

# **Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester**

Jarmila Kopečná

---

Bakalářská práce  
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických studií  
akademický rok: 2007/2008

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jarmila KOPEČNÁ**  
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester**

Zásady pro vypracování:

### **Teoretická část**

**Problematika terminálně nemocných.**

**Zátěž profese na psychiku.**

**Zátěžové situace v profesi sestry.**

**Profesiogram sestry.**

**Duševní hygiena.**

**Prevence syndromu vyhoření.**

### **Praktická část**

**Metody výzkumu – zpracování dotazníku pro zdravotní sestry.**

**Analýza a vyhodnocení získaných informací.**

**Zhodnocení rizik syndromu vyhoření.**

**Zhodnocení negativních a pozitivních vlivů na sestry.**

**Možnosti využití poznatků v praxi a formy pomoci zdravotním sestřám.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

- 1.) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2.vydání. Praha, Galén, 2007. s.244. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 2.) KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 2.vydání. Praha, Portál, 1997. s.152. ISBN 80-7178-150-9.
- 3.) KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing,a.s., 2004. s.80. ISBN 80-247-0784-5.
- 4.) SCHMIDBAUER, Wolfgang. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Přeložil Petr Patočka. Praha, Portál, 2001. s.171. ISBN 80-7179-312-9.
- 5.) VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 3.vydání. Praha, Portál, 2002. s.444. ISBN 80-7179-678-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Stanislava Kovářová**  
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

MUDr. František Grossmann, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Ve své práci se zabývám problematikou terminálně nemocných a vlivem péče o ně na psychiku sester. Na úvod práce se věnuji problematice terminálně nemocných a vymezuji, kdo to vlastně terminálně nemocný je. V další kapitole pracuji s pojmem smrt a rozebírám ji z několika pohledů. Zmiňuji se také o euthanázii, dysthanázii a paliativní péči. Následuje problematika psychologie práce, ve které se zabývám zejména stresem a pracovní zátěží. V další kapitole popisuji syndrom hoření a na závěr řeším problematiku duševního zdraví sestry.

Klíčová slova: sestra, terminálně nemocný, euthanázie, dysthanázie, smrt, paliativní péče, stres, syndrom vyhoření, duševní hygiena

## **ABSTRACT**

In my work I am engaged in problems of terminal sick and the ways how a care of them influences psyche of nurses. At the beginning of the work I am engaged in problems of terminal sick and I delimed who is actnally a terminal sick. In the next chapter I work with the term death and I analyze it from some points of wiews. I also menti on euthanasia, dysthanasia and palliative care. Then follows problems of psychology of work where I am engaged mainly in stress and workload. In the neck chapter I describe a burnout syndrome and at the end I am engaged in problems of mental health of a nurse.

Keywords: nurse, terminal sick, euthanasia, dysthanasia, death, palliative care, stress, bur-nout syndrom, mental hygiene

Děkuji Mgr. Stanislavě Kovářové za její cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování  
mojí bakalářské práce.

Děkuji také všem sestrám za ochotu při vyplňování dotazníků a za jejich povzbuzení.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškeré  
použité zdroje. Souhlasím s použitím práce pro studijní účely.

Ve Velikové dne 29. 5. 2008

---

Jarmila Kopečná

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                                     | <b>10</b> |
| <b>1 TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ</b> .....                                  | <b>11</b> |
| 1.1 VYMEZENÍ POJMU „TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ“ .....                      | 11        |
| 1.2 ZAŘÍZENÍ A ODDĚLENÍ S VĚTŠÍM POČTEM TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH ..... | 11        |
| 1.2.1 Hospic .....   | 11        |
| 1.2.2 Nemocnice.....   | 12        |
| 1.2.3 AIDS centrum .....   | 12        |
| 1.2.4 Masarykův onkologický ústav.....                             | 13        |
| 1.3 STRACH ZE SMRTI V ONTOGENETICKÉM VÝVOJI.....                   | 13        |
| 1.3.1 Děti.....  | 13        |
| 1.3.2 Dospívající .....  | 13        |
| 1.3.3 Dospělí .....  | 14        |
| 1.3.4 Staří .....  | 14        |
| 1.4 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELISABETH KÜBLER–ROSS .....                 | 14        |
| <b>2 SMRT</b> .....  | <b>16</b> |
| 2.1 DEFINICE SMRTI.....  | 16        |
| 2.1.1 Medicínské hledisko.....                                     | 16        |
| 2.1.2 Filosofické hledisko .....                                   | 16        |
| 2.1.3 Duchovní hledisko .....                                      | 16        |
| 2.1.4 Sociální hledisko .....                                      | 17        |
| 2.2 THANATOLOGIE.....  | 18        |
| 2.3 PALIATIVNÍ PÉČE .....  | 19        |
| 2.3.1 Definice paliativní péče.....                                | 19        |
| 2.3.2 Multidisciplinární tým.....                                  | 20        |
| 2.3.3 Dělení paliativní péče.....                                  | 20        |
| 2.3.4 Vzdělávání sester v oblasti paliativní péče .....            | 21        |
| 2.3.5 Vzdělávání lékařů v oboru paliativní medicína.....           | 21        |
| 2.4 EUTHANÁZIE .....   | 22        |
| 2.4.1 Vymezení pojmu .....   | 22        |
| 2.4.2 Formy euthanázie .....                                       | 22        |
| 2.4.3 Zneužití a chvála euthanázie .....                           | 23        |
| <b>3 PSYCHOLOGIE PRÁCE</b> .....                                   | <b>24</b> |
| 3.1 DEFINICE POJMŮ „PSYCHOLOGIE PRÁCE“ A „PRÁCE“ .....             | 24        |
| 3.2 DEFINICE POJMU „STRES“ .....                                   | 24        |
| 3.2.1 Koncepce stresu.....   | 24        |
| 3.3 ZDROJE ZÁTĚŽE .....  | 26        |
| 3.3.1 Vlastní obsah a podmínky práce .....                         | 26        |
| 3.3.2 Organizační role .....                                       | 26        |
| 3.3.3 Vzájemné vztahy lidí v organizaci .....                      | 27        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 3.3.4     | Vývoj kariéry.....   | 27        |
| 3.3.5     | Organizační struktura a klima .....                              | 27        |
| 3.3.6     | Vztah domov – práce.....   | 27        |
| 3.4       | PROJEVY STRESU .....   | 28        |
| 3.4.1     | Bezprostřední projevy .....                                      | 29        |
| 3.4.2     | Účinky trvalejšího charakteru .....                              | 30        |
| <b>4</b>  | <b>PROFESE SESTRY .....</b>                                      | <b>32</b> |
| 4.1       | NEANGAŽOVANÝ A ANGAŽOVANÝ PRACOVNÍK .....                        | 32        |
| 4.1.1     | Neangažovaná sestra .....  | 32        |
| 4.1.2     | Angažovaná sestra.....   | 33        |
| 4.2       | ANGAŽOVANÁ SESTRA A PARADOXY PROFESIONÁLNÍHO POMÁHÁNÍ .....      | 33        |
| 4.2.1     | První paradox – pochopení pro každého .....                      | 33        |
| 4.2.2     | Druhý paradox – láska k bližnímu ve službách potřeby lásky ..... | 34        |
| 4.2.3     | Třetí paradox – láska k bližnímu jako zboží .....                | 34        |
| 4.3       | HRANICE MEZI SESTROU A NEMOCNÝM .....                            | 35        |
| 4.4       | PROFESIOGRAM .....   | 36        |
| 4.5       | TYP TEMPERAMENTU .....   | 37        |
| <b>5</b>  | <b>SYNDROM VYHOŘENÍ .....</b>                                    | <b>38</b> |
| 5.1       | DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....                                  | 38        |
| 5.2       | PROFESE S VYSOKÝM RIZIKEM VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ.....          | 38        |
| 5.3       | PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....                                  | 39        |
| 5.4       | FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....                                     | 40        |
| 5.5       | DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....                               | 41        |
| 5.6       | LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....                                     | 41        |
| 5.7       | PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....                                  | 42        |
| <b>6</b>  | <b>DUŠEVNÍ HYGIENA SESTRY .....</b>                              | <b>43</b> |
| 6.1       | ZPŮSOBY K UDRŽENÍ DOBRÉHO DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ .....                 | 43        |
| <b>II</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                                      | <b>46</b> |
| <b>7</b>  | <b>PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU .....</b>                              | <b>47</b> |
| 7.1       | VÝZKUMNÉ TÉMA.....   | 47        |
| 7.2       | DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ.....                                      | 47        |
| 7.3       | CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU .....                                    | 47        |
| 7.4       | ZKOUMANÝ VZOREK .....  | 48        |
| 7.5       | VÝZKUMNÁ TECHNIKA .....  | 48        |
| 7.6       | ORGANIZACE VÝZKUMU .....   | 50        |
| 7.7       | VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....                                   | 51        |
| <b>8</b>  | <b>FÁZE ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>                                 | <b>52</b> |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>9</b> | <b>INTREPRETACE DAT</b> .....                   | <b>91</b>  |
| 9.1      | ÚVODNÍ ČÁST .....                               | 91         |
| 9.2      | DISKUZE.....                                    | 91         |
| 9.3      | ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ .....                 | 93         |
|          | <b>ZÁVĚR</b> .....                              | <b>98</b>  |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....          | <b>99</b>  |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> ..... | <b>104</b> |
|          | <b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....                     | <b>105</b> |
|          | <b>SEZNAM TABULEK</b> .....                     | <b>106</b> |
|          | <b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....                       | <b>108</b> |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....                      | <b>109</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P II:</b> .....                      | <b>117</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P III:</b> .....                     | <b>118</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P IV:</b> .....                      | <b>119</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P V:</b> .....                       | <b>120</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P VI:</b> .....                      | <b>121</b> |
|          | <b>PŘÍLOHA P VII:</b> .....                     | <b>122</b> |



## ÚVOD

Ošetrovatelská profese je velmi náročná, a to jak po stránce tělesné, tak po stránce duševní. Je zřejmé, že duševní zátěž mnohdy převyšuje zátěž tělesnou. Ošetrovatelská péče v různých zařízeních a na různých odděleních s sebou nese svá specifika. Jiná je tedy práce sestry v ordinaci praktického lékaře, jiná je práce na chirurgickém oddělení a odlišná je i práce sestry na onkologii či v hospici.

Ve své práci jsem se zaměřila na jednu skupinu sester, a to na sestry pečující o terminálně nemocné. Na první pohled se může zdát, že toto téma není aktuální, ovšem opak je pravdou. V dnešní době roste počet nádorových onemocnění. Pacienty postižené nádorovým onemocněním léčíme, mnohdy dojde k uzdravení nemocného, ale mnohdy musíme uznat limity svých schopností. Kromě nádorových onemocnění ale existují také i jiné nemoci, které neumí lékaři vyléčit. Medicína má sice stále nové a lepší léčebné prostředky, ne vždy však dojde k uzdravení pacienta. Zde potom platí známé a pravdivé pořekadlo, že medicína je mocná, ale ne všemocná. K dispozici je stále lepší přístrojové a materiální vybavení a léčebné postupy. Mnohým umírajícím pacientům není dovoleno „v klidu zemřít“, a to proto, že se lékaři snaží o záchranu života za každou cenu, a tím dochází k zadržované smrti nebo-li dysthanázii. Domnívám se tedy, že počty nemocných v terminálním stádiu se budou stále zvyšovat a že je nutné se zabývat nejen problematikou terminálně nemocných, ale také těch, kteří se o ně starají.

Práce s umírajícími klade velké nároky na psychiku sester. Je to dáno tím, že smrt druhých nám bolestně připomíná naši vlastní smrt a jak uvádí Ernest Hemingway ve svém díle *Komu zvoní hrana*: „Žádný člověk není ostrov sám pro sebe: ... smrtí každého člověka je mne méně, neboť jsem část lidstva. A proto se nikdy nedávej ptát, komu zvoní hrana. Zvoní tobě.“

Aby sestry mohly terminálně nemocným poskytovat dobrou péči, je nutné, aby byly smířeny se svou vlastní smrtí. O to by měly nejen samy usilovat, ale také by k tomu měly být připraveny v rámci studia. Domnívám se, že příprava sester na kontakt s umírajícími není dostatečná a tento trend by se měl změnit.

Péče o pacienta v terminálním stádiu je nejen náročná, ale také obohacující. Lze říci, že doprovázení umírajícího je tou nejvyšší životní zkušeností.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ

### 1.1 Vymezení pojmu „terminálně nemocný“

Přídavné jméno terminální znamená poslední, tedy poslední stádium v životě jedince. Z toho si odvodíme, že jedinec v terminálním stádiu je vlastně terminálně nemocný, tedy člověk, který je v poslední fázi svého života.

V medicíně je umírání synonymem terminálního stavu, který Vorlíček definuje jako „postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua“. [28, s. 435]

Terminální stádium, které se označuje také jako „vlastní umírání“, trvá několik hodin, dnů, eventuálně týdnů a pak dochází ke smrti jedince. Ačkoliv klademe rovnítko mezi terminální stádium a umírání, musíme se na umírání dívat také v širším pojetí. Dojdeme pak k závěru, že „umírání je především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu“. [28, s. 435]

O začátku umírání můžeme mluvit tehdy, jestliže je diagnostikována nemoc, která není slučitelná se životem. Nemocný může mít před sebou mnohdy ještě dlouhý kus života, tento ale vždy bude ovlivňován nevléčitelnou nemocí. Musíme proto usilovat o kvalitní péči lékařskou a ošetrovatelskou, v rámci kterých dbáme také na uspokojování nejen fyzických, ale též psychických, spirituálních a sociálních potřeb. V případě nutnosti zveme ke spolupráci odborníky z řad psychologů, duchovních, sociálních pracovníků a dalších. [28]

### 1.2 Zařízení a oddělení s větším počtem terminálně nemocných

S nemocnými v terminálním stádiu se můžeme setkat téměř všude. Jsou však zařízení a oddělení, kde bývají častěji. Jedná se zejména o hospice, nemocnice, AIDS centra a speciální onkologické ústavy.

#### 1.2.1 Hospic

Toto zařízení je přímo určené pro péči o terminálně nemocné, kterým je zde poskytnuta komplexní péče, která se snaží uspokojovat jejich potřeby. Hospic umírajícímu zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude respektována jeho důstojnost a že v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen. Jak již bylo zmíněno, klade hospic důraz na

uspokojování potřeb, a to také potřeb spirituálních, které bývají vyjádřeny různými způsoby. Často se jedná například o potřebu odpustit, která se vyskytuje snad u všech lidí. U lidí věřících se objevuje také potřeba žít svoji vírou, která se projevuje účastí na mši svaté, modlitbou, svátostí pomazání nemocných. Hospic lidem umožňuje tyto potřeby uspokojovat. Součástí týmu proto bývá i duchovní. [36, 54]

Hospic však neposkytuje péči jen umírajícím, ale také jejich rodinným příslušníkům, a to nejen tehdy, doprovází-li svého blízkého, ale také po jejich odchodu. Aby se proces truchlení nestal patologickým, umožňuje hospic pozůstalým, aby zemřelého umyli a oblekli. Mnohé hospice pořádají vzpomínková setkání pozůstalých nebo v čase výročí úmrtí telefonují pozůstalým a zajímají se o to, jak se jim daří. [40, 54]

### 1.2.2 Nemocnice

V nemocnicích je nejčastěji setkáváme s terminálně nemocnými na onkologickém oddělení, kde se léčí pacienti většinou se zhoubným nádorovým onemocněním. Terminálně nemocní nejsou ale jenom lidé s onkologickým onemocněním, ale jsou to také jedinci například v konečném stádiu chronického srdečního selhávání, nemocní dialyzovaní, s jaterní cirhózou či systémovým lupem erytematodem. S těmito nemocnými se častěji setkáváme na interních odděleních. Na oddělení nemocí plicních zase leží pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí, na neurologii lze potkat nemocného postiženého amyotrofickou laterální sklerózou. Polymorbidní geriatrické pacienty vidíme v léčebnách dlouhodobě nemocných a podobně. Nemůžeme být ale takto striktní a mít zařazeny pacienty podle diagnóz. V praxi je běžné, že například pacient s karcinomem hrtanu leží na oddělení otorhino-laryngologie. Tento vzorec můžeme uplatnit i na jiná onemocnění. [25]

V rámci nemocnic se můžeme setkat s apalickou jednotkou. Tyto jednotky jsou ale v České republice pouze dvě, a to ve Fakultní nemocnici Ostrava a Okresní nemocnici Strakonice. Ostatní takto postižení jedinci jsou hospitalizováni na interních odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v rehabilitačních ústavech. [46, 51]

### 1.2.3 AIDS centrum

Další skupinu terminálně nemocných tvoří pacienti s onemocněním AIDS. Tito mohou využívat služeb AIDS center, kterých je v současnosti u nás sedm a spadají pod infekční oddělení větších nemocnic (Fakultní nemocnice Na Bulovce, Fakultní nemocnice Plzeň,

Fakultní nemocnice Hradec Králové, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Nemocnice České Budějovice, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice Brno Bohunice). [44]

#### **1.2.4 Masarykův onkologický ústav**

Masarykův onkologický ústav je jediný svého druhu v České republice. Zabývá se prevencí, epidemiologií, diagnostikou a léčbou onkologických onemocnění. Zajišťuje také rehabilitaci. Masarykův onkologický ústav využívá moderní diagnostické a terapeutické metody. Součástí jsou také výzkumné týmy experimentální onkologie. [50]

### **1.3 Strach ze smrti v ontogenetickém vývoji**

Každý umíráme jen jednou, je to pro nás tedy premiéra a je přirozené, že umírající pociťuje úzkost či strach. Je nutné si uvědomit, že existují určité rozdíly ve vnímání umírání a přicházející smrti. Tyto rozdíly jsou dané vývojovým obdobím, ve kterém se jedinec nachází. Pro poskytování dobré ošetrovatelské péče je nezbytné znát specifika vnímání strachu těchto jednotlivých fází.

#### **1.3.1 Děti**

Péče o umírající děti je vždy velmi psychicky náročná, a to hlavně proto, že život, který se ještě nestačil plně rozvinout, už musí končit. Velmi stresující je fakt, že nevinné dítě, které za nic nemůže, musí zemřít. Děti přibližně do sedmi let chápou smrt jako reverzibilní stav (vliv pohádek) a vlastní umírání v nich vyvolává zejména separační strach, tedy strach z odloučení (od matky, od rodiny). Je proto velmi žádoucí, aby dítě umíralo přinejmenším v přítomnosti některého z rodičů. Děti starší sedmi let již považují smrt za definitivní stav a největší strach mají z bolesti. Ubezpečíme, že budeme stále s nimi, že dostanou léky, po kterých je nebude nic bolet a že ani po smrti nebude bolet cítit. Je vhodné přirovnat smrt ke spánku a připravit dítě na budoucí setkání s lidmi, které má rádo. [29, 53]

#### **1.3.2 Dospívající**

Stejně jako u dětí je umírání u dospívajících dosti psychicky vyčerpávající, neboť smrt přichází také velmi brzy. Dospívající se většinou smrti bojí, avšak v porovnání s dospělými není strach tak silný. Toto období je specifické tím, že dospívající jsou z části ještě děti a

z části už dospělí. Dospívající mají silnou potřebu kontaktu s vrstevníky, proto by jim měl ošetřující personál umožnit návštěvy. Pokud jsou mezi dospívajícími a rodiči neshody, snažíme se, aby došlo k usmíření. Toto má velký psychologický význam hlavně pro rodiče, kteří po smrti svého dítěte mohou trpět výčitkami. Také v tomto období se doporučuje, aby dospívající umírali v přítomnosti některého rodiče. [29, 53]

### 1.3.3 Dospělí

V naší společnosti bývá smrt u mladších a středně dospělých také považována za předčasnou. Strach ze smrti je zesilován strachem o nezaopatřené děti nebo strachem z nedokončené práce. Pocity strachu velmi závisí na premorbidní osobnosti. [29, 53]

### 1.3.4 Staří

Smrt ve stáří je přirozeným zakončením života. Mnohými lidmi bývá smrt vítána a očekávána, obzvláště nastupuje-li po období delšího utrpení. Strach ze smrti není ve stáří vyjádřen v takové míře jako u předešlých skupin, zejména je-li smrt vyvrcholením dobře prožitého života, ovšem i zde jsou individuální rozdíly.

## 1.4 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler–Ross

Sdělení závažné diagnózy je pro každého člověka značně psychicky náročné. K tomu, aby se jedinec dokázal s takto náročnou situací vyrovnat, musí využít určitých obranných mechanismů. Tyto mechanismy popsala americká psychiatrická švýcarského původu Elisabeth Kübler-Ross a rozdělila je do pěti fází. Fáze nastupují ihned po sdělení diagnózy a ne vždy jedinec projde všemi pěti fázemi. Mohou se vzájemně prolínat a nemusí docházet k jejich přesnému časovému dodržení.

### 1. fáze – negace, šok, popření

- tato fáze nastupuje jako reakce na sdělení prognosticky nepříznivé diagnózy a je důležité, aby byl pacient připraven na sdělení takové informace
- nemocný nechápe, co se to s ním děje, odmítá přijmout pravdu
- myslí si, že při vyšetřování jeho potíží došlo k chybám, k záměnám výsledků
- časté věty: Ne, já vám nevěřím. To není možné, určitě zaměnili výsledky. [4, 52]

**2. fáze – agrese, hněv, vzpoura**

- nemocný je plný zloby, negativních emocí
- zdravým závidí zdraví
- přemítá, co udělal zlého, že nyní musí tak trpět
- časté věty: Proč právě já?, Co jsem komu udělal? [4, 52]

**3. fáze – smlouvání, vyjednávání**

- umírající jedinec si realisticky uvědomuje svoji situaci
- přemýšlí nad událostmi, které by ještě rád zažil (například maturitu svého dítěte)
- smlouvá o čas (s Bohem, se životem)
- často obrací svoji pozornost k „zázračným“ lékům a léčitelům
- časté věty: Dobře, ať tedy zemřu, ale až dcera odmaturuje. Kéž bych ještě viděl rozkvétat stromy. [4, 52]

**4. fáze – deprese, zármutek**

- stav jedince se zhoršuje, a to po stránce fyzické i psychické
- dochází ke smutku z blížící se ztráty života, ze skutečnosti, že již nelze plánovat vzdálenější budoucnost
- nemocný se uzavírá do sebe [4, 52]

**5. fáze – smíření, souhlas, trpná odevzdanost**

- jedinec akceptuje situaci, ve které se nalézá
- snaží se zbytek života prožít co nejlépe a s lidmi, které má rád
- uděluje poslední rady budoucím pozůstalým [4, 52]

## 2 SMRT

### 2.1 Definice smrti

Smrt lidského jedince lze hodnotit z několika hledisek, a to z hlediska medicínského, filosofického, náboženského, sociálního a sociologického.

#### 2.1.1 Medicínské hledisko

Z medicínského hlediska se jedná o stav, kdy dochází k ireverzibilním změnám mozkové tkáně a následně k zániku jedince. Základní životní funkce selhávají, až postupně dochází k zástavě jejich funkce. [27]

#### 2.1.2 Filosofické hledisko

Díváme-li se na smrt z pohledu filosofie, dojdeme k různým závěrům. Materialismus<sup>1</sup> říká, že smrt je definitivním koncem lidského života, ale individuální eschatologie<sup>2</sup> připouští možné formy posmrtné existence a smrt pak chápe jako přechod od jedné formy života ke druhé, vyšší formě. [16]

#### 2.1.3 Duchovní hledisko

Z duchovního hlediska je smrt chápána jako setkání s Bohem, kterého lidé hledali ve svém náboženském vyznávání. Může se jednat o křesťanství ale i další náboženské směry. Křesťané, Židé a stoupenci islámu věří, že ve smrti uvidí každý člověk, ať už věřící či nevěřící, Boží tvář. Po tomto setkání spravedlivý Bůh rozhodne o věčném štěstí a věčném životě.

---

<sup>1</sup> Materialismus je „označení filosofického směru, který na rozdíl od idealismu považuje za základní princip veškeré skutečnosti látku, hmotu či jinak vesměs fyzikálně prokazatelné a objektivně existující entity.“ [16, s. 263]

<sup>2</sup> Eschatologie je „umělý termín křesťanské dogmatiky 17. stol., užitý Abrahamem Calovem (1612-1686) užitý při výkladu lutherovské ortodoxie k označení nauky o posledním a konečném v dějinném, časoprostorovém smyslu.“ [16, s. 109]



Bůh nevystupuje jako přísný soudce, ale jako světlo. Zde lze jasně vidět souvislost se světlem, které popisují lidé po prožití klinické smrti. Na klinickou smrt se můžeme dívat z hlediska medicínského a duchovního. [6, 39]

### **Medicínský pohled na klinickou smrt**

- „klinická smrt je charakterizována zástavou dechu a činnosti srdce“ [27, s. 435]
- při včasné a kvalitní resuscitaci však může dojít ke zvrácení výše popsaného stavu

### **Duchovní pohled na klinickou smrt**

- lidé po prožití klinické smrti uvádějí, že procházeli dlouhým tunelem, na jehož konci bylo silné světlo, které je přitahovalo
- pak uviděli sebe mimo své tělo a zdravotníky, kteří je oživovali
- mnohdy se opět ocitli ve světle, kde potkávali zemřelé příbuzné a přátele
- následovalo setkání se světelnou bytostí, která před nimi rozprostřela významné mezníky jejich života
- klinicky zemřelý se musí, ač většinou nerad, vrátit zpět, protože dosud ještě nepřišel jeho okamžik smrti [6]

V dřívějších dobách byly poznatky o klinické smrti velmi chudé. Zlom nastal v době zveřejnění díla výše uvedené významné vědkyně v oblasti thanatologie a psychiatricky E. K. Ross Hovory s umírajícími. Druhým významným průkopníkem v oblasti klinické smrti byl Raymond Moody. Jeho díla zaznamenala velký ohlas nejen v době jejich prvních vydání, ale značné oblibě se těší i dnes.

#### **2.1.4 Sociální hledisko**

Sociální smrt nastává tehdy, jestliže dojde k takovému poškození mozku, které má za následek jeho částečné odumření, ovšem oblasti mozku, jejichž funkcí je zajistit krevní oběh a dýchání, jsou zachovány. Naopak dochází k postižení až vymizení kognitivních funkcí. [27, s. 435]

Dalším výrazem pro označení sociální smrti je perzistentní vegetativní stav nebo coma vigile.

Literatura uvádí ještě jeden význam pro pojem sociální smrt. Psychologický slovník ji definuje jako situaci, kdy je člověk náhle sociálně zcela izolován, odvržen společností, přáteli i rodinou. [7, s. 546]

## 2.2 Thanatologie

Pojem thanatologie je složen z řeckých slov Thanatos (řecký bůh smrtelného spánku a smrti) a logos (věda, nauka). Thanatologie se zabývá smrtí a dalšími fenomény, které s ní souvisí. Označuje se jako obor interdisciplinární a zahrnuje poznatky zejména z filosofie, teologie, medicíny, psychologie a sociologie. [8]

Výuka thanatologie je obtížná a nikde se nevyučuje jako samostatný předmět. Budoucí lékaři, stejně jako sestry magistry a sestry bakalářky, se s ní seznamují zejména v rámci výuky etiky, psychologie, psychiatrie, patologie. V již zaniklém středoškolském oboru Všeobecná sestra se thanatologická témata objevovala v předmětech psychologie, občanská nauka, ošetrovatelství a patologie. V novém studijním oboru Zdravotnický asistent je thanatologie součástí volitelného předmětu etická výchova. „Relativním důvodem, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, je nejen obtížnost sevržit jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že pravděpodobně nikdo nechce být označen za thanatologa.“ [8, s.178]

Při výuce lékařů, sester magister, sester bakalářek a diplomovaných specialistů oboru všeobecná sestra, stejně jako zdravotnických asistentů, by měla zaznít alespoň základní témata thanatologie. Haškovcová uvádí například fenomén smrti (smrt jako danost, smrt jako nutná podmínka života, smrt z pohledu filosofie a teologie, a další), proces umírání (umírání dříve a dnes, umění zemřít, přístup k umírajícímu, modely umírání, a tak dále), dysthanázie, euthanázie, programy DNR<sup>1</sup>, respektive NR<sup>2</sup>, kvalita života, ritualizace smrti, problematika zármutku, přístup k pozůstalým. [8]

Výuka thanatologie jako součást etiky byla u budoucích lékařů ještě v nedávné minulosti zanedbaná. Mezi dvěma světovými válkami se lékařská etika vyučovala nesystematicky.

---

<sup>1</sup> do not resuscitate neboli neresuscitovat

<sup>2</sup> neresuscitovat

Jako samostatný obor vznikla až po 2. světové válce. Od roku 1952 ale došlo k náhradě výuky lékařské etiky marxismem-leninismem a k návratu výuky lékařské etiky do studijních programů lékařských fakult dochází až po roce 1990. [49]

Studenti potřebují mít nejen teoretické znalosti, ale potřebují také smrt respektovat. Ovšem v době příprav na budoucí povolání (zejména u mediků a vyššího a vysokoškolského studia sester), což je mezi 18-25 rokem, dochází k tak zvané negligaci neboli vytěsnění smrti, a to může mít negativní vliv na ochotu učit se nové, pro ně nezajímavé, látce. Je vhodné proto provádět praktická cvičení, která Haškovcová nazývá jako „techniky konfrontace se smrtí“. [8, s.181]

Vstupují-li sestry do zdravotnických zařízení nepřipraveny na setkání se smrtí, je vysoce žádoucí, aby alespoň ostatní personál mohl být svým postojem ke smrti a k zemřelému takto nepřipraveným sestrám oporou. [37]

Nelze se ale domnívat, že pouze studenti nejsou smířeni se smrtí nebo ji alespoň nerespektují, ale také mnozí lékaři a sestry. Výsledkem je pak vyhýbání se rozhovoru s umírajícím a z toho vyplývající psychická zátěž jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Můžeme říci, že najít správný přístup ke smrti, k umírání a k umírajícímu jedinci, je dosti obtížné a lze se domnívat, že to patří k vrcholným profesionálním dovednostem sestry. [30]

Více však než pro zdravotníky je smrt tabuizovaná u laické veřejnosti. Kdo jiný by ale měl veřejnosti smrt odtabuizovat, než právě zdravotníci, kteří jsou s ní v častém kontaktu?

## 2.3 Paliativní péče

### 2.3.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče podle WHO z roku 1990 uváděla, že se jedná o „komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá péči kurativní“. [28, s. 24]

Jednalo se zejména o umírající pacienty s onkologickou diagnózou.

Nová definice WHO z roku 2002 rozšiřuje pojetí paliativní péče, která tak již není poskytována jen onkologicky nemocným pacientům, ale všem pacientům s progresivní chronickou chorobou. „Nová definice paliativní péče WHO 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život“. [28, s. 25]

U nemocných, kteří mají život ohrožující onemocnění, musíme včas a účinně mírnit jejich utrpení. [28]

Neplatí již tedy, že „paliativní začíná tam, kde končí kurativní“, ale že „paliativní je v různé míře relevantní současně s kurativní, respektive kauzální a na příčinu orientovanou léčbou“. [28, s. 25]

### 2.3.2 Multidisciplinární tým

Jak bylo již výše uvedeno, je důležité mírnit utrpení pacientů. Příčiny utrpení jsou u každého jedince odlišné a dělíme je na fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní. Z toho vyplývá, že k zajištění dobré paliativní péče je nezbytně nutný multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů (onkologové, geriatři, algeziologové, chirurgové, internisté, neurologové, psychiatři a jiní), sester, pomocného ošetrovatelského personálu, rehabilitačních pracovníků, psychologů a duchovních. Do multidisciplinárního týmu patří také rodina nemocného, přátelé a nelze opomenout ani dobrovolníky. [25, 28]

Naše společnost přistupuje k psychologům velmi nedůvěřivě, neboť v mnohých stále ještě přetrvává názor, že kdo potřebuje psychologa, musí být nutně psychicky nemocný. Zkušenosti ukazují, že psycholog na oddělení není jen luxus nebo zbytečnost, jak se mnozí manažeři domnívají, ale nutnost. Psychologická péče by měla být kontinuální, nejen konziliární. Psycholog často bývá členem týmu větších onkologických center nebo onkologických ústavů. V menších nemocnicích a na menších onkologických odděleních bychom psychologa hledali marně, což je velká škoda. [34]

Z průzkumu, který proběhl ve Fakultní nemocnici Brno, vyplynulo, že 70 % sester by uvítalo na oddělení psychologa. Psycholog by se věnoval nejen terminálně nemocným, ale také pozůstalým a pomáhal by jim překonat obtíže v době prožívání zármutku. [35]

### 2.3.3 Dělení paliativní péče

Paliativní péči lze dělit na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče zahrnuje dobrou klinickou péči o nemocného s pokročilým onemocněním. Poskytují ji, nebo by alespoň měli poskytovat, lékaři všech oborů v rámci běžné klinické péče. [25]

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří mají odpovídající vzdělání a má několik forem. Jedná se o formu domácí paliativní péče (někdy také označenu jako mobilní hospic), lůžkový hospic, konziliární tým paliativní péče (v rámci zdravotnického zařízení) a jeho součástí je ambulance paliativní medicíny. [25]

Oddělení paliativní péče, stejně jako denní hospicový stacionář a specializovaná hospicová poradna, v České republice zatím neexistuje. [25, 36]

#### **2.3.4 Vzdělávání sester v oblasti paliativní péče**

Sestry mohou zvýšit svoji odbornou úroveň absolvováním některého kurzu nebo specializačního studia v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Jedná se hlavně o odborný kurz Péče o nemocné v terminálním stádiu života nebo o specializační vzdělávání podle zákona 96/2004 Sb. Ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním. [55]

Vzdělávání sester v paliativní péči by mělo být zaměřeno, kromě prostředků, jak mírnit utrpení, také na problematiku vytváření a udržování mezilidských vztahů. [23]

#### **2.3.5 Vzdělávání lékařů v oboru paliativní medicína**

V Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví lze absolvovat vzdělávací program Paliativní medicína a léčba bolesti. [48]

K tomu, aby lékař získal specializaci, musí být zařazen do oboru Paliativní péče a léčba bolesti, dále musí absolvovat vzdělávací program v některém ze specializačních oborů v délce minimálně 5 let (obor anesteziologie a resuscitace nebo neurologie a resuscitace nebo rehabilitační a fyzikální medicína nebo vnitřní lékařství nebo dětské lékařství nebo praktické lékařství nebo klinická onkologie nebo neurochirurgie nebo ortopedie), také musí mít minimálně 12 měsíců trvající povinnou praxi v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Taktéž se musí povinně účastnit vzdělávacích aktivit. [48]

## 2.4 Euthanázie

### 2.4.1 Vymezení pojmu

Slovo euthanázie je složeno ze dvou řeckých slov, a to slova eu – dobrý a Thanatos – řecký bůh smrtelného spánku a smrti a v překladu tedy znamená dobrou smrt. Ekvivalentem je krásná nebo lehká smrt, která končí dlouhý a spokojený pozemský život. Nyní však tento význam euthanázie ustupuje poněkud do pozadí a euthanázie se překládá jako smrt z milosti. [8, 28, 33, 47]

### 2.4.2 Formy euthanázie

- **aktivní** (metoda přeplněné stříkačky) – nemocný trpící nevléčitelnou nemocí a mající nesnesitelné bolesti opakovaně žádá o ukončení života lékaře, který jeho žádosti vyhoví
  - **nevyžádaná, chtěná** – je variantou euthanázie aktivní a pacient není schopen o ni žádat, ale předpokládá se, že by s ní souhlasil, pokud by mohl
  - **nevyžádaná, nechtěná** – pacient není schopen o ni žádat a předpokládá se, že by s ní vůbec nesouhlasil [8, 47]

V případě euthanázie nevyžádané chtěné i nevyžádané nechtěné nemůžeme validně dokázat, jestli si ji nemocný člověk skutečně přál, proto mluvíme o euthanázii **nedobrovolné**. [8, 28, 47]

- **pasivní** (metoda odkloněné stříkačky) – znamená přerušení nebo odepření léčby, která by pacienta příliš zatěžovala, ovšem neznamená ukončením péče o nemocného. Označuje se jako právo na přirozenou smrt a není bráněno vstupu smrti. [8, 47]
- **asistovaná sebevražda** (physician assisted suicide – PAS) – jedná se o další formu euthanázie. Pacient je nevléčitelně nemocný, má kruté bolesti, prognóza je nepříznivá a přeje si zemřít. Lékař nemocnému poskytne radu, prostředek nebo odbornou asistenci a pacient sám ukončí svůj život. [8, 25, 28]

- **sociální euthanázii** – znamená situaci, kdy nemocnému není z důvodu omezených ekonomických, zeměpisných a vzdělanostních zdrojů poskytnuta péče na špičkové úrovni. [8, 47]
- **prenatální euthanázii** – jedná se o pojem, který koreluje s umělým ukončením těhotenství z jiných než zdravotních důvodů. Tento pojem však bývá odborníky napadán, jelikož „nechtěné dítě není nemocné, o neblahé prognóze a nesnesitelných bolestech se nedá hovořit a o milosrdnou smrt nás nežádá, ani žádat nemůže. [8, s.122] Termín se užívá proto, aby po emotivní stránce zasáhl ženu uvažující o interrupci a od tohoto záměru ji odradil. [8, 47]

### 2.4.3 Zneužití a chvála euthanázii

Euthanázii má své příznivce i odpůrce. Příkladem zneužití nám může být Holandsko, kde je aktivní euthanázii beztrestná. Každý lékař po provedení aktivní euthanázii toto musí nahlásit a ihned je zahájeno trestní stíhání, které může být při splnění podmínek euthanázii zastaveno. [8]

Od roku 2001 je oznamovací povinnost zjednodušena a roste množství nedobrovolných, nechtěných forem euthanázii, ale také žádostí nezletilých mladistvých o euthanázii. [8]

Příznivci euthanázii chtějí lidem ukázat, jak může být aktivní euthanázii krásná a bezbolestná. K tomu jim pomáhají dokumentární filmy, které jim snadno umožní zasáhnout velké množství diváků. Snadno tak lidi přesvědčí, že není krásnější smrti než pomocí aktivní euthanázii. [8]

### 3 PSYCHOLOGIE PRÁCE

#### 3.1 Definice pojmů „psychologie práce“ a „práce“

„Psychologie práce je teoretická i aplikovaná věda, která se zabývá studiem psychologických zvláštností, podmínek a vztahů pracovní činnosti člověka v určitém pracovním prostředí.“ [14, s. 7]

„Práce je základní lidská činnost. Práci člověk pozměňuje své okolí (přírodu i společnost) i sebe sama, své duševno, svou osobnost, která zase zpětně ovlivňuje průběh pracovní činnosti.“ [14, s. 7]

V práci trávíme velkou část našeho života a nelze striktně odlišovat život pracovní a mimopracovní. To znamená, že míra psychické zátěže v zaměstnání ovlivňuje mimopracovní život a taktéž náš mimopracovní život ovlivňuje náš výkon v zaměstnání.

Důležitou skutečností, která souvisí s psychologií práce, je zátěž, která je na jedince kladena.

#### 3.2 Definice pojmu „stres“

S pojmem stres se dnes lidé často setkávají a také ho v hojně míře používají. Každý jedinec si ale pod tímto termínem představí trochu odlišný význam. Abychom mohli s pojmem stres dále pracovat, je důležité ho správně definovat. Jak docházelo v průběhu času k vývoji v oblasti stresu, měnilo se i jeho chápání. Dnes můžeme říci, že pojem stres má velmi široké použití. [26]

Obecně lze říci, že stres představuje silnou frustraci nebo určitou zátěž. „Zátěž můžeme definovat jako vyrovnávání se s požadavky kladenými na jedince, které vyplývají ze vztahu mezi náročností situace a možnostmi, kterými jedinec disponuje, aby byl s to tuto situaci zvládnout.“ [22, 11, s. 125]

##### 3.2.1 Koncepce stresu

###### Biologická koncepce

Tato koncepce vychází z biologických odpovědí organismu na stres. [11]



První, kdo se začal problematikou stresu zabývat, byl ruský fyziolog I. P. Pavlov. Tématem jeho zkoumání byly fyziologické změny u psů během konfliktních situací. Důsledky těchto situací označil jako „stržení vyšší nervové činnosti.“ [20, s. 166]

Taktéž W. Cannon studoval fyziologické změny ve zvířecím organismu, který je vystaven zátěžové situaci. Při svých pokusech došel k závěru, že při náročných situacích se nejen zvýší činnost sympatického nervového systému, ale dojde k mobilizaci organismu jako celku. Cannon je považován za průkopníka studia tak zvaného sympatoadrenálního systému při stresu. [20]

Stejně jako výše uvedení autoři i H. Selye, holandský endokrinolog, prováděl své experimenty na zvířatech. Při zátěžových situacích byla u pokusných zvířat sledována činnost endokrinního systému. Selye zjistil, že se objevuje stejný fyziologický nález, který je poměrně stálý a nepodléhá druhu zátěže. Tento nespecifický vzor odpovědi organismu na ohrožení nazval Selye GAS (General Adaptation Syndrom) neboli obecný adaptační syndrom a vyznačil v něm tři fáze, a to fázi poplachovou, fázi rezistence v rámci GAS a fázi vyčerpání v rámci GAS. [20]

První zmiňovaná fáze je zastoupena zejména u zvířat, pro člověka nemá význam. Druhá fáze je označována jako boj organismu se stresorem. Je-li stresor a organismus schopný boje na stejné úrovni, může boj probíhat déle a pak dochází k poškození organismu, takzvané nemoci adaptace. Patří sem dobře známá onemocnění, jako je vředová choroba gastroduodena, hypertenze a další nemoci. Selye také naznačoval vztah mezi fází rezistence v rámci GAS a oslabením imunitního systému. Ve fázi vyčerpání v rámci GAS dochází k podlehnutí organismu stresoru a objevují se známky deprese.[20]

Ovšem ne při každé stresové reakci dochází k poškození zdraví. Toto si Selye dobře uvědomoval a zkoumal, proč kvantitativně různí činitelé o stejné toxicitě nevyvolávají přesně týž syndrom a proč i stejný stupeň stresu, navozený stejným činitelem, může u různých jednotlivců vyvolávat různá poškození. [20]

**Psychologická koncepce** stresu vychází z toho, že stres může vyvolat i pouhé předvídání objevení stresoru. Pak mluvíme o takzvané anticipaci. Příkladem vztaženým na nemocniční prostředí je, že sestra podvědomě cítí strach z úmrtí pacienta. [11]

Dalším příkladem psychologické koncepce stresu je kompetence neboli přesvědčení, že daný jedinec dokáže zvládnout nároky, které jsou na něho kladené. V praxi se může jednat například o situaci, že se sestra domnívá, že psychicky zvládne péči o umírajícího pacienta. [11]

### 3.3 Zdroje zátěže

Mezi zdroje pracovní zátěže řadí Cooper šest faktorů, a to vlastní obsah a podmínky práce, organizační role, vzájemné vztahy lidí v organizaci, vývoj kariéry, organizační struktura a klima, vztah domov – práce. [11]

#### 3.3.1 Vlastní obsah a podmínky práce

Do této kategorie se řadí:

- faktory fyzikální, jako je například ionizační záření, hluk nebo toxické látky
  - tyto faktory mohou jedince nejen fyzicky poškozovat, ale také ho mohou poškozovat po emoční stránce
- faktory časové, zejména třísměnný provoz
  - na jedince negativně působí situace, kdy pracovní směny připadají na víkendy a volné dny na běžné pracovní dny
  - nepříznivě působí také noční směny, což má za následek narušení spánkového rytmu
- faktory psychické, kdy dochází k přetížení ve smyslu
  - kvalitativním (nadměrná náročnost práce)
  - kvantitativním (nadměrné množství práce) [11]

#### 3.3.2 Organizační role

Jedinec v organizaci může prožívat takzvaný konflikt rolí. Děje se tak tehdy, jestliže jsou na jedince kladeny protichůdné požadavky. [11]

Další rolí, kterou jedinec může v dané organizaci prožívat, je role nejednoznačnosti neboli ambiguity. Tato role nejednoznačnosti je dána „mírou přesnosti, s jakou je definován

předmět práce, mírou, s jakou se dá předpokládat, co jiní od pracovníka očekávají a jak přesně je určen rozsah odpovědnosti za určitý úkol.“ [11, s.137]

### 3.3.3 Vzájemné vztahy lidí v organizaci

Ztráta důvěry mezi lidmi je hlavní příčinou konfliktů nejen v osobním životě, ale také v zaměstnání. Při ztrátě důvěry dochází k narušené komunikaci a k horšímu řešení různých konfliktů. [11]

Dojde-li k tomu, že je na pracovišti pracující jedinec zesměšňován, šikanován nebo týrán, mluvíme o mobbingu. [11]

Při zvládání pracovního stresu bylo zjištěno, že pochází-li sociální opora zaměstnance z okruhu lidí daného pracovního prostředí, dochází k lepšímu vyrovnání se zátěží. [11]

### 3.3.4 Vývoj kariéry

Zdrojem zátěže může být jednak nemožnost kariérního růstu, ale také takzvaná předčasná kariéra. Dojde-li k předčasné kariéře u jedince, který není s to ztotožnit se s novou rolí, dochází k velkému psychickému zatížení daného jedince. [11]

### 3.3.5 Organizační struktura a klima

Dalším a dosti častým zdrojem pracovní zátěže je organizace daného podniku.

„Mezi zátěžové (faktory) patří především byrokratismus, chování vedoucího, faktory související s pracovní skupinou.“ [11, s. 139]

Protektivně naopak působí možnost podílet se na rozhodování, zejména jedná-li se o záležitosti, které se týkají konkrétního zaměstnance. Dalším ochranným činitelem je také skutečnost, že zaměstnanec vidí smysluplnost své práce nebo má pocit uspokojení z dobře udělané práce. [11]

### 3.3.6 Vztah domov – práce

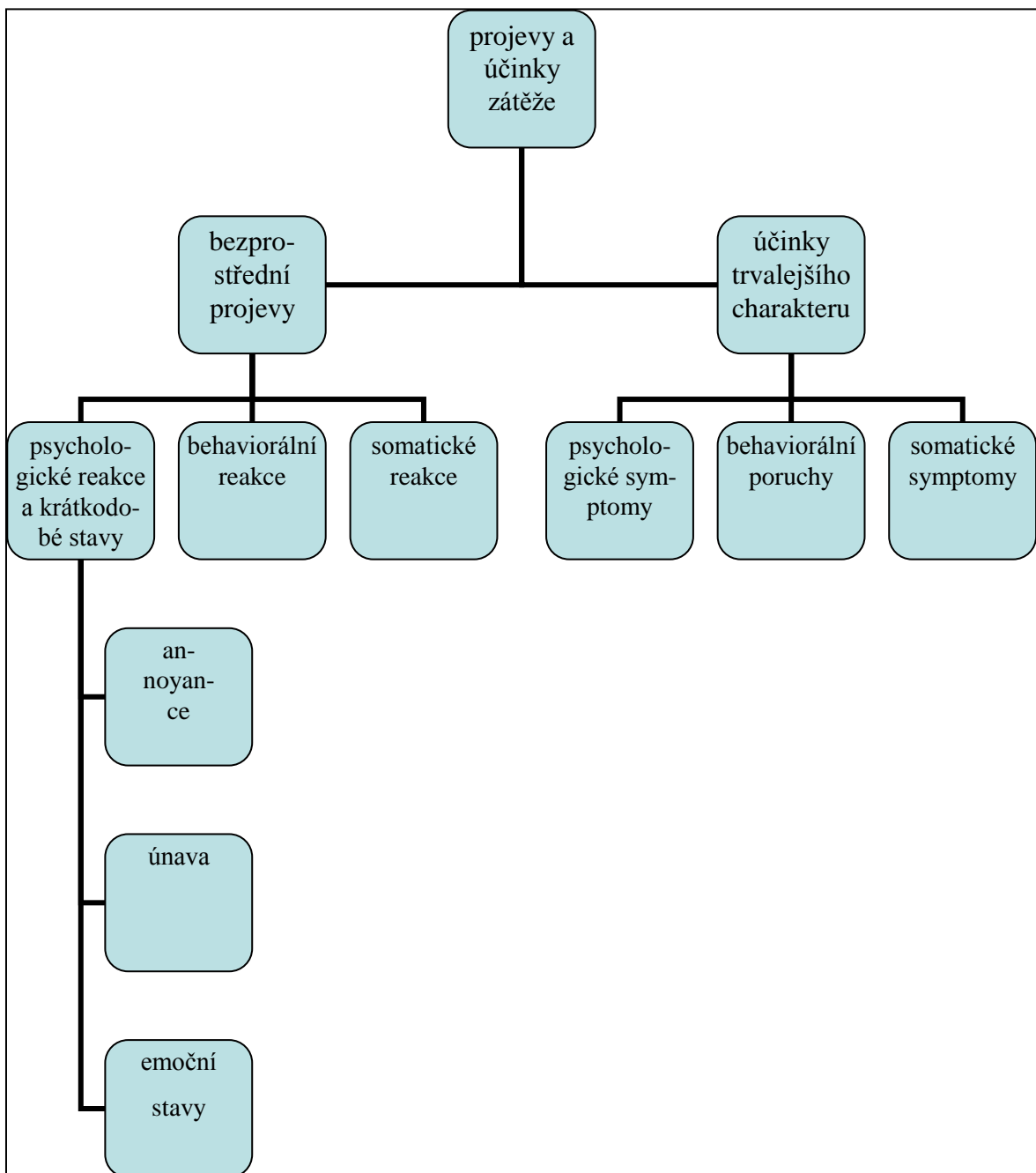
Život rodiny může být negativně ovlivněn zaměstnáním některého jejího člena. Může se jednat o časté přesčasy, vysoké pracovní zatížení, třisměnný provoz nebo o strach ze ztráty zaměstnání. [11]

### 3.4 Projevy stresu

Mezi pojmy „projevy“ a „účinky“ stresu existuje rozdíl, který se objevuje v souvislosti s délkou trvání odezvy stresu. [9]

Projevy stresu jsou hodnoceny jako bezprostřední reakce na zátěž a mají krátkodobý charakter. [9]

Účinky stresu představují vlivy výše uvedených situací a mají dlouhodobý charakter. [9]



Obr. 1. Dělení projevů a účinků stresu

### 3.4.1 Bezprostřední projevy

„Bezprostřední reakce vznikají jednak při percepci podmínek, událostí, situací, jednak jako krátkodobé následky či průvodní jevy při provádění pracovní činnosti.“ [9, s. 45]

Mezi tyto bezprostřední projevy řadíme psychologické reakce a krátkodobé stavy, behaviorální reakce a reakce somatické. [9]

#### Psychologické reakce a krátkodobé stavy

- annoyance znamená pocit diskomfortu, pocit obtěžování nebo stav určité rozlady a trvá tak dlouho, dokud je přítomen její vyvolávající činitel
- únava může být buď mentální, která se projeví pocíty unavenosti nebo zvýšeným množstvím chyb, nebo se může jednat o stavy podobné únavě projevující se sníženou bdělostí či mentálním přesycením
- emoční stavy [9]

#### Behaviorální reakce

Mezi nejčastější behaviorální reakce na stres patří

- výpadky pozornosti
- zvýšená chybovost
- pokles pracovního výkonu [9]

#### Somatické reakce

Somatické reakce se mohou projevit jednak subjektivně, jednak objektivně.

- **subjektivní somatické reakce** - objevují se zejména v oblasti dýchacího a oběhového systému, avšak může se jednat i o místní bolestivé stavy nebo tlakové pocíty v oblasti pohybového aparátu, dále difúzní bolesti hlavy nebo tlak či bolest v oblasti okohybného aparátu

- **objektivní somatické reakce** – dochází k nim především v oblasti kardiovaskulárního, respiračního, imunitního a endokrinního systému, ale k určitým změnám dochází i v oblasti metabolismu
  - při emoční zátěži dochází ke zvýšení hladiny glukózy
  - při akutním stresu se zvyšuje počet leukocytů i trombocytů
  - při svalové námaze dochází k vzestupu leukocytů [9]

### 3.4.2 Účinky trvalejšího charakteru

Účinky trvalejšího charakteru se objevují jako důsledek chronických stresových stavů. Ke zhoršování těchto účinků dochází tak dlouho, dokud trvá stresový podnět. [9]

#### **Psychologické symptomy**

Mezi psychologické symptomy stresu patří zejména pracovní nespokojenost. Zatímco pracovní nespokojenost patří mezi mírnější příznaky psychologické symptomatologie, syndrom vyhoření řadíme mezi závažné příznaky. Syndrom vyhoření se vyskytuje hlavně u osob, kteří mají v popisu práce službu druhým, například lékaři, sestry, policisté, učitelé a tak dále. [9]

#### **Behaviorální poruchy**

Mezi poruchy chování se řadí kouření, alkoholismus, poruchy stravovacích zvyklostí, pracovní výkonnost a fluktuaci. [9]

S určitostí nelze říci, že kouření souvisí s pracovním stresem. Některé výzkumy totiž tento vztah potvrdily, jiné studie tento vztah nenalezly. [9]

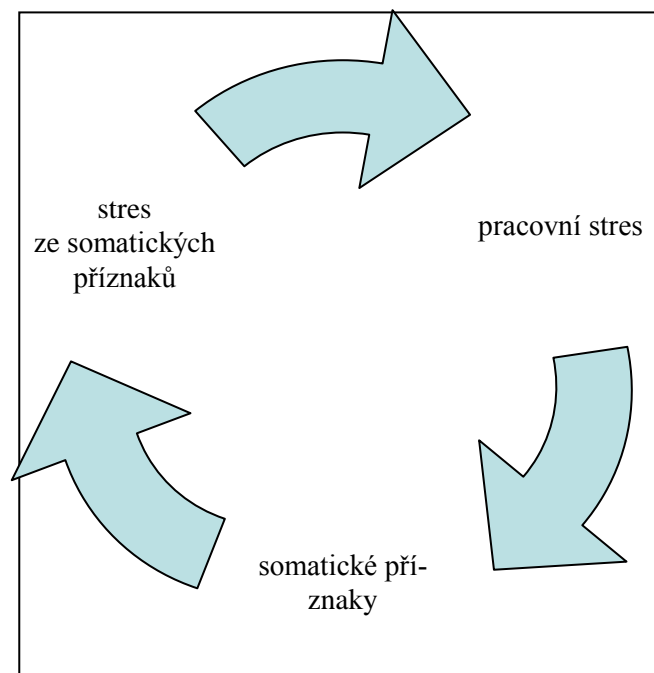
Taktéž u alkoholismu nemáme přesné informace o tom, zda mezi ním a pracovní zátěží existuje vztah. Příčinou je skutečnost, že informace týkající se alkoholu a alkoholismu se těžko získávají, neboť se jedná o velmi osobní a důvěrné záležitosti. [9]

Mezi poruchy stravovacích zvyklostí patří především přejídání, které se mnohdy vyskytuje v období intenzivního stresu. [9]

Zatím jen velmi málo studií bylo věnováno problematice pracovního výkonu a stresu a fluktuace a stresu, proto se k tomto bodu nelze objektivně vyjádřit. [9]

### Somatické symptomy

Somatické symptomy mohou samy o sobě vyvolávat stres. Tím dochází k uzavřenému kruhu.



Obr. 2. Uzavřený kruh stres-somatika-stres

Mezi somatické příznaky patří:

- potíže pohybového aparátu, svalové bolesti, napětí a tlak
- příznaky vycházející z gastrointestinálního traktu, jako je například nevolnost, zvracení, pyróza
- srdeční příznaky, například palpitace, arytmie, bolesti na hrudníku
- dýchací potíže jako je dušnost, hyperventilace
- příznaky vycházející z centrálního nervového systému, například poruchy spánku, bolesti hlavy, slabost
- sexuální příznaky, například frigidita či impotence [9]

## 4 PROFESE SESTRY

Povolání sestry se řadí mezi povolání pomáhající. Kromě sesterského povolání se mezi pomáhající povolání řadí také například lékaři, sociální pracovníci, psychologové či pedagogové.

Důležitou součástí pomáhajících povolání je lidský vztah. Lidský vztah v profesi sestry obnáší mimo jiné zájem o člověka, který potřebuje naši pomoc, který je mnohdy na nás plně odkázán a který potřebuje vědět, že jsme zde pro něho a že nás jeho přítomnost neobtěžuje. [17]

Sestra ve svém osobním i pracovním životě přichází do kontaktu s lidmi a měla by se s nimi naučit vycházet. Sestra by si měla ve vztahu a v jednání ke druhým uvědomit dva základní pojmy, a to pojem devalvace a evalvace. [18]

Jedná-li sestra devalvujícím způsobem, pak snižuje hodnotu pacienta. Devalvace má mnoho forem, například nadřazené a povýšené jednání, pomlouvání, záměrné neposkytnutí pomoci nebo nenaslouchání sdělení druhých, a další. [18]

Naopak jedná-li sestra evalvujícím způsobem, dává tím pacientům najevo, že si jich váží a podporuje jeho sebevědomí. Sestra jedná evalvujícím způsobem, když projevuje nemocnému důvěru, vyslechne pacienta, věnuje nemocnému pozornost, je oporou druhým, a další. [18]

### 4.1 Neangažovaný a angažovaný pracovník

Bylo by chybou se domnívat, že, budeme-li mluvit o povolání sestry, jsou všichni zástupci sesterské profese schopni či ochotni si vztah k pacientovi vytvořit.

#### 4.1.1 Neangažovaná sestra

Některé sestry provedou výkony a činnosti, které jim ukládá zákon a jsou spokojené. Infúze jsou podány, injekce aplikovány, rány převázány. V zákoně vymezujícím činnosti sester však nikde není zmínka o vztahu k pacientovi.

Mnozí pacienti by mohli vyprávět historky o tom, jak si připadali méněcenní při kontaktu se sestrou, jak byla mnohdy snižována jejich lidská důstojnost a jaký měli pocit, když jim sestra dala najevo, že ji obtěžují.



Neangažovaná sestra často v komunikaci s nemocným úplně zapomíná na základní pravidla slušného chování. Nevhodným způsobem komunikuje s nemocným, který má nemocí pozměněnou psychiku, který mnohdy balancuje na hranici života či smrti a který často bez pomoci sestry není schopen ani uspokojit své základní tělesné potřeby. [17]

#### **4.1.2 Angažovaná sestra**

Angažovaný pracovník vidí smysl své práce a zabývá se hlubšími lidskými problémy. Angažovaná sestra se dokáže tak nadchnout pro své povolání a chce dát nemocným ze sebe co nejvíc, že jí pak až hrozí syndrom vyhoření. [17]

Angažovaným sestřám hrozí ale dvě rizika. Buď ten, že ve svém pomáhání a dobré vůli prospět nemocnému dojde k nadbytečné kontrole nad pacientem nebo ten, že se sestra plně pro nemocné obětuje. [17]

## **4.2 Angažovaná sestra a paradoxy profesionálního pomáhání**

Karel Kopřiva, psychoterapeut a psycholog, definuje tři paradoxy profesionálního pomáhání. [17]

První paradox se týká úkolu pochopit každého nemocného. Druhý paradox se týká lásky k bližnímu ve službách potřeby úspěchu a třetí se zabývá láskou k bližnímu jako zboží. [17]

### **4.2.1 První paradox – pochopení pro každého**

Každá sestra by měla mít svého nemocného ráda, a to nejenom toho, který je jí sympatický, ale „každého“. Toto je často velmi obtížné a z praxe lze doložit mnoho případů, kdy je přijetí nemocného snadné a kdy naopak náročné. [17]

Často se i nevědomky stává, že sestra raději pečuje a lépe se chová k těm nemocným, kteří jsou na stejné nebo vyšší sociální úrovni jako ona. Toto se vysvětluje tím, že se s pacientem na úrovni sobě samé lépe domluví. Dalším důvodem může být fakt, že sestra potřebuje vidět určité výsledky své práce a potřebuje být oceněna, a to se jí často dostane u pacientů s minimálně stejnou úrovní, jako je ona sama. Příčinou může být také možnost skrze pomáhání potkat nějakého zajímavého nebo přitažlivého člověka. Posledním důvodem se může stát skutečnost, že každá sestra má své vzpomínky a negativní zkušenosti,

keré si přenáší do své práce. Pokud tedy otec pečující sestry byl alkoholik, je možné, že vytvoření vztahu k alkoholikům bude pro sestru problémem. [17]

Sestry někdy mohou vytěšňovat pocit, že neposkytují stejnou péči všem společenským třídám. Společenská nerovnost neexistuje ale jen v žití, ale také v umírání. Například David Sudnow (1967) prokázal, že resuscitaci nemocných pocházejících z vyšších společenských vrstev je věnováno více úsilí. Znamená to, že bezdomovci, prostitutky, lidé závislí na nějaké droze, chudí nebo staří, mají menší šanci na přežití v případě nutné resuscitace. [2]

Každá sestra má své osobní preference a oblasti zájmu. Podle těchto by si pokud možno měla volit druh zdravotnického zařízení nebo oddělení. Je tedy jasné, že sestra orientovaná na prospěch společnosti bude spokojenější například na chirurgii, kde se pacient po hospitalizaci většinou vrací zpět do zaměstnání. Taková sestra by asi s obtížemi hledala vztah například k umírajícímu. Sestra zaměřená na duchovní hodnoty a hledání smyslu života najde své uplatnění při péči s terminálně nemocnými.

#### **4.2.2 Druhý paradox – láska k bližnímu ve službách potřeby lásky**

Sestra potřebuje vidět výsledky své práce. Potřebuje zpětnou vazbu, že to, co dělá, je užitečné. Sestra chce být odbornicí ve svém oboru a chce a potřebuje vědět, že nejen ona si sebe a své práce váží, ale také že ji tak vidí pacienti a její známí a přátelé. [17]

Někdy se u sester vyskytují profesionální pochybnosti a právě tady potřebuje pacienta, který by ji pochválil. Sestra teď použije nemocného jako nástroj k uspokojení potřeby být uznávána, ceněna a vztah mezi ní a pacientem se změní. [17]

#### **4.2.3 Třetí paradox – láska k bližnímu jako zboží**

V minulosti mnoho církevních řádů poskytovalo službu nemocným z milosrdenství, nic za ni nežádalo. Pak ale došlo k tomu, že se o péči o nemocné začali zajímat i civilní občané a za službu nemocným požadují nějaký zisk. [17]

Můžeme říci, že samo povolání sestry by jim mělo přinášet zisk. Nejedná se zde jen o zisk materiální, ale především o prospěch duchovní a duševní. Mnohé sestry uvádějí, že je jejich práce naplňuje, že si více váží života a zdraví a že pokračují ve svém osobním růstu skrze příběhy lidí, o které se starají. [17]

Podíváme-li se na problém z druhé strany, vidíme, že i sestry potřebují z něčeho žít, potřebují plat. A zde narážejí na předsudky nezdravotníků, kteří tvrdí, že sesterská profese není povolání, ale poslání. Už si ale neuvědomují, že každý člověk je individuum a každý nepotřebuje stejné množství peněz. Někdo je více orientovaný materiálně a jeho sesterský plat se mu zdá nízký a neustálé myšlenky týkající se peněz ho odvádějí o pacientů, jinému stačí méně, a i přesto odvádí kvalitní práci. [17]

Domnívám se, že situace v oblasti sesterských platů se zlepšila a je to jen dobře. Otázkou zůstává, zda lepší finanční situace povede sestry k lepší péči o nemocné.

Problematika financování zdravotnictví a s tím související platy sester je velmi složitá a lze říci, že i komplikovaná a paradoxní.

### 4.3 Hranice mezi sestrou a nemocným

Můžeme říci, že každý fungující celek musí mít svou hranici. Nejedná se zde jen o hranice například států, ale také každá, i ta nejmenší součást života, musí mít své ohraničení od okolí, protože jinak by nebyla životaschopná. [17]

Existují také hranice psychické, které nás chrání proti okolnímu světu. Člověk se nemůže zaobírat prospěchem těch druhých a na sebe nemyslet. Pokud nemá člověk hranice nebo je má špatně vytvořené, prožívá vnitřní konflikt, jehož důsledky mohou být krátkodobého i dlouhodobého charakteru. Každý jedinec se musí starat nejprve sám o sebe, aby pak mohl pečovat o ostatní. Stejný vzorec můžeme použít i pro sesterskou činnost a pro vztah mezi ní a nemocným. [17, 31]

„Hlavním problémem při pomáhání je splývání, kdy pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní.“ [17, s. 78] Splývání je v podstatě založeno na soucitu. Je nutné si uvědomit, jaký je rozdíl mezi soucitem a empatií. Na první pohled může někdo říci, že se jedná o synonyma, ale skutečnost je poněkud odlišná. [17]

Dovolí-li sestra soucitu, aby ji ovládl, snadno ztratí hranici mezi sebou a pacientem. Plně se vžije do stavu nemocného a není schopna mu účelně pomoci.

Je-li sestra empatická, vcítí se sice do pocitů pacienta, ale nenechá se jimi unést. Zachová si své hranice a zůstane sama sebou. [17]

## 4.4 Profesiogram

Profesiografie je metoda, která slouží k získávání informací o jednotlivých profesích a stanovuje požadavky, které tyto profese vyžadují na lidech. [15]

Profesiogram je výsledek profesiografie. Jedná se vlastně o už provedený rozbor jednotlivé profese. [15]

Profesiogram se skládá z rozboru a popisu samotné profese (popisuje například činnosti a povinnosti zaměstnance) a ze stanovení požadavků, které daná profese klade na zaměstnance. [15]

Chceme-li předpovědět, jestli daný uchazeč bude v tom či onom povolání úspěšný, můžeme srovnat jeho psychické vlastnosti s profilem zaměstnání, o které se uchází. [14]

Psychologické profesiogramy týkající se sesterské profese byly u nás vypracovány v 70. letech 20. století a bylo zjištěno, že mezi základní psychické předpoklady pro povolání sestry patří předpoklady:

- senzomotorické (například šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání) [5, s. 80]
- estetické (smysl pro líbivou úpravu svého zevnějšku nebo pracovního prostředí)
- intelektové (zahrnují myšlenkové procesy a operace, které umožňují sestře osvojit si velké množství odborných pojmů nebo schopnosti správně se v krizové situaci rozhodnout)
- sociální (patří zde kladný vztah k lidem, dobrá schopnost komunikace, empatie, schopnost adaptivního chování)
- autoregulační (přizpůsobivost, odolnost vůči tělesnému i duševnímu stresu) [5]

V roce 1938 sestavila Americká národní liga pro vzdělávání sester soubor vlastností, které by sestra měla mít. Jedná se o velký výčet vlastností a je vysoce pravděpodobné, že žádná ze sester nemá všechny tyto níže uvedené vlastnosti. [5]

Sestra by tedy měla být „citově zralá, čilá, důkladná, kritická a kritiku přijímající, loajální, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá a zdvořilá.“ [5, s. 84]

Mezi další vlastnosti sestry by měla patřit schopnost dobrého úsudku či schopnost dobře provádět různé ošetrovatelské úkony, schopnost dobré spolupráce a plánování práce. [5]

Sestra by také měla mít schopnost sebekontroly, měla by mít respekt k autoritám a navíc by měla mít široký kulturní a společenský rozptyl. Ve výčtu nelze opomenout ani smysl pro krásu a humor a také spokojenost v manželském životě. [5]

## 4.5 Typ temperamentu

David Keirseý vytvořil teorii temperamentu, při které využil prvky Hippokratovy, Galenovy a Kretschmerovy teorie.

### Umělecký temperament

- má rád zábavu, optimista, realista
- často je vznětlivý, vytváří senzace, má rád svobodu
- povolání: skladatel, živnostník, umělec [21]

### Opatrovnický temperament

- spolehlivý, prospěšný, pracovitý
- skromný, soustředěný na tradice
- povolání: inspektor, dodavatel, dozorce [21]

### Racionální temperament

- samostatný, zaměřený na systémovou analýzu a řešení problémů
- je vynalézavý, nezávislý, touží po výkonu
- snaží se pochopit fungování světa
- povolání: architekt, vynálezce, duchovní vůdce [21]

### Idealistický temperament

- je nadšený, touží po romantice, je láskyplný, dobrosrdečný, důvěryhodný
- má snahu dávat, věřit, je zaměřen na lidský potenciál
- povolání: léčitelé, učitelé, poradci [21]

## 5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je dnes známý nejen u lidí, kteří ve své profesi přicházejí denně do styku s lidmi, ale stále častěji také u laické veřejnosti.

Poprvé syndrom vyhoření popsal v literatuře v roce 1974 H. Freudenberger a největší zájem o tuto problematiku je zaznamenán na přelomu 70. a 80. let. [12]

Syndrom vyhoření neboli syndrom burnout patří mezi nejčastější příčinu fluktuace sester a negativně ovlivňuje spokojenost v zaměstnání i v osobním životě. [32]

Můžeme si představit člověka zapáleného pro nějakou věc nebo nápad. Takový člověk je plný elánu, aktivity. Postihne-li takového jedince syndrom vyhoření, jeho elán pomalu vyhasíná, až vyhasne úplně a nemá co hořet. [12]

### 5.1 Definice syndromu vyhoření

Vlivem intenzivních, zejména zahraničních výzkumů, se stále mění a rozšiřuje pojetí syndromu burnout.

Obecně bychom pak mohli říci, že se jedná o psychický stav a prožitek vyčerpání a vyskytuje se hlavně u profesí, jejichž velká část pracovní doby spočívá v práci s lidmi. Dochází u nich k nerovnováze na straně dát a brát. Příznaky, kterými se tento syndrom projevuje, pochází hlavně z oblasti psychické, méně pak z oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu vyhoření je nejen emoční exhausce, ale také pocit „opotřebení“ a celková únava vycházející z chronického stresu. [12, 32]

### 5.2 Profese s vysokým rizikem vzniku syndromu vyhoření

Jak bylo již výše uvedeno, postihuje syndrom vyhoření zejména osoby, které jsou v zaměstnání v častém kontaktu s větším množstvím lidí. Konkrétně se jedná o:

- lékaře (z nich nejvíce onkologové, psychiatři, lékaři z jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních oddělení a další)
- sestry a další nelékařské profese ve zdravotnictví (nižší zdravotnický personál, radiologické asistenty, laboranty a další)
- psychology a psychoterapeuty

- sociální pracovníky
- pedagogy
- strážníky, policisty, kriminalisty
- dispečery
- právníky
- pracovníky ve věznicích (zejména dozorci)
- úředníky
- pracovníky pošt (z nich nejvíce poštovní doručovatele a pracovníky za přepážkou)
- politiky, manažery a profesionální funkcionáře
- poradce
- duchovní a řádové sestry a bratry [12]

Syndrom vyhoření se ale nevyskytuje jen u konkrétních profesí, i když zde je výskyt nejvyšší, ale bývá popisován také u lidí nezaměstnaných. [12]

### **5.3 Projevy syndromu vyhoření**

Projevy syndromu vyhoření vycházejí ze tří oblastí, a to oblasti fyzické, psychické a sociální. [12, 32]

#### **Oblast fyzická**

- chronická únava a celková slabost
- bolesti hlavy a bolesti svalů
- pocity celkového napětí
- poruchy spánku
- zažívací potíže a potíže vycházející ze systému dýchacího a oběhového
- nechutenství nebo naopak neurotická bulimie [12, 32]

### **Oblast psychická**

- negativní postoj k sobě samému, ke své práci, ke světu
- nedostatek lidskosti
- nedostatek empatie
- nízká úroveň sebeúcty
- poruchy pozornosti
- zvýšená citlivost a podrážděnost
- pocity psychického vyčerpání
- snížená spontaneita, kreativita, iniciativa
- pocity smutku, frustrace, beznaděje
- pocity, že nic nemá smysl
- cynismus, negativismus až hostilita k osobám, které jsou součástí profese
- pokles až nezájem o profesi
- rutinní postupy v zaměstnání [12, 32]

### **Oblast sociální**

- omezování kontaktu s pacienty a spolupracovníky
- nechut' až odpor k profesi
- narůstání konfliktů (jedná se o následek lhostejnosti k okolí) [12, 32]

## **5.4 Fáze syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření můžeme hodnotit jednak jako stav, který vzniká v důsledku celé řady okolností, jednak jako postupně se vyvíjející proces.

Mnoho autorů se snažilo a snaží popsat jednotlivé fáze syndromu vyhoření. Jedná se o velké množství prací a koncepcí, z nichž každá uvádí jiný počet fází. Například R. Schwab



popisuje pouze tři fáze vyhoření, kdežto R. Golombiewski, R. Munzenrider a J. Stevenson popisují dokonce osm fází vyhoření.

Obecně můžeme rozlišit fáze syndromu vyhoření na:

#### **1. fáze:**

Sestra nastupuje do zaměstnání plná ideálů, těší se, jak bude nemocným pomáhat, vidí smysl své práce, pro pacienty by se obětovala. Postupně však začíná vidět, že její plány nejsou plně realizovatelné.

#### **2. fáze:**

Problémy v práci, které jí dříve nevadily, jí najednou začínají vadit. Objevují se pocity frustrace, zklamání. Pacienti i spolupracovníci ji začínají obtěžovat.

#### **3. fáze:**

Sestra je apatická, plně se začíná projevovat hostilita nejen vůči pacientům, ale také ke všemu, co souvisí se zaměstnáním.

#### **4. fáze:**

V této fázi dochází k úplnému vyčerpání, vyhoření. Sestra je cynická a její chování je plně dehumanizované. [12]

### **5.5 Diagnostika syndromu vyhoření**

Diagnostika syndromu vyhoření se opírá jednak o objektivní příznaky, jednak o subjektivní příznaky, které postižená sestra udává.

Určit, zda sestra trpí syndromem vyhoření, nám kromě uvedených objektivních a subjektivních příznaků mohou také speciální psychologické metody. Nejznámější metodou je asi dotazník Christiny Maslach, který se nazývá Maslach Burnout Inventory. [38]

### **5.6 Léčba syndromu vyhoření**

Při řešení léčby syndromu vyhoření je dobré si uvědomit, že jedinec není schopen si sám pomoci.

Postižená sestra by se měla snažit svoji situaci probrat s kolegyněmi nebo svými nadřízenými. Je vhodné více odpočívat. Sestra by se neměla bát využít pomoci psychologa. Mnohdy pomůže změna pracoviště, případně změna zaměstnání. [3]

## 5.7 Prevence syndromu vyhoření

Prevenci syndromu vyhoření můžeme provádět jednak na úrovni jednotlivce, jednak na úrovni organizace.

### Prevence na úrovni jednotlivce

- péče o duševní i fyzické zdraví
- dobré mezilidské vztahy
- síť sociální opory mimo spolupracovníky (připomínají zaměstnání a pracovní problémy)
- celoživotní vzdělávání (zvyšování kvalifikace, studium cizích jazyků, rozvoj dalších dovedností) [3]

### Prevence na úrovni organizace

- vyjadřovat podřízeným uznání, ocenění
- snažit se o týmovou spolupráci (pravidelné schůzky)
- podporovat vzdělávání
- nebránit se přijímání nových zaměstnanců (nové nápady, nové pohledy)
- podávat zaměstnancům přiměřené množství informací [3]

## 6 DUŠEVNÍ HYGIENA SESTRY

Jak bylo již několikrát uvedeno, k tomu, aby sestra dobře vykonávala své povolání, je nezbytné dobré nejen tělesné, ale i duševní zdraví. Nemůžeme samozřejmě oddělit tělesné zdraví od duševního, neboť obě složky spolu souvisejí. Strádá-li duše, strádá také tělo a naopak.

### 6.1 Způsoby k udržení dobrého duševního zdraví

#### **Pustit k sobě světlo**

Bylo prokázáno, že přírodní světlo ovlivňuje hladiny melanoninu. Tento hormon má vliv na spánek, náladu i reprodukční cyklus. Má-li člověk tohoto hormonu málo, může to vést k depresi. Sestra by se proto měla snažit o častý pobyt v přírodě. V zaměstnání by se měla snažit pustit světlo do místnosti a zatahovat rolety jen v nutných případech. [13]

#### **Řešit problémy**

Problémy by se měly řešit a ne odsouvat do pozadí. Dochází pak k tomu, že z malého problému se stane problém obrovský, na jehož řešení je potom nutné vynaložit mnohem více sil.

K řešení problému pak sestře mohou pomoci známé ošetřovatelské diagnózy.

Je třeba stanovit problém, příčinu, projevy. Poté stanovit cíl a způsob, jakým se k vytyčenému cíli dostat. V poslední fázi je nutno provést vyhodnocení.

#### **Po příchodu z práce si stanovit 30 minut odpočinku**

Je vhodné domluvit se s rodinou, že po příchodu ze zaměstnání bude mít sestra 30 minut odpočinku a nikdo ji nebude obtěžovat svými problémy. V tuto dobu je vhodné se osprchovat, smýt ze sebe veškerou únavu, posadit se do křesla nebo si lehnout a pustit si příjemnou hudbu.

### **Vést „pokladnici uznání“**

Pokladnici uznání si můžeme představit jako deník, do kterého si sestra zaznamenává všechny úspěchy a věci, které jí udělaly radost. V období smutku se k nim může vracet. [18]

### **„Světít neděli“**

Už naši předci věděli, že člověk potřebuje jeden den v týdnu na zotavení. Péče o nemocné většinou vyžaduje dvousměnný nebo třísměnný provoz a sestra je mnohdy o nedělích v práci, proto jí může činit potíže v neděli odpočívat. V tom případě je vhodné stanovit si některý jiný volný den v týdnu jako náhradu za neděli. [18]

### **Radovat se z maličností**

Sestra se může, a také by se měla, radovat z každého daru života. Když se člověk podívá kolem sebe, může se radovat třeba z toho, že svítí sluníčko nebo i z toho, že prší a on má deštník. Další důvody radosti lze hledat v dobré a funkční rodině. Každý je individuum a každá má také jiný důvod k radosti. Jisté však je, že mnohdy se stačí dívat na svět s otevřenými očima a důvod se vždycky najde.

### **Relaxovat**

Existuje celá řada relaxačních technik a každý si může vybrat podle toho, jak mu ta či ona technika vyhovuje.

Nejznámější relaxační metody jsou aromaterapie, muzikoterapie, autogenní trénink, Gutmannova relaxace vsedě, progresivní relaxace dle E. Jacobsonova. [3, 13]

### **Využívat masáže a akupresury**

Cílem masáží je uvolnit svalové napětí a odstranit únavu. Akupresura posiluje vnitřní orgány. [13]

### **Zrekapitulovat den, modlitba**

Každý večer před spaním, je-li to možné, je vhodné provést zrekapitulování uplynulého dne, věřící se mohou pomodlit. Jedinec by si měl uvědomit, co se mu ten den povedlo, čím udělal druhým radost, čím udělali druzí radost jemu a z jakých věcí by mohl radovat. Také by si měl uvědomit, co neudělal správně a jak by měl příště jednat jinak, aby se chyby už neopakovaly.

### **Dostatek spánku**

Ve spánku se obnovují naše duševní síly, proto by se měla dbát na dostatek spánku. Při nespavosti se snažit vyvarovat užívání léků na spaní a místo nich využít některou z alternativních forem, například čaj z heřmánku a meduňky, vyvětrání ložnice nebo pustit CD s vhodnou hudbou. [5]

### **Využití barev**

Všechno, co člověka obklopuje, má barvu. Každá barva na člověka nějak působí. Modrá barva uklidňuje, působí studeným dojmem. Zelená představuje rovnováhu, vyrovnanost. Červená hřeje, stimuluje. Žlutá hřeje, vytváří pocity tepla, rozradostňuje. Bílá asociuje čistotu a duchovno. [13]

### **Supervize – Bálintonská skupina**

Supervize znamená dohled, kontrolu nebo také řízení. [17]

Bálintonská skupina je metoda supervize, kterou v 50. letech vytvořil psychoanalytik M. Bálint. [17]

Skupina příslušníků určité profese se seje pod vedením odborníka. Na sezení některý z účastníků přednese problém, který v něm vyvolal vnitřní konflikt a ostatní účastníci se ho spolu s vedoucím skupiny snaží řešit. [17]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU

V přípravné fázi výzkumu jsem zvolila výzkumné téma a stanovila cíle a hypotézy výzkumu.

### 7.1 Výzkumné téma

Výzkumné téma jsem zkoumala z hlediska podstaty a zjistila jsem, že téma je aktuální a jeho zkoumání má smysl. Dále jsem téma zkoumala z hlediska metodologického, kdy jsem určila, že téma lze zkoumat dotazníkovou technikou. Z hlediska praktického jsem zjistila, že sice výzkum bude finančně náročný, ale realizovatelný.

### 7.2 Dosavadní stav poznání

Téma práce se v literatuře příliš nevyskytovalo. Literatura byla spíše zaměřena na obecnou problematiku zátěže sester, na jejich připravenost na povolání. Taktéž v problematice terminálně nemocných jsem zjistila, že literatura je orientována více než na psychiku sester na psychiku terminálně nemocných.

### 7.3 Cíle a hypotézy výzkumu

#### Cíle:

1. zjistit, zda jsou absolventi oboru ošetrovatelství připraveni na péči o terminálně nemocné
2. zjistit, které faktory jsou při péči o terminálně nemocné pro sestry nejvíce zatěžující
3. zjistit, jak pozitivně ovlivňuje péče o terminálně nemocné psychiku sester
4. zjistit, kolik procent sester je ohroženo syndromem vyhoření
5. vytvořit doporučení pro sestry pečující o terminálně nemocné

#### hypotézy:

1. Předpokládám, že absolventi oboru ošetrovatelství na středních, vyšších i vysokých školách nejsou na práci s terminálně nemocnými připraveni.

2. Domnívám se, že nejvíce zatěžující faktory při práci s terminálně nemocnými je smutná prognóza jejich onemocnění anebo častá konfrontace se smrtí.
3. Očekávám, že péče o terminálně nemocné má na sestry nejen negativní, ale i pozitivní vliv.
5. Předpokládám, že sestry pečující o terminálně nemocné jsou vysoce ohroženy syndromem vyhoření.

#### **7.4 Zkoumaný vzorek**

Mezi zařízení, ve kterých bude probíhat výzkum, jsem zvolila následující pracoviště: onkologické oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a. s., onkologická klinika a hematologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, klinika komplexní onkologické péče a oddělení anesteziologické a onkologické intenzivní péče Masarykova onkologického ústavu, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa a Hospic sv. Lukáše.

#### **7.5 Výzkumná technika**

Jako výzkumnou techniku jsem použila dotazník. Dotazník je nejrozšířenější a ve zdravotnictví nejoblíbenější technika. Jeho výhodou je získání velkého množství informací během krátké doby, při osobním předání lze docílit až 100% návratnosti a data lze počítačově zpracovat. Mezi nevýhody dotazníkového šetření patří nízká návratnost při posílání dotazníků poštou, dále zde hrozí nepochopení ze strany dotazovaného, což má za následek nepřesné informace. [1]

Dotazník začíná krátkým textem, ve kterém je uveden název bakalářské práce, jméno autora, pokyny k vyplnění a ujištění respondentů o anonymitě.

Dotazník obsahuje 27 položek.

Na úvod dotazníku jsou zjišťovány informace týkající se pohlaví a věku respondenta.

Otázka č. 1 je zaměřena na délku práce na onkologickém oddělení nebo v hospici.

Otázka č. 2 zjišťuje stupně vzdělání respondentů.

Otázka č. 3 zjišťuje důvod práce s terminálně nemocnými.



Otázka č. 4 se ptá respondenta, na kterém pracovišti je podle něho práce nejvíce psychicky náročná.

Otázka č. 5 zjišťuje, co je pro respondenta v zaměstnání nejvíce psychicky náročné.

Otázky č. 6-10 jsou zaměřeny na syndrom vyhoření

Otázka č. 11 se ptá respondenta, zda si myslím, že má vhodné charakterové předpoklady pro péči o terminálně nemocné.

Otázka č. 12 se ptá respondenta, zda si myslí, že má dostatek teoretických znalostí pro práci s terminálně nemocnými.

Otázka č. 13, 14 jsou zaměřeny na syndrom vyhoření.

Otázka č. 15 se zajímá o to, zda je respondent vyrovnán s vlastní smrtí.

Otázka č. 16 se zabývá připraveností absolventek středních zdravotnických škol k práci s terminálně nemocnými.

Otázka č. 17 se zabývá připraveností absolventek vyšších odborných škol zdravotnických a vysokých škol k práci s terminálně nemocnými.

Otázka č. 18 zjišťuje 3 nejdůležitější vlastnosti sester potřebné pro péči o terminálně nemocné.

Otázky č. 19, 20 zjišťují negativní vlivy působící na sestru pečující o terminálně nemocné.

Otázky č. 21, 22 zjišťují pozitivní vlivy při práci s terminálně nemocnými.

Otázka č. 23 se ptá na přítomnost kněze nebo psychologa na oddělení.

Otázky č. 24, 25 se zajímají o to, zda respondent využívá nebo by chtěl využívat služeb kněze nebo psychologa.

Otázka č. 26 zjišťuje 3 subjektivně nejdůležitější vlastnosti, které by měly mít sestry pečující o terminálně nemocné.

Otázka č. 27 se ptá na momentální pohodu respondenta.

Dotazník je složen ze 11 uzavřených polytomických otázek, z 5 uzavřených dichotomických otázek, z 5 otázek polouzavřených, z 5 otevřených otázek a 1 otázky škálové.

## 7.6 Organizace výzkumu

Výzkum jsem začala telefonickým zkontaktováním s náměstkyní ošetrovatelské péče anebo s vrchními sestrami zařízení.

Následovalo osobní setkání s náměstkyní ošetrovatelské péče Masarykova onkologického ústavu a současně i s vrchní sestrou kliniky komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu. Dotazníky byly schváleny a po domluvě si je převzala vrchní sestra kliniky komplexní onkologické péče. Náměstkyně ošetrovatelské péče se postarala o předání dotazníků vrchní sestře oddělení anesteziologické a onkologické intenzivní péče. V určeném termínu jsem se pak dostavila k náměstkyni ošetrovatelské péče pro vyplněné dotazníky.

Ve Fakultní nemocnici Olomouc jsem se po osobním kontaktu s manažerem pro ošetrovatelskou péči setkala s vrchními sestrami obou klinik a předala jim dotazníky, které pak předaly sestřám. Po stanovené době jsem se opět s vrchními sestrami setkala a tyto mě daly již vyplněné dotazníky.

V Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa jsem navštívila vrchní sestru, která opět dotazníky dala svým podřízeným. Ve smluvený den jsem se k vrchní sestře dostavila pro již vyplněné dotazníky.

Taktéž v Krajské nemocnici Tomáše Bati a. s. byla nejprve zkontaktována náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a poté vrchní sestra onkologického oddělení. Převzetí vyplněných dotazníků proběhlo opět přes vrchní sestru.

Po telefonickém rozhovoru s vrchní sestrou Hospice sv. Lukáše v Ostravě bylo domluveno, že kvůli velké vzdálenosti nedojde k osobnímu předání dotazníků, ale tyto budou předány studentkou Ostravské univerzity v Ostravě, která následně také zajistila jejich odběr.

Spolupráce s většinou zařízení byla dobrá, v mnohých zařízeních byli velmi ochotní. Spolupráce s Hospicem sv. Josefa v Ostravě byla poněkud obtížnější. Příčinou byl možná kontakt s vrchní sestrou, který probíhal pouze na telefonické úrovni a nikoliv osobně a možná i skutečnost, že se v té době měnilo personální obsazení na pozici vrchní sestry. Z výše uvedených potenciálních důvodů sice došlo k předání vyplněných dotazníků, ale nedošlo k vrácení Žádosti o umožnění dotazníkového šetření. Tyto žádosti se mě dosud nepodařilo dostat zpět, a to ani po zaslání žádosti o jejich navrácení.

Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků. Vráceno bylo 117, z nich musely být 2 vyřazeny, neboť nebyly vyplněny sestrou, ale ošetřovatelkou. Pracuji tedy s celkovým počtem 115 dotazníků. Navratnost činila 81,4 %. K zabezpečení anonymity byla ke každému dotazníku přiložena obálka, do které byl po vyplnění dotazník vložen.

### **7.7 Využití výsledků výzkumu**

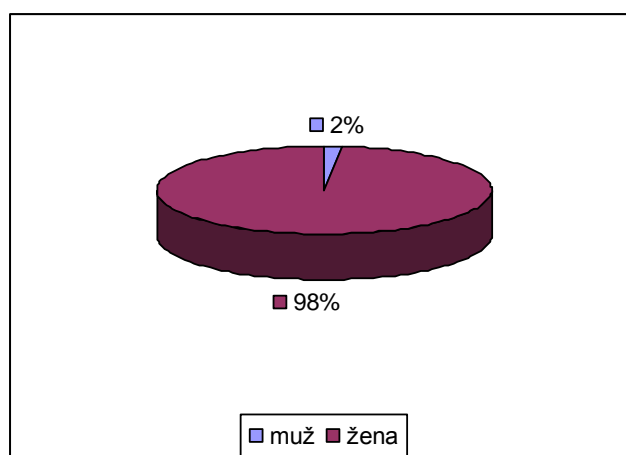
Výsledky výzkumu budou předány vrchním sestrám jednotlivých zařízení, ve kterých výzkum probíhal. Také bych chtěla, aby závěry výzkumu byly publikovány v odborném sesterském časopise, například *Sestra* nebo *Diagnóza v ošetrovatelství*. Mým přáním je, aby výsledky výzkumu pomohly sestrám pracujícím s terminálně nemocnými k lepšímu udržení duševního zdraví.

## 8 FÁZE ZPRACOVÁNÍ DAT

Otázka týkající se pohlaví respondentů:

*Tab. 1. Pohlaví respondentů*

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|---------|----------------------|-----------------------------|
| a) muž  | 2                    | 2                           |
| b) žena | 111                  | 98                          |
| Celkem  | 113                  | 100                         |



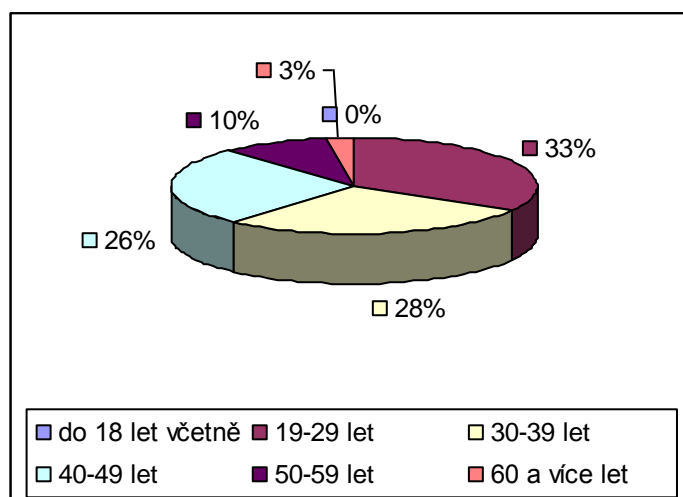
*Graf 1. Pohlaví respondentů*

98 % respondentů tvořily ženy, 2 % respondentů tvořili muži. Toto zjištění pro mě nebylo překvapující. Předpokládala jsem, že naprostou většinu respondentů budou tvořit ženy.

## Otázka týkající se věku respondentů:

Tab. 2. Věk respondentů

| ODPOVĚĎ             | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|---------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) do 18 let včetně | 0                    | 0                           |
| b) 19-29 let        | 38                   | 33                          |
| c) 30-39 let        | 32                   | 28                          |
| d) 40-49 let        | 30                   | 26                          |
| e) 50-59 let        | 11                   | 10                          |
| f) 60 a více let    | 3                    | 3                           |
| CELKEM              | 114                  | 100                         |



Graf 2. Věk respondentů

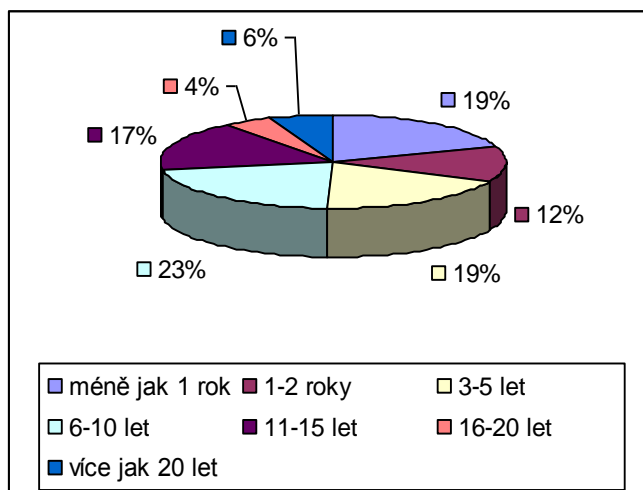
S terminálně nemocnými nepracuje žádná sestra do 18 let. Nejvíce sester, které pracují s terminálně nemocnými, je ve věku mezi 19-29 lety a představují 33 %. Sester ve věku 30-39 let pracuje s terminálně nemocnými 28 %. Sestry ve věku 40-49 let pracují s terminálně nemocnými ve 26 %. Věkový rozsah 50-59 let je mezi sestrami pečujícími o terminálně nemocné zastoupen v 10 %. Nejmenší skupinu, a to pouze 3%, tvoří sestry starší 60 let.

Z výsledků vyplývá, že sestry ve věkových kategoriích 19-49 let jsou v péči o terminálně nemocné zastoupeny v poměrně rovnoměrném počtu. Ve věkové kategorii 50-59 let a 60 a více let pracuje s terminálně nemocnými jen 13 % sester. Toto zjištění je pro mě překvapující, protože jsem se domnívala, že o terminálně nemocné bude pečovat větší množství starších a zkušenějších sester.

Otázka č. 1: Na onkologickém oddělení nebo v hospici pracujete:

Tab. 3. Délka praxe

| ODPOVĚĎ            | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|--------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) méně jak 1 rok  | 22                   | 19                          |
| b) 1-2 roky        | 14                   | 12                          |
| c) 3-5 let         | 21                   | 19                          |
| d) 6-10 let        | 25                   | 23                          |
| e) 11-15 let       | 19                   | 17                          |
| f) 16-20 let       | 5                    | 4                           |
| g) více jak 20 let | 7                    | 6                           |
| CELKEM             | 113                  | 100 %                       |



Graf 3. Délka praxe

Z tabulky i z grafu je zřejmé, že velké množství sester, a to celých 19 %, má praxi v péči o terminálně nemocné méně jak 1 rok. Další věková kategorie 1-2 roky už ale vykazuje jen 12 %. Z tohoto pro mě vyplývá skutečnost, že během jednoho roku sestry zjistí, že práce s terminálně nemocnými jim vyhovuje a chtějí tuto práci dělat, nebo že je pro mě péče

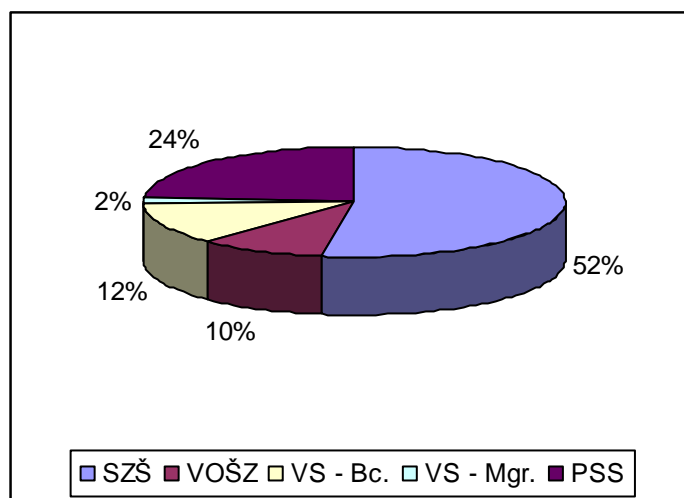
s terminálně nemocnými velmi psychicky anebo fyzicky náročná a tuto práci opouštějí a odcházejí na jiné oddělení či do jiného zařízení. V dalších zmiňovaných věkových kategoriích 3-5 let pracuje s terminálně nemocnými 19 % sester, v kategorii 6-10 let je to 23 % sester, což je ze všech věkových kategorií nejvíce. Také ve věkové kategorii 11-15 let je poměrně vysoké zastoupení sester v péči o terminálně nemocné, a to 17 %. V dalších věkových kategoriích již počet sester významně ubývá. Pro kategorii 16-20 let jsou to pouhá 4 % a pro kategorii více jak 20 let je to 6 %.



Otázka č. 2: Vaše vzdělání jste získala na: (uveďte všechny stupně Vašeho vzdělání)

Tab. 4. Dosažené vzdělání

| ODPOVĚĎ      | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|--------------|----------------------|-----------------------------|
| a) SZŠ       | 60                   | 52                          |
| b) VOŠZ      | 11                   | 10                          |
| c) VS – Bc.  | 14                   | 12                          |
| d) VS – Mgr. | 2                    | 2                           |
| e) PSS       | 27                   | 24                          |
| CELKEM       | 115                  | 100                         |



Graf 4. Dosažené vzdělání

Tato otázka zjišťovala, jaké nejvyšší dosažené vzdělání mají sestry pečující o terminálně nemocné. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce sester má pouze střední zdravotnickou školu, a to celých 52 %. Sester s vystudovanou vyšší odbornou školou zdravotnickou bylo 10 %. Bakalářské studium ošetrovatelství studovalo 12 % sester. Překvapením jsou pro mě 2 % sester magister, neboť jsem se se sestrou magistrou dosud na lůžkovém oddělení nebo v hospici neseťkala. Příznivě hodnotím 24 % postgraduálního specializačního studia.

U možnosti e), tedy u postgraduálního specializačního studia, sestry uváděly název studovaného oboru. Uvádím výčet studovaných oborů postgraduálního studia:

Anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče – 13 respondentů

Ošetrovatelská péče v onkologii – 4 respondenti

Klinická onkologie – 4 respondenti

Ošetrovatelská péče v interně – 2 respondenti

Specializace v hemato-onkologii – 1 respondent

Chirurgie – 1 respondent

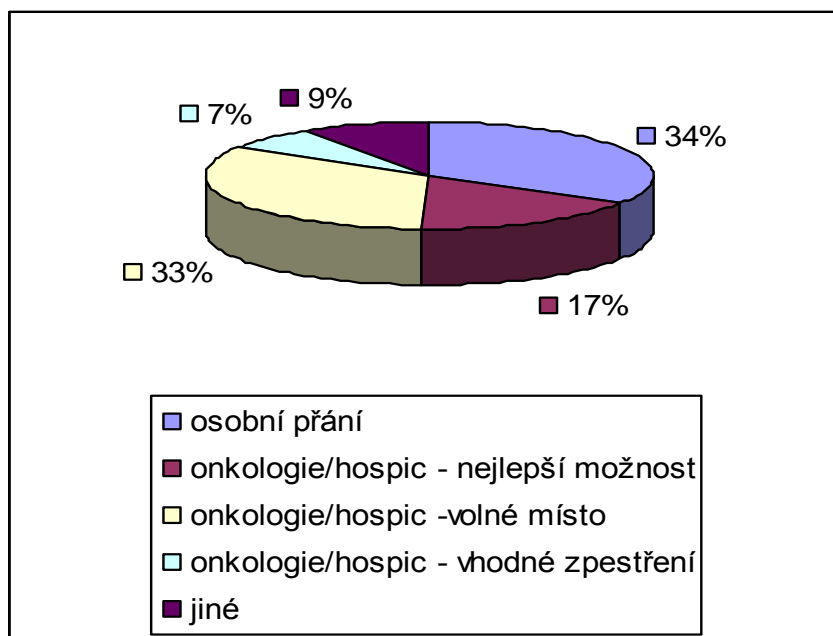
Psychiatrie – 1 respondent

Psychoterapie – 1 respondent

Otázka č. 3: S terminálně nemocnými pracujete, protože:

Tab. 5. Důvod práce s terminálně nemocnými

| ODPOVĚĎ                                | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA [%] |
|--|----------------------|--------------------------|
| a) osobní přání                        | 37                   | 34                       |
| b) onkologie/hospic – nejlepší možnost | 18                   | 17                       |
| c) onkologie/hospic – volné místo      | 36                   | 33                       |
| d) onkologie/hospic – vhodné zpestření | 8                    | 7                        |
| e) jiné                                | 10                   | 9                        |
| CELKEM                                 | 109                  | 100                      |



Graf 5. Důvod práce s terminálně nemocnými

Tento graf ukazuje, že největší počet sester, a to celých 34 %, chtělo na onkologii nebo v hospici pracovat a mělo o práci s terminálně nemocnými zájem. Jen o jedno procento

méně, 33 %, pracuje s terminálně nemocnými, protože jiné volné místo nebylo. 17 % respondentů uvedlo, že z nabízených možností se jim onkologie nebo hospic jeví jako nejlepší možnost. Jen 7 % sester udávalo, že potřebovalo změnu oddělení nebo zařízení a onkologie či hospic se jim jeví jako vhodné zpestření. 9 % sester uvedlo možnost e), tedy jiný důvod. Domnívám se, že 33 % sester, které si primárně přály pracovat s terminálně nemocnými, není vysoké číslo a že práci s terminálně nemocnými volí spíše jako poslední možnost.

Na odpověď e), tedy jinou možnost, odpovědělo 10 respondentů. Mezi nejčastější důvody práce s terminálně nemocnými byly:

Jednosměnný provoz – 4 respondenti

Nabídka zaměstnavatele – 2 respondenti

Přání pracovat v menší nemocnici (Masarykův onkologický ústav) – 1 respondent

Přeřazení z interního oddělení na nově otevřené onkologické oddělení – 1 respondent

Otázka č. 4: Na kterém oddělení je podle Vás práce nejvíce psychicky náročná?

Tato otázka byla otevřená. Uvedené odpovědi jsem sečetla a rozdělila do kategorií:

Onkologie – 42 respondentů

Hospic – 14 respondentů

Anesteziologicko-resuscitační oddělení – 12 respondentů

Dětská onkologie – 9 respondentů

Hematoonkologie – 8 respondentů

Léčebna dlouhodobě nemocných – 6 respondentů

Jednotka intenzivní péče – 6 respondentů

Každé oddělení má svá specifika – 4 respondentů

Psychiatrie – 4 respondenti

Pediatric – 2 respondenti

Interna – 2 respondenti

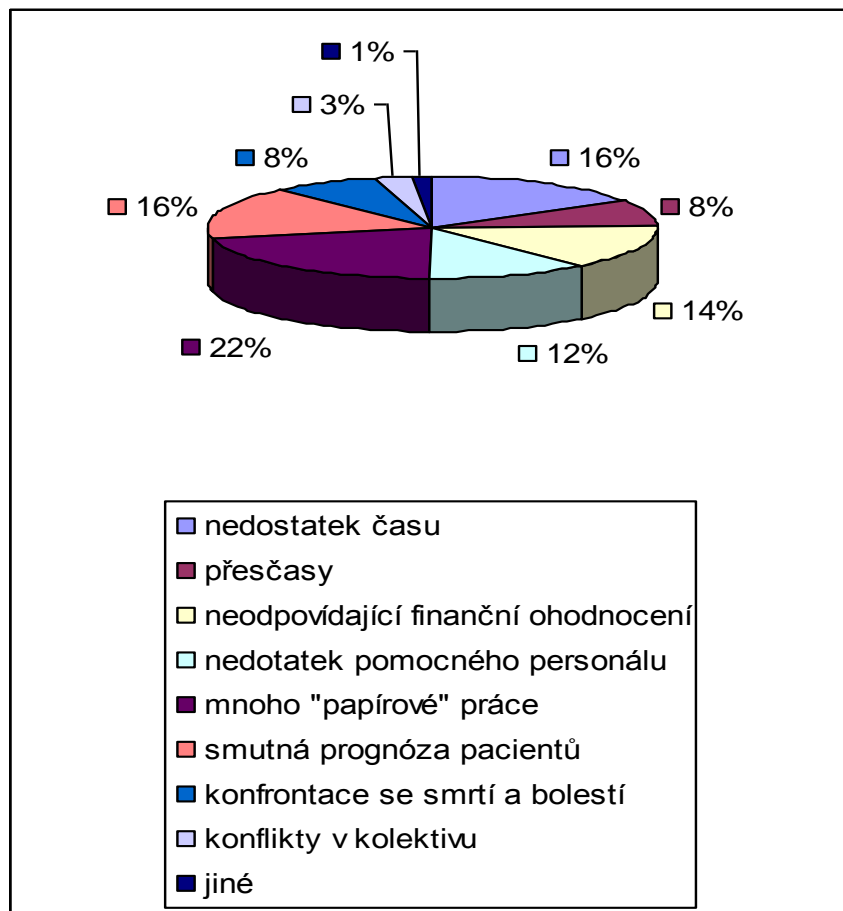
Další oddělení – dětská hematoonkologie, traumatologie, urgentní příjem, neurochirurgie, operační sál

Největší počet sester se domnívá, že nejvíce psychicky zatěžující je práce na onkologii. Druhé psychicky nejnáročnější zařízení je hospic a třetí je anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Otázka č. 5: Co je pro Vás v zaměstnání největší zátěží?

Tab. 6. Zátěž v zaměstnání

| ODPOVĚĎ                           | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA [%] |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| a) nedostatek času                | 46                   | 16                       |
| b) přesčasy                       | 23                   | 8                        |
| c) neodpovídající fin.ohodnocení  | 39                   | 14                       |
| d) nedostatek pom. personálu      | 34                   | 12                       |
| e) mnoho „papírové“ práce         | 60                   | 22                       |
| f) smutná prognóza pacientů       | 46                   | 16                       |
| g) konfrontace se smrtí a bolestí | 22                   | 8                        |
| h) konflikty v kolektivu          | 8                    | 3                        |
| i) jiné                           | 4                    | 1                        |
| CELKEM                            | 282                  | 100                      |



*Graf 6. Zátěž v zaměstnání*

Následující graf ukazuje, že největší zatěžující faktor v zaměstnání je příliš mnoho „papírové“ práce, a to celých 22 %. Jako druhý a třetí nejvíce zatěžující faktor považují sestry v 16 % nedostatek času a smutnou prognózu pacientů. Neodpovídající finanční ohodnocení náročné práce považují respondenti za zátěž ve 14 %. Nedostatek pomocného personálu jako zdroj zátěže uvádí respondenti ve 12 %. Přesčasy a konfrontaci se smrtí a bolestí považují za zátěž sestry v 8 %. Sestry uvádějí, že ve 3 % tvoří pracovní zátěž konflikty v kolektivu. 1% respondentů uvedlo možnost e) jiné:

Málo sester – 3 respondenti

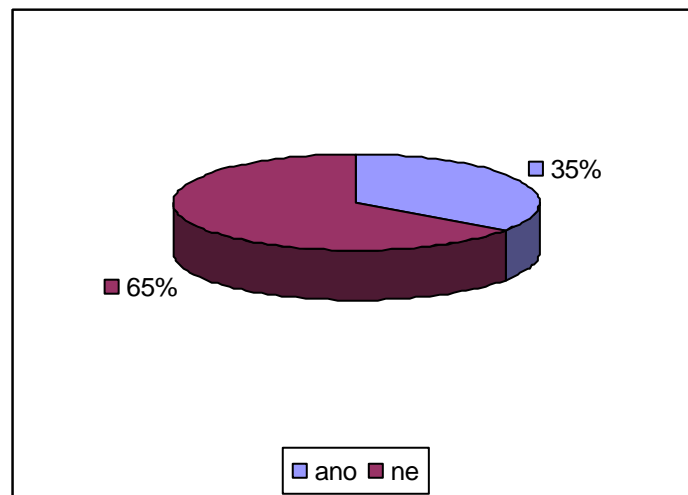
Příbuzní – 1 respondent

Nepředpokládala jsem, že sestry s pečující o terminálně nemocné budou jako největší zatěžující faktor považovat „papírovou“ práci. Domnívala jsem se, že jako nejvíce zatěžující budou respondenti uvádět smutnou prognózu nemocných pacientů a častou konfrontaci se smrtí a bolestí.

Otázka č. 6: **Objevují se u Vás pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí?**

*Tab. 7. Přítomnost pocitů viny, napětí*

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|---------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano  | 40                   | 35                          |
| b) ne   | 75                   | 65                          |
| CELKEM  | 115                  | 100                         |



*Graf 7. Přítomnost pocitů viny, napětí*

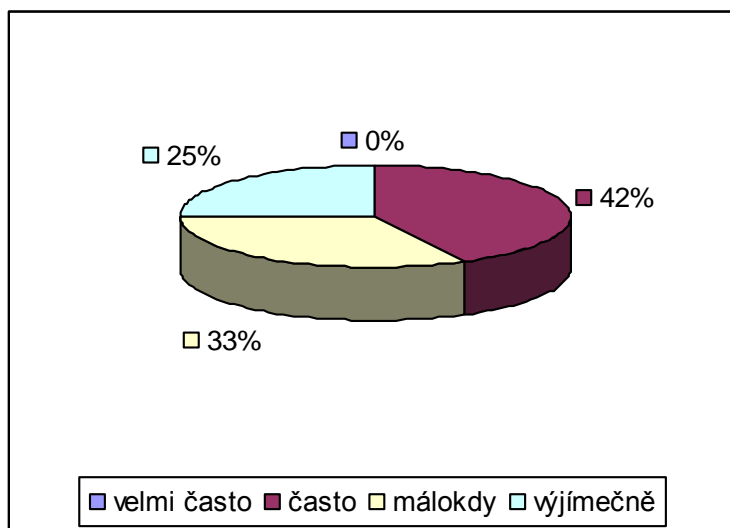
Na tuto otázku odpovědělo 35 % respondentů ano. Odpověď ne zvolilo 65 % sester. Ačkoliv odpovědělo 65 % sester ne, považuji 35 % odpovědí ano za velmi vysoké číslo, a to z toho důvodu, že pocity viny, selhání a nebo vnitřního napětí jsou příznaky syndromu vyhoření.



Otázka č. 7: **Jak často se u Vás objevují pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí?**

Tab. 8. *Frekvence pocitů viny, napětí*

| ODPOVĚĎ        | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA [%] |
|----------------|----------------------|--------------------------|
| a) velmi často | 0                    | 0                        |
| b) často       | 14                   | 42                       |
| c) málokdy     | 10                   | 33                       |
| d) výjimečně   | 7                    | 25                       |
| CELKEM         | 40                   | 100                      |



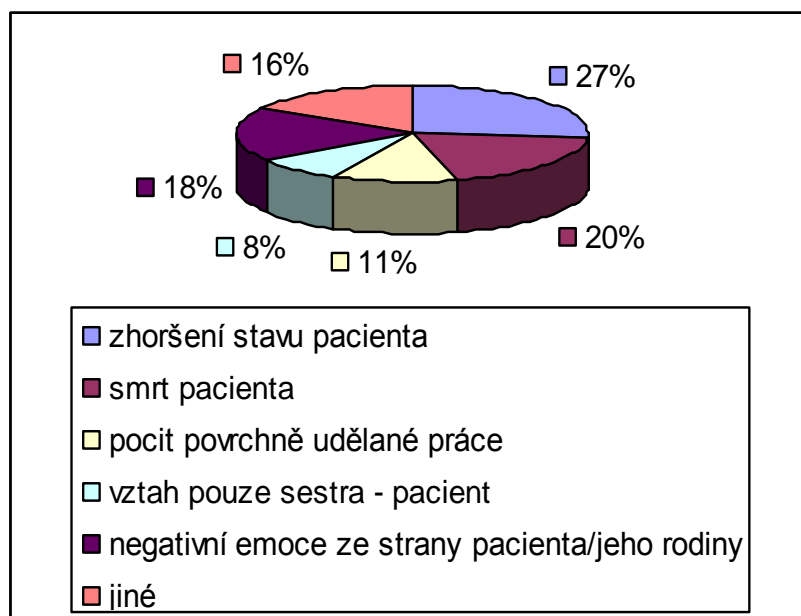
Graf 8. *Frekvence pocitů viny, napětí*

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří u otázky č. 6 odpověděli ano. Jednalo se o 40 respondentů. U této otázky ne zvolil odpověď a) velmi často žádný respondent, což hodnotím velmi příznivě. Ovšem 42 %, což je 17 sester, uvádí, že výše popsané pocity se u nich objevují často. Domnívám se, že toto je velmi varující příznak hrozícího syndromu vyhoření. 33 % respondentů uvedlo, že pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí se u nich objevují málokdy a zbývajících 25 % zvolilo odpověď d) výjimečně.

Otázka č. 8: Tyto pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí vyvolávají faktory:

Tab. 9. Vyvolávající faktory

| ODPOVĚĎ                                     | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA [%] |
|---|----------------------|--------------------------|
| a) zhoršení stavu pacienta                  | 16                   | 27                       |
| b) smrt pacienta                            | 12                   | 20                       |
| c) pocit povrchně udělané práce             | 7                    | 11                       |
| d) vztah pouze sestra x pacient             | 5                    | 8                        |
| e) neg. emoce ze str. pacienta/ jeho rodiny | 11                   | 18                       |
| f) jiné                                     | 10                   | 16                       |
| CELKEM                                      | 62                   | 100                      |



Graf 9. Vyvolávající faktory

Na tuto otázku odpovídaly jen ty sestry, které u otázky č. 6 označily odpověď ano. U této otázky jsem se sester ptala, co vyvolává jejich pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí. Tyto pocity vyvolává ve 27 % zhoršení stavu pacienta. Ve 20 % je důvodem pocitů viny,

selhání nebo vnitřního napětí úmrtí pacienta. Na psychiku sester nepříznivě působí také negativní emoce ze strany pacienta nebo jeho rodiny, a to v 18 %. Pocity povrchně udělané práce jako příčinu výše popsaných pocitů uvádí 11 % sester a vztah pouze sestra x pacient (kdy chybí vztah člověk x člověk) označilo 8 % respondentů. Zbývajících 16 % sester zaškrtnulo možnost f) jiné. K této odpovědi uvedly následující faktory, které mají vliv na jejich psychický stav:

Onkologické onemocnění u mladých lidí – 2 respondenti

Bezmoc – 2 respondenti

Málo času ke kontrole udělané práce – 1 respondent

Málo času – 2 respondenti

Kolektiv – 1 respondent

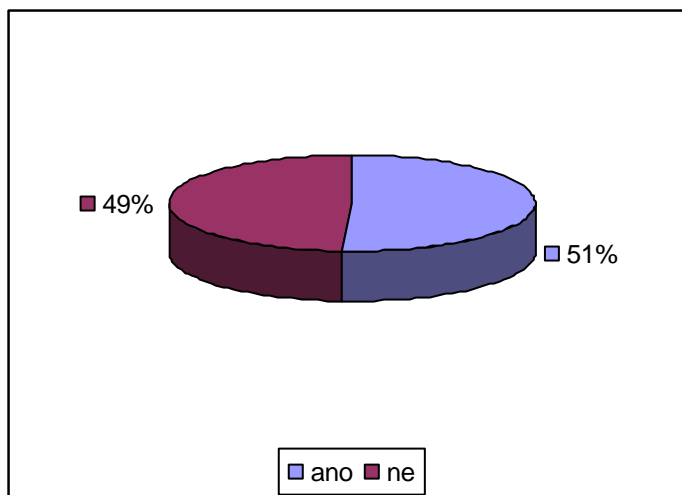
Dlouhodobý stres – 1 respondent

Kombinace faktorů – 1 respondent

## Otázka č. 9: Trápí Vás nedostatek uznání a ocenění?

Tab. 10. Nedostatek uznání a ocenění

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|---------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano  | 56                   | 51                          |
| b) ne   | 54                   | 49                          |
| CELKEM  | 110                  | 100                         |



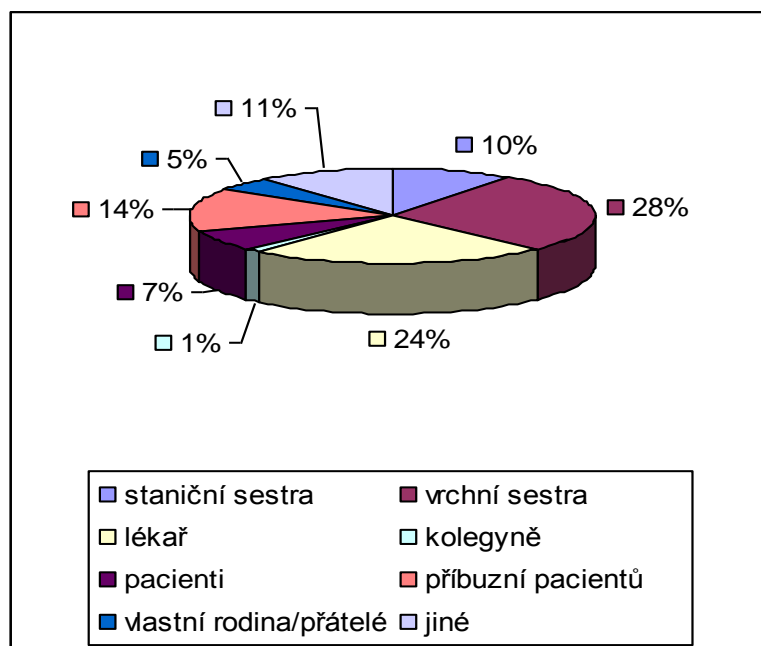
Graf 10. Nedostatek uznání a ocenění

Tato otázka, stejně jako předchozí tři otázky, byla zaměřena na syndrom vyhoření a zjišťoval, zda sestry trpí nedostatkem uznání a ocenění. Výsledky byly velmi těsné. 51 % respondentů odpovědělo ano, 49 % respondentů zvolilo odpověď ne.

Otázka č. 10: Uznání a ocenění mě nejvíce schází od:

Tab. 11. Nedostatek uznání, ocenění-důvod

| ODPOVĚĎ                    | ABOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| a) staniční sestry         | 6                   | 10                          |
| b) vrchní sestry           | 16                  | 28                          |
| c) lékaře                  | 13                  | 24                          |
| d) kolegyně                | 1                   | 1                           |
| e) pacientů                | 4                   | 7                           |
| f) příbuzných pacientů     | 8                   | 14                          |
| g) vlastní rodiny a přátel | 2                   | 5                           |
| h) jiné                    | 6                   | 11                          |
| CELKEM                     | 56                  | 100                         |



Graf 11. Nedostatek uznání, ocenění-důvod

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří u otázky č. 9 uvedli odpověď a) ano. Z tabulky i grafu je zřejmé, že sestřám schází nejvíce ocenění a uznání od vrchní sestry, a to v celých 28 %. Na druhém místě respondenti odpověděli, že jim uznání a ocenění schází ve 24 % případů od lékaře, což považují za velmi vysoké číslo. 14 % sester uvádí málo ocenění a uznání od příbuzných pacientů. Domnívám se, že toto může být způsobeno těžkou situací příbuzných a jejich psychickým stavem. Příbuzní, stejně jako pacienti, prochází fázemi vyrovnávání se s těžkým onemocněním, které popsala E. K. Ross. Je možné, že místo poděkování za péči o terminálně nemocného sklidí sestry neoprávněnou kritiku a dočkají se nevděku. V 11 % případů zvolili respondenti možnost e) jiné. Od staniční sestry chybí uznání a ocenění 10 % sester. 7 % respondentů postrádá uznání a ocenění od pacientů a 5 % od vlastní rodiny a přátel. Pouze jeden respondent uvedl, že mu nejvíce schází uznání ocenění od kolegyně.

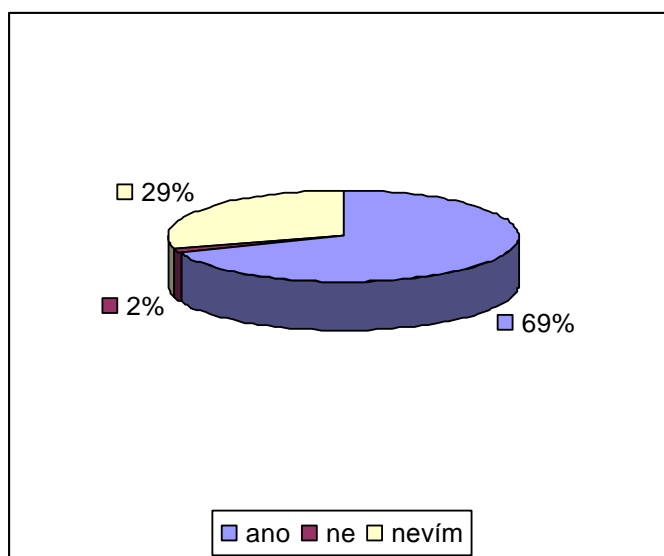
U možnosti e) jiné, uvedli respondenti následující odpovědi:

- vedení organizace – 4 respondenti
- společnost – 1 respondent
- celkové ocenění – 1 respondent

Otázka č. 11: **Myslíte si, že máte vhodné charakterové předpoklady pro péči o terminálně nemocné?**

Tab. 12. Charakterové vlastnosti

| ODPOVĚĎ  | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|----------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano   | 77                   | 69                          |
| b) ne    | 2                    | 2                           |
| c) nevím | 33                   | 29                          |
| CELKEM   | 112                  | 100                         |



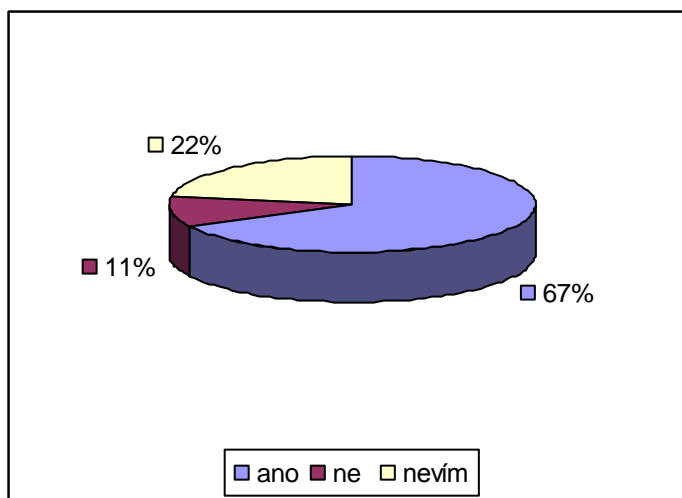
Graf 12. Charakterové vlastnosti

Na tuto otázku odpovědělo více jak 2/3 respondentů, celých 69 %, ano, tedy že se domnívají, že mají vhodné charakterové předpoklady pro péči o terminálně nemocné. Necelá 1/3, přesně 29 % sester, zvolila odpověď nevím a pouze 2 % sester zvolila odpověď ne, což je podle mě velmi potěšující.

Otázka č. 12: Myslíte si, že máte dostatek teoretických znalostí pro práci s terminálně nemocnými?

Tab. 13. Teoretické znalosti

| ODPOVĚĎ  | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|----------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano   | 76                   | 67                          |
| b) ne    | 12                   | 11                          |
| c) nevím | 25                   | 22                          |
| CELKEM   | 113                  | 100                         |



Graf 13. Teoretické znalosti

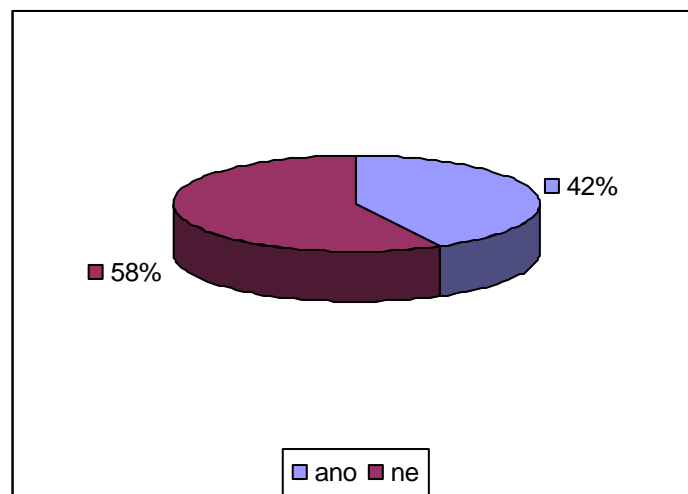
Tabulka i graf ukazují, že 67 % sester se domnívá, že má dostatek teoretických znalostí pro práci s terminálně umírajícími. Toto číslo se mně zdá nízké, domnívala jsem se, že odpověď a) ano zvolí alespoň 90 % sester. 22 % respondentů neví, zda má dostatek teoretických znalostí pro práci s terminálně nemocnými a zbývajících 11 % uvádí, že nemá dostatek teoretických znalostí.



Otázka č. 13: **Objevují se u Vás někdy pochybnosti o Vašich profesionálních schopnostech?**

*Tab. 14. Pochybnosti o profesionalitě*

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ HODNOTA | RELATIVNÍ HODNOTA [%] |
|---------|-------------------|-----------------------|
| a) ano  | 48                | 42                    |
| b) ne   | 65                | 58                    |
| CELKEM  | 113               | 100                   |



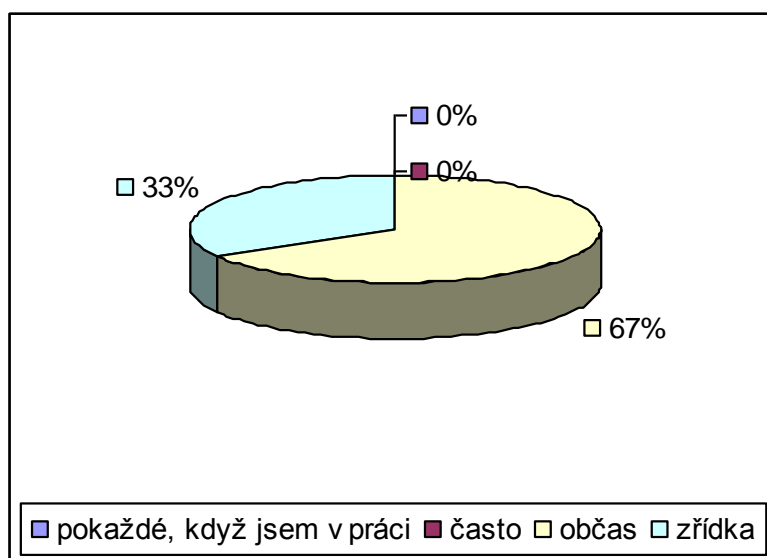
*Graf 14. Pochybnosti o profesionalitě*

Tato otázka byla zaměřena na syndrom vyhoření. Je potěšující, že více sester odpovědělo ne, a to celých 58 %. Odpověď ano zvolilo 42 % respondentů.

Otázka č. 14: O svých profesionálních schopnostech pochybujete:

Tab. 15. Frekvence pochybností o profesionalitě

| ODPOVĚĎ                          | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) pokaždé, když<br>jsem v práci | 0                    | 0                           |
| b) často                         | 0                    | 0                           |
| c) občas                         | 32                   | 67                          |
| d) zřídka                        | 16                   | 33                          |
| CELKEM                           | 58                   | 100                         |



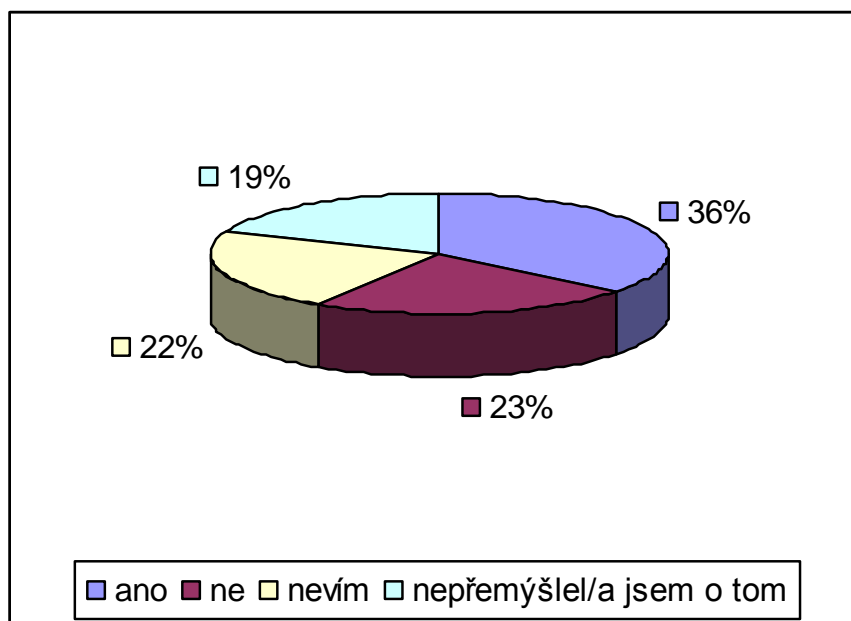
Graf 15. Frekvence pochybností o profesionalitě

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří u otázky č. 13 zvolili odpověď a) ano. Z grafu vyplývá, že 67 % sester o svých profesionálních schopnostech pochybuje občas a 33 % sester zřídka.

Otázka č. 15: **Myslím si, že jsem vyrovnána se svojí vlastní smrtí a smrtelností.**

Tab. 16. *Vyrovnanost se smrtí a smrtelností*

| ODPOVĚĎ                     | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano                      | 41                   | 36                          |
| b) ne                       | 26                   | 23                          |
| c) nevím                    | 25                   | 22                          |
| d) nepřemýšlel/a jsem o tom | 22                   | 19                          |
| CELKEM                      | 114                  | 100                         |



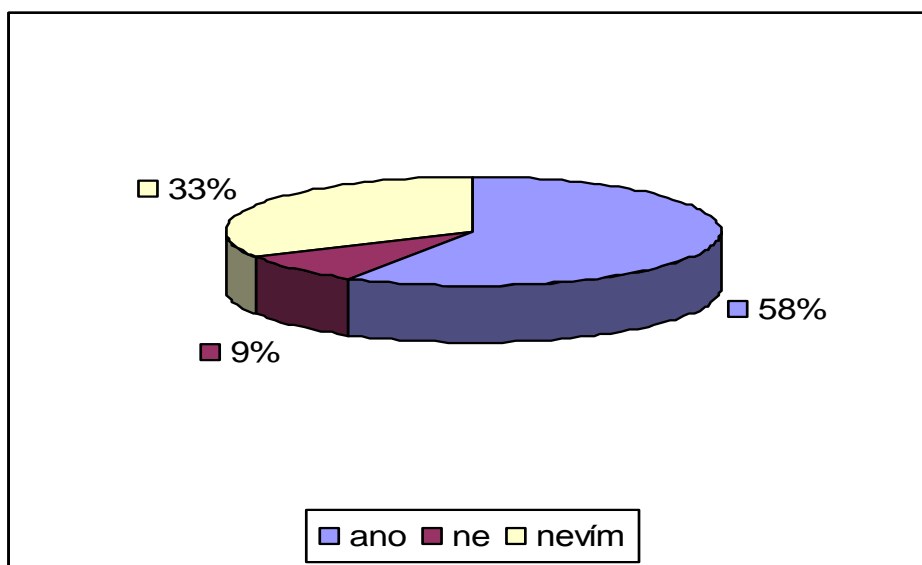
Graf 16. *Vyrovnanost se smrtí a smrtelností*

Tato otázka zjišťovala, zda jsou sestry vyrovnány se svojí smrtí a smrtelností. Nejvíce sester, celých 36 %, odpovědělo ano, tedy že jsou vyrovnány se svojí vlastní smrtí a smrtelností. Další možnosti se od sebe lišily jen několika málo procenty. Odpověď b) ne zvolilo 23 % respondentů, odpověď c) nevím označilo 22 % respondentů a možnost d) nepřemýšlel/a jsme o tom vybralo 19 % sester.

Otázka č. 16: **Myslím si, že absolventi středních zdravotnických škol jsou nedostatečně připraveni na práci s umírajícími pacienty.**

Tab. 17. Přípravenost absolventů SZŠ na péči o umírající pacienty

| ODPOVĚĎ                              | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano, jsou nedostatečně připraveni | 67                   | 58                          |
| b) ne, jsou připraveni dostatečně    | 10                   | 9                           |
| c) nevím                             | 38                   | 33                          |
| CELKEM                               | 115                  | 100                         |



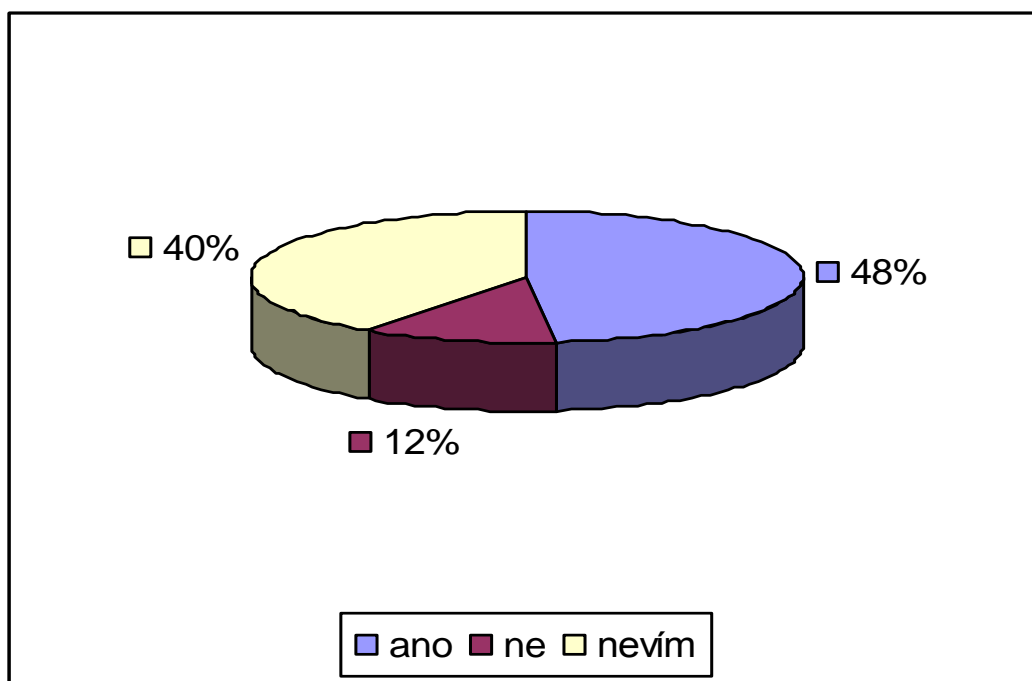
Graf 17. Přípravenost absolventů SZŠ na péči o umírající pacienty

Z grafu i z tabulky je zřejmé, že 58 % respondentů se domnívá, že absolventi středních zdravotnických škol jsou na práci s terminálně nemocnými nedostatečně připraveni. Myslím se, že toto číslo je velmi vysoké a potvrzuje fakt, že je nutné zlepšit výuku thanatologie na středních zdravotnických školách. Jen 9 % sester si myslí, že absolventi středních zdravotnických škol jsou připraveni na péči o terminálně nemocné a 33 % sester neví, zda jsou absolventi středních zdravotnických škol připraveni na práci s umírajícími.

Otázka č. 17: **Myslím si, že absolventi vyšších odborných škol zdravotnických nebo vysokých škol jsou nedostatečně připraveni na práci s umírajícími pacienty.**

Tab. 18. Přípravenost absolventů VOŠZ a VŠ na péči o umírající pacienty

| ODPOVĚĎ                              | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano, jsou nedostatečně připraveni | 54                   | 48                          |
| b) ne, jsou připraveni dostatečně    | 13                   | 12                          |
| c) nevím                             | 45                   | 40                          |
| CELKEM                               | 112                  | 100                         |



Graf 18. Přípravenost absolventů VOŠZ a VŠ na péči o umírající pacienty

Tento graf ukazuje, že 48 % sester si myslí, že absolventi vyšších odborných škol zdravotnických nebo vysokých škol jsou nedostatečně připraveni na práci s terminálně nemocnými. 12 % respondentů se domnívá, že absolventi jsou připraveni dostatečně a 40 % neví,

zda jsou absolventi vyšších odborných škol zdravotnických nebo vysokých škol připraveni na péči o terminálně nemocné.

Porovná-li tyto údaje s údaji v předchozí otázce, zjistím, že je pouze malý rozdíl mezi absolventy středních zdravotnických škol a vyšších odborných škol zdravotnických nebo vysokých škol. Tyto údaje považuji za alarmující.

Otázka č. 18: Uved'te prosím 3 nejdůležitější vlastnosti, které by podle Vás měla mít sestra pracující s terminálně nemocnými.

U této otázky měli respondenti uvést, o kterých třech nejdůležitějších vlastnostech se domnívají, že by je sestra pracující s terminálně nemocnými měla mít. Respondenti uvedli velké množství nejen vlastností, ale i schopností a dovedností. Odpovědi jsem sečetla a sestupně seřadila. Výčet odpovědí by byl velmi dlouhý, proto jsem vybrala prvních deset odpovědí, které získaly nejvíce hlasů.

Empatická – 55 respondentů

Trpělivá – 46 respondentů

Profesionální (zahrnuje profesionální chování a odborné znalosti) – 29 respondentů

Citlivá – 16 respondentů

Laskavá – 14 respondentů

Ochotná – 10 respondentů

Obětavá – 7 respondentů

Mít úctu k lidem – 6 respondentů

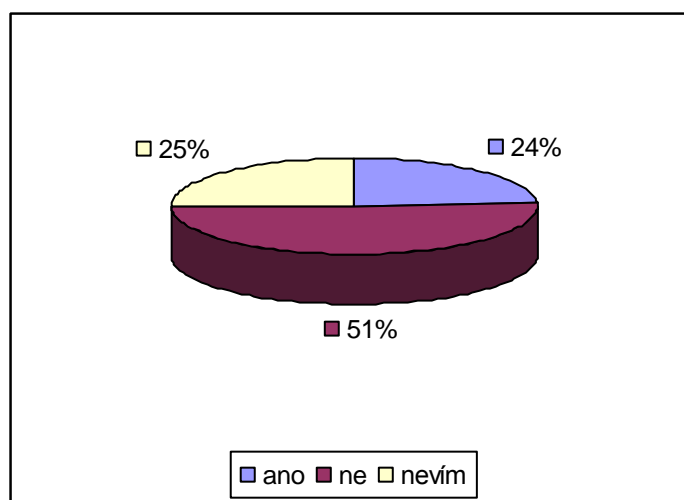
Pečlivá – 6 respondentů

Zkušená – 6 respondentů

Otázka č. 19: **Pozorujete na sobě nějaké negativní známky, které se objevují v souvislosti s péčí o terminálně nemocné?**

*Tab. 19. Negativní vliv*

| ODPOVĚĎ  | ABSOLUTNÍ HODNOTA | RELATIVNÍ HODNOTA [%] |
|----------|-------------------|-----------------------|
| a) ano   | 27                | 24                    |
| b) ne    | 57                | 51                    |
| c) nevím | 28                | 25                    |
| CELKEM   | 112               | 100                   |



*Graf 19. Negativní vliv*

Graf ukazuje, že 51 % respondentů zvolilo odpověď b) ne. Znamená to, že 51 % sester na sobě nepozoruje žádné negativní známky, které by se objevovaly v souvislosti s péčí o terminálně nemocné. Domnívala jsem se, že toto číslo bude menší a že více respondentů zvolí možnost a) ano. U otázky zvolilo odpověď a) ano 24 % sester a 25 % respondentů neví, zda je péče o terminálně nemocné nějak ovlivňuje.



Otázka č. 20: **Popište prosím, jak negativně se na Vás podepisuje práce s umírajícími.**

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří u otázky č. 19 zvolili odpověď a) ano.

Ačkoliv mnohé odpovědi vyjadřovaly totéž, uvádím zde všechny odpovědi tak, jak je respondenti uvedli.

„Trápím se problémy pacientů.“

„Nosím si práci domů.“

„Trápím se tím, že má pacient metastázy, že je na tom hůř nebo že umřel.“

„Mám větší strach o blízké, že se jim něco stane.“

„Doma o tom přemýšlím.“

„Jsem vyčerpaná, skleslá. Hlavně po více za sebou jdoucích směnách.“

„Jsem čím dál více unavená.“

„Odmítám společnost přátel.“

„Jsem protivná na příbuzné.“

„Moc mě to trápí a často o tom přemýšlím, i doma.“

„Přemýšlím o smrti, smyslu života.“

„Čím jsem straší, tím hůře nesu smrt a umírání.“

„Pocit, že po smrti už nic není – nespravedlnost – mladí lidé.“

„Pochybnosti o smysluplnosti onkologické léčby u některých pacientů.“

„Střídám cynismus a úzkost.“

„Mám strach, že nemoc postihne někoho blízkého.“

„Mám větší respekt z nemoci a větší strach o blízké.“

„Pocit marnosti a neefektivity mojí práce.“

„Úzkost při zdravotních problémech blízkých.“

„Lítost nad ztrátou člověka. Nejdepresivnější je to při ztrátě mladého člověka.“

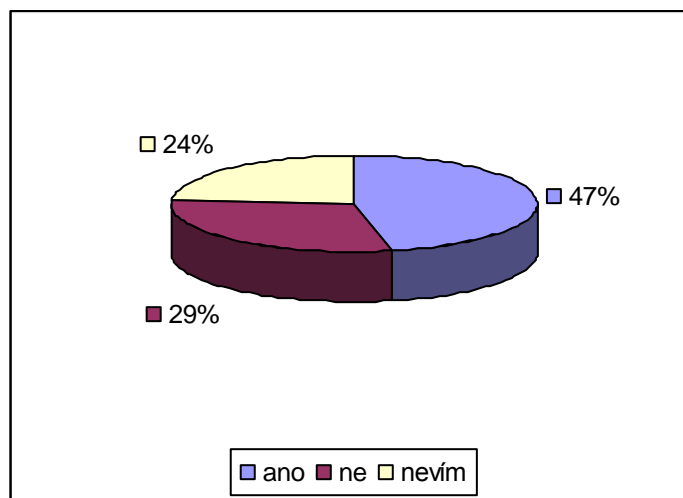
„Jsem cynik.“

„Paranoia v osobním životě

Otázka č. 21: **Domníváte se, že práce s terminálně nemocnými má na Vás také pozitivní vliv?**

*Tab. 20. Pozitivní vliv*

| ODPOVĚĎ  | ABSOLUTNÍ HODNOTA | RELATIVNÍ HODNOTA [%] |
|----------|-------------------|-----------------------|
| a) ano   | 51                | 47                    |
| b) ne    | 32                | 29                    |
| c) nevím | 26                | 24                    |
| CELKEM   | 109               | 100                   |



*Graf 20. Pozitivní vliv*

Nejvíce respondentů, a to celých 47 %, uvedlo, že práce s terminálně nemocnými má na ně také pozitivní vliv. Je zřejmé, že si sestry dokáží uvědomit kladné stránky práce s terminálně nemocnými, což je nepochybně dobře. Ovšem 29 % respondentů, kteří uvedli možnost b) ne, považují také za vysoké číslo. Možnost c) nevím, zvolilo 24 % sester.

Otázka č. 22: **Popište prosím, jak pozitivně Vás ovlivňuje práce s terminálně nemocnými.**

Tato otázka byla určena jen těm respondentům, kteří u otázky č.21 odpověděli ano.

Stejně jako u otázky č. 20 uvádím odpovědi tak, jak je samy sestry uvedly.

„Upravila jsem žebříček hodnot. „

„Rozlišuji důležité od nedůležitého.“

„Osobní zralost.“

„Uvažuji o smyslu bytí, o směru mého života.“

„Vážím si a pečuji o své zdraví.“

„Ctím své blízké.“

„Přehodnotila jsem žebříček hodnot.“

„Uvědomuji si důležitost lidského života.“

„Vážím si každého nového dne.“

„Více si vážím života.“

„Je to smysluplná práce.“

„Cítím se být užitečný.“

„Uvědomuji si, že nejdůležitější je zdraví, že vše záleží na psychice, že lidé onemocní, když jsou přetěžováni psychicky i fyzicky.“

„Přemyslím o hodnotách života i světa, co je a není důležité.“

„Neděláš z komára velblouda, raduješ se z toho, co máš, poznáš sebe.“

„Malichernost problémů. Naučila jsem se velkorysosti, trpělivosti, toleranci, lásce, oběti.“

„Jsem šťastná, když splním pacientovi přání a on umře s úsměvem na tváři a smířený.“

„Naplnuje mě vidět ty spokojené tváře a dává mi to sílu pokračovat dál v práci.“

„Uvědomění si pomíjivosti života.“

„Motivuje mě ke zlepšení vztahu a k pochopení těchto nemocných.“

„Více si vážím života a každého dne, který nastane.“

„Vážím si zdraví.“

„Neřeším neřešitelné.“

„Užívám si běžného dne.“

„Přehodnocuji názor na běžný život.“

„Mám jiný postoj k životu.“

„Mám jiné priority.“

„Neřeším zbytečnosti.“

„Zamýšlím se nad otázkami zdraví – nemoc.“

„Více si vážím zdraví.“

„Na prahu smrti se učíme žít.“

„Vážím si maličností všedních dní.“

„Cením si svých blízkých.“

„Nalezení životních hodnot.“

„Uvědomění si vlastní konečnosti.“

„Jsem více trpělivá. Umím víc odpočívat.“

„Zkušenosti pro život. Učím se od pacientů.“

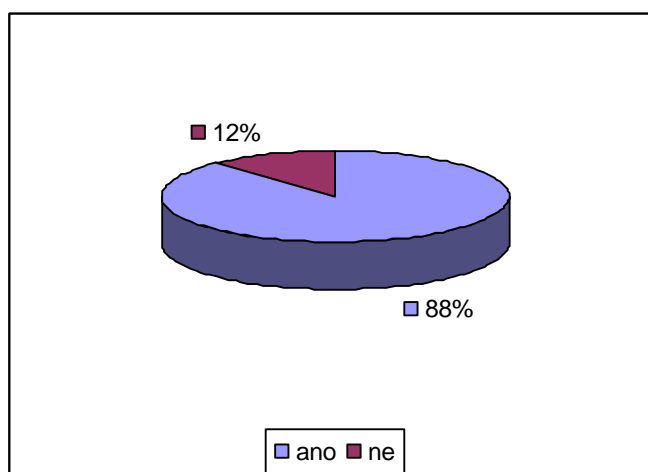
„Umím ocenit dobré vztahy mezi rodinnými příslušníky, kteří doprovázejí umírajícího.“

„Moje problémy jsou zanedbatelné oproti problémům umírajících.“

Otázka č. 23: Je na oddělení k dispozici psycholog nebo kněz?

Tab. 21. Přítomnost psychologa, kněze

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|---------|----------------------|-----------------------------|
| a) ano  | 100                  | 88                          |
| b) ne   | 14                   | 12                          |
| CELKEM  | 114                  | 100                         |



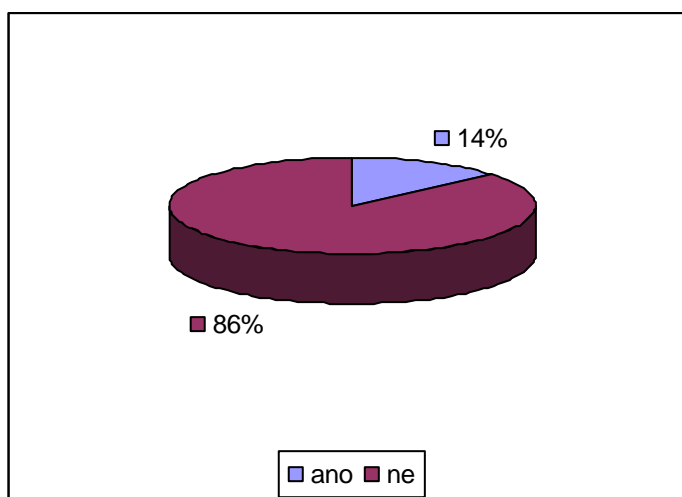
Graf 21. Přítomnost psychologa, kněze

Z tabulky i grafu je zřejmé, že na 88 % dotazovaných pracovišť je přítomen kněz nebo psycholog. Pouze na jednom pracovišti není přítomen psycholog ani kněz. Toto pracoviště tvoří zbývajících 12 %.

Otázka č. 24: Využíváte Vy osobně služeb kněze nebo psychologa v rámci zachování dobrého duševního zdraví?

Tab. 22. Využití psychologa, kněze

| ODPOVĚĎ | ABSOLUTNÍ HODNOTA | RELATIVNÍ HODNOTA [%] |
|---------|-------------------|-----------------------|
| a) ano  | 14                | 14                    |
| b) ne   | 86                | 86                    |
| CELKEM  | 100               | 100                   |



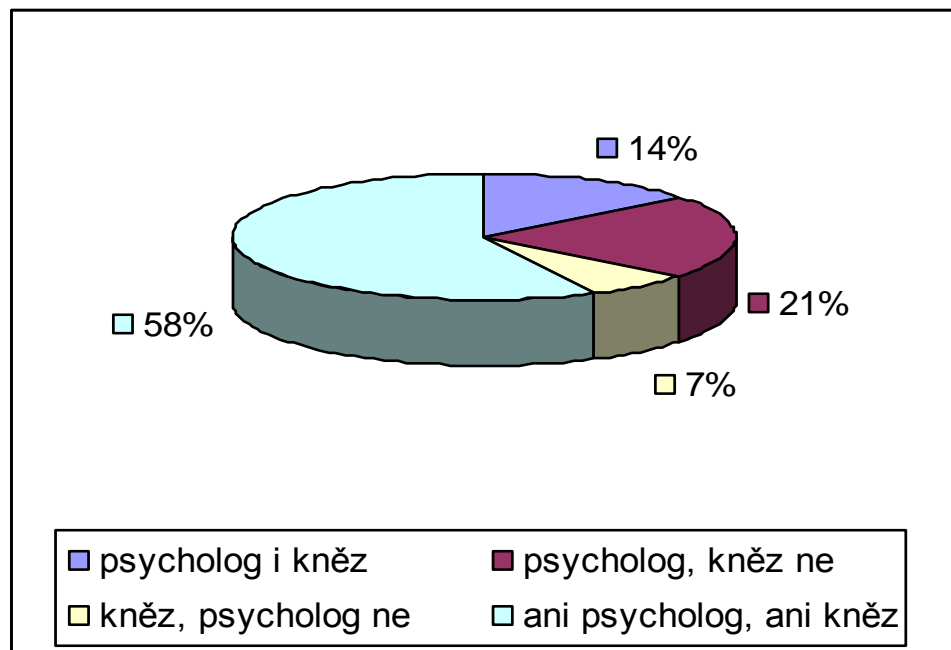
Graf 22. Využití psychologa, kněze

Na otázku č. 24 odpovídali jenom ti respondenti, kteří u otázky č. 23 zvolili odpověď a) ano. Z grafu i z tabulky vyplývá, že velká část respondentů, celých 86 %, nevyužívá služeb kněze nebo psychologa, což je myslím velká škoda. Pouze 14 % sester využívá služeb kněze nebo psychologa.

Otázka č. 25: Pokud by byl na oddělení psycholog nebo kněz, využil/a byste jeho služeb?

Tab. 23. Potenciální využití psychologa, kněze

| ODPOVĚĎ   | ABSOLUTNÍ HODNOTA | RELATIVNÍ HODNOTA [%] |
|---|-------------------|-----------------------|
| a) využil/a bych služeb psychologa nebo i kněze     | 2                 | 14                    |
| b) využil/a bych služeb psychologa, ale ne kněze    | 3                 | 21                    |
| c) využil/a bych služeb kněze, ale psychologa       | 1                 | 7                     |
| d) nevyužil/a bych ani služeb psychologa, ani kněze | 8                 | 58                    |
| ODPOVĚĎ   | 14                | 100                   |



Graf 23. Využití psychologa, kněze

Z grafu i z tabulky je zřejmé, že více než polovina, a to celých 55 % respondentů, by nevyužila služeb psychologa nebo kněze. 16 % respondentů uvedlo, že by využilo psychologa nebo i kněze. Služeb psychologa, ale ne kněze, by využilo 18 % sester a jen 11 % by využilo kněze, ale ne psychologa.



**Otázka č. 26: Pokud by byl někdo Vám blízký v terminální fázi života, jaké vlastnosti by měla mít o něho pečující sestra?**

U této otázky uváděli respondenti vlastnosti, které by si přáli, aby měly sestry pečující o osobu jim blízkou. Tato osoba by se nacházela v terminálním stadiu. Otázka č. 26 je velmi podobná otázce č. 18. Mým cílem bylo zjistit, zda sestry odpoví jinak, bude-li otázka subjektivně podbarvená. Sestry odpověděly velmi podobně jako u otázky č. 18. Všechny odpovědi jsem sestupně seřadila a uvádím prvních deset nejčastějších odpovědí.

Empatická – 47 respondentů

Trpělivá – 35 respondentů

Profesionální – 26 respondentů

Laskavá – 16 respondentů

Citlivá – 13 respondentů

Ochotná - 9 respondentů

Obětavá – 8 respondentů

Chápavá – 7 respondentů

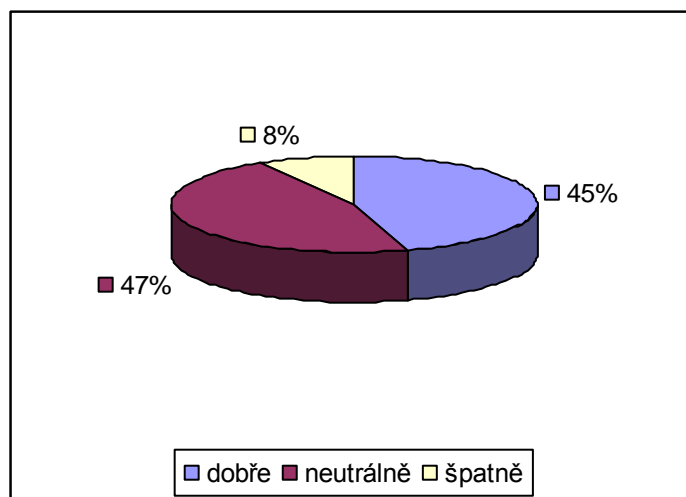
Vstřícná – 7 respondentů

Klidná – 6 respondentů

Otázka č. 27: **Jak se právě teď cítíte?**

Tab. 24. Momentální stav

| ODPOVĚĎ        | ABSOLUTNÍ<br>HODNOTA | RELATIVNÍ<br>HODNOTA<br>[%] |
|----------------|----------------------|-----------------------------|
| a) 😊 dobře     | 48                   | 45                          |
| b) 😐 neutrálně | 49                   | 47                          |
| c) 😞 špatně    | 9                    | 8                           |
| CELKEM         | 105                  | 100                         |



Graf 24. Momentální stav

Závěrečná otázka ujišťovala, jak se právě respondenti cítí. Nejvíce sester, celých 47 %, se cítilo neutrálně. Dobře se cítilo 45 % respondentů a jen 8 % sester se cítilo špatně.

## 9 INTREPREATAČE DAT

### 9.1 Úvodní část

Provedeným výzkumem jsem chtěla zjistit, jak péče o terminálně nemocné ovlivňuje psychiku sester. Domnívám se, že téma terminálně nemocných je velmi aktuální a stejně aktuální je také problematika sester, které o terminálně nemocné pečují.

### 9.2 Diskuze

Během výzkumu jsem zjistila mnoho zajímavých a někdy také překvapujících informací. Nepřekvapilo mě, že většinu respondentů tvořily ženy, neboť sestry mužského pohlaví nebývají v našich zdravotnických zařízeních běžnou součástí týmu.

Poněkud překvapená jsem byla při zjištění, že s terminálně nemocnými pracuje málo starších a zkušenějších sester. Můžu konstatovat, že dělení věkových kategorií po deseti letech nemělo u otázky zjišťující věk respondentů velký význam. Nepřineslo totiž žádné výrazné věkové rozdíly sester pečujících o terminálně nemocné. Nejvíce sester, které se starají o terminálně nemocné je sice ve věku 19-29 let, ale číslo není nijak závratné vzhledem k dalším dvěma následujícím kategoriím. Lze tedy říci, že nejvíce sester, které se starají o umírající je ve věku 19-49 let.

Příjemným překvapením byla pro mě přítomnost sester magister. Dosud jsem se při přímé péči o nemocné setkala nanejvýš s bakalářkami. Ačkoliv počet magister nebyl nijak závratný, domnívám se, že se jedná o první posly takto vzdělaných sester na oddělení. Doufám, že tento trend bude pokračovat, a to nejenom z důvodu zkvalitnění péče o nemocné, ale také z důvodu zvýšení prestiže sester.

Otázka, kterou jsem zjišťovala, kde je podle sester práce nejvíce psychicky náročná, byla zbytečná. Při hodnocení jsem totiž dostala výsledky, které jsou pochopitelné. Každá sestra totiž hodnotí jako nejnáročnější oddělení to oddělení, na kterém právě pracuje. Ke zjištění specifík práce na jednotlivých oddělení by bylo třeba použít složité výzkumné metody.

Za největší zátěžový faktor považují sestry mnoho „papírové práce“. Je to velmi častý jev, který se ale vyskytuje i u sester na jiných odděleních a s jinou skladbou pacientů. Také velmi častý a obecný stesk sester je na nedostatek času. Bylo by dobré provést srovnávací

studii u sester pracujících s jinou skupinou pacientů. Mohlo by se tak zjistit, zda míra uvedených zatěžujících faktorů bude stejná nebo odlišná.

Vrchní sestry by se měly zamyslet nad svým přístupem k podřízeným. Jsou to právě vrchní sestry, od kterých sestrám chybí nejvíce uznání a ocenění. Na vrchních sestrách leží velká odpovědnost a jsou to ony, které vyžadují po sestrách kvalitně odvedenou práci a pořádek. Bylo by dobré si uvědomit, že každý člověk potřebuje uznání a pochvalu a že ocenění dobře vykonané práce motivuje k další práci. Častá kritika naopak demotivuje a může vést nejen k inaktivitě, ale také k syndromu vyhoření. Velké procento sester si stěžuje také na nedostatek pochvaly od lékaře. Lékař, i když není přímým nadřízeným sestry, ovlivňuje svým přístupem činnost a psychiku sestry. Sestry se v mnoha směrem rozhodují samostatně, ale plní také ordinace lékaře, jsou tedy závislé na tom, co lékař řekne. Ačkoliv nelze popřít velkou psychickou zátěž lékaře v souvislosti s léčbou terminálně nemocného, nejvíce je v kontaktu s umírajícím vždy sestra. Doporučila bych uspořádat schůzku lékařů a sester daného zařízení a ujasnit si momenty, které působí vysokou psychickou zátěž nejen sestrám, ale také lékařům. Následně bych navrhla řešení jednotlivých problémů. Pomocí psychologických metod by si účastníci schůzky udělali cvičení, při kterém by zjistili, za co všechno lze být vděčný, z čeho se lze radovat. Získané poznatky by pak mohli použít v kontaktu se spolupracovníky.

Je otázkou, zda jedinec, který se dostane do tak těsného kontaktu s umírajícími a často se setkává se smrtí a bolestí, je na toto připraven. Další otázkou je, zda vůbec může být připraven. Může být sestra, která se dosud nesečkala se smrtí, ať už pacienta nebo se smrtí ve vlastní rodině, připravena na takové setkání? Je zřejmé, že u lůžka nemocného vnitřně dozráváme a domnívám se, že každým dalším setkáním se smrtí si více uvědomujeme, že smrt je součástí života. Jsem také přesvědčena o tom, že mladá sestra s malými zkušenostmi může být se smrtí vyrovnána lépe než její starší a zkušenější kolegyně. Každý jsme individuální a každý máme odlišný žebříček hodnot a jsme jinak zaměřeni. Mladá sestra, která se zajímá o duchovní věci, vyhledává vhodnou literaturu na toto téma, která se již alespoň někdy se smrtí setkala, případně má přehled o některých thanatologických tématech, může být připravena poskytovat péči umírajícím. Myslím si, že lidé hlásící se k některému náboženství jsou více se smrtí smířeni a nevidí smrt jako konec, ale jako začátek nového života. U otázky, která zjišťovala, zda jsou sestry vyrovnány se svojí smrtí a smrtelností, odpovědělo nejvíce sester ano. To znamená, že nejvíce sester si myslím, že jsou se smrtí vyrovná-

ny. Nicméně tato hodnota nebyla příliš výrazná vzhledem k dalším odpovědím, proto z ní nelze dělat přesné statistické závěry.

Zdravotnické školství postihly změny, které se týkají nových studijních oborů a zrušení oboru Všeobecná sestra. Nemohu hodnotit připravenost studentů nového studijního oboru Zdravotnický asistent, neboť letos vyjdou jeho první absolventi. Průzkum však ukázal, že absolventi již neexistujícího oboru Všeobecná sestra byli nedostatečně připraveni na práci s terminálně nemocnými. Z výzkumu vyplynula také informace, že ani studenti vyšších odborných škol zdravotnických a vysokých škol, tedy programů Ošetřovatelství, nejsou připraveni poskytovat péči umírajícím. Domnívám se, že by bylo vhodné upravit studijní plány a do výuky zařadit thanatologická témata spojená se cvičením. Vhodnou pomůckou by vyučujícím mohla být cvičení konfrontace se smrtí, která popsala Haškovcová. [8]

Podle mého názoru je 51 % sester, které uvedly, že na sobě nepozorují v souvislosti s péčí o umírající žádné negativní známky, dosti vysoké číslo. Domnívala jsem, že sestry na sobě budou v mnohem větší míře pozorovat negativní důsledky péče o terminálně nemocné. Je možné, že si samy sestry nechtějí přiznat, že by je jejich práce nějak negativně ovlivňovala a že se snaží nepříjemné věci vytěsnit. Naopak mě potěšilo, že sestry vidí i pozitiva své práce, že si je dokáží uvědomit a radovat se z nich.

Zarazilo mě, že 86 % respondentů uvedlo, že nevyužívají služeb psychologa nebo kněze, a to i přesto, že je na oddělení přítomen. Příčinou mohou být předsudky z dřívějších dob, kdy byl každý, kdo potřeboval psychologa, označen za duševně chorého. Další příčinou by mohl být fakt, že respondenti by možná využili psychologa, ovšem ne v rámci zaměstnání. Možná se bojí nebo se stydí svěřovat člověku, se kterým spolupracují. Je možné, že mají strach z prozrazení svých problémů na pracovišti a z toho plynoucích dalších potíží.

### 9.3 Zhodnocení cílů a hypotéz

Ke zhodnocení cílů je použit test dobré shody.

**Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou absolventi oboru ošetřovatelství připraveni na péči o terminálně nemocné**

**K cíli se vztahuje hypotéza č. 1 (H1):** Předpokládám, že absolventi oboru ošetřovatelství na středních, vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách nejsou na práci s terminálně nemocnými připraveni.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 16, 17. Otázky zjišťovaly, jestli se sestry domnívají, že absolventi jsou či nejsou na práci s terminálně nemocnými připraveni. Stanovila jsem si, že k potvrzení hypotézy je nutné, aby alespoň 70 % respondentů zvolilo odpovědi a). To znamená, že minimálně 70 % sester se domnívá, že absolventi jsou nedostatečně připraveni na práci s terminálně nemocnými. Z celkových 227 odpovědí v obou otázkách tuto možnost zvolilo 121 sester, což je 53 %. Hypotéza se tedy potvrdila.

**Nulová hypotéza (H0):** Méně jak 70 % sester se domnívá, že absolventi oboru ošetřovatelství na středních, vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách jsou na práci s terminálně nemocnými připraveni.

**Alternativní hypotéza (H1):** Předpokládám, že absolventi oboru ošetřovatelství na středních, vyšších odborných školách zdravotnických a vysokých školách nejsou na práci s terminálně nemocnými připraveni.

Tab. 25. Test k ověření hypotézy č. 1

|    | P   | O    | P-O   | $(P-O)^2$ | $(P-O)^2/O$ |
|----|-----|------|-------|-----------|-------------|
| a) | 121 | 75,6 | 45,5  | 2061,2    | 27,3        |
| b) | 23  | 75,6 | -52,6 | 2766,8    | 36,6        |
| c) | 83  | 75,6 | 7,4   | 54,8      | 0,7         |

$$\Sigma = 64,6$$

$$\chi^2 = 64,6$$

Hladina významnosti 5 %. Stupeň volnosti 3. Kritická hodnota je 0,352.

$$64,6 > 0,352$$

H0 je vyvrácena

$$H1 > H0$$

**H1 je potvrzena**

**Cíl č. 2:** Zjistit, které faktory jsou při péči o terminálně nemocné pro sestry nejvíce zatěžující.

**K cíli se vztahuje hypotéza č. 2 (H2):** Domnívám se, že nejvíce zatěžující faktory při práci s terminálně nemocnými je smutná prognóza jejich onemocnění anebo častá konfrontace se smrtí.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 5. Pomocí této otázky jsem se snažila zjistit, které faktory jsou pro sestry nejvíce zatěžující. Hypotéza se potvrdila.

**Nulová hypotéza (H0):** Předpokládám, že méně než 45 % respondentů uvede jako nejvíce zatěžující faktor smutnou prognózu nemocných pacientů anebo častou konfrontaci se smrtí.

**Alternativní hypotéza (H2):** Domnívám se, že nejvíce zatěžující faktory při práci s terminálně nemocnými je smutná prognóza jejich onemocnění anebo častá konfrontace se smrtí.

Tab. 26. Test k ověření hypotézy č. 2

|    | P  | O    | P-O   | $(P-O)^2$ | $(P-O)^2 / O$ |
|----|----|------|-------|-----------|---------------|
| a) | 46 | 31,3 | 14,7  | 216,1     | 6,9           |
| b) | 23 | 31,3 | - 8,3 | 68,9      | 2,2           |
| c) | 39 | 31,3 | 7,7   | 59,3      | 1,9           |
| d) | 34 | 31,3 | 2,7   | 7,3       | 0,2           |
| e) | 60 | 31,3 | 28,7  | 823,7     | 26,3          |
| f) | 46 | 31,3 | 14,7  | 216,1     | 6,9           |
| g) | 22 | 31,3 | -9,3  | 86,5      | 2,8           |
| h) | 8  | 31,3 | -23,3 | 542,9     | 17,3          |
| i) | 4  | 31,3 | -27,3 | 745,3     | 23,8          |

$$\chi^2 = 88,3$$

$$\Sigma = 88,3$$

Hladina významnosti 5 %. Stupeň volnosti 9. Kritická hodnota je 3,33.

$$88,3 > 3,33$$

H0 vyvrácena

$$H2 > H0$$

**H2 potvrzena**

**Cíl č. 3: Zjistit, kolik procent sester je ohroženo syndromem vyhoření.**

**K cíli se vztahuje hypotéza č. 4 (H3):** Předpokládám, že sestry pečující o terminálně nemocné jsou vysoce ohroženy syndromem vyhoření.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 6, 9, 13. K potvrzení hypotézy jsem stanovila, že respondenti musí zvolit odpovědi a) ve všech třech otázkách minimálně v 80 %.

**Nulová hypotéza (H0):** Syndromem vyhoření je ohroženo méně jak 80 % sester pracujících s terminálně nemocnými.

**Alternativní hypotéza (H3):** Předpokládám, že sestry pečující o terminálně nemocné jsou vysoce ohroženy syndromem vyhoření.

Tab. 27. Test k ověření hypotézy č. 4

|    | P   | O   | P-O | $(P-O)^2$ | $(P-O)^2/O$ |
|----|-----|-----|-----|-----------|-------------|
| a) | 128 | 150 | -22 | 484       | 3,2         |
| b) | 172 | 150 | 22  | 484       | 3,2         |

$$\Sigma = 6,4$$

$$\chi^2 = 6,4$$

Hladina významnosti 5 %. Stupeň volnosti 2. Kritická hodnota je 0,103.

$$6,4 > 0,103$$

H0 vyvrácena

$$H3 > H0$$

**H3 potvrzena**

**Cíl č. 4: Zjistit, jestli má péče o terminálně nemocné pozitivní vliv na psychiku sestry.**

**K cíli se vztahuje hypotéza č. 3 (H4):** Očekávám, že péče o terminálně nemocné má na sestry nejen negativní, ale i pozitivní vliv.

K uvedené hypotéze se vztahovaly otázky č. 19, 20, 21 a 22. K potvrzení hypotézy jsem si stanovila, že více než 50 % respondentů odpoví, že je práce s umírajícími pozitivně ovlivňuje. Hypotéza se potvrdila.



**Nulová hypotéza (H0):** Méně jak 50 % sester uvede, že je péče o terminálně nemocné pozitivně ovlivňuje.

**Alternativní hypotéza (H4):** Očekávám, že péče o terminálně nemocné na sestry nejen pozitivní, ale i negativní vliv.

Tab. 28. Test k ověření hypotézy č. 3

|    | P  | O    | P-O   | $(P-O)^2$ | $(P-O)^2/O$ |
|----|----|------|-------|-----------|-------------|
| a) | 51 | 36,3 | 14,4  | 207,4     | 5,7         |
| b) | 32 | 36,3 | -4,6  | 21,2      | 0,6         |
| c) | 26 | 36,3 | -10,3 | 106,1     | 2,9         |

$$\Sigma = 9,2$$

$$\chi^2 = 9,2$$

Hladina významnosti 5 %. Stupeň volnosti 3. Kritická hodnota 0,352.

$$9,2 > 0,352$$

H0 vyvrácena

$$H4 > H0$$

**H4 potvrzena**

**Cíl č. 5: Vytvořit doporučení pro sestry pečující o terminálně nemocné.**

**Cíl splněn.**

## ZÁVĚR

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou obecně uvedeny zmínky o vlivu ošetrovatelské péče na psychiku sester v souvislosti s péčí o terminálně nemocné. Konkrétnější informace k této problematice jsou v odborné literatuře zatím málo publikovány a i v tom vidím možnosti využití závěrů mé práce. Věřím, že dojde v budoucnu ke zvýšení zájmu o paliativní medicínu a že se zvýší časem ve zdravotnictví i v širší veřejnosti zájem o zlepšení duševního zdraví sester.

Praktická část přináší řadu zajímavých podnětů. Výsledky výzkumu by mohly přispět ke zlepšení péče o psychiku sester. Uspořádám dle zájmu semináře vedoucím pracovníkům zařízení, ve kterých výzkum probíhal. Je zřejmé, že existují velké rezervy v přístupu k sestřím a velkou moc k nápravě mají právě vrchní sestry. Doporučuji pořádání seminářů, cvičení ke zlepšení vyrovnanosti se smrtí a snahu o udržení dobrých mezilidských vztahů na pracovišti. Je třeba věnovat pozornost i výběru pracovníků na tato zátěžová oddělení a zaměřit se spíše na ty sestry, které o tuto práci mají skutečný zájem. Chápu ale, že z důvodu nedostatku sester je mnohdy obtížné „přijímat“ jen pracovníky se skutečným zájmem o problematiku terminálně nemocných a také je těžké zjistit tento zájem před přijetím na pracoviště.

Jak se výzkumem potvrdilo, je hodně absolventů škol zdravotnických oborů, kteří nejsou připraveni na péči o umírající dostatečně. Umírání a vyrovnávání se se smrtí je obtížné a dost individuální, přesto ale považuji za potřebné více posílit výuku a přípravu studentů na profesi v oblasti thanatologie. Zjištěné výsledky mohou být podnětem k práci a změně výuky na všech stupních škol připravujících zdravotníky. V praxi je nutné se zaměřit i na udržení dobrých mezilidských vztahů a zdravého klimatu pracovišť, které jsou spolu s pochvalou práce sester významnou složkou prevence syndromu vyhoření. Dodržování všech pravidel duševní hygieny je předpokladem udržení duševního zdraví sester, které bude i předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče o nemocné.

Závěrem bych chtěla poděkovat všem sestřím, které se obětavě o terminálně nemocné a jejich příbuzné starají. Chtěla bych jim také vyjádřit obdiv za jejich péči a popřát hodně síly do další této těžké, ale prospěšné práce.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografické publikace

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-x.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- [3] BARTOŠÍKOVÁ a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2002. ISBN 80-7013-288-4.
- [4] BAŠTECKÁ a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- [5] ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. vyd.-dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-386-4.
- [6] GRÜN, Anselm. *Smrt v životě člověka*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-221-8.
- [7] HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [9] HLADKÝ, Aleš a spolupracovníci. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-784-2.
- [10] JAKOBY, Bernard. *Tajemství umírání*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8.
- [11] JIRÁK, Zdeněk, VAŠINA, Bohumil. *Fyziologie a psychologie práce*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7368-107-2.
- [12] KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

- [13] KIRSTOVÁ, Alix. *Knihy o překonávání stresu – jak se uvolnit a žít pozitivně*. 2. vyd. Praha: Knížní klub, 1998. ISBN 80-7176-655-0.
- [14] KOHOUTEK, Rudolf, ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Psychologie práce a řízení*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 2000. ISBN 80-214-1552-5.
- [15] KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užitých psychologií*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 2002. ISBN 80-214-2203-3.
- [16] Kolektiv autorů. *Filosofický slovník*. 1. vyd. Olomouc: FIN, 1995. ISBN 80-7182-014-8.
- [17] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: 1997. ISBN 80-7178-150-9.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0784-5.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1370-5.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [21] MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. přepracované vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1304-8.
- [22] NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0625-7.
- [23] O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- [24] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7179-312-9.
- [25] SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

- [27] VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovní*. 5. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. ISBN 80-7345-058-5.
- [28] VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- [29] VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- [30] ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

#### Seriálové zdroje

- [31] ČERVENKOVÁ, Zuzana. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí manželky. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 23-25. ISSN 1210-0404.
- [32] GULÁŠOVÁ, Ivica. Prieskum príčin syndrómu vyhorenia u sester. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, s. 391-394. ISSN 1801-1349.
- [33] JANEČKOVÁ, Zuzana. Dobrá smrt. A jaký názor máte vy? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 6, s. 227-228. ISSN 1801-1349.
- [34] KALVODOVÁ, Libuše. Psycholog v onkologickém týmu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 1, s. 8. ISSN 1801-1349.
- [35] KOLEGAROVÁ, Olga. Komunikace sester s umírajícími a jejich nejbližšími. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 9, s. 26. ISSN 1210-0404.
- [36] KOSTKOVÁ, Jana. Domácí hospicová péče. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 38. ISSN 1210-0404.
- [37] KŘIVÁNKOVÁ, Jana. Péče o nemocné v terminálním stádiu. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 11, s. 32. ISSN 1210-0404.
- [38] NOVOTNÁ, Helena. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 3, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
- [39] OPATRNÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105-108. ISSN 1801-1349.

- [40] POLÁCHOVÁ, Eva. Ztráta blízkého člověka a proces truchlení. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 40. ISSN 1210-0404.
- [41] ŠIŠLÁKOVÁ, Petra. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.
- [42] ŠVÁBOVÁ, Zuzana. Psychická stránka péče o terminálně nemocného. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 10, s. 28. ISSN 1210-0404.

#### Elektronické zdroje

- [43] Citování literatury v odborné práci. [cit. 2008-04-4]  
Dostupné z <http://home.zf.jcu.cz/~douleova/p-citac2.html>
- [44] AIDS centra v České republice. [cit. 2008-02-10]  
Dostupné z [http://www.aids-pomoc.cz/pro\\_pozitivni\\_kontakty.htm](http://www.aids-pomoc.cz/pro_pozitivni_kontakty.htm)
- [45] Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2. [cit. 2008-04-4]  
Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
- [46] Neurologická klinika. [cit. 2008-02-12]  
Dostupné z <http://www.fnspo.cz/kliniky/neu/index.html>
- [47] Hledání: Euthanázie jako aktuální nebo věčný problém?. [cit. 2008-03-01]  
Dostupné z <http://www.granosalis.cz/modules.php?name=New&file=article&sid>
- [48] Vzdělávací programy-specializace pro lékaře. [cit. 2008-03-15]  
Dostupné z <http://www.ipvz.cz/vzdelavaciprogramy/vypisprogramy.asp?>
- [49] Znalosti studentů medicíny z lékařské etiky. [cit. 2008-03-17]  
Dostupné z [http://www.lfhk.cuni.cz/Data/files/Casopisy/2000/LZ3-4\\_2000.pdf](http://www.lfhk.cuni.cz/Data/files/Casopisy/2000/LZ3-4_2000.pdf)
- [50] Kdo jsme-zaměření a historie ústavu. [cit. 2008-02-27]  
Dostupné z [http://www.mou.cz/mou/section\\_show.jsp?s=902|910](http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=902|910)
- [51] Oddělení následné péče. [cit. 2008-03-12]  
Dostupné z <http://www.nemocnice-st.cz/odn.htm>

[52] Fáze vyrovnávání se s nemocí. [cit. 2008-03-01]

Dostupné z <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209&lang=cs>

[53] Zármutek a truchlení u dětí. [cit. 2008-04-02]

Dostupné z <http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=>

[54] Co je hospic? [cit. 2008-03-24]

Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>

[55] Specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů dle zákona č.

96/2004 Sb. [cit. 2007-04-20]

Dostupné z <http://www.nconzo.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| SZŠ  | Střední zdravotnická škola          |
| VOŠZ | Vyšší odborná škola zdravotnická    |
| VŠ   | Vysoká škola                        |
| MOÚ  | Masarykův onkologický ústav         |
| FN   | Fakultní nemocnice                  |
| PSS  | Postgraduální specializační studium |



## SEZNAM OBRÁZKŮ

|  |    |
|--|----|
| Obr. 1. Dělení projevů a účinků stresu     | 29 |
| Obr. 2. Uzavřený kruh stres-somatika-stres | 32 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Tab. 1. Pohlaví respondentů   | 53 |
| Tab. 2. Věk respondentů   | 54 |
| Tab. 3. Délka praxe   | 56 |
| Tab. 4. Dosažené vzdělání   | 58 |
| Tab. 5. Důvod práce s terminálně nemocnými                              | 60 |
| Tab. 6. Zátěž v zaměstnání  | 63 |
| Tab. 7. Přítomnost pocitů viny, napětí                                  | 65 |
| Tab. 8. Frekvence pocitů viny, napětí                                   | 66 |
| Tab. 9. Vyvolávající faktory  | 67 |
| Tab. 10. Nedostatek uznání a ocenění                                    | 69 |
| Tab. 11. Nedostatek uznání, ocenění-důvod                               | 70 |
| Tab. 12. Charakterové vlastnosti  | 72 |
| Tab. 13. Teoretické znalosti  | 73 |
| Tab. 14. Pochybnosti o profesionalitě                                   | 74 |
| Tab. 15. Frekvence pochybností o profesionalitě                         | 75 |
| Tab. 16. Vyrovnanost se smrtí a smrtelností                             | 76 |
| Tab. 17. Připravenost absolventa SZŠ na péči o umírající pacienty       | 77 |
| Tab. 18. Připravenost absolventů VOŠZ a VŠ na péči o umírající pacienty | 78 |
| Tab. 19. Negativní vliv   | 81 |
| Tab. 20. Pozitivní vliv   | 83 |
| Tab. 21. Přítomnost psychologa, kněze                                   | 86 |
| Tab. 22. Využití psychologa, kněze                                      | 87 |
| Tab. 23. Potenciální využití psychologa, kněze                          | 88 |
| Tab. 24. Momentální stav  | 91 |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Tab. 25. Test k ověření hypotézy č. 1 | 94 |
| Tab. 26. Test k ověření hypotézy č. 2 | 95 |
| Tab. 27. Test k ověření hypotézy č. 4 | 96 |
| Tab. 28. Test k ověření hypotézy č. 3 | 97 |

**SEZNAM GRAFŮ**

|   |    |
|---|----|
| Graf 1. Pohlaví respondentů   | 53 |
| Graf 2. Věk respondentů   | 54 |
| Graf 3. Délka praxe   | 56 |
| Graf 4. Dosažené vzdělání   | 58 |
| Graf 5. Důvod práce s terminálně nemocnými                              | 60 |
| Graf 6. Zátěž v zaměstnání  | 64 |
| Graf 7. Přítomnost pocitů viny, napětí                                  | 65 |
| Graf 8. Frekvence pocitů viny, napětí.                                  | 66 |
| Graf 9. Vyvolávající faktory  | 67 |
| Graf 10. Nedostatek uznání a ocenění                                    | 69 |
| Graf 11. Nedostatek uznání a ocenění-důvod                              | 70 |
| Graf 12. Charakterové vlastnosti  | 72 |
| Graf 13. Teoretické znalosti  | 73 |
| Graf 14. Pochybnosti o profesionalitě                                   | 74 |
| Graf 15. Frekvence pochybností o profesionalitě                         | 75 |
| Graf 16. Vyrovnanost se smrtí a smrtelností                             | 76 |
| Graf 17. Připravenost absolventů SZŠ na péči o umírající pacienty       | 77 |
| Graf 18. Připravenost absolventů VOŠZ a VŠ na péči o umírající pacienty | 78 |
| Graf 19 Negativní vliv  | 81 |
| Graf 20. Pozitivní vliv   | 83 |
| Graf 21. Přítomnost psychologa, kněze                                   | 86 |
| Graf 22. Využití psychologa, kněze                                      | 87 |
| Graf 23. Potenciální využití psychologa, kněze                          | 88 |
| Graf 24. Momentální stav  | 91 |

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření KNTB – Onkologické oddělení

PŘÍLOHA P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření FN Olomouc – Onkologická klinika

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření FN Olomouc – Hemato-onkologická klinika

PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění dotazníkového šetření MOÚ – Klinika komplexní onkologické péče

PŘÍLOHA P VI: Žádost o umožnění dotazníkového šetření MOÚ – Oddělení anesteziologie a onkologické intenzivní péče

PŘÍLOHA P VII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa



**2.) Vaše zdravotnické vzdělání jste získala na: (uveďte prosím nejvyšší stupeň Vašeho vzdělání)**

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola (nynější název vyšší odborná škola zdravotnická)
- c) vysoká škola – bakalářské studium
- d) vysoká škola – magisterské studium
- e) postgraduální specializační studium (uveďte prosím jaké).....  
.....

**3.) S terminálně nemocnými pracujete, protože:**

- a) bylo to Vaše přání
- b) zaměstnavatel Vám nabídl více možností, přičemž onkologické oddělení (hospic) se jevílo jako nejlepší možnost
- c) bylo volné místo pouze na onkologii (v hospici)
- d) potřeboval/a jste změnu a onkologie (hospic) se jevílo jako vhodné zpestření
- e) jiné (uveďte prosím).....  
.....  
.....

**4.) Na kterém oddělení je podle Vás práce nejvíce psychicky náročná? (uveďte prosím)**

.....

**5.) Co je pro Vás v zaměstnání největší zátěž?**

- a) nedostatek času
- b) příliš časté přesčasy
- c) neodpovídající finanční ohodnocení
- d) nedostatek pomocného personálu
- e) příliš mnoho „papírové“ práce
- f) smutná prognóza nemocných pacientů
- g) častá konfrontace se smrtí a bolestí
- h) konflikty v kolektivu
- i) jiné (uveďte prosím).....  
.....

**6.) Objevují se u Vás pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí?**

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku č. 7 a č. 8

Pokud jste odpověděl/a ne, vynechejte otázku č. 7 a č. 8

**7.) Jak často se u Vás objevují pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí?**

a) velmi často

b) často

c) málokdy

d) výjimečně

**8.) Tyto pocity viny, selhání nebo vnitřního napětí vyvolávají faktory:**

a) zhoršení stavu pacienta

b) smrt pacienta

c) pocit povrchně udělané práce

d) vztah pouze sestry – pacient (chybí vztah člověk – člověk)

e) negativní emoce ze strany pacienta nebo jeho rodiny

f) jiné (uveďte prosím).....

.....

.....

.....

**9.) Trápí Vás nedostatek uznání a ocenění?**

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku č. 10

Pokud jste odpověděl/a ne, vynechejte otázku č. 10



**10.) Uznání a ocenění mně nejvíce schází od:**

- a) staniční sestry
- b) vrchní sestry
- c) lékaře
- d) kolegyně
- e) pacientů
- f) příbuzných pacientů
- g) vlastní rodiny a přátel
- h) jiné (uveďte prosím).....  
.....  
.....  
.....

**11.) Myslíte si, že máte vhodné charakterové předpoklady pro péči o terminálně nemocné?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12.) Myslíte si, že máte dostatek teoretických znalostí pro práci s terminálně nemocnými?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**13.) Objevují se u Vás někdy pochybnosti o Vašich profesionálních schopnostech?**

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku č. 14

Pokud jste odpověděl/a ne, vynechejte otázku č. 14

**14.) O svých profesionálních schopnostech pochybujete:**

- a) pokaždé, když jsem v práci
- b) často
- c) občas
- d) zřídka

**15.) Myslím si, že jsem vyrovnán/a se svojí vlastní smrtí a smrtelností.**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nepřemýšlel/a jsem o tom

**16.) Myslím si, že absolventi středních zdravotnických škol jsou nedostatečně připraveni na práci s umírajícími pacienty.**

- a) ano, jsou nedostatečně připraveni
- b) ne, jsou připraveni dostatečně
- c) nevím

**17.) Myslím si, že absolventi vyšších odborných škol zdravotnických nebo vysokých škol jsou nedostatečně připraveni na práci s umírajícími pacienty.**

- a) ano, jsou nedostatečně připraveni
- b) ne, jsou připraveni dostatečně
- c) nevím

**18.) Uveďte prosím 3 nejdůležitější vlastnosti, které by podle Vás měla mít sestra pracující s terminálně nemocnými.**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

**19.) Pozorujete na sobě nějaké negativní známky, které se objevují v souvislosti s péčí o terminálně nemocné?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku č. 20

Pokud jste odpověděl/a ne nebo nevím, vynechejte otázku č. 20

**20.) Popište prosím, jak negativně se na Vás podepisuje práce s umírajícími. (Pokud Vám nebude stačit prostor, můžete psát na poslední stranu dotazníku.).....**

.....

.....

.....

.....

**21.) Domníváte se, že práce s terminálně nemocnými má na Vás také pozitivní vliv?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku 22

Pokud jste odpověděl/a ne nebo nevím, vynechejte otázku č.22

**22.) Popište prosím, jak pozitivně Vás ovlivňuje práce s terminálně nemocnými. (Pokud Vám nebude stačit prostor, můžete psát na poslední stranu dotazníku.).....**

.....

.....

.....

.....

**23.) Je na oddělení k dispozici psycholog nebo kněz?**

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, přejděte na otázku č. 24

Pokud jste odpověděl/a ne, přejděte na otázku č. 25

**24.) Využíváte Vy osobně služeb psychologa nebo kněze v rámci zachování dobrého duševního zdraví?**

- a) ano
- b) ne

**25.) Pokud by byl na oddělení psycholog nebo kněz, využil/a byste jeho služeb?**

- a) využil/a bych služeb psychologa nebo i kněze
- b) využil/a bych služeb psychologa, ale ne kněze
- c) využil/a bych služeb kněze, ale ne psychologa
- d) nevyužil/a bych služeb ani psychologa, ani kněze

**26.) Pokud by byl někdo Vám blízký v terminální fázi života, jaké vlastnosti by měla mít o něho pečující sestra? Napište prosím 3 nejdůležitější vlastnosti.**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

**27.) Jak se právě teď cítíte?**



Zde máte prostor k vyjádření jakýchkoliv dalších vlastních názorů.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

## PŘÍLOHA P II:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

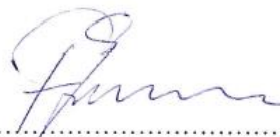
### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

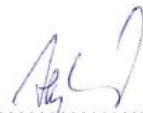
|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné                             |
| Pracoviště                | Onkologické oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati               |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14. 11. 04

  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

Bc. M. Heilmánková  
nám. oš. ošetrovatelské péče  
Krajská nemocnice T. Bati a.s.  
Zlín

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA P III:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

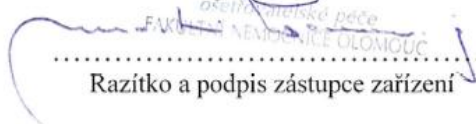
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné                             |
| Pracoviště                | Onkologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc                   |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 2. 1. 2009.....

  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

  
.....  
Bc. Martin ŠAMAJ  
manažer  
ošetrovatelské péče  
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz



## PŘÍLOHA P IV:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné                             |
| Pracoviště                | Hemato-onkologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc            |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 7.1.2008.....

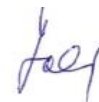
  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

Bc. Martin ŠAMAJ  
manažer  
ošetrovatelské péče  
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA P V:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

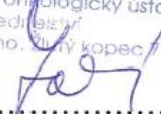
|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester   |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné                               |
| Pracoviště                | Klinika komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu |
| Datum                     | 14.2. 2008 – 4.3.2008  |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14.2.2008.....

  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

Masarykův onkologický ústav  
ředitelství  
656 53 Brno, Jarmila Kopečná

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz



## PŘÍLOHA P VI:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

*Yal*


### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.


|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester                         |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné   |
| Pracoviště                | Oddělení anesteziologie a onkologické intenzivní péče<br>Masarykova onkologického ústavu |
| Datum                     | 14.2. 2008 – 4.3.2008  |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14.2.2008.....


  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

Masarykův onkologický ústav  
Ošetrovatelství  
656 535 900, Žlutý kopec 7

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

## PŘÍLOHA P VII:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | Jarmila Kopečná  |
| Téma bakalářské práce     | Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester |
| Skupina respondentů       | Sestry pečující o terminálně nemocné                             |
| Pracoviště                | Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně                   |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 11.1.08

  
.....  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu zdravotnických studií

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

 Charita<sup>®</sup>  
Česká republika  
DIECÉZNÍ CHARITA BRNO  
OBLASTNÍ CHARITA RAJHRAD  
DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA  
Hrádkova 47, 664 61 Rajhrad, IČO: 449 90 260  
tel: 565 629 210, fax: 565 629 247