

Specifika práce sestry v hospicovém zařízení

Sylvie Švihálková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sylvie Švihálková**

Osobní číslo: **H11752**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika práce sestry v hospicovém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu k dané problematice.

Vymezit pojmy vztahující se k hospicové ošetřovatelské péči a specifikovat práci sestry v hospicovém zařízení.

Připravit metodiku praktické části bakalářské práce.

Realizovat průzkumné šetření metodou rozhovorů s členy multidisciplinárního týmu.

Analyzovat, vyhodnotit a shrnout výsledky šetření, formulovat závěry pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péči. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 6., dopl. vyd., Kostelní Vydří: APHPP, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.


ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

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

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.2.14

.....
P. Babková

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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

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

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá specifiky práce sestry v hospicovém zařízení. Teoretická část je zaměřena na hospicovou a paliativní péči, lidskou důstojnost a práci sestry v hospicovém zařízení. Zejména pak na požadavky na sestru spojené s komunikací sestry s nemocným a rodinou a spoluprací v multidisciplinárním týmu. V praktické části jsou předloženy rozhovory s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, které proběhly v domě léčby bolesti Sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Cíl rozhovorů byl zjistit, jaké jsou pro jednotlivé členy týmu specifika práce v hospici a jaká je vzájemná spolupráce multidisciplinárního týmu. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi a závěru.

Klíčová slova: hospic, umírající pacient, paliativní péče, lidská důstojnost, komunikace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the specifics of nurse in a hospice. The theoretical part focuses on hospice and palliative care, human dignity and the work of nurses in a hospice. Main focus is put on the requirements for nurses' communication with patients and families and collaboration with a multidisciplinary team. In the practical part are presented interviews with individual members of the multidisciplinary team from the house of pain treatment at St. Joseph Rajhrad u Brna. Objective of the interviews was to determine what are the specifics of individual team members in the hospice and what is mutual cooperation of multidisciplinary team. The results are summarized in the sections discussion and conclusion.

Keywords: hospice, dying patients, palliative care, human dignity, communication

Prohlášení:

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

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za metodické vedení a mnoho cenných odborných rad, kterými přispěla k vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, které jsem během svého výzkumu oslovila, za trpělivost, pochopení a důvěru, bez nichž by praktická část mé práce nikdy nevznikla, především mé poděkování míří vrchní sestře a zároveň ředitelce rajhradského hospice Mgr. Jiřině Večeřové, za vstřícnost k mému šetření uvnitř hospice a za dodání podkladů pro moji výstupní práci. V neposlední řadě mé poděkování směřuje k mé rodině za podporu během studia. Především mé mamince za to, že mně ochotně pomohla s realizací mé výstupní práce.

Motto:

Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot (Dr. Kübler-Rossová, dle Svatošová 2011, s. 116).

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE	13
1.1 HISTORIE HOSPICŮ A HOSPICOVÉ PÉČE	13
1.2 HOSPICOVÉ PÉČE	13
1.2.1 Charakteristika hospicové péče	14
1.2.2 Formy hospicové péče	15
1.2.3 Obecná kritéria pro přijetí pacienta do hospicové péče	16
1.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM PEČUJÍCÍ O PACIENTY V HOSPICOVÉ PÉČI	16
2 PALIATIVNÍ PÉČE	18
2.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE	18
2.2 PÉČE O PACIENTA S BOLESTÍ	18
2.2.1 Typy léčby nádorové bolesti	19
2.3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	19
2.3.1 Respektování důstojnosti umírajícího pacienta	19
2.3.2 Přístup k rodině umírajícího pacienta	20
2.4 UMÍRÁNÍ	21
2.4.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler – Rossové	22
2.4.2 Péče o zemřelé	22
2.4.3 Doprovázení pozůstalých	24
3 PRÁCE SESTRY V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	25
3.1 POŽADAVKY NA SESTRU V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	25
3.1.1 Vzdělávání sester v oblasti hospicové a paliativní péče	26
3.2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY	28
3.2.1 Komunikace sestry s nemocným a jeho rodinou	28
3.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	29
3.3.1 Prevence proleženin	29
3.3.2 Bazální stimulace	31
3.3.3 Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu	31
3.3.4 Role sestry v péči o pozůstalé	32
3.4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	33
3.5 UMÍRAJÍCÍ PACIENT	34
3.5.1 Kazuistika umírajícího pacienta	34
3.5.2 Osobní svědectví umírajícího	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 CÍLE PRÁCE A METODIKA	41
4.1 CÍLE PRÁCE	41
4.2 METODIKA PRÁCE	41
4.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku	41
4.2.2 Metody sběru dat	41
4.2.3 Organizace šetření	42
4.2.4 Zpracování získaných dat	42

5	VÝSLEDKY	43
5.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ VEDENÝCH S JEDNOTLIVÝMI PRACOVNÍKY MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ SV. JOSEFA V RAJHRADĚ.....	43
5.1.1	Rozhovor se sestrou (R1)	43
5.1.2	Rozhovor se sestrou (R2)	44
5.1.3	Rozhovor se sestrou (R3)	46
5.1.4	Rozhovor se staniční sestrou (R4).....	49
5.1.5	Rozhovor s vrchní sestrou / ředitelkou (R5)	50
5.1.6	Rozhovor s ošetřovatelkou (R6).....	52
5.1.7	Rozhovor s fyzioterapeutkou (R7)	53
5.1.8	Rozhovor s lékařkou (R8)	55
5.1.9	Rozhovor s psychologkou (R9)	56
5.1.10	Rozhovor s koordinátorkou dobrovolníků (R10)	57
5.1.11	Rozhovor se sociální pracovnící (R11)	58
5.1.12	Rozhovor s nemocniční kaplankou (R12).....	60
6	DISKUZE	63
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
	SEZNAM FOTOGRAFIÍ	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma, které se týká velmi citlivé části lidského života. Rozhodla jsem se psát o specifikách práce sestry v hospicovém zařízení.

Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. Především jsem jako studentka střední zdravotnické školy měla příležitost jednodenní praxe v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, toto bylo mé první seznámení s hospicovou péčí. Zaujal mě zde rozdíl, přístupu sester k pacientům a prostředí, které je zcela odlišné ve srovnání s nemocnicí. S praxí jsem byla natolik spokojená, že jsem se rozhodla vracet do zařízení jako brigádnice pravidelně. Díky tomu jsem spoustu informací, zmíněných ve své práci, mohla psát z osobně načerpaných zkušeností. A protože jsem si při komunikaci se svým okolím všimla, že spousta lidí si nedokáže představit, co je hospic a jaká je péče o pacienty v něm, rozhodla jsem se pro shrnutí informací, nejen všeobecně známých, ale i těch, které jsou pro širší okolí zdravotníků prozatím neznámé.

Chtěla bych, aby čtenáři během čtení mé práce poznali, co obnáší práce s nevléčitelně nemocnými, umírajícími pacienty, jaké jsou zvláštnosti péče o ně, a jak odlišná a nesmírně důležitá je komunikace s nimi. Někteří lidé nejspíše nechtějí o této tematice mluvit, jelikož umírání a smrt je citlivé téma.

Spousta lidí dává své nejbližší do hospicových zařízení a vlastně ani neznají pochody uvnitř. Zjistíte, že pro sestru v hospicové péči je smrt každodenní záležitostí, práce je fyzicky, ale hlavně i psychicky pro ni náročná a ne každý má na to, aby ji zvládl. V hospicovém zařízení se již žádná nemoc neléčí, ale péče se zaměřuje hlavně na úlevu od bolesti a jiné nepříjemné symptomy spojené s nemocí.

Občas se setkáváme s rodinami pacientů, kteří ještě nejsou s koncem života svých nejbližších smířeni a pro každého je chvíle, kdy dají svého nejbližšího do hospice, těžká. Musí si však uvědomit, že se život jejich blízkého dostal ke konci a personál zařízení se postará o to, aby tento konec byl co nejdůstojnější a každý jedinec se cítil co nejvíce jako v domácím prostředí. Vyškolení a zkušené pracovníci jsou schopni a ochotni nemocným i jejich rodinám pomoci překonat toto obtížné období a dát jim impuls k tomu, aby si uvědomili, že každý život stejně jako začíná, tak i musí skončit a oni jsou Ti, kteří dokáží dát jejich nejbližšímu důstojný konec života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 2011, s. 115).

1.1 Historie hospiců a hospicové péče

První hospic byl založen v Anglii roku 1967 zakladatelkou madam Cicely Saunders (viz. Příloha P I). Vznikla tak nová soucitná pomoc lidem s nevyléčitelnou nemocí.

Slovo hospic je ze stejného jazykového kořene jako „pohostinnost“ (Anonymous, 2005, s. 24-26).

Původně sloužil hospic jako útulek pro poutníky, kteří byli na cestě do Svaté země.

V hospici jim bylo poskytnuto přístřeší, byly jim umyty nohy, dostali najíst a mohli si odpočinout (Černá-Šípková, 2001, s. 31).

Hospicová péče je navržena tak, aby lidem dávala pochopení a podporu v konečné fázi smrtelné nemoci. Snaží se, aby byl pacientům umožněn maximální komfort a byly sníženy bolesti a další příznaky, tak aby jejich poslední dny mohly být prožity s důstojností a v pohodlí lůžkového hospice nebo doma (Anonymous, 2005, s. 24-26).

1.2 Hospicové péče

Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímáni jsou ale i pacienti s jinými druhy nevyléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného (Co je hospicová péče: Co je to hospicová péče?, © 2009).

Světová zdravotnická organizace (1990) definuje hospicovou péči jako *aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem*

paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin (Brychtová, © 2011).

1.2.1 Charakteristika hospicové péče

Denní režim v hospicovém zařízení

Denní režim v hospicovém zařízení se zcela liší od režimu v nemocničních zařízeních. Má určitá specifika, kdy jsou v harmonogramu práce činnosti časově rozloženy.

Denní režim se odvíjí převážně od přání nemocného. Pacient nemá určeno, v kolik musí vstávat, kdy musí jíst nebo kdy mohou chodit návštěvy. Návštěvy do hospice mohou přicházet kdykoli a na neomezenou dobu, je možnost i přistýlky v pokoji pacienta nebo vlastní pokoj na půdě hospice. Pokud má pacient rád vycházky do zahrady, jsou tu pro něj dobrovolníci, kteří ho doprovázejí, ať už pacient dokáže s dopomocí dojít sám nebo je vyvezen do zahrady na lůžku. Jestliže pacient v době podávání stravy nemá hlad, jídlo se mu uschová a ohřeje či připraví, až si o něj pacient požádá.

Většina pokojů v hospici je jednolůžkových. Tyto pokoje jsou velmi důležité, především pro pacienty, kteří vyžadují soukromí. Dále se tyto pokoje využívají pro pacienty v poslední fázi života. Vícelůžkové pokoje se používají zejména při nedostatku pokojů jednolůžkových. V případě, že je pacient umístěn do vícelůžkového pokoje, je soukromí zajišťováno paravánem.

V soukromí je pacient při komunikaci se zdravotníkem otevřenější, upřímnější a klidnější. Poslední fázi svého života prožívá pouze se svojí rodinou, příbuznými a přáteli nikoli se spolupacienty.

Každý pokoj je vybaven nábytkem, jako je šatní skříň, stůl, židle, polohovací lůžko, televize, nástěnné hodiny, obraz a nástěnka, která je často využívána pro fotky a obrázky připomínající rodinu a domov každého pacienta. V pokoji také nechybí květina a drobné keramické či papírové předměty, které slouží jako výzdoba. Pacient si má možnost na vlastní přání dovézt své vlastní části zařízení pokoje. Tato možnost je využívána především v případech, kdy má pacient fixaci na určitý předmět z domova (oblíbené houpací křeslo). Z vlastní zkušenosti z rajhradského hospice den z pravidla začíná předáním služby, přípravou a podáním časovaných léků a opiátů. Následuje snídaně, ranní hygiena, podávání ranních léků a opiátů, převazy ran a dekubitů.

Po skončení dopoledního individuálního programu se podává oběd. Pacientům, kteří se nemohou naobědvat sami, pomáhá s tímto úkonem sestra. Po skončení oběda následuje příprava a podávání poledních léků a opiátů, polední klid kdy je prostor dle programu pro návštěvu kaple, terapeutické dílny, nebo nějaké kulturní akce k čemuž většinou slouží společenská místnost. Dále se provádí odpolední úprava pacientů, podávání svačiny a časovaných léků a opiátů.

Denní služba pak končí úpravou pacientů, přípravou a podáním večerních léků a opiátů, podáváním večere a dopomocí při ní.

1.2.2 Formy hospicové péče

V dnešní době je v ČR 19 hospicových zařízení různého typu (viz. Příloha P II). Existují tři formy hospicové péče a to domácí, stacionární a lůžková.

Domácí hospicová péče: pro nemocné je většinou tahle forma nejideálnější. Nemocní se zde cítí nejlépe, nemusí být však vždy dostačující. Někdy je potřeba profesionální péče po celý den, tehdy je lepší zvolit spíše lůžkový hospic. K problémům často dochází, když v rodinném zázemí chybí možnost poskytování blízkému dostatečnou odbornou péči, rodina žije v malém bytě a nemocný ani rodina nemá dostatek svého soukromí nebo je rodina příliš zaneprázdněna vlastním zaměstnáním.

Stacionární hospicová péče: neboli denní pobyt umožňuje pacientovi péči v průběhu dne, kdy si rodina svého blízkého k večeru odváží domů. Tato péče je vhodná pro nemocné, kteří mají stacionář v místě bydliště nebo blízko svého okolí. Důvodem k péči ve stacionáři může být například bolest, která se doma těžko zvládala, chemoterapie, odbourání samoty či komunikace s lidmi podobného problému. Někdy si rodina potřebuje od nemocného odpočinout nebo nemocný od rodiny. V tomto případě je proto denní stacionář tím vhodným řešením.

Lůžková hospicová péče: je vhodná v případě, že obě předchozí možnosti nejsou vhodné nebo nejsou k dispozici. Důvodem pro lůžkovou péči může být špatný zdravotní stav, kdy pacient potřebuje paliativní léčbu a z jakéhokoli důvodu nemůže být v domácím prostředí. Nemocný či rodina si však pobyt v lůžkovém hospicovém zařízení může vybrat účelně, kdy nemocný přichází na krátkodobé pobyty tzv. respitní, aby si pacient či rodina od sebe navzájem odpočinuli (Svatošová, 2011, s. 118-121).

1.2.3 Obecná kritéria pro přijetí pacienta do hospicové péče

Úkolem hospice je nabídnout lidem pomoc a podporu, kterou nejvíce potřebují. Musí si však uvědomovat hranice svých možností, aby nevzbuzovali nespelnitelná očekávání. Je tedy důležité vytvořit vhodná kritéria pro přijetí do tohoto druhu zařízení. Nabízí se tak otázka „který umírající člověk se může stát pacientem hospice?“

Při přijetí do hospicové péče mají být současně splněna tři kritéria:

1. *Dotyčný člověk trpí jedním z následujících čtyř druhů nemocí:*
 - a) *Onkologickým onemocněním s metastázami, pokročilými i po léčbě.*
 - b) *Infekčním onemocněním AIDS.*
 - c) *Onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím.*
 - d) *Konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce nebo plic.*
2. *Lze již určit konkrétní, individuální příčinu smrti (např. selhání ledvin, srdce, dýchání, již nevléčitelná otrava krve).*
3. *Dotyčný člověk, jeho rodina a pokud možno též ošetřující lékař znají a schvalují princip hospicové péče a terapie. Nepřejí si již další vyšetření nebo další způsob léčby, a souhlasí s tím, že se další zacházení s pacientem soustředí na zmírňování doprovodných obtíží. To především znamená, že pacientovi nebude podávána výživa proti jeho vůli, umělé dýchání ani trvalá infuzní léčba (Zanes, 1986, dle Student, Mühlum a Student, 2006, s. 41).*

Přednostně bývají do hospicové péče přijímáni lidé, u kterých je omezen výhled na dožití na týdny nebo několik málo měsíců. Kritéria pro přijetí většinou vylučují lidi s dlouhodobým onemocněním vedoucím ke smrti. Osamocení lidé jsou většinou odkázáni na stacionární hospic, jelikož těžiště všech hospiců spočívá v ambulantní práci, umožňující co největšímu počtu lidí zemřít v domácím prostředí (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 41-42).

1.3 Multidisciplinární tým pečující o pacienty v hospicové péči

Z vlastní zkušenosti vím, že multidisciplinární tým je nedílnou součástí péče o nevléčitelně nemocné, každý pracovník týmu má svoji roli, bez které by péče o pacienty byla neefektivní.

Do multidisciplinárního týmu řadíme lékaře, všeobecné sestry či zdravotní asistenty, nutriční sestru, pečovatele, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, duchovní a dobrovolníky.

Lékaři: provádí diagnózy zdravotního stavu pacientů, určují vhodné medikamenty, rozhodují o celkovém způsobu léčby, komunikují s pacienty a jejich rodinami.

Všeobecné sestry: dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. provádí ošetrovatelskou péči. Především se jedná o venepunkce, odběry kapilární krve na glykémii, aplikace parenterálních léčiv, podávání perorálních léčiv, podávání opiátů. Dále převazy ran a dekubitů, každodenní péči o pacienty, doprovázení umírajících, péči o zesnulé, psychická podpora pozůstalých.

Pečovatelé: pod dohledem sestry provádí hygienickou péči u pacientů, podávání stravy, každodenní péči o nemocné, doprovázejí umírající, pečují o zesnulé, dodávají psychickou podporu pozůstalým.

Sociální pracovníci: komunikují se žadateli a jejich rodinami, mají na starosti administrativní úkony, komunikaci s úřady státní správy, nemocnicemi, soudy, ale také pracují a komunikují s pacienty hospice.

Fyzioterapeuti: se snaží o aktivizaci klientů, ať na lůžku nebo v ambulanci – tedy LTV (léčebná tělesná výchova), zapojují pacienty do činností běžného života a psychicky je podporují.

Psycholog: je nedílnou součástí týmu. Umožňuje pacientům a rodinám projevit spontánně své pocity, dovoluje diskuzi na téma, které si pacient sám určí, podporuje, povzbuzuje, naslouchá, dodává sílu a také chválí. Psycholog je důležitý také pro personál, protože práce v hospici je psychicky velmi náročná.

Duchovní: především pro věřící pacienty jsou velice důležití, nejen v posledních dnech jejich života. V hospicové péči, ale nejsou duchovní útěchou pouze pro věřící pacienty. I lidé bez vyznání se chtějí smířit s Bohem a pomoc duchovních je v tomto složitém období na sklonku jejich života velmi žádaná.

Dobrovolníci: nenahrazují odbornou zdravotnickou péči, ale tráví čas převážně s pacienty. Jsou jejich společníky - povídají si s nimi, předčítají jim, doprovází je na zahradu či do kaple. Věnují se výzdobě na chodbách hospice i na pokojích a jsou nepostradatelní v organizování různých akcí, benefičních setkání nebo při terapeutických aktivitách.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Pojem paliativní péče se může definovat několika způsoby a principy paliativní péče jsou využitelné u řady chronicky nevléčitelných nemocí. Každá definice má však společný důraz na kvalitu života a řešení obtížných symptomů (Marková, 2010, s. 19).

Definice WHO:

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Vorlíček, 2004, dle Marková, 2010, s. 19).

Paliativní medicína je vedena snahou o udržení dobré kvality života. Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnou bolestí a jinými tělesnými symptomy a aby mohl svůj život vnímat až do konce jako smysluplný.

Základním předpokladem dobré paliativní péče je otevřená, empatická komunikace zdravotníků s nemocným a jeho rodinou. Pacient by měl být citlivě a otevřeně informován o povaze svého onemocnění – diagnóze a pravděpodobné prognóze. Je však důležité přizpůsobit rozsah a konkrétní způsob sdělení pacientovu celkovému psychickému stavu. Pacient by měl vědět o možnostech protinádorové léčby, její reálnou pravděpodobnost účinku a možné rizika a nežádoucí účinky léčby (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 221).

2.2 Péče o pacienta s bolestí

V paliativní péči je nejvýznamnějším a zároveň nejčastějším symptomem bolest. *Bolestí trpí 73 % pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění (Vorlíček, 2004, dle Marková, 2010, s. 96) a až 60 % pacientů s orgánovým selháním (Brant, 2005, dle Marková, 2010, s. 96).*

Jelikož je bolest vždy subjektivní, je nutné ji nemocnému věřit. Léčba bolesti bývá často podceňována a proto je nedílnou součástí práce sester bolest správně monitorovat, hodnotit a snažit se aby byla správně léčena.

Sestra by měla vědět, že se na bolesti podílí mnoho faktorů, jako je fyzická bolest, spirituální tíseň, smutek, úzkost, nejistota, hněv, strach nebo opuštěnost. Měla by se snažit tyto faktory co nejvíce eliminovat (Marková, 2010, s. 96-97).

2.2.1 Typy léčby nádorové bolesti

Pacienti s onkologickým onemocněním mohou pociťovat bolesti z různých důvodů. Proto je velmi důležité přesné vyšetření a vhodný způsob léčby.

Typy léčby mohou být následující:

Primárně paliativní jako je chemoterapie či radioterapie a farmakologická léčba.

Chemoterapie – je často jen za paliativním účelem. Může zmenšit velikost nádoru, což sníží bolesti; možnost nežádoucích účinků – dle indikace lékaře nutno vždy konzultovat s pacientem.

Radiační terapie – rychle a dlouhodobě ulevuje od bolesti, podporuje jiné metody léčby.

Farmakologická léčba – velké množství léků, každý pacient reaguje jinak, proto je tato léčba časově náročná, než se zjistí vhodná kombinace léčiv pro utlumení bolesti.

- Neopioidní analgetika – mají antipyretické účinky, inhibují tvorbu prostaglandinů interferencí se zánětlivou reakcí; tato léčiva mají tzv. strop – tedy zvýšení dávky nepřinese žádné výhody.
- Opioidní analgetika – základní forma farmakologické léčby nádorové bolesti, u většiny pacientů přijde po těchto lécích úleva.
- Adjuvantivní léky – účelné léky na různé druhy bolestí, nejčastěji se používá jejich kombinace (Kolektiv autorů, 2006, s. 220-227).

2.3 Lidská důstojnost

Dle příručky Respektování lidské důstojnosti (2004, s. 12) se důstojnost obvykle spojuje s pojmy jako je úcta, autonomie a ovládání. Je třeba věnovat určitý čas pochopení co důstojnost vlastně je, chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost.

2.3.1 Respektování důstojnosti umírajícího pacienta

Člověk si ani sám moc dobře nedovede představit, o co všechno nemocný přichází. Ať už je to jméno, postavení, soukromí, životní jistota a rytmus, práce, stravovací návyky nebo

volnost pohybu a možnost aktivity. Přibývají mu k tomu všemu bolesti, slabost, obavy a mnoho dalšího převážně ne zrovna příjemného. Proto je nezbytné, aby u každého člověka, byly splněny potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální.

Člověk je jedinečnou bytostí s vlastním posláním a je nutno ho takto i chápat a vždy respektovat. Nemocný potřebuje komunikovat se svým okolím a zároveň cítit pocit bezpečí. Také potřebuje slyšet pravdu, ale zároveň je důležité říkat mu jen tolik, kolik chce sám slyšet a jen tehdy, kdy to slyšet chce (Svatošová, 2011, s. 18-20).

Osobní blízkost druhého člověka je jedním z mnoha důležitých prvků důstojného umírání a následné smrti, protože při zamyšlení si uvědomíme, že se nikdo nerodí sám a proto by nikdo neměl sám umírat (Haškovcová, 2000, s. 129-130). Pacient by však měl mít právo si návštěvy vybírat a usměrňovat. Naší povinností by měla být podpora a respektování jeho přání (Svatošová, 2011, s. 20).

Plnění spirituálních potřeb neplatí jen pro věřící. Naopak nevěřící převážně v průběhu vážné nemoci hledají duchovní víru a mají existenční otázky na svůj život. Každý člověk na sklonku života musí vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu odpouštět druhým, že jeho život měl smysl a do poslední chvíle jej má. Ukázat mu, že v každé životní situaci lze žít smysluplně (Svatošová, 2011, s. 21).

2.3.2 Přístup k rodině umírajícího pacienta

Každá rodina je výjimečná a má svoji jedinečnou historii, tradici, hodnotu, způsob komunikace a charakteristické způsoby jak zvládat každodenní život. Rovnováha rodiny se však může narušit v oblasti vztahů, rolí či úkolů, jestliže jeden z členů rodiny potřebuje paliativní péči. Mnoho lidí nechápe, co přesně proces umírání znamená a co sebou přináší. Příbuzní nemocného musí čelit velkým nárokům, ale zároveň se od nich očekává, že se vyrovnají s každodenní péčí o pacienta, změnami své role i rozdělením úloh mezi jednotlivými členy rodiny.

Sestra má za úkol minimalizovat napětí a vhodnou komunikací pomoci rodině vyrovnat se s umíráním a zármutkem.

Aby rodina sama netrpěla fyzickými a psychickými problémy a zvládla sama podpořit nemocného, je důležité naplnit hlavní potřeby jako je dostatek informací, ujištění o tom, že pacient nemá velké potíže, a že má plnou emocionální podporu rodiny. Příbuzní by měli vědět, jaké jsou nejčastější problémy umírajícího a měli by mít informace, které jim

pomohou předvídat další fázi nemoci, tak aby se neocitli v krizové situaci, zaskočení zhoršením pacientova stavu. Pro členy rodiny je také důležité vědět, že jejich blízký netrpí, že bolest je utlumena analgetiky či opiáty, dušnosti pomáhá přívod kyslíku, nevolnosti úprava stravy, případné antiemetika a úzkosti vhodná komunikace se sestrou anebo podpora psychologa. Aby členové rodiny byly schopni poskytnout nemocnému podporu, je důležité, do jaké míry se dostává podpory jim samotným. Pomoc rodinám vyrovnat se s těžkou situací spočívá v tom, že jim ukážeme, jak mohou o pacienta pečovat a jaké mohou nastat problémy. Může jim také pomoci, když se s nimi podělíme o pozitivní zkušenosti jiných rodin, které pečovali o umírajícího člena. Je velmi důležité, aby sestry byli aktivní v tom, jak pomoci rodině umírajícího pacienta, aby rodina věděla, že nemusí být na vše sama, a že má možnost podpory (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 235-236).

2.4 Umírání

Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí (Hegyi, Krajčík, 2006, dle Kelnarová, Matějková, 2010, s. 120).

Umírání je především proces. Vývoj smrti je podmínován životem a život je umožňován smrtí (Haškovcová, 2002, dle Kelnarová, Matějková, 2010, s. 120).

Umírání je zcela individuální a jedinečný proces, který má různou podobu, délku a je různě prožíván. Konec umírání je zcela osobní zkušenost, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný než samotný umírající. Umírající nemohou aktivně ovlivnit podmínky svého umírání a bývají často závislé na poskytované péči.

Umírání může být náhlé anebo trvat několik dní či měsíců. Dlouhodobá bolest, utrpení pro umírajícího a také problémy pro doprovázející příbuzné a ošetřující personál jsou řada problémů v tomto procesu. Díky pokroku vědy a techniky lze umírajícím zajistit kvalitní i poslední dny života. Pacient není sám, opuštěn, může být v domácím prostředí v kruhu rodiny a přátel a zároveň nemusí trpět bolestí. Poslední fázi života si, ale musí každý prožít sám, zkušenost, kterou člověk získá, často nemůže předat dál, protože se nedá zobecnit (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 120-121).

2.4.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler – Rossové

Na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala doktorka Elisabeth Kübler-Rossová pět fází umírání. Je však nutné uvědomit si, že těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina a nejbližší. I přes to, že jsou jednotlivé fáze popsány v pořadí, jak jdou většinou po sobě, neznamená to, že musí být dodrženy. Často se stává, že je pořadí nedodrženo, fáze se střídají a vracejí, mohou se prolínat nebo k nějaké fázi ani nedojde.

První fází je **negace** (šok, popírání) kdy pacient může odmítat komunikovat se zdravotníky a odmítat ordinace lékaře. Obvykle se brání slovy „To není možné.“ „To je určitě omyl“ anebo „Zaměnili výsledky.“ V této fázi je velmi důležité, aby měl nemocný u sebe někoho, kdo mu bude oporou a bude ho naslouchat. Zdravotník by měl s pacientem navázat kontakt a získat si důvěru.

Druhá fáze je **agrese** (hněv, vzpoura, zlost) kdy si pacient říká „Proč zrovna já?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Má zlost na všechny zdravé lidi i na zdravotníky a zdá se mu vše nespravedlivé. Zdravotník tohle chování nesmí brát příliš vážně, měl by mít pochopení, být tolerantní a empatický.

Třetí fází je **smlouvání** (vyjednávání, kompromisy) pacient hledá čas, říká si „Ještě nemůžu umřít, umřu až po dceřině svatbě.“ „Ještě chci být na oslavě narozenin mého vnoučka.“ Tady je důležitá maximální trpělivost jak zdravotníka, tak rodiny. Zdravotník by měl být spíše posluchačem.

Další fází je **deprese** (smutek), kdy si pacient začíná uvědomovat, že je konec, má strach a ptá se na otázky typu „Kdo se postará o rodinu?“ Promítá si svůj život, co dokázal a co pokazil a v roli zdravotníka je trpělivě naslouchat, pomoci urovnat rodinné vztahy, pomoci hledat řešení při zajišťování rodiny a podobně.

Poslední fází je **smíření** (souhlas, akceptace) pacient je smířený se skutečností, že umírá. Potřebují, aby jim byla rodina na blízku a držela je za ruce, potřebují cítit jistotu a bezpečí. I mlčenlivá lidská přítomnost je pro ně útěchou (Svatošová, 2011, s. 23-25).

2.4.2 Péče o zemřelé

Péče o zemřelého začíná ve chvíli, kdy lékař oznámí úmrtí. Lékařská prohlídka zahrnuje ohledání celého těla včetně dutiny ústní, zaznamenání nesnímatelných zubních náhrad

a cenností ze žlutého a bílého kovu, dále lékař zapíše datum, čas úmrtí a další okolnosti do chorobopisu, vyplní formulář „List o prohlídce mrtvého“ a formulář „Oznámení o úmrtí“, který se zasílá pozůstalým, pokud u úmrtí nejsou přítomni nebo tato skutečnost není oznámena lékařem telefonicky. Dle zvyklostí v jednotlivých zařízeních lékař může zjistit od rodiny, zda má nějakou preferovanou pohřební službu potřebnou pro další úkony.

Sestra provede záznam do formuláře „Hlášení o počtu pacientů“, odhlásí zemřelého ze stravování, ukončí ošetrovatelskou dokumentaci a objedná pohřební službu dle přání rodiny. (Pokud zemřelý nemá žádnou rodinu ani blízké co by zařídili pohřeb, spadá tato činnost pod obec či město ve kterém se hospicové zařízení nachází).

Péči o mrtvé tělo provádíme dle ošetrovatelského standardu. Vždy je lepší, když péči provádí dvě sestry. Zajistíme soukromí na pokoji. Zajistíme, aby měl zemřelý zavřené oči a ústa. Sundáme veškeré ozdobné věci jako hodinky, náušnice, náramky, řetízky, prstýnky, ale také zubní protézu je-li snímatelná. Z lůžka odstraníme veškeré pomůcky, polštář a deku tak, že zemřelý leží pouze na prostěradle. Svlékneme oděv, omyjeme znečištěná místa, odlepíme náplasti a odstraníme žaludeční sondu či močový katétr, drény zastříháme, pokud lékař neurčí jinak a oblečeme rubáš. Uvedeme tělo do vodorovné polohy s rukama podél těla. Provedeme důkladné označení těla, aby nedošlo k záměně. Na ruku a protilehlou nohu se fixem napíšeme údaje o zemřelém (jméno a příjmení, datum narození, datum a čas úmrtí, bydliště, oddělení úmrtí, diagnóza, číslo chorobopisu).

Sepíšeme všechny věci po zemřelém (šatní lístek, věci z nočního stolku, finanční hotovost, šperky) a všechny položky uvede do formuláře „Soupis osobních věcí zemřelého“ a „Soupis cenností a finančních hotovostí zemřelého“. Soupis věcí musí sestra provádět před svědkem, kdy se oba podepisují k sepsaným věcem na formulářích (prevence zcizení).

Dle zvyklosti se zemřelému přiloží umělá květina na hrud', v pokoji se pootevře okno (aby duše mohla ven) a zapálí se svíčka. Během celé doby sestry dodržují pietu.

Sestra zajistí, aby bylo tělo ponecháno po 2 hodiny na oddělení a následně odvezeno do márnice. Odvoz je však možný zařídit později, aby se se zemřelým mohla rozloučit rodina.

Po odvezení zemřelého z oddělení sestra zajistí důkladný úklid a dezinfekci lůžka, nočního stolku a všech použitých pomůcek.

Pozůstalost sestra předává po předložení občanského průkazu, chová se taktně, empaticky a dbá na to, aby převzetí pozůstalosti příjemci řádně podepsali. Vhodné je také projevit upřímnou soustrast (Slezáková a kol., 2007, s. 162-163).

2.4.3 Doprovázení pozůstalých

Prožitek ztráty je zkušenost, která se zvyšuje, jak člověk stárne a je to nevyhnutelná součást dospělého života. Způsob vnímání a chování při extrémní ztrátě nazýváme truchlení.

Pro pozůstalého je úmrtí blízkého člověka stresující a zátěžová životní situace, která klade vysoké nároky na jeho psychiku, zasahuje do sociálních vztahů a odráží se také na jeho tělesném stavu. Pozůstalí potřebují často podporu a pomoc při pokračování ve svém životě bez blízké osoby a nabývání nové psychické rovnováhy. Hlavní pomocí pozůstalým by mělo být především ze strany rodiny, přátel, sousedů a blízkého okolí. Mnoho lidí však neví, jak s truchlícím komunikovat, nebo jak se zachovat. Obávají se, že by mohli truchlícímu říci něco špatně a tím mu ublížit. Z tohoto důvodu se stále více pozůstalých obrací na odborníky v poradenství nebo v psychoterapii (Doprovázení pozůstalých, © 2014).

3 PRÁCE SESTRY V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ

3.1 Požadavky na sestru v hospicovém zařízení

Povolání sestry je velmi náročné a kdo chce vykonávat toto povolání, musí mít také určité předpoklady (viz. Příloha P III).

Sestra by měla dodržovat zásady ošetrovatelské péče, znát hlavní úkoly v péči o umírající a dodržovat správnou komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. V povahových vlastnostech by měla být asertivní, empatická, spolehlivá a samostatná, dochvilná, vzdělaná a zkušená, trpělivá, upřímná a zároveň pokorná a měla by umět naslouchat. V neposlední řadě by však měla umět hlavně odpočívat, být vyrovnaná v soukromém životě, mít své záliby a koníčky a pečovat o sebe.

Před pacientem by sestra měla vystupovat sebevědomě, ale je důležitá upřímnost a autentičnost sestry, neměla by skrývat nejistotu a bolest a zároveň nezveličovat danou situaci. Sestra musí umět vnímat a respektovat přání nemocného a dle situace zachovávat určitý odstup anebo blízkost a umět si najít čas, protože umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat. Umět naslouchat a vyjádřit pochopení, hovořit anebo mlčet je jedna s nejtěžších a zároveň nejdůležitějších komunikačních schopností sestry v péči o umírajícího a jeho rodinu.

Sestra by měla umět umožnit umírajícím, aby se zbavili pocitu osamělosti, strachu a deprese. Pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty i v posledních hodinách života je pro umírajícího člověka velmi důležitý a sestra by se měla snažit tyto pocity udržet, povzbuzovat jeho naděje a pomáhat mu při akceptování vlastní ztráty.

Umírající potřebuje, aby byla akceptována jeho poslední přání a aby mu někdo naslouchal, potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat s nimi ať už jen gesty, očima, apod., uklidňující slova, dotyk nebo podání ruky mu pomáhají potlačit strach. Měl by také vědět, že celý zdravotnický personál je tu pro něj a má možnost psychické podpory (Dučaiová, Litvínová, © [b.r.]).

V onkologických onemocněních a zvláště v terminálních stádiích života pacient často klade hluboké existenční otázky (smysl života a utrpení, vina a odpuštění, obavy ze smrti, posmrtný život, atd.) Sestra by měla být na tyto otázky připravena a v žádném případě by je neměla odmítat nebo je nějakým způsobem zlehčovat. Pokud se k tomuto rozhovoru necítí kompetentní, měla by to umět přiznat a dle pacientova přání zprostředkovat osobu

vhodnou k takovému rozhovoru, jako je třeba člen rodiny, přítel, duchovní nebo psycholog (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 235-236).

3.1.1 Vzdělávání sester v oblasti hospicové a paliativní péče

Všeobecná sestra musí být odborně kvalifikována a to podle platné legislativy, kterou upravuje zákon č. 96/2004 Sb. v platném znění (Vzdělávání zdravotnických pracovníků, © 2014).

Vzdělávání sester v paliativní péči je stejně důležité, jako u všech zaměstnanců ve zdravotnictví.

Vzdělávání sester v paliativní a hospicové péči začíná již na středních zdravotnických školách, kde jsou základy paliativní péče obsaženy v ošetrovatelských předmětech. Žáci SZŠ se s hospicovou a paliativní péčí seznamují také formou exkurzí. Na vyšších odborných školách, ale i na bakalářských a magisterských stupních vysokých škol je snaha o rozšíření vzdělávání v oblasti paliativní péče. Některé školy se studijním programem ošetrovatelství vyučují paliativní péči jako samostatný předmět. Náplň a rozsah výuky jsou však velmi různorodé (Paliativní péče v České republice v roce 2013, © [b.r.]).

V současné době není na vysokých školách v ČR nabídka samostatného oboru zaměřeného na hospicovou a paliativní péči.

Ukončením studia na vysoké škole však vzdělávání sester nekončí. Stejně tak, jako v ostatních oborech by měla mít sestra pracující v hospicové a paliativní péči osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Pro vydání tohoto osvědčení je vyhláškou č. 4/2010 Sb. stanoveno množství nutných kreditů. Každá z forem vzdělávání je ohodnocena vyhláškou určeným počtem kreditů (Informace o počtu kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání u nelékařských zdravotnických oborů, ©2014). Jedná se jak o vzdělávací programy, které jsou hodnoceny nižším počtem kreditů (semináře, kurzy, e-learning), tak i o vlastní publikace, odborné stáže, přednášení, a dalších, které jsou hodnoceny větším množstvím kreditů. Všechny typy kurzů jsou pořádány jak jednotlivými hospicovými zařízeními, tak i státními (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví) či soukromými akreditovanými vzdělávacími středisky. Na kurzech se sestry naučí nové techniky práce s pacienty, léčiva, učí se komunikaci a dalším novinkám v oblastech jejich působnosti.

Jedním z nejkomplexnějších programů vzdělávání sester nejen v paliativní péči se nazývá ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium). Jeho hlavním cílem je zlepšit oblast paliativní péče ve zdravotnictví a vzdělávat sestry v péči o umírající nemocné.

ELNEC zahrnuje 4 studijní plány, kterými jsou ELNEC základní, geriatrický, pediatriká paliativní péče a intenzivní péče.

Základní vzdělávací modul se zabývá léčbou bolesti, příznaků, ale zároveň se zabývá i otázkami etickými, kulturním a duchovními. Zabývá se však i otázkami finančními, které ovlivňují paliativní péči.

Projekt ELNEC nabízí vzdělání jak bakalářským, tak i magisterským stupňům fakult ať už zdravotnických, tak i pedagogických. Nabízí však i školení v rámci osobního rozvoje zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní péče. Především každoročně probíhajícím 4denním kurzem ELNEC pod záštitou organizace Cesta domů (Kurzy pro sestry, © [b.r.]).

Lidé v naší zemi popírají existenci smrti jako takové, věří, že lékařská věda může vyléčit každého nemocného. Smrt je často vnímána spíše jako selhání systému zdravotní péče než přirozený aspekt života. Tato „víra“ se týká všech zdravotnických pracovníků včetně sester. I přes své nesporné technické a interpersonální dovednosti nejsou profesionální zdravotní sestry zcela spokojené s odbornými vědomostmi a dovednostmi potřebnými pro poskytování kvalitní paliativní péče o nemocné.

Projekt ELNEC nabízí sestrám znalosti a dovednosti, potřebné k poskytnutí této specializované péče, a též pozitivní dopad na životy těch nemocných a jejich rodin, kteří se potýkají s diagnózou závažných nevléčitelných onemocnění. Primárním cílem je vzdělávat sestry v péči o umírající nemocné. Studijní plán byl vyvinut v rámci činnosti národně uznávaných odborníků v paliativní péči (Kurzy pro sestry, © [b.r.]).

Tento projekt je jedinečný i tím, že umožňuje samostudium i díky tomu, že jsou veškeré podklady dostupné online na stránkách <http://www.paliativnimediceina.cz>, čímž se dostává otevřený každému, kdo má zájem o osobní vzdělávání v oblasti paliativní medicíny.

ELNEC není však jediným programem zabezpečujícím vzdělávání sester v paliativní medicíně.

Pro zájemce je každoročně pořádáno velké množství vzdělávacích kurzů a přednášek po celé republice. O různých kurzech, seminářích, přednáškách a dalších vzdělávacích programech informují organizace, jako např. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdra-

votnictví, Vzdělávání zdravotníků, Paliativní medicína anebo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO).

Pro rok 2014 NCO NZO nabízí vzdělávací programy formou konference na téma „Paliativní péče“ nebo „Péče o pacienty s onkologickým onemocněním“, vzdělávací akce „Nádstavbový kurz bazální stimulace“ a certifikované kurzy s tématy „Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty“ anebo „Ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí“ (Nabídka vzdělávacích akcí 2014, ©2014).

3.2 Specifika práce sestry

3.2.1 Komunikace sestry s nemocným a jeho rodinou

Komunikace sestry s nemocným probíhá během celé její služby, a proto je velice důležité, aby sestra v paliativní péči měla zájem komunikovat s pacienty a byla jim na blízku ve všech situacích, které se pacientovi přihodí. Komunikaci mezi sestrou a pacientem není vhodné omezovat pouze na komunikaci formální, jelikož pacient potřebuje společnost, aby cítil, že na tuto situaci není sám, a má spřízněnou duši, které se může svěřit.

Sestra by s pacientem měla komunikovat empaticky, otevřeně a zásadně by mu neměla podávat lživé informace typu „nebojte se, všechno bude v pořádku“ nebo „nebojte se, vše dobře dopadne“.

Sestra v hospicové péči by měla znát specifickou komunikaci a mít v ní určité zkušenosti a vědět, jak se ve vyvstalých situacích vyjadřovat, a to především v situacích psychicky vypjatých. Měla by umět rozpoznat kdy mluvit a kdy naopak mlčet a jen naslouchat. Měla by si také uvědomovat rozdíly mezi pacienty a jejich prognózami. Uvědomit si, že každý pacient má jinou psychiku, podle které by měla být komunikace vedena.

Umírání a smrt je velmi citlivé téma, které by sestra neměla začínat sama. Pacient by měl o této problematice začít komunikovat sám anebo dát nějaký podnět k tomuto tématu.

S rodinou sestra komunikuje více na formální úrovni, především z profesionálního hlediska je informuje o stavu pacienta a ošetrovatelské péči. Je však velmi důležité ukázat také lidskou tvář a dát i rodině pacienta pomocnou ruku, pochopení a možnost komunikace na citlivé téma, vyplakání se či projevit zlobu a nesouhlas s blížícím se odchodem jimi velmi blízkého člověka.

Sestra by s rodinou měla komunikovat stejně empaticky a otevřeně jako s pacientem, měla by rodinu i podpořit ve smyslu péče, aby rodina věděla, že jejich milovaný je v dobrých rukou, že je o něj postaráno tak, jako by personál pečoval o své blízké a že jejich blízký má ten maximální komfort a pochopení v posledních fázích svého života. Že netrpí.

3.3 Specifika ošetrovatelské péče

U pacientů v hospicovém zařízení jsou specifika ošetrovatelské péče v různých oblastech jako například péče o pacienta s bolestí, péče o proleženiny, arteterapie pro udržování jemné motoriky nebo bazální stimulace, která napomáhá k uvědomění si sama sebe vlastního těla a okolí.

3.3.1 Prevence proleženin

Proleženína (dekubitus, tlaková léze, vřed) je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace, a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem. Je-li intenzita tlaku působící na tkáň vyšší než normální krevní tlak v kapilárách, tj. 4,27 kPa (32 mm Hg), dojde k zástavě krevního řečiště (Mikšová et al., 2006, s. 43).

Opruzenína (intertrigo) je poškození povrchní vrstvy kůže způsobené třením dvou vlhkých ploch kůže o sebe (Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 198).

Opruzeniny nejčastěji vznikají v podpaží u obézních pak pod prsy, v záhybech kůže na břiše, na vnitřní straně mezi stehny a mezi hýžděmi. Projevují se zčervenáním, zduřením pokožky a následně puchýřky. Nemocný pociťuje bolestivé pálení.

Prevenčí opruzenin a následných proleženin je důkladná hygiena a osušení pokožky, kontrola pokožky a po každé hygieně aplikace krémů nebo olejů s jemným promasírováním pokožky. Do míst kde se dvě plochy kůže dotýkají, je vhodné vkládat záložku z mulového čtverce s pudrem. Sestra by měla dbát na používání polohovacích pomůcek, antidekubitních matrací a změny polohy pacienta po 1-4 hodinách dle stavu pacienta a také na čisté, suché a rovné nikde se nekrčící ložní prádlo. Péče o pokožku v ohrožených místech vzniku opruzenin a následných proleženin je velmi důležitá pro to, abychom pacienta ušetřili zbytečnému trápení a bolesti (Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 199).

Faktorů, které ovlivňují vznik proleženin, je několik. Primárně vznikají nepřerušným tlakem mezi kostí a jiným hrubým povrchem, vznikem hypoxie a následné odúmrti tkáně.

Dalším faktorem je neadekvátní výživa. Strava by měla být bohatá na vitamíny, vlákninu a bílkoviny. Mezi faktory vzniku proleženin řadíme také imobilitu, věk pacienta či součastnou diagnózu (Mikšová et al, 2006, s. 43-45).

Sestra by měla znát predilekční místa vzniku proleženin a hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Predilekční místa se liší v souvislosti s polohou pacienta. V poloze na zádech jsou predilekční místa na kosti týlní, nad trnem 7. krčního obratle, v oblasti hřebenu lopatek, loketních kloubů, kosti křížové a kosti paty. V poloze na boku jsou to místa v oblasti spánkové kosti a ucha, ramenního kloubu, kyčelních kostí a mezi kolena a kotníky. V poloze na břiše jsou pak místa vzniku dekubitů v okolí lící kosti, na uchu, v oblasti kyčlí, kolen a palce u nohy (Mikšová et al, 2006, s. 50).

Podle Torrancovy klasifikace rozlišujeme 5 stádií proleženiny:

- 1. stupeň: **Překrvení se zblednutím.** Kůže je zarudlá, při mírném zatlačení prsty erytém kůže zbledne. Nedošlo ještě k poruše mikrocirkulace. Příznaky: mírný otok, jemné zarudnutí kůže, které se hůře identifikuje u tmavé pleti s výraznou pigmentací.*
- 2. stupeň: **Neblednoucí překrvení.** Kůže postiženého místa je zarudlá a mírně vystouplá, při zatlačení prsty nebledne. Může dojít k povrchovému poškození včetně zvrhodování kůže. Příznaky: Zarudnutí místa, zduření postižené části na pohmat. Někdy se objeví puchýř.*
- 3. stupeň: **Zvrhodování kůže.** Ulcerace postupuje přes celou dermis až na rozhraní subkutánní facie. Příznaky: dochází k poškození kůže, což připomíná hlubokou oděrku.*
- 4. stupeň: **Zvrhodování subkutánní facie.** Vřed je rozšířen do podkoží, dochází k postižení svalů, které jsou oteklé a zanícené. Příznaky: Rozpad tkáně připomínající hlubokou otevřenou ránu.*
- 5. stupeň: **Nekróza svalů.** Odumrtí svalové tkáně spojená s infekcí – gangrenózní dekubitus. Příznaky: v místě dekubitu vidíme suchou černou nekrózu, nebo je nekrotická tkáň rozbředlá, hnělobně páchne, zbytky tkáně mají žlutozelenou barvu. Mezi svaly vznikají hluboké choboty vyplněné hnisem (Mikšová et al, 2006, s. 43).*

3.3.2 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace je určen pro pacienty, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna.

Je třeba si uvědomit, že pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují a zároveň to jsou základní prvky konceptu bazální stimulace. Cílenou stimulací smyslových orgánů a využitím schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměti umožňuje bazální stimulace v těchto třech oblastech podporu. Na základě cílené stimulace uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost pacientů. Při obnově vnímání je potřeba nejprve vnímat vlastní tělo, později vnímání okolí, komunikace a pohyb (Friedlová, 2007, s. 19-21).

Existuje několik druhů technik konceptu, které se člení na základní a nastavbové prvky bazální stimulace. Mezi základní řadíme somatické (uvědomění si vlastního těla a následné vnímání okolí), vestibulární a vibrační techniky. Mezi nastavbové pak optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální techniky (Friedlová, 2007, s. 24).

K somatické stimulaci patří mimo jiné polohování pacienta. Mezi specifické polohy patří „mumie“ a „hnízdo“. K polohování se využívají různé prostředky jako kuličkové polohovací pomůcky, srolované ručníky a prostěradla, polštáře nebo osobní předměty pro hmatovou stimulaci.

Nastavbové techniky napomáhají pacientovi vnímat okolí, rozvíjet komunikaci, stimulovat vzpomínky. Taktilně-haptická stimulace napomáhá vnímat doteky, tlak, teplotu či napětí. V nastavbových technikách se často využívají osobní předměty, vůně specifické pro pacienta v běžném životě, chutě oblíbeného jídla (třeba jen potřetí rtů známou chutí) nebo pouštění známé či oblíbené hudby nebo televizního pořadu (Janochová, [b. r.]).

3.3.3 Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

V paliativní péči je nesmírně důležitá týmová práce mezi personálem zařízení, pacientem a jeho rodinnou. Společnými silami dosahují důstojného a v rámci možností i příjemného prostředí pro dožití pacienta v zařízení. Nejdůležitějším článkem tohoto řetězu je pacient sám, který je zodpovědný za schválení všech rozhodnutí a očekává od zbylých článků podporu, kterou je mu třeba projevit pro jeho uspokojení. Specifickým článkem je sestra, která je pacientovi nejbližší a pomáhá mu vlastními znalostmi a zkušenostmi.

Ona je neblíží profesionál, kterému svěřuje svůj život, a proto očekává profesionální a taktní přístup a návrh nejkonstruktivnějšího řešení a východiska z nastalé situace.

Komunikace v týmu

V týmu musí fungovat určité partnerství mezi všemi jeho články. Jedině týmovou prací a hlavně komunikací se dostanou veškeré potřebné informace, ke všem členům týmu a jsou využity pro dobro pacienta. Pacient se například může svěřit uklízečce o nějakém problému, který ani nepovažuje za tak akutní, aby jím bylo nutné zatěžovat zdravotnický personál, ale v rukou odborníka je tato informace velice cenná, a pomůže k upřesnění diagnózy a následného řešení problému.

Komunikace se rozděluje na formální a neformální.

Formální komunikace probíhá jak formou písemnou (dokumentace, rodinné záznamy), tak formou přímé komunikace mezi personálem, pacientem a jeho rodinou (především pravidelné schůzky-multidisciplinární). Schůzky multidisciplinárního týmu probíhají vždy podobným způsobem a to tak, že sestra nebo lékař představí zdravotní stav pacienta, poukáže na nastalé změny oproti poslední schůzce. Dále referuje o různých potřebách a přáních pacienta. Členové týmu se poté k jednotlivým bodům vyjadřují a společně hledají východisko. Schůzky multidisciplinárního týmu se dle zvyklosti pracoviště konají 1x týdně.

Neformální komunikace jsou veškeré ostatní komunikace členů týmu v méně stresujícím prostředí, než je multidisciplinární schůzce. Jedná se o každodenní komunikaci, při které vyjdou najevo aktuální přání a potřeby pacienta, či ostatních členů týmu (Marková, 2010, s. 35-36).

3.3.4 Role sestry v péči o pozůstalé

Doprovázení pozůstalých v období truchlení je nedílnou součástí pracovníka v paliativní péči.

Úmrtí sděluje rodině lékař, ale sestra je určitým prostředníkem, předává rodině pozůstalost, hovoří o posledních chvílích zemřelého a projevuje soustrast. Je to velmi choulostivá situace, která si vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností, empatii, citlivost, dostatek času a klidné prostředí.

V tomto oboru je velice důležité se umět vcítit do pocitů rodiny a být jim podporou v této obtížné životní situaci. Zejména v prvních dnech po smrti pacienta je tato práce

nejdůležitější. Je třeba pozůstalým pomoci překonat tuto, již očekávanou situaci a být jim jak fyzickou, tak psychickou podporou. Dát rodině a blízkým prostor vyjádřit dovolit jim plakat, zlobit se nebo se zhroutit. Dát prostor aby se s blízkým řádně rozloučili, nebyli nikým rušeni a dovolit jim zůstat na pokoji jak dlouho je pro ně třeba nebo na něj vůbec nejít. Ubezpečit rodinu o klidném odchodu pacienta z tohoto světa, při kterém netrpěl. Vhodné jsou také slova „na Vaši maminku tu budeme rádi vzpomínat“ a podobně. Nabídnout jim podporu psychologa nebo možnost návštěvy poradny pro pozůstalé a ubezpečit, že na tuhle životní situaci nejsou sami a personál tu pro ně bude i po odchodu jejich blízkého. Rodina může hospic a personál navštěvovat dále a hledat tak podporu, útěchu a pochopení.

V rajhradském hospici svatého Josefa se tradičně každý rok pořádá vánoční rozsvícení „stromu vzpomínek“ který má připomenout všechny blízké, kteří již odešli z tohoto světa. Akce začíná mší svatou a u rozsvěcování stromu, má průvodní slovo ředitel hospice.

3.4 Prevence syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout je charakterizován jako stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání v důsledku dlouhodobého zabývání se emocionálně náročnými situacemi. Objevuje se převážně v profesích zaměřených na práci s lidmi tzv. „pomáhajících profesích“ – sestry, lékaři, sociální pracovníci, policisté, učitelé nebo např. soudci. Syndrom vyhoření má následky jak osobní, kdy zasahuje samotného pracovníka tak i profesní kdy dochází k zhoršování kvality poskytovaných služeb. Lze ho vnímat jako sociální problém, protože se vždy jedná o důsledek práce s lidmi a tudíž má dopad v sociální sféře (Bartošíková, 2006, s. 20-21).

Preventivní opatření

Má – li zdravotní sestra pečovat o pacienty, neměla by opomíjet péči o sebe sama (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 14). Sestra pečující o nemocné musí umět „vypnout“ od své práce a najít si čas na své přátele a koníčky.

Aby mohla sestra ve svém povolání vykonávat dobrý výkon je zapotřebí, aby byla nejen v dobré psychické pohodě, ale také aby měla dostatek síly a energie. K tomu je zapotřebí splnit řadu podmínek (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 27).

- sociální opora – rodina, přátelé, spolupracovníci
- odpočinek – dovolená alespoň 14 dní v roce

- čas na svůj život - koníčky, sport, rodinné výlety
- asertivita – umět říci „ne“
- možnost kontaktu s psychologem – sebepoznání
- změna pracoviště či jiných činností
- umění oddělit osobní život s profesním – nenosit si práci domů
- smysluplnost života – ujasnit si žebříček hodnot a cíle, kterých chceme dosáhnout
- vyhýbání se rutině a stereotypu
- týmová spolupráce a její podpora
- dobré vztahy na pracovišti (Bartošíková, 2006, s. 41-51)

Každý má své strategie vyrovnávání se se stresem, ale zvláště neefektivní je užívání návykových látek (hlavně jako alkohol či užívání návykových léků), úniky od nevyřešených problémů (čekání „až se to nějak vyřeší“) či agrese a obviňování druhých, protože odežene-li si lidi od sebe svým neadekvátním chováním, zůstaneme na vše sami.

V případě, že se syndrom vyhoření rozvine, neměli bychom váhat s vyhledáním odborné pomoci (Bartošíková, 2006, s. 47).

3.5 Umírající pacient

Přesto, že to nebylo cílem mé práce, dovoluji si pro lepší pochopení uvést příklady péče o umírající na kazuistice pacienta rajhradského hospice, který mě velmi zaujal svým věkem a zároveň prognózou a pacientce, která přispěla do kroniky svými „*Slovy díky*“.

3.5.1 Kazuistika umírajícího pacienta

Pacient XY

Věk: 28

Vzdělání: vyučený správce sítě, pracoval jako skladník

5/2013 Pacientovi zjištěn inoperabilní tumor mozku frontálně bilaterálně, histologicky zjištěn glioblastom. Zjištěny také hormonální komplikace a dále abusus pervitinu a kanabinoidů.

Masarykův onkologický ústav Žlutý kopec, Brno

Klinika radiační onkologie od 6/2013 do 8/2013

6/2013 Pacient přijat na kliniku radiační onkologie kde je zahájena paliativní radioterapie na oblast mozku. Léčba probíhá bez komplikací.

Od 1. 7. 2013 si pacient stěžoval na bolest v oblasti kolen a následně zhoršenou chůzi, pacientovi byl nasazen Gabapentin a Magnezium s dobrým efektem, zůstává však lehká bolest levé dolní končetiny.

Od 14. 7. 2013 si pacient začal stěžovat na bolest zad v oblasti hrudní páteře – bolesti začaly po prudkém pohybu. Byla podána slabá analgetika, čímž se, bolesti přechodně zklidnily.

Pacient se celkově zhoršuje psychomotoricky, objevuje se organický psychosyndrom, sekundární epileptické paroxysmy a komplikace po podání kortikoidů. I přes svůj zhoršující se zdravotní stav pacient odmítá hospitalizaci a trvá na propustce na víkend domů. Je poučen o rizicích, zhoršení klinického stavu a zároveň je informován o riziku zhoršení stavu s následkem poruchy vědomí až smrti – pacient podepsal negativní reverz a nepřeje si, aby byla o jeho zdravotním stavu informována rodina.

22. 7. 2013 pacient si stěžuje na zhoršení bolestí zad. Byl nasazen Tramal.

Od 26. 7. 2013 byla paliativní RT na oblast mozku předčasně ukončena pro celkové zhoršení stavu. Onkologická léčba byla ukončena, nadále pokračuje jen symptomatická léčba. V následujících dnech došlo k významnému zhoršení stavu. Docházelo k poruchám vědomí ve smyslu somnolence až soporu, prodělal epileptický záchvat, nastal psychomotorický neklid, stav zmatenosti, pacient nespolupracuje. Byl podán Haloperidol.

Po stabilizaci zdravotního stavu byl pacient poučen o vývoji jeho zdravotního stavu a byl seznámen s dalším postupem, jako je možnost hospicové péče, se kterou souhlasil.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

2. 8. 2013 pacient přijat s onkologickou diagnózou pro paliativní léčbu bolesti.

Při přijetí měl pacient pohovor s psychologem, který udává: *Pacient byl momentálně ke spolupráci svolný. Působí nervózně ve značné vnitřní tenzi. Projevy emocí ve tváři jsou nevýrazné, pocity jsou aktivovány přes aktivitu rukou, jsou vyjadřovány „řečí těla“. Pacient si své vnímání, chování a nervozitu uvědomuje a konstatuje, že mu to vadí, protože dříve takový nebyl. Pacient má vyhýbavý komunikační styl tj. „nebudu dělat problémy, nepotřebuju nic, jsem samostatnej, nic mi nevadí“, avšak z pacientovy nemoci a z jeho svéráz-*

ného pravděpodobně asociálního způsobu života vyplývá, že se nelze spolehnout na jeho slova. V komunikaci se pacient zdá, že často reaguje vyhýbavě – udává, že si nepamatuje, jak žil před tím, než se ocitl v nemocnici. Zmiňuje sice „nějaké závislosti jako trávu, sázky“, užívání tvrdých drog neguje, na cílený dotaz vyhýbavě sděluje, že bral asi půl měsíce až měsíc pervitin, odvolává se na špatnou paměť „už si to nepamatuju“.

Aktuálně pacient udává bolest zad, která se údajně dá v pohodě vydržet. Ohledně nemoci udává že: „něco našli v mozku, napřed za jedním okem, pak za oběma očima“. Pacient však nedomyšlí další vývoj nemoci, očekává, že se „dá do kupy“ a půjde domů.

Pacient krátce po přijetí udává bolesti zad v bederní oblasti. Byla zahájena léčba opioidy, které byly v průběhu nutné navyšovat. Pacient má velké bolesti i při pohybu. Díky imobilitě dochází ke svalové atrofii.

9/2013 je proveden RTG bederní oblasti zad, poté je diagnostikována osteoporóza a následně doporučeno navýšení analgoterapie. Nakonec se pacient převádí na kontinuální opiátovou analgezií.

Průběh hospitalizace byl bez komplikací, zároveň došlo ke zmírnění bolestí v oblasti bederní páteře. Nicméně bolesti při pohybu přetrvávaly. Dle pacientova vyjadřování bylo zjevné, že rodinné vztahy nejsou zcela v pořádku, od rodiny byl odtažitý a nepřál si sdělovat rodině informace o jeho zdravotním stavu. Při komunikaci s personálem byl značně odtažitý a na otázky odpovídal stručnými, často jednoslovnými větami. Působil tak, že se nechce s nikým bavit a pomoc personálu ho spíše obtěžuje. Pacientovi byly naplňovány veškeré jeho potřeby. Byl silný kuřák a měl často chuť na cigaretu. Personál se snažil co nejvíce jeho potřeby uspokojit a na cigaretu byl do kuřáckého prostoru vyvážen nejdříve na vozíku později s postelí tak často, jak za den žádal anebo jak měl personál momentálně čas.

Vlivem imobility a podávaným kortikoidům v průběhu hospitalizace vznikly u pacienta dekubity, a to na sacru, obou patách a trochanterech. Využilo se více možností léčby a výjimkou nebylo ani vlhké hojení ran. Dekubity měly dobrý průběh hojení.

Postupem času se pacientova komunikace a důvěra k personálu značně zlepšila, působil přátelsky a vděčně. Vztahy s rodinou se také urovnaly. Rodiče a sestra s přítelem chodili na návštěvy mnohem častěji, bylo poznat, že návštěvy pacienta těší a je také více v psychickém klidu. Občas za ním chodili také kamarádi, kteří s ním na pokoji hráli společně

čenské hry, za pěkného počasí pacienta vozili do zahrady anebo vyváželi na cigaretu. Celkově tvořili společnost na dlouhé hodiny ve prospěch pacienta.

Po celou dobu přetrvávaly známky organického syndromu, nicméně byl schopen lépe komunikovat o své nemoci a jeho psychický stav se mnohem zlepšil.

27. 2. 2014 dochází ke zhoršování zdravotního stavu a nutnosti provádět plnou ošetrovatelskou péči. Objevuje se zvracení tmavého zbarvení, hematurie, zhoršování kognitivních funkcí a progresse organického psychosyndromu. Vzniká rozvoj septických teplot 39,9 °C, pacient je apatický, má nepřítomný pohled.

Lékař naznává, že pacient přechází do terminálního stádia nemoci. Plán péče se zaměřuje na režim DNR (do not resuscitate) a doprovázení. Týž den přijíždí rodiče a sestra s přítelem, kteří po celou dobu pacienta doprovázejí.

2. 3. 2014 lékař konstatuje exitus letalis.

3.5.2 Osobní svědectví umírajícího

V rajhradském hospici je každému k dispozici kronika. Pacienti a jejich rodinní příslušníci do ní zaznamenávají svoji spokojenost s pobytem v tomto zařízení a personál vkládá popisy a fotografie z akcí pořádanými hospicem. Při procházení této kroniky jsem si všimla příběhu, který mě velice zaujal svým profesně nezaujatým pohledem na hospicovou léčbu. Právě proto jsem se rozhodla podělit s čtenáři mé bakalářské práce o své pocity

Dovoluji si tento příběh přepsat s drobnou úpravou. Autentický text je vložen do přílohy (viz. Příloha P IV).

„Od paní Kubicové“

Jsem se vším naprosto spokojená. Líbí se mi ta čistota prostředí. Každý den nám mění ložní prádlo. Jsem opravdu moc spokojená. Takovou péči bych doma neměla. Připadala bych si na obtíž své rodině. Nikdo by se o mě nemohl tak dobře postarat. Mladí mají své problémy, nechci je zatěžovat. Co více si já mohu ještě přát. Celý život jsem žila v pohodě a tu si chci užívat i teď. Nechci obtěžovat. Doma by mi beztak takovou péči ani nemohli dát. Jsem tu moc ráda. Hospic v Rajhradě mi zařídila má neteř Jana, která tu bydlí. Dochází za mnou den co den. Je to od ní milé. Co si více mohu přát. Mám svůj klid já i oni. Neteř mi vždy nakoupí, co zrovna potřebuji. Vždy mi říká: „o nic se nestarej, já to zařídím.“ To člověka těší den co den.

Jsem ráda, že na pokoji nejsem sama. Bylo by mi smutno. I když spolu na pokoji nekomunikujeme, tak je to lepší. Připadala bych si izolovaná od ostatních.

Musím říci, že jsem spokojená s celým personálem. Starají se o nás tak pečlivě a s ochotou. Pan doktor Kabelka je úžasný člověk. Když odjel na čas na stáž do Anglie tak nám tu všem moc chyběl. Postrádali jsme ho. Ptali jsme se na něho, kdy se zase vrátí. On dokáže člověka tak utěšit. Umí pohladit dobrým slovem. Chodí za námi každý den. Ptá se, jak se cítíme, zda nám nic nechybí. Ptá se, co nás trápí či bolí. Když mě něco bolí, tak mi napíše další léky a po nich je mi lépe. Pan Doktor Kabelka je moc milej. Těším se vždy na to, až přijde. Dovede mě vzít i za ruku a pohladit mě po tváři. S péčí jsem opravdu spokojená moc. Nemohu si na nic stěžovat. Sestřičky přijdou, pokaždé když na ně zazvoním. Nikdy mi nedají najevo, že obtěžuji. Pan Doktor Kabelka mi říkal, že si na ně můžu zazvonit i v noci, když mě něco bolí, ale já je nechci obtěžovat. Pan doktor mi na to odpověděl, že to není obtěžování – to je jejich práce paní Kubicová. Oni mají noční službu a jsou tu pro vás – zazvoňte, vždy když potřebujete.

Paní psycholožka je výborná. Chodí za mnou každý den. Jsem ráda, když za mnou někdo přijde. Zvonila jsem na sestřičku, ale přišla paní magistra – odnesla mi mísu za sestřičky – není to její práce, a přesto to pro mne s úsměvem udělala. Moc si toho vážím. Přece paní magistra nebude dělat takovouhle práci. Paní magistra mi i pomohla s nákupem vánočního dárku. Pověděla jsem jí, co potřebuji a ona mi to v Brně koupila. Potřebovala jsem krabičku na šperk pro svoji neteř. Byla jsem potěšená já, paní magistra i neteř. Ten šperk už mám asi dva roky, ale už ho neužiji a tak jsem ho darovala neteři k vánocům.

Dochází za mnou i dobrovolníci. Jsou moc hodní. Každou středu mě vozí na vozíku na mši dolů do kaple. Oblékají mě, protože si nedojdu sama pro oblečení do skříně. Když tu nejsou dobrovolníci, tak mě vozí sestřičky. Péče je tu ohromná, skutečně. Je to nesrovnatelné s nemocnicí. Říká to tu mnoho pacientů. Jsem tu spokojená. Opakuji to stále dokola, ale je to tak. Chodí za mnou i řádové sestry utěšitelky. Jsou milé a usměvavé a to vždy potěší.

Mé potíže začaly, když jsem si zlomila krček (stehenní kosti) a nemohla jsem se pohybovat. Byla jsem asi čtrnáct dní v nemocnici. Bylo to komplikované, protože jsem v té době chodila na chemoterapii. Neměla jsem se tam jak dostat. Nakonec jsem skončila v hospici a jsem za to moc ráda. Chemoterapii jsem absolvovala třikrát. Bylo to zdlouhavé a únavné. Sanita mě odvezla do nemocnice, tam jsem seděla na kapačce hodinu až tři hodiny, jak kdy a pak

jsem zase čekala na sanitu, až mě odveze domů. Byla jsem moc unavená. Neměla jsem chuť k jídlu. Hodně jsem pohubla – asi 12 kilogramů. Měla jsem hodně odpočívat, ale ono to nešlo. Měla jsem manžela, kterému jsem musela vařit. Pak manžel v 90 letech zemřel. Zemřel v nemocnici stáří. Byl tam asi jen 5 dní. Věděla jsem, že zemře. Když manžel odešel na věčnost, tak společně s ním odešel i můj celý život (paní Kubicová se rozplakala – vzala jsem ji za ruku a snažila jsem se prožívat její smutek společně s ní). Po chvíli paní Kubicová povídá dále. Bolí mě hodně noha. Užívám léky na bolest a je to lepší. Mám artrózu v kolenou. Někdy poslední dobou velice často mě bolí celá noha. Více než dřív mám více obtíží nežli dříve, ale mohlo by být ještě hůře. A ono možná bude. Člověk musí počítat se vším. Pan doktor Kabelka mi předepsal další léky na bolesti. Slíbil mi, že mě nenechá trpět. V hospici se o mne postarají dobře. Když člověk není do 75 let nemocný tak je to pro něho těžké jenom ležet. Já jsem byla vždy aktivní a vše jsem měla vždy pečlivě udělané. Už jsem se se vším, jak to je smířila. Člověk to musí brát tak jak to je. Co mu jiného také zbývá. Umírají i mnohem mladší lidé nežli jsem já. Většina mladších pacientů, kteří se mnou chodili na chemoterapii, už dávno zemřeli.

V hospici jsem oslavila své 80 narozeniny a byly pro mne nejhezčí v celém životě. Navštívila mě celá rodina. Vždy zavolali, zda mohou přijet a postupně mě navštívili všichni. Přivezli mi květiny – měla jsem tu plný stůl květin. I na okně jsem měla květiny. I malé občerstvení jsme si tu udělali. Přišel mi popřát i celý tým pečovateli i pan doktor Kabelka. Dostala jsem od nich květiny. Moc mě to dojalo.

V průběhu své nemoci často zvracím. Ted' častěji. Nemám chuť k jídlu, protože po něm často zvracím. Zvracím někdy v průběhu celého dne. Jsem s tím, ale vyrovnaná. Pan doktor mě utěšuje. Říká mi: “nebojte se, bolesti odstraníme. Pomůžeme vám – nejste na to sama”.

V létě jezdím denně na vozíku ven na zahradu. Sedáváme i u vodotrysku. Ven mě vozí má neteř Jana anebo dobrovolníci. Každou středu jezdím na mši. Pokud se cítím dobře tak ráda zajedu na páteční arteterapie. Na první hodině jsme vyráběli podzimní strom. Měla jsem radost, že jsem něco pomohla vytvořit. Navštívilo nás i několik hudebních souborů. Hráli v kapli a někteří i přímo na pokojích. Byli tu zpívat i lidi v krojích. Bylo to hezké. Pořád se snaží, aby se tu něco děje.

Jak jsem řekla, ve všech směrech mi ti tu vyhovuje. Jsem spokojená. Kdybych nebyla spokojená tak bych byla nevděčná. My všichni bychom byli nevděční. Já vím, názory jsou různé. Já mám však tenhle.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE A METODIKA

4.1 Cíle práce

Hlavním cílem mé práce bylo získat ucelený pohled na fungování hospicového zařízení v Rajhradě u Brna, na jeho silná a slabá místa. Z rozhovorů bych chtěla získat pohled zaměstnanců na fungování zařízení, množství administrativy s tím spojené a také na to, jak si lidé pracující v těsném spojení s umírajícími pacienty udržují svoji vlastní psychickou vyrovnanost. Oblasti, které jsem se rozhodla blíže analyzovat, jsou tyto:

- 1) Zjistit specifika práce sestry a ošetrovatelské péče v hospicovém zařízení.
- 2) Zjistit, jaké jsou zkušenosti členů multidisciplinárního týmu ve vzájemné spolupráci, a to se zaměřením na silná a slabá místa.

4.2 Metodika práce

4.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Tohoto průzkumu se zúčastnili vybraní členové multidisciplinárního týmu hospicového zařízení Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Cílem bylo, aby byla obsažena každá kategorie pracovníků. Konkrétně se jednalo o dvanáct členů týmu: tři sestry (R1 – R3), staniční sestru (R4), vrchní sestru / ředitelku (R5), ošetrovatelku (R6), fyzioterapeutku (R7), lékaře (R8), psychologku (R9), koordinátorku dobrovolníků (R10), sociální pracovníci (R11) a nemocniční kaplanku (R12). Původně mělo být do šetření zařazeno 12 výše uvedených zaměstnanců, ale nakonec se zúčastnilo pouze 11 z nich, což činí 91,70 %. Průzkumu se nakonec nezúčastnila psychologka, a to z důvodu velké časové vytíženosti. Myslím si, že tato změna nikterak neovlivnila výsledky průzkumu.

4.2.2 Metody sběru dat

Jako metoda sběru dat byl zvolen strukturovaný rozhovor. Rozhovor je jedním z nejčastěji používaných metod pro kvalitativní typ výzkumu. Při přípravě takového rozhovoru se vytvoří určitý okruh otázek, který je pro tazatele závazný. Pořadí otázek je možno v průběhu rozhovoru zaměňovat. U tohoto rozhovoru je definované tzv. jádro, minimum témat a otázek, které chceme probrat. Hodně také záleží na atmosféře, ve které rozhovor probíhá a na vztahu dotazovaného a badatele (Kutnohorská, 2009, s. 39-40).

Každý rozhovor obsahoval 28 otázek, které byly rozděleny do tří okruhů: identifikační údaje, specifika práce v hospici a otázky zaměřené na multidisciplinární tým. Každý z dotazovaných respondentů byl informován o účelu tohoto rozhovoru a zároveň byl ujistěn o anonymitě.

4.2.3 Organizace šetření

Výzkumnému šetření předcházelo sestavení struktury rozhovoru za pomoci vedoucí práce Mgr. Anny Krátké Ph.D., která provedla i následné schválení finální podoby struktury otázek. Samotné rozhovory byly realizované v období listopad 2013 - únor 2014. Rozhovory byly realizovány s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu v prostorách hospice sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Rozhovory byly zaznamenávány mojí osobou (s obavou, že diktafon by narušil otevřenost rozhovoru). U některých respondentů byly rozhovory částečně doplněny elektronickou formou, a to z důvodu velké časové vytíženosti zaměstnanců. Průzkum byl uskutečněn s vědomím vedení hospice.

4.2.4 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly přepsány, některé z odpovědí byly upraveny. Z důvodu různorodosti odpovědí nebyly zpracovány kategorie. Nakonec byla provedena analýza jednotlivých rozhovorů, v diskusi se odráží srovnání názorů na danou problematiku jednotlivých zaměstnanců.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky rozhovorů vedených s jednotlivými pracovníky multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení sv. Josefa v Rajhradě

5.1.1 Rozhovor se sestrou (R1)

Všeobecná sestra, 42 let, s ukončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním. Dříve pracovala na gynekologii a nyní pracuje již 12 let v hospici. Práce se jí líbí protože, se ráda stará o druhé v nemoci. Největším rozdílem mezi nynější prací a prací na gynekologii je hlavně péče o nevléčitelně nemocné pacienty.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R1: *Staráme se o psychiku, tělesnou stránku, duchovno a mírníme příznaky nemoci klientů, provádíme odborné činnosti - podávání infúzí, léků, injekcí dle ordinace lékařů, polohování, převazy, péče o hygienu, krmení atd.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R1: *Rozhovor s rodinou při doprovázení - úmrtí klienta.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R1: *Uvědomění si, že to každého čeká, každému svíčka hoří jinak.*

Sestra (R1) si myslí, že obecně nejtěžší činnosti sestry je komunikace s pacienty a nalezení dostatku volného času pro péči. Dle jejího názoru by sestra měla být především empatická, spolehlivá, upřímná s dostatkem teoretických a praktických dovedností.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R1: *Netahat si práci domů a mít nějaké hobby.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R1: *Administrativy přibývá na úkor práce o klienty - záznamy o klientech-denní činnosti, sociální záznamy.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R1: *Ano vzdělávám se, přímo v Hospici - Hospic a umění doprovázet, Péče o zemřelé.*

V rámci multidisciplinárního týmu si myslí, že jeho skladba je dostatečná pro splnění všech potřeb pacienta a každý člen zná svoji roli. Práce a potřeby se však odvíjí od aktuální skladby pacientů a náročnosti péče o ně. Práce je závislá na týmu a vzájemné pomoci. Informace jsou předávány při výměně služeb a to jak ústním, tak i písemným hlášením. Její práci řídí staniční sestra, která je i oporou v případě nějakého problému s pacientem, nebo jeho příbuzným. Také se zajímá o to, jak se jí daří nebo zda ji něco trápí.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R1: *Možná více tolerance a porozumění.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R1: *Ano - táboračky, besídky.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R1: *Někdy ano.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R1: *Více zapojovat rodiny do problematiky péče o klienta a jeho nastavené léčby, více času na klienty.*

5.1.2 Rozhovor se sestrou (R2)

Všeobecná sestra, 53 let, s ukončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním s maturitou obor Všeobecná zdravotní sestra a Porodní asistentka, po kterém následovalo úspěšně ukončené postgraduální studium obor Porodnictví gynekologie. Dříve pracovala ve FN Obilný trh. Nyní pracuje již 6 let v hospici. Práce se jí líbí především proto, že ji uspokojuje pocit užitečnosti v těžkých chvílích lidí, kteří odchází z tohoto světa. Největším rozdílem mezi prací v porodnici a hospici je ta, že v porodnici vzniká nový život a léčí se zde především mladé ženy. Oproti tomu v hospici život důstojně končí.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R2: *Aplikace injekcí, podávání léků, podávání a aplikace analgetik a opiátů, převazy ran a dekubitů, každodenní péče o pacienty, doprovázení, péče o zesnulé, psychická podpora pozůstalých.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R2: *Veškerou práci zvládám bez obtíží, občas je úmrtí a vše s ním spojené náročné na psychiku.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R2: *Měla jsem velký strach a obavy, bála jsem se být sama v pokoji se zesnulým.*

Sestra (R2) si myslí, že obecně nejtěžší činnosti sestry je po fyzické stránce manipulace s nehybnými, těžkými pacienty a po stránce psychické časté úmrtí. Dle jejího názoru by sestra v hospici měla být především laskavá, trpělivá, empatická, šikovná, nebojácná a musí být osobním životě vyrovnaná. Zároveň jsou dle jejího názoru nutné dostatečné odborné znalosti.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R2: *Je důležitý dobrý kolektiv, občasné mimopracovní aktivity s kolektivem, sport, koníčky, pro mne je velkou relaxací příroda, stromy, houbaření, vytváření dekorativních předmětů, zázemí v rodině, děti. Moje práce je současně i můj koníček.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R2: *Administrativa není až tak složitá, ale je jí poměrně hodně, je na úkor času, který bych raději trávila s pacientem.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R2: *Na kurzy chodím pravidelně, zhruba 1x za měsíc, hospic má vlastní edukační středisko, které využívám, ale některé kurzy jsou i mimo hospic. např.: důstojnost člověka ve zdravý a nemoci, psychický vývoj ve stáří, euthanasie, doprovázení, atd...*

V rámci multidisciplinárního týmu jsou vždy splněny veškeré potřeby pacientů. Mohly by však být uspokojeny lépe v případě vyššího počtu pracovníků. Spolupráce je nutná v rámci celého týmu od pečovatelky, přes sestru až po primáře. Informace o pacientech

se předávají ústně vždy při předávání služby a to ráno a večer. Veškeré důležité údaje jsou zaznamenávány i písemně v denním hlášení. Dle jejího názoru každý člen týmu zná svoji roli v týmu. Její práci řídí staniční sestra, která ji zároveň pomáhá i v případě problémů vždy pozná, když má špatnou náladu a mnohdy nabídne pomoc psychologa.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R2: *Aby celý multidisciplinární tým opravdu spolupracoval a aby se mluvilo více o konkrétních věcech.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R2: *Ano pořádáme pravidelné - oslavy narozenin, vánoční večírek, táborák, mikulášská besídka, nepravidelné - posezení v restauraci, vzájemné návštěvy, výlety, relaxační pobyt ve Špindlerově mlýně - chata zaměstnavatele hospice (plně hrazeno 1x za 2 roky).*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R2: *Někdy ano, ale jsou to spíše neshody mezi kolegyněmi.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně)*

R2: *Jistě se dá mnohé zlepšit např.: vylepšovat, vyzdobovat prostředí (což pravidelně dělám) sladit povlečení, pyžama, trička, květiny, brát klienty do zahrady, na mši, aktivovat je, lépe vybírat zaměstnance.*

5.1.3 Rozhovor se sestrou (R3)

Sestra, 38 let, s ukončeným středoškolským vzděláním se specializací porodní asistentka. Nejdříve pracovala na gynekologické JIP FN Brno, poté v soukromém gynekologickém centru MUDr. Vladimíra Dvořáka. V hospici pracuje 14 měsíců. Pro práci v hospici se rozhodla především proto, že zde chodila na brigády a poznala, jakým způsobem se zde přistupuje k pacientům. Poté co nastoupila do FN Bohunice a později do soukromé ordinace, byla ohromena rozdílem mezi hospicem. V hospici v pacientovi vidí opravdu člověka se všemi jeho bolestmi, radostmi a potřebami, kdežto v soukromém centru je zaměstnanec tlačěn do toho myslet komerčně. Práce se jí líbí, a to i proto, že je zde příjemný kolektiv zaměstnanců.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R3: *hygienu u pacientů; podávání léků v podobě tablet nebo s.c., i.m. injekcí; podávání opiátů v podobě tablet, náplastí nebo s.c. injekcí (Morfin); převazy chronických ran (dekubitů); měření glykémie, TK, TT; péči o PEG, TSK a PMK.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R3: *Když je pacient v tak „zuboženém“ zdravotním stavu vlivem onkologického onemocnění, že je těžké k němu přistupovat klidně, otevřeně. Mám, namysli, když např. nádor pacientovi naprosto zohaví tvář, nebo když v důsledku rozpadající se tkáně tělo velice zapáchá.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R3: *Cítla jsem pocit úlevy. První smrt, kterou jsem tady zažila a mnohé další, doprovází (i přes veškerou medikaci) nepříjemné projevy. Člověk trpí. A když dojde ke konci života, ke kterému stejně po celou dobu směřoval, cítím úlevu, protože přišel k cíli. Neraduju se určitě. To ne. Je mi smutno obzvlášť pokud se jednalo o někoho, kdo tu byl dlouho a byl nám velmi milý. Jenže pak velmi rychle se vystřídá na lůžku další pacient, další velká individualita a další velký životní příběh. Na mnoho pacientů, kteří zde zemřeli nebo byli přeloženi jinam, často vzpomínám. A nejsem sama. Stále mě překvapují moje kolegyně, jakou mají velkou paměť a na bývalé pacienty a jejich rodiny často zavzpomínají.*

Sestra (R3) je toho názoru, že nejtěžší na práci sestry je to, že když vás trápí, osobní starosti nesmíte přehlédnout aktuální potřeby pacientů cítit od sestry vstřícnost, vřelost a pocit, že pacienta nebere jako číslo na pokoji, ale jako jedinečnou bytost. Myslí si, že sestra v žádném případě nesmí na tuto skutečnost zapomenout a otupět vůči potřebám pacientů. Člověk si vždy musí uvědomit, že zítra to může být on, který leží na jejich místě. Sestra musí být především empatická, smířená se smrtí a samozřejmostí je samostatnost a zodpovědnost.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R3: *Mít rád taky sám sebe a nezapomínat na sebe. To ovšem nám matkám moc nejde, ale je třeba se to znovu a znovu učit. To, že jsme taky důležité a nemáme neomezené síly. Najít si čas na to, co nás baví.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R3: *Myslím, že ani ne. Jen vypisování diagnóz pro primární sestru by se mohlo vyřešit formou tabulky nebo jakéhosi dotazníku*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R3: *Na takovém kurzu jsem byla jednou před mnoha lety. Konal se tady v hospici v Rajhradě*

Dle názoru sestry je množství personálu v multidisciplinárním týmu dostatečné pro splnění veškerých potřeb pacientů. Sestra vidí hlavní výhodu nastavení multidisciplinárního týmu v tom, že každý z jeho členů má možnost předat své poznatky o pacientovi. Dle jejího názoru každý člen týmu zná svoji roli v týmu. Její práci řídí především staniční sestra a lékařka. Informace o pacientovi si předává každé ráno a každý večer mezi sestrami a ošetřovatelkami a během dne ústně mezi sestrou a lékařem. Veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace, do které pravidelně nahlíží ostatní pracovníci týmu. Jednou za týden při multidisciplinárním týmu se hovoří o jednotlivých pacientech a každý člen předá ostatním to, co se z jeho pohledu s pacientem děje nového, nebo jaké jsou aktuální problémy s ním, či jakékoli problém s jeho rodinou.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R3: *Nic mě nenapadá.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R3: *Domlouváme se na příležitostné oslavy. Scházíme se v restauraci, když se někdo vdává nebo se někomu narodí miminko anebo taky když někdo odchází. Jednou za čas hospic organizuje několikadenní výlet někde po republice. Taky bývá vánoční besídka.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R3: *Nechci, ale neubráním se.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R3: *Pod vedením naší staniční sestry, si myslím, že není co vylepšovat. Snad možná, kdyby za klienty chodilo více dobrovolníků.*

5.1.4 Rozhovor se staniční sestrou (R4)

Staniční sestra, 44 let, s ukončeným středoškolským zdravotnickým vzděláním, po kterém následovala pomaturitní chirurgická specializace. Dříve pracovala ve FN u Svaté Anny v Brně na chirurgii. V hospici pracuje již 14 let a rozhodla se zde pracovat z důvodu osobního zážitku. Práce se jí líbí a hlavním rozdílem mezi hospicem a chirurgií je dle jejího názoru v komunikaci a přístupu k nemocným klientům.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R4: *Činnosti zajišťující chod oddělení, týmovou spolupráci, ošetrovatelskou péči, administrativní.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R4: *Komunikace s rodinou, která nepřijala onemocnění svého blízkého.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R4: *Brečela jsem, protože to byl mladý kluk, měla jsem pocit, že jsme mu nedokázali pomoci, aby nezemřel.*

Staniční sestra (R4) si myslí, že obecně nejtěžší činnosti sestry je psychická a to především v komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Sestra by měla být pokorná a mít bezpodmínečnou lásku k lidem, být ochotná pomáhat bez naštvání a negativních emocí.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R4: *Vědět, proč tu práci dělám, psychicky zpracovávat v sobě všechna úmrtí, spolupracovat multidisciplinárně.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R4: *Docházka, skládání chorobopisů při úmrtí a zakládání dokumentace, není to složité, ale spolyká mně to hodně času, který bych mohla věnovat klientům, kolegům.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R4: *Hospic Rajhrad, Komunikační dovednosti*

Dle názoru staniční sestry by někdy bylo potřeba více personálu pro lepší individuální péči o určité klienty. Dle jejího názoru každý člen týmu svoji roli zná, ale někdy se z ní snaží utéct, pak jej musí opět vracet do jeho role. Informace jsou předávány během předávání služby ústně mezi sestrami a pečovateli. Informace se také píšou do sešitu pro lékaře a při ošetřování během dne tým komunikuje mezi sebou. V případě problémů s pacientem nebo jeho rodinou je řeší jako staniční sestra po ošetřovatelské strážce a lékař po strážce medicínské. Zastává názor, že problémy vznikají ze špatné, nebo málo empatické a vstřícné komunikace. Její práci řídí vrchní sestra, která se někdy zajímá o její pracovní úspěchy či trápení.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R4: *Zlepšení předávání informací v ošetřovatelské péči u pečovateli sestrám.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R4: *Oslavy narozenin, návštěvy restaurace, Paliacap, Špindlerův mlýn – třídní pobyt zaměstnanců.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R4: *Většinou ne, ale někdy se to nepodaří, protože mi přilne, některý z klientů více k srdci.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R4: *To nejhlavnější, aby měla dostatečné financování ze strany státu a pojišťoven.*

5.1.5 Rozhovor s vrchní sestrou / ředitelkou (R5)

Ředitelka a vrchní sestra, 41 let, s ukončeným vysokoškolským magisterským vzděláním. Dříve pracovala na ARO ve FN U sv. Anny v Brně. V hospici pracuje 1,5 roku. Pro tuto práci se rozhodla z důvodu potřeby změny v profesním životě – klidnější prostředí, menší zařízení. Práce se jí líbí a hlavní rozdíl mezi dřívější a nynější prací je ta, že dříve pracovala přímo u pacienta a nyní zastává spíše administrativní pozici. Dle jejího názoru je práce u pacienta podobná. I když zdravotnické výkony jsou méně odborné, o to větší je odbornost přístupu personálu k umírajícím lidem.

Rozhovor byl zpracován samostatně a zaslán na e-mail. Případné nejasnosti byly konzultovány přes e-mail nebo telefonicky.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R5: *Ve své pozici zastávám spíše vedení týmu, práce na zvyšování kvality jak zdravotní tak sociální péče.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R5: *Motivovat zaměstnance, sladit více činností najednou.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R5: *Se smrtí pacienta jsem se setkala již při studiu na zdravotní škole, jednalo se o člověka velmi starého a smrt byla očekávaná, v tu chvíli jsem nebyla nikterak překvapená a brala jsem to jako součást života, kdy starý nemocný člověk umírá. Více mě zasáhla smrt pacienta, když jsem jako absolventka SZŠ nastoupila na ARO, byl to mladý člověk, který utrpěl úraz hlavy, byl operován, bohužel po několika dnech na komplikace zemřel, byť jeho zdravotní stav se zpočátku vyvíjel dobře. Tehdy jsem smrt považovala za nespravedlnost.*

Vrchní sestra (R5) je toho názoru, že nejtěžší prací sestry je, že se mnohdy stává advokátem pacienta vůči ostatní a to především z důvodu, že s ním tráví mnohem více času než jakýkoli jiný zdravotník, zná jeho potřeby víc než kdo jiný. Sestra by měla umět dobře naslouchat, komunikovat a to nejen s pacientem, rodinnými příslušníky, ale i s kolegy. Musí umět pracovat v týmu, být empatická, ale zároveň si udržet odstup. Měla by mít za sebou i určité zkušenosti a nejméně důležitá je i odborná příprava a schopnost umět relaxovat.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R5: *Snážit se o těžkých věcech a problémech ať pracovních tak nepracovních s někým hovořit, mít dobré rodinné zázemí, umět relaxovat, mít koníčka apod.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R5: *Ano, je toho mnoho, vzhledem k tomu jakou pozici zastávám*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R5: *Sama přednáším, mezinárodní vzdělávací program pro sestry ELNEC poslední kurz duben 2013, další duben 2014.*

Dle názoru vrchní sestry je počet personálu v multidisciplinárním týmu dostatečné pro splnění veškerých potřeb pacientů. Vrchní sestra se podílí na přípravě plánu péče o nemocného. Dle jejího názoru však ne vždy zná každý člen multidisciplinárního týmu svoji roli. Předávání informací o pacientovi probíhá dvakrát denně při výměně směn. Velká část informací je sdělována na multidisciplinárním týmu. Její práci řídí ředitel oblastní charity, který se i zajímá o to, jak se jí daří a co ji trápí. V případě problémů s pacientem, nebo jeho příbuzným řeší tyto problémy společně s kolektivem.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R5: *Lepší zdokumentování závěru z multidisciplinárního týmu u jednotlivých pacientů a zpětná vazba.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R5: *Ano, vánoční večírek, setkání ve Špindlerově mlýně, Paliacup nebo duchovní obnova v Kostelním vydří.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R5: *Bohužel ano.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R5: *Ano, vzdělávání personálu, standardy péče, zájem o zaměstnance lepší prevence syndromu vyhoření, lepší odměňování pracovníků ...*

5.1.6 Rozhovor s ošetřovatelkou (R6)

Ošetřovatelka, 41 let, s ukončeným středním odborným učilištěm na zdravotnické škole v Třebíči obor Ošetřovatelství. Dříve pracovala v ústavu pro nevidomé v Brně Chrlicích. V hospici pracuje již 14 let a rozhodla se zde pracovat po ukončení mateřské dovolené. Práce se jí líbí. Hlavním rozdílem mezi hospicem a ústavem pro nevidomé je, že klienti jsou zde více upoutáni na lůžko a umírají zde i mladí lidé.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R6: *Hygienu, rozdávání stravy, krmení, obsluha klienta.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R6: *Reakce na některé otázky od klientů.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R6: *Smutné, byl to mladý pacient, dlouho jsem nad tím přemýšlela.*

Ošetřovatelka (R6) si myslí, že nejtěžší činností sestry je vše unést z psychologického hlediska. Sestra by měla být především klidná, trpělivá a vstřícná.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R6: *Mít své koníčky a nenosit si myšlenky z práce domů.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R6: *Sociální administrativa pro NZP.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R6: *Ano. Duševní hygiena, Hranice mezi osobním a profesním životě, Hospice a umění doprovázet, U nás v Hospici.*

Dle jejího názoru je počet pracovníků v multidisciplinárním týmu dostatečný, každý z jeho členů zná dobře svoji roli a myslí si, že komunikace v rámci multidisciplinárního týmu je dostatečná. Předávání informací probíhá při předávání služby každé ráno a každý večer. Její práci řídí staniční sestra, která se zajímá i o to, jak se jí daří, nebo co ji trápí.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R6: *Myslím si, že je dostačující.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R6: *Ano. Vánoční večírek, setkání v restauraci, relaxační pobyt ve Špindlerově mlýně, ...*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R6: *Ne.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R6: *Víc dobrovolníků, kteří by si mohli povídat a chodit s klienty třeba do hospicového parku.*

5.1.7 Rozhovor s fyzioterapeutkou (R7)

Fyzioterapeutka, 40 let, s ukončeným vysokoškolským vzděláním. Dříve pracovala jako fyzioterapeut na ambulanci dětské rehabilitace. V hospici pracuje 5 let, pro tuto práci

se rozhodla z důvodu blízkosti bydliště a práce na lůžkovém oddělení. S prací je spokojená, i když je tato práce zcela odlišná od jejího předchozího zaměstnání. Především je rozdíl v tom, že jako fyzioterapeut nyní pracuje na lůžkovém oddělení.

Rozhovor byl zpracován samostatně a zaslán na e-mail. Případné nejasnosti byly konzultovány přes e-mail nebo telefonicky.

T: Které činnosti tady nejčastěji děláte?

R7: Snažím se o aktivaci klientů, ať na lůžku nebo ambulanci – tedy LTV.

T: Co je pro Vás nejnáročnější?

R7: Na lůžkovém oddělení, je pro mě časově nejnáročnější příprava klienta na cvičení nebo jinou aktivitu.

T: Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.

R7: První úmrtí jsem zažila, když jsem pracovala na IHOK ve FN Brno. Trvalo mi několik let, než jsem se s jeho odchodem vyrovnala. Měla jsem dlouho pocit, že ho vidím, potkávám.... Bylo mi 18 let.

Fyzioterapeutka (R7) je toho názoru, že na práci sestry je netěžší to, že si musí dokázat vytvořit správné vztahy s klienty umět se vyrovnat s faktem nemoci a umírání. Nejdůležitější pro vykonávání práce sestry je dle jejího názoru být empatická – umět se vžít do situace pacienta, dále by určitě měla být ochotná a trpělivá.

T: Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?

R7: Nevím, myslím si, že je to individuální. Důležité je určitě, aby byl člověk, „zralý“, jinak je to vyhoření hodně rychlé... Možná by pomohla nějaká zážitková cvičení, např. mně se líbily v rámci kurzu bazální stimulace. Důležitá je taky spokojenost člověka v práci, nejen s prací.

T: Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?

R7: V naší naštěstí ne, samé konkrétní věci.

T: Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?

R7: Byla jsem na kurzu Bazální stimulace, ten mně dost oslovil. Jinak chodím spíše na odborné kurzy pro fyzioterapeuty. Některé se pořádají např. v Ostravě.

Dle názoru fyzioterapeutky je počet členů multidisciplinárního týmu zatím dostatečný pro splnění všech potřeb pacientů. Společně s ostatními se snaží komunikovat a předávat si informace o pacientech nejčastěji osobně, dále pak na multidisciplinárním týmu, formou písemnou do dekurzu i do PC. Svoji práci si řídí sama na základě ordinace lékařů.

T: Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?

R7: *Mluvit více k věci a nesnažit se řešit věci, které přísluší jiným.*

T: Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?

R7: *Jsou nějaké aktivity, osobně se jich neúčastním.*

T: Nosíte si starosti domů?

R7: *To určitě ne, nebo jen zcela výjimečně.*

T: Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).

R7: *Chtěla bych ještě více empatie personálu, méně papírování sestřiček, protože je to zbytečně odvádí od pacientů a co si budeme vykládat, papír snese všechno.*

5.1.8 Rozhovor s lékařkou (R8)

Lékařka, 39 let, s ukončeným vysokoškolským vzděláním. Dříve pracovala na interním oddělení v Hustopečích. V hospici pracuje 2 roky a rozhodla se zde pracovat, protože chtěla poskytovat paliativní péči. Práce se jí líbí, protože hlavním rozdílem mezi prací na interně a v hospici je ta, že v hospici je více prostoru na práci s pacientem, na rozhovory. Je zde klidnější provoz a větší možnost vnímat pacienta, ne jen pod jeho diagnózou, ale se všemi jeho aspekty – sociální, spirituální, psychologické.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

T: Které činnosti tady nejčastěji děláte?

R8: *Práci lékaře - vyšetření pacientů, vedení medikace, rozhodování o léčbě, rozhovory s pacienty a jejich rodinami.*

T: Co je pro Vás nejnáročnější?

R8: *Zvládnout v rámci týmu úmrtí mladého pacienta.*

T: Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.

R8: *Smutek, úzkost.*

Jako lékařka sice nedokáže posoudit, co je nejsložitější na práci sestry, myslí si však, že by zdravotní sestra měla být profesionálně zdatná, zkušená, a současně by měla být empatická se sociálním cítěním a vlídným chováním.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R8: *Dbát na uspokojení vlastních potřeb, rozvíjet své zájmy soukromé, sdílet pocity s kolegy v kolektivu, možnost si o nich pohovořit s psychologem.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R8: *Vcelku ne.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uved'te prosím některé. Kde byly pořádány?*

R8: *Ano, převážně v hospici.*

Dle jejího názoru je počet pracovníků vcelku dostatečný. Vzájemně si sdělují postřehy ohledně aktuálních potřeb nemocného a společně se snaží najít nejlepší řešení potřeb. Pravidelně si předávají informace o zdravotním stavu pacienta 2x denně u předávání služeb a jednou týdně během multidisciplinárního týmu. Také jsou informace předávány v případě aktuálních změn ve zdravotním stavu pacienta. Její práci řídí primář hospice, který se zajímá i o to, jak se jí daří, či co ji trápí.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R8: *Spolupráce, ochota slyšet kolegu-kolegyni a respektovat její názor.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R8: *Ano, např. Vánoční večírek.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R8: *Snažím se nenesit.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R8: *Zlepšit materiální vybavení, větší psychologická podpora.*

5.1.9 Rozhovor s psycholožkou (R9)

Tento rozhovor neproběhl z důvodu velké časové vytíženosti.

5.1.10 Rozhovor s koordinátorkou dobrovolníků (R10)

Koordinátorka dobrovolníků, 41 let, s ukončeným středoškolským gymnaziálním vzděláním. Dříve pracovala v charitě Opava. V hospici pracuje 6 let a rozhodla se zde pracovat, především proto, že se jedná o církevní instituci v okolí Brna. Práce se jí líbí a hlavním rozdílem mezi minulou prací a prací v hospici je ta, že práce v hospici ji přijde smysluplnější.

Rozhovor byl zpracován samostatně a zaslán na e-mail. Případné nejasnosti byly konzultovány přes e-mail nebo telefonicky.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R10: *Organizační – různé akce pro pacienty, koordinace dobrovolníků.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R10: *Ani nevím, v různém období jsou to různé věci. Někdy vztahy, jindy náročnost organizace, jindy celková situace a různé těžkosti dobrovolníků, kteří přicházejí a svěřují se.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R10: *Tím, že nejsem v přímé péči, tak je to jiné.*

Koordinátorka dobrovolníků (R10) si myslí, že nejtěžší na práci sestry v hospici je nespolupracující pacient, nebo rodina. Myslí si, že sestra by měla mít ráda svoji práci a své povolání.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R10: *Mít koníčky.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R10: *Není.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R10: *Pravidelně se účastním komunikačních kurzů pro dobrovolníky, které pořádají naše psycholožky pro naše dobrovolníky a já to organizačně zařizuji a také se účastním.*

I přesto, že se necítí kompetentní na odpověď, tak si myslí, že počet členů multidisciplinárního týmu dostatečný. Společně spolupracují především v nabídce různých nových podnětů, akcí, nabídky dobrovolníků pro společnost, nebo pro malé služby.

Informace o pacientovi předává osobně v provozu, nebo na multidisciplinárním týmu. Svoji práci si řídí sama. Jedná se především o plánování činností a to nejen pro hospic, ale pro celou okresní charitu Rajhrad. Myslí si, že každý člen multidisciplinárního týmu zná svoji roli, i když neustále hledá a zjišťuje další činnosti, které by měla vykonávat proto, aby byla pro tým přínosem.

T: Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?

R10: Vyhovovalo by mi, kdyby někdo, kdo to vede, se vyškolil v nějaké „mediaci“, aby lépe skloubil čas (aby se zbytečně neprotahovalo) a zároveň se aktivně ptal na důležité informace od všech členů a taky hlídal důležité informace, které by stálo více rozebrat.

T: Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?

R10: V moji kompetenci jsou dobrovolníci a máme pravidelné měsíční supervize, dále přirozeně každé úterý po mši, kdy je tady více dobrovolníků a tak jsme chvíli taky spolu, 1x ročně společné adventní setkání a 1x ročně při táboráku.

T: Nosíte si starosti domů?

R10: Někdy :-)

T: Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).

R10: V první řadě začnu sama od sebe. Víím, že pokud budu lepší já, bude lepší i moje okolí :-)

5.1.11 Rozhovor se sociální pracovnící (R11)

Sociální pracovníce, 31 let stará, s ukončeným vysokoškolským vzděláním. Hospic je jejím prvním zaměstnáním a pracuje tu již 6 let. S prací v hospici je spokojená a líbí se jí a má ji ráda, protože se jedná o zajímavou práci s lidmi v příjemném kolektivu a prostředí.

Rozhovor probíhal na půdě rajhradského hospice v klidné místnosti, trval cca 20 minut. Po celou dobu jsme nebyly rušeny.

Tento rozhovor obsahuje několik neúplných odpovědí z důvodu neochoty respondentky odpovídat na položené otázky, na které si připadala nekompetentní odpovídat. I z vyplněných odpovědí je zřejmé, že respondentka není plně otevřená.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R11: *Komunikace se zájemci, rodinami, administrativní úkony, komunikace s úřady státní správy, nemocnicemi, soudy, práce a komunikace s klienty hospice.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R11: *Poslední 2 - 3 roky k nám přijíždí klienti plně na sklonku života, někdy zemřou hned při převozu. Celá tato anabáze je pro všechny mimořádně náročná.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R11: *Respondentka na tuto otázku nedokázala odpovědět.*

Sociální pracovnice (R11) bohužel nemá žádný názor na činnosti práce sester, ani na to, jaké by měla mít sestra či zdravotník pracující v hospici vlastnosti, dovednosti a co je na její práci nejtěžší.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R11: *Volnočasovými aktivitami, dobrým rodinným zázemím, delší dovolená (3týdny), kontakt s lidmi mimo práci.*

T: *Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?*

R11: *Respondentka na tuto otázku nedokázala odpovědět.*

T: *Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?*

R11: *Momentálně se zaměřuji na oblast práva – právo sociálního zabezpečení, zpracovávání citlivých osobních údajů, občanský zákoník, zákon o sociálních službách. Edukační centrum DLBsH, Vzdělávací středisko DCH Brno.*

V rámci multidisciplinárního týmu si myslí, že jeho skladba je dostatečná pro splnění všech potřeb pacienta a každý člen zná svoji roli. Spolupráce v péči o nemocného se odvíjí od každodenní osobní i písemné komunikace mezi zúčastněnými. Informace jsou předávány ústně a písemně. Její práci řídí vedoucí pracovník – ředitel DLBsH, který se také zajímá o to, jak se jí daří nebo zda ji něco trápí.

T: *Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?*

R11: *Respondentka na tuto otázku nedokázala odpovědět.*

T: *Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?*

R11: *Asi ne.*

T: *Nosíte si starosti domů?*

R11: *V žádném případě.*

T: *Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).*

R11: *Respondentka na tuto otázku nedokázala odpovědět.*

5.1.12 Rozhovor s nemocniční kaplankou (R12)

Nemocniční kaplanka, 51 let stará, s ukončeným vysokoškolským vzděláním a to na Cyrilometodějské fakultě v Olomouci a Pedagogické fakultě v Brně, kde získala titul Mgr. Od roku 1984 učila na střední škole, až do roku 1990, kdy začala pracovat jako odborný referent ve zdravotní pojišťovně. Do roku 1998 se pohybuje ve zdravotnictví, kdy do roku 2005 pracovala na interní klinice FNuSA a od roku 2005 jako nemocniční kaplanka. V hospici pracuje již 6 let. Do hospice ji vyslal otec biskup z důvodu, že měla již v té době dlouholeté zkušenosti ve službě nemocným. Práce se jí líbí a cítí, že ji naplňuje.

Rozhovor byl zpracován samostatně a zaslán na e-mail. Případné nejasnosti byly konzultovány přes e-mail nebo telefonicky.

T: *Které činnosti tady nejčastěji děláte?*

R12: *Služba nemocničního kaplana spočívá v rozhovorech s nemocnými, příbuznými pacientů, pozůstalými, naslouchání a jejich doprovázení. Další částí je služba odborná – četba z Bible, duchovní rozhovory, příprava ke svátostem, modlitba, přinášení Eucharistie nemocným, příprava na bohoslužby. Spolupracuji s duchovními různých církví – dle přání pacienta.*

T: *Co je pro Vás nejnáročnější?*

R12: *Respondent na tuto otázku nedokázal odpovědět.*

T: *Práce v hospici je náročná i po psychické stránce. Popište mi prosím Vaše pocity, když Vám zemřel první pacient.*

R12: *Respondent na tuto otázku nedokázal odpovědět.*

Kaplanka si myslí, že sestra pracující v hospicovém zařízení by měla být trpělivá, cítit lásku k bližním, být empatická a vstřícná. Důležité jsou i odborné dovednosti a znalosti.

T: *Jak se dá podle Vás nejlépe bránit proti stresu a proti vyhoření?*

R12: Každý má svůj „recept“ na odpočinek. Někdo chodí do přírody, jiný jezdí na kole a věnuje se sportu, jiný vyhledává společnost přátel, hodně cestuje atd. Já potřebuji být sama, v tichosti pobýt u svatostánku a zážitky celého dne odevzdat Bohu.

T: Je ve Vaší práci složitá administrativa? Co konkrétně?

R12: Každou návštěvu u pacienta, příbuzných, pozůstalých musím zapsat do karty nemocného a do PC. Někdy mne zapisování velice časově omezuje, ale chápu, že zdravotní pojišťovna musí mít podklady pro kontrolu plateb.

T: Chodíte na nějaké kurzy nebo vzdělávací akce, které se zabývají komunikací s umírajícím pacientem? Uveďte prosím některé. Kde byly pořádány?

R12: Jako nemocniční kaplanka mám povinnost neustálého vzdělávání, podobně jako zdravotníci. Katolická asociace nemocničních kaplanů pořádá pro nemocniční kaplany ve spolupráci s Karlovou univerzitou a Palackého univerzitou pravidelné vzdělávací akce, ze kterých skládáme zkoušky. Komunikace s pacientem, příbuznými, pozůstalými je jednou z nich. Další jsou např. religionistika, pastorační péče nemocných, nauka o různých onemocněních, psychologie. Pravidelná setkání bývají v květnu v Rajhradě (1 den) a v říjnu na Velehradě (5 dní).

Dle názoru respondenta je multidisciplinární tým dostatečně velký pro splnění všech potřeb pacientů a každý z jeho členů zná svoji roli. Je názoru, že v péči o pacienta je potřeba součinnosti všech složek – fyzické, psychické, sociální a spirituální. Informace jsou předávány, jak je aktuálně potřeba a to především ústně, telefonicky či písemně. Její práci řídí diecézní biskup a ředitel hospice.

T: Co by se dalo zlepšit ve spolupráci v multidisciplinárním týmu?

R12: Pracujeme dobře, je to vidět u našich nemocných.

T: Pořádáte nějaké akce na stmelení kolektivu?

R12: Ano, setkání v restauraci, vánoční večírek, táboráky, duchovní cvičení v Kostelním Vydří.

T: Nosíte si starosti domů?

R12: Dá-li se říci, že si nosím starosti domů, potom ano. Modlím se za nemocné, kteří mi jsou svěřeni. K nim samozřejmě patří i všichni, kteří se o nemocného starají.

T: Vždy se dá něco zlepšovat. Co by se dalo zlepšit v hospicové péči (zde, všeobecně).

R12: Náš stát by měl přijmout model za sousedního Rakouska anebo Německa. V každém městě mají hospic s 10 - 20 lůžky. U nás je ve hře opět ekonomika, zkrátka nemáme peníze na to, abychom měli takto hustou síť hospiců, což je škoda.

6 DISKUZE

Diskuze je zaměřená na jednotlivou problematiku hospicové péče a spolupráce v ošetrovatelském týmu, které byly zjištěny po rozhovorech s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu.

Jaká jsou specifika práce sestry a ošetrovatelské péče v hospicovém zařízení?

Z odpovědí jednotlivých respondentů je zřejmé, že sestra pracující v hospicovém zařízení musí být především psychicky odolná, musí být empatická a musí umět dobře komunikovat nejen s pacienty a jejich rodinami, ale i se všemi členy multidisciplinárního týmu. Musí mít značné znalosti z oblasti nejen medicíny, ale i psychologie. Taktéž nesmíme opomenout fyzickou stránku, kdy sestra musí být schopná manipulovat s nehybnými, nebo špatně se pohybujícími pacienty. Sestra se v hospici zabývá především aplikací injekcí a infuzí, podává léky a různé druhy opiátů pro zmírnění bolesti. Dále provádí převazy dekubitů a nejrůznější odběry. Sestra dále pomáhá při doprovázení, kdy je potřeba s rodinou zemřelého pacienta komunikovat zcela profesionálně a přitom lidsky, aby rodina cítila v této obtížné chvíli podporu a porozumění. Práce je také odlišná tím, že zde není časový stres pro jednotlivé výkony. V hospici se zdravotničtí pracovníci více zaměřují na potřeby a psychiku pacientů.

Jaká jsou úskalí práce sestry v hospicové péči?

Největším úskalím práce sestry v hospici je podle názoru většiny respondentů právě stránka psychická. Vyrovnat se s častými úmrtími pacientů a s nářky truchlících rodin, kterým poskytují útěchu. Dalším úskalím jsou samotní pacienti. Mnoho z nich je v posledních stádiích života takřkajíc „nesnesitelných“ a sestra se s těmito případy vždy musí vypořádat klidně a pokojně. Sestra musí být v naprosto dokonalé psychické kondici, aby všechny tyto náročné činnosti a situace zvládala.

Jaký je pohled členů na fungování spolupráce v multidisciplinárním týmu?

Všichni respondenti se shodli na tom, že pro správné fungování multidisciplinárního týmu je vzájemná komunikace všech jeho členů bezpodmínečně nutná. Díky tomu všichni jeho členové vědí o stavu pacienta vše, co ví ti ostatní. Všichni vědí, kdy, kde a jak jsou informace o pacientech předávány i když někteří si myslí, že na setkání multidisciplinárního týmu by se mělo hovořit konkrétněji. Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že je

počet členů multidisciplinárního týmu dostatečný. Až na jednu výjimku se shodnou i na tom, že každý člen týmu zná dobře svoji roli.

Jaká jsou silná a slabá místa ve fungování multidisciplinárního týmu hospicového zařízení?

Dle názoru respondentů je jak nejsilnějším, tak zároveň i nejslabším místem funkčního multidisciplinárního týmu komunikace. V případě, že všichni členové spolu komunikují, tak celý řetězec funguje tak, jak má a všichni jsou spokojeni. V případě, že jen jeden členek v této komunikaci selže, celý řetězec se roztrhne a vznikají zbytečné problémy. Obvyklou výtkou k fungování týmu patří nedostatek porozumění a tolerance k názoru ostatních. Z uvedených odpovědí vyplývá, že problémy s komunikací jsou průřezem celého multidisciplinárního týmu, i když někteří jeho členové si jich nejsou vědomi. Dle mého názoru přes všechnu snahu členů týmu, ještě stále není tok informací tak bezproblémový, aby každý měl o pacientovi ty stejné informace. Projevují se zde známky oddělenosti jednotlivých profesí a jejich částečná neochota podělit se s ostatními o své poznatky. Může to být dáno tím, že se každý snaží selektovat pouze ty informace, které jsou pro něj důležité. Neuvědomí si však to, že informace, která jemu přijde naprosto nepodstatná, může být pro jiného člena týmu velice důležitá.

Jak se brání členové multidisciplinárního týmu proti syndromu vyhoření?

Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že nejčastější obranou proti syndromu vyhoření je především mít své vlastní koníčky, dobrý pracovní kolektiv, umět si užívat vlastního života a práci si nebrat s sebou domů. Dalším důležitým faktorem pro úspěšné ubránění se syndromu vyhoření je komunikace. Všichni dotazovaní kladně odpověděli na otázku, zda se jejich nadřízený stará o jejich duševní stav a v případě jakéhokoli problému, mu s ním ochotně pomůže. Z tohoto se dá odvodit, že v tomto zařízení je kolektiv přátelských a vstřícných lidí, kteří rádi pomohou nejen pacientům, ale i svým kolegům. Toto se dá také odvodit z množství společných mimopracovních aktivit, které jednotliví respondenti uvádějí.

Problematika hospicové péče je ve středu zájmu mnoha průzkumů a výzkumů, avšak nepodařilo se mi dohledat práci, se kterou by bylo možné porovnat zjištěné informace.

6.1 Doporučení pro praxi

Přesto, že to nebylo původně mým cílem, sama jsem se rozhodla z důvodu nedostatku povlaků na atypické polohovací pomůcky uspořádat sbírku starých povlečení, ze kterých

jsme za pomoci své maminky zhotovily nové nejen povlaky, ale i přímo nové atypické polohovací pomůcky (foto 1-8). Sbírkou probíhala po celý březen na půdě rajhradského hospice, kdy měl každý možnost donést své nepotřebné povlečení a tím pomoci lidem, kteří naši pomoc potřebují. Na sbírku byli zájemci upozorněni plakátem, který jsem konzultovala s vedoucí mé bakalářské práce (viz. Příloha P V).

Darovaného povlečení byly cca 3 pytle, ze kterých se vytrídilo použitelné povlečení na 17 postelí. Ze zbytku se nastříhaly povlaky na atypické pomůcky k naplnění a povlaky na hotové pomůcky. Polystyrenové kuličky pro výplň pomůcek nám poskytla vrchní sestra a zároveň ředitelka rajhradského hospice.

Naplněných atypických pomůcek bylo dohromady 24 kusů, a to 17 podkov 40 x 30 cm a 7 malých polštářů 35 x 35 cm. Povlaků na hotové pomůcky bylo dohromady 226 kusů, a to 38 podkov 42 x 32 cm, 75 malých polštářů 37 x 37 cm, 86 středních polštářů 47 x 37 cm a 27 polštářů ve tvaru hada 182 x 32 cm.

Dále bych chtěla předat vedení rajhradského hospice dvě možnosti návrhu na zlepšení komunikace v rámci multidisciplinárního týmu (viz. Příloha P VI). Pro tento záměr jsem se rozhodla při analýze rozhovorů a zjištění toho, že komunikace neprobíhá tak, jak by bylo potřeba.

Vypracovala jsem také seznam mobilních a lůžkových hospiců v České republice s kontaktní adresou, telefonem a e-mailem (viz. Příloha P II). Tento přehledný seznam by mohl být k dispozici ve vybraných zdravotnických zařízeních.

ZÁVĚR

Smyslem této bakalářské práce bylo nejen ukázat veřejnosti specifika práce sestry v hospicovém zařízení, ale i představit hospicovou péči jako takovou. Dle mého názoru není povědomí o hospicové péči takové, jaké by si hospic zasloužil. Především si mnoho lidí ani nedokáže nic představit pod pojmem paliativní medicína. V této práci jsem veřejnosti chtěla ukázat co si vlastně pod tímto pojmem představit, jaký smysl mají hospicová zařízení a jací zde musí pracovat lidé. Jak náročná je pro všechny členy týmu práce v období umírání pacientů. Z této práce vyplývá, že nejdůležitější pro úspěšné fungování zařízení, zabývajícího se paliativní medicínou je vstřícnost, empatie a komunikace. Vyplývá z ní, také, že sestra je jedním z nejdůležitějších článků kvalitně fungujícího hospicového zařízení, jelikož je ze zdravotnického personálu nejdelší čas s pacientem a jeho rodinou.

Jako cíle praktické části jsem si určila specifikovat práci sestry v hospicovém zařízení a zjistit zkušenosti členů multidisciplinárního týmu ve vzájemné spolupráci v rámci ošetrovatelské péče se zaměřením na silná a slabá místa. Tyto cíle se mi podařilo dle mého názoru bezezbytku naplnit. Jelikož po přečtení této práce si již každý dokáže udělat úplný obraz o tom, jaká jsou specifika práce sestry v hospicovém zařízení a jaký mají členové ošetrovatelského týmu názor na spolupráci uvnitř něj. Plynou z ní však též poznatky, co by se dalo zlepšovat.

V hospicové péči nalezneme tolik empatie, vstřícnosti a lásky k bližnímu, jako v žádném jiném zdravotnickém zařízení. Pacienti v nich nejsou bráni jako pouhá čárka pro fakturaci pojišťovně, ale jsou zde brány ohledy na jejich důstojnost a i když je v těchto zařízeních smrt všudypřítomná, je zcela přehlušena touhou umožnit lidem odejít z tohoto světa s vědomím, že ty poslední chvíle byly plné porozumění, tolerance a starostlivosti. Myslím si, že pacient, který strávil určitý čas v nemocničních zařízeních si po převozu do hospice, kde již ví, že cesta ke smrti je mu otevřená ani nedokáže představit, že nebude vydlážděna kameny, ale saténem v podobě starostlivosti o jeho pohodlí a zlatem v podobě vstřícnosti a porozumění od zdejších pracovníků, kteří ačkoli vědí, kam směřuje, ho neztratí a udělají vše pro jeho důstojný a bezbolestný odchod z tohoto světa.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, Sv. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

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

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. (V této podobě 1.). Praha: Grada. 2 sv. (248, 171 s.). Sestra. ISBN 80-247-1442-6.

Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů, c2004, 63 s. ISBN 80-239-4334-0.

ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2002. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: Informatorium. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 214 s., [4] s. barev. Fot. příl. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2270-2.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

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

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. 2006. 1. vyd. Praha: Grada, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Časopisy

ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, Hana. Paliativní péče a léčba bolesti: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. *Sestra*, 2001. roč. XI, č. 5, s. 31. ISSN 1210 – 0404.

ANONYMOUS. Hospice Care. Rehabilitation Oncology [online]. 2005, vol. 23, no. 224. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z:

<http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/221149829/fulltext?accountid=15518>

Internetové zdroje

BRYCHTOVÁ, Petra. Hospic sv. Kleofáše - mobilní hospicová péče. *Lomnice nad Lužnicí: oficiální stránky města* [online]. Lomnice nad Lužnicí, ©2011 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: <http://lomnice-nl.cz/a-609-hospic-sv-kleofase-mobilni-hospicova-pece.html>

Co je hospicová péče: Co je to hospicová péče?. *Osobní asistence* [online]. ©2009 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

Doprovázení pozůstalých. *Umírání* [online]. ©2014 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/doprovazeni-pozustalych.html>

DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Zdravotnictví: medicína* [online]. ©b.r. [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-peci-o-smrtelne-nemocneho-461775>

Informace o počtu kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání u nelékařských zdravotnických oborů. *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=vzdelavani--centralni-registr--pocty-kreditu>

Kurzy pro sestry: Vzdělávací kurz pro všeobecné sestry v oblasti hospicové a paliativní péče. In: *Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©b.r. [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-sestry>

Vzdělávání zdravotnických pracovníků. *Farní charita Litomyšl* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://litomysl.charita.cz/vzdelavani-i/>

Paliativní péče v České republice v roce 2013: Vzdělávání v obecné paliativní péči. *Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©b.r. [cit. 2014-05-21]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>

Nabídka vzdělávacích akcí 2014. *NCO+NZO: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-21]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/nabidka-akci-2014>

Prezentace

JANOCHOVÁ, Kateřina, [b.r.] *Bazální stimulace u pacienta s umělou plicní ventilací.*

Doplňkový materiál k přednášce. Zlín: KNTB, Rehabilitační oddělení.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)	syndrom získaného selhání imunity
A kol.	a kolektiv
Apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd.	a tak dále
b. r.	bez roku
cca (circa)	přibližně
č.	číslo
ČR	Česká republika
DCH	Diecézní charita
DLBsH	Dům léčby bolesti s hospicem
ELNEC end of life Nursing Education Consortium	konsorcia všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života
et al.	a kolektiv
FN	Fakultní nemocnice
FNuSA	Fakultní nemocnice u svaté Anny
foto	fotografie
IHOK	interní hematologická a onkologická klinika
i. m.	intramuskulární
JIP	jednotka intenzivní péče
kPa	kilo pascal
LTV	léčebná tělesná výchova
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce

Mgr.	magistra
MUDr. (medicinae universae doctor)	doktor všeobecného lékařství
Např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NZP	nižší zdravotnický pracovník
PC (personal computer)	počítač
Ph.D. (doctor)	doktor filozofie
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katetr
R	respondent
RT	radioterapie
RTG (Radioizotopový termoelektrický generátor)	rentgenové záření
s.	strana
Sb.	sbírky
s. c.	subkutánní
sv.	svatý
SZŠ	střední zdravotnická škola
T	tazatel
TK	tlak krve
tj.	to je
TSK	tracheostomická kanyla
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaný
viz.	vizuálně

WHO (World Health organization)	světová zdravotnická organizace
%	procenta
°C	stupeň celsia

SEZNAM FOTOGRAFIÍ

- foto 1 Darované povlečení
- foto 2 Vytříděné použitelné povlečení
- foto 3 Nastříhané díly
- foto 4 Ušité a připravené k naplnění
- foto 5 Ušité povlaky
- foto 6 Plnění pomůcek
- foto 7 Hotové výrobky
- foto 8 Osobní předání

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I: Životopis Cicely Sounders
- Příloha P II: Seznam hospiců v ČR
- Příloha P III: Desatero dobré sestry
- Příloha P IV: Osobní svědectví umírajícího – „Slova díky“
- Příloha P V: Plakát pro sbírku nepotřebného povlečení
- Příloha P VI: Návrhy na zlepšení komunikace v rámci multidisciplinárního týmu

FOTOGRAFIE



foto 1 Darované povlečení



foto 2 Vytříděné použitelné povlečení



foto 3 Nastříhané díly



foto 4 Ušité a připravené k naplnění



foto 5 Ušité povlaky



foto 6 Plnění pomůcek



foto 7 Hotové výrobky



foto 8 Osobní předání

Zdroj: Vlastní.

PŘÍLOHA P I: ŽIVOTOPIS CICELY SAUNDERS

Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders

Cicely Saunders si získala úctu, obdiv i mezinárodní věhlas pro svůj příspěvek v péči o zmírnění utrpení umírajících. Stovky hospiců v Británii a více jak 95 dalších zemích byly inspirovány hospicem St. Christopher's v Sydenhamu (Anglie), který založila v roce 1967.



St. Christopher's hospice se pokusil z její iniciativy poprvé realizovat paliativní péči pro terminálně nemocné centralizovanou na pacienta, kombinující emocionální, spirituální a sociální podporu se specializovanou lékařsko-sesterskou péčí. Tato praxe byla již mnohokrát kopírována a rozvíjena. Současný St. Christopher's hospice poskytuje péči více jak 2000 pacientům a jejich rodinám ročně a vyškolením více jak 60000 profesionálů ovlivnil standart péče o umírající napříč celým světem.

Navzdory pozdnímu začátku, Cicely Saunders se ve svém oboru vyškolila zdravotní sestrou, nemocničním sociálním pracovníkem, zdravotním tajemníkem a posléze v 38 letech lékařem před otevřením St. Christopher's hospice. V posledních letech života se jí dostávalo téměř stejné publicity jako Florence Nightingale.

Ve skutečnosti zahájila svou praxi v roce 1940 jako Nightingale nurse. Plachá, vysoká a nemotorná mladá žena, cítila více potřebu silného válečného vlastenectví než dokončení vzdělání na Oxfordu - z tohoto důvodu se posléze ke studiu vrátila a dokončila jej ještě před rolí sociální pracovníce, i když postižení páteře učinilo její kariéru zdravotní sestry nereálnou.

Byla v mnoha ohledech šarmantní starší dámou, charismatickou ženou se silnou osobností a velkým talentem pro navázání přátelství. Byla tak nevšedním inovátorem v léčbě fyzických i psychologických aspektů bolesti, že vstoupila nakonec do Královské britské společnosti lékařů (1974), Královské společnosti zdravotních sester (1981) a Královské společnosti chirurgů.

Byla oceněna uznávanými Templetonovou, Onassisovou a Wallenbergovou cenou, řadou čestných titulů a medailí, byla povýšena z OBE (1967) na DBE v roce 1980 a povýšena do šlechtického stavu (Order of Merit- Dame Cicely Saunders) v roce 1989. V roce 2001

byla oceněna prestižní humanitární cenou Condrada N. Hiltona - s finančním ohodnocením jednoho milionu dolarů.

Nic z výše uvedeného nicméně nezískala snadno. Cicely Mary Strode Saunders se narodila v Barnetu, v severním Londýně, v roce 1918. Byla prvorozenou dcerou prosperujícího, despotického realitního agenta, jehož nešťastné manželství s plně závislou ženou se rozpadlo v roce 1945. V tomto pro sebe kritickém roce Cicely dokončila své vzdělání na Oxfordu a rázně vyměnila agnosticismus, ve kterém byla vychovávána, za vážné uvažování o náboženském poslání při hledání misijní služby.

Cicely měla láskyplný vztah k umírajícímu pacientovi, Davidu Tasmovi, uprchlíkovi z varšavského ghetta, kterého potkávala na svých prvních vizitách v nemocnici sv. Thomase - pracovala zde v roli sociální pracovnice. On byl číšník, bez přátel, rodiny a neměl jinou útěchu než v lásce, kterou Cicely sama v sobě objevila. Tehdy poznala, jak nádorová bolest může být mírněna moderními léčebnými postupy, a že nevyhnutelný stres může být učiněn snesitelnějším charakterem péče, která staví fyzické, psychosociální i spirituální potřeby pacienta na stejnou úroveň významu.

Zkušenost z role dobrovolnice v nemocnici Sv. Lukáše a Bayswater Home pro chudé umírající přesvědčila Cicely Saunders o nutnosti změny ustáleného názoru zdravotníků o umírání, smrti a truchlení. Znovu se pustila do studia chemie a fyziky a v 38 letech získala odbornost lékařky. Poté mísila svou roli členky výzkumného týmu léčby bolesti, se zázemím v nemocnici St. Mary's, Paddington, s pokračováním činnosti sociální pracovnice v nemocnici St. Joseph's Hackney. Zde poznala od charitních sester, jak mnoho lze udělat pro umírající s podporou láskyplné péče a zde také začaly stále větší roli hrát její neortodoxní názory o mírnění bolesti.

Co posléze vyjadřovala a co je nyní také široce přijímáno, byl názor, že intermitentní reaktivní mírnění průlomové bolesti je mnohem méně efektivní než dosažení stabilizovaného stavu v kontrole bolesti, kdy pacient je ještě schopen si udržet určitou bdělost a dokonce jistou kvalitu života.

V nemocnici sv. Josefa Cicely Saunders poznala dalšího z Poláků, který změnil její život. Změna osobnosti Antoni Michniewitze jí ukázala, že umírání- podobně jako láska- může nejen potřebovat podporu, ale může doprovázejícího i obdarovat. Jeho úmrtí ji inspirovalo k založení St. Christopher's hospice pojmenovaného po svatém patronu poutníků jako místo, poskytující přístřeší na nejtěžší části životní cesty.

St. Christopher's hospice zajišťoval primárně péči o onkologicky nemocné, protože Cicely Saunders viděla mezeru v NHS (National Health System). Vycházela také ze studie Marie Curie Foundation z roku 1952, sledující potřeby těchto nemocných a později Gulbenkianovy zprávy o péči u pacientů s chronickou únavou. Dnes se tento pohled již přenesl mnohem širěji i do dalších oblastí zdravotní péče a jiných, než jen nádorových onemocnění.

Plánování umístění a financování hospice v Londýně Sydenhamu trvalo roky. Zde Cicely Saunders vyzkoušela všechny své představy o možnostech kombinace kvalitní lékařské péče s podporou pacientů a jejich rodin v domácím prostředí, čímž měnila existující pohled na péči o umírající v praxi. Během boje o finanční i odborné zázemí této péče se Cicely Saunders ukázala být zdatným vedoucím lékařem, téměř geniálním fundraiserem, houževnatým správcem a celosvětovým zastáncem hospicové myšlenky. Bylo zřejmé, že dosáhla toho, co si dala za cíl.

Její vliv na myšlení zdravotníků v péči o umírající se nejvíce projevil tehdy, když anglická Královská lékařská společnost uznala paliativní medicínu za samostatný lékařský obor. Když byla v roce 2002 zahájena činnost Nadace Cicely Saunders, její reputace přivedla nejvýznamnější specialisty Severní Ameriky a Austrálie k účasti v mezinárodním vědeckém poradním výboru. Cíle nadace jsou promítnout výzkum evidence based medicine do všech aspektů paliativní medicíny a péče o umírající, s důrazem na multiprofesionální spolupráci a propojení klinické i výzkumné práce.

Před mnoha lety, na jednom ze sympózií, v odpovědi na otázku o pohledu na vlastní smrt, uvedla Cicely Saunders, že věří v náhlé úmrtí, ale preferovala by umírání- jak se i nakonec stalo- na rakovinu, která by jí dala důvod a příležitost uvědomit si čas pro vlastní životní sebereflexi a možnost dát si své osobní světské i spirituální věci do pořádku.

Madam Cicely Saunders, OM, DBE, zakladatelka moderního hospicového hnutí, se narodila 22. června 1918 a zemřela 14. července 2005 v 87 letech.

Zdroj: Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders. *Hospic Sv. Jana N. Neumanna: Prachatice* [online]. © 2005 - 2014 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelka-hospicu>

PŘÍLOHA P II: SEZNAM HOSPICŮ V ČR

Název	Typ	Město	Adresa	Telefon	Email
Bárka	M	Jihlava	Jakubské náměstí 5/2	567 563 686	dhp.jihlava@charita.cz
Cesta domů	L,M	Praha 3	Boleslavská 16	266 712 610	info@cestadomu.cz
detašované pracoviště Choceň	M	Choceň	Pernerova 1573	731 402 332	chos.chocen@orlicko.cz
detašované pracoviště Česká Třebová	M	Česká Třebová	Matyášova 983	731 402 330	chops.ct@orlicko.cz
Domácí hospic David	M	Kyjov	Palackého 194	518 323 766	chos.dh@kyjov.charita.cz
Domácí hospic Duha, o.p.s.	M	Hořice	Čsl. armády 1815	493 586 363	hospic-horice@seznam.cz
Domácí hospic Jordán, o. p. s	M	Tábor	Žižkova 631	725 414 931	kontakt@hospicjordan.cz
Domácí hospic TABITA	M	Brno	Kamenná 36	543 421 491	dom.hospic@hospicbrno.cz
Domácí hospic Vysočina, o.p.s.	M	Nové Město na Moravě	Žďárská 610	566 615 198	info@hhv.cz
Domácí hospicová péče Lanškroun	M	Lanškroun	Nám. A.Jiráska 2	465 324 461	silarova.michaela@orlicko.cz
Domácí hospicová péče Letohrad	M	Letohrad	Na Kopečku 356	465 621 281	jurenkova.helena@orlicko.cz
Domácí hospicová péče, Oblastní charita	M	Hradec Králové	Na Kropáčce 30/3	775 442 405	domacihospic@hk.caritas.cz
Domov s hospicovou péčí Pod střechem	L	Praha 2	Jana Masaryka 34	224 257 130	
Dům léčby s hospicem sv. Josefa	L,M	Rajhrad	Jiráskova 47	547 232 223	jaromir.bily@charita.cz
Hospic Anežky České	L,M	Červený Kostelec	5. května 1170	491 467 030	sekretariat@hospic.cz
Hospic Citadela - Diakonie CCE	L,M	Valašské Meziříčí	Žerotínova 1421	571 629 084	hospic@citadela.cz
Hospic Dobrého Pastýře, Tři, o.p.s	L,M	Čerčany	Sokolská 584	317 777 381	os-tri@centrum-cercany.cz
Hospic Frýdek-Místek	L	Frýdek - Místek	I. J. Pešiny 3640	595 538 111	info@hospicfm.cz
Hospic Hvězda Zlín - Malenovice	L,M	Zlín - Malenovice	Sokolovská 967	577 113 542	sekretar.hvezdazlin@seznam.cz
Hospic Chrudim z.ú.	L,M	Chrudim	K Ploché dráze 602	461 001 900	smireni@centrum.cz
Hospic Johanka	L	Hradec Králové	Milady Horákové 1074/13	777 191 178	jaroslavbajer@yahoo.com
Hospic knížete Václava, o.p.s.	L,M	Kladno	Buštěhradská 77	739 738 819	info@hkv-kl.cz
Hospic Malovická (Soft Palm, o.s.)	L	Praha	Malovická 3304/2	777 196 242	hospic.malovicka@gmail.com
Hospic na Svatém Kopečku	L	Olomouc	Sadové náměstí 24	585 319 754	hospic.svkopecek@caritas.cz
Hospic sv. Alžběty o.p.s.	L,M	Brno	Kamenná 36	543 214 761	info@hospicbrno.cz
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	L,M	Prachatice	Neumannova 144	388 311 726	info@hospicpt.cz
Hospic Sv. Jiří, o. p. s.	M	Cheb	Svobody 3	736 432 911	hospic@hospiccheb.cz
Hospic sv. Lazara, z.s	L	Plzeň	Sladkovského 66	377 431 381	hospic@hsl.cz
Hospic sv. Lukáše	L,M	Ostrava	Charvátská 8	599 508 505	lukashospic.ostrava@caritas.cz
Hospic sv. Štěpána, z.s.	L	Litoměřice	Rybářské náměstí 662/4	416 733 185	info@hospiclitomerice.cz
Hospic svatě Hedviky, o.p.s.	M	Kladno	Kročehlavská 1305	739 738 819	lu-cia.velesova@hospicsvatehedviky.cz
Hospic Štrasburk, o.p.s	L,M	Praha 8	Bohnická 12	283 853 256	hospic.strasburk@email.cz
Hospic v Mostě, o.p.s.	L,M	Most	Svázná ul. 1528	476 000 166	hospic@mostmail.cz
Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň	M	Třeboň	Chelčického 2	731 435 187	info@kleofas.cz
Hospicová péče sv. Zdislavy	M	Česká Lípa	Purkyňova 1849	733 741 383	ceska.lipa@hospiczdislavy.cz
Hospicová péče sv. Zdislavy	M	Jablonec nad Nisou	Emilie Floriánové 1736/8	730 182 713	radek.adamec@hospiczdislavy.cz
Hospicová péče sv. Zdislavy	M	Liberec	Josefinino údolí 9/9	604 697 317	tana.janouskova@hospiczdislavy.cz
Hospicová péče sv. Zdislavy	M	Turnov	ul. 28. října 1000	731 626 197	jitka.kozakova@hospiczdislavy.cz
Charitní středisko sv. Kryštofa	M	Ostrava	Charvátská 8	599 508 504	cho.krystof@charita.cz
Lůžkové Oddělení paliativní péče Boromejky	L	Praha 1	Vlašská 336/36	257 197 118	paliativa@nmskb.cz
MEDICA zdravotní péče	M	Třinec	Konská 63	774 735 577	medica@seznam.cz

Mobilní hospic Ondrášek	M	Ostrava	Horní 288/67	596 910 196	mhondrasek@seznam.cz
Most k domovu	M	Praha 5	Karla Černého 1456/1	734 448 853	os@mostkdomovu.cz
Nadační fond Klíček - dětský hospic	L,M	Uhliřské Janovice	Malejovice 22	327 544 043	klicek@klicek.org
Občanské sdružení OPORA	M	Česká Lípa	Zámecká 71	777 588 884	lipa@opora-os.cz
Občanské sdružení OPORA	M	Praha 10	Plaňanská 1	777 764 731	praaha@opora-os.cz
Občanské sdružení OPORA	M	Roudnice nad Labem	Jungmannova 1024	777 704 255	roudnice@opora-os.cz
Občanské sdružení OPORA	M	Slaný	Kynského 117	776 067 074	kladno@opora-os.cz
Občanské sdružení OPORA	M	Ústí nad Labem	Velká Hradební 2	777 704 221	usti@opora-os.cz
Oblastní Charita Ústní nad Orlicí	M	Ústí nad Orlicí	ul. 17. listopadu 69	465 524 715	kaplanova.petra@orlicko.cz
Oblastní Charita Žďár nad Sázavou	M	Žďár nad Sázavou	Horní 22	739 389 244	dhp.zdar@charita.cz
Paliativní péče v domácím prostředí	M	Ústí nad Labem	V Podhájí 791/21	477 113 27	
Pokojný přístav	M	Opava	Kylešovská 10	737 999 979	pokojnypristav@charitaopava.cz
Pomadol	M	Olomouc	Dobnerova 26	585 411 742	info@pomadol.cz
RUAH, o.p.s.	M	Benešov	Tyršova 2061	733 741 707	info@ruah-ops.cz
SC domácí péče, o.p.s.	M	Kutná Hora	Přítoky 119	734 241 683	scdomacipece@seznam.cz
Sdílení, o. p. s.	M	Telč	Masarykova 330	777 574 975	sdileni.cerovska@gmail.com
Středisko hospicové péče Jihlava	M	Jihlava	Žižkova 89	567 210 997	michaela.vodova@hhv.cz

M - Mobilní (domácí)

L - lůžkový

Zdroj 1.: Hospice v České republice - členové APHPP. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>

Zdroj 2.: Adresář hospiců. *HOSPICE.CZ: o důstojném životě terminálně nemocných* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

PŘÍLOHA P III: DESATERO DOBRÉ SESTRY

Desatero dobré sestry

1. *Nebud'te anonymní! Při prvním setkání s nemocným se představte plným jménem. Noste trvale jmenovku.*

2. *Dohodněte se s nemocným předem, jak se budete oslovovat. Nezapomeňte, že každý člověk má své příjmení - nikdo není bezejmenný, ale ani pro vás není děda, babička či Frantík či Andulka (s výjimkou dětí), a to bez ohledu na jeho věk, nemoc či postižení. Teprve vzájemná dohoda vám umožňuje jiné oslovení! Oslovujte nemocné často, čekají na projev vašeho zájmu.*

3. *V kontaktu s dospělým člověkem vždy vykejte. Ani vy si nenechejte tykat.*

4. *Chovejte se kultivovaně. Nepokřikujte, nebud'te vulgární. Pacient i veřejnost vás slyší, i když si to neuvědomujete. Podporujte komplianci, buď'te kolegiální. Nepomlouvejte ani neverbálně nedevalvujte své spolupracovníky.*

5. *Důvěryhodnost podporují i vaše neverbální projevy. Využívejte pozitivně všech forem neverbální komunikace. Nezapomeňte, že mnoho sdělujete fyzickým postojem („nestojím často nad nemocným či spolupracovníci s rukama v bok, rozkročeně apod.?“), gestikulací („nehrozím často či nevyhrožuji?“), proxemikou („na jakou vzdálenost komunikuji?“), haptikou („pokládám občas laskavě ruku na pacienta? Podtrhuji svůj pokyn dotekem?“), mimikou („mám ve tváři výraz vstřícnosti a porozumění?“). Mluvte co nejčastěji očima. Nikdo nemůže chtít, abyste měla stále na tváři úsměv. Ale vaše oči mohou být pozorné, laskavé a vstřícné vždycky.*

6. *Pamatujte, že důležitou vizitkou důvěryhodnosti zdravotníka jsou jeho ruce. Ošetřeným, přiměřeně dlouhým a čistým nehtům asi nevadí jemná barva laku. Tmavé dlouhé nehty, ale i zanedbané ruce důvěru nebudí.*

7. *Ve službě buď'te vždy čistá a upravená. Přiměřená délka sukně mírně nad kolena působí seriózně. Nedoplňujte služební oděv obnošenými věcmi (svetry, triky, pantoflemi). Neklapou zbytečně vaše boty?*

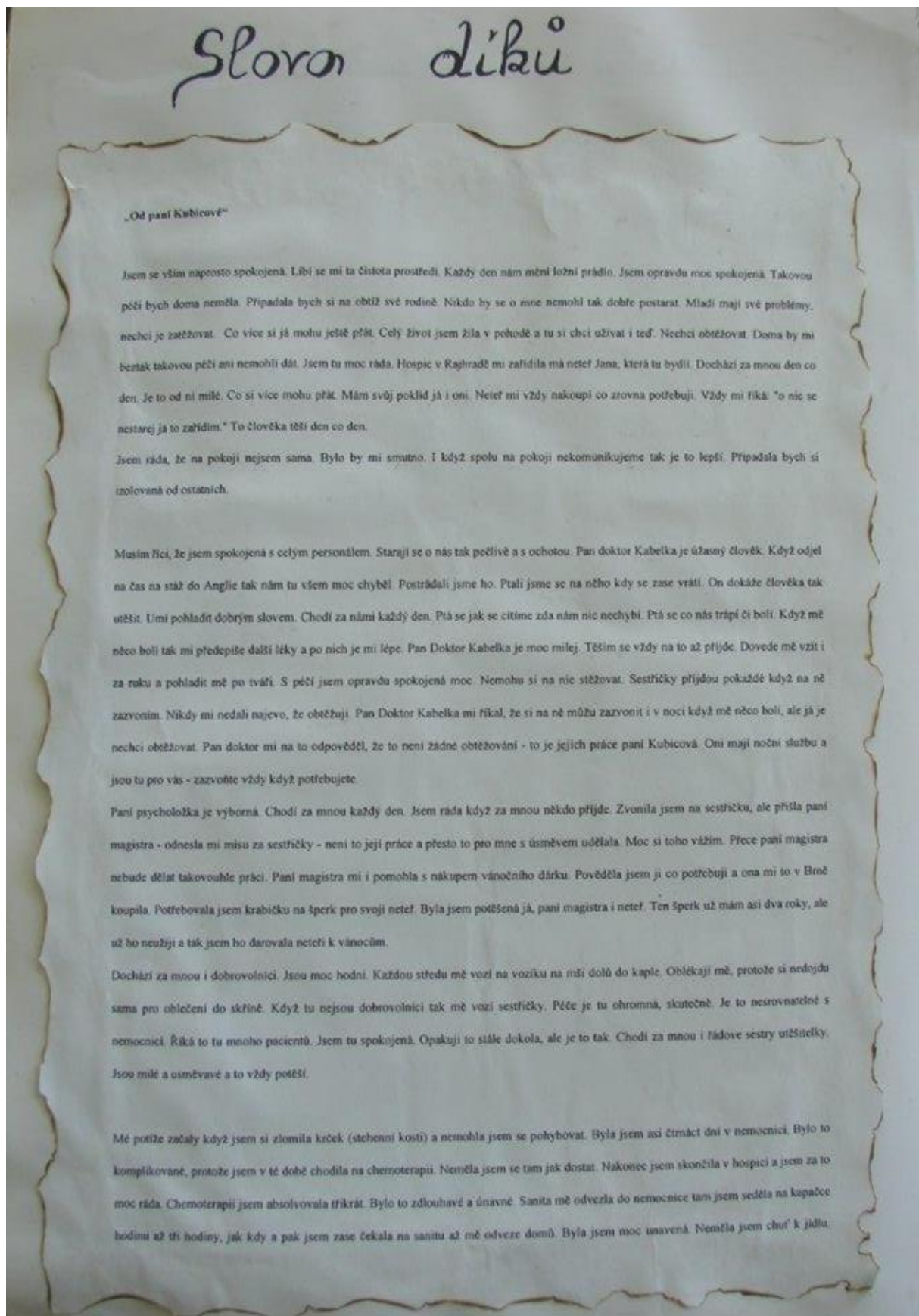
8. *Jen lehké naličení vás zkrášlí a vyvolá pocit důvěry.*

9. *Přiměřenost patří i k nošení šperků. Malé náušnice zpravidla nevadí, kroužky v nose a uchu vadí, stejně jako několik řetězů na krku a velké prsteny.*

10. Před nástupem do služby se podívejte do zrcadla a po službě si položte otázku: „Vypadám a chovala jsem se tak, že kdybych byla pacientem, měla bych k této sestře důvěru?“

Zdroj: Sestra - reprezentant. Zdravotnictví: medicína [online]. časopis sestra, ©2000 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestra-reprezentant-124518>

PŘÍLOHA P IV: OSOBNÍ SVĚDECTVÍ UMÍRAJÍCÍHO – „SLOVA DÍKŮ“



Hodně jsem pobubla - asi 12 kilogramů. Měla jsem hodně odpočívat, ale ono to nešlo. Měla jsem manžela, kterému jsem musela vařit. Pak manžel v 90 letech zemřel. Zemřel v nemocnici stářím. Byl tam asi jen 5 dní. Věděla jsem, že zemře. Když manžel odešel na věčnost tak společně s ním odešel i můj celý život. (Pani Kubicová se rozplakala - vzala jsem ji za ruku a snažila jsem se prožívat její smutek společně s ní). Po chvíli paní Kubicová povídá dále. Boli mě hodně noha. Užívám léky na bolest a je to lepší. Mám artrozu v kolenou. Někdy poslední dobou velice často mě bolí celá noha. Více než dřív, mám více obtíží než-li dřív, ale mohlo by být ještě hůře. A ono možná bude. Člověk musí počítat se vším. Pan doktor Kabelka mi předepsal další léky na bolesti. Slíbil mi, že mě nenechá trpět. V hospici se o mne postarají dobře. Když člověk není do 75 let nemocný tak je to pro něho těžké jenom ležet. Já jsem byla vždy aktivní a vše jsem měla vždy pečlivě udržané. Už jsem se se vším jak to je smířila. Člověk to musí brát tak jak to je. Co mu jiného také zbývá. Umirají i mnohem mladší lidé než-li jsem já. Většina mladších pacientů, kteří se mnou chodili na chemoterapii už dávno zemřeli.

V hospici jsem oslavila své 80 narozeniny a byly pro mne nejhezčí v celém mém životě. Navštívila mě celá rodina. Vždy zavolali zda mohou přijet a postupně mě navštívili všichni. Přivezli mi květiny - měla jsem tu plný stůl květin. I na okně jsem měla květiny. I malé občerstvení jsme si tu odžili. Přišel mi popít i celý tým pečovateli i pan doktor Kabelka. Dostala jsem od nich květiny. Moc mě to dojalo.

V průběhu své nemoci často zvracím. Teď častěji. Nemám chuť na jídlo, protože po něm často zvracím. Zvracím někdy v průběhu celého dne. Jsem s tím, ale vyrovnaná. Pan doktor mě utěšuje. Říká mi: "nebojte se, bolesti odstraníme. Pomůžeme vám - nejste na to sama.

V létě jezdím denně na vozíku ven na zahradu. Sedáváme i u vodotrysku. Ven mě vozí má neteř Jana a nebo dobrovolníci. Každou středu jezdím na mši. Pokud se cítím dobře tak ráda zajedu na páteční arterterapii. Na první hodině jsme vyráběli podzemní strom. Měla jsem radost, že jsem něco pomohla vytvořit. Navštívilo nás i několik hudebních souborů. Hrály v kapli a někteří i přímo na pokojích. Byli tu zpívat i lidé v krojích. Bylo to hezké. Pořád se snaží, aby se tu něco dělo.

Jak jsem feldá, ve všech směrech mi to tu vyhovuje. Jsem spokojená. Kdybych nebyla spokojená tak bych byla nevděčná. Mi všichni bychom byli nevděční. Já vím, názory jsou různé. Já mám však tenhle.

PANI KUBICOVÁ!



PŘÍLOHA P V: PLAKÁT PRO SBÍRKU NEPOTŘEBNÉHO POVLEČENÍ



Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Milá rodino, přátelé a zaměstnanci!

Máte doma nevyužité, staré nebo opotřebované povlečení či prostěradla?

Je Vám líto je vyhodit?

Přineste je k nám do hospice!

Proč?

Z Vámi **nevyužívaného** povlečení a prostěradel budou ušity **nové polohovací pomůcky** pro naše pacienty a Vaše příbuzné.

Kam?

Na vrátnici hospice, nejpozději do konce března.

Nejužitečnější ze všech umění je umění být užitečný. (B. Franklin)

*Projekt realizován v rámci bakalářské práce studentky studijního oboru
Všeobecná sestra Sylvie Švihálkové.
Vedoucí bakalářské práce Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií*

Zdroj: Vlastní.

PŘÍLOHA P VI: NÁVRHY NA ZLEPŠENÍ KOMUNIKACE V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

První návrh:

Po analýze odpovědí členů multidisciplinárního týmu doporučuji pro zlepšení komunikace, aby si každý z týmu utvořil svoji vlastní sadu opěrných bodů, které se vztahují všeobecně anebo k jednotlivým pacientům a jsou pro něho důležité, poté se jich bude držet.

Cílem bude zjistit od každého bodu co nejvíce.

Příklad opěrných bodů pro sestru:

- zda pacient mluvil o bolesti
- zda pacient mluvil o chuti k jídlu
- zda pacient mluvil o nevolnosti či jiných problémech
- zda pacient mluvil o nutnosti pomoci při běžných denních činnostech
- zda zaznamenal nějaké změny na kůži, svědění, pálení, oděrky
- zda se zdá, nebo zmínil problémy s dýcháním
- zda se zmínil o svých koníčcích / zálibách
- zda pacient mluví o svém sociálním zázemí a rodině
- jak pacient působí po psychické stránce

Druhý návrh:

Po analýze odpovědí členů multidisciplinárního týmu doporučuji pro zlepšení komunikace uvnitř týmu vytvoření dotazníků, které budou jednotliví členové vyplňovat.

- Každý člen týmu vytvoří vlastní sadu otázek na ostatní členy týmu.

- Otázky mohou být jak uzavřené, tak i otevřené - nejlépe kombinace obou.

Dotazy od lékařky na ošetřovatelku

1) Zdálo se Vám, že se při rozhovoru s pacientem docházelo k zadržávání jeho řeči?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

2) Pozorovala jste při hygieně pacienta nějaké fyzické změny? Jaké?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

3) Které z těchto příznaků jste pozorovala při práci s pacientem?

malátnost bolesti při pohybu
 nechutenství bolesti při močení

- Zpracovatel vytvoří ze všech požadovaných dotazů jeden dotazník pro každého člena (lékař bude mít vždy otázky pouze pro něj).

-Navrhují předání formulářů jeden den před multidisciplinárním týmem, aby si měl každý člen možnost projít odpovědi a vypsát si doplňující otázky.

- Odpovědi v dotaznících je vhodné archivovat pro jednoduché zjišťování změn ve stavu pacienta.

- Do budoucna by bylo vhodné se zamyslet nad elektronickým vyplňováním těchto formulářů z důvodu možnosti online přístupu k těmto datům (rodina, vedení, atd.)

Zdroj: Vlastní.

Dotazník pro ošetřovatelku k pacientovi _____
Kalendářní týden ____

Lékařce

1) Zdálo se Vám, že se při rozhovoru s pacientem docházelo k zadržávání jeho řeči?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

2) Pozorovala jste při hygieně pacienta nějaké fyzické změny? Jaké?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

3) Které z těchto příznaků jste pozorovala při práci s pacientem?

malátnost bolesti při pohybu
 nechutenství bolesti při močení

4) Ostatní lékařce

Duchovní

1) Mluvil pacient ve Vaší přítomnosti o Bohu?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

2) Zdá se Vám, že se zhoršil pacientův psychický stav?

Určitě ano Spíše ano Nevím Spíše ne Určitě ne

3) Ostatní duchovní

Ošetřovatelce

.....

Sestře

.....

Ostatní zjištění všem