

Spokojenost sester v paliativní hospicové péči

Barbora Jakšíková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Jakšíková**
Osobní číslo: **H21354**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Spokojenost sester v paliativní hospicové péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní a hospicové péče.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

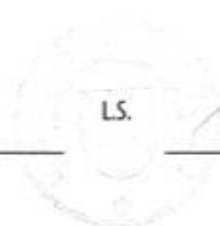
Seznam doporučené literatury:

- BROWN, M. *Palliative Care in Nursing & Healthcare*. Los Angeles: SAGE, 2015. 178 p. ISBN 978-1-4462-9568-7.
- BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CONNOR, S. R. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. 3rd ed. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2018. 289 p. ISBN 978-1-138-64862-3.
- KALA, M. a Z. DORKOVÁ. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2017. 68 s. ISBN 978-80-7454-668-6.
- ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015. 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
- TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. 156 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatiková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 2024

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

(1) Vysoká škola nevydávajíc zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledek obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracovních vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejnění práce počítovat na své náklady výuky, o pítý nebo rozmnožení.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor jako svého díla udělit svolení bez vádného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nabrzení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává neotčeno.

(2) Není-li sjedán jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jin dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem spokojenosti sester v paliativní péči. Cílem práce je seznámení s oborem paliativní péče, prací sestry v tomto odvětví ošetrovatelské péče a její spokojeností při výkonu tohoto povolání. V teoretické části se práce věnuje třem základním kapitolám - paliativní péči, hospicové péči a práci sestry v tomto oboru. Každá z kapitol je dále členěna na další podkapitoly. Praktická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovoru. Rozhovory jsou prováděny se 4 sestrami pracujícími v hospici, kde pacientům poskytují potřebnou ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova: paliativní péče, sestra v paliativní péči, kompetence sestry, spokojenost, hospicová péče

ABSTRACT

This bachelore's thesis deals with the topic of nurses satisfaction in palliative care. The aim of work is to familiarise the topic of palliative care, the work of nurs in this type of nursing care and her satisfaction in this profession. In the theoretical part, the work is devoted to three chapters - palliative care, hospice care and nurse's work in this field. Each chapter is further subdivided into subchapters. The practical part is made by a method of qualitative research through interview. Interviews are conducted with 4 nurses working in a hospice, where they provide patients with the necessary nursing care.

Keywords: palliative care, nurse in palliative care, nurse's competence, satisfaction, hospice care

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Sylvii Chvatíkové za odborné vedení, vstřícnost, podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení hospice za umožnění výzkumného šetření. Poděkování patří také zúčastněným participantkám, které se výzkumu zúčastnily.

V neposlední řadě bych chtěla moc poděkovat celé své rodině, která mě během studia podporovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.2 HISTORIE PP.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ PP	13
2 HOSPICOVÁ PÉČE	15
2.1 DEFINICE.....	15
2.2 HOSPICOVÉ Hnutí.....	17
3 SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI	19
3.1 VZDĚLÁNÍ	19
3.2 KOMPETENCE	20
3.3 POTŘEBY SESTER.....	21
3.4 ETICKÉ PRINCIPY	23
3.5 KOMUNIKACE S PACIENTEM	25
4 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 DESIGN VÝZKUMU	32
5.1 CÍL VÝZKUMU	32
5.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	33
5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	34
5.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	35
5.4.1 Zakotvená teorie a otevřené kódování	35
5.4.2 Kategorie	35
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	54
SEZNAM OBRÁZKŮ	55
SEZNAM TABULEK	56
SEZNAM PŘÍLOH	57

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je spokojenost sester v paliativní hospicové péči. Téma je zvoleno proto, že autorku práce problematika oslovila při výkonu praxe v prvním ročníku studia. Velmi ji práce v hospicovém zařízení zajímala a vždy ji naplňovalo to, že pacientům mohla zpříjemnit jejich poslední chvíle a zajistit důstojný odchod. Paliativní péče se může týkat jednou každého z nás, a proto je potřeba o ní více mluvit. Autorka cítí, že téma umírání je pro veřejnost stále trochu tabuizované. Zkušenost z této praxe ji dovedla k myšlence zjistit, jak spokojeně se sestry cítí při výkonu tohoto povolání.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části bude popsána paliativní péče obecně, její historie a druhy. Další kapitola bude věnována hospicové péči, jejímu rozdělení a hospicovému hnutí. Důležitou částí práce bude oddíl zaměřující se na sestru v paliativní péči. Zde se bude autorka práce orientovat na vzdělání, kompetence a potřeby sester. Nedílnou součástí práce sestry představuje etický přístup, kterému je věnována samostatná kapitola. Důležitým aspektem práce sestry je komunikace, která bude popsána v poslední pasáži třetí části. Problematika umírání bude zmíněna v poslední kapitole teoretické části bakalářské práce.

Praktická část bude provedena formou kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru a následnou analýzou získaných dat. Šetření bude provedeno v hospicovém zařízení nejmenovaného města. Zúčastní se ho čtyři sestry různého vzdělání pracující v tomto zařízení. Cílem práce bude zjištění spokojenosti sester v paliativní hospicové péči pomocí dílčích cílů a výzkumných otázek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

V této kapitole se budeme zabývat definicí, historií a rozdělením paliativní péče.

1.1 Definice PP

Adjektivum „paliativní“ je odvozeno ze slova „pallium“, které pochází z latiny. V překladu slovo znamená plášť či rouška. Etymologie anglického slova palliate, což v překladu znamená mírnit, naznačuje, že posláním paliativní péče je využít hojivou roušku k zakrytí účinků nevyléčitelné nemoci. Existuje několik možných definic, které popisují význam paliativní péče (Bužgová, 2015).

Skála uvádí, že paliativní péči se rozumí aktivní péče, která je poskytována pacientovi trpícímu nevyléčitelnou chorobou v pokročilém či konečném stádiu. Cílem péče je zmírnění bolesti a také tělesných a duševních strádání. Mimo jiné se také snaží zachovat pacientovu důstojnost a nabídnout podporu jeho blízkým. Umírání je v paliativní péči chápáno jako přirozená součást života. Vychází z přesvědčení, že každý člověk prožívá závěr svého života individuálně a společně se svými duchovními, tělesnými, duševními, sociálními a kulturními aspekty. Velký důraz klade na ochranu důstojnosti a na kvalitu života nevyléčitelně nemocných. Paliativní péče poskytuje oporu příbuzným a přátelům umírajících. Mimo jiné jim také pomáhá zvládat zármutek po úmrtí blízkého člověka (2011).

Další definice, která byla vytvořena v roce 1990 Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO), chápe paliativní péči jako „*aktivní, komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.*“ Cílem paliativní péče je v tomto případě dosažení, co nejlepší možné kvality života nemocných, ale také jejich rodin. Tato definice byla následně v roce 2002 poupravena a rozšířena o úsek zaměřený na předcházení utrpení. Mimo jiné klade důraz na zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří jsou ovlivňováni život ohrožující nemocí (Bužgová, 2015).

Podle australského lékaře Willa Cairnse, jenž je odborníkem v paliativní péči, jsou definice paliativní péče velmi zavádějící. Mnohdy se zapomíná na důležité aspekty, které jsou této problematice součástí. Mezi tyto aspekty patří záměna paliativní péče a eutanázie, úplná absence zmínky smrti a umírání v komunikaci v tomto odvětví. Dále také nedostatečný popis pacientů, kterým je tento druh péče určen a v neposlední řadě nedostatečné uznání a pochopení práce v této profesi (Cairns, 2001).

Veškeré definice, které byly doposud uvedeny, se shodují v hlavních cílech poskytování paliativní péče. Mezi tyto cíle patří prevence a mírnění utrpení a dále zlepšení kvality života pacientů a jejich rodinných příslušníků (Xiao, 2021).

Paliativní péče se primárně věnuje pacientům v pokročilých či konečných stádiích nevléčitelných chorob. Mezi tato onemocnění patří například CHOPN, tumory, roztroušená skleróza, cirhóza jater, konečná stadia chronického srdečního selhání či onemocnění ledvin aj. (Brown, 2015; Matzo & Sherman, 2019).

Pacienty, jež vyžadují odbornou paliativní péči, lze rozdělit na dvě základní kategorie. První skupinou jsou pacienti s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání. U těchto jedinců je nutný důraz na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a psychosociální podporu rodiny. Tito pacienti neparticipují na postupech a rozhodnutích o léčebném plánu, jelikož svou situaci vnímají velmi omezeně. Druhá skupina je orientována obvykle na mladší pacienty trpící nevléčitelným onemocněním. Zásadním rozdílem je uvědomění si stavu život ohrožující choroby. Dalším rozdílem je spolupráce pacientů a odborníků při realizaci léčebného plánu, kdy se klade velký důraz na přání a vůli pacienta (Skála a kol., 2011).

1.2 Historie PP

Důležitou událostí pro vznik paliativní péče byl rok 1967. O rozvoj se zasloužila především londýnská lékařka Cicely Saunders, která kladla důraz na důležitost komunikace a naslouchání pacientovi v paliativní péči. (více o hospicovém hnutí viz. kapitola 2.3)

V České republice došlo k rozvoji paliativní péče po roce 1989. Lékařům a zdravotnickým pracovníkům bylo umožněno využít nabídky stáží v zahraničí do zařízení poskytujících tento druh ošetrovatelské péče. To se stalo prvním impulzem pro vznik a rozšiřování paliativní medicíny u nás.

Na základě těchto zkušeností se u nás v 90. letech zakládala první zařízení. První oddělení paliativní péče vzniklo v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Dalším důležitým milníkem bylo otevření specializované ambulance paliativní medicíny v roce 2001 v FN Brno. V rámci oddělení léčby bolesti se odborníci snažili zlepšovat úroveň péče formou ambulantních a konziliárních vyšetření pro nemocné v pokročilém stádiu nemoci na různých odděleních a klinikách FN. Od roku 1995 se pravidelně pořádá Brněnský den paliativní medicíny.

Velmi významným bodem bylo uznání samostatného oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v lednu 2004. Tato skutečnost vytvořila vznik podmínek pro další rozvoj paliativní medicíny v oblasti vzdělávání a zlepšení její dostupnosti pro pacienty (Tomeš, 2015; Sláma a Vafková, 2020).

1.3 Rozdělení PP

Paliativní péči rozdělujeme na dva typy, obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je poskytována lékaři a zdravotníky v rámci jejich specializace v určitém oboru. „*Cílem této péče je zajištění co nejvyšší kvality života a omezení diskomfortu nevléčitelně nemocného.*“ (Kala a Dorková, 2017, s. 13). Velmi důležitým aspektem je komunikace s nemocným a jeho rodinou. Klíčová je důstojnost nemocného a respektování systému hodnot pacienta. Tento druh péče je poskytován pacientům s chronickým onemocněním a pacientům v akutním začátku nevléčitelné choroby.

Specializovaná paliativní péče je poskytována specializovaným lékařem v oblasti paliativní medicíny. Velkou pomoc v této oblasti představuje fungující profesionální tým, který tvoří lékař, všeobecná sestra, sociální pracovník, psychoterapeut, psycholog a kaplan.

Tento druh PP může mít několik podob – konziliární tým PP, ambulance paliativní medicíny, mobilní (domácí) PP a lůžkové oddělení PP (Sláma, 2022).

Cílem konziliárního týmu paliativní péče je spolupráce multidisciplinárního týmu při realizaci ošetrovatelského plánu nemocného. Rozhoduje se společně o vhodném a individuálním poskytnutí PP.

Ambulance paliativní medicíny se zaměřuje na péči o pacienty s ukončenou kauzální léčbou. Zde je pacientům i jejich rodinám poskytována potřebná péče. Pacienti jsou schopni navštěvovat ambulanci, dokud jim to jejich klinický stav dovoluje.

Domácí neboli mobilní paliativní péče se orientuje na poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacienta. Péče je poskytována zdravotníky a členy specializovaného týmu. Důraz při péči je kladen také na psychosociální, duchovní a sociální potřeby nemocného.

Lůžkové oddělení paliativní péče se zaměřuje na komplexní péči poskytovanou multidisciplinárním týmem. Důležitá je úzká spolupráce odborníků s rodinou pacienta. Lůžková zařízení obvykle čítají 20 až 30 lůžek. Tuto možnost rodiny zvažují v případě, že je péče v domácím prostředí již nezvladatelná (Kala a Dorková, 2017).

2 HOSPICOVÁ PÉČE

V kapitole hospicová péče se budeme věnovat definici, rozdělení a hospicovému hnutí.

2.1 Definice

Paliativní péče je spojena s lůžkovými zařízeními, které se nazývají hospice. Svůj původ má toto slovo již ve středověku. Překlad pochází z latinského označení „hospitium“. Jednalo se o označení domu určeného pro odpočinek či útulku pro poutné. Z velké části byly za hospice považovány církevní zařízení – noclehárny. Definice pojmu dle Ottova naučného slovníku zní *„sluje malý klášter zřízený k přijímání putujících mnichů a slovou tak i stavení na vysokých horách, mnichy obývaná, kteří zbloudilým a pocestným pomoci poskytují“* (Otto, 1897).

Definice z roku 1996 se dle Slovníku cizích slov nijak významně neliší. Hospic definuje jako bezpečné místo pro mnichy a poutníky, které udržovaly církevní instituce.

V dnešní době si pod pojmem hospic představujeme zdravotnicko-sociální zařízení, které je určeno pro osoby těžce nemocné či trpící nevyléčitelnou chorobou. Podstatou této instituce je úcta k životu a úcta k člověku jako jedinečné bytosti. V závěru života je cílem zachování lidské důstojnosti a uznávaných hodnot člověka. Dnes rodiny stále častěji upřednostňují hospice a hospicovou péči pro své rodinné příslušníky. Ke konci života jejich blízkých volí tuto možnost z důvodu velké psychické i fyzické náročnosti při poskytování vhodné péče v domácím prostředí (Tomeš, 2015).

Pod pojmem hospicová péče bychom si měli představit individuální péči, komfort, pohodlí a zlepšení kvality posledních chvil života člověka s nevyléčitelným onemocněním. Hospicová péče je určena pro pacienty, u kterých již byly vyčerpány všechny možnosti kauzální léčby jejich závažného onemocnění. V případě, že pacient zahajuje tento druh péče, si je vědom, že nemoc již nereaguje na lékařské postupy pro vyléčení nebo zpomalení progresu choroby. Hospic poskytuje podobně jako paliativní péče komplexní komfortní péči a také podporu rodiny nemocného. Důležité je informovat rodinné příslušníky o skutečnosti, že zde dochází k zastavení postupů souvisejících s vyléčením nemoci. Péče je poskytována klientovi s nevyléčitelnou chorobou, u kterého je předpoklad šesti či méně měsíců zbývajících života.

Důležitým aspektem v hospicové péči je včasná konzultace lékaře s pacientem o tomto druhu péče. Klienti, kteří se rozhodnou pro péči příliš pozdě, nemohou plně využít pomoc, kterou instituce nabízí. V opačném případě se jedná o klienty, kde velmi brzká HP ztrácí svůj plný význam (Tomeš, 2015).

Zahájení hospicové péče ve správný čas může zajistit klientovi více času stráveného se svými blízkými a další měsíce smysluplné péče (NIH – National Institute on Aging, 2021).

Rozdělení

Hospicovou péči můžeme rozdělit na několik základních oblastí.

První, nejdůležitější oblastí, je ošetrovatelská péče. Hlavním posláním ošetrovatelské péče, jak již dříve bylo zmíněno, je zajištění komfortu a pohodlí pacienta. Mimo jiné tento druh péče zahrnuje také podávání léčivých přípravků proti bolesti klientovi sestrou. Dále zahrnuje základní hygienickou péči a v neposlední řadě symptomatickou léčbu. Symptomatická léčba se v tomto případě zaměřuje na zmírnění a odstranění symptomů onemocnění v terminálním stádiu.

Druhou oblastí je psychosociální podpora. HP poskytuje psychologickou a sociální podporu nejen pro samotné pacienty, ale i jeho rodinu. Jedná se nejčastěji o formu v podobě poradenství, pomoc s praktickými záležitostmi a také podporu při zvládání traumatu či doposud neznámé situace spojené s péčí.

Třetím pilířem HP je spirituální péče. Každý jedinec má na tuto oblast svůj vlastní pohled, věří v něco jiného. Nutno podotknout, že je to pouze individuální záležitost daného jedince. Pro některé pacienty je velice významná tato oblast. Zdravotnický personál pracující v hospici může zajistit duchovní podporu, popřípadě umožnit příchod kněze. Velmi klíčovým je však respekt náboženského přesvědčení klienta ze strany personálu.

Čtvrtým pilířem je fyzická terapie. Pokud je zdravotní stav klienta adekvátní, může být součástí plánu péče i rehabilitace poskytována odborníkem. Rehabilitační péče by měla pomoci k udržení či zlepšení pohybových schopností pacienta (Connor, 2018).

Posledním pilířem hospicové péče je rodinná péče. Nutno zmínit, že ne každá rodina má prostředky a možnosti pro to, aby se dokázala postarat o těžce nemocného rodinného příslušníka. Jedná se o stránku nejen finanční a fyzickou, ale také psychickou. Samotná péče rodiny o nemocného je klíčovou součástí péče. Podpora rodiny pro pacienta může představovat emocionální podporu, překlenutí a zajištění důstojného dožití poslední fáze života.

Celkovým posláním hospicové péče je minimalizování utrpení, respektování přání pacienta a nejdůležitějším - zajištění důstojného umírání pacienta (Connor, 2018).

2.2 Hospicové hnutí

Hospicové hnutí má své prvopočátky v Anglii. O tento rozvoj se zasloužila tehdejší zdravotní sestra, sociální pracovnice a později lékařka britského původu Cicely Saunders, celým jménem Dame Cicely Mary Stode Saunders.

Úplně první hospic se nacházel v londýnském Sydenhamu. O jeho vznik se zasloužila právě Cicely Saunders. Jednalo se o hospic St. Christopher's Hospic, který byl založen roku 1967. Založení hospice je spjaté s osobním životem Cicely. Zamilovala se do těžce nemocného Davida Tasmu, kterého potkala v nemocnici v Londýně, kde pracovala. Společně sdíleli myšlenku vytvoření hospice, kde by byla poskytována dostatečná fyzická i psychologická podpora. Následně na Tasmovu počest založila právě St. Christopher's hospic. Po roce 1967 se pomalu začaly hospice zakládat napříč celým světem.

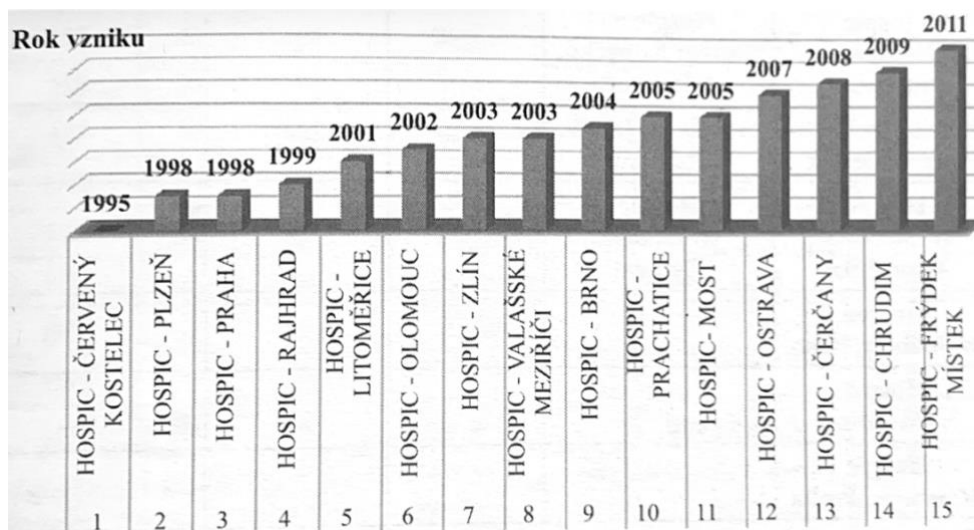
Dalším významným hospicem tohoto období byl New Haven v Connecticutu v Americe, který byl založen roku 1974.

V sedmdesátých letech 20. století postupně dochází k rozvoji samostatného lékařského oboru medicíny – paliativní medicíny (Marková, 2010).

Jak bylo zmíněno v odstavci 1.2, pilotním zařízením poskytujícím paliativní péči v České republice, byla nemocnice v Babicích nad Svitavou. V devadesátých letech se o rozvoj hospicového hnutí v ČR nejvíce zasloužila lékařka Marie Svatošová. Počátky jejího působení byly zaměřeny na domácí zdravotní péči. V roce 1996 byl založen první kamenný hospic – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Od roku 1996 do roku 2011 vzniklo v ČR celkem 18 hospiců. Vznikaly na základě iniciativy příspěvkových organizací, občanských sdružení, církví a Diakonie ČCE (Tomeš, 2015).

„V roce 2011 působilo v ČR 15 kamenných zařízení pro paliativní péči, z toho po jednom v krajích Jihočeském, Plzeňském, Královéhradeckém, Pardubickém, Olomouckém, Moravskoslezském a v Praze, a po dvou v krajích Středočeském, Ústeckém, Jihomoravském a Zlínském.“ (Tomeš, 2015, s. 41).

Nejčastěji diskutovaným problémem bývá financování hospicových zařízení. Jedná se o potíže se získáváním peněžních prostředků, o složité vyjednávání s pojišťovnami, o nejistoty finanční podpory pro nadstandartní sociální služby a o znevýhodnění neziskových organizací oproti církevním.



Obrázek 1 - Seznam hospiců dle roku vzniku – Katarina Sedlářová (2015)

3 SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI

„Když jste zdravotní sestra, víte, že každý den se dotknete života nebo se život dotkne vašeho.“

(autor neznámý)

3.1 Vzdělání

K výkonu povolání zdravotní sestry v paliativní péči je nutné absolvovat adekvátní vzdělání. Přehled regulovaných zdravotnických povolání je uveden v zákoně 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 některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů“* (MZČR, 2023).

Dle §5 – všeobecná sestra, dělíme odbornou způsobilost na 5 možných druhů vzdělání.

První možností je střední vzdělání s maturitní zkouškou (SŠ). Tento obor je uznán sestram, které zahájily studium nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Druhou variantou je vyšší odborné vzdělání (VOŠ). Jedná se o minimálně tříleté studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra (DiS.).

Třetím druhem studia je vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně (Bc.). Zahrnuje studium minimálně tříletého oboru všeobecná sestra.

Čtvrtým způsobem je dosažení vysokoškolského vzdělání magisterského stupně (Mgr.). Jedná se o navazující studium na bakalářský stupeň vzdělání.

Pátým typem je absolvování specializačního vzdělání v akreditovaných zařízeních. Mezi tento druh vzdělání patří domácí péče a hospicová péče, ošetrovatelská péče v onkologii a hematologii, ošetrovatelská péče v geriatрии, ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, intenzivní péče apod. (MZČR, 2023).

3.2 Kompetence

Kompetencemi označujeme způsobilost k vykonávání určité činnosti. Kompetentním člověkem, v našem případě sestrou, nazýváme toho, kdo je povoláný a způsobilý.

Aby byla sestra schopna poskytovat kvalitní péči, je nutné, aby disponovala odbornými znalostmi a dovednostmi. Dle vyhlášky 55/2011 Sb., která byla později poupravena vyhláškou 158/2022 Sb., je všeobecná sestra kompetentní k vykonávání a zajišťování základní a specializované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Mezi nejdůležitější kompetence patří:

- vyhodnocování potřeb, soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů pacienta za pomoci speciálních škál a testů k posouzení zdravotního stavu
- příjem, přemísťování a propouštění pacientů
- sledování a zaznamenávání fyziologických funkcí pacienta a jeho psychického stavu
- kompetence k získání informací anamnézy pacienta
- odběr biologického materiálu, ošetrování chronických ran, stomií, žilních vstupů, péče o zavedené močové katetry
- celková vertikalizace pacienta
- edukace pacientů
- psychická podpora umírajícím a jejich blízkým, zajištění péče o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím
- přejímka, kontrola a skladování léčivých přípravků, následná manipulace a zajištění dostatečné zásoby
- příjem, kontrola a skladování zdravotnických prostředků, jejich dezinfekce a sterilizace, zajištění dostatečné zásoby
- hodnocení, analýza kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče
- u pacientů starších 3 let provádět výměnu PMK, zavádění či výměnu PŽK

(MZČR, 2022)

Musíme pamatovat na to, že kompetence sester nejsou statické. Je důležité, aby sestry své kompetence neustále zkvalitňovaly a rozšiřovaly si vzdělávání. V České republice máme uvedeny podmínky pro další vzdělávání zdravotníků a uznávání kvalifikací v zákoně č. 96/2004 Sb.

3.3 Potřeby sester

„Základní potřeby lidí pro to, aby mohli odvádět svou práci ve světě, jsou všude stejné: Zdraví na mysli, těle i duchu.“ (Nina Gage, prezidentka ICN, 1925).

Potřebou definujeme stav organismu, jedince či skupiny, kdy nedochází k její saturaci. Nedostatečné naplnění potřeb můžeme vnímat subjektivně či objektivně. Subjektivní vnímání je definováno jako pocit, že se nám nedostává něčeho, na co máme nárok. Naopak objektivní vnímání znamená strádat skutečným nedostatkem (Nešpor, 2020).

Mezi nejznámějšího autora klasifikace potřeb řadíme Abrahama Harolda Maslowa. Jedná se o amerického psychologa 20. století, který se zabýval odvětvím humanistické psychologie. Maslow je autorem nejznámější klasifikace potřeb člověka. Prvním, nejdůležitějším pilířem pyramidy, jsou fyziologické potřeby. Mezi ně řadíme např. potravu, oděv, spánek. Dalším pilířem jsou potřeby jistoty a bezpečí. Dále následuje potřeba sounáležitosti. Zde řadíme např. pocit lásky, náklonnosti, příslušnosti k určité skupině a přátelství. Čtvrtým, předposledním, pilířem je potřeba uznání a ocenění. Hovoříme zde např. o pocitu uznání, respektu a sebeúctě. Posledním pilířem Maslowovy klasifikace potřeb je potřeba seberealizace. Jedná se o potřebu formulace sebe sama, rozvoje osobnosti a svých schopností (Nešpor, 2020).

Důležité pro plnohodnotnou profesi sestry je, aby její fyziologické, psychické a spirituální potřeby byly naplněny. Kvalita ošetrovatelské péče závisí právě na saturaci jejích potřeb. Jak již dříve bylo zmíněno, sestra je nedílnou součástí zdravotnických služeb na všech úrovních. Velkou zkušeností pro naše zdravotnictví byla pandemie COVID-19, kdy se projeví nedostatky v plnění potřeb. Nápořem práce a stresu strádalo fyzické i duševní zdraví pracovníků. Výsledkem této vypjaté situace byly často pocity vyhoření, traumatizující zážitky či nezvladatelný stres.

Mějme na paměti, že každá osoba je jedinečná, a proto je saturace potřeb každé sestry individuální. Mezi důležité potřeby sester můžeme zařadit:

- péči o své fyzické i duševní zdraví
- plnění a dodržování právních norem vycházejících z článku 23 Všeobecné deklarace lidských práv
- potřebu kvalitní organizace práce na pracovišti podporující vysokou efektivitu práce
- spokojenost v bezpečném pracovním prostředí vytvářející silný a odolný zdravotnický systém
- životní pohodu jednotlivých sester, která se odráží v péči o pacienty
- potřebu adekvátního finančního ohodnocení
- potřebu investice do vzdělání sestry
- potřebu uznání, ocenění a respektu od vedoucích pracovníků, pacientů a veřejnosti
- potřebu motivace
- potřebu supervize pro zpětnou vazbu

Velkým problémem, se kterým se dnešní zdravotnictví potýká, je právě nedostatečný počet sester. Úzce tyto potíže souvisí s výše uvedenými potřebami. Neustále se snažíme o zkvalitňování práce, zvyšování požadavků, což má mnohdy za následek přetíženost sester, velkou fluktuaci a často vyhoření. Nedostatek pracovníků představuje velkou překážku v oblasti veřejného zdraví (Stewart, 2022).

3.4 Etické principy

Lékařská etika patří neodmyslitelně ke zdravotnickým profesím. Péče o nemocné je od pradávna velmi oceňována. Proto jsou dnes lékaři a sestry ve společnosti velmi uznáváni. Práce s pacienty obnáší vysoké nároky na mravní přístup. Tuto skutečnost dokazujeme jedním z nejdůležitějších dokumentů v oblasti zdravotnictví. Jedná se o Hippokratovu přísahu starou dva tisíce let, kterou skládají lékaři. Dnešní podoba přísahy se mírně liší od původního znění z důvodu nevyhovujícího textu v určitých částech. Význam původního slibu avšak zůstal zachován.

Základní principy lékařské etiky můžeme rozdělit do 1. a 2. řádu. Mezi principy 1. řádu řadíme:

- **Princip beneficence**

Tento princip se řídí pravidlem „Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem.“

- **Princip nonmaleficence**

Nonmaleficienci chápeme jako neuškodit pacientovi či nečinit zlo.

- **Princip spravedlnosti**

Princip spravedlnosti je chápán jako povinnost ošetřit pacienta bez jakýchkoli předsudků bez ohledu na věk, společenské postavení, příslušnost atd.

- **Princip autonomie**

Tímto principem je chápána důležitost samotného jedince, jeho důstojnosti a svobody.

Mezi principy 2. řádu patří:

- **Pravdomluvnost**

- **Věrnost**

- **Mlčenlivost**

- **Důvěryhodnost**

(Krátká, 2018)

Velmi důležitým pracovníkem ve zdravotnictví je sestra. I když nemusí mít tak rozsáhlé vzdělání v oblasti biologických věd jako lékař, je její vzdělání o něco pestřejší. Sestra absolvuje oproti lékařům rozsáhlejší studium humanitních věd – etika, psychologie, komunikace a sociologie. V kompetencích sestry není stanovení diagnóz ani léčebných plánů, nýbrž především péče o nemocného člověka. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči dle pokynů lékaře. Pečuje o pacientův komfort a velkou část věnuje edukaci (Šimek, 2015).

„Při své práci by se sestra měla řídit Mezinárodním etickým kodexem pro sestry, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses) v roce 1953.“ (Krátká, 2018, s. 94). V roce 2000 byla provedena poslední revize. České sestry se k tomuto kodexu hlásí prostřednictvím České asociace sester od března roku 2003. Etický přístup je v práci sestry nepostradatelný. Často má přístup k velmi citlivým informacím. A proto by měla být důvěryhodná.

Mezi nedůležitější etické aspekty, kterými by měla sestra disponovat jsou:

Etika

Etikou rozumíme morální hodnoty, principy a normativní chování. Hlavním cílem je zkoumání správného a nesprávného jednání a chování lidí v různých situacích. Řeší otázky spravedlnosti, dobra, zla, povinnosti a morálních hodnot. Opírá se o rozum a zkušenosti. Etika je klíčovým prvkem lidské společnosti.

Morálka

Morálkou rozumíme celkovou představu správného chování ve společnosti. Nelze ji vymáhat soudně, ale na rozdíl od pravidel zdvořilosti se liší tím, že se týká věcí závažných a podstatných.

Odpovědnost

Jedná se o schopnost či povinnost nést následky svých činů. Odpovědnost je rysem vyspělosti člověka. Při výkonu práce sestry je právě odpovědnost důležitým pilířem.

Prosociálnost

„Prosociálnost se v odborné literatuře definuje jako chování, které má být užitečné druhé osobě, skupině lidí nebo sociálnímu cíli, bez toho, že by se předem očekávala odměna“ (Motyčka et. al., 2002, s. 7) Tímto chováním rozumíme např. pomoc při dosažení cílů, sympatie, porozumění a darování.

Svědění

Svědění je způsobilost člověka provádět sebekontrolu vlastního jednání a činů. Je založeno na morálních hodnotách a normách.

Důstojnost

Důstojnost je velmi těžce definovatelná. Pro každého jedince může znamenat jiné pojetí. Podstatou důstojnosti je ochrana před ponížením. V profesionální zdravotnické péči bychom měli k důstojnosti přistupovat tak, aby byla zachována a posilována (Krátka, 2018).

3.5 Komunikace s pacientem

Komunikace je jedním z nejdůležitějších aspektů v životě člověka. Komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, které v překladu znamená spojení. Tímto termínem rozumíme předávání a šíření informací mezi jednotlivci. Je důležitou součástí utváření mezilidských vztahů.

Komunikaci můžeme rozdělit na dvě základní skupiny – verbální a neverbální. Verbální komunikaci rozumíme komunikaci uskutečňovanou prostřednictvím mluveného slova či psané podoby. Tento typ komunikace je vázán na určitý jazyk. Druhou skupinou je neverbální komunikace, též mimoslovní. Mezi tento druh spadají vokální fenomény jako jsou např. rychlost mluvy, intenzita hlasu, pauzy při mluvě či přeroknutí. Dále nonvokální fenomény, které jsou více známy pod názvem tzv. „řeč těla“. Mezi tyto fenomény řadíme mimiku, která zahrnuje držení těla, gesta, oční kontakt, výraz v obličejí či proxemiku (Šedá, 2018).

Komunikace je základem každé ošetrovatelské praxe. V paliativní péči je efektivní komunikace nevyhnutelným nástrojem používaným pro vytvoření důvěrného vztahu mezi pacientem, rodinou, zdravotníky a dalšími členy multidisciplinárního týmu. Prostřednictvím komunikace můžeme sdělovat informace o nemoci, prognóze, možnostech léčby a ošetrovatelské péče. Sestra má s pacientem většinou častější a užší kontakt než lékař. Pro pacienta představuje osobu, která zajišťuje uspokojení většiny jeho potřeb, zná možnosti, jak mu pomoci a její rady jsou podloženy profesionálními zkušenostmi. Největším přínosem pro pacienta je přítomnost sestry v nelehkých chvílích, pochopení, trpělivost naslouchat pacientovi a dát radu.

Často dochází k tomu, že je sestra v bližším kontaktu s pacientem a jeho rodinou než samotný lékař. Bariéra mezi sestrou, rodinou a pacientem je menší. Sestra je tudíž zprostředkovatelem vztahu a komunikace mezi pacientem a lékařem.

Vztah sestry a pacienta popisujeme jako jednostranně intimní, protože sestra bude vědět vždy více informací o pacientovi, než pacient o sestře. Tento vztah vyžaduje od sestry schopnost kognitivních, afektivních a behaviorálních prvků komunikace.

Komunikace o konci života s umírajícími pacienty se od 60. let 20. století dramaticky změnila. Tehdejší doba byla uzavřená tomuto tématu. Pokud nedochází k efektivní a dostatečné spolupráci s umírajícím pacientem, stává se pro něj odcházení ze života traumatizující zkušeností. Tento stav vyvolává u pacienta obavy, strach, podezřívání a nedůvěru končící pocitem opuštěnosti. Pro sestry je takový druh komunikace velmi náročný, protože je to neosobní a nepřímé zamlčování nevyhnutelné pravdy. Situace vede sestru do pocitu úzkosti, často může vyústit v pocit viny či vnitřního konfliktu a osobního zklamání (Kala a Dorková, 2017).

V 80. letech minulého století nastávaly v paliativní péči změny v oblasti etického přístupu s implementací informovaného souhlasu.

V dalším desetiletí se stalo centrem zájmu, v terminálním stádiu péče, oznámení pravdy. V tomto období docházelo až k automatickému poskytování informací o umírání a smrti pacientům a rodině. Často však bez ohledu na to, zda o tyto informace měli zájem. Participace pacientů na péči byla tehdy prioritou. Ne vždy tato skutečnost vedla k užítku všech zúčastněných.

V současné době se komunikace sestry v paliativní péči stává doprovázením, tzv. pastoračním vztahem. Samotná komunikace zahrnuje vzájemné představení a poznávání sestry s pacientem. Sestra by měla rozpoznat osobnost pacienta a vypořádat jeho postoj k diagnóze.

Následně s pacientem komunikuje o očekávaném průběhu onemocnění, možnostech léčby a dalších diagnostických a terapeutických intervencích. Pokud léčba dosáhne bodu, kdy není možná další kurativní léčba, důraz se přesouvá na komfort pacienta a očekávanou ztrátu. V tomto období pacient vyhledává důvěru a jistotu právě u sestry (Kurucová, 2018).

Hlavními tématy ve fázi umírání pacienta jsou ujišťování, dělání rozhodnutí, podpora a zachování komfortu. V této fázi PP má komunikace klíčový význam. Zaměřuje se na pomoc pacientovi zmírnit pocit strachu a zachovat kvalitu života v procesu umírání.

Existují 4 základní elementy komunikace v paliativní péči.

Prvním elementem je poskytování informací včetně oznámení zlé zprávy. Zaměřuje se na edukaci pacienta o jeho zdravotním stavu a správným podáním srozumitelných informací. Informace by se měly pacientům sdělovat s ohledem na jejich věk, úroveň vzdělání či odolnosti vůči stresovým situacím. Důležité informace je nutné oznamovat tváří v tvář, jelikož můžeme vyzorovat reakci pacienta z neverbálních i verbálních projevů. Samostatnou oblastí je sdělování špatné zprávy. Tuto informaci předává pacientovi ten, kdo je zodpovědný za léčebný proces, vždy lékař. Přesný postup, jak podat tuto zprávu, neexistuje. Obecně platí, že informace by se měly podávat citlivě, postupně a opakovaně s individuálním přístupem k pacientovi (Kurucová, 2017).

Druhým elementem je získávání informací. Při získávání informací sestrou je nejefektivnější pokládání otevřených otázek. Tímto způsobem dojde k vysvětlení a objasnění informací pacientem. Nezaměřujeme se až tak na kvantitu, spíše na kvalitu a vhodnost formulovaných otázek. Při tomto postupu je nutné naslouchat odpovědím pacienta a přikládat význam verbální i neverbální komunikaci.

Třetím elementem je aktivní (pozorné) naslouchání. Důležitým prvkem je citlivé porozumění pocitům pacienta, jeho zkušenostem s chorobou a všem okolnostem s tím spojených. Cílem je naslouchání pacientovi verbální a neverbální cestou. Mezi neverbální projevy řadíme např. občasné přikývnutí, zrakový kontakt, naklonění těla dopředu a pozitivní haptika. Verbální projevy jsou v podobě otevřených otázek, sumarizace vět či projevů pochopení ve frázích jako např. „...poslouchám Vás“, „...povídejte dál“, „chápu“.

Čtvrtým, posledním elementem komunikace je senzitivita. Jedná se o spirituální péči zahrnující kulturní, rasové a jazykové aspekty. Sestra by měla být schopna posoudit kulturní hodnoty, priority a přesvědčení pacienta a podle toho nadále postupovat v komunikaci (Kurucová, 2017).

4 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ

„Být druhému člověku nablízku, být s ním, to je to nejdůležitější – v lásce, v životě i v umírání.“ (Elisabeth Küblerová-Rossová)

Smrt

Smrtí chápeme stav, kdy dochází k nezvratným změnám mozku. Nastává selhání životně důležitých funkcí a zánik dýchání a center krevního oběhu. Smrt můžeme rozčlenit na tři základní formy.

První formou je fyzická smrt. Chápeme ji jako ireverzibilní ztrátu vědomí, mozkovou smrt a smrt orgánů těla.

Druhou formou je psychická smrt. Charakterizujeme ji jako stav beznaděje a zoufalství, celkovou psychickou rezignaci, která postupně přechází ve fyzickou formu smrti.

Poslední formou smrti je sociální smrt. Dochází k částečnému odumření mozku při zachování části řídicího oběhu a dýchání. Člověk fyzicky žije, ale dochází k přerušení sociálních vazeb (Ondriová, 2021).

Velkou obavu v lidech vzbuzuje smrt samotná a způsob umírání. Tyto obavy jsou vyvolány strachem z dlouhodobého a bolestivého umírání často v opuštěnosti. Lidská důstojnost je na prvním místě v situaci, když se o sebe sám člověk nedokáže či nemůže postarat.

Umírání

Umírání chápeme jako terminální stav, kdy postupně dochází k nevratnému selhávání životně důležitých funkcí. Poté nastává smrt. Podle průběhu tohoto procesu rozlišujeme pomalé umírání a rychlou smrt. Rychlá smrt přichází náhle, kdežto pomalé umírání s sebou přináší řadu problémů. Mezi tyto problémy patří chronická bolest, sociální izolace, deprese, utrpení aj. (Ondriová, 2021).

Modely umírání

Dle Haškovcové rozlišujeme tři základní modely umírání.

Prvním modelem je umírání v domácím prostředí. Odstraňuje pocit osamělosti, ale nese s sebou problémy v podobě potíží rodiny často z dlouhodobé péče.

Druhým vzorem je institucionální model. Oproti domácímu modelu se liší v profesionální lékařské a ošetrovatelské péči. Opomíjena je však stránka citová, která je v této situaci také velmi důležitá.

Poslední formou je paliativní model umírání. „*Ideální model péče o umírajícího je ten, který obsahuje pozitiva a eliminuje negativa předešlých dvou modelů, to znamená, že umírající zůstane v nemocničním zařízení, ale do péče bude aktivně zapojena rodina, nebo půjde umírající pacient domů, přičemž rodině budou pomáhat profesionálové*“ (Ondriová, 2021, s. 83-84).

Základními principy v paliativní péči jsou pozitivní ovlivnění průběhu onemocnění a zájem o zlepšení kvality života. Dále podpora rodiny umírajícího pacienta, úleva od bolesti a symptomů. Také začlenění spirituálních a psychologických metod v péči. Nejedná se o péči, která by chtěla urychlit smrt. Vnímá umírání jako přirozený proces a potvrzování života. Velmi důležitý je týmový přístup v péči o pacienta i jeho rodinu (Ondriová, 2021).

Fáze umírání podle časového hlediska

Umírání můžeme z časového hlediska rozčlenit do tří fází.

První fází je „*prae finem*“. Jedná se o období před umíráním. Tato fáze může trvat měsíce až roky tzn, doba, kdy bylo diagnostikováno onemocnění až po nástup terminálního stavu.

Druhou fází je „*in finem*“. Chápeme ji jako umírání v jeho vlastním významu. V dnešní době se upřednostňuje paliativní péče, ať už v domácím prostředí, hospici či jiném zařízení. Konec tohoto stádia se projevuje např. vymizením svalového tonu, agonií, imobilitou či zpomalením krevního oběhu.

Třetí, poslední fází, je „*post finem*“. Fáze začíná samotnou smrtí. Do této fáze patří péče o tělesnou stránku zemřelého a také o pozůstalé. Sestra jako první zajišťuje nejisté známky smrti. Péče o mrtvé tělo je nedílnou součástí práce sestry (Ondriová, 2021).

Fáze umírání dle Elisabeth Küblerové-Rossové

Švýcarsko-americká psychiatrická rozčleňuje umírání do pěti základních fází.

První fází je popírání a izolace. Člověk ji většinou vnímá jako fázi šoku, což vede k popírání pravdy. Popírání pravdy můžeme pozorovat u pacientů, kteří ke zjištění dospěli sami, ale také u těch, kterým byla tato skutečnost sdělena. Důležitý je zde čas na pochopení a smíření se s informací a také citlivý přístup v komunikaci.

Druhou fází je zlost. Zde můžeme pozorovat vnitřní krizi pacienta. Může se projevit obviňováním svého okolí, návaly zlosti a agresivním chováním. Často nastává situace, kdy pacienti nechápou „*proč právě já?*“. Pro zvládnutí této fáze je důležitý respekt vůči pacientovi ze strany personálu i rodiny.

Třetí fází je fáze vyjednávání. Jedná se o nejcitlivější fázi umírání. Důležité je důstojné chování a otevřená komunikace ze strany zdravotnického personálu a rodiny. V rámci možností zdravotního stavu se okolí pacienta může snažit realizovat jeho přání.

Předposlední fází je deprese. Pacient se vzdává. Tento pocit je vyvolán lítostí, že se musí rozloučit, koho a co musí opustit. Od pečujícího okolí se očekává povzbuzování, respektování smutku a poskytnutí prostoru pro pláč.

Poslední fází je akceptace. Jedná se o pokorné přijetí nevyhnutelné smrti. Od ošetřujícího týmu se očekává umožnění rozloučení s nejbližšími. Pacient je smířený, nezlobí se, nezávidí živým a je připraven na setkání se smrtí. Tuto fázi nemusí prožít všichni pacienti (Slámková a Poledníková, 2013).

Eutanázie

Dle WHO je eutanázie definována jako „úmyslný čin provedený jednou osobou s úmyslem buď bezbolestně přivodit smrt, nebo zabránit prevenci smrti přicházející z přirozených příčin, v případech terminální nemoci nebo ireverzibilního kómatu jiné osoby“ (Vácha, 2019, s. 9-10).

Eutanázie je dnes chápána jako proces, kdy lékař aktivně usmrtí člověka. Proces je vykonán na základě žádosti pacienta. Pacient si této žádosti musí být mentálně vědom, mít dostatek informací a nesmí být k tomuto kroku donucen.

Můžeme rozlišit dva druhy eutanázie. První možností je aktivní eutanázie. Jedná se o výkon, kdy lékař provede tento čin u nevléčitelně nemocného pacienta trpícího nesnesitelnými bolestmi. Aktivní eutanázii můžeme provést podáním smrtelné dávky léku nebo podáním toxické látky (Ondriová, 2021). Druhým způsobem je pasivní eutanázie. Obecně se tento akt definuje jako přerušování léčby, podání léku na zkrácení života nebo odmítnutí podání umělé výživy (Cehelská, 2015).

Eutanázie je v České republice zakázána podle Trestního zákona č. 140/1961 Sb., §219. Etický kodex vydaný ČLK tento zákon potvrzuje. *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (ČLK, 2007).*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN VÝZKUMU

Teoretická část bakalářské práce je primárně cílena na vysvětlení problematiky v oblasti paliativní a hospicové péče. Praktická část odborné práce se věnuje metodě a způsobu, kterým byla data shromažďována a následně vyhodnocena.

5.1 Cíl výzkumu

Výzkumné cíle jsou formulovány před zahájením výzkumu. Důležité je, aby si byl výzkumník vědom důležitosti a významnosti daného cíle. Podstatná je také synergie, neboli skutečnost, že by se výzkumník měl po stanovení a dosažení jednoho cíle přiblížit k cílům ostatním. Důležitým aspektem je rozšíření teoretického poznání a také praktické využití výsledků. Cíle výzkumu a výzkumné otázky jsou klíčové. Měli bychom se nimi během celého procesu řídit. Velmi důležité je také sledovat, zda směřujeme k jejich naplnění či nikoli (Zháněl, Hellenbrandt, Sebera, 2014; Loučková 2010).

Hlavní cíl

Zjistit spokojenost sester v paliativní hospicové péči.

Dílčí cíle

- Zjistit, zda má stupeň dosaženého vzdělání vliv na spokojenost sestry v hospicové péči.
- Zjistit, jaká je motivace sester v hospicové péči.

Hlavní výzkumná otázka

Jaká je spokojenost, zkušenost sester při poskytování paliativní hospicové péče?

Dílčí výzkumné otázky

- Jaké jsou motivátory sestry vedoucí ke spokojenosti v poskytování paliativní hospicové péče?
- Jaká je profesní spokojenost sester v paliativní hospicové péči?
- Má vzdělání sestry vliv na spokojenost v poskytování paliativní hospicové péče?
- Jaké jsou dopady poskytování paliativní hospicové péče na spokojenost sestry? (uspokojení, naplnění jejího očekávání od profese)

5.2 Metoda a technika výzkumu

Dle amerického akademika Johna Warda Creswella rozumíme kvalitativním výzkumem proces hledající porozumění. Je založen na několika metodologických tradicích, které se věnují zkoumání lidského či sociálního problému. Výzkumník utváří celistvý obraz, analyzuje texty, podává informace o názorech participantů a v neposlední řadě zkoumá účastníky výzkumu v jejich přirozených podmínkách (Creswell, 1998).

Novější definice z roku 2011 dle Denzina a Lincolna se nijak výrazně neliší. Tvrdí, že kvalitativní výzkum je vnímán jako činnost, která se zaměřuje na pozorovatele. Výzkum se skládá z materiálních a interpretačních postupů, které mění svět. Součástí jsou také terénní poznámky, konverzace, fotografie, nahrávky či rozhovory. Výzkumníci studují jevy v jejich přirozeném prostředí a snaží se jim dodat smysl, anebo je interpretovat z hlediska významů, které jsou jim lidmi připisovány (Creswell, 2018).

Typickým rysem kvalitativní studie je výběr tématu a výzkumných otázek výzkumníkem. Zaobírá se pochopením zkoumaného jevu a využívá často slova, zjišťuje, objevuje a popisuje. Rysem lišícím se od kvantitativního výzkumu je malý počet participantů. Otázky mohou být doplňovány v průběhu celého procesu. Díky tomuto se mnohdy označuje jako pružný typ výzkumu. Výzkumník vyhledává a analyzuje získané informace pomocí nichž následně osvětluje výzkumné otázky (Hendl, 2005).

Jako techniku vyhotoveného výzkumu byla zvolena forma polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor vyžaduje mj. koncentraci, citlivost a interpersonální porozumění. Podstatnou část představuje příprava na setkání a rozhovor, vedení a samotný přepis dialogu a také analýza získaných dat. Výhodou této metody je možnost kombinace nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Dále je při správném vedení vyšší výtěžnost získaných informací než při strukturovaném rozhovoru. Při realizaci polostrukturovaného rozhovoru je definován minimální počet témat a otázek. Tazatel má tedy jistotu, že budou veškerá témata zodpovězena (Behárková, Dolanová, Juřeníková et al., 2019).

Pro náš kvalitativní výzkum bylo celkem zformulováno 17 otázek. Ty byly dále rozváděny podle reakcí participantů. Seznam otázek uvádíme v příloze (P I).

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participanty výzkumného vzorku byly celkem čtyři zdravotní sestry rozdílného vzdělání. Výzkum byl realizován v hospicovém zařízení v nejmenovaném kraji. V příloze (P II, P III) jsou doloženy a ředitelkou zařízení podepsány informované souhlasy o možnosti vyhotovení výzkumu. Originály informovaných souhlasů jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

Participantky byly zdravotní sestry pracující v tomto zařízení s rozdílným stupněm dosaženého vzdělání. Výběr nebyl nijak omezen věkovou hranicí. Velmi důležitým aspektem byla ochota, spolupráce a komunikace. Výběr participantů proběhl po domluvě a s pomocí vrchní sestry hospicového zařízení. Jak již dříve bylo zmíněno, byly celkem zvoleny 4 participantky. Pro přehled participantů byla vyhotovena tabulka, ve které nalezneme základní informace o jednotlivých účastnících výzkumu. Pro zachování anonymity a ochrany osobních údajů každého účastníka, je dále uvádíme jako P1, P2, P3 a P4.

Tabulka 1 - Základní informace o participantech (vlastní tvorba)

Participantí	Věk	Vzdělání	Délka praxe v zařízení	Předchozí zaměstnání
P1	47 let	vysokoškolské (bakalářské)	18 let	Intenzivní medicína (JIP)
P2	51 let	středoškolské (do r. 2003/2004)	20 let	Intenzivní medicína
P3	20 let	středoškolské (studující VŠ)	3 roky	-
P4	50 let	středoškolské (do r. 2003/2004)	8 let	Psychiatrie, domácí péče

5.4 Analýza získaných dat

5.4.1 Zakotvená teorie a otevřené kódování

Metoda zakotvené teorie byla vyvinuta v 60. letech 20. století. Jedná se o výzkumnou metodou umožňující hloubku zkoumání. Autory této teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. Společně jsou zakladateli díla *The Discovery of Grounded Theory*. Publikace byla vydána v roce 1967 (Gulová a Šíp, 2013).

Analýza dat probíhá ve třech fázích. Prvním krokem je otevřené kódování. Účelem je postupná konceptualizace pojmů. Tvoří se pojmy, které jsou zakotveny v datech. Následuje hledání teoretických vztahů mezi koncepty. Zaměřuje se na definici vztahů a souvislostí mezi jednotlivými jevy. Poslední fází je volba ústředního konceptu a formulace teorie. Zde se soustředíme na koncepty a vztahy jako celek a následně formulujeme teorii (Čermák et al., 2013).

5.4.2 Kategorie

Po provedené analýze byly stanoveny tyto kategorie:

- Motivace sestry pro poskytování paliativní hospicové péče
- Profesní spokojenost sestry
- Vliv vzdělání sestry na poskytování péče pacientovi
- Dopad poskytované péče na osobu sestry

Kategorie č. 1 – Motivace sestry pro poskytování paliativní hospicové péče

Vlastnost	Dimenze
Empatie	Velmi důležitá
Důstojnost	Nepostradatelná
Očekávání finančního ohodnocení	Nutná

První vlastností této kategorie je **empatie**, jejíž rozsah je **velmi důležitý**. Z rozhovorů vyplývá, že pro všechny participantky je právě tato vlastnost nepostradatelnou součástí jejich práce. Pochopení a vnímavost sester vůči pacientům dodává poskytované péči potřebný smysl.

„Já si myslím, že je to právě to, že je to o těch lidech, není to o těch diagnózách. Je to o těch jejich příbězích a je to o tom, že je do toho zapojená celá ta rodina. To si myslím, že je právě gró té paliace v tom hospici.“ (P1)

„No za stěžejní považuji práci s lidmi, kteří tu profesi provádí srdcem, s nějakými zkušenostmi, i kdyby si je tady měli zdokonalit. Takže pro mě je důležitá práce s lidma, kteří chtějí tuto práci dělat a baví je to.“ (P2)

„To jediný, co mě tady drží je, že mi přijde, že to má smysl. Jako, když se třeba bavíš s nějakýma lidma, co dělaj něco jinýho, tak na to nadávají. My taky nadáváme, ale má to smysl prostě.“ (P3)

Druhou vlastností této kategorie je **důstojnost**. Podle participantek je právě tato vlastnost také **nepostradatelná**. Z odpovědí vyplývá, že důstojný přístup k pacientům je klíčový. Další důležitou roli hraje úcta a respekt.

„A hlavně, kde se zachovává v popředí lidská důstojnost. Je to v jakékoliv profesi. I tohle dřív se dělalo ve zdravotnictví, že prostě se zachová lidská důstojnost a snaží se pro ty lidi aspoň nějaké to maximum, co jde. Tak pak to má nějaký smysl.“ (P2)

„A musím říct, že tady víc s úctou se k těm pacientům chováme. Protože když pacient odejde, tak jako samozřejmě otevřeme okno, upravíme ho. Že se mi líbí, že tady víc s úctou se k nim chováme.“ (P3)

„Za stěžejní na své práci. No, že pomáháme těm lidem v klidu umřít. Bez bolesti, bez nějakých strádání, může tady být rodina. To se mi líbí. A když ta rodina to nezvládne doma, takže vlastně si to přebere my tu péči.“ (P4)

„Že to není o diagnóze, že to není prostě nějaké C 6, ale už je to dejme tomu paní Marta, která má 2 děti, a nebo má vnučku nebo manžela.“ (P1)

V kategorii motivace je **očekávání finančního ohodnocení** z dimenzionálního hlediska **nutné**. Participantky se shodly na nedostačujícím finančním ohodnocení. Přesto tuto práci vykonávají, protože je naplňuje.

„Jako pořád takhle „koho chleba jíš, toho píseň zpívej“, že. Nemůžu si jakoby stěžovat jako takto, ale všeobecně jsou sestry podhodnoceny a nebudu se bavit jenom o paliativě. Ale rozdíl mezi vlastně námi, my jsme neziskovka, potom vlastně třeba městskými nemocnicemi a státními nemocnicemi, je podle mě tristní a stát by to neměl dovolit. Jako já jsem spokojená jo. Já nemůžu říct, že bych nebyla spokojená, ale ten rozdíl mezi mnou vrchní sestrou a vrchní sestrou v nemocnici, což je moje kamarádka, by prostě nemělo být jo.“

Protože děláme stejnou práci, třeba jakoby administrativy, pojišťovny jo, no dohadovací řízení a tady tyto věci. Jako ono už je rozdíl vlastně v tom finanční ohodnocení, a i když pomínu úplně paliativu a tím, že my máme i sociální služby. Tak plat pečovateli u nás v neziskovce a plat pečovateli v domově pro seniory ve státním sektoru. Dá se říct jako dvou třetin výplaty jo, že ty rozdíly jsou fakt obrovské.“ (P1)

„Opravdu tím, že znám pár sester z akutní medicíny, které k nám přišly a zase po nějaké době nebo po mateřské odešly zpět do akutní medicíny a ten rozdíl v té době byl třeba šesti tisícový. Ale dneska bych řekla, že je ještě větší, protože rostly. Takže jako no za tu dřinu, co tady... Ony, kdyby to nechtěly dělat tím srdcem, tak už se na to dávno vyprdnou. Ale jako za jaké peníze.“ (P2)

„Tak máme nějaké bonusy máme. Samozřejmě, je to o tom, na co ten zaměstnavatel má. Ale máme taky bonusy, které děvčata nevidí. Bonus je to, že si můžete napsat požadavky.“ (P2)

„Tak samozřejmě dnešní doba.... jako nemyslím si, že to je úplně tady úžasné ohodnocené. Prostě ty finance v tom zdravotnictví nejsou nikde, ani tady, ani v nemocnici....

Myslím si, že ty sestry, nebo ti lidi ani nemají motivaci dělat v tom zdravotnictví, protože tam prostě ani ty finance nejsou. A je to prostě těžko.“ (P3)

Kategorie č. 2 – Profesní spokojenost sestry

Vlastnost	Dimenze
Komunikace	Velmi důležitá
Spolupráce	Podstatná
Spokojenost	Důležitá
Kompetentnost	Velmi důležitá

První vlastností z kategorie profesní spokojenosti je **komunikace**. Dle participantek je **velmi důležitým** pilířem při poskytování ošetrovatelské péče. Práce s lidmi je náročná. Participantky se shodly, že komunikace je náročným procesem, v kterém je potřeba se zdokonalovat celý život.

„Co si myslím, že u nás nebo u mě třeba konkrétně hodně pomohlo v té komunikaci, jsou třeba naši duchovní, kteří u nás dělají nejenom jakoby duchovní, ale i psychology. A od nich jsem se taky strašně moc naučila. Pro mě třeba oba dva naši duchovní byli obrovským přínosem a darem právě v té komunikaci s těmato lidma.“ (P1)

„A pokud Vás v nějaké komunikaci naučí nějaké fráze, stejně půjde poznat, že je to fráze.“ (P1)

„Zaprvé to vychází z vás, jak vy jste k tomu nakloněná. Protože vy už sama jste jako nějaký jedinec, který buďto umí komunikovat nebo neumí komunikovat. Kdybych neuměla nějakým způsobem komunikovat, a to nechci říct, že pokaždé komunikuji stejně. Jo, ale to je jenom o tom, o té dané situaci, že zrovna jste takhle nalazená, je vám dobře. Ale řekla bych to tak: ne všichni jsou tam na to nastavení. A opravdu, když ta sestřička není nastavená ani po x letech, že prostě s tou rodinou umírajícího neumí to rozvinout, nebo nějak ji uchlácholit, utěšit, hledá ty správné slova, radši to nemá dělat. Má říct jenom ten základ a buď tam zavolám pana doktora nebo cokoliv. Ale dokud si nejsem úplně jistá v kramflecích, stačí jenom i tam tiše stát - komunikace nemusí být slovní jenom. No je to o nějakém objetí, pohazení, dotyku, o čemkoliv, pokud vás někdo samozřejmě pustí. Pro mě je hrozně důležitý ten odposlech. To, jak vidíte ten vzor, jak komunikuje lékař, co chce ta rodina. Vy z něho musíte vycítit, jak je naladěný. Kde si můžete dovolit jim říct něco víc. Ne každý na to má ty buňky, takže ono je to hrozně různé, nemůžeme komunikovat všichni stejně.“ (P2)

„Tak samozřejmě, že se to furt učím. To je něco, v čem člověk se jako furt zdokonaluje. Vždycky se setkáš s někým prostě jiným. Pacient, jiná rodina. Tak člověk se musí pořád učit.“ (P3)

„No chodily jsme na různé ty kurzy nebo něco se můžeš dočíst. No a pak časem. Třeba dřív bych si nedovolila rodině říct to, co třeba teďka si dovolím, protože jsem se bála.“ (P4)

Spolupráce představuje, dle sester, **podstatnou** část ošetrovatelského procesu. Participantky se shodují, že fungující spolupráce kolektivu je žádoucí pro správný chod zařízení.

„Psychicky fakt jako je to náročné. Fyzicky je to taky samozřejmě náročné, tak vás to stmělí. Mělo by vás to jakoby tým, mělo by nás to stmelovat. Měli bychom si jako fakt pomáhat, takže jako jo. Já jsem spokojená.“ (P1)

„A co se týká toho kolektivu.. Kdyby ten kolektiv nefungoval, vzájemná spolupráce, (někdy samozřejmě se to zakousne, přece jenom je to ženský kolektiv), tak asi by se to taky nedalo. Protože opravdu si ty pracovnice takhle nějak vybíráme, skládáme a velmi často je potřeba i někdy s nimi řešit.“ (P2)

„Myslím, že i ten kolektiv je tady dobrý. Jako vím, že holky prostě někdy něco mají - prostě ženský kolektiv. Ale myslím, že ten kolektiv je fajn. Vycházím tady, jsem tady spokojená. Je to víc takové i rodinné. Prostě je to jiné než v nemocnici, kdy netlačí tolik ten čas, jak v nemocnici - prostě všechno rychle, rychle. Samozřejmě, že tady nějak časově jsou dané ty úkony, ale je to takové pozvolnější.... A myslím si, že je to takové víc klidnější, a že i ten kolektiv není tak vypjatý, tak ve stresu.“ (P3)

Třetí vlastností této kategorie je **spokojenost** s dimenzionálním rozsahem **důležitá**. Na základě získaných informací se participantky shodly na důležitosti této vlastnosti. Uvědomují si, že pokud by se necítily spokojeně, pravděpodobně by nebyly schopny tuto práci kvalitně vykonávat.

„Já doufám, že jo. Že se cítím spokojená. Jak vždycky říkám, člověk má 2 možnosti, jo. Buď začnete nenávidět, a nebo začnete milovat.“ (P1)

„Ale tak to je asi všude jo. Ale fakt si myslím, že hodně dělá ten kolektiv, jo. Že to je, já si myslím, že to je pro mě třeba hodně důležité.“ (P1)

„Ale je to, jsme velký kolektiv, takže tam jako vždycky něco skřípe. Ale myslím si, že takové to podržení se, že tady funguje a já jsem spokojená.“ (P1)

„Spokojeně se tady určitě cítím, protože nemít takové pěkné pracovní prostředí, asi by se mi tady nedělalo dobře.“ (P2)

„Ano, uspokojuje mě moje práce. Práce s lidmi je velmi těžká. Tam bych možná řekla, že jsou některé mé připomínky, ale to se vždycky nějakým způsobem dá. Kdyby mě neuspokojovala, tak myslím, že tu nejsem.“ (P2)

„Vycházím tady, jsem tady spokojená. Je to víc takové i rodinné.“ (P3)

„Tak jako máš oblíbené kolegyně i pečovatelky i sestry, takže když to vyjde, že jsme spolu na tom patře na té službě, tak je to super.“ (P4)

Posledním bodem této kategorie je **kompetentnost**, která je **velmi důležitá**. Participantky se shodly na tom, že velkou zátěž, pro sestru s vyšší kvalifikací, představuje administrativa. Minimum času tak zbývá pro osobní kontakt s pacientem. Zároveň bylo také zmíněno, že vyšší kompetence představují vyšší míru zodpovědnosti.

„Jako já už moc spokojená nejsem, protože jako je to administrativa, ale prostě je ten management že. Ale jako náplň sestry a myslím že jo... Ta sestra dělá vlastně úplně to samé, co dělá sestra v nemocnici. Ať jsou to nějaké pumpy nebo prostě cokoliv. Takže asi jako já jsem. Ted' už to už je prostě můj úděl jo. Tím, že jsem jim podepsala to, co jsem podepsala.“
(P1)

„To je spíš jakoby o té administrativě všeobecně ve zdravotnictví. To ať už to je já už vlastně tady furt jenom vypisuju lejstra. To samé ty sestřičky. Té administrativy je celkem dost.“ (P1)

„A odborný úkon - ono myslím si, že jich tady máme až moc...a že by to tu ani nepatřilo. Takže jako úplně z pozice staniční sestry. Já jsem si asi ty práce v podstatě představovala úplně jinak.“ (P2)

„Kompetence a co můžu naštětí pro nás, že když jsem tady jako staniční, tak samozřejmě mám větší kompetenci v tom, že mám medikaci SOS, můžu si rychleji rozhodnout, nejsem tak závislá na lékaři. Vzhledem k tomu, že ta práce je pořád jako kdyby se opakující, takže má ta sestřička větší kompetence v tom, že může rozhodnout, kdy dát doping, může rozhodnout, kdy je to třeba jenom na tabletu. Má tu větší kompetence a tady v tom tím větší zodpovědnost.“ (P2)

„Já jsem s tím jako spokojená, když to srovnám s nemocnicí. Tak já jsem právě proto v nemocnici, protože mi tady chybí ty infuze, prostě kanyly. Prostě tady to není v takovém rozsahu.“ (P3)

„Jo, protože děláme vlastně všechno, co třeba... Akorát cévkování může dělat doktorka. Ordinace samozřejmě doktorka, ale jinak staráme se o ty pegy, o tracheostomie, injekce. Odběry si dělají staniční, což si myslím, že by nám taky mohly nechat, ale jinak jako jo.“
(P4)

Kategorie č. 3 – Vliv vzdělání sestry na poskytování péče pacientovi

Vlastnost	Dimenze
Ovlivnění stupněm vzdělání	Nízké
Ochota k dalšímu vzdělávání	Podstatná
Zkušenost z jiné oblasti péče	Přínosná

První vlastností této kategorie je **ovlivnění stupněm vzdělání** v dimenzi **nízké**. Participantky se jednohlasně shodly na tom, že při výkonu jejich povolání není stěžejní vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání. Důležité je, aby byl zachován etický přístup k pacientům a vztah k práci sestry samotné.

„Požadavek na sestřičku všeobecně, si myslím, není třeba vysoká škola. To je můj názor, který nikdy nezměním. Byť já mám vysokou školu. A bylo to jenom z toho důvodu, že nás začli degradovat, jo. Vysoká škola mi úplně nedala to, co bych potřebovala já navíc. To mi dala praxe. Na tu paliacii za prvé musí mít ta sestřička sama v sobě, jak jsme se o tom bavily, mít nějaké nastavení. Že by takhle chtěla tuhle práci dělat....“ (P1)

„Neříkám, že jako ty vědomosti některé ano, se to se člověk dozví, nějaký přístupy, ale pokud to nemáte v sobě, tak to stejně nebudete používat.“ (P1)

„Názor na to mám, že sestra v paliativní péči nepotřebuje vysokoškolské ani vyšší odborné specializační vzdělání... Protože dneska bez certifikátu a bez všech tady těch razítek nikdo nefunguje.“ (P2)

„Jako myslím si, že nějaký vliv určitě má Jak velký, těžko říct.“ (P2)

„Já jsem si vždycky říkala, jak jsem dostudovala střední, že jsem praktická a že na to nemusím mít vysokou. Ale teďka, když dělám tu vysokou, tak vidím jako že je opravdu hodně věcí, co jsem prostě nevěděla a neuměla a že je to k té práci potřeba.“ (P3)

„Já si myslím, že asi nějak úplně vliv to nemá. Samozřejmě, že ta sestra na vysokoškolské úrovni má víc vědomostí, zkušeností a všeho než jakoby na střední škole. Ale myslím, si že nejvíc naučí ta praxe, a že v tom asi nemá nějaký extrémně vliv.“ (P3)

Ochota k dalšímu vzdělávání je popisována v dimenzionálním rozsahu jako **podstatná**. Má značný vliv na výkon práce sestry. Participantky uvedly, že v jejich zařízení jsou formy dalšího vzdělávání nutné.

„...ale co po všech sestřičkách teda vyžaduju, vyžaduje se to všude, tak je specializační vzdělávání právě k přístupu v paliativní péči, jo.“ (P1)

„My to dokonce máme povinné. Umožňuje, mají to výborné jako benefit, že si to nemusí platit.... To podstatné ale je to s tou praxí spojené.... Ale musí to být přesně předvedeno, abyste si to vyzkoušela jako celek.“ (P2)

„Což myslím, že i jsou v rámci třeba komunikace nebo i třeba vyrovnávání se s tou prací, stresem. A myslím, že tady máme, že jsou v nabídce ty kurzy a různé workshopy. Tak to si myslím, že tady stačí.“ (P2)

„A myslím si, že to ti žádná škola nedá, ale ten kurz byl super. Tam jsme se třeba dozvěděli hodně z onkologie věcí, jo.“ (P4)

Třetí vlastností je **zkušenost z jiné oblasti péče** s dimenzionálním rozsahem **přínosná**. Participantky měly poznatky z rozdílných oborů ošetrovatelské péče. Všechny tuto skutečnost uvedly jako kladnou a přínosnou pro praxi.

„Co se týká paliacie v době, kdy já jsem vlastně dostudovala školu aj i potom vysokou, kterou jsem dělala při mateřské, a tak se tenkrát o paliacii, před těmi pětadvaceti lety, třiceti lety téměř nemluvalo. Takže ani ne, ale samozřejmě, jak dělala jsem, jak jsem nastoupila po zdravotce vlastně na LDNku, potom jsem šla teda na tu JIPku, pak na mateřskou.“ (P1)

„V akutní medicíně jsem pracovala... Pak jsem pracovala i na domově se zvláštním režimem, což byly necelé 2 a půl roku. Takže mám zkušenost i z DZR, což je teda k nezaplacení. Poslala bych tam všechny, ano, aby zjistili, jak se pracuje s demenčními lidmi, protože to je zcela náročné.“ (P2)

„Dělala jsem v domácí péči, ale to nebyla jako hospicová péče. To byla normální a jinak ne. No v té domácí péči to bylo to, že někam přijedeš a seš na to sama a vidíš toho člověka prostě jenom chvíli. Tady na těch 12hodinových směnách fakt se s něma navážeš i na ty rodiny kolikrát. Takže je to takový tady spíš, že je víc poznáš ty lidi.“ (P4)

Kategorie č. 4 – Dopad poskytované péče na osobu sestry

Vlastnost	Dimenze
Zranitelnost	Mírná
Pochopení okolí	Nízké
Zvládání zátěže	Dobré

Jako první je v této kategorii uvedena **zranitelnost**. V dimenzi ji popisujeme jako **mírnou**. Sestry se dennodenně setkávají s umíráním, a proto je důležité se naučit s takovými situacemi vyrovnávat. Participantky uvedly, že během své praxe získaly potřebné obranné mechanismy, které využívají.

„Je pravda, že před nějakými pár lety jsem si prošla opravdu syndromem vyhoření. Tím, že jsem to odnesla i fyzicky. Že člověk si myslí, že zdolá úplně všechno a nakonec ne. Nemoc řekla to ne. Takže jsem potom tady půl roku nebyla skrz to.“ (P1)

„Hodně důležitá jako to vyrovnání je s tím, jakou máte rodinu nebo zázemí, jaké máte koníčky. To je hodně důležité, ale také je důležité v té paliaci si uvědomit a nastavit si nějaké mantinely a nastavit si hranice. Protože byt' všichni v paliacii, si myslím, ať jsou kdekoliv, ať je to hospic nebo domovy, tak do toho dávají opravdu část sebe. Dávají do toho své srdce, ale musí si tu hranici nastavit a říct tady už to nepustím jo. Protože potom takové ty běžné věci, koníčky a podobně už mám fakt jako nepomůžou.“ (P1)

„Spíš se to mě to dotýká teď víc, protože už nejsem v tom věku 25+ Tím, že nejsem u lůžka, je to ještě horší. Tak si to nedovedu představit. Více se Vás to dotýká, že vy vlastně skončíte tak.“ (P2)

„Tak určitě, jako z každé práce. Myslím si, že každá práce má něco. Ano, kolikrát je té práce dost. Lidi jsou těžcí a je nás tady málo. Takže jako samozřejmě jsem unavená, jak fyzicky, tak i psychicky. Jako spíš z těch papírů než z toho, jakože tady jsou lidi, co umírají.“ (P3)

„Ale prostě, já to odděluji, nepohlcuje mě to, nejsem z toho taková vyhořelá nebo, že by mě to nějak pohlcovalo - ty úmrtí a kdesi cosi...“ (P3)

„Ale někdy když jsou tam třeba příbuzní, a tak si i pobřečíme prostě. Takže ty emoce jdou ven, ale někdy, když je toho moc, tak je to fakt těžký. Jakože ne, že by se mi o těch lidech zdálo, ale některý prostě nezapomeneš.“ (P4)

Pochopení práce sestry okolím se setkává s **nízkou** mírou chápání. V odpovědích participantek jsme zaznamenali nepochopení tohoto zaměstnání veřejností. Sestry se shodují v tom, že je nutné se s problematikou umírání seznamovat nejlépe již od dětství.

„Ale co na to rodina, tak to se musíte zeptat rodiny. Je pravda že spousta jakoby známých nebo i vlastně i děti moc nechápu, co dělám jo že. Jakoby fakt ta laická veřejnost kolikrát jako mi říká, ty jo, jak to můžeš dělat jo.... Protože pro ty laiky je to fakt o tom jako Vám se tam umírá a vy to tam jen o té smrti. Vy to tam musíte mít smutný.“ (P1)

„Pro mě je spíš náročnější, za tu letitou zkušenost, poslouchat to okolí spíš...jo to okolí... jak oni nemají zkušenosti s umíráním..... Reakce je taková, že je to nezajímá, ale až takový pohrdavý.... Je to pořád tabu téma, které se neotvírá...Mělo by se o tom čím dál tím víc mluvit. Mělo by se o tom mluvit možná už na těch středních školách určitě. Je i spousta literatury, i pro děti. Je vidět, že někteří rodiče s téma dětma pracují, že jako je tím nestraší.“ (P2)

Další vlastností této kategorie je **zvládání zátěže** s dimenzionálním rozsahem **dobré**. Všechny sestry se shodly v tom, že umí oddělit pracovní život od osobního. Každá se snaží vypořádat s tíhou svého povolání po svém.

„Já jsem myslivec vlastně si na něho aspoň hraju... Já myslím, že to mám fakt o té přírodě a o té rodině.“ (P1)

„Udělám si čaj, kafe. Je to pro mě hodně důležité, příjemné prostředí mám vedle kanceláře, příjemní kolegové a fakt jako sdílení si, mluvení o těch problémech. To si myslím jako fakt jakoby to pozitivní nastavení.“ (P1)

„Není pro mne náročné oddělit život pracovní od osobního. Vzhledem k tomu, že už jsem začínala tam, kde jsem začínala. Takže pro mě, když já odsud odcházím, nesu si domů akorát to, že jestli jsem někde něco nezapomněla, co mám udělat. Jako něco takového....“ (P2)

„A chvála bohu, mám, jak jsem říkala manžela, kterej to chápe a to pro mě je stěžejní. Kdybych ho neměla, mám to daleko těžší. Ví, o čem je moje práce, i když se o tom nebavíme doma vůbec. Nenosím práci domů.“ (P2)

„Když se s tím nebudu umět vypořádat sama, a řeknu Vám, je to někdy velmi těžké. Musíte si najít jakýkoliv způsob, Váš způsob, jinak Vás to fakt sežere, povalí.“ (P2)

„Mám ráda cvičení, běhání, sport. To je takový prostě relax. Mám hrozně ráda i procházky, máme psy, takže takhle. A tak celkově s přítelem. Když jsme spolu, tak aspoň prostě nemusím o ničem přemýšlet, vypnu.“ (P3)

„No nejvíc si odpočinu, když spím a čtu si. Ale jinak potom s rodinou jezdíme třeba lyžovat. No chodíme na pivo, co si budem povídat, na různý třeba koncerty nebo tak.“ (P4)

6 DISKUZE

Tato kapitola bakalářské práce se zabývá shrnutím cílů a výzkumných otázek práce. Kvalitativního výzkumu se zúčastnily čtyři participantky z odvětví hospicové paliativní péče. Výzkum byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru. Poté následovala analýza získaných dat a vytvoření kategorií s určením vlastností v dimenzionálním rozsahu.

Hlavním cílem bylo zjistit spokojenost sester v paliativní hospicové péči. Následovaly dílčí cíle, kterými jsme zjišťovali, zda má stupeň dosaženého vzdělání vliv na spokojenost sestry a motivace sester v tomto odvětví péče.

Po analýze rozhovorů jsme zjistili, že je pro sestry velmi důležité tuto práci vykonávat s úctou a respektem vůči pacientům. Klíčovým je pro ně to, že je tato práce naplňuje, protože ji dělají srdcem. Stupeň dosaženého vzdělání, dle sester, nemá takovou váhu, jak bychom si mohli myslet. Pokud je sestra vysokoškolsky vzdělaná, ale nemá k této práci vnitřní vztah, nemůže tuto práci vykonávat kvalitně. Participantky se shodly, že nižší míra vzdělání vždy neznamená nedostatečný nebo nekvalitní výkon ošetrovatelské péče. Motivací pro sestry je především pomoc bližnímu, zajištění důstojného umírání a opět vnitřní přesvědčení k poskytování této péče.

Hlavní výzkumná otázka se zaměřovala na spokojenost či zkušenost sester při poskytování paliativní hospicové péče.

První dílčí výzkumnou otázkou bylo zjistit motivátory sester vedoucí ke spokojenosti. Zde jsme určili vlastnosti empatie, důstojnost a očekávání finančního ohodnocení. Empatie představuje pro sestry velmi důležitý segment. Vyplynulo, že díky této vlastnosti je jejich práce smysluplná. Důstojnost představuje nepostradatelnou součást každodenní práce sestry. Očekávání finančního ohodnocení je pro sestry nutnou součástí profese. Všechny participantky se shodly na nízkém finančním ohodnocení, ale tuto práci přesto vykonávají z důvodu svého přesvědčení.

Druhá výzkumná otázka spočívala ve zjišťování profesní spokojenosti. Zde byly uvedeny čtyři vlastnosti – komunikace, spolupráce, spokojenost, kompetentnost. Komunikace představuje hlavní pilíř při poskytování péče. Jedná se ale o náročný proces, který je důležité celý život zdokonalovat. Spolupráci sestry hodnotily jako podstatnou pro správné a příjemné fungování oddělení i kolektivu. Spokojenost se prolíná se spoluprací.

Bylo zjištěno, že vyhovující podmínky v zaměstnání přispívají k celkové spokojenosti sestry. Kompetentnost byla určena jako velmi důležitá. Jako nežádoucí z hlediska kompetencí byla zmíněna administrativa u sester s vyšší kvalifikací.

Třetí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali vliv vzdělání sestry na poskytování péče pacientovi. První vlastností je ovlivnění stupněm vzdělání. Jak již bylo dříve zmíněno, z odpovědí vyplývá, že vyšší vzdělání není vždy jistotou pro kvalitně poskytovanou péči. Důležité je vždy dodržování etického kodexu. Ochota k dalšímu vzdělávání představuje pro sestry podstatnou část jejich práce. Absolvování doplňujícího vzdělání prohlubuje jejich znalosti a zkušenosti v oblasti ošetrovatelské péče. Jako přínosnou jsme určili, dle odpovědí, zkušenost z jiné oblasti péče. Participantky uvedly jako velmi prospěšnou zkušenost praxi v akutní medicíně.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala dopadem poskytované péče na osobu sestry. Mezi vlastnosti jsme zařadili zranitelnost, pochopení okolí a zvládání zátěže. Zranitelnost byla označena jako mírná. Každodenní kontakt s těžce nemocnými naučil sestry potřebným obranným mechanismům pro zvládání těchto situací. Zranitelnost není něco, za co by se sestra měla stydět, ba naopak dokazuje, že je empatická. Sestry vnímají pochopení okolí jako málo zastoupené. Stále cítí, že umírání je chápáno veřejností jako něco, o čem se moc nemluví. Poslední vlastností je zvládání zátěže z pohledu sestry. Pozitivním zjištěním bylo, že žádná z participantek nevnímá profesní zátěž jako omezující. Každá je schopna se vypořádat s tíhou svého povolání svým vlastním způsobem.

Na základě analýzy dat shledáváme spokojenost sester v paliativní hospicové péči jako kladnou. Nejdůležitějším aspektem vedoucím ke spokojenosti sester je vykonávat tuto práci srdcem a smysluplně. Nečesalová ve svém výzkumu uvádí, že nejsilnějším motivačním faktorem v hospicové péči, je pro sestry smysluplnost práce (Nečesalová, 2023). S tímto výsledkem na základě našeho výzkumu můžeme souhlasit. Vypovídají o tom odpovědi participantek, jež zmiňují spokojenost v oblasti pracovního prostředí, kolektivu, náplně práce, spolupráce s rodinou pacientů či v oblasti poskytované ošetrovatelské péče.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na spokojenost sester v paliativní hospicové péči. V teoretické části práce jsme se zabývali definicí paliativní péče, její historií a rozdělením. V druhé kapitole jsme se seznámili s hospicovou péčí, opět definicí, rozdělením a hospicovým hnutím. Následně jsme ve třetí kapitole věnovali značnou pozornost sestře v paliativní péči, zde jsme uvedli základní možnosti způsobu vzdělání sestry v tomto odvětví, jejich možných kompetencí a potřeb. Důležitou součástí této kapitoly byl přehled etických principů - princip beneficence, princip nonmaleficence, princip spravedlnosti a princip autonomie. Následně jsme se věnovali tématu komunikace s pacientem, jež je velmi důležitá. Poslední kapitolou teoretické části práce byla problematika umírání. Zde jsme popsali základní modely umírání, jejich fáze a eutanázii.

V praktické části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Metoda umožnila získání názorů a odpovědí participantek na nahlíženou problematiku. Během rozhovorů byla možnost klást doplňující otázky.

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost sester v paliativní hospicové péči. Po provedené analýze dat jsme zjistili, že participantky jsou spokojeny se svou profesí a klíčovým je osobní nastavení životních hodnot každé z nich. Dále jsme si stanovili hlavní výzkumnou otázku zaměřenou na spokojenost a zkušenost sester při poskytování paliativní hospicové péče.

Tato hlavní výzkumná otázka byla doplněna dalšími čtyřmi dílčími výzkumnými otázkami, které se zabývaly motivací, profesní spokojeností, vzděláním a dopadem poskytované péče. Po vyhodnocení získaných dat z rozhovorů jsme zjistili, že celková spokojenost každé sestry je ovlivněna několika faktory. Mezi ně patří empatie, důstojnost, očekávání finančního ohodnocení, komunikace, spolupráce, spokojenost, kompetentnost, ovlivnění vzděláním, ochota k dalšímu vzdělávání, zkušenost z jiné oblasti péče, zranitelnost, pochopení okolí a zvládání zátěže.

Na základě získaných dat a následné analýzy jsme zjistili, že nejdůležitějším pilířem spokojenosti sester v paliativní hospicové péči je smysluplnost této práce. Faktorů, ovlivňujících spokojenost, uvádíme v bakalářské práci více, ale za stěžejní participantky uvádějí právě smysluplnost. „...za stěžejní považují práci s lidmi, kteří tu profesi provádí srdcem.“ (P2)

Doporučení pro praxi:

- Důraz na dodržování Etického kodexu
- Důraz na důstojný přístup k pacientům
- Vytvoření příjemného prostředí pro práci sester
- Zajištění lepšího finančního ohodnocení sester
- Zajištění vyššího financování hospicových zařízení
- Zvýšit povědomí veřejnosti o hospicových zařízeních
- Zvýšit povědomí veřejnosti ohledně tématu umírání
- Důraz na důležitost spolupráce s rodinami umírajících

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEHÁRKOVÁ, Natália; DOLANOVÁ, Dana; JUŘENÍKOVÁ, Petra et al. 2019. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory*. Brno: Masarykova Univerzita, 151 s. ISBN 978-80-210-9370-6.

BESEDOVÁ, Veronika. *Péče o nemocné v hospicovém zařízení*. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2022. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/53568>.

BROWN, Michelle, 2015. *Palliative Care in Nursing & Healthcare*. Los Angeles: Sage, 178 p. ISBN 978-1-4462-9568-7.

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

CAIRNS, Will. *Progress in Palliative Care: The Problem of Definitions*. Online. 2001. Vol. 9, issue 5, p. 187-189. ISSN 09699260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09699260.2001.11746927>.

CEHELSKÁ, Daniela, 2014. *Eutanázia a jej skryté dimenzie I*. Sociálna a duchovná revue, roč. 5, č. 4. s. 78-93. ISSN 1338-290X.

CONNOR, Stephen R., 2018. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. 3rd ed. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 289 p. ISBN 978-1-138-64862-3.

CRESWELL, John W., 1998: *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 403 p. ISBN 0761901442.

CRESWELL, John W., POTTH, Cheryl N., 2018: *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 488 p. ISBN 978-1-5063-3020-4.

ČERMÁK, Ivo; HYTYCH, Roman; ŘIHÁČEK, Tomáš. 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: MUNI, 187 s. ISBN 978-80-210-6382-2.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2007. *Stavovský předpis č. 10 české lékařské komory: Etický kodex České lékařské komory*. Olomouc: Česká lékařská komora, s. 1-4. Dostupné také z: https://www.lker.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf.

GATTINGER, Heidrun; OTT, Stefan; MAURER, Carola; MARTY-TEUBER, Brigitte; HANTIKAINEN, Virpi et al., 2023. *Effect of an educational intervention on nurses' competence in activities of daily living support in end-of-life care using a pretest-posttest repeated measures design*. Pubmed. Online. Vol. 22, issue 1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01232-2>. [cit. 2023-11-29].

GULOVÁ, Lenka a ŠÍP, Radim. 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 245 s. ISBN 978-80-247-4368-4.

HENDL, Jan. 2005: *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

KABELKA, Ladislav, 2018. *Význam slova hospic*. Online. Jihlava: Paliatr Vysočina, s. 1-2. Dostupné z: https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2018/03/hospic_pailativni.pdf.

KALA, Miroslav a DORKOVÁ, Zlatica, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 68 s. ISBN 978-80-7454-668-6.

KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 123 s. ISBN 978-80-7454-764-5.

KURUCOVÁ, Radka; ŽIAKOVÁ, Katarína a NĚMCOVÁ, Jana, 2018. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti.: Vysokoškolská učebnica*. Vyd. 2. Martin: Osveta, 311 s. ISBN 978-80-8063-457-5.

LOUČKOVÁ, Ivana, 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATZO, Marianne a WITT, Deborah S. 2019. *Palliative care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company, 725 p. ISBN 978-0-8261-2712-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - poslední stav textu*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, s. 2-4. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/07/55-2011-aktualni-zneni.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2023. *Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřím vyšší kompetence*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2021. *NCCN Guidelines: Palliative Care*. Online. Pennsylvania: National Comprehensive Cancer Network. Dostupné z: www.nccn.org.

NATIONAL INSITUTE ON AGING, 2021. *What Are Palliative Care and Hospice Care?*, 2021. Online. Bethesda: National Institutes of Health. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care#hospice>.

NEČESALOVÁ, Bernadeta. *Motivace ošetrovatelského personálu v přímé péči o pacienta v hospicové péči*. Online. Brno: Masarykova univerzita, 2023. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/hr00a/>.

NEŠPOR, Zdeněk, 2020. *Potřeby*. Online. Sociologická encyklopedie. Praha: Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Potřeby>.

ONDŘIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.

SKÁLA, Bohumil; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří a KABELKA, Ladislav, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 20 s. ISBN 978-80-86998- 51-0.

SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ, Tereza, 2020. *Paliativní medicína: vymezení konceptů a pojmů: Stručná historie paliativní péče*. Online. MUNI. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_03_historie.html

SLÁMA, Ondřej; POCHOP, Lukáš; SVĚTLÁKOVÁ, Lucie; ŠEDO, Jiří, 2022. Paliativní péče. Online. č. 14.9., Brno: Masarykův onkologický ústav, s. 1 - 13. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjcvZPW9MqBAxVygf0HHTRzBs0QFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mou.cz%2Fdocument%2Ffile%2F4440%3Fd1%3D1&usg=AOvVaw08pa5dMpB2C_8jEHpl3jAX&opi=89978449.

SLÁMKOVÁ, Alica a POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2013. *Klinické a ošetrovatel'ské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Marin: Osveta, 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.

STEWART, David, 2022. *Sestry jako vedoucí hlas*. Ženeva: International Council of Nurses, 60 s. ISBN 978-92-95124-01-1.

ŠEDÁ, Vlasta, 2018. *Význam komunikace v životě člověka*. Online. Teplice: Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje, s. 1-2. Dostupné z: https://www.pppuk.cz/soubory/ppp_kadan/kadan_clanek_6.pdf.

ŠESTÁKOVÁ, Aneta. *Etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester*. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2022. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/53888>.

ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

TOMEŠ, Igor; DRAGOMERICKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 156 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁCHA, Marek, 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-271-2575-3.

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2023. *Smrt*. Online. Praha: Maxdorf, s.r.o. 1998-2023. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/smrt>.

XIAO, Jingije; BRENNEIS, Carleen; IBRAHIM, Nadine; BRYAN, Allysa a FASSBENDER, Konrad. 2021. *Definitions of Palliative Care Terms: A Consensus-Oriented Decision-Making Process*. Online. PubMed. vol. 24, n. 9, p. 1342-1350. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0679>.

ZHÁNĚL, Jiří; HELLENBRANDT, Vladimír; SEBERA, Martin, 2014. *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova Univerzita, 61 s. ISBN 978-80-210-6857-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	World Health Organization	Světová zdravotnická organizace
CHOPN		Chronická obstrukční plicní nemoc
FN		fakultní nemocnice
PP		paliativní péče
HP		hospicová péče
St. Christopher's hospic		Saint Christopher's hospic
ČR		Česká republika
ČCE		Českobratrská církev evangelická
Sb.		Sbírka
MZČR		Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SŠ		středoškolské (vzdělání)
VOŠ		vyšší odborné vzdělání
DiS.		diplomovaná sestra
PMK		permanentní močový katetr
PŽK		periferní žilní katetr
ICN		International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
ČLK		Česká lékařská komora
JIP		jednotka intenzivní péče
VŠ		vysoká škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Seznam hospiců dle roku vzniku – Katarina Sedlářová (2015)	18
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Základní informace o participantech (vlastní tvorba)	34
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Seznam otázek k rozhovorům

Příloha P II: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P III: Žádost o umožnění výzkumného šetření


PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK K ROZHOVORŮM

1. Co považujete na své práci za stěžejní?
2. V čem vidíte pozitivitu práce s umírajícími lidmi?
3. Popište mi, co Vás vedlo k výběru právě tohoto povolání?
4. Jste spokojená s náplní práce sestry v hospici? (z hlediska kompetencí, odborných úkonů...)
5. Máte zkušenost s prací v jiném odvětví paliativní péče či prací v zahraničí? (případné porovnání)
6. Jakým způsobem Vaše profese ovlivňuje Váš rodinný a osobní život? Je pro Vás náročné oddělit pracovní život od osobního?
7. Ve Vaší profesi dochází téměř denně ke střetu se smrtí... Jak zvládáte tyto situace či traumatické zážitky pacientů? Nechávejte se jimi ovlivnit? Cítíte se vyčerpaná?
8. Myslíte si, že by Vás Vaše práce mohla nějakým způsobem ovlivnit či poznamenat do budoucna? Vidíte se v této profesi i do budoucna?
9. Jak byste popsala svůj čas pro sebe, jak si odpočínáte, dočerpáte energii?
10. Jakým způsobem se snažíte vypořádat se zátěží Vašeho povolání tak, abyste se cítila komfortně?
11. Uspokojuje Vás Vaše práce?
12. Jaký máte názor na vzdělání sester v paliativní péči? (středoškolské, vysokoškolské, vyšší odborné, specializační..); Umožňuje Vám Vaše zařízení se nadále vzdělávat, zdokonalovat ve Vaší profesi? Myslíte si, že má vzdělání sestry vliv na kvalitu poskytované péče pacientovi?
13. Velmi důležitá je ve Vaší profesi komunikace. Jak jste se Vy naučila komunikovat s paliativními pacienty a jejich rodinou?
14. Cítíte se spokojeně v prostředí, ve kterém pracujete? Funguje podle Vás ve Vašem hospici vzájemná spolupráce s kolegy?
15. Jste spokojená s vedením Vašeho hospice? V případě, že byste měla možnost změnila byste něco?

16. Změnila byste něco v oblasti obsahu Vaší práce? (např. pracovní dobu, směnný provoz, spolupráce s lékařem, kompetence...)

17. Jaký je Váš názor na finanční ohodnocení a bonusy sestry pracující v paliativní péči?

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Jakšíková		
Téma bakalářské práce	Spokojenost sester v paliativní hospicové péči		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Sylvie Chvatíková		
 podpis		
Skupina participantů	sestry		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Diakonie ČCE – hospic Citadela, Žerotínova 1421, 757 01, Valašské Meziříčí	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	Bc. Naděžda Mětačková
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13. 11. 2023

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Barbora Jakšíková		
Téma bakalářské práce	Spokojenost sester v paliativní hospicové péči		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Sylvie Chvatíková		
 podpis		
Metoda výzkumu	kvalitativní		
Skupina participantů	sestry		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Diakonie ČCE – hospic Citadela, Žerotínova 1421, 757 01, Valašské Meziříčí	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	Bc. Nedělda Matějová
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13.11. 2023...

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení