

# **Role sestry v domácí hospicové péči**

Lucie Šťastná

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Šťastná**  
Osobní číslo: **H16335**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Role sestry v domácí hospicové péči**

Zásady pro vypracování:

Rešerže a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí a hospicové péče, role sestry v péči o pacienty.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Formulace kritérií pro výběr respondentů.  
Realizace výzkumu technikou pozorování, případně rozhovorem.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**CAMPBELL, Margaret L. Case studies in palliative and end-of-life care. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell, 2012, Case studies in nursing. ISBN 978-0-470-95825-4.**

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

**KURUCOVÁ, Radka. Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5707-0.**

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

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

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

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželova  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....10.05.2019.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Tématem této práce je role sestry v domácí hospicové péči. Práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje hospicovou a paliativní péči. Dále se zabývá rolí sestry a specifiky její práce při péči o nevléčitelně nemocné. Praktická část je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, technikou rozhovorů a pozorování. Hlavním cílem práce je zjistit specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Dále také zjišťuje, jaká je úloha sestry v domácí hospicové péči, zdali a jak se liší poskytování péče u nevléčitelně nemocných v hospici a v domácích podmínkách a jaký je rozsah spolupráce sester a s ostatními členy týmu.

**Klíčová slova:** Domácí hospicová péče, role sestry, terminální stádium, domácí hospic, paliativní péče

## **ABSTRACT**

The topic of this work is the role of a nurse in home hospice care. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part describes hospice and palliative care. It also deals with the role of the nurse and the specifics of her work in the care of the terminally ill. The practical part is realized by means of qualitative research, interview technique and observation. The main aim of this work is to find out the specifics of care for the terminally ill in the home hospice. It also finds out what the role of a nurse in home hospice care is, whether and how the provision of care for the terminally ill in hospice and at home is different, and what is the extent of nurses' cooperation with other team members.

**Keywords:** Home hospice care, nurse role, terminal stage, home hospice, palliative care

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za cenné rady, profesionální přístup a velkou trpělivost při zpracovávání této práce. Dále bych chtěla poděkovat mobilnímu a lůžkovému hospici, ve kterém mi umožnili zrealizovat výzkum. Všeobecným sestřám, které se podílely na výzkumu, děkuji za jejich čas a získané informace. Poděkování patří i rodině a kamarádům, kteří mě po celou dobu psaní bakalářské práce podporovali.

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

*„Ideálem je, aby člověk umíral usmířen, bez bolesti fyzické, psychické, sociální a duchovní a s vděčností za život, který mu byl dán.“*

Jaro Křivohlavý

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>11</b>
1.1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	11
1.1.1 Definice, indikace a cíle hospicové péče .....	11
1.1.2 Obsah hospicové péče .....	12
1.1.3 Formy hospicové péče.....	12
1.1.3.1 Lůžkový hospic .....	13
1.1.3.2 Stacionární hospicová péče.....	13
1.1.3.3 Domácí hospic .....	14
1.1.3.4 Další služby.....	14
1.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	14
1.2.1 Definice paliativní péče.....	14
1.2.2 Principy a koncept paliativní péče .....	15
1.2.3 Druhy paliativní péče .....	15
1.2.3.1 Obecná paliativní péče.....	15
1.2.3.2 Specializovaná paliativní péče.....	16
1.2.4 Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče .....	16
1.2.5 Dobrovolníci .....	17
<b>2 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>18</b>
2.1 DEFINICE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE .....	18
2.2 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE V ČR.....	19
2.2.1 Personální standardy pro mobilní hospic .....	20
2.2.2 Služby domácí hospicové péče .....	20
2.2.3 Cíle domácí hospicové péče.....	21
2.2.4 Podmínky přijetí do péče .....	21
2.3 DOMÁCÍ HOSPIC .....	22
2.3.1 Specifika vybavení pro mobilní hospic.....	22
<b>3 ROLE SESTRY V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI.....</b>	<b>24</b>
3.1 ROLE SESTRY .....	24
3.2 ROLE SESTRY V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI .....	25
3.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....	25
3.3.1 Rodina jako součást týmu .....	26
3.3.2 Zátěž pečovatele.....	28



3.4	POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....	29
3.4.1	Čtyři dimenze potřeb.....	29
3.4.2	Bolest.....	30
3.4.2.1	Opiáty.....	31
3.4.2.2	Terminální analgosedace .....	32
3.4.2.3	Zásady farmakologické léčby u bolesti v terminální fázi .....	33
3.5	UMÍRÁNÍ .....	33
3.6	PÉČE O POZŮSTALÉ.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>36</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>37</b>
4.1	CÍLE VÝZKUMU .....	37
4.2	CHARAKTERISTIKA ÚČASTNIC VÝZKUMU .....	37
4.3	TECHNIKY VÝZKUMU .....	38
4.3.1	Rozhovor .....	38
4.3.2	Pozorování.....	39
4.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK - ROZHOVOR.....	39
4.5	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK - POZOROVACÍ ARCH .....	40
4.6	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	41
4.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	41
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>43</b>
5.1	ROZHOVORY .....	43
5.2	POZOROVÁNÍ.....	66
<b>6</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>76</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>80</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>85</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>86</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>87</b>

## ÚVOD

Mobilní hospic existuje v České republice nepříliš dlouho. Mnoho lidí stále pojem mobilního hospice neznají. Je tedy potřeba, aby organizace měly dostatečnou reklamu a byla možnost se o této péči dozvědět včas. Nyní se dostává do popředí díky nemocnicím a praktickým lékařům, kteří tento druh péče nabízí paliativním pacientům, kteří jsou hospitalizováni v nemocničních nebo sociálních zařízeních.

Čím dál více umírajících lidí chce své poslední okamžiky života prožít ve vlastních domácích podmínkách. Díky domácí hospicové péči jim toto přání můžeme splnit. V České republice mobilní hospice fungují ve všech krajích s výjimkou kraje Vysočina. Díky těmto organizacím mají nevléčitelně nemocní možnost být v posledních okamžicích života se svými nejbližšími doma. Naplňuje se tak jejich potřeba jistoty a bezpečí, která je pro většinu důležitá.

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o nevléčitelně nemocné. V hospicové péči, která je v této práci popsána, je poskytována péče paliativní, která se nezabývá léčbou onemocnění, ale mírněním bolestí a snahou odstranit právě příznaky, které nemocného trápí a snižují tak kvalitu jeho života. Hlavním tématem této práce je popsání role sestry v domácím hospici. Kromě role sestry bude zmíněn i celý multidisciplinární tým, který je důležitý jako celek a díky němu může být domácí péče poskytována. V práci jsou charakterizovány i potřeby umírajících a nesmí se zapomenout ani na rodinu, která je v péči o nevléčitelně nemocné důležitým prvkem. V neposlední řadě do péče o umírající patří i doprovázení nemocného při jeho posledních chvílích a samotné umírání. Tato práce vysvětlí, co vše se v těchto fázích odehrává a jak je důležitá jak péče o umírajícího, tak následně o pozůstalé.

Praktická část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, technikou rozhovorů a pozorování. Hlavním cílem výzkumu bude zjistit specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Součástí bude porovnávání dvou určitých organizací. Jednou bude mobilní hospic, druhou lůžkový hospic. Zaměříme se na rozdíly v roli sestry v domácím a lůžkovém hospici. Pomocí rozhovorů zjistíme i rozsah spolupráce mezi členy multidisciplinárního týmu. Při pozorování se bude zjišťovat, jaké činnosti sestra během pracovní doby u pacienta vykonává.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE

Hospicovou a paliativní péči Kalvach (2010, s. 12) vyjadřuje následovně: „*Obvykle jde o pokročilá stádia infaustních onemocnění spějících ke smrti, tedy o podporu a péči v délce několika týdnů až měsíců*“. Hospicová péče je často spojována s péčí paliativní.

### 1.1 Hospicová péče

Zmínka péče o nevléčitelně nemocné spadá do doby před dvěma tisíci lety. Velký zlom přišel v roce 1967, kdy dáma Cicely Saudersová založila moderní hospicové hnutí a otevřela první hospic svatého Kryštofa (St. Christopher Hospice) v Sydenhamu, který se nachází v blízkosti Londýna. Ve svém hospici kladla důraz na kontrolu příznaků a na umírání jako přirozený proces (Sendor a O'Connor, 1997, s. 3). Díky této myšlence, která se z Velké Británie dostala do celého světa, máme v dnešní době tisíce hospiců (Svatošová, 2011, s. 123).

V České republice je za zakladatelku hospicového hnutí (rok 1993) považována MUDr. Marie Svatošová, která se podílela na založení prvního hospice v ČR - Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 (Sieberová, 2016, s. 10).

#### 1.1.1 Definice, indikace a cíle hospicové péče

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2017, s. 1) je hospicová péče popsána takto: „*Hospicová péče je specializovaná integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší, než šest měsíců, u kterých byla ukončena aktivní léčba.*“ Tato definice nám oznamuje, že se nemocného již nepokoušíme léčit, ale snažíme se odstranit symptomy, které umírajícího trápí. Součástí hospicové péče je paliativní medicína, která se zaměřuje především na tlumení či odstranění bolesti. Personál v hospicové péči dbá na potřeby nemocného a rozhoduje se hlavně podle jeho přání.

Indikace pro přijetí do hospicové péče je velice důležitá. Kdyby byl hospic otevřený pro všechny, bylo by v něm stále plno jen díky tomu, jak krásně a prakticky jsou hospice vybaveny. Proto se stanovily podmínky, které nemocný musí splňovat, aby mu byla poskytována hospicová péče. Mezi základní indikace pro přijetí do hospice patří: zdravotní stav nemocného, který se vlivem postupující nemoci zhoršuje a ohrožuje tak nemocného na životě, nemocný potřebuje paliativní péči pro svou úlevu a nepotřebuje přitom léčbu

nemocniční a v neposlední řadě nemocnému nestačí nebo pro něj není možná péče v domácích podmínkách. Hlavním cílem, kterého chce hospicová péče dosáhnout, je zkvalitnit pacientův zbývajících život na co nejvyšší úroveň a zbavit jej všech obtěžujících příznaků, které ho trápí (Svatošová, 2011, s. 125).

### 1.1.2 Obsah hospicové péče

V první řadě si musíme ujasnit, že nikdy nesmíme nemocnému slíbit to, co nemůžeme splnit. Naopak můžeme slíbit tři základní věci: nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích nezůstane osamocen. Cílem hospicové péče je podle Marie Svatošové dosáhnout důstojného a klidného umírání. Nejdůležitějším prvkem pro umírajícího je komunikace s ním. V hospici je komunikace mezi personálem a klientem velmi důležitá a na prvním místě klient zná svou diagnózu a celkový stav. Většina, až 90 % nemocných, má v hospicích nádorová onemocnění, zbylých 10 % má jiná onemocnění, nenádorová, ale se smrtelnou prognózou - tzv. infaustní (Svatošová, 2011, s. 115).

Hospicová péče končí nejčastěji smrtí nemocného. Umírání dělíme na jednotlivá období. **Období prae finem** znamená dobu „před koncem“, kdy se nemocný dozví o vážnosti diagnózy, která může vést ke smrti. Informace sděluje nejprve lékař. Nemocný od této chvíle začne nad svým stavem přemýšlet a jeho potřeba směřuje k osobě, se kterou by si o této situaci mohl popovídat. Touto osobou může být ošetřující sestra, která je nemocnému nablízku a naslouchá mu. V tomto období nemocnému docházejí síly. Úlohou sestry je zajistit co nejdélší samostatnost nemocného, v případě zhoršení soběstačnosti pacientovi dopomáhat. **Období in finem** znamená vlastní umírání, terminální stav nemoci. Může být jakkoliv dlouhé, dny i hodiny. Dochází zde k postupné ztrátě životních funkcí. V této fázi nijak nepřerušujeme ošetrovatelskou péči, pouze ji zmírníme natolik, abychom nezatěžovali umírajícího. Hospicová péče tímto obdobím ale nekončí. Posledním obdobím je **období post finem** – stav po smrti. Spočívá v péči o mrtvé tělo a také zahrnuje péči o pozůstalou rodinu, která přišla o svou blízkou osobu (Svatošová, 2011, s. 122; Burda a Šolcová, 2016, s. 33-34).

### 1.1.3 Formy hospicové péče

Poskytování paliativní péče může být buď v lůžkovém hospici, v domácím hospici nebo v denním stacionáři.

### *1.1.3.1 Lůžkový hospic*

Lůžkový hospic je pro nevléčitelně nemocné, kteří přes nevhodné podmínky nemůžou své poslední chvíle trávit doma. O nemocného se tak stará multidisciplinární tým v hospici, který je tam pro něj 24 hodin denně. Rodina však není úplně odstrčena, naopak je co nejvíce zapojována do spolupráce s nemocným a ze strany odborníků je poskytována motivace, k péči o svého příbuzného (Hospicová a paliativní péče, 2008, s. 47).

V hospici je nemocný na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou, která je určena příbuzným po celou dobu pobytu pacienta. Do pokoje si může donést cokoliv. Ať už televizi, fotografie, plyšové hračky, elektroniku. Návštěvy dospělých i dětí jsou v hospici neomezené. Na přání nemocného může návštěva přijít ve dne i v noci. Výhodou hospice je hlavně svoboda pro rodinu, která si může odpočinout od péče o blízkého. Není pravidlem, že by nemocný musel být v hospici až do své smrti. Kdykoliv může svůj pobyt přerušit a znovu si o něj zažádat (Asociace hospicové paliativní péče, 2017, s. 2).

### *1.1.3.2 Stacionární hospicová péče*

Stacionární hospicová péče pomáhá nemocnému v řešení zdravotních problémů. Edukuje nemocného v různých směrech a podle potřeb nemocného nabízí a uskutečňuje aktivity k relaxaci či rekreaci (Plevová, 2011, s. 110).

Stacionární hospicová péče patří mezi nejmladší formy hospicové péče. Ve světě je běžná, ale v České republice se moc neobjevuje. U nás slouží nemocným, kteří na tom ještě nejsou úplně špatně, ale naopak nevydrží zůstat doma sami, bez dozoru. Pomáhá pečující rodině si odpočinout od péče o nemocného. Je charakterizována péčí o nemocného přes den, kdy jej rodina v ranních hodinách doveze do stacionáře a ve večerních hodinách si pro něj zase přijede a odveze ho domů. Rodina tak o nemocného pečuje pouze přes noc a ve volných dnech. Přes den, kdy je nemocný v zařízení, se o něj stará personál, který připravuje program na celý den. Mezi aktivity, které klienti vykonávají, patří např. malování, vzdělávání se z encyklopedie, zpívání známých písniček, tanec, vzájemná komunikace, čtení knihy, sledování televize, nebo jen posezení u kávy nebo čaje. Všechny tyto aktivity dělají klienti společně v místnosti a tím naplňují i své sociální potřeby - být s někým jiným v kontaktu, seznámit se s novými lidmi apod. Hlavním ukazatelem pro tuto péči je vzdálenost od bydliště, kdy si rodina hodně rozmýšlí, zda se jim při delší vzdálenosti vyplatí jezdit 2x denně do zařízení. Při krátké vzdálenosti rodina dlouho nepřemýšlí a kvůli povinnosti chodit do práce nebo kvůli zachování svého soukromého života volí služby stacionáře okamžitě.

### 1.1.3.3 Domácí hospic

Domácí hospic zajišťuje nemocným prožít své poslední okamžiky v pohodlí domova se svojí rodinou, která o nemocného pečuje největší měrou. Ke klientovi dojíždí multidisciplinární tým a pomáhá s péčí - ať už podáním medikace k tlumení bolesti, nebo převazem chronických ran, nebo pouhou komunikací s nemocným a jeho blízkými. Specifika domácího hospice jsou popsána detailněji v kapitole 2. Domácí hospicová péče.

### 1.1.3.4 Další služby

Hospicová péče zajišťuje také respitní pobyt nebo půjčení kompenzačních a zdravotnických pomůcek. Mezi zdravotnické pomůcky, které se nejčastěji půjčují a které slouží k ulehčení péče, patří například antidekubitní matrace, polohovací lůžka, invalidní vozíky nebo kyslíkové přístroje. Zapůjčení pomůcek je pouze na nezbytně nutnou dobu a jde o placenou službu. Termínem respitní pobyt se myslí odlehčovací pobyt, který pomáhá rodině v zajištění péče o klienta během doby, kdy si pečující potřebuje něco zařídit. V běžné praxi to znamená umístění nemocného na několik týdnů do hospice, kde se o něj stará tým hospice. Pečující rodina si může odjet třeba na dovolenou, nebo si zařídit věci, které potřebují a při péči o nemocného by si je nedokázali zařídit. Poté si nemocného vezmou zpět domů a starají se o něj jako dříve. Tuto péči lze opakovat tolikrát, kolikrát rodina potřebuje. Pobyt je však omezen několika týdny (Formy hospicové péče, © 2010).

## 1.2 Paliativní péče

Paliativní péči můžeme v České republice vnímat jako péči, která se zajímá o člověka s nevléčitelnou nemocí. Dochází ke změně kvality života. Tím se rozumí fyzické, psychické, sociální obtíže a celkové ohrožení základních hodnot člověka. Paliativní péče se zabývá nejen umírajícím člověkem, ale i jeho blízkými (Kabelka, 2017, s. 20).

### 1.2.1 Definice paliativní péče

Kabelka (2017, s. 20) ve své knize zmiňuje definici paliativní péče od světové zdravotnické organizace: „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“

Paliativní péče je odvozena od slova „paliare“, což znamená skrýt, ulehčit, usnadnit (Kabelka, 2017, s. 20). Jak udává §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, patří paliativní péče pod druh zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

### 1.2.2 Principy a koncept paliativní péče

Dle Národního programu paliativní péče je paliativní péče dostupná ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému ČR pro každého nevléčitelně nemocného pacienta. Každý člověk si může zvolit prostředí, ve kterém bude prožívat zbytek svého života. Pro rodiny a blízké, kteří se starají o nevléčitelně nemocného, je dostupná psychologická i sociální podpora, a to i po úmrtí nemocného (Vize, © 2016).

Paliativní péče zajišťuje komplexní zdravotní a sociální péči, u které se snaží o zmírnění tělesných a psychických příznaků onemocnění. Vytváří organizační formy péče, podle kterých se postupuje v klinické praxi. Dále je důležitou složkou podpora pacienta i jeho blízkých. V konečném stadiu života se snaží udržet pacientovi co nejlepší kvalitu života (Kabelka, 2017, s. 20).

### 1.2.3 Druhy paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na dva typy. Obecnou a specializovanou. Důležitým prvkem je dostatečná komunikace mezi oběma typy.

#### 1.2.3.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči poskytují lékaři všech odborností v rámci své každodenní klinické práce a měla by se poskytovat v každém zdravotnickém zařízení (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007c, s. 30).

Zabývá se včasným zhodnocením stavu pacienta a zjišťuje, zda je aktivní léčba ještě smysluplná. Dbá se hlavně na kvalitu pacientova života, podle které se nastaví další péče, popřípadě léčba. Pod obecnou paliativní péči spadá například zmírnění bolesti, vcítění se do pacientových pocitů, podpora rodiny a doporučení k dalším postupům (Marková, 2010, s. 20-21).



### *1.2.3.2 Specializovaná paliativní péče*

Do specializované paliativní péče můžeme zařadit specializovaná zařízení, která se přímo zabývají paliativní péčí. Patří sem mobilní hospice, paliativní oddělení, ambulance paliativní péče, denní stacionáře paliativní péče, lůžkové hospice apod. V těchto zařízeních pracuje zvýšený počet personálu, který musí být vyškolen vyšší úrovní profesní kvalifikace. Jejím hlavním úkolem je podporovat i ostatní zdravotníky k poskytování paliativní péče, ať už v nemocnicích, nebo mimo ně (Marková, 2010, s. 21).

### **1.2.4 Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče**

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (dále jen APHPP) je organizace, která vznikla v roce 2005 a sdružuje lůžkové a mobilní hospice v České republice. Přispívá tak k pozitivnímu vztahu české společnosti ke smrti a umírání. APHPP je členem Evropské asociace paliativní péče. Spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví, se kterým se podílela na prvním vydání Standardů kvality hospicové paliativní péče, podle kterých všichni pracovníci v paliativní a hospicové péči vykonávají své služby. Cílem APHPP je dostatečně informovat veřejnost i odborníky o hospicové péči, zlepšit kvalitu péče spoluprací s ostatními na tvorbě standardů kvality péče v hospicové paliativní péči, další vzdělávání odborníků k zajištění profesionality a získání statutu v legislativě, aby byly hospice považovány za zdravotně-sociální zařízení (Poslání asociace, © 2010).

Mezi čestné členy APHPP v České republice patří nejdůležitější osobnosti paliativní a hospicové péče - například MUDr. Marie Svatošová, MUDr. Ondřej Sláma, PhD., JUDr. Jitka Smejkalová, prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., Mgr. Jana Vážanová, Ing. Jaromír Bílý, Ing. Marie Korejsová, MUDr. Viola Svobodová, PhDr. Václav Filec, Ing. Miloslav Běťák. Řádné členy pak tvoří jednotlivé hospice (Členové, © 2010).

Jelikož existuje o hospicové péči mnoho mýtů a nepřesností, APHPP vytvořila odbornou Koncepti hospicové péče pro Českou republiku, v které je shrnuto 20 let zkušeností. Aktuální informace o hospicové péči přináší APHPP ve zpravodaji ROVNOVÁHA. Vychází jako občasník, který je k nahlédnutí na stránkách asociace hospiců (Zpravodaj Rovnováha, © 2010).

### 1.2.5 Dobrovolníci

Dobrovolníci jsou v rámci multidisciplinárního týmu důležitou pomocí. Svou přítomností emočně naplňují nemocného i rodinu a vykonávají mnoho činností. Například jsou dobrými komunikátory v rodině i v týmu odborníků, jsou dobrými společníky při trávení dne (vycházky do zahrady, předčítání knihy, malování), vykonávají pečovatelskou i respitní službu. Nejčastěji bývají u nemocného v době, kdy si rodina musí zařídit jiné věci, ale není to podmínkou. Dobrovolník je také oporou příbuzných, kteří si potřebují o všem s někým promluvit. Říct, co je trápí, jak celou situaci zvládají, nebo stačí pouhý rozhovor o běžných věcech. V mladých rodinách mohou dobrovolníci nabídnout pomoc v rámci hlídání dětí. Dobrovolnictví nemůže dělat ledajaký člověk. Musí mít spoustu kladných vlastností a „srdce na pravém místě“. Obvykle bývá tato činnost prováděna celoživotně a dobrovolník má ke svým povinnostem silný vztah (Kalvach, 2010, s. 46). Už z názvu lze vypožorovat, že se jedná o dobrovolnou činnost - není hrazena peněžitě. Dává však dobrovolníkovi dobrý pocit a vědomí, že mohl někomu pomoci.

Existují dobrovolnická akreditovaná centra. Pokud je dobrovolník členem, musí podepsat s mobilním hospicem smlouvu o dobrovolnické činnosti, ve které jsou stanoveny pracovní kompetence. Součástí je i dohoda o mlčenlivosti a dobrovolník musí souhlasit i s bezpečnostním opatřením práce. Poté je činnost dobrovolníka vedena v souladu se zákonem o dobrovolnické službě (Zákon č. 198/2002 Sb.). Dobrovolník nesmí mít zápis v trestním rejstříku a požadavky pro přijetí jsou stejné jako u ostatních pracovníků. Koordinátor dobrovolníků nové členy školí, hodnotí a koordinuje jejich činnost (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 14).

## 2 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Domácí hospicová péče neboli „mobilní/domácí hospic“ pomáhá nevléčitelně nemocným lidem, kteří chtějí strávit zbytek svého života v domácím prostředí. Výzkumy, které se zabývají umíráním, dokazují, že zemřít doma je pro většinu respondentů známkou dobré smrti. V domácí hospicové péči se poskytuje péče paliativní. Existují základní principy poskytování paliativní péče v domácích podmínkách. Mezi ně patří například:

- Smysl paliativní péče není ve zkracování doby umírání, ale ve zkvalitnění závěru života.
- Aby pacient mohl být sám sebou, potřebuje k tomu prostor, ve kterém se bude cítit bezpečně.
- Nejdůležitější z principů je empatická komunikace a kontakt s blízkými.
- Při očekávání smrti nezanedbáváme péči.
- Na eutanazii ani nepomýšlíme, protože není v souladu se zákonem.
- K domácí hospicové péči je potřeba informovaný souhlas podepsaný kompetentním člověkem.
- Pacient má během poskytování paliativní péče svého odborného ošetřujícího lékaře.
- Důležitým principem je důstojnost a péče zaměřená na to, co si přeje pacient.
- V paliativní péči se vede pečlivá dokumentace, kde se zaznamenává vše o nemocném.
- Všechny informace o pacientovi musí být konzultovány s multidisciplinárním týmem minimálně 1x týdně (Kalvach, 2010, s. 29-31).

### 2.1 Definice domácí hospicové péče

Jak zmiňuje Marková (2010, s. 23) „*Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Pracuje zde multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů, sester, sociálních a pastoračních pracovníků, psychologů a dobrovolníků.*“ Snaží se pomoci nejen umírajícímu, ale také rodině, která se rozhodla pečovat o svého člena doma, a to nejen během nemoci, ale také po jeho smrti v době truchlení.

Domácí hospicová péče je poskytována lidem s jakoukoliv diagnózou, která je v terminálním stádiu a prognóza délky života je kratší než šest měsíců. Péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí. U nemocného se již neléčí základní onemocnění, ale je zde zastoupena

paliativní péče, která nemocnému pomáhá zmírnit, nebo nejlépe odstranit bolesti a další symptomy, které jej obtěžují (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017, s. 1).

Výhodou domácí hospicové péče je pocit pacienta, který se cítí doma nejlépe a do jisté míry si může určit, co zrovna bude dělat. Domácí prostředí přispívá i ke zklidnění pacienta a vyrovnání se s terminálním stádiem nemoci (Hospicová a paliativní péče, 2008, s. 47).

Problém v domácí hospicové péči nastává tam, kde není rodinné zázemí a pečovatel, který buď schází úplně, nebo se může časem vyčerpat, lépe řečeno - dojdou mu síly. Nevyhovující podmínkou může být i velmi malý prostor k bydlení, v kterém může bydlet více generací. V neposlední řadě může být nežádoucím faktorem i odbornost, která nemusí být zrovna v blízké dostupnosti nemocného jedince a tomu tím pádem nemůže být poskytnuta odborná péče včas. Naštěstí tento problém je vyřešen vysokým počtem organizací, ať už domácí hospicové péče, nebo pouze agentur domácí péče, které jsou schopné dojet do všech míst (Svatošová, 2011, s. 118-119).

## 2.2 Domácí hospicová péče v ČR

Domácí hospice byly zakládány prvně ve větších městech. Později se zjistilo, že jsou potřeba spíše v menších městech nebo na venkově, kde je lidé kvůli nedostupnosti jiných zařízení, jako je například nemocnice, začali postrádat (Slámová et al., 2018, s. 100).

Nyní jsou agentury domácí hospicové péče v České republice zastoupeny ve všech krajích s výjimkou kraje Vysočina. Cílem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) je zřídit domácí hospic i v tomto chybějícím kraji. Současné specializované domácí hospice APHPP jsou např. Domácí hospic RUAH o.p.s.; Hospic Anežky České; Domácí hospic Duha o.p.s.; Hospic sv. Zdislavy o.p.s.; Hospic sv. Alžběty o.p.s.; Mobilní Hospic sv. Kryštofa Ostrava; Hospic sv. Kleofáše o.p.s.; Domácí hospic Athelas; Hospic svaté Rodiny; Mobilní hospic Pokojný přístav; Domácí hospic sv. Veroniky; Domácí hospic Setkání; Domácí hospic sv. Jiří o.p.s.; Domácí hospic Dobrého Pastýře. Mimo APHPP pak např.: PAHOP z.ú.; Mobilní hospic Ondrášek o.p.s.; Domácí hospic Jordán o.p.s. Dle doporučení odborníků APHPP i zkušeností z praxe by mělo být v ČR k dispozici domácích hospiců cca 80 až 90, v každém okrese jeden (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017, s. 7).

### 2.2.1 Personální standardy pro mobilní hospic

Požadavky na personální zabezpečení jsou zakotveny ve vyhlášce (Vyhláška č. 99/2012 Sb.) o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Tým mobilního hospice zajišťuje působení do 35 km od základny. Trvalou paliativní péči zajišťuje tým mobilního hospice. Pokud je péče u 15 a více pacientů v domácích podmínkách, je potřeba dostatečný počet pracovních úvazků, který podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016, s. 13) je: „*Lékař 1,2 úvazku, z toho vedoucí lékař nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti nebo dle vyhlášky s minimálním úvazkem 0,2; další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.*“ Po dobu mimo osmihodinové pracovní doby v pracovních dnech a o víkendu a ve svátky je lékař dostupný nepřetržitě na telefonu. Zabezpečit je potřeba i nelékařské profese dostatečným počtem pracovních úvazků. To činí 5 úvazků všeobecných sester, 1 úvazek sociálního pracovníka a pracovník duchovní (kaplan, pastorační asistent). Doporučuje se mít na dosah i další profese, mezi které patří pracovník v sociálních službách nebo psycholog (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 13).

### 2.2.2 Služby domácí hospicové péče

Každé zařízení domácího hospice musí dodržovat standardy APHPP specializované péče pro tuto oblast. Služby jsou určeny pro umírající nemocné a musí být dostupné jak časově, finančně, tak i odborně. Péči poskytuje ošetřující lékař společně s ostatními odborníky (tj. odbornost interny, chirurgie, všeobecné praktické lékařství, neurologie, anesteziologie, onkologie, ortopedie, psychiatrie atd.) a v neposlední řadě s celým multidisciplinárním týmem. Mezi hlavní složku patří sociální, psychologická a duchovní péče o nemocného. Mezi další služby domácí hospicové péče patří také půjčovna pomůcek, které usnadní péči o nemocného. Mezi pomůcky patří také přístroje, nejčastěji oxygenátor (tj. přístroj sloužící k okysličování nemocného) nebo saturační oxymetr (tj. přístroj k měření obsahu koncentrace kyslíku). Důležitou službou je starost o rodinu a pozůstalé v době péče o nemocného, ale také po jeho smrti (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017, s. 4-5).

Úhrada výkonů je financována z veřejného zdravotního pojištění (v souladu s platnými vyhláškami). Především pojišťovna VZP odmítá péči nasmlouvat a hradit s komentářem,

že tuto péči mají nemocní zajištěnou v rámci domácí zdravotní péče. Zbytek financí se získává v podobě úhrady od pacientů, dále darů, nadací, sponzorů apod. (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017, s. 5).

### 2.2.3 Cíle domácí hospicové péče

Hlavním principem domácí hospicové péče je respekt důstojnosti pacienta. Vychází se z jeho přání a potřeb. Nemocný se svobodně rozhoduje a na jeho rozhodnutí spočívá následující péče (Slámová et al., 2018, s. 105). Cílem domácí hospicové péče je, aby umírající prožil svoje poslední chvíle co nejkrásněji, aby měl naplněny všechny své potřeby (biologické, psychologické, sociální, spirituální) a byl stále obklopen svými blízkými ve svém přirozeném prostředí, kde se cítí nejlépe. Cílem multidisciplinárního týmu je i pomoc blízkým osobám, aby péči o nemocného zvládali co nejlépe a nebyli vyčerpaní. Díky možnosti zapůjčení pomůcek chce domácí hospicová péče co nejvíce usnadnit péči o nemocného a rodině tak pomoci od zátěže při pečování o umírajícího.

### 2.2.4 Podmínky přijetí do péče

Do domácí hospicové péče pacienta indikuje praktický nebo paliativní lékař. Jako první předchází telefonát s domácím hospicem a objasní se všechny informace, možnosti a představy rodiny ohledně péče o blízkého apod. Na první návštěvu u pacienta dojde lékař společně se sestrou. Vyhotoví si prvotní posouzení zdravotního a sociálního stavu pacienta, domluví se na dalších náležitostech. Přijetí do péče mobilního hospice se potvrdí podpisem smlouvy a informovaného souhlasu, podepsaným pacientem nebo jeho zákonným zástupcem (viz. Příloha P I). Každá agentura má vytvořeny své smlouvy i informované souhlasy. Poté se multidisciplinární tým spojí s ošetřujícím lékařem pacienta, u kterého zjistí další informace o zdravotním stavu nemocného. Multidisciplinární tým společně s rodinou poté stanoví paliativní plán péče. K usnadnění péče o pacienta se podle potřeby zapůjčí pomůcky. S rodinou se vymění kontakty (telefon, e-mail) a doporučí se i další kontakty - např. na ambulantní ošetrovatelskou péči, nebo pečovatelskou službu (Skála, 2011, s. 8).

Každá agentura si určí své podmínky k přijetí do domácí hospicové péče. Většinou se ale všechny organizace shodnou na základních podmínkách, které vedou k přijetí do péče. Nemocný musí trpět nevy léčitelným onemocněním, které je v terminálním stádiu a jeho léčba tohoto onemocnění je ukončena. Nemocný zná svou diagnózu a souhlasí s paliativní péčí, která je zaměřena hlavně na zmírnění potíží, jako je bolest apod. Nemocný dá své svobodné

rozhodnutí, že chce zůstat po zbytek svého života doma se svými blízkými. Alespoň jeden z blízké rodiny musí souhlasit s tím, že převezme celou zodpovědnost za nemocného a celodenně se o něj bude starat. K zabezpečení kontinuální léčby a předpisu léků je důležité spolupracovat i s praktickým a ošetřujícím lékařem. Rodině i nemocnému se zaručí, že multidisciplinární tým domácího hospice bude pro ně k dispozici 7 dní v týdnu, 24h denně (Podmínky pro přijetí, © 2019).

Ukončení péče může nastat úmrtím pacienta, nebo jeho převezením do hospice či lůžkového zařízení, při vyčerpanosti pečujících nebo vzniku komplikací. Ukončení péče může nastat i nesouhlasem pacienta v této péči pokračovat. V lepším případě je hospicová péče ukončena z důvodu zlepšení stavu nemocného (Zdravotnické kolegium Charita Česká republika, © 2017, s. 6-7).

## 2.3 Domácí hospic

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2017, s. 4) je domácí hospic (DH) *„organizace hospicového typu působící v ČR, registrovaná jako poskytovatel zdravotních služeb dle Zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle Zákona č. 48/1997, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a zároveň poskytuje registrované služby dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách“*.

Domácí hospice jsou u nás kratší dobu než hospice lůžkové. Instrukce domácích hospiců usilují o místo v systému zdravotní péče a snaží se získávat prostředky z veřejných zdrojů. Mezi významné průkopníky ve vytvoření standardů domácích hospiců patří například hospicové občanské sdružení Cesta domů nebo Česká společnost paliativní medicíny (Slámová et al., 2018, s. 98-99).

### 2.3.1 Specifika vybavení pro mobilní hospic

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016, s. 16) udává přehled nezbytných pomůcek a přístrojů: *„elektrické polohovací lůžko, antidekubitní a polohovací pomůcky, aktivní a pasivní antidekubitní matrace, pumpa pro podávání parenterální i enterální výživy, lineární dávkovač léků, odsávačky, oxygenátor, prostředky pro celkovou koupel, WC židle, chodítka, mechanické pojízdné vozíky, další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem, dopravní prostředek pro přepravu k pacientovi, brašna se zdravotnickými potřebami*

*a ampuláriem (1 sestra / 1 brašna), telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou“.*

Existuje několik triků, které pomůžou připravit domácí prostředí tak, aby péče o nevléčitelně nemocného byla ulehčená. Mezi základní vychytávku patří umístění nábytku, zejména postele, na které bude nemocný trávit nejdelší dobu svého času. Doporučuje se postel umístit tak, aby byla dostupná ze všech stran. Pomůže to při vykonávání všech činností, které se budou provádět v situaci, kdy bude nemocný v lůžku. Největším pomocníkem je polohovací postel, kterou si nemocný může vypůjčit nebo zakoupit. Postel se může vybavit i antidekubitní matrací, která zabrání vzniku komplikací z dlouhodobého ležení. Mezi další pomůcky můžeme doporučit hrazdičku v posteli, invalidní vozík nebo toaletní židli. K lůžku se doporučuje umístit stolek, na který si nemocný může odložit věci, které během dne používá. Pro pečující se pak doporučuje jiný stůl, na kterém jsou přehledně umístěny léky a další pomůcky k péči o nemocného. Celý domácí prostor by měl být uspořádán tak, aby nemocnému i pečujícím vyhovoval a aby nic nepřekáželo (Slámová et al., 2018, s. 102-104).



### 3 ROLE SESTRY V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI

Sestra při výkonu profese provádí činnosti v souladu s platnou legislativou v ČR, zakotvenou ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. - vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (Vyhláška č. 391/2017 Sb., © 2019).

#### 3.1 Role sestry

Podle Farkašové et al. (2005, s. 186) je „*role očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti.*“

Ošetřovatelství se s postupem času rozvíjí a tím se také mění role sestry. Do oboru se dostávají stále nové informace a poznatky z různých věd, mezi které můžeme řadit například společenskou vědu, psychologii, pedagogiku, sociologii, etiku nebo zdravotnickou techniku. Časem se mění i kompetence sester, které se stávají samostatnější a sestra je rovnocennou osobou ve zdravotnickém týmu. Důležitým prvkem sestry je zručnost, ale není to jediná vlastnost, kterou sestra musí mít, aby byla dobrá (Staňková, 2002, s. 11).

Hospicová sestra by měla být dostatečně odpočínutá (měla by mít dostatečný prostor k odpočinku, mít možnost čerpat dovolenou, mít dostatek personálu), motivovaná (nejen finančně), spokojená (sestru by měla práce naplňovat, těšit), vzdělaná (pomocí kurzů, specializace) a v neposlední řadě spolehlivá.

Podle Staňkové (2002, s. 11-12) zaujímají sestry základní role, mezi které patří:

1. *Sestra – pečovatel* (zjištění ošetřovatelských problémů a samostatná péče o pacienta během pravidelné návštěvy);
2. *Sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny* (poučení rodiny k např. předcházení komplikací, nácvik praktických dovedností usnadňující soběstačnost pacienta/pečovatele);
3. *Sestra – obhájce (advokát) nemocného* (sestra jako mluvčí, kdy pacient nedokáže sám projevit své potřeby, zajišťuje pacientovi pocit bezpečí a jistoty);
4. *Sestra – koordinátor* (aktivní spolupráce s týmem i rodinou);
5. *Sestra – asistent* (provádí diagnostickou a terapeutickou lékařskou péči) apod.

### 3.2 Role sestry v domácí hospicové péči

Péče o umírající představuje jednu z nejnáročnějších činností v ošetrovatelství. Kromě náročnosti po fyzické stránce je sestra zatěžována i psychicky. Proto by péče neměla být směřována pouze na pacienty, ale také i na zdravotnický personál (např. supervize, semináře, diskuze). Podporu by měly sestry dostávat i z řad blízkých a vlastní rodiny (Burda a Šolcová, 2016, s. 31).

Sestra je v péči o nevléčitelně nemocné v domácích podmínkách koordinátorem v rámci multidisciplinárního týmu. Je garantem ošetrovatelského a edukačního procesu. Monitoruje všechny pacientovy potřeby a rozhoduje o možnostech, jak tyto potřeby naplnit a zkvalitnit tak pacientovi zbytek života. Nejdůležitější je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Sestra si musí uvědomit, že svou návštěvou u pacienta doma nahlíží společně i do pacientova soukromí. Musí umět využít otevřenosti nemocného (někdy se pacienti v terminálním stádiu onemocnění nechtějí svěřit jiným lidem) pro zjištění co nejvíce informací o tom, jak se nemocný cítí, co by chtěl změnit, co ho opravdu trápí. Někdy se pacient nesvěří, nemá dobrou náladu, nestojí o návštěvu pracovníka. V tomto případě se sestra zachová adekvátně a pacienta do ničeho nenutí, jen se ujistí, že je vše v pořádku a nechá pacienta v klidu. Potřebné informace si zjistí během dalších návštěv.

V domácích hospicích roli sestry zaujímají všeobecné sestry. Musí být samostatné a výkonné. Denně zajišťují péči ať již telefonickými konzultacemi nebo návštěvami u pacienta. Společně s lékařem rozhodují podle subjektivních a objektivních nálezů o nutnosti návštěvy a intervencích. Pokud jsou potřeba jiné činnosti náležící jiné odbornosti (nelékařské), předává informace a intervence ostatním členům multidisciplinárního týmu.

Všeobecná sestra musí být erudovaná. Musí znát ošetrovatelský proces, je schopna fyzikálního vyšetření a má znalost farmakologie. Edukuje pacienta i pečující o ošetrovatelském procesu, vysvětluje léčebný proces stanovený lékařem. Dále sestra během své péče poskytuje podpurnou psychoterapii a v neposlední řadě zná postupy při úmrtí pacienta a dodržuje přitom legislativní normy – zákon o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.).

### 3.3 Multidisciplinární tým

Dle autorů Parkese, Relfa a Couldricka (2007, s. 42): „*Sestry, praktičtí lékaři a další pracovníci jsou většinou při svých návštěvách odkázáni pouze sami na sebe. Musí činit rozhodnutí, aniž by se mohli poradit se svými kolegy, nemají žádnou bezprostřední podporu*

*a ve srovnání s nemocničním personálem nemají ani možnost neustálého dohledu nad pacientem. V takové situaci je pro členy daného týmu o to důležitější pravidelně se scházet a poskytovat si vzájemnou podporu. “*

Multidisciplinární tým je nutností v paliativní péči a jeho členy by neměli být pouze odborníci, ale také rodina a sám pacient. Právě ten má rozhodující slovo při jakémkoliv rozhodnutí, ať už o léčbě, nebo dalších intervencích. V týmu by měla být zachována důstojnost pacienta a soustředění se na stejný cíl: zmírnění celkového utrpení nemocného a tím zajištění kvalitního života pacientů a rodin. Jak už bylo zmíněno, multidisciplinární tým se skládá především z odborníků, jako jsou lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční specialisti, pastorační pracovníci nebo rodina a dobrovolníci. Nejbližší k pacientovi má právě všeobecná sestra, která od pacienta sbírá veškeré informace o jeho potřebách, komunikuje s ním o všem, odpovídá i na jeho otázky. Všechny získané informace musí poté předat celému týmu i rodině. Multidisciplinární tým se setkává dohromady minimálně 1x týdně, kdy primární sestra, která má pacienta na starost a tráví s ním nejvíce času, přednese vše, co o něm ví, a zbytek týmu podle potřeby doplní informace. Díky schůzkám tohoto typu ví celý tým o pacientovi vše potřebné a všichni společně můžou sdílet své zkušenosti, podle kterých se poté plánuje další péče.

### **3.3.1 Rodina jako součást týmu**

Když se někdo o sebe nedokáže sám postarat, je na prvním místě rodina, která tuhle funkci co nejefektivněji zastoupí. Rodina je ve společnosti nejdůležitější skupinou a plní různé funkce. Za nejdůležitější se pokládá funkce biologická, která obsahuje regulaci sexuálního chování mezi lidmi a tím i reprodukci společnosti. Mezi další funkci patří funkce ekonomická, která zajišťuje základní životní potřeby a díky uspokojení těchto potřeb zajišťuje i zdraví členům rodiny. Ve výchovné (socializační) funkci rodina poskytuje výchovný proces, který je důležitý pro plynulé začlenění jedince do společnosti. To, co udržuje rodinu pohromadě, je emocionální funkce. Objevuje se zde láska, dobré vztahy v rodině, pocit bezpečnosti a pochopení. Jestliže emocionální funkce chybí, může nastat citová deprivace, frustrace a dochází ke špatnému vývoji člověka. Mezi poslední funkci patří ochranná funkce. Už z názvu lze poznat, že se jedná o ochranu jedinců v rodině. Pocit bezpečí a jistoty dává rodičovský vzor, který spočívá v ochraně zdraví dětí a v zabezpečení před sociálně-patologickými jevy. Když je v rodině nějaký člen s nevyléčitelnou nemocí, je v popředí hlavně funkce emocionální a ochranná (Kurucová, 2016, s. 10-14).

Rodina, která se stará o nevyлéčitelně nemocného doma, vyžaduje určité potřeby, které při jejich uspokojení zmírní zátěž v péči na minimum. Mezi potřeby rodiny patří pocit, že je pacient v pohodlí, že má dostatek informací. Během celé doby, co se o svého blízkého starají, je potřeba rodině dodávat emocionální a praktickou podporu (O'Connor a Aranda, 2005, s. 226). V tabulce níže jsou popsány zmíněné potřeby rodiny a k nim vybrané intervence, které sestra může plánovat, realizovat a hodnotit, pro zmírnění zátěže pečovatele.

Tabulka č. 1 – Podpora rodiny v paliativní péči (O'Connor a Aranda, 2005, s. 227)

Potřeby rodiny	Intervence
Pohoda (komfort) pacienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Edukujte o hodnocení a léčbě bolesti</li> <li>– Spolu s rodinou stanovte ošetrovatelský plán</li> <li>– Umožněte rodině v případě potřeby konzultace</li> </ul>
Informovanost rodiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Naučte příbuzné, kdy mají požádat o pomoc</li> <li>– Poskytujte dostatek informací srozumitelnou formou</li> <li>– Informujte o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta</li> <li>– Umožněte nepřetržitý přístup k informacím</li> <li>– Informujte o různých možnostech léčby</li> </ul>
Emocionální podpora rodiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informujte o příznacích blížící se smrti</li> <li>– Pomáhejte rodinám najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací</li> <li>– Pomáhejte rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli</li> <li>– Pomáhejte členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání</li> <li>– Uznávejte důležitost emocionálních potřeb členů rodiny</li> </ul>
Praktická pomoc rodině	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doporučte péči specialisty a ukažte další možné zdroje podpory</li> <li>– Poskytujte praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání, monitorování)</li> </ul>

V každé rodině existuje člověk, který má k nemocnému nejbližší vztah, většinou je to jeho příbuzný, nebo přítel. Nejčastěji ten nejbližší bývá pouze jeden, který o nemocného komplexně pečuje. Právě tohoto jedince označujeme jako pečovatele.

### 3.3.2 Zátěž pečovatele

Největší zátěží pro pečovatele je stres. Podle Krivohlavého (2010, s. 22-24) se v chování stres vyznačuje nerozhodností, nejistotou, změněným denním rytmem (problémy s usínáním a spaním), ztrátou chuti k jídlu nebo naopak přejídáním se, zvýšenou nepozorností, zvýšenou snahou vyhnout se práci, kuřáci zvyšují množství vykouřených cigaret, zvýší se i příjem alkoholu a užívání drog a celkově se sníží množství práce a přitom se zhorší i její kvalita. Z duševních příznaků se stres vyznačuje výraznými změnami nálad, zvýšenou podrážděností, úzkostí, trápením nad věcmi, které nejsou důležité, nadměrnými pocity únavy, nadměrné starostlivosti o vlastní zdravotní stav a omezováním kontaktu s ostatními lidmi. Mezi fyziologické příznaky stresu se řadí bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí hlavně v krční oblasti a v dolní části páteře, bolesti a pocit svírání za hrudní kostí, nechutenství a časté nucení na močení. Právě na tyto příznaky by se měl brát ohled a při každé návštěvě nemocného sledovat, zda není postižen právě pečovatel nějakým z těchto uvedených příznaků. Protože jak už bylo zmíněno, multidisciplinární tým v paliativní péči se nestará pouze o nemocného, ale taky o pečující.

Je nutné podotknout, že kdyby stres pečovatele nebyl nijak řešen a pokračoval dál, mohlo by dojít právě u pečovatele k frustraci, nebo dokonce k celkové ztrátě zájmu pokračovat v péči (Kabelka, 2017, s. 42). Proto se musí dbát na prevenci vyčerpání jak u personálu, tak u jiného pečujícího a poučit o relaxaci, kterou by měl vykonávat pravidelně, aby ke zmíněnému vyčerpání nedošlo. Patří mezi ně například četba knihy, procházka v přírodě, nakupování, jízda na kole, dovolená mimo domov, setkání s přáteli apod. Rodině doporučíme i odlehčovací a respitní služby, které existují (např. respitní pobyt, osobní asistence, dobrovolníci) a díky kterým může rodina „vypnout“ od péče o nemocného a odjet třeba na několik dní na dovolenou, nebo si zařídit to, co potřebuje (Kalvach, 2010, s. 45).

Úkolem sestry společně s lékařem je vytvoření tzv. plánu SOS intervencí. Je to postup činností, které jsou doporučené udělat při zhoršení stavu nemocného (např. při zhoršení bolesti, dušnosti, krvácení). Postupy by měly být stanoveny tak, aby je mohl vykonat laik, v tomto případě pečovatel, který nesmí vykonávat odborné výkony. Plán SOS intervencí zajišťuje rodině (pečujícímu) jistotu a snižuje stres ve vzniklé situaci, která může nastat kdykoliv. Zajišťuje i zmírnění utrpení pro nemocného, který při zhoršení stavu nemusí čekat na hospicový tým (Kalvach, 2010, s. 62-63).

### 3.4 Potřeby umírajících

Podle Šamánkové (2011, s. 12) „*Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku.*“ V domácích podmínkách se potřeby naplňují snáz než v nemocničním zařízení. Umírající mají u sebe rodinu, která je zná nejlépe a může jim dopřát vše, co měli ve zdraví rádi. Znají jeho oblíbená jídla, oblíbené písničky, ví, kam zajít na procházky. Naopak snaží se vyvarovat tomu, co nemocný nechtěl. Všechny tyto informace samozřejmě rodina předá u přijetí do péče a sestra je zaznamená do dokumentace.

Potřeby umírajících se z části liší od potřeb u zdravých lidí. Umírající už nemyslí na rozdíl od zdravých lidí na to, co si vzít dneska na sebe za oblečení, nebo proč už dva dny není vyneseny koš s odpadem. Umírající uvažují nad svým dosavadním životem, myslí na to, zda jejich pečovateli není moc unaven, nebo zda si bez jeho pomoci dosáhne na kelímek s pitím. Potřeby umírajících můžeme rozdělit do čtyř dimenzí, které jsou uvedeny níže (Svatošová, 2011, s. 19).

#### 3.4.1 Čtyři dimenze potřeb

Při uspokojování potřeb u nemocných, kteří umírají, je vždy nutné respektovat práva pacientů (viz. Příloha P II) (Farkašová et al., 2005, s. 69).

Existují čtyři dimenze potřeb pacienta, které se během postupování nemoci mohou měnit: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Populace dělá nejčastěji chybu v tom, že se zaměřuje pouze na potřebu tělesnou a ostatních potřeb si moc nevšimá. Pro celý tým, který se stará o pacienta, je důležité, aby měl umírající naplněny všechny zmíněné dimenze potřeb (Svatošová, 2011, s. 19).

Do potřeb biologických patří všechno to, co naše tělo potřebuje. Tím se myslí přijímání potravy a zbavení se produktů vlastního metabolismu (vyprazdňování). Ve fázi umírání se tyto potřeby snažíme naplňovat způsobem, který je pro pacienta nejpřirozenější, bez cévek a roztoků k vyprázdnění. U nemocného se snažíme dosáhnout co nejefektivnějšího dýchání a v rámci paliativní péče tišíme bolest (Svatošová, 2012, s. 21-22).

Podle Plevové (2011, s. 111-112) se při péči o fyziologické potřeby zaměřujeme hlavně na péči o pokožku, dbáme na to, aby nemocný byl pravidelně polohovaný a nevznikly tak proleženiny. Nemocnému, který umírá, se může změnit chuť k jídlu, a proto je důležitá i spolupráce s nutričním terapeutem o poradenství ohledně příjmu potravy a edukace rodiny,

že by nemocného do jídla neměla nutit. Potřebu sytosti můžeme zajistit tím, že nemocnému budeme podávat jídla, na která má nemocný chuť. Dále věnujeme pozornost pitnému režimu, který je velmi důležitý v prevenci dehydratace, která nemocnému při jejím vzniku způsobuje další utrpení. Jestliže nemocný nechce dostatečně pít z nádoby, je potřeba zajistit edukaci rodiny o správném podávání tekutin (např. podávání po lžičkách, zvlhčování rtů).

Potřeby psychologické se zabývají respektováním lidské důstojnosti (Svatošová, 2012, s. 22). Pacient, který trpí nevyлéčitelnou nemocí, se v domácích podmínkách otevírá a ukazuje svou psychickou stránku. Pro členy týmu je důležité, aby jej tolerovali a respektovali jeho pocity a přání.

Důležitým prvkem právě k uspokojení psychologických potřeb je komunikace s nemocným a rodinou, která jim zajistí pocit jistoty a bezpečí. Sestra zjišťuje, jaké mají nemocný a rodina obavy, a snaží se svou péčí a komunikací zmírnit strach a úzkost z dané situace (Farkašová et al., 2005, s. 68). Pacientovi by se nemělo lhát a slíbovat to, co není možné. Naopak by se nemělo říkat víc, než je nutné.

K potřebám sociálním patří návštěvy. U umírajících už obvykle není možné kvůli zdravotnímu stavu navštěvovat stacionáře, kde by svou sociální potřebu naplnily. Proto je vhodné, pokud je to možné, se s umírajícím domluvit a zajistit návštěvu rodiny nebo jeho blízkých. Nikdy ale nemocného nenutíme do setkání a pacient si sám organizuje podle svého přání, kdo a kdy ho může navštívit. (Svatošová, 2011, s. 20).

Většina lidí si myslí, že spirituální potřeba je pouze pro věřící. Jsou ale na omylu. Během umírání si nemocný prochází v mysli svůj život, jak ho prožil, co vše dokázal. Potřebuje mít pocit, že mu za všechny špatné věci bylo odpuštěno, ať už od Boha, blízkých či rodiny. Mezi uspokojení potřeby spirituální patří i odpuštění od sebe samého (Svatošová, 2012, s. 23).

### **3.4.2 Bolest**

Základním principem hospicové paliativní péče při uspokojování potřeb nemocného je zmírnit nebo nejlépe odstranit pacientovi pocit bolesti. Bolest je nepříjemný subjektivní pocit pacienta, který ovlivňuje jeho chování. Bolest u pacientů v konečném stádiu nemoci způsobuje utrpení. Déletrvající bolest může způsobit imobilitu, nechutenství, malnutrici a donutí pacienta k izolaci od ostatních a tím zhorší celkový stav nemocného (Skála, 2011, s. 18).

V terminálním stádiu nemoci se bolest u pacientů vyskytuje v 90 %. Sestry jsou zodpovědné za hodnocení bolesti a společně se zbytkem multidisciplinárního týmu vytváří plán, jak tento subjektivní pocit zmírnit, nebo nejlépe odstranit (O'Connor a Aranda, 2005, s. 89).

Po důkladném vyšetření pacienta paliativní lékař vyhodnotí, které analgetikum bude nejvhodnější podat. Nejdůležitější v léčbě bolesti u paliativního pacienta je spolupráce ostatních členů multidisciplinárního týmu a i pacienta samotného (Hegmonová, © 2011).

Analgetika se podávají podle stavu nemocného. Jestliže nemocný dokáže užít lék jednoduchou cestou, lék se podá ústy (perorálně), pomocí náplasti (transdermálně) nebo do konečníku (rektálně). Mezi další způsoby aplikace, které se podávají spíše u zhoršených stavů, patří podání do žíly (intravenózně) nebo do podkoží (subkutánně) (O'Connor a Aranda, 2005, s. 97).

U paliativních pacientů se nejčastěji popisuje bolest chronická, trvající dlouhodobě (tj. déle než 3 měsíce). Úlohou sestry a lékaře je zjistit od nemocného, kdy bolest vznikla, kde se bolest vyskytuje, intenzitu a charakter a jestli existují nějaké spouštěče, které bolest vyvolají. Otázky na bolest by se měly klást pravidelně a během každé návštěvy u pacienta. Pacienti charakter chronické bolesti nejčastěji popisují jako hořící, bodavou, vystřelující a píchavou (Dellwo a Hughes, © 2018). Díky použití analgetik můžeme pacientům dopřát pocit bez bolesti.

Nejčastěji používanou technikou při měření intenzity bolesti je číselná škála „0-10“ (0 znamená, že nemocný nepocituje bolest žádnou, 10 naopak nesnesitelnou). Nemocný nám informaci o bolesti podá buď slovně, nebo ukázáním prstem na škále (O'Connor a Aranda, 2005, s. 91).

#### **3.4.2.1 Opiáty**

Opiáty se používají v paliativní péči k léčbě nesnesitelné bolesti. Pokud se bolest zmírní nebo vymizí, může se dávka opiátů snižovat, popřípadě zrušit úplně. Důležitou rolí lékaře je vybrat správný lék a jeho dávku. Úlohou sestry je poté opiát podle ordinace lékaře podat a zhodnotit jeho efekt (O bolesti, © 2009).

Užívání opiátů sebou nese i rizika, mezi které patří nežádoucí účinky. Nejčastěji se objevuje zácpa, nevolnost, zvracení, sucho v ústech nebo celkový útlum a ospalost (Morphine,



© 2018). Nežádoucí účinky obvykle do 1 – 2 týdnů vymizí, není to tedy k indikaci k přerušování léčby bolesti, což je ale důležité, aby sestra nežádoucí účinky rozpoznala včas a řešila je okamžitě (O bolesti, © 2009).

Morfin je analgetikum s prodlouženým uvolňováním. To zajistí nepřetržitou léčbu středně těžké až těžké bolesti. Dávku, která se musí přísně dodržovat, naordinuje lékař. Je důležité, aby se na tento lék nevyvolala závislost. Morfin by se neměl používat u pacientů, kteří mají astma nebo problémy s dýcháním, protože jeden z nežádoucích účinků je utlumení dýchacího centra. Při užívání morfinu společně s alkoholem nebo s jinými léky může nastat smrt (Sinha, © 2019).

### 3.4.2.2 *Terminální analgosedace*

Terminální analgosedace znamená v překladu do češtiny léčbu bolesti v konečné fázi onemocnění. Terminální analgosedace dokáže utrpení z bolesti zmírnit a dokonce i zcela odstranit. Je potřeba ale zahájení terminální analgosedace zvážit a edukovat i rodinu, aby se předešlo nedorozumění nebo komplikacím. Obvykle je podávána až do úmrtí pacienta. Je nutné zdůraznit, že se nejedná o eutanazii nebo asistovanou sebevraždu. Terminální analgosedace způsobuje celkový útlum pacienta. Znemožní mu komunikovat, hýbat se a reagovat. Než nastane smrt, zbaví nemocného utrpení např. ze zmíněné bolesti (Kala, 2014, s. 266-267).

Podle Slámy (2007, s. 61) znamená paliativní farmakologická sedace „*záměrně navozenou farmakologickou sedací pacienta do hloubky somnolence až komatu*“.

Již z názvu je patrné, že se jedná o léčbu v terminálním stádiu onemocnění. K této léčbě je potřeba informovaného souhlasu od pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Terminální analgosedace může být použita až v poslední řadě, kdy jiné možnosti léčby bolesti nezabírají. Lékař se osobně s pacientem a zákonným zástupcem setká a podá všechny nezbytné informace. S podáním terminální analgosedace musí souhlasit celý multidisciplinární tým. Terminální analgosedace je podávána kontinuálně dávkovačem. Nejčastěji se podává lék midazolam (dále haloperidol nebo levomepromazin), který se podává do podkoží. Během podávání zmíněných sedativ se druhým dávkovačem podává do pacienta morfin (Kala, 2014, s. 266).

### 3.4.2.3 Zásady farmakologické léčby u bolesti v terminální fázi

Důležitým aspektem je podávat analgetika v pravidelném časovém intervale. Nemocného pravidelně sledujeme a hodnotíme intenzitu bolesti. Zvažujeme, zda je léčba bolesti pro umírajícího dostatečná, nebo naopak je-li potřeba dávku navýšit. Pozor si dáváme na nežádoucí účinky podaných analgetik. Několikrát denně tento aspekt sledujeme a při objevení nežádoucího účinku okamžitě reagujeme. U opiátů jsou možné abstinenční účinky, proto by se měly vysazovat postupně a ne náhle (Sláma, 2007, s. 59-60). Veškeré informace zaznamenáváme do dokumentace.

## 3.5 Umírání

Na období umírání je potřeba rodinu i nemocného připravovat již od zahájení hospicové péče u nemocného. Důležitá je emoční podpora. Nesmí se zapomínat ani na poučení dětí, které mohou být součástí rodiny, nebo i v roli pečovatele. Při situaci, kdy se jedná o umírajícího rodiče, je potřeba dítěti vysvětlit, že všichni členové multidisciplinárního týmu dělají vše pro to, aby se jejich rodič cítil co nejlépe. Většina dětí si smrt rodiče připisují za svou vinu, sestra má důležitou roli jim tuto myšlenku vyvrátit a celkově je uklidnit. Starší děti situaci lépe chápou a chtějí být v době umírání přítomny (Parkes, Relf a Coultrick, 2007, s. 97-99).

Pokud je rodina přítomna v období umírání u svého blízkého, má tak možnost se s umírajícím důstojně rozloučit. Lépe se poté vyrovná s jeho ztrátou a obdobím truchlení. Během umírání rodina může emočně doprovodit i nemocného, který bude vděčný, že ve svých posledních chvílích má svou rodinu u sebe, že není osamocen (Kabelka, 2017, s. 303-304).

Jelikož někdy rodina o činnostech, které se provádí při úmrtí, nechce slyšet dřív, než je to nutné, jsou členové domácího hospice s rodinou domluveni na telefonátu, který bude signalizovat, že se stav nemocného zhoršil a blíží se smrt nemocného. Na místo přijedou jen ti nutní z multidisciplinárního týmu. Smrt pacienta musí konstatovat lékař, který je společně se sestrou a eventuálně s členy duchovního přivolání k pacientovi v době umírání jako nejhlavnější. Lékař po smrti pacienta vyplní List o prohlídce mrtvého. V domácích podmínkách jde hlavně o emoční událost, kde se využívají rituály, mezi které patří například otevření okna pro „odlétnutí duše“ nebo sesterské klidné vyrozumění rodině, která má možnost se s mrtvým příbuzným v klidu a po nezbytně dlouhou dobu rozloučit (Kalvach, 2010, s. 63-64).

Jak zmiňuje Kalvach (2010, s. 63-64), existuje obvyklý postup, který všeobecná sestra organizuje po úmrtí pacienta. Patří tam sesterské posouzení úmrtí, vyslovení soustrastí, a pokud je to potřebné, uklidnění přítomných členů rodiny. Tělo se uloží do rovné polohy na zádech, zavřou se oči a podváže se brada. Lékař stanoví smrt a vypíše se příslušná dokumentace. Za lékaře by se mělo jednat nejlépe o praktického lékaře, lékaře ve službě první pomoci nebo záchranné služby. Sestra poté informuje další příbuzné a blízké osoby o úmrtí a zjistí, zda přijedou k domácímu rozloučení. Lékař poté podle rozhodnutí přání rodiny podá informace ohledávajícímu lékaři o neprovádění pitvy. Tělo se umyje, při znečištění se lůžko přestele a na přání rodiny se zemřelý obleče. Provedou se rituály, mezi které patří zapálení svíčky, vyzdobení místnosti květinami a pobídnou se blízcí, kteří se mohou rozloučit se zemřelým a sednout si vedle něj. Po rozloučení rodiny se zavolá pohřební služba a dopíše se dokumentace, respektive okolnosti úmrtí. V posledních chvílích tohoto rutinního postupu se nabídne pomoc pozůstalým v době truchlení.

### 3.6 Péče o pozůstalé

Při péči o nevléčitelně nemocného je součástí i péče o pozůstalé. Cílem celého multidisciplinárního týmu je předejít patologickému truchlení. Právě patologické truchlení může narušit pozůstalým členům rodiny život na několik měsíců i let. Proto zdravotníci rodinu připravují na roli pozůstalých již od začátku, kdy je nemocný přijat do paliativní péče. Po úmrtí nemocného člena rodiny je velmi oceněna například krátká modlitba nebo komunikace u lůžka. Je třeba pozůstalým nabídnout i organizace, které nabízí setkávání pozůstalých po určité době, např. po měsících. Právě tato setkání jsou ověřená, že pomáhají od patologického truchlení. Důležitým cílem pro pozůstalé je přijmout ztrátu člena rodiny jako realitu, prožít zármutek, zvyknout si žít ve světě bez zemřelého a citově se od zemřelého odpoutat a nebát se jiných vztahů (Kabelka, 2017, s. 305-306).

Truchlení prožívá každý jedinec jinak, závisí hlavně na vztahu, jaký měl pozůstalý k zemřelému. Kabelka (2017, s. 305-306) popsal fáze truchlení ve třech bodech. První nastává šok, kdy pozůstalý nevěří, že jeho blízký umřel a věří, že se zemřelý vrátí. V druhém bodě dochází k období akutního diskomfortu a sociální izolace, kdy jdou do popředí vzpomínky na zemřelého, pozůstalý jde do ústraní, pociťuje hněv a vlastní vinu, ztrácí motivaci a cíle. Mezi poslední bod patří restituce, až reorganizace, kdy pozůstalý nalézá nové vztahy a sociální role a se starou rolí se rozloučí a žije nově dál. Pokud by pozůstalý nedošel do posledního bodu, nastává patologické truchlení a je potřeba specializované psychologické péče.

Rolí sestry při péči o pozůstalé je všeobecná podpora, kterou mohou vykonávat různými způsoby. Pozůstalé můžeme informovat o existenci různých vzpomínkových akcí, linek pomoci a podpůrných skupinách, které pozůstalým pomohou se zvládnutím zármutku a truchlení. Existují i tzv. svépomocné skupiny, ve kterých se scházejí lidé, kterým někdo umřel, a formou komunikace si vyměňují své zkušenosti a tím si navzájem pomáhají překonat truchlení. Nejdůležitější je však pozůstalým poskytnout dostatek času a prostoru (Plevová, 2011, s. 127-128).

Existuje také poradenství pro pozůstalé, které zajišťuje odborný poradce. Nejčastěji se ale pozůstalí odkazují na sestru, která se o zemřelého starala. Důležitou rolí v poradenství je naslouchání, komunikace a sdílení zkušeností. Někdy stačí pouhý individuální rozhovor o dané situaci, kdy sestra pozůstalému plně naslouchá a neodvrací téma jiným směrem. Jen tak budou pozůstalí sestře důvěřovat a rychleji se se ztrátou blízkého vyrovnají (Parkes, Relf a Couldrick, 2007, s. 49-54).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

V praktické části byla k získání informací zvolena metoda kvalitativního výzkumu s kombinací technik rozhovorů a pozorování.

Kvalitativní výzkum podle Kutnohorské (2009, s. 22) „umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách“. Kvalitativním výzkumem se oproti výzkumu kvantitativního zjistí detailnější informace a daný problém může být prozkoumán do hloubky (Kutnohorská, 2009, s. 25).

### 4.1 Cíle výzkumu

Před zahájením výzkumu byly stanoveny cíle práce. Hlavním cílem zkoumání bylo zjistit specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Mezi dílčí cíle práce patří:

Cíl č. 1 – Zjistit, jaká je úloha sestry v domácí hospicové péči.

Cíl č. 2 - Zjistit, zdali a jak se liší poskytování péče u nevléčitelně nemocných v hospici a v domácích podmínkách.

Cíl č. 3 – Zjistit rozsah spolupráce sester a s ostatními členy týmu.

### 4.2 Charakteristika účastnic výzkumu

Pro výzkum byly vybrány 4 všeobecné sestry vzdělané podle platné normy (Zákon č. 201/2017 Sb.), pracující v mobilním hospici nebo lůžkovém hospici minimálně 1 rok. Věková hranice nebyla stanovena. Posledním kritériem pro výběr účastnic výzkumu byl souhlas s podílením se na šetření. Jelikož se na výzkumu podílely pouze ženy, jsou v práci jmenované jako účastnice výzkumu (U1-U4).

Tabulka č. 2 – Charakteristika účastníků výzkumu

Účastnice výzkumu	Iniciály	Věk	Pracoviště	Délka pracovního poměru	Vystudovaná škola	Pohlaví
U1	PN	42	Lůžkový hospic	Přes 7 let	Střední zdravotnická (1994) a nástavba - sestra pro psychiatrii	Žena

U2	BD	36	Lůžkový hospic	12 let	Střední zdravotnická (2002)	Žena
U3	JJ	35	Mobilní hospic	Přes rok	Střední zdravotnická (2003)	Žena
U4	LJ	40	Mobilní hospic	1 rok	Bc. Všeobecná sestra	Žena

### 4.3 Techniky výzkumu

Pro výzkum byla použita kombinace dvou technik – rozhovorů a pozorování. Rozhovory sloužily jako hlavní zdroj získání dat pro výzkum. Pozorování bylo doplňující technikou k získání informací.

#### 4.3.1 Rozhovor

Rozhovor, neboli „interview“ je podle Kutnohorské (2009, s. 38-39) přirozený prostředek lidské komunikace. Patří mezi nejstarší a nejpoužívanější způsoby, kterými získáváme informace.

Existují tři typy rozhovorů: strukturovaný, nestrukturovaný a polostandardizovaný. Ve strukturovaném rozhovoru se držíme předem stanovených otázek a neměníme ani jejich pořadí. K tomuto rozhovoru připravíme i zformulované odpovědi. V rámci rozhovoru nijak nevstupujeme se svými názory, ale působíme neutrálně. Neimprovizujeme. U nestandardizovaného rozhovoru se bavíme s druhou stranou úplně normálně. Podobá se běžnému rozhovoru na ulici. Dopředu si otázky do rozhovoru nijak nepřipravujeme, pouze musíme vědět, na co hledáme odpověď, a tím směrem určujeme otázky. Závěr rozhovoru zakončíme důstojně (Kutnohorská 2009, s. 39-41).

Ve výzkumu byl použit polostandardizovaný rozhovor. Otázky se do zmíněného typu rozhovoru předem přichystají a badatel podle připraveného archu s otázkami vede rozhovor. Během pokládání připravených otázek se badatel kdykoliv může zeptat nepřipravenou doplňující otázkou. Výhodou polostrandardizovaného rozhovoru je, že účastnice výzkumu může hlouběji odpovídat a někdy i odbočit od hlavního tématu. Badatel tak získá víc informací a pak záleží na něm, co vše během zpracování dat využije. Pokud rozhovor „zaběhne“ do úplně jiného tématu, může badatel do rozhovoru vstoupit a účastnici výzkumu navést zpět do výzkumného tématu.

### 4.3.2 Pozorování

Dle Kutnohorské (2009, s. 35) je pozorování záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů. Úspěšnost pozorování je závislá na stupni informovanosti o sledované problematice a na schopnostech pozorovatele. Pozorováním se dostaneme k objektivnímu popisu jevu.

Pozorování se dělí na přímé, nepřímé, zúčastněné, nezúčastněné, skryté a zjevné. Přímé pozorování spočívá v systematickém pozorování jevu/činnosti/procesu, který je předem stanovený. Pozoruje přímo výzkumník nebo jeho edukovaný pozorovatel. Pozorovaný objekt se nijak neovlivňuje, nepodávají se žádné dotazy. Naopak u nepřímého pozorování nedochází k systematickému pozorování jevů, ale je spíše v rámci rozhovoru. Zúčastněné pozorování spočívá v tom, že výzkumník je přítomný v prostředí, ve kterém výzkum probíhá. Naopak u nezúčastněného pozorování se badatel nijak nezapojuje do děje, pouze pozorovaným prostředím prochází a pozoruje cíle, které si stanovil pro zjištění. Na tento druh je potřeba si připravit tzv. pozorovací arch, podle kterého badatel pozoruje stanovené jevy a zapisuje to, co zjistil. Skryté a zjevné pozorování se liší od sebe tím, že u jednoho víme, že je objekt sledován, ale u druhého nevíme, že se sledovaný děj pozoruje (Kutnohorská, 2009, s. 36-37).

Ve výzkumu bylo využito zúčastněné pozorování, kdy badatel byl přítomen v situaci, kterou zkoumal. Zaměřil se hlavně na specifika péče a úlohu sestry v domácí hospicové péči, paliativní a hospicové péči v hospici a spolupráci mezi ostatními členy týmu.

## 4.4 Charakteristika položek - rozhovor

Společně s vedoucí práce se vyhotovil záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor (viz. Příloha P III). V záznamovém archu se stanovilo celkem 38 otázek. Otázky byly pokládány postupně podle seřazených dílčích cílů výzkumu (cíl č. 1-3). V popředí se vyskytly otázky základní, ve kterých se zjistily základní informace o účastnících výzkumu.

- Základní: otázka č. 1-9
- Cíl č. 1: otázka č. 10-19
- Cíl č. 2: otázka č. 20-28
- Cíl č. 3: otázka č. 29-38



Otázkami č. 1-9 se zjistily základní informace o účastnících výzkumu, mezi které patří např. jméno, věk, jakou má vystudovanou školu, jak dlouho pracuje ve zdravotnictví atd. Pro splnění kritéria pro volbu účastnících výzkumu byla obsažena otázka na informaci, jak dlouho pracuje v domácím nebo lůžkovém hospici. Otázkami č. 10-19 se zjistila specifika péče o nevléčitelně nemocné. Přitom otázky č. 13, 18 souvisely i se spoluprací s ostatními členy týmu, kterému se věnovaly dále otázky č. 29-38. Soustředily se na práci v multidisciplinárním týmu a celkovou spoluprací během péče o nevléčitelně nemocné. Otázky č. 20-28 byly zformulovány tak, aby z odpovědí od účastnících výzkumu vyšlo najevo odlišení péče o nemocné v domácím hospici a v lůžkovém hospici. Předpokládalo se, že reakce účastnících výzkumu na připravené otázky v rozhovoru zajistí informace na zjištění odpovědí všech cílů výzkumu.

#### **4.5 Charakteristika položek - pozorovací arch**

Pozorovací arch (viz. Příloha P IV) byl vyhotoven pro zjištění dat, podle kterých se poté doplnily odpovědi na stanovené cíle výzkumu. Podmínkou, která vedla k platnosti pozorovacího archu, bylo stanovené, že pozorovací arch bude vyplněn ze 70 %. Během pozorování byly stanoveny sledované jevy, kterých bylo celkem 23. Sledované jevy byly zformulovány formou otázek a během pozorování se zjistilo, zda se určitý sledovaný jev při pozorování vyskytl, vyskytl s nedostatky, nebo nevyskytl. Sledovanými jevy byly určeny otázky typu: Uvítala sestra nemocného a pečovatele podáním ruky? Byl při návštěvě u nemocného přítomný i jiný člen (rodina, pečovatel, dítě apod.)? Komunikovala sestra i s pečovatelem? Udržovala sestra s nemocným a pečovatelem během komunikace oční kontakt? Provedla sestra mytí rukou a dezinfekci rukou před a po kontaktu s nemocným? Zjišťovala sestra potřeby nemocného? Řešila sestra zjištěné problémy nemocného ihned? Použila sestra měřící techniky nebo škály? Vykonalala sestra nějaké odborné výkony? Použila sestra během návštěvy u nemocného ochranné pomůcky? Byla součástí návštěvy edukace? Použila sestra během návštěvy u nemocného dokumentaci? Jak s ní pracovala? Nahlížel do dokumentace i nemocný a pečovatel? Odpovídala sestra na otázky od nemocného / pečovatele? Používala sestra odborné názvy, které by nemusel nemocný / pečovatel znát? Respektovala sestra přání nemocného? Dodržovala sestra plán péče? Plánovala sestra s nemocným další proces? Podala sestra informace o tom, jak řešit krizové situace? Měla sestra na nemocného dostatek času? Strávila sestra celý naplánovaný čas u nemocného? Došlo při pozorování k úmrtí nemocného? Rozloučila se sestra při odchodu?

Do pozorovacího archu se zaznamenaly i poznámky získané během pozorování, týkající se určitých sledovaných jevů. Součástí pozorovacího archu bylo možné zaznamenat i mimořádné události, u kterých se před zahájením výzkumu předpokládalo, že se během pozorování objeví.

#### **4.6 Organizace šetření**

Pro umožnění výzkumu se cíleně požádal jeden mobilní hospic a jeden lůžkový hospic. S vrchními sestrami v obou typech zařízení se domluvila spolupráce na výzkumu a bylo umožněno získávání dat formou pozorování i přístupu k informacím. Po souhlasu s ostatními členy multidisciplinárního týmu se na výzkumu podílet bylo zahájeno šetření technikou rozhovorů. Všechny účastnice výzkumu byly informované o účelu šetření a všem byla zaručena anonymita.

Rozhovory se uskutečňovaly v hospici a mobilním hospici v období od 28. 3. – 2. 4. 2019. Badatel šetření uskutečňoval pomocí připraveného záznamového archu. Na připravené otázky v rozhovoru odpovídaly 2 všeobecné sestry vykonávající domácí hospicovou péči v rámci domácího hospice a 2 všeobecné sestry vykonávající institucionální hospicovou péči v rámci lůžkového hospice. Celkem se uskutečnily 4 rozhovory, na které odpověděly 4 účastnice výzkumu (U1-U4). Rozhovory byly nahrávány, se souhlasem účastnic výzkumu, na diktafon v mobilním telefonu. Rozhovory se všeobecnými sestrami z hospice byly prováděny přímo v hospici, rozhovory se sestrami z domácího hospice byly prováděny na základně domácího hospice, v kterém pracují. Délka rozhovoru se pohybovala okolo 15-35 minut.

Pozorování bylo prováděno v rámci odborné praxe. V mobilním hospici v období 26. 11. – 7. 12. 2018 a v lůžkovém hospici v období 9. – 18. 4. 2019. Pozorovány byly celkem čtyři všeobecné sestry. Jednalo se o ty samé účastnice výzkumu, s kterými byl veden rozhovor. Vypozorované jevy se doplnily do připraveného pozorovacího archu.

#### **4.7 Zpracování získaných dat**

Z pozorování a rozhovorů byly získané informace přenášeny do PC. Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor i pozorovací arch byl připraven v programu Microsoft Word.

Získané informace z diktafonu byly autenticky přepsány do připraveného archu pro rozhovor. Z každého rozhovoru vznikl jeden vyplněný dokument - celkem 4 záznamové archy rozhovoru. Z těchto doplněných archů se vybraly základní informace, které se vložily do nového dokumentu a vznikl tak společný záznamový arch polostandardizovaného rozhovoru, v kterém jsou stručně obsaženy získané informace od všech účastnic výzkumu. Informace zjištěné pozorováním byly vkládány přímo do připraveného pozorovacího archu v PC. Celkem byly vyplněny 4 pozorovací archy, z kterých se později vytvořil jeden společný arch, do něhož se shrnuly získané údaje. Do příloh bakalářské práce byly vloženy pouze vytvořené společné archy (viz. Příloha P V, P VI). Jednotlivé archy z pozorování a rozhovorů, obsahující detailnější informace od každé účastnice výzkumu zvlášť, jsou uloženy u zpracovatelky výzkumu.

Do praktické části bakalářské práce jsou získané informace z rozhovorů vloženy formou jednotlivých tabulek. Údaje v tabulkách jsou upraveny a zkráceny. Autentický přepis rozhovorů je uložen u zpracovatelky výzkumu. Každá tabulka je doplněna komentářem, který znázorňuje výsledky šetření. Pouze odpovědi na základní otázky, kterými se zjišťovaly informace o účastnicích výzkumu, jsou shrnuty v odstavcích. Poznámky z techniky pozorování od jednotlivých účastnic výzkumu jsou shrnuty v odrážkách.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Rozhovory

Na začátku rozhovoru se zjistily základními otázkami informace o účastnících výzkumu a jejich práci.

**U1:** Pracuje ve zdravotnictví 24 let. Tuto práci zkusila, když ji do hospice lákala její nejlepší kamarádka. Při práci v lůžkovém hospici zjistila, že jí tato práce vyhovuje. V zařízení, kde sestra pracuje, nejsou na pozici všeobecné sestry muži. Pracovní dobu má 12 hodinovou. Pacienty, které sestra přijímá do hospicové péče, musí mít onkologickou diagnózu ve stádiu, kdy už nelze léčit.

**U2:** Pracuje ve zdravotnictví 15 let. Do této práce ji lákala skutečnost, že vůbec nevěděla, do čeho jde. Pracuje s U1 v lůžkovém hospici, ve kterém nejsou na pozici všeobecné sestry momentálně žádní muži. Dělá ve 12 hodinovém provozu. Pacient, který je přijat do hospicové péče v lůžkovém hospici, by měl mít podle sestry nevyléčitelnou nemoc.

**U3:** Ve zdravotnictví pracuje 15 let. Práce v mobilním hospici ji lákala z důvodu úplně jiného způsobu práce sestry. Na pozici všeobecné sestry mají v zařízení i muže. Pracovní doba je 8 hodin, ale na zavolání jsou k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Podle sestry by pacient, který je přijat do mobilní hospicové péče, měl mít onkologickou nemoc, ukončenou léčbu a on i jeho rodina si přejí, aby umřel doma, a musí mít nějakou osobu, která se doma o něj postará.

**U4:** Pracuje ve zdravotnictví od svých 19 let. Této práci se začala věnovat, protože potřebovala změnu. Pracuje v mobilním hospici společně s U3, kde pracují na pozici všeobecné sestry i muži. Pracovní dobu udává na osm a půl hodiny. Pacient, který je přijat do hospicové péče jejich zařízení, musí podle sestry splňovat to, že je onkologicky nemocný, je u něj ukončena všechna kurativní léčba a musí mít někoho, kdo se o něj postará celých 24 hodin.

V dalších otázkách rozhovoru se zjišťovaly informace, podle kterých se poté vyhodnotily odpovědi na cíle výzkumu.

**Otázka č. 10: O kolik pacientů se během směny staráte?**

Tabulka č. 2 - Počet pacientů, o které se sestry starají

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Podle toho, kolik slouží sester... až 14 pacientů.</i>
U2	<i>Pokud jsme dvě sestry, tak v průměru o 6 klientů. A pokud jsem sama, tak o 12 dole. A nahoře máme odlehčovačky, respitní lůžka...</i>
U3	<i>Každá sestřička má v průměru 5 až 7 pacientů...</i>
U4	<i>Já mám teď momentálně 3 pacienty.</i>

**Shrnutí:** Účastnice výzkumu U1 a U2 se shodly na odpovědi, ze které vychází, že počet pacientů, o které se během směny starají, závisí na tom, kolik na dané směně slouží sester. Pokud sestra slouží sama, stará se celkem až o 14 pacientů. V porovnání s účastnicemi výzkumu U3, U4, které mají přesně stanoveno, že maximální počet pacientů, o které se během směny mohou starat, je 7. Z odpovědí také vyplývá, že se sestra v lůžkovém hospici stará během směny o dvojnásobek pacientů než sestra v hospici mobilním.

**Otázka č. 11: Jaká je průměrná doba péče strávená u pacienta během návštěvy?**

Tabulka č. 3 – Průměrná doba péče, kterou sestra stráví u pacienta

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Snažím se co nejdéle, když mě ten člověk potřebuje a průměrná... 5 minut? Ale je jich více, snažím se tam za den podívat několikrát.</i>
U2	<i>Tak já nevím, může to být 10 minut? A z toho to může být ¾ hodiny...</i>
U3	<i>Kolem hodiny. Někdy je to samozřejmě víc, tak jak to potřebuje pacient nebo jeho zdravotní stav, ale když bych řekla v průměru, tak hodina.</i>
U4	<i>Hodina.</i>

**Shrnutí:** Na zodpovězenou otázku účastnice výzkumu U1 a U2 nedokázaly odpovědět přesně. V lůžkovém hospici záleží na výkonech, které sestra u pacienta vykonává. Některé zaberou 5 minut, jiné třeba i ¾ hodiny. Nicméně se jedná o kratší dobu než v mobilním hospici, kde U3 a U4 udávají, že u pacienta během návštěvy stráví běžně až hodinu svého pracovního času.

**Otázka č. 12: Popište mi stručně činnosti při vykonávání Vaší práce.**

Tabulka č. 4 – Činnosti, které sestra vykonává

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Hygiena, tlaky, glykémie, převazy, příprava a podání léků, aplikace injekcí, práce s lineárními dávkovači, příjem pacienta, příprava a podání infuze, hydratace a krmení pacienta, odpolední úprava, polohování, záznam denního hlášení.</i>
U2	<i>Hygiena, rozdávání léků, aplikace injekcí, aplikace léků přes lineární dávkovač, můžu pomoci i se snídaní, s polohováním, pokud je klientův zdravotní stav hodně špatný, tak častější chůze na pokoj. Pokud je tam rodina, tak komunikace s rodinou. Polední léky, obědy, popolední přebalování, hygiena, svačinky, kávy, návštěvy a pak strávím čas u zaznamenávání.</i>
U3	<i>Přijdeme, změříme fyziologické funkce a řešíme, co zrovna toho pacienta trápí.</i>
U4	<i>Základní je měření vitálních funkcí, kontrola stavu, u jednoho teď převazuju PICC a dávám mu do toho léky, ale jinak většinou je to konverzace. Spíš ta psychická podpora jak u toho pacienta, tak hlavně u těch pečujících.</i>

**Shrnutí:** U1 a U2 se shodly v odpovědi, která charakterizuje specifika péče sestry v lůžkovém hospici. Během směny provádí ranní hygienu, rozdávají léky, pomáhají pečovatelným s chytáním jídla a krmením, přebalují, plní odborné ordinace lékaře a zaznamenávají informace o provedené práci do denního hlášení. U3 udává, že její péče o pacienta spočívá hlavně ve změření fyziologických funkcí a v řešení toho, co zrovna nemocného trápí. U4 se z části shodla s U3, ale navíc udává, že během návštěvy u pacienta provádí i odborné výkony, komunikuje a podporuje psychicky jak nemocného, tak i osoby, které o něj pečují.

**Otázka č. 13: Jak jste vnímána rodinou při péči o pacienta?**

Tabulka č. 5 – Jak je sestra vnímána rodinou

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Já osobně si myslím, že já dobře. Že opravdu cítím od těch rodin zpětnou vazbu, perfektní...</i>
U2	<i>Myslím si, že u každého je to asi jiné... ale v průměru jsou rádi, že všechno děláme my.</i>
U3	<i>Snažíme se, abychom byli vnímáni jako součást té rodiny...</i>
U4	<i>Dobře, někdo nemá vůbec problém, a někdo je víc takový uzavřenější. Já si myslím, že si docela rychle zvyknou a jsou rádi, že tam jezdíme..</i>

**Shrnutí:** Na této otázce se shodly všechny účastnice výzkumu, že jsou vnímány rodinou v kladném slova smyslu. Rodiny jsou spokojené a rády, že se o jejich blízkého někdo stará. U2 však doplňuje, že je to u každé rodiny jiné.

**Otázka č. 14: Jaké výkony děláte při každé návštěvě u pacienta?**

Tabulka č. 6 – Činnosti, které sestra vykonává při každé návštěvě u pacienta

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Většinou upravím polohu, dám napít, pokud už na ten pokoj opravdu jdu, tak udělám to, aby se ten člověk cítil dobře. Spravím mu polštář, oslovím ho hezky, zeptám se, jestli se cítí dobře, nebo jestli má bolesti, ať se vyjádří.</i>
U2	<i>Vždycky... nevím. Asi usměju se. (Smích). No já myslím, že pokaždé je to jiné.</i>
U3	<i>Měříme fyziologické funkce a zjišťujeme stav toho pacienta... i ta komunikace s tou rodinou</i>
U4	<i>Vždycky měření vitálních funkcí.</i>

**Shrnutí:** V mobilním hospici se účastnice výzkumu shodly na tom, že při každé návštěvě u pacienta měří fyziologické funkce. U3 ještě doplňuje další činnosti, mezi které patří zjištění stavu pacienta a komunikace s rodinou. U1 z lůžkového hospice odpověděla, že při každé návštěvě u pacienta upraví polohu, dá napít, spraví mu polštář. Při zamyšlení nad touto odpovědí jde do popředí otázka, zda opravdu tyto výkony provádí úplně vždy, když navštíví pacienta na pokoji. Uvedla také, že nemocného hezky osloví a zeptá se, jak se cítí. Tato odpověď se již jeví pravdivěji. U2 odpověděla, že je každá návštěva u pacienta jiná, ale vždy se při ní usměje.

**Otázka č. 15: Jak dokumentujete práci, kterou jste vykonala u pacienta?**

Tabulka č. 7 – Dokumentace vykonané práce

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Píšeme hlášení a napíšu všechno do toho hlášení...</i>
U2	<i>V záznamu realizace péče...</i>
U3	<i>U každého pacienta máme dekurz, do kterého zapisujeme veškeré věci, co se děly v ten den nebo k jakým změnám došlo, a to samé potom přepisujeme do počítačové karty pacienta...</i>
U4	<i>My máme dekurz papírový, který je přímo u pacienta doma, po celou dobu naší péče. A potom musím zaznamenat v počítači, v kartě pacienta, co jsem tam provedla, jak ten pacient vypadá objektivně, subjektivně.</i>

**Shrnutí:** Dle odpovědi od U1 a U2 se v lůžkovém hospici píšou informace o provedené práci u pacienta do tzv. záznamu realizace péče, která je v elektronické podobě. V hospici mobilním se zaznamenávají data ručně do dekurzu, který zůstává u pacienta a poté informace napíší i do karty pacienta, která je v podobě elektronické. Podle U4 se zapíší informace o tom, co sestra u pacienta provedla, jak vypadá subjektivně a objektivně. U3 udává, že se píší i změny, ke kterým během dne došlo.



## Otázka č. 16: Jak postupujete při úmrtí pacienta a jaká je péče o mrtvé tělo?

Tabulka č. 8 – Postup sestry při úmrtí a péče o mrtvé tělo

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<p><i>Tělo se umyje, dáváme bílý empír, pod hlavu dáváme smuteční polštářek s černým okrajem, když mají kytičku nebo růženec, tak dám do rukou a volá se lékař. Oznámi se to rodině, ti když chtějí, tak ještě přijedou, protože tělo musí zůstat 2 hodiny na pokoji, potom se sváží dolů, do rozlučkové místnosti, kde se čeká na pohřební službu. Pohřební služba si je potom naaranžuje, nebo když má rodina požadavek, tak převlékáme do smutečních šatů. Takže je to dle přání klienta, nebo spíš té rodiny, někdy je to jedno. Na nohu se píše datum narození, jméno, rodné číslo, datum a hodina úmrtí. Potom se štítek s iniciály dává na kotník. Veškeré vstupy se odeberou.</i></p>
U2	<p><i>V případě úmrtí pacienta necháme jeho rodinu u něj po dobu, kterou chtějí. Pokud si přeji, abychom mu dali smuteční oblek, tak vyjdeme vstříc a určitě ho dáme. Když tam rodina není, tak provedeme hygienu těla, napíšeme iniciály a kartičku zavážeme na dolní končetinu. Oblečeme ho, pokud nemá smuteční oblek, tak mu dáme empír a všechno čisté prádlo. A necháme ho na tom pokoji.</i></p>
U3	<p><i>Někdy se nám podaří, že jsme přímo u úmrtí. Někdy se nám to nepodaří, takže rodina volá, že došlo k úmrtí. My přijíždíme na místo, kdy hlavně komunikujeme s tou rodinou, jak ona by si to přála. Naši prací je samozřejmě postarat se o mrtvé tělo, co se týká hygieny, oblečení, voláme koronera, asistujeme koronerovi, voláme pohřební službu, čekáme na příjezd pohřební služby. Ne každá rodina si samozřejmě přeje umýt toho člověka, nachystat ho, někteří chtějí si to udělat sami, někteří nejsou schopni to zvládnout, takže to děláme všechno sami.</i></p>
U4	<p><i>Jakmile dojdu na místo, tak samozřejmě zhodnotím situaci, vidím nejisté známky smrti, tak první volám 155, ve Zlínském kraji, kde jsem já. Oni kontaktují potom koronera, když jsou na Olomouckém kraji, tak tam je jenom erzeta. A vyčkáváme příjezdu. S tím tělem nic nedělám, maximálně se snažím</i></p>

	<i>tělo narovnat, když je v nějaké jiné pozici, a podvážeme bradu. Po odjezdu koronerů nebo té erzey se ptám rodiny, jestli chce oblékat pacienta, drtivá většina nechce. Takže provedu základní očistu těla, jestli potřebuje, tak vyměním plenu a nachystáme věci pro tu pohřební službu. A někdy čekám na pohřební službu.</i>
--	---

**Shrnutí:** U1 udává, že když umře pacient, zavolá lékaře, aby konstatoval smrt pacienta, poté mrtvé tělo umyje, obleče bílý empír, nebo dle přání rodiny smuteční oblek. Pod hlavu dává smuteční polštářek a do rukou kytičku nebo růženec. Na dolní končetinu popíše informace o pacientovi. Tělo se ponechá 2 hodiny na pokoji a poté se přemístí do smuteční místnosti. U2 umožňuje rodině pobýt u zemřelého po dobu, kterou oni sami potřebují k rozloučení. Poté pacienta umyje, popíše, obleče a nechá tělo na pokoji 2 hodiny. V mobilním hospici je podle U3 sesterskou úlohou postarat se o mrtvé tělo, co se týká hygieny, oblečení, zavolání koronera a pohřební služby. Vše sestra vykonává dle přání rodiny. Podle U4 také záleží na tom, v jakém kraji sestra pracuje. V Zlínském kraji sestra volá při úmrtí pacienta na číslo 155 a zhodnotí situaci. Než přijede záchranka, sestra tělo narovná a podváže bradu. Po stanovení smrti sestra pracuje dle přání rodiny. Většinou ale provede hygienu těla, dá čistou plenu a nachystá věci pro pohřební službu.

**Otázka č. 17:** Existují nějaké rituály, které dodržujete při úmrtí pacienta?

Tabulka č. 9 – Rituály, které sestra dodržuje při úmrtí pacienta

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Já otevřu okno, snažím se nějak toho pacienta nazdobit, třeba tím růžencem, nebo když tam mají obrázky od dětí nebo vnoučat.</i>
U2	<i>Vždy udělám křížek na čele a otevřu okno.</i>
U3	<i>Nemám žádné.</i>
U4	<i>Kondolence a úplně ten nejzákladnější, to jim říkám i po telefonu těm lidem, otevřít okno, zapálit svíčku.</i>

**Shrnutí:** U1, U2, U4 se shodly na tom, že by se při úmrtí pacienta mělo otevřít okno. U1 se snaží pacienta i nějak nazdobit, například růžencem, nebo obrázky. U2 udělá jako rituál křížek na čele. Jediná U3 nemá přímo žádný rituál, který by dodržovala při úmrtí pacienta.

**Otázka č. 18:** Jak obvykle pracujete s pozůstalými? Pokud pracujete, jak dlouho?

Tabulka č. 10 – Jak sestra pracuje s pozůstalými

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Jsme s nimi v kontaktu. Posílají se za nějakou dobu vzpomínkové pohlednice a jednou ročně (ve kterém blízký umřel) se zve na setkání pozůstalých. Probíhá tady v naší místnosti pěkné setkání. Je to s paní ředitelkou, je to oficiální, kde přijde personál. Začíná to mší, potom se posedí u kávy a zákusku, zapálí se svíčky v lucerničkách, nese se to na zahradu a tam se to ukončí.</i>
U2	<i>Já myslím, že to je individuální. Že cítíte, že s ním máte zůstat a být déle. U někoho je to třeba do půl hodiny. Jednou jsem měla dceru od mojí klientky, s kterou jsem strávila skoro 5 hodin v kuse i s úmrtím její maminky. Takže to je asi tak, jak to vycítíte. Jednou ročně je tu setkání pozůstalých.</i>
U3	<i>S pozůstalými po úmrtí, ještě probíhá jedna pozůstalostní návštěva v té rodině, kde zjišťujeme jejich potřeby a v tom se potom odvíjí i ty další návštěvy. Některým rodinám připomínáme nehezké období, takže už s námi nechťejí nic mít. A hodně to závisí na době péče. Čím je kratší, tak tím ta návaznost potom je špatná. A čím je delší to období, tak tím se navážou ty vztahy a pozůstalostní návštěvy bývají častější, pravidelné a máme i klub pozůstalých, takže mají možnost i ta rodina se potom přímo scházet.</i>
U4	<i>Je to individuální. Když jsou rozloženi psychicky, tak se snažím nějakým slovem uklidnit. Já to fakt vycítím dle situace, to se těžko říká. Já je většinou obejmu. Pak dle té situace, nějak to vycítím a buď jsem tam s nimi, nebo se snažím držet v ústraní, když je tam třeba plno lidí z rodiny.</i>

**Shrnutí:** Všechny účastnice výzkumu se shodly na tom, že s pozůstalými dále pracují. Doba, kterou věnují sestry pozůstalým, závisí na situaci, přání pozůstalých a délce péče. V lůžkovém hospici, jak udávají U1 a U2, se organizují jednou ročně tzv. setkání s pozůstalými,

kteřá slouží ke vzpomínce zemřelých daného roku. Podle U1 se pozůstalým posílají i vzpomínkové pohlednice. V mobilním hospici U3 oznamuje, že po úmrtí nemocného probíhá ještě jedna pozůstalostní návštěva, ve které se zjišťují potřeby pozůstalých a podle těchto potřeb se poté plánují další návštěvy, které už ale zajišťují jiní členové týmu. U4 pracuje s pozůstalými podle toho, jak zhodnotí danou situaci. Někdy účastnice výzkumu jde i do ústraní, aby pozůstalým nezavazela.

**Otázka č. 19:** Jak stanovujete čas návštěvy u pacienta?

Tabulka č. 11 – Jak sestra stanovuje čas návštěvy u pacienta

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Nestanovujeme, neomezený.</i>
U2	<i>Nijak.</i>
U3	<i>Dle zdravotního stavu. Tak, jak si to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Rodiny jsou upozorněny na to, že nejsme absolutně schopni jim říct, kdy přijedeme, nebo se domluvit na určitý čas, protože u nás je každý den úplně jiný. Můžeme se domluvit na určitý čas, ale ty rodiny jsou srozuměné s tím, že to buď vyjde, nebo nevyjde.</i>
U4	<i>Většinou to už mám zajaté. Když mám jednoho pacienta delší dobu a jezdím k němu v půl deváté, v devět hodin ráno, tak když mám potom nové pacienty, tak si to uzpůsobuji podle toho.</i>

**Shrnutí:** V lůžkovém hospici se čas návštěvy u nemocného nijak nestanovuje. V mobilním hospici je stanovený čas návštěvy podle U4 již zajatý a dobu, kdy jede k novým pacientům, si uzpůsobuje podle předešlého harmonogramu jízdy. U3 stanovuje čas návštěvy u nemocného podle jeho zdravotního stavu, ale nemůže říct, kdy za nemocným přesně přijede, jelikož má každý den úplně jiný.

**Otázka č. 20:** Jak velké je zařízení, v kterém pracujete? (kolik má zaměstnanců)?

Tabulka č. 12 – Velikost zařízení, v kterém sestra pracuje

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Personál tak 30.</i>
U2	<i>30 určitě zdravotníků i s pečovatelkami a dalších 20, co se týká administrativy.</i>
U3	<i>Sestřiček je nás tady asi 20, plus vrchní, staniční a ředitelka, účetní, odlehčovací služby, psychoporadkyně, sociální pracovnice, ale co se týká nás sestřiček, tak je nás myslím kolem 20..</i>
U4	<i>Myslím, že kolem 50...</i>

**Shrnutí:** Počet zaměstnanců ve vybraném lůžkovém a mobilním hospici je od 30 do 50 lidí. Z odpovědí účastnic výzkumu vyplývá, že lůžkový hospic s mobilním hospicem jsou v počtu zaměstnanců na stejné úrovni.

**Otázka č. 21:** Jak probíhá první návštěva u pacienta, který je přijat do Vaší hospicové péče?

Tabulka č. 13 – Jak probíhá první návštěva při příjmu pacienta do hospicové péče

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>U příjmu se s pacientem seznámí vrchní sestra a podle jeho zdravotního stavu mu oznámí, kde se nachází a jaký bude další postup. A pak už se u něj střídá každý. Dietní sestra, sociální pracovnice, my sestry si změříme fyziologické funkce, pečovatelky podle potřeby převléknou, donesou čaj, lavorek, mísu nebo bažanta. Já se představím, řeknu, že jsem sestra tohoto dne a že se o něj budu starat. Změřím fyziologické funkce, řeknu, co potřebuji, poptám se na bolest, podívám se, jestli nemá defekty. Pokud už doktorka má potřebu, tak se navede lineární dávkovač proti bolesti nebo proti zvracení.</i>
U2	<i>Přijdu na pokoj, představím se mu, podám mu ruku a řeknu mu, jak se jmenuju. Pokud je schopný, tak si s ním popovídám o tom, odkud přišel. Změřím</i>

	<i>základní funkce. Ještě si s ním povídám chvíli a pak mu řeknu, že ho přijde vyšetřit lékař a odpoví mu na jeho otázky. Já mu ukážu všechno na pokoji a v průběhu za ním ještě přicházím, jestli něco nepotřebuje a jaký je jeho zdravotní stav.</i>
<b>U3</b>	<i>U nás první návštěva je takzvaná zjišťovací, kde se zjistí, jestli ten pacient je pro nás vhodný, jestli ho přijmeme, anebo jestli rodina chce nás. Takže ještě než se udělá samotný příjem, musí být tady ta zjišťovací návštěva, kde zjistíme, jestli ten daný pacient splňuje podmínky, které máme. My mu povykládáme, co jsme schopni nabídnout, jak je péče o toho člověka náročná, protože ti lidé si to neumí představit, a pak se teprve rozhoduje, jestli ho přijmeme, jestli oni zrovna nás chtějí a jestli jim bude vyhovovat to, co my jsme schopni jim nabídnout. A samostatný příjem se domluví s paní doktorkou. Přijede paní doktorka, podívá se, poslechne, zjistí, přečte si zprávy, udělá se nějaký návrh řešení toho, co by mohlo nastat, nějakých problémů a komplikací, zapíše se to do počítače a od té doby máme prostor k tomu, abychom tam mohli jezdit.</i>
<b>U4</b>	<i>Tam je to hlavně hodně o mluvení, o vysvětlení, jak ta naše péče probíhá, co se té zdravotní stránky týče, jaké služby nabízíme. Vysvětluji jim, jakým způsobem fungujeme, a někdy se stává, že ti lidé rovnou řeknou, když se dozví, že jsme z mobilního hospice... že nás úplně odmítnou a nechtějí, že se na to necítí, ale ti příbuzní jsou rádi, že tam bude někdo jezdit. Měřím hlavně vitální funkce, vypisuju si náš příjmový sesterský dokument, vysvětluju tu péči a pak velice nic. Jenom popsat, co bude následovat, jak se o ně budeme starat.</i>

**Shrnutí:** U1 se při příjmu nového pacienta představí, změří fyziologické funkce a zeptá se, jestli ho něco bolí. Zkontroluje, zda nemá defekty, a jde si napsat informace do dokumentace. Dle ordinace lékaře poté postupuje dál. Seznámení s prostředím zajišťuje podle U1 vrchní sestra daného zařízení. U2 se pacientovi představí, podá mu ruku, změří fyziologické funkce a s pacientem si popovídá, zodpoví všechny jeho otázky a ukáže, co vše má na pokoji. Poté sestra pacienta průběžně během směny kontroluje. Podle U3 je v mobilním hospici první návštěva tzv. zjišťovací, kdy pracovníci zjišťují, zda je nemocný vhodný k tomu, aby byl

přiját do jejich péče. Po přijmutí do péče probíhá další návštěva s doktorkou, která zjistí potřebné informace a od chvíle, kdy vše zapíše do elektronické dokumentace, sestry můžou k pacientovi dojíždět. Podle U4 sestra v mobilním hospici při příjmu hlavně komunikuje a vysvětluje, jak péče probíhá, jaké služby nabízí a jakým způsobem fungují. Změří vitální funkce, které zapíše do příjmového sesterského dokumentu. Stanoví se i to, co bude následovat a jaká péče bude u daného pacienta probíhat.

**Otázka č. 22:** Pracujete u pacienta během obvyklé návštěvy samostatně?

Tabulka č. 14 – Samostatnost sester při práci

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Já na to nejsem sama. Já když potřebuji, tak si řeknu pečovatelce. Když je to pro nás psychicky složitý pacient, je tam rodina, která je náročná, tak radši jdeme ve dvou, ať se radši takhle podpoříme.</i>
U2	<i>Jak kdy. Zvládnou i samostatně a někdy potřebuji pomoci. Je to individuální.</i>
U3	<i>(přikývnutí) Jezdíme sami.</i>
U4	<i>Ano.</i>

**Shrnutí:** V lůžkovém hospici pracují sestry jak samostatně, tak i s pomocí jiných členů týmu. V mobilním hospici pracují sestry samy.

**Otázka č. 23:** Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich pacientů?

Tabulka č. 15 – Nejčastější diagnózy pacientů

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Nádory, rakoviny, demence, Alzheimer, v terminálním stádiu.</i>
U2	<i>Rakovina, Alzheimer, demence, mozkové příhody.</i>
U3	<i>Spíš to jsou onkologičtí nemocní pacienti.</i>
U4	<i>Jakákoliv onkologická.</i>

**Shrnutí:** Všechny účastnice výzkumu udávají, že nejčastější diagnóza pacientů, o které se starají, je onkologická.

**Otázka č. 24:** Existují u Vás nějaké standardy v oblasti péče o nevléčitelně nemocné?

Tabulka č. 16 – Jsou-li v zařízení standardy péče o nevléčitelně nemocné

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Jasně, je jich moc.</i>
U2	<i>Jo. Určitě máme na sesterně.</i>
U3	<i>Určitě.</i>
U4	<i>Máme normálně standardy klasicky.</i>

**Shrnutí:** Všechny účastnice výzkumu odpověděly, že v jejich zařízení mají standardy péče.

**Otázka č. 25:** Jakým argumentem byste odlišila domácí hospice od lůžkového hospice?

Tabulka č. 17 – Odlišení domácího hospice od lůžkového hospice

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Určitě každý chce zemřít doma. V tom, že doma je doma. I když tady je to soukromí, je na tom pokoji, může tam být s tím blízkým sám, jak si to udělá, takové to má, ale pořád to není úplně to domácí prostředí.</i>
U2	<i>Ti lidi jsou hlavně doma se svými blízkými. Zdravotník je tam na zavolání.</i>
U3	<i>Ta péče si myslím, že je stejná, v tom rozdílu, že my jezdíme k pacientům domů a ten pacient si opravdu přeje umřít doma a ta rodina si to přeje.</i>
U4	<i>Tak určitě je to v domácím prostředí.</i>

**Shrnutí:** Všechny účastnice výzkumu se shodly na tom, že argumentem k odlišení lůžkového od domácího hospice je to, že v domácím hospici umírají nemocní ve svém domácím prostředí.



**Otázka č. 26:** Kolikrát za jednu směnu navštívíte pacienta?

Tabulka č. 18 – Počet návštěv sestry u pacienta během směny

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Snažím se třeba 8x. Podle situace. Pokud je pacient, který furt visí na zvonku tak i vícekrát, někdo prospí, je v kómatu, tak jenom chodím kontrolovat funkce a chodím mu dávat výživu do PEGU a polohovat.</i>
U2	<i>Cca tak víc jak 10 určitě.</i>
U3	<i>Záleží dle zdravotního stavu. Jsme domluveni, že k některým pacientům jezdíme 3x týdně, takže jedeme třeba pondělí, středa, pátek, a když to zdravotní stav vyžaduje, tak třeba jedeme i 5x za den, to jako se tak nedá říct.</i>
U4	<i>Jednou denně. Ale samozřejmě, když se ten stav zhorší, nebo je nějaký vážný, tak i vícekrát.</i>

**Shrnutí:** U1 navštěvuje pacienta během směny podle dané situace, snaží se ale víc jak osmkrát za směnu. U2 je u pacienta na pokoji víc jak desetkrát. Podle U3 záleží na zdravotním stavu nemocného, někdy je to 3x týdně, jindy až 5x denně. U4 zprůměrovala počet návštěv u nemocného na 1x denně, ale dodala, že při zhoršeném stavu se počet návštěv může zvýšit.

**Otázka č. 27:** Jaké jsou podle Vás výhody v mobilním / lůžkovém hospici?

Tabulka č. 19 – Výhody v lůžkovém / mobilním hospici

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Určitě to není tak psychicky náročné podle mě, jak pro tu jednu sestřičku, která chodí a zas má třeba míň pacientů. Mně vyhovuje to, že mě doprovází jiné pečovatelky a to mi možná pomáhá, že nejsem úplně na tu práci sama a zároveň jsem s různými lidmi.</i>

U2	<i>Efekt toho, že tu mají lékaře. Psychická podpora toho, že ten lékař tady je. Že jejich rodinný příslušník je taky v té péči. Péče je tady nepřetržitě 24 hodin denně. Pokoje jsou tady pěkné a klient i rodina si je můžou přizpůsobit podle sebe. Hlavně ta péče z těch výhod.</i>
U3	<i>Největší výhodou a nejdůležitější, proč si pacienti vybírají mobilní hospic, je to, že jsou doma. Pro nás je svým způsobem ta práce taková, že nás těší a naplňuje, že jsme schopni toho člověka udržet doma až do konce.</i>
U4	<i>Tak zase to domácí prostředí, to každopádně. Je to tam klidnější, na pohodu, jsou tam spokojeni, šťastni, že jsou doma.</i>

**Shrnutí:** Podle U1 je výhodou v lůžkovém hospici u personálu menší psychická náročnost a přítomnost ostatních členů týmu, kteří spolupracují se sestrou. U2 jako výhodou lůžkového hospice popisuje péči, která je v zařízení 24 hodin denně a psychickou podporu pacientům tím, že je přítomný každý den v zařízení i lékař. U3 a U4 vyzdvihují výhodou mobilního hospice domácím prostředím.

**Otázka č. 28:** Jaké jsou podle Vás nevýhody v mobilním / lůžkovém hospici?

Tabulka č. 20 – Nevýhody v lůžkovém / mobilním hospici

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Že to není doma, úplně. Byť to je 24 hodin otevřený ústav. Vadí mi, že pořád chybí personál. Že všechno musí být podloženo sto padesátkrát, aby tě někdo nezažaloval. A vadí mi, že není víc zaškolený personál pro hospice. Jako ty pečovatelky to mi vadí, že jim stačí tři měsíční kurz. To si myslím, že je málo. Že oni vůbec nemají představu. Že možná vůbec nechápou péči, možná to je to poslední, ale i takové to vcítění se toho člověka.</i>
U2	<i>Tak to prostředí, ve kterém se cítí dobře, bezpečně. Pokud tady s nimi není ta rodina, tak ta rodina, že jim tady chybí. A navíc i přesto všechno jim to tady může připadat jako nemocniční prostředí.</i>
U3	<i>Pro ty lidi, pro ty rodiny, je nevýhoda asi v tom, že ta péče je fakt 24 hodinová a oni to musí vydržet, když si za tím stojí.</i>

<b>U4</b>	<i>Někdy možná nevýhoda může být v tom, že ti pečující si to rozmyslí, že to nezvládnou a je vlastně z toho domácího prostředí vytrhnutý a odvezen do kamenného hospice anebo do nemocnice.</i>
-----------	---

**Shrnutí:** U1 a U2 se shodly na odpovědi, že nevýhodou v lůžkovém hospici je to, že to není v domácím prostředí. U1 také dodává, že nevýhodou je i nedostatek personálu a tím pádem i nedostatek času, který by mohla pacientům věnovat. V mobilním hospici je podle U3 nevýhodou péče, při které se pečovatel musí o nemocného starat 24 hodin denně. Podle U4 může být nevýhodou to, že pečující někdy zjistí, že se nedokáží o nemocného starat a domácí hospicovou péči musí ukončit.

**Otázka č. 29:** Kdo patří do vašeho multidisciplinárního týmu?

Tabulka č. 21 – Členové multidisciplinárního týmu

Účastnice výzkumu	Odpověď
<b>U1</b>	<i>Pečovatelky, sestry, staniční, vrchní, lékařka, primář, ještě jedna doktorka... lékaři na příslužbě. Potom kuchařky, na vrátnici, sociální, ředitelka a ta její pomocnice, její sekretářka, dobrovolníci a duchovní. Ještě chodí fyzioterapeuti, ale to jsou placená služba, to si platí klienti a kadeřnice chodí. Ještě tu máme poradkyni pro pozůstalé.</i>
<b>U2</b>	<i>Sestřičky, pečovatelky, lékař a staniční sestra, vrchní sestra, sociální, farář a dobrovolní.</i>
<b>U3</b>	<i>Zdravotní personál, odlehčovací personál. Potom sociální pracovnice a sestřičky psychopodpora. Potom máme i sestřičku, která vykonává funkci kaplana.</i>
<b>U4</b>	<i>Lékař, zdravotní sestry, odlehčovací asistenti, poradna, psychoterapeuti a sociální pracovníci.</i>

**Shrnutí:** V lůžkovém hospici do multidisciplinárního týmu patří podle U1 a U2 pečovatelky, sestry, staniční a vrchní sestra, primář, lékař, dobrovolníci, sociální pracovníci a farář.

Podle U1 do týmu ještě patří i kuchařky, vrátní, ředitelka, pomocníci, sekretářka, fyzioterapeuti, kadeřnice a poradkyně pro pozůstalé. V mobilním hospici podle U3 a U4 patří zdravotní personál (sestry), odlehčovací personál, sestry, které zajišťují psychickou podporu a sociální pracovníci. U3 ještě doplňuje pracovníci na funkci kaplana.

**Otázka č. 30:** Kolik všeobecných sester je v multidisciplinárním týmu?

Tabulka č. 22 – Počet všeobecných sester v multidisciplinárním týmu

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Neřeknu přesný počet, dvanáct? Pořád někdo odchází, přichází.</i>
U2	<i>V průměru, já myslím, že tak 15 i s nemocenskými plus minus.</i>
U3	<i>Asi 20, plus k tomu v těch odlehčovačcech vůbec nevím, kolik jich je, jestli jich je 10 nebo taky 20, to nevím.</i>
U4	<i>Asi kolem 15?</i>

**Shrnutí:** Žádná z účastnic výzkumu neznala přesnou odpověď na položenou otázku. U1 udává, že všeobecných sester v jejich multidisciplinárním týmu je zhruba 12, U2 udává cca 15, U3 řekla cca 20 + další z odlehčovacích služeb a U4 určila asi 15.

**Otázka č. 31:** Jak probíhá spolupráce mezi personálem?

Tabulka č. 23 – Spolupráce mezi personálem

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Někdy bojujeme. V podstatě sestra zastane pečovatelku kdykoliv, pečovatelka nezastane sestru... Když je potřeba, tak poradím vždycky, co jsou mé kamarádky, tak si zavoláme, svěříme si něco, co jsme tady prožili, a třeba potřebujeme poradit.</i>
U2	<i>Když si rozdělíme ráno směnu, tak asi víme, co od každé můžeme čekat...</i>
U3	<i>Spolupráce probíhá tak, že prioritně se staráme o pacienta my jako zdravotní sestřičky. A pokud je potřeba nebo rodina si vyžádá někoho jiného z toho</i>

	<i>týmu, tak my samozřejmě ho kontaktujeme, řekneme, co tam je za problém, předáme informace, jak to tam vypadá, co se tam děje, neděje. A ta další součást týmu si tam potom zajede na návštěvu, zjistí potřeby od klienta a pak už si to řeší sama a samozřejmě si dáváme zpětné vazby.</i>
<b>U4</b>	<i>Já si myslím, že perfektně.</i>

**Shrnutí:** U1 a U2 popisují spolupráci v jejich multidisciplinárním týmu negativně. Naopak v mobilním hospici U3 a U4 sdělují, že spolupráce mezi personálem je perfektní. U3 dodává, že kontaktuje jiné členy týmu podle potřeby toho, co zrovna daný pacient potřebuje. Poté si mezi sebou oznamují zpětné vazby.

**Otázka č. 32:** Je spolupráce ve Vašem multidisciplinárním týmu dostatečná?

Tabulka č. 24 – Rozsah spolupráce v multidisciplinárním týmu

<b>Účastnice výzkumu</b>	<b>Odpověď</b>
<b>U1</b>	<i>Ne, nevím, někdy je to horší.</i>
<b>U2</b>	<i>Ne. Není, protože my tu vlastně prakticky nevedeme žádný takový tým...</i>
<b>U3</b>	<i>Dostatečná, jako myslím si, že jo.</i>
<b>U4</b>	<i>Já si myslím, že perfektně.</i>

**Shrnutí:** U1 a U2 popisují spolupráci v multidisciplinárním týmu nedostatečně. U2 také oznamuje, že žádný multidisciplinární tým v jejich lůžkovém hospici vůbec nevedou. U3 a U4 naopak hodnotí spolupráci v týmu dostatečně a perfektně.

**Otázka č. 33:** Co je náplní Vaší práce s pacientem a jeho rodinou?

Tabulka č. 25 – Náplň práce sestry s pacientem a jeho rodinou

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Musíme i o tu rodinu nějak pečovat, protože oni trpí tím, že jim odchází ten blízký, takže kolikrát jim třeba nabídneme aspoň kávu, nebo řekneme kdykoliv, kdy mají problém, můžou se přijít za námi svěřit, nebo tam pošleme poradkyni pro pozůstalé.</i>
U2	<i>Tak mojí náplní je to, aby byl ten člověk spokojený, ta rodina hlavně. Krom toho, že dělám tu základní péči, tak aby se cítili dobře, hlavně ten klient. Asi to je pro mě takové to nejdůležitější. Nejde tak ani o tu hygienu a takové ty věci, ale aby věděli, že jsme tam pro ně, a že to není jenom na pozici té profese, ale že to jde možná dál.</i>
U3	<i>Pro nás je nejdůležitější, aby ten člověk byl v klidu, v pohodě, neměl bolesti, dobře se mu dýchalo, a neměl potíže s příjmem potravy. Aby nezvracel, nebylo mu špatně. A samozřejmě i psychicky, aby byl na tom dobře. Všemě všechno řešíme s tím pacientem, a když je pacient v pohodě a spokojený, tak je samozřejmě spokojená ta rodina. Pokud se řeší nějaké problémy u toho pacienta, tak s tou rodinou je to hlavně o komunikaci. Že tam vysvětlujeme, rodina se ptá, neví, jak to bude probíhat, co bude následovat dál. My se snažíme je na všechno připravit, upozornit, říct, a že je to hlavně ohledně té komunikace.</i>
U4	<i>No, jsou tam nějaké věci, co by se trošičku mohly zlepšit, to určitě, ale já si myslím, že jo. Že si vycházíme vstříc, nebo vůbec pomáháme celkově.</i>

**Shrnutí:** Podle U1 by se mělo pečovat i o rodinu, která je u nemocného. Ujistit je, že se můžou kdykoliv svěřit a nebát se říct o problémech, které je trápí. Podle U2 je důležité, aby byl spokojený klient i rodina. V mobilním hospici je náplní péče u nemocného podle U3 to, aby ten člověk byl v klidu, v pohodě, neměl bolesti, dobře se mu dýchalo a neměl potíže

s příjmem potravy. Ve finále to často funguje tak, že pokud je spokojený klient, tak je spokojena i rodina. Podle U4 existují věci, které by se při spolupráci s rodinou mohly zlepšit, ale vždy se sestra s rodinou shodne a celkově tak pomůže.

**Otázka č. 34:** Komunikujete více s pacientem, nebo jeho rodinnými příslušníky?

Tabulka č. 26 – Komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Pokud je tu rodina a ten člověk nějak není schopen, tak samozřejmě s rodinou, ale většinou, já se vždy snažím mluvit k tomu pacientovi, pokud on je schopen odpovídat.</i>
U2	<i>Tak asi nejvíc s klientem a potom s tou rodinou..</i>
U3	<i>Záleží, o jakého pacienta se jedná. Pokud je to nějaký starý člověk, tam se spíš bavíme na takové úrovni, že si povídáme, co dělal celý život, kolik má dětí, vnoučat atd. a všechny ostatní věci se řeší s rodinou. Pokud je to mladý člověk a bavíme se o člověku, který má 60 let, tak to řešíme všechno samozřejmě s tím klientem.</i>
U4	<i>To zase záleží na tom, v jakém stavu ten pacient sám je. Ale spíš s pečujícími.</i>

**Shrnutí:** U1 udává, že pokud je pacient schopen komunikovat, tak se baví spíše s ním, pokud není schopen komunikace, baví se sestra s rodinou. U2 komunikuje nejvíce s klientem, a až poté s rodinou. Podle U3 záleží na tom, o jakého pacienta se jedná. Pokud se jedná o starého pacienta, věci ohledně péče se řeší s rodinou, pokud o člověka, který má kolem 60 let, baví se sestra hlavně s klientem. U4 komunikuje spíše s pečujícími. Záleží to však na stavu, v kterém klient je.

**Otázka č. 35:** Jak často jste v kontaktu s ostatními členy v týmu?

Tabulka č. 27 – Kolikrát je sestra v kontaktu s ostatními členy týmu

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Jsou schůzky. Každý týden je jeden den se sociálními pracovníci, s duchovními, pátky jsou setkání s duchovním, tam se vzpomene na ty, co zemřeli ten minulý týden.</i>
U2	<i>Když mám směnu, tak polovinu směny jsem s lékařem a s vrchní, staniční sestrou a 12 hodin s pečovatelkou. S farářem, pokud třeba přijde ten den. A se sociální taky každý den. Anebo aktivizační pracovník.</i>
U3	<i>Každé úterý se tady scházíme a předáváme si veškeré informace, nebo neustále si předáváme informace o těch našich pacientech a jinak, když potřebujeme, tak si voláme.</i>
U4	<i>Jednou týdně pravidelně. A když je něco, tak v průběhu týdne, když já něco potřebuju po vrchní sestře, nebo po zástupci vrchní sestry, tak i tak, ale normálně vždy jednou týdně se snažíme být všichni.</i>

**Shrnutí:** V lůžkovém hospici probíhají schůzky se sociálními a duchovními pracovníky. Nikdy se na schůzce nesejde celý multidisciplinární tým. U2 oznamuje, že se během směny setkává s polovinou směny, kterou představuje staniční a vrchní sestra, pečovatelky, sociální pracovníci, aktivizační pracovník a lékař. V mobilním hospici podle U3 a U4 probíhají jednou týdně schůzky multidisciplinárního týmu, kde se všichni pracovníci mobilního hospice setkají a řeknou si informace o jejich pacientech. Pokud potřebují, kontaktují se s ostatními během týdne telefonicky.



**Otázka č. 36:** Kontaktujete se spíše telefonicky, nebo osobně?

Tabulka č. 28 – Způsob komunikace mezi personálem

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Osobně, jako takhle v práci, když je potřeba, tak se to řeší všechno.</i>
U2	<i>Tak, docela často už telefonicky...</i>
U3	<i>Tak tím, že se setkáváme jednou týdně, tak to je osobně, ale telefonicky jsme schopni si zavolat kdykoliv...</i>
U4	<i>Telefonicky.</i>

**Shrnutí:** U1 se v práci kontaktuje s ostatními lidmi osobně, U2 telefonicky. U3 při setkání na pravidelné schůzi osobně, ale jinak telefonicky a U4 spíše telefonicky.

**Otázka č. 37:** Jaký typ dokumentace pacientů používáte (elektronická/psaná)? Je k dispozici celému multidisciplinárnímu týmu?

Tabulka č. 29 – Používaný typ dokumentace

Účastnice výzkumu	Odpověď
U1	<i>Elektronickou. Pečovatelky k tomu přístup nemají, ty mají svoje papíry. To si nemyslím, že by všichni mohli tak nahlížet.</i>
U2	<i>Elektronickou. Ne pečovatelka a aktivizační pracovník taky ne. A sociální, teď si nejsem jistá.</i>
U3	<i>Všechno je psané, všechno je i elektronické. K dispozici. Ano, myslím si, že ano. (Může nahlížet i rodina?) Jako do elektronické určitě ne, do psané, papíry necháváme u pacienta, ale myslím si, že tam takhle nechodí, že by to kontrolovali nebo se dívali.</i>

<b>U4</b>	<i>My máme obě dvě. Psanou u pacienta a elektronickou máme doma na zápisy potom. Ano je k dispozici celému multidisciplinárnímu týmu. (I tomu pečujícímu, té rodině?) Ne, jako ta psaná forma ano, protože to tam je u nich v deskách, ale ta elektronická je jenom pro nás, ale pro ten celý tým.</i>
-----------	--

**Shrnutí:** Účastnice výzkumu z lůžkového hospice udávají, že používají pouze elektronickou formu dokumentace. Nejsou si jisté, komu všemu je dokumentace přístupná. Účastnice výzkumu z hospice mobilního mají elektronickou i psanou formu dokumentace. Psaná forma je přístupna pacientovi i rodině, protože zůstává u nemocného doma, elektronická forma je dostupná kromě rodiny pro celý multidisciplinární tým.

**Otázka č. 38:** Jak probíhá schůzka multidisciplinárního týmu? Stručně popište průběh schůze.

Tabulka č. 30 – Schůzka multidisciplinárního týmu

Účastnice výzkumu	Odpověď
<b>U1</b>	<i>My nemáme takové schůzky, jenom s duchovními... Jde se přesně po pokojích, jak který pacient je zhoršený a jestli chce mše, jestli chce povídání s duchovními, že by ho navštívili, a když je schůzka se sociálními, tak taky, jak který pacient se zhoršil, co by se mohlo u něj udělat dál, líp.</i>
<b>U2</b>	<i>To se sejde celá směna a jde pokoj po pokoji. Většinou ty hospicové probíráme, jak ten klient na tom je, jaké jsou naše postřehy. Projíždíme takhle ten seznam od těch lidí a zjišťujeme, jak ho každý vidí, kdo by mohl vnést něco nového.</i>
<b>U3</b>	<i>Setkáváme se jednou týdně, kdy se řeší každý pacient, kterého máme zrovna v té dané chvíli v péči, a řeší se jeho zdravotní stav, jestli došlo k nějaké změně, zhoršení, jaké léky používá, jaké léky bude třeba používat, necháváme si psát recepty od paní doktorky, která je taky součástí multidisciplinárního týmu a řeší se, co bude dál. Řeší se nové příjmy, které budou, a bavíme se o úmrtích, co byly. Třeba si s holkami řekneme nějaké věci, které by nám mohly později pomoci v té naší práci se rozvinout.</i>

U4	<p><i>První část je taková, že jsou tam složky multidisciplinární, zástupce dané oblasti, sociální, psychopordna a zdravotní. A my projíždíme pacienta po pacientovi a říkáme, jaká je tam změna. Jestli tam byla poradna, tak poradna řekne to svoje, co se tam s tím pacientem nebo s tou rodinou děje, anebo kdo potřebuje psychopordnu, tak si to zapíší a že je budou kontaktovat. To je ta první část. Dělá se i aktuální zápis u toho a potom se sejdeme úplně všichni, po skončení té první části. Pak je taková obecná, kdy vrchní sestra přečte různé věci, co se týká nás všech. Třeba výměna pneumatik, nebo že bude probíhat školení řidičů nebo nějaké školení, co nás čekají. To se uzavře, a potom probíhá diskuze, chce se po nás nějaká kazuistika, tak někdo třeba vypíchne něco zajímavé. Anebo když si s něčím nevíme rady, konkrétně u pacienta, jak něco řešit i zdravotního, tak je nás tam spousta, kdo má třeba více zkušeností, tak poradí...</i></p>
----	--

**Shrnutí:** V lůžkovém hospici podle U1 nejsou žádné schůzky multidisciplinárního týmu, kde by se setkali všichni členové. Probíhá tam pouze schůzka s duchovními nebo sociálními, kdy pracovníci dané směny řeší potřeby pacientů. U2 doplňuje, že se probírá každý pacient zvlášť a navrhuje se další řešení ohledně péče. V hospici mobilním existují pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu, kde se sejdou všichni členové a řeší stav pacienta, jestli došlo k nějaké změně, co se zhoršilo, co je lepší apod. Mezi sebou si vnesou nějaké návrhy, co by jim u daného pacienta mohlo pomoci s péčí. Na schůzi se podle U4 probírají i věci okolo zaměstnanců, např. pracovní potřeby, které potřebují zajistit.

## 5.2 Pozorování

Technikou pozorování se zjistilo, zda se sledovaný jev u účastnice výzkumu vyskytl, vyskytl s nedostatky, nebo nevyskytl. Záznamový arch s odpověďmi je vložen do příloh práce (Příloha P VI). Níže jsou uvedeny jen poznámky k jednotlivým účastnicím výzkumu, které si badatel během pozorování zaznamenal k sledovaným jevům.

### Pozorování U1:

- Sestra uvítání pacienta podáním ruky prováděla pouze při prvním setkání s klientem, při příjmu do zařízení. Sestra nepřivítala pacienta podáním ruky při příjmu nemocného, který byl ve zhoršeném stavu, nebo když byla v časovém presu.

- Rodina s nemocným byla přítomna pouze u příjmu pacienta do péče v hospici, během dalších návštěv na pokoji byl pacient již bez přítomnosti jiných osob. Sestra se rodiny vyptávala na zvyky nemocného, co mu vše donesli, a odpovídala na otázky, které příbuzní měli. Vždy udržovala oční kontakt s nemocným, i s rodinou.
- Sestra si myla ruce desinfekčním mýdlem a poté i desinfikovala desinfekčním roztokem během směny několikrát, ale neprováděla daný postup vždy před a po kontaktu s nemocným. Příčinou podle badatele může být umístění desinfekčního prostředku a mýdla, které se nacházelo pouze na sesterně vzdálené od pokojů pacientů.
- Při každé návštěvě u nemocného byly zjišťovány potřeby pacienta. Např. jak se cítí, zda se mu dobře leží, jestli potřebuje napít, zda nemá bolesti, jestli nemá hlad. Některé zjištěné problémy byly řešeny až s odstupem času. Např. při zjištění, že má pacient hlad, byla potřeba sytosti uspokojena až při podávání jídla dle harmonogramu práce, cca po jedné hodině od zjištění hladu pacienta.
- Během pozorování nebyly použity žádné hodnotící škály.
- Sestra vykonávala odborné činnosti. Např. aplikace inzulínů, aplikace s.c. injekcí, příprava a podávání léků dle ordinace lékaře, převaz chronické rány, aplikace léků pomocí lineárního dávkovače.
- Při náhle řešené situaci, kdy nebyly ochranné pomůcky v dosahu, pracovala sestra bez ochranných rukavic.
- Edukace probíhala v rámci příjmu pacienta a při řešení uspokojení potřeb klienta, kdy sestra vysvětlila, jak o pacienta bude pečovat.
- Sestra s dokumentací pracovala pouze na sesterně a při podávání léků na lékovém vozíku. K nemocnému na pokoj nebyla nikdy dokumentace přinesena. Nemocný ani pečovatel nemají přístup do dokumentace.
- Sestra vždy odpověděla na otázky pacienta, a přitom nepoužívala odborné názvy. Přání nemocného vyslyšela, ale poučila pacienta o lepším a bezpečnějším řešení, které poté nemocný schválil.
- Při příjmu pacienta plánovala společně s vrchní sestrou a doktorkou, jak bude péče probíhat.
- Sestra dodržovala nastavený plán péče.
- Sestra edukovala nemocného, že při komplikacích, změně stavu či vyskytnutí jakéhokoliv problému má zavolat pomoc přes signalizační zařízení.

- Při zvýšeném množství nově příchozích pacientů sestra neměla dostatek času na ostatní pacienty.
- Sestra v lůžkovém hospici neplánuje, kolik času u pacienta stráví.
- Během pozorování žádný z pacientů neumřel.
- Sestra během směny na pokoj opakovaně chodila, nebyla proto potřeba se po každé návštěvě u nemocného na pokoji rozloučit.
- Během pozorování se nevyskytly žádné mimořádné události.

### **Pozorování U2:**

- Sestra během pozorování nikdy nepřivítala pacienta podáním ruky.
- Sestra vždy při vstupu na pokoj komunikovala i s pečovatelem. Udržovala kontakt s nemocným, ale při delší edukaci pacienta, kterému vysvětlovala možné riziko pádu, zaměřila svůj pohled jinam, přitom pokračovala dál s komunikací.
- Sestra neprováděla mytí a dezinfekci rukou před a po kontaktu s pacientem vždy. Ruce si umývala až po ukončení jednotlivé práce u všech. Např. při hygieně, kdy se umývají pacienti z pěti pokojů, si sestra umyla a vydezinfikovala ruce až po ukončení hygieny na pátém pokoji. Při rozdávání léků si sestra umyla ruce až po podání léků všem pacientům.
- Sestra při každé návštěvě zjišťovala potřeby nemocného. Např. jak se cítí, jestli něco nepotřebuje, zda ho něco bolí, jestli nemá žízeň, jestli chce zapnout televizi apod.
- Problémy nemocného řešila ihned po zjištění od nemocného. Např. při zjištění bolestivosti pacienta šla za doktorkou a oznámila jí situaci, lékařka naordinovala další podání analgetik a pacientovi se tak ulevilo od bolesti. Při zjištění, že má pacient žízeň, dala sestra okamžitě nemocnému napít.
- Sestra během pozorování pracovala s lineárním dávkovačem, do kterého chystala naordinované léky lékařem, pacientovi zajišťovala s.c. kanylu, aplikovala inzulinu s.c., podávala naordinované léky, převazovala rány a píchala injekce i.m.
- Ochranné pomůcky sestra používala u hygieny pacientů. Sestra někdy nepoužila rukavice u převazování ran. Během hygieny používala u některých pacientů ochranný plášť, někdy pracovala ale bez pláště.
- Sestra edukovala nemocného o možném riziku pádu. Sestra při převazu chronické rány poučila nemocného o správné poloze končetiny.

- Sestra během návštěvy u pacienta nepoužila nikdy dokumentaci. S dokumentací pracovala pouze na chodbě, při přípravě léků a na sesterně.
- Sestra odpověděla vždy na pacientovy otázky.
- Sestra po dobu pozorování nemluvila odbornými názvy.
- Sestra respektovala přání nemocného, ale v určitých situacích navrhla jiný způsob řešení. Např. pacient si přál dvě tabletky od bolesti, na kterých si trval. Sestra pacienta přiměla svým názorem, aby si užil pouze jednu tabletku.
- Sestra pracovala během ranní směny podle nastaveného plánu péče.
- Sestra neplánovala s pacientem další proces, pracovala podle stanoveného plánu, který se nijak neměnil.
- Sestra během pozorování neinformovala pacienta o tom, co dělat při vzniku krizové situace.
- Sestra v lůžkovém hospici neplánuje, kolik času stráví u pacienta.
- Během pozorování žádný z pacientů neumřel.
- Sestra navštěvuje pokoj nemocného víckrát za den, nikdy se tedy nemusela loučit s pacientem.

### **Pozorování U3:**

- Sestra přivítala pacienta i pečovatele podáním ruky vždy při příchodu do jejich domácího prostředí.
- Během návštěvy byl vždy přítomný i další člen rodiny.
- Sestra při každé návštěvě komunikovala i s pečovatelem. S nemocným i pečovatelem během komunikace dodržovala oční kontakt. Když vykonávala odborný výkon a chtěla něco oznámit, zastavila se v práci a zaměřila se na to, aby danou věc řekla pacientovi/pečujícímu do očí.
- Sestra si během dne neumývala ruce mýdlem. Desinfekci rukou prováděla před návštěvou a po návštěvě pacienta v autě.
- Sestra při každé návštěvě u pacienta zjišťovala, jak se celkově cítí, zda nepocítuje bolest, jestli nemá hlad, jestli něco nepotřebuje.
- Sestra při zjištění problému okamžitě reagovala a snažila ho vyřešit. Např. při zjištění, že pacientovi bolí konečník, dala pacientovi mast na znečítlivění, kterou mu nechala a poučila ho o způsobu aplikace.
- Sestra vykonávala odborné výkony. Např. aplikace injekcí s.c., převaz chronické rány.

- Sestra během návštěvy u pacienta nepoužila žádné ochranné pomůcky.
- Sestra edukovala pacienta o správném užití léku.
- Sestra zjištěné informace zapisovala do dekurzu, který nechávala u pacienta doma. Během návštěvy do dokumentace nahlížela pouze sestra.
- Sestra měla vždy odpověď na otázky od nemocného nebo pečovatele.
- Sestra používala odborné názvy, vždy ale vysvětlila, co daný termín znamená.
- Sestra pracovala podle toho, co si pacient přál.
- Sestra dodržovala plán péče, ale přizpůsobovala ho podle přání pacienta.
- Sestra plánovala s nemocným, co by si představoval dál. Jakou péči by chtěl v dalších dnech, nebo jestli chce pokračovat v tom, co je nastavené.
- Sestra podala informaci rodině, jak reagovat při zhoršení stavu nemocného. Edukovala rodinu, aby v této situaci, která může nastat, zavolali na jejich číslo a sestra podle oznámené situace podá informace o SOS intervenci.
- Sestra měla na pacienta dostatek času, jelikož ve své péči během pozorování měla pouze dva pacienty na celou dobu své směny.
- Sestra u pacienta vždy skončila dřív, než měla naplánováno. Jednalo se většinou o dobu kolem 30 – 45 minut na jednoho pacienta.
- Během pozorování žádný z pacientů neumřel.
- Sestra se při každém odchodu rozloučila s pacientem i s druhým přítomným členem podáním ruky a slovním rozloučením.

#### **Pozorování U4:**

- Sestra při příchodu na návštěvu k pacientovi domů přivítala nemocného i druhého člena podáním ruky.
- Během návštěvy byl přítomný i pečovatel nemocného.
- Sestra komunikovala vždy i s pečovatelem. Během komunikace udržovala oční kontakt s pacientem i pečujícím.
- Sestra provedla desinfekci rukou vždy po návštěvě, v autě.
- Sestra se při návštěvě vždy zeptala, jak se pacient cítí, jestli nemá bolesti, co bude dělat ten den a v dalších dnech, jestli něco dalšího nepotřebuje.
- Sestra po zjištění problému, kde byla nutná ordinace lékaře, slíbila, že problém vyřeší, ale že se domluví později s doktorkou na dalším řešení. Např. pacientovi se začalo špatně dýchat a sestra později s lékařem zajistila vypůjčení dýchacího přístroje.

- Sestra během návštěvy nepoužila žádné škály ani měřicí techniky.
- Sestra během návštěvy aplikovala opiáty do s.c. kanyly.
- Sestra edukovala pacienta o novince, která se týkala jeho pojišťovny, a poučila pacienta a rodinného příslušníka o možném zajištění předepisování léků u lékaře v multidisciplinárním týmu domácího hospice, nikoliv u praktického lékaře.
- Sestra všechny informace zapisovala do dekurzu u pacienta.
- Dekurz pacienta zůstal u nemocného doma, ale během návštěvy, do něj nahlížela a zapisovala pouze sestra.
- Sestra odpovídala na všechny otázky od nemocného i pečovatele, nepoužívala u toho odborné názvy. Vždy respektovala přání nemocného.
- Sestra dodržovala nastavený plán péče a podle situace plánovala další proces. Např. naplánovala s pacientem podepsání nabídky, která zajistí předepisování receptů na léky u lékaře domácího hospice.
- Během pozorování sestra neinformovala pečujícího, co dělat při vzniku krizové situace.
- Sestra si stanovila čas u pacienta na 1 hodinu.
- Sestra u pacienta strávila vždy do 45 minut.
- Během pozorování žádný z pacientů neumřel.
- Sestra se vždy rozloučila podáním ruky a slovním rozloučením.

### **Shrnutí:**

Tabulka č. 31 – Shrnutí výsledků pozorování

Sledovaný jev	U1	U2	U3	U4
<b>1. Uvítala sestra nemocného a pečovatele podáním ruky?</b>	Při prvním setkání s klientem.	Ne.	Ano, vždy při příchodu do jejich domácího prostředí.	Ano, když přišla k pacientovi domů.
<b>2. Byl při návštěvě u nemocného přítomný i jiný člen (rodina, pečovatel, dítě apod.)?</b>	Pouze při příjmu pacienta do péče v hospici.	Ano.	Ano, vždy.	Ano, vždy.



<p><b>3. Komunikovala sestra i s pečovatелеm?</b></p>	<p>Ano. Zjišťovala zvyky nemocného, co mu donesli, a odpovídala na otázky.</p>	<p>Vždy při vstupu na pokoj, komunikovala i s pečovatelem.</p>	<p>Ano.</p>	<p>Ano.</p>
<p><b>4. Udržovala sestra s nemocným a pečovatelem během komunikace oční kontakt?</b></p>	<p>Vždy udržovala oční kontakt s nemocným, i s rodinou.</p>	<p>Ano, ale při delší komunikaci zaměřila svůj pohled jinam.</p>	<p>Vždy se zaměřila na to, aby danou věc řekla pacientovi/pečujícímu do očí.</p>	<p>Udržovala oční kontakt s pacientem i pečujícím.</p>
<p><b>5. Provedla sestra mytí rukou a dezinfekci rukou před a po kontaktu s nemocným?</b></p>	<p>Ano, ale neprováděla daný postup vždy před a po kontaktu s nemocným.</p>	<p>Ne vždy, až po ukončení dané činnosti u všech pacientů.</p>	<p>Pouze před návštěvou a po návštěvě pacienta, v autě.</p>	<p>Vždy v autě, před a po návštěvě nemocného.</p>
<p><b>6. Zjišťovala sestra potřeby nemocného?</b></p>	<p>Ano. Při každé návštěvě nemocného.</p>	<p>Ano. Při každé návštěvě nemocného.</p>	<p>Ano, vždy zjišťovala celkový stav nemocného.</p>	<p>Ano, zjišťovala potřeby nemocného.</p>
<p><b>7. Řešila sestra zjištěné problémy nemocného ihned?</b></p>	<p>Některé zjištěné problémy, byly řešeny až s odstupem času.</p>	<p>Ano.</p>	<p>Ano, reagovala okamžitě.</p>	<p>Ano, někdy ale ne hned.</p>

<b>8. Použila sestra měřicí techniky nebo škály?</b>	Ne.	Ne.	Ne.	Ne.
<b>9. Vykonala sestra nějaké odborné výkony?</b>	Ano, aplikace inzulínů, s.c. injekcí, podávání léků, převazy ran.	Ano, zavedení s.c. kanyly, aplikace injekcí s.c. a i.m., převazy ran, podávání léků.	Ano, aplikace injekcí s.c., převaz rány.	Ano, podání opiátů do s.c. kanyly.
<b>10. Použila sestra během návštěvy u nemocného ochranné pomůcky?</b>	Někdy pracovala bez ochranných rukavic.	Ano, u hygieny pacientů. Sestra někdy nepoužila rukavice u převazování ran.	Nepoužila žádné ochranné pomůcky.	Ne.
<b>11. Byla součástí návštěvy edukace?</b>	Ano, v rámci příjmu pacienta a vysvětlení, jak o nemocného bude pečovat	Ano, o riziku pádu a při převazu o správné poloze končetiny.	Edukovala pacienta o správném užití léku.	Ano, o nabídce od pojišťovny.
<b>12. Použila sestra během návštěvy u nemocného dokumentaci? Jak s ní pracovala?</b>	Ne.	Ne.	Informace zapisovala do dekurzu.	Všechny informace zapisovala do dekurzu pacienta.

<b>13. Nahlížel do dokumentace i nemocný a pečovatel?</b>	Ne, nemají do dokumentace přístup.	Ne, nemají do dokumentace přístup.	Během návštěvy sestrou ne.	Během návštěvy do něj pečovatel nenahlížel.
<b>14. Odpovídala sestra na otázky od nemocného / pečovatele?</b>	Sestra vždy odpověděla na otázky pacienta.	Sestra odpověděla vždy na pacientovy otázky.	Ano.	Ano.
<b>15. Používala sestra odborné názvy, které by nemusel nemocný / pečovatel znát?</b>	Ne.	Nemluvila odbornými názvy.	Ano, ale vždy vysvětlila, co termín znamená.	Ne.
<b>16. Respektovala sestra přání nemocného?</b>	Ano, ale někdy navrhla jiné řešení.	Ano, ale navrhovala i jiné východiska.	Pracovala na základě přání pacienta.	Ano.
<b>17. Dodržovala sestra plán péče?</b>	Ano.	Ano.	Ano a přizpůsobovala ho.	Ano.
<b>18. Plánovala sestra s nemocným další proces?</b>	Ano.	Ne, pracovala podle stanoveného plánu péče.	Ano, plánovala další postup péče.	Ano.
<b>19. Podala sestra informace o tom, jak řešit krizové situace?</b>	Ano, použitím signalizačního zařízení na pokoji.	Ne.	Ano, jak reagovat při zhoršení stavu nemocného.	Ne.

<b>20. Měla sestra na nemocného dostatek času?</b>	Neměla, při zvýšeném množství příjmů pacientů.	Ano.	Ano.	Ano.
<b>21. Strávila sestra celý naplánovaný čas u nemocného?</b>	Sestra neplánovala, kolik času u pacienta stráví.	Sestra neplánovala, kolik času u pacienta stráví.	Vždy skončila dřív, než měla v plánu.	Ne.
<b>22. Došlo při pozorování k úmrtí nemocného?</b>	Ne.	Ne.	Ne.	Ne.
<b>23. Rozloučila se sestra při odchodu?</b>	Nebylo potřeba, chodila na pokoj vícekrát.	Nebylo potřeba, chodila na pokoj vícekrát.	Ano, vždy podáním ruky a slovním rozloučením.	Ano, vždy podáním ruky a slovním rozloučením.

## 6 DISKUSE

V praktické části se zjišťovaly odpovědi na stanovené cíle. Hlavním cílem zkoumání bylo zjistit specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Všechny potřebné informace se získaly pomocí rozhovorů. Pozorování zajistilo potvrzení pravdivosti nebo doplnění informací. Během pozorování nedošlo k žádné mimořádné události. V této části práce prezentujeme výsledky výzkumu ve vztahu k dílčím cílům.

K nalezení odpovědi na *dílčí cíl č. 1 – Zjistit, jaká je úloha sestry v domácí hospicové péči*, se vztahovaly otázky v rozhovoru č. 10-19. Podle zjištěných informací sestra v domácím hospici pracuje maximálně se sedmi pacienty denně. Minimální počet závisí na počtu úmrtí a příjmů nových pacientů. Délka její pracovní doby je osm hodin, ale všechny sestry z týmu jsou k dispozici na zavolání 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Proto můžeme konstatovat, že sestra v domácím hospici má flexibilní pracovní dobu. Časový rozvrh návštěv si sestra plánuje sama. Většinou závisí na zdravotním stavu pacienta, nebo když se jedná o nové pacienty, tak si dobu návštěvy sestra přizpůsobí dle toho, jak to měla zajaté s jinými pacienty. Jelikož čas návštěvy nelze přesně odhadnout, sestra nemůže nikdy napevno oznámit, kdy na návštěvu přijede, ale orientační čas dohodnutý s rodinou a klientem se snaží dodržet. Obvykle u pacienta stráví kolem hodiny. Během této doby sestra nemocnému měří fyziologické funkce, kontroluje stav, provádí odborné výkony (např. aplikace léků do s.c. kanyly, převaz rány,...) a zjišťuje potřeby nemocného, které se snaží ihned vyřešit. V rámci šetření bylo prováděno i pozorování, během kterého se zjistilo, že velká část doby, kterou sestra u pacienta a jeho blízkých strávila, byla věnována komunikaci, při které dodržovala oční kontakt s pacientem i ostatními přítomnými. Úlohou sestry v domácím hospici je také péče o rodinu, na kterou se dává velký důraz. Důležité je, udělat si s rodinou a příbuznými bližší vztah, který dodá pacientovi, rodině, ale i sestře pocit jistoty v další realizaci procesu péče. V mobilním hospici se sestry snaží, aby byly vnímány jako součást rodiny. Proto celá péče o pacienta v domácích podmínkách závisí hlavně na přání klienta, podle kterého se odvíjí další plány a intervence. Veškerou vykonanou činnost sestry zaznamenávají do dekurzu pacienta, který zůstává u nemocného doma. Může do něj nahlédnout i rodina. Zbytek multidisciplinárního týmu má k dispozici elektronický záznam v kartě pacienta, který se po každé návštěvě doplňuje novými informacemi a kromě rodiny je dostupný celému týmu. Mezi další úlohu sestry patří péče o mrtvé tělo. V mobilním hospici, ve kterém výzkum probíhal, mají odlišné způsoby ohlášení smrti nemocného. Závisí na kraji, v kterém sestra pracuje. Péče

o mrtvé tělo se však nemění. V první řadě se zjišťují přání rodiny, podle kterých se dále pracuje. Pokud se chce rodina zapojit, je jí to samozřejmě umožněno.

Sestra mrtvé tělo narovná, podváže bradu, umyje, vymění plenu za čistou, dle přání rodiny obleče a zavolá pohřební službu. Některé sestry při úmrtí nemocného dodržují rituály, mezi které patří otevření okna a zapálení svíčky. Postup v péči o mrtvé tělo ve zkoumaném domácím hospici se shoduje s postupem uváděným v literatuře Kalvacha (2010). Potom se sestra podle situace věnuje rodině, protože úmrtím pacienta péče mobilního hospice nekončí. Pokračuje v péči o pozůstalé, se kterými probíhá ještě jedna pozůstalostní návštěva, při které se zjišťují potřeby rodiny. Péče o pozůstalé je velmi individuální. Někteří se chtějí ještě scházet a popovídat si, jiní již nechtějí být rušeni. Sestra doporučí v obou případech služby poradny nebo klub pro pozůstalé, který mobilní hospic zajišťuje.

**Na dílčí cíl č. 2 - Zjistit zdali a jak se liší poskytování péče u nevyлéčitelně nemocných v hospici a v domácích podmínkách,** by se mohly vztahovat všechny otázky z rozhovoru, ale cíleně byly vybrány otázky č. 20-28. Zařízení, ve kterých výzkum probíhal, byla velikostně na stejné úrovni (v počtu zaměstnanců). V systému příjmu pacienta se neprojevila žádná velká odlišnost. V obou typech zařízení se zjišťují fyziologické funkce, stav a potřeby pacienta. Velkým rozdílem je samostatnost sestry při provádění péče o nemocného. Sestry v lůžkovém hospici mají k dispozici po celou dobu směny pečovatelky a jiné pracovníky, s kterými pracují. Naopak v domácím hospici pracuje sestra samostatně. V domácích podmínkách může o pomoc samozřejmě požádat přítomnou rodinu, ale z profesní a odborné stránky je na všechno během návštěvy u nemocného sama. Další skutečností, která se v zařízeních neodlišovala, byla diagnóza pacientů, kterou zastupovala nejčastěji onkologická onemocnění. V obou zařízeních existují i standardy péče, podle kterých sestry vykonávají svoji práci. Největším rozdílem mezi domácím a lůžkovým hospicem je to, že v mobilním hospici nemocný umírá doma ve svém prostředí, kde se cítí nejlépe. Má u sebe neustále rodinu a pracovník za nimi jezdí domů. Sestra obvykle navštěvuje nemocné doma 1x denně. Dle stavu klienta se počet návštěv může navýšit až na 5 za den. V hospici lůžkovém sestra navštíví pacienta častěji, protože je na rozdíl od sestry z mobilního hospice s nemocným po celou dobu směny v jednom zařízení. Výhody v mobilním hospici jsou oproti lůžkovému hospici v prostředí, ve kterém je péče o nemocného poskytnuta. Pro pacienta je pobyt doma příjemnější, cítí se šťastně a může si organizovat den podle sebe, a když přichází konec života, tak je pro ně nejkrásnější umřít doma. Výhodou lůžkového hospice je neustálá dostupnost péče a lékaře během dne. Nevýhodou naopak to, že nemůže být z nějakého důvodu

ve svém domácím prostředí, a i přesto, že jsou pokoje v lůžkovém hospici přizpůsobené esteticky k domácímu prostředí, stále to může pacientům připomínat nemocniční zařízení. Pro mobilní hospic je nevýhodou nutnost rodiny nebo někoho, kdo se o nemocného musí postarat 24 hodin denně. Někdy si uvědomí, že to nezvládají, a pacient poté musí být převezen např. do lůžkového hospice a již se nesplní to nejkrásnější přání – umřít doma.

Odpověď na *dílčí cíl č. 3 - Zjistit rozsah spolupráce sester a s ostatními členy týmu*, byla nalezena v odpovědích na otázky z rozhovoru č. 29-38. Sestry v mobilním hospici pracují v rámci multidisciplinárního týmu, ve kterém mají perfektní spolupráci. Patří do něj zdravotní personál, odlehčovací personál, sociální pracovníci, sestry zajišťující psychickou podporu, psycholog a kaplan. O pacienty se prioritně starají všeobecné sestry ze zdravotního personálu, které pravidelně za nemocným dojíždí na návštěvy. Pokud zjistí potřebu pacienta, která je zaměřena na druhá specifika, kontaktuje jiné členy týmu, kteří jsou na danou problematiku zaměřeni a problém si vyřeší sami. Zpětně si poté předávají informace o dané situaci (o co se jednalo, co bylo potřeba udělat, jak se to vyřešilo, jestli je ještě něco nutné dodělat). Tento systém funguje dostatečně. Spolupráce probíhá samozřejmě i s rodinou nemocného. Důležité pro mobilní hospic a pracující sestry je to, aby byl spokojený klient i rodina. Vše je zaměřeno na komunikaci mezi rodinou i týmem. S rodinou sestra komunikuje spíše osobně během návštěvy, se zbytkem týmu buď telefonicky, nebo na pravidelné schůzi multidisciplinárního týmu, která probíhá vždy jednou týdně. V daný den se sejdou úplně všichni pracovníci mobilního hospice a probíhá schůze, která má dvě části. První část je věnována prezentaci informací o pacientovi. Každý pacient se probere zvlášť a zjistí se, v jakém je stavu, co by potřeboval, jaká péče bude poskytována dál a podle potřeb se zajistí další věci (např. předepsání receptu na léky). Druhá část je spíše personální, ve které se oznamují věci pro pracovníky a jejich technické vybavení (např. výměna pneumatik, školení řidičů apod.). Na schůzi se oznamují i informace o úmrtích nebo příjmech nových pacientů do péče. Na konci probíhá diskuze, v které může každý vznést své postřehy, nápady, zkušenosti, nebo naopak když potřebuje pomoci, poprosí o radu. Schůze tohoto typu jsou velmi důležité pro všeobecný přehled všech členů v multidisciplinárním týmu. Pracovníci tak vědí důležité informace nejen o svých „kmenových“ pacientech, které mají přidělené do péče, ale úplně o všech, kteří využívají služby mobilního hospice. Výhodou je rychlý zásah jiné sestry např. při neschopence nebo úrazu.

Získáním a zpracováním dat z dílčích cílů práce (z rozhovorů i pozorování), kterými se zjistilo, jaká je úloha sestry v domácí hospicové péči, zdali a jak se liší poskytování péče

u nevléčitelně nemocných v hospici a v domácích podmínkách a jaký je rozsah spolupráce sester a s ostatními členy týmu, se stanovila odpověď na stanovený hlavní cíl výzkumu – zjistit specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Sestry v domácím hospici musí vlastnit řidičský průkaz skupiny B, protože se k pacientům dopravují pomocí osobního automobilu. Každá sestra má od zařízení přiřazený svůj vůz, o který se i stará. Pracovní doba je flexibilní. U pacientů sestra stráví čas dle potřeby, ale obvykle to bývá kolem hodiny. Provádí u pacienta odborné výkony. Z největší části se sestra věnuje komunikaci s nemocným a rodinou. Úlohou sestry je i zmíněná péče o pacienta, který umře, a následně péče o pozůstalé. Po objetí všech svých přidělených pacientů má čas na dokumentaci práce, kterou v daný den vykonala. Sestra se sama rozhodne, jestli záznam péče zpracuje na základně mobilního hospice, nebo v pohodlí svého domova. Výhodou mobilního hospice pro sestru je to, že si může naplánovat směnu podle sebe a rozvrhnout činnosti, které během péče o nevléčitelně nemocné musí vykonat. Pro nemocného je mobilní hospic ekonomicky levnější než lůžkové zařízení. Cílem mobilního hospice je to, aby se pacient cítil dobře, aby neměl bolesti, mohl přijímat potravu a nebylo mu nevolno. To zajistí spokojenost pacienta i rodiny a zkvalitní tak nemocnému zbytek života v pohodlí jeho domova.

Na téma hospicová a paliativní péče nebo domácí péče existuje mnoho zpracovaných závěrečných prací. Zabývají se obecným popsáním péče v hospicových zařízeních. Např. Švihálková (2014) popisuje ve své práci roli sestry v hospicovém zařízení, v domácích podmínkách ale nikoliv. Zemánková (2011) napsala práci na téma Domácí hospicová péče. Nevěnuje tam však pozornost péči sestry o pacienty v domácích podmínkách. Rabenseiferová (2009) ve své práci domácí hospicovou péči zmínila pouze okrajově. I když se ve výše uvedené práci zabývají naším tématem, byly zacíleny jinak. Nemůžeme tedy naše výsledky srovnat s výsledky těchto autorek.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma: Role sestry v domácí hospicové péči byla vybrána z důvodu dřívějších zkušeností s hospicovou péčí, kterou zpracovatelka získala při práci v hospici. O domácí hospicové péči věděla pouze okrajově a chtěla se dozvědět více.

V teoretické části bylo nejprve potřeba popsat základní údaje o daném tématu. Byla popsána hospicová a paliativní péče a domácí hospic. Charakterizovala se role sestry v domácím hospici a její péče o nevléčitelně nemocné a pečující. Specifikoval se multidisciplinární tým, popsaly se potřeby umírajících, umírání a péče o pozůstalé. Zpracování teoretické části vedlo zpracovatelku k další inspiraci zjistit více informací o tom, jak je péče organizovaná v praxi. To se splnilo realizací výzkumu, v kterém se zjistilo, jaká jsou specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácím hospici. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou formou polostandardizovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování. Informace byly zjištěny od čtyř účastnic výzkumu, kdy dvě pracovaly v mobilním hospici a dvě v hospici lůžkovém. Výzkumným šetřením se stanovila skutečnost, že informace vytěžené z literatury, díky kterým byla zpracovaná teoretická část na téma Role sestry v domácí hospicové péči, se shodují. Literatura udává specifika péče o nevléčitelně nemocné v domácích podmínkách obecně. Tato práce se zaměřila na detailnější popis práce sestry v domácím hospici. Výzkum, který probíhal v mobilním hospici a v lůžkovém hospici, zajistit potřebné informace k tomu, aby se zjistila odpověď na stanovené cíle. Ze získaných výsledků můžeme konstatovat, že vybraný mobilní hospic pracuje podle vydaných standardů hospicové a paliativní péče a dodržuje všechny předpisy APHPP.

Pro pomoc zviditelnit specifika mobilního hospice a péči sestry o nevléčitelně nemocné v domácích podmínkách je naplánovaný seminář v jedné obci České republiky, ve které bude jako výstup bakalářské práce zpracovatelka oznamovat občanům obce informace o možnosti využití mobilní hospicové péče a jak je tato péče poskytována.

Cílem APHPP je rozšiřovat mobilní hospice po celém území České republiky a zajistit tak hospicovou péči umírajícím nemocným v jejich domácích podmínkách, zkvalitnit život až do jejich úplného konce v prostředí, ve kterém se cítí nejlépe, a splnit to nejčastější přání umírajících – umřít doma.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. 1-17 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: [http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY\\_2016.pdf](http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY_2016.pdf)
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku* [online]. 1-13 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: [http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce hospicové péče pro ČR - final.pdf](http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce_hospicove_pecce_pro_CR_-_final.pdf)
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5334-8.
- Členové, © 2010. *Hospic*. [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/clenove>
- DELLWO, Adrienne, © 2018. What Is Chronic Pain?. *Verywellhealth* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/what-is-chronic-pain-4134684>
- FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2005. *Ošetrovatelstvo - teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-182-4.
- Formy hospicové péče, © 2010. *Hospic*. [online], [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece>
- HEGMONOVÁ, Eva, © 2011. Léčba bolesti a paliativní medicína. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/lecba-bolesti-a-paliativni-medicina/>
- Hospicová a paliativní péče, 2008. *Sestra*. Praha: Strategie Praha, **18**(12), 47-48. ISSN 1210-0404.
- KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KALA, Miroslav, 2014. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicína pro praxi* [online]. **11**(6), 266-268 [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>
- KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

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

KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

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

Morphine, © 2018. *NHS* [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/medicines/morphine/>

O bolesti, © 2009. *Osobní asistence* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=4>

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

ODBOR 22, © 2005. *Práva pacientů ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

Podmínky pro přijetí, © 2019. *Strom života* [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <http://www.zivotastrom.cz/podminky-pro-prijeti/>

Poslání Asociace, © 2010. *Hospic*. [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

SENDOR, Virginia F. a Patrice M. O'CONNOR, 1997. *Hospice and palliative care: questions and answers*. Lanham, Md.: Scarecrow Press. ISBN 0-8108-3308-5.

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

SINHA, © 2019. Morphine. *Drugs.com* [online]. Cerner Multum [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.drugs.com/morphine.html>

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007c. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej, 2007. MÍRNĚNÍ BOLESTI U UMÍRAJÍCÍCH NEMOCNÝCH. *KLINICKÁ FARMAKOLOGIE A FARMACIE* [online]. **21**(2), 59-61 [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://www.klinikafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/03.pdf>

SLÁMOVÁ, Regina et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.

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

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

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

Vize, © 2016. *Národní program paliativní péče* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <https://www.nppp.cz/>

Vyhláška č. 391/2017 Sb., © 2019. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

Vyhláška č. 99/2012 Sb. ze dne 30. 03. 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.zakonprolidi.cz/cs/2012-99>

Zákon č. 198/2002 Sb. ze dne 24. 05. 2002 o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>

Zákon č. 201/2017 Sb. ze dne 12. 07. 2017 kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 08. 12. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zdravotnické kolegium Charity Česká republika, © 2017. *Koncepce domácí hospicové péče Charity Česká republika* [online]. Charita Česká republika, 1-18 [cit. 2019-03-21].

Zpravodaj Rovnováha, © 2010. *Hospic*. [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/zpravodaj-rovnovaha>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
z.ú.	Zapsaný ústav
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
s.c.	Subkutánní (aplikace pod kůži)
i.m.	Intramuskulární injekce (aplikace do svalu)

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Podpora rodiny v paliativní péči (O'Connor a Aranda, 2005, s. 227).	27
Tabulka č. 2 - Počet pacientů, o které se sestry starají .....	44
Tabulka č. 3 – Průměrná doba péče, kterou sestra stráví u pacienta .....	44
Tabulka č. 4 – Činnosti, které sestra vykonává .....	45
Tabulka č. 5 – Jak je sestra vnímána rodinou .....	46
Tabulka č. 6 – Činnosti, které sestra vykonává při každé návštěvě u pacienta .....	46
Tabulka č. 7 – Dokumentace vykonané práce .....	47
Tabulka č. 8 – Postup sestry při úmrtí a péče o mrtvé tělo .....	48
Tabulka č. 9 – Rituály, které sestra dodržuje při úmrtí pacienta .....	49
Tabulka č. 10 – Jak sestra pracuje s pozůstalými .....	50
Tabulka č. 11 – Jak sestra stanovuje čas návštěvy u pacienta .....	51
Tabulka č. 12 – Velikost zařízení, v kterém sestra pracuje .....	52
Tabulka č. 13 – Jak probíhá první návštěva při příjmu pacienta do hospicové péče..	52
Tabulka č. 14 – Samostatnost sester při práci.....	54
Tabulka č. 15 – Nejčastější diagnózy pacientů .....	54
Tabulka č. 16 – Jsou-li v zařízení standardy péče o nevléčitelně nemocné.....	55
Tabulka č. 17 – Odlišení domácího hospice od lůžkového hospice .....	55
Tabulka č. 18 – Počet návštěv sestry u pacienta během směny.....	56
Tabulka č. 19 – Výhody v lůžkovém / mobilním hospici.....	56
Tabulka č. 20 – Nevýhody v lůžkovém / mobilním hospici.....	57
Tabulka č. 21 – Členové multidisciplinárního týmu.....	58
Tabulka č. 22 – Počet všeobecných sester v multidisciplinárním týmu .....	59
Tabulka č. 23 – Spolupráce mezi personálem .....	59
Tabulka č. 24 – Rozsah spolupráce v multidisciplinárním týmu.....	60
Tabulka č. 25 – Náplň práce sestry s pacientem a jeho rodinou.....	61
Tabulka č. 26 – Komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky.....	62
Tabulka č. 27 – Kolikrát je sestra v kontaktu s ostatními členy týmu .....	63
Tabulka č. 28 – Způsob komunikace mezi personálem.....	64
Tabulka č. 29 – Používaný typ dokumentace .....	64
Tabulka č. 30 – Schůzka multidisciplinárního týmu .....	65
Tabulka č. 31 – Shrnutí výsledků pozorování .....	71

## SEZNAM PŘÍLOH

P I – Smlouva o poskytování péče multidisciplinárního týmu mobilního hospice

P II – Etický kodex práv pacientů

P III – Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor

P IV – Pozorovací arch

P V – Vyplněný společný záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor

P VI – Vyplněný společný pozorovací arch



# PŘÍLOHA P I – SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU MOBILNÍHO HOSPICE

## SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU MOBILNÍHO HOSPICE

### Smluvní strany:

1)

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

(Dále Klient)

a

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

(Dále Pečující)

2)

\_\_\_\_\_ pobočný spolek \_\_\_\_\_ kraj

se sídlem \_\_\_\_\_

korespondenční adresa \_\_\_\_\_

IČ: \_\_\_\_\_ (dále jen Poskytovatel, též \_\_\_\_\_) níže uvedeného

dne, měsíce a roku uzavřeli tuto Smlouvu o poskytnutí péče multidisciplinárního týmu Mobilního hospice \_\_\_\_\_ (dále jen „Smlouva“):

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek I.**

**Rozsah poskytování péče multidisciplinárního týmu Mobilního hospice**

Klient a Pečující mají právo na dostupnost a péči multidisciplinárního týmu Mobilního hospice

(dále jen „*služba*“), což znamená:

- a) návštěvní činnost lékaře a sestry
- b) pohotovostní zdravotní službu 24h denně, případný výjezd v opodstatněných případech
- c) odborné sociální poradenství
- d) návštěvní činnost psychosociálního pracovníka
- e) návštěvní činnost pastoračního pracovníka, který pomáhá při vypořádání se s umíráním
- f) návštěvní činnost odlehčovací služby (služba zpoplatněna dle aktuálního ceníku)
- g) zapůjčení / zprostředkování zapůjčení kompenzačních pomůcek
- h) zapůjčení / zprostředkování zapůjčení zdravotnických pomůcek (kyslík, lineární dávkovač, odsávačka, aj.)
- i) praktickou pomoc při aktivní fázi umírání a následně po úmrtí Klienta v domácím prostředí
- j) účast Pečujícího na pravidelném setkávání pozůstalých v Klubkavárně po úmrtí Klienta
- k) možnost účasti pozůstalých dětí na setkávání dětského klubu

**Článek II.**

**Místo a čas poskytování péče multidisciplinárního týmu (MDT)**

- (1) Služby se poskytují na území Moravskoslezského, Zlínského a Olomouckého kraje, a to v domácnosti, kde se nachází Klient.
- (2) Služby členů multidisciplinárního týmu se poskytují ve všední dny obvykle v době mezi 8.00 a 16.00 h. V odůvodněném případě je možné využít nepřetržitých pohotovostních služeb i mimo uvedenou dobu (v noci, o víkendech a svátcích).
- (3) Místem poskytování péče je:
  - místo poskytování služeb odpovídá adrese bydliště Klienta
  - místo poskytování služeb odpovídá adrese bydliště Pečujícího
  - jiné místo poskytování služeb: \_\_\_\_\_

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek III.**

**Splnění podmínek péče**

(1) Klient / Pečující prohlašují, že znají a splňují podmínky přijetí do péče, uvedené v Článku III. odstavci (2) Podmínky přijetí do péče domácího hospice a níže. Pokud dojde ke změně a podmínky přestanou být Klientem nebo Pečujícím splňovány, je Poskytovatel oprávněn ukončit péči dle článku VII. odst. 5.

(2) Podmínky pro přijetí do péče mobilního hospice:

- a) Klient se svobodně rozhodl prožít závěr svého života v domácím prostředí a ve společnosti svých blízkých a je obeznámen se všemi důsledky svého rozhodnutí
- b) Klient trpí nevyлéčitelnou nemocí v pokročilém stádiu a byla mu ukončena léčba vedoucí k jeho uzdravení
- c) Klient zná svou diagnózu a on i jeho rodina souhlasí s paliativní terapií, tzn. léčbou, která je zaměřena na zvýšení kvality života eliminací nežádoucích příznaků
- d) péče je poskytována na základě platné Smlouvy, uzavřené mezi Klientem a mobilním hospicem
- e) alespoň jeden blízký je připraven převzít zodpovědnost za celodenní péči o Klienta
- f) Klient je indikován pro hospicovou péči či symptomatickou léčbu ošetřujícím, praktickým nebo hospicovým lékařem
- g) požadavky Klienta se shodují s výčtem činností organizace
- h) Klient a Pečující berou na vědomí, že vzhledem k domácí hospicové péči poskytované Poskytovatelem Klientovi je využití zdravotních služeb jakéhokoliv jiného poskytovatele zdravotních služeb zcela nežádoucí. Pokud by k využití jakýchkoliv zdravotních služeb poskytnutých jiným poskytovatelem zdravotních služeb došlo, je Klient a Pečující povinen neprodleně o tomto informovat.
- i) Klient netrpí žádným závažným infekčním onemocněním (viry, bakterie, paraziti), prokázání opaku bude důvodem k okamžitému ukončení péče.

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek IV.**

**Výše a způsob úhrady za péči multidisciplinárního týmu**

(1) Poplatek za zdravotní péči vykonávanou MDT je proplácen smluvními pojišťovnami ve specifickém rozsahu.

Platby pojišťovnami však zdaleka nestačí na plné pokrytí nákladů souvisejících s naší činností. Hospice a stejně tak i ten náš, jsou na podpoře z darů a příspěvků závislé a jen díky nim mohou fungovat.

**Článek V.**

**Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování péče multidisciplinárního týmu**

(1) Klient a Pečující prohlašují, že byli seznámeni s pravidly Poskytovatele pro poskytování péče multidisciplinárního týmu že si je přečetli a že jim porozuměli a zavazují se tato pravidla dodržovat.

(2) Tato a další pravidla, metodiky, směrnice ke službám jsou pro Klienta a Pečujícího k nahlédnutí v provozovně v pracovní dny od 13:00 do 15:00 hod., případně po předchozí domluvě v jinou dobu.

**Článek VI.**

**Poskytnutí osobních údajů**

(1) Klient a Pečující souhlasí s poskytnutím osobních údajů nutných pro vnitřní potřebu Poskytovatele. Osobní data jsou vnímána jako citlivá a je s nimi obezřetně zacházeno ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

(2) Klient a Pečující souhlasí s tím, že jejich osobní údaje nezdravotního charakteru mohou být dány k dispozici orgánům státní správy a samosprávy v rámci žádostí Poskytovatele o dotaci/grant.

(3) Zaměstnanci i dobrovolníci Poskytovatele jsou vázáni mlčenlivostí o osobních údajích, tato jejich povinnost trvá i po skončení pracovního poměru k Poskytovateli, resp. skončení spolupráce.

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek VII.**

**Platnost Smlouvy, výpovědní důvody a lhůty**

- (1) Smlouva se uzavírá na dobu určitou a to do konce kalendářního roku od podpisu Smlouvy.
- (2) Smluvní strany se mohou kdykoli dohodnout na ukončení smluvního vztahu.
- (3) Za datum ukončení Smlouvy je považován den úmrtí klienta. Do Smlouvy jsou zahrnuty i služby poskytnuté pozůstalým při okamžiku úmrtí a při komunikaci s pracovníky zodpovědnými za vystavení Listu o prohlídce zemřelého, pokud si to rodina přeje.
- (4) Klient a Pečující mohou společně, ve vzájemné shodě, Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta činí 3 dny od sdělení nebo doručení písemné výpovědi Poskytovateli. Ukončení Smlouvy je písemně zaznamenáno v dokumentaci.
- (5) Poskyvatel může Smlouvu vypovědět ve lhůtě 5 dnů, která počíná doručením písemné výpovědi Klientovi.
- (6) Poskyvatel může Smlouvu vypovědět s okamžitou účinností, pokud:
  - a) dojde k jednoznačné a neodstranitelné neslučitelnosti vzájemného očekávání smluvních stran ohledně možností, postupů, nebo cílů paliativní medicíny a Klient nebo Pečující nesouhlasí s navrhovanými léčebnými postupy
  - b) nastane oprávněná obava o bezpečnost zaměstnanců nebo dobrovolníků Poskyvatele při péči podle této Smlouvy
  - c) se ze strany Pečujícího změni okolnosti nezbytné pro řádné plnění této Smlouvy, nebo nastanou jiné závažné okolnosti, které učiní plnění této Smlouvy nemožným
  - d) nastane situace, za které nemůžeme dále nést odpovědnost za lékařskou a ošetrovatelskou péči. Jedná se zejména o případ, kdy Klient nebo Pečující, vědomě a přes opakované upozornění, neposkytuje potřebnou součinnost, nebo nedodrží nastavené léčebné postupy, nebo svévolně aplikuje léky. Pro zbývající služby multidisciplinárního týmu tímto dnem začíná běžet výpovědní lhůta dle článku VII. odst. 5 Smlouvy. Ukončení péče podle těchto ustanovení je písemně zaznamenáno v dokumentaci.
- (7) V případě výpovědi Smlouvy ze strany Poskyvatele nabídne Poskyvatel Klientovi nebo Pečujícímu, s přihlédnutím k jeho sociální a zdravotní situaci, kontakty k zajištění potřebných služeb

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek VIII.**

**Kontaktní osoba po úmrtí Klienta**

Kontaktní osoba je shodná s Pečujícím

Kontaktní osoba:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ PÉČE  
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU  
MOBILNÍHO HOSPICE**

**Článek IX.**

**Závěrečná ustanovení**

- (1) Touto Smlouvou zanikají všechny dříve uzavřené smlouvy či dohody se stejným či obdobným předmětem mezi Poskytovatelem a Klientem.
- (2) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (3) Smlouva může být měněna pouze písemnými dodatky.
- (4) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- (5) Pro případ, kdy Klient není schopen podpisu, ale vyjádřil souhlas se zněním Smlouvy ústně nebo konkludentně (například gestem) připojuje své jméno, příjmení, datum narození a podpis svědek, který byl tomuto úkonu přítomen.
- (6) Smluvní strany prohlašují, že si Smlouvu řádně přečetly, souhlasí s jejím obsahem a že byla sepsána podle jejich svobodné vůle, určitě, vážně a srozumitelně, nikoli v tísní za nápadně nevýhodných podmínek. Na důkaz toho připojují své podpisy.

V: \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

**Za Pečujícího:**

**Za Poskyvatele:**

Podpis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Za Uživatele:**

Podpis:

\_\_\_\_\_

Příp. jméno, příjmení, datum narození a podpis svědků dle článku IX. Odst. (5):

\_\_\_\_\_

Způsob souhlasu uživatele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **PŘÍLOHA P II – ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ**

*„Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992“ (Odbor 22, © 2005):*

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně



tam převezzen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

**PŘÍLOHA P III – ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO  
POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR**

<b>Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor</b>	
<b>Otázky</b>	<b>Odpovědi</b>
	<b>Účastnice výzkumu:</b>
1. Jak se jmenujete?	
2. Kolik máte let?	
3. Jakou školu máte vystudovanou?	
4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	
5. Jak dlouho pracujete v domácím hospici / lůžkovém hospici?	
6. Co vás přimělo k tomu, tuto práci vykonávat?	
7. Pracuji u Vás v zařízení na pozici všeobecné sestry i muži?	
8. Jaká je délka Vaší pracovní doby?	
9. Co musí pacient splňovat, aby byl přijat do hospicové péče?	
10. O kolik pacientů se během směny staráte?	
11. Jaká je průměrná doba péče strávená u pacienta během návštěvy?	
12. Popište mi stručně činnosti při vykonávání Vaší práce.	
13. Jak jste vnímána rodinou při péči o pacienta?	
14. Jaké výkony děláte při každé návštěvě u pacienta?	
15. Jak dokumentujete práci, kterou jste vykonala u pacienta?	
16. Jak postupujete při úmrtí pacienta a jaká je péče o mrtvé tělo?	
17. Existují nějaké rituály, které dodržujete při úmrtí pacienta?	
18. Jak obvykle pracujete s pozůstalými? Pokud pracujete, jak dlouho?	
19. Jak stanovujete čas návštěvy u pacienta?	
20. Jak velké je zařízení, ve kterém pracujete? (kolik má zaměstnanců)?	
21. Jak probíhá první návštěva u pacienta, který je přijat do Vaší hospicové péče?	

22. Pracujete u pacienta během obvyklé návštěvy samostatně?	
23. Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich pacientů?	
24. Existují u Vás nějaké standardy v oblasti péče o nevléčitelně nemocné?	
25. Jakým argumentem byste odlišila domácí hospic od lůžkového hospice?	
26. Kolikrát za jednu směnu navštívíte pacienta?	
27. Jaké jsou podle Vás výhody v mobilním / lůžkovém hospici?	
28. Jaké jsou podle Vás nevýhody v mobilním / lůžkovém hospici?	
29. Kdo patří do vašeho multidisciplinárního týmu?	
30. Kolik všeobecných sester je v multidisciplinárním týmu?	
31. Jak probíhá spolupráce mezi personálem?	
32. Je spolupráce ve Vašem multidisciplinárním týmu dostatečná?	
33. Co je náplní Vaší práce s pacientem a jeho rodinou?	
34. Komunikujete více s pacientem nebo jeho rodinnými příslušníky?	
35. Jak často jste v kontaktu s ostatními členy v týmu?	
36. Kontaktujete se spíše telefonicky, nebo osobně?	
37. Jaký typ dokumentace pacientů používáte (elektronická/psaná)? Je k dispozici celému multidisciplinárnímu týmu?	
38. Jak probíhá schůzka multidisciplinárního týmu? Stručně popište průběh schůze.	

## PŘÍLOHA P IV – POZOROVACÍ ARCH

<u>Pozorovací arch</u>				
<b>Technika výzkumu:</b> Zúčastněné pozorování				
<b>Pracoviště:</b>				
<b>Doba pozorování:</b>				
<b>Účastnice výzkumu:</b>				
Sledované jevy	Vyskytl se sledovaný jev?			Poznámka k pozorování
	ANO	ANO S NEDOSTATKY	NE	
1. Uvítala sestra nemocného a pečovatele podáním ruky?				
2. Byl při návštěvě u nemocného přítomný i jiný člen (rodina, pečovatel, dítě apod.)?				
3. Komunikovala sestra i s pečovatelem?				
4. Udržovala sestra s nemocným a pečovatelem během komunikace oční kontakt?				
5. Provedla sestra mytí rukou a dezinfekci rukou před a po kontaktu s nemocným?				
6. Zjišťovala sestra potřeby nemocného?				
7. Řešila sestra zjištěné problémy nemocného ihned?				
8. Použila sestra měřicí techniky nebo škály?				
9. Vykonalala sestra nějaké odborné výkony?				
10. Použila sestra během návštěvy u nemocného ochranné pomůcky?				

11. Byla součástí návštěvy edukace?				
12. Použila sestra během návštěvy u nemocného dokumentaci? Jak s ní pracovala?				
13. Nahlížel do dokumentace i nemocný a pečovatel?				
14. Odpovídala sestra na otázky od nemocného / pečovatele?				
15. Používala sestra odborné názvy, které by nemusel nemocný / pečovatel znát?				
16. Respektovala sestra přání nemocného?				
17. Dodržovala sestra plán péče?				
18. Plánovala sestra s nemocným další proces?				
19. Podala sestra informace o tom, jak řešit krizové situace?				
20. Měla sestra na nemocného dostatek času?				
21. Strávila sestra celý naplánovaný čas u nemocného?				
22. Došlo při pozorování k úmrtí nemocného?				
23. Rozloučila se sestra při odchodu?				

**Mimořádné události během pozorování:**

## PŘÍLOHA P V – VYPLNĚNÝ SPOLEČNÝ ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR

Společný záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor				
Otázky	Odpovědi			
	Institucionální hospicová péče		Domácí hospicová péče	
	Účastnice výzkumu 1	Účastnice výzkumu 2	Účastnice výzkumu 3	Účastnice výzkumu 4
1. Jak se jmenujete?	<i>PN</i>	<i>AD</i>	<i>JJ</i>	<i>LJ</i>
2. Kolik máte let?	<i>42</i>	<i>36</i>	<i>35</i>	<i>40</i>
3. Jakou školu máte vystudovanou?	<i>Střední zdravotnickou (maturita 1994) a nástavbu, sestra pro psychiatrii.</i>	<i>Střední zdravotnickou (maturita 2002).</i>	<i>Střední zdravotnickou (maturita 2003).</i>	<i>UTB Zlín, bakalář Všeobecná sestra.</i>
4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	<i>24 roků.</i>	<i>15 roků.</i>	<i>14 let.</i>	<i>Od 19ti let.</i>
5. Jak dlouho pracujete v domácím hospici / lůžkovém hospici?	<i>7 let a 7 měsíců.</i>	<i>12 roků.</i>	<i>Přes rok.</i>	<i>Rok přesně.</i>
6. Co vás přimělo k tomu, tuto práci vykonávat?	<i>Změna.</i>	<i>To, že jsem vůbec nevěděla, do čeho jdu.</i>	<i>Úplně jiný způsob práce sestry.</i>	<i>Já jsem potřebovala změnu.</i>
7. Pracují u Vás v zařízení na pozici všeobecné sestry i muži?	<i>Ne.</i>	<i>Jo, byl tu jeden. Ale teď ne.</i>	<i>Ano.</i>	<i>Ano.</i>
8. Jaká je délka Vaší pracovní doby?	<i>12ti hodinové směny.</i>	<i>12 hodin.</i>	<i>Papírově 8 hodin a nepapírově jsme zařízení, kde naše sestřičky jsou k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu, takže pořád jsme k dispozici pacientům.</i>	<i>8 a půl hodiny.</i>
9. Co musí pacient splňovat, aby byl přijat do hospicové péče?	<i>Většinou by měl mít onkologickou diagnózu, ve stádiu, kdy už nelze léčit. Máme třeba Alzheimer v terminálním stádiu nebo ty stařecké demence. Není to vždycky jen onkologická diagnóza.</i>	<i>Měl by mít nevléčitelnou nemoc. Jeho stav musí být hodně špatný.</i>	<i>Jedná se o pacienty, kteří jsou onkologičtí nemocní, mají ukončenou léčbu, chtějí umřít doma, i rodina si to přeje, a musí mít nějakou osobu, která se doma o něj postará. Nesmí tam ten člověk zůstat sám</i>	<i>Že je onkologicky nemocný, nebo úplně terminálně nemocný, kdy je ukončena veškerá kurativní léčba. A další věc pro nás důležitá je, že musí mít pečujícího 24 hodin.</i>
10. O kolik pacientů se během směny staráte?	<i>Podle toho, kolik slouží sestra. Až 14 pacientů.</i>	<i>Pokud jsme dvě sestry, tak v průměru o 6 klientů. A pokud jsem sama, tak o 12.</i>	<i>Celkově máme kapacitu každá sestřička 5 až 7 pacientů.</i>	<i>Já mám teď momentálně 3 pacienty.</i>
11. Jaká je průměrná doba péče strávená u pacienta během návštěvy?	<i>Snažím se co nejdéle, když mě ten člověk potřebuje a průměrná... 5 minut? Ale je jich více, snažím se</i>	<i>Může to být 10 minut? A z toho to může být ¼ hodiny.</i>	<i>Kolem hodiny. Někdy je to samozřejmě víc, tak jak to potřebuje pacient nebo ten jeho zdravotní stav.</i>	<i>Hodina.</i>

	<i>za ten den, se tam podívat několikrát.</i>			
12. Popište mi stručně činnosti při vykonávání Vaší práce.	<i>Začíná se hygienou, tlaky, glykémie, převazy. Já si jdu chystat léky na lačno, roznesu léky na lačno, napíchám injekce, inzulin, vyrazím s léky, lineární dávkovače. Pokud je příjem, tak jdu k příjmu. Někdy i krmím, když je potřeba, přebalování, polohování, píšu hlášení.</i>	<i>Standardní hygiena, rozdávání léků, můžu pomoci i se snídaní, s polohováním, pokud je tam rodina tak komunikace s rodinou, polední léky, obědy, popolední přebalování, svačinky, kávy, návštěvy, pak strávím čas u zaznamenávání a odporné výkony: rozdávání léků, infuze, dávkovače, píchání injekcí.</i>	<i>Přijdeme, změříme tlak, změříme fyziologické funkce a řešíme, co zrovna toho pacienta trápí. Pak je to hlavně i o té komunikaci s tím pacientem, navázání nějakého vztahu A řeší se samozřejmě i psychologické věci.</i>	<i>Měření vitálních funkcí a já momentálně nemám úplně co u těch lidí vykonávat než kontrola stavu. Kromě jednoho pána, kdy převazuju PICC a dávám mu do toho léky, ale jinak většinou je to konverzace. Spíš ta psychická podpora jak u toho pacienta, tak hlavně u těch pečujících.</i>
13. Jak jste vnímána rodinou při péči o pacienta?	<i>Já osobně si myslím, že já dobře. Že opravdu cítím od těch rodin zpětnou vazbu, perfektní.</i>	<i>Myslím si, že to u každého je asi jiné. Máte rodinu, která vás tam chce co nejmíň. Že se chce starat sama o toho klienta. A pak máte rodinu, která všechno nechá na vás. Ale v průměru asi jsou rádi, že všechno děláme my.</i>	<i>Snažíme se, abychom byli vnímáni jakoby součástí té rodiny. Je to hlavně o té podpoře, tím, že ti lidi vnímají, že ví, na koho se mají obrátit, ví, kam můžou zavolat a ví, že na to nezůstanou sami. Ví, že přijedeme a zařídíme všechno, co bude třeba, takže je to pro ně taková podpora a úleva.</i>	<i>Dobře. Někdo nemá vůbec problém a někdo je víc takový uzavřenější, tak já si myslím, že si docela rychle zvyknou a jsou rádi, že tam jezdíme.</i>
14. Jaké výkony děláte při každé návštěvě u pacienta?	<i>Většinou upravím polohu, dám napít. Pokud už na ten pokoj opravdu jdu, tak udělám to, aby ten člověk se cítil dobře. Spravím mu polštář, oslovím ho hezky, zeptám se, jestli se cítí dobře, nebo jestli má bolesti, ať se vyjádří.</i>	<i>No vždycky nevím, asi usměju se. No já myslím, že pokaždé to je jiné. Rozhodnu se asi na tom místě, že se rozhlédnu a zhodnotím, co by ten klient asi potřeboval.</i>	<i>Měříme fyziologické funkce a zjišťujeme stav pacienta. Bavíme se, jestli jsou bolesti, nejsou bolesti, jak se cítí, jaký je příjem stravy, jestli je schopen ještě něco sníst, výdej. I ta komunikace s tou rodinou, to je důležité, najít si ten prostor a čas, který máme u těch pacientů, dozvědět se něco víc o té</i>	<i>Měření vitálních funkcí.</i>

			<i>rodině, aby to bylo takové příjemnější.</i>	
15. Jak dokumentujete práci, kterou jste vykonala u pacienta?	<i>Píšeme hlášení a napíšu všechno do toho hlášení.</i>	<i>V záznamu realizace péče.</i>	<i>U každého pacienta máme dekurz, do kterého zapisujeme veškeré věci, co se děly v ten den nebo k jakým změnám došlo a to samé potom přepisujeme do počítačové karty pacienta.</i>	<i>Máme dekurz papírový, který je přímo u pacienta doma po celou dobu té péče naší. A potom musím i zaznamenat to, co jsem tam provedla, jak ten pacient vypadá objektivně, subjektivně v počítači v kartě pacienta.</i>
16. Jak postupujete při úmrtí pacienta a jaká je péče o mrtvé tělo?	<i>Tělo se umyje, dá se do pořádku, aby nebylo od zvratků, od stolice. Dáme plenu, empír bílý, pod hlavu polštářek smuteční s černým okrajem. Když mají kytičku nebo růženec, tak dám do rukou. Volá se lékař. Oznámí se to rodině. Tělo musí zůstat 2 hodiny na pokoji, poté se sváží do rozlučkové místnosti, kde se čeká na pohřební službu. Když má rodina požadavek, tak převlékáme do smutečních šatů. Je to dle přání rodiny. A popisujeme na nohu datum narození, jméno, rodné číslo, úmrtí plus hodina. Potom štítek se dává na kotník.</i>	<i>Pokud je tam rodina, tak je necháme samozřejmě, jak dlouho chtějí u něho pobýt, pokud si přeji, abychom jim my dali smuteční oblek, tak vyjdeme vstříc a určitě ho dáme. Když tam není ta rodina, tak provedeme hygienu těla, napíšeme iniciály, a kartičku zavážeme na dolní končetinu. Oblečeme ho, pokud nemá smuteční oblek, tak mu dáme empír a všechno čistě prádlo. A necháme ho na tom pokoji.</i>	<i>Rodina volá, že došlo k úmrtí, my přijíždíme na místo, kdy hlavně komunikujeme s tou rodinou, jak ona by si to přála. Naší práci je samozřejmě postarat se o to mrtvé tělo, co se týká hygieny, oblečení. Voláme koronera, asistujeme koronerovi, voláme pohřební službu, čekáme na příjezd pohřební služby. Ne každá rodina si samozřejmě přeje umýt toho člověka, nachystat ho, někteří chtějí, někteří nechťejí, někteří chtějí si to udělat sami, někteří nejsou schopni to zvládnout, takže to děláme všechno sami.</i>	<i>Oni nám zavolají, tak já se je snažím nějakým způsobem uklidnit po telefonu a řeknu, že hned vyjždím na místo. Jakmile dojdu na místo, tak zhodnotím situaci, vidím nejisté známky smrti, tak první volám 155, ve Zlínském kraji, kde jsem já. Oni kontaktují potom koronera, když jsou na Olomouckém kraji, tak tam je vlastně jenom erzeta. A vyčkááme příjezdu. S tím tělem nic nedělám, maximálně se snažím to tělo narovnat a podvážeme bradu. Po odjezdu těch koronerů nebo té erzety, se ptám rodiny, jestli chce oblékat pacienta, provedu základní očistu těla, výměna pleny a nachystáme věci pro pohřební službu.</i>
17. Existují nějaké rituály, které dodržujete při úmrtí pacienta?	<i>Já otevřu okno a snažím se nějak toho pacienta nazdobit. Třeba tím růžencem, nebo když tam mají obrázky od dětí nebo vnučat tak</i>	<i>Já vždycky udělám křížek na čele, a otevřu okno.</i>	<i>Nemám žádné.</i>	<i>Tak vždycky kondolence. Úplně ten nejzákladnější, to jim teda říkám i po telefonu těm lidem, otevřít okno, zapálit svíčku.</i>



	dám třeba na hrudník ten obrázek.			
18. Jak obvykle pracujete s pozůstalými? Pokud pracujete, jak dlouho?	<i>Jsmo s nimi v kontaktu. Posílají se vzpomínkové pohlednice za nějakou dobu a jednou ročně se v tom roce, v kterém ten dotyčný zemřel, zvou na setkání pozůstalých. A probíhá tady takové pěkné setkání. Je to s paní ředitelkou. Začíná to mší, potom se posedí u kávy a zákusku, zapálí svíčky v lucerničkách, nese se to na zahradu a tam se to ukončí.</i>	<i>Já myslím, že to je taky individuální. Cítíte, že s ním máte zůstat a být déle a u někoho je to třeba do půl hodiny. Jo, nevím. Jednou jsem měla dceru, od její maminky, s kterou jsem strávila skoro 5 hodin v kuse i s úmrtím její maminky. Takže to je asi tak, jak to vycítíte. No jednou ročně je tu setkání pozůstalých.</i>	<i>Po tom úmrtí probíhá jedna pozůstalostní návštěva v té rodině, kde zjišťujeme jejich potřeby, kdy si chtějí/nechtějí povykládat a potom se odvíjí i ty další návštěvy. Některé rodiny už s námi nechtějí nic mít. A závisí to na té době před tím. Čím je kratší, tak tím ta návaznost potom je špatná. A čím je delší to období, tak i ty pozůstalostní návštěvy bývají častější, pravidelné. A máme i klub pozůstalých, takže mají možnost ta rodina se potom přímo scházet.</i>	<i>Je to individuální. Když jsou rozloženi psychicky, tak se snažím nějakým slovem uklidnit. To vycítím dle situace. Někdy stačí prostě jenom obejmouti, pohlázení, takže já většinou je obejmu, a většinou lidem to nevádí. Pak dle té situace. Někdy to vycítím, když je tam třeba plno lidí z rodiny.</i>
19. Jak stanovujete čas návštěvy u pacienta?	<i>Nestanovujeme, neomezený.</i>	<i>Nijak.</i>	<i>Dle zdravotního stavu. Můžeme se domluvit na určitý čas, ale ty rodiny jsou srozuměné s tím, že to vyjde, nevyjde.</i>	<i>Většinou to tak nějak už mám zafixované. Když mám jednoho pacienta delší dobu a jezdím k němu v půl devět, v devět hodin ráno, tak když mám potom nové pacienty, tak si to uzpůsobuju dle toho.</i>
20. Jak velké je zařízení, ve kterém pracujete? (kolik má zaměstnanců?)	<i>Personál tak 30.</i>	<i>Zaměstnanců, nevím. 30 určitě zdravotníků i s pečovatelkami a dalších 20, co se týká administrativy.</i>	<i>Sestřiček je nás tady asi 20. plus vrchní, staniční, a ředitelka, účetní, odlehčovací služby, psychoporadkyně, sociální pracovníce.</i>	<i>Já nevím. 50?</i>
21. Jak probíhá první návštěva u pacienta, který je přijat do Vaší hospicové péče?	<i>Vrchní sestra se seznámí, řekne kde je a seznámí klienta s postupem, co tady, podle toho, v jakém je stavu. A pak už se u nich střídá každý. Já se</i>	<i>Takže přijdu na pokoj, představím se mu, podám mu ruku. Pokud je schopný, tak si s ním popovídám, o tom, odkud přišel, že mu</i>	<i>U nás první návštěva je takzvaná zjišťovací, že se zjistí, jestli ten pacient je pro nás vhodný, jestli ho přijmeme, anebo jestli rodina chce</i>	<i>Tam je to hlavně hodně o mluvení, o vysvětlení, jak ta naše péče probíhá, co se té zdravotní stránky týče, jaké služby nabízíme, vysvětluju jim,</i>

	<p>představím, změřím funkce a řeknu, co potřebuju. Poptám se na bolest, podívám se, jestli nemá defekty.</p>	<p>změřím základní funkce. Ještě si s ním povídám chvíli a pak mu řeknu, že přijde lékař, že ho vyšetří, poví mu všechny otázky. Všecko mu ukážu na tom pokoji, a pak už nechám doktora, ať je s tím klientem a v průběhu té doby za ním ještě přicházím, častěji, pokud něco nepotřebuje a jaký je jeho zdravotní stav.</p>	<p>nás. My mu povykládáme, co jsme schopni nabídnout, jak je péče náročná o toho člověka a pak se teprve rozhoduje, jestli ho přijmeme. A samostatný příjem se domluví s paní doktorkou, přijede paní doktorka, podívá se, poslechne, zjistí, přečte si zprávy, udělá se nějaký návrh řešení toho, co by mohlo nastat, nějakých problémů a komplikací, zapíše se to do počítače, a od té doby máme prostor k tomu, abychom tam mohli jezdit.</p>	<p>jakým způsobem fungujeme. Měřím vitální funkce, vypisuju si náš příjmový sesterský dokument, vysvětluju péči, a pak popsat, co bude následovat, jak se o ně budeme starat.</p>
22. Pracujete u pacienta během obvyklé návštěvy samostatně?	<p>Já na to nejsem sama. Pokud jdu píchnout injekci tak jdu sama, ale když je to nějaký složitý klient pro nás psychicky, třeba tam je rodina, která je náročná, tak radši jdeme ve dvou, ať se podpoříme.</p>	<p>Jak kdy. Zvládnu i samostatně, a někdy potřebuju pomoci. Je to individuální.</p>	<p>(přikývnutí) Jezdíme sami.</p>	<p>Ano.</p>
23. Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich pacientů?	<p>Nádory, rakoviny, demence, Alzheimer, v terminálním stádiu.</p>	<p>Rakovina, Alzheimer, demence, mozkové příhody.</p>	<p>Spíš to jsou onkologičtí nemocní pacienti.</p>	<p>Onkologická. Jakákoliv onkologická.</p>
24. Existují u Vás nějaké standardy v oblasti péče o nevyлéčitelně nemocné?	<p>Jasně, jich je hrozně moc.</p>	<p>Jo. Určitě máme na sesterně.</p>	<p>Určitě.</p>	<p>Máme normálně standardy klasicky.</p>
25. Jakým argumentem byste odlišila domácí hospic od lůžkového hospice?	<p>V tom že prostě doma je doma.</p>	<p>Tak ti lidi jsou hlavně doma se svými blízkými. Sestra je tam na zavolání.</p>	<p>Ta péče si myslím, že je stejná, v tom rozdílu, že my jezdíme k pacientům domů, a ten pacient si opravdu přeje umřít doma a ta rodina si to přeje.</p>	<p>Tak určitě je to v domácím prostředí. A to je pro ně nejpřirozenější, nejlepší, co pro ně může být. To na nich vidím pořád, oni chtějí umřít ve své vlastní posteli.</p>
26. Kolikrát za jednu směnu navštívíte pacienta?	<p>Snažím se třeba 8x.</p>	<p>Cca tak víc jak 10 určitě.</p>	<p>Záleží dle zdravotního stavu. K některým</p>	<p>To je individuální. Když to mám zprůměrovat, tak</p>

			pacientům jezdíme 3x týdně a když to zdravotní stav vyžaduje, tak jedeme i 5x za den.	jednou denně. Ale samozřejmě, když ten stav se zhorší, nebo je nějaký vážný, tak i víckrát.
27. Jaké jsou podle Vás výhody v mobilním / lůžkovém hospici?	Určitě to není tak psychicky náročné podle mě, jak pro tu jednu sestřičku. Mně vyhovuje, že nejsem úplně na tu práci sama, a zároveň, jsem s různými lidmi.	Může mít ten efekt toho, že tu mají lékaře. Taková ta hodně psychická podpora toho, že ten lékař tady je. Ta péče je tady nepřetržitě, 24hodin. Ty pokoje jsou tady pěkné a může si ten klient, ta rodina přizpůsobit podle sebe.	Výhodou a nejdůležitější, proč si pacienti vybírají mobilní hospic, je to, že jsou doma.	To domácí prostředí. Je to tam klidnější, je to tam na pohodu, prostě jsou tam spokojeni, šťastní, že jsou doma.
28. Jaké jsou podle Vás nevýhody v mobilním / lůžkovém hospici?	Že to není doma, úplně. Byl to je 24hodin otevřený ústav. Vadí mi, že pořád chybí personál, a že není víc zaškolený personál pro hospice.	To prostředí, ve kterém se cítí dobře, bezpečně. Pokud tady není ta rodina, tak ta rodina, že jim tady chybí. A navíc všechno jim to tady může připadat jako nemocniční prostředí.	Pro ty rodiny je nevýhoda asi v tom, že ta péče je fakt 24 hodinová a oni musí to vydržet, když si za tím stojí. Jsou případy, kdy rodina se rozhodne, že nechá si člověka doma, ale pak už to nezvládne, tak ho stejně přeloží do kamenného hospice.	Ti pečující si to rozmyslí, že to nezvládnou a z toho domácího prostředí je odvezen do kamenného hospice třeba, anebo do nemocnice.
29. Kdo patří do vašeho multidisciplinárního týmu?	Sestry, pečovatelky, staniční, vrchní, lékařka, primář, ještě jedna doktorka, lékaři na příslužbách, uklízečky, vrátní, kuchařky, dobrovolní, duchovní, sociální, ředitelka a její pomocnice, fyzioterapeuti, poradkyně pro pozůstalé.	Sestřičky, pečovatelky, lékař a staniční sestra, vrchní sestra. Sociální, farář, aktivizační pracovnice, dobrovolníci.	Zdravotní personál, odlehčovací personál, což jsou ošetřovatelky. Potom teda sociální pracovnice, a sestřičky psychopodpora nebo oliporadna. A potom máme i sestřičku, která vykoná funkci kaplana.	Lékař, zdravotní sestry, odlehčovací asistenti, poradna, psychoterapeuti a sociální pracovníci.
30. Kolik všeobecných sester je v multidisciplinárním týmu?	Neřeknu přesný počet, dvanáct? Furt někdo odchází, přichází.	Já myslím, že tak 15.	20, plus k tomu v těch odlehčovaček vůbec nevím, kolik jich je, jestli jich je 10 nebo taky 20, to nevím.	Asi kolem 15?
31. Jak probíhá spolupráce mezi personálem?	Někdy bojujeme. V podstatě sestra zastane pečovatelku kdykoliv, pečovatelka	Já myslím, že je to tady takové individuální. Že když si rozdělíme ráno směnu, tak	Prioritní se staráme o pacienta my jako zdravotní sestřičky. A pokud je potřeba, nebo	Já si myslím, že perfektně.

	<p>nezastane sestru. Když je potřeba tak poradím vždycky, co jsou mé kamarádky, tak si zavoláme, svěříme si něco, co jsme tady prožili a třeba potřebujeme poradit.</p>	<p>asi víte, co od každé můžeme čekat.</p>	<p>rodina si vyžádá někoho jiného z toho týmu, tak my samozřejmě ho kontaktujeme, řekneme, co tam je za problém, předáme informace, co se tam děje, neděje. A ta další součást toho týmu si tam potom zajede na návštěvu, zjistí potřeby od toho klienta a pak už si to řeší sama a samozřejmě si dáváme zpětné vazby.</p>	
<p>32. Je spolupráce ve Vašem multidisciplinárním týmu dostatečná?</p>	<p>Ne, nevím, někdy je to horší.</p>	<p>Ne. Není, protože my tu vlastně prakticky nevedeme žádný takový tým. Pečovatelky, sestry, lékař a takhle, že bychom si sedli tak to tady není. To že tady je nějaké sociální, kdy sedíte se sociálními, pečovatelky, sestry, farář, a vlastně ta, co dělá pro pozůstalé tu pomoc, tak to tady je. Jednou, dvakrát týdně, jako to jo. Ale s lékařem si neseďme.</p>	<p>Dostatečná, jako myslím si, že jo.</p>	<p>No, jsou tam nějaké věci, co by se trošičku mohly zlepšit, to určitě, ale já si myslím, že jo. Že si vycházíme vstříc, nebo vůbec pomáháme celkově.</p>
<p>33. Co je náplní Vaší práce s pacientem a jeho rodinou?</p>	<p>Musíme i tu rodinu nějak opečovávat, protože oni trpí tím, že jim odchází blízký, takže i kolikrát, jim nabídneme aspoň kávu, nebo řekneme kdykoliv, kdy mají problém nějaký nebo se přijít za námi svěřit, nebo tam pošleme právě tu poradkyni pro ty pozůstalé.</p>	<p>Tak moji náplní je to, aby byl ten člověk spokojený, ta rodina hlavně. Aby, krom toho, že dělám tu základní péči, tak aby se cítili dobře, hlavně ten klient.</p>	<p>Pro nás je nejdůležitější, aby ten člověk byl v klidu, v pohodě, neměl bolesti, dobře se mu dýchalo, a neměl potíže s příjmem potravy. Aby nezvracel, nebylo mu špatně. A samozřejmě i psychicky, aby byl na tom dobře. Všechno řešíme s tím pacientem, a když je pacient</p>	<p>Úplně nejvíc ta psychopodpora. Potom zasaturování těch symptomů, co můžou být bolesti, zvracení, dušnost, ale já si myslím, že úplně nejvíc, je ta komunikace a ta podpora</p>

			<p>v pohodě, spokojený, tak je spokojená ta rodina. Pokud se řeší nějaké problémy u toho pacienta, tak s tou rodinou je to hlavně o komunikaci. My se snažíme je na všechno připravit, upozornit, říct a je to tam hlavně ohledně té komunikaci.</p>	
34. Komunikujete více s pacientem nebo jeho rodinnými příslušníky?	<p>Pokud je tu rodina a ten člověk nějak není schopen tak samozřejmě s rodinou, ale většinou já se snažím vždycky mluvit k tomu pacientovi, pokud on je schopen odpovídat.</p>	<p>Asi nejvíc s klientem, ale potom s tou rodinou.</p>	<p>Záleží, o jakého pacienta se jedná. Pokud je to nějaký starší člověk, tak si povídáme, co dělal celý život, kolik má dětí, vnoučat atd. a všechny ostatní věci se řeší s rodinou. Pokud je to mladší člověk, který má 60 let, tak to řešíme všechno s tím klientem.</p>	<p>Záleží na tom, v jakém stavu ten pacient sám je. Ale spíš teda s pečujícíma.</p>
35. Jak často jste v kontaktu s ostatními členy v týmu?	<p>Jsou schůzky každý týden. Pondělky je se sociálními pracovníci, čtvrtky je s duchovními, pátky jsou setkání s tím duchovním, tam se vzpomene na ty, co zemřeli ten týden minulý.</p>	<p>Když mám směnu, tak polovinu směny jsem s lékařem, s vrchní, staniční sestrou a 12 hodin s pečovatelkou. A sociální taky každý den nebo aktivizační pracovník.</p>	<p>Každé úterý se tady scházíme a předáváme si veškeré informace, nebo neustále si předáváme informace o těch našich pacientech, a jinak, když potřebujeme, tak si voláme.</p>	<p>Jednou týdně pravidelně. Když něco tak v průběhu týdne.</p>
36. Kontaktujete se spíše telefonicky, nebo osobně?	<p>Osobně, jako takhle v práci, když je potřeba tak se to řeší všechno.</p>	<p>Často už telefonicky, protože pobíhají všude možně.</p>	<p>Tím, že se setkáváme jednou týdně, tak to je osobně, ale telefonicky jsme schopni si zavolat kdykoliv a předat si informace.</p>	<p>Telefonicky.</p>
37. Jaký typ dokumentace pacientů používáte (elektronická/psaná)? Je k dispozici celému multidisciplinárnímu týmu?	<p>Elektronickou. Pečovatelky k tomu přístup nemají, ty mají svoje papíry. To si nemyslím, že by všichni mohli tak nahlížet.</p>	<p>Elektronickou. Nepečovatelka a aktivizační pracovník taky ne. A sociální, teď si nejsem jistá.</p>	<p>Všchno je psané, všechno je i elektronické. K dispozici. Ano. <b>Může nahlížet i rodina?</b> Jako do elektronické určitě ne, do psané, papíry necháváme u pacienta, ale</p>	<p>My máme obě dvě. Psanou u pacienta a elektronickou máme doma na zápisy. Ano je k dispozici celému multidisciplinárnímu týmu. <b>I tomu pečujícímu, té rodině?</b> Ta psaná</p>

			<p><i>myslím si, že tam nikdo takhle nechodí, že by to kontroloval nebo se díval.</i></p>	<p><i>forma ano, protože to tam je u nich v deskách, ale ta elektronická je jenom pro nás, ale pro ten celý tým.</i></p>
<p>38. Jak probíhá schůzka multidisciplinárního týmu? Stručně popište průběh schůzky.</p>	<p><i>My nemáme takové schůzky. Jak říkám, jenom s téma duchovními. Jde se přesně po pokojích, jak který pacient je zhoršený a jestli chce mše, jestli chce povídání s téma duchovníma, že by ho oni navštívili, a když je schůzka se sociálníma, tak taky přesně, jak který pacient se zhoršil, co u něho by se mohlo udělat dál, líp a tak.</i></p>	<p><i>Takže to se vlastně sejde celá směna, nahoře i dole vlastně. Jdeme pokoj, po pokoji ty hospicové a probíráme, jak je ten klient na tom, jaké jsou naše postřehy. Projíždíme takhle ten seznam od těch lidí a zjišťujeme tak, jak ho každý vidí, kdo by mohl vnést něco nového, jakou pomoc.</i></p>	<p><i>Setkáváme se jednou týdně, kdy se řeší každý pacient, kterého máme zrovna v té dané chvíli v péči, a řeší se jeho zdravotní stav, jestli došlo k nějaké změně, zhoršení, jaké léky používá, jaké léky bude třeba používat, necháváme si psát recepty od paní doktorky a řeší se, co bude dál. Řeší se nové příjmy, které budou, a bavíme se o těch úmrtích, co byly. Třeba si řekneme nějaké věci, které by nám mohly později pomoci v té naší práci rozvinout se.</i></p>	<p><i>První část je taková, že jsou tam ty složky multidisciplinární, ten zástupce té dané oblasti, sociální, psychopradna a zdravotní. A my projíždíme pacienta po pacientovi a říkáme jaká je tam změna. To je ta první část. Vždycky se dělá i zápis u toho a potom se sejdeme úplně všichni a je taková obecná, kdy vrchní sestra přečte obecně různé věci, co se týká nás všech. Třeba výměna pneumatik, nebo že bude probíhat školení řidičů. To se uzavře, a potom probíhá diskuze, chce se po nás nějaká kazuistika, někdo třeba vypíchne něco zajímavé. Je nás tam spousta, kdo má více zkušeností, tak poradí.</i></p>

## PŘÍLOHA P VI – VYPLNĚNÝ SPOLEČNÝ POZOROVACÍ ARCH

Společný pozorovací arch				
Sledovaný jev	U1	U2	U3	U4
1. Uvítala sestra nemocného a pečovatele podáním ruky?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
2. Byl při návštěvě u nemocného přítomný i jiný člen (rodina, pečovatel, dítě apod.)?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
3. Komunikovala sestra i s pečovatelem?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
4. Udržovala sestra s nemocným a pečovatelem během komunikace oční kontakt?	<b>ANO</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
5. Provedla sestra mytí rukou a dezinfekci rukou před a po kontaktu s nemocným?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>
6. Zjišťovala sestra potřeby nemocného?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
7. Řešila sestra zjištěné problémy nemocného ihned?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>
8. Použila sestra měřicí techniky nebo škály?	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
9. Vykonal sestra nějaké odborné výkony?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
10. Použila sestra během návštěvy u nemocného ochranné pomůcky?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
11. Byla součástí návštěvy edukace?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>

12. Použila sestra během návštěvy u nemocného dokumentaci? Jak s ní pracovala?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
13. Nahlížel do dokumentace i nemocný a pečovatel?	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
14. Odpovídala sestra na otázky od nemocného / pečovatele?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
15. Používala sestra odborné názvy, které by nemusel nemocný / pečovatel znát?	<b>NE</b>	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
16. Respektovala sestra přání nemocného?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
17. Dodržovala sestra plán péče?	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
18. Plánovala sestra s nemocným další proces?	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
19. Podala sestra informace o tom, jak řešit krizové situace?	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
20. Měla sestra na nemocného dostatek času?	<b>ANO S NEDOSTATKY</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
21. Strávila sestra celý naplánovaný čas u nemocného?	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
22. Došlo při pozorování k úmrtí nemocného?	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
23. Rozloučila se sestra při odchodu?	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>