná a naplňující (Kupka, 2008).
- **Získání a převzetí profesionální autonomie a opory:** Poskytnutí profesionální autonomie pracovníkům umožňuje větší kontrolu nad pracovním prostředím. Sociální opora, zejména od kolegů a blízkých, může působit jako ochranný prvek (Kupka, 2008).

- **Vytváření přirozeného vztahu k práci:** Osvojení si pozitivního vztahu k práci zahrnuje poznání přínosu, který práce přináší nejen pracovníkovi, ale i celé společnosti (Kupka, 2008).

V rámci vnějších faktorů hraje důležitou roli sociální opora. Rodina, kolegové a přátelé vytvářejí hlavní zdroje podpory. Nedostatek této opory souvisí s rozvojem vyhoření. Zejména podpora poskytovaná spolupracovníky ve stejném postavení má významný vliv (Kupka, 2008).

## **Empirická část**



## 4. Cíle výzkumu

### Hlavní cíl:

Zmapovat postoj všeobecných sester k práci v paliativní péči.

### Dílčí cíle:

**Cíl č. 1:** Zjistit, jaká je vzdělanost pracujících sester v oboru paliativní péče.

**Cíl č. 2:** Zjistit, co všeobecné sestry motivuje k výkonu paliativní péče.

**Cíl č. 3:** Zmapovat rozdíly lůžkové a mobilní péče z pohledu sester v paliativní péči.

**Cíl č. 4:** Zjistit, jaký je psychický dopad práce v paliativní péči na sestry a jak pečují o své duševní zdraví.

## **5. Metodika výzkumného šetření**

### **5.1 Metodologie výzkumu**

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce s předem připravenými okruhy témat s respondentkami pracujícími v hospici Anežky české v Červeném Kostelci. Tato metoda byla zvolena pro navázání bližšího kontaktu s respondentkami. Respondentky byly osloveny skrze Koordinátorku studentů a vzdělání pro hospice v Červeném Kostelci a při odborné stáži v zařízení. Nejprve byl proveden pilotní rozhovor pro ověření funkčnosti jeho struktury a otázek v praxi, a jelikož byl pro potřeby výzkumu shledán jako vhodný, byl nadále zařazen do výzkumného souboru. Přihlášení respondentek k rozhovorům bylo zcela dobrovolné na základě jejich zájmu. Respondentky byly předem seznámeny s okruhy otázek. Přihlásilo se 10 respondentek a všech 10 rozhovorů se uskutečnilo. Pro sběr dat byl použit vlastní rozhovor, kdy respondentky odpovídaly na předem stanovené otázky. Rozhovory byly prováděny v hospici Anežky České v lůžkové části a v Kafkově vile v Červeném Kostelci, kde má sídlo mobilní část hospicové péče. Čtyři respondentky souhlasily se zvukovou nahrávkou rozhovoru, dalších šest respondentek si přálo rozhovor uskutečnit pouze psanou formou během rozhovoru, kdy byly odpovědi pečlivě zapsány. Rozhovory byly uskutečněny v období od listopadu 2023 do ledna 2024.

### **5.2 Charakteristika respondentek**

Cílovou skupinou pro sběr dat byly všeobecné sestry, které pracují v lůžkové nebo mobilní části hospice. Dalším kritériem byla také ochota spolupráce a dobrovolná účast v rozhovorech. Všechny dotazované respondentky byly v rozmezí 18-60 let. Délka praxe v hospici pro výzkum nehrála roli. Před zahájením rozhovoru bylo respondentkám sděleno téma bakalářské práce a cíle výzkumu. Respondentky s celým postupem souhlasily verbálně na začátku každého rozhovoru. Také byly ujištěny, že výsledky jsou zcela anonymní a v bakalářské práci nezazní žádná jména nebo jiné údaje, které by mohly odhalit jejich identitu.

### 5.3 Zpracování dat

Rozhovor obsahoval 24 otázek týkajících se náhledu na jejich pracovní dovednosti, vzdělání a celkové zkušenosti s poskytováním paliativní péče. Otázky byly rozděleny do 7 kategorií a 19 podkategorií. Pro přehlednost a kategorizaci dat byly veškeré údaje zaznamenávány do tabulky v programu Microsoft excel a Microsoft Word. Pro rozdělení dat byly použity tři druhy kódování dat.

Otevřené kódování, které je základní analytickou technikou pro kategorizaci pojmů pomocí detailního zkoumání a rozebrání dat, je proces porovnávání, rozebírání a prozkoumávání získaných dat, které jsou dále rozděleny do kategorií a podkategorií. Data, která tímto kódováním byla získána, se rozeberou na jednotlivé části a dále se zjišťují podobnosti a rozdílnosti mezi údaji. Axiální kódování přímo navazuje na získaná data, které jsme získali pomocí otevřeného kódování. Cílem této metody je znovu spojit rozebrané údaje dohromady a vytvořit souvislosti mezi kategoriemi a podkategoriemi (Kutnohorská, 2009).

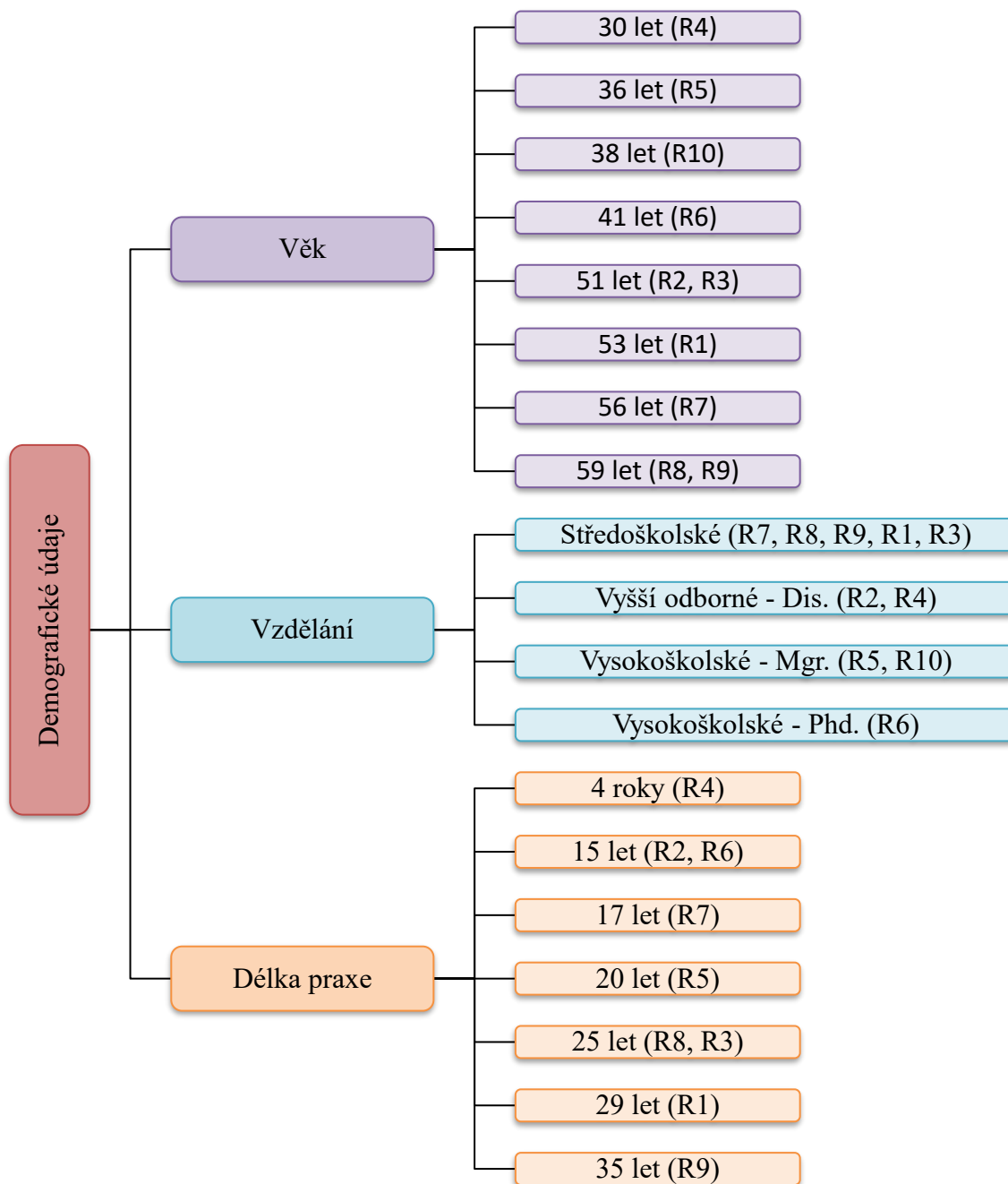
## 6. Vyhodnocení výzkumu

Získaná data byla rozdělena do 7 kategorií a 19 podkategorií.

Kategorie	Podkategorie
Demografické údaje	Věk
	Vzdělání
	Délka praxe
Pracovní vývoj	Délka praxe v hospici
	Specializace v paliativní péči
	Doplňující kurzy a vzdělání
Motivace k výkonu práce v paliativní péči	Subjektivní motivy
	Rozdílnost v péči s předešlým zaměstnáním
	Pracovní klima oproti předešlému zaměstnání
Limity v hospicové péči	Limity lůžkové péče
	Limity mobilní péče
	Celkový pohled na limity v paliativní péči
Dovednosti sestry v paliativní péči	Měkké dovednosti
	Praktické zkušenosti
Psychohygiena	Pracovní naplnění
	Relaxace, předcházení syndromu vyhoření
	Zájmy
	Pracovní kolektiv
	Přesah do života
Víra	

**Tabulka 2** Přehled kategorií a podkategorií

## 6.1 Kategorie demografické údaje

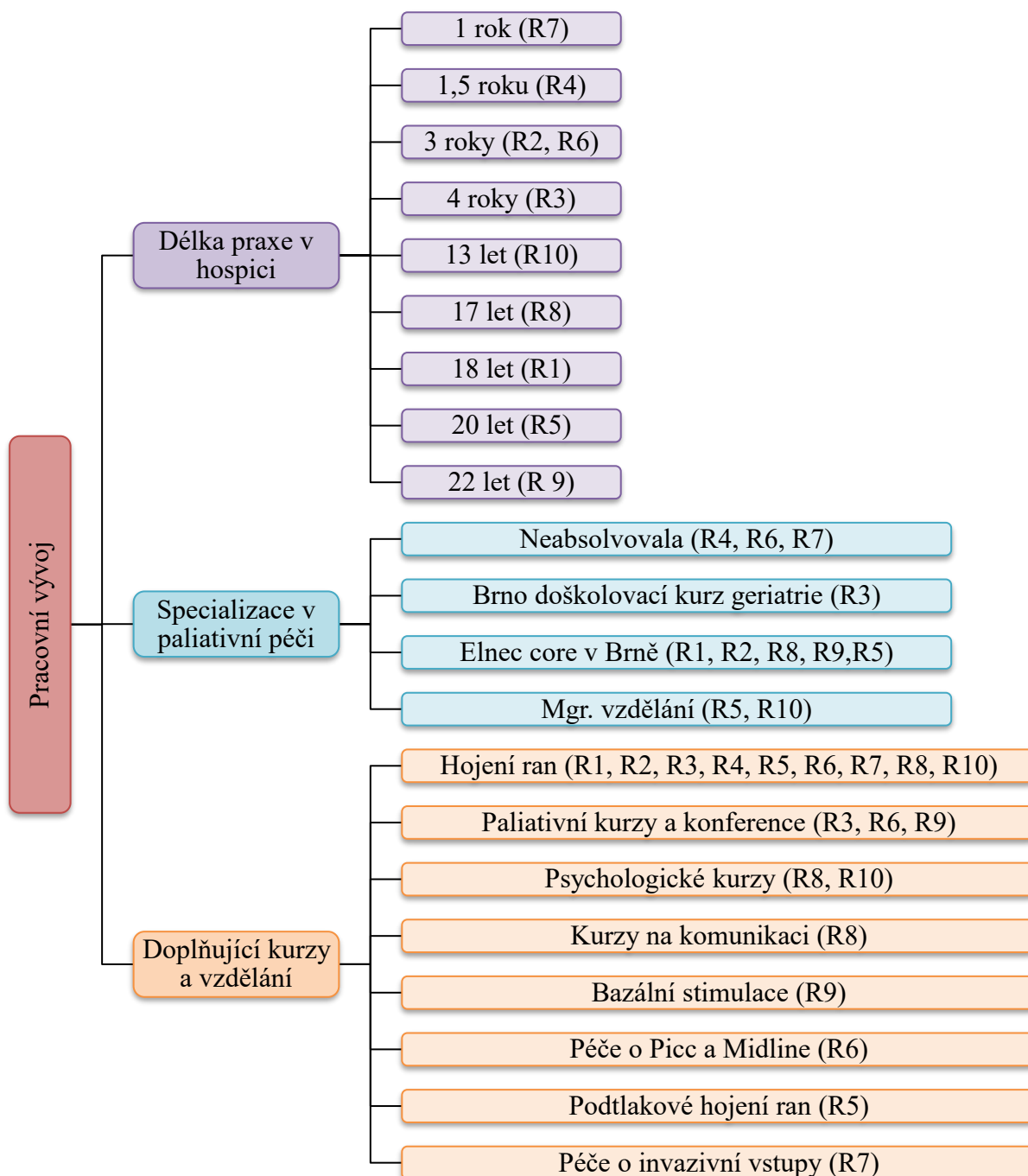


Do prvního schématu demografické údaje jsme zařadili otázky č. 2, 3, 4, které vytvořily celkem 3 podkategorie. V první otázce jsme se ptali na věk respondentek. Věkové rozmezí respondentek bylo od 30 do 59 let. Z toho 2x se opakoval věk 51 let a 2x se opakoval věk 59 let.

Dále nás zajímalo dosažené vzdělání, na které se přímo dotazovala otázka číslo 3. V této podkategorii jsme zjistili, že celkem 5 respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, 2 respondentky dosáhly vyššího odborného vzdělání, 2 respondentky absolvovaly vysokoškolské vzdělání v oboru paliativní péče a 1 respondentka má vysokoškolské vzdělání a také titul Ph.D.

Pro výzkum nás také dále zajímala dosavadní délka praxe od doby jejich ukončení studia. Délka praxe respondentek se pohybovala v rozmezí od 4 let – 29 let. Z toho se 2x opakovalo 15 let a 2x se opakovalo 25 let.

## 6.2 Kategorie pracovní vývoj



Do kategorie pracovní vývoj jsme zařadili otázky č. 5, 6 a 7.

První otázka a podkategorie byla na délku praxe v hospicovém zařízení. Rozmezí praxe bylo od 1 roku do 22 let praxe. Opakovala se 2x doba 3 roky.

Z rozhovorů jsme se také dozvěděli, že respondentka 5 a respondentka 10 nikdy nepracovaly v jiném zařízení, než je hospic Anežky České v Červeném Kostelci. *„Já už tu v hospici začínala pracovat od 15 let jako brigádník, jelikož jsem to měla v místě bydliště. Smysl téhle práce se mi natolik zalíbil, že jsem vlastně u ní zůstala dodnes, takže to bude taky nějak těch 20 let,“* sdělila respondentka č. 5. Průměrná délka praxe v hospici činí 10 let.

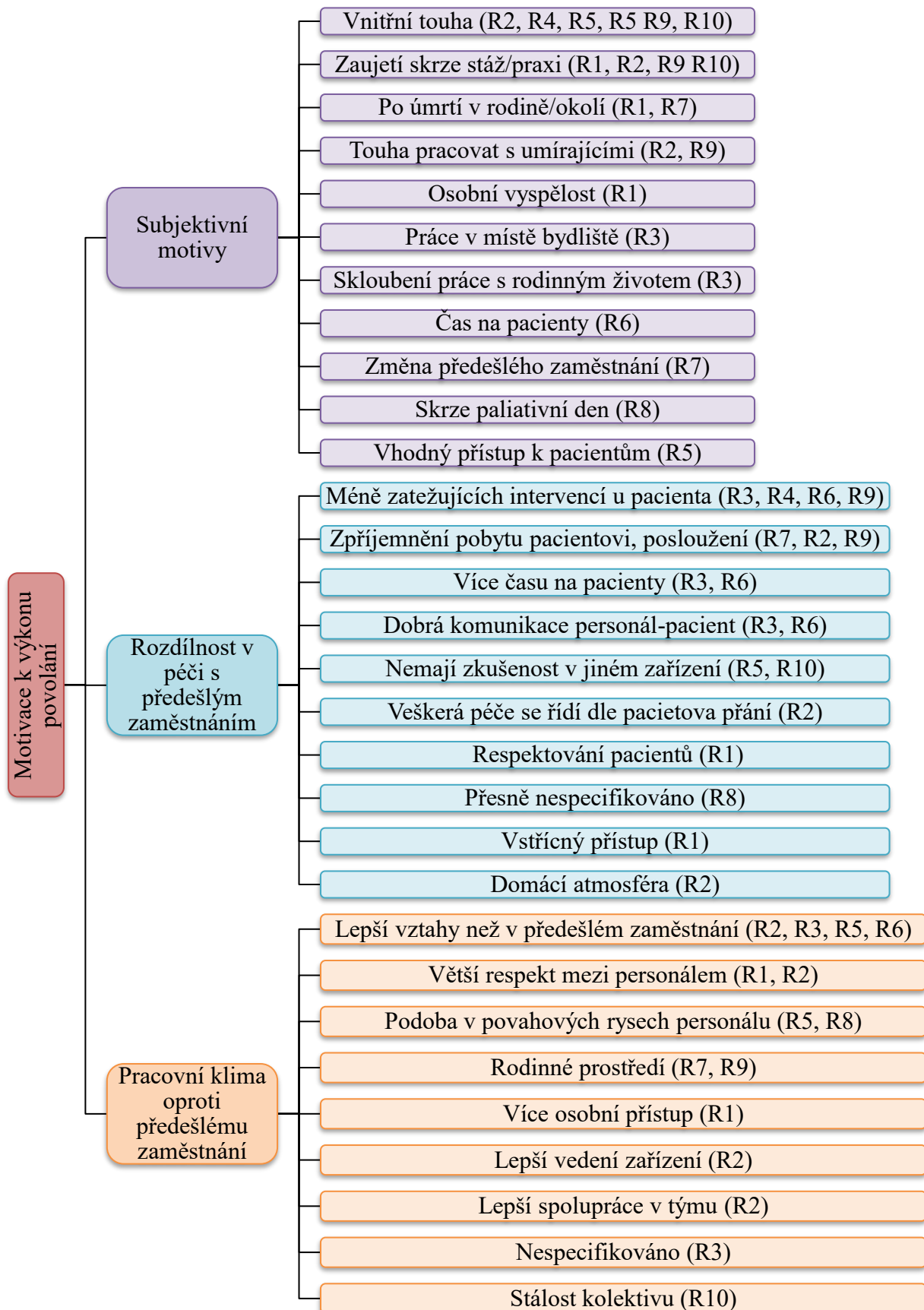
V druhé podkategorii pracovního vývoje nás zajímalo specializační vzdělání v oblasti paliativní péče. Třikrát se objevila odpověď, že specializaci v oblasti paliativní péče nemají. U respondentek 4 a 7 to vyplývá z jejich kratší praxe v hospicovém zařízení. Respondentka č. 6 odpověděla na tuto otázku: *„Ne, specializační vzdělání v oboru paliativní péče nemám. Ale já za specializační vzdělání v oboru považuji magisterské vzdělání v paliativní péči, a to já nemám. Absolvovala jsem pouze paliativní kurzy.“* Dále se 2x objevil titul Mgr. v paliativní péči, takže respondentky jsou oficiálně považovány za paliativní sestru v pravém slova smyslu. *„Ano, jak jsem již zmiňovala mám titul Mgr. právě na paliativní zaměření, takže jsem jakoby oficiálně paliativní sestra, dále mám také kurz v Brně ELNEC.“* Respondentka č.5

Pět respondentek má doškolovací kurz ELNEC v Brně, kam je Hospic odesílá. Jedna respondentka odpověděla, že má doškolovací kurz v Brně na geriatrickou oblast.

Další otázka v podkategorii byla zaměřena na další zdokonalování a možnosti rozvoje v hospici. Všechny respondentky se shodli, že hospic v Červeném Kostelci má velmi dobře zajištěno vzdělávání a rozvoj svých zaměstnanců. *„Musím říct, že se zkušeností s ostatními zaměstnavateli je hospic opravdu skvělý na vzdělávání svých zaměstnanců. Veškeré kurzy, pokud máte zájem, tak na ně není dlouhá čekací doba, a to sebevzdělání tu opravdu funguje skvěle. Většinu kurzů, které jsem měla zájem absolvovat, jsem si mohla právě zde udělat. Mám různé kurzy v oblasti ran, paliativní péče, ale také jsem si zde udělala kurz na ošetřování PICC a MIDLINE.“* Tak odpověděla respondentka č. 6. Kurzy v hojení ran má celkem 9 respondentek, dále také 2x byly zmíněny psychologické kurzy, 3x se zmínily také paliativní kurzy a konference. Na otázku č.7 odpověděla respondentka č.10 *„Školení, přednášky, webináře hlavně v psychologických tématech, v péči o maligní rány.“*



### 6.3 Kategorie motivace k výkonu povolání



Cílem výzkumu bylo také zmapovat motivaci sester k výkonu povolání. V otázkách 8 až 11 jsme se respondentek dotazovali na jejich motivaci ke zvolení práce v hospici a k vykonávání paliativní péče.

Otázka č. 8 byla přímo na podkategorii subjektivních motivů, kde jsme zjišťovali důvody, které respondentky přiměly vyhledat práci v hospicovém zařízení. Celkem 6 respondentek (2, 4, 5, 8, 9, 10) uvedlo, že je přiměla k výkonu povolání vnitřní touha pracovat právě s umírajícími pacienty. *„Co mě přivedlo? Napadlo mě to vlastně samotnou. Cítila jsem se na tuhle práci. Když už jsem byla na zdrávce a možná už tahle myšlenka se vyskytla, když už jsem byla na střední na gymplu, že by tahle práce mě bavila. Vlastně možná i proto jsem šla pak na tu zdrávku.“* Odpověděla respondentka č. 4. Další 4 respondentky (1, 2, 9, 10) uvedly, že je práce v hospici zaujala skrze odbornou stáž. Díky této stáži se vnitřně rozhodly pro výkon povolání. *„Studium už na zdravotní škole i vyšší odborné škole. Byla jsem zde na praxi a moc se mi to tady líbilo, jelikož moje spolužačka tady dělala. Takže jsem měla možnost se sem podívat a byla jsem z toho tady unesená. Vždycky jsem si potom říkala, že kdybych chtěla někde časem pracovat tak právě tady v hospici. Když byl potom covid a na mém předešlém pracovišti v Hostinném nám začali umírat pacienti, tak jsem zjistila, že mě právě to umírání začalo svým způsobem bavit. A že by mě vlastně bavilo a naplňovalo právě takové umírání, jako tady v hospici. Takže v období covidu jsem kontaktovala paní vrchní, přišla jsem na stáž a od té doby jsem tu už vlastně zůstala.“* Odpověď na otázku č. 8 od respondentky č. 2. Respondentky č. 1 a 7 uvedly, že je k práci v hospici přivedlo úmrtí v rodině a osobní zkušenosti s péčí o blízké. Jak řekla respondentka č.7 *„No tak asi hlavně to bude smrt mé maminky, která mě zasáhla. A také můj syn chodí s dcerou od jedné sestřičky, která pracuje v hospici. Takže i díky nim jsem přišla na tu myšlenku, že bych to mohla zkusit. Také jsem už potřebovala změnu od svého předešlého zaměstnání.“* 2x se respondentky shodly, že je motivuje právě práce s umírajícími pacienty. *„Já jsem dělala dlouhá léta s postiženými dětmi. Pak jsem pracovala v domově důchodců, dělala jsem v nemocnici na chirurgii. Pracovala jsem dokonce i v zahraničí, tam jsem pracovala vlastně v rodinách. Ta práce spočívala vlastně v péči o ty staré rodinné příslušníky. Pak se mi poštěstilo a v Německu jsem tenkrát sehnala práci, bylo to něco jako dalo by se říct domácí péče, ale to bylo ještě v roce 2001. Bohužel jsem ale strašně dlouho čekala na určité byrokratické papíry, tak jsem se začala shánět po práci v Česku. Dozvěděla jsem se, že u nás byl otevřený hospic, ale v Litoměřicích. Tak jsem si tam volala, už jsem tam měla domluvenou stáž. Ale dva dny*

*předtím, než co jsem měla mít tu stáž v Litoměřicích, mi volali, že by bylo možná pro mě lepší mít tu stáž právě tady v Kostelci. že bych to měla lepší tady, jelikož Kostelecký hospic už fungoval někde 5 let. Už hned jak jsem vešla, na mě hospic udělal velmi hezký dojem a pak ta stáž mě utvrdila v tom, že tady chci pracovat. Vždycky jsem ale měla takové podvědomí, že bych chtěla jednou pracovat s těma umírajícíma. Já si tak říkám, že to byl takový můj osud, že jsem tu začala pracovat a zůstala jsem tu.“* Odpověď od respondentky č.9.

Dále se pak po jedné odpovědi v podkategorii subjektivní motivy zmínily důvody jako věkové a mentální dozrání k práci v hospici, místo blízko bydliště, skloubení práce a rodiny, lepší přístup k pacientům, více času na pacienty jako časový faktor a také změna původního zaměstnání.

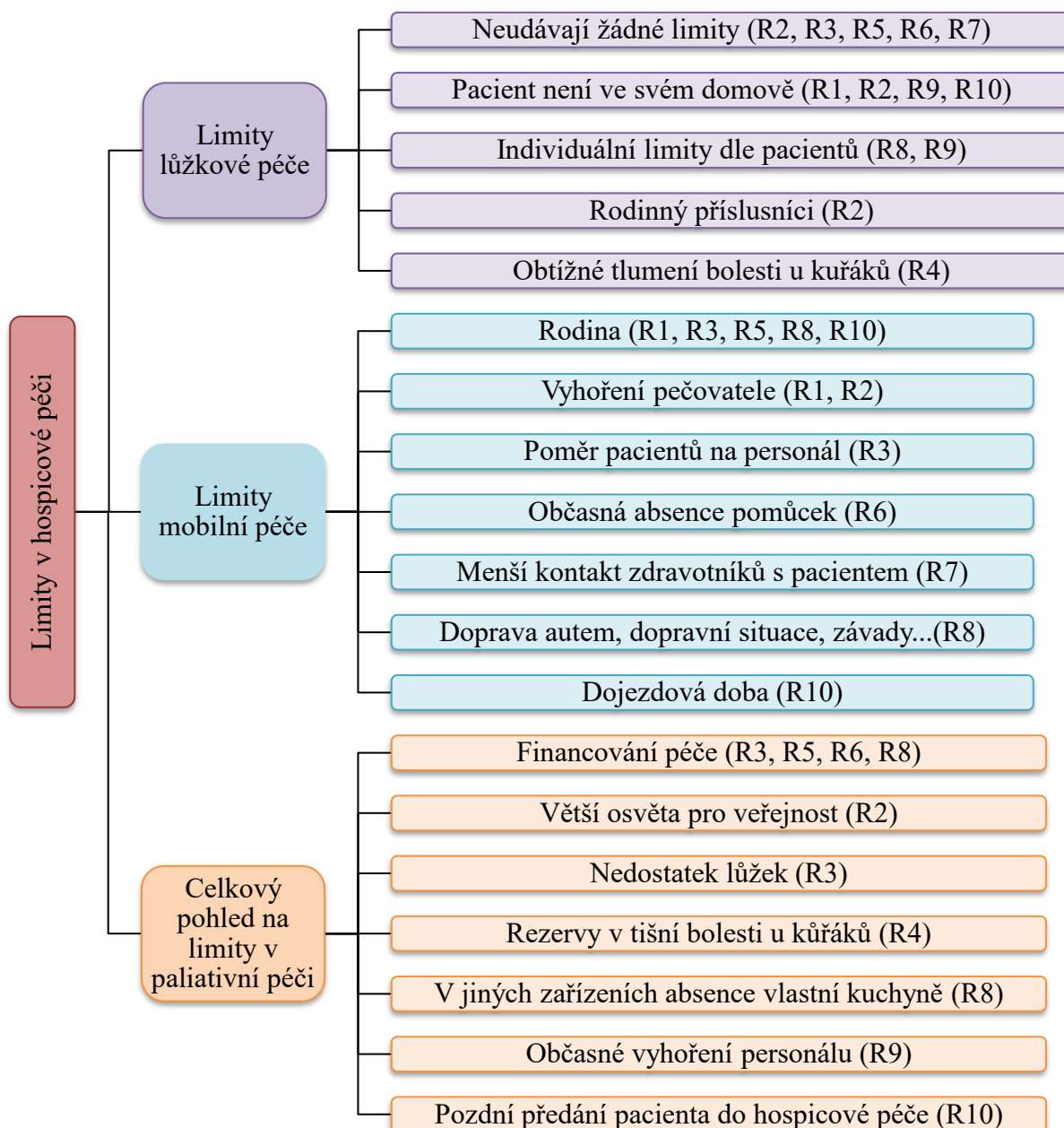
Druhá podkategorie motivace byla utvořena otázkou č.10. Ptali jsme se na rozdílnost v péči oproti předešlým zaměstnáním, kde dříve respondentky pracovaly.

2 respondentky (5,10) nikdy nepracovaly v jiném zařízení než hospic. I tak ale vyjádřily svůj názor na tuto otázku podle jejich subjektivního náhledu. Nejčastěji se objevila odpověď méně intervencí, které by pacienty zbytečně zatěžovaly. Takto odpověděly přesně 4 respondentky (č.3, 4, 6, 9) Takto se vyjádřila respondentka č. 6: *„Asi hlavně tady je ten čas na pacienty, je tady rozhodně lepší komunikace ve všech ohledech. Provádí se tu i méně intervencí, které by pacienty zatěžovaly.“* Druhou nejčastější odpovědí byla větší snaha udělat pacientům pobyt a odcházení co nejhezčí to jde, celkem takto odpověděly 3 respondentky. *„No tak asi v tom, že na té chirurgii se jako by snažili ty životy jakoby zachránit. Tady už se zase snažíme těm pacientům udělat ten jejich konec co nejhezčí. Je to opravdu rozdílná práce ve všech směrech.“* Respondentka č.7. Poté se ještě často opakovala odpověď více času na pacienty 2x, dobrá komunikace ze strany personálu 2x.

Poslední podkategorie pracovní klima byla vytvořena pro ucelení poznatků a důvodů, které respondentky uváděly jako hlavní důvody k motivaci změny svého předešlého povolání, jelikož vnitřní motivace, poté nedostatky v péči o pacienty a špatný kolektiv v předešlém zaměstnání hrály významnou roli v celé kategorii motivace k výkonu práce v paliativní péči. Celkem 4x respondentky zdůraznily lepší a kvalitnější vztahy v hospicovém zařízení. *„Vidím tady rozdíl ve vedení, tady opravdu to vedení funguje a je s nadřizenými velmi hezká komunikace. Tady to je z mého pohledu dokonalé. I vztahy mezi kolegy jsou tu hezké. Je tu velmi dobrá spolupráce s lékaři,*

*lékaři tu jsou lidský a bezvadný. V Hostinném to bylo takové, jak to říct. Ze začátku to bylo fajn, ale potom přišlo nové vedení a už to bylo špatně. Byla tam napnutá atmosféra a kolektiv, ze strany vedení, kdy na vás šlapou, tak se to potom podepisuje i na kolektivu. Vnímám tu i ten respekt vůči svým kolegům a mezi sebou navzájem. Respektujeme, že každá sestra má svým způsobem svůj styl práce a každý jsme jiný. Někdo je třeba rychlý jako já, někdo zase pomalejší, ale vzájemně se tu respektujeme. Respektuje se tu i ten pacient. Já jsem za celou dobu, co jsem tady neslyšela od nikoho nic ošklivého, ani že bychom se tady třeba navzájem pomlouvaly, to tady já jsem nezažila,“ odpověděla respondentka č. 2. Dále se také 2x objevila odpověď o respektování personálu navzájem mezi sebou, takto například odpověděla respondentka č.8: „Daleko vstřícnější přístup. Takové to respektování specifik každého člověka a zaměstnance. Já jsem vlastně začínala za té totality, a tam opravdu i přístup toho personálu i těch lékařů byl hodně takový neosobní, hodně odměřený. Často jsem zažila i ponižování pacientů, a to se mi opravdu nelíbilo. Včetně třeba i zdravotních sester. Když já jsem se opravdu pak těm pacientům věnovala, podávala jsem jim čaj a byla jsem za to vlastně spucovaná, jestli mám tolik času, abych jim podávala čaj. Takže tohle se mi fakt nelíbilo. Byla to taková ne moc hezká doba. Já chápu, že dříve nebylo třeba tolik materiálu na oddělení, že nebylo vybavení takové. Málo prádla, muselo se více šetřit. Na druhou stranu opravdu ty lidi nebyli hezky a důstojně zabezpečeni, tak jak bych si představovala, že by měli být.“ 2x se opakovala ještě odpověď podobné povahové rysy u respondentek č. 5 a 8. dvě respondentky také zmínily domácí prostředí. „Tady to je velmi přátelské a láskyplné. Kolektiv tu je spíše jako rodina než kolegové v práci,“ uvádí respondentka č.7.*

## 6.4 Kategorie limity v hospicové péči



Celkem 5 otázek jsme zařadili do kategorie limity v hospicové péči. Zajímalo nás náhled sester na limity a úskalí poskytování paliativní a hospicové péče. Dotazovali jsme se respondentů na zkušenost s mobilní i lůžkovou péčí, přestože některé respondentky nemají

zkušenost s jedním druhem péče, dokázaly na otázky odpovědět. Takže jsme zjistili, že zkušenost nehraje v pohledu na limity velkou roli.

První podkategorie byla na limity v lůžkové péči. Celkem 5 respondentek uvedlo, že žádné velké limity v poskytování péče u lůžka nevidí. Uváděli, že péče u lůžka není skoro ničím limitovaná a je možné skoro vše. *„Asi taky jako žádné nevidím. Ono se ta péče neustále posouvá. Protože jsou furt nové a nové věci a ty limity se neustále posouvají a upravují,“* odpověděla respondentka č. 3 na otázku ohledně limitů v lůžkové péči. 4 x se objevila očekávaná odpověď, že pacient nemůže být doma, respondentkou č. 9 byl krásně objasněn důvod, proč někdy domácí péče pro pacienta není tolik vhodná jako lůžková. *„No u lůžka já žádné velké limity asi nevidím, možná jenom to, že pacient není doma. Bohužel ale někdy jejich stav to neumožňuje a je jim lépe tady než doma, takže občas je to těžké posoudit. Každý pacient je jiný a díky tomu se u každého pacienta mohou i limity různě lišit.“* Dvakrát se také respondentky č. 8 a 9 zmínily, že limity jsou často individuální podle pacienta. *„Limity jsou asi hodně individuální, pacient od pacienta.“* Respondentka č. 8.

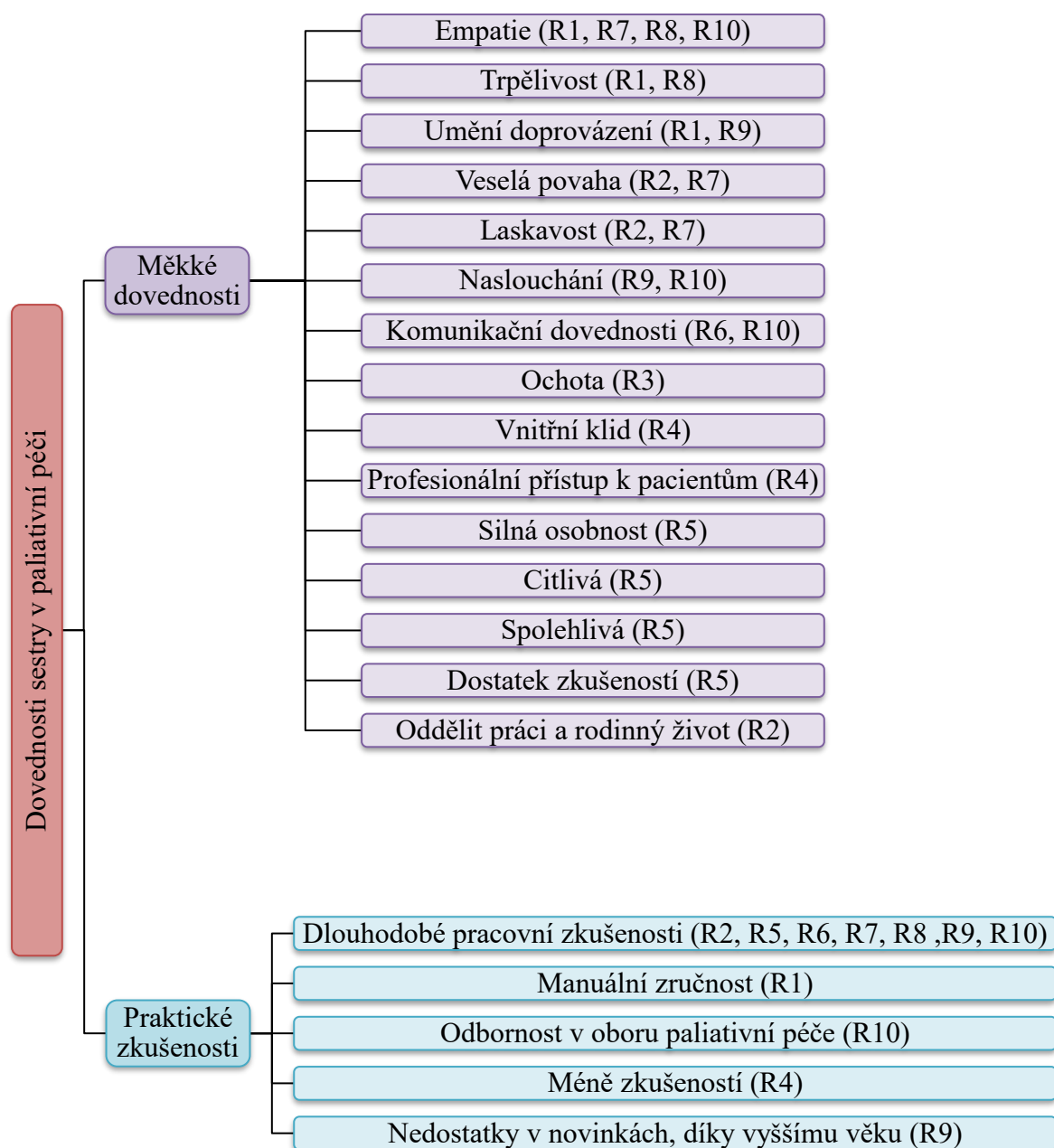
Druhá podkategorie byla na limity v mobilní hospicové péči. Celkem 5x se objevila odpověď, že největší limit je rodina, ať to již bylo myšleno na spolupráci s rodinou nebo komunikaci s rodinou. Jelikož rodina s pacientem tráví veškerý čas. *„Dle mého názoru je největší limit v terénu rodina, někdy ta komunikace a spolupráce s rodinou je velmi obtížná. Takže za mě asi jediný limit, co já vidím, je rodina. Se vším ostatním si víceméně dokážete poradit.“* Odpověď od respondentky č.5, která aktivně jezdí v mobilní péči. 2 respondentky se ještě zmínily o syndromu vyhoření u pečujících rodin. *„Limity v domácí péči určitě vidím v tom, že opravdu ta rodina v tom musí fungovat. Musí být k dispozici tomu pacientovi opravdu neustále. To za něj ta domácí péče neudělá. Ta je opravdu jen na dojezd, když je pak potřeba něco řešit konkrétně, ale jinak si ta rodina pečuje sama. Což někdy může být dobře, ale i špatně. Mohu posoudit pouze z vlastní zkušenosti jako pečovatele. Protože moje maminka byla opravdu někdy až moc pečující a úzkostlivá, furt si dělala starosti, abychom my neměli moc práce, tak se o tatínka chtěla starat jenom sama. A viděla jsem pak, že už třeba ztrácí síly. Že to nezvládá, ale nechce si to přiznat. Nechce nás k tomu moc pustit. Takže vidím v úskalí zbytečného přepečování, takže to třeba ten pečovatel nezvládne. Nedá ostatním členům rodiny šanci, že můžou také pomáhat s péčí, aby si mohl odpočinout. Takže určitě vyhoření pečovatele.“* Respondentka č.1. Ostatní odpovědi respondentek už byly individuální.

Třetí a poslední podkategorie byla utvořena na celkové zhodnocení poskytování paliativní a hospicové péče. Z toho 4x se respondentky vyjádřily k lepšímu financování péče

od pojišťoven a celkové finanční situaci a podpoře. „*Celkově financování péče je velký limit a úskalí pro hospice. Péče v nich totiž není plně hrazena pojišťovnami. Přitom si myslím, že by to mělo být hrazeno stejně jako péče v nemocnicích, ale to je jen můj osobní názor.*“

Odpověděla respondentka č.6. Obdobně odpověděla i respondentka č. 5, která pracuje v mobilním hospici, a to takto: „*Financování péče u mobilních služeb, řešíme to dnes a denně. Pojišťovny nám udávají velmi ohraničené limity, mezi kterými se musíme pohybovat. Velmi často je to opravdu náročné.*“ Dvě respondentky č. 1 a 7 uvedly, že limity nevnímají a nikdy se nad tím moc nezamýšlely.

## 6.5 Kategorie dovednosti sestry v paliativní péči



Kategorii dovednosti jsme rozdělili do dvou základních podkategorií. Na tuto kategorii jsme vyčlenili otázku č. 17, která zněla: Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)

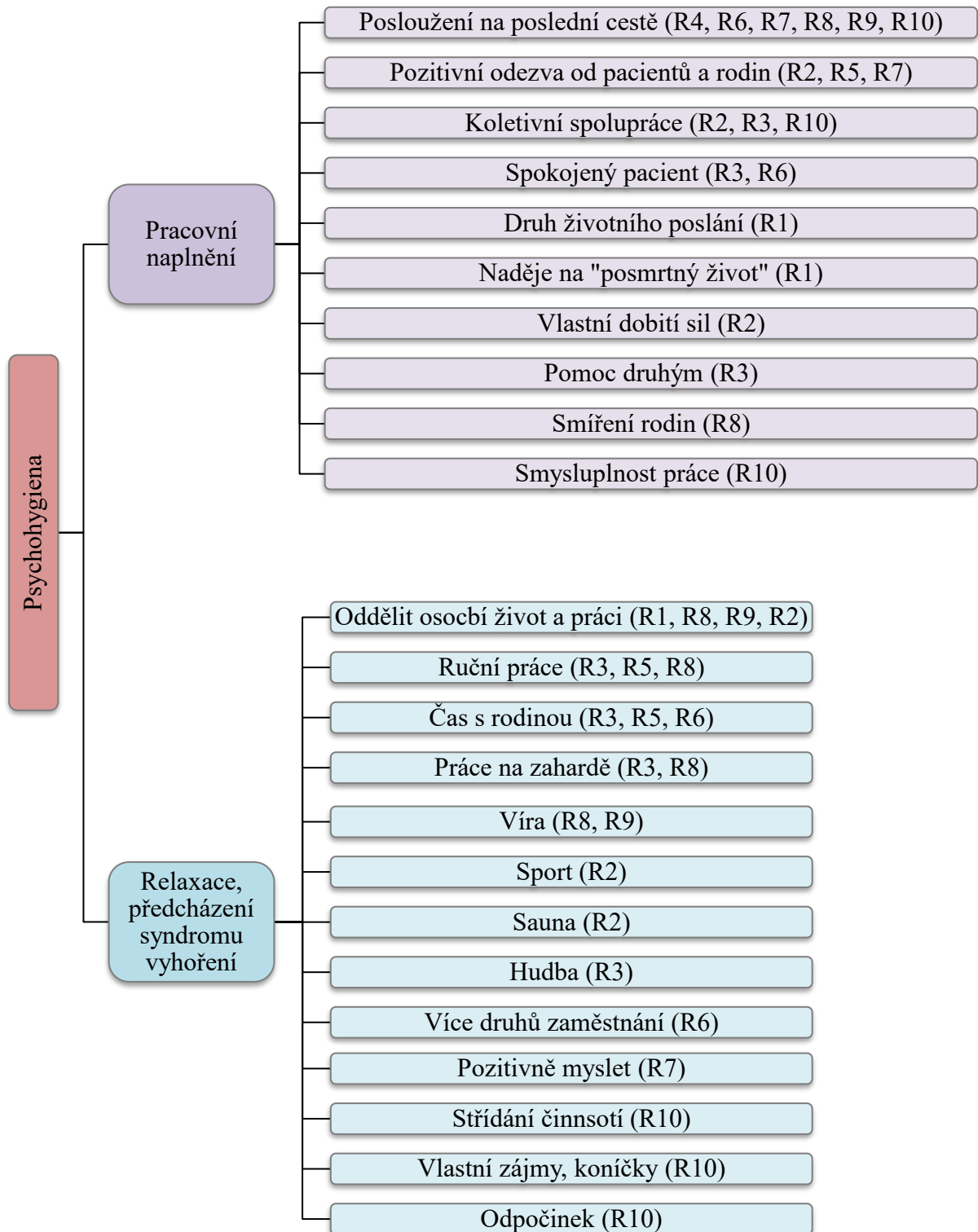


První jsme uvedli měkké dovednosti, jelikož o nich respondentky mluvily nejvíce a nejčastěji. Plyne to z jejich způsobu smýšlení, které je dané jejich povoláním. Celkem 4x se objevila odpověď, že dobrá sestra v paliativní péči je empatická, takto odpověděly respondentky č.1, 7, 8, a 10. *„Jsem empatická, mám schopnost naslouchat, komunikovat. Také mám hodně zkušeností a odbornost v paliativní péči.“* Respondentka č.10. Dále se po dvou shodách opakovala odpověď trpělivá, kde respondentka č. 1 odpověděla takto: *„Jsem hodně trpělivá. Mám schopnost takové té empatie, vcítění se do pacienta, jejich pocitů, ale také i do pocitů svých kolegů. Dále si myslím, že moje silná stránka je i v umění toho doprovázení. Každá sestřička si tady vlastně nalezne sympatie k jiným pacientům. Každý pacient je jiný, proto ne každému vyhovuje stejná sestřička, ale já poznám, kdy zrovna pacient potřebuje moji přítomnost, a naopak kdy zase ne. Co se týká praktických zkušeností, tak ty jsem si myslím již za ty léta nabyla, takovou tu manuální zručnost.“* 2x se objevila schopnost doprovázení, kde respondentka č. 9 odpověděla: *„Nevím, jestli se mám považovat za dobrou sestru, ale svým způsobem asi jsem. Určitě základ je, že jsem věřící. Ale tím nechci říkat, že kolegyně, které věřící nejsou, jsou špatné, to vůbec není tak. Občas se i já cítím tak jakoby zahanbená, když moje kolegyně se v některých situacích dokáží chovat ještě lépe než já. Je to ale pro mě základ, že jsem věřící. Dokážu lépe se vyrovnat se smrtí a tak. Myslím si, že mám hodně zkušeností, ale tím nemyslím jenom ty praktické dovednosti. Ty se dají i celkem naučit. Ale myslím takovou tu schopnost provázení a naslouchání. Tady jsem se v tom prostě našla. Jsem tady šťastná. Co se týče praktických dovedností si myslím, že mám mnoho zkušeností, ale přeci jen jsem již trochu starší, takže některé novinky a vychytávky třeba neznám tak dokonale.“* Po dvou shodách se také objevily odpovědi jako je laskavost. *„No po třech letech si úplně netroufám říct, díky čemu jsem dobrá sestra. Moje silné stránky, to asi není úplně silná stránka, že tady tu práci, když tu skončím, vlastně nechám. Jedu domu a opravdu mám ... Jsem také laskavá a veselá osoba. Po té praktické stránce mám již zkušenosti.“* Odpověděla respondentka č.2. Ještě se 2x opakovala veselost, 2x dobrá komunikace a 2x umění naslouchat.

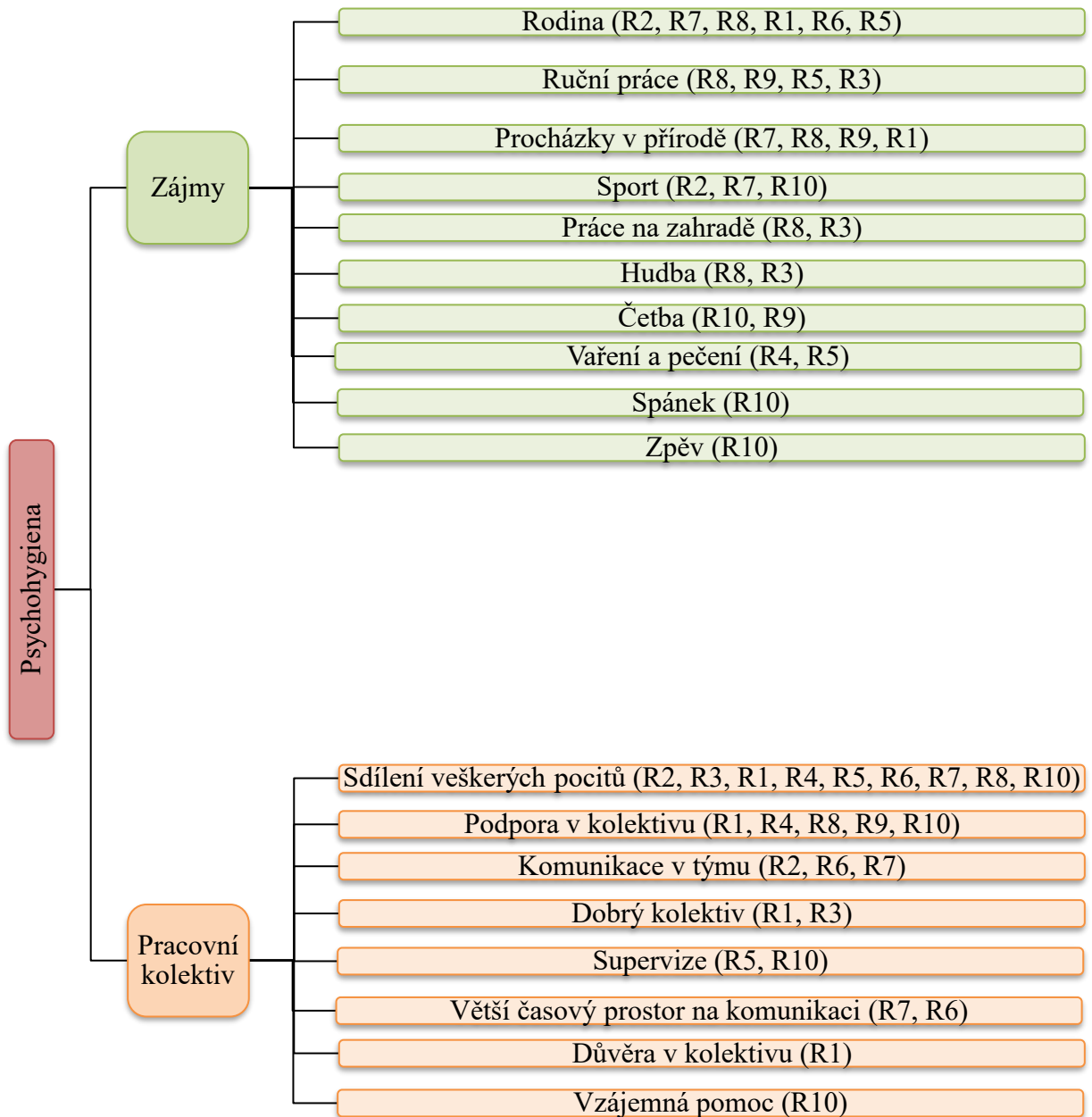
Druhá podkategorie byla praktické zkušenosti. V otázce č. 17 jsme v odpovědích netlačili na volbu zkušeností a čekali jsme na odpovědi od respondentek. Praktické zkušenosti respondentky zmiňovaly pouze okrajově a nedávaly jim takovou váhu jako předešlé podkategorii. 7 x byla zmíněna letitá pracovní zkušenost, kde respondentky nasbíraly dostatek praktických dovedností. *„Velkou roli asi hrají také už osobní zkušenosti, které jsem nasbírala v tomto oboru, proto si asi myslím, že jsem dobrá sestřička“* Odpověděla respondentka č.5. Dvakrát se ještě objevila odpověď záporná, která zněla: méně pracovních zkušeností. *„A ještě*

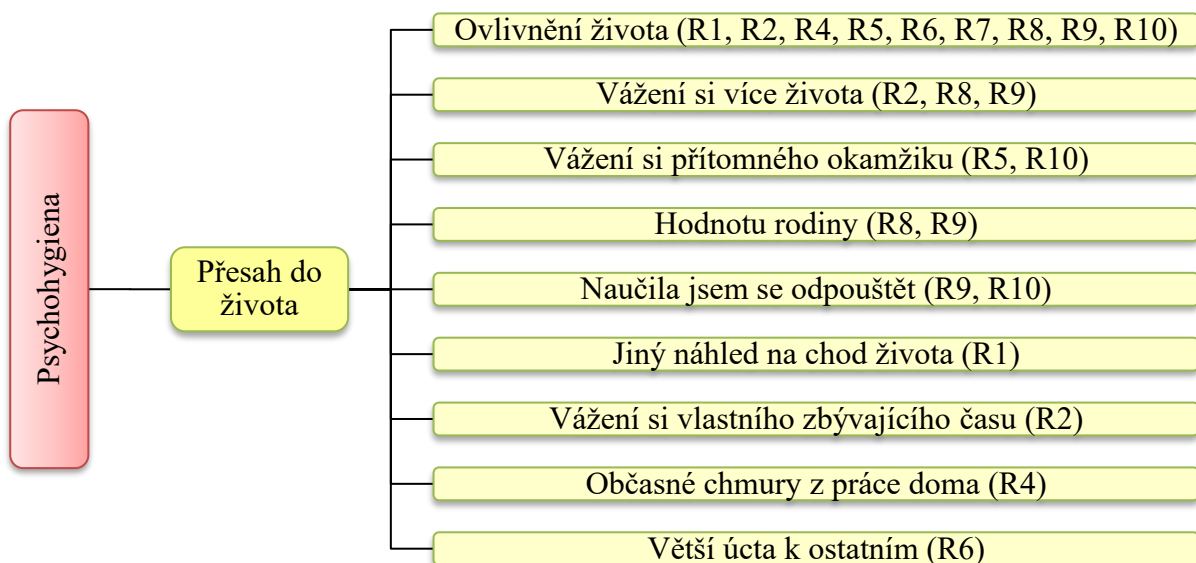
*jedna moje slabá stránka, kterou vnímám je, že občas si nevím rady s více odbornými věcmi. Třeba když nám pacient přijede třeba s tracheostomií, tak se radši vždy optám, jak s tím zacházet, jelikož to tu u nás není tak časté. Jelikož nemám tolik zkušeností.“* Odpověděla respondentka č.4. Respondentka č.9 odpověděla, že si více zakládá na měkkých dovednostech, jelikož dle jejího názoru ty praktické dovednosti se dají časem naučit: *„Nevím, jestli se mám považovat za dobrou sestru, ale svým způsobem asi jsem. Určitě základ je, že jsem věřící. Ale tím nechci říkat, že kolegyně, které věřící nejsou jsou špatné to vůbec není tak. Občas se i já cítím tak jakoby zahanbená, když moje kolegyně se v některých situacích dokáží chovat ještě lépe než já. Je to ale pro mě základ, že jsem věřící. Dokážu lépe se vyrovnat se smrtí a tak. Myslím si, že mám hodně zkušeností, ale tím nemyslím jenom ty praktické dovednosti. Ty se dají i celkem naučit. Ale myslím takovou tu schopnost provázení a naslouchání. Tady jsem se v tom prostě našla. Jsem tady šťastná. Co se týče praktických dovedností si myslím, že mám mnoho zkušeností, ale přeci jen jsem již trochu starší, takže některé novinky a vychytávky třeba neznám tak dokonale.“* Tyto dvě záporné odpovědi u respondentky č. 4 přisuzuji krátké praxi a u respondentky č. 9 zase vyššímu věku. Po jedné odpovědi respondentky také zmínily zručnost a odbornost v paliativní péči respondentka č.10.

## 6.6 Kategorie psychohygienu



## 6.7 Kategorie psychohygiena





Cílem výzkumu bylo také zjistit psychickou zátěž pracovníků a jejich vyrovnání se s náročným povoláním. Jak dbají a pečují o svoji psychiku. Jakou roli hrají kvalitní vztahy na pracovišti. Do kategorie psychohygiene jsme zařadily otázky č. 1, 18, 19, 20 a 22.

První podkategorie má název pracovní naplnění, jelikož naplnění a smysluplnost práce funguje jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. 6 respondentek (4, 6, 7, 8, 9,10) uvedlo, že je naplňuje maximální posloužení pacientovi na jeho poslední cestě. Respondentka č.8 na otázku č. 18. odpověděla takto: „*Když vidím, že pacientovi ještě mohu posloužit. Vidím také posuny rodin ve smíření se se smrtí.*“ Dále také respondentka č. 4 sdělila: „*No to, s čím vlastně odcházím každý den odsud večer. Takový to, co člověk může jakoby i udělat navíc. Já se k pacientům stavím a pečuji o ně, jak kdybych si představila, že na jeho místě je třeba moje babička nebo mamka. Jak bych já chtěla, aby bylo s nimi zacházeno. Záleží jen čistě na mě, jestli jim ten polštář třeba posunu, nebo ne. Prostě se pro ty pacienty snažím udělat to nejlepší co umím a dokážu. Naplňuje mě, že ten pacient se vlastně díky mně cítí dobře a je spokojený.*“ Třikrát se také objevila odpověď o naplnění z odezvy od pacientů a rodin. S tímto naplněním se ztotožnila respondentka č. 2, 3, 10. „*Právě to, že já ještě můžu. Když někoho pohladím a on se usměje. Když mě pacient řekne hezkou věc, když mi popřeje hezký den. Prostě když vidím, že tady je těm lidem dobře a že netrpí. Když jsou pacienti navzdory svému osudu spokojený a když*

*nám poděkují. Naplňuje mě ta odezva od pacientů a jejich rodin. Ta spolupráce.*“ Odpověděla respondentka č. 2 na otázku č. 18. Další 3 respondentky – 2, 3, 10 uvedly, že je naplňuje kolektivní spolupráce a kvalitní, hezké vztahy na pracovišti. Respondentka č. 3: *„Tak je tady fajn kolektiv. Asi odjakživa, co sebou ta práce sestry nese. Pomáhat těm druhým, akorát tady je to trošku takový jakoby smutný, protože člověk jim pomáhá, když to řeknu blbě dobře umřít no.“* 2x se také objevila odpověď na spokojeného pacienta. *„Naplňuje mě asi to, že těm lidem mohu ještě na konci života pomoci, aby se cítili lépe a vidím, že je pacient spokojený.“* Respondentka č.6.

Dále nás v kategorii psychohygienu zajímala relaxace respondentek. A co dělají k udržení psychické pohody a jak předcházejí syndromu vyhoření. Celkem 4x bylo uvedeno, že je důležité oddělit práci a svůj osobní život a netahat si práci domu. Takto odpověděly respondentky č. 1, 2, 8, 9. respondentka č. 1 odpověděla: *„Snažím se opravdu to tady po práci vždy uzavřít a odejít domu. Doma pak už mám zase jiné starosti. Prostě na to tolik nemyslet. Někdy to člověku ale nedá. Někdy si i doma vzpomene na toho pacienta, jak se mu daří, jestli ještě žije nebo tak. Snažím se ale doma žít pro to, co je potřeba doma a netahat si těžkou hlavu domu.“* 3x byla odpověď rodina ve smyslu kvalitních rodinných vztahů a podpora ze strany rodiny. Takto se vyjádřily respondentky č. 3, 5, 6. Na otázku odpověděla respondentka č.5 takto: *„No tak asi ty ruční práce a kvalitně strávený čas s rodinou.“* 3x se opakovaly i ruční práce jako aktivita, kde se tolik nemluví a člověk se u ní může odreagovat – respondentky 3, 5, 8. Respondentka č. 8 odpověděla: *„Dokážu přepnout mezi prací a vlastním životem. Také mé koníčky a rodina mi pomáhají. Určitě má na tom i velkou zásluhu víra. Také mám ráda takové ty ruční práce.“* 2x se objevila ještě práce na zahradě od respondentek č. 3, 8. *„Tak ta práce se dřevem a na zahradě. Občas taky hudba pěkně nahlas si tak jako vymýt mozek. A mám dvě vnučky, takže když přijedou, tak ony zas člověka odreagují úplně jinak,“* odpověděla respondentka 8. Ostatní rituály a zájmy již byly beze shody pouze jednotlivě. Respondentka 4 jako jediná odpověděla více negativně, jelikož zatím žádný způsob relaxace nenalezla: *„Jejda, no to se teďka teprve snažím asi tak nějak ve svém životě najít, co by mi opravdu pomohlo, se tak jako od všeho odprosít tady a mít takovou tu správnou psychohygienu. Ten první rok jsem si totiž myslela, že to tady není zas tak psychicky náročná práce, ale spletla jsem se. Jen se to ve mně tak jako nahromadilo za ten rok a něco. Nedávno to u mě všechny tyhle pocity tak nějak vypukly ven a uvědomila jsem si, jak je to vlastně psychicky náročné. A jak kolem vás ty lidi furt umírají, a i ta práce, a to zacházení s tím zemřelým, je to opravdu psychicky náročné. Takže jsem zjistila, že to chce opravdu nějaký větší relax. Ale stále furt hledám tak nějak svůj způsob*

*na vhodnou psychohygienu.*“ 2x také byla zmíněna víra, jakožto pomocník při těžkém období či vypořádání se s vlastními pocity- 8, 9. „*No nevím, jako každý říká nesmíme si to nosit domů, a to já si tedy nenosím. Můj manžel o tom i celkem nerad mluví. On mě hrozně respektuje a svým způsobem si mě i za moji práci váží, ale nerad o tom doma hovoří. Takže já si to musím sama zpracovat se sebou. A jak jsem již zmiňovala, já mám tu víru v boha, takže ta mi velmi pomáhá. A myslím si, že mám prostě ten dar, že to mohu dělat.*“ Respondentka 9.

Také nás dále zajímaly různé záliby a zájmy respondentek, pro lepší seznámení a prozkoumání jejich mimopracovních aktivit. Záliby respondentek jsou rozmanité. Nejčastěji respondentky uvedly rodinu a to v 6 případech. Dále se 4x opakovaly procházky v přírodě, 4x ruční práce, 3x sport, 2x práce na zahradě, 2x hudba, 2x četba, 2x vaření a pečení a dále po jedné odpovědi se nacházel zpěv a spánek. Záliby a koníčky mimo pracovní prostředí hrají také významnou roli v psychohygieně.

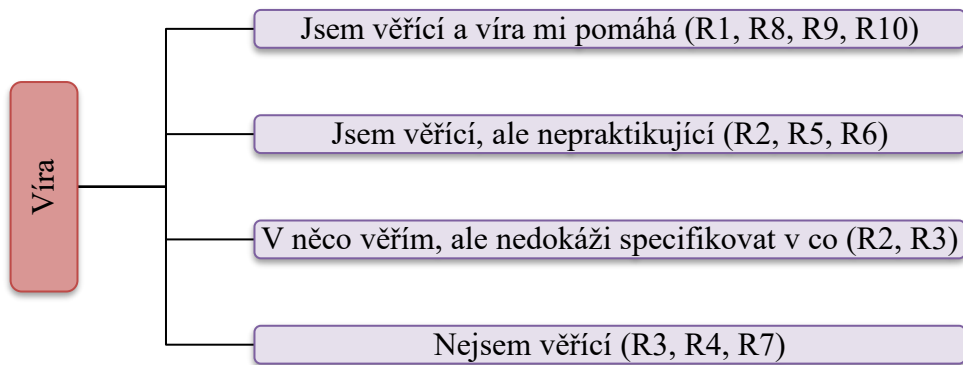
Podkategorie pracovní kolektiv měla zjistit, zdali jsou na pracovišti kladné, nebo záporné vztahy a jaký postoj ke kolektivu a sdělování emocí mají pracovníci v hospicovém zařízení. Všechny respondentky se shodly, že pracovní kolektiv je oproti jiným zařízením zde v hospici lepší. Nejčastější důvod byl, že mají možnost sdílení pocitů v práci, že se pocity sdílejí více, než na jiných pracovištích, celkem takto odpovědělo 9 respondentek 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10. „*Určitě to tady hodně vnímám, že mluvíme spolu, mezi sebou. Sdělujeme si navzájem naše pocity. Sdělujeme si informace o těch pacientech, jejich rodinách. I si třeba tak jako zanádváme, když nám je smutno, nebo nás něco za někoho mrzí. Prostě zavřou se dveře na sesterně a tam si to řekneme. Určitě si myslím, že to sdílení pocitů s kolegy je strašně důležité. Nebo pro mě aspoň jo. Díky tomu vidím například, že nejsem jediná, koho třeba ta určitá situace mrzí nebo rozčiluje. To sdílení pocitů je důležité.*“ Respondentka 2 odpověděla na otázku sdílení pocitů s kolegy na pracovišti. 5x byla zmíněna podpora od kolektivu u respondentek č.1, 4, 8, 9, 10. „*Většina z nás si tady velmi dobře rozumí, máme spoustu společných témat. A určitě jsou tu vztahy velmi dobré. Podpoříme se a však to znáte. Neříkám, občas se zde nějaký problém taky vyskytne, ale vždy si vše vyřešíme v relativním poklidu,*“ odpověděla respondentka 9. Třikrát se objevila i komunikace v týmu a kolektivu u respondentek č. 2, 6, 7. „*Určitě, tady je na to i více prostoru, však to znáte. Postěžujeme si tu na vše, co nás trápí. Je tu i velmi dobrá komunikace.*“ Respondentka 7. 2x byl zmíněn i „*dobrý kolektiv*“ u respondentek č. 1, 3, dvakrát supervize, kterou provádí v mobilním hospici, a to u respondentek č. 5, 10. „*Ano, sdílíme. Vzájemně si děláme „intervizi“. Vyslechneme se, pomáháme si. Je to pro nás důležité, že máme v sobě navzájem oporu*“ Respondentka 10. Dále

2x i větší čas na komunikaci u respondentek č. 7, 6. Respondentka 6 odpověděla takto: „*Ano neustále. Ať už to jsou pocity ohledně pacientů, nebo i vlastních problémů ze života. Tady je na tu komunikaci mezi personálem i více času.*“

V další podkategorii nás zajímal přesah jejich práce do osobního života. Zdali jejich práce ovlivnila jejich život, či nikoliv. Devět respondentek č.1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 uvedlo, že práce v hospici jim ovlivnila život, některým více negativně, jako například respondentce č.4, která uvádí: „*No zdá se, že asi ano. Pohled na život mi to asi úplně nezměnilo, ten jsem měla asi tak nějak srovnaný již předtím. Chodím domů taková, no občas to na mě doma někdy dolehne. Manžel se mě třeba zeptá, ty jsi dnes nějaká smutná nebo tak. Nedokážu občas úplně vypnout, někdy ty lidské osudy na mě dolehnout, ale to si myslím, že občas tady na každého. To by jinak člověk musel být z kamene, kdyby ne.*“ Jiným naopak pozitivně, kdy jim to dalo nový pohled na život jako respondentce 2: „*Více jsem si začala vážit života. A vidím, že už mi vlastně zbývá hrozně málo, ač tedy doufám, že hrozně dlouho (smích). Prostě carpe diem opravdu.*“ Třikrát se také objevila zmínka o vážení si života u respondentek č. 2, 8, 9, jak již zmínila respondentka 2 v příložené odpovědi. Vždy po dvou shodách v odpovědích se také opakoval přítomný okamžik u respondentek č. 5, 10, poté uvědomění si důležitosti rodiny u respondentek č. 8, 9 a také naučení se lépe lidem odpouštět u respondentek č. 9, 10. „*Určitě. Každý den je dar. Snažit se neodcházet bez rozloučení a odpuštění,*“ odpověděla respondentka 10.



## 6.8 Kategorie víra



Do kategorie víra nebyla vytvořena žádná podkategorie, jelikož nás zajímalo pouze to, zdali jsou či nejsou respondentky věřící a jak to ovlivňuje jejich práci. Pro tuto kategorii byla vyčleněna otázka č 23. 4 x byla uvedena odpověď, že respondentky jsou věřící a víra jim opravdu velmi pomáhá při zvládnání jejich profese u respondentek č. 1, 8, 9, 10. Na otázku 23 respondentka 8 odpověděla: „*Ano jsem. Také jsem přesvědčená,*

že víra mi opravdu pomáhá tuhle práci zvládat a vykonávat.“ Další 3 respondentky č. 2, 5, 6 odpověděly, že jsou věřící, ale nepraktikují. „Já jsem vždycky říkala, že nejsem věřící. Ale co pracuji v hospici, tak říkám, že jsem věřící, ale nepraktikují. Prostě v něco věřím. Já jsem vždy v něco věřila. Prostě něco je. Tuhle se mi i stalo u jednoho pacienta, že zemřel a v tu chvíli toho úmrtí u něho byl jeho nejlepší dlouholetý kamarád. A ten kamarád mi říkal: „No on už nás stejně neslyší, tak proč mu něco říkat.“ „Tak jsem mu říkala: No to byste se divil.“ Pak jsme ještě chvíli si povídali a on mi říká: „Vy na to věříte?“ „Tak mu povídám, že věřím.“ Řekla jsem tomu jeho kamarádovi pohled, jaký na to mám. Tak ten jeho kamarád u toho zesnulého pána strávil ještě pak tak půl druhý hodiny. A nakonec, než co odcházel, tak na mě zařukal ještě na sesternu a řekl mi: „Sestři, tak já jsem mu řekl, že se nahoře jednou sejdem.“ A zrovna tady tomu kamarádovi to strašně pomohlo. Takže určitě si myslím, že v něco věřím.“ sdělila svůj příběh respondentka 2. Právě ona se také shoduje s respondentkou 3 v odpovědi, že věří v něco, ale přesně neví v co. „Ne věřící nejsem. Ale tak říká se, že něco mezi zemí a nebem je, co vždycky něco ovlivní. Takže to je těžké pojmenovat. A za tu dobu, co jsem dělala v té domácí péči, jsem se setkala s mnoha druhy víry. Od jehovistů, mormonů až po adventisty. A když v té domácí péči tam třeba jezdíte rok, dva až tři, tak on se ten náhled na tu víru stejně jako rozvíjí. Nejhorší pro mě byli třeba jehovisti, ale tam s jedním pánem jsem stále tak jako diskutovala a vyptávala se, jak to mají a proč se k tomu tak rozhodli. A navíc já jsem Husákovo dítě, a v té době k tomu nikdo neměl zas tak velký vztah a rodiče mě k tomu nevedli. Byl otec je asi pokřtěný, maminka asi taky, ale nikdy jsme do kostela nechodili,“ odpověděla respondentka 3. Další 3 respondentky č. 3, 4, 7 uvedly, že věřící nejsou. „Ne věřící nejsem, a asi se nedá říct, že bych věřila v něco konkrétního. Neznám žádnou modlitbu úplně nazpaměť. Dokážu doprovázet, nebo se tak nějak pomodlit s tím pacientem, když si to přeje, ale prostě nejsem vůbec praktikující věřící,“ odpověděla respondentka 4.

## 6.9 Paradigmatický model

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání	Následky
Motivace k výkonu práce v paliativní péči	Vnitřní touha	Odhodlání a touha pracovat v PP	Touha vykonávat povolání sestry v PP	Výkon práce sestry v PP	Silná motivace pro výkon práce, adekvátní náplň z dosažení představ o práci sestry v PP, kvalitní poskytování péče
	Vlastní zkušenost s péčí o umírajícího				
	Předchozí pracovní zkušenost	Nespokojenost s přístupem k nemocným ve stávajícím zaměstnání			
Limity v paliativní péči	Limitování ze strany rodinných příslušníků	Náročná komunikace a obtížná spolupráce s rodinou	Neadekvátní péče o pacienta v PP	Neochota spolupráce rodiny, špatná komunikace mezi personálem a rodinou	Neadekvátní péče ze strany rodinných příslušníků, větší zátěž pro zdravotníky <i>„je největší limit v terénu rodina, někdy ta komunikace a spolupráce s rodinou je velmi obtížná.“</i>

Dovednosti sestry v paliativní péči	Empatické chování k pacientovi a rodině	Profesionální přístup při doprovázení pacientů	Harmonický vztah s pacientem a jeho rodinou	Snaha o vcištění se to pacienta jeho potřeb a přání, empatie a tolerance vůči členům rodiny pacienta	Silné pouto a důvěra mezi sestrou a pacientem, navázání bližšího kontaktu s pacientem a díky tomu lepší komunikace a spolupráce sestra a pacient
Psychohygiena	Pracovní naplnění	Pozitivní odezva od pacientů a rodin na péči a přístup k pacientům	Nalezení smyslu práce, dobrý pocit z odvedené práce a pochval	Předcházení vyhoření sestry, odhodlání pokračovat v práci	Kvalitní psychika zdravotníků, větší motivace do budoucího pracovního plnění „ <i>Když mě pacient řekne hezkou věc, když mi popřeje hezký den. Naplňuje mě ta odezva od pacientů a jejich rodin.</i> “

	Relaxace, předcházení syndromu vyhoření	Procházky v přírodě	Podpora psychického zdraví personálu, zlepšení psychiky	Pocity štěstí, uvolnění, vliv přírody na psychiku, zdravý pohyb	Oddělení pracovního a osobního života, odpočínutí při procházce v přírodě, lepší psychický stav zdravotníků
	Interpersonální vztahy na pracovišti.	Kvalitní vztahy na pracovišti	Možnost sdílení veškerých emocí, kvalitní nepovrchní vztahy, tolerance v kolektivu	Zaměření se na kvalitní vztahy pracovníků mezi sebou, podporující kolektiv, tolerantní kolektiv, snaha o udržení kvalitních vztahů	Vhodné prostředí pro sdílení pocitů na pracovišti, kvalitní spolupráce a komunikace mezi personálem, milé pracovní prostředí, lepší psychická podpora pro zdravotníky „ <i>My jsme tady jako rodina, dokážeme si navzájem všichni pomoci, poradit. Člověk se i těší do práce, my se tady i nasmějeme. Spoustu</i>

					<i>mých kolegyně i tvrdí, že jsme se nikdy tolik nenasmáli, jako právě tady v hospici.“</i>
	Přesah do osobního života	Plnohodnotné rodinné zázemí pracovníků, kde se můžou na svou rodinu spolehnout a nacházet v ní podporu	Kvalitní vztahy, aktivity s rodinou, oddělit práci a rodinný život	Aktivity s rodinou a dětmi	Lepší psychická pohoda pracovníků v PP, narušení vztahů s rodinou při špatné psychohygieně
Spiritualita	Pozitivní vliv spirituality	Vyrovnaní se se smíráním a náročnou prací v PP	Nalezení podpory ve spiritualitě pro výkon práce sestry v PP	Praktikování spirituality	Lepší vnitřní vyrovnaní se smrtí pacientů a vlastním životem <i>„jsem přesvědčená, že víra mi opravdu pomáhá tuhle práci zvládat avykonávat.“</i>

**Tabulka 3** Paradigmatický model

## 7. Diskuse

Tato bakalářská práce se zaměřuje na všeobecné sestry pracující v paliativní péči. Celý výzkum byl zaměřen na subjektivní názory všeobecných sester, které pracují v hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Respondentky byly velice sdílné a na všech 24 otázkách odpovídaly velmi konkrétně a věcně. Všechny 24 otázek jsme rozdělili do celkem 7 kategorií a 19 podkategorií, které přímo navazovaly na dotazované otázky z rozhovoru. V první kategorii jsme se zabývali demografickými údaji respondentek a tuto kategorii jsme dále rozdělili do 4 podkategorií. Zajímalo nás věk, dosažené vzdělání, délka praxe a osobní zájmy respondentek. Druhá kategorie se zaměřila na pracovní vývoj respondentek v hospicovém zařízení. Utvořili jsme celkem 3 podkategorie zaměřující se na délku praxe v hospicovém zařízení, specializace v oboru paliativní péče a také další doplňující kurzy, webináře apod. Třetí kategorie se zabývá motivací ke zvolení práce v hospicovém zařízení a předchozími zkušenostmi v jiných zařízeních. Třetí kategorie byla rozřazena do 3 podkategorií, na subjektivní motivaci, rozdílnost v poskytování péče oproti předešlému zaměstnání a také na pracovní klima a kolektiv ve srovnání oproti předešlému zaměstnání. Čtvrtá byla kategorie na limity v hospicové péči, byla rozdělena dále do 3 podkategorií na limity u lůžka, limity v mobilní péči a celkové limity v poskytování hospicové péče. Pátá kategorie byla zaměřena na dovednosti sestry v paliativní péči, tuto kategorii jsme rozřadili do dvou podkategorií, a to na měkké dovednosti a praktické zkušenosti. Většina respondentek se zabývala spíše měkkými dovednostmi, z výzkumu můžeme usuzovat, že respondentky takto odpovídaly vzhledem k jejich pracovní náplni a celkovému názoru na poskytování paliativní péče. Šestá kategorie byla zaměřena na psychohygienu respondentek, tato kategorie byla rozdělena celkem do 4 podkategorií. V této kategorii nás zajímalo celkové psychické stav a pohled na pracovní prostředí. První podkategorie, na kterou se dotazovala otázka č. 18, bylo pracovní naplnění, následují podkategorie relaxace – předcházení syndromu vyhoření, pracovní kolektiv, na který se vztahuje otázka č. 20 a poslední podkategorie přesah do života. Poslední kategorie víra byla ponechána bez podkategorií, jelikož z odpovědí respondentek nevyplývaly žádné podkategorie.

Pro bakalářskou práci byl stanoven jeden hlavní cíl a 4 dílčí cíle.

**Hlavní cíl práce – zmapovat postoj všeobecných sester k práci v paliativní péči.**

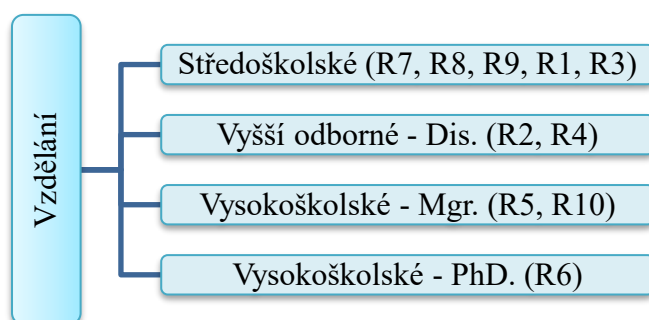
Vzhledem ke sdílnosti všech respondentek se podařilo zhodnotit celkový postoj k práci v paliativní péči. Z 9 rozhovorů s respondentkami vyplývá pozitivní postoj k práci v paliativní péči a minimální negativní dopady jejich práce na osobní život a celkový psychický stav

respondentek. Pouze 1 respondentka v rozhovoru uvedla, že její práce v paliativní péči má momentálně negativní dopad na její psychický stav, ale udává snahu a nalezení lepší psychohygieny. Ze stanovených dílčích cílů nám vyplynul náš hlavní stanovený cíl o postoji k práci v paliativní péči.

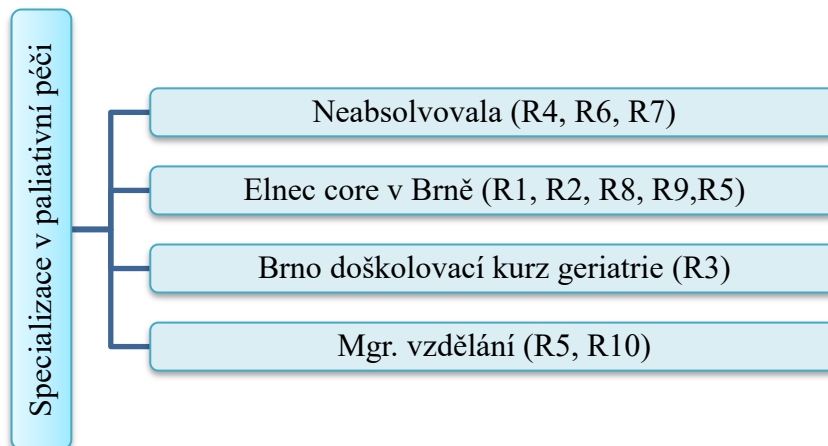
### **Dílčí cíl č.1- Zjistit jaká je vzdělanost sester v oboru paliativní péče.**

Na vzdělanost sester v paliativní péči se zaměřují otázky č.3 a č. 6. V otázce č. 3 nás zajímalo dosažené vzdělání pro výkon práce všeobecné sestry. Celkem 5 sester absolvovalo střední zdravotnickou školu, kde zakončením studia byla maturitní zkouška a respondentky získali statut všeobecné sestry. Dále 2 sestry mají vyšší odbornou školu. 2 sestry vystudovaly vysokou školu a dokončily magisterské vzdělání. Jedna respondentka absolvovala program pro získání titulu PhD.

Naším cílem bylo také zjistit další vzdělání v paliativní péči. Z údajů vyplývá, že dvě respondentky získaly magisterský titul, který je přímo specializovaný na paliativní péči, dalších 5 respondentek absolvovalo doškolovací kurz v paliativní péči v Brně, jedna respondentka absolvovala geriatrický kurz v Brně. 3 respondentky zatím žádné kurzy v paliativní péči neabsolvovaly. Více jak polovina respondentů absolvovala paliativní kurzy, které jim pomáhají při jejich výkonu profese. Zbylé respondentky kurzy zatím neabsolvovaly, jelikož jejich praxe v hospici zatím není delší než 3 roky. Z našich dat vyplývá, že 7 z 10 respondentek absolvovalo vzdělávací kurz. V tomto případě nacházíme shodu se Saskií Velkovou (2020), ta ve své práci uvádí, že až 74 respondentů ze 100 absolvovalo specializační vzdělání v paliativní péči.

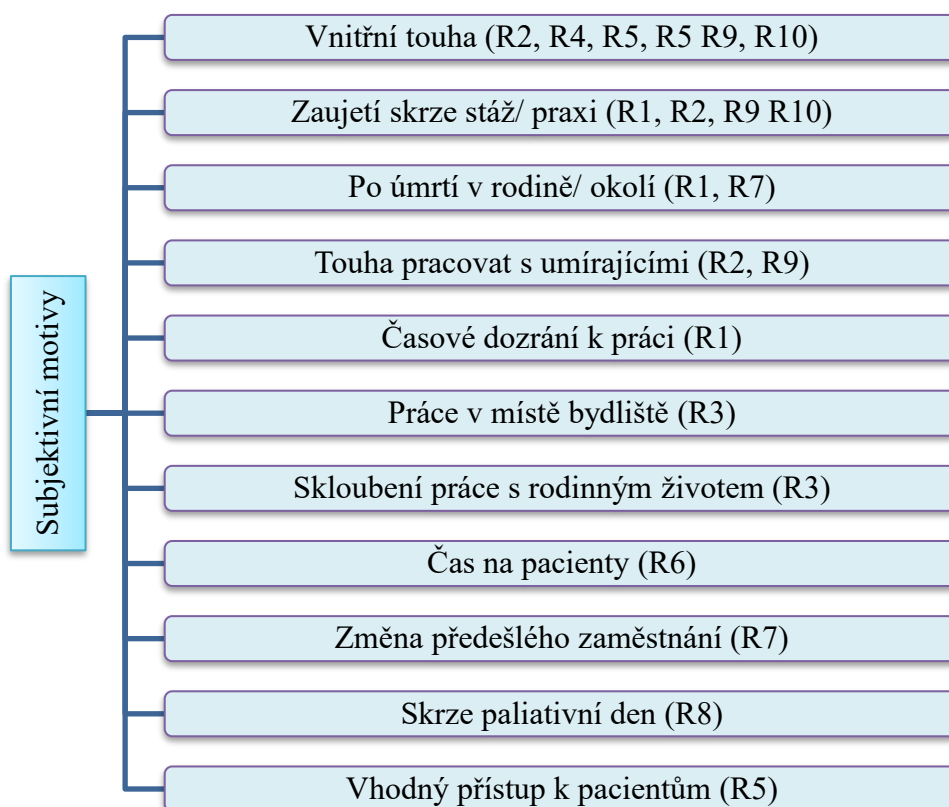






### **Dílčí cíl č. 2- Zjistit, co všeobecné sestry motivuje k výkonu paliativní péče.**

Jako další dílčí cíl jsme si stanovili zjistit motivaci sester. Na motivaci sester se vztahovala celá kategorie č.3. Zde se nám často odpovědi shodovaly s výzkumem Matyáskové (2019), kdy v našem výzkumu 6 respondentek uvedlo vnitřní touhu doprovázet a pracovat s umírajícími pacienty. Další 4 respondentky v našem výzkumu také vyjádřily motivaci skrze stáž nebo odbornou praxi. Také se nám potvrdilo, že jako motivaci respondentky považovaly předešlé zkušenosti s péčí v jiných zařízeních, k této shodě se v našem výzkumu přímo vztahuje druhá podkategorie v kategorii motivace. Dále se náš výzkum také shoduje v kvalitních vztazích kolektivu na pracovišti.



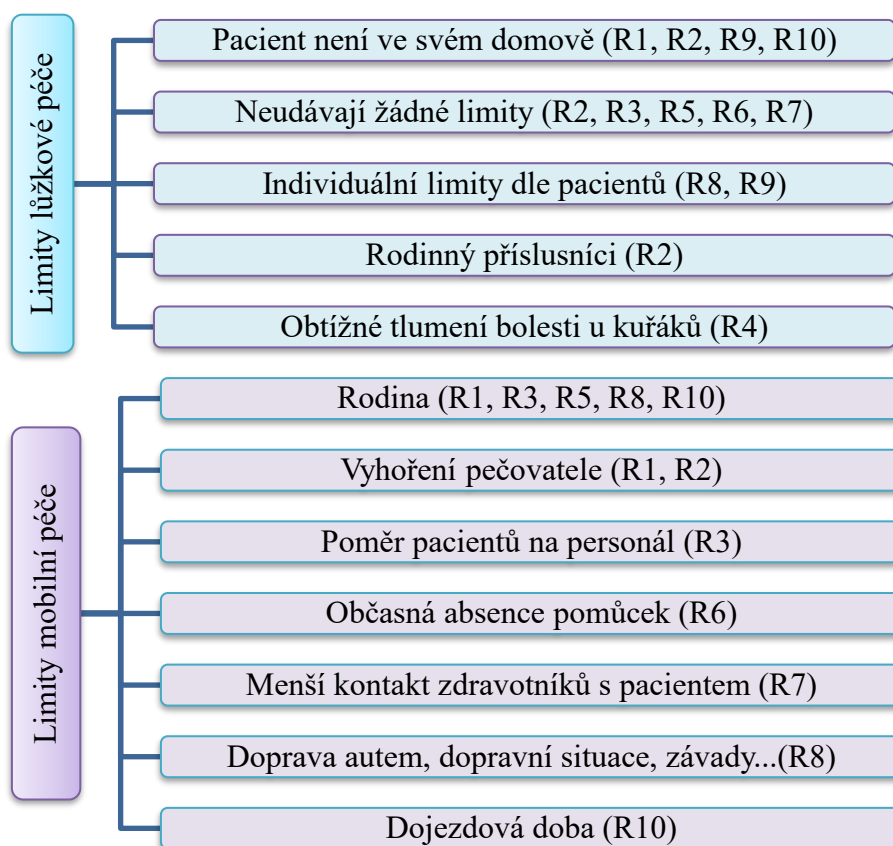
### Dílčí cíl č. 3 - Zmapovat rozdíly lůžkové a mobilní péče z pohledu sester v paliativní péči.

Dále nás v našem výzkumu zajímalo srovnání péče u lůžka a v mobilním hospici. Vzhledem k velkému zájmu odpovídat na otázky jsme získali dost informací na srovnání péče. Z výzkumu vyplývá, že každý druh péče má své výhody i nevýhody. Hodnotili jsme rozdíly v péči na základě srovnání limitů u obou druhů poskytované péče.

U lůžka se vyskytly celkem 4 limitující problémy, z toho nejčastěji se celkem 4x objevil problém, že pacient neumírá doma. Celkem 5 sester také uvedlo, že žádné velké limity v péči u lůžka nevidí. Z těchto skutečností vyplývá, že péče u lůžka je rozhodně méně zatěžující pro rodiny, jelikož nejsou v úzkém kontaktu s pacientem. Na druhou stranu je méně příjemná pacientovi, jelikož neumírá doma ve svém prostředí a obklopen svými blízkými. Dále je tato péče také náročná pro zdravotníky. V určitých situacích ale může i pacient profitovat z lůžkového ústavního pobytu, záleží na stavu a okolnostech nemocného.

V mobilní péči se nám objevilo celkem 7 limitů, ačkoliv tuto formu péče většina sester považovala za více žádoucí a výhodnější pro pacienta. Nejčastěji uváděný limit zde celkem v 5 případech zastupovala rodina. S tím souvisí i druhá nejčastější odpověď, kterou bylo vyhoření pečovatелů. Z poznatků tedy plyne, že domácí péče je nejvíce výhodná pro pacienta, jelikož je ve svém prostředí a v okolí svých nejbližších, zároveň se ale tato péče dá pokládat za rizikovou pro pečující rodiny, jelikož velmi často dochází k syndromu vyhoření pečovatелů nebo rodiny nemají dostatek času, aby pokryly čtyřicetihodinovou péči. Je zde i menší kontakt sestry s pacienty, jelikož sestra stráví spoustu času cestováním za nimi.

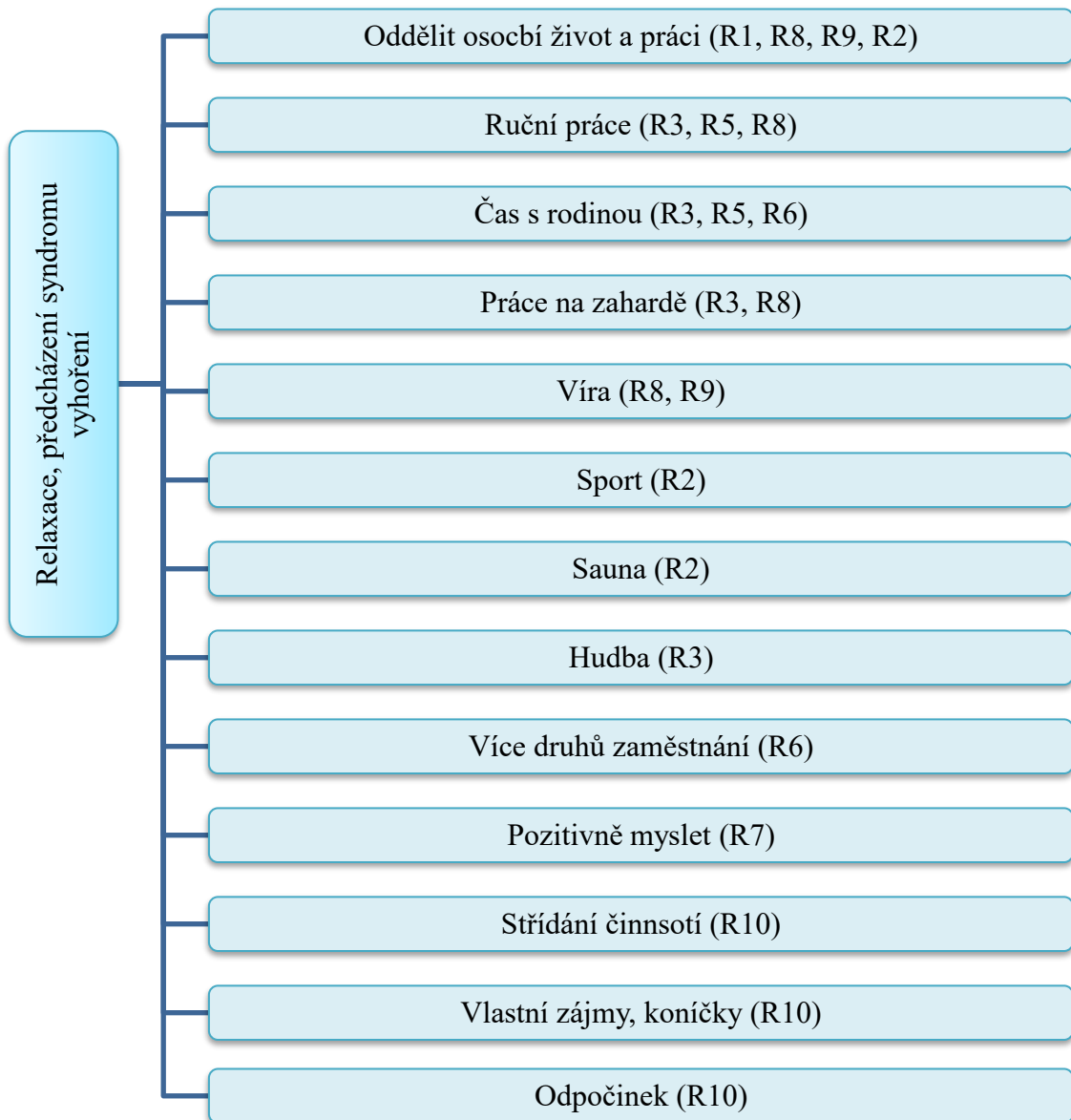
Pokud se tedy na tento cíl podíváme globálně, tak každý druh péče má své dobré i špatné stránky. Jediné úskalí, v němž respondentky nedělaly rozdíly a platí pro oba dva druhy péče, je financování celého poskytování péče. Respondentky uvádějí složitější spolupráci s financemi ze strany pojišťoven, pacienti si péči z části musí hradit sami. Respondentka č.6 dokonce uvedla, že dle jejího názoru by péče měla být plně hrazena pojišťovnou zrovna tak jako v nemocnicích.

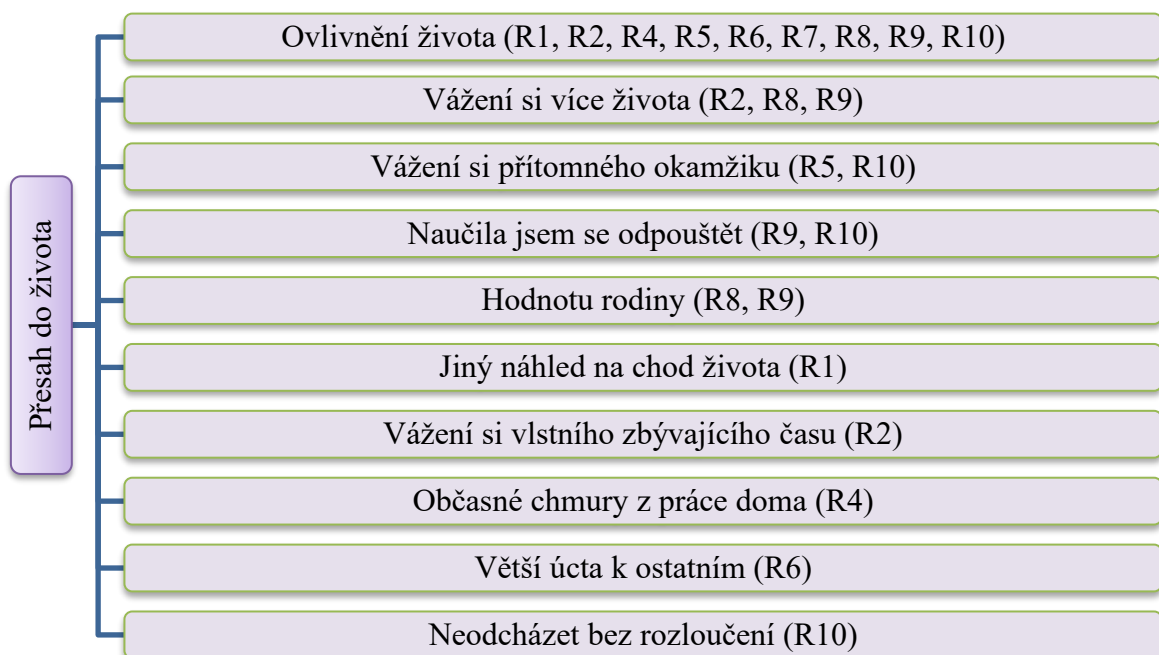
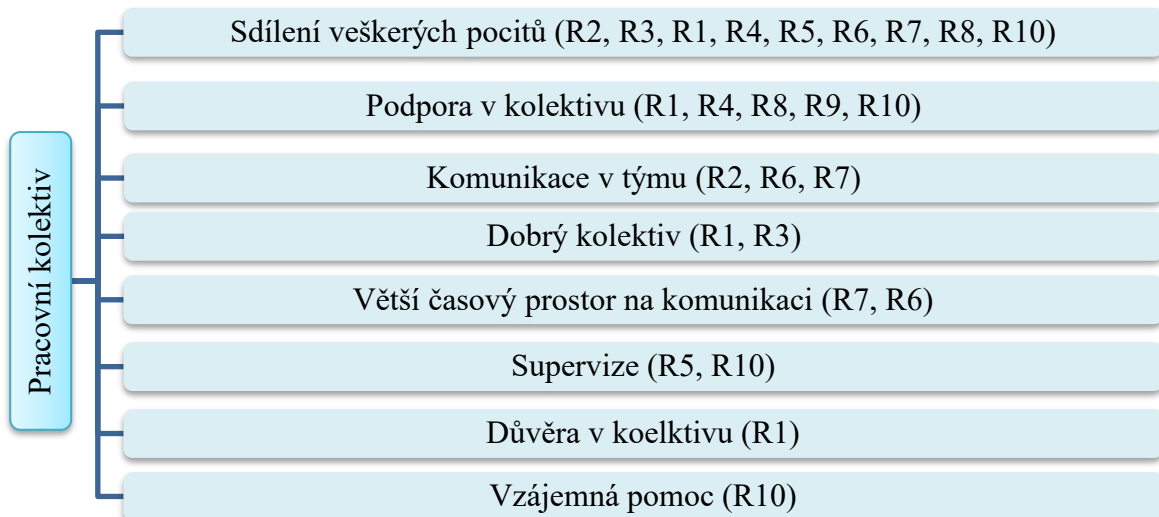


#### **Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, jaký je psychický dopad práce v paliativní péči na sestry a jak pečují o své duševní zdraví.**

Ke zhodnocení dílčího cíle č. 4 jsme využili otázky a odpovědi z kategorie psychohygienu. V této kategorii nás hlavně zajímaly podkategorie psychohygienu, pracovní kolektiv a přesah do života. Povolání všeobecné sestry v paliativní péči je psychicky velmi náročná práce. V mém výzkumu mě překvapil fakt, že 9 z 10 respondentek udává dobrý psychický stav a také, že jejich práce nemá negativní dopad na jejich život. Devět z deseti respondentek uvedlo spíše pozitivní přesah do jejich osobního života, stejně jako ve výzkumu od Drhovské (2016). Na předcházení syndromu vyhoření a udržení psychické pohody pracovníků má velký vliv pracovní kolektiv a klima vztahů v kolektivu. Náš výzkum nám toto tvrzení potvrdil obdobně jako u Drhovské (2016). Z odpovědí všech 10 respondentek vyplynulo, že hospic Anežky české v Červeném Kostelci disponuje velmi dobrým kolektivem a vytváří tak vhodné pracovní klima. R5 a R10 udávají i přínos supervizí, které jim hospic jakožto zaměstnavatel umožňuje. Tato informace je přímo v rozporu s výsledky od Drhovské (2016), kde se respondentky shodují, že na jejich pracovišti supervize nemá velké výsledky a je spíše kontraproduktivní.

V našem výzkumu se shodujeme v oblasti rodinných vztahů, vlivu rodiny na psychickou pohodu zdravotníků a předcházení syndromu vyhoření. Čtyři respondentky se shodují, že je důležité oddělit pracovní a osobní život a nebrat si práci domů. Většina respondentek udává i kontakt s vlastní rodinou, ať již v oblasti zájmů v otázce č.1, tak i v oblasti psychohygieny v otázce č.19. Velký vliv mají také osobní zájmy a koníčky respondentek, pracovní naplnění. Náš výzkum se tedy shoduje v oblastech fungujícího pracovního kolektivu, dále také v oblasti, kde je zastoupena důležitost rodiny a v oblasti zájmů od Drhovské (2016).





## Závěr

Bakalářská práce Hospicová paliativní péče z pohledu sestry byla rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické.

Teoretická část se hlavně zabývala problematikou paliativní a hospicové péče, základní charakteristikou, rozdělením péče a seznámením s paliativní péčí. Dále úvodem do historie hospicové péče, základními druhy poskytování péče. Také jsme se zaměřili na práci a vzdělání všeobecných sester v paliativní péči.

Empirická část měla stanovený jeden hlavní a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem bylo zmapovat postoj všeobecných sester k práci v paliativní péči. Zkoumali jsme celkový pohled a postoj k vykonávání práce všeobecné sestry v paliativní péči. Dílčí cíle nám pomohly lépe nahlédnout do názoru sester na celkovou práci.

Z výsledku mé práce tedy vyplynulo, že všeobecné sestry mají převážně pozitivní postoj k práci v paliativní péči. Jejich povolání je naplňuje, u 9 respondentek obohacuje jejich život v pozitivním smyslu. Jejich práce je baví, jelikož mají velmi hezký pracovní kolektiv a práci s umírajícími si většinou vybraly samy. Zaměstnavatel jim nabízí spoustu možností, jak se nadále sebevzdělávat. Vytváří pracovníkům velmi vhodný prostor pro osobní růst a také jim nabízí intervence v případě krizových stavů. Výzkum mne velmi překvapil, jelikož jsem neočekávala až takto pozitivní odezvu od pracovníků. Překvapením pro mne byly i vztahy na pracovišti, jelikož z osobních zkušeností vím, že pracovní kolektivy ve zdravotnictví nejsou vždy tak kladné a rodinné právě jako zde v Hospici Anežky České. Přestože je práce psychicky náročná, respondentky by ji neměnily, ba naopak by doporučily si ji určitě na nějaký čas vyzkoušet všem zdravotníkům. Ráda bych citovala na závěr jeden komentář od respondentky 5: *„Asi jen, že by si měl každý tuto práci vyzkoušet. Nebo alespoň nahlédnout do paliativy. Občas by si měli všichni uvědomit, kdy už ta kurativní léčba tomu člověku více ubližuje, než pomáhá a lékaři v nemocnicích by se neměli té paliativy obávat.“*

Celkový přínos své bakalářské práce přikládám hlavně do své osobní roviny vzdělání a poznání v oblasti paliativní péče, nahlédnutí do velmi psychicky náročné péče o umírající pacienty. Jako hlavní přínos bakalářské práce také vnímám odbourání určitých obav z práce v paliativní péči. Má práce přiblížila práci všeobecných sester v paliativní péči a díky těmto poznatkům by mohla mnohé namotivovat k výkonu práce v paliativní sféře.

# Abstrakt

**Autor:** Lucie Havlíčková

**Instituce:** Ústav nelékařských studií

**Název práce:** Hospicová paliativní péče z pohledu sestry

**Vedoucí práce:** Mgr. et Mgr. Klára Kolářová, MBA

**Počet stran:** 133

**Počet příloh:** 2

**Rok obhajoby:** 2024

**Klíčová slova:** paliativní péče, hospicová péče, paliativní péče z pohledu všeobecných sester, umírání, syndrom vyhoření v paliativní péči, vzdělávání sester v paliativní péči

Bakalářská práce se zabývá pohledem všeobecných sester na poskytování paliativní hospicové péče.

Teoretická část pojednává o základní charakteristice paliativní péče a jejího rozdělení, rozdělení hospicové péče a přiblížení Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, pojednává o možnostech vzdělání sester v oblasti paliativní péče a o syndromu vyhoření při poskytování paliativní péče.

Empirická část zachycuje výsledky kvalitativního výzkumu, který byl uskutečněn formou polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami. Cílem výzkumu bylo zmapovat postoj všeobecných sester k práci v paliativní péči. Jak respondentky nahlíží na poskytování péče, jejich motivaci k výkonu povolání, zkušenosti v oblasti paliativní péče a jejich psychohygienu pro předcházení syndromu vyhoření.



# Abstract

**Author:** Lucie Havlíčková

**Institution:** Institute of Non-Medical Studies

**Thesis title:** Hospice palliative care from the nurse's perspective

**Supervisor:** Mgr. et Mgr. Klára Kolářová, MBA

**Number of pages:** 133

**Number of attachments:** 2

**Defense year:** 2024

**Keywords:** palliative care, hospice care, palliative care from the perspective of general nurses, dying, burnout in palliative care, education of nurses in palliative care

This bachelor thesis deals with the perspective of general nurses on the provision of palliative hospice care.

The theoretical part presents the basic characteristics of palliative care and its division, the division of hospice care and an introduction to the Hospice of Agnes of Bohemia in Červený Kostelec, mentions the possibilities of nurses' education in palliative care and burnout syndrome in the provision of palliative care.

The empirical part shows the results of qualitative research, which was carried out in the form of semi-structured interviews with female respondents. The aim of the research was to map the attitudes of general nurses towards working in palliative care. How the respondents view the provision of care, their motivation to perform the profession, their experience in palliative care and their psychohygiene to prevent burnout syndrome.

## Seznam použité literatury a zdrojů

- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy*. Praha 2016. [online], [cit. 27-11-2023]. Dostupné: <https://asociacehospicu.cz/>.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-5402-4.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Elnec Core*. Centrum paliativní péče. *Centrum paliativní péče* [online]. 2018 [cit. 2024-01-31]. Dostupné: <https://paliativnicentrum.cz>.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. [online]. 2018 [cit. 2024-01-31]. Dostupné: <https://paliativnicentrum.cz/>.
- DRHOVSKÁ Jana. *Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné*. Plzeň 2016. Bakalářská práce. [cit. 2024-8-3]. [online] Dostupné: <https://theses.cz/id/oandfd/>, 65 stran. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Plzeň 2016, vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. European Association for Palliative Care. THE BLOG OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. *The blog of the European Association for Palliative Care* [online]. 2023 [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: <https://eapcnet.eu/>.
- FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- LOUČKA, SLÁMA, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně: *Časopis lékařů Českých ročník 157/2018/1*. ISSN (on-line) 1805-4420 MK ČR E 77.
- KADLČÍK, Miroslav. *Psychologie a sociologie řízení*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. ISBN 80-7041-951-2.
- KÁŇOVÁ, Michaela. *Vzdělávání všeobecných sester v Paliativní péči*. Brno 2013. [cit. 2023-27-10]. [online] Dostupné: [https://is.muni.cz/th/d77kb/DP\\_-\\_Michaela\\_Kanova.pdf](https://is.muni.cz/th/d77kb/DP_-_Michaela_Kanova.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Mgr. Marta Šenkýřová.
- KAVLACH, SLÁMA. *Cesta domů. Vzdělávání v paliativní péči*. Praha 2004. [online], [cit. 26-11-2023]. Dostupné: <https://www.cestadomu.cz/>.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-8884-5 (ve formátu EPUB).
- KUPKA, Martin. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. E-psychologie: elektronický časopis ČMPS. Praha: Českomoravská psychologická společnost,

2008, 2(1), 23-35. ISSN 1802-8853. Dostupné:  
<https://kramerius.lib.cas.cz/uuid/uuid:49d4c0ec-6de6-46b4-8b37-8f614918a564>.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. [Nové Město nad Metují]: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN: 978-80-247-3171-1.
- MACHÁLKOVÁ, Jana. ŠEVČÍKOVÁ, Blažena. MIKŠOVÁ, Zdenka. PSYCHOLOGIE PRO PRAXI, Vol 51 No 3 (2016) *Faktory motivace všeobecných sester v hospicové péči s přesahem České republiky*. [online] E-ISSN: 2336-6486 dostupné: [https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP\\_3-4\\_2016\\_06\\_Machalkova.pdf](https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP_3-4_2016_06_Machalkova.pdf)
- MATYÁSKOVÁ Marie-Anna., *Motivace ošetrovatelského personálu v paliativní péči*. Praha 2019, citováno [4.3.2024], 60 stran. Dostupné: [https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske\\_prace/Bakalarske\\_prace\\_v\\_akademickem\\_roce\\_2018-2019/Vseobecna\\_sestra\\_2019/Matyaskova\\_Marie-Anna/MARIE\\_ANNA\\_MATYASKOVA\\_3AVS.pdf?zoomy\\_](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2018-2019/Vseobecna_sestra_2019/Matyaskova_Marie-Anna/MARIE_ANNA_MATYASKOVA_3AVS.pdf?zoomy_) [online], Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Vedoucí práce: PhDr. Ľubica Kurucová.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-886-4.
- Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 27.10.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
- NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. *Nabídka vzdělávacích akcí 2015* [online]. [cit. 2015-04-20]. ISBN 978-80-7013-572-3. Dostupné: [http://www.nconzo.cz/elearning/-download/nva/NVA\\_2015.pdf](http://www.nconzo.cz/elearning/-download/nva/NVA_2015.pdf).
- Oblastní charita Červený Kostelec: *Podávání informací pacientovi a jeho blízkým osobám, další činnosti od příjmu po ukončení pobytu* [2023]. Červený Kostelec: Oblastní charita Červený Kostelec [11-04-2023].
- Oblastní charita Červený Kostelec: *Náplň práce a popis pracovního místa – všeobecná sestra v Hospici Anežky České* [2023]. Červený Kostelec: Oblastní charita Červený Kostelec [2023].
- Oblastní charita Červený Kostelec: *Domácí řád HAČ* [2022]. Červený Kostelec: Oblastní charita Červený Kostelec [2022].

- SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, KABELKA, Ladislav. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. vyd. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP U Hranic 16, 100 00 Praha 10: 2011, ISBN: 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic Anežky České se představuje*. Červený Kostelec: Edukační centrum sdružení Ecce homo při Hospici Anežky České, 1998. ISBN 80-902049-3-7.
- Světová zdravotnická organizace. *World Health Organization (WHO)*. [online], [cit. 26-11-2023] Dostupné z: <https://www.who.int/>.
- ŠVARLÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN isbn978-80-262-0644-6.
- PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.
- PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče*. Umírání.cz (online). 2016 Dostupné: [https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece\\_](https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece_)
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- PEŠEK, Roman; PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PUCKETT Carrie, GOODLIN Sarah J., *A Modern Integration of Palliative Care Into the Management of Heart Failure*. **Canadian Journal of Cardiology**, [online], Canadian,2020. Volume 36, Issue 7.Pages 1050-1060. ISSN 0828282X. [cit. 23-11-2023] Dostupné: <https://www.sciencedirect.com/>.

- PRUKNER, Vítězslav. *Manažerské dovednosti* [online]. 2014. Olomouc: Vydala Univerzita Palackého v Olomouci Křížkovského 8, 771 47 Olomouc, 2014 ISBN 978-80-244-4329-4 (e-kniha). Dostupné: <https://publi.cz/books/114/Tiraz.html>. [cit. 2024-01-31]. (str. 8).
- THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. Brno, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.
- RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
- VELKOVÁ Saskie Květa, *Paliativní péče jako součást ošetřovatelství*. Plzeň 2020. [cit. 4.3.2024] str.70., Dostupné: <https://theses.cz/id/esvh92/>. [online]., Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Václava Maříková Zvadroňová.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.- Domácí péče a hospicová péče (Věstník MZ č. 12/2019) [online]. MZČR 2019 [cit. 13.11. 2023] Dostupné: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-nlzp/>.

## Seznam zkratek

EACP – Evropská asociace pro paliativní péči

EKG – elektrokardiograf

ELNEC – End of life Nursing Education Construction Course, Konsorcium pro vzdělávání sester na konci života

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PP – paliativní péče

R – respondentka

SOS – save our souls, tísňový signál

WC – water clozet, toaleta

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Přehled motivačních faktorů u sester .....	30
<b>Tabulka 2</b> Přehled kategorií a podkategorií .....	44
<b>Tabulka 3</b> Paradigmatický model.....	70

## Seznam příloh

<b>Příloha 1- Otázky pro rozhovor</b> .....	89
<b>Příloha 2</b> Přepsané rozhovory.....	91



# Přílohy

## Příloha 1- Otázky pro rozhovor

1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?
2. Kolik vám je let?
3. Vaše dosažené vzdělání?
4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?
5. Jak dlouho pracujete v hospici?
6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?
7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)
8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?
9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?
10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a péči v hospici?
11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?
12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?
13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?
14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?
15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?
16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?
17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)
18. Co vás na vaší práci naplňuje?
19. Co děláte pro udržení psychické pohody?
20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?
21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?
22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život nebo jak to vidíte vy?

23. Jste věřící?

24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?

## Příloha 2 Přepsané rozhovory

### Respondentka č.1 (žena, 53 let)

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„No tak ráda trávím čas s rodinou, chodím na procházky.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 53 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Studovala jsem ještě za totality, takže mám střední zdravotnickou školu.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„Ve zdravotnictví pak pracuji v podstatě od té doby, co jsem odešla ze školy, až na to, že jsem byla třeba doma s dětma na chvíli nebo tak. Jinak vlastně od těch 18 let. Takže asi tak 29 let to může být?“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Tady přímo v hospici to už bude přímo 18 let si myslím. Baj voko plus minus.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Když jsem sem nastoupila, tak nás proškolili v Brně. Opravdu specializovaný tým tady na tu hospicovou a paliativní péči.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Ano, neustále se vzdělávám, mám například kurzy na hojení ran.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Já už jsem vlastně dělala v domově důchodců, tak jsme se sem jeli podívat, jak to tu vypadá. Pak nám zde byla nabídnutá stáž a mě to docela zaujalo. Jako líbilo se mi to tady, ale v té době jsem si říkala: ne, já bych tohle asi nemohla dělat, mně se to moc líbí, je to prostě jakoby taková srdcovka, to určitě, ale nedokázala bych to dělat. Pak jsem byla na mateřský a došlo v mé rodině k nějakým úmrtím, nemocem a takovým věcem. Bylo toho víc. Myslím si, že*

*jsem i nějakým způsobem k tomu došla. Dokázala jsem se na to už dívat jinak a umět přijmout jakoby to umírání, že to patří vlastně k součásti života. Když jsem pak vlastně hledala práci po mateřské, nejdříve jsem hledala práci na jednu směnu, což jsem nenašla. Tak jsem se prostě rozhodla, že to tady v hospici zkusím. I když to samozřejmě nebylo na jednu směnu, ale říkala jsem si, že zkusím něco jiného, zkrátka jsem to tady chtěla zkusit. “*

### **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než ospic?**

*„Byla jsem zdravotní sestra na interně v Hradci, pak jsem pracovala na středisku v Jaroměři. A pak jsem pracovala v domově důchodců. Pak jsem byla na mateřský nějak a pak jsem se vlastně ocitla tady v hospici. „*

### **10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v Hospici?**

*„Daleko vstřícnější přístup. Takové to respektování specifík každého člověka a zaměstnance. Já jsem vlastně začínala za té totality, a tam opravdu i přístup toho personálu i těch lékařů byl hodně takový neosobní, hodně odměřený. Často jsem zažila i ponižování pacientů, a to se mi opravdu nelíbilo. Včetně třeba i zdravotních sester. Když já jsem se opravdu pak těm pacientům věnovala, podávala jsem jim čaj a byla jsem za to vlastně spucovaná, jestli mám tolik času, abych jim podávala čaj. Takže tohle se mi fakt nelíbilo. Byla to taková ne moc hezká doba. Já chápu, že dříve nebylo třeba tolik materiálu na oddělení, že nebylo vybavení takové. Málo prádla muselo se více šetřit. Na druhou stranu opravdu ty lidi nebyli hezky a důstojně zabezpečeni, tak jak bych si představovala, že by měli být. “*

### **11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Ano, určitě vnímám rozdíl, jak už jsem říkala v předešlé odpovědi. Respektování personálu navzájem, osobní přístup. “*

### **12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji jenom tady na lůžkách, ale v mobilním hospici jsem měla tatínka, který mi tam umíral. Měla jsem ho v podstatě doma a pečovali jsme jako rodina o něj. Takže s tím mám zkušenosti tedy spíše z té druhé strany. “*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Ne, pracuji pouze u lůžka, takže nemohu porovnávat.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Limity v domácí péči určitě vidím v tom, že opravdu ta rodina v tom musí fungovat. Musí být k dispozici tomu pacientovi opravdu neustále. To za něj ta domácí péče neudělá. Ta je opravdu jen na dojezd, když je pak potřeba něco řešit konkrétně, ale jinak si ta rodina pečuje sama. Což někdy může být dobře, ale i špatně. Mohu posoudit pouze z vlastní zkušenosti jako pečovatele. Protože moje maminka byla opravdu někdy až moc pečující a úzkostlivá, furt si dělala starosti, abychom my neměli moc práce, tak se o tatínka chtěla starat jenom sama. A viděla jsem pak, že už třeba ztrácí síly. Že to nezvládá, ale nechce si to přiznat. Nechce nás k tomu moc pustit. Takže vidím v úskalí zbytečného pře pečování, takže to třeba ten pečovatel nezvládne. Nedá ostatním členům rodiny šanci, že můžou také pomáhat s péčí, aby si mohl odpočinout. Takže určitě vyhoření pečovatele.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Lůžková péče je velká opora pro ty rodiny, když nezvládají péči doma. Na druhou stranu zase je jasné, že ten pacient nemůže být doma. Je to pro něj přeci jen cizí prostředí, ačkoliv se na lůžkách opravdu snažíme to vykompenzovat. Alespoň tím, že tam může mít své věci, mít neustále u sebe tu rodinu, abychom to co nejvíce přizpůsobili té domácí péči. I když to ale úplně ideální nikdy není. Po covidu, takové té těžké době v poslední době, vnímám, že těch lidí, kteří takto mají zájem u nás doprovázet blízké, je čím dál méně. Tady toho pacienta vlastně odloží, jezdí sem na návštěvy, nebo někteří třeba ani to ne. Trošičku ten smysl toho hospice, aby tady ty lidi mohli být a doprovázet své blízké, se mění. Na jednu stranu to chápu, dnes je těžká doba. Lidé se bojí, že by mohli přijít o práci, mají pocit, že jejich práce je ta nejdůležitější a tuhle situaci neumí moc řešit.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Asi ne, žádné nevnímám.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Jsem hodně trpělivá. Mám schopnost takové té empatie, vcítění se do pacienta, jejich pocitů, ale také i do pocitů svých kolegů. Dále si myslím, že moje silná stránka je i v umění toho doprovázení. Každá sestřička si tady vlastně nalezne sympatie k jiným pacientům. Každý pacient je jiný, proto ne každému vyhovuje stejná sestřička, ale já poznám, kdy zrovna pacient potřebuje moji přítomnost, a naopak kdy zase ne. Co se týká praktických zkušeností, tak ty jsem si myslím již za ty léta nabyla takovou tu zručnost.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Určitě cítím naplnění. Pro mě to je životní poslání. Fakt jsem se tady našla v tomhle zařízení. To umírání patří k součásti života, což každý asi nezvládá. Úplně to chápu, že každý asi tuhle práci by nemohl dělat, i když je zdravotní sestra. Musí k tomu nějaký vztah mít. Určitě i nějaké dojrání věkové. To dojrání nastalo vlastně i u mě, po těch zkušenostech u mě doma. Já stále vidím naději, že život tady na zemi není úplně všechno. Možná i díky tomu to je pro mě lehčí, že to pro mě není konec tady u nás. Že třeba někde tam za oponou je nějaká naděje.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Snažím se opravdu to tady po práci vždy uzavřít a odejít domu. Doma pak už mám zase jiné starosti. Prostě na to tolik nemyslet. Někdy to člověku ale nedá. Někdy si i doma vzpomene na toho pacienta, jak se mu daří, jestli ještě žije nebo tak. Snažím se ale doma žít pro to, co je potřeba doma a netahat si těžkou hlavu domu.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Určitě to je hlavně díky dobrému kolektivu, který tady je a funguje. To je pro mě jakoby priorita. Proto jsem tady chtěla být a zůstat. Protože si tady opravdu navzájem vycházíme vstříc, jsme takový jeden tým, který se navzájem podporuje. To jsem třeba v nemocnicích nikdy nezažívala. To soužití v kolektivu v nemocnicích občas bylo velmi obtížný a mě to přivádělo k celkem velkému stresu. Tady se cítím více uvolněná, jelikož mohu plně důvěřovat svým kolegům. Jsme se schopný úplně neformálně bavit. Občas děláme posezení někde třeba v kavárně, nebo se prostě s holkami domluvíme, někam jdeme, něco podnikneme. Takové to utužování vztahů v kolektivu, relaxace a supervize.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Vzpomínám si na ty první roky, co jsem tady dělala. Ty byly pro mě hodně silný, některý pacienty si dodnes pamatuji, protože člověk začínal. Byl takový nabuzený na tu práci, že ji chce dělat dobře. Tak ty lidi jako by hodně utkvěli v tom povědomí, v tom srdci. Zažila jsem i, že někteří kolegové si vytvořili ten vztah, až nezdravý k těm pacientům, a pak to pro ně bylo hodně těžký to odcházení. Já si snažím udržet takový ten profesionální přístup. To neznamena být cynik, to určitě ne, ale prostě takový ten zdravý odstup.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Vnímám život a věci, běh života asi trochu jinak než jiný lidi, kteří s tímto do styku nepřišli. Vidím to třeba i když k nám přicházejí pacienti a jejich příbuzní, jak to z laického pohledu vnímají úplně jinak. Hodně lidí sem přichází s předsudky. Často se mi stalo, že pacienti říkají: Já, to kdybych věděla, že to tady bude takové, tak už tu jsem dva měsíce. Nemusel jsem se doma trápit nebo tak. Takže ty předsudky jsou tam někdy opravdu velký.“*

**23. Jste věřící, myslíte si, že vám víra v tomto ohledu pomáhá?**

*„Ano jsem věřící. Určitě mi víra pomáhá a podle mě to je zásadní věc. Pro mě tedy určitě, já bych asi ten vztah ke smrti určitě jinak neměla takový, jako kdybych asi věřící nebyla. Ale na druhou stranu jsem se naučila víru pacientům nenutit. Ze začátku jsem měla snahu i třeba o té víře víc s těmi pacienty hovořit a nějakým způsobem je k tomu přivést. Dnes už jsem přišla na to, že je opravdu potřeba respektovat to přání pacienta. Opravdu nevyvíjet nějaký jakoby nátlak, i když to třeba nátlak není, ale na pacienty by to mohlo tak působit. Dávám jim fakt opravdovou svobodu a pacienty do ničeho netlačím.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Již mne žádné jiné otázky, ani co bych vám dále chtěla sdělit, nenapadá.“*

**Respondentka č.2 (žena, 51 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„No tak mám přítele, syna. Ráda sportuji a moji velkou vášní je cyklistika. Jsem veselá a pozitivně myslící osoba.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 51 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Jsem Diska, studovala jsem na vyšší odborné škole. A předtím jsem studovala střední zdravotnickou školu.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„No kolik let, tak to se budu možná zasekávat v počtech. Bude to tak patnáct let.“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Ted' tu budu třetím rokem.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Mám ELNEC, což je kurz, nebo něco jako vzdělávací program, potom jsem byla na dvou paliativních konferencích. Dále mám i bazální stimulaci a kurz hojení ran.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále (kurzy, konference, e-learning)?**

*„V práci nám stále nabízí další možnosti ke vzdělání kurzy, konference a podobné věci. Myslím si, že tu pro další sebevzdělávání máme naprosto skvělé prostředí. Stále jsou nám nabízeny kurzy, práce nám je i proplatí, takže ideální podmínky. Chodí sem i stážisti z jiných hospiciů nebo zařízení, a tím se vlastně od nich také můžeme vzdělávat. Ale mám například vlhké hojení ran.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Studium už na zdravotní škole i vyšší odborné škole. Byla jsem zde na praxi a moc se mi to tady líbilo, jelikož moje spolužačka tady dělala. Takže jsem měla možnost se sem podívat a byla jsem z toho tady unešená. Vždycky jsem si potom říkala, že kdybych chtěla někde časem pracovat, tak právě tady v hospici. Když byl potom covid a na mém předešlém pracovišti v Hostinném nám začali umírat pacienti, tak jsem zjistila, že mě právě to umírání začalo svým způsobem bavit. A že by mě vlastně bavilo a naplňovalo právě takové umírání, jako tady v hospici. Takže v období covidu jsem kontaktovala paní vrchní, přišla jsem na stáž a od té doby jsem tu už vlastně zůstala.“*



### **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Pracovala jsem vlastně dvanáct let na rehabilitačním pracovišti v Hostinném. Nárazově jako výpomoc na ortopedii a teď tak lehce zabrušuji do domácí péče, jako charitu.“*

### **10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Obrovský rozdíl vidím v péči o pacienta. Tady je prostě na prvním místě pacient, vše se řídí podle pacienta, a to je hrozně důležité. Opravdu se všechno dělá pro toho pacienta. Do ničeho nenutíme pacienty, snažíme se jim ty poslední dny udělat tak hezký, jak jdou. Aby byl v tom, v čem je rád, co má rád. Ptáme se: Chcete se koupat, nechcete se koupat? Tam u nás na rehabilitaci to bylo přesně vždy všechno daný, teď se jděte všichni koupat, teď budou léky, nikdo se jako by neohlížel na denní rytmus a zvyky těch pacientů. Všechno bylo hrozně časově naplánované a nikdo se nezajímal tolik o ty pacienty. Všechno bylo bráno, že pacienti museli, i když nechtěli. Jako například na rehabilitaci, když pacienti jíst nechtěli, tak se jim to i docela vnucovalo, tady pacient řekne, že jíst nechce, nikdo ho nenutí, vše se řídí podle pacienta. Další rozdíl vidím v tom opravdu domácím prostředí tady.“*

### **11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Vidím tady rozdíl ve vedení, tady opravdu to vedení funguje a je s nadřízenými velmi hezká komunikace. Tady to je z mého pohledu dokonalé. I vztahy mezi kolegy jsou tu hezké. Je tu velmi dobrá spolupráce s lékaři, lékaři tu jsou lidský a bezvadný. V Hostinném to bylo takové, jak to říct... Ze začátku to bylo fajn, ale potom přišlo nové vedení a už to bylo špatně. Byla tam napnutá atmosféra a kolektiv, ze strany vedení, kdy na vás šlapou, tak se to potom podepisuje i na kolektivu. Vnímám tu i ten respekt vůči svým kolegům a mezi sebou navzájem. Respektujeme, že každá sestra má svým způsobem svůj styl práce a každý jsme jiný. Někdo je třeba rychlý jako já, někdo zase pomalejší, ale vzájemně se tu respektujeme. Respektuje se tu i ten pacient. Já jsem za celou dobu, co jsem tady, neslyšela od nikoho nic ošklivého, ani že bych se tady třeba navzájem pomlouvali, to tady já jsem nezažila.“*

## **12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji tedy v lůžkové hospicové péči. Ted' jsem ale lehce čuchla k té mobilní péči, ale to je zatím opravdu jenom takový závan. Na nějaké velké srovnávání je ještě podle mě brzo, to bych vám řekla třeba až za rok.“*

## **13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Jela jsem ted' 2x s charitou v Trutnově. Je to strašný rozdíl, u toho lůžka máme přeci jen k dispozici veškerý materiál, vybavení a pomůcky, které potřebujeme a jsou stále při ruce. Vždy je po ruce i ten lékař, léky. Kdežto v tom terénu si často ta sestřička musí umět poradit sama s tím, co si přinese. Musí také respektovat to, že je pacient v domácím prostředí a ona tam je jen vlastně na návštěvě. Ač mně se to domácí prostředí nemusí na první pohled zdát vhodné. Když jsem ted' třeba jela poprvé, tak jsem přišla poprvé do té domácnosti a řekla jsme si: ty jo, tak to je jako strašný. Ale vlastně svým způsobem to je úžasný. Ty lidi jsou prostě ve svém a co, že jim tam běhají kočky po stole, že to tam všude smrdí močí. Je to prostě jejich moč a jejich prostředí, kde jsou zvyklí. Zaplať pánbůh, že ty lidi mají už možnost prostě být doma a dá se to pořešit všechno.“*

## **14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Asi únavu těch blízkých pečujících osob. Jinak žádné limity asi úplně zatím nedokážu posoudit. Myslím si, že doma se dá zvládnout leccos, ale musí to být náročný pro ty pečující. Občas se nám i stane, že do lůžek chce být pacient přijat sám od sebe, jelikož už na své rodině prostě vidí, že jsou pečovatelsky vyhořelý. A chce jim už jakoby ulehčit, aby si odpočinuli a je s tím pacient naprosto smířený.“*

## **15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Já si myslím, že zásadní limity nevidím, možná jen, že pacient není doma u sebe, ale tak my se snažíme jim to tu vždy udělat, aby se cítili jako doma. Limitují je možná kolikrát ty rodiny, že je jakoby nechtějí nechat odejít a zemřít. To bych viděla asi jako limit, ale takový celkový, že ten pacient už by si přál odejít, ale ta rodina je jakoby nechce nechat a nechce je pustit. Což jako ta hospicová péče obnáší hodně práce a té dobrý komunikace s rodinnou.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„No, možná jako osvětu. Že pořád umírá hodně lidí v nemocnicích, ačkoliv by nemuseli. A zasloužili by si hospic. Běžný lékaři, kteří se nezaobírají paliativní péčí, mi občas přijdou opatrný s tím morfinem a tlumením bolesti, nejsou na to zvyklí. Takže větší osvěta a dříve sem ty pacienty poslat, když by si tu paliativní péči zasloužili.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„No, po třech letech si úplně netroufám říct, díky čemu jsem dobrá sestra. Moje silné stránky, to asi není úplně silná stránka, že tady tu práci, když tu skončím vlastně nechám. Jedu domu a opravdu mám v hlavě jako čisto. A naopak jedu domu posilněná tím, co tady vidím. O to víc si opravdu užívám ten svůj život. Tady se snažím pro pacienta udělat vždy, co je v mých silách a domu jedu opravdu s čistou hlavou. Občas si každá z nás doma vzpomene na pacienty, to né že né, ale netrápím se tím doma. Naopak doma čerpám z toho, že já ještě můžu. Jsem také laskavá a veselá osoba. Po té praktické stránce mám již zkušenosti.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Právě to, že já ještě můžu. Když někoho pohladím a on se usměje. Když mě pacient řekne hezkou věc, když mi popřeje hezký den. Prostě když vidím, že tady je těm lidem dobře a že netrpí. Když jsou pacienti navzdory svému osudu spokojení a když nám poděkují. Naplňuje mě ta odezva od pacientů a jejich rodin. Ta spolupráce.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Sport, sauna. Já jsem hodně sportovně založená a sport mám velmi ráda. Cyklistika, běhání, plavání, hory, lyže, sauna. To mi opravdu dělá dobře.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Určitě, to tady hodně vnímám, že mluvíme spolu, mezi sebou. Sdělujeme si navzájem naše pocity. Sdělujeme si informace o těch pacientech, jejich rodinách. I si třeba tak jako zanádváme, když nám je smutno, nebo nás něco za někoho mrzí. Prostě zavřou se dveře na sesterně a tam si to řekneme. Určitě si myslím, že to sdílení pocitů s kolegy je strašně*

*důležitý. Nebo pro mě aspoň jo. Díky tomu vidím například, že nejsem jediná, koho třeba ta určitá situace mrzí nebo rozčiluje. To sdílení pocitů je důležité.“*

### **21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Určitě, když to byl někdo mladý, milý. Nebo když to bylo v nějakém mém horším období. Nebo když to byl pacient, který mi dal nějakou sílu. Někdy i ty pacienti na té „smrtné posteli“ nás kolikrát hrozně moc naučí. A jsou i lidi, na které myslím dodnes. Byli to pacienti hodně na začátku, kdy jsem zde začala pracovat. A takový ty osobnostně výraznější pacienti.“*

### **22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Více jsem si začala vážit života. A vidím, že už mi vlastně zbývá hrozně málo, ač tedy doufám, že hrozně dlouho (smích). Prostě carpe diem opravdu.“*

### **23. Jste věřící?**

*„Já jsem vždycky říkala, že nejsem věřící. Ale co pracuji v hospici, tak říkám, že jsem věřící, ale nepraktikující. Prostě v něco věřím. Já jsem vždy v něco věřila. Prostě něco je. Tuhle se mi i stalo u jednoho pacienta, že zemřel a v tu chvíli toho úmrtí u něho byl jeho nejlepší dlouholetý kamarád. A ten kamarád mi říkal: No on už nás stejně neslyší, tak proč mu něco říkat. Tak jsem mu říkala: No to byste se divil. Pak jsme ještě chvíli si povídali a on mi říká: Vy na to věříte? Tak mu povídám, že věřím. Řekla jsem tomu jeho kamarádovi pohled, jaký na to mám. Tak ten jeho kamarád u toho zesnulého pána strávil ještě pak tak půl druhý hodiny. A nakonec, než co odcházel, tak na mě zařukal ještě na sesternu a řekl mi: Sestři, tak já jsem mu řekl, že se nahoře jednou sejdem. A zrovna tady tomu kamarádovi to strašně pomohlo. Takže určitě si myslím, že v něco věřím.“*

### **24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Možná taková vzpomínka. Ještě, když jsem byla na střední škole a šla jsem sem na praxi, tak jsme ráno stáli na té chodbě, než co si nás někdo vyzvedne. Slyšela jsem smích ze sesterny, a to, jak se chechtají. Tehdy jsem si říkala, tak to je hrozný, tady se umírá a oni se tady chechtají. A pak mi ta moje kamarádka, co tu již pracovala, říká: A víš, jak to mají ty pacienti rádi? A pak jsem to záhy pochopila, co tím chtěla vlastně říct.“*

### **Respondentka č.3 (žena, 51 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Tak asi mé koníčky jsou zahrada, práce venku na zahradě, ale i třeba práce se dřevem. Spíš na odreagování od téhle práce s lidmi, nějaká aktivita, která je jako tichá, kde se moc nemluví.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„51 let“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Dosažené vzdělání mám středoškolské.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„No asi 25 let.“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„V hospici jenom 4 roky, dříve jsem pracovala tady v oblastní charitě těch zbývajících 23 let. Necelé dva roky jsem pak pracovala v nemocnici.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Je to vlastně péče o dospělé/geriatrie v Brně. Je to jakoby doškolovací kurz bez titulu přímo pro nelékařské obory.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Jo, kurzy jsou nám nabízené. Do nedávna to vlastně muselo být povinné, abychom získávali ty kredity, aby se ta akreditace stále obnovovala, teď už to povinné být nemusí. Nedávno v Praze jsem byla na kurzu hojení ran, také různé webináře, co se týkají paliativní péče.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„No asi to nebude úplně ta paliativa, protože jsem nechtěla dojíždět. Já jsem ze začátku dělala v Trutnově v nemocnici, což jezdit z Horního Kostelce bylo docela daleko. Pak byly dvě malé děti. A já jsem vlastně 20 let dělala sestru v terénu. Vyloženě mě k tomu přivedlo skloubit práci sestry s rodinou.“*

**9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Na začátku ta interna v Trutnově. Potom ta domácí péče, ale klasická, ne jakoby mobilní hospic, s tím zkušenosti úplně nemám.“*

**10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„No tak třeba na té interně, ono už je to sice teda hodně dávno, ale nedávno jsem tam byla. Ono už z toho není interna, ale neurologie. Ale ano rozdíl vidím. Tady se nikam nespěchá. Tady je prostě klid na všechno. Nejsou tu ty akutní zákroky a vyšetření. A myslím si, že tady lékaři umí opravdu lépe mluvit s lidmi.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Asi určitě ve vztahu pacient sestra, pacient lékař, tady určitě bereme pacienty lépe než v nemocnici. Tady už totiž jakoby víme, že je to jejich poslední cesta. Kdežto v té nemocnici je to takový více nalajnovaný. A člověk se musí držet takového toho řádu a chodu v nemocnici. Tady když si pacient řekne „já nechci jíst“, tak nejí. Koukají na televizi do půlnoci, no tak at' koukají. Žádný jakoby noční klid tady není.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji teď už jen v lůžkovém hospici.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Jela jsem pouze párkrát jako výpomoc, ale jako sestra z charity, co běžně paliativní mobilní péči neposkytovala.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Já si myslím, že limit tam být vůbec nemusí a asi jako ani není. Limit je jenom daný množstvím pacientů, kteří péči potřebují a počtem zdravotních sester a lékařů. Limitovaný to také nejvíce je téma rodinnýma příslušníky. Kolik oni jako pečující toho doma zvládnou, nebo spíš psychicky unesou.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Asi taky jako žádné nevidím. Ono se ta péče neustále posouvá. Protože jsou furt nové a nové věci a ty limity se neustále posunují a upravují.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Někdy málo lůžek na počet pacientů, kteří by to potřebovali. Někdy zase díky bohu na jednu stranu méně pacientů. Někdy je období, že by hospic mohl mít 3 patra a všechny by byly plný. Asi ne ani úskalí. Jinak jediný co, tak kolem toho, co pojišťovna, takové to placení, to je vždycky úskalí. Aby byl dostatek peněz na všechny možný zdravotní prostředky, plíny a tak podobně. Ale naštěstí my tady to zas tak často a tolik řešit nemusíme.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Haha, ježkovy zraky. Tak určitě nemám trpělivost na určité věci, to je taková moje slabá stránka. Na něco jsem svým způsobem i pohodlná postupem času. Naopak velmi ráda vyhovím pacientům skoro ve všem, co si přejí.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Tak je tady fajn kolektiv. Asi odjakživa, co sebou ta práce sestry nese. Pomáhat těm druhým, akorát tady je to trošku takový jakoby smutný, protože člověk jim pomáhá, když to řeknu blbě, dobře umřít no.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Tak ta práce se dřevem a na zahradě. Občas taky hudba pěkně nahlas si tak jako vymýt mozek. A mám dvě vnučky, takže když přijedou, tak ony zas člověka odreagují úplně jinak.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Určitě se tady pocity sdílí. To je právě obrovský rozdíl mezi špitálem a hospicem. Protože tím, jak se tady tolik nespěchá a ty dvě patra jsou jakoby menší oddělení po 15 lidech. Takže když se tu vlastně předává hlášení, tak člověk vyventiluje problémy. Ať už to jsou ty negativní pocity, tak ale i ty pozitivní. Nebo kdykoliv v mezi pauze si tu můžeme zavřít dveře a ponadávat si. „*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Asi to jsou ty mladší lidi. Teď tady zrovna máme paní ročnick 86 ročnick, a je jasný že zemře. Před dny tu byl zase pán 72 ročnick a měl tři malé děti, tak to je pro mě těžké. Když už to je třeba ročnick 32,35, tak už si člověk říká úplně něco jiného než u těch mladších teda.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Snažím si práci i ty chmury z té práce netahat domu, protože to prostě má být oddělený. Žiji vlastně v rodinném domku s rodiči a manželem, takže vlastně zas tam jsou úplně jiné starosti. Spíš je to takový to profesionální. Snažit se si dávat od té práce takový jakoby odstup, aby člověk nevyhořel. Stavět se k tomu nechci říkat laxně, ale aby si člověk dával odstup, aby mu to nezasahovalo do jeho osobního života.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ne, věřící nejsem. Ale tak říká se, že něco mezi zemí a nebem je, co vždycky něco ovlivní. Takže co je těžké pojmenovat. A za tu dobu, co jsem dělala v té domácí péči, jsem se setkala s mnoha druhy víry. Od jehovistů, mormonů až po adventisty. A když v té domácí péči tam třeba jezdíte rok, dva až tři. Tak on se ten náhled na tu víru stejně jako rozvíjí. Nejhorší pro mě byli třeba jehovisti, ale tam s jedním pánem jsem stále tak jako diskutovala a vyptávala se, jak to mají a proč se k tomu tak rozhodli. A navíc já jsem Husákovo dítě a v té době k tomu nikdo neměl zas tak velký vztah a rodiče mě k tomu nevedli. Byť otec je asi pokřtěný, maminka asi taky, ale nikdy jsme do kostela nechodili.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Svět se točí rychle, takže asi jenom, že doba je uspěchaná. Ale tady v hospici už není kam spěchat.“*



#### **Respondentka č.4 (žena, 30 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„No, co mě baví. Já jsem taková samotářka, takže já si nejvíce odpočívám u činností, kde jsem sama. Baví mě si zapnout dobrou hudbu, baví mě řídit auto, vařit si sama v kuchyni. Prostě jakákoliv činnost, kterou mohu dělat sama.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 30 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Vyšší odborné vzdělání. A předtím jsem byla na gymnáziu.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„No, když nebudu počítat mateřskou, tak 4 roky.“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Tady v hospici pracuji rok a půl.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Specializační vzdělání v paliativní péči nemám.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Jo, neustále jsou nám nabízené kurzy na různé zaměření. Například mám hojení ran.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Co mě přivedlo? Napadlo mě to vlastně samotnou. Cítila jsem se na tuhle práci. Když už jsem byla na zdrávce a možná už tahle myšlenka se vyskytla, když už jsem byla na střední na gymplu, že by tahle práce mě bavila. Vlastně možná i proto jsem šla pak na tu zdrávku.“*

### **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Mám, hnedka po zdrávce jsem se hlásila sem do hospice, ale zrovna neměli místo a nevzali mě hned. Tak jsem pracovala v domově svatého Josefa a pracovala jsem s lidmi, kteří mají roztroušenou sklerózu a zároveň jsem ještě pracovala na sociálních a odlehčovacích pobytech.“*

### **10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytovaná ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Velký rozdíl. V předešlém zaměstnání to byly ty sociální pobyty. Kdy máte od rodiny vlastně půjčeného klienta ať už prostě z jakéhokoliv důvodu. Není to sice nemocnice, nesnažili jsme se tam ty lidi vyléčit, ale zároveň byste ho měli při nejlepším vrátit ve stejném nebo lepším stavu, než k vám přišel. Takže moje předešlá práce byla zaměřená jinak, převážně na rehabilitaci, aktivizaci. Tady v hospici je ta péče již zaměřena jinak, tady není, již cílem aktivní rehabilitace a mobilizace pacienta.“*

### **11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„No tam i tady to bylo dobré, že jsem byla vždy jakoby samotná sestra. Tam na celou směnu a tady na jedno patro je vždy jedna sestřička. A k sobě mám vlastně ošetřovatele a ty si jakoby řídím jenom já. K sobě mám tedy ještě lékaře. Takže tady nemám možnost mít jakoby rozličný názor než moje kolegyně jako sestra. Ale spíše to je myšlené tahle otázka na ty vztahy. Tady v hospici je lepší kolektiv, protože přeci jenom vidíme, co je v životě opravdu důležité.“*

### **12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji jenom v lůžkové péči. Mobilní hospic jsem vlastně viděla jenom v rámci praxi ještě na zdrávce.“*

### **13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Možnost se mi zatím nenaskytla, nemám ještě dostatek zkušeností, abych mohla objektivně zhodnotit.“*

#### **14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Bohužel nemohu posoudit limity, jelikož jsem mobilní hospicovou péči zažila opravdu jen ještě jako studentka.“*

#### **15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„No někdy se prostě i stane, že tomu člověku bohužel ani tady nedokážeme úplně pomoci od bolesti. Jo, že když někdo jde do hospice, tak vlastně od toho očekává, že mu tu bolest vyřešíme. Prostě doba pokročila a když se řekne hospic, tak mnoho lidí ví, co to obnáší, že to vlastně znamená umírání v určitém komfortu, bez bolesti. Bohužel se to prostě někdy nedokáže tak zvládnout, nějak prostě nakombinovat všechny ty látky mezi sebou, aby to zabralo. Na někoho ten morfin nezabírá. Prostě některé ty diagnózy onkologických onemocnění, tak na ně to prostě nezabere. Jsou ty bolesti tak silný. Například tumor pankreatu, metastáze v kostech, tak na ty to velmi obtížně zabírá. Nejčastěji to je u velmi silných kuřáků, kteří celoživotně kouří. Tak on totiž chemický vzorec morfinu a nikotinu je podobný a oni, jak jsou na to ti lidé zvyklí, tak i vysoké dávky morfinu nemusí zabírat. A my jim vlastně nejsme schopni, nebo spíše i nemáme jim pak moc co více než morfin nabídnout.“*

#### **16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Jak už jsem hovořila o těch pacientech, kteří jsou silní kuřáci. My jim nemáme opravdu co jiného moc nabídnout než ten morfin. A jsou zde pořád ještě rezervy v možnostech tlumení bolesti pro kuřáky. Navzdory tomu, že právě kuřáci mají větší predispozice onemocnět právě onkologickým onemocněním.“*

#### **17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„No nedá se říct asi, že jsem úplně nejlepší sestra v paliativní péči, jelikož občas nezvládám ten psychický nátlak, který tato práce obnáší. Teď jsme si zrovna říkaly s kolegyní, že já to zvládám dobře v okamžiku, kdy pacienta přivezou a je tu krátkou dobu. Naopak horší to pro mě je, když pacient přijde po svých a zemře u nás třeba po měsíci, kdy už ho znáte, znáte jeho rodinu a máte již k tomu pacientovi nějakým způsobem pracovní vztah. My tady vlastně ty pacienty vidáme někdy i častěji než naše vlastní rodinné příslušníky. Silné stránky si myslím, že mám takový vnitřní klid, takový ten profesionální přístup k pacientovi a jeho rodině. Myslím si, že dokážu i dobře zahrát, že mě daná situace tolik nezasáhla před rodinnou, abych jim dodala*

*sílu. A ještě jedna moje slabá stránka, kterou vnímám je, že občas si nevím rady s více odbornými věcmi. Třeba když nám pacient přijede třeba s tracheostomií, tak se radši vždy optám, jak s tím zacházet, jelikož to tu u nás není tak časté. Jelikož nemám tolik zkušeností.“*

### **18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„No to, s čím vlastně odcházím každý den odsud večer. Takový to, co člověk může jakoby i udělat navíc. Já se k pacientům stavím a pečuji o ně, jak kdybych si představila, že na jeho místě je třeba moje babička nebo mamka. Jak bych já chtěla, aby bylo s nimi zacházeno. Záleží jen čistě na mě, jestli jim ten polštář třeba posunu, nebo ne. Prostě se pro ty pacienty snažím udělat to nejlepší, co umím a dokážu. Naplňuje mě, že ten pacient se vlastně díky mně cítí dobře a je spokojený.“*

### **19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Jejda, no to se teďka teprve snažím asi tak nějak ve svém životě najít, co by mi opravdu pomohlo se tak jako od všeho odprosit tady a mít takovou tu správnou psychohygienu. Ten první rok jsem si totiž myslela, že to tady není zas tak psychicky náročná práce, ale spletla jsem se. Jen se to ve mě tak jako nahromadilo za ten rok a něco. Nedávno to u mě všechny tyhle pocity tak nějak vypukly ven a uvědomila jsem si, jak je to vlastně psychicky náročné. A jak kolem vás ty lidi furt umírají, a i ta práce, a to zacházení s tím zemřelým, je to opravdu psychicky náročné. Takže jsem zjistila, že to chce opravdu nějaký větší relax. Ale stále furt hledám tak nějak svůj způsob na vhodnou psychohygienu.“*

### **20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Jo, jo, sdílíme i v porovnání s mým předešlým zaměstnáním, tam ta práce nebyla tak náročná na psychiku, tak tady se opravdu ty pocity sdílejí. Tady to je dokonce jakoby žádoucí, ty své pocity sdílet s kolegy, jinak by to nešlo. Zavřou se dveře a jsou situace kdy se tu obejmeme, zanádváme si, ono člověku to občas velmi pomůže, poplakat si tu. Prostě je tu obrovská vzájemná podpora.“*

### **21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Často, ještě se asi neumím od toho odprosit tak dokonale, jako mé kolegyně, které tu již pracují delší dobu.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„No zdá se, že asi ano. Pohled na život mi to asi úplně nezměnilo, ten jsem měla asi tak nějak srovnaný již předtím. Chodím domů taková, no občas to na mě doma někdy dolehne. Manžel se mě třeba zeptá, ty jsi dnes nějaká smutná nebo tak. Nedokážu občas úplně vypnout, někdy ty lidské osudy na mě dolehnout, ale to si myslím, že občas tady na každého. To by jinak člověk musel být z kamene, kdyby ne.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ne, věřící nejsem a asi se nedá říct, že bych věřila v něco konkrétního. Neznám žádnou modlitbu úplně nazpaměť. Dokážu doprovázet nebo se tak nějak pomodlit s tím pacientem, když si to přeje, ale prostě nejsem vůbec praktikující věřící.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Asi již nic konkrétního.“*

**Respondentka č.5 (žena, 36 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Tak baví mě ruční práce jako například šití. Dále mým velkým zájmem je rodina a mé dvě děti. Ráda také pečů a vařím.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 36 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Mám magisterský titul přímo na paliativní péči, takže jsem paliativní sestra. Ale ještě tenkrát, když jsem si titul dělala, tak to nebylo přímo názvem určené vzdělání na paliativní sestru. Později mi to bylo uznáno jako platný magisterský titul právě na paliativní sestru.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„No bude tomu už přibližně 20 let.“*

## **5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Já už tu v hospici začínala pracovat od 15 let jako brigádník, jelikož jsem to měla v místě bydliště. Smysl téhle práce se mi natolik zalíbil, že jsem vlastně u ní zůstala dodnes, takže to bude taky nějak těch 20 let.“*

## **6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Ano, jak jsem již zmiňovala, mám titul Mgr. právě na paliativní zaměření, takže jsem jakoby oficiálně paliativní sestra, dále mám také kurz v Brně ELNEC.“*

## **7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„No tak od zaměstnavatele jsou nám neustále nabízeny kurzy na jakémkoliv zaměření. Já osobně se specializuji hodně na rány. Takže mám spoustu kurzů na vlhké hojení ran a také teď budu absolvovat kurz na podtlakové hojení ran.“*

## **8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„No tak jak jsem již zmiňovala, pracuji zde vlastně od začátku svého pracovního působení. Líbí se mi zde přístup k pacientům. Mám ráda, že tato práce lze dělat i lidsky. Už na praxích při studiu se mi nelíbil moc přístup k pacientům v nemocnicích, takže z tohoto důvodu jsem tady.“*

## **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„V rámci praxe při studiu v nemocnicích, jinak nemám.“*

## **10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Pouze z praktické výuky, takže nemohu úplně posoudit. Pouze jen, že tady se opravdu ta péče přizpůsobuje pacientům.“*

## **11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Víte co, všude to je o lidech. Tady vidím akorát jednu obrovskou výhodu v tom, že tady tu práci si opravdu každá sestra vybere a chce ji opravdu dělat z vlastního rozhodnutí. Díky tomu si myslím, že pracovní kolektiv je velmi kolegiální a celkově máme tady dobré vztahy. Hlavně ne každý na tento druh práce má povahu, takže si možná i tady sedíme povahově, díky tomu výběru povolání.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Ted' již pracuji jen v mobilním hospici.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Dříve jsem jeden čas pracovala zároveň na lůžkách i v terénu. Myslím si, že je dobré si vyzkoušet obě varianty péče, jelikož každá má něco do sebe. V lůžkách se pacient, ať chce nebo nechce, musí aspoň malinko přizpůsobit chodu lůžkového oddělení, ačkoliv náš hospic se snaží být opravdu pro každého pacienta individuální. V tom terénu to je ale naprosto opačně, tam my jakožto sestry se musíme přizpůsobit pacientovi a jejich rodině, jelikož my tam docházíme víceméně jen na návštěvu. V tom si myslím, že je největší rozdíl.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Dle mého názoru je největší limit v terénu rodina, někdy ta komunikace a spolupráce s rodinou je velmi obtížná. Takže za mne asi jediný limit, co já vidím, je rodina. Se vším ostatním si víceméně dokážete poradit.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„V lůžkové péči asi žádné zásadní limity nevidím nebo mě aspoň ted' nenapadají.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Financování péče u mobilních služeb, řešíme to dnes a denně. Pojišťovny nám udávají velmi ohraničené limity, mezi kterými se musíme pohybovat. Velmi často je to opravdu náročné.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„No tak to je otázka na tělo, moc na takové věci neumím sama odpovědět asi. No tak jsem silná osobnostně, ale zároveň umím být citlivá k pacientům a jejich rodině. Dále jsem spolehlivá a umím si udržet dobré vztahy. Velkou roli asi hrají také už osobní zkušenosti, které jsem nasbírala v tomto oboru, proto si asi myslím, že jsem dobrá sestřička.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Nejvíce asi to, že i po letech nám rodiny posílají pohledy nebo děkované dopisy. V dopisech velmi často uvádí, že i v těch jejich nejtěžších chvílích jsme je občas dokázaly rozesmát a hlavně, že jsme jim byly oporou.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„No tak asi ty ruční práce a kvalitně strávený čas s rodinou.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Určitě ano, tady v mobilním hospici na to je největší prostor na našich ranních týmech, kde se domlouváme s kolegy na různých pracovních věcech a máme i supervize.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Určitě ano, ale teď si nevzpomenu na přesnou událost, ale občas i vy sami máte doma nějaký problém, tak můžete být více ten den zranitelnější.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Ano, člověk si více váží zdraví a takového toho přítomného okamžiku teď a tady.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ano jsem věřící, ale nepraktikující.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Asi jen, že by si měl každý tuto práci vyzkoušet. Nebo alespoň nahlédnout do paliativy. Občas by si měli všichni uvědomit, kdy už ta kurativní léčba tomu člověku více ubližuje, než pomáhá a lékaři v nemocnicích by se neměli té paliativy obávat.“*

**Respondentka č.6 (žena, 41 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Ráda trávím svůj volný čas se svým synem. Ačkoliv ho zas tolik toho volného času nemám.“*



**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 41 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„No tak mám Ph.D. které jsem si již dodělávala při práci, ale nejsem paliativní sestra.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„Bude to kolem 15 let. Ale úplně přesně nevím.“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Více jak 3 roky, ale bylo to tak střídavě. Já mám více zaměstnání. Sem do hospice si chodím víceméně jakoby odpočinout. Mám to tu moc ráda.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Ne, specializační vzdělání v oboru paliativní péče nemám. Ale já za specializační vzdělání v oboru považuji magisterské vzdělání v paliativní péči, a to já nemám. Absolvovala jsem pouze paliativní kurzy.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Musím říci, že se zkušeností s ostatními zaměstnavateli je hospic opravdu skvělý na vzdělávání svých zaměstnanců. Veškeré kurzy, pokud máte zájem, tak na ně není dlouhá čekací doba a to sebevzdělání tu opravdu funguje skvěle. Většinu kurzů, které jsem měla zájem absolvovat, jsem si mohla právě zde udělat. Mám různé kurzy v oblasti ran, paliativní péče ale také jsem si zde udělala kurz na ošetřování PICC a MIDLINE.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Asi to, že tady vás v ničem netlačí čas. Jak si to daná sestra na směně udělá, takové to má. Opravdu si sem chodím, dá se říci, odpočinout, ačkoliv se to může pro některé zdát zvláštní.“*

**9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Ano, pracuji ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Dříve jsem pracovala na ORL sálech v Pardubicích, ambulanci a v oblastní nemocnici Náchod. Prošla jsem mnoha pracemi. Já neumím moc odpočívat, musím furt něco dělat. Mám ráda různorodou práci.“*

**10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Asi hlavně tady je ten čas na pacienty, je tady rozhodně lepší komunikace ve všech ohledech. Provádí se tu i méně intervencí, které by pacienty zatěžovaly.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Ano, určitě ve všech ohledech, ať už pracovních nebo péče o pacienty.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji v lůžkovém hospici.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Ano, naskytla, ale vždycky mě hrozně stresovala ta cesta autem. Také pro mě bylo občas nepříjemné velké očekávání početných rodin, z nichž každý měl trochu jiné očekávání a přání ohledně naší péče.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Veškeré intervence je člověk schopen provést až po příjezdu k pacientovi. Může se vám ale stát, že vám budou chybět pomůcky a danou intervenci nemůžete provést.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Asi žádné limity nevidím.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Celkově financování péče je velký limit a úskalí pro hospice. Péče v nich totiž není plně hrazena pojišťovnamí. Přitom si myslím, že by to mělo být hrazeno stejně jako péče v nemocnicích, ale to je jen můj osobní názor.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„No tak jsem pracovitá a umím velmi dobře komunikovat jak s pacienty, tak rodinami. Vzhledem k mým bohatým pracovním zkušenostem si myslím, že jsem velice specializovaná na provádění odborných činností.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Naplňuje mě asi to, že těm lidem mohu ještě na konci života pomoci, aby se cítili lépe a vidím, že je pacient spokojený.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Tak to je asi trochu můj problém, asi nemám vyloženě žádnou činnost, u které bych byla sama a relaxovala. Pokud se dá počítat čas s rodinou, tak asi ten. Jinak jak mám více zaměstnání, tak to mám různorodé a nemám asi takovou tendenci vyhořet.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Ano, neustále. Ať už to jsou pocity ohledně pacientů, nebo i vlastních problémů ze života. Tady je na tu komunikaci mezi personálem i více času.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Asi ano, ale již si na to nevzpomínám.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Ano, snažím se žít s úctou a empatií k ostatním.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ano, ale nepraktikující.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Asi již ne.“*

**Respondentka č.7 (žena, 56 let)**

- 1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Baví mě lyžování, chození do přírody. Nejrádši hlídám a trávím čas s vnučkami.“*

- 2. Kolik vám je let?**

*„56 let.“*

- 3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Já jsem ještě sestřička, které stačila maturita.“*

- 4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„Přibližně 17 let to bude.“*

- 5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Teď za chvilku to bude jeden rok.“*

- 6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Zatím ještě ne.“*

- 7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Již z předešlého zaměstnání pár kurzů, tady jsem toho zatím moc nestihla za tu krátkou dobu. Péče o rány a vstupy.“*

- 8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„No tak asi hlavně to bude smrt mé maminky, která mě zasáhla. A také můj syn chodí s dcerou od jedné sestřičky, která pracuje v hospici. Takže i díky nim jsem přišla na tu myšlenku, že bych to mohla zkusit. Také jsem už potřebovala změnu od svého předešlého zaměstnání.“*

- 9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Ano, pracovala jsem 16 let jako sestra na chirurgickém oddělení.“*

**10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„No tak asi v tom, že na té chirurgii se jako by snažili ty životy jakoby zachránit. Tady už se zase snažíme těm pacientům udělat ten jejich konec co nejhezčí. Je to opravdu rozdílná práce ve všech směrech.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Tady to je velmi přátelské a láskyplné. Kolektiv tu je spíše jako rodina než kolegové v práci.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji jen v lůžkovém hospici. Na mobilní hospic se ani už necítím. Nemám na to dostatek zkušeností v oblasti té paliativní péče. Já mám ráda takový ten větší kontakt s těmi pacienty než jenom ta jedna návštěva u nich doma. Já mám ráda, když pacientům mohu říct, kdy zase přijdu a oni mi na oplátku řeknou, že už se na mě těší.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Nemohu porovnávat.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Pro mě osobně to je ten menší kontakt s pacientem.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Asi žádný limit nevidím, přijde mi, že tady je možné skoro vše.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Zatím asi nemohu soudit, pracuji zde krátce.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Jsem asi srdečná, empatická a veselá. A takové ty praktické dovednosti mám bohaté, vzhledem k délce mé práce na chirurgickém oddělení. Myslím si, že mne jen tak něco již nepřekvapí.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„No já asi dobijím tu energii z toho kontaktu s pacientem, když se na mě vlídně podívají a člověk vlastně vidí, že jim ještě posloužil k dobrému na tom jejich konci.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„No zatím nedělám asi žádné velké kroky k tomu, abych tady nevyhořela. Myslím si, že ale za pár let než co půjdu do důchodu, to asi ani nestihnu. Možná se jen snažím myslet pozitivně.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Určitě, tady je na to i více prostoru, však to znáte. Postěžujeme si tu na vše, co nás trápí. Je tu i velmi dobrá komunikace.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Zatím asi ani ne, pracuji tu krátce. Tady to umírání mi přijde i takové hezčí a důstojnější než v nemocnici. Tady se mi líbí, jak se pacient ustrojí do civilu a dá se mu do ruky ta kytička. Přijde mi to opravdu jako krásné a důstojné zacházení.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Určitě v pozitivním smyslu ano.“*

**23. Jste věřící?**

*„Nejsem věřící.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Asi jen to, že člověk si tuhle práci musí sám zvolit. Musí si ji v sobě tak jako nést a není to práce pro každého.“*

**Respondentka č. 8 (žena, 59 let)**

**1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Tak něco o mě. Ráda chodím do přírody, pracuji na zahrádce a dělám ruční práce. Také samozřejmě rodina.“*

**2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 59 let.“*

**3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Původně jsem porodní asistentka. Tenkrát ale stačila maturita, takže mám dvě maturity, nejdříve gymnázium a poté porodní asistentka.“*

**4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„Je to asi 25 let, když nepočítám mateřské dovolené.“*

**5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Tady v hospici pracuji již 17 let.“*

**6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Ano, mám ELNEC školení v Brně.“*

**7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Ano, stále se zdokonaluji, ale již některé kurzy mi přijdou podobné. U nás nám jsou totiž neustále nabízeny nové kurzy. A jak jsem jich již mnoho absolvovala, tak některé mi už přijdou podobné. Mám například různé hojení maligních ran, psychologické a komunikační kurzy.“*

**8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Tenkrát tu byl paliativní den, šla jsem se tedy podívat a velmi mě to oslovilo, celý ten koncept. Bylo to přesně to, co jsem dlouho tak nějak podvědomě hledala. Celkově ta péče na mě udělala dojem. Tak jsem to zkusila a jsem tady už 17 let.“*

**9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Ano, dříve jsem pracovala v Praze u svatého Apolináře v porodnici, dále jsem pracovala na gynekologii v Náchodě. Také jsem jezdila jako terénní porodní asistentka.“*

**10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Ano, rozdíl tam trochu je. Dle mého pohledu a dřívějších zkušeností v tom ale zas tak velký rozdíl asi nevidím. Dříve nebyla péče o matku a novorozence na takové úrovni jako je dnes. Vadilo mi občasné úmrtí novorozenců v dřívějších dobách, když jsem byla ještě mladá. Dnes už ovšem ta péče je velmi rozdílná oproti porodnictví.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Určitě, tady má každý, kdo tu pracuje, o to zaměstnání zájem. Takže jsme si tu všichni vlastně v tomto ohledu si podobní. Hlavně se tu i pacienti berou jako lidi a ne diagnózy. V praktických dovednostech mám letité zkušenosti.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Pracuji pouze u lůžka.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Ne, nenaskytla a ani nemám zájem jít do terénu.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Psychicky to je určitě náročné. Vlastně chodíte domů k pacientům, takže ta atmosféra musí být určitě ještě více náročná než tady. A také určitě občas jízda autem a velmi často práce s rodinou, která je vlastně u pacienta neustále.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Limity jsou asi hodně individuální, pacient od pacienta.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„No tak určitě financování péče. Pro některé hospice může být i limit, že nemají vlastní kuchyň, tak jako to máme my.“*



**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Umím se určitě vcítit do pacienta. A jsem hodně trpělivá.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Když vidím, že pacientovi ještě mohu posloužit. Vidím také posuny rodin ve smíření se se smrtí.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Dokážu přepnout mezi prací a vlastním životem. Také mé koníčky a rodina mi pomáhají. Určitě má na tom i velkou zásluhu víra. Také mám ráda takové ty ruční práce.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Ano, to mně vlastně taky pomáhá udržet si takovou tu psychickou pohodu. Vzájemně si pomáháme, nikde jinde jsem takovou podporu jako tady nezažila.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Ano, občas, když pacient zemře rychleji, než jsme očekávali.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Určitě, člověk jinak přemýšlí, uvědomí si, jak je život křehký. A také, jak se občas až moc řeší malichernosti. Také mi to dalo uvědomění, jak strašně důležitá je rodina a to, jak se rodina má podporovat.“*

**21. Jste věřící?**

*„Ano, jsem. Také jsem přesvědčená, že víra mi opravdu pomáhá tuhle práci zvládat a vykonávat.“*

**23. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Asi jenom to, že v dnešní době už ty hospice tak trochu vychovávají novou společnost, která už nebude mít takový strach ze smrti.“*

## **Respondentka č. 9 (žena, 59 let)**

### **1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Tak třeba moje koníčky bych mohla. Mám ráda čtení, dříve jsem třeba chodila běhat, ale to už je strašně dávno. To už teď opravdu nedělám. Ruční práce mám ráda, ale to teď už také méně. Protože už jsem starší a oči už mi tolik neslouží. Nebo procházky mám ráda.“*

### **2. Kolik vám je let?**

*„Šedesát mi bude teď za chvíli. Ale zatím tedy 59.“*

### **3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Klasickou zdravotní školu s maturitou, všeobecnou sestru.“*

### **4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„Od 17 let. Takže možná nějakých 35 let, ale přesně z hlavy vám to neřeknu. Já jsem si školu dělala večerně. Tenkrát byla ta možnost, že jsem chodila do práce a dva dny v týdnu jsem chodila do školy. Tenkrát taková možnost byla. Tenkrát mě nevzali na denní formu, protože moje rodina měla špatný kádrový posudek. Bohužel tenkrát to tak chodilo. Tak jsem si tedy v těch 17 našla zaměstnání. Dělala jsem ošetřovatelku postiženým dětem a u toho jsem si dodělala maturitu.“*

### **5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„Vím to přesně, jak to je dlouho. Už to je 22 let.“*

### **6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Tady všichni bychom měli mít nebo se tedy vedení snaží všem poskytnout něco jako hospicový kurz. Ten já jsem dělala v Brně.“*

### **7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Ano, hospic je na tohle skvělý. Jak už jsem zmiňovala, mám mnoho a mnoho kurzů, praktických stáží a vzdělávacích aktivit. Pak mám mnoho různých školení jako třeba na bazální stimulaci a různé paliativní kurzy. Takže jsem toho tady v hospici nasbírala docela, řekla bych, celý takový štos.“*

## **8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Já jsem dělala dlouhá léta s postiženými dětmi. Pak jsem pracovala v domově důchodců, dělala jsem v nemocnici na chirurgii. Pracovala jsem dokonce i v zahraničí, tam jsem pracovala vlastně v rodinách. Ta práce spočívala vlastně v péči o ty staré rodinné příslušníky. Pak se mi poštěstilo a v Německu jsem tenkrát sehnala práci, bylo to něco jako dalo by se říct domácí péče, ale to bylo ještě v roce 2001. Bohužel jsem ale strašně dlouho čekala na určité byrokratické papíry, tak jsem se začala shánět po práci v Česku. Dozvěděla jsem se, že u nás byl otevřený hospic, ale v Litoměřicích. Tak jsem si tam volala, už jsem tam měla domluvenou stáž. Ale dva dny předtím, než co jsem měla mít tu stáž v Litoměřicích, mi volali, že by bylo možná pro mě lepší mít tu stáž právě tady v Kostelci. že bych to měla lepší tady, jelikož Kostelecký hospic už fungoval někde 5 let. Už hned jak jsem vešla, na mě hospic udělal velmi hezký dojem a pak ta stáž mě utvrdila v tom, že tady chci pracovat. Vždycky jsem ale měla takové podvědomí, že bych chtěla jednou pracovat s těma umírajícíma. Já si tak říkám, že to byl takový můj osud, že jsem tu začala pracovat a zůstala jsem tu.“*

## **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Ano mám, jak jsem již zmiňovala, měla jsem hodně pracovní rozmanitý život. Myslím si, že díky práci v zahraničí jsem nabyla mnoha zkušeností a rozhledu.“*

## **10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„Určitě každá ta práce má svoje takové specifika. Taková perlička jedna z doby, kdy jsem tady nastoupila. Tak byl tady tenkrát jeden ošetřovatel a s ním jsem se starala o jednoho pacienta. Chtěli jsme ho polohovat a já byla zvyklá z nemocnice, že když jsme chtěli pacienta polohovat, tak jsme ho chytli v podpaží a vytáhli jsme ho prostě nahoru. A on mi řekl, no to takto tady nemůžeš. Tady jsou ty lidi hodně křehký a bolavý, to musíme takto na té podložce ho posunout. Takže jsem právě tady na té maličkosti chtěla ukázat ty rozdíly. Prostě ta celá péče je úplně jiná než kdekoliv jinde. Tady jsou ty pacienti křehký v tom slova smyslu jako na bolesti i na duševno.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Na sto procent, už hned na začátku mě tady ten kolektiv ihned oslovil. Ty lidi jsou tady úplně jiný. My jsme tady jako rodina, dokážeme si navzájem všichni pomoci, poradit. Člověk se i těší do práce, my se tady i nasmějeme. Spoustu mých kolegyně i tvrdí, že jsme se nikdy tolik nenasmály, jako právě tady v hospici.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„Já jsem právě v tu dobu, kdy otevírali mobilní hospic, jsem byla po mateřské dovolené, takže jsem měla jen částečný úvazek na lůžkách a byla mi nabídnuta možnost pracovat v mobilním hospici. Tak jsem ji využila a pracovala jsem jako jedna z prvních sester. Takže mám obě možnosti zažité na vlastní kůži.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Ano, práce je to velmi rozdílná, já bohužel už nemohu ale úplně srovnávat s aktuální mobilní péčí, jelikož my jsme tenkrát začínali, takže jsme tak jako vychytávali ty mouchy a takové věci. Ale práce je jiná doma u pacienta než u lůžka. Doma jsme vlastně my na návštěvě u toho pacienta, zatímco u lůžka je to jakoby ten pacient. Také doma nemáte vždy vše po ruce, právě jako tady u lůžka.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Dneska už to nemohu porovnat, jelikož jak jsem říkala, tak jsme začínali. Ale kdybych tak řekla, že ty hranice limitů se neustále posouvají k lepšímu. V domácím hospici by měla mít sestra hlavně zkušenosti v paliativní péči. Musí si sestra umět hlavně poradit, si myslím a být kreativní.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„No u lůžka já žádné velké limity asi nevidím, možná jenom to, že pacient není doma. Bohužel ale někdy jejich stav to neumožňuje a je jim lépe tady než doma, takže občas je to těžké posoudit. Každý pacient je jiný a díky tomu se u každého pacienta mohou i limity různě lišit.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Určitě se dá celkově vždy něco zlepšit, ale bohužel mě teď nic nenapadá. Možná občasné vyhoření kolegyň, nebo ne vyhoření. Teď nám totiž nedávno pár kolegyň odešlo, jelikož už potřebovali změnu. Takže možná nějaké takové, jak bych to řekla, dobíjení našich baterek.“*

**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Nevím, jestli se mám považovat za dobrou sestru, ale svým způsobem asi jsem. Určitě základ je, že jsem věřící. Ale tím nechci říkat, že kolegyně, které věřící nejsou, jsou špatné, to vůbec není tak. Občas se i já cítím tak jakoby zahanbená, když moje kolegyně se v některých situacích dokáží chovat ještě lépe než já. Je to ale pro mě základ, že jsem věřící. Dokážu lépe se vyrovnat se smrtí a tak. Myslím si, že mám hodně zkušeností, ale tím nemyslím jenom ty praktické dovednosti. Ty se dají i celkem naučit. Ale myslím takovou tu schopnost provázení a naslouchání. Tady jsem se v tom prostě našla. Jsem tady šťastná. Co se týče praktických dovedností si myslím, že mám mnoho zkušeností, ale přeci jen jsem již trochu starší, takže některé novinky a vychytávky třeba neznám tak dokonale.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Já jsem se tady našla. A čím jsem starší, tak velice ráda vlastně sedím u těch umírajících až do konce. V noci nebo přes den. A pokud vidím, že ten člověk už umírá, tak se u něj opravdu snažím zůstat, aby nebyl sám. Držím ho za ruku a jsem ráda s nimi. Ne že bych byla nějaký maniak na to zase, ale vždycky si říkám, jsem tu pro ty lidi. Tak tohle mě asi naplňuje.“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„No nevím, jako každý říká, nesmíme si to nosit domů, a to já si tedy nenosím. Můj manžel o tom i celkem nerad mluví. On mě hrozně respektuje a svým způsobem si mě i za moji práci váží, ale nerad o tom doma hovoří. Takže já si to musím sama zpracovat se sebou. A jak jsem již zmiňovala, já mám tu víru v boha, takže ta mi velmi pomáhá. A myslím si, že mám prostě ten dar, že to mohu dělat.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Většina z nás si tady velmi dobře rozumí, máme spoustu společných témat. A určitě jsou tu vztahy velmi dobré. Podpoříme se a však to znáte. Neříkám, občas se zde nějaký problém taky vyskytne, ale vždy si vše vyřešíme v relativním poklidu.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Určitě, někdy se stane, že máme 3-4 úmrtí za den a nevyvolá to ve mně nějaké jiné emoce než obvykle. Ale byla i úmrtí, kdy jsem brečela i já. Zažila jsem i rodiny, kdy ty lidi dokázali toho svého tak krásně doprovázet, až jsem z toho třeba i já brečela. Určitě i takové chvíle tady jsou.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Na mnohé věci se dívám jinak, že život není jenom o penězích, majetku nebo povrchních vztazích. Naučila jsem se i díky tomu hodně odpouštět. Protože vím, že je to třeba banalita. Člověk si váží více života.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ano, jsem. Víra mi opravdu moc pomáhá. Modlím se jak za pacienty, tak občas i za sebe, když už je toho na mě třeba moc, tak abych měla více sil a zvládla to.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Možná bych jenom řekla, že když vcházím na pokoj si říct, že jednou tam takto mohu ležet já. Tak jak bych asi chtěla, aby se mnou zacházeli. A tak se chovat k těm pacientům s úctou a respektem. A tady v hospici to, co pro toho člověka jdu udělat, je možná to poslední, co zažije.“*

## **Respondentka č.10 (žena, 38 let)**

### **1. Na úvod, bych se ráda dozvěděla něco o vás (například co máte ráda, co vás baví)?**

*„Vzhledem k tomu, že mám malé děti, většinu času naplňuji péčí o rodinu a na částečný úvazek sloužím v hospici jako zdravotní sestra a edukační pracovník. Ve volné chvíli mám ráda hudbu, zpěv, knihy a hlavně spánek.“*

### **2. Kolik vám je let?**

*„Je mi 38 let.“*

### **3. Vaše dosažené vzdělání?**

*„Vysokoškolské – ošetrovatelství (všeobecná sestra), mám i magisterský navazující titul v oboru paliativní péče.“*

### **4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?**

*„13 let od ukončení studia s krátkou mateřskou pauzou.“*

### **5. Jak dlouho pracujete v hospici?**

*„V podstatě celou dobu. 13 let od ukončení studia.“*

### **6. Absolvovala jste speciální vzdělání v paliativní péči pro výkon vašeho povolání?**

*„Magisterské studium bylo zaměřeno na geriatrici, onkologii a paliativní péči.“*

### **7. Jak se zdokonalujete ve svém oboru nadále? (kurzy, konference, e-learning)**

*„Školení, přednášky, webináře hlavně v psychologických tématech, v péči o maligní rány.“*

### **8. Co vás k přivedlo k práci v hospici?**

*„Do hospice jsem chodila již od dětství a vnitřně jsem cítila, že tu chci pracovat. Už v rámci školy jsem zde měla praxe a brigády, nejdříve jako ošetrovatelka a pak už i jako zdravotní sestra.“*

### **9. Máte zkušenosti s péčí v jiném zařízení než hospic?**

*„Pouze v jiném hospici, kde jsem rok pracovala.“*

**10. Jaké vidíte rozdíly v péči, která byla poskytována ve vašem předešlém zaměstnání a s péčí v hospici?**

*„V druhém hospici byla péče velmi obdobná.“*

**11. Vnímáte určitý rozdíl ve vztazích na pracovišti oproti své předešlé zkušenosti z jiného zdravotnického zařízení?**

*„Všude občas dochází k výměně názorů. V druhém hospici byla větší fluktuace personálu. Možná byla příčinou trochu i nezralost některých členů týmu a s tím se pojily vztahy a některé konflikty.“*

**12. Pracujete v lůžkové nebo v mobilní hospicové péči?**

*„V lůžkovém.“*

**13. Pokud se vám někdy naskytla možnost vyzkoušet si oba druhy péče, mohla byste porovnat péči u lůžka a v terénu?**

*„Mám zkušenost pouze s jednodenní stáží v mobilním hospici, proto rozdíly vnímám spíše teoreticky.“*

**14. Jaké limity vidíte v mobilní hospicové péči?**

*„Ne vždy možnost, schopnost a ochota pečující osoby doma. Dojezdová doba sester za pacientem, pokud je něco potřeba řešit hned. Ale s tím jsou pacient i rodina seznámeni.“*

**15. Jaké limity vidíte v lůžkové péči?**

*„Samozřejmě pro pacienta doma je doma.“*

**16. Vnímáte problémy nebo určitá úskalí v celkovém systému poskytování paliativní hospicové péče?**

*„Při dobré komunikaci a spolupráci všech typů paliativní hospicové péče (paliativní ambulance, lůžkový a mobilní hospic) dochází spíše k harmonii a je o pacienta postaráno tak, jak nejlépe umíme. Úskalí vnímám ve včasném předání pacienta z nemocniční péče do péče hospice.“*



**17. Jak byste sama sebe charakterizovala, jaké jsou vaše silné stránky? (Díky čemu si myslíte, že jste dobrá sestra v paliativní péči?)**

*„Jsem empatická, mám schopnost naslouchat, komunikovat. Také mám hodně zkušeností a odbornost v paliativní péči.“*

**18. Co vás na vaší práci naplňuje?**

*„Být součástí týmu, který se snaží ulehčit utrpení a doprovázet pacienty a jejich blízké v posledních dnech života. Tato práce mi dává smysl!“*

**19. Co děláte pro udržení psychické pohody?**

*„Snažím se střídat činnosti, dostatečně odpočívat a pokud to jde, tak dělat věci, co mě baví.“*

**20. Sdílíte své pocity s kolegy na pracovišti, nebo jakým způsobem se váš pracovní kolektiv vyrovnává s takto psychicky náročnou prací?**

*„Ano, sdílíme. Vzájemně si děláme „intervizi“. Vyslechneme se, pomáháme si. Je to pro nás důležité, že máme v sobě navzájem oporu.“*

**21. Stalo se vám, že vás smrt pacienta zasáhla více než jindy?**

*„Ano, náhlá smrt (vykrvácení například). Nebo smrt mladé maminky, jelikož sama mám děti.“*

**22. Ovlivnila práce v hospici váš osobní život? Přinesla vám práce jiný pohled na život, nebo jak to vidíte vy?**

*„Určitě. Každý den je dar. Snažit se neodcházet bez rozloučení a odpuštění.“*

**23. Jste věřící?**

*„Ano jsem.“*

**24. Napadá vás ještě něco, o čem byste ráda promluvila a tato otázka nezazněla?**

*„Ať se Ti, Luci, práce i celý život vydaří.“*