

Práce sester v domově pro seniory se zaměřením na obecnou paliativní péči

Lenka Zimáčková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lenka Zimáčková
Osobní číslo:	H22734
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Práce sester v domově pro seniory se zaměřením na obecnou paliativní péči

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poskytování obecné paliativní péče.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného 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:

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2023. ISBN 978-80-88455-09-7.
PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.
SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.
WATSON, Max S.; CAMPBELL, Rachel; VALLATH, Nandini; WARD, Stephen a WELLS, Jo. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Third edition. Oxford: Oxford University Press, 2019. ISBN 978-0-19-874565-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 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;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky péče o klienty zařazené do obecné paliativní péče v domově pro seniory. Cílem práce je popsat, jak se péče o klienty odráží do každodenní praxe sester, jak ovlivňuje naplnění potřeb klienta, a jaký význam má sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče. Dále práce poukazuje na rozdílnosti ve vedení ošetrovatelské dokumentace u klientů zavedené do obecné paliativní péče ve srovnání s ostatními klienty domova. K dosažení cíle byly formulovány čtyři výzkumné otázky, které slouží jako základ pro analýzu získaných dat. Výsledky práce potvrzují klíčovou roli sestry spolupráce s multidisciplinárním týmem a empatický přístup při poskytování kvalitní péče klientům v závěrečné fázi života. Jako výzkumná metoda bylo použito kvalitativní šetření, výstupem je analýza a identifikace oblastí, které mohou být problematické, případně mohou mít potenciál pro zlepšení.

Klíčová slova: paliativní péče, domov pro seniory, potřeby klienta, sdílení informací, dokumentace, multidisciplinární spolupráce

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the specifics of care provided to clients included in general palliative care within a retirement home. The aim of the thesis is to describe how this type of care is reflected in the daily practice of nurses, how it affects the fulfillment of clients' needs, and the importance of information sharing between nurses and direct care staff. The thesis also analyzes differences in nursing documentation for clients receiving palliative care compared to other residents of the facility. To achieve this goal, four research questions were formulated as a framework for data analysis. A qualitative research method was used. The results highlight the importance of multidisciplinary cooperation and an empathetic approach in providing quality care to clients in the final stage of life, while also identifying areas that may be problematic or offer potential for improvement.

Keywords:

palliative care, retirement home, nursing care, nurse, client needs, information sharing, documentation, multidisciplinary cooperation, qualitative research, end of life

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za její ochotu, cenné rady a odborné vedení, které mi byly během zpracování práce velkou oporou. Děkuji všem participantům za spolupráci při rozhovorech.

Děkuji také mé rodině, zejména mému manželovi za podporu a trpělivost v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE A SOUVISEJÍCÍ TERMINOLOGIE	13
1.1 CHARAKTERISTIKA PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1.1 Počátky a vývoj paliativní péče.....	13
1.1.2 Rozdělení paliativní péče	14
1.1.3 Multidisciplinární tým.....	15
1.2 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVĚ PRO SENIORY	17
1.2.1 Práce s klientem zařízení a jeho zavedení do paliativní péče	18
1.2.2 Spolupráce s rodinnými příslušníky	18
1.2.3 Práce s ostatními klienty zařízení.....	20
1.3 CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	20
2 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH	21
2.1 PŘÍMÁ A POSKYTOVANÁ PÉČE	21
2.2 SPOLUPRÁCE PALIATIVNÍHO TÝMU A KLIENTA	22
2.3 ZAJIŠTĚNÍ ZÁKLADNÍCH ŽIVOTNÍCH POTŘEB KLIENTA ZAŘÍZENÍ	22
2.3.1 Posílení kognitivních funkcí	23
2.3.2 Zlepšení komunikace a orientace	23
2.4 POTŘEBY KLIENTŮ V POSLEDNÍCH FÁZÍCH ŽIVOTA DLE MASLOWOVY PYRAMIDY POTŘEB	24
2.4.1 Fyziologické potřeby	25
2.4.2 Potřeba jistoty a bezpečí.....	25
2.4.3 Potřeba lásky a sounáležitosti	25
2.4.4 Potřeba úcty	26
2.4.5 Potřeba seberealizace	26
2.5 IDENTIFIKACE POTŘEB U KLIENTA S DEMENCÍ	27
3 ROLE SESTRY PRACUJÍCÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY	28
3.1 PROFESIONÁLNÍ PŘÍPRAVA SESTRY	28
3.1.1 Požadavky na odborné vzdělání sestry	28
3.1.2 Podpora v dalším rozvoji sester	29
3.2 ROLE SESTRY PŘI POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	31
3.2.1 Plánování péče v závěru života	32
3.2.2 Efektivní komunikace	33
3.2.3 Sdílení a spolupráce v týmu	33
3.3 KOMPETENCE SESTRY V DOMOVĚ PRO SENIORY	34
3.3.1 Analýza potřeb klientů v pobytových službách	34
3.3.2 Zachování kvality života u klientů v pobytových službách	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36

4	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37
4.1	CÍL PRÁCE	37
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
4.3	VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	37
4.4	CHARAKTERISTIKA PRACOVÍŠŤ	38
4.5	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	39
4.6	REALIZACE VÝZKUMU	39
4.7	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	40
5	ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	41
5.1	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	43
5.1.1	Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje práci sestry péče o klienty zavedené do paliativní péče?	43
5.1.2	Výzkumná otázka 2: Jak ovlivňuje úroveň saturace potřeb klienta pohodlí a spokojenost klienta?	50
5.1.3	Výzkumná otázka 3: Jak ovlivňuje péči o klienta sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče?	55
5.1.4	Výzkumná otázka 4: Jak se liší vedení dokumentace u klienta v obecné paliativní péči od vedení dokumentace ostatních klientů?.....	60
6	DISKUZE	65
6.1	VO 1: JAK OVLIVŇUJE PRÁCI SESTRY PÉČE O KLIENTY ZAVEDENÉ DO PALIATIVNÍ PÉČE?	65
6.2	VO 2: JAK OVLIVŇUJE ÚROVEŇ SATURACE POTŘEB KLIENTA POHODLÍ A SPOKOJENOST KLIENTA?.....	66
6.3	VO 3: JAK OVLIVŇUJE PÉČI O KLIENTA SDÍLENÍ INFORMACÍ MEZI SESTRAMI A PRACOVNÍKY PŘÍMÉ PÉČE?	66
6.4	VO 4: JAK SE LIŠÍ VEDENÍ DOKUMENTACE U KLIENTA V OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČI OD VEDENÍ DOKUMENTACE OSTATNÍCH KLIENTŮ?	66
6.5	SHRNUTÍ PRO PRAXI.....	67
7	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Paliativní péče představuje komplexní přístup poskytovaný klientům v závěru jejich života. Jejím hlavním cílem je nejen zmírnit fyzické a psychické utrpení, ale také poskytnout podporu klientům a jejich rodinám v posledních fázích života. Podpora v podobě paliativní péče může mít mnoho podob – primárně zahrnuje zdravotní péči poskytovanou odborným personálem a k dalším klíčovým pilířům patří podpora sociální, psychologická a duchovní.

Demografický trend stárnutí populace je v posledních letech zřetelný na celém světě – průměrná délka života se neustále prodlužuje. Tato situace klade nové nároky zejména na rodiny, ale také na pobytové služby – např. domovy pro seniory, jež musí zajišťovat péči odpovídající specifickým potřebám klientů v závěrečné fázi života. S vyšším procentem klientů seniorského věku se úměrně zvyšuje i potřeba a nároky na paliativní péči.

Jaká je ale současná situace? Jak se s tímto novým přístupem v poskytování ošetrovatelské péče vypořádávají všeobecné sestry, poskytující obecnou paliativní péči v domovech pro seniory? Je zřejmé, že důležitou roli v oblasti paliativní péče hrají její poskytovatelé. Zařízení poskytující paliativní péči se tedy více zaměřují na vytváření speciálních pracovních pozic orientovaných právě na tuto oblast. Zavádění principů paliativní péče do prostředí domovů pro seniory však naráží na řadu praktických i organizačních výzev. Ne všechna tato zařízení jsou na péči v závěru života dostatečně připravena. Klíčovou roli přitom sehrávají samotní pečující – zejména všeobecné sestry a další členové týmu, jejichž odbornost, zkušenosti a přístup výrazně ovlivňují úroveň poskytované paliativní péče.

Cílem bakalářské práce je analyzovat rozdílnosti ošetrovatelské péče při poskytování obecné paliativní péče a běžné péče v domovech pro seniory. Kvalitativní výzkum byl realizován v domovech pro seniory v okolí Zlína, které kromě běžných služeb poskytují i paliativní péči.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE A SOUVISEJÍCÍ TERMINOLOGIE

1.1 Charakteristika paliativní péče

Podle §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí (Kabelka, 2018, s. 30).

Důraz je kladen na přístup, který se k pacientovi staví jako k partnerovi – jeho přání a individuální potřeby jsou základním vodítkem při tvorbě léčebného plánu. Tento přístup zahrnuje i psychologickou, sociální a duchovní podporu. Umírání chápe jako přirozený životní proces, aniž by se cílem stalo jeho urychlení či oddálení (Watson et al., 2019). Paliativní péče je aktivní a komplexní péče zaměřená na pacienty trpící závažnými, život ohrožujícími onemocněními v pokročilých nebo terminálních stádiích. Jejím hlavním cílem je zmírnit bolest a další fyzické či psychické utrpení, zachovat důstojnost pacienta a poskytnout podporu jeho blízkým. Tento přístup se snaží zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin v náročných obdobích spojených s vážnou nemocí (Sláma a Kabelka, 2022).

Dle Světové zdravotnické organizace představuje paliativní péče komplexní, multidisciplinární přístup zaměřený na zachování nebo zlepšení kvality života osob trpících nevyléčitelným, život ohrožujícím onemocněním. Tato péče se zaměřuje nejen na samotného pacienta, ale poskytuje podporu i jeho blízkým. Klíčovou součástí je včasné rozpoznání a zmírňování tělesných, psychických, sociálních a spirituálních obtíží (Kabelka, 2018; World Health Organization, © 2025).

1.1.1 Počátky a vývoj paliativní péče

Abychom lépe pochopili současnou paliativní péči a problematiku umírání, je užitečné nahlédnout do historie. Paliativní péče, často považovaná za nový a málo známý obor, je ve skutečnosti jednou z nejstarších forem medicíny. Po staletí bylo mírnění utrpení a doprovázení k důstojné smrti hlavním posláním lékařů a později i sester.

V 19. století, v důsledku industrializace a stěhování lidí do měst, přibývalo těch, kteří umírali bez podpory rodiny. To vedlo k rozvoji chudobinců, které ve 20. století nahradily moderní nemocnice a ústavy, zaměřené na léčbu a boj s nemocemi. Ještě před druhou světovou válkou bylo běžné pečovat o umírajícího člena rodiny doma, s podporou rodinného lékaře, někdy placené ošetřovatelky, a za přítomnosti kněze pro udělení svátostí, jako jsou zpověď a přijímání. Umírání se však postupně stalo lékařskou záležitostí, patologií, kterou

se snažili léčit za každou cenu, až do úplného vyčerpání organismu (Haškovcová, 2007 cit. podle Marková, 2010).

V České republice se specifický model paliativní péče začal rozvíjet až po roce 1989. Prvním lůžkovým oddělením bylo oddělení paliativní péče otevřené v Babicích nad Svitavou v roce 1992. Hospicové hnutí, které získalo podporu zejména iniciativou lékařky Marie Svatošové vzniklo v roce 1993 pod názvem Ecce homo (Bužgová, 2015). Jednou z prvních autorek, které se po roce 1989 začaly zabývat tématem umírání a smrti, byla paní profesorka Helena Haškovcová. Ve svých článcích a knihách kladla důraz na to, aby umírání probíhalo důstojně a umírajícím byla poskytnuta kvalitní péče (Bužgová, 2015).

1.1.2 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit do několika kategorií a to dle typu na:

- **Obecnou paliativní péči** chápeme jako základní úroveň paliativního přístupu, který je součástí dobré klinické praxe při péči o klienty s pokročilým, nevyléčitelným onemocněním. Jejím cílem není jen samotná léčba onemocnění, ale především zajištění co nejvyšší možné kvality života. Důležitou roli zde hraje otevřená a citlivá komunikace s klientem i jeho rodinou, zaměření péče na individuální potřeby nemocného, účinné zvládání fyzických příznaků a poskytování podpory v psychické, sociální i duchovní rovině (Sláma a Kabelka, 2022).
- **Specializovanou paliativní péči**, která představuje aktivní přístup, při kterém tým odborníků s formálním vzděláním v této oblasti poskytuje péči pacientům a jejich rodinám. Tuto péči zajišťují zařízení, jejichž hlavní náplní je právě paliativní péče (Kabelka, 2018).
- **Sdílenou péči** chápeme jako formu spolupráce mezi dvěma klíčovými subjekty pobytovou sociální službou a domácím hospicem. Tato spolupráce směřuje k tomu, aby klient mohl strávit závěr svého života v prostředí, které je mu blízké a přirozené, tedy ve svém vlastním sociálním prostředí. Hlavním cílem je zajistit co nejvyšší kvalitu péče při zachování důstojnosti a respektu k přáním klienta (Hrdá a Tollarová, 2018).

Podle Pechové a Lejsala (2020) jde o úzkou spolupráci dvou samostatných organizací, které společně usilují o naplnění potřeb a cílů klienta v oblasti paliativní péče. Základem této

spolupráce je, že si obě strany předem jasně vymezí, co očekávají, jaké mají role a jaká pravidla budou dodržovat. Díky tomu přesně vědí, která organizace zajišťuje jakou část péče, což umožňuje efektivní a cílenou spolupráci.

1.1.3 Multidisciplinární tým

Paliativní péče se vyznačuje interdisciplinárním přístupem, při kterém spolu úzce spolupracují odborníci z různých oblastí, zejména lékaři, zdravotničtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci a duchovní. Tito specialisté tvoří multidisciplinární týmy s cílem poskytovat pacientům komplexní péči zaměřenou na jejich tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby. Důležitou roli v tomto procesu sehrává i rodina pacienta. Rozsah a forma zapojení rodiny se odvíjí výhradně od jejich svobodného rozhodnutí (Kala a Dorková, 2017).

Tým poskytující paliativní péči se skládá z odborníků různých profesí, kteří spolupracují na tom, aby pacientům zajistili co nejlepší podporu. Klíčové je efektivní vedení dokumentace, jasné rozdělení rolí a neustálé vzdělávání členů týmu. Součástí práce je také spolupráce s dobrovolníky a zajištění jejich zaškolení. Ať už tým poskytuje péči přímo v domácnosti pacienta, nebo v nemocnici či jiném zařízení, vždy je důležité, aby byla práce dobře organizovaná a přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (Kalvach, 2019).

Marková a kol. (2021) uvádí, že je klíčové, aby si členové týmu mezi sebou dobře předávali informace a efektivně spolu komunikovali. Každý by měl zodpovědně vykonávat svou práci, držet se své odbornosti a nepřebírat úkoly, které spadají do kompetence někoho jiného. Zároveň je důležité mít respekt ke svým kolegům a jejich práci.

Složení, role a kompetence členů paliativního týmu:

- **Lékař** je pro poskytování paliativní péče zcela zásadní. Měl by umět odborně posoudit zdravotní stav a nastavit léčebný plán každého klienta. Předepisuje léky a pomůcky, které zvyšují komfort klienta (Pechová a Lejsal, 2020).
- **Sestry** hrají v oblasti poskytování péče klíčovou roli. Ostatní členové týmu se na ně obvykle obracejí, aby navrhly nejvhodnější způsob péče, který odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta v jeho závěrečných fázích života (Pechová a Lejsal, 2020).
- **Psycholog či psychoterapeut** nabízí nemocnému i jeho blízkým možnost mluvit o náročné životní situaci, pomoc při vyrovnávání se s existenciální

úzkostí, prostor pro urovnání problematických situací či vztahů (Malíková, 2011).

- **Fyzioterapeut** provádí s klienty aktivní a pasivní cvičení. Provádí dílčí masáže, reflexní masáže, měkké techniky. Hodnotí efekt terapie. Instruuje pracovníky v sociálních službách o rozsahu a způsobu rehabilitačního ošetřování u jednotlivých klientů (Malíková, 2011).
- **Ergoterapeut** zajišťuje a provádí odbornou rehabilitační péči o klienty. Provádí vyšetření nutná pro následnou léčebnou rehabilitaci. Úzce spolupracuje s fyzioterapeutem (Malíková, 2011).
- **Nutriční terapeut** vyhodnocuje, v jakém nutričním stavu se pacient nachází a navrhuje vhodná opatření (Kalvach et al., 2025).
- **Sociální pracovník** vykonává celou škálu činností. Je průvodcem klienta a jeho rodiny od doby před nástupem do zařízení po ukončení pobytu klienta v domově (Ondrušová a Krahulcová et al., 2019).
- **Duchovní** posiluje víru pacienta, a vše dělá s ohledem na respekt a důstojnost každého jednotlivce. Duchovní pomáhá pacientovi najít vnitřní sílu a stabilitu, a to i v situacích, kdy už není možné komunikovat slovy (Marková, 2021). Duchovní péče poskytovaná nevyléčitelným onemocněním je v praxi často podceňována. Přesto má duchovní podpora velký potenciál pozitivně ovlivnit nejen pacienty samotné, ale také jejich blízké a členy pečujícího týmu, kteří mohou být vystaveni značné psychické zátěži (Kabelka, 2018).
- **Logoped** je specialista na diagnostiku, terapii a prevenci poruch řeči. U seniorů, kteří například prodělali cévní mozkovou příhodu, je jeho pomoc klíčová (Haškovcová, 2012).
- **Dobrovolníci** vykonávají praktické úkoly v mezích laické práce. Dobrovolníci zachovávají za různorodých okolností otevřenost a vlídnost, nikoho nesoudí, nikomu nestraní (Cesta domů, z.ú., n.d.).

Týmová komunikace znamená, že všichni členové pečujícího týmu spolupracují a předávají si informace jednotně a srozumitelně – nejen směrem k pacientovi, ale také k jeho rodině. Klíčové je sdílení informací o zdravotním stavu i cílech péče. Taková koordinovaná komunikace posiluje důvěru, podporuje klienta i jeho blízké a zároveň

zajišťuje větší jistotu pro celý tým. Pouze za těchto podmínek může vzniknout skutečné a rovnocenné partnerství v péči o klienta. (Kabelka, 2018).

Paliativní multidisciplinární tým bude dobře funkční, pokud naplní několik předpokladů:

- Znalost a přijetí společného cíle v péči – rozhodování o plánu péče je otázkou celého týmu, co je dohodnuto a dokumentováno, musí být respektováno;
- Znalost a respektování své role u každého z členů týmu;
- Chyby nejsou zastírány, jsou týmově řešeny, zpětná vazba je považována za užitečný pracovní nástroj týmu;
- Emoce jsou vnímány jako součást práce týmu, ale přitom každý z členů týmu zná hranice, které si sám stanovil, a respektuje je (Kabelka, 2018).

Schopnost zvládat emoce je důležitá pro všechny členy paliativního týmu a podpora mezi kolegy by měla být samozřejmou součástí týmové spolupráce. Kabelka (2018) uvádí, že pro efektivní fungování paliativního týmu je důležité citlivé a respektující vedení, jasně stanovené cíle a prostor pro samostatnost a tvořivost jednotlivých členů. Zároveň by měl mít tým zajištěnou stabilitu jak z hlediska uznání a ocenění, tak i z pohledu finančního a organizačního zázemí.

1.2 Paliativní péče v domově pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019).

Kabelka (2018) upozorňuje, že domovy pro seniory slouží lidem, kteří potřebují náhradní sociální péči. V poslední dekádě se jejich klientela výrazně proměnila, zejména s ohledem na stoupající počet obyvatel s demencí. V domovech se zvláštním režimem bývá většina klientů ve 3. až 4. fázi demence, často imobilních, s nutričními problémy či chronickými onemocněními. Jde tedy o seniory s rozvinutým syndromem geriatrické

křehkosti, kteří přicházejí do zařízení často v posledních měsících života a vyžadují zvýšený zdravotní dohled. Hospitalizace přitom bývá pro tuto skupinu nevhodná, i když jí nelze vždy zabránit.

1.2.1 Práce s klientem zařízení a jeho zavedení do paliativní péče

Plánování péče na konci života je proces, při kterém nemocný člověk, pokud je toho schopen, bez ohledu na svůj věk, rozhoduje o tom, jaká péče by mu měla být v budoucnosti poskytována. Cílem tohoto plánování je pomoci nemocnému vyjádřit jeho hodnoty, přání a priority tak, aby léčba a poskytovaná péče co nejvíce odpovídaly jeho představám a osobním potřebám. Při využívání paliativního přístupu v instituci je důležité zohlednit, jak prostředí zařízení ovlivňuje život jeho obyvatel. Po příchodu do zařízení získává senior širší síť sociálních kontaktů, včetně pracovníků a spolubydlících. Zatímco vztahy s rodinou se mohou oslabit, vazby s pečovateli obvykle sílí. Blízkost a možnosti vytváření vztahů podporují pocit domova. K důstojnému prostředí patří také úprava prostor tak, aby se obyvatelé cítili co nejvíce jako v domácím prostředí (Sue Ryder, © 2017).

Co přinese klientům zavedení do paliativní péče:

- *Zmírnění obtíží;*
- *Možnost dožít v přirozeném prostředí;*
- *Možnost se rozloučit;*
- *Větší soukromí při odcházení;*
- *Snížení počtu hospitalizací v nemocnicích;*
- *Zvýšení kvality života;*
- *Možnost si rozhodnout, jak chtějí prožít poslední chvíle;*
- *Zajištění duchovní péče dle jejich volby a přání (Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem, 2022).*

1.2.2 Spolupráce s rodinnými příslušníky

V širším pojetí můžeme rodinu definovat jako skupinu osob spojených biologickými, sociálními či právními vazbami. Základním znakem rodiny je pocit vzájemného propojení mezi jejími členy, který se projevuje dlouhodobými emocionálními a sociálními vztahy (Payne et al., 2007 cit. podle Bužgová, 2015).

Ve všech domovech pro seniory je důležité věnovat pozornost také podpoře rodiny. Je zásadní, aby jim byla k dispozici podpora, ať už osobní či telefonická. V případě, že rodina doprovází seniora až do jeho posledních chvil, je vhodné nabídnout jí nejen možnost být přítomna, ale také součinnost při péči o zemřelého.

Pokud chce pobytová služba umožnit přítomnost příbuzných v průběhu doprovázení, je třeba zohlednit následující aspekty:

- Doprovázející osoba by měla mít možnost setrvat u klienta, přičemž je nezbytné zajistit, aby měla k dispozici vlastní prostor a zároveň nerušila ostatní klienty zařízení.
- Rodinný příslušník často nechce svého blízkého opustit, protože se obává, že by v jeho nepřítomnosti mohl zemřít. Může tak zanedbávat své vlastní potřeby, například odmítat jídlo či pití. Z tohoto důvodu je vhodné zajistit, aby měl doprovázející možnost občerstvení přímo na místě.
- Pokud příbuzní přijíždějí z větší dálky, je důležité zvážit možnosti ubytování. Ideální je nabídnout pobyt přímo v areálu zařízení nebo doporučit dostupné ubytování v okolí. V některých případech může být možné umožnit přespání přímo na pokoji seniora, například na přistýlce.

V neposlední řadě je důležité, aby o možnosti doprovázení byli informováni také zaměstnanci domova, kteří mohou rodinám poskytnout potřebnou podporu (Pechová a Lejsal, 2020).

Co přinese rodinám klientů zavedení do paliativní péče:

- *Možnost sdílet svoje pocity a obavy se zaměstnanci domova;*
- *Rady, informace, jak komunikovat se svým blízkým;*
- *Jistotu, že o jejich blízkého je na konci života dobře postaráno;*
- *Možnost rozhodnout, jak jejich blízký prožije svoje poslední chvíle;*
- *Důstojně se rozloučit, soukromí při rozloučení;*
- *Psychickou podporu po úmrtí blízkého (Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem, 2022).*

1.2.3 Práce s ostatními klienty zařízení

Ve sdíleném pokoji nemusí být prostor pro optimální podmínky paliativní péče. Zvýšená míra péče, ruchu a hluku zatěžuje i spolubydlícího, takže je nutné věnovat pozornost oběma klientům. Plná kapacita zařízení často znemožňuje stěhování, a pokud je pokoj volný, je klíčové zohlednit přání klientů. Mohou si totiž přát zůstat spolu a vzájemně se podpořit. Pracovníci by se proto měli průběžně ptát, zda se postoje či potřeby spolubydlícího nemění, a zůstat mu k dispozici pro případné dotazy (Pechová a Lejsal, 2020).

1.3 Cílová skupina klientů obecné paliativní péče

Při zavádění paliativní péče do zařízení, která se dosud paliativní péčí nezabývala, je užitečné stanovit a dodržovat základní principy. Personál by se s těmito principy měl ztotožnit ještě předtím, než začne získávat konkrétní odborné paliativní dovednosti (Kalvach, 2019).

Základní principy paliativní péče zahrnují:

- Zlepšit kvalitu závěru života místo zkracování umírání;
- Poskytnout umírajícím bezpečné a podpůrné prostředí, aby mohli být sami sebou;
- Důraz na empatickou komunikaci a pravidelný kontakt s rodinou;
- Jednoznačně vymezit ošetřujícího lékaře, který nese odbornou, etickou a právní zodpovědnost;
- Respektovat důstojnost a přání pacienta, včetně podpory jeho spokojenosti v bdělém čase;
- Rozlišovat mezi dlouhodobým ošetrovatelstvím a paliativní péčí, která nebrání přirozenému průběhu závěrečných fází nevyléčitelného onemocnění;
- Zajistit pečlivou dokumentaci a vést přehledné záznamy o klientech (Kalvach, 2019).

Ukazatelem o potřebě paliativní péče a přechodu do terminální fáze jsou již rozvinutý imobilizační syndrom, nízká svalová síla, symptomová zátěž (Kabelka, 2018).

2 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH

2.1 Přímá a poskytovaná péče

Služby jsou klientům poskytovány na základě individuálního plánu, který je vytvářen ve vzájemné spolupráci s klientem. Klient tak není pouze pasivním příjemcem péče, ale stává se aktivním účastníkem celého procesu a rovnocenným partnerem pečujících pracovníků. Veškeré poskytované služby jsou zaměřeny na podporu či zachování jeho soběstačnosti a nezávislosti v co největší možné míře (Malíková, 2011).

Pod pojmem **přímá péče** se podle Malíkové rozumí komplexní soubor činností, který zahrnuje nácvik každodenních činností, pomoc při osobní hygieně, oblékání a manipulaci s potřebným vybavením. Tato péče rovněž podporuje životní aktivizaci, vytváří podmínky pro udržení základních sociálních kontaktů a uspokojuje psychosociální potřeby klienta (Malíková, 2011).

Naopak **poskytovaná péče** je realizována zejména v domovech pro seniory, kde se jedná o dlouhodobou pobytovou službu zaměřenou na osoby s omezenou soběstačností zejména z věkových důvodů. Služba zahrnuje:

- Ubytování a stravu;
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- Zajištění osobní hygieny (či vytvoření podmínek pro její provedení);
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- Realizaci sociálně terapeutických a aktivizačních činností;
- Podporu při uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta.

Poskytovaná péče je zpravidla financována na základě smluvního vztahu a je poskytována za úhradu, přičemž aktuální podmínky a cenové sazby lze nalézt v příslušných dokumentech Ministerstva práce a sociálních věcí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019; Česko, 2006).

2.2 Spolupráce paliativního týmu a klienta

Sociální služby by měly trvale podporovat a chránit autonomii každého jednotlivce, tedy jeho právo rozhodovat o svém životě a péči v závěru života. V prostředí pobytových služeb to znamená aktivní naslouchání přáním klienta a respektování jeho rozhodnutí. Součástí tohoto přístupu je také práce s individuálními představami klienta a zapojení jeho blízkých, zejména při plánování péče na konci života. Velká část klientů pobytových zařízení žije s demencí – nevyléčitelným onemocněním, které postupně omezuje schopnost samostatného rozhodování. Pro poskytovatele sociálních služeb to představuje zásadní otázku, jak podporovat nezávislost klienta i při úbytku jeho kognitivních schopností a současně zajistit, aby jeho práva nebyla neúměrně a zbytečně omezována (Hrdá a Tollarová, 2018).

Úspěšná spolupráce paliativního týmu a klienta vychází z komplexního přístupu k péči, jenž zohledňuje nejen vývoj a projevy demence, ale i další psychosociální faktory. Zároveň staví na úzké spolupráci s rodinou, efektivní komunikaci a neustálém posuzování individuálních potřeb klienta, aby byla zajištěna kontinuální a adekvátní podpora v každé fázi onemocnění. Postupné zhoršování kognitivních funkcí je jedním z hlavních projevů demence. Demence má zpravidla postupující charakter, což znamená, že poruchy těchto funkcí se v průběhu času zhoršují. Nejčastěji bývá jako první narušena krátkodobá paměť. Postupně dochází také k oslabení pozornosti, schopnosti porozumění, úsudku, logického a abstraktního myšlení, schopnosti učit se, vyjadřovat se i rozumět řeči (Šáteková, 2021).

Kvůli funkčním omezením mohou mít starší osoby potíže s pohybem, uspokojením své potřeby jídla a pití, péči o hygienu, použitím toalety nebo ochranou těla před zraněními. Zařízení má za úkol chránit jejich fyzickou integritu. Současně však může narušovat způsob, jakým se starší osoby byly zvyklé o tyto potřeby starat (Boggatz, 2020).

2.3 Zajištění základních životních potřeb klienta zařízení

V péči o seniory a nevyléčitelně nemocné je klíčové respektovat rozmanitost lidských potřeb, které můžeme pojímat z různých perspektiv – od biologické a psychologické, přes sociální, až po duchovní. Biologické potřeby souvisí s tělesným stavem a zachováním komfortu. Psychologický rozměr zdůrazňuje individuální prožívání, touhu komunikovat a potřebu citového zázemí. Sociální hledisko odkazuje k mezilidským vztahům a vlivu společenského prostředí, zatímco duchovní rovina zahrnuje hodnoty, hledání smyslu života či víru (Nová, 2024).

Umírající člověk má své individuální potřeby a přání, která mohou být velmi jednoduchá a často časově nenáročná na naplnění. Někdy potřebuje pouze krátký rozhovor, jindy mu může největší oporu poskytnout pouhá přítomnost druhého člověka. Tyto drobné, ale hluboce lidské projevy pozornosti mohou mít zásadní význam pro psychickou pohodu klienta v závěrečné fázi života. Vnímavý a empatický přístup pečujících osob pomáhá vytvořit důvěrnou atmosféru, která přináší pocit bezpečí, klidu a důstojnosti. Právě tyto momenty mohou být pro umírajícího i jeho blízké velmi cenné a nezapomenutelné (Slamková a Poledníková, 2013).

2.3.1 Posílení kognitivních funkcí

Autorky Ondrušová a Krahulcová (2019) uvádí, že pravidelná stimulace paměti je velmi důležitá pro zachování a posílení kognitivních schopností u starších osob. Zaměřuje se zejména na rozvoj krátkodobé a dlouhodobé paměti, ale pracuje také s orientací v čase a prostoru, zapojováním logického myšlení, počítáním či vybavováním slov. V rámci tréninku paměti se často využívají didaktické pomůcky, přičemž kognitivní funkce lze posilovat i prostřednictvím společenských her. Tyto hry pomáhají rozvíjet nejen paměť, ale také pozornost, rychlost reakcí, schopnost soustředění a porozumění. Důležitým aspektem je navíc podpora vzájemné komunikace, a to jak mezi profesionály a klienty, tak i mezi samotnými klienty.

Kognitivní potřeby zahrnují touhu člověka po poznání, porozumění a orientaci ve světě kolem sebe. Jedná se o potřebu získávat nové informace a rozšiřovat své znalosti. Tyto potřeby odrážejí přirozenou lidskou snahu neustále se učit (Malíková, 2011).

Aktivizace seniorů je důležitá pro udržení nebo zlepšení jejich schopností a dovedností. Jde o činnost prováděnou formou aktivit, které podporují mentální, senzorické a tělesné schopnosti. Při výběru a přizpůsobení technik je nutné zohlednit věk, aktuální fyzický i psychický stav klienta. Aktivita jsou dobrovolné a klient má právo prožít svůj čas podle svých představ (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

2.3.2 Zlepšení komunikace a orientace

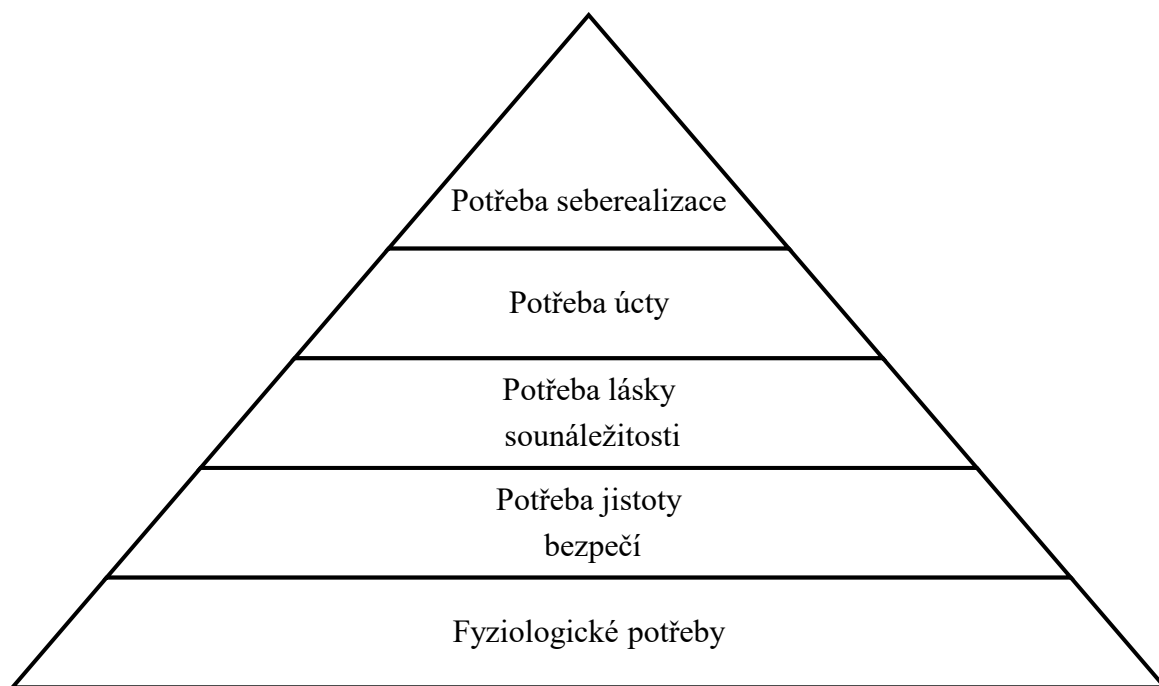
Zlepšení komunikace naplňuje potřebu vyjádření a naslouchání, ale zároveň umožňuje seniorům udržet si pocit bezpečí, důvěry a samostatnosti. Je nezbytné klást důraz na přizpůsobení komunikačních metod specifickým potřebám klientů. Při řešení komunikačních obtíží se využívají specifické techniky, které napomáhají zvýšení hlasitosti

projevu a zároveň podporují správné dýchání, kvalitu hlasu a srozumitelnou artikulaci. Tyto metody usnadňují efektivní dorozumívání a přispívají ke zlepšení celkové komunikační schopnosti klienta (Kozáková, 2020).

2.4 Potřeby klientů v posledních fázích života dle Maslowovy pyramidy potřeb

Maslowova hierarchie potřeb (tzv. Maslowova pyramida) je model, který uspořádává lidské potřeby od základních (fyziologických) až po vyšší (seberealizační). V oblasti péče o umírající a nevléčitelně nemocné se tento model využívá zejména proto, že pomáhá zdravotnickým i sociálním pracovníkům lépe porozumět, které potřeby pacienta či klienta vyžadují v konkrétní fázi života největší pozornost (Nová, 2024). *Maslow se zaměřil i na stáří a potřeby, které jsou v tomto období silně vyžadovány. Odlišnost v lidských potřebách v průběhu stárnutí sestavil do pyramidy.*

1. Základní fyziologické a biologické potřeby,
2. Potřeba zajištění bezpečí,
3. Potřeba blízkého kontaktu (lásky),
4. Potřeba kladného sebehodnocení a úcty prokazované druhými,
5. Spirituální potřeby (Nová, 2024, s. 73).



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (zdroj vlastní)

Jak uvádí Šamánková (2011) množství a intenzita lidských potřeb ovlivněny celou řadou faktorů. Patří mezi ně pohlaví a věk jedince, jeho kulturní a společenské zázemí, prostředí, v němž vyrůstal a aktuálně žije, dále úroveň inteligence, zdravotní stav, životní zkušenosti a další individuální okolnosti. Tyto faktory formují, jaké potřeby člověk vnímá jako důležité a jak silně je pociťuje.

2.4.1 Fyziologické potřeby

Nejzákladnější a nejdůležitější potřeby v Maslowově pyramidě jsou umístěny v její nejnížší části. Do těchto fyziologických (biologických) potřeb spadají především faktory zajišťující samotné přežití člověka, jako je příjem potravy a tekutin, dýchání, spánek, vylučování či regulace tělesné teploty. Jak uvádí Malíková (2011), tyto potřeby bývají někdy označovány jako biologické a jejich podstata je v tom, že vznikají v důsledku porušení rovnováhy organismu.

2.4.2 Potřeba jistoty a bezpečí

Po naplnění nejzákladnějších fyziologických potřeb se v Maslowově hierarchii dostává do popředí **potřeba jistoty a bezpečí**, jež je v hierarchii zařazena hned po fyziologických potřebách. Tato úroveň souvisí s hledáním stability, předvídatelnosti a ochrany před potenciálním nebezpečím či nejistotou (Malíková 2011).

Jak zdůrazňuje Šamánková (2011), pro klienty je důležité, aby byly respektovány jejich potřeby, autonomie, byla jim dáвана důvěra ve spolupráci, jasně věděli, co se od nich očekává. Podpora pocitu bezpečí a jistoty v takové situaci spočívá v otevřené komunikaci, začlenění pacienta do léčebného procesu a v přesvědčení, že nebude přehlížen či opomíjen. Prohloubení vnímání bezpečí navíc pramení také z vědomí, že lékařský a ošetrovatelský personál je odborně připraven a disponuje nezbytnými znalostmi i dovednostmi pro efektivní výkon svého povolání.

2.4.3 Potřeba lásky a sounáležitosti

Po uspokojení fyziologických potřeb a potřeby bezpečí získává na významu **potřeba lásky a sounáležitosti**. To zahrnuje zejména začlenění do kolektivu, pocit, že je jedinec přijímán a oceňován druhými. Pro klienta je obzvláště důležité cítit toleranci a úctu k jeho osobě i potřebám, a to ze strany rodiny, přátel i zdravotnického personálu.

Nemocný člověk potřebuje, aby k němu bylo přistupováno s respektem, tolerancí a úctou k jeho individuálním potřebám. Zdravotník by měl aktivně projevovat zájem o pacienta jako o osobnost a být mu oporou i v oblasti mezilidských vztahů. Může pomoci při řešení vztahových nejistot, podporovat pocit sounáležitosti – například v rámci rodiny či blízkého sociálního okolí – a umožnit pacientovi kontakt s příbuznými či přáteli podle jeho přání a aktuálních potřeb (Krátká, 2018).

2.4.4 Potřeba úcty

Potřeba úcty je další úroveň, na niž se člověk soustředí poté, co již dosáhl naplnění předchozích stupňů. Jak uvádí Malíková (2011), saturace této potřeby vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí. Projevuje se snahou o dosažení úspěchu, respektu, samostatnosti, pozornosti okolí, pochvaly či veřejného uznání, a její naplnění přispívá k pocitu vlastní hodnoty a vnitřní rovnováhy.

Součástí naplňování potřeby úcty může být rovněž odpuštění a naděje. Jak upozorňuje Marková (2010), slovo „odpustit“ vystihuje podstatu procesu, kdy jedinec vědomě „pouští“ druhého člověka či bolestivou událost ze svého srdce, čímž se zbavuje negativních pocitů a uvolňuje emoční zátěž. Dále naděje, že člověk nezůstane sám ani ve složitých chvílích, významně ovlivňuje jeho psychickou odolnost a vyhlídky na zlepšení či alespoň smíření s obtížnou situací. Tím se propojuje s potřebou úcty nejen k sobě, ale i k druhým, což podporuje vzájemný respekt a důvěru.

2.4.5 Potřeba seberealizace

Vrchol Maslowovy pyramidy představuje **potřeba seberealizace**, tedy snaha člověka naplnit svůj potenciál, rozvíjet své schopnosti a žít v souladu se svými hodnotami.

Jak uvádí Krátká (2018, s. 33), *seberealizace obvykle v těžké nemoci zaniká. Nemocný ani nechce slyšet, čeho by mohl dosáhnout. Potřebuje být ale ujištěn, že jeho život měl a má smysl. Úkolem zdravotníka je poukázat na to, co se nemocnému povedlo, čím obohacuje své blízké.*

Dle Markové (2010), je součástí procesu smíření také **potřeba klienta uzavřít svou životní cestu**, která se projevuje bilancováním prožitého života, hledáním odpuštění a zachováním toho, co bylo krásné. Do popředí se dostávají hodnoty, které byly dříve opomíjeny. Přijetí vlastní situace, odpuštění sobě i druhým a možnost naplno využít zbývající čas ve společnosti blízkých.

2.5 Identifikace potřeb u klienta s demencí

Demence je syndrom, který se projevuje poruchami kognitivních funkcí, jako je paměť, pozornost, orientace nebo schopnost úsudku. Tyto změny výrazně ovlivňují schopnost člověka samostatně fungovat v každodenním životě. Průběh a závažnost demence mohou být částečně ovlivněny věkem a pohlavím pacienta. Jde o onemocnění, které má hluboký dopad nejen na fyzický a psychický stav pacienta, ale také na jeho finanční situaci a kvalitu života jeho blízkých. Velkou zátěž představuje i pro zdravotnický a sociální systém. U pacientů se často objevují také poruchy chování, jako je apatie, agresivita nebo úzkost, a psychické potíže, zejména deprese (Šáteková, 2021).

Jak uvádějí Pechová a Lejsal (2020), v počínající fázi demence je důležité co nejdříve naplánovat budoucí péči a zaměřit se na individuální hodnoty i přání klienta. Ve fázi lehké demence autoři zdůrazňují význam rodinné i odborné podpory včetně psychologické pomoci a edukace. V rozvinuté fázi je podstatné udržet pravidelný denní režim s aktivitami přizpůsobenými schopnostem klienta, čímž lze zmírňovat úzkost a posilovat zachovanou míru soběstačnosti.

Kromě farmakoterapie a behaviorálních přístupů zdůrazňují Ondrušová a Krahulcová (2019) důležitost struktury v každodenním životě člověka s demencí. Tato struktura zahrnuje:

- Zachování zavedených rituálů, zejména stravovacích a hygienických návyků,
- Dodržování předvídatelného denního harmonogramu, který se opakuje v pravidelných intervalech,
- Pomůcky pro orientaci a podporu pohybu,
- Udržování sociálních kontaktů a využití jednoduchých komunikačních technik k zachování pocitu sounáležitosti.

Celkově je tedy pro identifikaci potřeb klíčový individuální a komplexní přístup, který bere v úvahu aktuální možnosti klienta. Citlivá identifikace potřeb umožňuje nastavit vhodné formy pomoci, které respektují omezení způsobená demencí, ale zároveň podporují lidskou důstojnost, bezpečí (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

3 ROLE SESTRY PRACUJÍCÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY

3.1 Profesionální příprava sestry

Podle Mellanové (2017) se profesionální chování vyvíjí v rámci každé profese postupem času. Čím déle profese existuje, tím pevněji jsou v ní zakotveny typické postoje, motivy, povinnosti a privilegia jejích členů. Tím se také formuje jasná představa veřejnosti o tom, jak by se profesionál v dané roli měl chovat.

3.1.1 Požadavky na odborné vzdělání sestry

Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, který v rámci organizační struktury zdravotnického nebo sociálního zařízení podléhá vrchní sestře a zároveň je nadřízený pracovníkům v sociálních službách. Ve své každodenní praxi úzce spolupracuje s dalšími nelékařskými odborníky, zejména s pracovníky přímé péče, aktivizační sestrou, fyzioterapeuty a ergoterapeuty, s cílem zajistit komplexní péči o klienta (Malíková, 2010).

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává:

- Absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu zaměřeného na přípravu všeobecných sester § 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 96/2004 Sb.;
- Absolvováním nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 96/2004 Sb. (Česko, 2004).

Pro zdravotnické pracovníky, kteří již získali odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry, je možné získat odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry absolvováním nejméně jednoletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole, pokud jsou přijati do vyššího než prvního ročníku tohoto vzdělávání [§ 5 odst. 1 písm. c) zákona č. 96/2004 Sb., ve znění zákona č. 201/2017 Sb.] (Česko, 2017).

Předpoklady pro výkon povolání všeobecné sestry:

- *Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry;*
- *Zdravotní způsobilost;*
- *Bezúhonnost (Česko, 2004).*

3.1.2 Podpora v dalším rozvoji sester

Sestry často pocítují potřebu dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče, protože se v ní setkávají s úkony, které sice znají, ale nevykonávají je běžně a nemají v nich dostatek zkušeností. Vzdělávání jim proto slouží především k upevnění dovedností, získání větší jistoty a osvojení si praktické jistoty v provádění těchto činností (Hrdá a Tollarová, 2018).

Aby paliativní péče opravdu pomáhala pacientům i jejich rodinám, je důležité, aby se zdravotníci nejen naučili odborné postupy, ale také pochopili širší souvislosti této péče. To znamená umět spolupracovat s kolegy z různých oborů, řešit etické a sociální otázky a především efektivně komunikovat s klienty i jejich blízkými. Zásadní v dalším rozvoji je zlepšit vzdělávání všech zdravotníků, kteří se v rámci své běžné praxe s paliativní péčí setkávají. Díky tomu se zvýší kvalita péče v pobytových službách a klienti dostanou nejen odbornou, ale také citlivou a důstojnou podporu (Sláma a Špínka, 2004).

Vzdělávání představuje zásadní nástroj pro rozvoj tak specifického a komplexního oboru, jakým je paliativní péče. Nezbytnou součástí tohoto procesu je také motivace, která významně ovlivňuje ochotu zdravotnických pracovníků se dále odborně rozvíjet a prohlubovat své znalosti i dovednosti v této oblasti (Kabelka, 2017).

Specializační vzdělávání v oboru **Všeobecná sestra - Domácí péče a hospicová péče** se zaměřuje na prohloubení teoretických znalostí, rozvoj praktických dovedností, schopnosti týmové spolupráce i samostatného rozhodování v souladu s platnou legislativou. Vstupní podmínkou je odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb. a doložená praxe – buď 1 rok v domácí nebo hospicové péči, nebo 2 roky v lůžkové, ambulantní či sociální péči alespoň v polovičním úvazku. Vzdělávání probíhá v akreditovaných zařízeních po dobu 18–24 měsíců a zahrnuje 520 hodin teorie a praxe (min. 50 % praktická výuka), přičemž část lze absolvovat distančně. K atestační zkoušce, která je podmínkou získání specializace, je třeba splnit kreditní systém, absolvovat povinné moduly a doložit odpovídající odbornou praxi s nevyléčitelně nemocnými pacienty v domácí nebo hospicové péči (Ministerstvo zdravotnictví, 2019).

Specializační vzdělávání:

- **Studijní program Domácí péče a hospicová péče:** navazující magisterský specializační program, nabízený Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně, je vůbec prvním navazujícím magisterským specializačním programem svého druhu v České republice. Je koncipován jako dvouleté studium dostupné v prezenční i

kombinované formě. Program se zaměřuje na klíčové oblasti nezbytné pro výkon této náročné profese, jako jsou ošetrovatelství, paliativní péče, rehabilitace a komunikace s pacienty i jejich blízkými, včetně poskytování podpory v závěru života (Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, © 2025).

- **Všeobecná sestra - Domácí péče a hospicová péče:** cílem specializačního vzdělávání všeobecných sester v oboru Domácí péče a hospicová péče je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro domácí a hospicovou péči. Sestra specialista může vykonávat specializované a vysoce specializované činnosti dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 54 a § 66b. Zájemci mohou získat tuto odbornost na NCO NZO (Česko, 2011; Ministerstvo zdravotnictví, 2019; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, © 2024).

Certifikované kurzy (certifikovaným kurzem zdravotničtí pracovníci nebo jiní odborní pracovníci získávají zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti):

- **ELNEC** (End-of-Life Nursing Education Consortium): Intenzivní kurz zaměřený na multidisciplinární přístup v péči o pacienty na konci života. Obsahuje témata jako léčba bolesti, zvládání symptomů, etické a duchovní aspekty péče a efektivní komunikace s pacienty a jejich rodinami (Centrum paliativní péče, z. ú.).
- **Paliativní péče v lůžkovém zařízení:** je určen pro všeobecné sestry s odbornou způsobilostí a ukončeným adaptačním procesem. Zaměřen na zvyšování kompetencí zdravotníků v oblasti obecné i specializované paliativní péče v prostředí lůžkových zařízení. Vychází ze zkušeností multidisciplinárního týmu paliativní péče ÚVN Praha (Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, © 2025).
- **Paliativní péče v sociálních a zdravotnických službách:** se zaměřuje na základní principy paliativní péče a její cíle. Účastníci se naučí, jak plánovat a poskytovat péči nevléčitelně nemocným pacientům, včetně domácí péče s mobilními hospici. Dále si osvojí praktické komunikační dovednosti při práci s pacienty a jejich rodinami a dozví se o psychických a duchovních aspektech péče (Středisko vzdělávání s.r.o.).

- **Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči:** připravuje všeobecné sestry a porodní asistentky na specifické činnosti při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stavu (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, © 2025).

Absolvováním specializačního vzdělávání a certifikovaných kurzů mohou sestry prohloubit své znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče, což přispívá ke zvýšení kvality poskytované péče a jejich odborné způsobilosti.

Uvádíme jen příklady kurzů v oblasti paliativní péče pro všeobecné sestry.

3.2 Role sestry při poskytování paliativní péče

Všeobecné sestry zastávají v paliativní péči nepostradatelnou roli. Často jsou právě ony tím členem týmu, na kterého se ostatní obracejí při rozhodování o dalším postupu péče, a to zejména s ohledem na aktuální zdravotní stav klienta v závěrečné fázi jeho života. (Pechová a Lejsal, 2020).

Jak uvádějí Pospíšilová a Tóthová (2022) sestry nejčastěji zastávají profesní role, ve kterých vystupují jako ošetrovatelky. V roli ošetrovatelky poskytující odbornou ošetrovatelskou péči a zároveň podporující pacienta svým empatickým přístupem. Dále sestry působí jako podporovatelky efektivní komunikace, které aktivně utvářejí a udržují kvalitní vztahy nejen mezi sestrami a klienty, ale také mezi dalšími členy týmu.

Sestra v praxi často čelí situacím, kdy je třeba kombinovat vysokou odbornost s lidským přístupem a empatií. To znamená, že kromě profesionálních znalostí musí mít i silné morální hodnoty, které jí pomáhají lépe komunikovat s pacienty a kolegy (Špirudová, 2015).

V závěrečné fázi života hraje všeobecná sestra klíčovou roli, protože se zvyšuje potřeba odborné péče a specializovaných ošetrovatelských úkonů, které může provádět pouze ona. Pro zajištění co nejefektivnější péče je nezbytné, aby úzce spolupracovala s ostatními členy týmu. Zároveň je její úlohou edukovat spolupracovníky o tom, co je nutné u klientů sledovat a kdy je nutné ji kontaktovat (Pechová a Lejsal, 2020).

Sestry nesou odpovědnost za péči o klienty a fungují jako spojovací článek mezi lékařem a zdravotnickým týmem. Díky své odbornosti také často komunikují s rodinnými příslušníky, kteří se zajímají o zdravotní stav svého blízkého – jejich slovo má proto vysokou váhu. Paliativní péče však může sestry výrazně zatěžovat, protože jim přináší další úkoly,

například v oblasti vzdělávání a plánování péče. Je proto důležité zvážit, které z těchto úkolů by mohli převzít jiní pracovníci, aby sestry měly více prostoru pro svou klíčovou roli v péči o pacienty (Hrdá a Tollarová, 2018).

3.2.1 Plánování péče v závěru života

Plán paliativní péče představuje jeden z nejdůležitějších prvků v rámci spolupráce mezi klientem, jeho rodinou a zdravotnickým týmem. Pokud tento plán není dobře nastaven a realizován, nelze paliativní péči poskytovat efektivně ani s ohledem na skutečné potřeby klienta. K jeho úspěšnému naplnění je klíčové, aby zdravotníci hodnotili nejen zdravotní stav klienta, ale také jeho celkovou situaci, včetně psychosociálních potřeb a podpory ze strany rodiny. Důležitou roli zde hrají také komunikační dovednosti zdravotnického personálu a schopnost pracovat v rámci multidisciplinárního týmu (Kabelka, 2018).

Plánování péče v závěru života je rozšířením individuálního plánu a mělo by se stát běžnou součástí poskytování pobytových sociálních služeb. Slouží jako nástroj k zachování autonomie klientů tím, že zohledňuje jejich přání a představy nejen o zdravotní péči, ale i o celkovém přístupu k jejich potřebám na konci života. Plánování budoucí péče vychází z toho, že v určitém okamžiku nemusí být klient schopen sám rozhodovat o své péči. Tato situace se týká většiny seniorů v pobytových zařízeních, a proto je důležité včas zjistit jejich priority a přání. Plán péče poskytuje pracovníkům jasný rámec, který definuje konkrétní úkoly nebo alespoň hlavní cíle péče. Díky tomu mohou lépe reagovat na situace, vědí, jak postupovat, na koho se obrátit a jsou schopni zvládat i náročné situace (Hrdá a Tollarová, 2018).

V pobytových službách je klíčové, aby se na plánu péče v závěru života shodli všichni zúčastnění – organizace, lékař, klient a jeho rodina. Společné rozhodování je zvláště důležité v případech, kdy klient není schopen sám o sobě plně rozhodovat, například kvůli demenci nebo mentálnímu postižení. Důraz by měl být kladen na vzájemný respekt a partnerský přístup mezi všemi stranami. Pracovníci pobytové služby by měli nejen podporovat tyto principy, ale také aktivně hledat způsoby, jak je v praxi uplatnit a zajistit, aby péče byla co nejlépe přizpůsobena potřebám klienta (Pechová a Lejsal, 2020).

Pokud není plán paliativní péče připraven včas, může se stát, že k jeho tvorbě dojde až v akutní a emočně náročné situaci, kdy je pacientův stav vážný a rozhodování probíhá pod tlakem. Takové situace bývají emočně náročné a často už není možné s pacientem přímo komunikovat o jeho přáních ani je konzultovat s rodinou. To může vést k tomu, že není

možné splnit jeho představy o místě a způsobu péče, například zůstat v domově, i když by si to přál (Hrdá a Tollarová, 2018).

3.2.2 Efektivní komunikace

Komunikace hraje v paliativní péči klíčovou roli a její význam nelze přehlížet. Základními principy komunikace s pacientem v paliativní péči jsou především úcta, respekt a lidský přístup. Je důležité přistupovat k nemocnému s empatií, porozuměním a trpělivostí, zejména při naslouchání jeho potřebám, obavám a přáním (Kala a Dorková, 2017).

Komunikace je základním prvkem paliativní péče, protože umožňuje nejen správně naplánovat péči o pacienta, ale také podpořit jeho rodinu. Jak řekla Cicely Saunders: „Nemoc může být příležitost“. I v těžkých chvílích může mít život hluboký smysl, a paliativní péče se snaží zajistit, aby jeho závěr byl co nejdůstojnější (Sláma a Kabelka, 2022).

Klienti s poruchami vědomí, demencí, poruchami řeči nebo poruchami hlasu vyžadují specifický přístup ke komunikaci. V těchto případech je nezbytné volit maximálně empatický, trpělivý a individuálně přizpůsobený způsob jednání. Otázky by měly být formulovány co nejjednodušeji, aby klient mohl reagovat i neverbálně, například kývnutím hlavy. Velkou pozornost je třeba věnovat také neverbálním projevům klienta – jako je mimika, gestikulace nebo celkový výraz a reakce, které mohou napovědět o jeho potřebách a emocích (Kala a Dorková, 2017).

Jak uvádí Kabelka (2017), pro budování vztahů a sdílení informací je komunikace základním nástrojem. Klíčem k dobré péči je otevřená a laskavá komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou, která umožňuje lépe porozumět potřebám pacienta a poskytnout mu potřebnou podporu.

3.2.3 Sdílení a spolupráce v týmu

Kromě komunikace s klienty a jejich rodinami je nezbytná i kvalitní spolupráce a komunikace mezi samotnými pracovníky. Aby mohla probíhat efektivně, je důležité vytvořit podpůrné prostředí a nastavit jasný systém sdílení informací. Pracovníci tak mají prostor nejen k předávání a přijímání zpětné vazby, ale i k otevřenému řešení vzniklých problémů. Učení se pak neodehrává pouze v rámci školení a odborných seminářů, ale především prostřednictvím každodenní praxe, která je cenným zdrojem zkušeností (Hrdá a Tollarová, 2018).

Pro efektivní spolupráci je nezbytné zaměřit se na účinnou komunikaci a podporu pracovníků. Informace se předávají ústně i písemně. Ústní komunikace probíhá prostřednictvím osobních a týmových setkání, jako jsou ranní hlášení nebo porady. Písemná dokumentace hraje klíčovou roli nejen v poskytování paliativní péče, ale také jako právní opora – ať už v tištěné nebo elektronické podobě. Podpora pracovníků zahrnuje nejen prostor pro reflexi emocí spojených s péčí o pacienty, ale i různé formy pomoci. Mezi ně patří individuální podpora, například supervize nebo kolegiální podpora, a skupinové formy sdílení, které posilují psychickou odolnost a týmovou spolupráci (Pechová a Lejsal, 2020).

Týmová komunikace znamená, že všichni členové týmu mluví jednotně a srozumitelně. A to nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Je důležité, aby si mezi sebou předávali informace o tom, jak s pacientem komunikují, jaké postupy používají a jaké mají cíle. Díky tomu se zajistí, že pacient, jeho rodina i pečující tým dostanou jasné a sjednocené informace. Taková komunikace pomáhá budovat důvěru a skutečné partnerství (Kabelka, 2017).

3.3 Kompetence sestry v domově pro seniory

Sestra zajišťuje a poskytuje odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči klientům v souladu s platnými právními předpisy, hygienickými normami a interními směrnicemi zařízení, které při své práci důsledně dodržuje (Malíková, 2011).

Na všeobecných sestrách pracujících v pobytových službách spočívá velká odpovědnost za zdravotní péči o klienty, zejména proto, že v pobytových službách často není přítomen lékař. To vyžaduje jejich schopnost samostatně rozhodovat, předvídat vývoj zdravotního stavu klienta a správně vyhodnocovat jednotlivé symptomy. Sestry musí také umět zvolit vhodné léky pro situace vyžadující rychlou reakci (SOS medikace) a sledovat jejich účinnost. Zároveň vedou pečovatele, učí je správnou péči o klienty a jak rozpoznat příznaky, které je třeba nahlásit (Pechová a Lejsal, 2020).

3.3.1 Analýza potřeb klientů v pobytových službách

Kvalita života úzce souvisí s tím, do jaké míry jsou naplňovány potřeby konkrétního klienta. Každý člověk má jiné priority, hodnoty a očekávání, a proto je pojetí kvality života velmi individuální a nelze ho vnímat jednotně pro všechny. Kvalitu života proto nemůžeme posuzovat pouze podle toho, zda klient netrpí bolestí nebo jinými tělesnými příznaky. Pro někoho může být stejně důležité například zachování důstojnosti nebo kontakt s rodinou (Marková, 2010).

Klient sám rozhoduje, které potřeby jsou pro něj důležité a které nikoliv. Důležité je také posoudit, jaký význam má daná potřeba pro jeho zdravotní stav a celkový výsledek péče. Zjistit, zda byla klientova potřeba adekvátně naplněna. Pokud se zjistí, že některé potřeby zůstávají nenaplněné, může multidisciplinární tým vytvořit cílený plán péče, který bude pravidelně sledován a vyhodnocován. Tyto individuálně zaměřené kroky by měly přispět ke zlepšení kvality života klienta (Bužgová, 2015).

Sebepoznání a porozumění potřebám nejen vlastním, ale i těch, kteří od nás očekávají pomoc, přispívá k:

- Hlubšímu pochopení požadavků druhých;
- Rozvoji tolerance vůči odlišným názorům;
- Lepší orientaci v komplikovaných situacích (Šamánková, 2011).

3.3.2 Zachování kvality života u klientů v pobytových službách

Jak uvádí Pechová a Lejsal (2020), prožívání kvality života je úzce spojeno s mírou naplnění všech lidských potřeb, včetně pocitu smysluplnosti. Subjektivní vnímání kvality života zdůrazňuje potřebu, aby poskytovatelé sociálních služeb zaměřili svou pozornost na to, co je pro jednotlivce v životě důležité, a snažili se tyto stránky naplnit v rámci poskytovaných služeb.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na zkoumání a hlubší porozumění lidského jednání, zkušeností a vztahy v přirozeném společenském prostředí, a to prostřednictvím slovního popisu namísto číselných údajů (Plevová, 2018).

4.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat specifika péče o klienty zavedené do obecné paliativní péče v domově pro seniory.

K dosažení tohoto cíle přispívají výzkumné otázky (VO).

4.2 Výzkumné otázky

- **VO 1:** Jak ovlivňuje práci sestry péče o klienty zavedené do paliativní péče?
- **VO 2:** Jak ovlivňuje úroveň saturace potřeb klienta pohodlí a spokojenost klienta?
- **VO 3:** Jak ovlivňuje péči o klienta sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče?
- **VO 4:** Jak se liší vedení dokumentace u klienta v obecné paliativní péči od vedení dokumentace ostatních klientů?

4.3 Výzkumná metoda a technika

Pro zvolenou metodu byl použit kvalitativní výzkum. V rámci kvalitativního výzkumu byla data získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Jak uvádí Hendl (2023), kvalitativní rozhovor vyžaduje od tazatele schopnost dobře se připravit, vnímat potřeby respondenta a zároveň udržet rozhovor v souladu s cílem výzkumu. Tento typ rozhovoru umožňuje získat nejen konkrétní odpovědi na připravené otázky, ale také prostor pro volnější vyjádření participantů a zachycení jejich osobních zkušeností, postojů a názorů. Rozhovory byly vedeny dle předem připraveného seznamu otázek. Tazatel měl možnost flexibilně reagovat na průběh rozhovoru a klást participantům doplňující otázky.

Celkem bylo položeno dvacet jedna otevřených otázek, které se zaměřovaly na práci sester poskytujících obecnou paliativní péči, saturaci potřeb klientů zavedených do obecné

paliativní péče, sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče a také na odlišnosti vedení dokumentace.

4.4 Charakteristika pracovišť

Pro účely výzkumu byly zvoleny dva domovy pro seniory, které jsou zřizovány Zlínským krajem. Konkrétně se jednalo o Domov pro seniory Burešov a Domov pro seniory Lukov. Výběr zařízení byl vybrán s ohledem na lepší dostupnost a zároveň pružnější domluvu při realizaci výzkumu. Díky vhodnější dostupnosti domovů pro seniory bylo možné výzkum efektivněji naplánovat.

Domov pro seniory Burešov poskytuje dvě pobytové služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem – s celkovou kapacitou 170 lůžek. Ošetrovatelská péče je v domově poskytovaná 24 hodin 7 dnů v týdnu. Do domova dochází lékař pravidelně dvakrát týdně, konkrétně v úterý a ve čtvrtek, přičemž v těchto dnech zároveň probíhá vizita u klientů. Služba domova pro seniory je určena osobám od 65 let se sníženou soběstačností, které již nemohou samostatně žít ve svém domácím prostředí ani za pomoci rodiny. Tato část zařízení disponuje kapacitou 34 míst. Domov se zvláštním režimem je určen osobám od 60 let trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Kapacita této služby je 136 lůžek. Domov usiluje o vytvoření bezpečného a přívětivého prostředí, kde je klient vnímán jako jedinečná osobnost s individuálními potřebami a přáními. V péči jsou navíc využívány moderní koncepty, které pomáhají klientům důstojně prožívat stáří až do závěrečné fáze života (Domov pro seniory Burešov, příspěvková organizace, © 2025a).

Domov pro seniory Lukov nabízí dvě pobytové sociální služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem s celkovou kapacitou 199 klientů. Ošetrovatelská péče je v domově poskytovaná 24 hodin 7 dnů v týdnu. Lékař dochází do domova dvakrát týdně. Cílovou skupinou Domova pro seniory jsou osoby starší 65 let, které v důsledku pokročilého věku, zhoršeného zdravotního stavu a snížené soběstačnosti potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Domov se zvláštním režimem je určen osobám od 65 let, které trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence. Tyto osoby mají sníženou soběstačnost a kvůli svému zdravotnímu stavu a nepříznivé sociální situaci potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Cílem domova pro seniory je umožnit klientům každodenního způsob života, na který byli zvyklí ve svém domácím prostředí. Klienti jsou podporováni v udržování svých schopností a dovedností (Domov pro seniory Lukov, p. o., © 2024).

4.5 Charakteristika participantů

Výběr participantů probíhal na základě jasně stanovených kritérií:

- Všeobecná sestra,
- Minimálně rok praxe v domově pro seniory,
- Ochota a zájem participantů podílet se na výzkumu.

Do výzkumu bylo zapojeno šest všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Z Domova pro seniory Burešov byly vybrány tři všeobecné sestry a stejný počet všeobecných sester bylo vybráno z Domova pro seniory Lukov. Z důvodu přehlednosti a zároveň pro zachování anonymity byly osoby zapojené do výzkumu v této bakalářské práci označeny kódy P1 až P6. Podrobnější informace o jednotlivých participantech jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 Participanti

Rozhovor	Participant	Pohlaví	Věk	Pozice
Rozhovor 1	P 1	žena	60 let	Všeobecná sestra
Rozhovor 2	P 2	žena	55 let	Všeobecná sestra
Rozhovor 3	P 3	žena	52 let	Všeobecná sestra
Rozhovor 4	P 4	žena	48 let	Všeobecná sestra na vedoucí pozici
Rozhovor 5	P 5	žena	50 let	Všeobecná sestra
Rozhovor 6	P 6	žena	47 let	Všeobecná sestra

(zdroj: vlastní)

4.6 Realizace výzkumu

V rámci organizace výzkumu autorka práce nejprve navštívila dvě zařízení sociálních služeb – Domov pro seniory Burešov a Domov pro seniory Lukov. Ve spolupráci s vrchními sestrami těchto zařízení byli vybráni vhodní participanté výzkumu. V každé organizaci byli vybráni tři účastníci, kteří se na základě doporučení jeví jako nejvhodnější pro poskytnutí informací. Participanté byli předem seznámeni se souborem otázek, které byly použity během rozhovorů. Před samotným zahájením rozhovoru podepsali informovaný souhlas a byli více seznámeni s cílem výzkumu, jeho anonymitou a možnostmi kdykoli účast odmítnout nebo přerušit. Originální verze informovaných souhlasů má autorka práce

ponechány u sebe. Vzor informovaného souhlasu je přiložen v příloze bakalářské práce (viz P IV).

Sběr dat probíhal po udělení souhlasu vrchních sester v jednotlivých zařízeních (originály jsou uloženy také u autorky práce). Následně byly naplánovány rozhovory s vybranými participanty. Rozhovory byly realizovány v průběhu měsíce listopadu, vždy v předem dohodnutém termínu, který vyhovoval jak účastníkům, tak provozním možnostem zařízení. Většina rozhovorů probíhala v odpoledních hodinách, kdy v domovech pro seniory zpravidla nastává klidnější provozní režim.

Rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu v mobilním telefonu, a to se souhlasem všech participantů. Rozsah trvání rozhovorů se pohyboval v rozmezí 18 až 39 minut.

4.7 Zpracování výsledků výzkumu

Všechny vytvořené rozhovory byly nahrávány do programu v mobilním zařízení a dále přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word. Jednotlivé rozhovory byly dále analyzovány dle cílů kvalitativního výzkumu.

Opakovaným čtením jednotlivých odpovědí a vyhledáváním podobných témat byly vytvořeny kategorie. Na základě obsahových shod v odpovědích participantů byly vytvořeny kódy, které byly následně přiřazeny ke konkrétním kategoriím.

Kódování slouží k tomu, aby velké množství dat bylo zjednodušeno a rozčleněno do menších, smysluplných částí. V této fázi vzniká počáteční seznam kódů, který výzkumník dále rozvíjí. Každý kód je postupně upřesňován, doplňován, případně upravován či slučován s jinými, aby co nejlépe vystihoval významové jednotky obsažené v datech (Hendl, 2023).

Zkrácené a upravené přepisy rozhovorů tak, aby se nezměnila podstata jsou uvedeny v příloze této práce (viz P V).

5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

Pro výzkum byla využita kvalitativní metodologie formou polostrukturovaných rozhovorů, s šesti participanty z řad všeobecných sester. Cílem bylo prozkoumat, jak zavedení paliativní péče ovlivňuje práci sester, pohodlí a spokojenost klientů, sdílení informací v týmu a vedení dokumentace v konkrétním sociálním zařízení.

Po provedení rozhovoru autorka práce pořídila transkript, který dále analyzovala pomocí kódování. Transkripce je proces převodu mluveného projevu z rozhovoru do psané podoby. Ačkoli se jedná o časově náročnou činnost, je nezbytná pro podrobné vyhodnocení dat. Díky přepisu lze v textu zvýraznit důležitá místa, přidávat poznámky či porovnávat jednotlivé části (Hendl, 2023).

Kódováním dat bylo vytvořeno 13 kategorií a došlo k rozpoznání pravidelně se opakujících myšlenek a jejich vzájemných souvislostí. Díky tomuto postupu bylo možné sestavit komplexní přehled získaných odpovědí. Vybrané části odpovědí najdeme v rozhovorech s participanty, které jsou uvedené v příloze (viz P V) a také ve vytvořených tabulkách (viz Tabulka 1-5). Zkrácené verze odpovědí jsou vyznačeny v tabulce ve formě přímé řeči.

Tabulka 2 Kategorie a kódy

Kategorie	Kódy
VO 1: Jak ovlivňuje práci sestry péče o klienty zavedené do paliativní péče?	
Emocionální zátěž a její zvládání	Emocionální zátěž, náročná komunikace s rodinou, spolupráce s rodinou snižuje zátěž, zvládání psychické zátěže, zvládání stresu.
Lidské zdroje a pracovní podmínky	Administrativní zátěž, dopady nedostatku personálu, dostatek personálu, nedostupnost lékaře v domově, řešení nedostatku personálu, systém zajištění směn.
Vzdělávání a rozvoj kompetencí	Odborné vzdělávání nastaveno managementem, odborné vzdělávání v paliativní péči, přístup ke vzdělávání, školení personálu.
Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	Chybějící koordinátor, nastavení si hranic v péči, náročnost komunikace s rodinou, nové prvky v náplni práce, požadavky na roli koordinátora, přibývají paliativní schůzky, role denní sestry, rozdílná přání klienta a rodiny, rozhodování o poskytnutí pomoci,

	rozhodování sestry, specifická péče, spolupráce pečovatelek a sester, spolupráce s externími službami, spolupráce s lékařem, změny v náplni práce.
VO 2: Jak ovlivňuje úroveň saturace potřeb klienta pohodlí a spokojenost klienta?	
Identifikace a naplňování potřeb klienta	Klíčové potřeby v paliativní péči, pravidelná kontrola potřeb klienta, spokojenost klienta, spokojenost rodiny, tišení bolesti, základní potřeby.
Kvalita péče a zajištění důstojnosti	Důstojnost dle standardů, přání klienta a rodiny, rodinný pokoj, zajištění důstojnosti, zajištění soukromí.
Vliv personálu a nastavení plánu péče	Dodržování plánu péče, dopad nedostatku personálu na péči, kvalita personálu, nastavení plánu péče, plnění harmonogramu.
VO 3: Jak ovlivňuje péči o klienta sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče?	
Komunikace v týmu a vliv na péče	Dobrý kolektiv a neformální vztahy, externí psycholog, komunikace s lékařem, komunikace v týmu, rozvoj spolupráce, řešení neshod, sdílení informací, vliv týmové spolupráce na péči, zlepšování spolupráce, zvládání emoční zátěže.
Sdílení informací	Elektronická dokumentace, elektronická a tištěná dokumentace, pravidelné předávání informací.
Spolupráce v multidisciplinárním týmu	Komunikace s externím lékařem, multidisciplinární tým, schůzky multidisciplinárního týmu, složení týmu, specifika spolupráce s jinými profesemi, spolupráce s externími službami, spolupráce s lékařem.
VO 4: Jak se liší vedení dokumentace u klienta v obecné paliativní péči od vedení dokumentace ostatních klientů?	
Časová náročnost administrativy	Administrativní zátěž, časová náročnost hodnocení, denní záznamy, četnost záznamů dle stavu klienta, individuální záznamy.
Forma a obsah dokumentace	Aktualizace dokumentace dle stavu klienta, forma dokumentace (elektronická, papírová), obsah dokumentace, proces aktualizace dokumentace, přístup k dokumentaci, změny v náplni práce.
Účel a využití dokumentace	Kontrola plánu péče, kontrola plnění plánu, přehled pro personál, snadná orientace v dokumentaci.

5.1 Prezentace výsledků výzkumu

Získané informace z rozhovorů jsou zpracovány tak, aby odpovídaly jednotlivým výzkumným otázkám. Pro každou výzkumnou otázku byla vytvořena samostatná tabulka, která obsahuje odpovědi jednotlivých respondentů. Odpovědi byly převedeny do zkrácené a upravené podoby, aniž by došlo ke změně původního významu. Účastníci výzkumu jsou v tabulce označeni písmenem P, jako participant a to pod číslem P1 – P6. Pod tabulkami se nachází shrnutí odpovědí všech participantů.

5.1.1 Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje práci sestry péče o klienty zavedené do paliativní péče?

Následující část přináší shrnutí všech vytvořených kategorií a jejich kódového označení.

Emocionální zátěž a její zvládání: Kategorie je zaměřena na emoční zátěž sester v poskytování obecné paliativní péče a způsobu, jak se s ní vyrovnat.

Všichni participanti se shodují na psychické náročnosti práce v paliativní péči, zejména v souvislosti s umíráním klientů a emoční vazbou, která vzniká během jejich dlouhodobého pobytu v domově. **Participant P1 a P2** se shodují, že spolupráce s rodinou klienta a jasně nastavený plán péče jim umožňuje pracovat v klidu. Díky vzájemné podpoře v týmu a pravidelnému sdílení zkušeností pak lépe zvládají nečekané situace bez většího emočního vyčerpání. **Participant P5, P6** podobně zdůraznili význam kolektivu a rodinného zázemí pro zvládání emoční zátěže. **P4** uvádí, že poskytování paliativní péče není silně emočně náročná a emoce si osobně nepřipouští, zároveň však označila komunikaci s rodinou za emočně nejvypjatější. **P6** pomáhá vědomí, že klient prožil celý život, a snaží se to v sobě racionálně uchopit.

Lidské zdroje a pracovní podmínky: Tato kategorie se zaměřuje na personální zajištění v domovech pro seniory péče a podmínky, za kterých sestry svou práci vykonávají.

Nedostatek personálu je problémem pro oba domovy pro seniory, ačkoliv **P4, P5 a P6** vnímají současný stav jako lepší než v minulosti. Kritický nedostatek sester na nočních směnách a o víkendech zmiňovali participant **P1, P2 i P4, P5**. Nedostatek pečovatelek zdůraznili **P4, P2 a P3**. Administrativní zátěž vnímají jako značnou všichni participant s výjimkou **P4**. **Participant P6** se snaží přebírat administrativu, aby sestry měly více času věnovat se klientům. Jak uvádí všichni participant v obou domovech je výpomoc sester

z jiných oddělení a sester „dohodářek“ klíčová. Díky tomu zvládají personální nedostatek mnohem lépe.

Vzdělávání a rozvoj kompetencí: Personál má přístup k odbornému vzdělávání v paliativní péči formou certifikovaných kurzů, včetně praktické části v externích zařízeních. **Participant P4, P5 a P6** podrobněji popisovali absolvované certifikované kurzy včetně praxe a zmiňovali proškolení větší části personálu. **Participant P1** zmiňuje absolvování třídního školení. Jak udává **P2 a P3** je vzdělávání sester řízené managementem domova. **P5** udává, že všechny sestry v domově si prošly základním paliativním kurzem. Plánované další vzdělávání (např. komunikační kurz ELNEC) zmiňovala **P4**. Vzdělávání v domově pro seniory je vnímáno jako přínosné pro všechny zúčastněné.

Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry: Jak uvádí **P1, P2 a P5** základní ošetrovatelské činnosti sester zůstávají stále stejné, přesto s realizací obecné PP v domovech pro seniory dochází k přínosu nových prvků (např. SOS medikace). **P1** popisuje spolupráci se Stromem života. Jako nutnost uvádí **P3** znalost vědět, jak může vypadat závěr života u klienta domova. **Participant P4 a P6** zmiňovali koordinační role a nové multidisciplinární schůzky. **P2** zdůraznil jako bariéru chybějícího vlastního paliatra. Jako velkou obtíž se **participantovi P6** jeví zajištění lékaře pro domov. Celkově se náplň práce sester při poskytování obecné PP rozšiřuje o komplexnější, koordinační a komunikační role.

Tabulka 3 Výzkumná otázka 1 - kategorie a odpovědi

Participant	Kategorie	Odpovědi
P1	Emocionální zátěž a její zvládání	„..., když se s tou rodinou dobře spolupracuje, tak i my jsme v takovém větším klidu...“ „... pokud samozřejmě přijde něco náhle a nemáme to nastavené, přímo ten plán péče, tak je to takové stresové, abychom opravdu udělali pro toho člověka maximum, aby neměl bolesti.“
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	„Nejsme schopni to vykázat za těch 11 hodin, 1 sestra to nevykáže prostě.“ „A pak máte noc, soboty, neděle ... jedna sestra na celý barák ... to je hrozné.“ „Vrchní sestra musí vždycky zajistit tu službu, prostě aby někdo na tom oddělení byl.“

	Vzdělávání a rozvoj kompetencí	<i>„Absolvovali jsme třeba třídní školení v Praze, jednou za rok nebo více jednodenních.“</i>
	Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	<i>„...je to vlastně práce, kterou jsme dělali i předtím ... spolupracujeme se sdílenou péčí, s tím Stromem života. Jo, tak tam je to vlastně nová práce.“</i>
P2	Emocionální zátěž a její zvládání	<i>„Je to náročné, ale nějak nás to asi emocionálně neubíjí, protože to tady probíráme v kolektivu...“ „Myslím, že záleží na tom, jak je to všechno nastavené. Ten plán péče je a člověk se má čeho chytout.“</i>
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	<i>„...máme 35 lidí a my všem nevykazujeme léky... My se tam časově nevlezeme... máme pojišťovnu nastavenou na 10 minut ... kdybyste měla ráno dávat všem lidem ranní léky, tak s vykazováním začnete v 7 a skončíte možná ve 2 odpoledne“ „To řeší naše vrchní sestra, ale prostě ta směna musí být zajištěna. Kdyby ráno někdo zavolal, mám zlomenou nohu, tak se to prostě musí nějak zařídit.“</i>
	Vzdělávání a rozvoj kompetencí	<i>„To máme nastavené ve vzdělávacím programu ... vedoucí nám zadá, kdy je nějaké školení ohledně té paliativy a jsme vysláni.“</i>
	Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	<i>„...my nemáme samostatného paliatra, který by nám tady tu SOS medikaci nastavil ... chtěli bychom vlastního paliatra ... náš pan doktor, ten nemá šanci to všechno zvládnout.“ „Spolupracujeme se Stromem života, v tom je to jiné ... protože se vlastně na ně musíme obracet.“ „Když je to z té obecné paliativní péče... kdy volat tu rychlou záchrannou pomoc?“</i>
P3	Emocionální zátěž a její zvládání	<i>„Beru to tak, že samozřejmě je to náročnější na tu psychiku, ale prostě patří to k životu.“ „... když přijdu z práce, nemyslet tady na to a věnuji se třeba svým koníčkům.“ „Mám psa, odreagování je procházka se psem po práci.“</i>
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	<i>„Já myslím, že počet personálu ani nemá takový vliv, ale spíš závisí na kvalitě personálu. Můžete mít sedm pečovatelek a třeba ke klientovi nejdou a z toho máte třeba 3 pečovatelky, které jsou velmi pečlivé a je s nimi velmi dobrá spolupráce. Víte, že tu práci vlastně musí udělat, ať je ten počet jakýkoliv, ale záleží to na lidech.“</i>

		<i>„Ano, děláme i přesčasů samozřejmě můžeme se nahrazovat i na jiných patrech třeba na těch nočních... Je to o dohodě.“</i>
	Vzdělávání a rozvoj kompetencí	<i>„... odborné vzdělávání máme vždycky nastaveny managementem, ... pokud je ten seminář, tak se samozřejmě účastníme. ... něco je dobrovolné, ale měli bychom ty základní školení mít všichni.“</i>
	Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	<i>„... zaměřujeme se hlavně na činnosti sesterské, k tomu patří podávání léků klientům, pokud jsou tak převazy ran nebo ošetření dekubitů, lokální terapie. Dále u diabetiků dohlížíme na to, aby měli pravidelnou stravu, aplikace inzulínu eventuelně léku na diabetes, aby se dodržovala dieta.“ „musíme vědět, jaký ten závěr života může být, že lidi můžou být zahleněný, že je potřeba odsávat..., že je možné poskytnout kyslík, že je možnost aplikace nějakých prostředků na zmírnění bolesti.“</i>
P4	Emocionální zátěž a její zvládání	<i>„Budu upřímná. Ano, mě to zase nepřijde tak emocionálně náročné..., já si to nějak nepřipouštím.“ „...asi emocionálně nejvíc vypjaté to, abych se naladila, nebo abych si toho člověka vůbec otipovala, do jaké míry se můžu o tom tématu zmínit... vědět, kam můžu vstoupit a kam ne. Jak to té rodině říct a jestli to vůbec říct...“</i>
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	<i>„... personálu zas až tak málo nemáme. Samozřejmě pečovateli by mohlo být víc...“ „Akorát v domově se zvláštním režimem je 55 klientů, takže každá ta sestra má půlku... a tím je to horší.“ „Dovolená nebo nemocenská vůbec žádný vliv nemá, protože vždycky někdo musí tu směnu nahradit...“ „Samozřejmě pečovateli by mohlo být víc, ale zas máme i nějaký rozpočet, do kterého se musíme vlézt. Ale myslím si, že moje holky sestřičky se snaží tak, aby ten klient nepoznal, že té práce mají tolik.“ „Na směně musí být vždy dvě sestry... většinou to pokryjí ti brigádníci.“ „Přesčasů mívají taky holky... paní ředitelka proplácí.“</i>
	Vzdělávání a rozvoj kompetencí	<i>„Zhruba dvě třetiny personálu má kurz certifikovaný na speciální zdravotní škole... Já jsem ho absolvovala minulý rok... A letos</i>

		<i>mi to teďka v září dělá 8 sestřiček a součástí toho kurzu je pak praxe... “</i> <i>„Dále jsme měly ještě kurz paliativní péče zaměřený na nutriční podporu... a na příští rok máme naplánovaný komunikační kurz ELNEC.“</i>
	Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	<i>„...dělám částečně koordinátora paliativní péče, není to tak, že by se mi změnila jako oficiálně papírově náplň práce, ale než budu mít přijatého někoho na pozici koordinátora paliativní péče, tak se mi to změnilo v tom, že vlastně musíte koordinovat veškerou činnost personálu... “</i> <i>„Tak nejnáročnější je to vůbec jako všechno vykomunikovat, jo. Takové to pozvat rodinu samozřejmě, protože my teďka děláme i paliativní rozhovory... Spousta lidí se o tom nechce bavit hlavně v situaci, když je to maminka, tatínek... je to velice tenký led, protože oni mají představu, že tady budou do 150 let. “</i> <i>„...sestry se vždycky o ty umírající staraly a že to není něco jiného, než to bylo před x lety... Personál se i dřív staral, aby ten člověk neměl bolesti a aby měl prostě uspokojené všechny bio, psycho, sociální potřeby. “</i> <i>„Je dobré, že se přizvalo do toho týmu víc lidí... psycholog, kaplan... je to takové ucelenější a ono se možná dřív myslelo, že to umírání je jenom na těch sestrách... ale teď je to takové týmové multidisciplinární. “</i> <i>„...zkoordinovat veškerou tu činnost, prostě. Ne každý to chápe, i když tady probíhají školení, pak musíte zkoordinovat veškerou činnost, zabezpečit tu komunikaci, takže mezi klientem, lékařem, rodinou a ostatními zaměstnanci... týká se to i těch údržbářů... uklízeček... vlastně všech, tak aby na to brali ohledy. “</i> <i>„...všechno v rámci paliativní péče, hlavně se zaměřujeme na bolest klientů. A pokud člověk nemá bolest, tak s vámi komunikuje... takže u nás je priorita bolest... “</i>
P5	Emocionální zátěž a její zvládání	<i>„Vlastně ta psychika je horší. “</i> <i>„Ted' nám zemřela paní, co tady byla 7 let... tady ta citová vazba tam je. Byť si to člověk nepřipouští... Někdy je to jiné a někdy klient přiroste k srdci... Až si to musí člověk někdy zakázat... Ale zase do toho člověk někdy sklouzne. “</i>

		<i>„Asi ta psychika je nejnáročnější. Když přijde ten terminální stav, ale tak prostě si to člověk nastaví. V týmu se o tom bavíme dohromady.“</i>
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	<i>„... nově zavádíme v domově paliativní péči a tam nám přibýlo více administrativní práce v počítači, ale je to jenom o zvyku.“ „Personálně teď je to v pohodě. Je to zajištěné. Samozřejmě, čím jich je víc, tím líp se může věnovat tomu konkrétnímu člověku... Ale ne, teď je to v pořádku... je tu dostatek personálu.“ „Máme tady brigádníky, takže ti nás vlastně zastupují. Na směně musí být vždy dvě sestry, to máme dané... většinou to pokryjí ti brigádníci.“ „Takže máme jenom dvě noční v měsíci nepokryté dvěma sestrami. Fakt se snažíme, aby byly ve dvou, protože ty stavy opravdu teď... jsou fakt, jakože špatné...“</i>
	Vzdělávání a rozvoj kompetencí	<i>„Všechny sestřičky jsme si prošly tím paliativním kurzem... A zatím nám to asi stačí. A potom pokud bude něco, tak vlastně vrchní navrhne nějaký kurz.“ „Právě prochází pečovatelky taky kurzem paliativní péče... tam jim to bylo podáno, že o tom jídle to není.“</i>
	Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry	<i>„... myslím, že se nezměnila, protože jsme se o umírající klienty starali i dříve. Akorát člověk se chodí více za klienty dívat nebo jim věnuje víc času, ale je to úplně stejná náplň.“ „...když se nám zhorší stav, tak my jsme zvyklí sami si vzít CRP, sami INR, sami krev ...“</i>
P6	Emocionální zátěž a její zvládání	<i>„je pro mě snesitelnější, když vím, že ten klient ten život má už odžitý... snažím vždycky zracionalizovat v sobě... je moc moc důležité, že my jsme na oddělení dobrý kolektiv a takže se vzájemně podporujeme... potom doma můj syn, rodina. Je potřeba mít zázemí... v sobě si to nějak poskládat, že opravdu už nastal ten čas...“ „Takže nějaká psychická náročnost? Určitě tam je... je to o tom zvyku to zpracovat.“</i>
	Lidské zdroje a pracovní podmínky	<i>„... já jako denní sestra víc jedu v té administrativě a sestřičky jsou víc v té přímé péči... snažíme se... co nejvíc stáhnout tu administrativu na sebe, aby ty holky mohly prostě běhat a mít čas na ty klienty.“ „.. sehnat lékaře je neskutečný problém... do domova doktora sehnat... je to obrovská,</i>

		vlastně i finanční zátěž pro toho doktora... Jsme rádi, že ho máme. Zvykli jsme si my na něho a on na nás, takže spolupracujeme. Funguje to... “ „Tak jednak výpomoc jiných oddělení... No a potom máme nasmlouvané dohodárky. To nám hodně paradoxně pomohl Covid... od té doby fakt, jakože ty dohodárky máme... “
Vzdělávání a rozvoj kompetencí		„My jsme teď rozdělení na skupinky. Vloni asi zhruba polovina sester vlastně absolvovala ten kurz na zdravotní škole... v poslední době se s tím roztrhl pytel... vrchní sestra nás informuje a my se účastníme, když je možnost. “ „Týden jsme chodily intenzivně do školy... Praxe jsme měly... v Citadele... v Baťově nemocnici... Holky mají nové poznatky... “
Změny v náplni práce a zodpovědnosti sestry		„Ono, většinou ty rodiny už s tím tak nějak jako počítají dopředu, protože mají informace z těch běžných návštěv... i my voláváme, informujeme o tom špatném zdravotním stavu... Takže mnohdy i třeba oni si můžou tu schůzku od nás vyžádat. Záleží, která strana to chce... “ „... největší oříšek jsou pro nás rodinní příbuzní... Mají mnohdy nezměrné požadavky... nepřijmou tu situaci, že ten jejich příbuzný se horší, stárne. Blíží se konec... tam je problém, jak s tou rodinou komunikovat... “ „Jo, když máte klientku, která má přes 90 let... rodina prostě je proti a přeje si, aby se s klientkou pořád něco dělalo... A jak s tou rodinou pracovat? “ „Takže nejvíc náročná, teda rodina a nějaká komunikace s nimi... aby to přijali... uvědomili tu skutečnost... “ „...nastavit si, že tady už fakt jako nemá cenu něco zachraňovat a začneme spíše zaměřovat na ten jeho komfort a na ty bolesti... než jsem si třeba v sobě dokázala trošičku zpracovat, kde je ta hranice. Protože jednak ta hranice je strašně tenounká a každý ji vidí jinak. “ „Určitě změnila se ta náplň, protože přibýly nám paliativní schůzky paliativního týmu třeba s rodinou... což je víceméně, jakože taková novější záležitost... Takže tyto schůzky nám vlastně přibýly... “ „... i třeba při adaptaci těch nových klientů, že probíhá taková ta multidisciplinární

		<i>schůzka, kde je přítomna sestra... vedoucí oddělení... ta rodina... když je schopen... i klient, tak se účastní té schůzky taky.“</i> <i>„Takže moje pracovní náplň je vlastně taková ta kontrolní činnost... kontrola zdravotního stavu... čistotě, v příjemném prostředí, administrativa, nastavování ošetrovatelského plánu.“</i> <i>„...když si rodina přeje, aby teda maminka měla pořád nějaké aktivity ... Ono obecně všude je, že vlastně přání klienta je nad zájmy rodiny... Ale toto je velký boj teda.“</i>
--	--	--

Shrnutí: Spolupráce s rodinou a dobře nastavený plán péče výrazně snižují stres a dává jasný rámec, čeho se držet i v neočekávaných situacích. Emoční zátěž je stále přítomná, ale pravidelné sdílení zkušeností v kolektivu a vzájemná podpora pomáhají tuto zátěž zlepšovat. Mnozí si udržují duševní rovnováhu díky koníčkům nebo procházkám se psem, někdy je ale nutné stanovit si hranice a nenechat se příliš citově vázat. Přesto, že je zachována profesionalita, citová vazba ke klientům se občas vytvoří. Kvalita péče závisí především na kompetencích a motivaci personálu, ale vyšší počet sester zlepšuje možnosti individuálního přístupu. Kritickým bodem je také stabilní spolupráce s lékařem a další podpora z jiných oddělení, bez nichž by související péče byla nedostatečná. Pro zajištění dostatečných personálních kapacit využívá jeden z domovů externí pracovníky na základě dohody o provedení práce. V domovech pro seniory je odborné vzdělávání v oblasti paliativní péče pevně zařazeno do vzdělávacího programu. V oblasti obecné paliativní péče sestry zajišťují běžné ošetrovatelské úkony. Prioritou je tišení bolesti klienta. Největší výzvou zůstává citlivá komunikace s rodinou, která často neakceptuje blížící se konec života svého příbuzného a trvá na zbytečných intervencích. Sestry si musí nastavit jasné hranice mezi snahou o záchranu a snahou o komfort klienta a zároveň si chránit vlastní psychiku pravidelným sdílením informací v týmu.

5.1.2 Výzkumná otázka 2: Jak ovlivňuje úroveň saturace potřeb klienta pohodlí a spokojenost klienta?

Identifikace a naplňování potřeb klienta: Nejčastější potřeby klientů v PP jsou zmiňovány všemi participanty a jedná se o bezbolestnost, klid, přítomnost rodiny a respektování přání klienta. Podle P3 jsou základní potřeby v zásadě stejné jako u ostatních klientů, ale vyžadují častější sledování a specifické intervence. Hodnocení stavu

a spokojenosti probíhá primárně pozorováním a interpretací verbálních/neverbálních projevů udávají **všichni participant**, k čemuž **P6** napomáhá dobrá znalost klienta. Obtíže s interpretací projevů u klientů s demencí zmiňovali **participant** **P1**, **P2** a **P6**. **Participant** **P4** zmínil využití pomůcek pro nekomunikující klienty. Celkově se přístupy k identifikaci a naplňování potřeb zdají být v obou domovech podobné, s důrazem na komfort a individuální přístup ke klientovi.

Kvalita péče a zajištění důstojnosti: Důstojnost jako rovný přístup a vnímání individuality klienta zmínil **participant** **P6**. Zajištění soukromí a klidu (závěsy, úprava prostředí) je vnímáno jako důležité pro **participanty** **P3**, **P5** a **P6**. Možnost využití rodinného pokoje je k dispozici pro klienty a jejich rodinné příslušníky, jak říkají **P1**, **P2** a **P3**. Jak uvádí **participant** **P2** a **P5** stěhování spolubydlícího je řešení pro zajištění soukromí klienta a jeho rodiny, ačkoli **P2** to vnímá jako problematické. Důležitost přítomnosti personálu u umírajících zmínili **participant** **P5** a **P6**. Význam dodržování standardů, etického kodexu a osobní morálky zdůraznil **P4**. Jak uvádí **P6** výzvu spojenou s důstojností, je vyhnout se infantilizaci. Obtíže s prosazováním přání klienta nad zájmem rodiny zmiňovala **P6**.

Vliv personálu a nastavení plánu péče: Počet personálu je u **participantů** **P1**, **P2** a **P3** vnímán jako faktor ovlivňující čas na individuální péči každého klienta. **Participant** **P3** spíše zdůrazňuje vliv kvality personálu. Plán péče a jeho dodržování je považován za důležitý nástroj pro zajištění řádu a plnění potřeb u **všech participantů**. **P5** a **P6** se shodují, že personální kapacity jsou dostatečné.

Tabulka 4 Výzkumná otázka 2 - kategorie a odpovědi

Participant	Kategorie	Odpovědi
P1	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„No slovní projevy a vlastně i gesty. Kolikrát ti chce říct, ale taky abychom to dobře odhadli. Nebo je to nějaký ten psychiatrický problém. Což je takové pro nás trochu ztěžující.“ „Ty základní životní potřeby, stejné jako u běžných klientů.“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Důstojnost by měla být... Nejlépe by bylo, kdyby ten člověk mohl mít jednolůžkový pokoj... potom třeba při umírání, aby ten klient byl sám na pokoji s rodinou. Což vlastně umožňujeme.“

		„To máme jako 1 rodinný pokoj pro celý domov.“ „Pokud to jde řešit na tom oddělení, tak furt se to nějak vyřeší, že máme tady klubovnu... ten pokoj se udělal teprve nedávno.“
	Vliv personálu a nastavení plánu péče	„Tak vlastně základní péče musí být vždycky splněna... že máme málo času na ty klienty, třeba jenom si popovídat nebo takto.“
P2	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„No, to je i dle chování, někdo nám to řekne... Někdo se nám jenom mimikou projevuje.“ „... my můžeme u někoho zjistit, že třeba má bolesti, ale z toho to má někdo i psychického rázu, protože jsou tady lidi s tou stařeckou demencí... nevíte, jestli opravdu ta bolest je adekvátní.“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Umožňujeme, aby opravdu tam mohl být sám s rodinou a prostě ta rodina už potom s námi komunikuje... Kdyžtak se snažíme třeba toho druhého člověka někde přistěhovat.“ „Ne, my máme 1 rodinný pokoj. Pokoj na patře by byl na úkor kapacity...“
	Vliv personálu a nastavení plánu péče	„Takže základní se udělá a potom možná kolik zbyde času.“ „Tam je hlavně důležité správné nastavení toho paliativního plánu. Abychom jsme se opravdu měli čeho chytout a vlastně vychází to z potřeb toho člověka, který v té paliativní péči je.“
P3	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„Tak ty potřeby, mají jako každý jiný klient jen se musí sledovat častěji. Pokud klient už nepřijímá stravu, tak je důležité zvlhčovat sliznici, polohovat, tlumit bolest a sledovat taky predilekční místa, aby se netvořily dekubity.“ „Hlavní je verbální komunikace, že klient mi sdělí, jestli je spokojený, není spokojený. Pokud už třeba v závěru života nemůže mluvit, tak kladu otázky tak, aby mohl kývat hlavou nebo zvládnout grimasy.“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Je možnost využít rodinný pokoj, který tady máme v šestém patře.“ „... pokud jsou dva klienti na pokoj, tak je tam závěs... Pokud už je to v závěru života a klient umírá, tak tam se snažíme, aby byl klid... aby se na ten pokoj často zbytečně nechodilo, nerušilo. Pokud je tam druhý klient třeba chodící, tak aby i pro něho to nebylo stresující.“

	Vliv personálu a nastavení plánu péče	„Důležité dodržování plánu péče určitě je, proto aby byly ty potřeby klienta splněny.“ „Já si myslím, že počet personálu ani nemá takový vliv, ale spíš závisí na kvalitě personálu... Víte, že tu práci vlastně musí udělat, ať je ten počet jakýkoliv, ale záleží to na lidech.“
P4	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„Podle verbálního a neverbálního projevu a hlavně podle bolesti. To poznáte na tom obličejí. Máme pro ty nekomunikující různé věci například ty smajlíky.“ „... hlavně se zaměřujeme na bolest klientů... u nás je prioritou bolest a od toho se pak odvíjí to další... samozřejmě prvotně je to zbavení té bolesti...“ „...samozřejmě stravování, rodina a spirituální potřeby ...“ „Tak oni hlavně chtějí klid, rodinné příslušníky a nechtějí mít bolesti, o jídlo až tak ani nestojí ...“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Máme standardy sociální péče, které se musí dodržovat, kde je etický kodex a práva našich klientů. Musí se dodržovat pravidla a směrnice a standardy, které tady máme. Je to o morálce každého z nás.“
	Vliv personálu a nastavení plánu péče	„Důležitost dodržování toho, protože ty plány péče se musí samozřejmě dodržovat. Mezi to patří i to zajištění bio psychosociálních potřeb klienta... je to jenom o tom nadřazeném, aby to kontroloval.“
P5	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„Tak nejčastěji potřeby hlavně, aby je nic nebolelo, tišení bolesti... aby pro ně to bylo co nejmiň náročný, neposílají se do nemocnice, aby měli na pokoji klid, aby tam byla ta rodina přítomna, aby se všichni k němu chovali už tím paliativním přístupem.“ „... podle mimiky, neverbálního projevu. A když tam člověk chodí a zná ho právě toho klienta... tak už na něm poznáte, že je prostě něco špatně, nebo že je spokojený... domlouvali tím neverbálním projevem nebo že kývla nebo prostě očima.“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Pokud to jde, tak se třeba někdy i stěhují ti klienti, aby tam zůstal třeba sám, rodina tady může i přespát a fakt personál tam chodí často. Je taky možnost toho kaplana, nebo teda vlastně toho kněze... Oslovují se i ty rodiny, ale spaní u nás moc nevyužívají.“ „... aby tam to ticho bylo... nebo takové to pohodové prostředí.“

		„Takže jako i co nejmiň se s ním manipuluje v rámci toho, co jde... Chodíme tam prostě všichni, když někdo fakt umírá, tak se tam střídáme. A to prostředí se mění v rámci prostě toho pokoje.“
	Vliv personálu a nastavení plánu péče	„Tak plán péče, ano je důležitý pro dodržení. Myslím si, že se toho držíme. Ale je to taky dle té situace a toho zdravotního stavu klienta.“ „Personálně teď je to v pohodě. Je to zajištěné. Samozřejmě, čím jich je víc, tím líp se může věnovat tomu konkrétnímu člověku...“ „noční tam je takový trošičku ten problém, že je kdyžtak 1 sestra na celý barák... Fakt se snažíme, aby byly ve dvou, protože ty stavy opravdu teď... jsou fakt, jakože špatné...“
P6	Identifikace a naplňování potřeb klienta	„Tak určitě mít ten svůj klid už. Jo určitě mají právo být bez bolesti... už se nesnažíme, když vidíme, že ten klient nám přestává jíst, tak opravdu už se do něho nesnažíme za každou cenu něco nacpat. Už vlastně respektujeme... fakt respektujeme ty jeho přání.“ „Tak já dělám na zvláštním režimu... hodně je to o tom pozorování... opravdu ta sestřička na zvláštním režimu toho klienta musí znát, aby věděla, když se usmívá... nebo jak reaguje... jak reaguje, když třeba má nějaký problém, když ho něco bolí... Z té znalosti těch klientů to jakože vypořádujeme, jestli je ten klient spokojený, nebo ne.“ „A dalším takovým tím aspektem jsou rodiny... Opravdu jsou rodiny, u kterých víme, že jsou fakt jako spolupracující, vděční... No, a pak je ta druhá půlka rodin.“
	Kvalita péče a zajištění důstojnosti	„Ono obecně všude je, že vlastně přání klienta je nad zájmy rodiny... Ale toto je velký boj teda.“ „je to individualita ten člověk... na tom zvláštním režimu svádí k tomu, že jdeme do takového toho infantilismus... jsou to jako dospělí lidé... ne, neumyjeme žádné ručičky, umyjeme ruce... na toho člověka je pohlíženo jako na tu osobnost až do toho konce.“ „... už prostě dopřáváme ten klid... čím dál častěji... se vždycky někdo z toho personálu najde, kdo si tam opravdu, když tam není ta rodina, jde za tím klientem sednout, tak chvíličku tam jenom sedí a jenom ho třeba drží za tu ruku.“

		<i>„měli jsme paní na dvoulůžkovém pokoji... umožnili jsme jim ten vzájemný kontakt... většinou zase třeba dopřejeme ten klid a máme tam závěs na tom pokoji... ztiší se televize...“</i>
	Vliv personálu a nastavení plánu péče	<i>„Takhle, když je nastavený vlastně nějaký ten ošetrovatelský plán... tak je v tom aspoň nějaký řád a nic se jakože se neopomene v té práci... aby prostě nedošlo k nějakému pochybení, nějakému opomenutí něčeho.“ „když máte málo personálu, tak je to vyloženě honba za plněním harmonogramu, za plněním povinností...“ „My třeba máme na našem oddělení pětadesát klientů a máme 2 sestřičky na denní... já jsem zažila doby, kdy jsme měli třeba 1 sestru na těch 70 klientů... teďka opravdu je to luxus.“</i>

Shrnutí: Domovy pro seniory se snaží zajistit svým klientům důstojný závěr života poskytnutím rodinného pokoje, aby měl umírající klid s rodinou. Personál dodržuje etické standardy a morální kodex. Důstojnost klienta chrání pomocí závěsů, ztišení prostředí a minimalizování rušivých prvků. Správně nastavený a důsledně dodržovaný plán péče je klíčový pro všechny sestry a vychází z individuálních potřeb klienta. Dodržování ošetrovatelského plánu je zásadní, pro splnění bio-psycho-sociálních potřeb klienta.

5.1.3 Výzkumná otázka 3: Jak ovlivňuje péči o klienta sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče?

Komunikace v týmu a vliv na péči: Vliv komunikace týmu na kvalitu péče je důležité, jak zdůrazňovali **participanti P3 a P4**. Vzájemné sdílení informací a podpora v týmu jsou klíčové pro zvládání emoční zátěže podle **P2, P5 a P6**. Komunikace na odděleních je vnímána vesměs jako dobrá uvádí **P1, P2, P3 a P6**. Jak přiznávají **P3, P4 a P5** neshody se občas objevují (a to především mezi sestrami a pečovatelkami). Řešení neshod probíhá diskuzí, nebo intervencí **říká většina participantů**. Supervize a týmové schůzky jako nástroje ke zlepšení komunikace a vzájemné spolupráce zmiňovali **P3 a P4**. Dobrý kolektiv a neformální vztahy mají pozitivní vliv na fungování týmu **uvádí P1 a P6**. Zdá se, že řešení neshod a práce na zlepšení týmové spolupráce probíhá u **všech participantů**.

Sdílení informací: Denní ústní předávání informací na schůzkách (ranní, odpolední) sdílejí všichni participanté. Záznam do programu Cygnus realizuje **P3 a P6**. V případě potřeby si informace předávají také telefonicky podle **P2 a P5**.

Spolupráce v multidisciplinárním týmu: Rozšiřování multidisciplinárního týmu o další profese (psycholog, kaplan, koordinátor) je patrné zejména u participantů **P4 a P5**, kde se tyto role buď zavádějí, nebo plánují. Spolupráce s externími paliativními týmy je přítomna participanta **P1 a P5**. Postrádání vlastního paliatra udává **P3**.

Tabulka 5 Výzkumná otázka 3 - kategorie a odpovědi

Participant	Kategorie	Odpovědi
P1	Komunikace v týmu a vliv na péči	„ <i>My tady na oddělení, mluvím za svoje oddělení. Nemáme žádné problémy, ta komunikace je dobrá a denně si předáváme informace.</i> “ „ <i>... přijdeme na školení a zjistíme, že toho máme víc jak v jiných domovech... A pak zjistíte, že třeba mají něco lepší. ... Ano a zase si předáváme různé informace zase od nich, nebo oni zase od nás...</i> “ „ <i>Tým paliativní péče musí být v souladu, aby byla péče jednotná a správně nastavená.</i> “
	Sdílení informací	„ <i>... každý den si předáváme... ústně... i do počítače... oni (pečovatelé) jsou přítomni každé ráno při té předávce.</i> “ „ <i>Každé ráno máme schůzku, přijde vedoucí a někdy sociální pracovníce.</i> “
	Spolupráce v multidisciplinárním týmu	„ <i>V týmu je ještě vrchní sestra, koordinátor zdravotní péče, takže s nimi všemi vlastně spolupracujeme.</i> “ „ <i>Vlastně spolupracujeme se sdílenou péčí, s tím Stromem života. Jo, tak tam je to vlastně nová práce.</i> “
P2	Komunikace v týmu a vliv na péči	„ <i>Myslím si, že u nás samozřejmě na některých odděleních se může něco vyvrbit... ale mluvím za naše oddělení, že s tím fakt nemáme problém.</i> “ „ <i>Někdy máme pocit, že všechno víme... a pak zjistíme, že prostě to není tak, jak by to ještě mělo být.</i> “ „ <i>To vždycky probereme prostě. A víceméně jsme se fakt vždycky nějak shodli, když třeba jsme někoho navrhovali třeba do té paliativní péče.</i> “

		<i>„Je to náročné, ale nějak nás to asi emocionálně neubíjí, protože to tady probíráme v kolektivu.“</i>
	Sdílení informací	<i>„Informace dáváme i do počítače, že si to můžou třeba i holky pečovatelky přečíst nebo sestra, co přijde na noční. Taky předáváme ústně, ale může si to přečíst i v počítači.“ „Holky noční... jsou zvyklé, že si telefonují...“ „Přijde vedoucí, někdy sem přijde ještě třeba sociálka... Některé mají 2 etáže, ale prostrídají se.“</i>
	Spolupráce v multidisciplinárním týmu	<i>„Máme tady kaplana, pak nutričního terapeuta.“ „Víceméně bychom chtěli, abychom měli nějakého vlastního paliatra... náš pan doktor... ten nemá šanci to tak všechno zvládnout.“ „Na každé etáži je jedna pečovatelka, která si hlídá jako ty svoje lidi.“</i>
P3	Komunikace v týmu a vliv na péči	<i>„...ovlivňuje tu spolupráci... když mi pečovatelka řekne... našla nějakého opruzené místo... já na to reaguji... spolupráce je tam velmi důležitá...“ „Myslím, že se vždycky najde nějaká drobnůstka. Ale tím, že jsou různé ty schůzky paliativního týmu, tak se na tom pracuje. A taky se pracuje na tom, co bychom zas do příště mohli zlepšit.“ „Míváme ještě supervize, kde si můžeme říct, co se nám nelíbí nebo v čem bychom se chtěli zlepšit... To se snažíme řešit hned...“ „Ty supervize jsou dané třikrát ročně... celé oddělení... Sestry, pečovatelky a paní, co vede supervizi.“ „Tak samozřejmě má velký vliv, protože každý člen toho týmu má svou důležitou roli... Ať už je to psycholog, sestra, pečovatelka, lékař.“</i>
	Sdílení informací	<i>„...dvakrát denně. Ráno bývá pravidelná schůzka... Další schůzka je potom vlastně po obědě v jednu hodinu.“ „...máme záznamy v Cygnusu, kde to je písemně a potom máme taky ústní spolupráci... Když je klient teplejší, tak mi to pečovatelka sdělí já ho přeměřím a pak zase na to reaguji písemně v Cygnusu. Kopíruji to i pečovatelkám.“</i>
P4	Komunikace v týmu a vliv na péči	<i>„...prostě neudělají pečovatelky polohování... spíš jako sestry štve, že ty pečovatelky nejsou důsledné... spíš se</i>

		potýkáme s tím, že holky sestry si stěžují, co zas neudělala pečovatelka...“ „... aha, tady někdo v noci nepolohoval?... je to o mojí edukaci, že když už to přeteče, tak jsem na těch poradách na odděleních.“ „No tak, to je vlastně ta moje práce. Chodím na oddělení a edukuji... je to o té edukaci a o lidech.“ „... pokud ty informace se předávají a jsou plněny ty ordinace nebo to, co si naplánují při tom předávání té služby, tak se to pozná podle toho komfortu toho klienta, že klient je spokojený... To je pro nás nejdůležitější.“
	Sdílení informací	„Takže u nás jsou každodenní schůzky na oddělení. Je to ráno při předávání služby v těch 7 hodin, kdy se sejdou na pečovatelské místnosti, je tam vedoucí oddělení... denní sestra... aktivizační pracovnice, všechny pečovatelky...“
	Spolupráce v multidisciplinárním týmu	„...samozřejmě je tam i personál navíc, kdy máme psycholožku prozatím na dohodu... Od ledna bude vlastně jakoby na hlavní pracovní poměr...“ „Je dobré, že se přizvalo do toho týmu víc lidí. Je tam psycholog, kaplan jo, takže je to takové ucelenější...“
P5	Komunikace v týmu a vliv na péči	„už máme externího psychologa... je úplně super... že ti lidi se jí prostě otevrou. ...možná by to bylo jako fajn i pro ty rodiny potom v rámci toho umírání.“ „Máme různé školení. Mluvíme s nimi třeba individuálně, děláme si schůzky... Jako ta komunikace u nás na patře nevázne, že fakt jako ani holky sestřičky se nebojí, nebo pečovatelky taky nemají obavy a vždycky přijdou...“ „Svoláme schůzku, sestřičky hodně komunikují i ty holky pečovatelky jsou zvyklé přijít za námi a prostě se ptát... Tam prostě někdy je potřeba použít zdravý rozum...“
	Sdílení informací	„...každé ráno probíráme konkrétně třeba další klienty... Když je potřeba třeba i odpoledne nebo během dne předáváme...“ „Holky na noční, když nemají sestřičku vždy na svém oddělení, tak jsou zvyklé, že si telefonují, že si předávají směnu přes telefon. Vždycky volají... jestli něco fakt je aktuálního, nebo akutního... když umře někdo... automaticky předat.“

	Spolupráce v multidisciplinárním týmu	„...když se tohle vlastně stane a klienti jsou převedeni... náš lékař vlastně nepíše... veškerou péči přebírá lékař Mostu k domovu včetně sestřiček... komplikované... musíme komunikovat prostě s jiným lékařem a jinou sestřičkou... než holky si i v noci zvykly... informovat tu sestřičku... Bylo to náročné...“ „Tak už máme vlastně externího psychologa. Když bude ta paliativní péče u nás bude tam kaplan, koordinátor té paliativní péče a psycholožka.“ „Spolupracujeme s mobilním hospicem ve Štípně, Most k domovu, takže ten jezdí, když je potřeba anebo ještě když nám přijdou nastavení klienti z nemocnice, z toho paliativního týmu.“ „Moc nám ten Strom života nepasoval. Celkově i přístup těch sestřiček nám nepasoval. A proto jsme oslovily po tom paliativním kurzu paní doktorku Kočendovou... a pak taky ten mobilní hospic Most k domovu.“
P6	Komunikace v týmu a vliv na péči	„Třeba teďka, v rámci upevňování dobrých vztahů na pracovišti, tak zítra bude večírek s řízkem, takže i toto jsou takové drobnůstky, které mají obrovský vliv. Jo a jinak občas se ty děvčata domluví... vypěstujou nějaké takové ty kamarádské vztahy... má všechno na to vliv.“ „...nějaká ta nesrovnalost v komunikaci mezi námi a doktorem... Naučily jsme se s tím pracovat... vykomunikovat s tím doktorem třeba nebo i s tím paliativním týmem vlastně taky“ „Každý má nějaký jiný úhel pohledu, takže je to o tom vykomunikování a jako nějak, jako si to srovnat. Říkám, my jsme celkem jako fakt dobrý kolektiv, takže tam nedochází k nějakým rozbrojům velkým...“ „... díky tomu potom vzniká nějaká taková ta ucelená péče... Poznámky od pečovatelky... má to vliv, protože toho člověka poznáte komplexně a jakože potom víte, jak k němu přistupovat... i ty (pocitové) si třeba tam předáváme jako na tom hlášení a i to má vliv jakože na tu péči samozřejmě.“
	Sdílení informací	„Takže jednak díky těm záznamům... program Cygnus, ten je... perfektní věc... když si dáte

		<i>přehled hlášení, tak tam se vlastně komplexně dočtete všechno o tom klientovi...“</i> <i>„...ne, ne, papírově už to nevedeme. Jako takhle naše děvčata, ta si to hlášení jako ještě tisknou... Někteří to mají radši i takhle...“</i> <i>„potom každý den ještě ráno od 7 hodin míváme schůzku oddělení, kdy se sejdou... veškeré pracovnice včetně sestřiček, včetně pečovateli...“</i>
	Spolupráce v multidisciplinárním týmu	<i>„...i třeba při adaptaci těch nových klientů, že probíhá taková ta multidisciplinární schůzka, kde je přítomna sestra... vedoucí oddělení... ta rodina... když je schopen... i klient, tak se účastní té schůzky taky.“</i> <i>„Máme tady přes den 6 pečovatelek na denní... ranní vlastně pracovnice... To jsou nějaké ty klíčové – aktivizační, jo, i rehabilitační... takže to jsou další ruce navíc.“</i> <i>„Jsme rádi, že ho máme (lékaře). Zvykli jsme si my na něho a on na nás, takže spolupracujeme.“</i>

Shrnutí: Každodenní předávání informací a otevřená komunikace pomáhá sestrám rychle reagovat na případné nedostatky. Ústní předání je doplněno zápisy v elektronickém systému Cygnus, kde jsou informace okamžitě přístupné všem pečovateli i sestrám. Při ranní schůzce se schází vedoucí oddělení, denní sestra, sestry, aktivizační pracovník a pracovníci přímé péče. Noční směny si často předávají aktuální informace telefonicky. Paliativní tým pracuje v souladu díky pravidelným schůzkám a supervizím, kde řeší drobné nedostatky a navrhuje jejich zlepšení. Neustále se zlepšuje kvalita komunikace s rodinnými příslušníky, kteří se tak mohou lépe smířit se závěrečnou fází života svých blízkých.

5.1.4 Výzkumná otázka 4: Jak se liší vedení dokumentace u klienta v obecné paliativní péči od vedení dokumentace ostatních klientů?

Časová náročnost administrativy: Nárůst administrativy a její časovou náročnost vnímá většina participantů s výjimkou participanta P4, který neuvádí časovou náročnost. P3 a P5 uváděli, že náročnost závisí na počtu a stavu klientů. P6 explicitně zmínila „o milion procent navýšení“ a snahu o rozdělení administrativní práce mezi denní sestry.

Forma a obsah dokumentace: Převažuje elektronická dokumentace, která umožňuje komplexní záznamy běžné péče a specifických informací u klientu zavedených do obecné

PP (SOS medikace, sledování stavu, kontakt s rodinou, spirituální potřeby) tyto informace uvádějí **P4 a P5**. Dokumentace obsahuje plán péče, rozhovory s rodinou, ordinace a cíle péče (**P1, P2, P4, P6**). Aktualizace probíhá denně, pravidelně dle změny stavu klienta a provádí ji sestry, pečovatelky a koordinátorka PP shodují se **všichni participanti**. Přístupová práva se mohou lišit dle kompetencí zdravotního personálu udává **P4**.

Účel a využití dokumentace: Dokumentace slouží primárně k zajištění přehledu a komplexního obrazu klienta pro celý tým, jak zmiňují **P3, P4 a P6**. Dále je využívána pro kontrolu dodržování plánu péče, ordinací a kvality péče říká **P4**. Účel dokumentace je vnímán jako klíčový nástroj pro komunikaci a řízení poskytované péče.

Tabulka 6 Výzkumná otázka 4 - kategorie a odpovědi

Participant	Kategorie	Odpovědi
P1	Časová náročnost administrativy	<i>„Nejvíce časově náročné hodnocení paliativní péče u klientů 1 krát týdně, případně jedenkrát měsíčně podle stavu toho klienta... popřípadě individuální záznamy.“</i>
	Forma dokumentace a obsah	<i>„Takže u nás v domově aktualizuje koordinátorka paliativní péče... Chodí se nás ptát, jak je ten klient na tom.“ „Informace v dokumentaci pro klienty, je to vlastně nastavení plánu paliativní péče. Tam je ten rozhovor s rodinou. Indikace ordinace lékaře, který tu SOS medikaci nastaví a potom cíl té péče.“</i>
P2	Časová náročnost administrativy	<i>„Je to časově jako náročné.“ „Časově náročné hodnocení, jednou týdně nebo jednou měsíčně podle stavu toho klienta nebo dle potřeby.“</i>
	Forma dokumentace a obsah	<i>„Je to nastavení plánu paliativní péče, rozhovor s rodinou. Nastavení SOS medikace. A od, kdy je vůbec nastavená ta paliace a cíle té péče.“ „Koordinátorka to aktualizuje vlastně na základě našich záznamů... Chodí ráno na předávání služby... A tam se probírají i ti lidi, co jsou v té paliativní péči. Potom ještě máme vždycky kolem té 1 hodiny, tak mají taky holky schůzku další...“</i>
P3	Časová náročnost administrativy	<i>„Zatěžuje, ale tak bohužel musí být. Musí být hotová ta administrativa, takže patří to k tomu.“ „Záleží, kolik těch klientů máte zrovna v paliativní péči... to záleží podle počtu.“</i>

	Forma dokumentace a obsah	„Koordinátorka paliativní péče si aktualizuje dokumentaci... Jak je potřeba, kdykoliv je nějaká změna nebo změna stavu hlavně u klienta...“ „Tak samozřejmě máme záznamy v Cygnusu, kde to je písemně... Kopíruji to i pečovatelnám...“ „Tak samozřejmě tam jsou informace o klientovi. Zda je schopen ještě přijímat stravu nebo jak často se polohuje. Samozřejmě hlídání predilekčních míst, zda tam nejsou dekubity.“ „Kdykoliv je nějaká změna nebo změna stavu klienta... Mělo by to být aktualizované...“
	Účel dokumentace a využití	„...aby všichni měli přehled, když přijdou na jiné podlaží, aby věděli, co se tam děje.“
P4	Časová náročnost administrativy	„Jo, tak já bych řekla, že to není nic časově náročnějšího... V rámci té svojí směny si to stihne sestra zapsat.“ „Neustále, průběžně každý den... záznamy o tom člověku by měly být každý den a ne jenom jakože při změně stavu klienta... Nemám ráda, když tam není v ten den o tom člověku žádný záznam.“
	Forma dokumentace a obsah	„...všechno v tom našem informačním systému Cygnus... zavedli paliativní záznam... do toho záznamu všichni píšou... vidíte svého klienta a každý den to vidíte... nemusíte brát milion složek... barevně odlišené.“ „že prostě tam dneska bylo napsáno, že klient nejedl, pitný režim skoro nulový.“ „Prostě každý klient má svoji dokumentaci sociální, zvláště ošetrovatelská, protože do ošetrovatelské nemůže nahlížet pečovatelná... Jak tady bude koordinátor paliativní péče, tak dám zase položku záznamy koordinátora péče a bude mít samostatnou složku.“
	Účel dokumentace a využití	„Důležitost dodržování toho, protože ty plány péče se musí samozřejmě dodržovat... je to jenom o tom nadřízeném, aby to kontroloval... Musí tam být záznamy, vyplněné svědomitě.“ „Prostě každý klient má svoji dokumentaci sociální, zvláště ošetrovatelská, ... aby ta sestra věděla, jestli jedl, nejedl, ...“
P5	Časová náročnost administrativy	„No, každý den... i celkově, když máme zhoršený stav... ano, každý den i několikrát denně.“

		<i>„Hm, časová náročnost to nejde jako říct, prostě když to ten stav vyžaduje... je to individuálně.“</i>
	Forma dokumentace a obsah	<i>„Tak je tam navíc ta SOS medikace, co my běžně nemáme v domově. Vlastně je tam navíc to, že řešíme věci, když jsou klienti ve specializované paliativní péči v tom Mostu.“ „Papírování jsme zvyklí vypisovat. Teda ano, nově zavádíme v domově paliativní péči a tam nám přibýlo více administrativní práce v počítači, ale je to jenom o zvyku.“</i>
P6	Časová náročnost administrativy	<i>„...trošičku náročná... já jako denní sestra víc jedu v administrativě... aby holky měly prostor na klienty... stáhnout administrativu na sebe.“ „Tak ono nebylo ani tak té administrativy tolik... Ale teďka opravdu, jo, milion procent navýšení jako té administrativy.“</i>
	Forma dokumentace a obsah	<i>„Takže my vlastně záznamy u těch klientů obecně u všech děláme denně, zaznamenávají se tam běžné ošetrovatelské úkony... jakékoliv změny... jestli měl dneska klient teplotu, jakou činnost zvládl třeba i od pečovatelek... příjem stravy/tekutin... jestli má bolesti... jak vypadá stav kůže... jestli tady třeba byla rodina... přání zajistit kněze...“ „Tak prakticky denně... ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán co 3 měsíce... co 3 měsíce ty klienty vážíme... Když nastane změna nebo když se třeba klient vrátí z nemocnice, tak se vlastně přehodnocují ty ošetrovatelské plány...“</i>
	Účel dokumentace a využití	<i>„...aby když přijde zítra do práce někdo druhý... aby měl komplexní takový obrázek o tom klientovi.“</i>

Shrnutí: Hodnocení paliativní péče se provádí v domovu pro seniory, který má již zaveden paliativní tým. Hodnotí se jednou týdně či měsíčně podle aktuálního zdravotního stavu klienta. přičemž každý den se doplňují individuální záznamy. Ačkoli je to časově náročné, patří to k nezbytné administrativě, která sestřám umožňuje pružně reagovat na potřeby rostoucího počtu pacientů. Koordinátorka paliativní péče pravidelně aktualizuje dokumentaci v systému Cygnus na základě každodenních ošetrovatelských záznamů a změn stavu klienta. Každý klient má vedle standardní ošetrovatelské anamnézy a tříměsíčních plánů také denní záznamy o úkonech, změnách stavu, příjmu stravy či tekutin, bolesti a návštěvách rodiny. Veškeré informace se zapisují do elektronického systému Cygnus

a předávají se ústně. Plány péče je nutné důsledně dodržovat a nadřízený je zodpovědný za jejich kontrolu, proto musí být všechny záznamy svědomitě vyplněné. Každý klient má vlastní sociální i ošetrovatelskou dokumentaci, kde je zaznamenáno jaká ošetření proběhla, zda jedl, jaký měl příjem tekutin nebo zda má klient bolesti.

6 DISKUZE

Tato diskuze interpretuje zjištění z kvalitativního výzkumu, který se zaměřil na specifika péče o klienty zavedené do obecné paliativní péče v domovech pro seniory. Hlavním **cílem práce bylo popsat specifika paliativní péče v kontextu dvou konkrétních zařízení** z pohledu všeobecných sester. Z rozhovorů s participanty vyplynuly cenné poznatky o náročnosti poskytování paliativní péče v prostředí domova pro seniory.

Ve všech čtyřech výzkumných otázkách se opakují klíčové motivy: zvýšená emocionální a administrativní zátěž sester, zásadní význam jasně nastaveného plánu péče a multidisciplinární spolupráce. Zároveň se potvrdilo, že profesionální vzdělávání i kvalitní týmová komunikace významně přispívají k saturaci potřeb klientů a k udržení duševní rovnováhy personálu.

6.1 VO 1: Jak ovlivňuje práci sestry péče o klienty zavedené do paliativní péče?

Emocionální zátěž a její zvládání: Sestry přiznávají, že bližší citová vazba k umírajícím klientům vede k silnému stresu, který však tlumí pravidelné týmové diskuse, sdílení zkušeností a osobní relaxační aktivity (procházky, koníčky).

Personální zdroje a pracovní podmínky: Kombinace stálých zaměstnanců (sester) a brigádníků zabezpečuje kontinuitu služeb. Centralizace administrativy u vedoucí sestry částečně ulevuje pečovatelkám, ale vyžaduje vysokou míru koordinace.

Vzdělávání a rozvoj kompetencí: Pevně zakotvený roční vzdělávací plán včetně kurzů a seminářů zajišťuje systematické zvyšování kvality péče i pocit jistoty sester při výkonu nových úkolů.

Změny v náplni práce a zodpovědnosti: Koordinátor paliativní péče přebírá část administrativy a organizační agendy, což snižuje nároky na ostatní sestry. Absence vlastního paliatra však brzdí okamžité rozhodování o SOS medikaci a zvyšuje stres z nejistoty při akutních situacích.

Teoretické zdroje zdůrazňují význam multidisciplinární spolupráce a koordinace (Kabelka, 2018).

6.2 VO 2: Jak ovlivňuje úroveň saturace potřeb klienta pohodlí a spokojenost klienta?

Bio-psycho-sociální přístup a plán péče: Správně nastavený a dodržovaný plán péče garantuje, že se nezanedbají klientovi potřeby. Sestry hodnotí, že individuální přístup i respekt k osobnosti klienta jsou klíčové pro jeho spokojenost.

Prostředí a důstojnost: Jednolůžkové či rodinné pokoje, úprava a možnost neomezené přítomnosti rodiny zvyšují komfort a snižují úzkost klientů.

Autoři Sláma a Kabelka (2022) uvádí, že kvalita prostředí i rodinné zapojení výrazně ovlivňují spokojenost klienta.

6.3 VO 3: Jak ovlivňuje péči o klienta sdílení informací mezi sestrami a pracovníky přímé péče?

Způsob komunikace: Denní předávání a elektronický zápis v systému Cygnus zajišťuje vysokou spolehlivost přenosu informací mezi směnami i mezi ostatními členy týmu.

Multidisciplinární spolupráce: Pravidelné schůzky paliativního týmu umožňují vzájemnou podporu a spolupráci v rozhodování.

Jak zdůrazňují Pechová a Lejsal (2020) sdílení informací je základem zachování péče a minimalizace chyb.

6.4 VO 4: Jak se liší vedení dokumentace u klienta v obecné paliativní péči od vedení dokumentace ostatních klientů?

Rozšíření administrativní úkonů: Kromě standardní anamnézy sestry zaznamenávají SOS medikaci, rozhovory s rodinou, duchovní péči a cíle péče, což výrazně zvyšuje časovou náročnost administrativy.

Barevné odlišení a sdílení: Elektronický systém umožňuje vizuální rozlišení paliativních záznamů, což zlepšuje orientaci nově příchozích zaměstnanců a zvyšuje bezpečnost péče.

Dokumentace v paliativní péči musí zachycovat široké spektrum dat, včetně psychosociálních a spirituálních záznamů (Kabelka, 2018).

V dostupných databázích nebyly dohledány studie a výzkumy, jejichž výsledky by bylo možné srovnávat s touto výzkumnou otázkou.

6.5 Shrnutí pro praxi

Práce se zaměřuje na práci sester, proto autorka předkládá několik příkladů pro praxi v domovech pro seniory:

1. **Potřeba psychologické podpory:** Vzhledem k vysoké emocionální zátěži sester je doporučeno zavést a udržovat systematické programy psychologické podpory a supervize pro personál. Konkrétně se doporučuje zavedení pravidelných skupinových supervizí vedených odborníky z oblasti klinické psychologie, možnost individuálního poradenství a podpory podle aktuálních potřeb zaměstnanců, včetně individuálních konzultací s psychologem nebo kaplanem. Dále je vhodné pořádat vzdělávací semináře zaměřené na zvládání stresu, práci s emocemi a prevenci syndromu vyhoření.
2. **Benefity pro zaměstnance a snížení administrativní zátěže:** Kvalitní péče je úzce spjata s dostatečným a kvalitním personálním obsazením jednotlivých pozic. Pro přilákání a udržení kvalifikovaných pracovníků je klíčové nabídnout atraktivní benefity, jako je náborový příspěvek, více dnů dovolené, sick days, příspěvek na dovolenou, zvýhodněné mobilní tarify pro zaměstnance a členy rodiny. Tyto výhody mohou výrazně zvýšit zájem o práci. Současně je třeba hledat způsoby pro snížení administrativní zátěže, automatizací procesů nebo optimalizací elektronické dokumentace. Využití přenosných elektronických zařízení s okamžitým zápisem ošetrovatelské činnosti u konkrétního klienta.
3. **Rozvoj týmové práce a komunikace:** Dále podporovat rozvoj multidisciplinárního týmu. Posilovat komunikační dovednosti personálu a využívat supervize jako nástroj k řešení neshod a emoční podpory. Důležitou součástí podpory kolektivu je organizační kultura, podpora modelu – každý v týmu je důležitý a potřebný. Systematicky zajišťovat školení a průběžné vzdělávání zaměstnanců, zaměřené na zlepšení spolupráce v týmu, zvládání náročných situací a rozvoj měkkých dovedností.

7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit práci všeobecných sester poskytující obecnou paliativní péči v domovech pro seniory.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První, teoretická část práce je zaměřena na studium základních poznatků o paliativní péči, jejím významu v životě každého člověka, důležitosti pečujících osob v rámci paliativního týmu a zejména role sestry. Pozornost se v teoretické části soustředí na paliativní péči v domovech pro seniory.

Druhá, praktická část bakalářské práce poukazuje na práci sester poskytující obecnou paliativní péči v domovech pro seniory ve Zlínském kraji. Pro praktickou část byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Informace byly získány prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Samotné rozhovory proběhly v měsíci listopadu 2024. Ze získaných informací se dále jednotlivá data kódovala. Výsledkem práce je zjištění, jak práce sester ovlivňuje péče o klienty zavedené do obecné paliativní péče, úroveň saturace potřeb klienta, jak probíhá komunikace mezi sestrami a vedení dokumentace v obecné paliativní péči.

Praktická část bakalářské práce poskytla cenný pohled do komplexnosti a náročnosti práce sester poskytujících obecnou paliativní péči v domovech pro seniory. Důraz je kladen na podporu multidisciplinárního týmu, adekvátního personálního obsazení a efektivní administrativy. Přes zjevné výzvy se sestry v domově pro seniory projevují jako vysoce angažované a oddané své práci. Což, je základem pro další rozvoj paliativní péče v domovech pro seniory.

Pro navazující výzkum autorka práce navrhuje zaměřit se na následující oblasti:

- Možnosti digitalizace a automatizace dokumentačních procesů, které by mohly snížit administrativní zátěž bez dopadu na kvalitu zaznamenávaných dat;
- Srovnání různých úrovní implementace paliativních principů v domovech pro seniory, které by umožnilo identifikovat klíčové faktory úspěšné integrace paliativní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOGGATZ, T., 2020. *Quality of life and person-centered care for older people*. Cham: Springer. ISBN 978-3-030-29989-7.

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

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, Z. Ú. *ELNEC Core*. Online. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elneccore> [cit. 2024-12-20].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, Z. Ú. Online. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/> [cit. 2024-12-20].

CESTA DOMŮ, Z.Ú. *Dobrovolní v přímé péči*. Online. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/dobrovolnik-v-prime-peci>. [cit. 2025-02-28].

ČESKO, 2004. *Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, 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. Online. In: e-Sbírka. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2004/96>.

ČESKO, 2006. *Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Online. In: e-Sbírka. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2006/505>.

ČESKO, 2011. *Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Online. In: e-Sbírka. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/55>.

ČESKO, 2017. *Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon 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. Online. In: e-Sbírka. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2017/201>.

DOMOV DŮCHODCŮ DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM, 2022. *Metodika zavádění paliativní péče v domově pro seniory*. Online. Dostupné z: https://www.domovdknl.cz/wp-content/uploads/2022/03/Metodika-Paliativa_-Pecujeme-spolecne-.pdf [cit. 2025-03-02].

DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, © 2025a. Online. Dostupné z: <https://www.dsmburesov.cz/> [cit. 2025-05-18].

DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, © 2025b. *Paliativní péče*, Online. Dostupné z: <https://www.dsmburesov.cz/paliativni-pece> [cit. 2025-05-18].

DOMOV PRO SENIORY LUKOV, P. O., © 2024. Online. Dostupné z: <https://ds-lukov.cz/> [cit. 2025-05-18].

HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*, Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2900-8.

HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HRDÁ, K.; TOLLAROVÁ, B., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. Online. Dostupné z https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf. [cit. 2024-12-13].

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

KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALA, M.; DORKOVÁ, Z., 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-745-4668-6. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/41526>.

KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KALVACH, Z., 2025. *Medicína dlouhodobé péče*, Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5031-1.

KOZÁKOVÁ, R., 2020. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2896-9.

- KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-764-5.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy 3*. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-77-5.
- MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5589-2.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2019. *Sociální služby*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby> [cit. 2025-03-02].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2019. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - DOMÁCÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20V S%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%200p%C3%A9%C4%8De.pdf> [cit. 2025-05-24].
- NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ, 2024. *Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče - 820-27/2024*. Online. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/vseobecna-sestra-domaci-pece-a-hospicova-pece-820-272024> [cit. 2025-05-25].
- NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ, 2025. *Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči - 820-28/2025*. Online. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci-820-282025> [cit. 2025-05-25].
- NOVÁ, V., 2024. *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-5305-3.
- ONDRUŠOVÁ, J.; KRAHULCOVÁ, B., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PECHOVÁ, K. a LEJSAL, M., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.

PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-2326-1.

POSPÍŠILOVÁ, V. a TÓTHOVÁ, V., 2022. *Postavení sestry v minulosti, současnosti a budoucnosti*. Praha: NLN. ISBN 978-80-7422-899-5.

SLÁMA, O.; KABELKA, L., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, O.; ŠPINKA, Š., 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

SLAMKOVÁ, A.; POLEDNÍKOVÁ, L., 2013. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliativnej starostlivosti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-379-0.

STŘEDISKO VZDĚLÁVÁNÍ S.R.O. *Paliativní péče v sociálních a zdravotnických službách*. Online. Dostupné z: <http://www.vsostrava.com/kurz/paliativni-pece>. [cit. 2025-02-07].

SUE RYDER, © 2017. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/>. [cit. 2024-12-13].

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠÁTEKOVÁ, L., 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5710-0.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ, © 2025. *Domácí péče a hospicová péče*, Online. Dostupné z: <https://fhs.utb.cz/studium/prijimaci-rizeni/navazujici-magisterske-studium/domaci-pece-a-hospicova-pece/> [cit. 2025-05-24].

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE - VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA, © 2025. *Paliativní péče v lůžkovém zařízení*, Online. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/nelekarske-profese-akreditovane-programy-a-certifikovane->

kurzy/akreditovane-vzdelavaci-programy/certifikovane-kurzy/5426-paliativni-pece-v-luzkovem-zarizeni [cit. 2025-05-24].

WATSON, M.S. et al. eds., 2019. *Oxford handbook of palliative care* Third edition., Oxford: Oxford university press. ISBN 978-01-987-4565-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, © 2025. *Palliative care*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [cit. 2025-05-24].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
cit.	citováno
CRP	C-reaktivní protein
č.	číslo
DZR	Domov se zvláštním režimem
et.al.	a kolektiv
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
INR	international normalised ratio
MDT	multidisciplinární tým
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
n.d.	no date (bez data)
např.	například
odst.	odstavec
P	Participant
p.o.	příspěvková organizace
písm.	písmeno
PP	paliativní péče
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů
SOS	Save our souls (Zachraň naše duše)
s.r.o.	společnost s ručením omezením
T	Tazatel
tzv.	tak zvaně
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VO	Výzkumná otázka

z.ú. zapsaný ústav

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (zdroj vlastní).....	24
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Participanti	39
Tabulka 2 Kategorie a kódy	41
Tabulka 3 Výzkumná otázka 1 - kategorie a odpovědi	44
Tabulka 4 Výzkumná otázka 2 - kategorie a odpovědi	51
Tabulka 5 Výzkumná otázka 3 - kategorie a odpovědi	56
Tabulka 6 Výzkumná otázka 4 - kategorie a odpovědi	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: §5 zákon č. 372/2011 Sb. v platném znění

Příloha P II: §5 zákon č.96/2004 Sb.

Příloha P III: §5 odst. 1, písm. c ve znění zákona č. 201/2017 sb.

Příloha P IV: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P V: Rozhovory

Příloha P VI: Obsah z webové stránky Domova pro seniory Burešov

PŘÍLOHA P I: §5 ZÁKON Č. 372/2011 SB. V PLATNÉM ZNĚNÍ

§5

Druhy zdravotní péče

(2) Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou

- a) preventivní péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- b) diagnostická péče, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- c) dispenzární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,
- d) léčebná péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,
- e) posudková péče, jejímž účelem je zjištění, zda
 1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo
 2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,
- f) léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu,

popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona¹²), jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,

- g) ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,
- h) paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí,
- i) lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče (dále jen „lékárenská péče“), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro¹³), zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

Zdroj: (Česko, 2011)

PŘÍLOHA P II: §5 ZÁKON Č.96/2004 SB.

§ 5

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním

- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
- c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,
- d) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
- e) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- f) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- g) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
- h) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

Zdroj: (Česko, 2004)

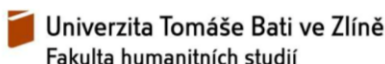
**PŘÍLOHA P III: §5 Odst. 1, písm. c ve znění zákona č.
201/2017 Sb.**

V § 5 odst. 1 se za písmeno b) vkládá nové písmeno c), které zní:

„c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,“.

Zdroj: (Česko, 2017)

PŘÍLOHA P IV: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Práce sester v domově pro seniory se zaměřením na obecnou paliativní péči

Řešitel projektu: Lenka Zimáčková, l_zimackova@utb.cz

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Cíl výzkumu: Přiblížit práci sester poskytující obecnou paliativní péči v domově pro seniory

Popis výzkumu: Výzkum bude prováděn v Domově pro seniory Burešov a v Domově pro seniory Lukov ve dnech 20.11.- 21.11.2024. Účastníkem výzkumu je všeobecná sestra pracující v Domově pro seniory minimálně 1 rok. Výzkum bude zpracováván formou kvalitativního rozhovoru. Časová náročnost výzkumu je 1 hodina na každého účastníka, dle jeho časových možností. Z výzkumu bude pořizován zvukový záznam s následným přepisem. Výzkum neobsahuje žádná fyzická či jiná rizika. Výsledky výzkumu budou zpracovány anonymně. Osobní údaje účastníků budou chráněny a nebudou zveřejněny žádné informace, které by mohly vést k identifikaci jednotlivých účastníků. Data budou použita výhradně pro účely tohoto výzkumu a nebudou poskytnuta další osobě. V případě jakéhokoli nepohodlí máte právo kdykoli rozhovor přerušit nebo ukončit.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí. Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

PŘÍLOHA P V: ROZHOVORY

Rozhovory jsou autentické, neupravené.

Rozhovor s participantem P1

T: *Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?*

P1: Je to vlastně ošetrovatelská péče. Je to podávání léků, převazů, inzulinu, odběry, měření vitálních funkcí, polohování.

T: *Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?*

P1: Ne, je to vlastně práce, kterou jsme dělali i předtím. Vlastně spolupracujeme se sdílenou péčí, s tím Stromem života. Jo, tak tam je to vlastně nová práce.

T: *Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?*

P1: Je to nastavení té SOS medikace, rozhodnutí nás sester, kdy podat lék z té medikace nebo volat sdílené péči Strom života. Když je v paliativní péči v obecné, tak tam se volá rychlá zdravotní pomoc.

T: *Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?*

P1: Absolvovali jsme třeba třídní školení v Praze jednou za rok nebo více jednodenních.

T: *Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?*

P1: Není to nějaké stresující, pokud samozřejmě přijde něco náhlé a nemáme to nastavené, přímo ten plán péče, tak je to takové stresové, abychom opravdu udělali pro toho člověka maximum, aby neměl bolesti. A hlavně ještě spolupráce s tou rodinou. **Jo**, když se s tou rodinou dobře spolupracuje, tak i my jsme v takovém větším klidu a nemáme s tím nějaký.

T: *Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?*

P1: Spolupracovat se Stromem života vlastně.

T: *Pokud ano, jaké to jsou?*

P1: Takže se učíme, že je to něco nového zase pro nás. U pár lidí už jsme s nimi spolupracovali.

T: Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?

P1: Informace v dokumentaci pro klienty, je to vlastně nastavení plánu paliativní péče. Tam je ten rozhovor s rodinou. Indikace ordinace lékaře, který tu SOS medikaci nastaví a potom cíl té péče.

T: Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?

P1: Takže u nás v domově aktualizuje koordinátorka paliativní péče, což je vlastně paní Krátká. Chodí se nás ptát, jak je ten klient na tom? Každý den se o tom bavíme. Kolem jedné hodiny máme další schůzku.

T: Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?

P1: Nejvíce časově náročné hodnocení paliativní péče u klientů 1 krát týdně, případně jedenkrát měsíčně podle stavu toho klienta, když je stabilizovaný, tak vlastně jedenkrát měsíčně a jinak jedenkrát týdně, popřípadě individuální záznamy.

Rozhovor s participantem P2

T: Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?

P2: Je to vlastně ošetrovatelská péče. Je to podávání léků, převazů, inzulinu, odběry, měření vitálních funkcí, polohování.

T: Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?

P2: To je prostě práce, kterou děláme stále stejnou. Spolupracujeme se Stromem života, v tom je to jiné.

T: Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?

P2: Když je to z té obecné paliativní péče, když se třeba zhorší ten člověk, tak kdy volat tu rychlou záchrannou pomoc. Ale když už je prostě v tým Strom života, tak s ním se to řeší.

T: Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?

P2: To máme nastavené ve vzdělávacím programu v počítači, kdy nám vlastně vedoucí nám zadá, kdy je nějaké školení ohledně té paliativy a jsme vysláni. A ten kdo neabsolvoval tady ty třídní, tak měl nějaké jednodenní, ale těch bylo víc.

T: *Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?*

P2: Je to náročné, ale nějak nás to asi emocionálně neubíjí, protože to tady probíráme v kolektivu. Jo ta sestra, byť je tady sama, ale k sobě má ještě pracovníky přímé péče. Víceméně se s tím člověk vyrovnává, dá se říct po svém. Myslím, že záleží na tom, jak je to všechno nastavené. Ten plán péče je a člověk se má čeho chytout.

T: *Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?*

P2: Když jsme začali s tím stromem života, tak to je takové trochu jak když nad rámec, protože vlastně na ně se musíme obracet.

T: *Pokud ano, jaké to jsou?*

P2: Jo, ale jinak jako ty postupy jsou furt stejné.

T: *Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?*

P2: Je to nastavení plánu paliativní péče, rozhovor s rodinou. Nastavení SOS medikace. A od, kdy je vůbec nastavená ta paliace a cíle té péče.

T: *Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?*

P2: Koordinátorka to aktualizuje vlastně na základě našich záznamů, jestli se člověk zhorší nebo zlepší. Chodí ráno na předávání služby, kde my některé ty odpovědi taky, že máme **každé každé** ráno předávání té služby. A tam se probírají i ti lidi, co jsou v té paliativní péči. Jestli se něco přihodilo den předtím, nebo přes noc.

Potom ještě máme vždycky kolem té 1 hodiny, tak mají taky holky schůzku další, protože od toho rána dopoledne se může cokoliv přihodit.

Je to časově jako náročné.

T: *Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?*

P2: Časově náročné hodnocení, jednou týdně nebo jednou měsíčně podle stavu toho klienta nebo dle potřeby.

Rozhovor s participantem P3

T: *Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?*

P3: V domově se zaměřujeme hlavně na činnosti sesterské, takže samozřejmě k tomu patří podávání léků klientům, pokud jsou, tak převazy ran nebo ošetření dekubitů, lokální terapie. Dále u diabetiků dohlížíme na to, aby měli pravidelnou stravu, aplikace inzulínu eventuelně léku na diabetes, aby se dodržovala dieta.

T: *Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?*

P3: Ano, ale co se týče péče o klienta tak ne. Ale co se týče administrativy, tak samozřejmě toho je více - zapisování, eventuelně pátky se řeší stav klientů, kteří jsou v paliativní péči, jaké jsou změny.

T: *Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?*

P3: Takže já bych řekla, že v tomhle se to nemění, že ta péče o ty klienty je vlastně stejná tak jak když nebyli v paliativní péči. Beru to tak, že samozřejmě je to náročnější na tu psychiku, ale to prostě patří to k životu. Tak samozřejmě musíme vědět, jaký ten závěr života může být, že lidi mohou být zahleněný, že je potřeba odsávat. Musíme také vědět, že je možné poskytnout kyslík, že je možnost aplikace nějakých prostředků na zmírnění bolesti.

T: *Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?*

P3: Takže odborné vzdělávání máme vždycky nastaveny managementem, který nabízí různé kurzy nebo semináře, takže pokud je ten seminář, tak se samozřejmě účastníme.

Letos to bylo zrovna dvakrát.

T: *Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?*

P3: Tak snažím se, když přijdu z práce, nemyslet tady na to a věnuji se třeba svým koníčkům. Mám třeba psa, takže odreagování je procházka se psem po práci.

T: *Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?*

P3: Asi ne.

T: *Pokud ano, jaké to jsou?*

P3: -

T: *Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?*

P3: Tak samozřejmě tam jsou informace o klientovi. Zda je schopen ještě přijímat stravu nebo jak často se polohuje. Samozřejmě hlídání predilekčních míst, zda tam nejsou dekubity.

T: Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?

P3: U nás si dokumentaci o klientech aktualizuje koordinátorka paliativní péče. Kdykoliv je nějaká změna nebo změna stavu klienta. Mělo by to být aktualizované, aby všichni měli přehled, když přijdou na jiné podlaží, aby věděli, co se tam děje.

T: Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?

P3: Přehodnocuje se každý pátek. Spolupracujeme s pečovatelkami a všechny změny, na co se více zaměřit a jak postupovat dál u toho klienta, musíme zaznamenávat do počítače. Záleží, kolik těch klientů máte zrovna v paliativní péči a musíte vlastně reagovat na každého klienta, to záleží podle počtu.

Rozhovor s participantem P4

T: Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?

P4: Tak u nás je to samozřejmě všechno v rámci paliativní péče, hlavně se zaměřujeme na bolest klientů. A pokud člověk nemá bolest, tak s vámi komunikuje. Když je bolestivý, tak samozřejmě vám nic nechce svěřit, jenom je sám sevřený v té bolesti, takže u nás je prioritou bolest a od toho se pak odvíjí to další, samozřejmě stravování, rodina a spirituální potřeby, takže taková ta základní, prostě ta pyramida potřeb. Ale na prvním místě je ta bolest, protože pokud je člověk v bolesti, tak s vámi nechce komunikovat absolutně o ničem.

T: Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?

P4: Tak vzhledem k tomu, že teďka dělám částečně koordinátora paliativní péče, není to tak, že by se mi změnila jako oficiálně papírově náplň práce, ale než budu mít přijatého někoho na pozici koordinátora paliativní péče, tak se mi to změnilo v tom, že vlastně musíte koordinovat veškerou činnost personálu a samozřejmě je tam i personál navíc, kdy máme psychologku prozatím na dohodu. Je tu pouze jednou za 14 dní od 13 hodiny do 17. Od ledna bude vlastně jakoby na hlavní pracovní poměr, každý týden. A mám to naplánované tak, že potom v novém roce už by se pravidelně stabilně zavedla středa. Ona teďka chodí ve středu. Ty středy by se dělaly na každém oddělení takové skupinové schůzky veškerého personálu. Málo veškeré letos psychologka nejlépe, kdyby tam byla i ta kaplanka, která nám byla jako přislíbena, protože máme už smlouvu s olomouckou arcidiecézí. Měli jsme tu mít už

kaplanku, jenomže ta, co nám byla přidělena, měla v rodině nějaké problémy, takže teďka nám hledají někoho zástupného. Jo, takže mám tu představu ohledně těch schůzek, takže to teďka tak jako lámu, jak se dá.

T: Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?

P4: Tak nejnáročnější je to vůbec jako všechno vykomunikovat, jo. Takové to pozvat rodinu samozřejmě, protože my teďka děláme i paliativní rozhovory, takže když víme, když máme otipovaného toho klienta na oddělení, tak si pozveme rodinné příslušníky, seznámíme je s tím stavem a samozřejmě ne, že to na ně hned vybalíme, jakože ten člověk je vhodný pro paliativní péči. Spousta lidí se o tom nechce bavit hlavně v situaci, když je to maminka, tatínek, tak to je velice tenký led, protože oni mají představu, že tady budou do 150 let.

No prostě zkoordinovat veškerou tu činnost, prostě. Ne každý to chápe, i když tady probíhají školení, pak musíte zkoordinovat veškerou činnost, zabezpečit tu komunikaci, takže mezi klientem, lékařem, rodinou a ostatními zaměstnanci, protože se to netýká jenom pečovatelek. Ale týká se to i těch údržbářů, co chodí na pokoj. Týká se to uklízeček, jo, týká se to vlastně všech, tak aby na to brali ohledy.

T: Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?

P4: 2/3 personálu má kurz certifikovaný na speciální zdravotní škole. Je to týdenní kurz paliativní péče teoretický, kdy od pondělí do pátku sedí ve škole a učí se. Já jsem ho absolvovala minulý rok s dalšími osmi sestřičkami. A letos mi to teďka v září dělá 8 sestřiček a součástí toho kurzu je pak praxe, kdy jsou hodiny na onkologii a pak dva dny stáž v Citadele v hospici ve Valašském Meziříčí a teďka nově chodí sestřičky na praxi do paliativního týmu do Baťovi nemocnice. Měly jsme tam přednášky od kaplana a tak dále. Jedna sestra teda má specializovaný kurz v NCO NZO paliativní péče v Brně. Dále jsme měly ještě kurz paliativní péče zaměřený na nutriční podporu v paliativní péči jednodenní kurz a na příští rok máme naplánovaný komunikační kurz ELNEC.

T: Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?

P4: Budu upřímná. Ano, mně to zase nepříjde tak emocionálně náročné. Jako ano, samozřejmě, když se nám tady rodinný příslušník rozpláče, tak to samozřejmě je. Ale já si to osobně nezaobírám. Jako nevím, já si to nějak nepřipouštím. Přijdou mi příbuzní tady po první do kanceláře a já, jelikož zaštiťuji tu péči, tak samozřejmě se ode mě očekává, že budu

jako s nimi komunikovat. Teď je pro mě nejhorší, asi emocionálně nejvíc vypjaté to, abych se naladila, nebo abych si toho člověka vůbec i otipovala, do jaké míry se můžu o tom tématu zmínit. Proto při některých schůzkách tu paliativní péči ani nezmním, protože z nich vycítím, že oni se o tom nechtějí bavit, takže je to třeba až na další schůzce.

Jo, takže pro mě je asi při té paliativní péči nejdůležitější otipovat si toho člověka a naladit se na tu jeho notu a vůbec jako si to v hlavě sesumírovat, co mu můžu říct a co nemůžu, aby ho to neranilo, takže je to pro mě strašně emocionálně vypjaté vědět, kam můžu vstoupit a kam ne. Jak to té rodině říct a jestli to vůbec říct a jestli to nenechat na další schůzku?

T: Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?

P4: Ano.

T: Pokud ano, jaké to jsou?

P4: Občas spolupráce s panem doktorem. Je to výborné pro ty lidi, ale tím chci říct, že ty sestry si vždycky o ty umírající staraly a že to není něco jiného, než to bylo před x lety. Prostě vždycky se snažily, aby to umírání pro ně bylo důstojné a bez bolesti a aby prostě umřeli v tom svém domácím prostředí. Personál se i dřív staral, aby ten člověk neměl bolesti a aby měl prostě uspokojené všechny bio, psycho, sociální potřeby. Je dobré, že se přizvalo do toho týmu víc lidí.

Je tam psycholog, kaplan jo, takže je to takové ucelenější a ono se možná dřív myslelo, že to umírání je jenom na těch sestrách, že se to prostě pečovatelek a ostatního personálu jako netýká. My dáváme od toho ruce pryč, to už je vaše sesterská práce, ale teď je to takové týmové multidisciplinární.

T: Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?

P4: My to máme všechno v tom našem informačním systému Cygnus. Máme to akorát označené, jak máte třeba záznam ošetrovatelský nebo důležitý záznam, důležité upozornění, tak my jsme si tam zavedli paliativní záznam a do toho záznamu všichni píšou. Člověk si sedne k počítači rozklikne a rozjede si pečovatelské záznamy a záznamy paliativní péče, záznamy psychologa. To hned vidíte svého klienta a každý den to vidíte a nemusíte brát milion složek. Prostě každý klient má svoji dokumentaci sociální, zvláště ošetrovatelská, protože do ošetrovatelské nemůže nahlížet pečovatelka. Jo, ale sestra může nahlížet

do pečovatelské a do té svojí ošetrovatelské. A když si to rozkliknete, tak jenom si překlikávat. Tak to tam vidí, že prostě tam dneska bylo napsáno, že klient nejedl, pitný režim skoro nulový. Ano, musíme zavést subkutánně aspoň třeba pětset mililitrů fyziologického roztoku. Takže my to máme všechno ucelené, akorát to máme barevně odlišené. Jak tady bude koordinátor paliativní péče, tak dám zase položku záznamy koordinátora péče a bude mít samostatnou složku a bude to tam.

T: Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?

P4: Neustále, průběžně každý den, prostě ty záznamy o tom člověku by měly být každý den a ne jenom jakože při změně stavu klienta, ale aby ta sestra věděla, jestli jedl, nejedl, jo. I když jakože jedl, tak ať se to dá do systému, abychom věděli, že v ten den jedl, v ten den nejedl. Nemám ráda, když tam není v ten den o tom člověku žádný záznam. Záznam provádí buď pracovník přímé péče, nebo ta sestra, protože sestra tam ten záznam bude mít pokaždé, ať vezmeme podávání léků a třeba tlumení bolesti.

T: Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?

P4: Jo, tak já bych řekla, že to není nic časově náročnějšího. Prostě to, co má sestra zapsat, tak se zapíše, ale nedá se to minutově říct. V rámci té svojí směny si to stihne sestra zapsat.

Rozhovor s participantem P5

T: Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?

P5: Tady v domově jsem zdravotní sestra, takže je to, co se týče zdravotního stavu. Nejvíce se řeší zdravotní stav klientů. Co je potřeba zrovna řešit, jestli má klient teploty, zda trpí nechutenstvím, převazy u klientů, takže řešíme v rámci **toh** klienta v ten den.

T: Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?

P5: Činnost se mi myslím, nezměnila, protože jsme se o klienty umírající starali i dříve. Takže to je součástí vlastně mé náplně práce. Akorát teda člověk se chodí více za klienty dívat nebo jim věnuje víc času, ale je to úplně stejná náplň.

T: Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?

P5: Asi ta psychika je nejnáročnější. Když přijde ten terminální stav, ale tak prostě si to člověk nastaví. V týmu se o tom bavíme dohromady.

T: Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?

P5: Všechny sestřičky jsme si prošly tím paliativním kurzem. Já jsem ho absolvovala loni na podzim. A zatím nám to asi stačí. A potom pokud bude něco, tak vlastně vrchní navrhneme nějaký kurz nebo něco a není problém. Je to oboustranné, sestřičky z oddělení navrhnout taky, že je něco potřeba, nebo navrhneme vrchní samy. Vrchní s tím nemá problém a kurzy objednává.

T: Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?

P5: Vlastně ta psychika je horší. Ted' jsme měli taky zrovna úmrtí. Tak jako člověk za nimi častěji chodí, když je tady klient dýl, jiné to je v nemocnici. Ted' nám zemřela paní, co tady byla 7 let, tak jsem za ní byla vlastně každý den je to takové prostě jiné, tady ta citová vazba tam je. Byť si to člověk nepřipouští. Taky záleží klient od klienta, neříkám, že ke všem. Někdy je to jiné a někdy klient přiroste k srdci a je to, no. Až si to musí člověk někdy zakázat, aby to nebylo takhle. Ale zase do toho člověk někdy sklouzne.

T: Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?

P5: Papírování jsme zvyklí vypisovat.

T: Pokud ano, jaké to jsou?

P5: Teda ano, nově zavádíme v domově paliativní péči a tam nám přibýlo více administrativní práce v počítači, ale je to jenom o zvyku. Zase je to o té kolonce někam to jenom jinam přepsat. Jenom prostě si to zajet takhle.

T: Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?

P5: Tak je tam navíc ta SOS medikace, co my běžně nemáme v domově. Vlastně je tam navíc to, že řešíme věci, když jsou klienti ve specializované paliativní péči v tom Mostu.

T: Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?

P5: No, každý den. Pokud je klient v té paliativní péči, nebo i celkově, když máme zhoršený stav, tak holky jsou zvyklé zapisovat hned. Tak to víceméně vlastně musíme, to je jako v nemocnici. Takže ano, každý den i několikrát denně.

T: Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?

P5: Hm, časová náročnost to nejde jako říct, prostě když to ten stav vyžaduje. Je to individuální.

Rozhovor s participantem P6

T: *Na které činnosti se nejvíce zaměřujete v péči o klienty?*

P6: Takže když budu mluvit přímo o sobě, protože já mám funkci denní sestry, takže mám trošičku jinou pracovní náplň, než mají sestry ve směnách. Takže moje pracovní náplň je vlastně taková ta kontrolní činnost, jestli jsou dodržovány ordinace lékaře, vlastně kontrola zdravotního stavu těch klientů. Vlastně jestli ten klient je v čistotě, v příjemném prostředí, takže i taková ta vizuální kontrola. A potom samozřejmě další, ta administrativa, ta souvisí okrajově s tím klientem, a nastavování ošetrovatelského plánu ještě.

T: *Změnila se vaše pracovní náplň při poskytování paliativní péče? Jak? V čem?*

P6: Tak vlastně my teďka jsme pořád ještě v tom procesu zrodu. Určitě změnila se ta náplň, protože přibyly nám paliativní schůzky paliativního týmu třeba s rodinou jo, což je víceméně, jakože taková novější záležitost. Není to v souvislosti s tou paliativní péčí, ale i třeba při adaptaci těch nových klientů, že probíhá taková ta multidisciplinární schůzka, kde je přítomna sestra, nebo já, je přítomna vedoucí oddělení, je přítomna ta rodina. Já vlastně dělám na patře se zvláštním režimem, takže, když je schopen trošičku i klient, tak se účastní té schůzky taky. Takže tyto schůzky nám vlastně přibyly a potom vlastně přibyla i ta administrativa.

T: *Co je pro vás nejnáročnější při poskytování paliativní péče? Co potřebujete umět a vědět?*

P6: Tak ono obecně teďka takový největší oříšek jsou pro nás rodinní příbuzní. Nemyslím jenom jakože v tom pohledu té paliativní péče, ale celkově ty rodiny mají mnohdy nezměrné požadavky. Jo, prostě nepřijmou tu situaci, že ten jejich příbuzný se horší, stárne. Blíží se konec, jo tam je problém, jak s tou rodinou komunikovat, takhle to vnímám já, no. Útočí, úkolují až jakože nesmyslnými požadavky a to vidíte, že tady ta rodina to nepřijala. Jo, když máte klientku, která má přes 90 let, ta paní už by si tak ráda i odpočinula, prostě si lehla. A měla takový už ten klid, projdu se, kdy chci, lehnu si, odpočinu si, protože už mě něco bolí, ale rodina prostě je proti a přeje si, aby se s klientkou pořád něco dělalo, aktivizovalo. A hlavně, aby pořád klientka neležela přes den, jo i takovou rodinu teďka máme. A jak s tou rodinou pracovat? Jo, takže největší problém pro nás momentálně jsou ty rodiny asi a když to tak vezmu, protože já ve zdravotnictví pracuju, nebo tady přímo u nás

pracuju 27 let, tak ten posun jako za tu dobu je obrovský. A já jsem si taky musela srovnat věci, protože ono a asi obecně každý zdravotník má nastavené takové to zachraňování až prakticky do konce, až za tu hranu. Takže důležité je nastavit si, že tady už fakt jako nemá cenu něco zachraňovat a začneme spíše zaměřovat na ten jeho komfort a na ty bolesti. Takže i toto, než jsem si třeba v sobě dokázala trošičku zpracovat, kde je ta hranice. Protože jednak ta hranice je strašně tenounká a každý ji vidí jinak. Jinak ji vidí lékař, jinak rodina, jinak třeba já, jinak ten klient. Takže i tady toto bylo takové celkem dost náročné, nebo je náročné si říct. Tady ještě můžeme zkoušet, ale tady už paní nechme v klidu.

T: Jak často se účastníte odborného vzdělávání zaměřeného na paliativní péči?

P6: My jsme teď rozdělení na skupinky. Vloni asi zhruba polovina sester vlastně absolvovala ten kurz na zdravotní škole. Vlastně přijde mi, že do té doby nebo ještě vloni, předloni ta paliativa byla taková, jakože strašně okrajové téma. A jak kdyby v poslední době se s tím roztrhl pytel, takže je i daleko víc různých seminářů, školení, takže když jako se nám něco objeví v dosahu, tak vrchní sestra nás informuje a my se účastníme, když je možnost.

Jo a vlastně některá ta děvčata teďka, já mám třeba na oddělení 3, tak ty zrovna teďka jsou v tom běhu, že je čekají teda závěrečné zkoušky právě. Týden jsme chodily intenzivně do školy, takže tam bylo nějakých asi zhruba 50 - 60 hodin. Praxe jsme měly asi 50 hodin.

S tím, že praxi jsme měly v Citadele ve Valmezu, v tom hospici, myslím si, že ta polovina sester a někdo v Baťově nemocnici. My jsme měly praxi jenom na onkologii a nově mají ostatní sestry praxi v Baťově nemocnici v paliativním týmu, asi tak 8 hodin. Jako holky mají nové poznatky, je to zajímavá věc. Takže k něčemu to asi bude.

T: Jak se osobně vyrovnáváte s emocionální náročností při poskytování paliativní péče?

P6: Jak to беру? Jako sice tady dělám strašně dlouho, takže viděla jsem spoustu našich klientů zemřít. Ale jakože asi toto je pro mě snesitelnější, když vím, že ten klient ten život má už odžítý jo, než třeba, kdybych měla dělat někde u mladých lidí na dětském. Takže i tak, jako si to snažím vždycky zracionalizovat v sobě. No, a je moc moc důležité, že my jsme na oddělení dobrý kolektiv a takže se vzájemně podporujeme v tom kolektivu. No, a potom doma můj syn, rodina. Je potřeba mít zázemí i doma, aby člověk prostě přepnul hlavu na jiné starosti a jakože vyfiltroval to. Takže rodina, kolektiv a v sobě si to nějak poskládat, že opravdu už nastal ten čas u toho klienta odejít.

T: *Jsou některé postupy v paliativní péči, které vám stěžují práci?*

P6: Určitě ano, jak jsem říkala, najít tu hranici, kdy ještě pečujeme a snažíme se a kdy zajistit klientovi ten klid, tak tady ta hranice.

T: *Pokud ano, jaké to jsou?*

P6: No, a postupy, ta administrativa. Ono to není vyloženě postup, ale ta administrativa se taky dá počítat.

T: *Jaké specifické informace jsou zaznamenávány v dokumentaci pro klienty v obecné paliativní péči?*

P6: Takže my vlastně záznamy u těch klientů obecně u všech děláme denně, zaznamenávají se tam běžné ošetrovatelské úkony, které sestra provádí. A jakékoliv změny ve zdravotním stavu. Takže i to se vlastně týká toho klienta v té paliativní péči. Zapisujeme tam, jestli měl dneska klient teplotu, jakou činnost zvládl třeba i od pečovatelek. A není to jenom záznam od nás od sester, ale i pečovatelky dělají záznamy. Co zvládl pojíst, kolik toho zvládl vypít. Vlastně to monitorování těch všech schopností toho klienta, jestli má bolesti, jak vypadají třeba dekubity, pokud jsou, nebo jak vypadá stav kůže. Potom píšeme i jestli tady třeba byla rodina, protože potom víme, že, včera tady byla třeba dcera a viděla své rodiče. Když vidíme, že dlouho tady ten příbuzný nebyl, tak se snažíme rodinu kontaktovat, že se maminka horší, že by mohli přijít na návštěvu. Vlastně i tato informace je tam pro nás důležitá. No, i třeba, když se ozve ta rodina a mají třeba přání zajistit kněze, tak i to se objeví v tom záznamu, protože na to zase reaguje naše aktivizační pracovnice, která zařídí pana faráře. Takový ten monitoring, aby když přijde zítra do práce někdo druhý, tak když si přečte tu pečovatelskou část a naši sesterskou část, aby měl komplexní takový obrázek o tom klientovi.

T: *Jak často se aktualizuje dokumentace u klientů zavedených v PP?*

P6: Tak prakticky denně, protože o každém klientovi my vlastně ještě vedeme administrativně ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán co 3 měsíce, pokud není jinak potřeba, tak co 3 měsíce ty klienty vážíme a zpracovává se nutriční anamnéza. Když nastane změna nebo když se třeba klient vrátí z nemocnice, tak se vlastně přehodnocují ty ošetrovatelské plány, když tam přibude nějaký dekubit, co je potřeba ošetřovat. Takže běžně co 3 měsíce a jinak při změně zdravotního stavu.

T: *Jaká je časová náročnost vedení dokumentace klienta v obecné PP?*

P6: Tak trošičku náročná je. My to máme tak rozdělené, já jako denní sestra víc jedu v té administrativě a sestřičky jsou víc v té přímé péči. Takže některou administrativu přebírám já a dělám záznam, takže aby ty holky měly co nejvíc vlastně prostoru na ty klienty, aby to nebylo honem, rychle něco udělám a pak sedím půl dne u počítače. Jo, takže snažíme se třeba já i kolegyně, co nejvíc stáhnout tu administrativu na sebe, aby ty holky mohly prostě běhat a mít čas na ty klienty.

PŘÍLOHA P VI: OBSAH Z WEBOVÉ STRÁNKY DOMOVA PRO SENIORY BUREŠOV

Paliativní péče

Věříme, že každý den stojí za to prožít co nejlépe. Platí to i pro dny, kdy se život chýlí ke konci. Proto se věnujeme paliativní péči, kterou chápeme jako laskavou, komplexní, na míru šitou a respektující každého klienta. Umíme se postarat o zmírnění tělesné i duševní bolesti, zachovat klientovu důstojnost, poskytnout podporu jemu i jeho blízkým. Snažíme se umožnit klientům prožít zbývající dny důstojně, bezbolestně a se svými nejbližšími.

Třístupňový model paliativní péče

Pro pochopení uspokojování paliativních potřeb využíváme v našem domově tzv. třístupňový model.

1. Paliativní přístup

- Paliativní přístup je běžnou součástí péče u všech našich klientů od zahájení poskytování sociální služby. Jde o důstojnou a laskavou péči na základě znalosti životního příběhu. Již před zahájením poskytování služby zjišťujeme přání, hodnoty seniorů a jejich představy o závěru života. Po měsíci od zahájení poskytování služby se setkáváme s klientem a jeho blízkými a pokud je to možné opět otevíráme témata týkající se závěru života.

2. Obecná paliativní péče

- Obecnou paliativní péči zavádí lékař. Pracovníci postupují při péči o klienta dle Zásad obecné paliativní péče. Zásadní je spolupráce lékaře, multidisciplinárního týmu, všech pracovníků domova, dobrovolníků a blízkých klienta.

3. Specializovaná paliativní péče

- Tam, kde pro zajištění paliativních potřeb klienta nestačí obecná paliativní péče, má své místo specializovaná paliativní péče. Poskytovatelé specializované paliativní péče jsou odborníky na otázky péče v závěru života. V našem zařízení spolupracujeme s paliativními týmy v nemocnicích nebo od září 2024 s Mobilním hospicem Strom života (Domov pro seniory Burešov, © 2025b).