

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Natálie Štětinová**

**Paliativní péče z pohledu nelékařských  
zdravotnických pracovníků**

**Bakalářská práce**

Praha 2023

Autor práce: **Natálie Štětínová**

Vedoucí práce: **Mgr. Bc. Šárka Klokočková**

Oponent práce: **PhDr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2023**

## **Bibliografický záznam**

ŠTĚTINOVÁ, Natálie. Paliativní péče z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2023. 82 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Bc. Šárka Klokočková.

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků a porovnává uplatňování principů paliativní péče o umírajícího pacienta na nemocničním lůžku s péčí v hospici. **Cílem** práce bylo zjistit, jakým způsobem pohlíží zdravotní sestry s praxí v obou typech zařízení na tuto péči a jaké mezi nimi vidí rozdíly.

**Teoretická část** zahrnuje definice základních pojmů a seznamuje čtenáře s celkovou tematikou umírání. Zmíněny budou také základní principy, myšlenky a hodnoty, které paliativní medicína vyznává a praktikuje. Dále předkládá základní informace o historii tohoto oboru u nás i ve světě, přibližuje charakteristické projevy a problémy umírajícího pacienta a vysvětluje, jaká specifika mají hospicová zařízení a jakou péči poskytují. Pro srovnání zde bude popsáno i jakým způsobem se uplatňuje paliativní péče u pacienta v terminální fázi umístěného na nemocničním lůžku. Podkladem k této části bude především odborná literatura a odborné internetové zdroje.

Pro **empirickou část** byla zvolena **metoda** kvalitativního výzkumu. Zpracovává informace získané z rozhovorů se čtyřmi zdravotními sestrami, které mají zkušenost s umírajícím pacientem ze své dřívější praxe v nemocnici a které nyní pečují o tyto lidi v rámci hospicových zařízení. Mají proto tedy potřebné srovnání, díky kterému dokáží popsat rozdíly mezi umíráním v hospici a v nemocnici. Mohou také svým vlastním pohledem a názorem objasnit, zda je podle nich důležité mít hospicová zařízení a v čem vidí jejich přínos pro společnost. Rozhovory byly zaznamenány a posléze kompletně přepsány a podrobeny formální analýze, díky které bylo nalezeno několik oblastí, ve kterých se participantky vyjadřují k otázkám týkajících se paliativní péče a předávají své zkušenosti jak z nemocničního, tak z hospicového prostředí. **Výsledky** ukazují, že sestry se spíše kloní k názoru, že prostředí hospiců je pro umírající pacienty vhodnější než prostředí nemocnic, a dokládají to mnoha vzpomínkami a postřehy ze své vlastní praxe. Následující diskuse nad výsledky výzkumu a **závěr** probírají otázky otevřené v rozhovorech a polemizují nad možnostmi dalšího navázání na výzkumnou část a nad doporučeními pro praxi, které z ní vyplývají.

## Abstract

This bachelor thesis describes dying from the view of nurses and compares implementing principles of palliative care of the dying patient lying on a hospital bed with care in a hospice. **The goal** of this work was to find out how nurses with practice in both types of institutions look at this care and what differences between them they recognize.

**The theoretical part** involves definitions of basic notions and introduces the whole themes of dying to the reader. Also basic principles, thoughts and values, that palliative medicine has and practices, will be mentioned. Further it submits basic information about history of this specialization in our country and also in the world, approaches typical expressions and problems of a dying patient and explains what specifics the hospice institutions have and what kind of care they provide. For the comparison, there will be also described how the palliative care for the patient in the terminal phase laying on a hospital bed is implemented. The basis for this part will be mainly appropriate literature and internet sources.

For the **empirical part the method** of qualitative research was chosen. It works with informations gained from interviews with four nurses that have the experience with a dying patient from their earlier practice in a hospital and who are taking care about these patients in hospice institutions now. So they have the needed comparison, thanks to this they can describe the differences between dying in hospices and hospitals. They can also with their own view and opinion convey if it's important to have hospice institutions and in where they see their benefit for a society. Interviews were recorded and then completely overwritten and analyzed formally. Thanks to this there were found several areas in which participants express to questions concerning palliative care and they share their experiences from the hospital and the hospice ambience. **The results** show up that nurses are rather tending to the opinion that the hospice surroundings is much more better for dying patients than the hospital one. They are exemplifying this with many memories and perceptions of their own practice. Subsequent discussion about results from the research and **the conclusion** deal with questions opened in interviews and polemize about options of another establishing on research and about recommendations for practice that follow from it.

## **Klíčová slova**

Umírání, hospice, nemocnice, zdravotní sestra, paliativní péče, potřeby umírajícího, rodina

## **Keywords**

Dying, a hospice, a hospital, a nurse, paliative care, needs of a dying person, a family

# **Zadávací protokol**

viz Příloha č. 1

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Bc. Šárky Klokočkové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 27.4.2023

Natalie Štětinová



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala především vedoucí své práce Mgr. Bc. Šárce Klokočkové za cenné rady a pomoc při psaní této práce. Velmi si cením i její trpělivosti a děkuji jí za její povzbuzování a motivaci, kterou mi po celou dobu dávala. Dále děkuji Mgr. Olze Svatoňové za odbornou korekturu textu. V neposlední řadě patří můj vděk také všem účastnicím mých rozhovorů, díky nimž mohla vzniknout empirická část této práce.

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
2.1	DEFINICE POJMŮ.....	9
2.2	SMRT A UMÍRÁNÍ.....	10
2.2.1	Fáze umírání .....	11
2.2.2	Specifické potřeby umírajícího.....	13
2.2.3	Tabuizace smrti.....	15
2.3	HISTORIE.....	15
2.3.1	Rozvoj paliativní a hospicové péče v zahraničí .....	15
2.3.2	Rozvoj paliativní a hospicové péče v Čechách.....	16
2.4	PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2.4.1	Principy a cíle .....	18
2.4.2	Rozdělení.....	19
2.4.3	Formy poskytování specializované paliativní péče .....	20
2.4.4	Paliativní péče v hospici .....	21
2.4.5	Paliativní péče v nemocnici .....	23
<b>3.</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>25</b>
3.1	PŘEDMĚT VÝZKUMU .....	25
3.2	CÍL VÝZKUMU .....	25
3.3	METODIKA.....	26
3.3.1	Zvolená metoda výzkumu.....	26
3.3.2	Popis postupu tematické analýzy při kvalitativním výzkumu.....	27
3.3.3	Etické aspekty výzkumu .....	27
3.3.4	Sebereflexe výzkumníka.....	28
3.4	OTÁZKY K ROZHOVORŮM.....	28
3.5	ZPRACOVÁNÍ DAT ZÍSKANÝCH Z ROZHOVORŮ.....	28
3.6	KATEGORIZACE .....	29
3.6.1	Kategorie číslo 1 – Dlouhá cesta k hospicové péči.....	31
3.6.2	Kategorie č. 2 – Osobní zásah paliativní péče do života sester.....	35
3.6.3	Kategorie č. 3 – Jak se pracuje sestře v paliativní péči? .....	47
3.6.4	Kategorie č. 4 - Realita uplatňování paliativní péče v hospicích .....	52
3.6.5	Kategorie č. 5 – Pravda o uplatňování paliativní péče v nemocnicích.....	61
3.7	DISKUSE .....	68
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>73</b>
	<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>75</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>82</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>83</b>
	Příloha č. 1: Zadávací protokol (sken dokumentu).....	83
	Příloha č. 2: Ošetrovatelský postup při úmrtí pacienta (sken dokumentu) .....	85
	Příloha č. 3: Otázky k rozhovorům.....	87

# SEZNAM ZKRATEK

**ARO** = anesteziologicko-resuscitační oddělení

**CMP** = cévní mozková příhoda

**ČLK** = Česká lékařská komora

**ČSÚ** = Český statistický úřad

**JIP** = jednotka intenzivní péče

**MZČR** = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**NIP** = následná intenzivní péče

**NLZP** = nelékařský zdravotnický pracovník

**WHO** = *World Health Organization* = Světová zdravotnická organizace

# 1 ÚVOD

Zkušenost smrti je nevyhnutelná pro každého z nás. Vlastní smrtelnost je tedy otázkou velice zásadní v našich životech a neměla by být proto opomíjena ani odstrkována do pozadí. Velmi pravděpodobně se nám také může stát, že budeme postaveni do situace, kdy zemře někdo z naší rodiny či našich blízkých. Mnoho z nás pak tato situace může zastihnout nepřipravené a neschopné se s realitou nějak vyrovnat, natož ji ještě racionálně řešit. Paliativní týmy, hospicové instituce a celá řada odborníků jsou tady právě proto, aby se jednak dokázaly postarat o umírajícího pacienta vyžadujícího stran ošetrovatelské i lékařské péče mnoho specifík, jednak ale také o jeho rodinu a blízké, kteří stejně jako on potřebují uvést do nové situace. I jim by mělo být nabídnuto doprovázení, podpora, rada a další odpovědi na jejich potřeby, které v současném běžném nemocničním prostředí nemohou být uspokojeny.

Mnoho výzkumů již dokázalo, že přáním většiny populace je zemřít v klidu a bez bolesti ve svém vlastním domě, ve své vlastní posteli, obklopeni věcmi, které dobře znají a lidmi, které mají rádi. Co se našeho území týče, nejlépe tuto problematiku zřejmě zpracovala agentura STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů – uvedeno na webu Umírání.cz (2015). Přesto je stále smutnou realitou to, že většinu umírajících čeká konec mezi stěnami nemocničního pokoje, často také při nepřetržitém udržování životních funkcí pomocí mnoha přístrojů, vstupů, hadiček apod. V jiném případě možná člověk odejde tiše ležící na pokoji v některém z domovů pro seniory. Tyto nepříjemné vize mnohým dávají tendenci považovat toto téma za tabu, které raději nechtějí otvírat a mluvit o něm. Problém tkví v tom, že jakmile se dozvíme neblahou diagnózu a jsme postaveni před krutou realitu, nebývá často již dostatek času, sil a nedostatečné bývají také vědomosti a dosažená informovanost, díky kterým bychom mohli nastalou situaci lépe řešit.

Umírající člověk bývá postupnou progresí svého onemocnění stále více a více odkázán na pomoc druhých. Právě zde narážíme na poslání zdravotních sester, kterým se také má práce věnuje a má snahu nahlédnout do jejich profesního světa a do podstaty práce, jež vykonávají a poodhalit alespoň částečně, jak ony samy vnímají svůj vztah právě k umírajícím pacientům a jak pohlíží na celkovou koncepci paliativní péče. Práce v mnoha ohledech poukazuje i na sestry jako na osobnosti. Můžeme se tedy ptát - *Jaké*

*jsou sestry, jež se rozhodly ponořit se ve svém životě do tajů paliativní medicíny a orientovat tak svou kariéru na doprovázení umírajících lidí? Jaká je jejich motivace? Co jim pomáhá v jejich nelehké práci?* Při procházení této práce může čtenář sám nacházet útržky těchto aspektů osobností konkrétních sester a získávat tak nové poznatky o tomto bezpochyby zajímavém povolání i o lidech, kteří se rozhodnou zasvětit mu svůj život.

Samozřejmě vždy je určitá pravděpodobnost, že konec našeho života bude rychlý a nečekaný jak pro nás, tak pro naše okolí. Konec, jako je např. při automobilové nehodě, je něco, na co se pochopitelně nelze nijak připravit. Do jisté míry máme ale možnost ovlivnit to, jak by v ideálním případě mohl vypadat náš poslední čas strávený tady na zemi. Počínaje prostým rozhovorem s příbuznými o našich představách konce, o našich obavách, přes zjišťování informací a vzdělávání se v oblasti možností paliativní péče, po opravdový paliativní plán vytvořený ve spolupráci s odborníkem v čase, kdy je z medicínského hlediska vhodné přistoupit od kurativní péče k péči paliativní.

Ke stanovení námětu této práce přispěl jednak můj osobní zájem o tuto problematiku, především ale také vlastní, rok trvající zkušenost s ošetrovatelskou péčí o umírající pacienty v hospici a srovnání se setkáními s těmito lidmi v nemocnicích v rámci mé studentské praxe.

Mezi mé další záměry, se kterými byla výzkumná část a následné vyhodnocení dat vedeno, by bylo vhodné zařadit také např.:

- Shromáždění většího množství informací o současném stavu hospicové paliativní péče u nás a také o umírání pacientů v nemocnicích
- Získání cenných rad a postřehů ze sesterské praxe i z osobního života participantek výzkumu
- Zprostředkování poučných zážitků a zkušeností od sester

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Definice pojmů

Před samotným rozvinutím tématu, kterým se zaobírá tato práce, je třeba seznámit se s několika základními pojmy, které se v textu opakovaně zmiňují a jejichž chápání je klíčové pro porozumění celé problematice paliativní péče.

Již samotný pojem paliativní péče nemusí být zcela jasný zejména v neodborné sféře veřejnosti. Existuje mnoho definic, se kterými se můžeme setkat. Nejvhodnější by bylo uvést zde definici dle WHO, tak jak ji předkládá např. Kabelka (2016, s. 4):

*„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“*

Jak vysvětluje Sláma (2020), původ slova paliativní můžeme hledat v latinském výrazu *palliare*, což se vykládá jako přikrýt nebo ulehčit. Můžeme si pod tím představit jakousi snahu paliativní péče o zakrytí symptomů a problémů, se kterými se nevyléčitelně nemocní potýkají, aniž by se při tom účelově zaměřovala na léčbu spouštěčů těchto problémů, tedy primárního onemocnění.

Na důležitý fakt ale také upozorňuje Kolářová (2020), která parafrázuje slova MUDr. Zavadové z webináře zaměřeného na paliativní péči. Ta vysvětluje, že rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí tkví v tom, že hospicová péče pokrývá období posledních dnů, maximálně týdnů v závěru života pacienta. Naproti tomu paliativní péče může být poskytována dokonce po řadu let, což je pro pacienta výhodné, neboť z toho logicky vyplývá, že čím dříve začneme u pacienta uplatňovat péči paliativní, tím více času máme na to, abychom využili maximum možností, které nám nabízí.

Na webových stránkách Institutu klinické a experimentální medicíny – IKEM.cz se můžeme dočíst, že časnou paliativní péči lze zahájit za současného poskytování

kurativní léčby, tedy skutečných medicínských postupů směřujících k navrácení pacientova zdraví a prodloužení jeho života.

K paliativní péči se samozřejmě vztahuje také pojem paliativní medicína. V článku na webu NZIP.cz se dozvídáme, že jde v pravém slova smyslu o atestační obor pro lékaře, jehož absolventi se zaměřují ne na léčbu primárních onemocnění a následné úplné uzdravení pacienta, ale na aplikaci speciálních postupů, které se týkají především léčby bolesti a dalších příznaků. Přesouvá se zde zájem z biomedicínského pohledu na pacienta spíše k pohledu holistickému, zahrnujícího i jeho psycho-sociální a spirituální potřeby.

## 2.2 Smrt a umírání

Ať už je náš postoj ke smrti jakýkoli, musíme ji v zásadě brát jako neodmyslitelnou součást našeho života. Proto je smíření se s touto realitou velmi důležité. Na smrt reaguje často ve svých komentářích i náš významný psychiatr MUDr. Radkin Honzák, CSc. Honzák (2021, s. 156) se takto trefně vyjádřil i k současnému pojetí smrti v naší společnosti v souvislosti s covidovou pandemií:

*„Zaskočilo nás to především proto, že jsme smrt odsouvali někam mimo pozornost. Avšak smrt je od života neoddělitelná. Je to vlastně jediná jistota, už proto si zaslouží pozornost. Za mého dětství umřela většina lidí doma. Dnes umírá drtivá většina lidí za plentou v nemocnici, v lepším případě za lidských podmínek v hospici. Přání drtivé většiny lidí je ale jiné, chtěli by zemřít doma ve svém prostředí mezi svými blízkými. Před sedmdesáti roky byl pohřeb rituál, který provázel člověka obdobím truchlení. Tehdy rodina zesnulého po šest neděl „nosila smutek“, dneska si odskočíme na půlhodinu do krematoria a koukáme, abychom to měli rychle za sebou a mohli se naplno věnovat životu. Neuvědomujeme si, že život bez souvislosti se svým zákonitým koncem je vlastně jen jakýmsi přežíváním, polovičním životem.“*

Slovo smrt můžeme chápat hned z několika pohledů. Bavit se můžeme např. o klinické smrti, psychické smrti aj. Pro potřeby této práce však pracujeme především s pojmem biologická smrt.

Pro správné pochopení odborného vysvětlení smrti si můžeme připomenout několik základních rozdílů mezi smrtí klinickou a biologickou, tak jak je uvádí např. Kisvetrová (2010). Smrt klinická se zde vysvětluje jako stav selhání životně důležitých orgánů, jako jsou orgány dýchací soustavy nebo kolaps srdečního oběhu. Tento fatální stav je ale možný akutním vnějším zásahem zvrátit a přivést člověka zpátky k životu. Nedojde-li k této pomoci, nastává po čase smrt biologická, kterou chápeme jako postupné odumírání buněk mozkové tkáně nedostatkem přísunu kyslíku. Nejpřesnější stanovení této smrti získáme pomocí snímání elektrických signálů mozkové kůry a také sledováním průtoku krve mozkovými cévami, což jsou nástroje, jichž lze využít např. u transplantačních operací. Při normálních úmrtích mimo operační sál se stanovují tzv. posmrtné změny. K nim se řadí podle Bezděkové (2011) např. posmrtná bledost a skvrny na kůži, chladnutí těla či posmrtná ztuhlost.

### 2.2.1 Fáze umírání

Mluvíme-li z lékařského hlediska o tom, jakým způsobem lze umírání rozfázovat, nabízí nám Kutnohorská (2007) 3 hlavní období:

- Fáze *pre finem* – Mluvíme o období, kde se pravděpodobný příchod smrti předpokládá v rozmezí týdnů až měsíců. Začíná stanovením diagnózy, přičemž další vývoj onemocnění je zatížen nepříznivou prognózou. Ze strany ošetřujícího personálu je důležité nenechat pacienta propadnout zoufalství a postarat se o jeho tělesný i duševní komfort.
- Fáze *in finem* – Z medicínského hlediska na ni můžeme hledět jako na terminální stav, který vyžaduje speciální typ péče.



- Fáze *post finem* – Do tohoto období spadá péče o tělo zesnulého a také práce s pozůstalými.

Proces umírání rozebrala podrobně ve svých knihách známá představitelka a průkopnice paliativní péče *Elisabeth Kübler-Rossová*. Kübler-Rossová (2015) ve známém díle *O smrti a umírání* seznamuje čtenáře s pěti základními fázemi umírání. Jsou jimi: negace, agrese, vyjednávání, deprese a smíření. Jimi výstižně reflektuje, jakým způsobem se umírající vyrovnává se svým údělem a jak prochází celým tímto obdobím života od samotného zjištění diagnózy až ke svému vlastnímu konci. Každý člověk může být samozřejmě v okamžiku vyslovení diagnózy jinak připraven, může mít za sebou různé životní zkušenosti a také různě dlouhý život. Proto se jednotlivé fáze u něj mohou projevat v rozličné délce nebo se nedostaví vůbec. Je nutno podotknout, že těmito fázemi prochází také pacientova doprovázející rodina a i ona si proto zaslouží péči a pozornost zdravotníků. Nemusí také vždy docházet k tomu, že se fáze pacientova prolíná se stejnou fází, ve které se právě nachází členové rodiny.

- Fáze negace – Negace se často projeví šokem a popíráním. Člověk odmítá přijmout fakt, že jeho život je u konce. Už pouhá myšlenka na smrt může být pro pacienta nepřijatelná.
- Fáze agrese – Agrese značí, že pacient propadá vzteku a projevuje svou rozhořčenost všem ve svém okolí. Odmítá přijmout jakoukoli odpovědnost a vinu za své onemocnění hází na druhé. Může se u něj projevit také sklon závidět druhým jejich zdraví a budoucnost, kterou před sebou mají. Správným postojem by bylo zachovat klid, nabídnout nemocnému pochopení a nechat ho, aby dal prostor svým emocím.

- Fáze vyjednávání – Nemocný se snaží hledat možnosti, jak by ještě mohl svůj osud zvrátit. Hledá pomoc jak u zdravotníků, tak v některých případech i v duchovní oblasti. Člověk v takovéto životní situaci a pod takto silným tlakem může být velmi zranitelný ze strany různých podvodníků, kteří mu mohou slibovat nereálné věci. Na to často odkazoval ve svých knihách např. Koutecký (2008).
- Fáze deprese – Fáze deprese je těžkým obdobím plným strachu a smutku. Pacient může pociťovat nejen obavy o svůj závěr života, případně i o to, co bude, až zemře. Může však také čelit strachu z toho, co se stane s jeho rodinou, je-li na něm např. nějakým způsobem závislá. Je dobré pacientovi v depresi naslouchat, být mu oporou a, pokud je to možné, také aktivně hledat řešení jeho problémů a pomáhat mu s jejich zvládnutím. Pozorujeme-li tuto fázi i mezi doprovázejícími osobami umírajícího, na což upozorňuje např. Hoffstäd (2022), je naší morální povinností, jakožto poskytovatelů kvalitní a komplexní paliativní péče, nabídnout svou pomoc i jim.
- Fáze smíření – Fáze smíření je nejlepší možností, ke které může umírající dospět. Někdy však také může být zaměnitelná s rezignací. Smíření je čas rozloučení se s blízkými, čas klidu a také čas pro rozjímání a hodnocení. Často je verbální projev pacientů nahrazen tichými gesty.

### **2.2.2 *Specifické potřeby umírajícího***

Svatošová (2011) trefně vystihuje, jak se asi cítí umírající člověk, který je zatížen těžkou nemocí a jak obtížné je pro nás, kteří máme své zdraví plně zachováno, se do jeho situace vžít. Z toho, jak dnes definuje lidské zdraví např. WHO, odvozuje MUDr. Svatošová čtyři následující oblasti, ve kterých zahrnuje všechny specifické potřeby umírajícího. Právě potřeby totiž tvoří základ, na kterém celá paliativní péče

stojí. Při stanovování svých cílů vychází právě z nich a ne z prognózy pacienta, jak se můžeme dočíst na webu CAPC.org (2023).

- Potřeby biologické – Zde se zmiňují základní potřeby jako je např. příjem stravy a její vylučování s apelem na to, aby tyto činnosti zůstaly po co nejdelší dobu, jak jen je to možné, v té nejpřirozenější podobě. Dále je nutné podporovat pacientovu schopnost okysličování tkání a také mu pomáhat v aktivním pohybu. Biologické potřeby zahrnují i léčbu bolesti.
- Potřeby psychologické – Na první místo autorka klade především potřebu zachování respektu k lidské důstojnosti. Jak sama říká: „*Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku.*“ Svatošová (2011, s. 20) Na úctě k lidskému životu stojí podle ní celé hospicové hnutí. Člověk by se měl naučit také správně s nemocným komunikovat, a především osvojit si návyk nikdy pacientovi nelhat.
- Potřeby sociální – Respekt a pochopení je třeba mít i pro pacientovu svobodnou volbu, zda vůbec, případně kdy a koho, chce mít během svého umírání u sebe. Nejbližší bývají pacientovi rodinní příslušníci. Nemocný se ale také v závěru života vyrovnává s řadou dalších problémů, které ho mohou tížit a na některé z nich je někdy vyžadována pomocná ruka od nějakého specialisty v oboru, např. sociálního pracovníka nebo právníka.
- Potřeby spirituální – V této oblasti se stále setkáváme s předsudky, že se týká pouze lidí věřících. Je-li člověk postižen závažným onemocněním, začíná si uvědomovat svou smrtelnost a zabývat se závažnými otázkami víry a smyslu života. MUDr. Svatošová k tomu říká, že v rámci naplnění této potřeby je důležité přesvědčit pacienta, že jeho život je smysluplný až do úplného konce.

### 2.2.3 *Tabuizace smrti*

Proč ale smrt a umírání stále zůstávají našim neoblíbeným tématem k hovoru, ba ještě hůře, vůbec k přemýšlení o něm? Proč nám činí takovou potíž přeorientovat svou mysl ze všech těch předsudků a obav, které si se smrtí pojíme? Faktem zůstává, že lidé, pro něž hraje nějakou roli v životě víra, obecně snášejí téma umírání lépe, protože mají o co opřít své obavy. Naděje, že jejich život smrtí nekončí, jim může pomoci překonat jak nepříjemné situace spojené se smrtí někoho blízkého, tak obavy spojené se smrtelností vlastní, tvrdí Bramadat (2013).

Jak ale uvádí Kisvetrová (2010, s. 218): „*Důsledkem tabuizace smrti je osamělost umírajícího člověka.*“ Dále svou myšlenku rozvádí, že smrt pacienta způsobuje trauma zdravotníkům, i když jim možná ani nedochází, že to na nich takovéto důsledky zanechává. Povšimnout si můžeme i tendence těchto pečujících osob trávit s umírajícím jen tolik času, kolik je nejméně nutné. Takovéto chování zapříčiňující v podstatě izolaci pacienta pak může mít za následek tzv. sociální smrt. Tímto termínem se podle Kutnohorské (2007) myslí stav naprostého vytržení člověka ze všech sociálních vazeb a jeho odvržení společností.

## 2.3 HISTORIE

### 2.3.1 *Rozvoj paliativní a hospicové péče v zahraničí*

Na začátku je třeba připomenout, že paliativní medicína není disciplína, se kterou by se lidstvo setkalo až v novodobé historii. Adam (2004) tento názor vyvrací a dokládá to intuitivní snahou medicíny tlumit pacientovi nepříjemné příznaky, která se táhne celou historií tohoto oboru. Dokonce předkládá i myšlenku, že holistický pohled na pacienta, tak typický pro paliativní medicínu, který zahrnuje snahu o dosažení biologického, psychologického, sociálního a spirituálního zdraví, se projevoval již několik století.

Historické prameny se o vůbec prvním hospici zmiňují v roce 1847 v Paříži. Jeho založení bylo uskutečněno díky popudu skupiny žen pod vedením *Jeanne Garnierové*. Toto místo bylo první zcela určené pro pacienty bez možnosti vyléčení. V zemích Spojeného království ještě v témže století zakládá další hospicové domy *Marie Aikenheadová* a její kongregace Sester lásky. Kromě pohledu ošetrovatelského na tuto problematiku se po 2. sv. válce začala formovat také struktura lékařské péče přizpůsobené těmto pacientům. O to se velkou měrou zasadila britská lékařka *Cicely Saundersová*. K rozvoji moderní hospicové péče zásadně přispěla její koncepce „celkové bolesti“ v rámci péče o umírajícího pacienta. Tlak vedený pro další vznik těchto institucí a zařazení tohoto typu péče do celkového profilu zdravotnictví, byl tvrdě uplatňován jejími zastánci především kvůli jejich nespokojenosti s úrovní a formou péče o umírající pacienty v tehdejších nemocnicích.

Vedle klasických kamenných hospiců našli ve společnosti své místo i tzv. mobilní hospice poskytující domácí hospicovou péči. Za jejich existenci se prosazoval filantrop *William Rathbone* ve spolupráci se známou osobností v oboru ošetrovatelství *Florence Nightingaleovou*, jak nám to předkládá Barošová (2020). Adam (2004) pak k tomu dodává, že k rozvoji této formy docházelo hlavně ve Spojených státech a také ve Velké Británii. První oddělení hospicové péče v rámci nemocnice pak bylo založeno v Kanadě v roce 1975. Dnešní doba nám přináší ještě navíc různé formy paliativních týmů vznikajících v nemocnicích a také možnost navštěvovat i specializované paliativní ambulance.

### **2.3.2 Rozvoj paliativní a hospicové péče v Čechách**

Kořeny rozvoje moderní české paliativní medicíny hledejme v tom, co jí předcházelo, tedy obecná domácí zdravotní péče, a to již na začátku 20. století. Vše zaštiťovala organizace Český červený kříž. Zlom v únoru 1948 znamenal změnu i v organizaci tohoto typu péče, přešla pod tzv. Ústavu národního zdraví. Rok 1989 již přinesl jisté snahy o zavedení hospicové péče do systému zdravotnictví. Zde je na místě zmínit jméno MUDr. Marie Opatrné. Inspirována anglickým vzorem, snažila se o zřízení prvního hospice v Praze. Tento projekt však nebyl dokončen. Na práci MUDr. Opatrné ale zanedlouho navázala MUDr. Svatošová. Díky ní se v roce 1996 otevřel

v České republice první kamenný hospic svaté Anežky České v Červeném Kostelci, jak se můžeme dočíst u Tomeše (2015). Červený Kostelec je tedy dodnes místem zrození naší české hospicové péče a symbolickou kolébkou, kam se noví zakladatelé hospiců jezdí učit a nabírat zkušenosti. Sama Svatošová (2019, s. 89) vzpomíná na svůj vzor *Cecilly Saundersovou*, která ji svým článkem v časopise *Salus* přivedla na myšlenku založení hospice, těmito slovy:

*„Trásly se mi (ruce) dojetím, když jsem znovu četla slova Cecilly Saundersové, zakladatelky slavného londýnského Hospice svatého Kryštofa. Slova o tom, že je potřeba v pravou chvíli skoncovat s prokazatelně marnou léčbou, nemučit pacienty, ale snažit se maximálně uspokojit všechny jejich potřeby, nejen tělesné, ale i ostatní, včetně potřeb duchovních. Vidět celého člověka, nehrát si na Boha, nelhat, pokorně uznat své limity a chovat se k nemocným lidsky.“*

Paliativní péče je dnes na úrovni medicíny plnohodnotným atestačním oborem. Organizaci české paliativní péče zajišťuje dnes několik oficiálních uskupení, jako je např. Asociace domácí péče ČR nebo Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. O edukaci odborníků i laické veřejnosti se dále stará např. hospicové občanské sdružení Cesta domů, jak uvádí např. Tomeš (2015)

Podle Slámy (2020) zůstává znepokojujícím faktem, že naše populace stárne, ale čas, který prožijeme během našeho života ve zdraví, se neprodlužuje, ba naopak toto číslo téměř stagnuje. Odkazuje se přitom na data z výsledků ČSÚ. Na jejich stránkách se můžeme dočíst i o předpokladu, že geriatrická složka naší české populace bude do budoucna tou jedinou, která dle Štyglerové (2014) poroste. Z toho nám logicky vyplývá, že paliativní péče bude mít i v budoucnosti své místo, protože bude třeba, aby se postarala o důstojné umírání našich seniorů.

## 2.4 PALIATIVNÍ PÉČE

### 2.4.1 *Principy a cíle*

Paliativní péče reaguje na to, že pro pacienta, kterému již nemohou pomoci možnosti naší technologicky skvěle vyvinuté medicíny, už se nedá nic dělat. Právě to, co se dělat dá (zlepšování kvality života – ne léčba vedoucí k uzdravení), je paliativní péče, jak se dočítáme u Adama (2004). To ale neznamená, že se má paliativní péče nějakým způsobem zpátečnický vymezovat od standardních postupů či stavět na jiných základech než ostatní odvětví zdravotnictví. Naopak, paliativní péče doplňuje, jak se píše v článku na webu Umírání.cz (2016), svým pohledem na pacienta normální kauzální léčbu a jako taková nemůže obstát bez využití pokroků moderní medicíny, farmacie či technologie, tvrdí Adam (2004). Velký rozdíl mezi paliativní a standardní medicínou můžeme vidět např. v tom, že při plánování léčebného postupu u pacienta s nevléčitelným onemocněním se paliativní medicína zasazuje o to, aby tento pacient měl rozhodující slovo a mohl společně se znalostmi lékaře posoudit, jaký přínos mu dané kroky a zásahy přinesou a na čem ho naopak mohou ohrozit, jak se píše na webu NZIP.cz.

Jak se ale o tom zmiňuje např. Marková (2010), paliativní péče neleží jenom v rukou odborníků vyškolených v této sféře, ale dle mezinárodního doporučení Rady Evropy je více než žádoucí, aby každý zdravotník uměl uplatňovat prvky paliativní péče, bude-li takovéto situaci někdy vystaven. Proto je nutné, aby byli všichni zástupci zdravotnické profese náležitě edukováni a připraveni čelit těmto situacím.

Při určování rozsahu paliativní péče vycházíme ze všeobecně přijímaných odborných definic, např. dle výše zmíněné organizace WHO. Dle Bužgové (2015) se veškeré dostupné názory shodují v tom, že paliativní péče si klade jako hlavní cíl zmenšování míry utrpení za současného předcházení jeho vzniku a také zvyšování kvality života pacienta i jeho rodiny.

Bužgová dále uvádí ještě tyto následující cíle:

- Orientace na pacienta – paliativní péče se má řídit především přáními a vůlí pacienta
- Prospěšnost pacientovi – má se vykonávat vše, co pacientovi pravděpodobně přinese prospěch
- Bezpečnost vůči pacientovi – nemá mu pomoc k rychlejšímu ukončení jeho života, má být naopak pro něj bezpečná a neohrožovat ho
- Včasné zahájení – souvisí s problematickým nastartováním paliativního plánu u pacienta, který by neměl přijít ani moc brzy, ani moc pozdě
- Spolehlivost – použití všech dostupných metod, pomůcek a postupů
- Efektivnost – udržení nejlepšího možného standardu kvality péče při současném použití jen potřebného množství zdrojů a sil, zbytečné neplýtvání prostředky paliativní péče

#### **2.4.2 Rozdělení**

Marková (2010) nám předkládá nejzákladnější rozdělení paliativní péče na obecnou a specializovanou.

- Obecná – Je podstatné, aby každé zdravotnické zařízení bylo schopné zprostředkovat svým pacientům v nějaké formě paliativní péči. Zde pak záleží na tom, v jakém stádiu nemoci se pacient k paliativní péči dostane a co mu tedy je ještě schopna nabídnout. Jde tedy především o zvýšení kvality jeho života, léčbu bolesti a dalších symptomů nemoci, naplňování potřeb a také práci s rodinou.



- Specializovaná – Tuto péči poskytují specializovaná zařízení a věnují se zde na odborné úrovni pouze těmto pacientům. Typické je zde vyšší personální obsazení v poměru k počtu pacientů. Specifická je také možnost uplatnění této péče v mnoha typech prostředí, ať už jde o prostředí kamenného hospice, nemocnice, denního stacionáře, ambulantního pracoviště nebo domova pacienta. Přístup k této péči by měli mít také všichni zdravotničtí pracovníci, potřebují-li poradit v nějaké složité situaci týkající se pacienta s nevyлéčitelným onemocněním.

Paliativní péči můžeme dělit i podle jiných kritérií např. na paliativní péči určenou pro děti a pro dospělé, jak dokládá např. Rozsival (2021).

### ***2.4.3 Formy poskytování specializované paliativní péče***

Specializovaná péče, tak jak o ní bylo hovořeno výše, může být poskytována různými způsoby. Sláma (2019) mluví o těchto třech základních formách:

- Konziliární tým paliativní péče – Jeho úkolem je zapojovat se do péče o pacienta na nemocničním oddělení. Podle průzkumu z roku 2018 se k existenci konziliárních paliativních týmů v rámci svého zařízení hlásí 21 lůžkových zdravotnických institucí. Navzájem se od sebe liší profesními zástupci ve složení týmu a v tom, v jakém rozsahu a v jaké podobě nabízejí své služby. Standardním obrazem bývá seskupení, které tvoří alespoň jeden lékař s atestací v paliativním oboru, jedna zdravotní sestra, psycholog nebo zdravotník s psychoterapeutickým výcvikem a zdravotně-sociální pracovník. Takto to MZČR uvádí ve Věštníku č.1 (2022).
- Ambulance paliativní medicíny – jedná se o specializovaný typ péče poskytovaný v ambulantním prostředí. Své uplatnění nachází především u těch, kteří jsou ve své nemoci ještě schopni docházet ze svého domácího prostředí nebo jiného zařízení, kde jsou ubytováni, do ambulance. Bývají v kontaktu

s nemocnicemi nebo hospici, aby si mohli předávat pacienty, pro které by jejich péče mohla být prospěšná. I ambulantní specialisté mají možnost provádět konzilia u hospitalizovaných pacientů.

- Lůžkové oddělení paliativní péče – Hlavně za hranicemi našeho státu se setkáme s tzv. akutní formou této péče, kde je indikací nejčastěji nezaléčená, výrazně zatěžující symptomatologie. V současné době není tento typ péče u nás hrazen z fondů zdravotních pojišťoven. Trochu odlišnou formou je pak nemocniční oddělení s lůžky hospicového typu. Sem jsou většinou přesouváni pacienti v terminálním stádiu své nemoci. Ještě mohou existovat také samostatná paliativní lůžka v rámci jiného oddělení zaměřeného v obecné rovině na jiný typ pacientů.

#### **2.4.4 Paliativní péče v hospici**

Původně slovo hospic označovalo útulek pro unavené poutníky, uvádí Tomeš (2015). Svatošová (2011) vysvětluje poslání těchto institucí z dnešního pohledu na základě tří myšlenek, ke kterým se hospic vůči nemocnému zavazuje:

1. Pacient nebude trpět nesnesitelnou bolestí
2. V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
3. V posledních chvílích života nezůstane osamocen

Zdůrazňuje také, že ideu hospice nemusíme uplatnit jenom ve zdech nějaké instituce, ale je přenositelná do prakticky jakéhokoli prostředí. Dbalost na udržení kvality života perfektně vystihuje větou: „*Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.*“ (Svatošová, 2011, s. 115) Dalším poznávacím znakem hospicové paliativní péče je podle ní i práce s rodinou, která neustává ani po smrti pacienta.

Hospicová péče má podle MUDr. Svatošové tři základní podoby:

- Domácí hospicová péče – Bývá ideální variantou, protože nemocný zůstává ve svém přirozeném domácím prostředí, které má nejradši. Extrémně důležitá je ale při tomto typu péče rodina a její ochota se zapojit. Také nikdo nemůže dopředu říct, jak dlouho bude nutné, aby rodinní příslušníci omezili své běžné aktivity, svůj normální život a věnovali se naplno svému nemocnému příbuznému. Tudíž se těžko odhaduje, jestli rodina toto náročné období zvládne a jestli mají také dostačující podporu ze strany paliativního týmu, který bude v přijatelném čase schopen dorazit za pacientem, zhorší-li se náhle jeho stav.
- Stacionární hospicová péče – Tato zařízení fungují tak, že se nemocný přepravuje do stacionáře ráno, tráví zde celý nebo jen část dne, ale na noc už se vrací domů. Tato forma může být vhodná pro ty, kdo se např. potýkají s chronickou bolestí, kterou se jim doma nedaří zvládnout, nebo když je potřeba docházet např. kvůli aplikaci chemoterapie. Význam má i pro nemocného, který nachází útěchu v přítomnosti speciálně vyškolených pracovníků a nebo pro rodinu, která potřebuje ve svém nasazení na chvíli zvolnit a odpočinout si.
- Lůžková hospicová péče – Není-li možné zajistit jednu z předchozích variant, bývá volbou pomoci lůžkový hospic. V lůžkových hospicích jsou umístěni pacienti, kteří tu svůj život dožijí, ale i takoví, kteří mají možnost trávit v hospici jen určité období a při zlepšení stavu nebo podmínek v domácím prostředí se zase vrátí domů. Doprovázení rodinou či blízkými je doporučováno a jsou jim k tomu vytvořeny ty nejvhodnější podmínky, včetně nepřetržité 24-hodinové návštěvní doby. Rozhodující slovo má ale nemocný, zda si přeje, aby za ním návštěvy docházely. Hospicové domy jsou stavěny tak, aby co nejvíce napodobovaly domácnost člověka, tak aby se tam pacienti cítili dobře. Zároveň se do jejich vybavení počítá i mnoho pomůcek usnadňujících pacientům život.

### 2.4.5 *Paliativní péče v nemocnici*

Všeobecně přijímaným faktem zůstává, že nemocnice jako taková je orientovaná na nemocné pacienty s cílem navrátit jim jejich zdraví. Nemocnice tedy nabízí těmto pacientům všechny nejmodernější postupy a techniky, které nynější medicína zná. Pokrok v medicíně nám umožňuje zlepšit pacientovu prognózu či mu zcela navrátit jeho ztracené zdraví tam, kde by to dříve bylo nemyslitelné. Tento fakt se ovšem neodmyslitelně pojí i s nástupem mnoha nových etických problémů a s objevením situací, jejichž řešení nebývá snadné nalézt. Proto se zde také střetává umírání s realitou běžného nemocničního chodu. Ptáček (2014) tvrdí, že v současné době narážíme na problém určení správné chvíle, kdy je pacient již vhodný k paliativní léčbě nebo ještě má smysl u něho podnikat další zákroky, vyšetření a jiné postupy s cílem navrátit mu zdraví. K tomu se vyjadřuje i Doporučení představenstva ČLK (2010). Ta se konkrétně snaží o předložení doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby z intenzivní na léčbu u terminálně nemocných pacientů. Jasně se zde můžeme dočíst, že za toto rozhodnutí nese v konečném důsledku odpovědnost vedoucí lékař, popř. lékař jím pověřený, návrh na tuto změnu však může podat kterýkoli zdravotnický pracovník a člen ošetrovatelského týmu.

Takovýto pacient je pak dle Slámy (2008) převezen domů, kde zůstává, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, až do konce svého života. Případně může využít pomoci od dojíždějících zdravotníků z tzv. domácí péče nebo mobilního hospice. Může se také samozřejmě obrátit na paliativní ambulance a různá centra bolesti, kde mu dokáží pomoci lépe zvládat jeho symptomy. A v neposlední řadě je také jednou z možností kamenný hospic.

Jiné je to u pacientů, kteří se z nějakého důvodu z nemocnice nedostanou, ale vzhledem k jejich zdravotnímu stavu už není očekáváno ani zlepšení. Pešlová (2008) zmiňuje, že u nás v současnosti bohužel nejsou téměř nikde zavedeny žádné standardy paliativní péče o tyto pacienty, u kterých byla ukončena kurativní léčba. Většinou se můžeme setkat např. s vypracovaným postupem péče o tělo zesnulého.

Pro lepší představu o zavedených normách a pravidlech, jak se v takovém případě v nemocnici postupuje, přikládám vzor tohoto postupu z ARA v Motolské Nemocnici (viz Příloha č. 2).

Paliativní péči zastupují v nemocnici tzv. paliativní týmy. O zavedení standardů poskytování paliativní péče těmito odbornými skupinami se píše v novém Věštníku MZČR (2022). Některé nemocnice mají i možnost přesunout své pacienty po ukončení kurativní léčby přímo na specializované paliativní oddělení v rámci nemocnice, kde je pak nastolen podobný řád a princip chodu oddělení, jako je tomu v kamenných hospicích, tvrdí Sláma (2019).

### 3. EMPIRICKÁ ČÁST

#### 3.1 PŘEDMĚT VÝZKUMU

Předmětem výzkumu bylo zjistit, zda sestry, které nyní pracují jako zaměstnankyně lůžkových hospiců, vnímají s ohledem na své dřívější zkušenosti z nemocničních oddělení rozdíly v přístupu v péči o umírající umístěné na lůžkách v nemocničním prostředí a v prostředí hospice a vývoj změny postoje k paliativní péči.

Výzkum navazuje souvisle na teoretickou část a opírá se o teoretické základy v ní zmíněné.

#### 3.2 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem praktické části bylo pomocí výzkumného šetření odhalit, zda ze sesterského pohledu existují rozdíly v přístupu a v péči o umírajícího pacienta v nemocničních zařízeních a zařízeních hospicového typu určených speciálně pro tyto pacienty. Pokud se prokáže, že rozdíly existují, bylo dalším postupným cílem podrobné rozebrání těchto rozdílů v různých oblastech sesterské práce a sesterské roli v péči o tyto pacienty.

Následující otázky směřují k dílčím cílům výzkumu a doplňují svým významem hlavní výzkumný cíl, čímž tvoří jeho ucelenější obraz:

- Jaká je motivace sester, jež se věnují péči o umírající pacienty?
- Jaká byla jejich dosavadní praxe a jakými institucemi a odděleními prošly?
- Kdy se setkaly poprvé s pojmem paliativní péče a jak to na ně zapůsobilo?
- Shodují se v něčem sestry ve svých výpovědích, ať už se to týká hospicového nebo nemocničního přístupu?
- V čem vidí největší rozdíly těchto přístupů?
- Vnímají ony samy hospicová zařízení jako důležitá?

- Jak se staví k zavádění paliativních prvků v rámci hospitalizace v nemocnici?
- Jak vnímají edukaci a informovanost veřejnosti v tomto oboru?
- Jak vnímají roli rodin v péči o paliativního pacienta?

### **3.3 METODIKA**

Praktická část této práce se opírá o čtyři reálné rozhovory, k nimž byly osloveny všeobecné zdravotní sestry splňující dvě specifické podmínky. První podmínka byla, aby sestry měly za sebou ve své kariéře nemocniční oddělení, na kterém by se setkaly s umírajícím pacientem. To se vztahuje i k druhé podmínce, totiž aby tyto pracovnice byly v současné době zaměstnány v hospicovém zařízení, a tudíž mohly prostřednictvím těchto rozhovorů poskytnout srovnání z vlastních zkušeností a tím pomoci k dosažení určeného cíle této práce, tedy rozpoznání rozdílů v péči o paliativního pacienta v daných typech zařízení a jejich popis. Rozhovory byly nahrávány pomocí aplikace na mobilní telefon.

#### ***3.3.1 Zvolená metoda výzkumu***

Pro zpracování dat z těchto rozhovorů byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tato metoda se zaměřuje na zkoumání jevů a základních principů, stejně jako na podkrytí jejich vzájemných souvislostí a vztahů. Neméně důležitý je i řádný popis charakteru jejich celostní struktury a vysvětlení funkce nebo smyslu, který plní. Nezahrnuje na rozdíl od metody kvantitativní žádné statistiky ani jiné výpočty. Vyznačuje se také svou schopností nastínit čtenáři širší souvislosti a celkový kontext. Bývá charakteristická menším počtem respondentů, kteří by však měli být plně zasvěceni do tématu výzkumu. Údaje v něm získané bývají interpretovány jako souvislý text. Problematika, kterou se tento výzkum zaobírá, nebývá zcela vytyčená, ale naopak rozvíjí se s tím, jak průzkum pokračuje a vybraní respondenti mají možnost ho svými výpověďmi i určitým způsobem modifikovat. Je třeba do něj zapojit holistický nadhled

nad danými tématy a je vhodné zaznamenat co nejobsáhlejší charakteristiku hledaných aspektů, jak tvrdí Kutnohorská (2009).

Jako nejvhodnější přístup pro zpracování těchto dat byl z těch, které kvalitativní výzkum nabízí, vybrán přístup tematické analýzy.

### ***3.3.2 Popis postupu tematické analýzy při kvalitativním výzkumu***

Jedná se o jeden z nejčastěji používaných způsobů vedení výzkumu, jak tvrdí Švaříček (2014). Využívá se při něm tzv. hloubkový rozhovor (angl. *In-depth interview*), což je metoda, kdy se badatel pomocí nestandardizovaných otevřených otázek dotazuje druhého účastníka dialogu s cílem přiblížit se více pohledu na danou tematiku ze strany dotazovaného. Jeho výhodou je autentičnost a možnost získání většího obsahu výpovědí, než nabízí klasické dotazníkové šetření. Takovýto rozhovor může být buďto polostrukturovaný nebo nestrukturovaný neboli narativní. V případě této práce byl použit polostrukturovaný rozhovor, který nabízí pro badatele možnost dopředu si připravit tematické okruhy a hlavní otázky, které pak bude svému probandovi pokládat. Švaříček dále míní, že důležité pro celkový výsledek rozhovoru je i pečlivé pozorování ze strany tazatele, který by si měl umět všimnout i neverbálního projevu toho, s kým vede dialog.

### ***3.3.3 Etické aspekty výzkumu***

Během výzkumného šetření byly dodrženy veškeré nutné etické aspekty kvalitativního výzkumu. Pro udržení co největší anonymity participantů jsou v příloze přidány pouze upravené rozhovory v přepsané podobě, kde jsou zašifrována jak jména participantů, tak veškerá další jména a názvy obcí či institucí. Žádná další data z rozhovorů nejsou nikde uveřejňována a vlastníkem reálných nahrávek rozhovorů jsem pouze já. Všichni participanté byli obeznámeni s účelem rozhovorů a souhlasili se zpracováním informací, které mi v nich poskytli.



### 3.3.4 *Sebereflexe výzkumníka*

Každý z rozhovorů, který jsem vedla, byl svým způsobem originální a každý se nesl v jiném duchu. S vedením takového typu výzkumného rozhovoru dosud nemám velké zkušenosti a bylo pro mě nelehkým a zároveň důležitým úkolem udržet jeho strukturu.

Zpětně mohu říci, že pro mě všechny rozhovory byly velmi příjemné a vnímala jsem jejich obrovský přínos do svého profesního i osobního života. Všechny participantky byly velice ochotné hovořit se mnou a zodpovědět mi všechny mé otázky. Jejich citlivý přístup k umírajícím a výjimečné zkušenosti a zážitky, kterými si prošly, na mě silně zapůsobily.

## 3.4 OTÁZKY K ROZHOVORŮM

Zvolené a předem připravené okruhy byly vybrány tak, aby souvisely s výzkumnou problematikou a byly vodítkem k dosažení výzkumných cílů. Seznam otázek je součástí přílohy této práce (viz Příloha č. 3).

## 3.5 ZPRACOVÁNÍ DAT ZÍSKANÝCH Z ROZHOVORŮ

Rozhovory se sestrami byly z nahrávek přepsány do písemné formy se snahou o zachování co největší autentičnosti, aby tak bylo možné co nejvěrněji přiblížit celkovou atmosféru a duch, v jakém se rozhovor nesl. (viz Příloha č. 4, 5, 6 a 7 – součást CD-ROMu) Každá participantka dostala nové jméno, pod kterým je uváděna za svými citacemi. Zvolená jména jsou: **Marie, Anežka, Jana a Petra.**

Nelze přesně předat zejména emoční stránku rozhovorů, které však v jejich kontextu a ke zhodnocení výpovědí hrály svou roli. Pro zachování alespoň částečné

shody s reálnými dialogy byly zachovány a přeneseny do textu této práce pouze odmlky respondentů, jež jim dávaly prostor pro zamyšlení a podrobnější expresi problému. Potažmo tuto možnost pak získávají i čtenáři jejich výpovědí. Tyto pauzy jsou v textu vyznačené 3 tečkami v závorce - (...).

Dalším netradičním prvkem v textu jsou v závorce uvedené výrazy typu: (směje se), (usmívá se). Byly ponechány jako součást citací v případech, kdy bylo potřeba přenést konkrétněji náladu dané situace na čtenáře, aby bylo možno pochopit, zda šlo například o vtip a nedošlo tak k nechtěnému mylnému vyznění citace participantky.

Z původních výpovědí zmizela většina nespisovných a hovorových výrazů a častokrát se opakujících výplňových slov a celková skladba odpovědí byla upravena do srozumitelnější podoby. Dále byla také nezbytně nutná alespoň částečná úprava větných konstrukcí pro větší plynulost a návaznost textu. Cílem těchto zásahů bylo umožnění snadnější četby textu a jeho následná explance pro účely výzkumu.

Rovněž zde nejsou konkretizovány přesné názvy nemocnic ani měst a dalších zařízení či míst, o kterých sestry hovořily. Jako jejich náhrada je použita vždy fráze buď *nemocnice XXX* nebo *město XXX* apod. Takto zakódované jsou i jména konkrétních osob. Zde jsou však některé výjimky, které zůstaly v neanonymizované podobě, a to konkrétně jméno MUDr. Marie Svatošové a Jany Sieberové. Obě jsou pokládány za veřejně známé osobnosti a jejich jména byla v daných výpovědích důležitá pro pochopení smyslu věty.

### 3.6 KATEGORIZACE

Výsledky výzkumu získané metodou tematické analýzy jsou na následujících stránkách rozřazeny do určitých kategorií. Každá kategorie je podrobně popsána a místy doplněna o přímé citace participantek (označené uvozovkami a šikmým sklonem písma).

Po prostudování textu bylo určeno 5 hlavních kategorií, z nichž každá má ještě minimálně další 3 podkategorie. Pro toto rozlišení byla využita metoda otevřeného kódování, která nám dle Kutnohorské (2009) pomocí kladení otázek a pečlivého

zkoumání vzájemných vztahů, podobností i odlišností umožňuje označit obecné kategorie a seřadit je do smysluplného seskupení.

Níže je pro přehled uveden seznam získaných kategorií:

- Dlouhá cesta k hospicové péči
  - Každý máme svou motivaci
  - Cestou k paliativní péči s titulem i bez titulu
  - Z jednotky intenzivní péče k lůžku umírajícího v hospici
  
- Osobní zásah paliativní péče do života sester
  - Ve víru ohňostroje marnosti
  - Se smrtí jsme se setkávaly už jako studentky
  - Když se jedná o někoho blízkého
  - Jak řešit smrt jinak
  - Připravili vás na tohle?
  
- Jak se pracuje sestře v paliativní péči?
  - S pravdou ven aneb reakce okolí
  - Přes všechny překážky...
  - Kolektiv je základ
  
- Realita uplatňování paliativní péče v hospicích
  - S rodinou až do konce
  - Neděláme z nich mumie, nenecháváme je nahé, nebalíme do pytle...
  - Rodiny si nejvíc váží toho, že s ním mohly strávit tolik času
  
- Realita uplatňování paliativní péče v nemocnicích
  - Smrt za plentou
  - Krátce, rychle, jednoduše
  - Proč je tu sám?

### **3.6.1 Kategorie číslo 1 – Dlouhá cesta k hospicové péči**

Úvodní otázky, které jsou podkladem této kategorie, požadovaly po respondentkách, aby popsaly, jakým způsobem se dostaly vůbec k oboru zdravotnictví, jaká byla jejich cesta, co je k tomu vedlo a čím vším si prošly během svého profesního života. Čtenář si může povšimnout, že se častokrát vracejí do svého rodinného zázemí a při výběru zdravotnického povolání se řídí i rodinnou tradicí. V některých případech je však vidno, že výběr povolání byl spíše dílem náhody a také dostupných možností vzdělání v daných oblastech. Některé sestry také ale popisují svou primární motivaci a touhu po výkonu profese zdravotní sestry.

Zajímavá je i rozdílnost v dosaženém stupni vzdělání jednotlivých sester a také v jejich nabyté praxi. Nejednou se totiž výpovědi shodují v tom, že dotázané sestry mají letitou praxi i na jiných odděleních, a to dokonce ve všech případech na akutních a intenzivních jednotkách a že k práci v hospici, jež stojí tak v kontrastu s jejich dosavadními pracovišti, se dostaly až v pozdějších letech své kariéry a již s mnohými zkušenostmi z nemocničních průvozů různého typu.

#### **Každý máme svou motivaci**

V první části se seznamujeme s motivací sester k výkonu zdravotnického povolání. Otázky směřovaly k tomu, kde se vzala jejich chuť k volbě profese zdravotní sestry a co je přimělo začít studovat na školách pro to určených. Volně se tedy tato podkategorie přelévá do podkategorie následující, tedy: Cestou k paliativní péči s titulem i bez titulu.

V jejich výpovědích se totiž povětšinou setkáváme se shodnými začátky na středních zdravotnických školách (ve výpovědích často lidově označovaných jako zdravky), ze kterých dle tehdejší legislativy vycházely profesně kvalifikované zdravotní sestry, nynější skupina NLZP. Důvody k výběru těchto škol byly různé. Někde hrála roli malá možnost výběru vzdělávacích zařízení v místě bydliště participantky (Jana) či jistá míra všeobecně přijímané „předurčenosti“ kvůli výsledkům známek, jež nedosahovaly na studium na gymnáziu.

*„Ono, když já jsem vlastně se loučila se základkou, tak nebyly takové možnosti, jako jsou dneska. My jsme měly jako možnost gymnázium, průmyslovou střední, ekonomickou střední, zemědělskou střední a zdravotní střední. Nebyla jiná šance střední školy. Hlavně ty střední školy byly výběrové. Takže ti opravdu šikovní lidé, jedničkáři, chodili na gymnázium, ostatní pak chodili na ty další střední školy. Když jsem nebyla na matiku ani na ekonomiku, tak zbývala zdrávka.“*  
*/Jana/*

O tom, kam participantky dál půjdou po ukončení základního vzdělání, rozhodoval v některých případech i fenomén, který se dá nazvat rodinná tradice. (Jana) Tím je myšleno opakování zdravotnického povolání v předešlých generacích, ať už šlo o povolání sestry či lékaře. Vzory v rodině se tak ukázaly jako jeden z faktorů, ke kterým některé participantky při svém rozhodování přihlížely.

*„A vzhledem k tomu, že moje babička byla lékařka, děda lékař, maminka moje laborantka, takže tam ta dráha byla, prostě stále jsem se v tom od malička pohybovala, připadalo mi to takové přirozené. A teta vlastně moje ta je taky lékařka, takže tak se to nějak u mě objevilo.“* */Jana/*

Dalším vzorem, který se objevil v životě jedné z participantek (Petra) a který přispěl k jejímu definitivnímu rozhodnutí při volbě budoucí kariéry, byla prozíravá učitelka na základní škole, která dokázala správně odhadnout vlastnosti a schopnosti své žákyně a poradit jí tak při výběru, aby uplatnila své předpoklady pro to, stát se zdravotní sestrou a zkusila podat přihlášku na střední zdravotnickou školu.

*„My jsme ještě končili osmičkou, my jsme byli fakt docela ještě mladší, vlastně jsme ve 14 šli na střední školy a člověk moc ještě asi nevěděl, co chce, nicméně jsem měla super třídní učitelku a ta učitelka řekla, že jsem takový samaritán, že bych měla jít na zdrávku, takže jsem to zkusila a tím jsem se vlastně dostala k tomu zdravotnictví. Nebylo mi to nijak cizí, vždycky mi asi nevadilo o někoho pečovat o zvířata nebo i o lidi. (usmívá se) /Petra/*

Zajímavou motivací, objevující se u Marie a Anežky, je motivace špatným příkladem péče v nemocnici. Tyto odstrašující zkušenosti v nich zřejmě probudily určitou touhu nenechat věci jen tak a přispět svým vlastním zapojením ke změně.

*„...možná i trošku stimul byl ten děda, když mi zemřel v 15, že to opravdu chci dělat tu práci. Tak se mi to nelíbilo, když zemřel na ARU. Nemohli jsme tam všichni, pustili tam pouze mě, ale další rodina se nemohla rozloučit. Takže to byl i takový první stimul, což mě ani nenapadlo, že bych to někdy řešila.“ /Marie/*

*„Pamatuji si to přesně (...) Můj dědeček byl primář na interně ve městě XXX a já jsem ho šla navštívit. On byl pak už hodně nemocný, bylo mu velmi špatně, já jsem tam šla sama na tu návštěvu a on na tom pokoji (...) Tam byl strašný smrad, takový ten močový (...) Už to tam bylo asi ve zdech, protože to byla stará nemocnice (...) A on byl fakt v zanedbaném stavu, byl prostě (...) Takové ty oči zalepené ospalky, pusou okoralou. Dědeček (...) Ta péče o něj byla špatná, byl dehydratovaný, to jsem poznala, ještě než jsem věděla vůbec, co to znamená. A já jsem si říkala, že bych se takhle nechtěla starat o lidi a šla jsem dělat tedy na tu internu.“ /Anežka/*

### **Cestou k paliativní péči s titulem i bez titulu**

Participantky prozradily v rozhovorech různou dosaženou míru svého vzdělání. Ve třech případech (Marie, Jana a Petra) se shodly na střední zdravotnické škole s maturitou, která se stala nastartováním jejich profesní dráhy. Od toho se odlišovala Anežka, jejíž středoškolské vzdělání bylo v jiném nepříbuzném oboru. Vysokoškolského vzdělání završeného titulem Dis. a Mgr. dosáhly 2 participantky – Anežka a Jana. Jana mluvila i o atestačním studiu v anesteziologicko-resuscitační péči.

Zmíněny mohou být i rozličné kurzy, které participantky absolvovaly a které jistě přispěly k rozšíření jejich znalostí nejen v oboru paliativní péče a k účelnějšímu uplatnění těchto prvků v jejich praxi. Ze svých kurzů považovaly participantky Marie, Jana a Petra jako nejpřínosnější např. kurzy ELNEC (kurzy o paliativní péči určené pro

jednotlivé profese), psychologické kurzy, kurzy sebeobrany, kurzy z intenzivních či interních oborů medicíny, rehabilitační kurzy aj.

Celkově se dá shrnout, že není pozorovatelná příliš nápadná podobnost v dosaženém stupni i zaměření vzdělání. Převládá pouze společný začátek na střední zdravotnické škole považovaný dle legislativy v době, kdy participantky absolvovaly, za jednu z možných minimálních hranic ukončeného vzdělání dostačujícího k vykonávání profese zdravotní sestry.

### **Z jednotky intenzivní péče k lůžku umírajícího v hospici**

Kromě vzdělání byla pro oslovené neméně důležitá i praxe nasbíraná z různých pracovišť. Každá svým vlastním stylem určovala své kroky skrze různé typy poskytování zdravotnické péče a vyzkoušely si tak mnoho různorodých profesních odvětví, ze kterých mohly čerpat nové zkušenosti a dovednosti. Tomu, že ale nakonec všechny našly své uplatnění v péči o umírajícího pacienta v hospici, předcházely různé cesty skrze rozdílná oddělení. Na odděleních podobného zaměření, jejichž jmenovatelem by mohla být standardní lůžková oddělení, se shodly tři participantky – Marie, Anežka a Jana. Ve všech případech pro ně byla také prvním pracovištěm, kde začaly působit a tvořila pro ně jakousi startovací dráhu, ze které se pak dále ubíraly odlišným směrem. Všechny tři si také shodně prošly v těchto začátcích interním oddělením, což je oddělení, kde se dle výpovědí také často setkaly se smrtí pacienta.

Zajímavým faktem je, že každá participantka v rámci rozhovoru sdělila, že se dále v kariéře orientovala na akutní péči na jednotkách intenzivní péče. Samy mluví o tom, že to pro ně bylo nesmírně přínosné období, které nebylo jednoduché, ale při kterém se toho nejvíce naučily. Petra například upozorňuje i na to, že akutní péče, byť tak odlišná a na první pohled nesrovnatelná s péčí hospicovou, jí vlastně ve výsledku dala právě ty potřebné zkušenosti a schopnosti, které pak využila při nástupu do hospice.

*... vždycky mě teda už od zdrávky přitahovala spíš ta akutní lůžka, ta akutní péče, jako trošičku takové (...) Viděla jsem v tom smysl, že toto mě nějak láká a vlastně i díky těm akutním lůžkům bych řekla, že pak má člověk i tu odvahu jít do té paliativy, protože vlastně není ve stresu z těch různých invazí a z věcí, které pak jsou potřeba řešit, tak ho to pak úplně nevyleká. /Petra/*

Z dalších pracovišť uvedly sestry i ambulance nebo praxi nasbíranou v rámci dobrovolnictví.

Co se praxe na pracovištích hospicového typu týče, vyzkoušely si některé sestry jak hospici kamenné, tak hospici mobilní, jež jsou postavené na myšlence dojíždění paliativních týmů k pacientovi v terminální fázi onemocnění a poskytování péče v jeho domácím prostředí ve spolupráci s rodinou, jak vysvětluje MARKOVÁ (2010). Některé z participantek byly přímo spoluzakladatelkami (Jana a Petra), v jiných případech se jednalo o vedoucí sestry (Anežka, Jana, Petra).

### **3.6.2 Kategorie č. 2 – Osobní zásah paliativní péče do života sester**

Participantky se v rámci rozhovorů častokrát vracely zpátky do minulosti a byly vybízeny, aby si zkusily vzpomenout, jaká byla jejich cesta k paliativní péči, jak se vůbec doslechly o tomto oboru, jaké byly jejich reakce, co to v nich vzbuzovalo a jak se to stalo, že nakonec opustily své častokrát zajaté dlouholeté zaměstnání a vydaly se na dráhu sester pečujících o pacienty v hospici. Významným poznatkem, který z rozhovorů vyplynul, je, že se vlastně všechny sestry ve svých výpovědích shodly na tom, že jednou z hlavních motivací k odchodu z nemocničních oddělení do hospicových zařízení bylo vnitřní přesvědčení, že léčba u pacientů v nemocnicích je v mnoha případech zbytečně a v jistém úhlu pohledu krutě protahovaná a že konec života člověka umístěného na nemocničním lůžku je provázen velkým trápením a bohužel často i bolestmi.

Dotazy, které participantky dostávaly, směřovaly ještě více do hloubky i k citlivějším otázkám na první zkušenosti a vzpomínky na umírajícího pacienta a také na jejich případné osobní zkušenosti s umíráním v rodinách a v blízkém okolí a



doprovázení umírajících osob. U otázek tohoto typu docházelo u sester často k většímu emočnímu vypětí vzhledem k pochopitelné citlivosti a možné nepříjemnosti daného tématu. Postupně se ale tato kategorie překlápí do obecnějšího pohledu sester na paliativní péči v praxi. Vychází z ní zajímavé poznatky o uplatňování paliativních prvků nejen v hospici, ale i v nemocnici. Můžeme zde sledovat, jak na paliativní péči sestry nahlíží, jaké její principy vyzdvihují a co si myslí, že jsou její cíle.

Součástí je i o zprostředkování názoru dotazovaných na potřebu edukace sester v paliativní péči a jak jsou s jejím současným stavem spokojeny.

### **Ve víru ohňostroje marnosti**

Povědomí o paliativní péči ve společnosti, o tom, co to vůbec je a jaké jsou její možnosti, je spíše nedostatečné, jak ukazují výzkumy prováděné organizací Cesta domů uvedené na stránkách webu Umírání.cz (2015). I sestry se domnívají, že mezi veřejností jde spíše o úplnou nevědomost významu tohoto pojmu nebo o zkreslené představy o jeho obsahu.

V následujících řádcích je poodhaleno, jakým způsobem reagovaly ony samy, když se s tímto pojmem setkaly poprvé a za jakých okolností k tomu došlo. Je veskrze pochopitelné, že se laická veřejnost o paliativní péči asi ve většině případů příliš nezajímá, nenachází-li se sama v životní situaci, která je k paliativní péči přirozeně nasměruje. Ani však na straně participantek, které jsou erudovanými zdravotníky, nebylo vždy plné obeznámení s touto problematikou, dokud se k tomu nějakým způsobem nedostaly samy. Nutno však přihlídnout i k tomu, že některé z participantek začínaly v době, kdy se paliativní péče u nás v České republice teprve pozvolnými krůčky začala rozvíjet. V současné době předpokládáme vyšší nárůst edukace jak laické, tak odborné veřejnosti a také rozšířenější síť poskytovatelů paliativní péče na našem území.

Marie si vzpomněla, že její první setkání s paliativní péčí proběhlo skrze akci pro veřejnost uspořádanou institucí hospice, konkrétně u příležitosti dne otevřených dveří. Zájem v ní vzbudila jak samotná myšlenka hospice, tak i místní veřejně známé osobnosti, které byly na akci přítomny a které poslání tohoto zařízení propagovaly.

Petře pomohla k poznání paliativní péče další složka integrace s veřejností, tedy konkrétně média a rozhovory v nich uváděné.

Důvod, kvůli kterému se však dostaly k tomuto tématu Marie, Anežka a Jana, by se dal shrnout jako nespokojenost s protahovanou léčbou v nemocnicích. Tato eticky sporná problematika, kterou byly nucené projít i ve svých vlastních životech, je zasáhla natolik, že z akutní péče přešly do úplně opačného stylu péče o umírajícího pacienta, tedy do paliativní péče. Na rozdíl od péče na ARU a podobných odděleních s intenzivním zaměřením se nyní v rámci hospice již nesnaží dělat vše pro co nejdelší udržení pacienta při životě, což je často podmíněno nutností mnoha invazí a technické výpomoci životním funkcím pacienta, ale naopak se při své péči zaměřují především na udržení co nejvyšší možné kvality života a vedle toho i na léčbu symptomatickou, jako je tlumení bolesti a dalších příznaků progredujícího onemocnění.

*„A paliace mě zajímala z toho důvodu, protože leckdy se vlastně hlavně v akutní medicíně zachraňují lidé bez perspektivy a špatně a přežívají na těch lůžkách takovou dobu. Jako je to neetické, někdy, v nějakém případě, když to takhle řeknu. Takže jsem se zajímala o to, aby ti lidé byli prostě tlumení od bolesti a tak.“ /Marie/*

*„... kvalita toho života (...) nejen z pohledu jako mě, ale i z pohledu těch lidí (...) byla velice nízká a oni opravdu byli hodně nešťastní z té situace. A já jsem se vlastně začala zajímat o to, proč se ten člověk léčí až do roztrhání těla. Proč vlastně (...) se tomu člověkovu neuleví léky na bolest, kterými se tam dost šetřilo, nějakými psychofarmaky atp. (...) A hlavně ta léčba bolesti tam byla hodně špatná. Takže já jsem se o to začala zajímat, co vlastně by se v tom dalo udělat a na internetu jsem hledala.“ /Anežka/*

*„... v podstatě i jejich přáním bylo neskončit na tom ventilátoru, ale jakmile tam prostě jednou došlo k nějaké aspiraci a dostali se do té mašinerie, kdy teda se volala záchranka, byli zaintubováni a dál už se prostě nemohli vyjádřit k tomu, jak dál bude postupovat jejich léčba a bylo to opravdu děsivé, když (...) Mně se strašně líbí termín ohňostroj marnosti, který jsem slyšela na jedné přednášce o paliativní medicíně, kdy toto opravdu tedy přesně vystihuje takovou tu marnost*

*těch lékařských intervencí s tím, že všichni vědí, že výsledek nebude k ničemu, protože to bylo.... Samozřejmě ti lidé měli tracheostomie, PEGy, centrály, cévky, neustále se pohybovali mezi infekcí, kdy brali silná antibiotika, když teda se zahnila nějaká sepse, buď katéetrová nebo pneumonie nebo jakákoliv jiná, tak následovala infekce klostridiová, že jo, v důsledku nadužívání silných antibiotik a dokud to tělo opravdu na to reagovalo, tak prostě se z té léčby neustoupilo. A vlastně přežívání na NIP dokázaly ty mladší ročníky opravdu strašně dlouho, vůbec nebyl problém. A byla to naprostá zoufalost i těch příbuzných a samozřejmě i těch lidí samotných. No prostě strašné.“ /Jana/*

### **Se smrtí jsme se setkávaly už jako studentky**

Když se měly sestry vyjádřit k tomu, jestli si pamatují na svá první setkání s umírajícím pacientem, ve většině případů (Marie, Anežka a Petra) byla jejich zkušenost silně negativní, dokonce spíše doslova odstrašující. U některých se jednalo o nelehký zážitek, který musely prožít už ve svých mladých studentských letech v rámci praxe a ve dvou případech se sestry shodly, že to bylo v prostředí interního oddělení. Nutno ovšem znovu podotknout, že se zde obrací zpátky ke svým zkušenostem z minulosti a nemohou tak reflektovat současný stav těchto pacientů na zmiňovaných odděleních. Petra také doplňuje, že v jejím případě, kdy byla také ještě jako studentka na praxi svědkem úmrtí pacienta, byla od celé situace a také následné péče o zemřelého odsunuta a iniciativu převzal personál daného oddělení.

*„...to bylo na interně, právě když jsem tam byla jako dobrovolník. Takže vlastně prvního mrtvého člověka jsem viděla tam, jako na interně, na takovém strašném pokoji s 10 lidmi, kde měli fošny místo zábran. Takové dramatické (...) Tenkrát nebyly jednorázové pomůcky, nic. Takže vlastně tam, v 15 letech to bylo (...)“  
/Marie/*

*„No a na interně v 90. letech (...) Možná, že už je to teďka lepší, ale tehdy to byl hrozně těžký obor, leželo tam hodně starých a nemocných lidí se spoustou diagnóz. A hodně se tam umíralo (...) na tom oddělení, co jsem dělala. Takže tam jsem se setkala s umírajícími.“ /Anežka/*

*„...a já jsem vlastně prvního člověka, kterého jsem viděla mrtvého, bylo, když mi bylo 18. Byl to muž, byl popálený, byl vlastně nahý a (...) mrtvý. A ještě měl velký dekubit. A děvčata mi řekla, že ho mám umýt. Takže jsem si řekla, že když tohle zvládnou, tak že už v tom zdravotnictví zůstanu. (směje se) Zjistila jsem tehdy, že mi v podstatě asi nic nevadí.“ /Anežka/*

*„Určitě si vybavuji z praxe, což byl doopravdy šok tehdy, protože my jsme byly opravdu hodně mlad'ounký, nám bylo okolo těch 15 a už jsme se setkávaly s takovými dost jako (...) nehezkými pacienty, třeba tady ve městě XXX někdy nevím, kdy už to bylo (...) Jak říkám, takové totalitní to bylo hodně, hodně smutné, kdy vlastně ti lidé umírali sami na těch šestilůžkových pokojích třeba. A i vlastně podvyživení, bylo to takové jako opravdu hodně náročné, vlastně byla dost striktní i ta doba těch návštěv. Tehdy nemohli ti lidé kdykoliv přijít, nemohli chodit k těm rodičům nebo prarodičům do té nemocnice, já mám pocit, že to snad bylo do 12 let zakázané nebo jak to tenkrát bylo. Už si nepamatuji přesně tu hranici, ale (...) Jsou i příběhy, kdy zemřeli rodiče dětem, které je nemohly vidět v nemocnici. Takže to bylo takové dost jako bych řekla tragické (...) A vím, že ta úmrtí v nemocnici (...) asi nevím, jestli si úplně vzpomenu na nějaké to úplně první nebo na to, jak jsem vlastně vnímala to, když jakoby zemřel, to první tělo zemřelého. Nevím, kdo přesně už to byl, ale celkově vím, že vždycky to na mě působilo úzkostně. Jo, že to byl takový stres, že najednou člověk měl pocit, že vlastně neví, jak na to má reagovat (...) Co se vlastně stalo. Víceméně v té době to bylo takové, že ty zdravotní školy nás z toho tak jako trošičku odsunuly a pak se těm lidem věnoval nějaký zdravotnický personál tam.“ /Petra/*

Jana uvádí, že její první zkušenost s umírajícím pacientem také proběhla na interním oddělení, ale nebyla dle jejích slov vysloveně negativní a popisuje spíše, jak na ní tehdy zapůsobilo, že přítomný lékař dokázal odhadnout, že se zřejmě pacient blíží ke svému konci a také, kdy k tomu pravděpodobně dojde.

*„A tenkrát vlastně jsem měla praxi právě na interně, to tehdy dřív jsem si říkala, že na internu nikdy nepůjdu, ale dostala jsem se právě na oddělení, kde byl perfektní tým, to oddělení bylo specializované na gastroenterologii, vedl ho docent, který u nás začínal s endoskopickými výkony, takže to byla taková zajímavá práce. Ale tenkrát, i když to bylo oddělení zaměřené na gastroenterologii, tak se nám tam dostal člověk po cévní mozkové příhodě. Dneska už v podstatě postup lege artis je, že takovýto člověk musí ležet na neurologii, ale tenkrát (...) Prostě tam byl. A při jedné, vím, že to zní hrozně, při jedné vizitě mi tam právě ten docent povídal, když jsem tam byla na té soustředěné praxi, tak mi říkal, že třetí den je vždycky po té CMP už rozhodující a říkal mi: „Tenhleto člověk pozítří umře. A Vy se půjdete podívat na pitvu...“ A tak to bylo, my už jsme tedy byli na patologii v prvním ročníku na té anatomické pitvě v rámci somatologie, tak jsme tam měli návštěvu. A tohle to bylo takové vůbec to první setkání s tím, že: „Jak to může takhle dopředu říct? Jak to může vědět?“ A já jsem opravdu přišla pozítří na tu praxi a opravdu ten člověk v noci zemřel, měl pravdu (...) A opravdu mě tam pak vzal s sebou na tu patologii se podívat, na to, co se tam událo. Takže to bylo pro mě takové to první setkání se smrtí.“ /Jana/*

### **Když se jedná o někoho blízkého**

Ve všech rozhovorech se ukázalo, že samy participantky (Marie, Anežka, Jana, Petra) měly osobní zkušenost s doprovázením někoho z rodinných příslušníků nebo jiné blízké osoby v domácím prostředí, v některých případech spolu s využitím podpůrné pomoci domácí hospicové péče. Bylo to velmi osobní téma, které dokázalo některé participantky přivést i k slzám.

Fakt, že byly přímými účastníky této situace, je určitě velmi formoval a přispěl k jejich přístupu k paliativní péči a jistě i pacientům obecně. Lze si povšimnout pozitivního vzoru v rodině, která byla schopna postarat se o svého umírajícího příbuzného doma a dopřát mu tak důstojnější odchod. Participantky tak vyrůstaly pod vlivem tohoto příkladu, že umírání doma je přirozenou součástí života.

*„Tchýně měla přítele, 5 let spolu žili a zemřel na onkologické onemocnění. Měli jsme ho doma. Nebo ona se víceméně o něj starala. Takže jsem si to vlastně prvně vyzkoušela doma tady s mobilním hospicem a bylo to fajn s tou pomocí.*

*A letos mi umřela maminka doma na onkologické onemocnění, takže jsem ji doprovázela. Měla jsem mobilní hospic taky domluvený, za což jsem byla hrozně ráda...*

*Já jsem si poslední 2 dny vzala ošetrovatelskou, protože člověk neví, jak se to bude vyvíjet. No a z prognózy 3 měsíců byl půl rok...“ /Marie/*

*„... můj tatínek měl rakovinu hrtanu, měl tracheostomickou kanylu, takže nemohl mluvit a po 7 letech, když se to horšilo, tak jsme ho s maminkou měly doma, protože on byl ležák. A vlastně poslední den, kdy umíral, tak jsme u něho byly, ale tenkrát (...) už je to (...) 12 let (...) jsem ještě nevěděla, že existuje paliace a co to je. A nevěděla jsem, že existuje hospicová péče a domácí hospicová péče, ale myslím si, že tenkrát, to bylo ve městě XXX, myslím si, že tenkrát ještě nebyla. Nejsm si úplně jistá, ale myslím, že ještě tenkrát tam domácí hospicová péče nebyla. My jsme se o něho staraly, měl nějaké léky na bolest. Já jsem zdravotník, maminka taky, takže jsme to všechno zvládly, umřel doma, jak to chtěl. No ale myslím si, že kdyby tam byla i podpora toho hospicového týmu, který třeba máme i tady ve městě XXX, tak že bychom asi cítily podporu toho týmu, že by to asi bylo lepší (...) Protože my jsme vlastně nevěděly po tom úmrtí, co máme dělat. Takže já jsem tak intuitivně zavolala rychlou, oni mě odkázali na koronera, který přišel ohledat to tělo (...) Ale pro nás to bylo jako s maminkou vlastně fakt hezké, že byl doma, že jsme mu to splnily.“ /Anežka/*

*„...umíral mi dědeček, vlastně babička se o něj starala, protože děda byl o 20 let starší než babička. Takže babička (...) ta byla vlastně taky zdravotní sestra. A moje prababička ještě začínala s Alicí Masarykovou, ještě pod červeným křížem tenkrát (...) Takže babička se o něj tenkrát postarala, protože já jsem tehdy byla těhotná, čekala jsem svého syna, takže mě to minulo (...) Vím, že jsem jenom hrozně vděčná babičce, že si ho nechala doma, což bylo takové nepředstavitelné v té době. A že se o něj postarala.“ /Jana/*

*„... před lety jsme doprovázely naši maminku, která zemřela vlastně jakoby doma, ale bylo to takové trošku pionýrské, protože hospice v té době sice už nějaké byly, Maruška Svatošová založila hospic, že jo, v Kostelci. Pak už nějak fungovali i přes domácí péči, ta paliativa se nějak rozvíjela, ale v té době my jsme vlastně o tom žádný kontakt ani zprávu neměli, ani tady nic takového nefungovalo, takže jsme spíš se rozhodli na základě toho, že maminka chtěla být prostě doma, takže jsme si jí nechali a doprovázeli jsme jí společně s rodinou a s praktikem a s dalšími lidmi, kteří jsou zdravotníci a byli ochotní nám nějak pomoci (...) Takže jsme to zvládly jak říkám trošku na křeč s pomocí, i vlastně s dojezdy potom záchranné služby, protože to v té době nebylo možné mít doma nějaké opiáty, aplikovat někomu nějakou náplast s opiáty sami, takže v té době to bylo takové dost dramatické no (...) Dneska bych byla ráda, kdyby to bylo jinak, ale vlastně tak nějak jsme to ustáli (...) Takže to byla motivace vlastně proč tu paliativní péči, proč jí nabídnout více lidem a jednoduše jí šířit i do oblastí, kde třeba není úplně dostupná.“ /Petra/*

Marie vzpomněla i člověka, jehož stav nebyl slučitelný s propuštěním z nemocnice a jehož se tedy snažili s rodinou doprovázet v rámci jeho hospitalizace. V tomto případě za nejtěžší problém považuje nemožnost trávit tam s umírajícím dostatek času a být s ním až do konce.

*„...zemřel mi tatínek, který mi zemřel na ARU a ač teda ve městě XXX na ARU, tak ta kvalita té péče se mi tam zdála opravdu moc dobrá. Ale teda nemohli jsme tam s ním být a i ta zátěž toho dojíždění tady odsud jednou za týden tam byla opravdu náročná. Já jsem byla ráda že mám několik dětí, které se střídaly, aby*

*mě tam vezly, protože jsem nebyla schopná ani řídit. Ale byly to náročné 3 měsíce a pokud by nebyl dialyzovaný, tak bych si ho určitě vzala sem. Ale pokud by ho odpojili z dialýzy, tak by nepřežil ani tu cestu zřejmě, protože ten organismus byl už tak vyčerpaný.“ /Marie/*

Marie měla zkušenost i s blízkým umírajícím, který byl umístěn na lůžko v hospici. Bylo to už v době, kdy sama byla v tomto hospici zaměstnaná. Měla tedy možnost trávit s tou osobou opravdu velké množství času.

*„A vlastně před 2 roky, zrovna dneska má výročí, mi tady zemřela kolegyně, ošetřovatelka. Bylo jí 42 let, takže mladá. A byla to jak moje nevlastní sestra, protože žila s bratrancem mého muže a my jsme spolu trávily dovolené a prostě jsme spolu doma vařily, takže takové opravdu vesměs ségry. Takže to mě teda hodně zasáhlo. Když byla tady, tak jsem tady docházela úplně každý den. I na noční jsem šla třeba dřív. A pak jsem si říkala, že třeba nepůjdu, ale ono to člověku nedá, tak jako úplně, takže já chci navázat, že kvůli tomu (...) Tohle Vám říkám z toho důvodu, že ono to není jednoduché se třeba o toho člověka doma starat, ale když je tady v hospici, tak zase si myslím, že ten čas, který podle mě je strašně důležitý tomu člověku věnovat, tak ale chybí jinde (...)“ /Marie/*

### **Jak řešit smrt jinak**

Sestry jmenovaly mnoho bodů a poznatků, které podle nich vystihovaly určité cíle v paliativní péči. Konkrétně se jednalo například o léčbu nejrůznějších příznaků terminálních fází onemocnění, jako je tlumení bolesti, nauzey či tišení neklidu. (Marie) Jiné viděly hlavní smysl paliativní péče v principu neprotahované zbytečné léčby a umožnění důstojného a bezbolestného odchodu. Anežka to uvádí na příkladu z nemocničního prostředí, kdy se iniciativa o neprotahovanou léčbu u pacientů objevovala především ze strany sester a častokrát se střetávala s úmysly a cíli lékařů, jakkoli byly bezpochyby ušlechtilé a postavené na stanovených normách nemocnic.



*„Já tedy ze své zkušenosti (...) vím, že to dělají spíše sestry a že hodně musejí přemlouvat lékaře, aby o té paliaci (...) aby o ní začali přemýšlet. Jo, protože člověk vlastně když už má tu prognózu špatnou a to onemocnění je v konečné fázi, tak v těch nemocnicích, aby už nedělali další vyšetření. Aby toho člověka už nevláčeli po rentgenech a sonech a odběry, gastro, pořád dokola a aby prostě mu už dopřáli ten klid a ten důstojný odchod bezbolestný. A je to fakt strašně těžké, protože ten lékař prostě má zachraňovat ten lidský život prostě až do úmoru do poslední chvíle, vlastně nehledě na kvalitu toho života. A to bylo i na tom oddělení, kde jsem pracovala, tam to bylo úplně to stejné.“ /Anežka/*

Na aktivní léčbu bolesti a klidný a důstojný odchod upozorňuje taktéž Jana a vyzdvihuje přitom podmínky hospicového prostředí, které tyto možnosti podporují.

*„Tady jsou podmínky přímo přichystané pro to, aby naplňovaly základní pilíře té hospicové myšlenky, tedy především umožnit pacientům klidné a důstojné odcházení a zbavit je bolesti. O té bolesti je to tady hodně a správně nastavená léčba bolesti je podle mě základ. Víte, (...) když máte nějakou bolest a tím myslím i bolest duševní, psychickou, tak pak se jen velmi těžko naplňují ty další potřeby, které jasně ten umírající člověk má. Někdo by asi řekl, že je to taková nudná práce tady, protože tu není tolik, co dělat. Já si to nemyslím, protože to sice není takový shon a takový ten adrenalin jako na těch akutních lůžkách, ale akutní to je, protože máte někdy jen velice málo času na to, abyste využili těch možností, které paliativní medicína nabízí. Často se stane, že nám přijede člověk a my už druhý den voláme rodinu, že pacient zemřel. Může to být i takhle rychlé, jo, takže je potřeba mít vždycky i tohleto na paměti, protože nikdy nevíte, kolik času s tím pacientem budete mít (...)*

*Ale pak je to o tom aktivně nabízet tu pomoc, ptát se, aktivně řešit problémy a zajímat se o toho pacienta. A když třeba nemůže už s Vámi komunikovat, tak aspoň pozorně sledovat a vyhledávat ty příznaky, abyste si třeba všimla, jestli ten pacient netrpí bolestí, jestli ho něco netrápí. Protože v takovém případě je potřeba co nejdříve zasáhnout a pomoc tomu pacientovi.“ /Jana/*

To, co je na paliativní péči zásadní pro Petru, je dle jejích slov především postoj a osobní nasazení sester pro pacienty a také uplatňování jejich schopnosti vcítění. Z jejího pohledu je paliativní péče přelomová v tom, že nabízí nový pohled na smrt a umírání a nebojí se tato témata otvírat.

*„A o tom si taky myslím, že ta paliativa v podstatě je, umí řešit tu smrt jinak, umí o tom mluvit, otevírá to téma a nabízí možnosti pro ty, kteří se třeba dostali do nějaké těžké životní situace a musí tuto otázku aktuálně teď řešit. Je to (...) široký obor, je to hodně o citu, o nějaké schopnosti vcítění, musíte mít zájem o ty lidi, musíte být schopná se hodně sebezapřít a vždycky to brát tak, nebo já teda se snažím k tomu tak nějak přistupovat, že těm lidem zbývá už třeba jenom pár dní života a že pro ně musím udělat vše, co je tak nějak v mých silách no.“*  
*/Petra/*

### **Připravili vás na tohle?**

Sestry s takovouto praxí a životními zkušenostmi jistě mohou zhodnotit, jak moc je z jejich pohledu edukace v paliativní péči důležitá pro sestry. Do jaké míry se samy cítily dostatečně připravené a informované, než se poprvé setkaly s úmrtím pacienta v nemocnici? A dá se na něco takového vůbec připravit? Takovéto otázky se jistě mohou dostat i do svědomí těch, jež mají za úkol vzdělávání dnešních sester a také k těm sestrám, které už jsou samy v praxi zaběhlé a mohou svým příkladem správného postoje a adekvátním pečovatelským postupem uvést své mladší kolegyně do této oblasti ošetrovatelské péče.

Marie a Anežka se shodují na důležitosti edukace nejen u sester, ale i, jak říká Anežka, u lékařů, protože současný stav dle jejího názoru nedopovídá tomu, že by edukace v paliativní medicíně byla dostatečná.

Vyslovenou nespokojenost s edukací přednáší Jana a klade přitom důraz hlavně na morální výchovu sester.

*„Za mě bych tomu určitě věnovala víc, než je tomu věnováno teď. Víte totiž (...) na to se nedá úplně připravit. Když poprvé vidíte mrtvého člověka, to asi nikoho nenechá chladným. Důležité je ale, aby s tím ty sestry uměly pracovat. Aby věděly, že se jim to někdy v kariéře určitě stane a věděly, jak se mají v takové situaci chovat. A taky hlavně, aby v nich byla pěstována nějaká ta úcta a pokora nejen tedy k tomu posmrtnému tělu, ale už k tomu umírajícímu. Ono je to někdy hrozně smutné, když slyšíte některé sestry mluvit o těch pacientech. A to kolikrát i přímo u nich na pokoji, přímo před nimi (...) A i když jsou třeba ti lidé nereagující, uspaní, tak já si přesto myslím, že nevíme, jestli nás třeba neslyší, jestli to nějakým způsobem necítí anebo aspoň, když se nad tím člověk alespoň z nějakého morálního lidského hlediska zamyslí, tak to prostě není správně takhle o nich mluvit a házet je všechny do jednoho pytle jako ztracené případy, že už to mají za sebou. To se zkrátka podle mě nemá dělat, neměli by tak mluvit ani sestry, ani doktoři a už vůbec by to neměly slyšet takhle ty studentky, které si to vezmou do hlavy a budou se pak ke svým pacientům chovat taky tak. Když nic jiného, tak alespoň to bych chtěla, aby se ty mladé sestřičky naučily.“ /Jana/*

Postoj Petry k dnešní edukaci je veskrze spíše pozitivní, vidí velký posun dopředu i v rámci integrace paliativní péče do provozu nemocnic.

*„Takže určitě ten posun je obrovský, jako v dnešní době i na těch odděleních, vznikají ty paliativní lůžka, že jo, minimálně aspoň u nás v nemocnici. Takže je to všechno taková jako (...) když se na to podívám dneska, tak ten vývoj je opravdu velký a určitě tomu napomáhá dneska, že je nějaké vzdělávání těch zdravotníků a těch týmů a i když ti lidé nejsou úplně aktivní sami, tak nějakým způsobem se k tomu víc dostanou, když pak je nějaké vedení, které tomu je nějakým způsobem nakloněno, tak vlastně pak ty věci může prosadit (...) Takže se těším na tu dobu, kdy nebude velký rozdíl v přístupu, minimálně v přístupu jakoby personálu a já vím, že vybavení asi není možné zajistit a není možné aby byly všude jednolůžkové pokoje, ale minimálně ten přístup si myslím, že ten jsme schopní změnit.“ /Petra/*

### 3.6.3 Kategorie č. 3 – Jak se pracuje sestře v paliativní péči?

V této kategorii jsou rozebírány okolnosti a faktory, které nějakým způsobem zasáhly nebo zasahují sestřím do vykonávání jejich profese. Co konkrétně jim přijde jako největší překážka a v čem vidí různá úskalí realizace paliativní péče, jsou otázky, které bylo také nutné v tomto výzkumu zohlednit právě pro získání ucelenějšího obrazu o tom, jak funguje paliativní péče v reálné praxi a co jí třeba brání naplňovat zcela své poslání tak, aby opravdu měla co nabídnout umírajícím pacientům v porovnání s péčí, jakou dostávají v nemocnici.

Jsou zde zmíněny i reakce, které se těmto sestřím dostávají, když někdo z jejich okolí zjistí, kde pracují. Zajímavá je zde i reakce ze strany nemocničního oddělení zmiňovaná dvěma respondentkami (Anežka a Jana), které se na svém dřívějším pracovišti pokoušely zařadit paliativní prvky do péče o pacienty.

Tyto sestry mají srovnání, takže mohly poskytnout informace, jak vidí také např. pracovní podmínky, které mají nyní v hospicových zařízeních a které měly dříve v nemocnicích. To mohlo mít vliv i na uplatňování prvků paliativní péče u nich na oddělení.

#### **S pravdou ven aneb reakce okolí**

To, jakým způsobem reagují lidé na zjištění, že se někdo v jejich okolí zabývá paliativní péčí, je často spojeno s mnoha předsudky a váže se i na nízké povědomí veřejnosti o této problematice. Nezřídka nabývají reakce negativní, až dokonce vyděšené podoby. (Marie)

*„...spíš to je, že je to hrozné, hrozné prostředí, hrozná práce, slyším to v 90%. Já jako první, pokud jsem v nějaké společnosti, nejsem ta, která začne vykládat: „Já pracuji v hospici!“ - to určitě ne, jen pokud se mě někdo zeptá. Ale pokud se zeptá, tak odpovídám tím způsobem, co odpovídám. Že prostě mi ta práce strašně dala. Jednak že jdu s určitým čistým svědomím domů, ale že taky ten žebříček hodnot životních je pak někde jinde. Takže největší plus to je jednak pro mě, ale jednak i pro moji rodinu, protože jestli není vytřeno, tak mně je to úplně*

*jedno (směje se). Protože jsou ty hodnoty tak poskládané, že prostě udělám, co udělám, ale spíš chci, abychom se doma sešli jako všichni, abychom si i odpočinuli a nějaké zážitky měli a takový jako spokojený život. A to hodně pramení (...) Já si myslím, že to hodně pramení v tom, když vidím, jako co může člověk skončit...“ /Marie/*

Ostatní participantky (Anežka, Jana a Petra) však popisují kromě nepochopení také vysloveně znemožnění zavedení paliativních prvků na jejich bývalých pracovištích. Skutečnost, že se nejdříve poté, co se seznámily s oborem paliativní péče, pokusily prosadit její uplatňování i u lůžek terminálně nemocných pacientů v nemocnici a setkaly se s odmítnutím, je nakonec přiměla opustit daná oddělení a věnovat se dál naplno paliativní péči v hospicových zařízeních. Znovu zde narážíme na uzavřenost této tematiky a předčasné odsouzení celé paliativní péče ze strany nejen ostatních sester, ale i lékařů a vedoucích pracovníků.

*„A pak jsem zkoušela vlastně v té intenzivní péči, kde jsem pracovala, tam zavést tady ty paliativní prvky (...) Ale nepodařilo se mi to (...), což беру jako takové trochu svoje selhání. Ale prostě vedení toho místa, kde jsem pracovala, vlastně ani vrchní sestra, ani lékaři, nebyli (...) jak bych to řekla (...) nechtěli vlastně to dělat. Nechtěli (...) No a já jsem už pak na to neměla tu sílu s nimi bojovat. A to byl vlastně jeden z důvodů, proč jsem odešla z intenzivní péče.“ /Anežka/*

*„Ono je to těžké, když to vedení toho oddělení je proti a když tam člověk nemá vůbec nikoho, kdo by mu s tím pomohl. A tam když jdete defacto sám proti všem (...) Já jsem to zkoušela ty 2 roky nebo 3. A vlastně se mi v podstatě vůbec nic nepovedlo a ta situace se ještě zhoršila (...) Takže já jsem už pak byla vyčerpaná, byla jsem ze sebe zklamaná, že se mi to jako nepovedlo.“ /Anežka/*

*„Bylo to neúměrné a nedokázaly jsme vlastně přehodit ty lékaře, kteří byli intenzivisty, byli to áristi, tak jsme je nedokázaly přesvědčit o tom, že tu léčbu už my jako sestry nevidíme žádoucí, protože ti lékaři napsali ty papíry a vlastně my jsme tam byly s těmi lidmi, my jsme tam byly s těmi příbuznými a ten lékař ne. A nedokázaly jsme je prostě přesvědčit, aby v některých případech opravdu (...)*

*nebyli tak intenzivní (usmála se) v té léčbě (...) Ale bylo to hrozné, bylo to opravdu hrozné, protože to, za jakých situací ti lidé odcházeli, bylo opravdu nedůstojné a nelidské.“ /Jana/*

*„A i teď, spousta starších lékařů to vůbec nedokáže přijmout. Spousta z nich považuje vznik paliativních týmů v nemocnicích jako že, když nemáte co dělat, tak si sem chod'te a takové to povědomí o tom (...) Horko těžko se ta paliativa zapisuje do toho zdravotního systému.“ /Jana/*

*„To, že se člověk snaží něco implantovat do toho, do těch lidí a do toho oddělení, tak ovlivní ty mladší kolegyně, ale ty starší kolegyně, ty mají svoji vydupanou cestu, jak zacházet s tím člověkem, jak komunikují, jak mluví o těch lidech a maximálně to můžete jako podpořit nebo nepodpořit (...)*

*A co jediné můžete, je, že fakt tomu člověku poskytnete v té době té služby nějakou nadstandartní péči v tom smyslu, já nevím, že může volat s rodinou, že ta rodina může aspoň toho člověka přijít navštívit. To třeba v době covidu se toto hodně rozjelo, tady ta varianta, přes WhatsApp, přes všechno možné, že nějaká ta komunikace nastala, když ti lidé nemohli do těch nemocnic. Ale je to jakoby (...) Není to jednoduché ovlivnit systémově něco na oddělení, když tam jste jako sám voják v poli. Můžete změnit svoji směnu, svoji jednu službu, svoji jednu kolegyni nebo dvě kolegyně, které máte zrovna na té dvanáctce, takže je strhnete k tomu, že uděláte něco takového. A buďto v tom budou pokračovat anebo nebudou. Obvykle je to ze strachu, lidé mají obavu: „Vždyť ale tady toto nesmíme nebo tady nemůže být návštěva přece v době, kdy už je po návštěvách...“ Tak jako, když se domluvíme s doktorem nebo s primářem, tak to asi jít může (...) Ale zase je to o tom tlaku a o té pohodlnosti. Ono je to takové pohodlné. Ne všem sestřičkám je příjemné, že tam ta návštěva je, že tam mají u toho pacienta jako pobývat a takže se to potom nepraktikuje radši.“ /Petra/*

*„ Já si myslím, že to bylo i tím, že vlastně pořád ta smrt v té společnosti je tabuizovaná, pořád jako máme tendence: wow – miminko, wow- sport, výživa, zdraví – jo, že jsme zaměřeni vlastně na to aktivní zdraví a na tu výkonost a je to tak veliké, že vlastně my jako primárně přece se nebudeme bavit o smrti (...) o*

*tom, jak chceme zemřít (...) To je vlastně to téma, které se může zdát smutné, není pro nás jednoduché (...) A pokud to vnímáme jako konečnost, že nic nebude dál, tak jako proč bychom se o tom bavili.“ /Petra/*

### **Přes všechny překážky...**

Participantky hodnotily, že nyní vesměs neexistují tak velké důvody, pro které by nemohly svoji práci v hospicových zařízeních vykonávat správně a adekvátně k cílům paliativní péče. Tak to například vidí Anežka, která je spokojená jak se stránkou vedení, kolektivu a spolupráce týmu, tak se stránkou financování jejich práce. Na finanční prostředky a jejich nedostatek narážejí však ve své praxi participantky Marie a Petra.

Marie tvrdí, že se naštěstí zatím tento problém neprojevuje na kvalitě poskytování jejich péče a na tom, jak je o pacienty v hospici postaráno, ale pouze upozorňuje na to, že kdyby měli k dispozici více finančních prostředků, mohli by si dovolit investovat do kvalitnějších pomůcek nebo lepšího vybavení prostředí. Zároveň vyjadřuje obavu o vývoji této situace do budoucna, která doléhá i na pracovníky samotné, kteří pak mají tendenci šetřit a, jak sama říká, „přiškrcovat radiátory“.

U Petry se objevují nářky na stejný problém v podobě vyjádření vděčnosti za finanční podporu ze strany veřejnosti, sponzorů a rodinných příslušníků pacientů. Hovoří i o materiálních darech od těch, kteří jsou vděční za jejich pomoc a péči. Vyšší finanční prostředky by uvítala třeba pro zlepšení kvality stravy pro pacienty.

Jako největší potíží při uplatňování paliativní péče vidí Jana překážky kladené ze strany rodiny. Opět zde vidíme opakované nedorozumění s protějškem, který tak úplně neví, co přesně je paliativní péče a co od ní může očekávat. Rodinní příslušníci mají, jak tvrdí, někdy nereálné představy o tom, jak bude konec pacienta vypadat a jak se k němu bude paliativní tým v hospici chovat, což je spojené s určitou nedůvěrou k ošetrovatelskému personálu a jejich postupům. Stěžuje si na malou informovanost příbuzných pacienta, která předchází tomu, že nejsou úplně vyrovnáni se situací ve chvíli, kdy přijdou se svým příbuzným do hospice. Připomíná, že správná edukace a provedení rodiny celým procesem umírání jim může umožnit i zapojení se do péče o pacienta.

*„Někdy bych možná řekla, že máme problém ze strany rodin, které tak úplně nepochopí, o čem ta péče je a o čem není. Oni často už totiž přijdou s nějakou představou, možná proto že jsou třeba málo informovaní a pak jsou třeba překvapení, když nastanou nějaké situace, které jsou pro ně nové a neumějí se s nimi úplně vyrovnat. A pak jsou vyděšení, když třeba maminka přestává jíst a někdy nám taky nevěří a nevěří tomu, co děláme. A někdy je to pak s nimi hodně těžké je přesvědčit. Asi si to umíte představit (...) Tak to je takové, že někdy se tím ta práce zbytečně ztěžuje a celé se to tak jako protahuje. Samozřejmě musíte tu rodinu a její přání respektovat do určité míry, ale někdy je taky nutné je prostě edukovat a vysvětlovat jim ty věci pořád dokola. Je dobré, aby třeba věděli přesně, co je čeká dopředu, aby věděli, jaké to má fáze to umírání, na co se mají připravit, to je taková ideální varianta. Protože pak se vlastně i ta rodina může docela hezky zapojit do té péče o toho pacienta.“ /Jana/*

### **Kolektiv je základ**

Jak hodnotí participantky své nynější pracovní prostředí? Jsou podmínky dostatečné k tomu, aby mohly co nejlépe a podle svého svědomí vykonávat svou práci? Nejčastěji se v reakci na tyto a podobné otázky vyjadřovaly sestry ve stylu, že je velmi důležité mít kolem sebe dobrý kolektiv, kde jsou lidé tzv. „naladěni na stejnou vlnu“ a kde mají všichni stejné priority a cíle, co se týče péče o pacienty.

Petra poukazuje i na to, že na jejím pracovišti funguje spolupráce zdravotních sester a ošetřovatelek např. i ve společném vykonávání hygien pacientů. Důležitá je podle ní i snaha personálu o udržování klidného a příjemného prostředí jak pro umírajícího, tak pro jeho rodinu, která tam s ním tráví čas.

V případě Marie a Jany se můžeme setkat s reakcemi, které vyzdvihují relativní dostatek času, který mají sestry k tomu, aby mohly pečlivě vykonávat jednotlivé kroky své práce a věnovat se také dostatečně jak pacientům, tak jejich rodinám. Pochopitelně i ony zažívají dny, které nejsou jednoduché a poté toho času, který mohou každému jednotlivému pacientovi věnovat, moc nezbyvá. Převážně ale dle jejich výpovědí lze soudit, že časové podmínky jsou pro ně výhodnější než v nemocnici.



*„...většinou to opravdu je tak, že člověk má relativně čas se každému pacientovi aspoň trochu věnovat. Někdy jsou samozřejmě taky horší dny, to netvrdím. Nebo noční, to bývá také někdy docela náročné, protože ti pacienti často odcházejí v noci nebo k ránu. Člověk je pak rád, že stihl alespoň ten základ, co musel. Ale jak říkám, je to jak kdy. Hodně času nám taky berou ty rodiny musím říct (...) Někdy nás opravdu potřebují a člověk nemá to srdce je odmítnout a nevěnovat se jim. Někdy ten stav je pro ně tak nepochopitelný, že za námi chodí neustále s každou „hloupostí“, když to tak řeknu, protože prostě nevědí, neznají, jak to vypadá, když člověk umírá třeba na to onkologické onemocnění. A tam je pak třeba velká dávka trpělivosti si myslím a edukace i té rodiny. Tak aby pak ta komunikace s nimi nebyla tak náročná, pro obě strany (...) No a ten čas tedy opravdu asi hraje v naší péči, kterou poskytujeme, velkou roli.“ /Jana/*

Marie tento fakt spojuje i s minimální administrativní zátěží. Tvrdí, že na jejím pracovišti se zatím jedná jen o opravdu nutný základ ošetrovatelské dokumentace, která je potřebná, ale dodává, že dle jejího názoru to stejně není to nejdůležitější, protože může velmi rychle dojít k tomu, že se stav pacienta rapidně změní, čímž se stává předcházející popis pacientova stavu nevýznamným. Marie by také uvítala více personálu, který by se o pacienty staral.

#### **3.6.4 Kategorie č. 4 - Realita uplatňování paliativní péče v hospicích**

Poslední dvě kategorie již rozebírají dopodrobna hlavní předmět výzkumu, tedy srovnání péče o stejný typ pacienta, ale ve dvou rozdílných typech zařízení. 4. kategorie se zaobírá tím, jakým způsobem se sestry starají o umírajícího umístěného v hospici a také, jak vypadá následná péče o jeho tělo poté, co dojde k úmrtí.

Objektem zájmu je i otázka na možné zapojení rodiny do péče o umírajícího, případně i to, jakým způsobem ještě může rodina přistupovat ke svému příbuznému po jeho smrti.

Vyploouvají zde na povrch mírné odlišnosti dané jinými pracovišti, ve kterých byly rozhovory pořizovány, a také osobními zvyklostmi a přístupem sester.

## **S rodinou až do konce**

Participantky se podělily o zkušenosti z prostředí svých hospiců, kde pečují o pacienty v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění a o jejich rodiny. V jejich popisu toho, jaké to je pro pacienta umírat na hospicovém lůžku a ne v nemocnici, se veskrze projevovaly názory s pozitivním hodnocením, které vyzdvihovaly hospicové podmínky jako významně klidnější a vhodnější k odchodu člověka, než prostředí nemocničního oddělení.

Klid a příjemné prostředí byl tedy motiv, který se v jejich výpovědích opakoval nejvíce. Tak o tom mluví například Anežka, která dále vyzdvihuje i individuální přístup k pacientům a rovněž říká, že velkou roli hraje i to, že sestry mají více času se jim věnovat a přispět tedy maximální měrou k dosažení co největšího komfortu, jak jen je to za dané situace možné. Důležité jsou podle ní i jednolůžkové pokoje, které jsou v hospicích takřka stoprocentní samozřejmostí a které dávají pacientovi dostatek soukromí, prostor k neomezenému plnění jeho vlastních aktivit a šanci na odpočinek a setkávání se s rodinou.

Marie a Petra se naopak zaměřily na neprotahování léčby dané do kontrastu s umíráním pacientů v nemocnicích. Důležité podle nich je, aby se už člověk v této fázi nevlácel po zbytečných vyšetřeních, nebyl zatížen různými vstupy a hadičkami a mohl fungovat bez podpory přístrojů.

Obě dále také připomínají, jak výjimečný je hospic v tom, že nabízí rodinám pacientů takový prostor pro prožívání konce pacienta společně. Hospice nabízejí i možnost ubytování rodinného příslušníka na přistýlce na pokoji s pacientem.

K tomu se vrací i Jana, která vidí výhodu hospicové péče v tom, že umožňuje jak odlehčení rodině pacienta, tak i pozvání ke spolupodílení se na péči o něj a k jeho doprovázení.

*„Já vidím výhodu hospice v tom, že z velké části převeźme to břemeno z té rodiny, ale z části jí pořád umožní se na té péči podílet. Můžou být spolu, můžou ho navštěvovat v podstatě, jak chtějí. A to umírání pak může být jiné, opravdu hodně jiné (...) než v té nemocnici, je to takové (...) Když se to podaří, když se nám podaří třeba tu bolest a i ty další příznaky dobře zaléčit nebo když ten pacient se třeba stihne rozloučit nebo se s někým usmířit, když to potřebuje, když má možnost se někomu svěřit, když ho něco trápí a ví, prostě cítí, že na to není sám, že tam pro něj někdo je a bude tam s ním až do konce (...) tak to potom ta smrt může být i opravdu hezká, nebojím se říct.“ /Jana/*

Petra ještě k tematické zapojení rodiny doplňuje, že je pro rodinu jistě snesitelnější, když jsou přítomni celému procesu odcházení svého blízkého místo toho, když jsou od kontaktu s takovýmto pacientem a od péče o něj v podstatě odstřiženi, jeli takovýto pacient umístěn na nemocničním lůžku.

*„Takže vlastně ta rodina, jak to vidí, jak je u toho účastná, jak ten život vyhasíná z toho člověka, tak to není takový ten šok, kdy jim někdo zavolá: „On zemřel.“ Jo, je to tam prostě úplně přirozená věc, protože už ví, že to zřejmě přijde, že to může přijít jako kdykoliv v tu chvíli nebo v těch dnech. Takže jakoby (...) takový ten návrat té přirozenosti, toho, že jste účastní toho všeho a není to takové to, že ho někde odvezou a někde se najednou objeví, tak ta tabuizace nebo to skrývání tam není.“ /Petra/*

Anežka ve svých úvahách o procesu umírání v hospici zvyrazňuje, jak je důležité zaobírat se individuálními potřebami pacienta a respektovat je. Zde je kladen důraz na cit sestry, která se má učit chápat i mimoverbální signály pacienta a umět si vyvodit, zdali nemocný člověk potřebuje její přítomnost a podporu či nikoli.

*„Takže zjišťujeme, jestli ten klient chce být sám, úplně sám anebo jestli tam může být doprovázející osoba, což je tedy zaměstnanec hospice. K tomu je tady naše pastorační asistentka, která dělá to doprovázení, že u umírajících je. A nebo sestřička a nebo ošetrovatelka, která je zaškolená v rámci doprovázení umírajícího. Někdy ono to je poznat, že ti lidé chtějí být sami. Je to takové*

*zvláštní (...) Je to takové mimoverbální (...) Říkám vždycky, že na to ty holky musí mít tykadla (směje se), že poznají, jestli ten člověk chce být a nebo jestli tam chce někoho mít, protože někdo se bojí (...) a nechce být sám.“ /Anežka/*

Vše výstižně shrnuje svým tvrzením Jana, která v porovnání s nemocnicí mluví o zcela odlišném nastavení priorit v hospici.

*„Je to zcela odlišené. Tady jsou úplně jiné priority než v nemocnici. Tam je to v první řadě zachránit, uzdravit, co nejrychleji poslat domů.“ /Jana/*

### **Neděláme z nich mumie, nenecháváme je nahé, nebalíme do pytle...**

Rozdíly vidí participantky i v péči o tělo člověka v hospici poté, co dojde k úmrtí. Ze svých vzpomínek totiž vědí, jak se zacházelo s takovýmto člověkem, když zemřel na nemocničním oddělení. Při popisu činností spojených s touto situací byly všechny velmi konkrétní a podrobné, což naznačuje, jak moc je i toto důležitá součást jejich práce a jak ji neberou jako rutinní záležitost, kterou chtějí mít co nejdříve za sebou.

Ve všech případech (Marie, Anežka, Jana, Petra) kladly důraz nejvíce na úpravu těla a prostředí a důslednou hygienu pacienta. Zvyklosti z jednotlivých hospiců se mírně liší, ale veskrze si zůstávají dosti podobné. Všude se zemřelý umyje a upraví, převlékne se do oblečení, které měl rád a nechává se na pokoji, případně ve speciálních místnostech pro to určených, aby se s ním mohla rozloučit rodina.

*„A i o po tom úmrtí - my vlastně toho člověka narovnáme, umyjeme, dáme kytičku, vedle nějakou fotečku, co má u sebe. Jo, takže vážně takový jakoby poklid...“ /Marie/*

*„A teď tady, když u nás zemře klient, tak upravíme tělo. To spočívá v tom, že bradu podvážeme froté ručníkem, širokým, který se založí za hlavou a vlastně nevytvoří žádnou rýhu pod krkem ani za ušima, klienta učešeme, chlapy oholíme, pokud nejsou teda před tím už nějak upravení, tak jim to upravíme, vyndáme*

*zoubky, oblečeme nějaké oblečení, co mají vlastní, nějaké tričko nebo košili, tělo se tedy také popíše, ale necháme klienta na posteli se zkříženýma rukama, do ruky dáme kytičku a necháme ho přikrytého po pás tou peřinou, zapálíme svíčku, otevřeme okno...“ /Anežka/*

*„Když tedy ten pacient zemře, tak se mu zavřou oči a případně se i zabezpečí ústa, aby se neotvírala třeba nějakou podložkou nebo ručníkem, udělá se nějaká základní hygiena, vymění se třeba pleny, učeše se ten pacient, muži se oholí a obléknou se ještě třeba do nějakého hezkého oblečení, co měli rádi. Rozhodně se nenechávají nazí. A pak záleží, jestli se ještě čeká na rodinu nebo ne, v tom případě by se pacient přikryl čistým prostěradlem a čekalo by se, než si ho tedy odveze pohřební služba. Jinak rodina má možnost rozloučit se s tím příbuzným buď ještě na pokoji nebo pro to máme určenou speciální rozlučkovou místnost.“  
/Jana/*

*„... tak i to, že ta rodina toho člověka i třeba s tím paliativním týmem a tím týmem těch sestřiček oblíkneme, upravíme, třeba i nalíčíme nebo navoníme, dáme tam kytičky, přijde ta rodina se rozloučit, obleče se, do čeho chce, vlastně nezůstává tam ležet (...) jakoby úplně nahý. Není potřeba to tělo nějak označovat, pak si teda koroneři přijedou a dávají pak náramek nějaký, ale nepopisuje se žádnou fixou, ani nepodvazujeme obvazy nikoho, jenom lehce šátečkem a polštáři. Na co byl zvyklý ten člověk, tak pak většina těch rodin to hodnotí vlastně, že je úplně jako spokojený, že je krásný. Takže (...) je tam určitá jako posloupnost té přirozenosti, do té pohřební služby se vlastně předává ten člověk už vlastně upravený tak, jak bude v rakvi. Takže už s ním nikdo cizí nezachází, nikdo cizí s ním nemanipuluje s tím tělem. /Petra/*

Rodinu a její přítomnost i po smrti pacienta připomíná Marie, Anežka a Jana. Objevují se i zmínky o iniciativě pracovníků hospice volat rodinu pacienta v případě, že pozorují zhoršení zdravotního stavu a předpokládají, že by mohlo brzy dojít k exitu. To je něco, co opět nebývá příliš zvyklostí v nemocnicích, a pokud rodina pacienta nenabývá nějakých zvýhodnění díky svým vztahům a konexím se zdravotníky, bývají většinou informováni až poté, co dojde k úmrtí, a nemají tudíž možnost být u svého

nemocného příbuzného i v okamžiku jeho smrti. Marie a Anežka znovu připomínají k těmto účelům speciální rozlučkovou místnost.

*„...my, pokud se pacient zhorší, tak voláme rodině zhoršení stavu. Samozřejmě se někdy může stát, že to úmrtí je nenadálé, takže přijde rodina pozdě. Ale většinou to odhadneme, takže voláme rodině. To jsem řešila právě minulou noční službu, to, že přijde rodina, že má šanci se rozloučit, samozřejmě pokud dojde k úmrtí, můžou se rozloučit i potom. A máme tady dole rozlučkovou místnost, kam ho tedy můžeme dát, kde to vypadá prostě hezky a tam i může přijít široká rodina se rozloučit...“ /Marie/*

Jana ještě doplňuje, že je potřeba respektovat i přání pacienta, pokud za života vyslovil, že si nepřeje, aby ho rodina po úmrtí viděla.

*„Někdy se také volá rodina, aby se s ním mohla rozloučit, někdy je třeba už zavolána dřív, aby byla přítomná až do toho konce, pokud to takhle bylo domluveno dopředu. A někdy ta rodina taky nepřijde, i to se může stát, nebo si to třeba přál ten člověk ještě za života.“ /Jana/*

Na duchovní doprovázení se ve svých výpovědích odkazovaly Anežka a Jana. Kromě modlitby za pacienta, kterou se ho věřící zdravotníci snaží doprovodit, rozvíjí Jana své poznatky na toto téma ještě o celkový citlivý přístup k posmrtnému tělu člověka a jakési navození důstojné atmosféry při následné manipulaci s ním.

*„Asi bych neřekla, že ta péče vyloženě o to tělo je tak výrazně jiná (...) Asi bych spíš řekla, že jde o nějaký celkový přístup k tomu člověku, protože smrtí to pro nás rozhodně nekončí. Můžete být věřící nebo ne, ale prostě v paliativní péči neexistuje, aby člověk přestal být po smrti člověkem a stal se jen nějakým pytlek, nějakou bezvýznamnou věcí, které se už chcete co nejdříve zbavit (...) jak tomu často v nemocnicích podle mých zkušeností je, co si budeme (...) Já nevím, možná se pletu, ale často mi přišlo, že tam chybí taková ta pokora, smím-li to tak říct. Nechtěla bych nikomu křivdit, nechci nikoho nějak urazit (...) Taky nemůžu jen rozdělovat na sestry v hospici a sestry v nemocnici a předstírat, že na obou*

*stranách neexistují výjimky. Samozřejmě existují sestry, které se dokáží hezky chovat a řekla bych, že i s takovou úctou i k tomu tělu zemřelého v nemocnici. A samozřejmě na druhé straně zase v hospici ne vždy najdete sestry, které by se takhle úplně chovaly. Někdy je to prostě náročné, někdo už možná cítí takové to vyhoření, někdy se to prostě stane v 5 ráno a vy nevíte, kam dřív skočit. A to potom se snažíte šup šup, aby to už bylo hotové a taky se tomu člověku asi nevěnujete tak, jak by si to zasloužil (...) A nebo taky možná někdo pak zjistí, že to prostě neumí, že pro to nemá ten cit a to je potom potřeba, aby ten člověk prostě odešel, aby takovouhle práci prostě nedělal, protože nadělá, si myslím, více škody než užitku, to je jasné (...) Ale abych to trochu popsala, tak tady u nás v hospici je to tak, nebo alespoň ten postup, jak já jsem se to naučila a jak já to dělám, že vlastně první, co si snažím hlídat, je, abych se na chvíli ztišila, abych se dokázala chvíli zastavit a třeba se aspoň v duchu kratičce pomodlit nebo aspoň pomyslet na toho člověka, co právě odešel... Když nic jiného, tak aspoň ta vzpomínka si myslím, že je důležitá, aby člověk k tomu pacientovi prostě nepřístupoval prostě jen tak, aby se na chvíli zamyslel nad tou svojí prací.“*  
*/Jana/*

Jana má také za to, že je důležité nezapomenout na přání pacienta vyslovená za života ohledně toho, co se s jeho tělem má dít po smrti. Jsou to zřejmě věci, které jsou pro pacienta v této fázi velmi zásadní, a pokud je člověk natolik schopen, aby o nich mluvil se zdravotní sestrou, je neetické, aby sestra pak tato přání po jeho smrti nerespektovala, když má možnost je pacientovi splnit.

*„Je důležité splnit i takovéto intervence, které byly vyjádřeny ještě za života pacienta a které se týkají zacházení s jeho posmrtným tělem. I takovéhle, řekla bych specifická přání můžeme v hospici plnit. Jedna paní třeba chtěla, to si pamatuji dobře, tak říkala, abych jí, až zemře, otevřela okno v pokoji a abych jí do ruky dala růženec, který měla na nočním stolku. A pamatuji si, jak plakala, když mi tohle říkala. Tak jsem to pro ni udělala, protože je to to nejmenší, to jsem brala jakou svou povinnost stejně jako všechny další činnosti, které jsem u ní musela vykonat.“* /Jana/

## **Rodiny si nejmíc váží toho, že s ním mohly strávit tolik času**

To, že je přítomnost rodin u pacientů umožněna prakticky neomezeně po celý den, činí z hospice místo ideální pro sdílení tak podstatných chvil, jako jsou poslední dny života pacienta. Jak již bylo zmíněno výše, mohou se příbuzní ubytovat s pacientem na pokoji a být mu tak stále nablízku, zapojovat se do péče o něj a přispívat tou nejlepší možnou psychickou podporou, která nemůže být nikdy ze strany zdravotníků a ošetrovatelského personálu taková, jako od členů vlastní rodiny. O tom mluvily hlavně Marie, Anežka a Jana.

*„Pokud ten člověk chce mít u sebe rodinu, tak jsme domluvení i s rodinou, že telefonujeme při zhoršení stavu, aby ten člověk byl s tou rodinou, aby nebyl sám, takže oni třeba přijedou i v noci nebo tady mohou přespat, mohou doprovázet vlastně jak dlouho chtějí. Takže je tady rodina přítomná, jak chtějí, ve dne i v noci.“ /Anežka/*

*„V hospici je totiž taky možné, aby tam někdo z té rodiny byl ubytovaný společně s tím pacientem na pokojičku, dáváme jim takové přistýlky nebo si tam třeba nastěhují svoji matraci a docela dost rodin toho rádo využívá, třeba alespoň přechodně, pokud mají tu možnost. Vůbec to doprovázení z jejich strany je tam strašně důležité, protože oni jsou pro toho umírajícího ti nejdůležitější, nejbližší, ti, po kterých většinou nejmíc touží. Takže je strašně fajn, když tam s ním jsou nebo ho alespoň často navštěvují, když s ním dělají třeba nějaké aktivity, které měl rád a na které ještě stačí. V hospici na to mají ten prostor, dopřejeme jim i to soukromí a taky se kolikrát jedná o poslední dny a chvíle, které s tím nemocným tráví. Takže se je opravdu snažíme podporovat, aby toho využívali, protože si myslíme, že je to hodně důležité pro obě strany. A v nemocnici jim nikdo takovéhle podmínky neposkytne, což si myslím, že je taky fajn, že na to tady dostanou tu možnost.“ /Jana/*

Marie to ještě rozšiřuje připomínkou, jak je důležité, aby pečující rodina myslela při doprovázení také na sebe a nepřeceňovala své schopnosti ustát takto náročnou životní situaci jako je odchod blízkého člověka.



I zde by se dal zopakovat již zmíněný příspěvek Anežky, která výrazně doporučuje, aby bylo v hospicových zařízeních dbáno na přání umírajícího týkajících se toho, zda má být rodina přítomna při jeho odchodu, či nikoli. V jejím hospici je nabízeno i doprovázení jinou osobou, než je člen rodiny, tzv. pastorační asistentkou.

Edukace rodiny o stavu a prognóze pacienta je v tomto směru velmi důležitá, jak říká Petra, aby mohla být rodina zapojena do péče o pacienta již od samotného začátku. Připomíná také, že hospic je tu nejen pro rodiny svých aktuálních pacientů, ale také pro pozůstalé těch, co již zemřeli.

*„A tohle zase mi přijde, že je opravdu velký rozdíl v té paliativě v tom hospici, kdy vlastně od začátku, kdy s tou rodinou přicházíme do kontaktu, tak je vlastně připravujeme na to, že ty věci přijdou a postupně je doprovázíme krok po kroku. To, co potřebují, aby věděli a i ten balíček informací ohledně toho, co vlastně po tom mají dál dělat, ať jsou to právní věci, úřední věci, tak je tam ta možnost ty lidi vlastně do toho tak jako zasvětit. Že nejsou hození tak jako do prostoru. A tím, že se pracuje i s těmi pozůstalými, tak je to vlastně strašně fajn prostor ty lidi tím jako provést. Což v té nemocnici si myslím, že úplně nastavené není, pokud tam nefunguje nějaký ten paliativní tým nebo nějaký schopný sociální pracovník, který jim to pomůže nastínit a je v kontaktu a je ochoten třeba na zavolání jim poradit, že je nějaká jiná možnost, a nějak jim dá možnost, jako že tím to nekončí, že tady máte věci a nesmíte už se ozvat (...) Takže to, jak říkám, pořád je to o tom systému a o těch lidech, které se snažíme přetlačit. (směje se)“  
/Petra/*

Rodinu dále vnímá Petra i jako součást pečovatelského týmu. Oceňuje schopnost některých nasadit se pro svého umírajícího příbuzného a pečovat o něj buďto v domácím prostředí nebo se zapojit do ošetřování a pomáhat personálu během času, který tráví s pacientem v hospici.

*„Takže v té paliativě my tady říkáme, že máme elitní rodiny. (směje se) To jsou rodiny, které jsou ochotné ustoupit ze svých běžných životů a prostě věnovat se tomu člověku. A být kvůli němu třeba i doma. A pokud ne doma, tak jsou třeba hodně času s ním v tom hospici a zvládnou i to, že ho prostě umyjí, že ho napolohují, že ho nakrmí, že vidí to, že není úplně všechno v komfortu, že se nevyспí s ním, že se nasadí pro něj. Stejně jako se nasadili, když jsou malé děti. Ale vlastně to jsou, to je fakt elita jako.“ /Petra/*

### **3.6.5 Kategorie č. 5 – Pravda o uplatňování paliativní péče v nemocnicích**

Poslední kategorie přináší srovnání k předešlé kategorii, protože obrací pozornost k pacientům na nemocničních lůžkách. Participantky se zde vyjadřují ke stejným okruhům, tedy k popisu, jak vypadá umírání pacienta v nemocnici, jaká je péče o tělo zesnulého a jaké jsou možnosti zapojení rodiny do péče o tohoto pacienta nebo jakou má rodina možnost doprovázení pacienta. Jejich odpovědi tak pomáhají lépe demonstrovat rozdíly či podobnosti, které jsou klíčové pro cíl výzkumu.

Je ale současně nutné přihlídnout k faktu, že se sestry vracejí ve svých výpovědích často také hlouběji do minulosti, do doby, kdy samy sloužily na odděleních, a tedy mohou tehdejší situaci popsat. Záměrně se totiž jedná o nynější zaměstnankyně hospiců. Z toho vyplývá, že pokud sestra vzpomíná na praktiky a postupy uplatňované na daném oddělení např. v 90. letech, může být dnes již situace jiná, což se samozřejmě týká i personální stránky, která může hrát také velmi důležitou roli v přístupu k pacientům.

## **Smrt za plentou**

Když došlo na rozebírání a hodnocení péče poskytované umírajícím pacientům v nemocnicích, zaujímaly participantky spíše kritický postoj a vynášely na světlo různá témata a vzpomínky, které jim v souvislosti s postojem personálu k těmto pacientům přišly na mysl.

Marie se domnívá, že kvalita péče nebo třeba správně udělaná hygiena sice může být i na akutních lůžkách výborná, ale nevyváží jiné zásadní nedostatky, které takováto oddělení mají a které hrají klíčovou roli ve správném paliativním přístupu k těmto pacientům. Jako konkrétní negativa zmiňuje připojení pacienta na různé přístroje, více pacientů na jednom pokoji nebo nedostatek personálu a časovou vytíženost stávajících sester.

Participantky často vycházely ze zkušeností s umíráním v nemocnicích z jejich osobní praxe. To bylo ale v některých případech již několik desítek let zpátky, což nám nemůže poskytnout zcela jasný popis nynější situace v nemocnicích. Sestry mohou adekvátně hodnotit pouze to, čím si ve své kariéře samy prošly. V jejich líčení se setkáváme s termínem „smrt za plentou“, který vztahují od doby komunistického režimu u nás až do začátku 90. let.

*„...je to vlastně začátek 90. let, tak to ještě tehdy byla taková ta smrt za tou plentou, jo, takže (...) normálně se zatáhla plenta no a ten člověk vlastně umíral sám.“ /Anežka/*

*„Co jsem já dělala školu a zdrávku, tak to se tehdy v podstatě umíralo, jak se říká, pořád za plentou. A kor na té interně u nás, měli jsme opravdu hodně pacientů a každá sestra toho měla za celou směnu až nad hlavu. Přiznávám, že věnovat se umírajícím, tak jak se jim můžu věnovat tady, tak to jsem tam fakt nemohla.“ /Jana/*

Nemožnost personálu věnovat se větší měrou umírajícímu a celkovou nevšímavost spojuje Anežka ještě se zastavením léčby.

*„Nikdo z nás už si ho prostě moc nevšímal, léčba byla (...) Už vlastně se moc neléčil.“ /Anežka/*

Jana nevyjadřuje tak striktně negativní postoj při zpětném hodnocení péče o umírající pacienty. Zmiňuje naopak slušnost, se kterou se personál snažil k těmto pacientům přistupovat, a také snahu o minimalizaci nežádoucích důsledků hospitalizace. Prostředí svého tehdejšího oddělení spojuje Jana s postupným vývojem jisté odměřenosti a odstupu od umírajících a trpících, které byly sestry nuceny si vybudovat, aby se s tím, co během svých služeb zažívaly, dokázaly lépe vyrovnat.

*„My jsme se snažily, my jsme byly oddělení, kde jsme opravdu tu péči měly moc hezky nastavenou, byl tam dobrý tým sester, chovaly se slušně, minimalizovaly jsme nějaké následky typu dekubitů a všeho možného, pokud to bylo jenom trošku možné. I se nám dobře dařilo hodně ty lidi tou péčí jako držet (...) Nevím, jestli to bylo dobře (...) Dlouho jako v dobrém stavu (...) relativně tedy když to řeknu. Ale bylo to za tu cenu, že jsme z toho všechny byly takové otrkané. Musel člověk se prostě oprostít od té stránky toho, co k těm lidem cítil. Bral to, jako že vykonává práci, nesměl o ničem rozhodovat, nesmí do toho mluvit a (...)“ /Jana/*

Z toho, jakým způsobem se Jana naučila vyrovnávat s takovými střety s umíráním a lidským neštěstím, přechází ve své další řeči k vyjádření lítosti nad tím, že nedokázala ve svém mladém věku být více citlivá a více nápomocná těmto lidem a neudělala, podle svých slov, všechno, co mohla. Paliativní péče je něco, k čemu se, jak si nyní uvědomuje, musela dopracovat.

*„A také musím přiznat, že si tehdy člověk tohle v tom mladém věku tak nějak ani nepřipouštěl (...) Musela jste se nějak obrnit, nějak se s tím smířit. Takhle jsme s tím do toho byly hozené. Takhle to prostě je, je to normální, že ti lidé umírají. A moc radši nepřemýšlej nad tím jak, nepřemýšlej nad těmi podmínkami. Takhle zpětně můžu říct, že to na mě opravdu takhle působilo. A člověk, když tam byl ještě malá ryba, nechtěl vyčuhovat z řady (...) A teď je mi zpětně některých věcí líto (...) Možná že jsem mohla být víc (...) průbojná (...) Mohla jsem alespoň říct, co si myslím. Člověk si teď říká, že třeba mohl někdy třeba trochu nějak*

*ubrat ze svého volného času nebo nějak si ty věci přeorganizovat a třeba se občas zvednout a jít za těmi lidmi a alespoň tam s nimi být. Nebo jsem mohla být víc akční, víc se jich sama ptát, jestli něco nepotřebují, jestli nechtějí někomu zavolat (...) To jsou takové věci, to už teď nevrátím. A víte, když je vám 20 a jdete ze služby do služby, noční, denní, a máte na starost tolik lidí, nemocných, v různém stavu (...) tak se pak nějak naučíte některé věci nevnímat, něco jen tak zamést pod koberec a dělat to, co se od vás čeká. Ale tím samozřejmě nechci říct, že to bylo správně, určitě ne. Vždycky se můžete víc snažit. A vždycky asi existuje někdo, kdo by se na vašem místě zachoval líp (...) V mém případě jsem k té paliativě asi musela prostě dospět (...) Bylo to zkrátka tehdy takhle nastavené a každý se snažil, jak uměl. /Jana/*

Spolu s Petrou mluví Jana ještě také o tom, že personál nemocnice měl povědomí o marnosti léčby a v mnoha případech si byl v podstatě jistý, že se blíží pacientův konec. U Jany se to ještě pojí s tvrzením, že pravda o zdravotním stavu pacientů jim byla častokrát zamlčována.

*„Ale podle mě to, že ti lidé, kteří by jasně spadali do paliativních pacientů, tak jsou tam někde v té nemocnici tak jako uklizení a umírají tam, i když všichni ví, že umřou, všichni ti lékaři i sestry, vědí to (...)“ /Jana/*

*„A mnohdy to ani třeba ten pacient sám neví, je mu stále dáována nějaká falešná naděje. V tom si myslím, že by se to taky mělo změnit.“ /Jana/*

*„Tak ono vlastně ten postup se úplně nezměnil nějak radikálně, si myslím, od té doby, protože je samozřejmé to, že po jakoby určení úmrtí toho člověka, tak vlastně ta péče byla, že vždycky se samozřejmě musí zavolat lékař. Když to byl člověk, u kterého se čekalo úmrtí a byl to nějaký člověk, který se nebude resuscitovat, tak vlastně pouze ten stav se nechával, tím, že my na těch jipkách jsme měli ty lidi monitorované, takže přesně vlastně víme, kdy k tomu úmrtí došlo. U nás to nebylo tak, že by vlastně člověk přišel na pokoj a našel tam zemřelého někde ve ztuhlé poloze, ale vždycky jsme v podstatě věděli, že ta srdeční činnost dohasíná, věděli jsme, co se děje.“ /Petra/*

## **Krátce, rychle, jednoduše**

I tak by se dala po vyslechnutí výpovědí sester zhodnotit péče o tělo pacienta po jeho úmrtí, tak jak ji ony vnímaly na svých někdejších odděleních. Srovnáme-li obsáhlost popisu péče o tělo zesnulého v hospici a nyní deskripci takovéto péče v nemocnici, je na první pohled jasné, že sestry očividně nemají zdaleka tolik co říci k tomuto nemocničnímu postupu, jako mají u charakteristiky postupu hospicového.

Marie shrnuje celý postup jen do jedné věty, kdy popisuje, že se pacient nechává po smrti nahý, jen se mu svážou ruce prostěradlem. Jeho tělo se pak musí převážet po areálu nemocnice.

Anežka rozšiřuje své vyprávění o podvázání hlavy pacienta, popis těla a také to, že se pak převáží v černém pytlí do chladicího boxu. Také připomíná, že je potřeba, aby přivolaný lékař konstatoval smrt.

*„V nemocnici, když někdo zemřel, lékař musel tedy konstatovat smrt, pak hlava se podvázala obinadlem, ruce taky se svázaly vpředu obinadlem, na nohu se napsal vlastně popis – jméno, příjmení, datum narození a datum úmrtí a na nohu vlastně lísteček s popisem těla. A to tělo pak do černého pytle se zipem a převezlo se do chladicího boxu a pak ho odvezla pohřební služba (...) A to je všechno (...)“ /Anežka/*

Popis těchto činností, který již může u někoho vzbuzovat jisté znepokojení z reality umírání, přináší Jana, která mluví o tom, jak se práce sester při úmrtí pacienta omezila kvůli velkému shonu a nátlaku dalších povinností na pouze základní a nejnutnější činnosti, jako je svléknutí těla, hygiena, popsání a podvazování. Opět se zde objevuje onen již zmiňovaný jev „umírání za plentou“, kdy se toto vše častokrát dělo ještě na pokoji za přítomnosti dalších pacientů.

*„Co se týče té nemocnice, tak co si pamatuji, tak už se tam třeba na tu hygienu toho pacienta tolik nedbalo, někdy byl takový shon, že tyhle věci šly prostě stranou. Co vím, tak se vždycky podvazovala brada, pacient se svléknul a na nohu se mu napsalo černou fixou jméno a rodné číslo. A to všechno prosím na pokoji s dalšími pacienty, za plentou (...) kteří to buď vůbec nevěděli nebo tušili to, ale nechtěli to vědět (...) V tomhle je hospic taky skvělý. V zásadě má každý pacient svůj vlastní pokoj, což je ohromná výhoda, co se soukromí týče.“ /Jana/*

Petra přispěla v podstatě velmi podobnými informacemi, jako je určení smrti lékařem, provedení hygieny, úprava těla, svázání rukou, podvázání brady a popsání těla, ke kterým přidala ještě také rušení invazí a zabalení těla do prostěradla. Vzhled pacienta pak popisuje tak, že vypadal trochu jako mumie.

### **Proč je tu sám?**

Jestli sestry vidí velký rozdíl v zapojení a vůbec umožnění přítomnosti rodiny u lůžka umírajícího v nemocnici ve srovnání s hospicem, se dozvídáme na následujících řádcích. Každá se zaměřuje na trochu jiné aspekty toho, jak je s rodinou zacházeno v nemocnici a co jí nemocnice může nabídnout.

Marie vidí výhodu dnešních větších nemocnic v přítomnosti paliativních týmů, které obcházejí oddělení a mohou být velmi nápomocní jak samotnému pacientovi, tak jeho rodině.

*„...právě jsem se koukala na nějaký dokument, že tihle paliativci právě obchází s nějakým týmem, myslím že je tam psycholog přítomen, sestra, lékař a zjišťují informace o tom člověku, co má ještě za přání nebo jak kouká na tu komunikaci s rodinou...“ /Marie/*

Anežka tvrdí, že si nepamatuje, že by se k umírajícímu pacientovi nějak zvlášť volala rodina.

I Jana se zaměřuje na to, že v nemocnici nejsou rodinám poskytnuty takové podmínky, které by byly vhodné pro rozloučení s pacientem.

Pochybnosti rodiny kvůli nemožnosti větší účasti vyjadřuje Petra a také dodává, že podle ní není v nemocnicích dostatečná ani edukace rodiny a znovu je zde podle ní hlavním problémem nedostatek času personálu.

*„...vlastně tuhle tu zkušenost v té nemocnici nikdo nemá. A často, když ti lidé nemají ty emoce zpracované, tak v té nemocnici často je to tak, že pak ti příbuzní vlastně pochybují. Jestli musel zemřít, vždyť jsme s ním ještě odpoledne mluvili, jak to, že zemřel? A strašně špatně přechází do té roviny toho truchlení, protože mají pochybnosti, jestli to neměli udělat jinak, jestli ho neměli přendat na jiné oddělení, jestli třeba neměl jít ještě na nějakou tu operaci, jestli ho neměli donutit včas. Co vlastně udělali špatně, že zemřel? Tyhle ty všechny emoce oni pak přehazují na ten personál a pak třeba přijdou a viní toho lékaře: „Jak to, že jste na to nepřišli, jak to, že jste to nediagnosticskovali včas? Vždyť se mohl léčit.“ A vlastně je to takový boj emoční. Takže je to hodně o tom no, fakt se s nimi o tom musí mluvit. A když to tak řeknu, kdo má na to čas se jim takhle věnovat v nemocnici? Oni kolikrát fakt nevědí, co se děje a netuší nebo si třeba nechtějí to připustit, že se blíží konec.“ /Petra/*



### 3.7 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo skrze zkušenosti vybraných zdravotních sester dojít k poznání, že existují-li rozdíly v péči o stejný typ pacienta ve dvou různých zdravotnických zařízeních, konkrétně v nemocnici a v hospici, můžeme je také reflektovat, popisovat a zkoumat, v jakých ohledech přesně se postupy v těchto systémech rozcházejí a v čem jsou si naopak podobné. Při kritickém hodnocení výpovědí mých participantek se pak dají výsledky z mé výzkumné části použít pro vyzdvižení paliativního přístupu a popis současného stavu paliativní péče. Ve srovnání s tím, co pak participantky říkají o umírání pacientů v nemocnicích, můžeme nacházet řadu pozitivních aspektů na tom, jak to vypadá v hospicích. Toto tvrzení se opírá o vyjádření sester, že péče, která je těmto pacientům v hospicích nabízena, je po tom, co ji sami mohou objektivně zhodnotit díky svým zkušenostem v obou typech zařízení, vhodnější a více přizpůsobena těmto konkrétním pacientům.

Statistiky vypracované agenturou STEM/MARK z roku 2015 a uvedené na stránkách Umírání.cz (2015) nám ukazují, jak velký je v naší společnosti počet těch, kteří vyslovují přání zemřít doma. Toto číslo dosahuje až k téměř 80%.

Jen malá cifra však vyjadřuje procento těch, kteří za takovýchto podmínek v České republice skutečně zemřou. Zbývá na ní jen asi 31% ročně, což je uváděno jako velký kontrast ve srovnání s jinými vyspělými evropskými zeměmi.

Můžeme se obrátit na mnoho zdrojů, chceme-li slyšet názory odborníků vyjadřující se k tomu, zda je podle nich pro pacienty, kteří umírají v terminální fázi svého nevléčitelného onemocnění, dobré, aby svůj život ukončili v nemocnici, nebo aby se včas přesunuli do domácího či hospicového prostředí. Jak se doopravdy cítí ten, jemuž je předurčeno zemřít na lůžku v nemocnici? Mluvil o tom například v rozhovoru s Iwashitou (2009) na internetových stránkách Lidových novin i bývalý ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady MUDr. Marek Zeman, MBA:

*„V našich případech je nemocnice často odložiště pro babičky nebo dědečky, umírající nebo těžce nemocné s tím, že většina příbuzných alibisticky říká, že umřít v nemocnici je pro toho člověka nejlepší. Já myslím, že to dobré není.“*

Na výhody umírání mimo nemocnici se zaměřil např. britský výzkum pod vedením Gomes (2015). Diskutuje mimo jiné i nad pozitivním vlivem poklidu, kteří nemocní v posledních dnech svého života prožívali, a také nad menším strádáním na straně rodiny.

Zajímavý a výstižný popis lidského odcházení v prostředí nemocnic přináší článek z webu Umírání.cz (2016) reflektující publikaci *Nežijeme věčně* od amerického lékaře jménem Atul Gawande.

*„V systému západního zdravotnictví se konec lidského života změnil v martyrium, v němž se zbytečně utrácení obrovské peníze a pacienti tráví své poslední dny v nepohodlí, bolesti a iluzích. Tedy přesně naopak, než si většina z nich přeje. Přibývá lidí, kteří se musejí smířit s tím, že budou muset docházet na umělou dialýzu a jejich neustálým společníkem bude kyslíkový koncentrátor nebo kardiostimulátor. Ti s menším štěstím skončí upoutaní na lůžku nebo v kómatu. Existuje pro to dokonce výmluvný termín zadržovaná smrt, kdy se organismus umírajícího drží ve funkčním stavu po měsíce i léta, někdy při porušeném vědomí.“*

Z názorů odborníků a hlavně i z přání široké veřejnosti, zjišťovaných pomocí mnoha průzkumů, tedy můžeme říci, že umírání v nemocnici není z pohledu většiny obyvatel ideální varianta, kterou by si představovali pro své vlastní zakončení života. Je tedy potřeba hledat cesty, jak můžeme lidské umírání učinit co nejvíce důstojným a snesitelným jak pro umírajícího samotného, tak pro jeho rodinu a blízké. Rovněž je z výše uvedeného důvodu stále znovu a znovu nutné otvírat tyto otázky, které řeší i má práce, jako je umírání, lidská konečnost (či naopak jiné duchovní postoje vyjadřující se k pokračování posmrtného života), rozvoj paliativní péče u nás a mnohé další otázky, které na téma smrti navazují nebo s ním nějaký způsobem souvisí.

V průběhu rozhovorů, které jsem se sestrami dělala, na povrch vyplavaly i informace, ke kterým mě původně na začátku mé práce nenapadlo, že bychom se vůbec mohly dostat, nebo alespoň ne v takové hloubce, do jaké je sestry nakonec rozebraly. Vystalo mi z nich mnoho dalších námětů, o které by se tato práce dala rozšířit nebo s kterými by se na ni dalo navázat.

Mezi další otázky, které mě během sepisování napadly a které si nyní v této části můžeme společně klást, jsou třeba následující:

Jaké je povědomí o umírání napříč generacemi v dnešní společnosti?

Jaké jsou rozdíly v erudovanosti o paliativní péči v řadách odborníků a laické veřejnosti?

Jaké jsou možnosti umírání?

Co tvrdí zastánci eutanazie?

Je v Česku dostatečná péče a zájem o pozůstalé? Mají se tito lidé kam obrátit?

Jak se vyrovnává s umíráním pacientů zdravotnický a pečovatelský tým?

Jaká je budoucnost paliativních týmů v nemocnicích a je toto ta správná cesta, jak přenést prvky paliativní medicíny do nemocnic?

Jak si v naší zemi stojí dětská paliativní péče a jak je toto téma rozšířené v povědomí veřejnosti?

V diskusi si nyní můžeme nastínit několik zajímavých okruhů, o kterých se zmínily i mé participantky, a porovnat je se studiemi, které se k tomuto tématu již v minulosti vyjádřily.

První, co si dovolím zmínit, je téma tabuizování smrti vedoucí k různým nedorozuměním, jak vyplývá i z mých rozhovorů. Tomu se mimo jiné věnoval např. již zmíněný průzkum veřejného mínění pořádaný Cestou domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK, a to poprvé v roce 2011, 2013 a pak ještě jednou v roce 2015. Jejich výsledky jsou přístupné na webu Umírání.cz (2015). Je ale pozoruhodné, že, jak nám dosvědčují výsledky, názorem drtivě většiny společnosti je, že v celkovém pohledu je komunikace o tomto tématu nedostatečná.

Dále bych také ráda upozornila např. na fakt, že přechod sester k paliativní péči uplatňované v hospicových zařízeních byl opakovaně v několika případech spojen s opuštěním původního oddělení zaměřeného na poskytování intenzivní péče (jako je např. JIP nebo ARO). Došlo tedy, dá se říct, k zásadnímu zlomu v kariéře a úplnému přeorientování hodnotového směřování v péči o pacienta. Vidím potenciál v tom, že by se na tuto práci dalo navázat další studií, např. právě na toto zajímavé téma, jejíž cílem by bylo zjistit, zda existuje nějaká spojitost mezi sestrami, které se takto rozhodly a dopátrat se, jaké pohnutky je vedly k tomuto rozhodnutí. Mé participantky často

uváděly, že k opuštění oddělení s intenzivní péčí je často hnal řekněme jistý vnitřní nesouhlas s léčbou, která byla dle jejich mínění protahovaná. Na to se zaměřuje např. Kuře (2021)

*„Díky pokroku medicíny je prodlužován život pacientů trpících progresivními chronickými chorobami a polymorbiditou; rovněž se značně rozšířily postupy intenzivní péče. Přitom ne každý z dostupných postupů je v konkrétním případě v nejlepším zájmu pacienta. Některý dokonce může pacienta poškozovat a být v rozporu s principem beneficence. Je totiž mnohdy obtížné bez komunikace s pacientem a bez jeho účasti na procesu rozhodování určit, co je bonum aegroti, i stanovit marnost medicínského postupu (angl. medical futility).“*

Takováto situace, ve které se sestry ocitly, se dá pojmut jako obraz tzv. morální tísně (angl. *moral distress*). Pendry (2007) ho vysvětluje jako nepříjemnou a stresující situaci pro sestry, které jsou okolím nuceny postupovat ve své práci v rozporu se svým svědomím a osobním světonázorem. Mluví o tom i např. americká studie pod vedením Wolfa (2019) zaměřující se na sestry ve vedoucích pozicích. Podle ní sestry, které se ve své praxi na oddělení setkaly s menší mírou uplatňování paliativních prvků, měly větší tendenci podléhat negativnímu vlivu morální tísně.

V souvislosti s tím se mohu zmínit ještě např. o článku z webu Prolekare.cz, který zveřejnil výzkum Metznerové (2018), jenž nám ukazuje, jakým způsobem se v jednom konkrétním výzkumném vzorku dařilo převádět pacienty z intenzivní léčby na paliativní. Tím se nám přibližuje pohled na reálné uplatňování paliativních prvků v běžném programu intenzivní péče. Díky tomu následně můžeme diskutovat, jestli ho vnímáme jako dostatečné v porovnání s režimem nastaveným v hospici.

Již výše zmíněné tendence sester nám nahrávají na další pozoruhodný okruh informací, který jsem ve svém výzkumu našla. Jedná se o přehled různých motivací sester, které je povzbuzují nejen k jejich hospicovému poslání, ale i k celkové volbě kariéry zdravotníka. Marková (2010) o motivaci říká, že její nedostatek může vést k snížení kvality vykonané práce a zároveň ohrožuje sestru rizikem syndromu vyhoření. Motivací se zabývalo již mnoho českých i zahraničních studií. Jak se dozvíme např. u Baljoona (2018), motivace má vliv na pocit štěstí a pohody u pracovníků a má pozitivní dopad na výsledky jejich práce.

Při psaní jsem samozřejmě docházela i k různým úskalím svého výzkumu, z nichž bych ráda uvedla například to, že nedokáži svými výsledky uvedenými v empirické části dost dobře reflektovat současný stav paliativní péče na reálných odděleních nemocnic, který by se vztahoval k času, kdy tuto práci píše. Abych dodržela podmínku stanovenou na začátku výzkumu, že tedy oslovené sestry musí mít zkušenosti jak s umírajícím pacientem v nemocnici, tak s péčí o pacienta při jejich současném zaměstnání v hospici, musela jsem se tedy logicky vracet se sestrami do jejich minulosti k časům, kdy ještě byly zaměstnankyněmi běžných nemocnic.

Dovolím si ale zmínit, že tento aktuální stav mohu alespoň ze svého osobního hlediska hodnotit já sama, jelikož jsem byla během své praxe po dobu tří let vysokoškolského studia přítomna u několika úmrtí v nemocnici a mohu je také srovnat s tím, jaké to bylo, když mi zemřel člověk, o kterého jsem pečovala jako ošetřovatelka v hospici během roku 2021.

Přínos této práce vidím v tom, že dokáže poukázat na rozdíly v péči o terminálně nemocné pacienty, které třeba zejména těm, jejichž informovanost o paliativní péči nebyla do této chvíle příliš velká, nemusí být na první pohled zřejmé. Také bych si přála, aby text, který jsem napsala, a myšlenky, jež jsem sesbírala od svých participantek, přispěly k tomu, že se čtenář zamyslí nad svou vlastní konečností a nad způsobem, jakým by si on sám přál zemřít, a začne se v ideálním případě dále vzdělávat v tomto zajímavém oboru, jakým paliativní medicína bezpochyby je.

## 4 ZÁVĚR

V závěru své práce mohu říci, že výzkum podle mého názoru splnil to, co jsem předpokládala a co jsem si na začátku zvolila jako jeho cíl. Naopak ze svého postoje si dovolím tvrdit, že pro mě osobně přinesl ještě mnohem víc, než co jsem od něj na začátku očekávala a že v rozhovorech se sestrami jsem sama pro sebe našla opravdové skvosty a zásadní myšlenky, které mě nesmírně obohatily a za něž cítím velkou vděčnost.

Podarilo se mi získat informace o principech paliativní péče v hospicích a také reálné, nepřikrášlené informace o umírání pacientů v nemocnicích. Na těchto dvou pilířích jsem pak mohla stavět své srovnání obou prostředí a porovnávat, jak jsou pro umírajícího pacienta se spoustou specifických potřeb vhodná, jak na něj působí, co mu přináší nebo naopak, čím mu neprospívají.

Za důležitý přínos této práce můžeme dle mého názoru považovat i určitá **doporučení pro praxi**, která v ní lze nalézt. Jmenovitě bych zde ráda zmínila, že výsledky upozorňují např. na:

- Potřebu edukace zdravotních sester i lékařů, stejně jako celého ošetrovatelského týmu – K tomu v dnešní době slouží mnoho kurzů zaměřených na paliativní péči, které může vyhledat jak jednotlivec, tak mohou být poskytnuty i celému zdravotnickému týmu. Participantky se zmiňovaly např. o kurzu ELNEC a ESPERO pořádané Centrem paliativní péče.
- Potřebu edukace mladých sester již během jejich studia – Tento apel pronášely participantky i směrem k medikům, aby i oni dostali řádné vzdělání v paliativní medicíně a byli schopni se správně postavit k tomu, až budou ve své kariéře vystaveni střetnutí s umírajícím člověkem.
- Potřebu supervize – Faktem zůstává, že ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta není jednoduchá, a i ze zkušeností mých participantek vyplývá, že se ve své praxi mnohokrát setkaly s velmi obtížnými a stresujícími situacemi, jakožto i s nejrůznějšími etickými problémy. Právě k jejich řešení může pomoci

supervize. Její přínos můžeme vidět i v prevenci syndromu vyhoření a jiných psychických problémů, které mohou personál v dnešní době ohrozit.

Výsledky mého výzkumu se dají použít jednak pro vlastní obohacení těch, pro něž je paliativní péče zajímavá a mají touhu nahlédnout do jejího praktického uplatňování. Dále bych je považovala za přínosné v podobě formy, kterou bych nazvala jako edukace přenesenou praxí. Myslím si totiž, že by pro mnoho studentek i již pracujících sester bylo vhodné, aby se zamyslely nad svým přístupem k umírajícím, pokud budou mít někdy možnost se s takovýmto člověkem na svém pracovišti setkat. Ani mnohé další myšlenky, týkající se například mnoha běžných nemocničních praktik, které výzkum podhaluje, nejsou dle mého názoru bezcenné. A zmínit mohu i to, že celým výzkumem se nese nitka jemného podněcování, aby se člověk sám zamyslel nad svou konečností a uvědomoval si více realitu smrti a umírání jako přirozené součásti lidského života.

## REFERENČNÍ SEZNAM

### Knižní zdroje

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024702797.

BRAMADAT, Paul, Harold COWARD a Kelli I. STAJDUHAR. *Spirituality in Hospice Palliative Care: SUNY Series in Religious Studies*. New York: SUNY Press, 2013. ISBN 9781438447780.

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

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*. Přeložil Vladimír JOCHMANN. Brno: Cesta, [2015]. ISBN 978-80-7295-195-6.

HONZÁK, Radkin a Daniela BRŮHOVÁ. *Můj rodný blázinec: životní příběh známého českého psychiatra*. Praha: Bílá pole, 2021. ISBN 978-80-908288-0-3.

KOUTECKÝ, Josef. *Život mezi beznadějí a úspěchem*. Praha: Academia, 2008. Paměť (Academia). ISBN 978-80-200-1672-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.



KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

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

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022]. ISBN 978-80-7492-627-3.

SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.

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

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Druhé vydání. Praha: Kalich, 2019. ISBN 978-80-7017-278-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

## Internetové zdroje

About Palliative Care. *CAPC.org* [online]. © Center to Advance Palliative Care, © 2023 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.capc.org/about/palliative-care/>

BALJOON, Reem A., Hasnah E. BANJAR a Maram A. BANAKHAR. Nurses' Work Motivation and the Factors Affecting It: A Scoping Review. *International Journal of Nursing & Clinical Practices* [online]. 2018(5) [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2018/275>

BAROŠOVÁ, Lucie. Domácí péče se zrodila z touhy pomoci nejzranitelnějším. In: *Florence.cz* [online]. Florence, 2020 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/domaci-pece-se-zrodila-z-touhy-pomoci-nejzranitelnejsim/>

BEZDĚKOVÁ, Milada. Patologie pro speciální pedagogiky: Zánik organismu. *UPOL.cz* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2011 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: [http://pasp.upol.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47:zanik-organismu&catid=7:zanik-organismu&Itemid=4](http://pasp.upol.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=47:zanik-organismu&catid=7:zanik-organismu&Itemid=4)

Co paliativní medicína je, a co není?. *NZIP.cz* [online]. Česká společnost paliativní medicíny [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/464-co-paliativni-medicina-je-a-co-neni>

Data z výzkumů Cesty domů o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, 2015 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>

*DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010: k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.* In: . Olomouc: Česká lékařská komora, 2010, ročník 2010,

1/2010. Dostupné také z: [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/48-doporuceni-predstavenstva-clk-c-1\\_2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecibu-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-kteri-nejsou-schopni-101349.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/48-doporuceni-predstavenstva-clk-c-1_2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecibu-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-kteri-nejsou-schopni-101349.pdf)

GOMES, Barbara, CALANZANI, Natalia, KOFFMAN, Jonathan *et al.* Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med* **13**, 235 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5>

HOFFSTÄDT, Hinke E., et al. Practice of Supporting Family Caregivers of Patients with Life-Threatening Diseases: A Two-phase Study Among Healthcare Professionals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® [online]. 2022 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/10499091221123006>

IWASHITA, Daniela. Umřít v nemocnici není pro člověka to nejlepší. In: *Lidovky.cz* [online]. Lidové noviny, 2009 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/umrit-v-nemocnici-neni-pro-cloveka-to-nejlepsi.A091030\\_210226\\_ln-zdravi\\_mev](https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/umrit-v-nemocnici-neni-pro-cloveka-to-nejlepsi.A091030_210226_ln-zdravi_mev)

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza* [online]. česká společnost paliativní medicíny, 2016 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pecce.pdf>

KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ. *Umírání a smrt v historickém vývoji* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2010/02/14.pdf#:~:text=D%C5%AFsledkem%20tabuizace%20smrti%20je%20osam%C4%9Blost%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADho%20%C4%8Dlov%C4%9Bka.%20V,v%20n%C4%9Bjak%C3%A9%20situaci%2C%20kter%C3%A1%20p%C5%99ipom%C3%ADn%C3%A1%20smrt%20%28Viewegh%2C%201981%2C>

KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře. *Tribune.cz* [online]. Medical Tribune, 2020 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/paliativni-pece-v-ordinaci-practickeho-lekare/>

KUŘE, Josef a Renata VESELSKÁ. *Kapitoly z lékařské etiky* [online]. 3., přepracované, elektronické vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2021 [cit. 2023-04-09]. ISBN 978-80-210-5415-8. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska\\_etika/web/index.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/index.html)

METZNEROVÁ, M. a M. ZÍTKOVÁ. Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2018(5) [cit. 2023-04-08]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2018-5-11/uplatneni-paliativni-pece-v-oblasti-intenzivni-mediciny-107281>

Mýlili jsme se. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, ©2016 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/mylili-jsme-se>

Nejčastější mýty o paliativní péči. *Umírání.cz* [online]. Česká republika: Cesta domů, 2016 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/nejcastejsi-myty-o-paliativni-peci>

Paliativní a podpůrná péče. *IKEM.cz* [online]. Praha: IKEM [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/paliativni-a-podpurna-pece/a-4031/#:~:text=Paliativn%C3%AD%20a%20podp%C5%AFrn%C3%A1%20terapie%20je%20komplexn%C3%AD%20p%C3%A9%20se,s%20%AFprob%C3%ADhaj%C3%ADc%C3%AD%20kurativn%C3%AD%20I%C3%A9%20Dbou%20zam%C4%9B%C5%99enou%20na%20prodlou%C5%BEen%C3%AD%20C5%BEi vota%20pacienta.>

PENDRY, Patricia S. Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *Nursing Economics* [online]. 2007, 25(4), 217-221 [cit. 2023-04-08]. ISSN 0746-1739. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/236937078>

PEŠLOVÁ, Šárka. *Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Di Cara, Veronika.

ROZSÍVAL, Pavel. Dětská paliativní péče. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 2021, (22(6), 403-406 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2021/06/08.pdf>

SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2023-04-08]. ISBN 15-33590A. Dostupné z: [https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika\\_implementace\\_PPP\\_2019%20FINAL.pdf](https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf)

SLÁMA, Ondřej a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína. *Linkos.cz* [online]. Linkos, 2008, upraveno 2014 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/paliativni-medicina/#ukonceni>

SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ. *Paliativní péče* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2020 [cit. 2023-04-08]. ISBN 978-80-210-9628-8. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/index.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html)

ŠTYGLEROVÁ, Terezie, Michaela NĚMEČKOVÁ a Miroslav ŠIMEK. Stárnutí se nevyhneme. *CZSO.cz* [online]. Český statistický úřad, 2014 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>

---

*Věstník č. 1/2022*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022, ročník 2022, částka 1. Dostupné také z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ\\_1-2022.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf)

WOLF, Alexander T. a Kenneth R. WHITE *et al.* Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse* [online]. 2019, 39(5), 38-49 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.4037/ccn2019645>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Zadávací protokol (sken dokumentu) .....	81
Příloha č. 2: Ošetrovatelský postup při úmrtí pacienta (sken dokumentu).....	83
Příloha č. 3: Otázky k rozhovorům.....	85

## PŘÍLOHY

### *Příloha č. 1: Zadávací protokol (sken dokumentu)*

UNIVERZITA KARLOVA  
2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství Akademický rok: 2021/2022

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Jméno a příjmení: **Natálie Štětínová**

Studijní program: **Všeobecné ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Péče o umírající v hospici z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

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

BEDNÁŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.

KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 9788088126546.

HRDÁ, Karolína, Blanka TOĽLAROVÁ, Alena HAJKOVÁ, Helena KREJČÍŘIKOVÁ, Tereza BRUNEROVÁ, Matěj LEJSAL, Alena GAUDLOVÁ a Kateřina HILDEBRANDOVÁ. Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 9788090719026.

PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 9788088361015.

HOLTSLANDER, Lorraine, Shelley PEACOCK a Jill BALLY, ed. Hospice palliative home care and bereavement support: nursing interventions and supportive care. Cham: Springer, [2019]. ISBN 978-3-030-19534-2.

Paliativní medicína [online]. Praha: Centrum pro rozvoj paliativní péče, z.ú., 2020- [cit. 2022]. ISSN 2695-1509. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/index>



VOLLE Dax M.D., MOAK Gary M.D. Geriatric Psychiatry and Palliative Care: Not-So-Strange Bedfellows.  
[online]. 2022. [cit. 2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748122002755>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Bc. Klokočková Šárka**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 20.5.2022

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



Vedoucí katedry

V Praze dne 29.5.2022



Děkan

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství (2)  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

**Příloha č. 2: Ošetrovatelský postup při úmrtí pacienta (sken dokumentu)**

Příloha č. 5

10. 8. 2021  
IOS\_5/2008-4**Ošetrovatelský postup při úmrtí pacienta**

**Ošetrovatelský cíl:** Zajistit důstojnou péči o zemřelého a taktní a ohleduplné jednání s pozůstalými.

**Kompetentní osoby pro ošetření zemřelého:**

- všeobecná sestra/porodní asistentka/zdravotnický záchranář,
- praktická sestra
- ošetrovatel/ka
- sanitář/ka

**Ošetrovatelský postup****Pomůcky:**

- OOPP
- obinadlo k podvázání brady,
- malé čtverce na fixaci očních víček,
- pomůcky k očištění těla,
- čisté prádlo,
- materiál k převazu ran,
- popisovač kůže – vodě odolný dermograf

**Intervence:**

- zajistěte intimitu mrtvého těla zástěnou,
- na lůžku ponechte prostěradlo,
- tělo svlékněte, omyjte a uložte do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla,
- zajistěte, aby měl zemřelý zavřené oči a ústa,
- vyjměte snímatelnou zubní protézu,
- odstraňte všechny ozdobné předměty,
- **neodstraňujte:** fixované katétry, drény (CŽK, PEG, hrudní, komorový atp.) – pouze uzavřete,
- **odstraňte:** močový katétr, žaludeční sondu; endotracheální kanylu, tracheostomickou kanylu  
– před a po vyjmutí odsajte dýchací cesty,
- operační či jinou ránu převažte,
- stimulační elektrody dle pokynů lékaře ponechejte,
- zajistěte identifikaci mrtvého těla:
  1. ponechte identifikační náramek
  2. u dospělého na LDK (u dítěte na LHK) vodě odolným dermografem uveďte základní identifikační údaje (jméno, příjmení, oddělení, datum, hodina úmrtí, datum narození),
- zabalte mrtvé tělo do prostěradla tak, aby krylo celé tělo zemřelého,

Strana 1 z 2

Příloha č. 5

IOS\_5/2008-4

- tělo zemřelého s epidemiologicky závažnou infekcí (dle vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení, vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů), je nutno vložit do nepropustného obalu, ve kterém bude tělo převezeno na patologii,
- objednejte sanitku pro převoz zemřelého (l. 1805, l. 1806)
- kontaktujte dispečink centrální služby sanitářů (l. 6715, 6716)
- dětská i dospělá část FN Motol – kdykoliv v průběhu 24 hodin,
- zajistěte kontakt rodiny s lékařem,
- v případě, že v době úmrtí pacienta jsou přítomni příbuzní, zajistěte, aby se mohli se zemřelým rozloučit, budou-li si to přát,
- sanitář do 2 hodin odveze tělo zemřelého z oddělení nebo z prostoru vyhrazeného pro zemřelé, je-li připravena sanitka,
- dětská část FN Motol – do S2,
- dospělá část FN Motol – do technického podlaží – 3 (uzel B, uzel C operačními výtahy), kde již čeká objednaná sanitka<sup>1</sup>.
- v pracovní době sanitář doprovází zemřelého sanitkou do Ústavu patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol. Tělo zemřelého předá sanitář u vstupu do budovy Ústavu patologie zřízení ústavu. Za manipulaci s prádlem těla zemřelého zodpovídá personál Ústavu patologie dle platné vnitřní směrnice FN Motol.
- mimo pracovní dobu zajistí uložení zemřelého do chladičového zařízení Ústavu patologie sanitář centrální služby,
- v případě transportu těla infekčního pacienta se při identifikaci těla označí na identifikačním lístku, o jakou infekci se jedná. Při ošetřování těla infekčního pacienta používá personál OOPP na jedno použití. Manipulace s prádlem odpovídá režimu infekčního prádla, veškerý odpad podléhá zásadám manipulace s infekčním odpadem.
- při úmrtí pacienta po aplikaci radionuklidu se postupuje podle Pokynu pro postup při úmrtí pacienta po aplikaci radionuklidu – viz příloha č. 2, 3 této směrnice.
- Péči o mrtvé tělo zapíše sestra do Záznamu ošetrovatelské péče.

<sup>1</sup> Za provedení dezinfekce a úklidu sanitky k převozu zemřelých zodpovídá Odbor dopravy FN Motol. Postupy sanitace jsou součástí hygienického režimu Odboru dopravy.

***Příloha č. 3: Otázky k rozhovorům***

Jaká byla Vaše cesta ke zdravotnictví? Co Vás k tomu přivedlo? Kdy jste se rozhodla pro zdravotnictví?

Co jste studovala? Jakými institucemi a zaměstnáními v tomto oboru jste si prošla?

Kdy jste se poprvé setkala s paliativní péčí? Oslovila Vás hned od začátku, nebo jste si k ní musela hledat cestu?

V jaké formě jste se setkala s hospicovou péčí? Pracovala jste ve více hospicových zařízeních, mobilních či lůžkových?

Měla jste osobní zkušenost s péčí o umírajícího člověka v rodině či blízkém okruhu?

Pamatujete si na prvního pacienta, který Vám zemřel?

V čem vidíte hlavní rozdíly v péči o umírajícího pacienta v nemocnici a v hospici (pokud nějaké vidíte)?

Je nějaký rozdíl po personální stránce? Je v nemocnici dostatek sester na to, aby měly čas věnovat se zvláště i umírajícímu pacientovi? Jsou v nemocnici nějakí specializovaní pracovníci, kteří se věnují paliativní péči?

Kdo je součástí Vašeho paliativního týmu?

Nemají sestry v hospici na starost příliš mnoho pacientů? Mohou se jim plně věnovat?

Je něco, co zabraňuje sestrám ve vykonávání řádné péče o pacienta v posledním stádiu života? Dokázala byste jmenovat nějaké komplikace, překážky?

Myslíte si, že je možné praktikovat paliativní přístup v nemocnici?

Jak by vypadala ideální péče podle Vás?

Který model (nemocniční nebo hospicový) se takové péči podle Vás více blíží?

Když se zkusíte vcítit do umírajícího pacienta, co by podle Vás mohlo v nemocnici nejvíce chybět? Co nejvíce potřebuje a nedostává se mu to?

Popište rozdíly v péči o tělo zesnulého.

Jaká je komunikace s rodinou? Liší se nějak? Je rodina v některém z jmenovaných zařízení zapojena více do péče o pacienta?

Myslíte, že se zlepšil přístup k paliativním pacientům v nemocnicích?

Myslíte si, že je paliativní péče tak specifická, že by vyžadovala nějaké speciální školení? Měly by být sestry dopředu edukovány, než se ve své kariéře setkají s umírajícím pacientem?

Edukoval Vás někdo dříve, než jste se poprvé musela postarat o umírajícího pacienta? Co Vám řekli?

Jsou nějaké předsudky, se kterými se musíte jako sestra z hospice vyrovnat?

Jak se Vy osobně srovnáváte se smrtí pacienta, co Vám pomáhá?

Máte nějakou silnou nezapomenutelnou vzpomínku?