



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Motivace sester pracujících v paliativní péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jitka Doležalová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, PhD.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Motivace sester pracujících v paliativní péči*“ jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

(Doležalová Jitka)

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala mé vedoucí PhDr. Věře Staskové PhD. za cenné rady, podporu a trpělivost, jež mi v průběhu práce projevovala. Dále bych chtěla poděkovat všem zařízením a dotazovaným za jejich čas a ochotu. Velké díky patří mé rodině a blízkým přátelům, za ochotu a vstřícnost, kterou mi během tvorby této práce projevovali.

Motivace sester pracujících v paliativní péči

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá motivací sester, které pracují v paliativní péči. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsána specifika paliativní péče, motivace sester a proces umírání a smrti.

Praktická část obsahuje zpracování a vyhodnocení výsledků získaných ve výzkumném šetření. Pro diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký význam sestry spatřují v paliativní péči. Druhým cílem bylo zjistit, jaké motivy vedou sestry k práci s nevléčitelně nemocnými a posledním cílem bylo poukázání na negativa z pohledu sester při poskytování paliativní péče. Pro naplnění cílů byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval třicet otázek. Rozhovory byly zhotoveny s deseti sestrami, které pracují v paliativní péči.

Z výsledků je patrné, že sestry vnímají paliativní péči jako významnou součást zdravotnictví. Poskytovaná ošetrovatelské péče dle sester zachovává důstojnost umírajícího pacienta, dbá na jeho autonomii, individuální potřeby a odvíjí se od pacientova přání. Motivace k práci s umírajícími pramení z předchozí zkušenosti s hospicovým zařízením nebo se setkáváním se se smrtí v předchozím zaměstnání. Jako další motivační faktor působí i sestrami zmíněná potřeba pečovat o umírající pacienty a zkušenost s úmrtím v blízké rodině. K motivaci sester přispívá i pracovní kolektiv, který sestry hodnotily jako podstatnou součást své práce. Sestry vnitřně naplňuje smysluplnost poskytované péče a pozitivní reakce umírajících pacientů a jejich rodin. Dále byly zjištěny i sestrami vnímané negativní motivátory, ke kterým se řadí psychická a fyzická vyčerpanost, skeptický pohled zdravotníků z jiných oborů na paliativní péči a vytvoření si blízkého vztahu k umírajícímu pacientovi nebo k jeho rodině.

Klíčová slova

paliativní péče; motivace; sestra; ošetrovatelství; smrt; umírání

Motivation of nurses working in palliative care

Abstract

The diploma thesis deals with the motivation of nurses, which work at palliative care. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The specifics of palliative care, the motivation of nurses, and the process of dying and death are described in the theoretical part.

The practical part contains the processing and the evaluation of results gained in the research. Three aims are set in the thesis. The first aim is to determine the purpose, which nurses have for working at palliative care. The second aim is to find out what motives lead nurses to work with terminal patients. The last aim is to point out the disadvantages of providing palliative care. I chose the semi-structured interview for achieving the aims. The interview contains thirty questions. Ten nurses, which work at palliative care, answered the questions.

The results support the fact that nurses perceive the palliative care as an important part of health care. According to nurses, the nursing care preserves the dignity of dying patient. It also respects his or her autonomy, individual needs, and their wish. The motivation for working with terminal patients results from previous experience with a hospice facility or from encounter with death in a previous employment. Another motivational factor is the need to care for dying patients or the experience of the death of a close family member. The substantial part of the job is a strong collective, which contributes to the motivation. The meaningful care and the positive reactions of terminal patients and their families are very fulfilling. The negative motivational factors are the physical and psychological exhaustion, another caregivers' sceptical view about the palliative care, or close relationships with the patients and their families.

Key words

palliative care; motivation; nurse; health care; death; dying

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1. 1 Vymezení pojmu paliativní péče	9
1. 2 Historie paliativní péče	10
1. 2. 1 Mezinárodní historie paliativní péče.....	10
1. 2. 2 Historie paliativní péče v České republice	11
1. 3 Dělení paliativní péče dle komplexnosti.....	11
1. 4 Formy specializované paliativní péče.....	12
1. 5 Umírání a smrt	15
1. 6 Pacient v paliativní péči	18
1. 6. 1 Potřeby umírajících pacientů	19
1. 7 Sestra v paliativní péči	22
1. 7. 1 Postoj sester ke smrti	22
1. 7. 2 Komunikace sestry a umírajícího pacienta	23
1. 7. 3 Komunikace sestry a rodinných příslušníků	25
1. 7. 4 Psychohygiena sester v paliativní péči	26
1. 7. 5 Vzdělávání sester v paliativní péči	27
1. 8 Motivace sester	29
1. 8. 1 Motivace	29
1. 8. 2 Motivace pro výkon povolání sestry.....	31
1. 8. 3 Motivace v sesterském povolání.....	31
1. 8. 4 Předpoklady sestry pro práci v paliativní péči.....	33
1. 8. 5 Faktory motivující sestry v paliativní péči	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	35
2. 1 Cíle práce	35

2. 2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3. 1 Použitá metoda výzkumného šetření	36
3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku	37
4 Výsledky	38
4. 1 Charakteristika probandů	38
4. 2 Kategorizace výsledků rozhovorů	39
5 Diskuze	63
6 Závěr	72
7 Seznam literatury	74
8 Seznam tabulek	82
9 Seznam příloh	83
10 Seznam zkratk	88

Úvod

Ať již chceme nebo ne, smrt se týká každého z nás a je vnímána různými způsoby. Je přirozená součást života, jediná jistota, kterou člověk na světě má, skon těla a nesmrtelnost duše nebo prostě jen konec. Pokud se zamyslím nad mojí vlastní smrti, chci abych neumírala v bolestech, ve strachu a osamocena a jsem přesvědčena o tom, že stejné podmínky na vlastní smrt klade většina z nás. Jenže jak důstojné smrti dosáhnout? Kdo mi zaručí, že nebudu trpět bolestí, strachem a samotou?

Právě na tyto otázky by nám mělo odpovědět poskytování paliativní péče, v níž je dbáno na kvalitu života, na mírnění symptomů chorob, na individuální potřeby pacientů a jejich rodin. Paliativní péče zajistí, že pacientovi nebude prodlužován život na úkor jeho důstojnosti, nebude trpět bolestí, ani jinými příznaky chorob, budou vyslyšena jeho slova a přání a své poslední chvíle může trávit v přítomnosti své rodiny a blízkých. Na péči o umírajícího pacienta se v hospicovém zařízení podílí multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů, sester, psychologa, duchovního a dalších rovnocenných a nepostradatelných odborníků. V diplomové práci se zaměříme na sestru, která je mnohdy pro umírajícího pacienta ta nejbližší osoba v paliativní péči.

Na sestru se pacient obrací s otázkami a s prosbami. Očekává, že její sestra vyslyší, podpoří a pomůže s jeho problémy. Je evidentní, že sestra neudělá pouze úkony, které si péče vyžaduje, ale věnuje pacientovi mnohem více, duševní stránku člověka nevyjímaje. Nutno však upozornit, že doprovázení umírajících pacientů je velice náročné v mnoha ohledech a vyplývají tedy přirozené otázky, proč si sestry toto zaměření zvolí, co je motivuje k práci s umírajícími lidmi vzhledem k náročnosti. Tyto otázky má za cíl zodpovědět předložená diplomová práce, která je koncipována právě na paliativní péči, sestru v paliativní péči a motivace sestry v péči o umírajícího pacienta.

Toto téma jsem si zvolila, jelikož sama pocítuji potřebu umírajícím pomáhat a již po nějakou dobu jsem se s otázkou motivace potýkala.

1 Současný stav

1.1 Vymezení pojmu paliativní péče

V samotném úvodu této kapitoly je třeba zmínit, že jednotná definice paliativní péče a medicíny neexistuje. Pod tímto pojmem nalezneme péči, která se věnuje nemocným s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním. Vyjdeme-li z tohoto tvrzení, pak je cílem paliativní péče zlepšení kvality života, jelikož délka života pacienta v paliativní péči je omezena (Vorlíček, 2004). Obdobně definuje i paliativní péči Světová zdravotnická organizace (2016), jež spatřuje tuto péči jako přístup, zlepšující kvalitu života pacienta i rodiny, kteří jsou v problémové situaci spojené s život ohrožující chorobou. Paliativní přístup je zaštiťen prevencí, včasným zajištěním chorob a léčbou fyzických projevů nemoci, například bolesti. Důraz je kladen ovšem i na psychosociální a duchovní aspekty (WHO, 2016).

Z výše uvedených definic vyplývá, že paliativní péče je komplexní soubor činností zdravotníků a jiných odborníků v péči o umírajícího pacienta. Snaha o zvýšení kvality života a mírnění symptomů, spolupráce s rodinou a neopomíjení psychosociální a duchovní sféry je klíčem ke klidnému a důstojnému umírání. Je také velice důležité uspokojování potřeb pacienta. V pojetí Haškovcové (2007) jsou to právě potřeby umírajících pacientů, které jsou ve vzájemném vztahu s principy paliativní péče. Dle autorky se pak většina mezinárodních dokumentů pojednávajících o paliativní péči zaměřuje na tyto základní principy: symptomatická léčba, terapie somatické a psychické bolesti, zmírňující léčba, emocionální a spirituální podpora, sociální zázemí, aktivizační programy pro pacienty a odborná pomoc pro rodinu umírajícího (Haškovcová, 2007). S uvedenými principy se shoduje i Munzarová (2005), ovšem doplňuje tyto základní principy ještě o potřebu používání týmového přístupu, soustředí se i na udržování či zvyšování kvality života, jež může mít pozitivní vliv na průběh onemocnění. Dále uvádí vhodnost aplikace paliativní péče v kombinaci s jinou léčebnou metodou, a to již v časných fázích onemocnění (Munzarová, 2005).

1. 2 Historie paliativní péče

1. 2. 1 Mezinárodní historie paliativní péče

Historie komplexní paliativní péče sahá na evropské úrovni již několik století zpět. Bylo běžné, že při některých klášterech vznikaly útulky pro zmrzačené a těžce nemocné. V roce 1842 založila Jeanne Garnier v Lyonu společenství žen, většinou vdov, jež pečovalo o nevléčitelně nemocné. Roku 1847 otevřelo toto hnutí první dům v Paříži a pojmenovalo jej jako hospic. V pojetí Jeanne Garnier byl tedy hospic označován jako místo, které je určeno pro pacienty umírající. V roce 1878 byla v irském Dublinu zbudována Marií Aikenhead kongregace Sester lásky a hlavním úkolem této kongregace bylo doprovázet umírající. Následně bylo touto komunitou založeno i několik domů v Irsku a Anglii, mezi které se řadil i hospic sv. Josefa v Londýně. Právě zde Cicely Saunders po druhé světové válce pracovala nejprve jako sestra, po ukončení studií jako lékařka. Cicely Saunders proslula především jako zakladatelka moderního hospicového hnutí, a to především díky založení hospice sv. Kryštofa, ve kterém zapojila multidisciplinární péči o celkovou bolest. Nutno upozornit, že Cicely Saunders se věnovala výzkumu o používání perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti (Vorlíček, Vorlíčková, 2006). Hospic sv. Kryštofa pak posloužil jako inspirace pro vznik a funkci mnoha hospiců, jednak v Británii, ale i po celém světě. Vliv Cicely Saunders byl na paliativní péči významný, jelikož Královská lékařská společnost uznala paliativní medicínu jako samostatný lékařský obor (Huneš, 2008). Péče o umírající se dále rozvíjela formou lůžkových hospiců a vznikaly také domácí hospice. Domácí hospice začaly vznikat především ve Velké Británii a Spojených státech amerických. Při hospicích se začaly vytvářet i denní hospicové stacionáře. Roku 1975 bylo v kanadském Montrealu v Royal Victoria Hospital založeno první oddělení paliativní péče. Oddělení založil lékař Balfour Mount, který současně zavedl i pojem paliativní péče. Pojem paliativní péče zavedl, protože ve francouzsky hovořící části Kanady se slovo hospic používalo v jiném kontextu, samotné slovo pak působilo hanlivě. Mezi nové formy paliativní péče se řadí konziliární týmy, které působí v řadě nemocnic v USA a Evropě. Současnost naznačuje pouto mezi paliativní péčí a akademickou medicínou, to znamená, že hospice aplikují moderní medicínské postupy při mírnění symptomů a nemocnice se v následné péči snaží čerpat poznatky z hospiců (Sláma, Vorlíček, 2005).

1.2.2 Historie paliativní péče v České republice

Paliativní péče, jako specifická disciplína pro nevléčitelně nemocné, se začala v České republice rozvíjet až okolo roku 1989. Oproti světovému vývoji je rozvoj paliativní péče u nás poměrně zpomalený. Mezi první kroky rozvoje péče o nevléčitelně nemocné u nás jistě přispěla nemocnice v Babicích nad Svitavou. Právě tato nemocnice zřídila lůžkové oddělení paliativní péče v roce 1992. První lůžkový hospic, který zaznamenal velký úspěch, byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci založený roku 1995. Je nezbytné zmínit i nejvýznamnější osobnosti českého hospicového hnutí. Lékařka Marie Svatošová založila sdružení Ecce homo, které vzniklo roku 1993 a jehož cílem byla podpora domácí péče a hospicového hnutí. Další velice významnou autorkou, jež publikuje díla, jež se ve svých publikacích věnuje důstojnému umírání a smrti, je profesorka Helena Haškovcová. Jako její významné knihy lze zmínit *Thanatologie* či *Rub života, líc smrti* (Bužgová, 2015). Pro další rozvoj paliativní péče je třeba uvést i sdružení *Cesta domů*, které poukázalo na nedostatky v péči o umírající, a to v letech 2003 až 2004. Roku 2007 Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče za podpory další nadace vydala *Standardy hospicové paliativní péče*, v nichž bylo ustaveno několik požadavků k poskytování kvalitní péče v potřebné úrovni. V roce 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny, která měla zásluhy na poli vzdělávání a praxe v obecné i specializované paliativní péči. Česká společnost paliativní medicíny se podílela na vzniku dokumentu *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice* na období 2011 až 2015. Tento dokument je v souladu s významnými evropskými dokumenty, jako je například *Charta práv umírajících*, a má za cíl zajistit důstojné umírání pro všechny bez rozdílu, podporu rodině umírajícího a poskytnutí co nejkvalitnější možné péče. Česká společnost paliativní medicíny v roce 2013 učinila významný postup ve smyslu vytvoření *Standardů paliativní péče* (Sláma et. al., 2013).

1.3 Dělení paliativní péče dle komplexnosti

Paliativní péče je poskytována dle různé úrovně komplexnosti. Tato komplexnost je následně rozdělena do dvou úrovní: obecný paliativní přístup a specializovaná paliativní péče (Radburch, 2010).

Paliativní přístup je v podstatě způsob, kterým je možno aplikovat prvky paliativní péče i do prostředí, jež není uzpůsobené pro poskytování specializované paliativní péče. V tomto přístupu je zahrnuto jak farmakologické, tak nefarmakologické řešení tlumení

symptomů, komunikaci s pacientem a rodinou, multidisciplinární komunikaci a další zdravotnické úkony. Paliativní přístup by měl být známý všem sestřím, a to do takové míry, kdy jej mohou používat v praxi (Radburch, 2010). O obecné paliativní péči či obecném paliativním přístupu se zmiňuje i Bužgová (2015), jež tuto myšlenku ještě rozvinula. Uvádí, že je třeba v pokročilých stavech uplatňovat rozpoznání sledování a ovlivnění toho, co je zásadní pro kvalitu života pacienta. Každý zdravotnický pracovník by měl umět poskytnout základní péči o umírajícího pacienta, to znamená ovládat mírnění symptomů, respektovat pacientovu autonomii a používat efektivní komunikaci (Bužgová, 2015). Efektivní komunikace by měla být vstřícná, otevřená a empatická. V obecné paliativní péči je třeba poskytnout i psychosociální podporu. Sestry, které nepracují v paliativní péči by měly spolupracovat s rodinou nemocného, specialistou v této péči nebo se zařízením, které je určené pro nevléčitelně nemocné (Sláma, 2011).

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v paliativní péči vzděláni. Je určena pacientům, u kterých obecná paliativní péče skrze dynamiku

a intenzitu obtíží nemá uplatnění. Do zařízení poskytující specializovanou paliativní péči je možné zařadit mobilní paliativní péči, lůžkové zařízení hospicového typu, ambulance a oddělení paliativní péče v rámci nemocničních zařízení, dále konziliární týmy ve zdravotnických zařízeních, denní stacionáře paliativní péče a poradny (Bužgová, 2015). Specializovaná paliativní péče je pak indikována v případech, kdy jsou možnosti obecné paliativní péče vyčerpány. Přejít mezi obecnou a specializovanou péčí je co možná nejplynulejší (Sláma, 2011). Specializovaná paliativní péče by měla být dostupná pro všechny pacienty s nevléčitelnou chorobou. Je dbáno také na spolupráci s rodinou a blízkými nemocného (Radburch, 2010).

1. 4 Formy specializované paliativní péče

Máme-li pochopit, jak přesně specializovaná paliativní péče funguje, je třeba objasnit její jednotlivé formy, které byly zmíněny v předchozí části.

Jako první je vhodné zmínit lůžkový hospic, jež představuje typické zařízení pro poskytování paliativní péče. V podstatě se jedná o samostatné zařízení s 20 až 30 lůžky. Hospice vytváří prostředí podobající se spíše domácím než nemocničnímu, a to už jen díky faktu, že rodina i přátelé mohou s nemocným trávit neomezeně dlouhou dobu a jsou zapojeni do péče. Je dbáno nejen na léčbu symptomů, ale také na psychosociální

a spirituální aspekty péče. Do hospicové péče jsou zařazeni pacienti v terminálním stádiu a pacienti s ukončenou onkologickou léčbou (Vorlíček et al., 2012). V lůžkovém hospici je péče poskytována multioborovým týmem (lékař, sestra, ošetřovatel, sociální pracovník, psycholog, pastorační pracovník a dobrovolníci) (Sláma, 2012). Hospic tedy poskytuje výraznou sociální podporu pacientovi, rodinným příslušníkům a dalším blízkým, což velice zvyšuje kvalitu života (Tomeš et al., 2015).

Další formou je domácí hospicové péče, která je poskytována v přirozeném sociálním prostředí, tedy v domácnosti pacientů. V domácí péči je stejně jako v lůžkovém hospici zapojena do péče o pacienta i rodina. V našich podmínkách se o tuto službu snaží agentury domácí péče, avšak velkou nevýhodou představují úhrady za poskytnutou péči ze strany zdravotních pojišťoven (Vorlíček et al., 2012). Je zapotřebí pojišťovny informovat o tom, že domácí hospicová péče je mnohem ekonomičtější než péče, poskytovaná v lůžkovém zařízení. Dále je důležité klást důraz na rozlišení domácí péče a domácí hospicové péče. Mnohdy dochází k zaměnění těchto různých služeb a není ani výjimkou, že se agentury domácí péče prezentují i jako hospicové zařízení (Tomeš et al., 2015). Domácí hospicovou péči mohou také poskytovat mobilní hospice. Mobilní hospic tvoří multidisciplinární tým a je schopen poskytovat služby v jakoukoli dobu, to znamená 24 hodin, 7 dní v týdnu. Tato služba je efektivnější oproti agenturám domácí péče, jelikož pracovníci mobilního hospice mají více zkušeností s paliativní péčí. Mobilní hospic poskytuje přímo specializovanou paliativní péči, agentury domácí péče poskytují spíše obecnou (Kalvach, 2011).

Denní hospicový stacionář je další forma specializované paliativní péče, která je poskytována přes denní pobyt pacienta v zařízení. V době pobytu mohou pacienti podstupovat různé terapeutické úkony jako je podávání infúzí či fyzioterapie. Je také možno poskytovat psychoterapii či ergoterapii (Vorlíček et al., 2012). Ergoterapii zajišťuje ergoterapeut, který pacientům radí především v oblastech kompenzačních a ošetřovatelských pomůcek. Dále spolupracuje s pacientem například na zachování pohyblivosti. Psychoterapii pak zajišťuje psychoterapeut, který spolupracuje individuálně s každým pacientem a pokud je potřeba, tak i s jeho rodinou (Kalvach, 2010). Dopravu nemocného do stacionáře zajišťuje rodina či hospic, vždy záleží na domluvě (Svatošová, 2011). Jelikož se jedná o denní stacionář, pacienti na noc odjíždějí domů (Vorlíček et al., 2012). Tato forma je vhodná spíše pro pacienty z blízkého okolí. V určité fázi nemoci je hospicový stacionář nejvhodnější způsob péče. Denní stacionář je doporučován také v případě, kdy o nemocného pečuje rodina, s možností i na přechodnou

dobu. Pečující rodina si může během doby, kdy je pacient ve stacionáři, odpočinout (Svatošová, 2011).

Oddělení paliativní péče vznikaly v posledních 20 letech v nemocnicích po celém světě. Existuje snaha o implementaci specializované paliativní péče do nemocnic, kde je možné využít odborných konzilií k intenzivní a podpůrné paliativní léčbě. Díky stále přítomnosti lékaře a kvalifikovaných sester je možné řešit i nastalé komplikované stavy (Vorlíček et al., 2012). Avšak oddělení paliativní péče při nemocnicích mohou mít své nevýhody. Milligan (2012) jako příklad uvádí velkou koncentraci pacientů na toto oddělení. Dále pak může dle autora panovat myšlenka o oddělení, kde se umírá. Je možné, že nepříznivý vliv na pacienty může mít i samotné nemocniční prostředí, a to i přes snahu vytvořit maximálně domácí prostředí (Milligan, 2012).

Specializovaná ambulance paliativní péče poskytuje péči ambulantním pacientům, kteří setrvávají v domácím prostředí či v zařízeních sociální péče. S ambulancí často spolupracuje praktický lékař nebo mobilní hospic. V zahraničí, například ve Velké Británii, takové ambulance působí buď samostatně, nebo v rámci nemocnic, hospiců lůžkových a v dalších zařízeních paliativní péče. V České republice je tato forma zaměřena spíše na léčbu bolesti než na poskytování paliativní péče. Pokud je ambulance zřízená v rámci nemocnice, je s její činností spjat konziliární zdravotnický tým (Sláma, 2012). Ambulantní péče je poskytována pacientům, kteří mají psychosociální a fyzické symptomy a není u nich zapotřebí hospitalizace. Ambulantní péče je také doporučována pacientům, kteří byli propuštěni z nemocnice. V takovém případě ambulantní tým zajišťuje kontinuitu péče o pacienta (Bužgová, 2015). Tato forma paliativní péče má i svá úskalí, tj. v případě, kdy se pacient nachází v konečném stádiu nemoci a není tak schopen ambulantně dojíždět. Další nevýhodou je fakt, že ambulantní tým není určen pro hospitalizované pacienty, a to z toho důvodu, že závažně nemocný hospitalizovaný pacient často není v takovém stavu, kdy je schopen naslouchat zdravotníkům z oddělení a zároveň zdravotníkům z ambulantní péče (Hebert, 2007).

Výše uvedený konziliární zdravotnický tým je interdisciplinární a působí skrze poradenskou činnost u lůžka nemocného. Členové takového týmu by měli spolupracovat s ošetřujícím lékařem nemocného a nalézt vhodný léčebný postup (Vorlíček et al., 2012). Konziliární zdravotnický tým v rámci paliativní péče posiluje návaznost péče, neboť pacient zůstává na oddělení, kde je dosud léčen a oddělení zná. Takový přístup vysoce zvyšuje kvalitu poskytované péče a má i edukativní účinky v rámci oddělení, kde je

poskytován. Pro funkci konziliárního týmu je třeba minimálního složení, tj. lékaře, sestry a sociálního pracovníka (Sláma, 2012). Cíle konziliárního paliativního týmu by měly vést k pomoci zdravotníkům, pacientům a jejich rodinám v rozhodování, které sebou nese závěr života. Dále pak pomáhají identifikovat potřeby pacientů a jejich rodin a zajišťují pacientovi priority v hospicové péči. Paliativní konziliární týmy rozvíjejí výzkumy v paliativní péči a zasluhují se o minimalizaci nadbytečných výkonů a vyšetření (Bužgová, 2015).

1. 5 Umírání a smrt

V paliativní péči jsou v popředí problémy psychosociální a spirituální. Pokud má sestra poskytovat kvalitní péči v terminálním stavu pacienta, je důležité, aby pochopila smrt, strach ze smrti a individuální prožívání umírání a smrti u každého jednotlivce (Kisvetrová, 2011). Je tedy třeba problematiku smrti zahrnout i do textu diplomové práce. Jako vhodné se nabízí uvést citát Haškovcové (2007, s. 23): *„Každému, kdo se zrodí, je do vlnu dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z toho prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas“* (Haškovcová, 2007, s. 23).

Umírání je proces, při kterém dochází k nevratným a narůstajícím poruchám život podporujících funkcí. Proces umírání je dovršen zánikem člověka. Umírání je různě dlouhé časové období, jež končí terminálním stavem. Z hlediska časového je možné umírání rozdělit do tří kvalitativně odlišných období a to *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Kupka, 2014).

Pre finem začíná v okamžiku, kdy se zjistí závažnost choroby s vysokou pravděpodobností končící smrtí. Proces umírání pak začíná sdělením diagnózy, nemocný se tedy dozvídá, že jeho stav může zakončit smrt. Toto období má různou dobu trvání, dny, měsíce až léta. Po celé toto období se pak zdravotnický tým snaží o dosažení remise nebo alespoň snížení obtíží (Kupka, 2014). Skutečnost, že onemocnění je smrtelné, může nastat i po delší době diagnostikování. Pacientovi může být závažnost naznačována, ovšem k zásadnímu sdělení, kdy potvrdíme smrtelnost choroby, pacient připraven být nemusí (Démuthová, 2010). Reakce na tak zásadní informaci je vždy individuální. Záleží

na temperamentu, osobnosti, životních zkušenostech a momentálním rozpoložení každého jedince (Kupka, 2014). Vymětal (2003) uvádí čtyři možné druhy reakcí na sdělení závažné skutečnosti. Jde o kombinaci přijetí nebo odmítnutí na rovině emoční nebo rozumové. V prvním typu reakce pacient informaci emočně i rozumově přijme, sdělením je zasažen různou silou. Dotazuje se na okolnosti a vyhlídky. Druhá možná reakce na sdělení je pacientem rozumově přijata, emočně nikoli. Verbální sdělení je pacientem akceptováno, emočně se projevuje nenápadně, postoj je statečný, rozumný a věcný, je přítomen i určitý odstup ve formě nedotknutelnosti pacienta. U třetího typu reakce pacient sdělení odmítá rozumově i emočně, nastává popírání skutečnosti, zpochybňování informace například záměnou jmen či smíchem. Při čtvrtém typu reakce pacient informaci rozumově odmítá a emočně přijímá. U tohoto typu reakce se pacient snaží argumentovat tím, že sdělená informace není pravdivá, avšak po citové stránce je skutečností zasažen, což se projevuje pláčem či hněvem (Vymětal, 2003).

V této fázi je úlohou sestry naslouchat, a to nejen pacientovi, ale rovněž i rodině a blízkým. Vzájemná spolupráce sestry a rodiny vede k ulehčení péče o umírajícího, sestra se může například od rodiny dozvědět, na co je pacient zvyklý, co má rád k jídlu nebo k pití. Sestra by měla být pacientu vždy na blízku, nebát se projevit i fyzický kontakt formou doteku či pohlázení, ovšem záleží, zda fyzický kontakt pacient vyhledává. Za žádoucí je také považováno zpříjemnění pobytu pacienta v zařízení. Jisté zpříjemnění pobytu lze navodit tak, že sestra s pacientem pouze hovoří, předčítá oblíbenou literaturu nebo zapojí i jiné aktivity (Burda, Šolcová, 2016).

Na pre finem fázi navazuje fáze in finem, což je terminální stav nebo také samotné umírání, jež s sebou nese změny vedoucí ke smrti. Dochází ke změnám fyziologických funkcí, snižování tělesné teploty, změny tepové a dechové frekvence. Dochází také k tmavnutí kolen a loktů, pacient má otevřené nebo pootevřené oči a špičatí se rysy tváře. Pokud jsou u pacienta přítomni blízcí, mělo by dojít k jejich obeznámení se situací a změnami. Předsmrtná euforie je příznakem, který se v některých případech vyskytuje. Dochází zde k poslednímu vzchopení životních sil. To znamená, že pacient je náhle bdělý, dobře slyší, reaguje na položené otázky a sám i otázky klade. Vyslovuje přání, potřebuje se posadit, někdy i vstává. Právě v této fázi, kdy je nemocný naposledy plný života, je vhodná blízkost rodiny a přátel. Předsmrtná euforie se objevuje zpravidla několik dní před smrtí. Tento stav je následně střídán fází, která se nazývá jako smrtelné kóma (Haškovcová, 2007). Ve fázi in finem umírající nejeví žádné reakce na podněty z okolí, i když je možné, že je slyší. Proto je zapotřebí, aby se v přítomnosti pacienta

o něm mluvilo, jako kdyby byl při vědomí. Je důležité poučit i návštěvy pacienta, aby takto hovořily. V posledních chvílích je správné vyslovit to, co nemohlo být vysloveno dříve (Mindel, 2008). U některých pacientů chtějí příbuzní trávit veškeré poslední chvíle s ním. Tím, že u umírajícího spí, snaží se nevzdalovat, potlačují vlastní potřeby. Blízcí umírajícího drží za ruku, poslouchají, jak dýchá. Avšak právě v okamžiku, kdy se blízcí musí z jakéhokoli důvodu vzdálit, jejich blízký zemře. Pozůstali pak mají různé výčitky z toho, že v té nejtěžší chvíli nemohli posečkat a jejich blízký zemřel sám. Výčitky jsou pochopitelné, avšak není pro ně důvod. Někteří umírající zkrátka nemohou zemřít v přítomnosti milovaného člověka. Pro tento jev neexistuje racionální vysvětlení, lze pouze usoudit, že umírající nechce svojí smrtí milované zarmoutit (Haškovcová, 2007).

Sestra v této fázi sleduje reakce nemocného na poskytovanou ošetrovatelskou péči, jelikož není žádoucí nemocného zbytečně zatěžovat. Neznamena to však naprosté anulování ošetrovatelské péče, sestra samozřejmě v péči pokračuje, ale maximálně ji přizpůsobuje pacientovi. Vzhledem k tomu, že se jedná o fázi samotného úmrtí, je vhodné, aby sestra postupovala v souladu důstojnosti umírání. V praxi znamená, že dochází k umožnění návštěv po celou zbývající dobu, dále pokud je pacient v bezvědomí, sestra zvolí vhodný typ komunikace a s pacientem hovoří (Burda, Šolcová, 2016).

Po fázi in finem přichází post finem nebo jinak také posmrtná fáze. Sestra zde sehrává důležitou roli při péči o mrtvé tělo, předání věci pozůstalým po zemřelém nebo vyplnění úmrtního listu. Všechny úkony by měly být prováděny s určitým taktem. Za vhodné je považováno ujištění o tom, že pro zemřelého bylo vykonáno vše, co vykonáno být mohlo, a že při umírání netrpěl. Sestra by také měla blízkým udělit pár rad, které jim pomohou v několika minutách po úmrtí. Například se jedná o rady, aby pozůstali nespíchali, otevřeli v rámci tradic a hygienických důvodů okno. Je vhodné pozůstalým poradit, aby na sebe nechali působit atmosféru specifickou pro okamžik úmrtí. Pokud bude situace pro pozůstalé natolik tíživá, je možné nabídnout pomoc profesionála, který už v tíživé situaci byl (Kupka, 2014). Zde se nabízí i odborná pomoc od poradce pro pozůstalé. Poradce pro pozůstalé pracuje v rámci citlivosti vůči kulturním a osobním odlišnostem v truchlení, které s pozůstalými sdílí. Dopomáhá k návaznosti služeb a směřuje pozůstalé k důstojnému umírání a truchlení (MMR, © 2012). Pozůstalé je třeba ujistit, že veškerý zármutek, který v sobě mají, musí nechat volně přeplynout. Věřící se pak mohou pomodlit nebo si mohou nechat jen hlavou projít společné zážitky s blízkým zemřelým (Kupka, 2014). Sestra by měla být schopna o smrti hovořit a mělo by se jí dostat i dostatečné podpory. Do této situace spadá ošetrovatelský management,

který sestře poskytuje útočiště ve smyslu možnosti konzultace ať už v podobě supervize či psychologa. Je důležité, aby sestra uměla zpracovat svoje pocity a nedostávala se zbytečně do stresových situací (Burda, Šolcová, 2016).

1. 6 Pacient v paliativní péči

V průběhu jakéhokoli onemocnění nelze určit přesný časový bod, který by dělil kurativní a paliativní péči. Paliativní péče je určena pro všechny pacienty s život ohrožujícím onemocněním a s nevléčitelným onemocněním. Jako život ohrožující onemocnění je myšleno onemocnění, jež ohrožuje pacienta kterékoli věkové kategorie, pacienti mají diagnostikováno více chorob, jejich zdravotní stav je tak negativně ovlivňován a je snížena i délka života. Potřeba paliativní péče nastává u onemocnění značně pokročilého, avšak někteří pacienti mají potřebu zásahu paliativní péče již v průběhu onemocnění jako řešení krizové situace. Jedná se o období několika roků, měsíců, týdnů i dnů. Paliativní a kurativní péči nedělí jeden zlomový okamžik, přechod je spíše postupný. Cílem léčby se pak stává prodloužení života ovšem se zachováním odpovídající kvality života. Důležitá je rovnováha mezi léčebným přínosem a léčebnou zátěží (Payne, Radbruch, 2010).

Paliativní péče je poskytována všem lidem, u kterých je smrt očekávaná a je neodvratná. Právo by na ni měl mít každý a pro každého by měla být i dostupná. Je nutné uvést, že paliativní péče není zdaleka poskytována pouze onkologicky nemocným. Mezi nenádorová onemocnění, kterým je poskytována, patří především orgánová selhání a to srdeční, respirační, jaterní. V případě, kdy není možno využít transplantace či hemodialýzy, i selhání ledvinné. U nenádorových onemocnění je hůře předvídatelná trajektorie umírání, u onemocnění nádorových je tomu naopak. U pacientů, kterým je poskytována paliativní péče, se mnohdy dlouhodobě vyskytuje stav nepříznivý a nezlepšitelný. Příčinou tohoto stavu nemusí být nádorové onemocnění nebo selhávání orgánů. Mezi další onemocnění, které v určitých stádiích vyžadují paliativní přístup, lze zařadit pokročilá stádia demencí, neurodegenerativní onemocnění, myopatie, AIDS. Dále pak terminální geriatrické deteriorace a pokročilá stádia imobilizačního syndromu (Kalvach, 2010).

1. 6. 1 Potřeby umírajících pacientů

Potřeby umírajících pacientů jsou velice různorodé. Záleží především na individualitě každého pacienta, na schopnosti adaptace a dále i na prognóze. Existují potřeby specifické pro umírající pacienty. Jako základní lze uvést potřebu kvalifikované zdravotní paliativní péče, pokud možno poskytovanou v místě, které si pacient přeje například doma. Zařízení nebo služba poskytující kvalifikovanou paliativní péči by měla i ve vysoké kvalitě tlumit bolest a jiná nežádoucí utrpení. Pacientovi by měly být poskytnuty i vysoce kvalitní a kvalifikované sociální služby. Umírající pacient potřebuje jistotu bezpečné zdravotní péče, kde bude respektována jeho autonomie. Komunikace se řadí mezi další potřeby umírajícího pacienta. Empatická a otevřená komunikace je důležitá nejen mezi zdravotníky a pacientem, ale také mezi zdravotníky a blízkými pacienta. S ohledem na individualizovanou péči je třeba dbát i na spirituální potřebu umírajících. Rozhovor s duchovním mohou vyhledávat pacienti věřící i nevěřící. Umírající pacient má potřebu se rozloučit a smířit. V okamžiku, kdy dojde k projevu této potřeby, by měl být pacientovi umožněn kontakt se všemi, které považuje za vhodné. Je třeba respektovat i potřebu být v kontaktu s rodinou a blízkými, v ideálním případě by tento kontakt měl být neomezený. Pokud si pacient přeje umírat v domácím prostředí, je relevantní přání splnit. Další potřeba umírajících pacientů je flexibilní dostupnost krizové intervence a navazující psychoterapeutické služby. V době po úmrtí pacienta je na místě nabídnout rodině zemřelého respitní službu a pomoci s vyřešením různých záležitostí včetně poslední vůle (Kalvach, 2010).

Biologické potřeby zahrnují potřebu stravování, vylučování a dýchání, znamená to, že je třeba nemocného stále pobízet k aktivitě. Aktivita slouží jako prevence předčasnému vzniku proleženin a celkové sešlosti. Na uspokojení biologických potřeb je v zařízeních poskytující paliativní péči brán zřetel, ale například u potřeby nerušeného spánku je domácí prostředí vhodnější (Svatošová, 2011). Co se týká podávání stravy a tekutin je důležité, aby sestra respektovala přání pacienta. Je vhodné se v harmonogramu stravování přizpůsobit pacientovi a umožnit podávání stravy a nápojů, které má pacient rád, byť je to třeba i malé množství alkoholického nápoje. Udržování hygienické péče je u umírajících pacientů velice individuální. Mnohdy se vyskytne situace, kdy se pacient necítí dobře, a tak je vhodné, aby sestra neprováděla kompletní hygienickou očistu. Hygienická péče by měla být vůči pacientovi co nejšetrnější, doporučeno je například i používání vlhčených ubrousků. Dále je nezbytné, aby sestra dbala na polohování a

prevenci dekubitů. Je vhodné, aby sestra začala pacienta polohovat až po účinku analgetik a nikdy by neměla polohovat pacienta sama. K polohování je třeba také využívat pomůcek pro to určených. Sestra sleduje pacientovu reakci na polohu. Pokud pacient chce zaujmout polohu jinou, je mu příjemnější, sestra přání pacienta respektuje. Jelikož je paliativní péče multidisciplinární obor, sestra se v případě potřeby radí i se specialistou daného oboru, například s nutričním terapeutem či fyzioterapeutem (Burda, Šolcová, 2016)

Do duševních potřeb je řazena především potřeba respektování lidské důstojnosti. Každý člověk je jedinečnou bytostí s vlastním chápáním a životním posláním a takto je důležité i na člověka pohlížet a respektovat jej v paliativní péči. Na této myšlence je založeno hospicové hnutí ve světě i v České republice (Svatošová, 2011). Existenci a bytím a dalšími tématy jako je i úzkost či smrt se zabývá existencialismus. Lidská existence dosahuje pravého bytí dle existencialismu pouze skrze zoufalství a úzkost (Janke, 1995). Krizové nebo probouzející zážitky mohou změnit náš osobní postoj k sobě a k okolnímu světu. Jako probouzející zkušenosti pak autor uvádí zármutek ze ztráty blízké osoby, vážnou a život ohrožující nemoc nebo traumatizující zážitek. Dostáváme se tak od prvního stavu zapomnění ke stavu druhému, jímž je uvědomování si. Uvědomění smrti pak činí člověka vnímavějšího k vlastnímu bytí. Jelikož je smrt neoddelitelnou součástí života, přemýšlení o ní může člověka obohatit (Yalom, 2012). Joyce E. Travelbee vytvořila koncepci mezilidského vztahu především pro zneklidnění ze zkušeností s nemocemi, bolestí a utrpením. Byla přesvědčena, že sestra by měla pomoci najít lidem smysl právě z takových zkušeností. Obávala se, že sestry neprojevují soucit nemocným v dostatečném množství a ošetřovatelství zaměřují pouze na potřeby biologické. Soucit znamenal pro Joyce E. Travelbee stěžejní bod ošetřovatelství (Stasková, Tóthová, 2015).

Potřeby sociální jsou založené na předpokladu společenskosti člověka. Umírající člověk stojí o návštěvy a jeví i potřebu navštěvování, avšak ne v každou chvíli je na ni připraven. Sestry tedy respektují pacientovo rozhodnutí. Silné vazby mají pacienti především s rodinou (Svatošová, 2011). Velice důležitý je pro umírajícího pacienta intimní sociální kontakt s lidmi, kteří jsou blízkými pro umírajícího a odpovídá tomu i způsob komunikace, která zahrnuje i téma blížící se smrti. Pro člověka je důležité být v závěru se životním partnerem a potomky. Je možné, že právě kvůli probíhající nemoci se mezi nemocným a ostatními vytvoří psychická bariéra. Zejména u starších jedinců

dochází záměrně k stahování se ze sociálních kontaktů, vzdání se vlastního sociálního statusu, aby se připravili na blížící se odchod (Bužgová, 2011).

Spirituální potřeby Svatošová (2011) hodnotí v závěru života jako podstatnější nežli biologické. Tvrdí, že donedávna byly považované za tabu, a proto k nim dnes zdravotníci přistupují jako k záležitosti pouze pro věřící osoby. V průběhu závažné choroby se pacienti začínají zabývat otázkami týkající se smyslu života. Nevyléčitelně nemocný má také potřebu odpuštění, a to nejen odpustit sám sobě, ale také odpustit druhým. Člověk potřebuje vědět, že jeho život měl až do konce smysl. Pokud člověk v této potřebě strádá, dostavuje se nouze a pacientovi je důležité ukázat, že za každé situace je možné žít smysluplně (Svatošová, 2011).

Haškovcová (2007) se zaměřuje především na psychické a spirituální potřeby. Ve svém díle *Thanatologie* tvrdí, že předpokladem pro naplnění těchto potřeb je kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče. Autorka mezi potřeby umírajících řadí například potřebu nezůstat sám, potřebu soukromí a intimity. Dále upozorňuje na potřebu hovořit o své situaci pravdivě, avšak vždy s určitými prvky naděje. Haškovcová (2007) poukazuje i na potřebu pacientů hovořit o smyslu svého dosavadního života a potřebu vyjádřit se ke své současné pozici a stavu. O smyslu života a smrti pojednává také Frankl (2006). Frankl (2006) tvrdí, že smrt a smysl života jsou vzájemně propojeny. Do tohoto propojení je však třeba i zařadit svobodu, odpovědnost a samotu, protože veškerá naše rozhodnutí a následky nás navracejí ke smrti a smyslu. Každé rozhodnutí, jež učiníme, něco vytvoří, zachová, a tudíž něco přežívá, naopak něco jiného je naším rozhodnutím určeno k zániku. Náznak smrti je pak možné spatřit i v prostém zapomínání. Frankl (2006) dále uvádí, že pokud chceme něco změnit nebo na něčem pracovat, musíme nejprve přijmout, že to existuje a připustit, že se nás to i týká. Toto platí i pro osudové události, jež ale změnit nemůžeme (Frankl, 2006).

Umírající pacienti se musí vyrovnat i se změnami svého těla, ať už na pohled nebo odehrávající se uvnitř těla. Pacienti chtějí zůstat nezávislí, po co možná nejdelší dobu jim to nemoc dovolí a součástí toho je i jejich potřeba přijmout své tělo, takové, jaké je (Bužgová, 2011).

Dalšími potřebami pacienta je vyjádření úzkosti, bolesti a někdy nastalé beznaděje. Umírající pacienti hledají odpovědi na otázky ohledně jejich utrpení a zda má nějaký smysl. Vyskytuje se také potřeba hovořit o vinění sebe sama za vznik nevyléčitelného onemocnění, tato potřeba se vyskytuje především u mladších umírajících pacientů. Další potřeby pacientů jsou zaměřené na truchlení, připravení se na vlastní smrt a ujištění se,

že rodina se vypořádá se smrtí blízkého. Vyskytuje se i potřeba rituálů ve smyslu modliteb či náboženských praktik. Umírající pacienti se také potřebují ujistit o bezbolestné smrti, to znamená, že zdravotnický tým udělá vše pro to, aby umírání bylo bezbolestné (Haškovcová, 2007).

1. 7 Sestra v paliativní péči

Mnoho zdravotníků pečuje o umírající z dobré vůle, což není dostačující, jelikož neznalost může pacientovi snadno ublížit. Je třeba pochopit, že v případě umírajícího pacienta nejde pouze o techniku ošetřování, ale jde o umění doprovázet nemocného v posledním úseku života. Díky potencionální neznalosti, lze velice snadno umírajícímu ublížit. Mezi chyby, které mohou zásadně pacientovi ublížit, jistě patří milosrdná lež, a naopak neomaleně vyřčená pravda (Svatošová, 2011).

Dále je třeba si uvědomit, že doprovázení umírajícího pacienta v posledních fázích života patří mezi silně stresující situace. Na sestry, které o umírající pacienty pečují, jsou kladeny vysoké psychické nároky, ale z jiného úhlu pohledu se jedná i o nesmírně obohacující zkušenost. Sestra má v paliativní péči mnoho rolí. Je ošetřovatelkou, poradkyní, komunikátorem a tlumočnicí. Aby sestra mohla poskytovat v posledních dnech co nejlepší péči, je důležité, co nejvhodněji používat komunikaci jako nástroj k pochopení pacientových potřeb. Ve vši snaze sestry je i akceptovat pacientovo chování, udělat maximum pro smíření se závažnou chorobou. V těchto dnech sestra také nesmí opomíjet pacientovu rodinu a jeho blízké, naopak věnovat se jim ve zvýšené míře a pomoci jim je žádoucí (Čechová, et al., 2003).

1. 7. 1 Postoj sester ke smrti

U sester je zásadním okamžikem, jaké je jejich první profesionální setkání se smrtí. Je vyzpozorováno, že sestry se se smrtí setkávají už v dětství ve své rodině, například smrt prarodiče. Další sestry se pak se smrtí setkávají až na střední škole, typicky ve druhém nebo třetím ročníku. Podle zkušeností, které během svého prvního setkání zažívají, se utváří jejich vlastní postoj ke smrti. Při setkávání se smrtí v profesním životě je třeba určit si míru angažovanosti a jistého odstupu. V každém z nás se tato hranice nachází někde jinde. Pro uvědomění si a poznání hranic je vhodný rozhovor se zkušenějším pracovníkem, který své hranice zná (Marková, 2010).

Zkušenost se smrtí a umíráním lze u sester rozdělit na tři zásadní momenty setkání se smrtí. Primární zkušenost prožitku setkání se smrtí v rodině či blízkém okolí je ovlivněna několika fakty. Záleží na věku, rase, náboženském přesvědčení a postoji ke smrti v dané kultuře a společnosti. Další zkušenost se smrtí přichází v rámci profesní přípravy. U sester je tato zkušenost ovlivněna úrovní teoretické přípravy a úrovní praktické přípravy v ošetřování umírajícího pacienta. Záleží také na hierarchii a struktuře hodnot v osobní výbavě každého studenta. První profesní setkání se smrtí má zásadní význam do budoucna pro další formování sestry (Kisvetrová, 2011). Studie Claxtona-Oldfielda (2007) vykazuje tvrzení, že školení zaměřené na paliativní péči významně ovlivňuje úzkost ze smrti zúčastněných. Dle jejich zážitku se cítili lépe připraveni v péči o umírající pacienty i jejich rodiny (Claxton-Oldfield, 2007). Kisvetrová (2011) dále uvádí, že zkušenost se smrtí v rámci vykonávání profesionální ošetrovatelské péče, která je ovlivněna délkou ošetrovatelské praxe a dobou, po kterou se sestra s terminálně nemocnými a umírajícími pacienty setkává. Sestra vykazující vyšší míru úzkosti ze smrti, je méně otevřená v otázce smrti a umírání vůči pacientovi a jeho rodině. V paliativní péči působí na sestru mnoho stresových faktorů. Mezi významné stresory patří neustálá přítomnost smrti a umírání, ztotožňování se s trpícím pacientem, pocit bezmocnosti a neschopnosti, následně i pocity vlastního selhání a opakované ztráty a zármutek (Kisvetrová, 2011).

1. 7. 2 Komunikace sestry a umírajícího pacienta

Sestra v paliativní péči představuje pro pacienta a jeho blízké nejdůležitějšího komunikačního partnera, protože s pacientem tráví nejvíce času z celého týmu a má na starost i edukaci blízkých pacienta (Bydžovský, Kabát, 2015).

Vhodná a účinná komunikace je v paliativní péči prostředkem pro vytvoření optimálního léčebného prostředí. Je třeba mít na mysli, že komunikace neprobíhá pouze pomocí slov, ale také pomocí neverbální složky. Právě díky neverbální složce komunikace, do které řadíme například gesta a mimiku, pacientovi předáváme své niterní pocity vůči němu. Neverbální složka pak dává pacientovi i jeho rodině najevo, do jaké projevujeme zájem o jeho osobu, jak s ním soucítíme a jak chápeme jeho nelehkou situaci. Verbální forma komunikace s umírajícím pak vyžaduje od sestry schopnost aktivního naslouchání (Marková, 2010).

Aktivní naslouchání lze rozdělit do tří fází. V první fázi sestra identifikuje pacientovy emoce, což může být velice obtížné. Pacient totiž v této fázi spíše naznačuje problémy a jedná zkratkovitě. Ve druhé fázi je sestra ochotná k pochopení všech souvislostí a dále naslouchá pacientovi. Není vhodné výklad pacienta nikterak přerušovat, naopak nechat jej hovořit a prokázat svoji pozornost, například pokývnutím hlavy nebo vhodným mimickým projevem. Celá konverzace spěje k nalezení skutečného problému, rozebrání příčin a důsledku potíží. Fáze třetí pak přináší řešení problému, kdy sestra podněcuje pacienta k tomu, aby i sám hledal možné varianty řešení. Existuje totiž možné riziko, pokud variantu řešení obtíží nabídne sestra. V případě selhání bude pacientem odsuzována za nedostatečné až škodlivé řešení (Pokorná, 2008). Tomáš a Marková (2014) pak uvádí techniky aktivního naslouchání. Do těchto technik zahrnují povzbuzení pro další rozhovor, kde by sestra měla pacienta podpořit k širšímu sdělení a vyjádření. Další technikou je zrcadlení, ve kterém se sestra snaží napodobit či zopakovat pacientův verbální i neverbální projev, dává tak pacientovi najevo pochopení a je nápomocná i k lepšímu pojmenování problému. Aktivní naslouchání je možno provádět i skrze techniku rekapitulace. V rekapitulaci dochází k tomu, že sestra vyjadřuje pacientovy myšlenky vlastními slovy, dává tak najevo porozumění a zároveň sleduje i zpětnou vazbu, zda ji pacient dobře chápe. Parafrázování je pak obdobná technika jako rekapitulace, avšak sestra zde zapojuje více vlastních myšlenek, nabízí tak pacientovi pohled na věc z jiného úhlu. Následuje technika shrnutí, která se užívá na konci rozhovoru. Cílem je sumarizace hlavních myšlenek, pobídnutí k diskusi či zhodnocení pokroku (Petr, Marková, 2014). Pokorná (2008) se zmiňuje o faktech, které potvrzují schopnosti naslouchání. Někteří lidé jsou schopni empaticky naslouchat na vysoké úrovni, u dalších je vidět obrovská snaha, ale ne vždy vede k dobrému cíli. Velmi dobrý a empatický přístup je pak vlastní mnoha lidem, avšak schopnost adekvátní odpovědi postrádají. Na aktivním a empatickém naslouchání lze pracovat stejně dobře jako na jiných komunikačních technikách (Pokorná, 2008).

Na aktivní a empatické naslouchání navazuje terapeutická komunikace. Terapeutická komunikace je dovednost, jež by měla být vlastní i sestře a měla by sloužit k rozvíjení vztahu s pacientem a tím pádem i naplňovat účel ošetrovatelského procesu. V terapeutické komunikaci jde v první řadě o pacienta, jeho potřeby a zkušenosti, výsledkem je pak zlepšení dovedností ve zvládnutí pacientova zdravotního stavu. Terapeutická komunikace má několik fází. Během těchto fází sestra buduje vztah s pacientem, vytváří se vzájemná důvěra a dochází k hledání, prodiskutování

a následnému řešení problému pacienta, na konci je pak vhodná rekapitulace dosaženého cíle, jež je vhodná pro další motivaci pacienta (Šulistová, Trešlová, 2012). Terapeutickou komunikaci je třeba podporovat, jelikož buduje vztah mezi sestrou a pacientem

a uspokojuje potřeby pacienta. Je prokázáno, že schopnosti sester jako je naslouchání, rozvíjení vztahu, budování důvěry, předávání informací a vcítění se do pacienta vede k uspokojení potřeb pacienta a má pozitivní vliv na psychický a fyzický stav (Brownie, 2016). V terapeutické komunikaci je vhodné používat i narativní terapii, především v oblasti duševní, sociální a spirituální. Narativní terapie je převyprávění životního příběhu pacienta, dochází ke zhodnocení dosavadního života pacienta. Sestra společně s pacientem hledají nové významy uplynulých událostí a překonávají tak problémové situace z minulosti, jež ovlivňují pacienta do přítomnosti. Sestra v pozici terapeuta pak nezaujímá místo hodnotitele či znalce, ale je spíše spoluautorem a inovátorem nového příběhu životní situace (Bužgová, 2015).

1. 7. 3 Komunikace sestry a rodinných příslušníků

Sestra v paliativní péči nesmí opomíjet pacientovu rodinu. Rodina, již je pacient nezbytnou součástí, je nevyhlášeným onemocněním silně zasažena a trpí spolu s umírajícím. Pacienta v mnohých případech pak sužuje, že rodina není schopna akceptovat závažnost onemocnění a nadcházející úmrtí. Sestra si musí být těchto faktů vědoma a veškeré informace, které rodině o pacientovi předává, sděluje citlivě. Citlivé poskytování informací však nechápeme jako cenzuru. Informace jsou pravdivé a správné, referují o tom, co pacient prožívá a čím si prochází. Sestra se také potřebuje zorientovat v rodinné situaci, je nutné pochopit rodinné hodnoty, vztahy a aktuální dění. Není žádoucí, aby sestra ve vzájemné komunikaci působila jako vyvolávač konfliktů. Sestra musí umět zvládat projevy zármutku (Marková, 2010). Rodinní příslušníci potřebují dostatek informací především o tom, že jejich blízký netrpí a nemá velké obtíže. Je velice důležité poskytnout dostatek informací, ubezpečit rodinu o praktických dovednostech v péči a působit jako emocionální podpora. Před zahájením komunikace s rodinou, je žádoucí se pacienta dotázat na to, koho považuje za vlastní rodinu. K mylnému označení rodiny může dojít v situacích, kdy se ve vztahu vyskytují nevlastní děti, homosexuální partner či členové rodiny žijící daleko. Mnohdy i velice blízký přítel je pacientem považován za člena rodiny, ač je právní svazek nespojuje (O'Connor, 2005).

1. 7. 4 Psychohygienu sester v paliativní péči

Sestra vykonávající svou profesi v paliativní péči je v každodenním kontaktu s umírajícím pacientem či se smrtí. Je velice důležité, aby byla vyrovnaná sama se sebou, měla srovnané hodnoty a etická přesvědčení. Pokud sestra cítí přetížení, měla by vyhledat pomoc terapeuta či terapeutické skupiny. Samotné pracovní prostředí paliativní péče je určováno multidisciplinárním týmem, což tvoří pro sestry a samozřejmě i ostatní členy týmu, zázemí a podporu. Mohou však nastat momenty, které jsou po psychické stránce silně zatěžující. Přijatelným řešením v takovémto týmu může být supervize, bálintovské skupiny či individuální konzultace (Angenendt, 2010). Dle Vaňkové (2015) je supervize struktura, jež poskytuje profesionální reflexi, podporuje růst, rozvoj a učení sester. Je zde kladen důraz nejen na sebereflexi, ale také na sebehodnocení. V podstatě se jedná o formální konzultaci, ve které jsou přítomni dva nebo více profesionálů. V České republice je supervize s určitými výjimkami ve zdravotnictví využívána v limitované míře (Vaňková, 2015). Angenendt (2010) dále referuje o skupinových setkáních, jež mají pro sestru mnohá pozitiva, například posilují kolegiální, dochází ke komunikačnímu tréninku, upevnění důvěry v týmu a posílení empatie (Angenendt, 2010). Skupinová setkání ve své studii rozebírá Brennan (2016), který konstatuje, že je třeba pokračovat v upravování skupinových setkání, aby celý multidisciplinární tým byl schopen lépe spolupracovat a být efektivnější. Je třeba neustále pracovat na multioborové spolupráci a také na samotné péči o pacienta. Brennan (2016) informuje, že během setkání je třeba také pracovat na komunikaci, která se týká plánování péče u jednotlivých pacientů. Je třeba také pracovat na mezidisciplinární komunikaci a komunikaci s rodinou. Práce na skupinových setkáních v paliativní péči má mnohý pozitivní efekt, dochází ke zlepšení komunikace, udržování dobrých pracovních vztahů a slouží také jako prevence syndromu vyhoření (Brennan, 2016). Angenendt (2010) rozvádí i důležitost individuální zkušenosti sestry s různými typy pacientů, tato zkušenost je totiž nepostradatelná pro další duševní rozvoj sestry. Zásadní je i budování vztahu mezi sestrou a pacientem, aby došlo k co možná největší sounáležitosti a porozumění (Angenendt, 2010). Na vztah mezi sestrou a pacientem a jejich vzájemném porozumění poukázaly i Stasková a Tóthová (2015) skrze myšlenky Joyce E. Travelbee. Ta ve své koncepci spatřovala schopnost porozumění sestry pacientovi ve snaze sestry cítit a prožívat jako pacient. Sestra by si měla být vědoma citů a prožitků a následně i schopna ovládat jejich interpretaci. Vzájemné

porozumění sestry a pacienta pak vytváří sestru a pacienta odlišnými a samostatnými lidskými bytostmi, avšak prožívající zkušenosti společně. To, co oba prožívají, sdílí, cítí nebo vyjadřují, jsou myšlenky postoje či pocity. Porozumění je dynamický proces obsahující zkušenosti nebo zážitky dvou osob, tedy sestry a pacienta. Ve vzájemném porozumění je zapotřebí víry v hodnotu, důstojnost a neopakovatelnost a nezastupitelnost každé lidské bytosti (Stasková, Tóthová, 2015).

1. 7. 5 Vzdělávání sester v paliativní péči

Obecně je vzdělávání sester v České republice ustanoveno zákonem č. 96/2004 Sb., ve kterém jsou stanoveny podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Z tohoto zákona plyne, že odbornou způsobilost získá sestra po absolvování tříletého akreditovaného bakalářského studijního oboru všeobecné sestry nebo nejméně po absolvování tříletého studia oboru diplomované všeobecné sestry, a to na vyšší zdravotnické škole.

Výkony všeobecné sestry pak stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., kde je přesně uvedeno, jaké výkony sestry vykonává samostatně a jaké vykonává s odborným dohledem lékaře. Vyhláška č. 129/2010 Sb. pak upravuje minimální požadavky pro získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Ve vyhlášce je do teoretického rámce znalostí všeobecné sestry zahrnuta i paliativní péče.

Vzdělání sester v paliativní péči by mělo vyjádřit její celistvost. Interpersonální stránka paliativní péče je pro pacienty důležitější než stránka fyzická. Je tak z důvodu, že řešení fyzických projevů jde mnohdy jednodušší než řešení projevů interpersonálních. Proto je pro umírající pacienty a pro pozitivní lidskou interakci nejdůležitějším nástrojem zdravotník sám. Vzdělávání v paliativní péči zahrnuje tedy i způsoby řešení k nejrůznějším situacím. Je zaměřené i na dovednosti v interpersonálních vztazích, což vede ve správném použití k pochopení a uspokojení pacientových potřeb i jeho bližních. Důležitou součástí vzdělávání v paliativní péči je poznání sebe sama. To znamená znát své slabé a silné stránky, omezení a následně na to získání sebedůvěry. Uchopení vzdělávání v paliativní péči vyžaduje ochotu sester a jejich otevřenost k poznání vlastních hodnot, postojů a obav. Je zřejmé, že takový proces bude spíše dlouhodobého rázu. Vyučující k rozvinutí těchto schopností musí zajistit vhodné prostředí, dostatek času, příležitost a získat důvěru (Payne, et al., 2007). Vzdělávání v paliativní péči by mělo

obsahovat tři stupně. První nebo základní stupeň by měl být určen všem budoucím zdravotníkům a také kvalifikovaným zdravotníkům, kteří se setkávají s umírajícími pacienty pouze v malém měřítku. Středně pokročilý nebo jinak odborný stupeň by měl sloužit pro zdravotníky, kteří chtějí získat specializované znalosti v paliativní péči. Středně pokročilý stupeň pak mohou využít sestry, které pracují ve specializovaném zařízení paliativní péče nebo pro sestry, které se s umírajícími pacienty setkávají ve zvýšené míře. Speciální a nejpokročilejší stupeň je určen pro zdravotníky, kteří se chtějí stát specialisty v paliativní péči. Tito zdravotníci pak mohou usilovat o vedoucí pozice, jsou zapojeni do výzkumu a výuky (Sláma, Špínka, 2004).

Dle České společnosti paliativní medicíny je každoročně pořádáno několik kurzů a konferencí o paliativní péči, což je v podstatě jediný způsob vzdělání sester v oblasti paliativní péče na území České republiky. Kurzy jsou zaměřené na široké spektrum problémů a témat, která se v paliativní péči objevují denně. Častými tématy pro kurzy či konference jsou komunikační dovednosti zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče, dále se vyskytuje týmová práce a rozhodování v paliativní péči. Pro sestry jsou vytvořené i několikadenní kurzy, které se zaměřují na specifika ošetrovatelství v této oblasti a tvoří jej jak teoretická, tak i praktická část (Kurzy a konference, © 2017). Fakt, že sestry poskytující péči umírajícím musí být v oblasti komunikace dobře vzdělané, potvrzuje i výzkum Parikha (2017), ve kterém studenti zdravotnických oborů hodnotili nácvik komunikačních dovedností v paliativní péči v praktické výuce. Výsledky výzkumu poukázaly na to, že pro studenty je nezbytné nacvičení komunikačních dovedností v praxi paliativní péče. Jako nejdůležitější součásti komunikace s umírajícími lidmi studenti zhodnotili předávání špatných zpráv a komunikaci na téma smrti a umírání. V menším měřítku pak studenti jako hodnotnou součást komunikace v paliativní péči uvedli téma náboženství a víry. Pokud je studenty považované za nejdůležitější část komunikace sdělování špatných zpráv, je zřejmé, že právě z této oblasti přichází obavy, které je třeba řádným výcvikem eliminovat (Parikh, 2017).

Pro všeobecné sestry, které pracují s umírajícími lidmi je určen ELNEC (End of life Nursing Education Consortium). Jedná se o mezinárodní projekt Vzdělávacího konsorcia, který je určený pro všeobecné sestry pracující s pacienty v závěrečné fázi života, jedná se o nejvýznamnější kurz paliativní péče pro sestry pořádaný na území České republiky. ELNEC vznikl ve Spojených státech amerických v roce 2000 a stal se jedním z nejvyhledávanějších kurzů svého druhu. Díky efektivnímu způsobu výuky se rozšířil do 89 zemí světa. Účelem tohoto kurzu je získání a rozšíření znalostí v péči o umírající

pacienty a jejich rodiny. Kurz probíhá v osmi modulech. Cílem prvního modulu je seznámení se základními principy paliativní péče, modely poskytování a vymezení paliativní péče ve zdravotnickém systému. Druhý modul se zabývá léčbou bolesti, která patří mezi nejzásadnější symptomy pokročilých stádií chronických onemocnění. Tento modul se soustředí nejen na diagnostiku a léčbu bolesti, ale také na časté chyby a možnosti, jak chybám či překážkám předcházet. Třetí modul je zaměřen na aktuální trendy v léčbě ostatních příznaků. Soustředí se na kompetence sester při řešení symptomů, jako jsou úzkost, deprese či delirium. Čtvrtý modul je soustředěn na etické otázky paliativní péče, se kterými se týmy zdravotníků nejčastěji setkávají. Pátý blok je specifikován na kulturní a duchovní aspekty péče. Jelikož setkání se smrtí a závažnou nemocí často probouzí u lidí otázky týkající se smyslu života či spirituální oblasti, je vhodné se blíže s těmito otázkami více seznámit. Je zapotřebí, aby sestry v paliativní péči byly schopny pochopit spirituální potřeby pacientů a jejich rodin, a také aby byly schopny pochopit principy duchovního doprovázení. Šestý modul je modulem komunikace. Efektivní komunikace je bezpochyby silnou složkou paliativní péče, a to mezi všemi členy, to znamená mezi pacienty, ošetřujícím týmem a rodinou pacienta. Modul je věnován aktivnímu nácviku komunikace ve formě různých komunikačních technik. Techniky jsou modelované na náročné situace, jež nastávají nejen mezi zdravotníky a pacienty, ale i ve zdravotnickém týmu. Sedmý modul pojednává o ztrátě, zármutku a žalu. Účelem bloku je osvojení si práce se zármutkem a žalem. Osmý blok vysvětluje poslední hodiny pacientova života. Jedná se o klíčový modul a snaží se odstranit mýty, které o této době pojednávají, avšak příprava na poslední chvíle je minimální (Centrum paliativní péče, 2016).

1. 8 Motivace sester

1. 8. 1 Motivace

Motivaci lze chápat jako ochotu něco dělat. Motivátory, stimuly, které podněcují motivaci, jsou u každého člověka podobné, avšak jinak seřazené podle osobní preference. Pro někoho jsou nejsilnější motivací peníze, pro dalšího člověka může být největší motivací harmonické prostředí na pracovišti. Pro člověka, který preferuje spíše vztahovou stránku, jsou finance také zdrojem motivace, ale nevyskytují se v popředí. Motivaci má různé dělení, lze dělit na finanční a nefinanční nebo na vnitřní a vnější (Hekelová, 2012).

Vnitřních a vnějších motivů si povšimla také Plháková (2007), dle které lidské chování není náhodné a vychází z určité potřeby či touhy a na tomto základě je ovlivněné jednání člověka. Motivy, jež aktivizují chování, jednání a prožívání, směřují člověka ke změně stávající situace nebo k dosažení něčeho nového a pozitivního. Pro chování a jednání člověka je důležitá intenzita motivu. Tato intenzita pak rozhoduje o tom, co v pořadí uděláme jako první a co ponecháme jako následující (Plháková, 2007).

Vnitřní motivace je soubor faktorů, které se lidé sami vytvářejí. Vytvořené faktory pak ovlivňují způsob chování nebo vydání se určitým směrem. Výsledkem je odpovědnost, která se promítá do pracovního života a kontroly vlastních možností. Na základě vytvořených faktorů dále vzniká autonomie, příležitost využívat a rozvíjet vlastní schopnosti nebo také příležitosti k progresi v hierarchii profesních funkcí. Vnitřní motivátory se týkají kvality profesního života. Mají dlouhodobější účinek, a to z toho důvodu, že si je člověk sám vytvoří. Vnější motivace je tvořena okolím k motivaci lidí. Do vnější motivace je možné zahrnout odměny, například zvýšení mzdy, povýšení, pochvalu. Svě zastoupení zde mají ale také tresty jako je oprávněná kritika nebo snížení mzdy. U vnějších motivátorů je pak možný okamžitý a zásadní účinek, který ale nemusí vždy působit dlouhodobě (Armstrong, 2007).

Dle Hekelové (2012) finanční motivace spadající do vnější motivace, slouží především k tomu, aby vedoucí pracovník pomocí financí mohl rozdělit nadprůměrné a podprůměrné výkony podřízených. Nefinanční motivace je pak často podceňována a opomíjena, ale ve skutečnosti je mnohdy důležitější než finanční. Za nefinanční motivaci je považována kupříkladu pochvala. Pochvala je velice dobrá zpětná vazba vztahující se k podanému výkonu pracovníka. Vedoucí pracovník by měl mít ujasněné, zda pochvaly uděluje málo či v hojné míře. Pokud uděluje málo pochval, je žádoucí množství zvýšit, ale naopak pokud pochvalami nešetří, ztrácí tím svůj efekt a pochvala je tak ponížena. Uznání a ocenění pak také působí jako vhodná motivace a dosahuje i vyššího efektu než pochvala. Funguje na principu dlouhodobějšího podporování podřízeného pracovníka, že v očích nadřízeného působí jako nepostradatelná opora celého týmu (Hekelová, 2012). Dle Urbana (2010) je pro zdravotníky součástí nefinanční motivace získání uznání a respektu. Důležitou součástí motivace je vykonávání smysluplné práce a hrdost na své pracovní výsledky. Na pracovišti je pak podstatou dobré atmosféry udržování přátelských vztahů. Nefinanční motivace je ve srovnání s finanční motivací složitější a méně spolehlivá. Navíc nefinanční potřeby jsou u každého pracovníka silně individuální. Někteří v rámci nefinanční motivace potřebují možnost samostatnosti, účast na různých

projektech nebo získávat nové zkušenosti. Pro další pracovníky je pak důležitá potřeba týmové spolupráce, komunikace s kolegy, mít jasné úkoly a vidět výsledky své práce (Urban, 2010).

1. 8. 2 Motivace pro výkon povolání sestry

Pomáhající povolání není vhodné pro každého. Lidé jsou vybaveni různými předpoklady a je důležité, aby každý v sám sobě našel to, co k němu patří. Rozhodnutí se pro nějaké povolání je jedno ze stěžejních rozhodnutí našeho života a má velký vliv na budoucnost. Při rozhodnutí se pro profesi sestry mohou figurovat následující motivy. První zmíněný motiv je sociální chování. Sociální chování je v podstatě chování jedince v sociálním kontextu, ovlivněno přítomností, postoji nebo jednáním druhých. Sociální chování je i základem pro vytvoření fungující skupiny. Vyvrcholením je pak prosociální chování, které se často objevuje jako povahový sklon u sester. U sester byl dále vysledován jako motivátor altruismus, jež je vyjádřen jako nesobecký, nezištný vztah nebo zájem o lidi. Dalším důvodem pro výběr povolání sestry je syndrom pomocníka. Syndrom pomocníka je neschopnost opravdového cítění a projevení vlastních emocí a potřeb. V některých případech je velice obtížné oddělit altruistické a egoistické chování. Zjednodušeně se jedná o to, že pomáhající pomáhá spíše sám sobě než pacientovi, schovává se a zvyšuje si vlastní hodnotu ve svých očích pocitem obětování se pro druhé (Dostálová, 2016). Obročníková a Majerníková (2012) zhodnotily dva zásadní motivační faktory pro výkon povolání sestry. Prvním motivačním faktorem je společenské postavení sestry vycházející z důležitosti a prestiže povolání. Druhým faktorem je touha pomáhat lidem, což může být vnímáno i jako smysl života (Obročníková, Majerníková, 2012).

1. 8. 3 Motivace v sesterském povolání

Pro uvedení motivace v sesterském povolání je vhodné uvést motivační teorii, jež se zabývá pracovní motivací. Herzberg společně s dalšími vysledoval, že v pracovní motivaci působí dvě různé skupiny faktorů. První skupina neboli hygienické faktory jsou vnější a udržovací faktory. Hygienické faktory jsou kupříkladu podmínky, ve kterých je profese vykonávána, plat a vztahy na pracovišti. Pokud jsou tyto faktory na nízké úrovni či celkově schází, vzniká pracovní nespokojenost. V případě, kdy jsou však hygienické faktory naplněny, pracovníci je nevnímají. Druhou řadu faktorů tvoří vnitřní faktory nebo také motivační faktory – motivátory. Do vnitřních faktorů jsou zařazené pocity

uspokojení z uznání nebo obsahu práce. Tato kategorie je podstatou pracovní motivace. Pokud je v nadřízeného vůli působit na tyto motivátory, je zapotřebí, aby poznal žebříček hodnot podřízeného pracovníka. Je možné, že nadřízený pracovník působí na hodnoty, které podřízený nepreferuje, v takovém případě motivace neplní svůj účinek (Vévoda, 2013). Herzbergovým výsledkem sledování bylo 14 faktorů. Jedná se o provázání vnějších a vnitřních faktorů, vnější faktory nemusí být nějak provázány, ale naopak vnitřní provázány jsou. Do vnitřních faktorů nebo také motivátorů se řadí uznání, úspěch, možnost profesního růstu, práce sama, odpovědnost a povýšení. Do vnějších faktorů pak patří plat, mezilidské vztahy, odborný dohled, podniková strategie činnosti a řízení, pracovní podmínky, faktory osobního života, pozice a bezpečnost práce (Vévoda, 2013). S Herzbergovou teorií souhlasí i výzkum Ježorovské a dalších (2014), kteří se zabývali existencí souvislosti mezi motivací sester a syndromem vyhoření. Dospěli k výsledku, který potvrzuje vztah mezi hladinou syndromu vyhoření a mírou neuspokojení aspektů pracovního prostředí podle Herzbergovy teorie. Nepotvrdil se však výrazný předpoklad o negativním vztahu mezi mírou syndromu vyhoření a spokojeností s platem. Nejvyšší hodnotu v žebříčku výzkumu dosahovaly faktory jako mzda, péče o pacienty a jistota pracovního místa. Nejvíce rozcházející faktory pak patřila mzda a jistota pracovního místa. Získané výsledky pak tedy stvrdily ochranný vliv výskytu faktorů pracovního prostředí podle Herzbergovy teorie na výskyt syndromu vyhoření (Ježorovská, et al., 2014).

Oproti tomu Zacharová (2010) se ve svém výzkumu zabývala motivačními faktory v sesterském povolání. Z výzkumu je patrné, že motivace je pro sestry důležitým faktorem. Projev sester vůči motivaci je pozitivní, tedy cítí se být motivované pro výkon tohoto povolání. Ovšem existují i okolnosti, které jejich motivaci ovlivňují negativně. Negativní faktory v sesterské profesi jsou psychické napětí, finanční ohodnocení, organizační struktura pracoviště, provoz zdravotnického zařízení a také negativní mezilidské vztahy. Zacharová (2010) dále zmiňuje doporučení pro zdravotnická zařízení ve smyslu vypracování motivační strategie v péči o zaměstnance a pracovní podmínky. Dále považuje za nezbytné, aby pracovníci managementu ošetrovatelství budovali organizační kulturu zařízení. V takovém programu by měl být kladen důraz především na kolegiální atmosféru v pracovním prostředí, profesní růst, další vzdělávání sester a komunikaci (Zacharová, 2010). Toode (2010) uvádí motivační faktory, dle kterých se sestry rozhodují pro budoucí pracoviště. Jedná se o samotnou pracovní nabídku a pracovní podmínky. Dále se sestra rozhoduje podle vlastní charakteristiky a

individuálních priorit. Sestra se rozhoduje i podle toho, zda novou práci pocítuje jako smysluplnou (Toode, 2010).

1. 8. 4 Předpoklady sestry pro práci v paliativní péči

Práce v paliativní péči klade zvýšené požadavky na psychickou odolnost všech zdravotníků, tedy i sester. Jako základní předpoklad pro práci v paliativní péči je duševní zdraví. Pro vykonávání takového povolání se nehodí osoby, které jsou nervově labilní. S tím se pojí i zralost osobnosti a povahové rysy. Sestry v paliativní péči by měly vynikat ve schopnostech sebeovládání a dostatečnou trpělivostí. V případě začínajícího pracovníka by mělo zařízení poskytnout půlroční zkušební dobu. Ve zkušební době si nadřízení ověří, zda se nový pracovník pro práci hodí. Pro nového zdravotníka v paliativní péči by měl být k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo zkušenější kolega, na kterého je možné se v případě těžkostí obrátit. Je velice vhodné také pravidelné provádění supervizí, kde si zdravotník ujasní motivaci ke zvolené práci nebo také osobní postoj ke smrti. Dalším předpokladem sestry pro práci v paliativní péči je schopnost komunikace. Sestra by měla disponovat schopností taktního jednání při rozebírání pacientových obtíží a potřeb. K omezení komunikace může docházet v situacích, kdy sestry maskují svoji úzkost ze smrti a pacientovi nebo spíše komunikaci s pacientem se vyhýbají. Nárůst úzkosti některé sestry přivede i k psychosomatickým potížím, proto je zapotřebí, aby fungovaly supervize, poradenské a psychoterapeutické intervence (Kupka, 2014).

1. 8. 5 Faktory motivující sestry v paliativní péči

Péče o umírající pacienty a jejich rodiny je náročná, protože obsahuje fyzickou tak i psychickou zátěž. Wakefield se v roce 1999 zabýval prací, ve které se zaměřil na péči sester chirurgického oddělení o umírajícího pacienta. Zjistil, že sestry tráví s pacientem více času a jejich péče je více holistická než péče o pacienta neumírajícího. Vpozoroval, že poskytovaná péče o umírajícího pacienta je více citlivá a klidnější. Sestry v celkové péči používaly více dotyků a projevovaly více trpělivosti, empatie a citlivost. A právě tyto aspekty paliativního ošetřovatelství jsou těmi, pro které si sestry práci v paliativní péči vybírají. Určitou roli při motivaci sester v paliativní péči může vytvořit i potřeba emocionální odměny. Dalším z důvodů pro výběr vykonávání povolání sestry v paliativní péči, může být předchozí zkušenost s umírajícím. Motivací pro sestry pracující

v paliativní péči se stává také zájem nebo potřeba bližšího vztahu s pacientem a jeho rodinou (Lugton, McIntyre, 2005). S tímto tvrzením v podstatě souhlasí i Mota Vargas (2016), který se své studii také dotknul tématu o motivaci sester v paliativní péči. V jeho pojetí zapálení pro paliativní péči pochází například z vidiny pracovní příležitosti, prožití nějaké životní situace, předešlé pracovní zkušenosti či poskytování péče, která je té paliativní podobná. Tyto ústřední faktory jsou pak v kombinaci s dalšími, jako je týmová multidisciplinární práce, terapeutická komunikace, spolupráce s rodinou a zaměření se na komplexní péči (Mota Vargas, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2. 1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, jaký význam sestry spatřují v poskytování paliativní péče.

Cíl 2

Zjistit, jaké motivy vedou sestry k práci s nevléčitelně nemocnými

Cíl 3

Poukázat na negativní motivátory z pohledu sester při poskytování paliativní péče.

2. 2 Výzkumné otázky

Otázka 1

V čem spočívá význam práce v paliativní péči z pohledu sester?

Otázka 2

Jak sestry v paliativní péči vnímají smrt?

Otázka 3

Jaký je hlavní motiv vedoucí sestry k práci v paliativní péči?

Otázka 4

Jaké jsou negativní motivátory v práci sester v paliativní péči?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Empirická část diplomové práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření. Jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly zhotoveny s vybranými sestrami nejmenovaných hospicových zařízení. Pro schválení výzkumného šetření bylo zapotřebí v některých zařízeních požádat o souhlasy s výzkumným šetřením (Příloha 3).

Výzkumné šetření probíhalo v období března a dubna 2017 v hospicových zařízeních České republiky. K dostatečnému počtu probandů byla využita i metoda snowball sampling. Před zahájením samotného rozhovoru i probandi seznámeni s náležitostmi výzkumného šetření a také byli ujištěni, že celé šetření bude anonymní a získané informace poslouží pouze pro účely diplomové práce.

Před zpracováním samotného šetření byl proveden předvýzkum, který odhalil užitečné dotazy, a naopak byly vyřazeny otázky, jejichž zjištěním se nepoukázalo na významný aspekt. Bylo také zjišťováno, zda položené otázky jsou dostatečně srozumitelné a pochopitelné pro respondenty.

Samotný rozhovor (Příloha 1) se skládal ze 30 otázek, přičemž se jednalo o otázky otevřené, jedna otázka byla vytvořena jako škála, na které probandi vykazovali míru zátěže spojenou s pracovním prostředím. V případě potřeby či nejasností byl základní rozhovor doplněn i o doplňující otázky. Na úvod rozhovoru byly zjištěny charakteristické informace o každém respondentovi, to znamená věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe. Dále byly otázky zaměřeny získávání informací v paliativní péči, významnost paliativní péče a vnímání sester poskytovaní této péče v různých typech zařízení. Další okruh otázek byl zaměřen na první setkání se smrtí a vnímání smrti. Následně byly zařazeny otázky týkající se výběru povolání, vlivu současného povolání na osobní život, pocitu vnitřního naplnění a pracovního kolektivu. V nadcházející části rozhovoru byla uvedena škála, na které probandi vykazovali pocíťovanou zátěž při nástupu do zaměstnání a v nynější době. Poslední okruh otázek se týkal negativních aspektů paliativní péče, vyrovnání se s nimi a eliminace uvedených negativních aspektů.

Rozhovory byly ihned přepisovány do programu Microsoft Word (Příloha 4), jelikož většina probandů nesouhlasila se zvukovým záznamem.

Cílem rozhovorů bylo zjistit, jak probandi vnímají poskytování paliativní péče, jak se vyrovnávají se smrtí, co je vedlo nynějšímu zaměstnání a jaké negativní aspekty v paliativní péči shledávají.

3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného souboru byly zahrnuty sestry, které mají zkušenost s poskytováním paliativní péče. Vlastní výzkumný vzorek pak tvořilo 10 všeobecných sester. Časový rozsah jednoho rozhovoru byl průměrně mezi 60–80 minutami.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika probandů

Tabulka 1 Charakteristika probandů

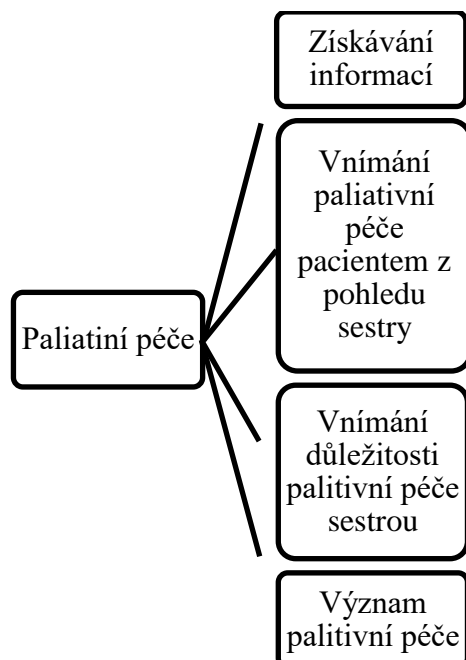
Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe v paliativní péči
S1	Muž	23	Středoškolské	4 roky
S2	Žena	30	Vysokoškolské	4 roky
S3	Žena	23	Vysokoškolské	1 rok
S4	Žena	50	Vysokoškolské	15 let
S5	Žena	23	Středoškolské	2 roky
S6	Žena	26	Vysokoškolské	3 roky
S7	Muž	29	Vysokoškolské	5 let
S8	Žena	42	Středoškolské	14 let
S9	Muž	35	Vysokoškolské	10 let
S10	Žena	34	Vyšší odborné	12 let

(zdroj vlastní)

4. 2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Kategorie 1 Paliativní péče

Grafické znázornění 1 Paliativní péče



První kategorie je zaměřena na získávání informací o paliativní péči. Dále znázorňuje význam a vnímání paliativní péče jednak pacientem z pohledu sester a následně i samotnými sestrami. Kategorie zahrnuje čtyři podkategorie.

Získávání informací

Podkategorie znázorňuje způsobem získání informací o paliativní péči. Odpovědi byly poměrně různorodé, například, že probandi aktivně vyhledávají informace o paliativní péči. Jako zdroj informací byla nejvíce zmiňována odborná literatura a kurzy či konference. Jako příkladnou odpověď lze uvést reakci S7: „Tato problematika mě zajímala již na vysoké škole, kde jsem se s paliativní péčí setkával v rámci školy. Další informace o paliativní péči jsem si musel získávat prostřednictvím internetových portálů a odborných článků, většinou dostupných také v elektronické verzi. V nynější době jsem vždy rád, pokud jsou odborné konference či přednášky s touto tematikou.“ Obdobně reagovala i S3, která svou však odpověď doplnila tak, že informace získává od zkušenějších kolegů. S3 uváděla: „Informace získávám především z odborných časopisů, nejrůznějších konferencí, které jsou například zaměřené na prevenci dekubitů, ale je v nich zmínka i o paliativní péči. Spoustu informací mi předávají

i zkušenější kolegové....“ Zajímavá byla odpověď S6, která uvedla následující: „No úplně si informace o paliativní péči nehledám. Spíš mám informace od kolegů, věřím jim a jsou to užitečné rady.“ S2 ve své odpovědi zmínila mnoho druhů informačních zdrojů, které využívá, uvedla následující: „Získávám je z rozhovorů ze svými kolegy a dále z konferencí, na oddělení nám chodí časopis tak čerpám i z něj, ale spíše je to pro zajímavost než přímo stěžejní informace. Mám kamarádku v jiném hospici a informace si předávám a konzultuji i s ní. Občas vyhledávám i na internetu.“ Obdobnou odpověď uvedl i S1, který se vyjádřil takto: „V práci od kolegyň, ve škole, na internetu a něco i z knih.“ S8 se také vyjádřila k tomu, že informace získává i od kolegů a ve své odpovědi zmínila i jiné zdroje, které ke svému zdokonalování používá, uvedla: „Informace si získávám především z brožur, různých publikací, z internetu. Informace získávám také od kolegů, jelikož jsem zde pouze rok tak je to pro mě velice přínosné, dávají mi užitečné rady. Paliativní péči chci ovládat, jak jen to bude možné. Jsou pro mě i zásadní přednášky doktorky Svatošové, která se velice zasloužila o vývoj paliativní péče u nás.“

Vnímání paliativní péče pacientem z pohledu sestry

Následující podkategorie představuje hodnocení důležitosti paliativní péče z pohledu pacientů. V této podkategorii je viditelná rozmanitost vnímání dané problematiky.

Probandi (S1, S2, S5, S6, S8) vykazovali fakt, že pro umírajícího pacienta je paliativní péče důležitá, jelikož pacient neumírá osamocen. Svou odpověď tako zaměřil S1 a uvádí: „Pacient ví, že se o něj někdo postará, je mezi lidmi, nemá pocit, že umře opuštěný....“ S1 dále uvádí: „Nikdo by neměl umírat sám, ponížený a v bolestech....“ V této souvislosti byla často zmiňována i rodina, a to jak její přítomnost u umírajícího, tak i zahrnutí vlastní rodiny do spolupráce. S3 odpověděla: „Jako další pozitivum vnímám i spolupráci s rodinou, která je pacientovi na blízku....“ Obdobně reagovala i S5: *Z pohledu nemocného je důležité, aby s ním někdo v posledních chvílích života mluvil, aby se eliminovaly věci, ze kterých má strach a aby měl možnost být se svými blízkými.“* Rodinu do své odpovědi zahrнула i S2, avšak zhodnotila ji z jiného úhlu pohledu. Odpověděla následovně: „Je to důležité i pro rodinu, bojí se třeba s umírajícím být, mají obavy z pacientovi bolesti a podobně, v hospici má rodina jistotu, že je o jejich blízkého dobře postaráno....“ S10 ve své odpovědi zhodnotila taktéž rodinu: „Nemocný v naší péči je zbaven utrpení, má na blízku rodinu....“ Probandi jako další aspekt uváděli, že pro umírajícího pacienta je důležité specifické a individuální poskytování péče, řídicí se jejich

přáním. Takto odpověděla S3: „Péče je poskytována na základě přání pacienta, je tedy poskytována individuálně.“ Přání pacienta ve své výpovědi zohledňuje i S7, uvádí: „Veškerá ošetrovatelská péče je konzultována s daným pacientem a případné minimální prohršky proti léčbě jsou tolerovány. Myslím to tak, že v tom případě, kdy pacient má velice rád kávu slazenou cukrem i přesto, že je diabetik, tak mu to do jisté míry tolerujeme.“ S4 a S7 zhodnotili postřeh, který se vztahoval na důstojnost umírajících. S4: „Pro nemocného je nejdůležitější, aby byla zachována jeho důstojnost a důstojnost jeho umírání.“ S7: „Paliativní péče je určitě ze všech možných zhodnotitelných úhlů prospěšná pro důstojné, smysluplné a citlivé dožití člověka.“

Vnímání paliativní péče sestrou

Tato podkategorie vypovídá o zhodnocení významnosti paliativní péče z pohledu probandů.

Probandi v této podkategorii vykazali pestrost odpovědí, vícekrát však byla zaznamenána odpověď a o tu S5 a S7, kteří se zmínili o tom, že si sestra uvědomí vlastní existenci a smrtelnost. S5 se vyjádřila takto: „Jako velkou výhodou vidím rozvoj komunikace, empatického přístupu, chápání vlastní osoby, smrtelnosti.“ S7 se vyjádřil následovně: „Pro sestru, která má ráda paliativní péči, je to velkým obohacením a uvědoměním si vlastní existence. Stejně tak v mém případě při setkání s pacienty v terminálních stádiích došlo k uvědomění si vlastní smrtelnosti, utřídění priorit a zamyšlení se nad vlastním smyslem života, potažmo i celkovým začleněním do společnosti.“ Probandi S2 a S3 se zmínili ve svých odpovědích o rodině pacienta, avšak každá měla jiný pohled na problematiku. S2 uvedla: „Je pro mě příjemné vidět, že pomohu rodině, není na to sama a nelež na nich takové břemeno v době umírání pacienta. Rodina je nám často vděčná, že jsme jim pomohli pacienta doprovodit.“ S3 se pak vyjádřila následovně: „Já osobně si často s pacientem vytvořím velice úzký vztah, to stejné platí i s jeho rodinou, kdy mnohdy přetrvávají přátelské vztahy. Naše zařízení pořádá i setkání s pozůstalými, jsme stále v kontaktu.“ S7 a S9 se pak zaměřili na samotné poskytování ošetrovatelské péče. S7: „Můj osobní názor na mé působení v paliativní péči je takový, že díky zkušenostem, které jsem zde pochytil, dokáži zaměřovat ošetrovatelskou péči více individuálně a snažím se přistupovat ke každému, co možná nejvíce profesionálně a empaticky.“ S9: „Z mého pohledu je to velice důležitá a specifická péče. Ulevujeme od příznaků nemocí, podáváme léky proti bolesti, dušnosti, zvracení a tak dále. Důležité je ovládat i komunikaci, protože si myslím, že je potřeba

mluvit s umírajícím pacientem otevřeně. “Komunikaci jako důležitou součást zhodnotila i S4: „*Pro mě je asi nejzásadnější komunikace s pacientem.*“ S3 pak vyjádřila vlastní potřebu pacientovi naslouchat, uvedla: „*Pro mě je velice důležité, že mám časový prostor na to, abych mohla pacientovi naslouchat.*“ Jako ojedinělý názor byla zaznamenána odpověď S1, který se vyjádřil o problematice pohledu ostatních zdravotníků na paliativní péči, zhodnotil situaci následovně: „*Mám pocit, že se zdravotníci z ostatních oddělení dívají na personál z geriatric a paliativy trochu z patra, oni léčí a jasně vidí výsledky své práce, když zdravý pacient opouští oddělení, zatím co my jen udržujeme a doprovázíme. Nicméně máme profesionální personál, který se ve většině případů snaží do své práce dávat maximum. Psychicky je to náročné, protože výsledek naší práce je smrt, ale smrt důstojná a bez bolesti, a to není málo.*“

Význam paliativní péče

V této podkategorii se probandi vyjadřovali k tomu, co pro ně znamená paliativní péče nebo jaký má význam.

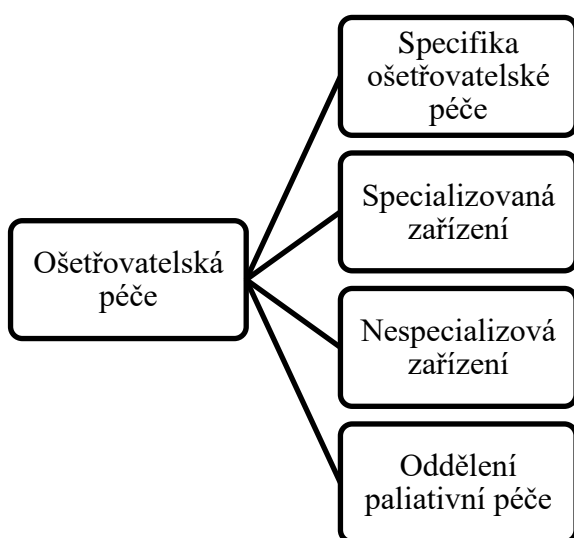
Z této podkategorie je patrné, že pro probandy paliativní péče význam má, a to v různých aspektech od její potřebnosti až po její rovnocennost s jakoukoli jinou péčí.

S3, S4, S5 a S10 vyjádřili potřebnost paliativní péče. S3 uvedla: „*Paliativní péči vnímám jako potřebnou. Velice se mi líbí její myšlenka a dle mého názoru by měla být součástí každé nemocnice.*“ V odpovědích S4, S5 a S3 zaznělo: „*jako potřebnou část zdravotnictví....*“ S10 k vnímání paliativní péče dodala následující: „*Jako péči, která je velice potřeba, je to péče v terminálním stádiu. Je založena na přístupu k člověku, pochopení všech jeho potřeb.*“ Dále byla ve výpovědích probandů zaznamenána také důstojnost. S3 uvedla: „*Práci v paliativní péči považuji za smysluplnou, já sama se snažím zachovat co nejvyšší důstojnost u každého pacienta.*“ S6 na téma důstojnosti uvedla: „*Pro mě osobně je to zajištění kvalitního a důstojného dožití nevyčísitelně nemocného.*“ S1 se ve své odpovědi zaměřil na náročnost paliativní péče a její rovnocennost, vnímá ji pak následovně: „*Jako náročnou fyzicky i psychicky, ale nesmírně důležitou a rovnocennou s jakýmkoliv jiným oddělením.*“ S2 zhodnotila kromě pozitiv paliativní péče i pohled veřejnosti, sdělila: „*Vnímám ji jako uspokojující, protože jsem se v tom našla. Nejsem do akce a zde se mi líbí, že mám čas na pacienta, na jeho rodinu, mám čas se prostě zabývat pacientem. Chtěla bych aby paliativní péče byla v dobrém povědomí i mezi lidmi a nechápali ji pouze jako místo, kam se chodí umírat.*“ S7 porovnal, jak paliativní péče fungovala v minulosti a jak funguje a je poskytována nyní, uvedl:

„Myšlenka paliativní péče ve mně evokuje pozitivní pocity. Pacient v konečné fázi života je dle mého názoru mnohem více vnímavější a z praxe vím, že komfort pacientů je velice důležitý. Proto spatřuji v paliativně zaměřené ošetrovatelské péči velké plus. Z dřívějších dob, kdy nebyl veden prakticky žádný výzkum a o pacienty, které nyní spadají do této kategorie přijímatelů ošetrovatelské péče, se o ně starali rodinní příslušníci, především ženy. Ty zajišťovaly právě zmíněný komfort, psychickou oporu a důstojný odchod svých blízkých. V moderní době se spíše řídíme pokrokem a tím, jak pacientovi zmírnit příznaky apod.“

Kategorie 2 Ošetrovatelská péče

Grafické znázornění 2 Ošetrovatelská péče



Druhá kategorie je zaměřena na ošetrovatelskou péči, především na probandy pociťovaná specifika ošetrovatelské péče, na vnímání poskytované paliativní péče v zařízení specializované a v zařízení nespecializované na danou péči. V kategorii je rozebrán i pohled probandů na vznik oddělení poskytující paliativní péči.

Specifika ošetrovatelské péče

Podkategorie představuje specifika vnímaná dotazovanými v ošetrovatelské péči zaměřená na umírající pacienty.

Jako nejvíce zastoupené specifikum ošetrovatelské péče shledali probandi odvíjení péče od pacientova požadavku, přání či potřeb. Konkrétně se takto vyjádřili S1, S2, S3, S8 a S10. S1 uvedl: „Snažíme se vyhovět jeho požadavkům...“, S2 uvedla: „Péči

prizpůsobujeme přání pacientů, i když je to diabetik, dá si třeba čokoládu, pokud se mu do něčeho nechce, tak ho nenutím.“ Podobný názor uvedla i S3: *„V péči o umírajícího pacienta vycházím především z toho, co má pacient rád. Pokud je pacient vášnivý kuřák, může kouřit, pokud má pacient rád pivo, může ho pít. Pokud má pacient oblíbený krém, nadále jej v péči používám.*“ K poskytování péče dle přání pacienta se vyjádřila S8 následovně: *„V ošetrovatelské péči je u umírajících stěžejní uspokojování potřeb. Snažíme se až do poslední chvíle zachovat pacientovu autonomii, vyhovět jeho potřebám a nechat ho rozhodovat až do poslední chvíle...“* a S10 takto: *„O pacienta pečuji podle jeho vlastního uvážení a volby.*“ K dalšímu často probandy zmiňovanému specifiku se řadí i spolupráce s rodinou a blízkými, ve své odpovědi to zmínili S3, S5, S8, S9 a S10. S3 se vyjádřila takto: *„Dále vnímám jako obrovskou přednost hospicového zařízení práci s rodinou i pozůstalými. Máme přístup k brožurám, ve kterých je podrobně rozepsáno, o co se po úmrtí pacienta postarat, například pokud manželé sdílí jeden účet a další formální náležitosti.*“ S5 uvedla: *„Velký důraz je kladen na péči o příbuzné...“*, S8 uvedla: *„Dále pracujeme i s rodinou pacienta, komunikace je s nimi jiná, než třeba znáte z nemocnice, jsme jim mnohem blíže. Co se týká pacienta, snažíme se jeho rodinu do péče o něj zapojit, za předpokladu, že mají zájem a snažíme se jim být oporou“*, S9 uvedl: *„Spolupráce s rodinou...“*, a S10 uvedla: *„Komunikuje se s pacientem a jeho rodinou....“* Probandi se dále vyjadřovali k příkladům z praxe. S1 sdělil: *„Snažíme se zachovávat důstojnost, psychicky podporovat a naslouchat mu, tišit bolest a potírat nepohodlí. U pacienta v terminálním stádiu je důležité tlumit zvuky, ostrá světla a výrazné vůně.*“ Ke specifickým činnostem se dále vyjádřila i S3: *„V podstatě využívám prvky bazální stimulace. Pacientovi pouštím oblíbenou hudbu, vystavím mu fotky rodiny či oblíbené obrázky. Při ošetřování pacientů mám na vše dostatek času, snažím se věnovat všemu a nic nezanedbat, nemám pocit, že bych pacienta odbila.*“ Dále S3 uvádí: *„Mezi kolegy jsou i hudebně nadaní, někdy se prostě vezme kytara a hraje se a zpívá. Dochází k nám paní se psyky vycvičenými pro canisterapii. To vše přispívá k dobré atmosféře.*“ Specifika ošetrovatelské péče podrobně popsal i S7: *„Specifik je celá řada. Jak jsem již říkal, jedná se spíše o komfort pacienta, z čehož nejvíce zastoupenou složkou je symptomatická léčba. Pacientům se v rámci zkvalitnění života potlačuje bolest, upracuje se jídelníček a probírají se veškeré možné způsoby nutrice a hydratace. Dále se vše odvíjí od pacienta, myslím tím, jak je na tom fyzicky a psychicky. Vybíráme mu vhodný pokoj a možné aktivity, v případě potřeby pacientovi navrhuje i možnosti jiných volnočasových aktivit, které nabízí různí dobrovolníci či jiná zařízení, které k nám dochází.*“ K mírnění

symptomů choroby se vyjádřil i S9: „*Jako specifikum vnímám přístup k pacientovi, méně medikace, tlumení bolesti, ale nepodáváme léky na léčení*“ a S10 odpověděla: „*Snažíme se o to, aby pacient netrpěl bolestí, neměl dekubity, staráme se o výživu, pitný režim a hygienu.*“ S6 jako specifika vybrala časové možnosti a přizpůsobení péče pacientovi: „*V této péči je třeba více času, záleží, v jakém stavu je pacient, ale obecně všechno dělám pomaleji. Snažím se každému pacientovi péči maximálně přizpůsobit, jde především o to, aby se pacient cítil dobře po psychické i fyzické stránce, nejde o to, že v osm hodin má být hotová hygiena u všech pacientů. Jinak péče je stejná jako všude jinde, akorát pomalejší.*“ S tvrzením S6, že ošetrovatelská péče je stejná jako kdekoli jinde souhlasí i S4, která k tvrzení ještě dodává: „*Důležitý je přístup a komunikace s pacientem, na tom v paliativní péči záleží především.....*“ S5 se ke specifickým vyjádřila takto: „*Ošetrovatelská péče by měla být důstojná, lidská a personál by měl být znalý a empatický. Považuji péči o umírající spíše jako poslání.*“

Specializovaná zařízení

V následující podkategorii jsou uvedeny názory probandů na poskytování ošetrovatelské péče ve specializovaných zařízeních na paliativní péči.

Probandi se ve spojitosti s poskytováním ošetrovatelské péče ve specializovaném zařízení odkazovali na proškolený a zkušený personál, konkrétně S1, S4, S9 a S10. S1 uvedl: „*Podle mě je tam péče velice kvalitní, tyto zařízení jsou na paliativní pacienty vybavené, měli by mít dostatek personálu, který by měl být patřičně proškolený...*“, S4 se pak vyjádřila takto: „*Ve specializovaných zařízeních mají zdravotníci více zkušeností a mnohem empatictější přístup.*“ Proškolený personál je možné sledovat i v odpovědi S5: „*V hospici je poskytovaná péče velmi dobrá, péči provádí erudovaný personál a myslím si, že hospic je pro pacienty i personál velmi kladně vnímaným místem...*“, S9 ke zkušenému personálu dodal: „*Myslím si, že je to výhodné pro pacienty. Sestry zde mají více zkušeností a vědomostí o tom, jak umírajícímu pacientovi pomoci a také jak pomoci jeho rodině....*“ O edukovaném personálu se zmiňuje i S10: „*Je to péče uzpůsobená přímo pro umírající pacienty a stojím si za tím, že je to odborná péče. Personál je edukovaný v paliativní péči a dbá se i na jejich potřeby, prevence syndromu vyhoření, supervize a tak podobně.*“ S6 se také vyjádřila o personálu specializovaného zařízení, ovšem zhodnotila jej z jiného úhlu pohledu: „*Myslím si, že je to dobrá věc. Umírající může být s rodinou v prostředí, které je domáctější a rozhodně příjemnější než nemocniční prostředí. Navíc je o pacienty pěkně postaráno, personál, který s nimi pracuje, je trpělivý*

a věnuje se jim a snaží se uspokojit všechny jejich potřeby. “ S7 se ve své odpovědi zaměřil na časové možnosti specializovaného zařízení: „Spatřuji vše jako velice kladné, jak pro pacienta, tak pro sestru. Je zde především dostatek časového prostoru na konverzaci s pacienty, kde je možné analyzovat další možné potencionální faktory, které povedou k odstranění diskomfortu pacienta.“ Odlišný pohled na otázku a zajímavou myšlenku vnesla do své odpovědi S2: „Vnímám to velice pozitivně. Líbilo by se mi zřízení nějakého specializovaného kurzu na paliativní péči, třeba i pro pozůstalé, kteří by chtěli po své zkušenosti dále pomáhat umírajícím.“

Nespecializovaná zařízení

Tato podkategorie je zaměřena na názor probandů v oblasti poskytované ošetrovatelské péče o umírající v zařízeních, které nejsou specializované na paliativní péči.

Probandi, konkrétně tedy S1, S2, S3, S5, S6, S9 a S10, se shodli na tom, že v nespecializovaných zařízeních není pro poskytování ošetrovatelské péče umírajícím zázemí, personál není v této oblasti vzdělaný nebo nemá čas či zájem o se umírající pacienty starat, tak, jak by bylo vhodné. S1 uvedl: *„Není to podle mě úplně ideální, v těchto zařízeních nemají potřebné vybavení ani zkušenosti.“* S2 uvedla: *„Myslím si, že zde na to není dostatek času a není to tak kvalitní doprovázení.“* S3 sdělila: *„Záleží na oddělení, přístupu sester a jejich znalostí a zkušeností. Z předchozího zaměstnání mám zkušenost, že sestry mnohdy nejeví zájem o umírající pečovat. Na klasickém oddělení není ani taková časová dispozice což je další součást problému, ale myslím si, že u sester je péče o umírající na klasickém oddělení vnímána i jako práce navíc.“* S5: *„Velmi mě mrzí, že musí pacienti umírat na jiných odděleních jako je třeba interna, kde personál není připravován na komunikaci a zacházení s umírajícím pacientem. Myslím si, že k tomu dochází z důvodu nedostatku míst, a především nedostatečné informovanosti lékařů.“* S6 pak k této problematice konstatovala: *„Je to asi oddělení od oddělení a nemocnice od nemocnice. I já jsem se v rámci své praxe setkala se smrtí na několika odděleních a vždy mi přišlo, že se sestry umírajících i lehce straní. Víím, že sestry nemají tolik času, aby se těmito lidem mohly extra věnovat, takže se o něj jen postarají, ale zemřít nechají pacienta osamocené.“* S9: *„Myslím si, že sestry pracující na standartním oddělení se nemohou umírajícím pacientům věnovat tolik, co sestry v hospici či na paliativním oddělení.“* S10 se vyjádřila následovně: *„Nechci házet všechny do jednoho pytle, určitě s najdou i svědomité sestry v nemocnicích v péči o umírajícího pacienta, ale zatím na to nejsou*

podmínky. Co mám známé v nemocnicích, tak jsou rádi, že stíhají svoji práci tak nějak, v podstatě o umírajícího pečovat moc nemohou, i kdyby chtěli.“ S7 odpověděl, že se o problematiku soukromě zajímal od dob studií, jeho odpověď pak zní takto: „Nejsem zastávce toho, aby byli umírající lidé umísťováni na interní oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných či jiná oddělení v nemocničních zařízeních. Myslím si, že tento problém je především z důvodu nevědomosti okolních lidí o takovéto péči nebo nedostatečné empatii vůči umírajícímu pacientu. Tato otázka ve mně koluje už od dob studií, kdy jsem se zabýval právě tím, proč jsou lidé umísťováni na interní oddělení. Z mých průzkumů bylo zjištěno především to, že rodinní příslušníci jsou pracovně vyčerpáni a co bude s jejich rodinou, jim bylo jedno.“

Oddělení paliativní péče

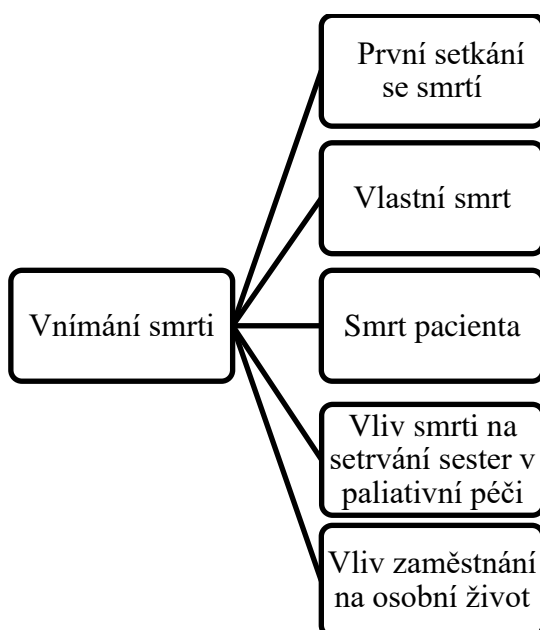
Následující podkategorie mapuje názory probandů na zřízení oddělení paliativní péče, kde by se v rámci nemocniční péče měla poskytovat ošetrovatelská péče o umírající pacienty.

S1, S3, S4, S5, S6, S9 a S10 se k zřízení paliativních oddělení stavěli pozitivně a ve svých odpovědích vyjádřili souhlas. S1 uvedl: *„Jsem pro, v místní nemocnici toto oddělení máme a funguje podle mě velmi dobře.“* S3 sdělila osobní zkušenost a uvedla tak i důvod, proč s paliativním oddělením souhlasí, řekla: *„S tím také naprosto souhlasím. Mám například osobní zkušenost s dědou, který umíral na onkologickém oddělení nejmenované nemocnice. Rozhodně o něj nebylo dobře postaráno. Mám i zkušenost s případem, kdy pacienta do hospice převezli z nemocnice, avšak byl v takovém stavu, že druhý den zemřel. V těchto případech se rozhodně nedá mluvit o důstojném umírání, a proto bych paliativní oddělení v nemocnicích uvítala.“* S4 také vyjádřila souhlas: *„Mám určitě kladný názor, hospice jsou velice omezené, co se týká kapacity, toto je možné řešení.“* Velice podobný názor pak vyjádřila S10: *„Myslím si, že je to dobře. Je mnoho umírajících a tato péče je potřeba. Pokud je u nás tak omezený počet hospicových lůžek, musí tuto roli zastat nemocnice.“* Obdobně i S5: *„Myslím si, že čím dříve, tím lépe. Paliativní stanice by měla být součástí každé nemocnice.“* S6 uvedla také pozitivní vyjádření: *„Myslím, že by to byla dobrá věc. V nemocnicích se skoro každý se smrtí setká a osobně mi přijde, že sestry berou takové lidi jako přítěž a lidé pak umírají sami.“* Nesouhlas či určitou nejistotu ve své odpovědi uvedli S2, S7 a S8. S2 ve své odpovědi uvedla: *„Moc se mi to nelíbí. Zastávám se hospiců kamenných, a ne těchto oddělení. Bojím se toho, že ta péče by nedosahovala takové kvality jako v hospici. Prostě by to*

nemělo být samostatné.“ S7 se vyjádřil k předsudkům a k možnému řešení : „Nevím, jestli by to fungovalo tak, jak by mělo. Vzpomněl jsem si, jaké informace kolují mezi personálem v nemocnicích o odděleních typu dlouhodobě nemocných. Můj osobní názor je takový, že sestry by na taková oddělení nechtěly a měly by spousty předsudků. Také si nejsem jistý, zdali by byla poskytována péče na požadované úrovni. V případě, že by byla zřízena paliativní péče v rámci nemocničního prostoru, sestry by jistě musely v rámci dělání takzvaných koleček, jako prevence vyhoření, docházet i na toto oddělení a sestry, které dané problematice nerozumí nebo nemají pro dané odvětví předpoklady, poté neodvadí adekvátní ošetrovatelskou péči, čímž dochází k poklesu její kvality. Abych stále nehanil tuto myšlenu, pozitivní bych viděl, že je k dispozici v areálu tým odborníků, který může kdykoliv přijít a danou situaci ihned vyřešit.“ S8 pak ve své odpovědi vyjádřila nejistotu ohledně financování paliativního oddělení, uvedla: „Je to pěkný nápad, ale složité bude financování takového oddělení....“

Kategorie 3 Vnímání smrti

Grafické znázornění 3 Vnímání smrti



Třetí kategorie je zaměřena na to, jak probandi vnímají smrt, ať už vlastní na smrt pacienta a jak se s ní vyrovnávají. V kategorii je také zohledněno, kdy se probandi poprvé setkali se smrtí a jak se v danou chvíli cítili. Je zhodnocen i vliv smrti na setrvání sester v současném zaměstnání a vliv současného zaměstnání na osobní život dotazovaných. Kategorie obsahuje pět podkategorií.

První setkání se smrtí

Podkategorie je zaměřena na první setkání probandů se smrtí a na pocit, jež se u nich v danou chvíli objevil.

Probandi se poprvé setkali se smrtí buď v rodinném prostředí (S1, S3, S7 a S8) nebo na praxi na střední škole (S2, S4, S5, S6, S9 a S10). S1 k prvnímu setkání se smrtí uvedl: „Ve 12 letech, kdy mi umřel strejda, samozřejmě jsem cítil smutek, trochu vztek, protože jsem nechápal, proč musel umřít zrovna on, mladý zdravý člověk, dále šok a potřebu utěšovat mladší sestru, která hrozně brečela. A potom lítost, že jsem mu nestihl říct spoustu věcí.“ S3 se vyjádřila takto: „Když mi umřela babička jako dítěti a bylo to hrozné.“ S7 se poprvé setkal se smrtí v deseti letech: „Poprvé jsem se setkal se smrtí v svých desíti letech, kdy mi umřel otec na rakovinu plic. V té době, kdy všichni oplakávaly nebožtíka, truchlili a kladli si otázky, proč zrovna on? Jak jsme mu mohli pomoci? Co by

bylo kdybychom ...? Mě napadlo spíše, že nikdo nevíme, jak se teď náš otec má. Třeba se na našem světě trápil, a pokud je třeba jen mizivá šance, že teď je „někde jinde“ a má se lépe, tak tomu jsem věřil já. Cítil jsem samozřejmě obrovskou tíhu ze ztráty otce, ovšem myšlenka toho, že se má mnohonásobně lépe, mě uklidňovala.“ S8 se vyjádřila k prvnímu setkání se smrtí v rodině a pak na střední škole: „Nejdříve jsem se setkala se smrtí mé babičky, která umřela v nemocnici, to mi mohlo být 12 let. Cítila jsme tak jako bych přišla o blízkou osobu, ale spíš jsem vnímala zármutek své matky. Jinak jsem se setkala s mrtvým člověkem na střední škole ve třetím ročníku. Bylo to nepříjemné. Pacientka šla na vyšetření a nevrátila se, poté jsem cítila bezradnost, ale nejhorší bylo setkání s rodinou.“ S2 se poprvé setkala se smrtí na střední škole: „Poprvé jsem se se smrtí setkala na střední škole ve třetím ročníku hned první den praxe. Cítila jsem se hodně špatně, nevěděla jsem, co mám dělat, sestra mě poslala, abych s paní byla na pokoji, musela jsem jí ještě podat léky, i když jsem nechtěla, a i když paní nebyla schopna je polknout. Nebylo mi to příjemné, protože jsem se smrtí nebyla smířena. Když paní zemřela, vnímala jsem to jako vlastní selhání, protože jsem si myslela, že jsem ji nezachránila. Bála jsem se. Teď už bych se samozřejmě zachovala jinak.“ S4 uvedla následující: „Když mi bylo 22 let setkala jsem se poprvé se smrtí, a byla to smrt dítěte. Byla jsem z toho poměrně zdrcená a nesla jsem to velice těžce.“ S6 uvedla: „Poprvé jsem se setkala se smrtí na střední škole. Nesetkala jsem se přímo s tím člověkem, ale v dané nemocnici vždy mrtvého zavírali do čistící místnosti a dveře zalepily. To na mě nijak nepůsobilo. Horší pro mě bylo, když jsem v rámci další praxe, byla na oddělení ve chvíli, kdy tam jedna žena umírala a my zrovna dělali hygienu na pokojích. Tak mi jí bylo líto a raději jsem s ní byla až do konce a držela ji za ruku. Nevím, jestli to paní vnímala, ale třeba jsem jí tím trochu konec usnadnila.“ S10 uvedla: „Byl to hrozný pocit, nevěděla jsem tenkrát jak reagovat a velice mě to zasáhlo. Myslím, že to bylo na střední škole, asi třetí nebo čtvrtý ročník.“ S9 uvedl, že první setkání se smrtí na střední škole jej přimělo přemýšlet o smrti a budoucím pracovním zaměření: „Poprvé jsem se se smrtí setkal na střední škole. Pro mě to bylo nepříjemné, ale postupem času jsme si uvědomil, že je to přirozená součást života, a ne vždy jde vše vyléčit. A právě proto pracuji v hospici.“

Vlastní smrt

Tato podkategorie znázorňuje vnímání vlastní smrti samotnými probandy. Odpovědi probandů vyjadřují strach ze smrti, smíření s vlastní smrtí, nepřipouštění si smrti a uklidňující nebo smrt vysvětlující podíl víry. Strach ze smrti ve své odpovědi vyjádřil S9, uvedl: *„Svoji smrtelnost vnímám tak, že nikdo nezná hodinu ani den, kdy může umřít. Svého života si velice vážím a smrti se obávám.“* Smíření se smrtí pak uvedli S2, S5, S6, S7 a S8. S2 uvedla: *„Jsem smířená se svojí smrtí.“* S5: *„Své smrti se nebojím, nejspíše z důvodu častého kontaktu s cizí smrtí. Vždy tomu tak ale nebylo.“* S6: *„Tak dříve jsem se smrti bála, ale nyní jsem s ní vyrovnaná. Je to součástí života.“* S7 ke vnímání vlastní smrti konstatoval: *„Smrt k životu patří, a i já jednou umřu a budu velice rád, když mi někdo poskytne na konci svého života tokový komfort, který si budu přát a bude mi oporou až do posledních vteřin.“* S8 se vyjádřila takto: *„Já se smrti nebojím, bojím se spíše samotného umírání, že budu trpět. Vždy, když mě napadne tato myšlenka, je mi líto, že tu nechám po sobě milované lidi.“* Nepřipouštění si vlastní smrti nebo neuvažování nad ní pak ve svých odpovědích vyjádřily S3, S4 a S10. S3 uvedla: *„Na to nemyslím. V nynější práci mě ovlivňují případy, se kterými se setkávám, ale nechci si to připouštět. Bojím se spíše toho, kde bych umírala například rozhodně nechci umírat v nemocnici.“* S4 se vyjádřila takto: *„Moc nad ní nepřemýšlím.“* S10 pak sdělila: *„Svoji nevnímám zatím nijak, ovšem se bojím o svoji rodinu, spíše než o sebe. Do budoucna se bojím, jak se jednou vyrovnám se smrtí svých rodičů.“* Vliv víry na vnímání vlastní smrti ve své odpovědi vyjádřil S1, uvedl: *„V tomto mi hodně pomohla právě práce s umírajícími lidmi. Samozřejmě, že mám ze smrti strach, s jistotou nevím, co bude a neznámo mě znervózňuje, ale jsem věřící a víra v posmrtný život mě uklidňuje. Myslím, že je důležité žít tak, aby se člověk na smrtelné posteli za sebe a svoje činy nemusel stydět. A smrt je podle mě jen nevyhnutelný přechod někam jinam.“*

Smrt pacienta

Následující podkategorie se zaměřuje na to, jak probandi vnímají smrtelnost svých pacientů. S1, S4 a S6 zmínili, že smrt pacienta vnímají jako vysvobození. S1 uvedl: *„Snažím se samozřejmě předcházet poškození pacienta z mé strany a zajistit mu co možná nejlepší umírání, důstojné a vyrovnané. Jinak беру ve většině případů smrt pacienta jako jeho vysvobození. Věřím, že se po smrti mají lépe, a to mi pomáhá.“* S4 uvedla podobný názor: *„Vnímám to jako vysvobození, z nemoci a z bolesti.“* S6 se také vyjádřila v tomto smyslu: *„Občas se nedivím, že se pacienti těší až zemřou. Je to opravdu v těch těžkých*

stavech, kdy lidé trpí a myslím si, že někdy je smrt lepší než život v utrpení.“ S3 ve své odpovědi zmínila, že se nad smrtí pacientů nezamýšlí, avšak záleží, jak dlouho pacienta znala: *„Automaticky otevřu okno, ale více o tom nepřemýšlím. Záleží, jak dlouho pacienta znám, kdy jsem se s ním setkala, jelikož k němu už mám vztah. Při prvním úmrtí v hospici mi hodně pomohli kolegové. Ve vyrovnání se se smrtí pacienta mi také velice pomáhá přístup k péči o mrtvé tělo. Vždy u mrtvého těla provádíme hygienu, oblečeme jej a učešeme. Mám tak stále pocit, že i s mrtvím tělem je zacházeno jako s člověkem a odchází jako hezký člověk. V hospici máme místnost po poslední rozloučení, je zde prostě dbáno na důstojnou smrt.*“ S8 uvedla, že jí pomáhá vědět, že pacient neumírá sám: *„Každý umře, co jiného je na to možné říci. Není to příjemné, když umře pacient, vždy to vnímáte jako nepříjemnou situaci. Mně pomáhá vědět, že ten pacient není sám a sám neumírá.*“ S2 a S5 spatřují smrtelnost pacientů jako přirozenou součást života. S2: *„Jsou to stejní lidé jako já a smrt k životu zkrátka patří. Neberu to přímo osobně, snáším smutek rodiny a dokážu se od toho odprostit.*“ S5: *„Smrt pacientů vnímám jako přirozenou součást života, ale samozřejmě je jiné, pokud umře mladý člověk anebo senior. Vnímám smrt jako odloučení duše od těla a věřím, že to, co nás dělá naší osobností zůstává a od posledního vydechnutí je nám velmi příjemně.*“ S10 ve své odpovědi vyjádřila určitou lítost a o vnímání smrti pacientů se vyjádřila takto: *„Je to těžké zejména u pacientů, kteří vám přirostou k srdci a někdy to má velice silný příběh, ale bohužel život je takový.*“

Vliv smrti na setrvání sester v paliativní péči

Následující podkategorie představuje vliv smrti pacientů na setrvání probandů v paliativní péči. Probandi S1, S2, S3, S4, S5 a S8 se vyjádřili tak, že je setkávání se smrtí neovlivňuje do takové míry, ve které by potřebovali změnit zaměstnání. S1 uvedl: *„Věděl jsem do čeho jdu, práce mě naplňuje a mám v plánu setrvat.*“ S2 uvedla: *„Zatím mě setkání se smrtí nevede k tomu, abych paliativní péči opustila. Na standartním oddělení jsem se často setkávala se smrtí, ale tady je to jiné. Tady se cítím mnohem lépe.*“ S3 uvedla: *„Nechci, aby to znělo nějak sobecky, ale jsem na sebe pyšná za to, kde pracuji. Myslím si, že zvládám to, co spousta jiných sester nezvládá, myslím tím doprovázení umírajících. Já jsem v současném zaměstnání šťastná a chci zde zůstat, co nejdéle to bude možné.*“ S4 uvedla: *„Velice, vnímám to jako naplnění pomáhající profese. To, že se smrtí setkávám, patří k mé profesi, důstojná smrt je pro mě smysl lidem pomáhat.*“ S5 uvedla: *„Setkání se smrtí k paliativní péči neodmyslitelně patří, nevadí mi, že smrti mám kladný vztah.*“ S8 uvedla: *„Vnímám smrt jako část života, kterou nemůžete přeskočit. Neomezuje*

mě v setrvání v paliativní péči. “ S6 ve své odpovědi zhodnotila náročnost práce, zda v paliativní péči setrvá však nedokázala zhodnotit, uvedla: „Někdy je to náročné. Zejména pokud toho dotyčného máme na oddělení dlouho a vytvořím si k němu vztah. Tak je to takové smutné a psychicky vyčerpávající. Nedokážu odpovědět na to, jak moc mě to ovlivňuje.“ S9 a S10 uvedli, že je smrt velmi ovlivňuje a do budoucna paliativní péči opustí. S9 uvedl: „Ovlivňuje to velice, do budoucna se raději chci přesunout do jiného zařízení.“ S10 uvedla: „Nevidím tuto práci na dlouho a vím, že ji do budoucna budu muset změnit. Získala jsem mnoho zkušeností, ale je to náročné.“ S7 ve své odpovědi zhodnotil spíše přístup okolí k vnímání smrti jako negativní a ve své práci se snaží o to, aby byla vnímána spíše pozitivně, a to jej motivuje i setrvat v paliativní péči, uvedl: „Určitě to má obrovskou váhu. Smrt je v povědomí lidí brána jako negativní proces. Smrtí pro okolí vše končí a tak podobně. Já a ostatně i celý tým mých kolegů se snažíme, aby nejen sami nemocní, ale i rodinní příslušníci viděli, že smrt není negativní. Je to jen další fáze života. Proto se do procesu ošetrovatelské péče snažíme zainteresovat širší sociální skupiny, které mají nebo měli vliv na nemocného v naší péči. Tyto okolnosti mě pak motivují k setrvání v paliativní péči a nechci ji v nejbližší době opustit.“

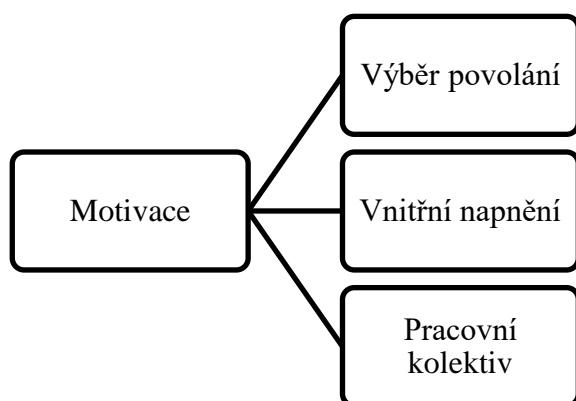
Vliv zaměstnání na osobní život

Podkategorie je zaměřena na vliv zaměstnání v paliativní péči na osobní životy sester. S1 a S6 se shodli na tom, že je zaměstnání do určité míry ovlivňuje na jejich psychickém stavu. S1: *„Většinou kvůli množství směn mě ovlivňuje časově. Někdy na člověka padne všeobecný chmur, ale těžko říct, jestli je to z práce nebo mojí přirozenosti.“* S6: *„No snažím se tyto dvě oblasti nepropojovat. Ale někdy se stane, že když někdo zemře tak jsem smutnější a někdy jsi přijdu opravdu psychicky vyčerpaná. Ale většinou se mi daří to zvládat.“* S2, S4, S8 a S9 pociťují ovlivnění svým zaměstnáním především v rodinné oblasti. S2 kromě rodiny, zmínila i všeobecnou komunikaci s lidmi a žebříček hodnot: *„V komunikaci s lidmi a v přístupu k lidem. Občas přemýšlím nad svojí rodinou, zda si ještě někdy projde takovou situací. Ovlivňuje mě i v mých životních hodnotách.“* S4: *„To už jsem v podstatě zmínila, nejvíce mě ovlivňuje v rodině a v rodinných vztazích.“* S8: *„Jsem určitě klidnější. Myslím si, že od té doby, co zde pracuji se i více zaměřuji na komunikaci se svými blízkými a snažím se vůči nim být i více empatická. Stává se mi, že doma často mluvím o smrti, prostě mám tu potřebu, je to můj únikový ventil.“* S9: *„Víc si vážím života, rodiny a přátel.“* S5, S7 a S10 se v reakcích shodli na tom, že si nyní více váží života. S5: *„Hodně. Vážím si každého dne, kdy jsem*

zdravá a jsem vděčná za to, co všechno mohu vykonávat.“ S7: „Okolí se jeví jako citově oploštělý apod. Myslím, že díky vědomí své smrtelnosti a celkově smrtelnosti lidí mám nyní mnohem kvalitnější život i já a snažím se naplňovat své touhy i touhy mých blízkých.“ S10 na základě zaměstnání přehodnotila i svůj životní styl: „Více si vážím života a zdraví a snažím se zdravě jíst dbát na prevenci.“

Kategorie 4 Motivace

Grafické znázornění 4 Motivace



Čtvrtá kategorie je zaměřena na motivaci probandů zejména v oblasti výběru povolání v paliativní péči, dále pak na pociťované vnitřní naplnění z vykonané práce. V kategorii je zařazeno i vnímání pracovního kolektivu, který jistě přispívá k dobré motivaci sester zejména v paliativní péči.

Výběr povolání

Tato podkategorie představuje, co přimělo probandy k práci s umírajícími a proč se pak následně zaměřili na paliativní péči. K práci s umírajícími lidmi vedla S1, S4, S6 a S8 potřeba pečovat o umírající pacienty a předchozí zkušenost v hospicovém zařízení. S1 uvedl: *„Vždycky jsem cítil potřebu pečovat, zdravotnictví pro mě proto bylo jasnou volbou. K práci se starými a umírajícími jsem se dostal už na střední škole a když jsem viděl přístup, nadhled a schopnosti některých pracovníků, obdivoval jsem je a chtěl se stát jedním z nich.“* S4 sdělila: *„Cítila jsem potřebu umírajícím pomáhat.“* S6 uvedla: *„Mě vždy paliativní péče bavila a zajímala. V rámci praxi na střední a vysoké škole jsem se dostala do dvou hospicových zařízení a moc se mi líbila péče o lidi. Jak si sestry těch*

lidé vážily a staraly se o ně. “ S8 uvedla: „Chtěla jsem pomáhat lidem odejít s důstojností. A sešlo se to hezky, protože mám práci kousek od domova, což u mě taky rozhodovalo. “

S7 zaujal specifický pohled na motivaci k práci s umírajícími: „Myslím si, že jsem se odlišoval názorem na smrt od ostatních již od úmrtí svého otce. V dalších letech jsem se spíše snažil analyzovat, proč jsem já jiný, a proč to nevidím, jako ostatní lidé. Na střední a první vysoké škole jsem se již snažil uvést v povědomí spolužáků, že by smrt nemusela být nutně negativní, ovšem byl jsem za cynika a v některých případech skoro i za blázna, tak jsem možnost rozšiřování své myšlenky opustil a sbíral data pouze pro své účely. V nynější době mám kolegy, kteří jsou na tom podobně, a máme svou práci rádi. “ S2 a S3 se shodly na tom, že péče o umírající, se kterou se setkaly na standardním oddělení se jim nelíbila, což je přimělo s umírajícími pracovat. S2: „Jeden z faktorů bylo to, že jsem pracovala na interním oddělení, kde se mi nelíbila péče o umírající pacienty, neměl na to nikdo čas ani chuť. Jsem spíše zastáncem péče o pacienta než o výkony. A hlavně se vidím v tom, že ráda pomáhám lidem. “ S3 pak konstatovala následující: „Smrt babičky mě ovlivnila ve výběru povolání, péče o ni mi přišla děsivá, a proto jsem se rozhodla, že se stanu sestrou a budu poskytovat kvalitní péči. Při praxi jsem se pak dostala i do hospicového zařízení no a velice mě to motivovalo k práci s umírajícími lidmi. “ S5 a S9 sdělili, že je k práci s umírajícími přiměla pracovní nabídka. S5: „Byla na tuto pozici pracovní nabídka, tak jsem to zkusila. “ S9 uvedl: „Práci jsem si vybral, protože byla nabídka na pozici sestry v hospici. “ S10 sdělila, že práce s umírajícími pro ni byla forma určité výzvy: „Bylo to pro mě výzva a nevěděla jsem, jak to budu zvládat, ale nakonec jsem to zvládla a dalo mi to mnoho zkušeností. Je to zvláštní i přesto, že smrt je smutná. Když vidím, jak se kolikrát se lidem uleví a nemají bolesti. Víím, že už je jim dobře. “

Další součástí této podkategorie je zjištění, proč se probandi rozhodli pro práci v paliativní péči. S1, S4 a S6 se ve svých dopovědích shodli na tom, že měli potřebu zajistit umírajícím důstojných odchod. S1 uvedl: „Chtěl jsem být součástí něčeho tak důležitého jako je zajišťování důstojného umírání. “ S4: „V minulé práci jsem se setkávala se smrtí, a to mě nejspíše přivedlo k paliativní péči. Prostě mám potřebu pomoci lidem na jejich poslední cestě. “ S6 uvedla: „Tak zaprvé jsem měla možnost a skutečně se mi velice líbila péče o umírající pacienty. Naplňovalo mě, že umírajícím mohu pomoci a mohu si je opečovat a zlepšit jim čas. “ S2 se vyjádřila k tomu, že když jí umíral otec, chtěla, aby si i při smrti připadal jako člověk: „Rozhodla jsem se pro ni, protože můj otec zemřel na rakovinu plic, a právě v ty dny kdy se jeho život chýlil ke konci, jsem chtěla, aby byl stále člověkem, aby zkrátka umíral důstojně. “ S7 ve své odpovědi hodnotil to, že cítil určitou

potřebu pomáhat umírajícím a ukázat okolí, že pohled na smrt nemusí být pouze negativní. Chtěl se ujistit, že existují i lidé jako on, kteří mají podobný názor na smrt. Ve své odpovědi uvedl: *„Chtěl jsem být více zainteresován do problematiky umírání právě kvůli zmíněnému sběru dat, i když šlo jen pro vlastní účely. Jednak jsem se bál, že jsem nějakým způsobem odlišný od ostatních a za druhé jsem si možná chtěl potvrdit své teorie. Když jsem se hlásil na takto zaměřená oddělení, chtěl jsem setrvat několik let, abych dané problematice porozuměl a v případě, že si své teorie potvrdím, tak s tím, že mám i praxi na paliativním oddělení mě třeba bude okolí poslouchat více a můj názor bude mít pro ně již nějakou váhu.“* Velice zajímavá je dopověď S8, jež uvedla následující: *„Nejvíce mi pomohla přednáška paní doktorky Svatošové a její názory na paliativní péči. To mě přimělo k uvažování nad paliativní péčí.“*

Vnitřní naplnění

Tato podkategorie představuje vnitřní naplnění z práce, kterou vykonávají. S1, S2, S5 a S9 uvedli, že je naplňuje samotná práce a smysluplnost poskytované péče. S1 do své odpovědi zahrnul obohacení vědomostní, uvedl: *„Z vědomí, jak moc znamená pro pacienty to, o děláme, ve zlepšování svých schopností a znalostí a uznání okolí.“* S2 ve své odpovědi uvádí: *„Naplňuje mě rodina pacienta a celková péče o pacienta. V poslední fázi života umím lidem pomoci, jelikož umírání neberu jako konec.“* S5 uvedla: *„Vidím v práci o umírající velký smysl, takže největší naplnění je to, že nedělám zbytečnou práci.“* S9 ve své odpovědi uvedl: *„Vnitřní naplnění cítím především z toho, když vidím, že péče, kterou poskytují není zbytečná.“* Ostatní probandi, a to S3, S4, S6, S7, S8 a S10, pak vnitřní naplnění pociťují především z reakcí pacientů na poskytovanou péči. S3 pak ve své odpovědi zohlednila i práci s rodinou, uvedla: *„Nejvíce mě těší, že byli pacienti rádi, že měli radost ze života. Líbí se mi motto – Hospicová péče nepřidává dny do života, ale život do dnů. Celkově ta péče je zaměřená na pacienta, spolupráci s rodinou, a to je asi to, co mě naplňuje.“* S4 uvedla: *„Největší vnitřní naplnění pociťuji hlavně v kontaktu s lidmi, moje zaměstnání uspokojuje mou potřebu pomáhat lidem. Naplňuje mě komunikace, kterou s pacienty vedu, je to obohacující.“* S6 se vyjádřila takto: *„Tak u mě je to opravdu v tom, že svou prací umožňuji lidem důstojný odchod. A je vidět i ta vděčnost, jak jsou rádi, že se o ně někdo stará.“* S7 sdělil následující: *„Nejvíce subjektivně kladně hodnotím emotivní projevy vážně nemocných lidí. V případě, že vidíte vděk i přesto, že nemocný nemůže mluvit a je plně imobilní je pro mě obrovskou poctou a hnací silou v práci. Nemocní mi občas projeví uznání a kladné emoce, což spatřuji jako největší*

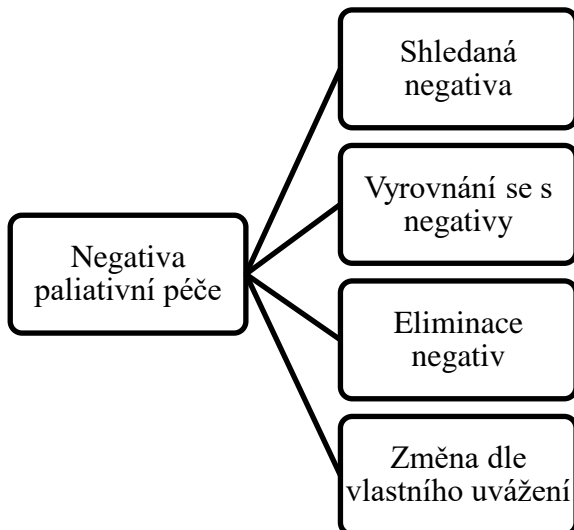
možné platidlo, které se penězi nedá vyčíslit. V podstatě se vlastně jedná o to, že nemocní mi dají najevo, že to dělám dobře a ať v tom pokračuji. A o to přeci jde, ne? Dělat věci tak, jak se mají.“ S8 uvedla následující: „Naplňuji mě spokojená slova od pacientů a děkované dopisy od rodiny.“ S10 ke ve své odpovědi uvedla, že jí naplňuje i uznání ostatních lidí, uvedla: „Mám radost, když vidím, že jsou pacienti šťastní, že jim mohu a umím pomoci. Lichotí mi i uznání ostatních.“

Pracovní kolektiv

Tato podkategorie prezentuje reakce probandů, jakou roli pro ně představuje kolektiv na pracovišti. Probandi se shodli na tom, že kolektiv představuje jednu z nedůležitějších součástí v jejich profesi a přispívá tak i k jejich pracovní motivaci. S1 se vyjádřil následovně: *„Kolektiv ovlivňuje vaši náladu, pracovní tempo, motivaci a obecně celý běh směny.“* Motivaci ve spojení s pracovním kolektivem zmínila i S10: *„V našem týmu je dobrá parta a je to velice důležité se navzájem podporovat a motivovat.“* Na podporu kolektivu ve své odpovědi poukazuje i S7, uvedl: *„Určitě je to obrovská podpora, jak po psychické, tak fyzické stránce. Značná míra humoru a pocit, že všichni táhneme za jeden provaz je pro mě také jeden z důvodů, proč zde setrvávám. S kolegy se vidáme i mimo pracovní náplň a mám spolu prakticky všichni hezké vztahy. Asi je to tím, že jsme všichni stejně postižení.“* S4 vyjádřila vztah k pracovnímu kolektivu takto: *„Kolektiv na pracovišti je pro mě druhou rodinou.“* S2 ve své odpovědi sdělila: *„Jsem na pracovišti, kde je velmi dobrý kolektiv, máme různá setkání a besídky. Skrze složení kolektivu se mi dobře pracuje a cítím se také skvěle.“* S5 uvedla: *Velkou a jsem ráda, že se mezi spolupracovníky cítím se dobře.“* S6: *„Myslím, že je to stejné jako všude. Kolektiv dělá opravdu hodně. My máme výborný kolektiv, všichni si zde vycházíme se vším vstříc, a i ta práce je příjemná.“* S9 se vyjádřil následovně: *„Kolektiv pro mě znamená velkou roli. Máme v práci skvělý kolektiv a jsem za to moc rád.“* S8 pak kolektiv na pracovišti zhodnotila spíše z pohledu funkčnosti kolektivu: *„Důležité je zapadnout do kolektivu a mít dobrý vztah, to usnadňuje smíření se smrtí a celkově podporuje pozitivní energii.“* S3 vyjádřila vliv kolektivu na její konkrétní osobu: *„Je to možná i ta nejdůležitější součást. Pokud není tým sehraný, nepanuje dobrá atmosféra, nemůže tomu odpovídat ani kvalita práce. U mě konkrétně má kolektiv velký vliv. Pokud na mě někdo hledá chyby a snaží se mě vykolejit, či jak stresovat, nejsem pak schopna podat kvalitní výkon. Naštěstí máme v práci kolektiv vynikající, který mě naopak motivuje k práci, mohu se na ně kdykoli obrátit a pokud to jde, snažím se je podpořit stejně tak, jako oni mě.“*

Kategorie 5 Negativa paliativní péče

Grafické znázornění 5 Negativa paliativní péče



Pátá kategorie shrnuje probandy vnímané negativní aspekty paliativní péče. Dále je zaměřena na vyrovnávání se s probandy uvedenými negativy a jaká je možná eliminace negativních faktorů. V neposlední řadě je i zhodnoceno, co by probandi změnili ve svém současném zaměstnání. Kategorie obsahuje čtyři podkategorie.

Shledaná negativa

Podkategorie poukazuje na probandy shledaná negativa, která se dle jejich tvrzení vyskytují v paliativní péči. Probandi S1, S4, S6 a S10 shledali jako nejvýznamnější negativa psychickou a fyzickou námahu, která sebou paliativní péče nese. S1 se k negativům vyjádřil takto: „*Občasná psychická i fyzická vyčerpanost, někdy i když mám volno myslím na práci a pacienty, což mě rozesmutní. Smutné je, že nejsou tyto oddělení moc dotovaná, takže je pokrok hrozně pomalý a člověk má pocit, že i kdyby se přetrhl, tak neposune to oddělení dál.*“ S4 se vyjádřila následovně: „*Je to vysoká psychická zátěž, když uvážíte, že se denně setkáváte s utrpením, je to hodně náročné. Někdy je i velmi náročná práce s rodinou, ale to je spíše ojedinělé.*“ S6 uvedla: „*Zejména s tím, že je ta práce opravdu fyzicky náročná. Někdy, když zemře na oddělení více klientů tak je to opravdu frustrující.*“ S10 se vyjádřil takto: „*Největší negativum je pro mě to, že je práce občas psychicky i fyzicky náročná. Jiné negativum bych neviděl nebo si je nepřipouštím.*“

Pouze na psychickou námahu se zaměřil S9, který uvedl: *"Občas je to psychicky náročné, ale snažím si to nepřipouštět a myslet pozitivně."*

Probandi S2 a S7 se vyjádřili k tomu, že paliativní péče je dalšími zdravotníky či veřejností vnímána negativně a panují o ní předsudky. S2 k negativnímu pohledu uvedla následující: *„Mám pocit a považuji to i za negativum, že veřejnost, pokud už má povědomí o paliativní péči, tak většinou špatné.“* Dále se S2 vyjádřila k množství kamenných hospiců, jejich vybavení a k počtu sester, uvedla: *„Je také špatné, že je málo hospicových zařízení, a navíc to není práce pro každého. Není ani snaha si takové sestry vychovat, které by se následovně aspoň po nějakou dobu paliativní péči věnovaly. Trápí mě i vybavenost hospiců, které by mohla být mnohem lepší. Já osobně se cítím občas trochu smutná, a ne vždy mám pocit z dobře odvedené práce.“* S7 se zaměřil na předsudky, které dle jeho slov plynou ze stran, sester, které se v paliativní péči nikdy neangažovaly, uvedl: *„Negativum, které tato práce nese, jsou předsudky ze stran kolegů sester, které zde nikdy nepracovaly. Ačkoliv mají do určité míry pravdu, že nemáme tolik fyzicky náročnou práci, jako jiná oddělení, je to ovšem o to větší nápor na psychiku. V naší práci je nutné přemýšlet v týmu a individuálně vynalézat možná řešení a aplikovat je u pacientů.“* S7 jako další negativum v paliativní péči spatřuje chování některých rodinných příslušníků, k tomuto uvedl: *„Určitě bych jako hlavní negativum uvedl neschopnost některých rodinných příslušníků, kteří podřívají naše snažení a působení na nemocného v naší péči. Negativní rodinní příslušníci, kteří chodí za daným pacientem jen z důvodu, aby tam byli, protože se to očekává a spíše pacientu ubližují, nám jen přitěžují.“* Ojedinelý pohled na negativa paliativní péče uvedla S5, která se zaměřila na paliativní péči jako na specifickou činnost a uvedla: *„Jedná se o velmi specifickou činnost, jako negativum shledávám, že kdybych chtěla odejít na jiné oddělení, možná by se mi špatně zvykalo na jinou práci.“* S3 v odpovědi zmínila jistý citový vztah k pacientům a jejich rodinám, uvedla: *„Ať chci nebo ne, někteří pacienti mi přirostli k srdci a jejich smrt pak pro mě byla náročnější. A pak i vztah s rodinou, občas se stalo že jsme se i objali, což v nemocnici není až tak obvyklé. Neshledávám to přímo jako negativum, ale nic jiného mě nenapadá.“* S8 jako negativní aspekt paliativní péče uvedla administrativní činnost, sdělila následující: *„Největší negativum je pro mne spousta papírování, stává se mi, že nad tím strávím mnoho času, který bych mohla věnovat pacientům.“*

Vyrovnnání se s negativy

Tato podkategorie je zaměřená na vyrovnání se s probandy s uvedenými negativy. Nejvíce probandy uváděný způsob vyrovnání se s negativy jsou záliby či koníčky, konkrétně to ve svých odpovědích uvedli S1, S2, S4, S9 a S10. S1 se vyjádřil následovně: „*Snažím se na ně nemyslet, rád rybařím, hraju počítačové hry, poslouchám hudbu, čtu a kouřím.*“ S2 se vyjádřila obdobně: „*Pomáhám si s rodinou, mám záliby a dokážu se odprostit od práce, mám si o tom s kým promluvit, jednoduše se snažím včas vyventilovat a nedusit to v sobě.*“ S4 odpověděla následovně: „*Čtu hodně knih nebo poslouchám hudbu, funguje mi to jako nejlepší relaxace a uvolnění.*“ S10 se připojila svým vyjádřením k předchozím názorům: „*No s negativy se vyrovnávám tím, co mě baví a u čeho nemusím na nic moc myslet, to je třeba sportem, hudbou a dobrou náladou s dobrými přáteli.*“ S9 zmínil také záliby, ovšem uvedla i možnost pracovního psychologa, sdělila následující: „*V práci máme psychologa, kterého můžeme navštěvovat. A pak relaxuji s rodinou nebo mám koníčky, u kterých vypnu.*“ S3 negativa řeší s kolegy nebo s rodinou pacienta a věří v to, že poskytnutí pomoc byla pro pacienta to nejlepší, co mohli udělat: „*Pomáhají mi především starší a zkušenější kolegyně a kolegyně. Vzájemná podpora pak také funguje s rodinnými příslušníky. Také jsem věděla, že jsme pro pacienta udělali to nejlepší, a to mi také pomohlo negativní pocity odbourat.*“ S7 sdělil, že se negativa snaží eliminovat a v některých situacích se také obrací na kolegy stejně jako S3 a uvedl: „*Neřeším tyto negativa, případně se stále stereotypně snažím dané problémy eliminovat. V některých případech je mi oporou tým kolegů ve směně.*“ S6 ve svém sdělení vyjádřila, že si negativa nepřipouští, ale naopak se snaží vidět na práci to pozitivní, uvedla: „*Snažím se to nepřipouštět. V práci se snažím vidět to, jak já pomáhám lidem a jak na to reagují.*“ Probandi S5 a S8 se k otázce vyrovnávání se s negativy postavily spíše pasivně. S5 uvedla: „*Neřeším to. Myslím si, že není v mých silách, abych něco změnila.*“ S8 reagovala velmi stroze a uvedla: „*Beru to tak, že to musí být.*“

Eliminace negativ

Tato podkategorie prezentuje názory probandů na to, jak je dle jejich mínění možné negativa eliminovat. Společnou myšlenku je možné sledovat pouze u S3 a S8 a u S6 a S9, u dalších odpovědí se vyskytují jiné pohledy a jiné vnímání eliminace negativ. S3 a S8 jsou toho názoru, že negativa je možné eliminovat dobrou atmosférou a fungujícím pracovním kolektivem. S3 uvedla: „*Dobrou pracovní atmosférou, soudržností kolektivu a dobře odvedenou prací.*“ S8 se vyjádřil takto: „*Dobrym kolektivem, a hlavně dobrou*

náladou.“ S1 ve své odpovědi zohlednil, že je vhodné vzbudit v sestřích pocit, že jsou součástí něčeho důležitého, dále se vyjádřil i k tomu, že by uvítal více volna a peněz pro zařízení, uvedl: *„Více volna mezi směnami a více peněz pro hospic, aby měl člověk pocit, že je součástí něčeho, co směřuje dopředu.“* S2 se zaměřila především na informování veřejnosti o paliativní péči, přála by si i více kamenných hospiců a vznik kurzů pro dobrovolníky či jiné zapálené zájemce pro paliativní péči, sdělila toto: *„Špatné povědomí určitě lze eliminovat tím, že se vytvoří brožury, odkryje se práce hospicových sester a jejich potřebnost. Více hospicových, nemobilních zařízení bohužel nejsou v mé pravomoci nějak zařídit, ale určitě do budoucna vidím nebo si to aspoň přeji vidět, že začnou růst. Určitě kurzy pro dobrovolníky či zájemce, kteří mají vlohly pro toto povolání, eliminuje nedostatek personálu.“* S4 uvedla jakou vhodnou eliminaci ovládnutí duševní hygieny, vyjádřila se následovně: *„Nejefektivnější je jednoznačně duševní hygiena, kdo se to dokáže naučit má téměř vyhráno.“* S5 se vyjádřila k vzdělávání sester v paliativní péči jakožto eliminace možných negativních aspektů, uvedla: *„Jsem toho názoru, že dobrá eliminace negativ může pramenit ze samostudia, specifických kurzů pro sestry v paliativní péči a z dostatečného proškolení odborných výkonů.“* S6 a S9 ve svých odpovědích zmínili i využití služeb pracovního psychologa. S6 uvedla: *„Tak myslím, že psycholog by se někdy hodil, ze všeho se vypovídat.“* S9 uvedl následující: *„Dobrá je supervize, no a pak třeba i pomoc pracovního psychologa, ale mě osobně to nevyhovuje.“* S7 jako eliminaci negativ edukuje rodiny umírajících i zdravotníky mimo paliativní péči, uvedl: *„Z mého pohledu, abych řekl pravdu, nevím. My se snažíme edukovat pacienta i rodinné příslušníky, v případě, že slyším někde nějaké pochybnosti o naší práci, například při obědě, vždy se dotýcných zeptám, z čeho tak usuzují a proč takový názor mají. V tomto případě se snažím edukovat i kolegy mimo náš obor.“* S10 by pro eliminaci negativ chtěla lepší zázemí, uvedla: *„Uvítala bych trochu lepší zázemí, více personálu a pomůcek.“*

Změna dle vlastního uvážení

Podkategorie představuje postřehy probandů na změnu, kterou by chtěli učinit, pokud by mohli. S1, S2, S4 a S6 se ve svých odpovědích shodli na tom, že pokud by to bylo možné, přáli by si více personálu pro svá zařízení. S1 svoji odpověď doplnil ještě větší soukromí pacientů a o více finančních prostředků: *„Přál bych si méně pacientů na pokojích, aby měli větší soukromí, více personálu, lepší stravu pro nemocné, protože skoro není ovoce a zelenina a více peněz i pro personál i pro oddělení.“* S2: *„Určitě bych*

uvítala aspoň jednu pracovní sílu navíc. “ S4 by si kromě personálu přála i lepší vybavení: „Já bych si přála, aby nás bylo víc, více personálu, který je ochoten pracovat s umírajícími lidmi. A taky lepší vybavení.“ S6 je se svou prací spokojena, avšak uvítala by více personálu: „Já nyní asi nic, možná by se hodila ještě jedna, dvě ošetřovatelky navíc, protože je nás tu málo, ale já jsem momentálně nadmíru spokojená.“ S3, S5, S8 a S9 by ve svém nynějším zaměstnání nic nezměnili. S5: „Nic bych neměnila.“ S8: „Nevím, asi není nic, co bych chtěla změnit.“ S9: „V současnosti asi nic, jsem zatím spokojený.“ S3 by také nic neměnila, avšak zhodnotila svoji zkušenost s vnucováním víry: „Pokud někdo není věřící tak mu nenutit víru, respektovat i to že každý věřící není. Tuto zkušenost mám a bylo to i velice nepříjemné pacientům, pokud je někdo do víry nutil. Jinak bych nic neměnila.“ Specifickou odpověď uvedl S7, který by si přál více hospicových zařízení: *„Jsem ve svém zaměstnání plně spokojený, spatřuji to jako velké plus pro společnost i pro mě samotného. Co bych zavedl nového by bylo, více možných pracovišť s tímto zaměřením, a aby na našem oddělení bylo zřízeno jedno místo, které by mohla obsadit sestra z jakéhokoliv oddělení, aby si třeba na týden zkusila naší práci.“*

5 Diskuze

Tato část diplomové práce porovnává výsledky zjištěné výzkumným šetřením. Prvním cílem práce bylo zjistit, jaký význam sestry spatřují v poskytování paliativní péče. Pro dosažení cíle bylo zjišťováno, jak sestry vnímají paliativní péči. Probandi (S3, S4, S5 a S10) vnímají paliativní péči jako potřebnou část zdravotnictví. Na potřebnost paliativní péče klade důraz Fitch (2015), která své tvrzení zakládá na úvaze o růstu a stárnutí celosvětové populace, dále pak i na zvyšujícím se výskytu chronických onemocnění (Fitch, 2015). Probandi (S1, S3, S6 a S7) se názorově shodli na zachování co nejvyšší důstojnosti umírajících pacientů. Jako příklad je možné poukázat na odpověď S7, který se vyjádřil takto: *„Paliativní péče je určitě ze všech možných zhodnotitelných úhlů prospěšná pro důstojné, smysluplné a citlivé dožití člověka.“* K dalšímu zhodnocení významu paliativní péče probandy je třeba i zhodnotit, jaká specifika v ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta sestry pocítují. Probandi (S1, S2, S3, S8, S10), uváděli, že se snaží poskytovat péči podle přání a potřeb pacienta. Vhodné je poukázat na odpověď S8, která pronesla následující: *„Snažíme se až do poslední chvíle zachovat pacientovu autonomii, vyhovět jeho potřebám a nechat ho rozhodovat.“* S péčí odvíjející se od pacientova přání souhlasí Kalvach (2010) jež uvádí, že paliativní péče je odborné a podpůrné doprovázení umírajících pacientů se zachováním jejich autonomie a naslouchání jejich přání, která jsou dle možností realizována (Kalvach, 2010). Probandi (S2, S3, S5, S8, S9 a S10) sdělili, že spolupracují a pečují o rodiny umírajících. S8 svoji odpověď rozvedla, sdělila, jakou váhu má komunikace s rodinou a zapojení rodiny do péče o umírajícího. I Bužgová (2013) zmiňuje nutnost péče o rodiny umírajících, vyhledávání jejich nenaplněných potřeb ve spojitosti s umírajícím rodinným příslušníkem (Bužgová, 2013). Toto tvrzení potvrzuje i Plakovic (2016), dle které sestra představuje klíčovou osobou pro poskytování informací a podporu rodiny umírajícího pacienta (Plakovic, 2016). Probandi (S2, S3, S6 a S10) posoudili jako specifickou část ošetrovatelské paliativní péče určitý časový komfort, to znamená, že na poskytování péče může probíhat v pomalejším tempu. Více času pro poskytování ošetrovatelské péče komentuje S10: *„V paliativní péči mám na pacienta více času a mohu si proto dovolit pracovat pomalu, ale precizně.“* Probandi zvážili i výkony, které pacientům poskytují. Nejvíce se vyskytovaly výkony související s tišením bolesti, polohováním, výživou, pitným režimem a vyplněním volného času, vyskytovaly se v odpovědích všech dotazovaných, alespoň do určité míry. Specifické činnosti uvedli S1, S3 a S7. Jedná se o

činnosti, které jsou v paliativní péči zásadní a jsou zaměřené na komfort umírajícího pacienta. S1 představil zajímavý postřeh: „*V terminálním stádiu je důležité tlumit zvuky, ostrá světla a výrazné vůně.*“ S3 ve svém vyjádření poukázala na další specifické činnosti, uvedla: „*V podstatě využívám prvky bazální stimulace. Pacientovi pouštím oblíbenou hudbu, vystavím mu fotky rodiny či oblíbené obrázky.*“ Probandi (S1, S2, S5, S6, S8) spatřují význam paliativní péče v tom, že pacient neumírá osamocen, S1 konstatoval: „*Pacient ví, že se o něj někdo postará, je mezi lidmi, nemá pocit, že umře opuštěný....*“

K významu paliativní péče je třeba přiřadit i kde je poskytována. Probandům byly položené otázky týkající se poskytování paliativní ošetrovatelské péče ve specializovaných a nespécializovaných zařízeních. Z odpovědí všech dotazovaných jednoznačně vyplývá, že specializovaná paliativní zařízení jsou lépe vybavená pro doprovázení umírajících pacientů, pracují zde zkušené sestry a péče je přizpůsobena pacientům. Další pozitivum specializovaných zařízení je možná přítomnost rodiny po neomezenou dobu a je kladen i důraz na spolupráci s rodinou umírajícího. Výhody jsou shledány i v péči o personál, který je podrobován supervizím, čímž je eliminováno riziko vzniku syndromu vyhoření a celkově to přispívá ke zvyšování kvality péče. Jako potvrzení předešlých faktů se nabízí uvést některé vystihující odpovědi probandů. S10 sdělila: „*Je to péče uzpůsobená přímo pro umírající pacienty a stojím si za tím, že je to odborná péče. Personál je edukovaný v paliativní péči a dbá se i na jejich potřeby, prevence syndromu vyhoření, supervize a tak podobně.*“ Vystihující odezvu podala i S6: „*Myslím si, že je to dobrá věc. Umírající může být s rodinou v prostředí, které je domáctější a rozhodně příjemnější než nemocniční prostředí. Navíc je o pacienty pěkně postaráno, personál, který s nimi pracuje, je trpělivý a věnuje se jim a snaží se uspokojit všechny jejich potřeby.*“ Nespécializovaná zařízení v paliativní péči zhodnotili probandi jako nedostačující pro poskytování péče umírajícím, ve všech odpovědích se objevily negativní názory. Probandi poukázali na neadekvátní vybavení, nezkušený personál, který nechce s umírajícími pracovat nebo se paliativní péče obává. S7 reagoval následující odpovědí: „*Nejsem zastánce toho, aby byli umírající lidé umístováni na interní oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných či jiná oddělení v nemocničních zařízeních. Myslím si, že tento problém je především z důvodu nevědomosti okolních lidí o takovéto péči nebo nedostatečné empatii vůči umírajícímu pacientu.*“ Podobný výsledek vypořadovala i Ondriová (2008), která se dotazovala sester, zda považují umírání v nemocnicích za důstojné a humánní. 61% sester z jejího výzkumu prokázalo, že nepovažují umírání v nemocnicích za důstojné, při otázce proč tomu tak je, sestry

označily jejich zaneprázdněnost (Ondriová, 2008). Z uvedených argumentů na otázky týkající se poskytování paliativní péče ve specializovaných a nesespecializovaných zařízeních plyne, že příkladnou paliativní péči lze prozatím nalézt pouze ve specializovaných zařízeních. Významu paliativní péče jak tak možné dosáhnout pouze ve vhodně upraveném prostředí se zkušeným a proškoleným personálem, teprve v takovém případě je možné saturovat potřeby umírajících pacientů, uzpůsobit péči jejich přáním, spolupracovat s rodinou a zachovat důstojnost umírajícího člověka. Důstojností pacienta v paliativní péči se zabývala Kennedy (2015), která na základě zjištěných faktů potvrdila, že není možné popírat významnost důstojnosti umírajících pacientů. Důstojnost může být zachována za předpokladu naplňování tužeb pacienta, uspokojování potřeb a individuálního přístupu (Kennedy, 2015). Tímto je stvrzeno, jak důležitý je přístup sester k umírajícím ve specializovaných zařízeních.

Jako vhodné řešení celé situace se nabízí zřízení oddělení paliativní péče v nemocnicích, které by zaštiťovalo odbornou péči pro umírající a rozšířil by se i význam paliativní péče. Součástí rozhovoru byl dotaz, který směřoval na toto téma. S1, S3, S4, S5, S6, S9 a S10 se k oddělení paliativní péče staví pozitivně, především z důvodu rozšíření působnosti paliativní péče a doplnění omezeného počtu hospicových lůžek. S4 uvedla výstižnou souhlasnou odpověď: *„Mám určitě kladný názor, hospice jsou velice omezené, co se týká kapacity, toto je možné řešení.“* Naopak sestry S2, S7 a S8 vznesli nesouhlas či nejistotu s vytvořením paliativního oddělení. Zásadní vznešené argumenty proti se týkaly obav o dosažení potřebné kvality péče, předsudků sester vůči paliativní péči a obtížného financování paliativního oddělení. S7 pozitivním reakcím oponoval svým názorem: *„Nevím, jestli by to fungovalo tak, jak by mělo. Vzpomněl jsem si, jaké informace kolují mezi personálem v nemocnicích o odděleních typu dlouhodobě nemocných. Můj osobní názor je takový, že sestry by na taková oddělení nechtěly a měly by spousty předsudků. Také si nejsem jistý, zdali by byla poskytována péče na požadované úrovni.“* Oddělení paliativní péče je za předpokladu vhodného zázemí, proškoleného personálu a dostatečného financování alternativou pro poskytování ošetrovatelské paliativní péče umírajícím pacientům. Vzhledem k omezenému počtu hospicových lůžek je příhodné dát těmto oddělením šanci, neboť podle Slámy (2012) má oddělení paliativní péče začleněné do nemocnice příležitost pro zkvalitnění péče o umírající v rámci celého zařízení (Slámy, 2012).

Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké motivy vedou sestry k práci s nevyлéčitelně nemocnými. Pro pochopení motivace sester v paliativní péči je dle

Machálkové (2016) nutné současně pochopit, jak sestry vnímají smrt. Zkušenost se smrtí a umíráním je jedním z motivačních faktorů sester pracujících v hospicovém zařízení (Machálková, 2016). K vytvoření si pohledu na smrt je nutné zahrnout i první setkání se smrtí, jež u dotazovaných sester proběhlo v rodinném prostředí nebo v rámci praxe na střední škole. Sestry S1, S3, S7 a S8 se se smrtí poprvé setkali v rámci rodiny. Pocity probandů byly identické, prošli si lítostí, smutkem a kladením si otázek, proč musel zemřít zrovna jejich rodinný příslušník. S1 svoji první zkušenost se smrtí popisuje takto: *„Ve 12 letech, kdy mi umřel strejda, samozřejmě jsem cítil smutek, trochu vztek, protože jsem nechápal, proč musel umřít zrovna on, mladý zdravý člověk, dále šok a potřebu utěšovat mladší sestru, která hrozně brečela. A potom lítost, že jsem mu nestihl říct spoustu věcí.“* Probandi S2, S4, S5, S6, S9 a S10 se se smrtí setkali poprvé na střední škole. Vyvolané pocity pak vycházely z okolností, které smrt doprovázely. S2 svoji první zkušenost popsala velice podrobně a je podstatné ji uvést, jelikož sestry, které se setkaly poprvé se smrtí na střední škole v rámci odborné praxe, velice pravděpodobně zažily podobnou situaci, S2 uvedla: *„Poprvé jsem se se smrtí setkala na střední škole ve třetím ročníku hned první den praxe. Cítila jsem se hodně špatně, nevěděla jsem, co mám dělat, sestra mě poslala, abych s paní byla na pokoji, musela jsem jí ještě podat léky, i když jsem nechtěla, a i když paní nebyla schopna je polknout. Nebylo mi to příjemné, protože jsem se smrtí nebyla smířena. Když paní zemřela, vnímala jsem to jako vlastní selhání, protože jsem si myslela, že jsem ji nezachránila. Bála jsem se. Ted' už bych se samozřejmě zachovala jinak.“*

Uvědomění si vlastní smrtelnosti je další částí celkového pojetí smrti. Dotazované sestry (S2, S5, S6, S7 a S8) uvedli smíření s vlastní smrtí, důvody, které je k takovému tvrzení vedou pramení z častého setkávání se smrtí a přiznání si, že smrt je součástí života. S7 konstatoval: *„Smrt k životu patří, a i já jednou umřu a budu velice rád, když mi někdo poskytne na konci svého života takový komfort, který si budu přát a bude mi oporou až do posledních vteřin.“* Probandi S3, S4 a S10 si vlastní smrt nepřipouští, příčinu lze sledovat v častém setkávání se smrtí pacientů nebo obavy spíše o vlastní rodinu než o vlastní osobu. S1 se smrti obává, avšak jeho víra a víra v posmrtný život jej uklidňují. Strach ze smrti má z dotazovaných sester pouze S9, obavy vychází z nepředvídatelnosti života. Peters (2013) zhodnotil postoje sester ke smrti a uvedl, že pokud má sestra pozitivní postoj ke smrti, bude mnohem lépe zvládat péči o umírajícího pacienta. Pokud je sestra, které pracuje s umírajícími pacienta mladší třiceti let, její schopnost vyrovnat se smrtí bude mnohem nižší než u sestry, která je starší třiceti let (Peters, 2013).

Vnímání smrti pacientů je aspekt, který přispívá k celkovému obrazu pojetí smrti. Probandi S1, S4 a S6 uchopují smrt pacienta jako vysvobození z nemoci a z bolesti. Myšlenku vysvobození do své odpovědi výstižně zanesl S1: „*Snažím se samozřejmě předcházet poškození pacienta z mé strany a zajistit mu co možná nejlepší umírání, důstojné a vyrovnané. Jinak beru ve většině případů smrt pacienta jako jeho vysvobození. Věřím, že se po smrti mají lépe, a to mi pomáhá.*“ S2 a S5 pohlíží na smrt pacienta jako na přirozenou součást života. S3 si smrt pacienta snaží nepřipouštět, avšak záleží, jak dlouho pacienta zná a jaký je mezi nimi vztah. S8 pomáhá, že pacient neumírá osamoceny, S10 se k této otázce vyjádřila s lítostí, a to především u pacientů, ke kterým má jako člověk blízko. Vnímání smrti pacienta je dotazovanými sestrami vnímáno různými způsoby, nejvíce záleží na vztahu mezi sestrou a pacientem. Obdobně jako dotazované sestry vnímají smrt dokazuje i Vachon (2012), která popisuje, jak sestry v paliativní péči přistupují ke smrti. Sestry vnímají smrt jako přirozenou součást života, další sestry pak vnímají smrt jako přechod do další fáze bytí. Některé sestry smrti nepřipisují hlubší význam označují ji jako konec. Některým sestrám časté setkávání se se smrtí mění žebříček hodnot a uznávané priority (Vachon, 2012).

Stálé setkávání se smrtí mnohdy působí jako velká psychická zátěž, a proto je třeba i zhodnotit vliv smrti na setrvání v paliativní péči. Probandi S1, S2, S3, S4, S5 a S8 nejsou ovlivněni smrtí pacienta na tolik, aby museli změnit zaměstnání. S prací v paliativní péči buď byli seznámeni a věděli do čeho jdou nebo se jedná o práci, která je jim velmi blízká. Tím je myšleno, že jsou schopni odolat psychické zátěži a sami sebe vidí jako zdravotníky, kteří jsou pro práci s umírajícími pacienty stavěny, respektive skupina umírajících pacientů je ta, které umí nejlépe pomoci. Výstižnou reakci poskytla S4: „*Vnímám to jako naplnění pomáhající profese. To, že se smrtí setkávám, patří k mé profesi, důstojná smrt je pro mě smysl lidem pomáhat.*“ Probandi S9 a S10 se svěřili, že i přes získané zkušenosti je práce v paliativní péči náročná a do budoucna se přesunou do jiného zdravotnického zařízení.

Pochopení motivace sester v paliativní péči je založené i na zhodnocení důvodu, který je vedl k práci s umírajícími pacienty. Probandy S1, S4, S6 a S8 vedla k práci s umírajícími pacienty předchozí zkušenost z hospicového zařízení v rámci studia a potřeba o umírající pečovat. S1 konstatoval, že se k práci s umírajícími dostal již na střední škole a přístup některých pracovníků jej inspiroval k tomu, aby se stal jedním z nich. Podobnou zkušenost měla na střední škole v hospicovém zařízení i S6, kterou oslovil přístup sester k umírajícím pacientům. Specifický názor uvedl S7, kterého

ovlivnila smrt otce, smrt pak chápal jako přirozenou součást života. Nyní má snahu poukázat na smrt jako na přirozenou součást života a změnit negativní pohled na ni. S2 a S3 se ve své praxi na standardním oddělení setkaly s negativním přístupem k umírajícím pacientům, což je k práci v paliativní péči přimělo. S5 a S9 dostali pracovní nabídku do hospicového zařízení. S10 uchopila práci s umírajícími pacienty jako výzvu, kterou přijmula a chtěla si dokázat, zda je v jejích silách se v paliativní péči pohybovat. Pro výběr paliativní péče sehrála důležitou roli u probandů (S1, S4, S6) potřeba zajistit důstojnou smrt. S1 se svěřil s následujícím: „*Chtěl jsem být součástí něčeho tak důležitého jako je zajišťování důstojného umírání.*“ S2 se stejně jako S7 musela vyrovnat se smrtí otce a motivace pro práci v paliativní péči dle jejích slov byla následující: „*Rozhodla jsem se pro ni, protože můj otec zemřel na rakovinu plic, a právě v ty dny kdy se jeho život chýlil ke konci, jsem chtěla, aby byl stále člověkem, aby zkrátka umíral důstojně.*“ K motivaci pro vykovávání profese sestry v paliativní péči mohou sloužit názory odborníků v dané problematice, tak tomu bylo i u S8: „*Nejvíce mi pomohla přednáška paní doktorky Svatošové a její názory na paliativní péči. To mě přimělo k uvažování nad paliativní péčí.*“

Probandi byli v rámci motivace dotazováni, zda pociťují vnitřní naplnění z poskytované péče a co je konkrétně naplňuje. Probandi S1, S2, S5 a S9 se shodli na pocitu vnitřního naplnění ze samotné práce a ze smysluplnosti poskytované péče. S1 doplnil, že jeho osobně naplňují i získané zkušenosti a vědomosti. Ostatní probandi (S3, S4, S6, S7, S8 a S10) pociťují vnitřní naplnění z reakcí pacientů a jejich rodin na poskytovanou péči. Zmíněnými reakcemi pacientů pak sestry myslí radost ze života, kladné emoční projevy, slovní uznání od pacientů i jejich rodin. Zajímavý postřeh konstatoval S7: „*Nemocní mi občas projeví uznání a kladné emoce, což spatřuji jako největší možné platidlo, které se penězi nedá vyčíslit. V podstatě se vlastně jedná o to, že nemocní mi dají najevo, že to dělám dobře a ať v tom pokračuji. A o to přeci jde, ne? Dělat věci tak, jak se mají.*“ Spokojeností a vnitřním uspokojením sester pracujících v paliativní péči se zabývala i Wallerstedt (2007), jejíž výzkum se shoduje s některými odpovědi probandů. Dle Wallerstedt (2007) sestry naplňuje samotná práce o umírajícího člověka, o kterého mohou pečovat jako o celistvou bytost. Sestry uspokojují i zkušenosti, které získávají v péči o umírající pacienty a vedou tak i k osobnímu růstu sester (Wallerstedt, 2007).

K motivaci v paliativní péči jistě přispívá i pracovní kolektiv na čemž se shodli i dotazovaní probandi. Kolektiv je jimi považován za jednu z nejdůležitějších součástí v jejich profesi. Názor dotazovaných potvrzuje i Mercer a Feeney (2009), které konstatují, že kolektiv je jedním z hlavních motivátorů u sester pracujících v paliativní péči. Kolektiv si navzájem prokazuje podporu, dochází i k vytvoření příjemného prostředí, které vzbuzuje v sestřích důvěru (Mercer, Feeney, 2009). S1 konstatoval, že kolektiv určuje náladu, tempo práce, motivaci a celkový chod směny. S10 podobně jako S1 uvedla ve spojitosti s kolektivem i motivaci. S7 spatřuje sílu kolektivu v psychické a fyzické podpoře, táhnutí za jeden provaz a společném humoru. S4 má ke kolektivu silné pouto, dle jejích slov je pro ni kolektiv v práci druhou rodinou. Další probandi (S2, S5, S6, S8, S9) pak pokračovali ve výpovědích velice obdobně. S3 zhodnotila, že v nynějším zaměstnání má výborný kolektiv, ale je si vědoma i vlivu, který na ni má kolektiv negativně naladěný, uvedla: *„U mě konkrétně má kolektiv velký vliv. Pokud na mě někdo hledá chyby a snaží se mě vykolejit, či jinak stresovat, nejsem pak schopna podat kvalitní výkon. Naštěstí máme v práci kolektiv vynikající, který mě naopak motivuje k práci, mohu se na ně kdykoli obrátit a pokud to jde, snažím se je podpořit stejně tak, jako oni mě.“*

Třetím cílem diplomové práce bylo poukázat na negativní motivátory z pohledu sestry při poskytování paliativní péče. Probandům byla položena otázka, ve které se měli vyjádřit k pocíťovaným negativům, které shledávají v práci s umírajícími pacienty. Probandi S1, S4, S6, S9 a S10 shledali jako negativa psychickou a fyzickou námahu. S1 si krom námahy postěžoval i nedostatečné finanční zajištění zařízení a v některých situacích má pocit, že i kdyby udělal cokoliv, tak jej nikam neposune. S4 jako zdroj psychické vyčerpanosti uvedla každodenní setkávání s utrpením, sdělila: *„Je to vysoká psychická zátěž, když uvážíte, že se denně setkáváte s utrpením, je to hodně náročné.“* S6 vnímá zejména fyzickou námahu, jako příklad uvádí vysoký počet pacientů na zařízení. S10 zhodnotil psychickou a fyzickou námahu, jiné negativum nepocíťuje. S9 zaměřil svoji odpověď pouze na psychickou zátěž, dodal, že si ji snaží nepřipouštět a myslet pozitivně. S2 a S7 jako zásadní negativum paliativní péče spatřují v záporném pohledu zdravotníků i veřejnosti. S2 se pak dále vyjádřila i k nedostatečnému počtu hospicových zařízení a k nedostatku sester, které mají předpoklady k práci s umírajícími. Její konstatování zní: *„Mám pocit a považuji to i za negativum, že veřejnost, pokud už má povědomí o paliativní péči, tak většinou špatné. Je také špatné, že je málo hospicových zařízení, a navíc to není práce pro každého. Není ani snaha si takové sestry vychovat, které by se následovně aspoň po nějakou dobu paliativní péči věnovaly. Trápí mě i*

vybavenost hospiců, které by mohlo být mnohem lepší.“ S7 se zaměřil na předsudky sester, které v paliativní péči nepracují a na chování některých rodinných příslušníků, kteří dle jeho slov někdy pacientovi spíše ubližují. S5 podala zajímavý postřeh, dle S5 je paliativní péče natolik specifickou ošetrovatelskou činností, že v případě změny působiště je těžké se adaptovat na jinou práci. S3 jako nejtěžší část své práce považuje případy, kdy má k pacientovi i k rodině bližší vztah, což není možné mít úplně pod kontrolou. S8 si postěžovala na množství administrativní činnosti a množství času, který jí příslušná činnost trvá. Negativní faktory, které sestry ovlivňují při práci v paliativní péči mapoval i Zurek (2014). Sestry dle jeho zjištění jako negativní faktor nejvíce pocítují psychickou zátěž, další negativa se týkají bolesti a utrpení pacientů, vysoký počet úmrtí na jednu pracovní směnu a komunikace s pozůstalou rodinou (Zurek, 2014).

Pokud jsou známa negativa či negativní motivátory je zapotřebí zjistit i jakým způsobem se sestry s pocíťovanou negací vyrovnávají. Po seřazení odpovědí jasně vyplývá, že nejužívanější způsob pro vyrovnání se s negativy jsou zájmy, relaxace s rodinou a mít si s kým o negativech popovídat. Konkrétně se takto vyjádřili S1, S2, S4, S9 a S10. S3 negativa řeší se staršími a zkušenějšími kolegy, pomáhá jí i vědomí toho, že pro pacienta udělali maximum a v závěru života netrpěl. S7 se připojuje k S3, avšak zmiňuje se i určitém stereotypu v možnostech řešení a uvádí: *„Neřeším tyto negativa, případně se stále stereotypně snažím dané problémy eliminovat. V některých případech je mi oporou tým kolegů ve směně.“* S6 negativa nehodlá řešit, soustředí se spíše na pozitiva. S5 a S8 konstatovaly poměrně pasivní odpověď a negativa neřeší, z důvodu jejich přirozenosti nebo proto, že to není v jejich silách.

K zjištěným negativním prvkům patří i zhodnocení sester, podle kterého se lze negativům vyhnout a eliminovat je tak. S3 a S8 se shodly, že negativům lze často předcházet dobrou atmosférou a fungujícím pracovním kolektivem. S6 a S9 se zaměřili na využití služeb pracovního psychologa. S4 eliminuje negativa duševní hygienou a doporučuje ji i pro další sestry paliativní péče. Odpovědi probandů (S6, S9 a S4) doporučuje i Kupka (2008), který se zabýval spojitostí práce v paliativní péči a syndromem vyhoření. Jelikož sestry jsou při péči o umírající pacienty vystaveny vysokému riziku syndromu vyhoření, je důležité aby, byl k dispozici psycholog, kterému se sestry mohou svěřit s obtížemi, které je v práci doprovází. Kupka (2008) doporučuje i Bálintovské skupiny, které mohou sestrám být také velmi prospěšné (Kupky, 2008). S1 zmínil důležitost motivace zdravotníků vedením zařízení, tedy vzbudit v sestřích pocit, že jsou součástí něčeho důležitého, dále se pak vyjádřil i k dostatečnému financování

zařízení. S2 jako možné řešení zmínila informovat veřejnost, vybudování dalších hospicových zařízení a zajištění dostatku motivovaného personálu. S5 vidí potenciál ve zlepšení vzdělávání sester a S10 by si přála lepší zázemí pro hospice, to znamená více personálu a více pomůcek.

6 Závěr

Diplomová práce zaměřená na motivaci sester pracujících v paliativní péči měla stanovené tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký význam sestry spatřují v poskytování paliativní péče. Druhým cílem bylo zjistit, jaké motivy vedou sestry k práci s nevléčitelně nemocnými a třetím cílem bylo poukázání na negativa z pohledu sester při poskytování paliativní péče.

Význam poskytování paliativní péče probandi spatřují v její potřebnosti, jinak řečeno probandi vnímají paliativní péči jako potřebnou součást zdravotnictví, která dbá na důstojné a citlivé dožití umírajícího pacienta. Pro dosažení důstojného umírání probandi poskytují výkony spojené s tišením bolesti a dalších příznaků, polohují pacienta, dohlíží na pitný režim a celkově se snaží o organizaci času celého dne. Význam paliativní péče spočívá i ve specifických znacích, které sestry spatřují v poskytování péče reagující na přání a potřeby pacienta. Dle probandů je v péči o umírající zásadní i péče o rodinné příslušníky a blízké. Do spolupráce s rodinou pak spadá komunikace, která je hlubší, než jakou známe z jiných zdravotnických zařízení a jejich zapojení do péče o pacienta. Probandi jako specifikum paliativní péče označili i určitý časový komfort, díky kterému mohou u pacienta trávit více času a individualizovat tak i ošetrovatelskou péči. Probandi se také vyjádřili k tomu, že aby paliativní péče dostala svého významu, je třeba, aby byla poskytována ve specializovaných zařízeních, to znamená v hospicových zařízeních. Probandi poukázali na rozdílnost poskytované paliativní péče v hospicových zařízeních a v nespécializovaných zařízeních, z reakcí jasně vyplývá nedostatečnost paliativní péče poskytované v nemocnicích. Jako kompromis a vhodné řešení bylo probandům navrženo nemocniční oddělení paliativní péče, které bylo většinou velice vítáno, ale našlo si i své odpůrce, kteří chod oddělení podobného typu spíše zavrhovali.

Motivy, které sestry vedou k práci s nevléčitelně nemocnými vycházejí z předchozích zkušeností sester. Probandi se pro paliativní péči rozhodovali na základě získaných zkušeností v hospicových zařízeních v rámci studijní praxe nebo na základě zkušeností se smrtí blízkého člověka. Velkou roli pak sehrála pracovní nabídka a možnost získání cenných zkušeností a potřeba pomáhat lidem, konkrétně tedy umírajícím pacientům. U probandů byl zjišťován i jejich osobní postoj a vnímání smrti. Vyplynulo, že některé sestry jsou smířené s vlastní smrtí, některé si ji nepřipouští a byly vyjádřeny i obavy a strach. Smrt pacienta pak sestry pociťují jako vysvobození od utrpení a bolesti a jako přirozenou součást života. Součástí motivace je i vnitřní naplnění z vykonané práce.

Sestry pociťují naplnění ze smysluplnosti poskytované péče a z projevů radosti a pozitivních emocí ze strany pacientů i jejich rodin. Jako silná motivace v paliativní péči působí i kolektiv na čemž se shodli všechny dotazované sestry. Kolektiv vytváří pro sestry podpůrné prostředí a přispívá k dobré atmosféře na pracovišti.

Třetím cílem práce bylo zhodnocení negativ, které sestry vnímají při poskytování paliativní péče. Negativa probandi shledali v psychické a fyzické námaze a ve skeptickém pohledu zdravotníků z jiných oborů na paliativní péči. Negativně je vnímána i administrativní činnost a specifičnost paliativní péče, která ztěžuje přechod sester do jiného zdravotnického oboru. S negativy se probandi vyrovnávají formou osobních zálib a zájmů, sdílením negativ s kolektivem či duševní hygienou a s pomocí pracovního psychologa. Pro eliminaci zmíněných negativ probandi doporučili lepší zázemí v zařízeních, technické i personální, vznik nových hospicových zařízení a zefektivnění vzdělávání sester v oblasti paliativní péče.

Diplomová práce poslouží jako zdroj informací pro sestry, které se rozhodují pro práci v paliativní péči. Získaná data vytvoří podklad pro zpracování doporučení pro doporučení pro vedoucí pracovníky: adaptační proces pro sestry pracující v paliativní péči (příloha 2).

7 Seznam literatury

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-2470-279-7.
2. ANGENENDT, G., 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
3. ARMSTRONG, M., 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. 10. vydání. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
4. BRENNAN, C., 2016. Improving Palliative Care Team Meetings: Structure Inclusion and Team Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 33(6), p. 585-593. Dostupné z: DOI: 10.1177/1049909115577049
5. BROWNIE, S., 2016. Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nursing Standard*. 31(6), p. 54-63. Dostupné z: DOI: 10.7748/ns.2016.e9847
6. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
7. BUŽGOVÁ, R., 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* 13(3), s. 265-274. ISSN 1212-4117.
8. BUŽGOVÁ, R., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* 7(6), s. 310-314. ISSN 1802-4475.
9. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
10. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J., 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu. 140 s. ISBN 978-80-9058-670-3.
11. Centrum paliativní péče, © 2017. *Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencií pro zdravotní sestry* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>

12. CLAXTON-OLDFIELD, S., 2008. Some Common Problems Faced by Hospice Palliative Care Volunteers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 25(2), p. 121-126. Dostupné z: DOI: 10.1177/1049909107312593
13. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., 2003. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
14. Česká společnost paliativní medicíny, © 2016. *Kurzy a konference* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/#kurzy-a-konference>
15. DÉMUTHOVÁ, S., 2010. *Keď umiera dieta: praktická tanatológia I*. Pusté Úľany: Schola Philosophica. 301 s. ISBN 978-80-89488-00-1.
16. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
17. FITCH, M., 2015. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of palliative medicine*. 4(3), p. 150-155. Dostupné z: DOI: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04
18. FRANKL, V., E., 2006. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 3. vydání. Brno: Cesta. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
19. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-726247-1-3.
20. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
21. HERBERT, R., 2007. Palliative Care in Acute Care Hospitals. In: BLANK, A., *Choices in Palliative Care*. New York: Springer., p. 1-17. ISBN 978-0-387-70875-1.
22. HUNEŠ, R., 2008. Hospic – místo radosti. *Kontakt*. 10(1), s. 69-72. ISSN 1212-4117.

23. JANKE, W., 1995. *Filosofie existence*. Praha: Mladá fronta. 247 s. ISBN 80-204-0510-0.
24. JEŽORSKÁ, Š., VÉVODA, J., CHRASTINA, J., 2014. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese*. 7(1), p. 9-15. ISSN 1803-4330.
25. KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 135 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
26. KALVACH, Z., 2011 *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
27. KENNEDY, J., 2015. *Hospice Aide On-the-Go In-Service Series*. Middleton: HCPro, 226 p. ISBN: 978-1-55645-343-4.
28. KISVETROVÁ, H., 2011. Problematika smrti z pohledu filozofie. In: *Radiační onkologie. Sborník příspěvků ke konferenci Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky*. Hradec Králové: LFUK, s. 111-115. ISBN 978-80-254-9062-4.
29. KUPKA, M., 2008. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie*. 2(1), s. 23-35. ISSN 1802-8853.
30. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
31. LUGTON, J., MCINTYRE, R., 2005. *Palliative care: the nursing role*. 2. vydání. Edinburgh: Elsevier. 372 p. ISBN 044-30745-8-5.
32. MACHÁLKOVÁ, L., et al., 2016. Faktory motivace všeobecných sester v hospicové péči s přesahem České republiky. *Psychologie pro praxi*. 3(4), s. 59-69. ISSN 1803-8670.
33. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

34. MERCER, J., FEENEY, J., 2009. Representing death in psychology: Hospice nurses' lived experiences. *Mortality*. 14(3), p. 245-264. Dostupné z: DOI: 10.1080/13576270903017149
35. MILLIGAN, S., 2012. Optimising palliative and end of life care in hospital. *Nursing Standard*. 26(41), p. 48-56. Dostupné z: DOI: 10.7748/ns2012.06.26.41.48.c9157
36. MINDELL, A., 2008. *Kóma: klíč k probuzení*. Brno: Emitos. 126 s. ISBN 978-80-87171035.
37. MMR, © 2012. Péče o pozůstalé v ČR [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.mmr.cz/cs/Regionalni-politika-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>
38. MOTA VARGAS, R., 2016. The transformation process for palliative care professionals: The metamorphosis, a qualitative research study. *Palliative Medicine*. 30(2), p. 161-170. Dostupné z: DOI: 10.1177/0269216315583434
39. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-2471-025-0.
40. OBRONČÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2012. Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. In: DERŇAROVÁ, L., JAKUBÍKOVÁ, M., *Quo vadis zdravotníctvo: zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie*. Prešov: Prešovská Univerzita, s. 422-433. ISBN 978-80-555-0698-2.
41. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247129-5-6.
42. ONDRIOVÁ, I., et al., 2008. Postoj sestier k problematike umierania, smrti a eutanázie. In: ŠANTA, M., RYBÁROVÁ, L., DERŇAROVÁ, L., *Zborník Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: Prešovská Univerzita, s. 150-152. ISBN 978-80-8068-882-0.

43. PARIKH, P., 2017. Evaluation of palliative care training skills retention by medical students. *Journal of Surgical Research*. 211(1), p. 172-177. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.jss.2016.11.006
44. PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
45. PETERS, L., et al., 2013. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal*. 7(1), p. 14-21. Dostupné z: DOI: 10.2174/1874434601307010014
46. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
47. PLAKOVIC, K., 2016. When Family Has to Decide How Much Is Too Much. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 18(5), p. 388-389. Dostupné z: DOI: 10.1097/NJH.0000000000000281
48. PLHÁKOVÁ, A., 2007. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
49. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 86 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
50. RADBRUCH, L., PAYNE, S., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů. 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
51. SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 5(1), s. 10–12. ISSN: 1337-6896.
52. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 362 s. ISBN 978-80-726284-9-0.
53. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

54. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2015. Pojetí vztahu člověka k člověku v ošetrovatelství. *Kontakt*. 17(4), 212-217. ISSN 1212-4117.
55. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
56. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-739-4246-5.
57. The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life, 2016. [online]. The Ulster Medical Society. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847835/>
58. TOMEŠ, I., et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246294-1-4.
59. TOODE, K., et al., 2011. Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 48(2), p. 246-257. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013
60. URBAN, J., 2010. *10 nejdražších manažerských chyb: Jak se vyvarovat nejzávažnějších chyb při řízení lidí*. Praha: Grada. 166 s. ISBN 978-80-247-3176-6.
61. VACHON, M., 2012. Death Confrontation, Spiritual-Existencial Experience and Caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*. 9(2), p. 151-172. Dostupné z: DOI: 10.1080/14780881003663424
62. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S., 2015. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. *Kontakt*. 17(1), s. 38-48. ISSN 1212-4117.
63. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

64. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 452 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
65. Vyhláška č. 129/2010 Sb., minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, 2010. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 46*, s. 1695-1698. ISSN 1211-1244.
66. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 20*, s. 482-543. ISSN 1211-1244.
67. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-7178-740-x.
68. WALLERSTEDT, B., ANDERSHED, B., 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21(1), p. 32-40. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x
69. WHO, © 2016. *WHO Definition of Palliative Care* [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
70. YALOM, I., D., 2012. *Pohled do slunce: o překonání strachu ze smrti*. 2. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-0104-5.
71. ZACHAROVÁ, E., et al., 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
72. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2017-04-20]. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 109*, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx

73. ZUREK, R., 2014. Psycho-emotional problems of nurses working in palliative care units and home-based hospices. *Journal of Public Health, Nuursing and Medical Rescue*. 4(5), p. 51-58. ISSN 2391-4408.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika probandů.....	38
---	----

9 Seznam příloh

Příloha 1 Rozhovor

Příloha 2 Doporučení pro vedoucí pracovníky: adaptační proces pro sestry pracující
v paliativní péči

Příloha 3 Žádost o výzkumné šetření

Příloha 4 Přepsané rozhovory (Doslovně přepsané rozhovory na CD)

Příloha 1 Rozhovor

1. Jak dlouho pracujete v paliativní péči?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolik je Vám let?
4. Jakým způsobem získáváte informace o paliativní péči?
5. Jak vnímáte paliativní péči?
6. V jakých aspektech je dle Vás paliativní péče důležitá z pohledu nemocného?
7. V jakých aspektech je dle Vás paliativní péče důležitá z pohledu sestry?
8. Jak vnímáte zaměření paliativní péče na pacienta či sestru?
9. Jak vidíte rozšíření působení paliativní péče?
10. Jaký je Váš názor na zřízení oddělení paliativní péče v nemocnicích?
11. Jaká specifika má ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta?
12. Jaký je Váš názor na poskytování ošetrovatelské péče o umírající v zařízeních specializovaných na paliativní péči?
13. Jaký je Váš názor na poskytování ošetrovatelské péče o umírající v zařízeních nespecializovaných na paliativní péči?
14. Kdy jste se poprvé setkal/a se smrtí a jak jste se cítil/a?
15. Jak se vyrovnáváte se smrtí pacienta nyní?
16. Jak vnímáte svoji vlastní smrtelnost?
17. Jak vnímáte smrtelnost pacientů?
18. Do jaké míry ovlivňuje setkání se smrtí Vaše setrvání v paliativní péči?
19. Jak dlouho je možné dle Vás pracovat v paliativní péči?
20. Co Vás vedlo k práci s umírajícími lidmi?
21. Dle čeho jste se pro paliativní péči rozhodl/a?
22. Jaká pozitiva shledáváte na práci v paliativní péči?
23. V jakých oblastech ovlivňuje Vaše zaměstnání Váš osobní život?
24. V čem konkrétně pociťujete vnitřní naplnění ze současného zaměstnání?
25. Jakou roli pro Vás představuje kolektiv na pracovišti?
26. Byl/a byste schopna na následující škále zhodnotit míru zátěže pociťovanou na začátku působení v paliativní péči a nyní?

Na začátku

Bez zátěže	Mírná zátěž	Střední zátěž	Těžká zátěž	Maximální zátěž
------------	-------------	---------------	-------------	-----------------

Nyní

Bez zátěže	Mírná zátěž	Střední zátěž	Těžká zátěž	Maximální zátěž
------------	-------------	---------------	-------------	-----------------

27. Jaká negativa shledáváte na práci v paliativní péči?
28. Jak se s negativy vyrovnáváte?
29. Jakým způsobem lze negativa dle Vašeho názoru eliminovat?
30. Pokud byste mohl/a něco ve Vašem současném zaměstnání změnit, co by to bylo?

Příloha 2 Doporučení pro vedoucí pracovníky: adaptační proces pro sestry pracující v paliativní péči

Dle získaných dat je patrné, že nejvíce sestry pociťují zátěž psychickou. Adaptační proces u sester v paliativní péči by měl být zaměřen na fyzickou, ale především psychickou výdrž sester. V paliativní péči je doporučovaná doba adaptačního procesu půl roku. Pokud se detailněji zaměříme na získaná data, k eliminaci negativ často dochází v samotném kolektivu. Je tedy vhodné, aby nastupující sestra do hospicového zařízení dostala školícího pracovníka z řad zkušených pracovníků v paliativní péči. Školící pracovník bude nejen sestru doprovázet v poznání zařízení a pracovní náplně, ale bude také získané informace o nové sestře zaznamenávat a hodnotit je v příslušné dokumentaci a o průběhu adaptačního procesu bude informovat i vedoucího příslušného zařízení. Je nutné, aby se sestra zorientovala v odlišnostech hospicového zařízení a vyrovnala se s uvedenou psychickou zátěží, k tomu jí může být nápomocný pracovní psycholog. Dále pak nové sestře stejně jako již zaběhlým sestřím může být přínosná supervize či Bálintovské skupiny, které pomohou objasnit motivaci ke zvolenému zaměstnání či postoj ke smrti. Adaptační proces u sestry v paliativní péči by měl ukázat jaké má sestra předpoklady pro práci s umírajícími pacienty. Sestra by měla prokázat trpělivost a dostatečné sebeovládání. Sestra, která chce pracovat v paliativní péči by měla prokázat i komunikační schopnosti.

Příloha 3 Žádost o výzkumné šetření

████████████████████
Ředitelka zařízení
████████████████████

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní ██████████

ráda bych Vás touto cestou požádala o povolení výzkumného šetření v ██████████
██████████ Výzkum je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely diplomové práce
s názvem „*Motivace sester pracujících v paliativní péči*“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí nestandardizovaných rozhovorů se sestrami, které mají
zkušenosti s umírajícími pacienty.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jitka Doležalová
Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: jitka182@seznam.cz; tel: (+420) 721 716 195

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

V Jihlavě

Dne 16. 3. 2017

██

██████████
Hlavní sestra
██████████

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní bakalářko ██████████

ráda bych Vás touto cestou požádala o povolení výzkumného šetření ██████████
██████████. Výzkum je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely diplomové práce
s názvem „*Motivace sester pracujících v paliativní péči*“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí nestandardizovaných rozhovorů se sestrami, které mají
zkušenosti s umírajícími pacienty.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jitka Doležalová
Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: jitka182@seznam.cz; tel: (+420) 721 716 195

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

██████████
Dne*11.4.2014*.....

.....
██████████

10 Seznam zkratk

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ELNEC	End of life Nursing Education Consortium
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace