

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Ing. Kristýna Doubková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kompetence všeobecné sestry v paliativní péči

Bakalářská práce

2024

Ing. Kristýna Doubková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Ing. Kristýna Doubková
Osobní číslo: Z21265
Studijní program: B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství
Téma práce: Kompetence všeobecné sestry v paliativní péči
Téma práce anglicky: Competency of nurse in palliative care
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-262-1968-2.
- KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. Všeobecná sestra. In: *Národní soustava péče o pacienty*. [online]. © 2017 Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
- RADBRUCH, L. et al., 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. In: *cestadomu.cz* [online]. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z <https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory>
- RADBRUCH, L. et al., 2020. Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain Symptom Management* [online]. Madison, WI: Dept. of Anesthesiology, University of Wisconsin–Madison, 60(4), 754-764 [cit. 2023-09-30]. ISSN: 1873-6513. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- SLÁMA, O. et al., 2022. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. 352 s. ISBN 978 80 7492 627 3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

LS.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kompetence všeobecné sestry v paliativní péči jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26.4.2024

Ing. Kristýna Doubková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za pomoc, kterou mi poskytovala během celého procesu tvorby bakalářské práce, za její cenné rady, pozitivní přístup a podporu. Dále bych chtěla poděkovat sestřám, které průzkumným rozhovorům věnovaly svůj čas. A v neposlední řadě také všem, kteří mi pro sepsání práce vytvořili prostor, byli pomocí a oporou.

ANOTACE

Tato práce se zabývá kompetencemi všeobecných sester v týmu mobilní specializované paliativní péče. V teoretické části řeší problematiku paliativní péče, její definování, filozofické a etické aspekty, její úrovně a formy, dále popisuje pojem kompetence a zabývá se kompetencemi všeobecné sestry. V průzkumné části zjišťuje, jaké kompetence jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování specializované paliativní péče v terénu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Paliativní péče, mobilní specializovaná paliativní péče, všeobecná sestra, kompetence

TITLE

The competency of nurse in palliative care

ANNOTATION

This thesis examines the competency of nurses in a mobile specialist palliative care team. In the theoretical part, it addresses the issue of palliative care, its definition, philosophical and ethical aspects, its levels and forms, it also describes the concept of competency and discusses the competency of the nurse. In the exploratory part, it identifies what competencies are needed from the point of view of a nurse working in a mobile specialized palliative care team to provide specialized palliative care in the field.

KEYWORDS

Palliative care, mobile specialist palliative care, nurse, competency

OBSAH

Úvod	14
1 Cíle práce.....	15
1.1 Teoretická část.....	15
1.2 Průzkumná část.....	15
1.3 Metody k dosažení cíle.....	15
Teoretická část	16
2 Paliativní péče	16
2.1 Definice paliativní péče.....	16
2.1.1 Paliativní péče v legislativě ČR.....	19
2.2 Filozofické a etické aspekty paliativní péče	19
2.2.1 Princip autonomie.....	20
2.2.2 Ochrana důstojnosti	20
2.2.3 Vztah mezi pacientem a zdravotníky.....	20
2.2.4 Kvalita života.....	21
2.2.5 Postoj k životu a smrti	22
2.2.6 Komunikace.....	22
2.2.7 Multiprofesní tým a interdisciplinární přístup.....	24
2.2.8 Péče o truchlící pozůstalé	27
2.3 Úrovně paliativní péče.....	27
2.3.1 Paliativní přístup.....	28
2.3.2 Obecná paliativní péče.....	28
2.3.3 Specializovaná paliativní péče.....	29
2.4 Základní organizační formy specializované paliativní péče.....	30
2.4.1 Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)	30
2.4.2 Lůžkový hospic	30
2.4.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnici (KTPP)	30

2.4.4	Ambulance paliativní medicíny.....	31
2.4.5	Oddělení paliativní péče v nemocnici	31
2.5	Kompetence	31
2.5.1	Kompetence všeobecné sestry	34
	Průzkumná část	36
3	Metodika průzkumné části.....	36
3.1	Cíle průzkumu a průzkumné otázky	36
3.2	Průzkumný soubor	36
3.3	Sběr dat	37
3.4	Analýza dat	38
4	Interpretace výsledků.....	40
4.1	Motivace	42
4.1.1	Hodnoty	42
4.1.2	Čas	45
4.1.3	Vnímání úspěchu	46
4.1.4	Pozitivní zpětná vazba	47
4.2	Postoje	47
4.2.1	Altruismus	48
4.2.2	Optimismus.....	49
4.2.3	Úcta k pacientovi	49
4.2.4	Respekt k principu autonomie	49
4.3	Vlastnosti	50
4.3.1	Autenticita	50
4.3.2	Důslednost	51
4.3.3	Flexibilita.....	51
4.3.4	Intuice	51
4.3.5	Odpovědnost.....	52

4.3.6	Pokora.....	52
4.3.7	Trpělivost.....	53
4.3.8	Zdravá sebedůvěra	53
4.3.9	Temperament	53
4.4	Vzdělání.....	54
4.4.1	Kvalifikační vzdělání.....	54
4.4.2	Další vzdělávání	54
4.4.3	Kurzy	55
4.5	Znalosti	56
4.5.1	Specifické zdravotnické znalosti	56
4.6	Zkušenosti.....	57
4.6.1	Životní zkušenosti	58
4.6.2	Praxe v MSPP	58
4.6.3	Praxe v nemocnici	59
4.7	Dovednosti.....	60
4.7.1	Specifické zdravotnické dovednosti	61
4.7.2	Všímavost	61
4.7.3	Samostatnost.....	62
4.7.4	Schopnost komplexního pohledu	63
4.7.5	Schopnost plánovat.....	63
4.7.6	Empatie.....	64
4.7.7	Práce s emocemi	65
4.7.8	Schopnost vyrovnat se s realitou smrti	66
4.7.9	Schopnost získat si důvěru	66
4.7.10	Schopnost nastavit hranice.....	67
4.7.11	Zvládání zátěže	68
4.7.12	Komunikace	73

5	Diskuze	79
5.1	Hodnotové nastavení sester	79
5.2	Měkké dovednosti	80
5.3	Spolupráce v týmu	83
5.4	Limitace práce a další možnosti výzkumu	84
6	Závěr	85
7	Použitá literatura.....	88
8	Přílohy	95

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Kategorie a podkategorie potřeb pacientů paliativní péče v souvislosti s kvalitou života (Bužgová,Zeleníková 2012, s. 407)	21
Obrázek 2 – Motivace	42
Obrázek 3 – Postoje	48
Obrázek 4 – Vlastnosti	50
Obrázek 5 - Vzdělání	54
Obrázek 6 - Znalosti	56
Obrázek 7- Zkušenosti	58
Obrázek 8 – Dovednosti	60
Obrázek 9 – Zvládání zátěže	68
Obrázek 10 – Komunikace	73
Tabulka 1 – Délka rozhovorů	38
Tabulka 2 – Kategorie a kódy	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DABDA	Denial, Anger, Bargaining, Depression, Acceptance
IAHPC	The International Association for Hospice and Palliative Care
IPA	Interpretative phenomenological analysis
KTPP	Konziliární tým paliativní péče v nemocnici
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
SHS	Serious health-related suffering
SPIKES	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empatie, Summary and Strategy
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Paliativní péče podle definice Mezinárodní asociace pro hospicovou a paliativní péči je aktivní komplexní péče o osoby všech věkových skupin, které prožívají utrpení spojené s vážnými zdravotními problémy v důsledku závažného onemocnění a zejména o osoby na sklonku života. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, jejich rodin a pečovatелů. (Radbruch et al., 2020)

I když se názory odborníků na přesné definování paliativní péče často liší, existuje několik principů, které jsou obecně přijímány. Jedná se o individualizovanou péči zaměřující se na kvalitu života pacienta a jeho blízkých ve všech oblastech (holistický přístup). Respektuje pacientovu autonomii a důstojnost. Je vystavěna na vztahu mezi zdravotníkem a klientskou rodinou a efektivní komunikaci mezi nimi. Jejím cílem není urychlit ani oddálit smrt, podporuje život a uznává umírání jako přirozený proces. Pacientům s komplexními problémy je poskytována ve formě specializované paliativní péče multiprofesním týmem odborníků, kteří se na tuto problematiku zaměřují. (Radbruch et al., 2010; Radbruch et al., 2020).

Specializovaná mobilní paliativní péče (MSPP) poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Sestra i lékař jsou zde k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu, jedná se o tzv. domácí hospitalizaci. (Kabelka, Zavadová, 2022)

Z výše uvedeného je patrné, že kompetence členů multiprofesního týmu včetně sester musí být pravděpodobně velmi široké a nezahrnují pouze specifické zdravotnické znalosti a dovednosti, zvláště je-li péče o pacienta poskytována v terénu. Cílem této práce proto bylo zjistit, jaké kompetence jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování specializované paliativní péče v terénu. Průzkum byl prováděn metodou polostrukturovaných rozhovorů a následnou interpretativní fenomenologickou analýzou dat. Respondenty průzkumu byly zkušené všeobecné sestry, jejichž hlavní profesní zaměření je práce ve specializovaném paliativním týmu.

Pro termín kompetence je možné najít řadu definic a výkladů. Pro potřeby této práce jsou za kompetence považovány osobní charakteristiky jedince: znalosti, dovednosti, vlastnosti, motivace, hodnoty a postoje doplněné o zkušenosti. (Kubeš et al., 2004)

1 CÍLE PRÁCE

Bakalářská práce řeší cíle v teoretické a empirické rovině.

1.1 Teoretická část

- 1) Definovat pojem paliativní péče
- 2) Popsat filozofii paliativní péče
- 3) Popsat úrovně a formy paliativní péče
- 4) Vymezit pojem kompetence

1.2 Průzkumná část

Zjistit, jaké kompetence jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování specializované paliativní péče v terénu.

1.3 Metody k dosažení cíle

Cíle teoretické části budou dosaženy prostudováním uvedených témat v odborné literatuře a popsáním současného stavu problematiky.

K naplnění cílů průzkumné části bude sloužit kvalitativní průzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru s následnou interpretativní fenomenologickou analýzou dat.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce řeší problematiku paliativní péče, její definování, filozofické a etické aspekty, její úrovně a formy, dále popisuje pojem kompetence a zabývá se kompetencemi všeobecné sestry.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Jedna ze zásadních otázek při zavádění paliativní péče zní: „Co je vlastně paliativní péče, kdy by měla být poskytována, komu a kým.“ V současnosti je pojem paliativní péče různými odborníky interpretován různě a jednotlivé organizace zabývající se paliativní péčí užívají své vlastní definice. (IAHPC, 2023a) Historicky byla tato péče zaměřena především na umírající pacienty zejména s diagnózou nádorového onemocnění. Protože se její postupy osvědčily, je nyní využívána ve stále časnějších fázích život ohrožujících a chronických onemocnění. (World Health Assembly, 2014) Jak dokládají některé výzkumy, metody paliativní péče jsou účinné jak v potlačování symptomů onemocnění, tak v celkovém zlepšení kvality života pacientů. Navíc se jedná o finančně efektivní způsob péče. (Gomes et al., 2013; Smith et al., 2014; Milazzo et al., 2020)

2.1 Definice paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definovala v roce 2002 paliativní péči jako **„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním, náležitým zhodnocením, léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“** (Knaul et al., 2018, s. 1399)

Tato definice omezuje paliativní péči pouze na problémy spojené s život ohrožujícím onemocněním. V roce 2017 vypracovala komise pro globální přístup k paliativní péči a úlevě od bolesti časopisu Lancet zprávu, v níž pracuje s termínem **utrpení spojené s vážnými zdravotními problémy** - serious health-related suffering, SHS. (IAHPC, 2023a) Za vážné jsou považovány takové zdravotní problémy, které nemohou být zmírněny bez odborného zásahu a které ohrožují tělesné, sociální, duchovní a/nebo emocionální fungování člověka. Podle komise existuje 20 zdravotních stavů, jež vedou buď ke smrti, nebo k tak závažným problémům, že vyžadují u pacientů jakéhokoli věku paliativní přístup. Jsou jimi: ateroskleróza; cerebrovaskulární onemocnění; chronické ischemické choroby srdeční; vrozené vývojové vady; degenerace CNS; demence; onemocnění jater; hemoragické horečky; onemocnění HIV;

zánětlivá onemocnění CNS; úrazy; otravy; leukémie; plicní onemocnění; zhoubné novotvary (rakovina); onemocnění pohybového aparátu; neischemické choroby srdeční; předčasný porod a porodní trauma; energetická podvýživa bílkovinami; selhání ledvin a tuberkulóza.

Nejčastější a nejzávažnější obtíže způsobené těmito zdravotními stavy:

- fyzické problémy – bolest, slabost, únava, dušnost, nevolnost a zvracení, zácpa, průjem, sucho v ústech, svědění, rány a krvácení,
- psychické problémy - úzkost a obavy, depresivní nálada, delirium nebo zmatenost, demence působící dezorientaci, neklid nebo ztrátu paměti. (Pallipedia, 2023)

Tento nový přístup zahrnující i akutní stavy vedl k širšímu pojetí paliativní péče.

„Zdůrazňujeme a souhlasíme s modely, které začleňují paliativní péči jako základní složku managementu onemocnění. Složku, která je přítomna již v okamžiku diagnózy život ohrožujícího či život limitujícího onemocnění, jejíž význam roste v průběhu léčby a vrcholí péčí na konci života a péčí o pozůstalé.“ (Knaul et al., 2018, s. 1400)

Komise proto doporučila, aby definice paliativní péče WHO z roku 2002 byla přezkoumána a revidována (IAHPC, 2023a).

Tohoto úkolu se ujala Mezinárodní asociace pro hospicovou a paliativní péči (IAHPC). IAHPC se věnuje rozvoji a zlepšování hospicové a paliativní péče po celém světě. Jejím posláním je zlepšovat kvalitu života dospělých a dětí s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin. Nepodporuje jedinečný model paliativní péče, ale pomáhá každé zemi podle jejích zdrojů a podmínek rozvíjet svůj vlastní model paliativní péče (De Lima, 2017). V současné době má 998 členů v 118 zemích světa. V České republice je jejím členem nezisková organizace Cesta Domů. (IAHPC, 2023b)

Záměrem IAHPC bylo vytvořit definici na základě širokého konsensu svých členů. Proces byl rozdělen do tří fází. V první skupina 38 odborníků na paliativní péči vyhodnotila a revidovala jednotlivé části definice WHO z roku 2002. V druhé fázi přepracované složky schválilo 412 členů IAHPC z 88 zemí světa. Ve třetí pak byla na základě schválených výsledků vytvořena samotná definice. Skládá se z úvodního stručného prohlášení následně rozepsaného do konkrétních bodů. Poslední částí je doporučení vládám, které ale není v této práci uvedeno.

„Paliativní péče je aktivní komplexní péče o osoby všech věkových skupin, které prožívají utrpení spojené s vážnými zdravotními problémy (SHS) v důsledku závažného

onemocnění a zejména o osoby na sklonku života. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, jejich rodin a pečovatелů. (Radbruch et al., 2020, s. 755)

- Zahrnuje prevenci, včasnou identifikaci, komplexní posouzení a řešení fyzických problémů (včetně bolesti a dalších obtíží), psychických problémů, duchovních a sociálních potřeb. Pokud je to alespoň trochu možné, všechny intervence musí být založeny důkazech.
- Poskytuje podporu pacientům, aby mohli žít co nejlépe až do smrti tím, že napomáhá efektivní komunikaci a pomáhá pacientům i jejich rodinám stanovit cíle péče.
- Je poskytována v průběhu onemocnění podle potřeb pacienta.
- Kdykoli je to nutné, je poskytována ve spojení s terapií modifikující onemocnění.
- Může pozitivně ovlivnit průběh nemoci.
- Nemá za cíl urychlit ani oddálit smrt, podporuje život a uznává umírání jako přirozený proces.
- Poskytuje podporu rodině a pečovatелům v průběhu nemoci pacienta i při jejich vlastním truchlení.
- Je poskytována s respektem ke kulturním hodnotám a přesvědčení pacienta i jeho rodiny.
- Je poskytována ve zdravotnických zařízeních i v přirozeném prostředí pacienta a na všech úrovních zdravotní péče (primární, sekundární i terciární).
- Může být poskytována odborníky proškolenými v základech paliativní péče.
- Pacientům s komplexními problémy poskytuje specializovanou paliativní péči multiprofesním týmem odborníků. (IAHPC, 2023c)

Účastníci diskuzí se značně lišili ve svém vnímání a interpretaci paliativní péče. Největší výzvou při tvorbě nové definice bylo najít střední cestu mezi těmi, kteří si myslí, že paliativní péče by měla pomáhat od veškerého utrpení a těmi, kteří zastávají názor, že jde o péči o lidi s velmi omezenou zbývajícím délkou života. (Radbruch et al., 2020)

Odpůrci příliš širokého pojetí paliativní péče argumentovali tím, že není dobré, aby se tato péče rozšířila v podstatě na všechna závažná onemocnění. Rozmělnila by se tím pomoc určená těm nejzranitelnějším (včetně té finanční). Z tohoto důvodu se také definice výslovně zmiňuje o období na konci života. Umírající lidé jsou totiž podle tvůrců definice nejkřehčí a nejzranitelnější skupinou pacientů. Zejména v rozvojových zemích jsou tito lidé na okraji zájmu zdravotnických systémů. (Radbruch et al., 2020)

Nicméně i přesto se v posledních letech můžeme setkat s termínem **nehospicová paliativní péče**. Ten akcentuje to, že paliativní péče je obecnější pojem než hospicová péče a pracuje s pacienty bez ohledu na cíl jejich léčby, včetně těch s kurativní léčbou. (Beasley, 2019; Teoli et

al., 2023) Dalšími pojmy, které se v současnosti používají jsou časná a terminální paliativní péče.

Časná paliativní péče

Časná paliativní péče je poskytována pacientům s vážným nebo život ohrožujícím onemocněním, kteří mají významné riziko omezeného dožití. Tato péče je poskytována i souběžně s terapií zaměřenou na prodloužení života. Jejím cílem je poskytnout individualizovanou péči, co nejdříve formulovat preference a hodnoty pacienta, stanovit realistické léčebné cíle a spolupracovat na koordinaci péče a rozhodování s pacientem. Jejím záměrem je také stanovit vhodný rozsah lékařských intervencí, udržet dobrou kvalitu života v případě závažného onemocnění a podporovat adaptační mechanismy pacientů i jejich blízkých. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022b)

Terminální paliativní péče

Terminální paliativní péče je zaměřena na péči o pacienty v poslední fázi života. Jejím hlavním cílem je minimalizovat veškeré nepohodlí spojené s terminálním stádiem onemocnění, typicky v posledních dnech až týdnech života pacienta. Soustřeďuje se na přání pacienta ohledně preferovaného místa pobytu, poskytuje komplexní podporu nejen pacientovi, ale i jeho blízkým, eliminuje nadměrné lékařské zásahy v posledních fázích života pacienta atd. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022b)

2.1.1 Paliativní péče v legislativě ČR

V české legislativě je pojem paliativní péče definován velmi široce. Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách ji uvádí mezi druhy zdravotní péče. Paragraf 5, odst. 2 písm. h) tohoto zákona říká, že účelem paliativní péče „je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí.“ (Česko, 2011) Novela tohoto zákona platná od 1. 1. 2018 zahrnuje také pojem hospic (Smolíková, 2018). Paliativní péče může být za podmínek uvedených v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů hrazena ze zdravotního pojištění (Česko, 1997).

2.2 Filozofické a etické aspekty paliativní péče

Ač se názory odborníků na paliativní péči často liší, existuje několik principů, které jsou obecně přijímány. Patří mezi ně hodnota autonomie a důstojnosti pacienta, potřeba individuálního plánování a rozhodování, zásada holistického přístupu k pacientovi a další (Radbruch et al., 2010). Výčet těchto hodnot je uveden v následujícím textu podle Standardů a norem hospicové a paliativní péče v Evropě z roku 2010.

2.2.1 Princip autonomie

V paliativní péči je důležitá a ctěná hodnota každého člověka jako jedinečného a autonomního jedince. Probíhá pouze tehdy, pokud jsou pacient a/nebo jeho rodina připraveni ji přijmout. Je-li to možné, pacient si zachovává možnost rozhodovat o různých léčebných postupech, místě poskytování péče i o samotném přístupu ke specializované paliativní péči. K tomu potřebuje dostatečné a pravdivé informace o své diagnóze, prognóze i možnostech terapie. (Radbruch et al., 2010) Tyto informace je ale nutné podávat způsobem, který reflektuje aktuální situaci pacienta. (Kabelka, 2022)

Pokud pacient již není schopen o sobě rozhodovat, medicinské rozhodnutí je možné udělat na základě dříve vysloveného přání, pokud existuje. Eventuálně je zkoumána domnělá vůle pacienta např. na základě jeho životních rozhodnutí a přesvědčení. V případě pochybností platí zásada *in dubio pro vita – v případě pochybností ve prospěch života*. V pochybnostech má zachování či prodloužení života pacienta přednost před osobními úvahami např. lékaře či příbuzných. Předpokládá se, že by pacient indikovanou léčbu chtěl. Vůle pacienta nemusí být respektována, pokud požadovaná intervence není považovaná za *lege artis*, je v rozporu s platným právem, či osobním svědomím lékaře. (Milfait, 2022)

2.2.2 Ochrana důstojnosti

Paliativní péče by měla být poskytována s úctou, otevřeností a citlivostí. Měla by brát ohled na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, přesvědčení a tradice pacienta a také na právní předpisy platné v dané zemi. (Radbruch et al., 2010)

Zachování lidské důstojnosti je základním právem člověka ve všech obdobích života včetně závažné nemoci a umírání (Milfait, 2022). Pacient má být i přes své postižení a omezení respektován jako svébytný partner. Problémem je např. nerespektování studu pacienta, nevhodné oslovování a způsob řeči či nízké očekávání a motivace pacienta ze strany zdravotníka. (Kalvach et al., 2019)

2.2.3 Vztah mezi pacientem a zdravotníky

Poskytovatelé paliativní péče by měli budovat s pacienty i jejich rodinami vztah založený na spolupráci. Pacienti a jejich rodiny jsou klíčovými partnery při plánování péče a při zvládnání onemocnění pacienta. (Radbruch et al., 2010)

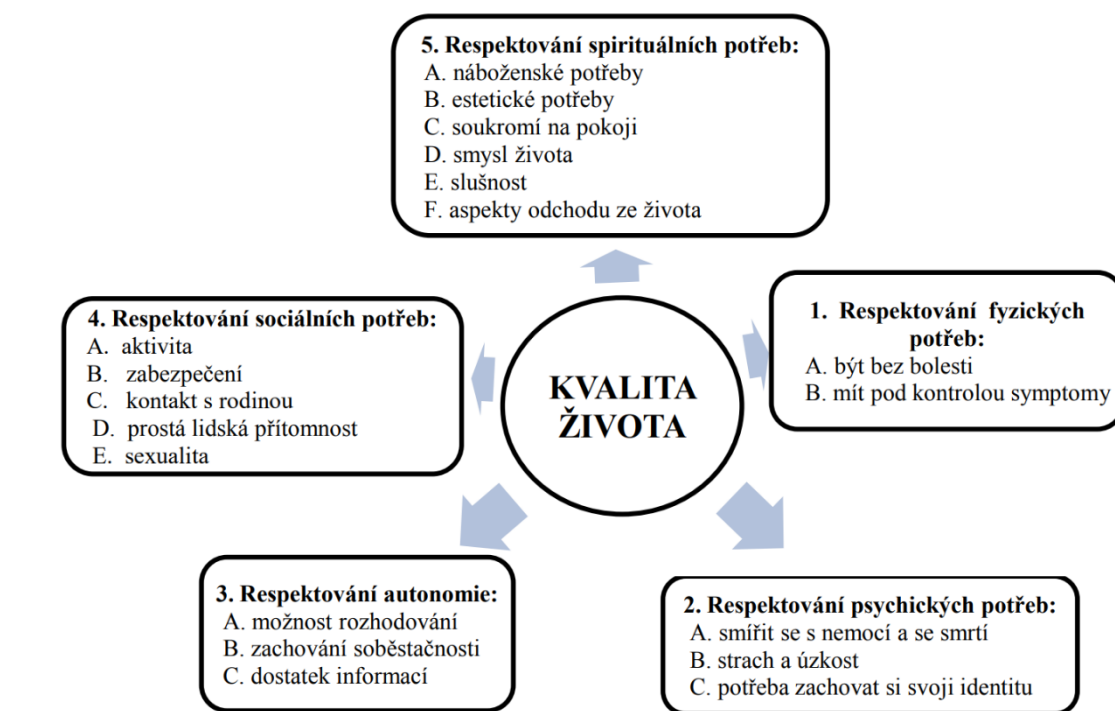
Paliativní péče akcentuje subjektivní pohodu pacienta. Nesoustředí se pouze na obtíže, ale velký důraz klade na možnosti a kompetence člověka, na jeho psychickou odolnost. Důležité je

i to, jak pacient zvládá změnu perspektivy v souvislosti s omezenou délkou zbývajících života.
(Radbruch et al., 2010)

2.2.4 Kvalita života

„Hlavním cílem paliativní péče je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života.“ (Radbruch et al., 2010, s. 22)

Radka Bužgová a Renáta Zeleníková v roce 2012 zjišťovaly potřeby pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou jejich života. Použily kvalitativní metodu řízených skupinových rozhovorů. Ve skupinách byli zastoupeni pacienti, jejich rodinní příslušníci, všeobecné sestry, lékaři, sociální pracovníci a duchovní. Na základě analýzy získaných dat vytvořily 5 kategorií potřeb, které ovlivňují kvalitu života pacientů (viz Obrázek 1). (Bužgová, Zeleníková, 2012)



Obrázek 1 - Kategorie a podkategorie potřeb pacientů paliativní péče v souvislosti s kvalitou života
(Bužgová, Zeleníková 2012, s. 407)

Pro zachování vysoké kvality života je zapotřebí naplnění biologických, psychických, sociálních i duchovních potřeb člověka (Radbruch et al., 2010; Bužgová, Zeleníková, 2012). Nicméně pro zvýšení kvality života pacienta v paliativní péči je třeba naplnit jeho konkrétní individuální potřeby podle toho, jak on sám definuje pojem kvality života. Navíc je

pravděpodobné, že se priority pacienta budou s postupujícím onemocněním posouvat. Zdá se, že kvalita života spíše souvisí s rozdílem mezi očekáváním a skutečností, než na samotném objektivním zhoršení zdravotního stavu. (Radbruch et al., 2010)

2.2.5 Postoj k životu a smrti

Cílem paliativní péče není urychlovat ani oddalovat smrt. Poskytování eutanazie a lékařské asistence při sebevraždě by neměly být považovány za součást paliativní péče. Je důležité respektovat hodnotu života, přirozený proces smrti a možnost osobního růstu a seberealizace jak v životě, tak v umírání. (Radbruch et al., 2010)

Jedním ze základních etických východisek paliativní péče je ochrana lidského života. Je důležité, aby lidé měli jistotu, že paliativní tým je bude nejen provázet život ohrožujícím onemocněním, ale také účinně léčit komplikace, které jsou léčitelné. Například hořčnatou banální infekci, která může vzniknout jako komplikace pokročilé fáze onkologického onemocnění. (Kalvach et al., 2019)

Nicméně „nezahájení, redukce či ukončení marné medicínské intervence, pokud odpovídá skutečné či domnělé vůli pacienta (viz. výše), je v souladu s medicínskými profesními etickými měřítky i platnými právními předpisy (Milfait, 2022, s. 41).“ Stejně tak podávání léků (zejména opiátů) v dávce nezbytné k tlumení závažných obtíží, které teoreticky může znamenat zkrácení agonie, je podle odborníků zcela v pořádku. Naopak samoúčelné zadržování smrti a prodlužování utrpení v důsledku nezájmu nebo nereflektování fáze umírání je eticky velmi problematické. (Kalvach et al., 2019)

2.2.6 Komunikace

Dobré komunikační dovednosti jsou klíčovým faktorem pro poskytování kvalitní paliativní péče. Komunikace zahrnuje interakce mezi pacienty a zdravotními pracovníky, stejně jako mezi pacienty a jejich rodinnými příslušníky, a také mezi různými zdravotnickými profesionály a službami zapojenými do péče. (Radbruch et al., 2010)

Můžeme ji rozdělit na verbální a neverbální. Přitom neverbální komunikace se na výsledném efektu podílí z více jak sedmdesáti procent. Pokud se jedná o emocionálně vypjatou situaci zvyšuje se její význam téměř na 100 %. (Kabelka, 2022)

Dobrá komunikace umožňuje nastavit efektivní **plán paliativní péče** zahrnující péči o celou rodinu. Ten musí podle Ladislava Kabelky obsahovat odpovědi na následující otázky.

- 1) O jakou život ohrožující nemoc (stav) se jedná?

- 2) Jak byla komunikována s pacientem a jeho blízkými?
- 3) Jaké jsou priority a cíle pacienta, jaké jeho blízkých? Proběhla již „rodinná rada“ (tzv. family conference)?
- 4) Jaké lze očekávat komplikace? Jak se na ně připravit, aby je bylo možno řešit a účinně jim předcházet? Jak podporovat pacienta, aby je zvládl?
- 5) Jak podporovat pacientovi blízké? Jaké emoce zažívají?
- 6) Jak jednat v krizových situacích (např.: zhoršení příznaků, komplikace onemocnění)
- 7) Jak podporovat vztahy? Kdo je v rodině schopen ostatní podporovat, kdo naopak hodně podpory potřebuje? (Kabelka, 2022)

V souladu s měnícími se potřebami pacienta a jeho blízkých, musí být plán péče pravidelně upravován (Uhlíř, 2019).

Pro pečující osoby včetně zdravotníků může být velmi obtížné mluvit s pacientem v pozdním stadiu onemocnění. Povzbuzovat jej a dodávat mu naději, aniž by tato naděje byla falešná. Falešná naděje totiž neprospívá ani nemocnému ani pečujícím. Nesdělením pravdy bereme nemocnému čas, kdy by se s danou situací mohl vyrovnat a uspořádat si své věci. (Kabelka, 2022) Proto lékař Robert A. Buckman vytvořil **strategii sdělování špatných zpráv tzv. SPIKES:**

Setting (prostředí) – Zajistěte pro rozhovor s pacientem bezpečné a klidné prostředí, dostatek času a přítomnost těch blízkých, které by chtěl mít během rozhovoru u sebe.

Perception (vnímání situace) – Zjistěte, co pacient o svém zdravotním stavu ví. Jak vnímá svou současnou situaci.

Invitation (pozvání) – Zjistěte, jak podrobně si pacient přeje být o svém současném stavu, průběhu onemocnění a prognóze informován.

Knowledge (poznání) – Varujte pacienta, že přicházejí špatné zprávy. Mluvte citlivě, ale jednoznačně terminologií, které pacient rozumí. Po vyslechnutí špatné zprávy bude pacient schopen přijmout a zapamatovat si další informace pouze v omezené míře (Kabelka, 2022). Postupujte proto pomalu a ujistěte se, že pacient rozumí. Případnou emocionální reakci uznejte a adekvátně na ni reagujte.

Empatie – Reflektujte emoce a vyjádřete podporu. Popisujte, co vidíte. Nezhlečujte situaci.

Summary and Strategy – Shrňte obsah rozhovoru. Dejte pacientovi čas sdělit své obavy či otázky. Dohodněte s pacientem jasný plán dalších kroků. (Buckman, 2005)

Zprávu o diagnóze a prognóze onemocnění předává pacientovi lékař. Nicméně i ostatní členové multidisciplinárního týmu musí být schopni zodpovědět pacientovi otázky týkající se například dalšího průběhu onemocnění. (Kabelka, 2022)

Právě sestra může hrát významnou roli v pomoci pacientovi a jeho rodině správně porozumět těmto zásadním a život měnícím sdělením a poskytnout jim dostatečnou podporu jejich při zpracování. Správně vedená komunikace o přáních a obavách pacientů může být zdrojem naděje a síly pro pacienty i jejich blízké. Zároveň může být zdrojem smysluplnosti a naplnění pro sestru. (Centrum paliativní péče, z. ú., 2024)

Reakce pacientů na sdělení špatné zprávy popsala v roce 1969 ve své knize O mrti a umírání psycholožka **Elisabeth Kübler-Rossová**. Na základě rozhovorů s umírajícími pacienty vytvořila tzv. **model pěti fází smutku** (tzv. DABDA z anglických slov: Denial, Anger, Bargaining, Depression a Acceptance). Ten popisuje proces smířování se se smrtelným onemocněním.

- 1) Popírání (denial) – Nemocný se odmítá smířit s diagnózou. Nevěří jí.
- 2) Zlost (anger) – Převládá pocit vzteku: „Proč já?“. Nemocný může odmítat spolupráci.
- 3) Smlouvání (bargaining) – Nemocný se snaží svou smrt „odložit“. Smlouvá s vyšší mocí. Hledá alternativní metody léčby.
- 4) Deprese (depression) – Nemocný prožívá pocity strachu, úzkosti, beznaděje. V této fázi se nedoporučuje rozveselování pacienta. Nicméně deprese mohou vyžadovat medikaci psychofarmaky.
- 5) Smíření (acceptance) – Nemocný se smiřuje s danou situací.

Jednotlivé fáze nemusejí proběhnout v tomto pořadí. Některé z nich mohou chybět, jiné se neustále opakují, ani smíření nemusí mít trvalý charakter. Podobně jako nemocný prochází procesem smířování i jeho blízcí. (Kübler-Ross, 2015)

2.2.7 Multiprofesní tým a interdisciplinární přístup

Paliativní péče vyžaduje koordinovaný interdisciplinární přístup. Obecnou paliativní péči může poskytovat jen jedna osoba. Avšak pro poskytnutí komplexní specializované péče je nezbytná pravidelná komunikace a spolupráce mezi různými profesními skupinami. Cílem této spolupráce je zajištění komplexní podpory, která zahrnuje péči o fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů. (Radbruch et al., 2010)

Již v roce 1998 se Hearnová a Higginsonová zaměřily na efektivitu specializovaných paliativních týmů v onkologické péči. Jejich literární přehled ukázal, že tyto týmy přinášejí

vyšší míru spokojenosti u pacientů a dokáží lépe identifikovat a řešit potřeby pacientů i jejich rodin ve srovnání s tradičními způsoby péče. (Hearn, Higgins, 1998)

Konkrétní složení paliativního týmu by mělo odpovídat individuálním potřebám pacienta (Radbruch et al., 2010). Jeho jádro vždy tvoří všeobecná sestra a lékař se speciálním výcvikem. Tyto profese jsou nejčastěji doplněny o sociální pracovníky, psychology/psychoterapeuty a duchovní. Dále do paliativního týmu mohou patřit také fyzioterapeuti, ergoterapeuti, pečovatelky, osobní asistenti a dobrovolníci. Jako součást týmu je chápán také pacient a jeho blízcí. (Kalvach et al., 2019)

Hlavní profese, které pokrývají potřeby pacientů a mohou být součástí paliativního týmu:

Lékař – paliatr

Lékař specialista, který vystudoval nástavbový obor Paliativní medicína. (Cesta domů, 2020)

Všeobecná sestra

Všeobecná sestra zajišťuje ošetrovatelskou složku paliativní péče. Ošetrovatelství samo dnes nemůže naplňovat ucelenou paliativní péči. Nicméně umírající lidé (dnes nejčastější pacienti paliativní péče) mohou vyžadovat rozsáhlou ošetrovatelskou péči s množstvím zdravotnických intervencí. (Kalvach et al., 2019)

Všeobecná sestra se dnes může dále vzdělávat například ve specializačním vzdělávacím programu v oboru Všeobecná sestra – Domácí péče a Hospicová péče. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky a, 2019) Má také možnost absolvovat certifikované kurzy jako například Specifika ošetrovatelství v paliativní péči (Cesta domů, 2024) či kurz správné komunikace sester ESPERO (Centrum paliativní péče, z. ú., 2024).

Sociální či zdravotně sociální pracovník

Sociální nebo zdravotně sociální pracovník bývá často první člen týmu, se kterým pacient a jeho rodina přichází do kontaktu. Seznamuje se s jednotlivými potřebami pacienta i jeho blízkých. Nahlíží na pacienta komplexně v rámci vztahů, prostředí i kultury, ve kterých pacient žije. Posuzuje schopnosti a sílu pacienta i jeho rodiny situaci zvládnout a případně nabízí různé způsoby pomoci. (Kalvach et al., 2019)

Pacientovi i jeho blízkým pomáhá získávat náhled na celkovou rodinnou, sociální, psychickou a finanční situaci v kontextu závažné a život ohrožující nemoci. Spolupracuje na řešení konfliktů a komunikačních obtíží v rodině. Koordinuje veškerý kontakt s úřady jako je správa sociálního zabezpečení, úřad práce či se zaměstnavatelem. Řeší otázky týkající se pohřbu,

právní otázky spojené s dědictvím, finanční zabezpečení rodiny, zajištění nezletilých dětí apod. Podílí se na vyhledávání potřebné pomoci v širším okolí pacienta. (Němcová, 2016)

Pokud je pacient v domácím prostředí, sehrává sociální pracovník významnou roli při aktivizaci širšího rodinného okruhu a přátel nemocného či při zprostředkování respitních služeb tak, aby péče o nemocného byla udržitelná. Samozřejmostí by měla být péče a podpora pozůstalých. (Kalvach et al., 2019)

„V praxi se v paliativní péči nejčastěji řeší problémy ohledně posílání důchodu, vyplácení nemocenských dávek, různých půjček a dluhů, osobního účtu klienta, neplatných občanských průkazů, převodu majetku, sepsání závěti, zajištění návštěvy notáře, ověřování podpisu, vyřízení plné moci pro rodinu, žádosti o příspěvek na péči nebo dlouhodobého ošetrového pro pečující.“ (Němcová, 2016, s. 25)

Psycholog/psychoterapeut

Práce psychoterapeuta v paliativním týmu může mít podobu krizové intervence a terapeutického rozhovoru, psychoterapie depresivních stavů či psychoterapie bolesti (léčba tzv. total pain). (Alexandrová, 2017)

Je určena nejen samotnému pacientovi, ale i jeho blízkým. Pečující rodina může být jednak zaskočena náhlým zhoršením nemoci případně vyčerpána dlouhotrvající péčí (pokud pečují o nemocného doma). Posléze by měl psychoterapeut pracovat také s pozůstalými a po určitou dobu je provázet v době, kdy se vyrovnávají se ztrátou.

Psychoterapeut by měl být nablízku také zbývajícím členům týmu, protože situace, které řeší jsou často i pro ně velmi psychicky náročné. Měl by se účastnit obtížných rozhovorů s rodinou a ostatním pracovníkům dešifrovat postoje a vztahy v klientské rodině. (Kalvach et al., 2019)

Duchovní

Duchovní podpora a doprovázení by měly respektovat kulturu, náboženství, zvyky či chápání smyslu života pacienta a jeho rodiny. Je zde třeba, snad více než jinde, respektovat vyslovená přání klienta, jeho rozhodnutí. Každý paliativní tým by měl mít v dosahu duchovní různých církví. (Kalvach et al., 2019)

Spirituální podporu však nemusí poskytovat pouze duchovní. Mezi témata, ve kterých mohou pacienta podpořit i ostatní členové týmu, patří například validace končícího života, smíření, odpuštění, krizová intervence v zoufalství či strachu ze smrti. Jde o to, aby se pacientovi jevil

jeho (byť značně omezený) život ještě pochopitelný, alespoň v něčem ovlivnitelný a smysluplný. (Kalvach et al., 2019)

2.2.8 Péče o truchlící pozůstalé

Paliativní péče poskytuje podporu rodině i všem ostatním blízkým osobám nejen během nemoci pacienta, kdy jim například pomáhá připravit se na ztrátu, ale také po jeho úmrtí. Péče o truchlící pozůstalé je nedílnou součástí paliativní péče.“ (Radbruch et al., 2010)

Truchlení je normální a zdravou reakcí na ztrátu blízkého člověka. Tento proces obvykle zahrnuje tři fáze.

- 1) Šok - zahrnuje zmatenost, otupělost, odosobněné reakce, očekávání „návratu zemřelé osoby“. Trvá minuty až týdny.
- 2) Akutní reakce na ztrátu – člověk intenzivně vzpomíná na zemřelého, zažívá pocity viny, vzteku, ztráty cílů a motivace. Mohou se vyskytnout psychosomatické příznaky, jako je bolest hlavy, pocení, bušení srdce, zvýšený krevní tlak. Tato fáze trvá týdny až měsíce a většinou se opakuje ve vlnách.
- 3) Restituce a reorganizace – člověku se daří nalézat nové sociální role, získává opět kontrolu nad svým životem, znovu objeví v životě radost a smysl. Tato etapa může trvat měsíce, ale i roky. (Alexandrová et al., 2022)

V některých případech může docházet k tzv. patologickému či komplikovanému truchlení (7-10 % truchlících). Kdy pozůstalí prožívají velmi intenzivní a nezvykle dlouhou dobu smutku. V ČR se většinou uvádí doba delší než 12 měsíců. Mohou se u nich vyskytnout například deprese, zoufalství, osamělost, suicidální myšlenky, únava, poruchy spánku a stravování, pocity, že zemřelého vidí či slyší. Patologické truchlení se může vyskytnout také opožděně až po několika měsících či letech. Zdravotníci by měli už za života pacienta hodnotit riziko patologického truchlení u pozůstalých a cílenými intervencemi jeho vzniku předcházet či mírnit jeho projevy. (Alexandrová et al., 2022)

2.3 Úrovně paliativní péče

Evropská asociace pro paliativní péči vydala v roce 2009 soubor doporučení s názvem Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. V tomto dokumentu je paliativní péče rozdělena na do třech základních úrovní – paliativní přístup, obecná paliativní péče a specializovaná paliativní péče.

2.3.1 Paliativní přístup

Paliativní přístup znamená začlenění metod a principů paliativní péče do prostředí, která se na paliativní péči nespécializují. Zahrnuje léčbu symptomů pomocí farmakologických a nefarmakologických prostředků, aktivní komunikaci s pacienty, jejich rodinami a dalšími zdravotníky, a stanovování cílů péče v souladu s principy paliativní péče. Paliativní přístup by měl být běžnou součástí péče poskytované praktickými lékaři, personálem nemocnic a domácí péče. (Radbruch et al., 2010)

Rada Evropy ve svém doporučení o organizaci paliativní péče již v roce 2003 uvádí, že se základními zásadami paliativní péče by se měli seznámit všichni zdravotníci. (Proto také má být paliativní péče součástí pregraduálního vzdělávání zdravotníků i dalších odborníků.) Když se pacient obrátí na zdravotníka, ať už je to v nemocnici, u praktického lékaře, v pečovatelském domě nebo jinde, měl by mít jistotu, že dostane základní paliativní péči odpovídající svým potřebám. (Cesta domů, 2004)

2.3.2 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je poskytována primárním zdravotnickým personálem a specialisty, kteří léčí pacienty s život ohrožujícím onemocněním. Tito zdravotníci mají dobré základní dovednosti i vědomosti v oblasti paliativní péče a s touto problematikou se setkávají častěji např. onkologové či geriatři. Nicméně paliativní péče pro ně není hlavním profesním zaměřením. (Radbruch et al., 2010)

V České republice jsou rozlišovány pouze dvě úrovně paliativní péče specializovaná a obecná, která je však definována širěji.

„Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění, identifikace a ovlivňování **oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života** (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí zdravotní péče).“ (Kabelka, et al., 2016, s. 4) Měli by jí být schopni poskytovat všichni zdravotníci s ohledem na svou odbornost. Obecná paliativní péče by měla pokrýt většinu potřeb spadající pod paliativní péči. (Sláma, 2022b) Pokud jsou potřeby pacientů příliš komplexní nebo závažné a přesahují rámec obecné paliativní péče, poskytovatelé této péče by měli zajistit pacientům přístup ke specializované paliativní péči. (Kabelka et al., 2016).

Ondřej Sláma ve své publikaci z roku 2012 *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR* uvádí, že podle mnohých kazuistik i nepřímých ukazatelů není úroveň obecné paliativní péče v ČR zdaleka optimální. (Sláma, 2012) Také pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR týkající se podpory paliativní péče v nemocnicích uskutečněný o 10 let později upozorňuje, že je třeba zvýšit kvalitu obecné paliativní péče ve všech složkách které se podílejí na poskytování zdravotní péče v České republice. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022)

Indikátory, podle kterých je možno posoudit úroveň obecné paliativní péče:

- kvalita komunikace o diagnóze život ohrožující nemoci, o prognóze, cílech a rozsahu léčby,
- znalosti a dovednosti zdravotníků v ambulantním i lůžkovém prostředí při řešení obtíží, spojených s nevléčitelnou nemocí (např. léčba bolesti a dalších symptomů),
- kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních i v domácím prostředí),
- dostupnost léků a zdravotnických pomůcek,
- dostupnost sociálního poradenství a sociální péče,
- dostupnost psychologické péče a poradenství v ambulantní i ústavní péči,
- dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní i ústavní péči,
- kvalita „hotelových služeb“ v lůžkových zařízeních (např. počet lůžek na pokojích, kvalita lůžek i ostatních pomůcek, kvalita stravy),
- kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta. (Sláma, 2012)

2.3.3 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována ve specializovaných institucích pacientům, jejichž problémy jsou natolik komplexní, že nemohou být v dostačující míře řešeny v klasických zdravotnických zařízeních. Vyžaduje spolupráci vysoce kvalifikovaných odborníků různých profesí, kteří se na tuto péči specializují. (Radbruch et al., 2010)

„Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče.“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017, s. 23) Přechod z obecné na specializovanou paliativní péči by měl probíhat plynule. (Sláma, 2022b).

2.4 Základní organizační formy specializované paliativní péče

2.4.1 Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

Mobilní specializovaná paliativní péče poskytuje pacientovi péči v jeho vlastním sociálním prostředí. Lékař a sestra jsou k dispozici nepřetržitě tzn. 24 hodin denně 7 dní v týdnu. (Na rozdíl od poskytovatelů domácí ošetrovatelské péče, kteří by se z toho důvodu měli starat pouze o klinicky stabilní pacienty.) Péče zahrnuje obvykle každodenní zdravotnický dohled s aktualizací plánu péče v souladu s aktuálními potřebami pacienta a pečujících. Akutní zhoršení stavu a komplikace jsou tak řešeny v rámci paliativního týmu a nedochází k nechtěným hospitalizacím v závěru života. (Kabelka, Zavadová, 2022)

2.4.2 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je v ČR podle paragrafu 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění speciální lůžkové zařízení hospicového typu, a tedy zdravotnické zařízení (Česko, 1997). Jeho cílovou skupinou jsou dospělí i dětské pacienti v terminální fázi života s předpokládanou délkou dožití týdny až měsíce.

V hospici poskytuje nepřetržitou péči (24/7) multidisciplinární tým tvořený lékaři, zdravotními sestrami, pracovníky v přímé péči, sociálními pracovníky, kaplany ev. pastoračními asistenty, psychology a dobrovolníky. Jeho cílem je udržení co nejlepší kvality života pacientů a odstoupení od všech léčebných postupů, které k tomuto cíli nepřispívají (tzv. limitace péče).

Hospic se snaží vytvořit atmosféru, která připomíná domov, kde je klíčovým prvkem soukromí a intimita, kde je respektován individuální denní režim každého pacienta. Většina pokojů je jednolůžkových a návštěvy nejsou časově omezeny. (Světláková, Kabelka, 2022)

2.4.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnici (KTPP)

Konziliární tým paliativní péče působí na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení. Jeho hlavním cílem je poskytnout pacientům těchto oddělení specializovanou paliativní péči. Součástí této péče jsou i pacientova rodina a blízcí. Členové KTPP se snaží o zlepšení či udržení kvality života pacienta pomocí medicínských, psychologických, spirituálních i sociálních intervencí. Jeho členové pomáhají s koordinací péče i se správnou komunikací s pacientem a jeho blízkými. (Kopecký, 2022)

Pacienti mohou být k péči KTPP indikováni nejrozličnějšími screeningovými nástroji, primárně tato péče směřuje k pacientům v závěru života. „Alternativou pro rozhodování o zapojení KTPP

do péče může být **identifikace konkrétní potřeby pacienta, nikoliv primárně stadia jeho nemoci.**“ (Kopecký, 2022, s. 326)

2.4.4 Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je specializovaná ambulance odbornosti paliativní medicína. Je určena pacientům s pokročilým onemocněním, kteří jsou schopni docházet k ambulantnímu vyšetření. Personálně ambulanci zajišťuje lékař – paliatr a sestra, samozřejmostí je snadná dostupnost sociálního pracovníka a psychologa.

Mezi činnosti ambulance paliativní medicíny patří jednorázové konziliární vyšetření pacienta, pravidelné ambulantní sledování pacienta, drobné výkony jako jsou punkce, drenáže výpotků, podání infuze či převazy ran a konzultace s ostatními (např. praktickými) lékaři. Předmětem sledování je potom komplexní management onemocnění. Sledování a léčba symptomů, komunikace s pacienty i jejich blízkými, péče ostatních členů paliativního týmu a organizační zajištění péče. (Sláma, 2022a)

2.4.5 Oddělení paliativní péče v nemocnici

Oddělení paliativní péče je součástí většího zdravotnického zařízení a poskytuje neakutní lůžkovou péči. V ČR je v současnosti souborem velmi rozdílných zdravotních služeb. Může se jednat o lůžka hospicového typu, následné péče, ošetrovatelská lůžka či lůžka standartní péče příslušného oboru. Na každé z těchto lůžek jsou jiné požadavky z hlediska personálního i technického vybavení. Oddělení „akutní“ paliativní péče, která jsou rozšířena v zahraničí, nejsou v ČR uznána jako forma lůžkové zdravotní péče.

Mezi výhody oddělení paliativní péče patří trvale fyzicky dostupný multidisciplinární tým a tím i možnost rychle reagovat na zhoršení symptomů nemocného, technické vybavení jako u standartního lůžkového oddělení (např. bezbariérový přístup, sprchovací vozíky, rozvod kyslíku, odsávačky či prostředky pro hojení ran) či konziliární dostupnost ostatních odborností. (Marková, 2022)

2.5 Kompetence

Z výše uvedeného vyplývá, že pro poskytování paliativní péče zvláště na úrovni specializované paliativní péči potřebují členové týmu včetně sester široké spektrum kompetencí.

Pro termín kompetence je možné najít řadu definic a výkladů. Zdeňka Mikšová dělí kompetence na vnější a vnitřní. K **vnějším kompetencím** získají lidé oprávnění na základě ustanovení

příslušných právních norem a vymezení zaměstnavatelem. **Vnitřní kompetence** jsou potom schopnosti a předpoklady, které jedinci získávají v rámci svého vzdělání. (Mikšová et al., 2014)

Marián Kubeš, Dagmar Spillerová a Roman Kurnický ve své knize Manažerské kompetence z roku 2004 uvádějí, že za kompetence mohou být považovány i osobní charakteristiky člověka, které určují jeho viditelné jednání. Jedinec s určitými kompetencemi se tedy bude v konkrétních situacích chovat, myslet a jednat určitým způsobem. Tyto osobní charakteristiky je možno podle autorů knihy rozdělit do pěti kategorií: motivy, rysy, vědomosti, dovednosti a vnímání sebe sama. (Kubeš et al., 2004)

Motivy

Motivy zahrnují vše, co člověka podněcuje k jednání či aktivitě ve specifickém směru. Jedná se o vnitřní pohnutky, které vyvolávají a udržují aktivitu. (Kubeš et al., 2004)

Rysy

Rysy umožňují stabilní reakce na situace nebo na informace pocházející z okolí. Zahrnují hluboké a vrozené charakteristiky osobnosti. Typickým příkladem je temperament, který ovlivňuje emocionální reakce člověka na podněty z okolí, včetně intenzity a průběhu těchto reakcí. (Kubeš et al., 2004)

Vědomosti

Do této kategorie patří všechny **znalosti** z určité oblasti související s prací na dané pozici. (Kubeš et al., 2004)

Dovednosti

Dovednosti nám umožňují provádět činnosti spojené s fyzickým nebo duševním úkolem. V závislosti na složitosti tohoto úkolu je k jeho úspěšnému provedení zapotřebí různého rozsahu dovedností. (Kubeš et al., 2004)

Vnímání sebe samotného

Naše osobnost se formuje na základě osobních **zkušeností** a vnímání reality. Během života si vytváříme **hodnoty** a **postoje** k okolnímu světu i k sobě samým. To, jak se vnímáme, má vliv na naše osobní přesvědčení o tom, zda jsme schopni splnit určitý úkol. Tato víra ve vlastní schopnosti nebo jistota, že úkol zvládneme, ovlivňuje naše jednání a rozhodování. (Kubeš et al., 2004)

Hodnoty

Hodnotou je nazýváno to, co je pro nás v životě důležité. Hodnoty ovlivňují naše chování i motivaci, přesahují konkrétní akce a situace, což je odlišuje od norem a postojů, slouží jako standardy nebo kritéria. Lidské hodnoty jsou seřazeny podle důležitosti a tvoří uspořádaný systém priorit každého jednotlivce. (Schwartz, 2012)

Podle teorie Shaloma H. Schwartze z roku 1992 existuje deset univerzálních hodnot. Ty se od sebe navzájem liší cílem či motivací, kterou vyjadřují.

- Stimulace: vzrušení, nové prožitky a výzvy v životě
- Hédonismus: potěšení a uspokojení smyslů jedince
- Úspěch: osobní úspěch skrze prokázání schopností v rámci společenských pravidel
- Moc: sociální statut a prestiž, kontrola a dominance nad lidmi a zdroji
- Bezpečí: bezpečí, harmonie a stabilita společnosti, jedince a vztahů
- Konformita: omezování jednání, sklonů a impulsů, které by pravděpodobně popudily či poškodily ostatní nebo porušily sociální normy a očekávání
- Tradice: respektování, dodržování a přijetí těch zvyků a myšlenek, které poskytuje tradiční kultura nebo náboženství
- Benevolence: zachování a rozvoj blaha těch, se kterými je jedinec v častém osobním kontaktu
- Universalismus: pochopení, ocenění, tolerance a ochrana blaha pro všechny na světě
- Sebeurčení: nezávislé myšlení a jednání, kladení důrazu na svobodné rozhodování, tvoření a objevování (Schwartz, 1992)

Postoje

Postoje jsou stabilní sklony k chování, které se sice mohou měnit, ale obvykle jsou vůči změně odolné. Jsou formovány zkušenostmi a spojeny s hodnotovým žebříčkem. Jelikož se jedná o abstraktní koncept nelze ho pozorovat přímo, ale musí být vyvozen z pozorovaného chování. Postoje nejčastěji přebíráme od lidí, ke kterým máme citový vztah, nebo je považujeme za autoritu, často bez potřebného kritického zkoumání. (Homola, 1979)

Takto pojatý význam slova kompetence, byl použit při stanovování průzkumného cíle této bakalářské práce.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV) v Centrální databázi kompetencí definuje pojem kompetence takto: „**Kompetence představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností a postojů umožňující pracovní uplatnění a osobní rozvoj jednotlivce. Vyjadřují předpoklady k výkonu určitého souboru činností.**“ Jsou děleny na čtyři typy: Odborné znalosti a dovednosti (professional skills and knowledge či specific technical hard

competence and knowledge), obecné dovednosti (general skills či generic hard competence), digitální kompetence (digital competence či digital skills) a měkké kompetence (soft competence či soft skills). (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017a)

Odborné znalosti

Pojem odborné znalosti zahrnuje veškeré vědomosti, které jsou vyžadovány k výkonu určité pracovní činnosti.

Odborné dovednosti

Odborné dovednosti jsou praktické dovednosti potřebné k vykonávání určité pracovní činnosti. Pracovník musí umět využít své teoretické vědomosti v praxi.

Obecné dovednosti

Obecné dovednosti nesouvisí jen s jednou profesí. Obsahují obecné požadavky pro výkon práce, jsou přenositelné a uplatnitelné napříč obory.

Digitální kompetence

Digitální kompetence obsahují jak teoretické znalosti, tak praktické dovednosti, schopnosti a postoje člověka, které jsou nutné pro využívání informačních a komunikačních technologií a digitálních médií v pracovní činnosti.

Měkké kompetence

Měkké kompetence nebo také měkké dovednosti jsou souborem požadavků důležitých pro kvalitní vykonávání práce. Nezávisí na specifické odbornosti, ale na celkových schopnostech člověka. Jsou univerzální a lze je využít napříč různými obory. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017a)

2.5.1 Kompetence všeobecné sestry

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry vymezuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004). Podrobněji je pak rozpracovává vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2011). Tato legislativa definuje především odborné znalosti a dovednosti nutné k výkonu tohoto povolání.

MPSV vytvořilo veřejný registr povolání tzv. Národní soustavu povolání. Zde definuje také obecné dovednosti, digitální a měkké kompetence potřebné k vykonávání povolání všeobecné sestry.

Mezi obecné dovednosti řadí počítačovou, numerickou a jazykovou způsobilost, ekonomické a právní povědomí. V rámci digitálních kompetencí vymezuje množství témat, které jsou nezbytné pro správné používání informačních a komunikačních technologií i digitálních médií např. informační a datovou gramotnost či komunikaci a spolupráci prostřednictvím digitálních technologií. Měkké kompetence dělí na osobní, interpersonální a výkonové. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017b) Konkrétní měkké kompetence jsou uvedeny v Příloze A.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUNÉ ČÁSTI

Pro zpracování vybraného tématu byla zvolena kvalitativní metoda průzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Následná analýza dat využívala metody interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis, IPA).

3.1 Cíle průzkumu a průzkumné otázky

Cíl vztahující se k průzkumné části

Zjistit, jaké kompetence jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování specializované paliativní péče v terénu.

Výzkumná otázka

Jaké znalosti, dovednosti, zkušenosti, vlastnosti, hodnoty, postoje a motivy jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování specializované paliativní péče v terénu?

3.2 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořily sestry pracující v týmu specializované paliativní péče alespoň dva roky. Paliativní péče je hlavní profesní náplní těchto sester, proto byly brány jako odbornice na danou problematiku a rozhovory s nimi poskytovaly základ pro vyhledávání kompetencí potřebných v paliativní péči o pacienta.

Sestry byly do průzkumu vybírány metodou sněhové koule, kdy oslovená sestra navrhla další možné účastníky průzkumu (respondenty). K účasti v průzkumu byl zapotřebí souhlas jak oslovených sester, tak zdravotnického zařízení, kde sestry pracovaly. Celkový počet respondentů nebyl na začátku stanoven. Vyhledávání nových respondentů bylo ukončeno ve chvíli, kdy došlo k tzv. saturaci dat tedy, kdy další rozhovory již nepřinášely nové informace. Konečný počet účastníků byl šest.

Charakteristika respondentů

Jednotliví respondenti průzkumu jsou označeny písmenem S (sestra) a číslem. Pohlaví respondentů nebylo předem omezeno, nicméně všechny sestry, se kterými byl veden rozhovor, byly ženy.

S1

Vystudovala čtyřletý obor Zdravotnický asistent, poté pokračovala ve studiu tříletého bakalářského oboru Všeobecná sestra. Svou praxi začala na gerontopsychiatrickém oddělení, po mateřské dovolené nastoupila do mobilní specializované paliativní péče, kde pracuje pět let.

S2

Vystudovala čtyřletý obor Zdravotní sestra. Pracovní zkušenosti má z chirurgické ambulance a chirurgické JIP. Poté ze zdravotnictví na čas odešla a vrátila se přímo do mobilní specializované paliativní péče, kde nyní pracuje tři roky.

S3

Vystudovala tříletý bakalářský obor Všeobecná sestra a dvouletý navazující magisterský obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Po dvou letech strávených v akutní péči v nemocnici nastoupila do mobilní specializované paliativní péče, kde nyní pracuje jako vrchní sestra.

S4

Vystudovala čtyřletý obor Zdravotní sestra. Pracovala na JIP hematoonkologického oddělení, poté působila mimo obor zdravotnictví a před třemi lety nastoupila do mobilní specializované paliativní péče, kde je nyní na pozici vrchní sestry.

S5

Vystudovala čtyřletý obor Zdravotní sestra. Pracovala na interním oddělení, poté odešla mimo zdravotnictví. Vrátila se do domácí zdravotní péče a později přestoupila do mobilní specializované paliativní péče.

S6

Vystudovala čtyřletý obor Zdravotní sestra. Začínala na LDN, poté působila na interní a chirurgické JIP, na dětském oddělení (na „velkých dětech“). V mobilní specializované paliativní péči pracuje šestým rokem.

3.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od února do března 2024. Před každým rozhovorem bylo nutné získat souhlas s průzkumem od zdravotnického zařízení, kde daný respondent pracoval. Sestra účastníci se průzkumu podepisovala informovaný souhlas (Příloha B). Bylo jí srozumitelně vysvětleno, jaký je cíl průzkumu a jakou v něm ona sama hraje roli, že může odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, nebo z průzkumu kdykoli odstoupit. Také měla možnost položit

doplňující otázky. Celý rozhovor byl se souhlasem respondenta nahráván pro pozdější doslovný přepis. Sestra dostala informaci, že ani audiozáznam, ani celý přepis nejsou součástí výsledné bakalářské práce, kde budou publikovány jen úryvky rozhovorů.

Nejprve proběhl pilotní rozhovor, který nebyl do samotného průzkumu zařazen. Jeho analýza umožnila upravit okruhy otázek i samotné otázky tak, aby jim sestry rozuměly, a zároveň co nejlépe odpovídaly na výzkumnou otázku.

Okruhy otázek

- 1) Jaká by podle vaší zkušenosti měla sestra být, aby svou práci v paliativní péči dělala dobře?
- 2) Jak by podle vaší zkušenosti měla vypadat komunikace sestry s pacienty, rodinou, kolegy?
- 3) Pokud sestra pracuje v domácím prostředí pacienta, jaká by měla být, aby jí neuniklo nic z potřeb pacienta i jeho rodiny?
- 4) Jak ve vaší profesi podle vašeho názoru a zkušeností zvládat zátěž a stres?
- 5) Jak by se měla sestra v paliativní péči vzdělávat?

Rozhovor vždy začínal úvodní otázkou: „Jak jste se k této práci dostala?“, která uvedla celý rozhovor a sestry se rozpovídaly. Druhá otázka: „Co je podle vás paliativní péče?“ uvedla téma rozhovoru a také odhalila některé zajímavé nuance ve vnímání paliativní péče dotazovanými sestrami. Délka rozhovorů byla od 19 do 53 minut (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 – Délka rozhovorů

Označení respondenta	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Délka rozhovoru [min]	19	41	30	53	25	27

3.4 Analýza dat

Získaná data byla analyzována s použitím interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Ta popisuje a interpretuje zkušenosti respondenta a významy jaké této zkušenosti respondent dává. (Řiháček et al., 2013) Analýza byla rozdělena do několika fází na základě obecného analytického postupu IPA. Ten v knize Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy z roku 2013 popsal Řiháček a kolektiv.

0) Reflexe průzkumníkovy zkušenosti s tématem průzkumu

Reflexe probíhala již od počátku zpracování bakalářské práce formou rozhovorů průzkumníka s vedoucí práce. Pomáhala v ujasňování si vlastních motivací autora, jeho konkrétních zájmů i obav. Tato reflexe by měla zvyšovat validitu provedené analýzy.

1) Čtení a opakované čtení

Tato fáze analýzy sestávala z poslechu audiozáznamu rozhovoru, jeho přepisu a opakovaného čtení. Nejprve byl nahraný rozhovor pomocí nástroje Sonix automaticky převeden do textu v programu MS Word. Poté bylo třeba rozhovor znovu poslechnout a přepsaný text zkontrolovat a upravit.

2) Počáteční poznámky a komentáře

V této části analýzy se průzkumník nejdetailněji zabýval textem přepsaného rozhovoru. K jeho rozboru bylo použito otevřené kódování, které se snaží, co nejvíce informací nalezených v textu popsat co nejmenším počtem kódů (Mišovič, 2019). Během pročitání rozhovoru byly veškeré významné a zajímavé části textu kopírovány do excelové tabulky, zároveň k nim byly přiřazovány první kódy a obecnější kategorie. Každý úryvek byl označen stejným jedinečným identifikátorem jak v Excelu, tak ve Wordu, což umožnilo rychle najít příslušný úryvek v textu rozhovoru.

3) Analýzy dalšího rozhovoru

Stejným způsobem byly rozebrány i ostatní rozhovory a jejich úryvky byly vloženy do téže tabulky v Excelu.

4) Rozvíjení vznikajících témat

V tomto kroku byla popsána tzv. rodící se témata (Řiháček et al., 2013). Počet prvních kódů i kategorií byl redukován a upravován seskupováním podobných témat do jednoho kódu i využitím abstraktnějších formulací kódu.

5) Hledání souvislostí napříč tématy

Poté byly vyhledávány vztahy mezi kódy či kategoriemi a zakreslovány do myšlenkových map. Zde již byly využívány pouze kategorie a kódy vztahující se k výzkumným otázkám. I nadále docházelo k přeskupování či spojování jednotlivých kódů a vzniku nových nadřazených kategorií. Tyto kategorie však museli být i nadále zakotveny v primárním textu (Řiháček et al., 2013).

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na základě analýzy uskutečněných rozhovorů bylo vytvořeno 36 kódů, které byly rozřazeny do 7 kategorií (viz Tabulka 2) a zakresleny do myšlenkové mapy (Příloha C). Jednotlivé kategorie jsou popsány v podkapitolách níže. Každá podkapitola obsahuje také část myšlenkové mapy, ve které jsou zobrazeny vztahy mezi kódy, a úryvky z rozhovorů. Citace sester nejsou přepsány doslovně, ale pro zvýšení srozumitelnosti převedeny do spisovného jazyka a zbaveny výplňových slov typu prostě, jako nebo jakoby.

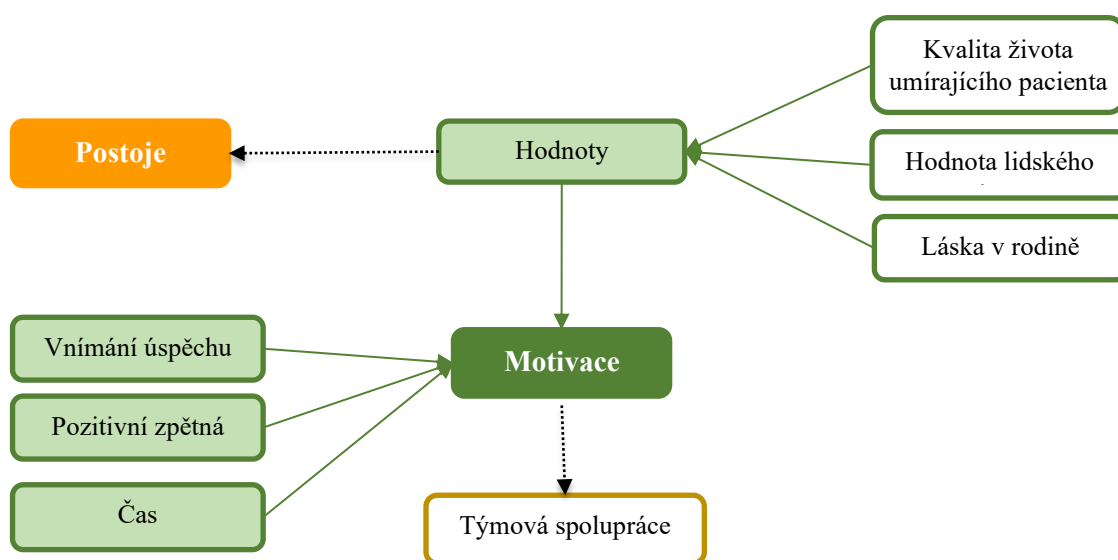
Tabulka 2 – Kategorie a kódy

Kategorie	Kód
Dovednosti	Empatie
	Komunikace
	Práce s emocemi
	Samostatnost
	Schopnost komplexního pohledu
	Schopnost nastavit hranice
	Schopnost plánovat
	Schopnost vyrovnat se s realitou smrti
	Schopnost získat si důvěru
	Specifické zdravotnické dovednosti
	Všímavost
	Zvládání zátěže
Motivace	Čas
	Hodnoty
	Pozitivní zpětná vazba
	Vnímání úspěchu

Kategorie	Kód
Postoje	Optimismus
	Respekt k principu autonomie
	Úcta k pacientovi
Vlastnosti	Altruismus
	Autenticita
	Důslednost
	Flexibilita
	Intuice
	Odpovědnost
	Pokora
	Temperament
	Trpělivost
	Zdravá sebedůvěra
Vzdělání	Kurzy
	Kvalifikační vzdělání
	Potřeba dalšího vzdělání
Zkušenosti	Praxe v MSPP
	Praxe v nemocnici
	Životní zkušenost
Znalosti	Specifické zdravotnické znalosti

4.1 Motivace

Sestry v rozhovorech mluvily o tom, co je motivuje k práci v týmu MSPP. Jsou to především hodnoty, které vyznávají, pozitivní zpětná vazba od pacientů i jejich okolí. Další velkou a podle sestry S3 hlavní motivací mnoha sester je dostatek času na pacienty. O tom, zda jsou sestry motivované pracovat v paliativním týmu rozhoduje podle sestry S6 také to, kdy vnímají svou práci jako úspěšnou. Stejně nastavení se společnými cíli a motivací také napomáhá podle sestry S2 týmové spolupráci. (Obrázek 2)



Obrázek 2 – Motivace

4.1.1 Hodnoty

Mezi hodnoty, které sestry zmiňovaly a které je motivovaly v práci, patřila kvalita života umírajícího pacienta i jeho okolí, hodnota lidského života jako takového a láska v rodině. Z hodnot vycházely postoje sester.

4.1.1.1 Kvalita života umírajícího pacienta

Pro všechny dotazované sestry byla velkou hodnotou a i důvodem, proč tuto práci dělají, možnost zlepšení kvality života umírajícího pacienta i jeho blízkých. Oceňovaly, že mohou rodině pomoci toto náročné období prožít důstojně, pro pacienta komfortně a někdy i s radostí.

S2: „*Ta smysluplnost toho že, ten člověk a jeho rodina můžou tohle vzácný životní období prožít s podporou a pomocí, je velká motivace.*“

S1: „*Je to smutný ten proces, to umírání. Ale my tam jdeme proto, aby ten poslední čas byl prostě kvalitní, aby byl třeba i radostný, že jo.*“

S3: „*Vy vlastně provedete tu rodinu, což si myslím, že je obrovská motivace všech těch, co jdou do hospicu, že vy je provedete těmi těžkými chvílemi a je to důstojný. Není to pod tlakem, že vám to lůžko zase někdo obsadí.*“

S2: „*Já prostě vím, že realita je, že ten člověk umře. Rozdíl je jak. A tam je ta smysluplnost té naší práce. Protože ta naše přítomnost může velice ovlivnit to, jak ten člověk odchází. Bude mít bolesti, nebude mít bolesti, odejde smířený, neodejde smířený, zvládne to ta rodina doma, nezvládne to ta rodina doma.*“

S3: „*Chcete odborně přispět k tomu, aby ten člověk v komfortu dožil doma.*“

S6: „*Je to o tom, doprovodit je v tom závěru života, aby ten závěr života byl důstojný a dá se říct kvalitní. Já třeba potřebuji vědět, že ti mí klienti, které já mám na starosti, že je mám nějakým způsobem ošetřený právě i tím povídáním, a pak si jdu s tím klidem domů.*“

S4: „*My, ty zdravotnice, tam jako přijíždíme, nikoliv že čekáme až umře, ale že pojd'me být teď, pojd'me být teď. A to jim, si myslím, že jim pomáhá v takovém osvobození od nějakých kleští, jo, už mám jenom tolik času. Aby to nevnímali tolik jako stres, aby se spíš zaměřili na to, ne to, co bude zítra, ale to, co je právě teď.*“

S6: „*Fakt se dokázat přepnout na toho dotyčného, aby všechno, co se u něj, okolo něj bude dít, tak aby jemu to bylo, dá se říct příjemný. Nedělat něco proti tomu.*“

S6: „*Bude se všechno dělat podle toho, aby ten pacient byl prostě klidný a nebylo to pro něj nekomfortní.*“

S1: „*Tady je celý ten proces, to umírání od pomůcek..., ale i nabádáme ty lidi, třeba já nevím, manžele, dcery, syny, aby si vlezli třeba do lůžka i toho pacienta, aby jim pouštěli oblíbenou hudbu, dali třeba zavonět oblíbeným jídlem, děti, aby u toho byly, oblíbený věci, zvířata. Jako ty lidi na to fakt reagují, prostě jo. Tady je prostě ten čas na celý ten proces.*“

Sestry S1, S3 a S4 dávaly do protikladu umírání doma v péči týmu MSPP a umírání v nemocnici. Rozdílná zkušenost umírání pacienta v péči týmu MSPP a v nemocnici, byla pro

ně velkou motivací. Umírání doma lépe odpovídá jejich hodnotám, často je pokojné a důstojné, po odborné stránce dobře zabezpečené.

S3: „*Ještě tam je větší kontrola nad těmi symptomy než v nemocnici. Nebo máte mnohonásobně větší jistotu než v nemocnici, že tomu pacientovi opravdu bude dobře poslouženo, že bude dobře zamedikovaný, že spousta věcí bude dobře vykomunikovaná, a že na to máte odborný tým, který dobře toho pacienta a tu rodinu tím odcházením provede, což zase v nemocnici nemáte, že se hezky postaráte o to tělo, a to se s nemocnicí taky nedá srovnat, tam je málo času a prostoru pro ty rituály.*“

S1: „*Moje motivace byla ta rozdílnost umírání v nemocnici a doma. Jo, že to má smysl i přesto, že to ještě pořád v dnešní době je tabu, teda si myslím, že jenom dvě procenta všech umírajících umírá doma, což je málo, ale myslím, že se to pořád lepší.*“

S4: „*Tam (v nemocnici pozn. autora) spíš jako rychle, ať máme lůžka už zase znovu obsazená, další člověk za dveřmi. Tak tam té paliace jsem moc nezažila, ale o to víc mi to dává teď smysl. Tak možná je to motivace, že teď vnímám, že fakt, tady je na to fakt čas.*“

S3: „*Chcete to dělat jinak než v těch zdravotnických zařízeních. Jo, to si myslím, že byla velká hlavní motivace nás všech, co jsme třeba v našem hospicu, že chcete mít víc času na toho pacienta a tu jeho rodinu.*“

Sestry z MSPP mohou také svůj pohled na poslední fázi života člověka a možnosti jejího prožívání šířit i mezi širokou veřejnost.

S6: „*Z venku od laiků člověk často potkávám otázku: ‚To děláš strašný zaměstnání, když děláš jenom se smrtí.‘ Já říkám: ‚No, pohřebáci taky.‘ (smích) Ale člověk jim to podá tak, že já tady nejsem kvůli té smrti, ale kvůli tomu před a oni pak se na to začnou dívat jinak.*“

Sestra S4 navíc uvedla, že paliativní péče je péče zaměřená na kvalitu života v celé jeho délce, a proto by měla být součástí jakékoli péče.

S4: „*Paliativní péče je součástí každé péče, protože paliativní péče je zaměřená na kvalitu. Já říkám ano, takže na kvalitu bych měla koukat, když trhám zuby, když ošetřuji ránu, když natáčím EKG, pokaždý by tam měla být. V tom by měla být paliativní, jako zaměřená na kvalitu života toho člověka. Což se spíš posunulo do té dimenze, pokud je paliativní, tak je to na kvalitu života, to znamená, že už nic jiného tomu člověku nemůžeme nabídnout. Z mého pohledu by paliativní měla být úplně všude. Pokud na to nahlížíme jako na kvalitu, kvalitu života toho člověka.*“

4.1.1.2 Hodnota lidského života

Sestra S4 zmínila i hodnotu lidského života jako takového. Kdy tým MSPP ovlivňuje kvalitu pacientova života, ale nezkracuje jeho délku.

S4: Takže určitě hodnota lidského života, že je důležitá. Pokud nebude mít hodnoty jako lidský život, tak to nemůže dělat, protože my ho nedoprovázíme ke smrti, my ho doprovázíme v tom umírání. Zasáhneme do jeho příznaků, který mu tu kvalitu zhoršují. Ale nezasahujeme do toho, abychom něco urychlili. “

4.1.1.3 Láska v rodině

Pro sestru S5 byla hodnotou a velkou motivací láska mezi členy pacientovi rodiny.

S5: „Mě se třeba spousta lidí ptá, proč tuhle tu práci dělám, jak to můžu dělat? A já každému říkám, že tolik lásky, co vidíme my, oni nikdy v životě nezažijí a neuvidí. Což je pravda, protože když si toho člověka vezmou domů na to, aby mu dosloužili do poslední chvíle, tak toho člověka musí mít rádi. “

S5: „Protože jsme zažili i rodiny s malými dětma, kde to proběhlo úplně normálně, přirozeně, prostě fakt jako to, co už jsme si prožili v tom hospicu, to je něco neskutečně krásného. “

4.1.2 Čas

Téměř všechny sestry mluvily o tom, že vnímají jako velkou výhodu práce v MSPP dostatek času na pacienta, na komunikaci s ním i jeho blízkými. Podle sestry S3 je to pro řadu sester dokonce hlavní důvod, proč pracovat v MSPP. Jako kontrast uváděly situaci v nemocnici.

S2: „Zrovna včera jsem byla při úmrtí pacienta, přijela sem do rodiny a do čtvrt hodiny pacient pokojně zemřel, a byla jsem s dcerou pacienta ještě tři hodiny potom, protože jsme dlouho čekali na koronera. Takže tam je veliký okno. tam je prostor pro komunikaci, naslouchání, doprovázení v tak závažným okamžiku života člověka, jako je úmrtí otce. “

S1: „Tady je prostě ten čas na celý ten proces (umírání pozn. autora). “

S3: „Není to jak na běžícím páse, že všechno je to o tom čase. “

S3: „Chcete to dělat jinak než v těch zdravotnických zařízeních. Jo, to si myslím, že byla velká hlavní motivace nás všech, co jsme třeba v našem hospicu, že chcete mít víc času na toho pacienta a tu jeho rodinu. “

S6: „A v tomhle je ta hospicová péče dobrá, že vy ten čas na ty lidi můžete mít, kolik oni prostě potřebují. “

S6: „*V nemocnici to je úplně jiný, tam prostě na to není prostor časový, když teda nedělá na paliativních lůžkách, je tam fakt jako tlačení na výkon a na to, stihnout ten objem lidí, kterých tam máte prostě třicet.*“

4.1.3 Vnímání úspěchu

Sestra S6 se zamýšlela nad tím, že sestra v týmu MSPP nemůže vnímat jako úspěch pouze vyléčení pacienta, protože k tomu při její práci nedochází. Tyto sestry mají podle S6 pocit úspěchu, pokud pacient zemře důstojně, doma, v klidu. Nesnaží se např. pacientovi rány za každou cenu vyléčit, víc pro ni znamená, že pacient svůj zbývající čas prožije v klidu, že je mu dobře. A to je podle ní také důvod, proč ne všechny sestry mohou v MSPP pracovat. Myslí si, že některé sestry nejsou schopny své zaměření pouze na vyléčení pacienta (podporované v nemocnici) změnit.

S6: „*Jenom se musí umět přepnout na to, že neléčíme ve smyslu uzdravení, ale že léčíme, v uvozovkách ‚jenom‘ ty příznaky, který k tomu jsou, což je vidět u nově příchozích sestřiček, že to kolikrát bývá problém. Jo, kdy se dostat do té fáze, kdy tohle ještě budu řešit a kdy už ne. Musí si to srovnat sama v sobě a třeba si vyzkoušet, když by byla ta možnost vyzkoušet si, nakouknout do toho, co to znamená ta paliativní péče.*“

S6: „*Jsou sestřičky, který jsou prostě doživotně akutní. Jako prostě jedou, že ne na rychlost, ale mají prostě vyléčit.*“

S6: „*V nemocnici prostě: musíme uzdravit, musíme postavit na nohy a tak. A tady prostě ne, tady ho dochovám. Tam je to nastavený v tom akutním: musíme za každou cenu vyléčit.*“

S6: „*Jak by měl přijít takhle ten zlom v té sestřičce v nemocnici..., k tomu by musela dospět sama a možná i mít třeba vlastní zkušenost nějakou. A zažít jiný způsob umírání, než co je v nemocnici.*“

S6: „*Většinou, když máme novou sestřičku a začne sloužit sama a jede sama k úmrtí, tak jsme takový jako nedočkavý s tím, s čím přijde. A když přijde, že řekne, že to bylo hezký, tak jsme říkali: ‚Jo, ta je hospicová.‘ Že tam jako nevidí to škaredý, to, že ten člověk umřel a ta rodina je tam prostě bolavá. Ale to, že se to povedlo doma a...“*

S6: „*Jo, že ten člověk odešel důstojně, že se povedla nastavit ta léčba prostě těch příznaků, aby byl klidný.*“

S6: „Fakt se dokázat přepnout na toho dotyčného, prostě aby všechno, co se u něj, okolo něj bude dít, tak aby jemu to bylo, dá se říct příjemný. Nedělat něco proti tomu.“

S6: „Když by nebyla schopná jako tohle přijmout, tak si myslím, že jí to právě demotivuje. Právě to, že se nedělá nic, aby se zaléčily nějaký defekty nebo tak.“

Další zajímavý pohled na vnímání úspěchu přinesla sestra S2. Mluvila o kurzu, kde jim paní lektorka odkrývala jejich vlastní motivace pro práci v paliativní péči:

S2: „Kde právě ta přednášející nám trošku odkrývala naše motivace, abychom si uvědomili, a bylo to velmi zajímavé. Protože většinou v těch pomáhajících profesích člověk řekne: motivace - no, protože chci pečovat, jde mi o ty druhé. Všechno je to zaměřený mimo sebe. A ona říkala, buďte realisti, komu to dělá dobře, když někomu pomůžete? Musím říct, že jsme jí všichni museli dát za pravdu. Že vlastně my, kteří se shromažďujeme v pečujících profesích, máme společný asi právě to, že v ní máme tu motivaci pomáhat druhým, ale tím pádem dostáváme i tu zpětnou reakci toho, že jim bylo pomozeno, a to dává smysl té práci.“

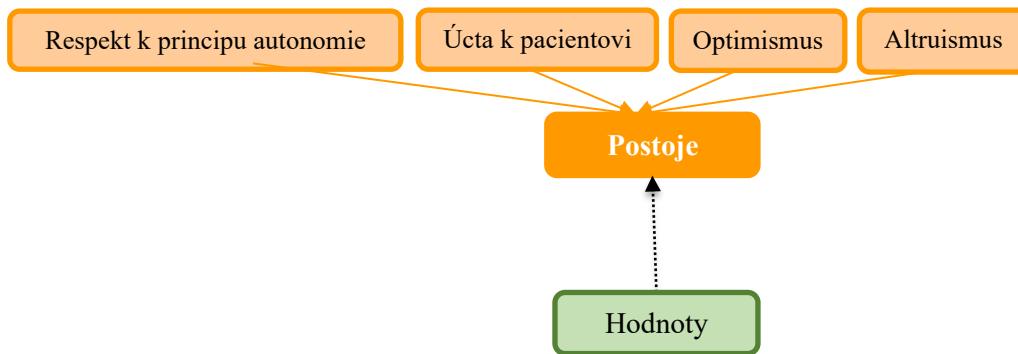
4.1.4 Pozitivní zpětná vazba

Další motivací pro sestry v týmu MSPP je podle sestry S4 pozitivní reakce pečujících i okolí.

S4: „A opravdu bych řekla, troufám si říct, z devadesáti devíti procent mají zpětnou vazbu od těch pečujících jako pozitivní, že je to i ceněný. Možná už i společností je to ceněný minimálně tím okolím, kterým se pohybujeme, je to oceňovaný. A já si myslím, že to vás motivuje ještě víc.“

4.2 Postoje

Mezi postoje, které sestry uvedly jako důležité patří altruismus, optimismus, úcta k pacientovi a respekt k principu autonomie. Tato kategorie úzce souvisí s hodnotami, které sestry vyznávají. (Obrázek 3)



Obrázek 3 – Postoje

4.2.1 Altruismus

Podle sester S2, S3, S5 by sestře v MSPP mělo záležet na pacientovi. Měla by se mu snažit pomoci, být tam pro něho, jak řekla sestra S3, i pokud kvůli tomu musí vyjít ze své komfortní zóny. K tomu je podle sestry S2 potřeba láska k pacientovi.

S2: „Schopnost odložit svoje záležitosti a být tam cele pro toho druhého.“

S2: „Pod láskou si člověk může představit spoustu různých věcí, ale já si teda pod tou hodnotou lásky asi nejvíc představím právě to, že jsem tam pro toho druhého, takže mi na něm záleží. A ačkoli samozřejmě to nemůže být láska typu, že se skládám z toho, že umřel, to by asi nepomohlo, ale láska ve smyslu, že je mi na něm záleží, jak na tom pacientovi, tak na těch příbuzných.“

S2: „Myslím, že ne (nejde to bez lásky pozn. autora), že by to hlavně (sestra pozn. autora) dlouho nevydržela.“

S3: „Člověk (sestra pozn. autora), který umí trošku jít přes ty zóny komfortu.“

S5: „Proto my třeba i ráno si tady předáváme každého pacienta, co jsme kde zjistili, jak se v té rodině chovají, jestli tam je nějaký problém, dáme tady hlavy dohromady a snažíme se té rodině pomoci, aby to zvládla, protože naším záměrem je pomoci té rodině, aby to dotáhli do úspěšného konce, aby to zvládli.“

S5: „Takže vy musíte umět jim dát prostor vám říct to bolavý, který mají a neodbyť je, že prostě udělat si to zdravotnický a na shledanou, ale být tam pro ně.“

S5: „Prostě nepřijít tam jako suverén, vyházet tam odborný věci, jako teď jsem vám to tady sdělil a já jdu. Ne, sednout si lidsky k těm lidem. Oni to potřebují, chytit je za ruku, pohladit ty lidi.“

4.2.2 Optimismus

Sestry S5 a S1 uvedly, že sestra by měla do domácnosti pacienta přinášet také radost a optimismus.

S5: „Co je taky důležitý. Být asi optimistický, přinášet do té rodiny prostě radost, úsměv, pohodu, protože to oni potřebují. Oni se na nás těší, protože říkají, vy přijdete a je sranda po celým baráku. Sousedí se nás ptali, co se tady dělo. A my jim říkáme, byla tady sestřička.“

S1: „Je to smutný ten proces, to umírání. Ale my tam jdeme proto, aby ta poslední, ten poslední čas byl prostě kvalitní, aby byl třeba i radostný, že jo.“

4.2.3 Úcta k pacientovi

Sestra S2 upozorňovala na to, že k pacientovi je třeba přistupovat s velkou úctou ve všech oblastech péče, s úctou k prostředí, ve kterém žije.

S2: „Aby měla velkou míru lidskosti a úctu k tomu člověku ve všech těch oblastech čili fyzická, psychologická, sociální i spirituální čili ve všech těchto oblastech je potřeba, aby se projevovala velká úcta k tomu člověku.“

S2: „My jsme ty hosti v jeho domově, i když jsme ti odborníci. Tam je potřeba úcta prostě k tomu, jak oni to mají nastavený, jak oni to vnímají, co je pro něj důležitý třeba vztahově.“

4.2.4 Respekt k principu autonomie

Úcta k člověku se projevuje také respektem k jeho přáním a rozhodnutím k tzv. principu autonomie. Sestry S1, S2 a S4 zdůrazňovaly, že je třeba respektovat přání pacienta. Ony jsou ty, které nabízejí, ale volí si pacient a jeho rodina a jejich názory se nemusí shodovat s názory sestry.

S2: „Ať už je to v té oblasti třeba sociální, tak ho vnímat s jeho okolím, respektovat jeho přání.“

S2: „My můžeme nabídnout, ale ten pacient a jeho rodina jsou ti, kteří volí to tempo a ty rozhodnutí.“

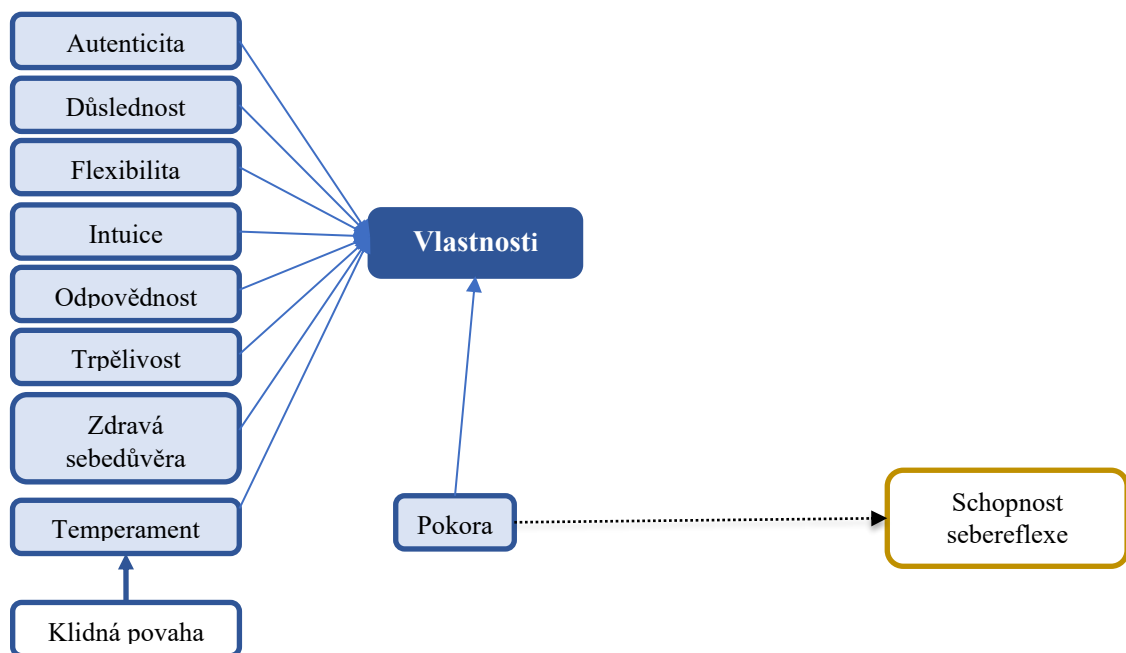
S4: „Funguje určitě respekt k postojům těch pečujících, toho pacienta. Řekla bych, že určitě respekt i k těm názorům, i k těm přáním těch v té rodině.“

S1: „Tolerantní podle mě, protože každá rodina má na různé věci jiný náhled, na možnosti léčby, nebo té péče.“

S4: „Jo, nehodnotit tu rodinu, co dělá. Jestli se rozhodla, že prostě objedná ještě olejíčky, tak ano. Jo, děkuju, že jste mi to řekli. Budu moc ráda, kdybyste mi to potom ukázali, abych to ukázala paní doktorce, jenom jestli tam nemůže být nějaká interakce s tou léčbou, kterou teď máte. Ale je to respekt k tomu, že ten člověk si volí ještě nějakou jinou cestu.“

4.3 Vlastnosti

Dotazované sestry uvedly devět vlastností důležitých pro práci v mobilní specializované péči. Jsou jimi autenticita, důslednost, flexibilita, intuice, odpovědnost, pokora, trpělivost a zdravá sebedůvěra. Temperament se podle sestry S1 hodí jakýkoli, nicméně klidná povaha může být výhodou. Některé tyto vlastnosti souvisí podle sester s kódy v kategorii dovednosti (viz níže) např. pokora se sebereflexí. (Obrázek 4)



Obrázek 4 – Vlastnosti

4.3.1 Autenticita

Sestra S4 viděla jako důležité nepřetvařovat se před pacientem, zůstat autentická.

S4: „*No, takže si myslím, že by měla být pravdivá. Jo, že by tam opravdu neměla být ta přetvářka. Autentická. Jo, to je ještě lepší, to je lepší slovo, autentická.*“

4.3.2 Důslednost

Další důležitou vlastností sestry v MSPP je podle sestry S5 důslednost

S5: „*Důsledná, i když pak v té rodině se něco řeší. Já musím odtamtud přijet a musím všechno dořešit. Můžou řešit dávky, já musím zavolat sociálního pracovníka...*“

4.3.3 Flexibilita

Sestry S2, S3 a S4 zdůrazňovaly, že sestra v týmu MSPP musí být flexibilní a přizpůsobivá, protože se může rychle změnit nejen stav pacienta, ale také pečujících. Sestra si nikdy nemůže být jistá, kam pojedete a co bude řešit. Navíc prostředí, ve kterém pracuje, nemusí být zcela přizpůsobeno péči o nemocného, takže často musí improvizovat (např. použití ramínka místo infuzního stojanu).

S2: „*Naše práce je naprosto nevyzpytatelná. To přijde ráno do práce a nevíte, kam pojedete, co se bude dít. Někdy to víte, ale ono se to může změnit, protože ten zdravotní stav toho člověka se změní. To není, že by to bylo špatně zorganizovaný, ale prostě typ práce, kterou děláme, je naprosto nevyzpytatelný a patří to k tomu.*“

S3: „*Měla by být taková přizpůsobivá, protože vy nikdy nevíte, co vás tam čeká, jaký budou reakce. Jo a řešíte tam spoustu věcí najednou. Řešíte tady fyzický jako velký diskomfort, aplikaci léku nestandardním způsobem, řešíte tam vlastně širokou rodinu, každý z té rodiny reaguje jinak.*“

S3: „*A potom v domácím hospici je důležitý umět improvizovat. My netaháme v autech infuzní stojany. A vy musíte umět improvizovat - sundat obraz, vyndat ramínko.*“

S6: „*Hospicová péče prostě nemá řád, tam se furt děje něco jiného. Vesměs se dějí věci podobný, ale každý to prožívá jinak, takže musí být hodně flexibilní.*“

4.3.4 Intuice

Sestra S4 se domnívá, že v práci sestry MSPP může pomoci i intuice.

S4: „*Člověk občas dá i na svoji intuici, že mu tam něco nesedí.*“

4.3.5 Odpovědnost

Sestry S3 a S5 si myslí, že důležitou vlastností sestry v MSPP je také odpovědnost. Díky tomu, že lékař není v rodině stále přítomen, je odpovědnost této sestry podle nich větší než sestry v nemocnici.

S3: „*Vy jste zodpovědná za vlastně ty svoje pacienty od A do Z. Jo, že vy neodškrtáváte jenom ten dekurz v té nemocnici, ale vy vlastně spolu s doktorem na telefonu řídíte ten průběh těch symptomů*“

S5: „*Zodpovídáme sami za sebe v tom terénu. Na nás padá trošku i víc zodpovědnosti jako na sestru než na sestřičky v nemocnici. Ty tam mají furt sebou lékaře. Jo, furt tam je lékař, zatímco u nás taky je lékař, ale je na tom telefonu čtyřicet hodin, ale my, na nás to leží, abychom zhodnotily, co se tam děje.*“

4.3.6 Pokora

Z rozhovorů se sestrami S2, S3, S4 vyplynulo, že sestra v MSPP by měla být pokorná. Pokorná směrem k pacientovi...

S2: „*A ta úcta k tomu, co ten člověk prožívá, nemít hned představu o tom, jak by to mělo být.*“

S3: „*Tam je i ten osobnostní předpoklad nebát se mluvit, ale umět mluvit v nějakých dobrých mezích. Neprosazovat tam prostě sebe.*“

...ale pokorná také v uznání svých vlastních omezení a předností ostatních. Pokora podle sestry S4 souvisí se sebereflexí. Podle sestry S3 musí jít samostatnost ruku v ruce s pokorou.

S3: „*Ona musí být samostatná v té rodině, ale uznat to, že něco třeba nejde, neumí, nebo přizvat si k tomu ostatní.*“

S4: „*Pokora. A ta si myslím, že ta provází i tu péči. Může to být někdy to sebepoznání. Hele, na tohle to by se hodil tenhle ten člověk úplně perfektně*“.

S4: „*Vnímat, i s tou pokorou vnímat, že nejsem superman, neudělám všechno nejlíp, a že ty ostatní jsou tady taky a jsou stejný. Stejně, mnohdy ještě lépe vybavený, na některý věci mnohem lépe vybavení než já.*“

S4: „*Takže, i to uznání těch ostatních, že mají svoje velký přednosti. Jo a nemusím to být já, kdo by měl být vidět, kdo by měl být u všech akcí, měl by to zaštitit a měl by se provalit do té rodiny, aby to o něm věděli. Ve chvíli, kdy tam jdete s tím svým “ Já “, tak si myslím, že to může být první krok k tomu vyhořet.*“

4.3.7 Trpělivost

Sestra S1 zmiňovala trpělivost s požadavky pacienta.

S1: „*Takže být trpělivá ke všem jejich požadavkům. A někdy jsou to věci, který nemůžeme splnit a je důležitý jim to dobře vysvětlit.*“

Sestra S4 zase potřebnou zdrženlivost při udílení rad, kdy by sestra měla počkat, až se pacient či jeho blízcí zeptají.

S4: „*To mluvení je tam důležitý, ale to je spíš mluvení ve chvíli, kdy jste dotázán jo. Nejt s radou předtím, než ta rada bude žádaná.*“

4.3.8 Zdravá sebedůvěra

Podle sester S4 a S5 by sestra v MSPP měla mít zdravou sebedůvěru, protože nejistá sestra znejistí i pacienta. [Nicméně i zdravě sebevědomá sestra může připustit, že něco neví a musí se poradit.

S5: „*Ta rodina potřebuje vidět nějakou jistotu v té sestřičce.*“

S4: „*Protože ještě dříve, než my tam vstoupíme, jsou znejistění, protože neví, co vlastně se bude dít. A když tam přijedeme my, tak my si můžeme... Já můžu říct sama sobě, ale já z něčeho mám strach, nevím, co se tam bude dít, ale nemyslím si, že to je přetvářka, když tam nastoupím s tou sebedůvěrou, s tou zdravou sebedůvěrou, kdy dokážu říct nevím, poradím se.*“

4.3.9 Temperament

Sestra S1 uvedla, že každá sestra je jiná, a proto může sedět lépe jiné rodině.

S1: „*I když my tady, co pracujeme, každá sestřička je jiná a každá rodina, prostě jí vyhovuje něco jiného. Někdo má rád, když tam ta sestřička nalítne a řekne takhle to bude a přes to nejede vlak, uděláme tohle, tohle, tohle, protože se třeba hůře rozhodují a jim to vyhovuje. A někdo zase chce nechat ten čas a tak. A tam je zase lepší, když sestřička přijde a řekne, to uvidíme, jaký bude postup.*“

4.3.9.1 Klidná povaha

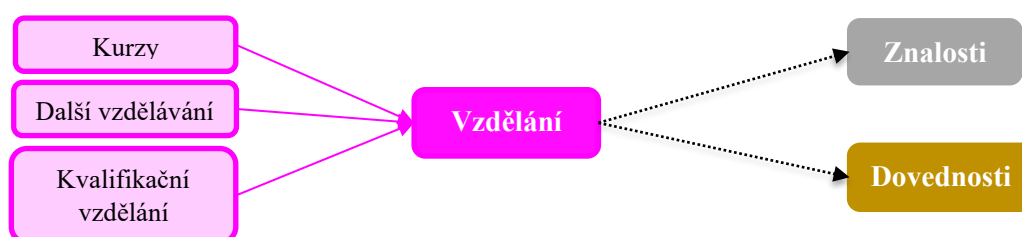
Zároveň ale zmínila, společně se sestrou S6, že klidná sestra působí uklidňujícím dojmem i na pacienta a jeho rodinu.

S1: „*Aby ta sestřička byla natolik klidná, aby tou klidností dokázala přenést i na tu rodinu. Jo, myslím si, že to je hodně důležitý.*“

S6: „*Měla by být klidná, nebyť úplný nervák.*“

4.4 Vzdělání

Aby sestry mohly pracovat v týmu MSPP, musely podle svých slov nejprve získat odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra. Nicméně většina sester poukazovala také na nutnost dalšího celoživotního vzdělávání např. prostřednictvím specializovaných kurzů. Svým vzděláváním a zkušenostmi (viz níže) získávají sestry potřebné znalosti a dovednosti pro výkon tohoto povolání. (Obrázek 5)



Obrázek 5 – Vzdělání

4.4.1 Kvalifikační vzdělání

Na dotaz, jaké vzdělání by měla mít sestra pracující v mobilní specializované paliativní péči (dále MSPP), odpovídaly respondentky, že takové, aby mohla sestra pracovat samostatně, tedy aby byla všeobecná sestra.

S3: „*Musí to být sestra, která dle zákona může vykonávat samostatnou profesi.*“

S2: „*Tak určitě samozřejmě všeobecný zdravotnický vzdělání, což je základ.*“

S5: „*Všeobecnou sestru.*“

4.4.2 Další vzdělávání

Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že další vzdělávání paliativní sestry je určitě potřeba.

S4: „*Myslím, že by se hlavně neměla bát vzdělávat se dál. To vnímám jako důležitý. Nebát se, vzdělávat se dál.*“

S3: „*Na takový ty opravdu specifický věci hospicový být otevřená tomu, se jim učit.*“

S2: „Takže určitě je potřeba, aby se i dál vzdělávala. Nejenom stavěla na svých zkušenostech.“

S1: „Určitě ano (je potřeba další vzdělávání pozn. autora). Rozhodně je to důležitý.“

Sestry S4 a S5 také zdůrazňovaly, že se setra musí chtít vzdělávat.

S4: „No, takže určitě důležitou vlastností je vědět, že se budu učit dál a dál a dál. A chtít to.“

S5: „Já si myslím, že když už se rozhodne pro tuhle práci, že ví, že se musí vzdělávat a chce se vzdělávat. Jo, protože furt jsou nové věci. Jezdit na různé ty školení, přednášky, kde to přednášejí třeba kolegové, kolegyně z jiných hospiců, lékaři, který dělají paliativu v nemocnici atd. Tam se dovídáme, co je nového, kam se dál posouvat, jak to dělat třeba i líp.“

4.4.3 Kurzy

Sestry velmi často mluvily o kurzech, které navštěvují. Zvláště chválily prakticky postavené komunikační kurzy (konkrétně zmiňovaly ESPERO a ELNEC), které jim pomáhají v komunikačně složitých situacích s pacienty i jeho rodinou.

S2: „Jsou určité specifické kurzy, který nám v té naší konkrétní práci hodně pomůžou.“

S1: „Jsou to buď paliativní kurzy, co se týkají péče, ale jsou to hlavně komunikační kurzy, tedy takový ty praktický, kdy se tam fakt učíme, jak pracovat s nemocnými i s tou rodinou.“

S6: „A co je velký přínos, jsou různé komunikační školení, že to je hodně na praktičnost dělaný. Je teorie a pak si to na sobě zkoušíte, což je dobrý. I se dostat do pozice toho pacienta, že vám to otevře hodně oči. Fakt vás to vcucne do té role a zjistíte aha, tak tady jsi se mnou mluvila fakt blbě. Takže tam to chce trošičku jinak.“

S5: „Ted' chodíme třeba na firemní kulturu, kde se ta komunikace probírá. Spousta věcí se dá používat pak v praxi. Vědět, když ten člověk po nás vystartuje, jak ho dostat pomaličku zpátky, aby se zklidnil, a tak nějak.“

S3: „U nás mají povinnost všechny sestřičky projít základním kurzem ELNEC, což je takový třídní kurz. Opravdu základní nalejvárnou, a pak i komunikačním ELNECEM.“

S2: „Já třeba hned asi tři měsíce po nástupu do práce jsem byla poslaná na ELNEC, takže určitě ELNEC doporučuju všema deseti. Strašně, moc mi to pomohlo.“

S6: „ESPERO a ELNEC, to, dá se říct, dělají furt ty samý lidi. Ale ty jsou na to fakt jako dobří. Ať od toho základu paliativy, tak i na tu komunikaci.“

S2: „Byli jsme na ESPERU, což je kurz komunikační, super. Jak zvládat krizový situace komunikačně.“

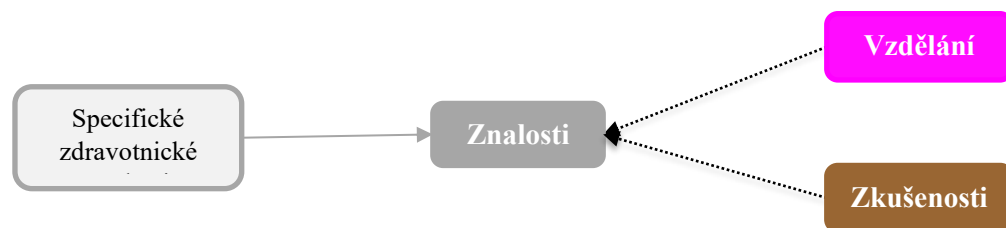
Sestry S2 a S4 také zmiňovaly kurzy zaměřené na konkrétní ošetrovatelskou péči o pacienta.

S2: „Třeba teď zrovna loni jsem byla na kurzu fyzikálního vyšetření pro sestry, což bylo skvělý.“

S4: „Prošli jsme vzděláváním na aplikaci do portů, teď jsme prošli kurzem na cévkování muže a říkáme si, že bychom potřebovali projít péčí o rány.“

4.5 Znalosti

Z rozhovorů vyplynulo, že potřebné znalosti pro práci v týmu MSPP, získá sestra vzděláváním a zkušenostmi. Sestry mluvily pouze o specifických zdravotnických znalostech. (Obrázek 6)



Obrázek 6 – Znalosti

4.5.1 Specifické zdravotnické znalosti

Sestry S1, S4 a S6 uvádí, že pro práci MSPP není zapotřebí větších znalostí než v nemocnici.

S1: „Myslím si, že sestřička po zdravotce střední nebo vysoký, to je jedno, že je vybavená na tuhle péči. Není tam nic, žádná speciální technika nebo způsob ošetřování.“

S4: „Já si myslím, že potřebuje to, co zná z nemocnice.“

S6: „To je všechno stejný jako u běžný zdravotní sestry v nemocnici.“

Sestry S2, S3 a S5 zdůrazňovaly, že se setra v MSPP setká s nejrůznějšími diagnózami a stavy pacientů a měla by na ně být po odborné zdravotnické stránce připravená. Sestra S3 mluvila v této souvislosti o své pozitivní zkušenosti se sestrami z jednotek intenzivní péče.

S2: „Je potřeba znát i tu akutní medicínu, protože se můžou objevit akutní potíže, který je potřeba řešit.“

S3: „Měla by být i odborně zdatná. Nám se vyplatilo, aby byly holky z JIPEK, aby opravdu to byly lidi, který znají spoustu situací, spoustu vstupů. Protože, když se budeme bavit teda o mobilní hospicové péči, tak vy potřebujete znát u těch dospělých pacientů celou škálu příznaků, řešení, vstupů. Umět od ran, přes vstupy, přes výživu, přes různé maligní rány, drény. Prostě všechny postupy mít v ruce.“

S5: „Takže i znát všechny možné způsoby léčby bolesti. Když víme, že se pacient bude punktovat, musíme vědět, že 4 dny před punkcí se musí vysadit všechny léky na ředění. To už není záležitost lékaře, to musíme hlídat my. Musíme mít všechno nachystaný, musíme ten proces znát, co vlastně ten lékař po nás bude chtít, co bude potřebovat a musíme mít všechno s sebou.“

Téměř všechny sestry poukazovaly na to, že sestra v MSPP musí být schopná správně posoudit příznaky a referovat je po telefonu lékaři.

S2: „Ale při těch běžných návštěvách jsme to vlastně my sestry, který potřebujeme vidět příznaky, vidět co se v tom těle toho člověka děje. My jsme vlastně jako zdravotní sestry očima lékaře.“

S3: „Vy jste zodpovědná za ty svoje pacienty od A do Z. Vy neodškrťáváte jenom ten dekurz v nemocnici, ale vy vlastně spolu s doktorem na telefonu, řídíte ten průběh symptomů.“

S4: „Je to o tom, že když tomu lékaři zavolám a dělám mu oči na tom místě a řeknu: Tady se něco děje, popíšu mu to. Tak říká: Zkus dát tohle, a kdyžtak kdyby to nezabralo, zkus ještě tohle.“

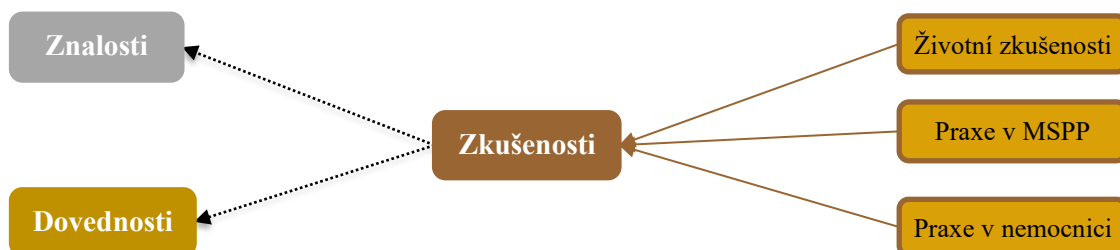
S5: „Zodpovídáme sami za sebe v tom terénu. Na nás padá trošku i víc zodpovědnosti jako na sestru než na sestřičky v nemocnici. Ty tam mají vlastně furt sebou lékaře. Stále tam je lékař, zatímco u nás taky je lékař, ale je na tom telefonu čtyřicet hodin, ale my, na nás to leží, abychom zhodnotily. Takže my musíme ten stav zhodnotit, musíme ho přesně popsat tomu lékaři, aby on teda byl schopen nám i po tom telefonu naordinovat.“

S6: „Protože my sice doktora v zádech máme, ale je to hlavně o nás.“

4.6 Zkušenosti

Zkušenosti jsou podle respondentek další oblastí, kde sestra získává své znalosti a dovednosti. Může to být praxe v týmu MSPP, ale polovina sester se myslí, že lepší je nejprve strávit nějaký

čas prací v nemocnici. Tam podle nich sestra získá potřebné zdravotnické dovednosti a zároveň se setká s náročnými situacemi obklopena kolegy a dobrým vybavením. Další důležitou zkušeností je podle některých sester životní zkušenost. (Obrázek 7)



Obrázek 7- Zkušenosti

4.6.1 Životní zkušenosti

Sestry S1 a S2 se shodly, že pro sestry, které denně vstupují do složitých situací, které řeší pacient v terminálním stádiu i jeho blízcí, je důležitá vlastní životní zkušenost. Ta podle nich usnadňuje komunikaci i pomáhá „ustát“ psychicky náročné události, jakým je např. úmrtí pacienta.

S1: „*Tam záleží, jak je na to vyžralá životně, podle mě. To je takový to, že už si ten člověk taky něco zažije. Třeba mně umřel táta, když mi bylo dvacet, pak děda, když mi bylo dvaadvacet, pak strejda čtyřadvacet. Takže vlastně ono už to člověk bere jakoby přirozeně to umírání, byť je to ztráta, ale nějak s tím člověk už pracuje nebo pracoval.*“

S2: „*Ted' neříkám, že by mladý člověk nemohl zvládat tuhle práci. Určitě moc záleží na osobnosti, na jeho dosavadní životní zkušenosti. Protože můžou být mladý lidi, který toho zažili víc než někteří starší. Ale je pravda, že třeba já jsem tu práci začala dělat po čtyřicítce a většina z našich sester vlastně je na tom tak nějak podobně. A určitě ta jistá životní dráha, kterou člověk do té doby projde, mu pomůže v těch komunikačních situacích v těch rodinách. Ne že by to nešlo dřív, ale určitě je mně to pomoci, že mám za sebou kus života*“.

4.6.2 Praxe v MSPP

Většina dotazovaných sester uváděla, že mnoho zkušeností získá sestra samotnou prací v MSPP setkáváním se s pacienty i jejich rodinami, sledováním kolegů nebo tréninkem komunikace.

S1: „Když už tam jezdíme dýl, tak už víme, jak ta rodina se chová. Někdy je veselá, někdy smutná, někdy je třeba až moc podezřelá, jak je s tou diagnózou a s tím stavem smířený, což si vždycky říkáme aha, tam bude nějaký háček. Jenže to už je ta praxe, když to člověk vidí a třeba se na to i zaměřujeme.“

S2: „Já jsem zkušenosti získala právě tím, že jsem do rodiny jezdila jako druhá sestra. Nejezdila jsem sama samozřejmě, ale sledovala jsem práci těch, který tu práci dělají delší dobu a od nich jsem vlastně se to naučila, nebo i od lékařů, když třeba jedu s lékařem na návštěvu, tak vidím, na co se ptá. Určitě se i praxí naučí otázky, který je potřeba klást u návštěvy, který nám vlastně pomůžou rozhodnout ten stav.“

S4: „Myslím, že se to dá naučit, nebo že se to dá právě tou praxí navnímat.“

S5: „Naslouchat pacientům, ale naslouchat i tady, vlastně kolegyním, lékařům a vzít si z toho ty důležité věci, abychom se fakt posouvali. Posouváme se i v tom vzdělávání tímhle způsobem, protože každá máme jiný zkušenost jinou praxí, a tak si pomáhá navzájem svými zkušenostmi.“

S6: „Já myslím, že to už tak nějak přijde s tím, protože my fakt jako o těch lidech mluvíme furt a neustále, několikrát. Takže se naučíte tak nějak mluvit.“

4.6.3 Praxe v nemocnici

Polovina sester si myslí, že pro začínající sestru je důležitá praxe v nemocnici dříve, než začne pracovat v MSPP.

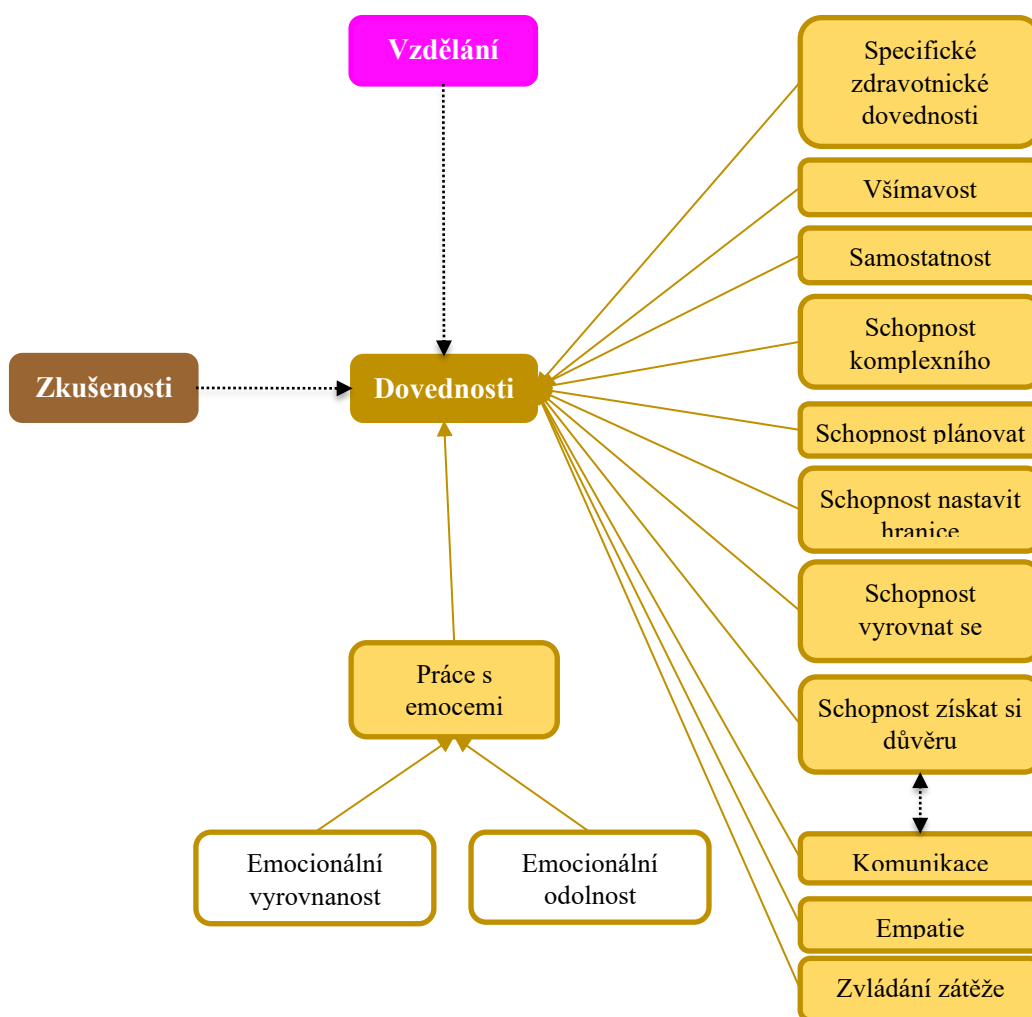
S3: „Když jsem studovala, tak jsem dostala radu v jednom hospicu, abych nejdřív prošla akutním provozem a pak jsem šla do hospicu. A to byla nejlepší rada, kterou mi tam dali, protože opravdu si osahat ten klasický zdravotnický systém, ty akutní situace, ty vyhrocené situace, takový ty běžný věci stran těch vstupů, ale i právě konfrontace s tou smrtí, konfrontace s tím utrpením, konfrontace s těmi rodinami A pak už do toho hospicu jdete s nějakou zkušeností, už máte nějakou fázi zralosti.“

S4: „Myslím si, že přijít po škole rovnou sem může být dost... no, měla bych z toho třeba já, konkrétně bych z toho měla obavy, protože ten člověk to nezažil ani v nemocnici, kde by to pro něj mohlo být takové bezpečné místo toho zázemí, odborného vybavení, zázemí kolegyn hned u ruky, ruce lékařských pracovníků. A tady, tady ten člověk opravdu je připravený v té rodině sám.“

S5: „Měla by mít někde alespoň nějakou praxi, alespoň chvíli i v té nemocnici. Aby se naučila takový ty základní postupy, který jsou pak v terénu malinkatě jiný, ale vzít k nám do týmu někoho, kdo nikdy nedělal v nemocnici, neumí to s těmi pacienty, je hodně těžký.“

4.7 Dovednosti

Když respondentky mluvily o dovednostech sestry v MSPP, v naprosté většině případů zmiňovaly měkké dovednosti (komunikace, zvládání zátěže, empatie, práce s emocemi, schopnost získat důvěru, schopnost nastavit hranice, schopnost vyrovnat se s realitou smrti, všímavost, samostatnost, schopnost komplexního pohledu a schopnost plánovat. Mezi tvrdé dovednosti patřil pouze kód specifické zdravotnické dovednosti. Měkké i tvrdé dovednosti sestry získaly vzdáváním a zkušenostmi. Z rozhovorů také vyplynul vztah mezi schopností získat si důvěru pacienta a komunikací. Kdy schopnost získat si důvěru, je klíčem k efektivní komunikaci. A naopak otevřená komunikace pomáhá získat si důvěru pacienta. (Obrázek 8)



Obrázek 8 – Dovednosti

4.7.1 Specifické zdravotnické dovednosti

Sestry S1, S2 a S6 si myslí, že pro práci v týmu MSPP nejsou zapotřebí žádné specifické zdravotnické dovednosti, které by se nepoužívaly v nemocnici.

S1: „*Myslím si, že sestřička po zdrávce střední nebo vysoký, že jo, to je jedno, že je vybavená na tuhle péči. Jo, není tam nic, žádná, žádná speciální technika nebo způsob ošetřování. To si nemyslím.*“

S6: „*Není, není (speciální znalosti či dovednosti v MSPP pozn. autora). To je všechno stejné jako u běžný zdravotní sestry v nemocnici.*“

S2: „*Během některých návštěv je tam určitá část odbornosti zdravotní, kdy prostě je potřeba zavést subkutánní kanylu nebo je potřeba nachystat léky, jako třeba to fyzikální vyšetření, je potřeba ta ryze zdravotnická práce praktická, ošetrovatelská - samozřejmě pomáháme s hygienou. To jsou všechno věci, který může zvládnout prostě kdokoli, kdo se to naučí a je v tom šikovný bez problémů.*“

Sestra S5 navíc zmiňovala nutnost zvládnout potřebné techniky samostatně v terénu.

S5: „*Naučit se i fungovat v tom terénu. To znamená zprovoznit doktorovi ultrazvuk, od asistovat mu punkci*“.

Sestra S3 mluvila o nutnosti znát a umět celou škálu ošetrovatelských postupů, takže se jí jako nejlepší praxe pro sestru v MSPP jeví jednotka intenzivní péče.

S3: „*Měla by být i odborně zdatná. Nám se vyplatilo, aby byly holky z JIPEK, aby opravdu to byly lidi, který znají spoustu situací, spoustu vstupů. Protože, když se budeme bavit teda o mobilní hospicové péči, tak vy potřebujete znát u těch dospělých pacientů celou škálu příznaků, řešení, vstupů. Umět, prostě vod ran, přes vstupy přes výživu, přes různý jako maligní rány, drény, prostě všechny postupy mít jakoby v ruce.*“

4.7.2 Všímavost

Více než polovina sester mluvila o nutnosti všímavosti při návštěvě pacienta. Podle nich sestra musí být všímavá, aby odhalila všechny symptomy pacienta...

S4: „*Ona (sestra pozn. autora) musí být všímavá.*“

S2: „*Potřebujeme tu schopnost všímat si různých příznaků a být schopný, je referovat tomu lékaři*“

S5: „Musí (sestra pozn. autora) být všímavá.“

S5: „On (pacient pozn. autora) je teda potlačuje. On nám bude tvrdit, že žádný bolesti nemá. Když ho při koupání otáčíme, tak vidíme, kde ty bolesti jsou.“

...i situaci celé rodiny a mohla zajistit adekvátní pomoc.

S3: „Ona je ten rozcestník, který tam přivolává ty další profese podle toho, co ona zjistí během té návštěvy.“

4.7.3 Samostatnost

Téměř všechny sestry mluvily o tom, že sestra v MSPP musí umět pracovat samostatně. Musí být schopná předat relevantní informace po telefonu lékaři a správně splnit jeho ordinace.

S3: „Vy jste zodpovědná za ty svoje pacienty od A do Z. Vy neodškrtáváte jenom ten dekurz v té nemocnici, ale vy vlastně spolu s doktorem na telefonu, jako řídíte ten průběh těch symptomů.“

S2: „My jsme vlastně jako zdravotní sestry očima lékaře.“

S4: „Mezi lékaři a námi je velká důvěra. Je to o tom, že když tomu lékaři zavolám a dělám mu oči na tom místě a řeknu hele, tady se něco děje, popíšu mu to a říká zkus dát tohle a kdyžtak kdyby to nezabralo, zkus ještě tohle, že fakt věří, že to správně podám ve správný dávce, že to udělám, jak nejlíp budu moct a důvěřuje mi, že neudělám nic, co on by na to nenaordinoval.“

S6: „A měla by být hlavně sama soběstačná a umět se i sama rozhodovat v určitých situacích. Protože vlastně my sice jako doktora v zádech máme, ale je to hlavně o nás.“

Sestra musí také podle sestry S3 samostatně zhodnotit, zda je potřeba k pacientovi přizvat další odborníky.

S3: „Je to fakt o těch znalostech, o té samostatnosti, o tom, že umíte rozlišit a jste sama za sebe. Vy umíte rozlišit, že ta medikace nestačí, tak zavoláte doktorovi. Slyšíte tam, že tam jsou nějaký sociální věci., takže voláte sociální pracovníci, vy slyšíte jako sestřička, že tam je nějaký přesah komunikační, který už nedokážete jako sestra komunikovat, takže zavoláte sociální pracovníci, která zase zavolá duchovního nebo terapeuta. Vlastně je ta sestra jako zodpovědná za tu triage.“

S3: „Ona (sestra pozn. autora) je ten rozcestník, který tam přivolává ty další profese podle toho, co ona zjistí během té návštěvy.“

4.7.4 Schopnost komplexního pohledu

Většina sester také uváděla jako důležitou schopnost dívat se na onemocnění pacienta holisticky, v souvislostech. Brát v úvahu také jeho psychický stav, stav jeho rodiny. Kdy teprve tento komplexní pohled umožní správné rozhodnutí.

S4: „*Ona (sestra pozn. autora) musí dávat ty věci do kontextu.*“

S3: „*Ona (sestra pozn. autora) je ten rozcestník, který tam přivolává ty další profese podle toho, co ona zjistí během té návštěvy.*“

S2: „*Takže mě zajímá všechno, co se odehrálo od poslední návštěvy. Ale nejenom to, ale i jak to ty pečující prožívají. Jak to prožívá zbytek rodiny, který tam ani nesedí. Jak jsou daleko na té cestě třeba smíření. S čím zápasí.*“

S5: „*Brát to v širším aspektu, ne se zaměřit jenom na to, že ten pacient má nějaký problém, nějakou nemoc a řešit jenom to jedno. Ono se řekne, že paliativa je hlavně o léčbě bolesti, ale ono je důležitý zjistit, odkud tam ta bolest je, jaká je. Někdy prostě ty bolesti nejsou takový, ale ten pacient je psychicky na tom špatně a pak ty bolesti snáší mnohem hůř.*“

S5: „*A kdo jiný tam má na to přijít a zjistit, co to je vlastně za bolesti, jakým způsobem mu to pomoci řešit. Naši lékaři tam přijedou, stráví tam hodinu času s tím pacientem na té vizitě, ale nejezdí tam každý den jako my.*“

4.7.5 Schopnost plánovat

Další důležitou dovedností je podle sester S3, S4 a S5 schopnost naplánovat si ošetrovatelský proces. Nejprve ho naplánovat v týmu – kolik sester kam pojede a jaká bude jejich úloha...

S4: „*.. Takže možná, že i taková ta strategie v tom plánování. jo. Nezatěžovat se něčím, čím se zatížit nemusím, protože se můžu realizovat ještě někde jinde.*“

S5: „*Manželka nepříjemná, pán nepříjemný, prostě pán úplně na dně, psychicky úplně vyčerpaný. Ta manželka taky. My říkali ty jo, co se to tam děje? A včera jsme tam byli koupat a tak, ale poněvadž už jsme to tady probrali, věděli jsme to a naplánovali jsme si taktiku, že prostě sranda a to, oddělit, trošičku popovídat s paní, popovídat s pacientem, tak nějak dostat z nich, co se tam vlastně v té rodině děje. A oni to přestali dávat.*“

...a také dobře rozplánovat i jeho jednotlivé části, aby sestra na nic nezapomněla. Zvláště v případech, že za pacientem musí vyjet někam daleko.

S3: „Musíš být systematická. Takže vy si to musíte prostě rozfázovat, co řešit teď, co řešit potom.“

S5: „Musíme mít všechno nachystaný, musíme ten proces znát. Co vlastně ten lékař po nás bude chtít, co bude potřebovat a musíme mít všechno s sebou. My si nikam nedoběhneme. Nemůžeme začít punktovat a zjistit, že prostě nemám dezinfekci nebo že prostě nemám dostatek tampónů. To prostě nejde.“

S5: „Kolikrát, než se někam vyjíždí, tak už zas víme, kde ty rodinný příslušníci to třeba nemají úplně podchycené, tak radši ráno ještě zavoláme. Máte všechno? Podívejte se, jestli máte dostatek léků. Kór třeba v pátek, abyste vydrželi do pondělka. Musí být všechno, aby ti klienti měli všechno, protože zas nám pojišťovna nezaplatí, když někam dojedeme a zjistíme: „Jé, vy nemáte léky na zítra?“

4.7.6 Empatie

O empatii mluvily v rozhovorech téměř všechny sestry. O empatii směrem k pacientům a jejich rodinám, která pomůže správně určit jejich potřeby...

S2: „Empatii, no empatii (potřebuje ke komunikaci s pozůstalými pozn. autora).“

S3: „Měla by být samozřejmě empatická.“

S4: „Tak měla by být určitě empatická, ale to není jenom v tomto oboru, empatická. Takže veliká citlivost i co říkám, jakým způsobem to říkám i té rodině.“

S5: „Musí být (sestra pozn. autora) empatická.“

S5: „Oni to potřebují, chytit je za ruku, pohladit ty lidi. Musí člověk vycítit tam, kde to nejde, což se taky stane.“

S5: „Oni tím, že pak vlastně vědí, že nám můžou říct úplně všechno. Někdy to tam nejde, protože tam vždycky někdo sedí z rodiny a oni třeba před tou rodinou nechtějí. Takže vycítit i kdy ten pacient chce mluvit a nemůže. Takže pak: ‚Dáme si kafe, jo?‘ No a máme prostor, nebo: ‚Můžu vás poprosit o skleničku vody?‘ A stačí, že ta manželka se zvedne, dojde do kuchyně, a říkám: ‚Chcete mluvit mezi čtyřma očima?‘ ‚No.‘ A už vím. A tak prostě pak jdu za paní, než natočí vodu a říkám: ‚Dáte nám deset minut? No já bych tam pána potřebovala chvilinku, aby mně mohl říct to, co ho tíží.‘ Jo, prostě fakt se vcítit i do těch lidí a trošku vidět, co potřebují.“

S6: „Měla by být (sestra pozn. autora) empatická. Možná bych spíš použila tvárná k tomu, že se dostaneme k různým lidem, ať co se týče jako majetku, tak povah a musí umět jakoby reagovat na tu rodinu, na toho pacienta, protože fakt každý je jiný“

...ale také o vzájemné empatii členů paliativního týmu (sestra S1 a S4), která pomůže správně vyhodnotit a reagovat na potřeby kolegy.

S4: „A ono je ta citlivost, si myslím, důležitá i v tom týmu, protože každý jsme trošku... třeba přicházíme i v jiný náladě do toho prostředí, zpátky do toho týmu z té rodiny. A je tam důležitý jako navnímat, jestli ten člověk vlastně..., co teď potřebuje. Potřebuje, abychom ho poslouchali nebo potřebuje naši radu nebo potřebuje obojí? Takže citlivost na to, jak, jak reagovat.“

S1: „Empatická, jako každá zdravotní sestra. Třeba já přijdu do dveří a už někdo (kolegyně pozn. autora) vidí... že se dokážeme vcítit.“

4.7.7 Práce s emocemi

Sestra S4 poukázala na nutnost počítat při práci v paliativním týmu s emocemi pacienta, jeho rodiny i kolegů. Nechat je odeznít, a až pak počítat s racionálním uvažováním.

S4: „A emoce jsou (pacientů i kolegů pozn. autora). A my víme a všichni jsme se to učili, že nejdříve musí projít emoce. A až ty emoce projdou, tak pak může začít racionálně uvažovat. Takže prostě nechat projít emoce.“

4.7.7.1 Emocionální vyrovnanost

Sestra S1 vyjádřila názor, že projevit emoce v rodině nemusí být špatně, ale může to naopak pomoci v komunikaci. Nicméně je podle sestry S1 a S2 potřeba zachovat rozumnou míru.

S1: „Takhle já si myslím, že když ta sestřička ukáže svoji emoci té rodině, že to není špatně. Naopak, často to otevře tu komunikaci.“

S1: „I když já si nemyslím, že když pláče sestřička v rodině, že to je špatný, taky je to někdy třeba ale, aby to nebyl zas nějaký takový výlev, jako že plakala potom dvě hodiny a museli pečovat o ni.“ (smích)

S2: „Možná i vyrovnanost, no prostě emocionální vyrovnanost, aby nebyl přítěží té rodině, ale pomoci vlastně.“

4.7.7.2 Emocionální odolnost

Podle sestry S3 je také zapotřebí určitá odolnost, když se sestra dostane do prostředí, které jí není příjemné.

S3: „Kolikrát jste v prostředí i nějakým prostě polorozbořeným, blbě tam jedete někde v noci lesem, do toho tam máte třeba nějaký zvířata. Nenechat se těmi věcmi rozhodit.“

4.7.8 Schopnost vyrovnat se s realitou smrti

Téměř všechny sestry uvedly, že sestra pracující v MSPP musí být vyrovnaná s realitou smrti - se svou vlastní smrtelností, smrtelností svých blízkých. Neměla by se smrti bát.

S1: „A že když potom ta mladinká sestřička přijde do té rodiny a teď tam vidí tu plačící rodinu a toho zemřelého, aby měla třeba vyřešený i svoje věci. Jako třeba to úmrtí třeba v životě rodiny a známých, to se tam může taky promítat hodně.“

S2: „Určitě tam vyrovnanost s otázkou smrti. Když v téhle práci člověk chce pracovat, tak je asi potřeba, aby měl vyřešenou tuhle otázku sám pro sebe, protože jinak ho to vždycky strašně rozhodí.“

S4: „Myslím si, že si, že sami by měli mít nějak srovnaný i svůj vlastní pohled na smrt. Jo. A teď srovnaný, nemyslím, že takhle můžu klidně umřít a je to v pohodě. Tady bych přemýšlela nad tím, co se u toho člověka děje. Protože smutno, stesk, touha zůstat tady, být tady s těma ostatníma, zloba, to tam samozřejmě být musí, ale to, že může přijít jo, že se nás to týká, že i my jsme smrtelní. Takže jenom možná ne, že umřeme, ale přijmout jenom svoji vlastní smrtelnost.“

S5: „Já si myslím, že musíme být vyrovnaný se smrtí, se kterou se setkáváme dnes a denně. Protože kdybychom s tím nebyli vyrovnaný a smířený, tak jako to fakt asi pak nejde.“

S6: „Neměla by se bát té smrti jako takové, protože vlastně to je pro nás takové to, dá se říct hezké, do kterého my to toho člověka dovedeme.“

S6: „Hlavně ta holčina ze školy by jen tak nepřišla do kontaktu se smrtí, takže by tam mohlo být velký riziko toho, že by jí to neudělalo úplně jako dobře po psychické stránce, takže nějaká ta praxe určitě jako dobrá.“

4.7.9 Schopnost získat si důvěru

Sestry S1, S5 a S6 poukazovaly na nutnost získat důvěru pacienta i jeho rodiny, která umožňuje úspěšnou komunikaci. Jako důležité pro vznik důvěry uváděly spolehlivost, otevřenou komunikaci bez lži a opakovanou pozitivní zkušenost.

S6: „Fakt musí umět se navázat na tu rodinu a udělat si tam nějakou důvěru, aby ta rodina i ten pacient jí věřil.“

S5: „Tím (si získat důvěru pozn. autora), že jsme hodně otevřený, my jim nelžeme.“

S1: „Spolehlivá v tom smyslu, aby si dokázali vytvořit důvěru, že kdykoliv ten účastník té péče bude něco potřebovat, aby věděl, že může kdykoliv zavolat.“

S5: „Jo, ale když tam člověk pak chodí častěji, tak ono do týdne se to úplně změní. Ty lidi, jakmile k nám získají důvěru, tak pak kolikrát aniž bychom to čekali, tak nás najednou chytí za ruku, stáhnou si nás k sobě: ‚Sedněte si, pojdte si povídat.‘ Jo, a jsou to třeba lidi, který nikdy moc nekomunikovali.“

S5: „Oni tím, že pak vlastně vědí, že nám můžou říct úplně všechno...“

Sestry S2 a S4 zdůrazňovaly potřebu důvěry v týmu.

S2: „Pro mě naprostým základem je vzájemná důvěra v týmu, kterou my máme a je to fantastické. Nastavení se stejnými cíli, motivacemi.“

S4: „Mezi lékaři a námi je velká důvěra a je to o tom, že když tomu lékaři zavolám a dělám mu oči na tom místě a řeknu hele, tady se něco děje, popíšu mu to a říká zkus dát tohle a kdyžtak kdyby to nezabralo, zkus ještě tohle, že fakt věří, že to správně podám ve správný dávce, že to udělám, jak nejlíp budu moct a důvěřuje mi, že jako neudělám nic, co on by na to nenaordinoval.“

4.7.10 Schopnost nastavit hranice

Sestra S3 mluvila o důležitosti správně nastavit a udržet hranice tak, aby je sestra nepřekračovala a udržela vztah s pacientem i jeho blízkými na profesionální úrovni. Za překročení hranic považuje to, když sestra vypráví pacientovi svůj vlastní životní příběh nebo se schází s pozůstalými i pro úmrtí pacienta.

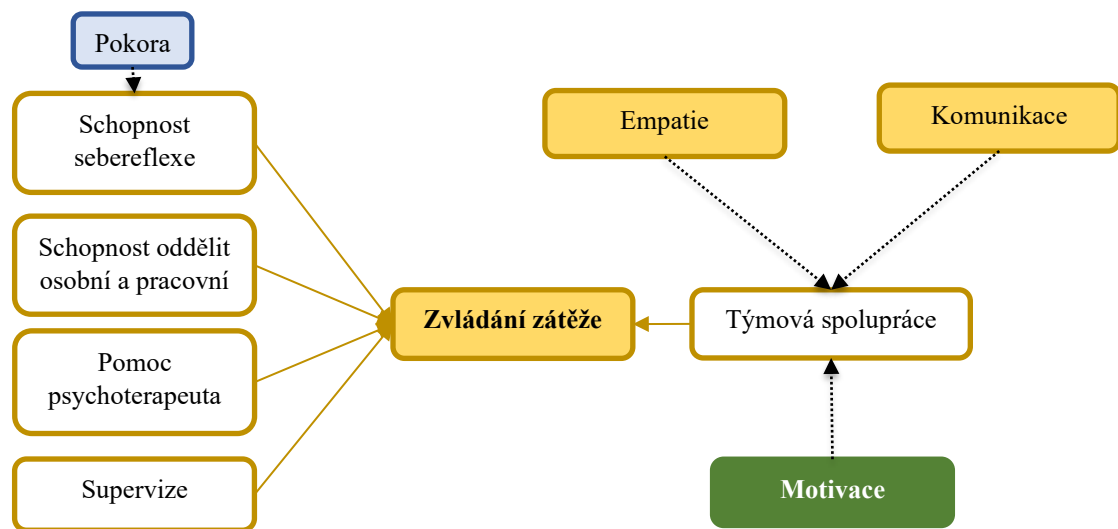
S3: „Spousta sester tam vypráví svůj životní příběh, to tam taky nepatří. Jo, to je zase překročení těch hranic.“

S3: „Jo, nepodlehnout tomu blízkému vztahu, který ta rodina má, aby sestry si to furt dokázaly udržet na té profesní úrovni, protože to, že ta rodina vám nabízí tykání a zve vás pak na pohřeb, chce s vámi být v kontaktu po úmrtí, to je přítomno, ale ty sestry si musí udržet hranice, že to stopnou.“

S3: „Úmrtím končí péče pro zdravotní sestry a pro zdravotnickou část multidisciplinárního týmu. Ale pak období truchlení už vede prostě poradce pro pozůstalé nebo sociální pracovník nebo navazující profese, ale zdravotní sestra v období truchlení nemá co dělat, že na to nemá vzdělání.“

4.7.11 Zvládání zátěže

Na dotaz, jak při práci v týmu MSPP zvládat psychickou zátěž a stres, poukazyvaly sestry na vnitřní i vnější zdroje. Z vnitřních zdrojů mluvily o schopnosti sebereflexe a schopnosti oddělit osobní a pracovní život, z vnějších zdrojů uváděly pomoc psychoterapeuta, supervizi, spolupráci v týmu. Pro dobrou spolupráci v týmu je podle sester důležitá empatie mezi kolegy a komunikace, výhodou jsou také společné cíle a motivy. Pro správnou schopnost sebereflexe je nezbytná pokora. (Obrázek 9).



Obrázek 9 – Zvládání zátěže

4.7.11.1 Schopnost sebereflexe

Respondentky popisovaly, že sestra v MSPP musí umět správně zhodnotit svoje síly a schopnosti. Měla by si umět říct, kolik a jaké práce zvládne a zároveň umět požádat kolegy o pomoc. K tomu je podle sester důležitá pokora.

S2: „Víš trošku, nebo učíš se znát sama sebe a vědět, kolik si může nechat naložit a naopak, kdy říct, že ona potřebuje.“

S3: „Ona musí být samostatná v té rodině, ale uznat to, že něco třeba nejde, neumí, nebo přizvat si k tomu...“

S4: „Myslím si, že to sebezpoznaní, že to potřebuje. Nehrát si na hrdinu, že to zvládne.“

S4: „*Vnímat, i s tou pokorou vnímat, že nejsem superman, neudělám všechno nejlíp, a že ty ostatní jsou tady taky a jsou stejný. Stejně, mnohdy ještě lépe vybavený, na některý věci mnohem lépe vybaveni než já.*“

4.7.11.2 Schopnost oddělit osobní a pracovní život

Téměř všechny sestry mluvily o nutnosti oddělit svůj osobní a pracovní život. Naučit se nebrat si práci domů, ale věnovat se ještě dalším věcem zcela mimo paliativní péči, najít si kvalitní koníčky. K tomu jim pomáhá sdílení s ostatními kolegy, či vědomí, že svou práci udělaly dobře.

S1: „*Aby měla kvalitní koníčky, u kterých dokáže odpočívat. Nějak vypnout je taky důležitý. Protože myslím si, že nošení práce domů v tomto případě je na škodu.*“

S3: „*Mít oddělený osobní a profesní život, aby ji to nepohltilo.*“

S4: „*Já si myslím, že je důležitý neztratit zájem o další věci, jako o život. Ted' myslím, dál se věnovat svým. Ono vás to totiž, ta paliativa vás opravdu neuvěřitelně pohltí. Ale pak je důležitý mít nějaký prostor, kdy se vás na to nikdo neptá, vy to neřešíte tu paliativní nebo tu hospicovou péči a věnujete se něčemu, co je úplně mimo.*“

S5: „*Pro nás je důležitý i tady ráno to, že si popovídáme, vyčistíme hlavu, probereme ty pacienty, abychom si to netahali domů.*“

S6: „*Já třeba potřebuji vědět, že ti mí klienti, které já mám na starosti, že je mám nějakým způsobem ošetřený právě i tím povídáním, a pak si jdu s tím klidem domů.*“

S6: „*Pak se člověk zpětně naučí, protože by ho to semlelo strašně rychle. Musí se naučit to přijmout ty informace, zpracovat je a zavřít si je do škatulky. A zase druhý den to otevřít, pokud teda neslouží.*“

4.7.11.3 Pomoc psychoterapeuta

Polovina sester uvedla, že mají k dispozici psychoterapeuta, který jim pomáhá v náročných situacích v rodinách. Pomáhá sestřám si věci ujasnit a dává rady, jak se chovat v konkrétní rodině.

S1: „*Protože potom si řekne (sestra pozn. autora) aha, tady bude jeden háček, a to bude možná těžší komunikačně, než jsem schopná zvládnout a zase dá zpátečku. A na to zase třeba máme naši psychoterapeutku, se kterou se můžeme poradit, jak dál postupovat, ona nám to zařadí. To nám taky strašně pomáhá, že i poradí, jak to zvládnout tu komunikaci.*“

S4: „S námi spolupracuje psychoterapeutka a v případě, že něco se nám nezda nebo s něčím máme nějakou potíž, tak můžeme jí kdykoliv zavolat. Je zajímavý, že pokud jsem volala psychoterapeutce, tak jsem volala s tím, že se něco děje v té rodině, a že tomu úplně nerozumím, a jak jim můžu pomoci. A ono to dost často asi z devadesáti devíti procent byla nějaká moje obava nebo můj strach nebo moje nejistota.“

S5: „Máme svého psychologa, takže můžeme i přes něho.“

S6: „Máme v týmu psychoterapeutku, která je jak pro rodinu, tak pro nás, tak to máme takový vnitřní pravidlo, že se může s ní, když je to těžký.“

S6: „Máme i třeba zpětnou vazbu od ní (psychoterapeutky pozn. autora), že když se dostane do té rodiny, tak nám pak dá nějaký ukazatele, jak tam s tou rodinou máme pracovat.“

4.7.11.4 Supervize

Sestry S2, S4 a S6 uvedly, že pro zvládnání zátěže jsou pomoci také společné případně individuální supervize. Sestry zde mají možnost sdílet náročná témata, což jim pomáhá, správně je zpracovat.

S2: „A máme samozřejmě taky jednou za dva měsíce supervizi společnou, což je skvělý.“

S2: „Tak to, že máme prostor, kde každý může, má prostor sdílet to, jak to prožíval, třeba i zpětně možná pomůže těm introvertům, kterým to jinak nejde tak přirozeně.“

S2: „Ty různý úhly pohledu na tu samou situaci, nám všem pak pomůže to zpracovat.“

S4: „Tak to jsou jednou za dva měsíce supervize celých týmů, který si myslím, že hodně pomáhají otevírat i ty některý věci, který jsou třeba, ať už jsou to případové studie anebo věci, co ten člověk najednou potřebuje říct těm ostatním, nejen z pracovní pozice, ale z toho, co jako zažívá. Pak je možnost třeba individuálních supervizí, kterou tu máme taky.“

S6: „Pak jsou supervize, tak to (to těžký pozn. autora) dát tam.“

4.7.11.5 Týmová spolupráce

Téma týmové spolupráce bylo jedno z citačně nejbohatších. Mluvily o něm všechny sestry. Vždy, když dostaly otázku týkající se zvládnání zátěže, začaly spoluprací v týmu. Z rozhovorů vyplívá, že týmy v těchto organizacích opravdu fungují a jsou sestrám velkou a základní pomocí v jejich náročné práci s umírajícími pacienty. Týmová spolupráce souvisí s dalšími dovednostmi jako je empatie mezi kolegy v týmu a komunikace.

S4: „Já si myslím, že jednak je to tím týmem (zvládnání zátěže a stresu pozn. autora). Jo, protože ten tým vám dělá obrovskou podporu. Je to obrovská podpůrná a svépomocná skupina.“

Dobrému fungování týmu pomáhá podle sester stejný cíl a stejná motivace všech členů, kdy mezi sebou nesoutěží, ale spolupracují...

S2: „Pro mě naprostým základem je vzájemná důvěra v týmu, kterou my máme a je to fantastické. Nastavení se stejnými cíli, motivacemi.“

S3: „A je to i pomáhající prostředí ve smyslu, že ten cíl a ta motivace je dobře se postarat o ty lidi a o tu rodinu, a ten tým si navzájem jakoby pomůže.“

S2: „Není tam rivalita, je tam tažení za jeden provaz.“

S2: „Nesnažit se dělat si na svém písečku. My jezdíme všechny sestry ke všem. Jo, že to není takový to je tvůj, ten je můj.“

S4: „Takže i to uznání těch ostatních, že mají svoje velký přednosti. Jo a nemusím to být já, kdo by měl být vidět, kdo by měl být u všech akcí, měl by to zaštitit a měl by se provalit do té rodiny, aby to o něm věděli. Jo, ve chvíli, kdy tam jdete s tím svým ‚Já‘, tak si myslím, že to může být první krok k tomu vyhořet. Protože tým je i o tom, že holt teď budu sedět v kanceláři a udělám ty věci, který nás moc nebaví, ale je to důležitý. A pojede prostě někdo jiný“

...ochota všech členů týmu postarat se také navzájem jeden o druhého, vzájemně si pomáhat...

S5: „Ale tady, co se nás týče, tak se trošku ošetřovat jedna druhou, což tady děláme navzájem. I kolikrát si voláme, když odjedeme od pacienta, sedíme v autě, zavoláme si, hele, tady tohle, tohle. On zas ten druhý pohled tím, že my jsme opravdu každá úplně jiná, tak on ten druhý pohled nám zase trošičku rozšíří ten obzor, trošku rozšíří ten pohled na ten problém a snadněji se to řeší.“

S6: „Nebo zase, když si tam není některá jistá, tak prostě pomůžou ty jiný, třeba ty starší nebo tak. Je to hodně o tom, že jsme prostě tým.“

S1: „Tak určitě je důležitý kolektiv, aby se to dalo sdílet mezi kolektivem. Abych, když mi tam (v klientské rodině pozn. autora) nedělá něco dobře, třeba mě to bude nějak spojovat úzce s tou rodinou, abych řekla sem nemůžu, jed' tam ty, jo. Prostě vím, že bych to nezvládla, nebo třeba bych neodvedla tu práci natolik dobře. A vím, že kdokoliv tady ze sestřiček se zvedne a pojede“

S2: „Když na jednoho člověka pak třeba vyjde víc té zátěže, tak je hrozně fajn, že může říct, hele, já už tady to nedávám. Já bych potřebovala jet někam jinam, nebo já bych potřebovala den volno, já už dojíždím. A fakt, že v tom týmu jsme schopný si takhle vyjít vstříc a vyhovět.“

S6: „Ted' mě napadá, že když jakoby vidíme, že některá z nás je tam vyčerpaná už nějak, tak máme možnost to prostě protočit.“

S3: „Být samostatná, ale zároveň být i opravdu ten týmový hráč, že vnímá i ty potřeby těch ostatních v tom týmu.“

S1: „Empatická, jako každá zdravotní sestra. Třeba já přijdu do dveří a už někdo (kolegyně pozn. autora) vidí... že se dokážeme vcítit.“

...a samozřejmě sdílení v týmu.

S2: „My se sdílíme každodenně o tom, co prožíváme, jaký to bylo, co jsme při tom my cítili, jaký z toho máme pocit.“

S5: „Já si myslím, že k tomu nám právě pomáhají ty ranní sezení, že opravdu tady tu hodinu máme možnost si postěžovat, kde nás, co bolí, třeba v těch rodinách, kde vidíme problém. Máme možnost se tady mezi sebou poradit.“

Dobrá spolupráce v týmu se potom odráží na kvalitě péče o pacienty. Sestry společně vymýšlejí, jak rodině co nejlépe pomoci, případně jedou ve větším počtu, aby se mohly individuálně věnovat více lidem v rodině najednou.

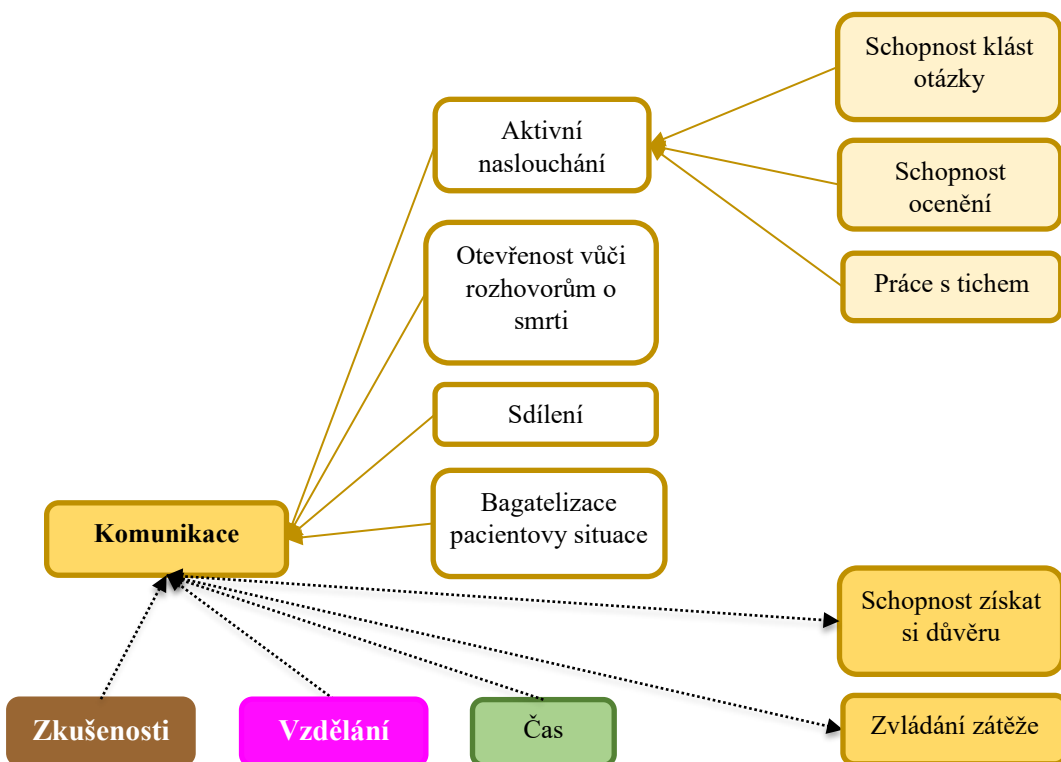
S5: „Proto my třeba i ráno si tady předáváme každého pacienta, co jsme kde zjistili, jak se v té rodině chovají, jestli tam je nějaký problém, dáme tady hlavy dohromady a snažíme se té rodině pomoci, aby to zvládla, protože naším záměrem je pomoci té rodině, aby to dotáhli do úspěšného konce, aby to zvládli.“

S1: „A třeba pak děláme i to, že jdeme sestřičky dvě, abychom odloudili od jednoho pozornost a mohli si vytáhnout toho druhého, a pak s ním promluvit. A to si myslím, že taky dobře funguje, že pak ta rodina vidí, že: ona má na mě čas a jako má zájem si o tom jako povídat.“

S5: „No, včera při tom koupání jsme povídali a ono to z nich postupně padá. Jo a tím, že jsme tam byli dvě, tak jsme mohli odklonit paní, takže i s paní jsme popovídali.“

4.7.12 Komunikace

Kód komunikace byl citačně nejobsáhlejší tématem v celém průzkumu. Mluvily o něm všechny sestry buď obecně, nebo vysvětlovaly jeho jednotlivé aspekty: sdílení, otevřenost vůči rozhovorům o smrti, nevhodné přístupy v komunikaci, jakým je bagatelizace pacientovy situace, aktivní naslouchání i některé jeho techniky: práci s tichem, schopnost klást otázky, schopnost ocenění. Shodly se také, že nezbytným předpokladem úspěšné komunikace je dostatek času. Komunikace souvisí s dalšími dovednostmi jako je zvládání zátěže či schopnost získat si důvěru. Sestry se jí dle svých slov učí praxí a vzděláváním především na kurzech. (Obrázek 10)



Obrázek 10 – Komunikace

Komunikace je podle sester neodmyslitelnou a také časově nejnáročnější částí paliativní péče.

S6: „Je to (paliativní péče pozn. autora) o péči o nevléčitelně nemocný lidi, a hlavně je to o komunikaci, o komunikaci s těmi pacienty a s tou rodinou.“

S2: „Veliká část naší práce během návštěvy, někdy třeba 80 % z té návštěvy, je komunikace: komunikace s pacientem, komunikace s pečujícími ještě častěji. Velmi často strávím většinu času návštěvy komunikací s rodinou, protože já od nich musím zjistit stav. Třeba pacient už je

v bezvědomí. Já s ním nemůžu komunikovat, takže mě zajímá všechno, co se odehrálo od poslední návštěvy.“

S4: *„Jo, takže my máme dejme tomu ošetrovatelskou péči máme za půl hodiny hotovou a pak tam jsme ještě třeba hodinu, hodinu a půl, v rozhovorech a nejdelší rozhovory jsou u vrátek mezi dveřmi a u auta, protože ty lidi nějak najednou mají pocit, že teď už můžou mluvit.“*

Někdy je třeba podle sester především naslouchat, jindy je nutné dobře vysvětlovat.

S5: *„Takže vy musíte umět jim dát prostor vám říct to bolavý, který mají a neodbyť je že prostě udělat si to zdravotnický a na shledanou, ale být tam pro ně.“*

S1: *„Takže být prostě trpělivá ke všem jejím požadavkům. A někdy jsou to věci, který nemůžeme splnit a je důležitý jim to dobře vysvětlit.“*

Proto by sestra v MSPP měla být dle respondentek dobře komunikačně vybavená, komunikativní, ale ne upovídaná. Komunikace je podle nich nástroj, díky kterému je například možné rozpoznat příčinu pacientových bolestí nebo ho dokonce dovést k smíření.

S1: *„Komunikačně vybavená (by měla být sestra pozn. autora).“*

S3: *„Komunikativní, zároveň ne nějak extra upovídaná (by měla být sestra v MSPP pozn. autora).“*

S5: *„Jsou to (nástroje, pomocí kterých sestra rozpozná, odkud pramení pacientova bolest) většinou rozhovory s tím pacientem, ale i s jeho rodinou, ale hlavně s tím pacientem. Vyslechnout ho.“*

S3: *„Komunikace je nástroj, který se používá v doprovázení, abychom toho pacienta dovedli ke smíření.“*

4.7.12.1 Aktivní naslouchání

Sestry uvedly, že pro správnou komunikaci a paliativní péči vůbec je důležité, aby sestra uměla naslouchat.

S2: *„Tak určitě naslouchání na prvním místě (pomáhá v komunikaci pozn. autora).“*

S4: *„Určitě ta, která poslouchá (by pomohla pacientovi žít v přítomnosti a tolik se nestresovat budoucností pozn. autora). Ne, nejenom umí mluvit. To mluvení je tam důležitý, ale to je spíš mluvení ve chvíli, kdy jste dotázán.“*

S5: *„Musí umět naslouchat (aby dělala dobře paliativní péči pozn. autora).“*

S6: „*Měla by umět naslouchat těm lidem (aby dělala dobře paliativní péči pozn. autora).*“

Sestra S6 upozorňuje, že je třeba naslouchat každému v klientské rodině zvlášť, protože každý se nachází v jiné fázi přijetí situace.

S6: „*A umět naslouchat každému členu z té rodiny zvlášť, že jsou každý v jiný fázi toho přijetí a nedělat tam, jako že nějak je zkoušet srovnat jako na stejnou vlnu, protože každý to prochází si jinak.*“

Podle sestry S5 je potřeba naslouchat také svým kolegům a lékařům, protože se setra může i tímto způsobem vzdělávat.

S5: „*Naslouchat pacientům, ale naslouchat i tady, vlastně kolegyním, lékařům a vzít si z toho ty důležité věci, abychom se fakt posouvali. Posouváme se i v tom vzdělávání tímhle způsobem, protože každá máme jiný zkušenost jinou praxi, a tak si pomáhat navzájem svými zkušenostmi.*“

Sestry zmiňovaly také další prvky aktivního naslouchání: schopnost klást otázky, schopnost ocenění a práci s tichem.

Schopnost klást otázky

Jednou z důležitých součástí aktivního naslouchání je také kladení otázek. Kladením vhodných otázek, které vychází z toho, co pacient říká, mohou sestry objevit zdroj obtíží, nebo např. pomoci pacientovi či jeho rodině najít naději.

S4: „*‘Ať už to mám za sebou.’ (Sestra imituje pacienta. - pozn. autora) Pak už jdeme konkrétně: ‚Co byste si myslel, že byste měl mít za sebou nebo z čeho máte strach? Co je to, to mít za sebou?’ ‚Ať už mě to nebolí.’ (Sestra imituje pacienta. - pozn. autora). Tak nemáme ještě vychytanou bolest.*“

S4: „*Chytnout se opravdu toho, co nám ten člověk říká a ne předjímat.*“

S4: „*Takže, když tam přesně slyšíte, anebo ta rodina říká: ‚To všechno je k ničemu, to už všechno skončilo a ten člověk už tady s námi nebude. Co bude? Co budu dělat, až ten člověk zemře?’ ‚Tak, jakou máte představu?’ nebo ‚Jak vy to vnímáte?’ Mnohokrát tu naději si najdou sami. Není tam to, že my ji tam neseme, ale my jim pomůžeme ji najít.*“

S4: „*Poslouchat. Ted’ jsme znovu zpátky u toho poslouchat a odpovídat na to, co se prostě lidi ptají a někdy se i doptávat. ‚Slyším dobře, že vám přijde, že to je konec, že váš život skončil?’ No a on mi řekne: ‚Né, to vůbec né, to já jenom... prostě ted’ to na mě doléhá ta tíha’, nebo*

naopak řekne: „A vidíte to vy jinak?“ Tak nastala otázka, když ta otázka je směrem na mě. Já na ní můžu odpovědět.“

Schopnost klást správné otázky se sestra S2 naučila od zkušenějších sester či lékařů.

S2: „A od nich (zkušenějších sester pozn. autora) jsem se to naučila, nebo i od lékařů, když třeba jedu s lékařem na návštěvu, tak vidím, na co se ptá.“

S2: „Určitě se i praxí naučí otázky, který je potřeba klást u návštěvy, který nám vlastně pomůžou zhodnotit ten stav.“

Schopnost ocenění

Podle respondentek S4 a S5 by sestra měla být schopná vyhledávat a nahlas ocenit vše, co se pacientovi povedlo.

S4: „Takže součástí té komunikace by měl být projev uznání a ocenění těch pečujících i toho pacienta. Ocenit i v té těžkosti, ve chvíli, kdy on říká ne, je to hrozný. ‚Vezměte si, co se vám dneska povedlo. Vám se povedlo prostě dojít na ten záchod.‘ No jo, ale z jeho pohledu to je alespoň to, z našeho pohledu vidíme, jak je to velký bojovník. Tak, aby věděl, že tím bojovníkem je, že to vidíme.“

S5: „Takže namotivovat ty lidi, aby aspoň si vzal ten telefon, protože jsme ho pochválili, jak je šikovný na levou ruku, že se sám nají.“

Práce s tichem

Respondentky S4 a S6 zmínily, že by sestra v týmu MSPP měla umět pracovat s tichem, které může komunikaci velmi prospět.

S4: „Myslím si, že by měla umět pracovat s tichem, že ticho nemusí být vždy trapnost nebo nějaký hledání slov. Ale ticho může být velice pomocný, protože nám dává ten prostor. Takže pracovat s tichem a nebát se ticha.“

S6: „Naučit se být i zticha, to dělá hodně, je to velký pomocník.“

4.7.12.2 Sdílení

Sestry také mluvily o tom, jak je důležité komunikovat a sdílet s ostatními sestrami to, prožily v rodinách, včetně zdánlivých drobností. Společně potom vymyslí nejlepší řešení, vše nemusí zvládnout a vymyslet jedna sestra. Zároveň je podle nich důležité sdílet své dojmy a pocity z návštěvy, což pomáhá lépe se s náročnou prací vyrovnat.

S5: „Proto my třeba i ráno si tady předáváme každého pacienta, co jsme kde zjistili, jak se v té rodině chovají, jestli tam je nějaký problém, dáme tady hlavy dohromady a snažíme se té rodině pomoci, aby to zvládla, protože naším záměrem je pomoci té rodině, aby to dotáhli do úspěšného konce, aby to zvládli.“

S5: „Proto nebát se, když někde si nejsem úplně jistá, nebát se to říct těm ostatním, protože tam se hledá řešení.“

S4: „A i to předávání služeb je právě i o těch jemných nuancích toho, co jste tam zažila. Jako něco se mi tam stalo nebo nezdá se mi...“

S5: „Já si myslím, že k tomu nám právě pomáhají ty ranní sezení, že opravdu tady tu hodinu máme možnost si postěžovat, kde nás, co bolí, jako třeba v těch rodinách, kde vidíme problém. Máme možnost se tady mezi sebou poradit.“

S2: „My si nejenom předáváme službu, aby ta druhá věděla, co se dělo, ale my si předáváme právě to, co jsme prožily. My se sdílíme každodenně o tom, co prožíváme, jaký to bylo, co jsme při tom my cítili, jaký z toho máme pocit. Pro nás to je nezbytný, my bychom nemohli jinak fungovat, než abychom si sdíleli o tom, co prožíváme.“

4.7.12.3 Otevřenost vůči rozhovorům o smrti

Sestry v MSPP pracují s lidmi v terminální fázi života, proto se otázky směřující ke konci života a tomu, co bude potom vynořují velmi často. Podle respondentek S2 a S6 by se jim sestry neměly vyhýbat. Neměly by se bát mluvit o smrti, naučí se to podle sestry S6 praxí a na kurzech.

S2: „‘Co bude po smrti?’ ‘Co mě čeká?’ Tak může být otevřená rozhovoru a otázce ať už od pacienta, nebo od těch příbuzných. Oni o tom chtějí mluvit i ty, který se bojí na to zeptat, o tom mluvit chtějí.“

S2: „Ale velmi často se ty rozhovory, ať už s tím pacientem, nebo s tou rodinou stočí na to, co vlastně ten člověk teď prožívá, když je v kómatu, co se stane s jeho životem, až to tělo zemře, je nějaký život po životě, není život po životě. Co teď prožívá, proč má takové sny, kde se mu vybavuje babička. Kde.... Jo, to je takových otázek, který přesahují tu fyzickou péči o to jeho tělo, který spadají do té spirituální oblasti.“

S6: „Nebát se prostě pokládat těžký otázky. A hlavně, když pak se to blíží k závěru, nebát se otevřít těžký téma, že ta smrt je blízko. No, a to právě získá tou praxí, a i těmi kurzy.“

4.7.12.4 Bagatelizace pacientovy situace

Sestry S3, S4 a S6 také uvedly příklad nevhodné komunikace s pacientem, jakým je bagatelizace jeho situace. Netrénované sestry mohou sklouznout k planým a zobecňujícím formulacím i v rozhovoru s pacientem v terminálním stádiu života.

S3: *„Spousta zdravotníků neumí jako komunikovat tak, aby tenhle nástroj (komunikaci pozn. autora) využila. Když pacient řekne nějakou reakci, tak sestra, která v tom není trénovaná, tak tomu pacientovi to bagatelizuje, řekne: ‚Ale nebojte se, to nějak dopadne.‘ A tak to zobecní. A to v té paliaci, ať už obecný nebo specializovaný, není funkční.“*

S4: *„Ono by to bylo jednodušší říct: ‚No jo no, tak to bude to dobrý. Bude to dobrý.‘ Z našeho pohledu může být, ale z jeho vůbec ne. Jak může být něco dobrého to, co vede ke smrti?“*

S6: *„Takže vy musíte umět jim dát prostor vám říct to bolavý, který mají a neodbýt je, jako udělat si to zdravotnický a na shledanou, ale být tam pro ně.“*

5 DISKUZE

Z rozhovorů se sestrami MSPP vyplynulo několik důležitých a zajímavých témat.

- Do péče o pacienty se propisuje hodnotové schéma dotazovaných sester. To ovlivňuje jejich postoje a motivaci a v konečném důsledku působí individuální přístup ke každé klientské rodině i jejím jednotlivým členům.
- Základem kvalitní péče o pacienta je podle dotazovaných sester fungující tým.
- Kvalita práce sester MSPP stojí podle respondentek z velké části na zvládnutí řady měkkých dovedností zejména pak na komunikaci.

5.1 Hodnotové nastavení sester

Z rozhovorů vyplynulo, že pro dotazované sestry jsou důležitými hodnotami kvalita života umírajícího pacienta, hodnota lidského života jako takového a láska v rodině. Zdá se tedy, že pro respondentky jsou nejdůležitějšími univerzálními hodnotami, tak jak je popisuje Schwartzova teorie (viz teoretická část práce) benevolence a universalismus. Tedy hodnoty, jejichž cílem je překročení sebe sama. Pro některé sestry byla také důležitá možnost samostatné práce, samostatného rozhodování, což by odpovídalo hodnotě sebeurčení. (Schwartz, 1992) Z těchto hodnot plynuly postoje sester: altruismus, úcta k pacientovi i respekt k principu autonomie. Sestry považovaly za důležité „být tam pro pacienta“ i jeho blízké, respektovat jejich individualitu a snažit se najít takovou formu pomoci, která by pro ně byla nejlepší.

Tématem hodnot v životě a práci všeobecných sester se ve své bakalářské práci z roku 2013 zabývala také Magdalena Kulhanová. Dotazníkovým šetřením zjišťovala důležitost určitých hodnot u 66 všeobecných sester Fakultní nemocnice Motol. I tyto sestry považovaly za důležitou hodnotu překračující sebe sama, a to být užitečný druhým. 49 % sester ji označilo jako velmi důležitou a 24 % dokonce jako nejdůležitější. (Kulhanová, 2013)

Kvalita života

Pro sestry účastnící se průzkumu byla velmi významnou hodnotou kvalita lidského života. To je důležité, protože základ paliativní péče tvoří právě péče zaměřená na kvalitu života pacienta.

Je tedy trochu s podivem, proč se o paliativní péči mluví pouze v souvislosti s velmi těžce nemocnými a umírajícími pacienty, když ohled na kvalitu života by měl být součástí jakékoli léčby. Podobný názor vyjádřila i jedna ze sester:

S4: „Paliativní péče je součástí každé péče, protože paliativní péče je zaměřená na kvalitu. Já říkám ano, takže na kvalitu bych měla koukat, když trhám zuby, když ošetřuji ránu, když natáčím

EKG, pokaždý by tam měla být. V tom by měla být paliativní, jako zaměřená na kvalitu života toho člověka. Což se spíš posunulo do té dimenze, pokud je paliativní, tak je to na kvalitu života, to znamená, že už nic jiného tomu člověku nemůžeme nabídnout. Z mého pohledu by paliativní měla být úplně všude. Pokud na to nahlížíme jako na kvalitu, kvalitu života toho člověka.“

O tom, že tyto myšlenky nejsou zcela ojedinělé svědčí debata, která proběhla během tvorby nové definice paliativní péče. Předseda mezinárodní asociace pro hospicovou a paliativní péči Lukas Radbruch a jeho kolegové ve svém článku z roku 2020 popsali, že se účastníci značně lišili ve svém vnímání a interpretaci paliativní péče. Největší výzvou při tvorbě nové definice bylo podle nich najít střední cestu mezi těmi, kteří si myslí, že paliativní péče by měla pomáhat od veškerého utrpení a těmi, kteří zastávají názor, že jde o péči o lidi s velmi omezenou zbývající délkou života. (Radbruch et al., 2020)

Na stránkách mezinárodní asociace pro hospicovou a paliativní péči najdeme, že zásady paliativní péče lze jednoduše považovat za zásady správné klinické praxe zahrnující celé spektrum péče – lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální, kulturní a duchovní (holistický přístup). (IAHPC, 2023d) Je tedy otázkou, zda kurativní a paliativní léčba nejsou dvě strany téže mince a záleží jen na stavu pacienta a jeho potřebách, v jaké míře se která složka léčby uplatní. U některých pacientů zcela převažuje léčba kurativní zaměřená na celkové vyléčení. Nicméně i zde je stále přítomna složka orientovaná na kvalitu jejich života (paliativní složka) například v podobě léčby bolesti nebo komunikace sestry s pacientem o jeho obavách. Na druhém konci spektra, zvláště v závěrečných fázích pacientova života, zcela převládne paliativní na kvalitu života zaměřená péče. Paliativní péče pak není pouze jedním z oborů, ale je součástí každého klinického oboru. Výhoda takového vnímání paliativní péče by byla pro zdravotníky v tom, že by nikdy neměli pocit, že už nemohou pro pacienta nic udělat. Takto vzdělané sestry by snad lépe chápaly, že i péče o sociální či duchovní stránku pacienta, o to, aby se na oddělení cítil dobře, je součástí léčby a neodmyslitelnou součástí jejich práce.

5.2 Měkké dovednosti

Když dotazované sestry popisovaly, jaké kompetence by měla mít sestra MSPP, velmi často mluvily o měkkých dovednostech. Těchto dovedností vyjmenovaly jedenáct: komunikace, zvládání zátěže, empatie, práce s emocemi, schopnost získat důvěru, schopnost nastavit hranice, schopnost vyrovnat se s realitou smrti, všímavost, samostatnost, schopnost komplexního pohledu a schopnost plánovat.

Kódy nalezené v rozhovorech byly porovnány s měkkými dovednostmi, které jsou potřebné pro práci všeobecné sestry podle MPSV, to používá pojem měkké kompetence (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017b). (viz Příloha A)

Kompetence k celoživotnímu vzdělávání

Úroveň této kompetence pro všeobecné sestry podle MPSV se shodovala s názory sester. Další vzdělávání považují za nutné, důležité a také velmi přínosné pro svou práci (viz kódy další vzdělávání a kurzy v kategorii vzdělání).

Kompetence ke zvládnutí stresu a zátěže

Ve shodě s požadavky MPSV sestry mluvily o zvládnutí zátěže pomocí sebereflexe a schopnosti oddělit osobní a pracovní život. Nezmiňovaly se o práci s chybou. Navíc uváděly i vnější zdroje zvládnutí zátěže: pomoc psychoterapeuta, supervizi a především spolupráci v týmu.

Kompetence k efektivní komunikaci

Ve shodě s požadovanou úrovní této kompetence sestry vyzdvihovaly umění aktivního naslouchání. Nicméně celkově šli v této kompetenci hlouběji, než jsou požadavky MPSV na všeobecné sestry. Schopnost komunikace považovaly za jeden z hlavních nástrojů, který zlepšuje kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Sestra musí podle nich brát v potaz aktuální fázi prožívání každého člena rodiny. Sestra S3 označila komunikaci za nástroj, který vede pacienta ke smíření.

Kompetence ke kooperaci

I tuto kompetenci sestry jmenovaly. Téma týmové spolupráce označovaly za velmi důležité. S požadavky MPSV se shodli na nutnosti otevřenosti a sdílení, naopak nemluvily o nad držování pravidel. Více zdůrazňovali vzájemnou pomoc v týmu a péči o své kolegy.

Kompetence k výkonnosti

V této kategorii sestry zdůrazňovaly především orientaci na společný cíl a snahu co nejlépe posloužit pacientovi a jeho rodině. Na rozdíl od MPSV uváděly rozpoznání nejlepšího způsobu péče a překonávání překážek spíše v souvislosti se spoluprací celého týmu než výkonem jedné sestry.

Kompetence k samostatnosti

Při popisu samostatnosti se sestry vcelku přesně shodly s úrovní této kompetence popsané MPSV. Vypíchny potřebu samostatné práce spojené s rozhodováním ve složitějších situacích, spolu s uměním sebereflexe a schopností požádat o pomoc.

Sestry mluvily také o dalších dovednostech, které má MPSV na svém seznamu měkkých dovedností (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2022), ale všeobecným sestrám je nepřiradilo. Jsou to většinou témata související se specifickou prací sester v terénu, kde jsou u pacienta samy.

Kompetence k řešení problémů

Schopnost včas identifikovat problém, správně ho pojmenovat, posoudit ho z různých perspektiv, vybrat vhodné řešení, realizovat svůj záměr a dokončit ho, a následně zhodnotit výsledek (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2022).

I tato kompetence je podle respondentek důležitá. Sestra je u pacienta většinou a sama musí být schopná správně posoudit a pojmenovat stav pacienta a případně k němu přivolat další pomoc. Podle sester k tomu potřebuje všímavost, specifické zdravotnické znalosti a schopnost komplexního pohledu.

Kompetence plánovat a organizovat

Jedná se o schopnost systematicky a metodicky plánovat a organizovat práci, jak svou vlastní, tak práci ostatních. Tato schopnost bere v úvahu cíle, priority, dostupné zdroje a časový rámec, přičemž je si vědoma možných rizik. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2022)

Sestry nutnost plánovat uváděly v souvislosti personálními záležitostmi, tzn. které sestry a v jakém počtu do klientské rodiny pojedou, a také v souvislosti s prací v terénu, kde nemají možnost jednoduše nahradit např. zapomenutý materiál či léky.

Sebepoznání a porozumění druhým

Schopnost realisticky nahlížet na sebe, schopnost vidět sebe sama takového, jaký jsem zahrnuje také schopnost rozumět příčinám svých motivací a postojů a být si vědom aktuálních emocí a potřeb. Na základě tohoto sebepoznání je jedinec schopen lépe porozumět chování druhých, jejich dlouhodobým postojům, zájmům, chování, motivacím a případným problémům. Dále zahrnuje schopnost vcítit se do emocí druhých a porozumět jejich chování a emocím, což umožňuje úspěšnou sociální interakci. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2022)

I tato kompetence je dle respondentek potřebná pro práci sestry v MSPP. Sestry uváděly potřebu sebereflexe, práce s emocemi i schopnost empatie. Je jen otázkou, zda by tuto

dovednost neměly mít sestry obecně, nejen ty pracující s umírajícími pacienty a proč ji MPSV nezařadilo mezi kompetence potřebné k výkonu povolání všeobecná sestra.

Některé měkké dovednosti, které pojmenovaly sestry MPSV ve svém seznamu nemá vůbec. Jsou to schopnost získat důvěru, schopnost nastavit hranice a schopnost vyrovnat se s realitou smrti.

5.3 Spolupráce v týmu

Mezi znaky týmu patří taková spolupráce, kde všichni mají stejná práva a povinnosti. K optimalizaci výsledků týmu přispívají rozdílné charaktery, zkušenosti a vědomosti jejích členů. Svou práci si tým většinou organizuje sám. Tím, že spolu jednotliví členové spolupracují dosahuje skupina jako celek prokazatelně lepších výsledků a zvětšuje v první řadě spokojenost spolupracovníků a jejich motivace k práci. (Meier, 2009)

Mezi výhody týmové práce patří větší prostor pracovníků k tvoření, jejich lepší identifikace s cíli a úkoly organizace. Jsou lépe využity vědomosti a zkušenosti zaměstnanců, protože rozdělení práce se řídí více silnými stránkami zaměstnanců. Intenzivní spolupráce podporuje pocit sounáležitosti týmu a zlepšuje tak pracovní výsledky. (Meier, 2009)

Podle Lojda (2011) tvoří základ efektivního fungování týmu dokonalá komunikace a vysoká motivovanost členů k dosažení společného cíle.

Kristýna Lienertová se ve své diplomové práci z roku 2020 zabývala týmovou spoluprací ve zdravotnictví. Konkrétně zkoumala zkušenosti desítky všeobecných sester ve směnném provozu různých oddělení nemocnic. Došla k závěru, že tyto sestry nepracují v týmu tak, jak je definován, ale pouze ve skupině. Může za to podle ní pevná hierarchie skupiny, velký počet zaměstnanců, to, že se díky směnnosti členové „týmu“ potkávají jen velmi omezeně a také vysoká fluktuace zaměstnanců. (Lienertová, 2020)

Na rozdíl od uvedené práce se zdá, že sestry MSPP zapojené do průzkumu, pracují ve skupině, která je týmem v souladu s jeho definicí. Mají společný cíl, jímž je kvalita života pacienta a jeho rodiny. Jsou vysoce motivované dosahovat svého cíle, protože je v souladu s jejich hodnotami, což dává jejich práci smysl. Věnují dostatek času komunikaci mezi sebou a společně vymýšlí, jak klientským rodinám pomoci. Uplatní se tak jejich rozdílné vědomosti a zkušenosti, učí se jedna od druhé. Navíc sestry uvádí, že absolvovaly řadu komunikačních kurzů, aby dokázaly správně vést rozhovory s pacienty. Je pravděpodobné, že tyto znalosti a komunikační

dovednosti napomůžou také jejich vzájemné komunikaci. Panuje mezi nimi pocit sounáležitosti, kde pečují nejen o své pacienty, ale také jedna o druhou.

S4: „*Ten tým vám dělá obrovskou podporu. Je to obrovská podpůrná a svépomocná skupina.*“

5.4 Limitace práce a další možnosti výzkumu

Mezi limity práce určitě patří nezkušenost autorky, která podobný typ průzkumu dělala poprvé. Je možné, že zkušený výzkumník by dovedl vytěžit z rozhovorů se sestrami více. Nezkušenost autorky se také projevila v analýze výsledků rozhovorů, především ve fázi opětovného spojování kódů a výběru kategorií, kdy z původních 51 kódů zbylo 36, což je stále velké číslo.

Za další limit práce by se dalo považovat široké téma průzkumu, které nedovolilo hlubší prozkoumání jednotlivých kódů. Na druhou stranu tento výčet kompetencí spolu s citacemi sester může být cenným zdrojem informací pro začínající sestry zvláště, pokud je láká práce v mobilní specializované paliativní péči.

S tím souvisí další limit této práce. Sestry sice často mluvily o důležitých kompetencích tak, že popisovaly vlastní pracovní zkušenosti, nicméně průzkum nebyl zaměřen na to, jak to v týmech specializované paliativní péče funguje ve skutečnosti. (Ač určitým indikátorem může být pozitivní zpětná vazba klientů, o které mluvila jedna ze sester.)

Další průzkum by se tedy mohl zaměřit na reálnou situaci v týmech MSPP. Dalo by se zde uplatnit pozorování, rozhovory s jednotlivými členy multiprofesního týmu a v neposlední řadě rozhovory s pacienty.

Průzkum byl zaměřen „jen“ na kompetence sester v mobilní specializované paliativní péči. Zajímavé by také mohlo být zjistit, jaké kompetence by měli mít sestry v dalších organizačních formách specializované paliativní péče, a především sestry poskytující obecnou paliativní péči. Kvalita obecné paliativní péče v ČR není dlouhodobě příliš dobrá (viz teoretická část práce). Sepsat důležité kompetence, které by sestry měly zvládnout, spolu s konkrétními zkušenostmi, by mohlo sestram pomoci lépe se v dané problematice zorientovat.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala kompetencemi sester v mobilní specializované paliativní péči. V teoretické části byl v souladu s cíli práce definován pojem paliativní péče, popsána její filozofie, úrovně a formy. Dále byl vymezen pojem kompetence a stručně popsány kompetence všeobecných sester. Cílem průzkumné části práce bylo zjistit, jaké kompetence jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování paliativní péče v terénu. Za kompetence byly považovány osobní charakteristiky jedince: znalosti, dovednosti, vlastnosti, motivace, hodnoty a postoje doplněné o zkušenosti. Proto byla stanovena následující výzkumná otázka: Jaké znalosti, dovednosti, zkušenosti, vlastnosti, hodnoty, postoje a motivy jsou z pohledu všeobecné sestry pracující v týmu mobilní specializované paliativní péče potřebné pro poskytování paliativní péče v terénu?

Pro naplnění cíle byl využit kvalitativní průzkum. Sběr dat proběhl metodou polostrukturovaného rozhovoru a následná analýza byla uskutečněna s pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Respondenty průzkumu byly sestry pracující alespoň dva roky v týmu mobilní specializované paliativní péče. Rozhovory byly ukončeny, když došlo k saturaci dat. Celkový počet účastnic průzkumu byl šest.

Z analýzy uskutečněných rozhovorů vplynulo 36 kódů, které byly rozřazeny do 7 kategorií: znalosti, dovednosti, vzdělání, zkušenosti, vlastnosti, motivace a postoje tak, aby odpovídaly na výzkumnou otázku.

Sestry mluvily pouze o jedné kompetenci, která byla zařazena do kategorie znalosti, a to o specifických zdravotnických znalostech. Tyto znalosti musí setra podle respondentek mít, aby byla schopná správně zhodnotit pacientovi symptomy, předat (většinou po telefonu) informace lékaři a správně vykonat jeho ordinace. K získání znalostí jí slouží vzdělání (kvalifikační vzdělání a další vzdělávání většinou v podobě kurzů) a zkušenosti (praxe v MSPP a praxe v nemocnici). Zároveň vzdělávání a zkušenosti (zde včetně životních zkušeností) potřebuje k získání nejrůznějších dovedností. Z tvrdých dovedností sestry zmiňovaly pouze specifické zdravotnické dovednosti. Mezi měkké dovednosti bylo možno zařadit jedenáct dovedností: komunikace, zvládání zátěže, empatie, práce s emocemi, schopnost získat důvěru, schopnost nastavit hranice, schopnost vyrovnat se s realitou smrti, všímavost, samostatnost, schopnost komplexního pohledu a schopnost plánovat. Tyto dovednosti odrážejí pracovní náplň sester, kdy pracují (převážně samy) s umírajícími pacienty a jejich blízkými v jejich vlastním sociálním prostředí.

Sestry nejvíce vypíchlly potřebu komunikace, která jim také zabírá nejvíce času stráveného u pacienta. Tuto dovednost nejčastěji trénují na různých kurzech (zejména ESPERO a ELNEC). V rámci komunikace mluvily o důležitosti aktivního naslouchání, otevřenosti vůči rozhovorům o smrti či o nevhodných přístupech, jakým je bagatelizace pacientovi situace.

Do dovednosti zvládnout pracovní zátěž sestry zařadily schopnost sebereflexe, kdy je sestra schopna zhodnotit své síly a včas požádat o pomoc, schopnost oddělit pracovní a osobní život, supervizi, pomoc psychoterapeuta, a především spolupráci v týmu. Týmová spolupráce je podle nich základem pro zvládnání jejich náročného povolání. I pro správné fungování týmu potřebuje sestra dovednost komunikace, práce s emocemi, empatii k ostatním členům týmu a také altruismus, kdy si jsou sestry ochotny vzájemně pomáhat. Týmové spolupráci také napomáhají společné cíle a motivy členů týmu.

Mezi důležité hodnoty sestry v MSPP respondentky řadily především kvalitu života umírajícího pacienta a jeho rodiny, hodnotu lidského života jako takového a lásku v rodině. Tyto hodnoty, spolu s dostatkem času na pacienta, jsou pro sestru motivací, proč tuto náročnou práci dělat. Důstojné a pokojné úmrtí pacienta v kruhu jeho rodiny pak dokáže vnímat jako úspěch. Další motivací je podle dotazovaných sester pozitivní zpětná vazba pečujících i okolí. Z hodnot, které sestry vyznávají, pak také plynou jejich postoje. Podle sester je důležitým postojem altruismus, optimismus, který působí pozitivně na celou pečující rodinu, úcta k pacientovi a s ní související respekt k principu autonomie pacienta.

Sestry v rozhovorech zmínily také devět vlastností, které jsou podle nich potřebné pro práci v týmu MSPP. Jsou jimi autenticita, důslednost, flexibilita, intuice, odpovědnost, pokora, trpělivost, zdravá sebedůvěra a klidná povaha.

Celkově nejvíce z rozhovorů vyplývala potřeba vhodného hodnotového ukotvení sestry vedoucí k individualizované péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu, potřebnost měkkých dovedností v rámci péče o pacienta, zejména komunikace a také potřeba pečovat o své kolegy a udržovat tak funkční tým, který je sestrám základní oporou.

Přečíst si tuto práci, by mohlo být prospěšné v první řadě sestrám, které uvažují o práci v mobilní specializované paliativní péči. Také by mohla být inspirací sestrám, které pomýšlejí na odchod ze zdravotnictví v důsledku frustrace z nedostatku času na pacienta či nefunkčního pracovního týmu. Důraz na potřebu komunikace v péči o těžce nemocné, umírající pacienty by mohl být podnětem k dalšímu vzdělávání také sestrám, které s těmito pacienty pracují v rámci klasických nemocničních oddělení, jednotek intenzivní péče, či studentům ošetrovatelství.

Bohužel právě mezi budoucími sestrami se stále vyskytují lidé, kteří „povídání si“ s pacientem považují za zanedbávání svých sesterských povinností.

7 POUŽITÁ LITERATURA

ALEXANDROVÁ Radka, 2017. Psycholog v paliativní léčbě. In: *is.muni.cz* [online]. Informační systém Masarykovy univerzity [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fss/jaro2018/PSY499/um/Psycholog_v_paliativni_lecbe_FSS.pdf

ALEXANDROVÁ Radka et al., 2022. Podpora truchlících pozůstalých. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 316 - 318. ISBN 978 80 7492 627 3.

BEASLEY, A. et. al., 2019. Models of non-hospice palliative care: a review. *Annals of Palliative Medicine* [online]. Hong Kong: AME Publishing Company, 8 (1), 15-21 [cit. 2023-10-28]. ISSN: 2224-5839. DOI: 10.21037/apm.2018.03.11.

BUCKMAN, Robert. A., 2005. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. In: *icmteaching.com* [online]. COMMUNITY ONKOLOGY March/April 2005 [cit. 2023-11-18]. Dostupné z: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 3 (2), 404-414 [cit. 2023-10-28]. ISSN: 1804-2740.

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, Z. Ú., 2024. Intenzivní kurz komunikace a práce s emocemi ESPERO pro sestry. In: *paliativnicentrum.cz* [online]. Centrum paliativní péče, z. ú. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero-pro-sestry>

CESTA DOMŮ, 2004. O organizaci paliativní péče Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. In: *cestadomu.cz* [online]. © Cesta domů, 2004 [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf

CESTA DOMŮ, 2020. Specifika ošetrovatelství v paliativní péči. In: *cestadomu.cz* [online]. Cesta domů [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/zakladni-materialy-a-pojmy/slovnicek/>

- CESTA DOMŮ, 2024. Základní pojmy v paliativní péči. In: *elearning.cestadomu.cz* [online]. Cesta domů [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/vzdelavaci-akce/specifika-osetrovatelstvi-v-paliativni-peci>
- ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 2023-10-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 2024 02-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
- ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 2024 02 15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 2023-10-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20230101>.
- DE LIMA Liliana a Lukas RADBRUCH, 2017. The International Association for Hospice and Palliative Care: Advancing Hospice and Palliative Care Worldwide. *Journal of Pain Symptom Management* [online]. Madison, WI: Dept. of Anesthesiology, University of Wisconsin--Madison, 55(2S), 96-103 [cit. 2023-08-12]. ISSN: 1873-6513. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.023.
- GOMES, B et al., 2013. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. In: *Cochranelibrary.com* [online]. © 2000 - 2023 by John Wiley & Sons, Inc. [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007760.pub2/full>
- HEARN Julie a Irene HIGGINSON, 1998. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative medicine* [online]. London: New York, NY: Cambridge University Press, North American distributors, Edward Arnold; c1987-, 12(5), 317-332 [cit. 2024-01-26]. ISSN: 1477-030X. DOI: 10.1191/026921698676226729.

- HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HOMOLA, Miloslav, 1979. *Přehled psychologie osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého. 253 s.
- IAHPC, 2023a. Consensus-Based Definition of Palliative Care. In: *Hospicecare.com* [online]. © 2023 IAHPC [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
- IAHPC, 2023b. Meet our members. In: *Hospicecare.com* [online]. © 2023 IAHPC [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/members-section/iahpc-members-list/>
- IAHPC, 2023c. Palliative Care Definition. In: *Hospicecare.com* [online]. © 2023 IAHPC [cit. 2023-10-03]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- IAHPC, 2023d. Principles of palliative care. In: *Hospicecare.com* [online]. © 2023 IAHPC [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/principles-of-palliative-care/>
- KABELKA, L., O. SLÁMA a M. LOUČKA, 2016. Paliativní péče v české republice 2016 Situační analýza. In: *paliativa.cz* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. [cit. 2024 02-02]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
- KABELKA, Ladislav, 2022. Základy komunikace v paliativní péči. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 55 - 61. ISBN 978 80 7492 627 3.
- KABELKA, Ladislav a Irena ZÁVADOVÁ, 2022. Formy specializované paliativní péče. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 321 - 333. ISBN 978 80 7492 627 3.
- KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KNAUL, F., M. et. al., 2018. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*

[online]. Elsevier B.V., 391 (10128), 1391 - 1454 [cit. 2023-08-12]. ISSN: 1474-547X.
DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

KOPECKÝ, Ondřej, 2022. Konziliární tým paliativní péče v nemocnici. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 325 - 329. ISBN 978 80 7492 627 3.

KUBEŠ, M. et al., 2004. *Manažerské kompetence Způsobilosti výjimečných manažerů*. Praha: Grada Publishing, a.s. 184 s. ISBN 978-80-247-6304-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KULHANOVÁ, Magdalena, 2013. *Hodnotová orientace v životě a v práci všeobecných sester*. Praha. 72 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Hlaváčová

LIENERTOVÁ, Kristýna, 2020. *Spolupráce všeobecných sester v multidisciplinárním týmu*. Pardubice. 74 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

LOJDA, Jan, 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada Publishing, a.s. 182 s. ISBN 978-80-247-3902-1.

MARKOVÁ, Pavlína, 2022. Oddělení paliativní péče v nemocnici. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 330 - 331. ISBN 978 80 7492 627 3

MEIER, Rolf, 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 146 s. ISBN 978-80-247-2308-2.

MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. [online]. Nakladatelství Jihočeské univerzity České Budějovice, roč. 16, č. 2 [cit. 2024-02-10]. ISSN 1804-7122.

MILAZZO, S. et. al., 2020. How effective is palliative care in improving patient outcomes? *Current treatment options in oncology* [online]. Philadelphia, PA: Current Science, Inc., 21 (2), 12 [cit. 2023 10-28]. ISSN: 1534-6277. DOI: 10.1007/s11864-020-0702-x.

MILFAIT, René, 2022. Etické aspekty paliativní péče. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 39 - 42. ISBN 978 80 7492 627 3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ České republiky, 2017a. Centrální databáze kompetencí. In: *Národní soustava povolání*. [online]. © 2017 Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: <https://cdk.nsp.cz/napoveda#klasifikace>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ České republiky, 2017b. Všeobecná sestra. In: *Národní soustava povolání*. [online]. © 2017 Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ České republiky, 2022. Měkké kompetence, komplexní model měkkých kompetencí navržený v projektu kompetence 4.0. In: *mpsv.cz* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372813/Mekke+kompetence+charakteristiky+urovni.pdf/c58edca3-7e01-743d-2ee0-767c7ea254ed>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. Věstník č. 13/2017 Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. In: *mzcr.cz* [online]. Praha 2: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. Věstník č. 12/2019 Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – domácí a hospicová péče. In: *mzcr.cz* [online]. Praha 2: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20VS%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022a. Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR. In: *mzcr.cz* [online]. Praha 2: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022 [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>

- MINISTERSVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022b. Věstník č. 1/2022
Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní
péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR. In: *mzcr.cz* [online]. Praha 2: Ministerstvo
zdravotnictví ČR, 2022 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/
uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf)
- MIŠOVIČ, Ján, 2019. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.
Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
- NĚMCOVÁ, Veronika, 2016. *Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka*.
Praha. 69 s. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce
doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
- PALLIPEDIA, 2023. Serious health-related suffering (SHS). In: *Pallipedia.org* [online].
Pallipedia© 2023 [cit. 2023-09-29]. Dostupné z: [https://pallipedia.org/serious-health-related-
suffering-shs/](https://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/)
- RADBRUCH, L. et al., 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě
Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. In: *cestadomu.cz* [online]. Cesta domů
a Česká společnost paliativní medicíny, 2010 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z:
[https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliat
ivni_pece_v_evrope.pdf](https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf)
- RADBRUCH, L. et al., 2020. Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based
Definition. *Journal of Pain Symptom Management* [online]. Madison, WI: Dept. of
Anesthesiology, University of Wisconsin--Madison, 60(4), 754-764 [cit. 2023-09-30].
ISSN: 1873-6513. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- ŘIHÁČEK, T. et al., 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova
Univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SCHWARTZ, Shalom H., 1992. Universals in the content and structure of values: theoretical
advances and empirical tests in 20 countries [online]. In: BERKOWITZ, Leonard. *Advances
in experimental social psychology*. Academic Press, 25, 1-65 [cit. 2024-04-16].
ISBN: 0120152355. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/
230557790_Universals_in_the_Content_and_Structure_of_Values_Theoretical_Advances_an
d_Empirical_Tests_in_20_Countries](https://www.researchgate.net/publication/230557790_Universals_in_the_Content_and_Structure_of_Values_Theoretical_Advances_and_Empirical_Tests_in_20_Countries)

- SCHWARTZ, Shalom H., 2012. An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture* [online]. International Association for Cross-Cultural Psychology, 2(1), 11-51 [cit. 2024-04-16]. ISSN: 2307-0919.
- SLÁMA, Ondřej, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti* [online]. Solen s.r.o., 5(1), 10 - 12 [cit. 2023 08-12]. ISSN: 1339-4193.
- SLÁMA, Ondřej, 2022a. Ambulance paliativní medicíny. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 332 - 341. ISBN 978 80 7492 627 3.
- SLÁMA, Ondřej, 2022b. Základní principy paliativní péče. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 21 - 26. ISBN 978 80 7492 627 3.
- SMITH, S et al., 2014. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine* [online]. SAGE Publications, 28(2), 130 -150 [cit. 2023-08-12]. ISSN: 1477-030X. DOI: 10.1177/0269216313493466.
- SMOLIKOVA, Lenka, 2018. Advokacie. In: *Cesta domu.cz* [online]. Cesta domů, z.ú., 2018 [cit. 2023 10-06]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>
- SVĚTLÁKOVÁ, Lucie a Ladislav KABELKA, 2022. Lůžkový hospic. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi Třetí přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. s. 323 - 325. ISBN 978 80 7492 627 3.
- TEOLI, D. et al., 2023. Palliative Care. In: *National library of medicine* [online]. © 2023, StatPearls Publishing LLC [cit. 2023-10-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/#article-26546.s1>
- UHLÍŘ, M. et al., 2019. Standardy mobilní specializované paliativní péče. In: *paliativa.cz* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců ©2019 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Standardy_mobilni_paliativni_pece.pdf
- WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2014. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: *apps.who.int* [online]. © 2021 WHO [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162863/A67_R19-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Měkké kompetence přiřazené k povolání všeobecná sestra (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017b)</i>	96
Příloha B – <i>Informovaný souhlas pro účast v průzkumu</i>	98
Příloha C – <i>Myšlenková mapa</i>	99

Příloha A – Měkké kompetence přiřazené k povolání všeobecná sestra (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017b)

Osobnostní kompetence

Kompetence k celoživotnímu vzdělávání

- má silnou vnitřní motivaci se osobnostně rozvíjet a celoživotně vzdělávat
- uvědomuje si nutnost rozvoje nejen odborných znalostí a dovedností ale především soft skills pro všestranný rozvoj osobnosti
- volí pro sebe vhodné formy dalšího vzdělávání a rozvoje, kterým je ochoten věnovat svůj volný čas
- získané poznatky je schopen efektivně aplikovat do své praxe

Kompetence ke zvládnání stresu a zátěže

- stres nenarušuje jeho pracovní potenciál
- v nadprůměrné míře používá konstruktivní strategie zvládnání stresu tj, kontroluje situaci a své reakce, což zvyšuje jeho odolnost
- neúspěch chápe jako příležitost udělat to příště lépe při překonávání překážek analyzuje situaci, hledá alternativy a volí nejvhodnější řešení
- nenechá se odradit
- ví, co zvládne a důvěřuje svým schopnostem

Interpersonální kompetence

Kompetence k efektivní komunikaci

- jasně a srozumitelně formuluje své myšlenky v mluvené i v písemné podobě
- v komunikaci zpravidla aktivně naslouchá a zapojuje se do diskuse
- svá sdělení a postoje dokáže v komunikaci asertivně zastávat i obhajovat

Kompetence ke kooperaci

- aktivně spolupracuje a komunikuje, snaží se být pozitivní
- do činností skupiny se ochotně zapojuje a přispívá k plnění skupinových cílů
- zastává jemu určené skupinové role
- dohlíží na dodržování skupinových pravidel

- sdílí a nabízí své zkušenosti a znalosti, respektuje druhé a je otevřený jejich názorům a nápadům

Výkonové kompetence

Kompetence k výkonnosti

- jeho výkon je spolehlivý a stabilní
- při plnění výkonnostních cílů hledá a navrhuje možnosti zlepšení v rutinních procesech a dovede překonávat i náročnější překážky
- orientuje se na výkon i na výsledek (přínos), rozpozná a uskuteční podstatné kroky vedoucí k dosažení vlastního i týmového výsledku
- zpětnou vazbu ke svému výkonu přijímá a vyhledává ji jen, pokud mu pomáhá ke zlepšování vlastního výkonu
- dokáže sladit své osobní priority s firemními, plní firemní standardy výkonu
- je schopen určité míry sebekontroly a sebemotivace

Kompetence k samostatnosti

- při plnění úkolů nejraději řídí sám sebe, umí odhadnout a rozložit své síly
- dokáže pracovat soustředěně a samostatně, a to i na dlouhodobějších úkolech
- samostatně, rychle a pružně se rozhoduje i ve složitějších situacích
- nebojí se odpovědnosti a přijímá přiměřenou míru osobního rizika za výsledky své práce
- dokáže si získat potřebné zdroje (informace apod.) a v případě potřeby umí vyhledat pomoc

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČAST V PRŮZKUMU

Já, níže podepsaná(účastník), tímto dobrovolně uděluji souhlas k účasti v průzkumu, který je součástí bakalářské práce Kristýny Doubkové (průzkumník). Průzkum se zaměřuje na problematiku kompetencí všeobecných sester v paliativní péči.

Rozumím, že veškerá data, která budou získána, budou anonymně zpracována a použita výhradně pro účely tohoto průzkumu. Souhlasím také s tím, že výsledky tohoto průzkumu mohou být anonymně publikovány včetně doslovné citace účastníka.

Bylo mi dostatečně srozumitelně předáno, jaký je cíl a povaha tohoto průzkumu a jaké je má role v tomto procesu. Měla jsem též příležitost položit otázky a byly mi poskytnuty odpovídající informace.

Potvrzuji, že má účast v tomto průzkumu je zcela dobrovolná. Jsem si vědoma, že mám právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku nebo kdykoliv z průzkumu bez udání důvodu odstoupit.

Datum:

Podpis účastníka:

Příloha C – Myšlenková mapa

