

Diskomfort sester při péči o umírajícího pacienta

Lucie Pelikánová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Pelikánová**
Osobní číslo: **H14199**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Diskomfort sester při péči o umírajícího pacienta**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a analýza prací k danému tématu.
Vymezení pojmů a teoretických východisek se zaměřením na diskomfort sester.
Příprava metodiky empirické části výzkumné práce.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení, interpretace a prezentace získaných dat.
Shrnutí získaných výsledků a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.

MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

O'CONNOR, Margaret and Sanchia ARANDA. Palliative care nursing: a guide to practice. 2nd ed., rev. and rewritten. Melbourne: Ausmed Publications, 2003. 388 s. ISBN 978-0-9577-9884-7.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 28.2.2014


.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na diskomfort sester, které pečují o umírající pacienty. Cílem práce je zjistit, jak jsou tyto sestry ovlivněny po stránce psychické, fyzické a sociální. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část objasňuje a vymezuje základní pojmy dané problematiky. První kapitola v teoretické části práce se věnuje diskomfortu, druhá kapitola pojednává o umírání a třetí nastiňuje podstatu paliativní péče. Praktická část se zaměřuje na kvantitativní výzkum a jeho realizaci pomocí dotazníků pro sestry v Uherskohradištské nemocnici. Výsledky výzkumu jsou zpracovány a vyhodnoceny tak, aby mohly být využity v praxi.

Klíčová slova: Diskomfort, stres, umírání, paliativní péče, hospic

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the discomfort of nurses who take care of dying patients. The aim of the thesis is to find out how these nurses have been influenced psychologically, physical and social. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part clarifies and defines the basic concepts of given problems. The first chapter in the theoretical part deals with discomfort, the second chapter deals with dying and the third outlines the nature of palliative care. The practical part focuses on quantitative research and its implementation through questionnaires for nurses in hospital Uherské Hradiště. The research results are processed and evaluated so that they can be used in practice.

Keywords: Discomfort, stress, dying, palliative care, hospice

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za její odborný přístup a vedení. Její vstřícnost a cenné rady mi velmi pomohly při zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem sestřám, které se účastnily výzkumu, a mé rodině za jejich podporu v průběhu mého studia.

Motto:

*„K narození patří smrt“, „K nádechu patří výdech“, „K dávání patří přijímání“,
„K výkonu patří odpočinek“, „K bezpečí patří osamělost“, „K napětí patří uvolnění“*

Čínská moudrost

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DISKOMFORT	13
1.1 STRES	15
1.1.1 Druhy stresu	16
1.1.2 Stres ve zdravotnické profesi	16
1.1.3 Reakce organismu na stres	17
1.1.4 Negativní důsledky stresu	18
1.1.5 Zvládání stresových situací	19
2 UMÍRÁNÍ.....	21
2.1 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	23
2.2 SMRT.....	24
2.3 KLINICKÉ PROJEVY UMÍRÁNÍ.....	25
2.4 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	25
2.4.1 Zásady péče	27
2.4.2 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou	29
2.4.3 Péče o zemřelého.....	29
3 PALIATIVNÍ PÉČE	31
3.1 DRUHY PALIATIVNÍ PÉČE.....	33
3.2 HOSPIC.....	34
3.2.1 Druhy hospicové péče	35
3.2.2 Vybrané části z historie i současnosti hospiců	36
3.3 ORGANIZACE DOMÁCÍ PÉČE.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
4 VÝZKUM A JEHO CHARAKTERISTIKA	41
4.1 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE HYPOTÉZ.....	42
4.2 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	43
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	45
6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	69
7 DISKUZE	75
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	77
ZÁVĚR	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	84
SEZNAM GRAFŮ	85
SEZNAM TABULEK.....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Status všeobecné sestry v naší zemi znamená určitou prestiž. Péče o nemocné je sice velmi prospěšná, ale určitě není snadná. Bezpochyby se jedná o jedno z nejnáročnějších povolání vůbec a nese s sebou mnohé obtíže. Každá sestra plní několik rolí, které se mění podle potřeb pacienta. Sestra je pečovatelkou a poradkyní, ke které se pacienti nejčastěji obrací se svým strachem, problémy, otázkami a svěřují ji důvěrné informace. Jedná se spíše o poslání než povolání, které vyžaduje mnoho, ale také mnoho dává, a proto jej nemůže vykonávat každý. Kvalifikovaná sestra by měla splňovat určité požadavky na vzdělání, povahové rysy, schopnosti, dovednosti, psychické a fyzické vlastnosti. Sestra by měla dokázat nemocnému poskytnout tu nejlepší a nejkvalitnější péči. Sesterskou profesi by měly vykonávat jen osoby, které chtějí pomáhat a pečovat o nemocné. Nutné jsou nejen odborné vědomosti, ale i praktická zručnost, velká přizpůsobivost, komunikační schopnosti, určitý lidský přístup a cítění. I když mají sestry dobré společenské postavení a jsou většinou vnímány v pozitivním slova smyslu, je tato profese stále po mnoha stránkách nedoceněná.

Motto, které jsme pro naši práci zvolili, vychází z čínské moudrosti a vystihuje podstatu naší bakalářské práce. Citát propojuje narození se smrtí, a námahu s odstraněním napětí, spojuje umírající pacienty a zátěž sester, kterými se v naší práci zabýváme. Péči o umírající pacienty můžeme vnímat z mnoha aspektů. Důležitá hlediska zahrnují prospěšnost, náročnost a emoční vypjetí. V každém případě se ale jedná o zátěž, jež může u sester způsobit stres a vyvolat nejen diskomfort.

Naše bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, za cíl si klade zjistit, zda péče o umírajícího ovlivňuje diskomfort sester. Do teoretické části práce zahrnujeme tři hlavní kapitoly s názvy diskomfort, umírání a paliativní péče. Naším záměrem bylo definovat dané pojmy, objasnit jejich problematiku a prohloubit znalosti v těchto oblastech. V první kapitole se věnujeme diskomfortu sester a stresu. Způsoby zvládnutí stresové situace popisujeme v závěru první kapitoly. Cílem druhé kapitoly bylo objasnit fenomény umírání a smrti a obsáhnout téma péče o umírající. Seznámit s paliativní, hospicovou a domácí péčí je naším záměrem v poslední kapitole teoretické části. V praktické části se věnujeme charakteristice výzkumu, stanovení výzkumných cílů a hypotéz. V rámci výzkumu se zabýváme výzkumným vzorkem a technikou sběru dat, na jejichž základě bude probíhat organizace a následná realizace výzkumného šetření. V závěru praktické části získaná data

analyzujeme a vyhodnocujeme. Naším záměrem je, aby získané poznatky mohly být využity v praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DISKOMFORT

Tato bakalářské práce se zabývá diskomfortem sester v souvislosti s péčí o umírající. V teoretické části vycházíme z literatury domácí, zahraniční i cizojazyčné, která se vztahuje k hlavním tématům a dané problematice práce. První kapitola v teoretické části práce pojednává o diskomfortu a jeho projevech u sester. Pojem diskomfort sice není velmi známý ani používaný, nicméně se jedná o stav, který může ve velké míře ovlivnit práci sestry, ohrozit její zdraví a také zdraví pacienta. Jedná se o stěžejní téma v naší práci, zaujímá tedy místo v první kapitole. Nezbytnou součástí v kapitole diskomfortu je stres, protože stres s diskomfortem sester úzce souvisí. Stres se často vyskytuje v životě každého a tím spíše při práci sester. V souvislosti s tím se v této kapitole snažíme objasnit pojem stres, rozpoznat jeho druhy a možné příčiny. Dále se zaměřujeme hlavně na projevy stresu u sester, na jeho negativní důsledky a na metody zvládnání stresu, které by měla znát každá sestra. Hlavním zdrojem informací o diskomfortu sester byl rukopis práce zapůjčený Janou Kutnohorskou.

Diskomfort neboli nepříjemný pocit, pochází z anglického slova „discomfort“, které můžeme rozdělit na předponu dis - znamenající zápor a slovo komfort - neboli pohodlí. Jde tedy o subjektivní (vlastní) pocit nepohodlí, kdy je z nějakého důvodu narušena naše psychická, tělesná a sociální pohoda. Diskomfort bývá vyvolán stresovým podnětem, situací, kdy jsme ve stresu. Náš komfort je tedy ovlivněn určitou zátěží, kterou dělíme podle rozsahu a míry jejího působení, podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16; Střelcová, 2016, s. 14).

Diskomfort může postihnout kohokoliv a kdykoliv nezávisle na čase. Tento nepříjemný pocit se nevyhýbá žádnému povolání, výjimkou tedy není v žádném případě ani sesterská profese, u které můžeme mluvit o téměř neustálém pocitu diskomfortu. Samotné prostředí nemocnice může být vnímáno nejen pacienty, ale i sestrami jako stresující, zvláště pak je-li na pracovišti nepříjemná atmosféra. Atmosféra a celkový chod oddělení jsou ve velké míře ovlivněny všemi členy zdravotnického týmu. Zdravotnický kolektiv může být problémový a konfliktní a jeho členové pak mohou pociťovat velkou míru nepohody. Povolání zdravotní sestry je náročné a nese s sebou velkou zodpovědnost. Sestry jsou často vystaveny nej-různějším stresovým situacím v průběhu celého dne. Součástí sesterské profese, kromě jiného, je i péče o umírající pacienty. Umírání a smrt jsou nedílnou součástí našeho života tak, jako jsou umírající pacienti součástí téměř každého oddělení. Na některých pracoviš-

tích se těžce nemocní vyskytují ve větší míře a péče o ně je velmi specifická, vyžaduje velmi dobré profesní schopnosti a určité osobnostní předpoklady pečující sestry.

Péče o těžce nemocného (umírajícího) pacienta představuje pro sestry velkou psychickou zátěž, způsobenou neustálými stresovými situacemi, se kterými se musí vyrovnávat. Největší zátěží na psychiku a zároveň nejvyhrocenější stresovou situací, se kterou je každá sestra přímo konfrontována, pak je úmrtí pacienta. Je prokázáno, že syndrom vyhoření¹ hrozí mnohonásobně méně u sester, které jsou v kontaktu s umírajícími jen minimálně nebo vůbec. Avšak takových sester je velmi málo (většinou pracují na ambulancích), a proto by měla být každá sestra informována o negativních důsledcích velké psychické zátěže, jako je například syndrom vyhoření. V rámci jeho prevence je pro každou sestru zásadní dostatek veškerých informací (o předcházení onemocnění), a to dříve, než se objeví a dojde k ohrožení zdraví sestry nebo pacienta. K nejčastějším projevům syndromu vyhoření všeobecně patří snížení až ztráta všech zájmů, radosti, smyslu života, ztráta energie, ideálů a vytváří se negativní postoj k profesi (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16; Střelcová, 2016, s. 25).

Nepříjemný pocit, ke kterému velmi často dochází při péči o těžce nemocné, je vyvolán stresovými situacemi, které nejčastěji zahrnují sdělení špatné zprávy umírajícímu nebo situace, kdy je sestra vystavena zármutku a hněvu projevovaného pacientem a jeho rodinou. K dalším stresovým situacím můžeme zařadit zpochybnění vlastní osoby (toho, čemu sama sestra věří) a selhání léčby nebo smrt pacientů, se kterými sestra navázala bližší vztah. Vznik diskomfortu způsobují tedy faktory, ke kterým řadíme komunikaci sestry s rodinou umírajícího a také fyzickou a psychickou náročnost péče o umírajícího. Mezi jednoznačně nejvíce stresující a vyčerpávající faktory patří komunikace s umírajícím těsně před smrtí a komunikace s rodinou zemřelého. Rodina zemřelého potřebuje útěchu a citovou podporu. Nejčastěji se s žádostí o pomoc obrací právě na sestru, která by jim ji měla umět poskytnout (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

K projevům diskomfortu u sester, které jsou vystaveny velké zátěži (stresu), může patřit sociální izolovanost, nadměrné zabývání se nedůležitými věcmi (fyzickým zjevem) nebo neschopnost projevit své pocity. Mezi psychické příznaky zahrnujeme uzavřenost, podrážděnost, úzkostnost, únavu a náhlé změny nálady. Fyziologické projevy diskomfortu jsou

¹ Syndrom vyhoření – neboli vyprahlost, je profesionální selhávání na podkladě vyčerpání, způsobeného zvyšujícími se pracovními požadavky (Střelcová, 2016, s. 25).

takové příznaky stresového stavu, které ovlivňují fyzickou výkonnost a celkový tělesný stav. Nejčastější fyziologické příznaky (navozující u sester diskomfort) jsou zrychlený pulz, palpitace (bušení srdce), bolest na hrudi, silné bolesti hlavy (vycházející z oblasti krční páteře), bolest v kříži, napětí svalů, křeče břicha, časté průjmy, nucení k močení, plynatost, vyrážka, změny menstruačního cyklu a zapomínání. Sestry také mohou pociťovat nechutenství nebo nadměrnou chuť k jídlu a nespavost nebo naopak nadměrnou spavost (Křivohlavý, 2010, s. 23 - 24; Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

1.1 Stres

Překlad anglického slova „stress“ znamená zátěž, tlak nebo nápor. Stres je tedy nespecifická obranná reakce organismu na zátěž, při které je vždy narušena vnitřní rovnováha člověka. Stres má mnoho podob a většinou je chápán jako stav, kdy není něco v pořádku (Venglářová, 2011, s. 47 - 48).

Stres můžeme také definovat jako vnitřní psychosomatický stav, který vzniká na základě vnějších faktorů, stresorů v určitém momentu. Stresorem rozumíme stresový podnět, který vyvolává stres, může jít o chemickou nebo fyzikální látku, o ohrožení vlastní existence, anebo se jedná o jinou psychickou zátěž. Žádná ustálená ani jednotná definice pro stres neexistuje, protože by nedokázala vystihnout a obsáhnout všechny znaky stresu, které výrazně přesahují hranice vědních oborů (Bartošíková, 2006, s. 7; Škorpíková, 2012, s. 12).

Vlivem stresu dochází v našem těle k vegetativním změnám, které zahrnují zejména produkci hormonů, zvýšenou aktivitu sympatiku a endokrinní změny. Mluvíme tedy o biologicko-fyziologických adaptačních mechanismech, psychických změnách a procesech, které mohou být pojmenovány jako zvládací způsoby. Mezi nejčastější projevy psychických změn patří napětí, vnitřní vzrušení a zvýšená emoční citlivost. Adaptační mechanismy jsou strategie, které využíváme k přizpůsobení se určité zátěžové situaci a při jejich selhání vzniká stresový stav (Bartošíková, 2006, s. 7 - 8).

Hlavní příčinou stresu může být velké množství náhlých změn nebo cokoliv, co vyvolá nervozitu a hněv. Nadměrné působení stresu má velmi negativní vliv na lidské zdraví a může vést k mnoha závažným důsledkům. Působení stresu, a to jak člověka ovlivňuje, závisí na nárocích a schopnostech, které jsou na něj kladeny (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

Stresové události vyvolané zátěží často nemůžeme ovlivnit ani předvídat, přesahují hranice našich schopností a vnitřních konfliktů. Je prokázáno, že již samotné očekávání stresu u

sester vyvolává zvýšení hladiny kortizolu ve slinách, jedná se o fyziologickou reakci organismu na stresový podnět (Škorpíková, 2012 s. 12).

1.1.1 Druhy stresu

Stres může působit stimulačně a umožnit překonání náročné situace, nebo může dosáhnout vysoké úrovně a vyvolat pocit strachu a hněvu. Člověk se určité míře stresu dokáže přizpůsobit. Existují dva druhy stresu s opačnými účinky na organismus, jedná se o eustres a distres. Eustres má pozitivní, příznivé účinky na organismus, vyvolává radostné, emocionálně příjemné pocity a dodává aktivní energii. Tento druh stresu sice vyvolává přetížení, ale v pozitivním smyslu slova, je pro člověka vítaný, například prožívání svatby. Stres, který se vyskytuje ve větší míře a je charakterizován negativním pocitem s nepříznivými až destruktivními účinky na organismus se nazývá distres. Vyskytuje se, pokud přetížení člověka v dané situaci, výrazně převyšuje jeho možnosti (Křivohlavý, 2010, s. 25; Škorpíková, 2012 s. 12; Venglářová, 2011, s. 49).

Frustrace je stav, kdy dochází k pocitům zklamání, zmaření, a kdy není dosaženo stanoveného cíle v důsledku určitých překážek. Silná frustrace vzniká při chronickém neuspokojování potřeb a může být chápána jako stres. Deprivace neboli strádání úzce souvisí s frustrací, jedná se o nedostatek smyslových nebo citových podnětů (Venglářová, 2011, s. 49).

1.1.2 Stres ve zdravotnické profesi

Práce sester ve zdravotnictví je specifická a přináší větší míru stresu na rozdíl od jiných profesí. Tato profese vyžaduje velké nasazení a zodpovědnost sester. Jsou při ní kladeny vysoké nároky na kvalitu poskytované péče. Jedná se o velmi stresogenní povolání také proto, že zaměstnanci mohou jen minimálně ovlivnit povahu práce a její tempo. Nadměrná zátěž je častým důvodem odchodu ze zdravotnictví. Sestry při výkonu své profese čelí jistým rizikům. Jedná se například o vysoké riziko pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění, chybných rozhodnutí, nebo chybného provedení výkonů. Neustálá zátěž a stres může časem způsobit pokles produktivity práce a narušení až poškození zdraví (Bartošíková, 2006, s. 10).

Sestry jsou v rámci své profese denně vystaveny celé řadě stresujících podnětů, stresorů o různé intenzitě a frekvenci. Je nezbytné, aby se sestra naučila tyto stresory efektivně zvlá-

dat a dokázala se s nimi vyrovnat. Stresory jsou negativní faktory v našem životě, které u nás vyvolávají stres, navozují pocit ohrožení, ztráty sebekontroly a strach z toho, co se stane. Stresor, který působí na sestry dlouhodobým účinkem, je například zodpovědnost za pacienta. Krátkodobým stresorem může být pro sestru akutní bolest pociťovaná pacientem. Ze zdravotního hlediska patří sesterská profese ke dvanácti nejvíce stresujícím a nejrizikovějším povoláním vůbec. Zdravotnictví dlouhodobě vede ve výskytu nemocí z povolání, hlavně z důvodu celkového zatížení pracovníků (Bartošíková, 2006, s. 10; Střelcová, 2016, s. 23 - 24; Škorpíková, 2012, s. 12 - 13).

Zátěže, které působí při výkonu práce na sestru, můžeme v první řadě rozdělit na fyzikální, chemické a fyzické:

- Velké riziko infekcí.
- Zatížení páteře, svalů a kloubů (při zvedání a polohování pacientů).
- Narušený spánek v důsledku nočních služeb.
- Hluk, radiační záření a kontakt s léčivými přípravky.
- Nedostatek času na pravidelné stravování a dodržování pitného režimu.
- Statické a dynamické zatížení (stání a přecházení během celého dne v práci).
- Vystavování nepříjemným podnětům (zápach, otevřené rány, proleženiny, tělní výměšky).

V druhé řadě zátěže členíme na sociální, emocionální a psychické:

- Nároky na paměť, pozornost a vzdělávání sestry.
- Zodpovědnost za následky své práce a nutnost rychlého reagování na změny a požadavky (časté střídání jednotlivých činností).
- Schopnost improvizace, rychlého a samostatného rozhodování.
- Setkávání s mnoha emocemi, bolestí, utrpením a smrtí.
- Zacházení s intimitou pacientů a komunikace s jejich rodinou.
- Konfrontace s vlastními hodnotami, postoji a rolemi (Bartošíková, 2006, s. 10 - 12).

1.1.3 Reakce organismu na stres

Počátečním stavem (pocitem) našeho organismu je určitá nejistota. Z této nejistoty se utváří stres, stresová reakce podobně jako i u jiných zdravotních problémů. Každý organismus je individuální, na každého člověka může stres působit jinak a také se jinak projevovat. Příznaků stresu může být mnoho a mohou být různého druhu. Proto vytvořila Světová

zdravotnická organizace (WHO) ustálený seznam nejčastějších příznaků na základě dohody o tom, co je pro stres příznačné. Příznaky stresového stavu rozdělujeme do tří hlavních skupin, které zahrnují příznaky fyziologické, behaviorální (chování) a psychologické (Křivohlavý, 2010, s. 22 - 24).

Fyziologické příznaky stresového stavu narušují náš tělesný stav a pohodu. Fyziologické příznaky zahrnují nadměrné pocení, poruchy zažívání, průjemy, zácpy, změny v příjmu potravy, nechutenství, nevolnost, sucho v ústech, časté močení, neklid a nervozitu. K dalším stresovým příznakům postihující naše tělo patří bolest končetin, svalů, bolesti hlavy (migrény), nepravidelná srdeční činnost, nepříjemný pocit na hrudi, zrychlené dýchání (tachypnoe), slabost, malátnost a nesoustředěnost (Křivohlavý, 2010, s. 23 - 24; Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

Mezi příznaky stresového stavu projevující se v naší psychice a duševním životě patří strach, zvyšující se podrážděnost, frustrace, častá plačtivost, změny nálad, neustálý pocit vlastní neschopnosti. Pociť duševního vyčerpání řadíme k dalším psychickým příznakům, stejně jako neschopnost rozhodovat se, úzkostnost, konfliktní jednání, neschopnost radovat se, omezování kontaktu s lidmi, strach ze smrti a panický strach ze společenského selhání (Křivohlavý, 2010, s. 23; Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

Behaviorální příznaky stresu jsou takové projevy, které se objevují v jednání a chování lidí. Je to například změněný denní rytmus (problémy se spánkem a usínáním), pozdní vstávání s pocitem únavy, nejistota při volbě z více možností, nerozhodnost a nepozornost. K dalším behaviorálním projevům řadíme pesimistický pohled na život, bédování, změny ve výživě (nadměrný příjem jídla nebo ztráta chuti), snaha vyhnout se zodpovědnosti, nechut' do práce, zhoršení kvality práce, zvýšené užívání alkoholu a tabáku (Křivohlavý, 2010, s. 22 - 23; Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

1.1.4 Negativní důsledky stresu

Stres je podnět či spouštěč, který způsobuje téměř každé onemocnění. Tyto onemocnění mohou být zahrnuty pod pojmem psychosomatické. Stres vyvolaný u osob s kardiovaskulárním (srdečně-cévní) onemocněním může urychlit srdeční selhání, arytmií (poruchu rytmu), infarkt myokardu a srdeční mrtvici. Stresový stav negativně ovlivňuje a působí na více tělních systémů. U kardiovaskulárního systému se jedná o vývoj koronárních chorob a vznik a vývoj vysokého tlaku (hypertenze). V souvislosti s činností našeho imunitního sys-

tému stres způsobuje zvýšenou únavu, lhostejnost a sníženou odolnost našeho těla k nemocem. V rámci dýchání podporuje stres vznik astmatu, zvýšenou dechovou ventilaci a nedostatečnost. Negativní vliv stresu můžeme dále pozorovat na našem zažívání, střevech a žaludku. Stres způsobuje žaludeční vředy, zvracení a syndrom dráždivého střeva. V souvislosti s naším svalovým systémem stresový stav vyvolává silné bolesti hlavy, bolesti v zádech a za krkem. Mezi další důsledky stresu můžeme zařadit i časté nucení na močení, impotenci a organistické dysfunkce (Křivohlavý, 2010, s. 26; Venglářová, 2011, s. 61).

1.1.5 Zvládání stresových situací

Při zvládání stresové situace se uplatňuje určité jednání a chování. Jedná se o činnosti, pro které se rozhodneme a naše postupy, které uplatňujeme, pokud jsme vystaveni stresu. Naše cíle při zvládání stresu mohou být odlišné, například zachování duševního klidu, snížení zátěže, zlepšení regenerace po stresu nebo zachování pozitivního vnímání vlastní osoby. Strategie, které nám pomáhají zvládnout stresovou situaci a udržují naše fyzické a emocionální zdraví, zahrnují podporu a respekt ve zdravotnickém týmu, otevřenou komunikaci, stanovení realistických cílů, společné rozhodování a zodpovědnost v rámci týmu. Otevřenost k pacientům je také velmi důležitá, stejně jako dostatek času na vlastní odpočinek, zájmy a relaxaci. Ke zvládnutí stresu nám může dále pomoci naše sebeúcta, pocit lásky, humor, empatie, flexibilita, schopnost umět přijmout kritiku a napravit vlastní chybu (Křivohlavý, 2010, s. 27; Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

Strategie zvládání stresu můžeme rozdělit na dva druhy. Jsou to strategie zaměřené na řešení problému a strategie zaměřené na emocionální stav (Křivohlavý, 2010, s. 29 - 30).

Strategie zaměřené na řešení problému využívají naši schopnost přemýšlet a schopnost řešit překážky. Uplatňují se strategické postupy jako sebeovládání, hledání pozitivní stránky problému, hledání pomoci a opory u druhých. K dalším strategickým postupům patří odpoutání se od probíhajícího děje, přijetí zodpovědnosti za nastalou situaci, plánování, hledání řešení nebo snaha utéct (Křivohlavý, 2010, s. 29 - 30).

Strategie, které jsou zaměřené na emocionální stav, realizujeme již v našem dětství. Patří k nim strategie útěku, hledání útočiště nebo využívání uklidnění v náručí. V dospělosti jsou to hlavně relaxační, uvolňující postupy, které se dělí na samovolnou a diferencovanou relaxaci. Samovolnou relaxací se rozumí spontánní děj, ke kterému dochází bez našeho vě-

domí a úsilí při spánku, díky odpočinku. Diferencovaná, záměrná relaxace je navozena vlastní vůlí. Záměrná relaxace zahrnuje například procházku, při které se odpoutáváme od starostí a problémů, cítíme se uvolněně. Pomocí ovládní našeho dýchání můžeme také relaxovat, stejně jako při střídavém uvolňování a napínání určitých (například obličejových) svalů. Dále je to ventilace našich emocí pomocí rozhovoru, vypovídání se nebo psaní. Mezi nejpoužívanějších klasické relaxační cvičení patří autogenní trénink. Tento trénink využívá principu uvolňování svalů, autosuggestivního vytváření představ, ovládní vnitřních orgánů, citové koncentrace a navozování pravidelného dýchání a klidu. Relaxace může pro každého člověka znamenat něco jiného a každému může vyhovovat a být pro něj přínosná jiná uvolňující metoda (Křivohlavý, 2010, s. 30 - 42).

Strategie zvládní stresu, které zahrnují užívání návykových látek, agresivitu a úniky označujeme jako nevhodné. Jedná se o neefektivní až nebezpečné strategie. Mezi nejčastěji užívané návykové látky patří alkohol, tabák a káva, které zvyšují riziko srdečně-cévních onemocnění. Jedinci, kteří využívají agresivní strategie, obviňují všechny ve svém okolí. Snaží se tímto způsobem řešit situaci, ale výsledkem je spíše úbytek sociální podpory. Sociální podpora je velmi důležitá pro zvládnutí zátěže a proti vyhoření. Únik od problému je také krátkodobou a neúčelnou strategií (Střelcová, 2016, s. 24).

2 UMÍRÁNÍ

Ve druhé kapitole se budeme zabývat umíráním, umírajícími a smrtí. Pojem umírání je v této kapitole stěžejní, neboť péče o umírajícího úzce souvisí s diskomfortem sester, který byl objasněn v předešlé kapitole. Cílem této kapitoly je tedy vymezení pojmu umírání, definování umírajících osob, popsání projevů umírání a seznámení se s fázemi umírání. Dále se snažíme také pojmut smrt z různých úhlů pohledů. Zabýváme se problematikou péče o umírající a komunikací s umírajícími, která je důležitou součástí péče. V závěru kapitoly se věnujeme některým aspektům péče o zemřelého. Tato péče je nezbytná při konečném vyústění smrtelné choroby a je úlohou sestry postarat se o tělo mrtvého.

Umírání, jehož jediným výsledkem může být jen smrt, označujeme jako terminální stav. Smrt samotná je přirozenou součástí života, které se nikdo nevyhne a do kontaktu s ní přijde dříve nebo později každý člověk. V průběhu našeho života se setkáváme se smrtí blízkých členů rodiny, známých nebo o smrti slyšíme neustále z různých medií. Smrt postihuje hlavně lidi ve stáří, u nich ji můžeme očekávat, protože je dána přirozeným vývojem života. Smrt se ale neřídí žádnými pravidly, není závislá na věku (postihuje i děti). Na pojmy jako je umírání a smrt můžeme nahlížet z mnoha různých úhlů pohledů. Pro každého člověka znamenají něco jiného a každý se s nimi může vyrovnávat jinými způsoby. Umírající pacienti se vyskytují téměř na každém oddělení. Jedná se především o oddělení interního typu a specializované pracoviště dlouhodobě ležících. Nemocnice jsou nejčastějším místem, kde zakončí svůj život většina umírajících. Péče o umírající pacienty je velmi speciální, náročná a vyžaduje velké zapojení sester. V konečné fázi života potřebuje každý člověk více než kdykoliv jindy, aby byly jeho potřeby naplněny. Sestry musí zajistit uspokojování nejen základních (fyziologických) potřeb pacientů, ale i potřeb vyšších. Vyšší potřeby, ke kterým řadíme potřeby bezpečí, úcty a sounáležitosti, jsou pro umírající velmi důležité. Těžce nemocní pacienti potřebují cítit podporu rodiny, lásku a vlastní důležitost. Umírání je velmi citlivé téma a souvisí s ním mnoho etických aspektů a otázek.

Umírání a smrt jsou součástí života. Jedná se o jisté jevy, které jsou našim údělem. Můžeme na ně nahlížet z medicínského, psychologického, etického, sociálního nebo filozofického hlediska. Záchrana lidského života a otázka jeho prodloužení je podstatou biomedicínského výzkumu. Naše myšlení, chápání hodnot, vzorce chování a přístup společnosti ke smrti a umírání ovlivňuje kultura. Důležitou součástí kultury naší společnosti jsou rituály a zvyklosti. V souvislosti se smrtí je takovým rituálem pohřeb. Nikdo z nás neví, kolik času

mu ještě zbývá, a kdy ho smrt dostihne. Součástí umírání je loučení se s blízkými lidmi a se vším, co pro člověka bylo důležité, a co měl rád. Z filozofického hlediska jsou časté úvahy o smrti a konci života. Smrt nemusí být konečným stavem, ale může umožnit přeměnu v jinou existenci. Víra v posmrtný život, ať už je jeho forma jakákoliv, je součástí mnoha vyznání a pro mnoho lidí znamená určitou naději. Umírání můžeme označit jako proces vedoucí ke smrti (Kutnohorská, 2007, s. 70 - 74).

Umírání zahrnuje etapy, které rozdělujeme na pre finem, in finem a post finem. První období pre finem nastupuje při zjištění těžké nemoci, jejíž předpokládaný průběh je neslučitelný se životem. Smrt je velmi pravděpodobná a nemocný si to uvědomuje, ale zároveň se tuto skutečnost snaží vytěsnit. Období pre finem může trvat týdny až měsíce, závisí na dané chorobě a na fyzickém, psychickém a sociálním stavu nemocného. Proces umírání dále zahrnuje období in finem neboli terminální stav. Tento pojem je užíván hlavně lékaři. Jedná se o období, kdy již není možné nijak zlepšit pacientův stav pomocí žádných dostupných léčebných metod. Ve fázi in finem nastává smrt. Post finem je období, kdy se uplatňuje péče o tělo mrtvého a kdy je nutná šetrná a citlivá péče o jeho blízké (Kutnohorská, 2007, s. 74 - 75).

Terminálním stavem se rozumí vlastní umírání, jde o hodiny, dny až týdny. V našem těle postupně selhávají funkce a orgány, které jsou pro člověka životně důležité. Jedná se o nevratné změny, jejichž výsledkem je smrt člověka (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 435).

Konečná fáze lidského života není pouze patofyziologický proces. Umírání má svou sociální, psychologickou a spirituální dimenzi. Patofyziologické změny, které probíhají v organismu, zahrnují nevratné selhávání dýchání, tělního oběhu a metabolismu. Terminální stav může nastat náhle z plného zdraví při cévní mozkové příhodě, těžkých úrazech, akutním infarktu srdeční svaloviny nebo vlivem jiných příčin. Častěji, ale tento stav vzniká po prožitém životě, vyústěním pokročilé choroby, například metastazujícího karcinomu (Sláma et al., 2007, s. 301).

Cílem léčby v terminální fázi není za každou cenu oddálit smrt, ale umožnit důstojný a klidný odchod nemocného. Vlivem těžkého selhávání jednoho nebo více tělních systémů pociťuje umírající velký diskomfort, který se snažíme minimalizovat (Sláma et al., 2007, s. 29).

Umírání je často vnímáno pouze jako záležitost lékařů a sester, protože většina těžce nemocných tráví své poslední chvíle v nemocnici. V nemocnici je umírajícím poskytována profesionální péče, která vychází z nejmodernějších léčebných postupů. Dnešní lékaři se pomocí moderní medicíny snaží, co nejvíce oddálit smrt pacienta. Mnoho pacientů, ale kvůli tomu umírá o samotě, i když jsou obklopeni zdravotnickým personálem (Kutnohorská, 2007, s. 71 - 72).

2.1 Fáze umírání

Každé nádorové onemocnění se charakteristicky vyvíjí. Zhoubné onemocnění způsobuje nejen chorobné změny v organismu, ale ovlivňuje i naši psychiku. Podle autorky Elisabeth Kübler-Rossové vyvolává příchod vážné nemoci zákonitou, doprovodnou psychickou odezvu nemocného a je velmi důležité, abychom usilovali o jeho celkovou pohodu (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 435).

Fáze umírání bývají v psychiatrii označovány jako obranné mechanismy. Těmito stádii umírání prochází lidé, kteří jsou konfrontováni s tragickými zprávami. Uvádí se, že přes všechny tyto fáze přetrvává u lidí naděje, která jim pomáhá překonat jejich utrpení. Prostor pro naději si ponechávají i pacienti, kteří jsou se svou situací smířeni (Kübler-Ross, 2015, s. 154 - 155).

Těžce nemocní prochází několika fázemi umírání, které zkoumala a popsala lékařka Elisabeth Kübler-Rossová. Jednotlivé fáze seřadila postupně tak, jak jimi obvykle procházejí umírající a jejich nejbližší. Některé fáze však mohou být vynechány nebo se opakovaně vrací a střídají. Fáze umírání také nemusí vždy probíhat postupně dle daného sledu, protože reakce lidí mohou být různé. Chování umírajících je neverbální (mimoslovní) komunikací, která může probíhat pomocí symbolů, náznaků nebo řeči těla. Zvládnutí těžké životní situace je ovlivněno osobností člověka, jeho zkušenostmi a vnějšími okolnostmi. První fází umírání je negace, jedná se o odmítání smrti. Negace začíná s oznámením smrtelné choroby pacientovi, který není připraven. Je v šoku a nechce si tento fakt připustit. Druhou fází je agrese, která se projevuje vzpourou a hněvem. Nemocný má vztek na všechny ve svém okolí, nepřije jim zdraví, vyčítá nespravedlnost. Blízcí nemocného by měli mít pochopení a trpělivost vůči jeho agresivnímu chování. Ve třetí fázi se nemocný snaží vyjednávat, smlouvat s životem, slibuje a hledá nějaké jiné možnosti. Deprese nastupuje ve čtvrté fázi umírání. Objevuje se velký smutek z utrpené ztráty a strach o rodinu. Nemocný zápasí se

smrtí, potřebuje pomoc blízkých, trpělivost, být vyslechnut a respektován. Poslední fází je smíření, období vyrovnání, tichého souhlasu a klidu. Jedná se o období, kdy mizí zájem nemocného a místo slov používá gesta. Ve fázi smíření potřebuje nemocný cítit přítomnost svých blízkých a vědět, že neumírá opuštěný. Umírající nemusí vždy dosáhnout fáze smíření, může rezignovat. Ve tváři nemocných, kteří rezignovali, je výraz duševní trýzně, zahořklosti a pocit chybějícího míru. Smíření pacienti, kteří jsou ve stádiu přijetí pravdy, mají ve tváři osobitý výraz míru a vyrovnanosti. Jedním z cílů sester je pomoc nemocným a rodině přijmout neodvratitelné (Kutnohorská, 2007, s. 72 - 74).

2.2 Smrt

Smrt je jediná jistota, kterou máme již od narození. Jedná se o akt, kterým je ukončen náš život. Není to způsob chování ani jednání, postihuje nás bez vlastního přičinění. Smrti předchází proces umírání. Smrt výrazně ovlivňuje lidské myšlení, protože se jedná o nejvyhrocenější mez lidské existence (Kutnohorská, 2007, s. 70 - 74).

Příčinou smrti se stává nejčastěji jedna nebo více těžkých chorob. Existuje mnoho typů smrti, které závisí na druhu smrtelné nemoci a na medicínské situaci vlivem, které došlo k úmrtí. Mezi nejčastější choroby, jejichž důsledkem je smrt, řadíme zhoubné nádory, nemoci oběhu, dýchání a choroby zažívacího systému. Vnější příčiny jako otravy, těžké poranění a úrazy mohou také zapříčinit smrt (Bártlová, 2005, s. 65).

Podle teorie biologických hodin nastává smrt při naplnění programu života, který je geneticky podmíněn nebo pokud se v určitém čase realizuje takzvaný program smrti. Smrt můžeme rozčlenit na sociální, psychickou a fyzickou. Stav, kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti bez možnosti návratu, označujeme jako sociální smrt. Tato smrt může nastat i u zdravého člověka, nejen umírajícího, vyvázáním z důležitých sociálních vztahů. Smrt psychická usnadňuje nástup fyzické smrti, psychika umírajícího naprosto rezignuje (vzdá se). Umírající velmi silně prožívá pocity zoufalství a beznaděje. Smrt našeho těla se projevuje trvalou a úplnou ztrátou vědomí. Fyzická smrt je tedy definována zástavou funkce mozku (mozkovou smrtí) s následným selháním a smrtí orgánů v těle člověka (Kutnohorská, 2007, s. 74).

Smrti předchází těžké zhoršení klinického stavu umírajícího. Takové zhoršení může způsobit plicní embolie nebo masivní krvácení z krkavice. Ke smrti dochází za několik sekund až minut. Mezi příčiny zhoršení klinického stavu trvající hodiny patří například krvácení

do trávicího traktu. Jaterní encefalopatie může způsobit až několik dní trvající zhoršení, jehož důsledkem je smrt (Sláma et al., 2007, s. 301).

Základní pravdy o smrti můžeme definovat jako obecně známé fakty, které sice přijímáme, ale většinou je již neaplikujeme ve vlastním životě. Příkladem může být tvrzení, že „člověk je smrtelný“. Tato pravda je všeobecně známá, ale téměř nikdo z ní již nevyvozuje logický závěr, že on sám zemře (Křivohlavý, 2002, s. 135).

Dnešní způsob života nabízí stále větší množství požitků, více zábavy, více emocí, více chuti a smrt do tohoto konzumního způsobu života nějak nezapadá. Smrt je totiž většinou chápána jako něco, co nám zdánlivě všechno bere. Tendencí dnešní doby je vidět smysl v užívání si života a ne v jeho žití (Marková, 2010, s. 18).

2.3 Klinické projevy umírání

Jistým příznakem, že nemocný umírá (vstupuje do finální fáze onemocnění), je postupné a celkové zhoršování stavu a zvýrazňování uvedených symptomů. Umírající nedokáže vstát z lůžka, narůstá u něj únava, celková slabost a prodlužuje se doba spánku. Odmítání jídla a tekutin patří mezi další klinické příznaky. Nemocný pociťuje nechutenství, trpí poruchou polykání a sníženou tvorbou moče. Pacienti v závěru života dýchají nepravidelně (chrčivě), často jsou zahlenění, trpí apnoickými pauzami (vynechání dechu), ztrácí zájem, vzdalují se z vnějšího světa, jsou dezorientovaní, neklidní a mohou mít halucinace. Těsně před smrtí se mění vzhled umírajícího, objevuje se facies Hippocratica (propadnutí tváří a zašpičatění nosu), mramorový vzhled kůže a cyanóza (modrofialové zbarvení) na koncích končetin (Sláma et al., 2007, s. 302).

Smrt můžeme zařadit mezi základní mezní situace lidského života. Mezi lékařská kritéria smrti člověka patří zástava dýchání, pokles krevního tlaku, ztráta všech reflexů a reakcí organismu na okolí. Další kritéria pro stanovení smrti jsou ztráta svalových pohybů, ztráta vědomí, zástava činnosti mozku a absolutně lineární encefalografická křivka (Bártlová, 2005, s. 64).

2.4 Péče o umírající

Ošetrovatelská péče se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychologických a sociálních potřeb nemocného. Podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR se jedná o samostatnou vědeckou disciplínu. Trendem moderní ošetrovatelské péče je

zaměření se na individuální potřeby pacienta. Sestry formou ošetrovatelské péče pomáhají jednotlivci i rodinám aby byly sami schopni uspokojit své fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby (Marková, 2010, s. 11).

Umírající člověk se nachází v terminální (konečné) fázi svého života. Hlavním cílem péče je zajistit těžce nemocnému důstojnou smrt a klid, nikoliv smrt za každou cenu oddálit. Diagnóza umírání musí být pečlivě stanovena a toto rozhodnutí musí být zároveň zdůvodněno a zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Stanovení této diagnózy je nutné přiměřeným a citlivým způsobem konzultovat s rodinou umírajícího. Je nezbytné vytvořit nový klinický kontext péče. Veškeré ošetrovatelské, léčebné a diagnostické postupy musí být přehodnoceny tak, aby přispívaly k dosažení důstojného umírání pacienta. Cíle, které uplatňujeme při péči o umírající, zahrnují zmírnění tělesných, psychických a spirituálních obtíží. Psychologická podpora pacienta a jeho blízkých je také jedním z cílů péče. Velmi důležitou součástí léčebného plánu umírajícího je rozhodnutí o nezahájení KPR (kardiopulmonální resuscitace) při zástavě oběhu a rozhodnutí o nezahájení mechanické ventilace při dechovém selhání. V České republice je jednou z kontraindikací (důvodů neposkytnutí) KPR nevyлéčitelné onemocnění v terminální fázi. Úspěšná resuscitace totiž vede v nejlepší případě opět do stavu umírání. Rozhodnutí o nezahájení resuscitace musí být jednoznačné, zdůvodněné a uvedené v sesterské i lékařské dokumentaci (Sláma et al., 2007, s. 304 - 305).

World Federation of Right to Die Societies je světová federace společností usilujících o právo na smrt. Tato federace sdružuje jednotlivé společnosti zabývající se právem na důstojnou smrt. Směrnice pro pomoc umírajícím byla schválena v roce 1979 německou Spolkovou komorou lékařů a v roce 1980 vznikla německá společnost pro důstojné umírání. Tato společnost vydala programové prohlášení pro pomoc umírajícím. Jedná se o určité zásady, které by měly být dodržovány. Prvním bodem je právo nemocného na sebeurčení i v nemocnici. Vůli umírajícího je nutné plně respektovat. Bolest umírajících by měla být co nejvíce zmírňována. O svém zdravotním stavu musí být včas informován každý nemocný. Pacientovo právo na uspořádání jeho věcí (závěti) je třeba respektovat. Život umírajícího by neměl být prodlužován vyspělou technikou za každou cenu, pokud je jeho nemoc beznadějná. V nemocnicích a jiných zařízeních je nezbytná lidská účast a podpora umírajících, viz příloha č. II (Kutnohorská, 2007, s. 77 - 78).

2.4.1 Zásady péče

Každá sestra pečující o umírajícího by měla dodržovat určité zásady péče. Jednou z nejdůležitějších vlastností sester je empatie (schopnost vcítit se do pocitů druhého). Schopnost empatie je při péči o umírající pacienty nezbytná. Sestra by měla respektovat a mít pochopení pro potřeby umírajícího, umět naslouchat a vnímat symboly. Nejistota a bolest by neměly být skrývány a jednání by mělo být opravdové. Důležité je, aby sestra dokázala podle dané situace zachovat blízkost nebo odstup a zajistila si dostatek času na pacienta. Jedním z hlavních úkolů sestry je zajistit u umírajícího pocit jistoty, naděje, sebeúcty a důstojnosti. Každá sestra by měla pacientovi pomoci přijmout nevyhnutelný konec a umožnit, aby se umírající zbavil strachu, deprese a pocitu osamělosti (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Empatie souvisí s vnímáním, chováním, přístupem, komunikací a porozuměním. Umožňuje vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem. Budování takového vztahu vyžaduje čas, osobnostní předpoklady sestry a cílevědomé soustředění na nemocného. Mezi čtyři základní kroky empatického chování podle Marshallovy metodiky komunikace patří:

- Pozorování nemocného, všímáme si mimoslovních projevů jeho těla, které nám ukazují jeho duševní stav.
- Uvědomování si pacientových pocitů jako je úzkost, strach a stud.
- Vlastní sebereflexe, snažíme se zjistit, co bychom sami potřebovali, kdybychom prožívali to, co pacient.
- Uspokojení potřeby pacienta, zformulování toho, co pro něj sám mohu udělat.

Empatie, ale také může způsobit velký diskomfort sester. Sestra si musí nastavit určité obranné prostředky, protože empatie může vést k jejímu vyčerpání, stresu a způsobit syndrom vyhoření. Během své praxe v nemocnici se každá sestra setkává s obtížnými a náročnými situacemi. Mezi nejnáročnější situace patří jednoznačně péče o umírající pacienty a jejich smrt. Ne každá sestra je takové situace schopna zvládat odborně i lidsky a vykonávat dál tuto náročnou profesi. Mezi nejčastější pocity sester v situaci, kdy jsou konfrontovány se smrtí pacienta, patří lítost, bezmocnost, smutek, úzkost, strach a beznaděj. Sestry většinou uvádí, že po smrti nemocného provádí určité běžné činnosti, aby na pacienta zapomněly. Potřebují načerpat síly a trvá jim určitou dobu, než se s úmrtím vyrovnají (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

V konečné fázi života je komfort pacienta nejvíce narušen bolestí, dušností, nevolností, zvracením, zmateností a dehydratací. K obecným pravidlům při péči o umírající můžeme zařadit:

- Pravidelně sledovat a hodnotit bolest, nevolnost, dušnost a úzkost (příznaky způsobující utrpení nemocného).
- Pravidelně podávat léky zmírňující bolest a dušnost, dávku vhodně upravovat dle hodnocení účinnosti každou hodinu.
- Zajistit, aby mohly být symptomatické léky v případě zhoršení stavu podány bez prodlení a v dostatečné dávce (podle potřeby).
- Umožnit nemocnému přijímat stravu ústy, co nejdéle toho bude schopen.
- Léky podávat nejlépe subkutánně (podkožně) v infuzi, lineárním dávkovačem nebo intravenózně (do žíly).
- Vysadit léky, které nemají bezprostřední vliv na komfort při umírání (antibiotika, léky na tlak, hormony a další).
- Nevystavovat nemocného zbytečným diagnostickým a ošetrovatelským postupům (Odběry, měření fyziologických funkcí, rentgen a jiné).
- Pravidelně hodnotit stav, diskomfort pacienta a podle potřeby podávat léky.
- K hodnocení stavu využívat pozorování mimoslovních (neverbálních) projevů umírajícího a komunikace s ním i jeho rodinou.
- Zajistit umělou výživu (sondou, parenterálně) a hydrataci pouze v případě, že přispívají k zmírnění obtíží (Sláma et al., 2007, s. 305 - 307).

Sestra pečující o umírajícího by měla mít velmi dobré emocionální schopnosti i odborné vědomosti, být trpělivá, citlivá, duševně vyrovnaná, snažit se plnit přání nemocného a zapojit do péče i rodinu. Pro umírajícího je zásadní psychologická podpora, cítit přítomnost člověka a lidský přístup. Důležitou součástí úspěšné ošetrovatelské péče je také vysoká míra pochopení ze strany sestry. Umírající pacienti velmi citlivě reagují na chování pečujícího personálu. Ten by měl být empatický, upřímný a dokázat si s umírajícím povídat o jeho pocitech. Sestry s umírajícím často soucítí a vyjadřují jim svou podporu za pomoci dotyku, naslouchání, rozhovoru, pohlazení a laskavým přístupem. Velmi důležité je umět s umírajícím i jeho rodinou vhodně komunikovat. Již Florence Nightingalová zdůrazňovala, že dobré slovo dokáže léčit. Ve většině případů jsou sestry osobami, kterým se pacienti svěřují se svým soukromím, obavami, strachem a úzkostí (Kutnohorská, 2015, s. 13 - 16).

2.4.2 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou

Komunikace s umírajícím je velmi náročná, a je projevem morální péče. Umírající člověk potřebuje cítit blízkost lidí a komunikovat s nimi, často alespoň očima nebo výrazem ve tváři. Pocit strachu a osamocení u umírajícího může zmírnit dotek, uklidňující slova nebo podání ruky. Umožňujeme mu tím klidný přechod do bezvědomí (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Komunikaci rozlišujeme verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Neverbální komunikace může probíhat pomocí gest, mimiky, postoje a pomocí doteků. Při komunikaci s pacientem je důležité umět navázat kontakt, a to pomocí skutečného zájmu sestry. Jestliže nemá sestra zájem naslouchat nemocnému, není možná další dobrá komunikace. Pokud se nemocní budou cítit jako u výslechu, nebudou chtít dále v komunikaci pokračovat. Proto je vhodné umožnit jim, aby sami vyprávěli. Techniky aktivního naslouchání by měla každá sestra ovládat a využívat je při rozhovoru s pacientem. Vhodné je osvojit si kladení otevřených otázek, které umožní otevření pacienta. Otázky typu „jak u vás nemoc probíhá“ nám umožňují zjistit, co pacienta trápí, a co prožívá. Dále je důležité využívat při komunikaci s nemocným zpětnou vazbu. Dáváme tak pacientovi najevo, že mu rozumíme a že ho posloucháme. Pomocí přitakání ujistíme pacienta, že ho vnímáme a přijímáme. Jedná se o povzbuzující signály, které ho ujistí, že se mu chceme věnovat. Můžeme například pokývat hlavou. Velmi podstatné je také, aby se mezi nemocným a sestrou vytvořila atmosféra důvěry. Nemocný by měl cítit, že je důležitý a měl by mít možnost rozhodovat o záležitostech, které se ho týkají. Rozhodování o své osobě je zásadní pro lidskou důstojnost. Blízcí umírajícího, kteří trpí spolu s ním, se nejčastěji obracejí na sestru se svými otázkami. Komunikace s rodinou vyžaduje citlivý přístup. Je také nutné poskytnout jim pravdivé informace o průběhu umírání a o stavu nemocného. Sestra by měla umožnit rodině prožít jejich zármutek a pomoci jim překonat proces truchlení (Marková, 2010, s. 51 - 56).

2.4.3 Péče o zemřelého

Nemocný může být prohlášen za mrtvého pouze lékařem. Pokud pacient v nemocnici nejeví známky života (dýchání, srdeční činnost), je sestra povinna zavolat lékaře, který konstatuje smrt. Sestra nemůže stanovit, že nemocný zemřel. Péče o tělo mrtvého pacienta podléhá standardu každé nemocnice. Se zemřelým by se mělo zacházet klidně a s úctou a nemělo by se zapomenout otevřít okno (Dubcová, 2011, s. 44 - 46).

Zesnulému by měla být zajištěna intimita za pomoci zástěny nebo přesunutím do jiné místnosti. Tuto intimitu je nutné zajistit nejen kvůli zemřelému, ale i ostatním pacientům. Tělo mrtvého zůstává povinně na každém oddělení ještě dvě hodiny. Péči o tělo mrtvého zajišťuje sestra. Ta musí podvázat bradu mrtvého, zavřít mu oči a zajistit umytí těla, které je pak svlečeno a uloženo na čistém prostěradle. Mezi další povinnosti sestry patří odstranění zubní protézy a všech šperků (náušnice, hodinky, řetízky). Pokud není možné šperky odstranit, musí sestra zajistit zaznamenání této skutečnosti v ohledacím listě i v chorobopise. Sestra také zodpovídá za čisté převázání všech ran, za zkrácení kanyl a drénů, aby nemohly vypadnout, ale aby zároveň bylo možné je dodatečně odstranit. Tělo mrtvého musí být náležitě označeno kvůli identifikaci dvěma jmenovkami. Jmenovky musí obsahovat jméno, příjmení, datum narození, datum úmrtí a údaje o oddělení, kde pacient zemřel. Tyto údaje musí být zřetelně zapsány, aby byly čitelné. Tělo mrtvého je na oddělení ještě zabaleno do černého pytle nebo prostěradla podle zvyklosti nemocnice. Dále je nutné oznámit úmrtí pacienta jeho rodině, zajistit administrativní úkony a pozůstalost (Haková, 2015, s. 12).

Rodina pacienta, který zemřel v nemocnici nebo jiném zařízení, přichází druhý den po oznámení tragické zprávy pro pozůstalost. V případě, že nemocný zesnul v domácím prostředí, měla by osoba, která o něj pečovala navštívit jeho blízké. Je nutné vždy vyjádřit rodině zesnulého soustrast a zodpovědět všechny jejich otázky (často se týkají smrti nemocného). Každá sestra by také měla nabídnout pomoc rodině v jejich těžké životní situaci (Dubcová, 2011, s. 44 - 46).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Třetí kapitola nazvaná paliativní péče objasňuje především tento druh medicínské léčby a ošetrovatelského přístupu. Pojednává o velmi specifickém druhu péče, kterého se využívá a je aplikován u určité skupiny pacientů. Kapitola paliativní péče navazuje na kapitolu umírání, neboť mezi vhodné klienty této formy péče patří hlavně umírající. Tento paliativní postup péče stanovuje lékař u nemocných na základě splnění určitých kritérií. Paliativní léčbu a péči poskytují nemocným nejen lékaři ale i sestry, a proto se v této kapitole zaměříme na objasnění tohoto pojmu. Snažíme se obsáhnout více definic paliativní léčby, její hlavní myšlenku, druhy a cíle, které si klade. Pacienti, jimž je paliativní léčba určena, většinou již nepotřebují služby nemocniční, ale jiný druh zařízení nebo dohledu. Zařízení zaměřená především na poskytování profesionální paliativní péče jsou hospice, kterým je věnována podstatná část této kapitoly. Nemocní mohou využívat některou z forem hospicové péče nebo také organizací domácí péče. Tyto organizace umožňují nemocným pobývat v jejich domovech a trávit chvíle s rodinou. Jedná se o vhodné řešení péče pro některé pacienty. A proto je organizacím domácí péče věnován závěr této kapitoly.

Přídavné jméno paliativní znamená tišit, mírnit, nebo také rouška a plášť. Z toho vyplývá, že úkolem paliativní péče je tišit hojivou rouškou účinky nemoci a poskytnout pacientům pomoc, protože jejich nemoc nelze vyléčit. Existuje mnoho definic paliativní péče a každý odborník má na ni svůj pohled. Nejnovější definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002 zdůrazňuje nutnost předcházet utrpení. Paliativní péči označuje za přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocného a jeho blízkých. Pacienti jsou vystaveni obtížím spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Ke zlepšení kvality života dochází prostřednictvím zmírňování utrpení, včasného zjištění, vyhodnocení, řešení bolesti a dalších potíží. Tato definice péče umožňuje její využití i v brzké fázi onemocnění (Bužgová, 2015, s. 16 - 17).

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. vymezuje paliativní léčbu jako druh zdravotní péče, který má za cíl zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života u nemocného s nevléčitelnou chorobou (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013, s. 5).

Paliativní přístup se realizuje u nemocných, kteří trpí těžkou, nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Jde o aktivní péči s cílem zmírnit bolest, tělesné a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 3).

Paliativní medicína se zaměřuje na léčbu a péči o těžce nemocné s aktivní, pokročilou nemocí. U těchto pacientů je délka života omezena, a proto je hlavním cílem péče zajištění vysoké kvality jejich života. Jde o celkovou léčbu a péči u těžce nemocných. Paliativní léčba je zaměřena zejména na odstranění bolesti, projevů nemoci, duchovních, psychologických a sociálních problémů. Podle Světové zdravotnické organizace je umírající a jeho rodina celkem, kterému musí být péče poskytována současně, pokud je péče poskytována odděleně, nemůže se jednat o kvalitní paliativní léčbu. Pro paliativní ošetřovatelství jsou klíčové potřeby pacientů a jejich rodin (Marková, 2010, s. 11 - 19).

Paliativní péče musí splňovat určité podmínky, musí být holistická, profesionální a interdisciplinární. Tento přístup tvoří nezbytnou součást profesionální role zdravotnických pracovníků. Jedná se o kontinuální péči od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu. Paliativní léčba by měla být poskytována všem umírajícím bez ohledu na diagnózu nebo typ zdravotnického zařízení. K hlavním principům paliativní péče patří rovný přístup ke všem nemocným. Bohužel někteří lidé stále nemají přístup k profesionální paliativní péči a umírají, tak zbytečně v utrpení (O'Connor and Aranda, 2003, s. 15 - 16).

Kvalitní paliativní péče by neměla být zaměřena na agresivní léčbu nemoci, ale především na zlepšení života nemocného pomocí stanovených cílů. Mezi šest cílů paliativní léčby patří:

- Orientace na nemocného, péče závisí na jeho přáních.
- Prospěšnost, péče pomáhá pacientovi.
- Bezpečnost, péče nevede k urychlení smrti.
- Včasné zahájení péče.
- Spolehlivost, péče využívá všech možností.
- Efektivnost, péče neplýtvá prostředky.

Změny sociální, duchovní, psychologické a fyzické jsou výsledky přirozeného vývoje nemoci. Paliativní péče si stanovila tři konečné cíle, kterými jsou klidné umírání, autonomie (svěbytnost) umírajícího a efektivní truchlení blízkých. Otázka zahájení paliativního přístupu je zdrojem diskuzí. Panuje názor, že tato forma péče by měla být užívána u nemocných již před nástupem terminální fáze. Existují nemocní, kteří sice přímo neumírají, čelí však život ohrožující chorobě. Paliativní péče může být využívána současně s život prodlužující léčbou (Bužgová, 2015, s. 17 - 20).

Paliativní léčby se užívá u chorob a stavů v pokročilých stádiích, jedná se hlavně o roztroušenou sklerózu, nádorové onemocnění, Parkinsonovu chorobu, demenci, multiorgánové selhávání a polymorbidní (více chorob současně) geriatrické pacienty. Právo na tuto péči mají všichni nemocní, kteří trpí život ohrožující chorobou, bez ohledu na jejich základní diagnózu (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013, s. 5).

3.1 Druhy paliativní péče

Paliativní léčba náleží do systému zdravotní péče. Musí tedy splňovat určité požadavky a obecně platné standardy nutné pro poskytování péče (bezpečnost, správné vedení dokumentace). Poskytování paliativní péče by se mělo řídit právním řádem a probíhat v souladu s platnými etickými a profesními kodexy (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013).

Paliativní péči můžeme členit na tři druhy:

- Základní péče (paliativní přístup).
- Specializovaná péče (specializované intervence).
- Specialisty poskytovaná paliativní péče.

Základní paliativní péče představuje určité znalosti a dovednosti, o kterých by měli mít povědomí a využívat je všichni zdravotničtí pracovníci pečující o umírající. Na této úrovni by měly všechny sestry umět komunikovat s nemocnými, chápat jejich pocity a konzultovat jejich potřeby se specialisty v oblasti paliativní péče. V případech, kdy je ošetrovatelská péče komplikovaná a je nezbytné využít pomoc specialistů (z jiných oborů), se jedná o specializované intervence. Může se jednat například o specializované intervence převazové sestry. Zdravotníci se specializačním vzděláním a zkušenostmi při péči o umírající a jejich příbuzné poskytují specializovanou paliativní péči. Nejčastěji tito specialisté působí jako konzultanti nebo pečovatelé v zařízeních hospicového typu a komunitních zařízeních paliativní péče (O'connor and Aranda, 2003, s. 15 - 16).

Podle míry komplexnosti můžeme paliativní péči rozdělit na obecnou a specializovanou. Toto rozdělení vychází z doporučení výboru Evropské rady. Poskytování obecné paliativní léčby by mělo probíhat ve všech zdravotnických zařízeních. Součástí této péče je léčba bolesti, respektování nemocného, podpora příbuzných, včasné vyhodnocení pacientova stavu, porozumění a doporučení k dalším odborníkům. Specializovaná paliativní péče je poskytována odborníky ve specializovaných zařízeních, jedná se o jejich hlavní činnost. V těchto zařízeních by měl být dostatek zkušeného a vyškoleného personálu s vysokou

úrovni kvalifikace, který by měl pacientovi projevovat podporu. K zařízením poskytujícím specializovanou paliativní péči patří hospice, oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře, konziliární týmy, poradny a tísňové linky paliativní péče (Marková, 2010, s. 20 - 21).

3.2 Hospic

Hospicem se rozumí specializovaný dům pro nemocné. Součástí filozofie hospicových zařízení je úcta k životu, který má být prožíván až do okamžiku smrti bez zbytečného utrpení. Kvalita života těžce nemocných souvisí se zajištěním takových podmínek, které umožňují dožití posledních dnů bez utrpení (ať už fyzického nebo duševního) a v obklopení rodiny (Kutnohorská, 2007, s. 77).

Hospic můžeme označit za zdravotnické zařízení pro nevléčitelně nemocné. O umírajícího zde pečují zdravotnický tým, který zahrnuje lékaře (specialisty v paliativní medicíně), sestry, ošetrovatelky, psychologa, sociálního pracovníka a duchovního. V hospici lékaři upouští od léčebných postupů a zákroků, které nevedou ke zlepšení kvality života pacienta. Přijetí do hospicového zařízení probíhá na základě doporučení praktického lékaře. Na sociální aspekty péče v hospicích přispívá pacient (200 - 500 Kč/ den), ale zdravotní péče zde je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (Sláma, Drbal a Plátová, 2009, s. 47 - 48).

Myšlenka hospice je postavena na úctě k jedinečné a neopakovatelné bytosti a vychází z úcty k životu. Péče v hospicovém zařízení je zaměřena především na co nejkvalitnější život pacienta až do jeho posledního vydechnutí. Hospic se opírá o právo každého člověka na důstojnou smrt. Pacientům v hospici je garantováno, že vždy bude respektována jejich důstojnost, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí a v posledních chvílích nebudou sami. Součástí péče je doprovázení nejen umírajícího, ale i jeho blízkých, kterým je věnována péče i po smrti pacienta. Hospic zajišťuje nejen kvalitní paliativní léčbu, ale velmi důležitou součástí péče je i pomoc nemocnému pochopit smysl utrpení a jeho smíření s nevyhnutelným. Rodina může pacienta v zařízení navštívit kdykoliv a bez omezení i v noci. Jejich přítomnost je nezbytnou součástí péče. Průběh dne si většinou určuje pacient, spí dle své potřeby a doba hygieny a stravování závisí také na něm. V hospici probíhají stejně jako v nemocnici vizity, ale podléhají potřebám pacienta. Schopní nemocní se během dne mohou pohybovat i mimo zařízení. Cílem hospicových zařízení je, aby se v nich pacienti cítili příjemně, a připomínaly jim domov. Společenská místnost, kaple a velká

zahrada jsou nezbytnou součástí hospice. Od zaměstnanců hospice se očekává vysoká míra empatie a profesionální přístup. Zároveň je nutná dobrá týmová spolupráce, bez které by nebylo možné poskytovat kvalitní péči nemocnému. Z toho vyplývá, že v těchto zařízeních mohou pracovat jen sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří jsou vyrovnání se svou smrtelností. Nedílnou součástí každého hospice jsou dobrovolníci, kteří mají svou nezastupitelnou roli. Hospicové zařízení nemůže plně nahradit nemocnici a naopak. Pro nemocného je zásadní vzájemná a dobrá spolupráce obou zařízení. V určité fázi onemocnění již pobyt pacienta v nemocnici nemá význam. Hospicová péče by měla být uplatňována hlavně u nemocných v terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Tito pacienti, jejichž péče je paliativně zaměřená (zajišťuje zmírnění bolesti a obtíží při umírání), nejvíce ocení některou z forem hospicové péče (Svatošová, 2011, s. 115 - 121).

3.2.1 Druhy hospicové péče

Hospicovou péči dělíme na tři formy a to na domácí hospicovou péči, stacionární a lůžkovou hospicovou péči. První formou je domácí hospicová péče, která má pro umírajícího velké množství výhod. Nemocný je v domácím prostředí a obklopen svou rodinou. Tento druh péče má ale i své nevýhody a nemusí být pro pacienta dostačující. Rodina nemocného často již nemá sílu dál o něj pečovat. Omezujícím faktorem může být i nedostatek prostoru (například v bytě) nebo nedostatečné rodinné zázemí. Další situací, kdy není tato forma hospice vhodná je nepřítomnost agentury domácí péče v okolí bydliště. Pokud chybí sestra, která by nad nemocným měla odborný dohled, už i přechodné zhoršení stavu vede k návratu do nemocnice. Dalším druhem je stacionární hospicová péče, která funguje formou denních pobytů. Tento druh hospicového stacionáře je určen jen nemocným z blízkého okolí zařízení. Dopravu pacienta po domluvě zařizuje buď hospic, nebo rodina. Nemocný do daného zařízení přijíždí ráno a odjíždí z něj odpoledne nebo až na večer. Stacionární péči využívají nemocní nejčastěji z důvodu diagnostického, léčebného, psychoterapeutického anebo respitního (odlehčovacího). Nejčastějším diagnostickým důvodem pro navštěvování stacionáře je kontrola bolesti. Z léčebných důvodů navštěvují nemocní zařízení často kvůli podávání chemoterapie nebo vyladění paliativní léčby. Péče ve stacionáři z respitních důvodů je velmi často využívána rodinou, která o nemocného pečuje. Jedná se o jistou prevenci proti vyčerpání. Lůžkové hospicové péče se využívá, pokud není v okolí nemocného stacionární zařízení nebo pokud nemůže kvůli zdravotním důvodům do stacionáře dojíždět. Někteří nemocní užívají hospic ke krátkodobým, většinou

opakovaným pobytům, když cítí, že je to pro nejlepší z výše uvedených důvodů. Hospicová lůžka jsou určena především nemocným, jejichž nemoc v brzké době povede ke smrti. Tito pacienti jsou přijímáni přednostně na základě rozhodnutí hospicového lékaře. Jakákoliv forma protekce zde je velmi neetická (Svatošová, 2011, s. 118 - 122).

3.2.2 Vybrané části z historie i současnosti hospiců

Hospice v dřívějších dobách fungovaly jako útočiště pro pocestné, jednalo se o církevní noclehárny. Slovo hospic také znamená přátelské přijetí, hostinec nebo pohostinství. Zřizovateli hospiců byly většinou řeholní řády. V roce 1967 vznikl v Londýně první hospic s cílem zlepšit péči o umírající. Jeho zakladatelkou byla zdravotní sestra Cicely Saunders (Kutnohorská, 2007, s. 77).

Anglie je místem počátků hospicového hnutí, Saint Christophers v Londýně je prvním založeným hospicem. První americký hospic vzniká v roce 1974 v Connecticutu. V sedmdesátých letech dvacátého století se společně s hospici rozvíjí i paliativní medicína. Paliativní medicína se v této době stává samostatným lékařským oborem. Ve Velké Británii byly stanoveny zásady rozvoje paliativní medicíny:

1. Založení oddělení paliativní medicíny s multidisciplinární péčí.
2. Rozvoj domácí multidisciplinární paliativní péče, vyškolení sester a lékařů.
3. Založení hospicových oddělení v nemocnicích, na kterých bude poskytována paliativní péče.
4. Rozvoj konzultační služby v oblasti paliativní medicíny v nemocnicích.
5. Výuka všech zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče (Marková, 2010, s. 14 – 15).

Saint Christopher, první a zároveň nejznámější hospic na světě, vznikl díky počáteční myšlence Cicely Saundersové. V dnešní době tento hospic zajišťuje odborné a metodické služby pro zájemce ze všech zemí. Uvádí se, že optimální počet hospicových lůžek na sto tisíc obyvatel je v průměru pět lůžek. V dnešní době existují po celém světě tisíce hospiců, jejichž formy se liší podle místních podmínek, myšlenka ale zůstává společná. Způsob financování zdravotní péče a místní zákony ovlivňují formu hospiců v daných zemích. Uvádí se, že v místech vzniku hospiců se péče o umírající v nemocnicích rovněž zlepšila. Prvním hospicem v České republice je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Již od svého otevření byl tento hospic plně obsazen a zavalen žádostmi nemocných. Kvůli takovému tlaku bylo nutné stanovit několikačlennou komisi a určitá kritéria pro spravedlivý a zodpo-

vědný výběr pacientů. Pro tyto účely byly vytvořeny čtyři kritéria indikace a naléhavosti přijetí:

- Domácí péče není dostatečná nebo není možná.
- Je nezbytná paliativní léčba a péče.
- Není potřeba akutní ošetření nebo nemocniční léčba.
- Postupující onemocnění pacienta ohrožuje na životě (Svatošová, 2011, s. 123 - 125).

3.3 Organizace domácí péče

Existence organizací domácí péče je velkým přínosem nejen pro umírající a ostatní nemocné (kteří potřebují nějaký druh zdravotní dohledu a péče), ale také pro nemocnice a naše zdravotnictví. Pacienti mohou pobývat ve svých domovech, kde se cítí nejlépe, v blízkosti své rodiny a zároveň je o ně z medicínského i ošetrovatelského hlediska postaráno. Dříve tito lidé v nemocnici leželi dlouhou dobu. Jejich zdravotní stav byl často dobrý nebo stabilní, ale pobyt byl nutný kvůli úplné rekonvalescenci (zotavení) nebo protože nemocní potřebovali nějakou formu péče. Za pomoci organizací domácí péče již tento pobyt není nutný a uvolnila se tak lůžka pro pacienty, kteří potřebují výhradně nemocniční péči. Domácí péče v největší míře využívají senioři, kteří často potřebují jen přichystat léky nebo ošetřit rány. Péči v domácím prostředí velmi často potřebují také lidé kvůli rehabilitačním cvičením. Rehabilitace je důležitá například po těžkých úrazech a při onemocněních, které vedou ke zhoršení pohyblivosti pacientů. Sestry zaměstnané v organizacích domácí péče dojíždí za svými pacienty (klienty) podle určitého rozpisu. Někteří pacienti potřebují návštěvu sestry každý den, jiní jen několikrát do týdne. Ošetrovatelská péče u každého klienta je velmi individuální a dopředu naplánovaná. Organizace domácí péče jsou velmi důležitou součástí zdravotnictví v naší zemi.

Organizace pomáhající při péči o těžce nemocného v domácím prostředí zahrnují různé druhy služeb. Tyto služby se dělí v České republice na zdravotní a sociální. Některé organizace poskytují oba typy služeb současně a jsou registrovány v oficiálních registrech poskytovatelů. Mezi poskytovatele zdravotních služeb patří praktický lékař, domácí zdravotní péče a hospicová péče (Sláma, Drbal a Plátová, 2009, s. 46).

Domácí zdravotní péče je ošetrovatelská služba poskytovaná všeobecnými sestrami. Ty dochází za klienty a poskytují jim sesterské zdravotní výkony. Mezi příklady poskytova-

ných výkonů patří podávání léků (například inzulínu a antibiotika), odběry krve, měření tlaku, převazy ran, péče o hygienu a pohybová terapie (rehabilitační cvičení). Domácí péče je hrazena ze zdravotního pojištění klientů. Avšak na některé speciální návštěvy nebo úkony musí pacient částečně přispívat nebo si je hradit sám. Ošetrovatelskou péčí a jednotlivé výkony u klientů ordinuje praktický lékař. Doba návštěv se řídí indikací lékaře, většinou nepřekročí jednu hodinu třikrát denně. Některé agentury domácí péče fungují nepřetržitě (Sláma, Drbal a Plátová, 2009, s. 47).

Všechny organizace, které poskytují domácí zdravotní péči, musí být zaregistrovány u pověřeného úřadu státní správy. Úřad státní správy dohlíží na dostupnost a kvalitu poskytované zdravotní péče v těchto agenturách. Organizace domácí zdravotní péče mohou být zakládány orgány státní správy, samosprávy, charitativními organizacemi, zdravotnickými zařízeními (ambulantními i lůžkovými), lékaři, privátními sestrami a humanitárními organizacemi. Asociaci domácí péče (ADP) České republiky sdružuje většinu organizací, které poskytují domácí zdravotní péči. Odborná komise ADP rozhoduje na základě aktuálních referencí kvality péče o členství jednotlivých agentur. Členské agentury ADP musí plnit řadu jejich podmínek a platných ustanovení (vzdělávání, etické aspekty). Systém kontinuálního vzdělávání členů probíhá formou účasti na vzdělávacích akcích. Na těchto akcích se všichni poskytovatelé domácí zdravotní péče seznamují s novými poznatky ve vědě a výzkumu a získávají za svou účast body. Členům, kteří v průběhu dvou let získají příslušný počet bodů je udělen certifikát kvality s platností dva roky (Organizace domácí péče, 2017, online).

Pojištěnec je osoba, která je pojištěna u zdravotní pojišťovny a má tedy nárok na zdravotní péči podle zákon č. 48/1997 Sb. Příslušný zákon současně ukládá práva a povinnosti pojištěnců a zdravotních pojišťoven. Pojištěnci čerpající zdravotní pojištění mají nárok na zdravotní služby podle daného zákona a to na území ČR. Zdravotní služby, které vedou ke zlepšení, zachování zdravotního stavu nebo zmírnění utrpení pojištěnce jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Pojištěnec má dále nárok na bezplatný pobyt ve zdravotnickém zařízení, na zdravotní péči léčebnou, ošetrovatelskou, paliativní, preventivní, dispenzární, diagnostickou, léčebně rehabilitační a lázeňskou (Zákon č. 48/1997 Sb., online).

Podle zákona č. 372/2011 Sb. má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, na úctu, ohleduplnost, důstojné zacházení a respektování jeho soukromí, viz příloha č. III. Dále má nemocný právo zvolit si zdravotnické zařízení nebo poskytovatele oprávněného k poskytování zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním

potřebám pacienta. Každý pacient by měl být podle zákona seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb., online).

V této kapitole s názvem organizace domácí péče bylo naší snahou vymezit pojem domácí péče. Dále jsme se zaměřili na její poskytovatele a podmínky, které musí splňovat, na způsob financování domácí péče, vymezení úkonů, které poskytuje a práva nemocných pojištěnců. V následující praktické části naší bakalářské práce budeme zjišťovat pomocí dotazníkového šetření, jak je diskomfort sester ovlivněn. Klademe si za cíl zjistit, jak péče o umírající ovlivňuje osobní, psychický a fyzický stav sester.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A JEHO CHARAKTERISTIKA

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na objasnění odborných termínů, jedná o pojmy diskomfort, stres, umírání, paliativní péče a vymezení ostatních pojmů dané problematiky. V empirické části se zabýváme výzkumem, jeho realizací, zpracováním a vyhodnocením výsledků dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo realizováno u sester v Uherskohradištské nemocnici. Výzkum naší bakalářské práce je zaměřen na zjištění, jak je ovlivňován diskomfort sester, které pečují o umírající. V praktické části práce chceme definovat a popsat konkrétní kvantitativní výzkum, cíle výzkumu a stanovíme metody a způsoby zpracování dat. Získaná data jsou shrnuta a prezentována ve formě tabulek a grafů.

Ke zpracování tématu bakalářské práce jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu technikou dotazníkového šetření. Upřednostnili jsme tento typ výzkumu pro jeho výhody, ke kterým patří větší výzkumný vzorek, redukce informací a statistické zpracování. V praktické části vycházíme zejména dle *Metod pedagogického výzkumu* od Miroslava Chrásky.

Kvantitativní výzkum vychází z filozofie pozitivizmu, přesněji novopozitivizmu. Podle Freda N. Kerlingera jde o systematicky kontrolované, kritické a empirické zkoumání hypotéz o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy (Chráska, 2007, s. 12).

V naší práci dodržujeme zásady kvantitativního výzkumu. Nejprve definujeme výzkumný problém v podobě výzkumné otázky. Stanovíme hlavní výzkumný cíl a od něj odvodíme dílčí výzkumné cíle. Z výzkumných otázek vymežíme výzkumné cíle.

Na základě výzkumných cílů definujeme hypotézy. Jedná se o určité tvrzení či domněnky. Nejprve stanovíme věcné hypotézy, ze kterých odvozujeme statistické hypotézy, a to nulovou a alternativní. Hypotéza alternativní vyjadřuje existenci rozdílů mezi proměnnými, hypotéza nulová, že rozdíly neexistují.

Na základě stanovených hypotéz jsme sestavili otázky do dotazníku, který je jednou z technik kvantitativního výzkumu. Otázky jsou formulovány tak, aby nám pomohly ověřit nebo vyvrátit platnost hypotéz. V následujícím kroku jsme vybrali výzkumný soubor, u kterého bylo realizováno dotazníkové šetření. Získaná data budou analyzována a zpracována do tabulek a grafů s komentáři.

4.1 Cíle výzkumu a formulace hypotéz

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje diskomfort sester?

Dílčí výzkumné otázky:

- Ovlivňuje sestry v osobním a společenském životě péče o umírajícího?
- Snižuje péče o umírajícího fyzickou výkonnost sester?
- Ovlivňuje psychiku sester péče o umírajícího?

Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Hlavní výzkumný cíl

Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje diskomfort sester.

Dílčí výzkumné cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jestli péče o umírajícího ovlivňuje sestry v osobním a společenském životě.

1H₀ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje v osobním a společenském životě více jak 50% (51% a více) sester

1H_A Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje v osobním a společenském životě méně jak 50% sester.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jestli péče o umírajícího snižuje fyzickou výkonnost sester.

2H₀ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta snižuje u více jak 50% (51% a více) sester fyzickou výkonnost.

2H_A Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta snižuje u méně jak 50% sester fyzickou výkonnost.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jestli ovlivňuje psychiku sester péče o umírajícího.

3H₀ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje psychiku sester u více jak 50% (51% a více).

3H_A Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje psychiku sester u méně jak 50% sester

4.2 Vlastní výzkumné šetření

Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným vzorkem v naší práci jsou sestry, které pečují o umírající pacienty v rámci jedné zvolené nemocnice. Pro výzkum jsme vybrali Uherskohradištskou nemocnici z důvodu své důvěryhodnosti, dobrého jména, pozice a působení mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Zaujala nás vize této nemocnice a její plány do budoucna. Sestry účastníci se našeho dotazníkového šetření byly zaměstnány na pracovištích, které vyhovovaly požadavkům pro náš výzkum. Zvolili jsme ty oddělení, na kterých nejčastěji umírají pacienti.

Respondenti

Respondenty našeho výzkumu jsou sestry na interních, chirurgických a specializovaných pracovištích, které pečují o umírající. Sestra je osoba, která získá odbornou způsobilost k výkonu povolání podle platné legislativy České republiky. Podmínky nutné k výkonu povolání sestry stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., novelizovaný v roce 2005 zákonem č. 125/2005 Sb.

Místo výzkumného šetření

Jako místo výzkumného šetření jsme zvolili Uherskohradištskou nemocnici, jedná se o soukromou akreditovanou nemocnici ve Zlínském kraji. Momentálně zde probíhá modernizace a slučování budov pro zlepšení kvality poskytované péče a usnadnění transportu pacientů. Na jednotlivá pracoviště dané nemocnice jsme rozdali 130 dotazníků. Oddělení, na kterých jsme prováděli výzkum, zahrnují osm interních a dvě chirurgická pracoviště, oddělení dlouhodobě ležících, JIP, plicní a neurologické oddělení.

Dotazník

Pro dotazníkové šetření jsme se rozhodli z důvodu poměrně rychlého a ekonomického sběru dat od velkého počtu respondentů. Z celkového počtu 130 dotazníků bylo navraceno 118, následně jsme vyřadili 11 dotazníků, z důvodu vyplnění zdravotnickým asistentem, který nesplňuje stanovené kritérium. Čtyři dotazníky bylo nutné vyloučit z důvodu neúplnosti. K vyhodnocení zůstalo 103 dotazníků, což je 79,23% z distribuovaných dotazníků. Jednotlivé otázky byly zvoleny tak, abychom mohli pomocí odpovědí ověřit stanovené hypotézy. Nejčtenější položky v dotazníku tvoří uzavřené otázky s možností výběru stanovených odpovědí, 7 otázek je formulováno do polouzavřené otázky, které poskytují re-

spondentům prostor pro jejich vyjádření. Dotazník také obsahuje polytomickou výběrovou otázku ve škále Likertova typu. V rámci předvýzkumu jsme z původních 25 otázek vyřadili 3 otázky. Zůstalo 22 otázek, jejichž záměrem bylo určit psychickou, fyzickou a sociální zátěž sester. Hlavním cílem dotazníku bylo zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje diskomfort sester. Zvolili jsme pro distribuci dotazníků osobní formu předání.

Předvýzkum

V rámci předvýzkumu, který probíhal od 6. 12. 2016 do 14. 12. 2016, bylo rozdáno celkem 10 dotazníků, pět na interním a pět na chirurgickém oddělení. Dotazníky jsme zde zanechali po domluvě s vrchními sestrami. Výsledky předvýzkumu byly pozitivní, hodnocení ze strany sester bylo kladné. V rámci tohoto šetření došlo k vyřazení 3 otázek, které byly pro náš dotazník nevyhovující a zanedbatelné. K tomuto zjištění jsme dospěli na základě poznámek od respondentů a výsledků předvýzkumu. Dále došlo také ke konečné úpravě pro lepší přehlednost dotazníku.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

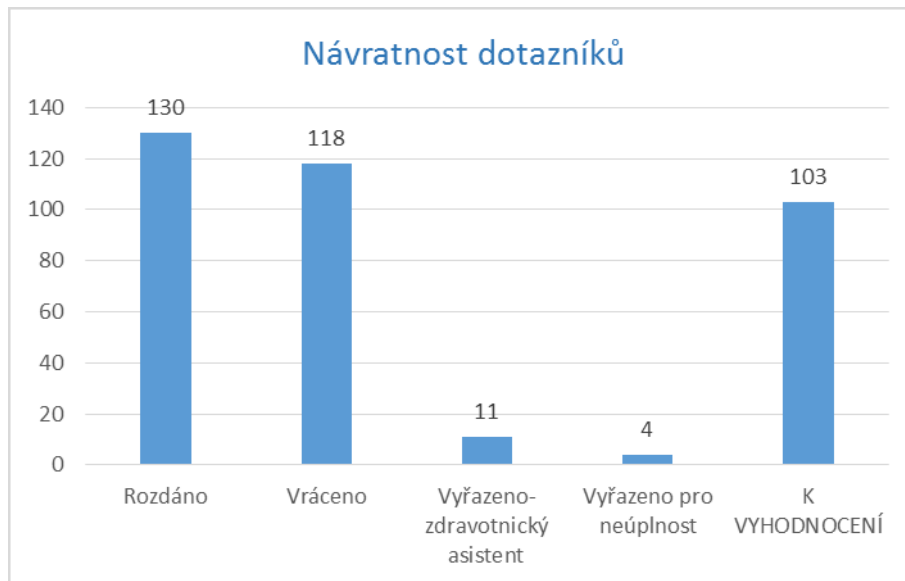
Dne 16. 12. 2016 v devět hodin ráno začal náš výzkum v Uherskohradištské nemocnici. S potvrzenou žádostí o umožnění dotazníkového šetření a s vytvořenými dotazníky jsme se dostavili na vybraná oddělení. Nejdříve jsme navštívili interní oddělení, celkem 8 pracovišť. Každý jednotlivý dotazník byl ponechán v obálce pro zachování anonymity respondentů. Dále jsme dotazníky distribuovali na zbylá pracoviště, která sídlí v budově chirurgie. I zde jsme postupovali stejným způsobem. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků na dvanácti nemocničních pracovištích. Domluva s vedoucími sestrami probíhala bez jakýchkoliv problémů, byly velmi ochotné, vstřícné, přátelské a projevíly zájem o náš výzkum. Vedoucí sestry dotazníky zprostředkovaly ostatním sestřím a celý proces distribuce trval asi 3 hodiny. Konečný sběr dotazníků byl uskutečněn dne 10. 2. 2017 a celkový počet vyplněných dotazníků byl 118, z toho bylo nutné vyřadit 11 dotazníků z důvodu vyplnění zdravotnickým asistentem a 4 dotazníky kvůli neúplnosti vyplnění.

Počet dotazníků 130, z toho vráceno 118, což představuje návratnost 90,77%. K vyhodnocení bylo použito 103 dotazníků, to je 79,23% z původního počtu 130, viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníkového šetření

Návratnost dotazníků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozdáno	130	100,00%
Vráceno	118	90,77%
Vyřazeno-zdravotnický asistent	11	8,46%
Vyřazeno pro neúplnost	4	3,08%
K VYHODNOCENÍ	103	79,23%

Graf č. 1 Návratnost dotazníků



Vyhodnocení námi vytvořeného dotazníku probíhalo postupně. Každá jednotlivá otázka byla zvlášť vyhodnocena a získané údaje byly zpracovány do tabulek a grafů s komentáři. K vyhodnocení dotazníkového šetření bylo použito 103 dotazníků z již zmíněných důvodů, viz výše.

Tyto dotazníky byly vyplněny v Uherskohradištské nemocnici na zvolených odděleních. První otázka v dotazníku se zaměřuje na pohlaví respondentů. Ze získaných údajů vyplývá, že mezi účastníky našeho výzkumu patří 102 sester a 1 zdravotní bratr, dále jen „sestry“. V následující části budou vyhodnoceny otázky číslo 2 - 22.

OTÁZKA č. 2: Váš věk je?

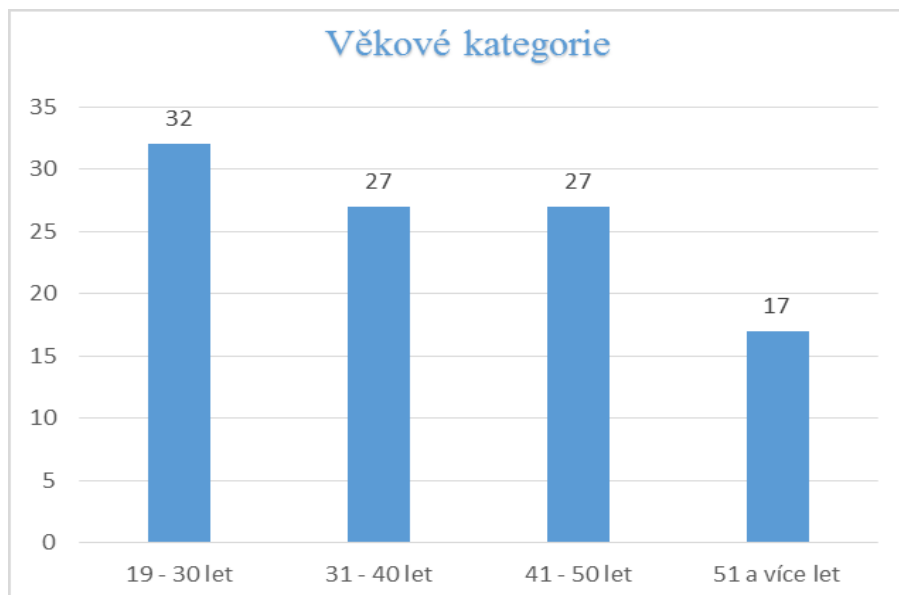
Komentář:

Našeho výzkumného šetření se účastnilo 103 respondentů. Nejvíce je ve věku 19 - 30 let, jedná se o 32 (31,07%) sester. Ve věkovém rozmezí 31 - 40 let je 27 (26,21%) respondentů stejně jako ve věku 41 - 50 let. Nejméně účastníků našeho výzkumu má 51 a více let, to je 17 (16,50%) respondentů.

Tabulka č. 2 Věkové kategorie

Věkové kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 - 30 let	32	31,07%
31 - 40 let	27	26,21%
41 - 50 let	27	26,21%
51 a více let	17	16,50%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 2 Věkové kategorie



OTÁZKA č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

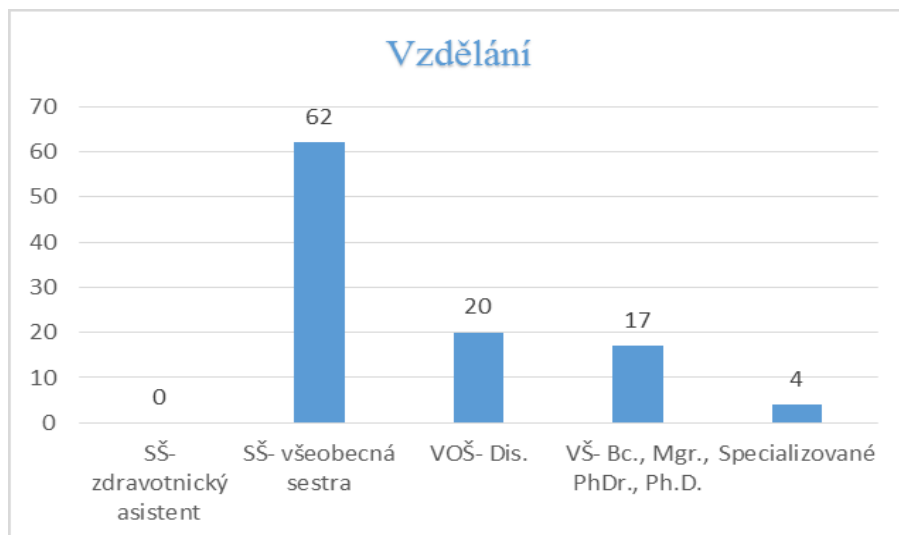
Komentář:

Všeobecné sestry, které dokončily studium na střední škole, jsou v našem výzkumu zastoupeny v největším počtu, to je 62 (60,19%). Dále jsou v počtu 20 (19,42%) zastoupeny sestry z vyšší odborné školy s titulem Dis. Sestry s vysokoškolským titulem tvoří 17 (16,50%) respondentů. Specializované vzdělání uvedly 4 (3,88%) sestry, jednalo se především o specializaci ARIP (Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči) a PPS (ošetrovatelská péče v psychiatrii). Součástí této otázky byla i ověřující odpověď týkající se zdravotnických asistentů, kteří nesplňují podmínky pro náš výzkum. V rámci této odpovědi bylo vyřazeno 11 dotazníků, celkový počet respondentů je tedy 103, viz kapitola 4.4.

Tabulka č. 3 Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
SŠ- zdravotnický asistent	0	0,00%
SŠ- všeobecná sestra	62	60,19%
VOŠ- Dis.	20	19,42%
VŠ- Bc., Mgr., PhDr., Ph.D.	17	16,50%
Specializované	4	3,88%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 3 Vzdělání



OTÁZKA č. 4: Na jakém oddělení pracujete nyní?

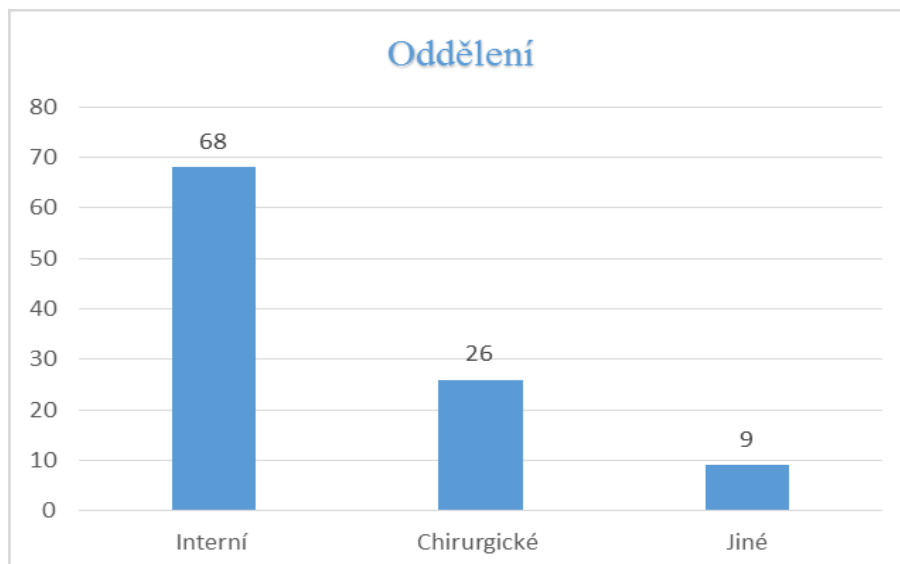
Komentář:

V otázce č. 4 se zaměřujeme na zvolená pracoviště v souvislosti s počtem sester účastnících se našeho výzkumu. Z celkového počtu 103 respondentů je jich 68 (66,02%) zaměstnáno na odděleních interního typu. Na chirurgických odděleních vykonává svou profesi 26 (25,24%) sester. Možnost jiné oddělení zvolilo 9 (8,74%) respondentů, kteří pracují především na jednotkách intenzivní péče.

Tabulka č. 4 Oddělení

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Interní	68	66,02%
Chirurgické	26	25,24%
Jiné	9	8,74%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 4 Oddělení



OTÁZKA č. 5: Jak dlouho vykonáváte povolání sestry?

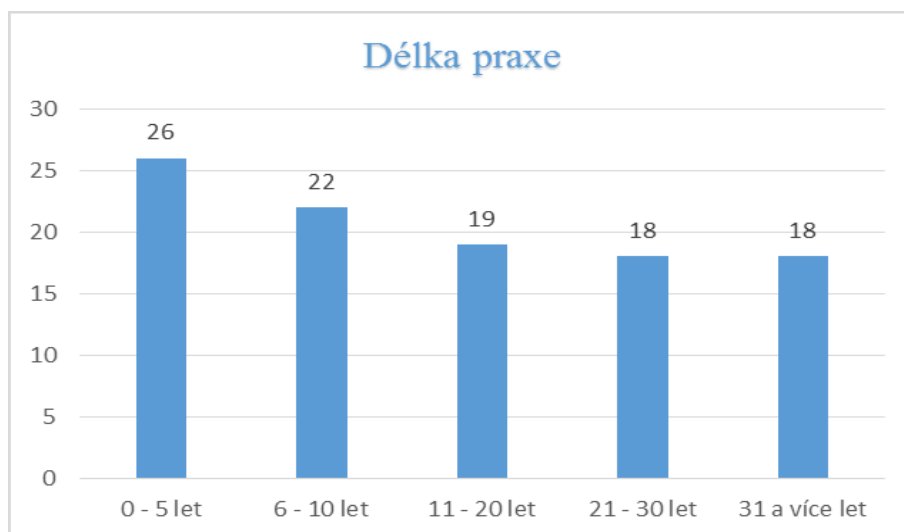
Komentář:

Délka praxe ovlivňuje mnoho aspektů v sesterské profesi, a proto se jedná o důležitý údaj v našem šetření. U otázky číslo pět zvolil největší počet sester 26 (25,24%) rozmezí praxe 0 - 5 let. Respondenti, kteří vykonávají profesi sestry 6 - 10 let jsou zastoupeni v počtu 22 (21,36%). V rozmezí 11 - 20 let je v praxi 19 (18,45%) sester. Osmnáct (17,48%) sester označilo délku své praxe od 21 – 30 let a stejný počet sester vybral možnost 31 a více let.

Tabulka č. 5 Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 5 let	26	25,24%
6 - 10 let	22	21,36%
11 - 20 let	19	18,45%
21 - 30 let	18	17,48%
31 a více let	18	17,48%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 5 Délka praxe



OTÁZKA č. 6: Jak často jste v kontaktu s umírajícím?

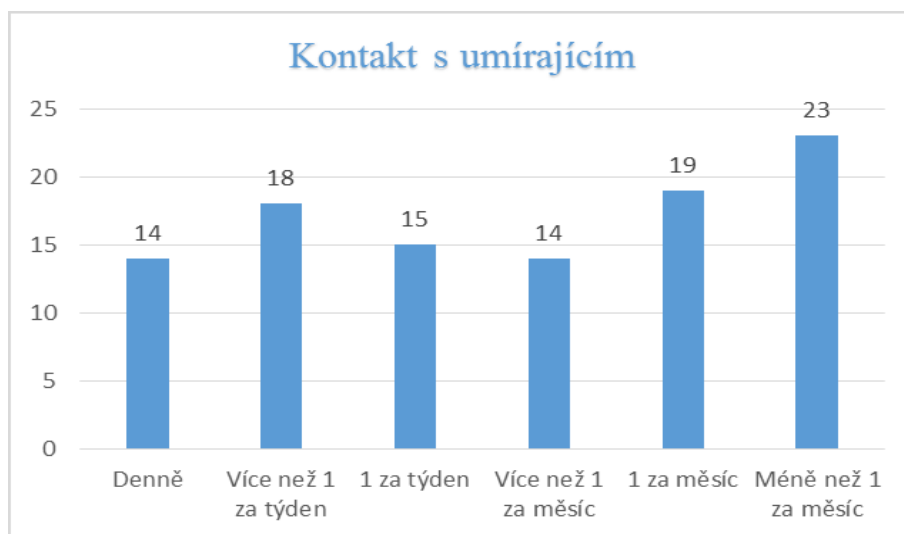
Komentář:

Z celkového počtu 103 respondentů se s umírajícím pacientem setkává méně než jednou za měsíc 23 (22,33%) sester. Odpověď jednou za měsíc označilo 19 (18,45%) sester. Respondenti v počtu 18 (17,48%) se s umírajícím setkávají více než jednou za týden. Odpověď jednou za týden uvedlo 15 (14,56%) sester. Nejméně často se s umírajícím pacientem setká 14 sester, to je 13,59%. Jedná se o kontakt s umírajícím denně a více než jednou za měsíc.

Tabulka č. 6 Kontakt s umírajícím

Kontakt s umírajícím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	14	13,59%
Více než 1 za týden	18	17,48%
1 za týden	15	14,56%
Více než 1 za měsíc	14	13,59%
1 za měsíc	19	18,45%
Méně než 1 za měsíc	23	22,33%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 6 Kontakt s umírajícím



OTÁZKA č. 7: Péče o umírajícího mě vyčerpává: (můžete vybrat více možností)

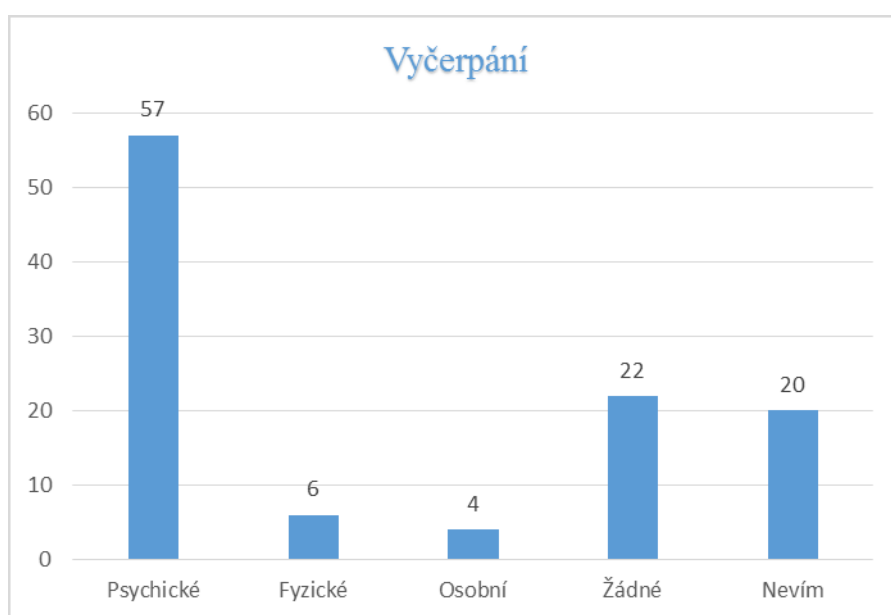
Komentář:

V rámci sedmé otázky mohli respondenti označit i více možností, odpovědí bylo tedy celkem 109. Největší počet respondentů 57 (52,29%) uvádí, že při péči o umírajícího pocítují především psychické vyčerpání. Při péči o umírajícího nepocítuje žádné vyčerpání 22 (20,18%) sester. Možnost nevím zvolilo 20 (18,35%) respondentů. Fyzické vyčerpání uvedlo 6 (5,50%) respondentů. Vyčerpání v osobním životě v souvislosti s péčí o umírajícího pocítují 4 (3,67%) sestry.

Tabulka č. 7 Vyčerpání

Vyčerpání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychické	57	52,29%
Fyzické	6	5,50%
Osobní	4	3,67%
Žádné	22	20,18%
Nevím	20	18,35%
CELKEM	109	100,00%

Graf č. 7 Vyčerpání



OTÁZKA č. 8: Když máte na oddělení jednoho nebo více umírajících pacientů, je vaše směna náročnější, hektická, jste ve stresu?

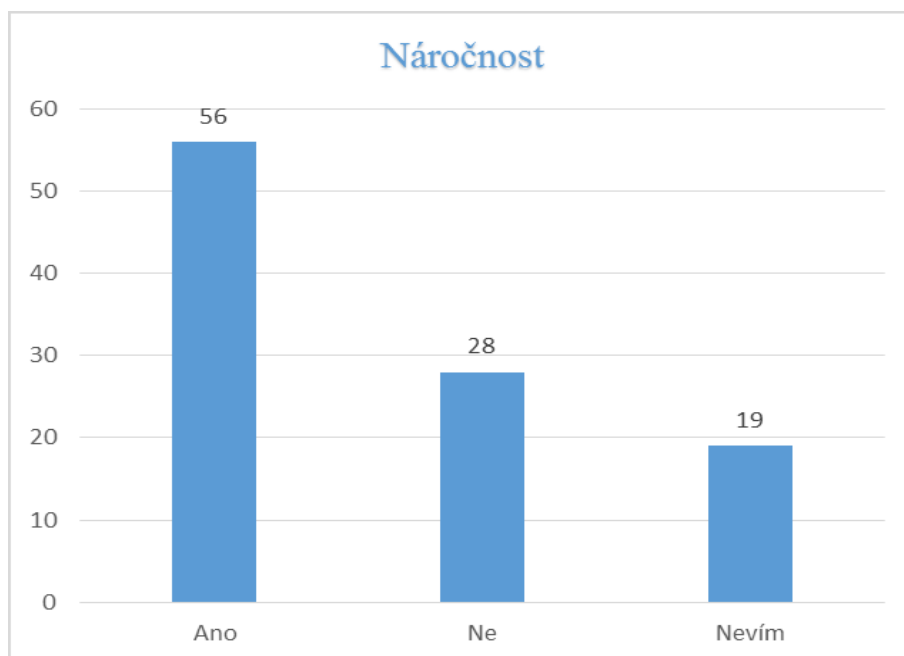
Komentář:

Zajímalo nás, jestli sestry pociťují větší míru zátěže, když mají mezi svými pacienty umírajícího. Z počtu 103 respondentů uvedlo nejvíce 56 (54,37%), že je jejich směna náročnější a pociťují více stresu. Možnost ne v rámci této otázky označilo 28 (27,18%) sester. Nejméně sester 19 (18,45%) uvedlo, že neví, nepřemýšlím o tom, jestli pociťují větší zátěž.

Tabulka č. 8 Náročnost

Náročnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	54,37%
Ne	28	27,18%
Nevím	19	18,45%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 8 Náročnost



OTÁZKA č. 9: Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano) vyberte, jak se v ten den cítíte. (můžete vybrat více možností). Pokud jste vybrali (ne) pokračujte další otázkou.

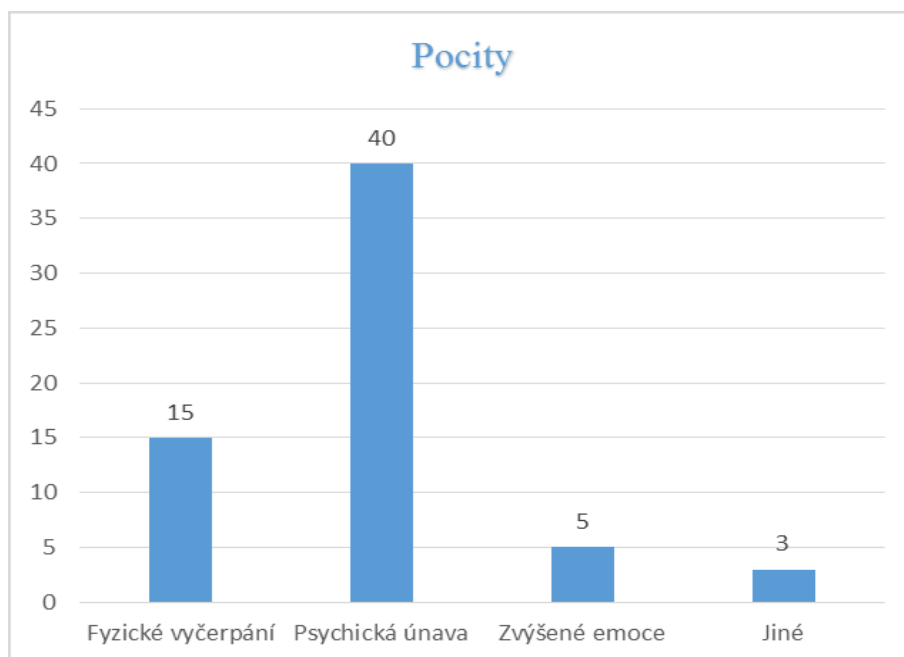
Komentář:

Respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že je pro ně náročnější, když mají na oddělení umírajícího pacienta, uvádí nejčastěji pocit psychické únavy. Jedná se o 40 (63,49%) respondentů. Pocit fyzického vyčerpání uvádí 15 (23,81%) sester. Zvýšené emoce, jako přecitlivělost zvolilo 5 (7,94%) sester. Počet respondentů, kteří označili možnost jiné je 3 (4,76%), uváděli například: cítím se smrtelně, neřeším, nepřipouštím si to, jsem nervózní, chodím kontrolovat, aby nezemřel sám.

Tabulka č. 9 Pocity

Pocity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzické vyčerpání	15	23,81%
Psychická únava	40	63,49%
Zvýšené emoce	5	7,94%
Jiné	3	4,76%
CELKEM	63	100,00%

Graf č. 9 Pocity



OTÁZKA č. 10: Zaznamenali jste na sobě někdy fyzické změny v souvislosti s péčí o umírajícího?

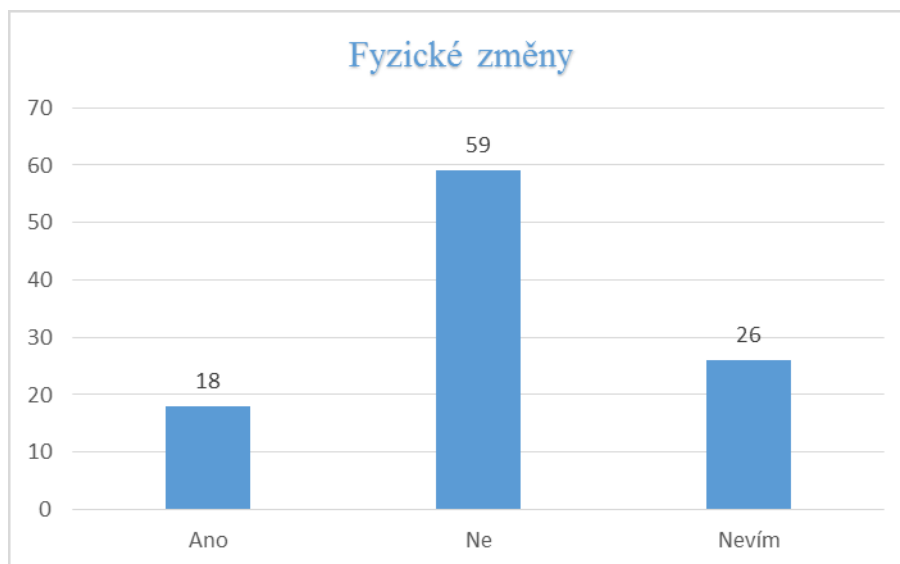
Komentář:

Nejvíce respondentů, to je 59 (57,28%) uvedlo, že na sobě nezaznamenalo fyzické změny při péči o umírajícího. Počet sester, které neví, jestli se u nich projevily fyzické změny, byl 26 (25,24%). Nejméně sester 18 (17,48%) na sobě zaznamenaly při péči o umírajícího pacienta fyzické změny.

Tabulka č. 10 Fyzické změny

Fyzické změny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	17,48%
Ne	59	57,28%
Nevím	26	25,24%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 10 Fyzické změny



OTÁZKA č. 11: Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano) vyberte jednu nebo více z následujících možností fyzických změn.

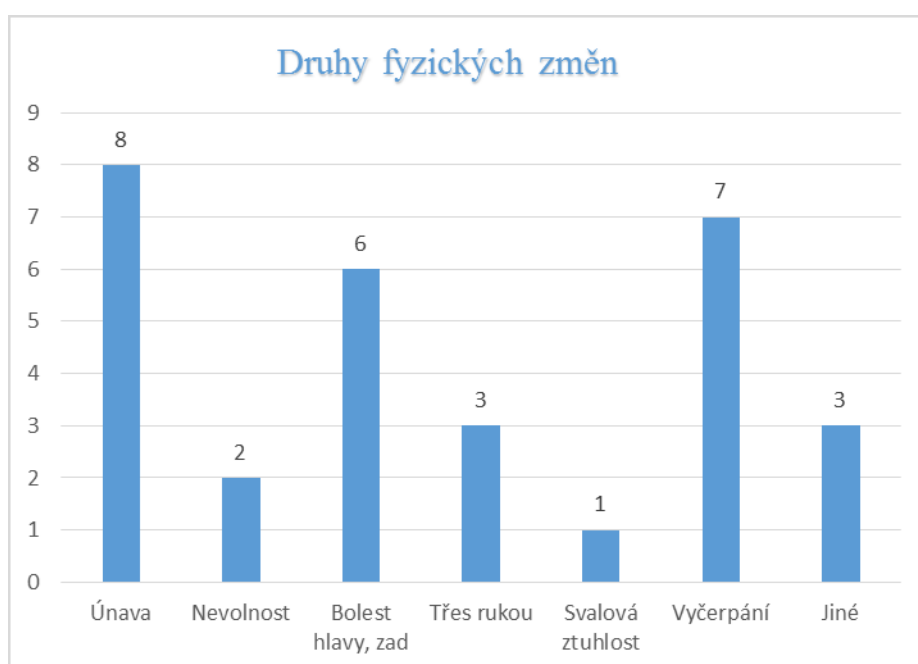
Komentář:

Respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že na sobě zaznamenali fyzické změny při péči o umírajícího, uvádí nejčastěji únavu. Jedná se o 8 (26,67%) sester. Možnost vyčerpání označilo 7 (23,33%) respondentů. Bolesti hlavy a zad pociťuje 6 (20,00%) respondentů. Tři (10,00%) sestry zvolily možnost třesu rukou a jiné (uvádí nervozitu a pláč). Nevolnost pociťují 2 (6,67%) sestry. Svalovou ztuhlost uvádí 1 (3,33%) sestra.

Tabulka č. 11 Druhy fyzických změn

Druhy fyzických změn	Absolutní četnost	Relativní četnost
Únava	8	26,67%
Nevolnost	2	6,67%
Bolest hlavy, zad	6	20,00%
Třes rukou	3	10,00%
Svalová ztuhlost	1	3,33%
Vyčerpání	7	23,33%
Jiné	3	10,00%
CELKEM	30	100,00%

Graf č. 11 Druhy fyzických změn



OTÁZKA č. 12: Zaznamenali jste někdy změny ve svém chování vůči rodině, nebo přátelům (např. podrážděnost, výbušnost, vztek, plačtivost, úzkost) v souvislosti s úmrtím pacienta, nebo péčí o umírajícího?

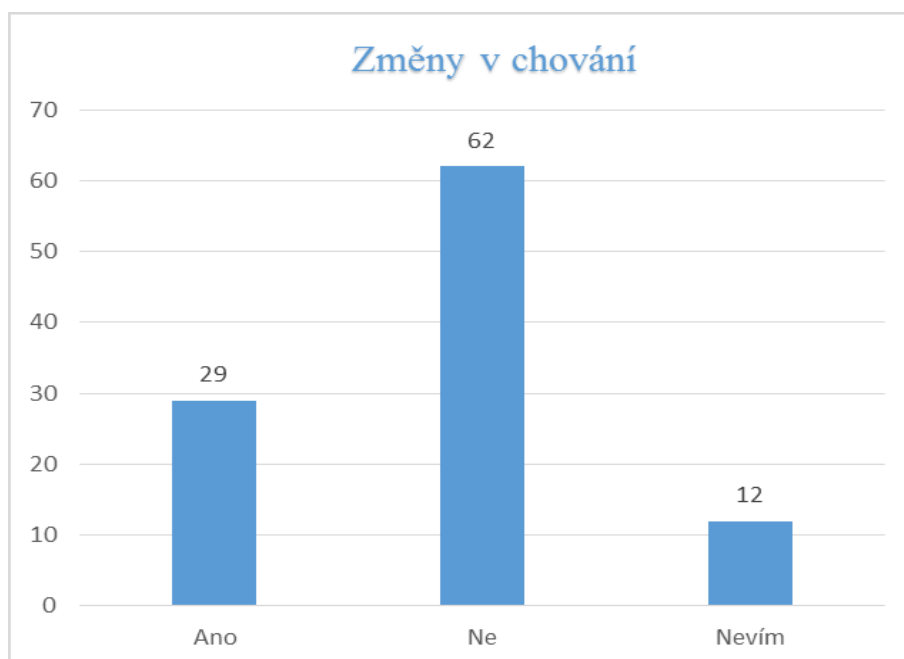
Komentář:

Z celkového počtu 103 respondentů jich 62 (60,19%) nezaznamenalo změny ve svém chování v souvislosti s péčí o umírajícího nebo zesnulého. Počet respondentů, kteří zaznamenali změny ve svém chování vůči blízkým je 29 (28,16%). V rámci této otázky zvolilo 12 (11,65%) respondentů možnost nevím, nepřemýšlím o tom.

Tabulka č. 12 Změny v chování

Změny v chování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	28,16%
Ne	62	60,19%
Nevím	12	11,65%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 12 Změny v chování



OTÁZKA č. 13: Pozorovala jste na sobě někdy podrážděnost, nechuť jít do práce, úzkost, nezáměr o okolí, když vám umírá, nebo zemřel pacient.

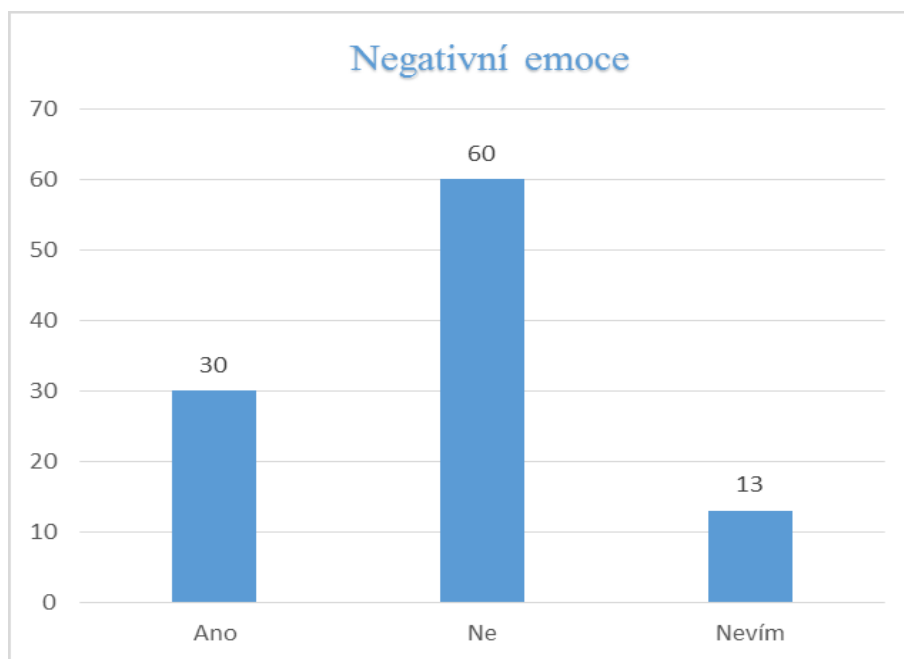
Komentář:

V rámci našeho dotazníku jsme chtěli zjistit, jestli na sobě sestry někdy zaznamenaly negativní emoce. Jedná se o podrážděnost, nechuť jít do práce, úzkost nebo nezáměr o okolí v souvislosti s péčí o umírajícího nebo zesnulého pacienta. Nejvíce sester, to je 60 (58,25%) uvádí, že nepocítují negativní emoce v souvislosti s umírajícím. Negativní emoce uvedené v této otázce na sobě pozorovalo 30 (29,13%) respondentů. Nejméně sester o výskytu negativních emocí nepřemýšlí nebo neví, jedná se o počet 13 (12,62%) respondentů.

Tabulka č. 13 Negativní emoce

Negativní emoce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	29,13%
Ne	60	58,25%
Nevím	13	12,62%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 13 Negativní emoce



OTÁZKA č. 14: Jak se dokážete vcítit se do pocitů druhých, jak jste empatičtí (prosím ohodnoťte se na stupnici 0 – 5, kdy číslo 5 znamená nejvyšší schopnost porozumění)?

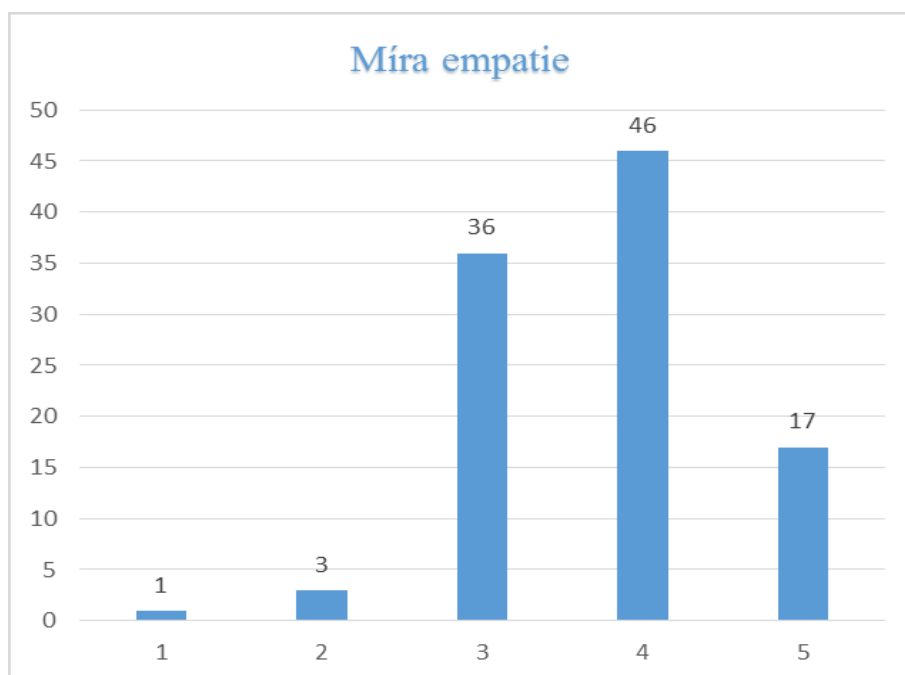
Komentář:

Empatie je jednou ze zásadních povahových vlastností nezbytných pro práci sestry. V rámci výzkumu nás zajímalo, jak hodnotí svou míru empatie sestry pečující o umírající pacienty. Největší počet sester, to je 46 (44,66%) ohodnotil svou míru empatie číslem 4 (na stupnici 0-5). Hodnotu 3 na škále empatie zvolilo 36 (34,95%) sester. Číslem 5 se ohodnotilo 17 (16,50%) respondentů. Míru empatie s hodnotou 2 označily 3 (2,91%) sestry. Na stupnici empatie uvedl jeden (0,97%) respondent hodnotu 1 a hodnotu 0 ne zvolil nikdo.

Tabulka č. 14 Míra empatie

Míra empatie	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	0	0,00%
1	1	0,97%
2	3	2,91%
3	36	34,95%
4	46	44,66%
5	17	16,50%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 14 Míra empatie



OTÁZKA č. 15: Jakým způsobem probíhá emocionální komunikace mezi vámi a umírajícím?

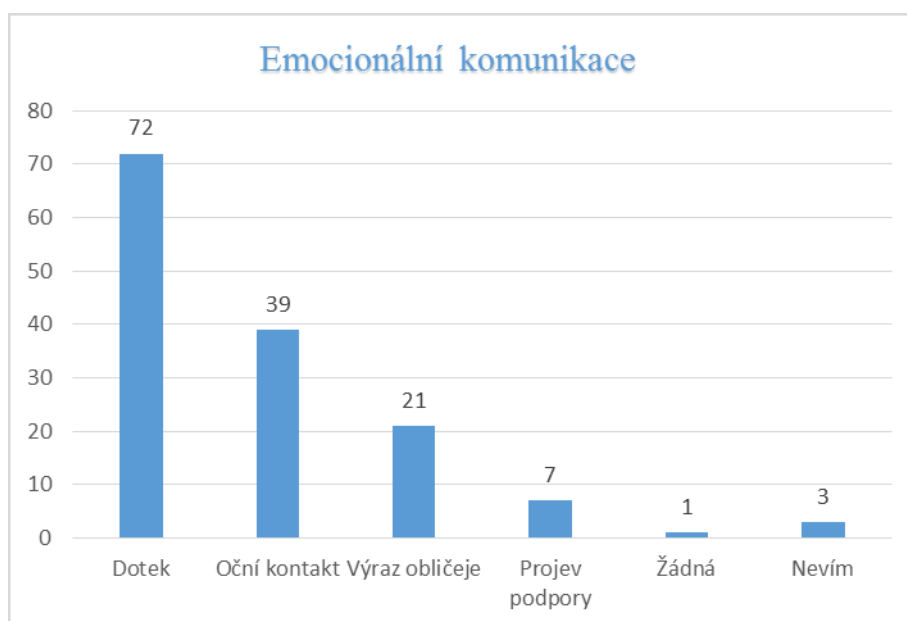
Komentář:

Respondenti v této otázce zvolili více možností emocionální komunikace, jedná se o celkem 143 odpovědí. Pomocí doteku komunikuje s umírajícím největší počet respondentů, to je 72 (50,35%). Oční kontakt je druhem neverbální (mimoslovní) komunikace, který užívá 39 (27,27%) sester. Za pomoci výrazu v obličeji neverbálně komunikuje 21 (14,69%) respondentů. U umírajícího pacienta užívá 7 (4,90%) sester emocionální komunikaci pomocí podpoření, posazení se k němu. Možnost nevím, nepřemýšlím o tom, zvolili 3 (2,10%) respondenti. Jedna sestra uvedla, že mezi ní a umírajícím neprobíhá žádná komunikace.

Tabulka č. 15 Emocionální komunikace

Emocionální komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dotek	72	50,35%
Oční kontakt	39	27,27%
Výraz obličeje	21	14,69%
Projev podpory	7	4,90%
Žádná	1	0,70%
Nevím	3	2,10%
CELKEM	143	100,00%

Graf č. 15 Emocionální komunikace



OTÁZKA č. 16: Povídáte si s umírajícím, věnujete mu pozornost a svůj čas více než ostatním pacientům?

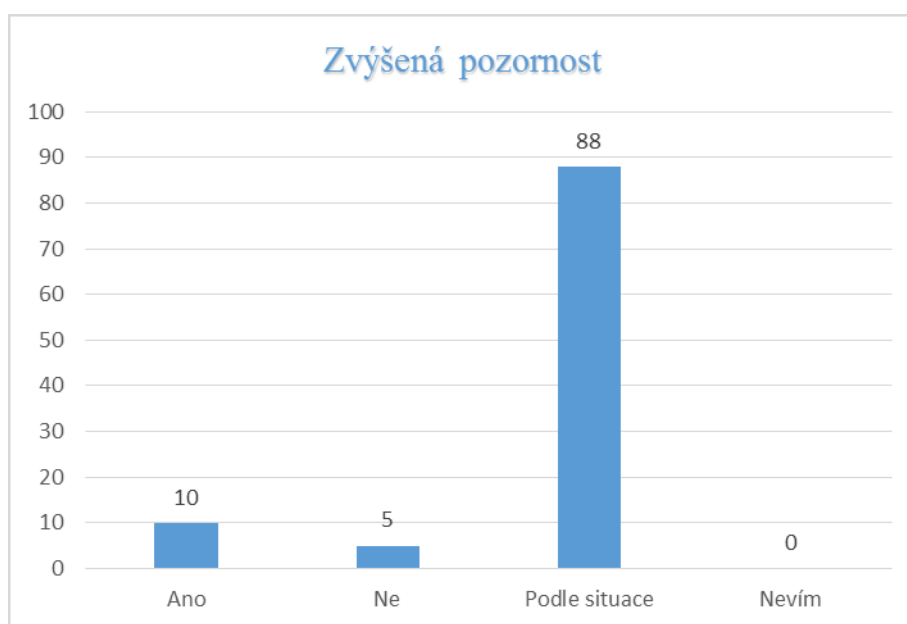
Komentář:

V této otázce jsme se zaměřili na zjištění, zda sestry věnují více času umírajícímu a jestli si s ním povídají. Z celkového počtu 103 sester jich nejvíce 88 (85,44%) uvedlo, že podle situace věnuje umírajícímu více času a pozornosti. S umírajícím si povídá a věnuje mu více času než ostatním nemocným 10 (9,71%) sester. Počet respondentů, kteří uvedli, že umírajícímu nevěnují více pozornosti, je 5 (4,85%). Žádný respondent nezvolil možnost nevím, nepřemýšlím o tom.

Tabulka č. 16 Zvýšená pozornost

Zvýšená pozornost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	9,71%
Ne	5	4,85%
Podle situace	88	85,44%
Nevím	0	0,00%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 16 Zvýšená pozornost



OTÁZKA č. 17: Zajímá vás životní příběh umírajícího?

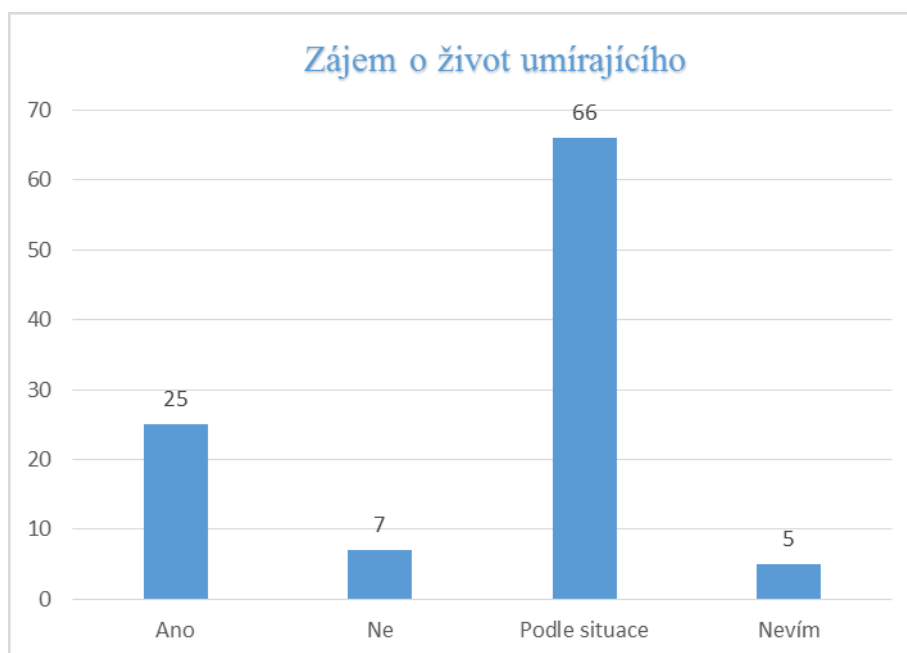
Komentář:

Každý člověk má svůj jedinečný životní příběh. Umírající má často potřebu svěžit se s ním někomu. Tou osobou je nejčastěji sestra. Nás zajímalo, jestli jsou sestry ochotné naslouchat a jestli mají zájem o život umírajícího. Odpověď, podle situace, označil největší počet respondentů, to je 66 (64,08%). O životní příběh umírajícího se zajímá 25 (24,27%) respondentů. Sedm (6,80%) sester nezajímá život umírajícího pacienta. Možnost nevím, nepřemýšlím o tom, uvedlo 5 (4,85%) sester.

Tabulka č. 17 Zájem o život umírajícího

Zájem o život umírajícího	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	24,27%
Ne	7	6,80%
Podle situace	66	64,08%
Nevím	5	4,85%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 17 Zájem o život umírajícího



OTÁZKA č. 18: Jaká je pro vás komunikace s pozůstalými?

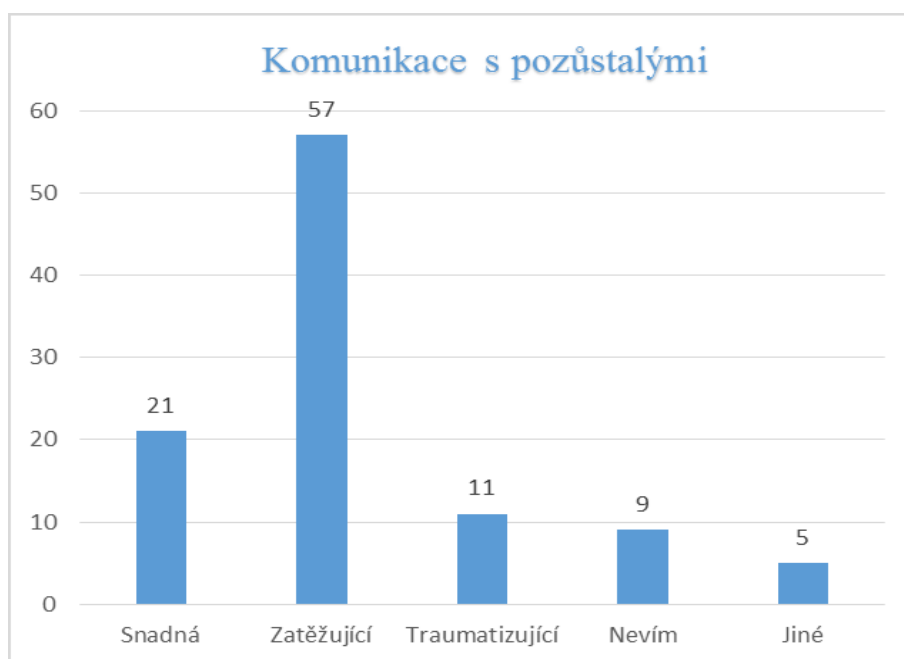
Komentář:

Komunikace s pozůstalými je pro 57 (55,34%) sester zatěžující a špatně se jim hledají slova. Pro 21 (20,39%) respondentů je tato komunikace snadná, umí reagovat. Traumatizující zážitek a stres uvádí 11 (10,68%) sester. Možnost nevím označilo 9 (8,74%) respondentů. Sestry v počtu 5 (4,85%), které zvolily možnost jiné, uváděli například: Je to nezbytná součást práce, dělám to často. Vím, co říct, snadné to není, ale nezatěžuje mě to. Snadná a zároveň těžká. Podle situace.

Tabulka č. 18 Komunikace s pozůstalými

Komunikace s pozůstalými	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snadná	21	20,39%
Zatěžující	57	55,34%
Traumatizující	11	10,68%
Nevím	9	8,74%
Jiné	5	4,85%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 18 Komunikace s pozůstalými



OTÁZKA č. 19: Péči o mrtvé tělo se: (vyberte z následujících možností).

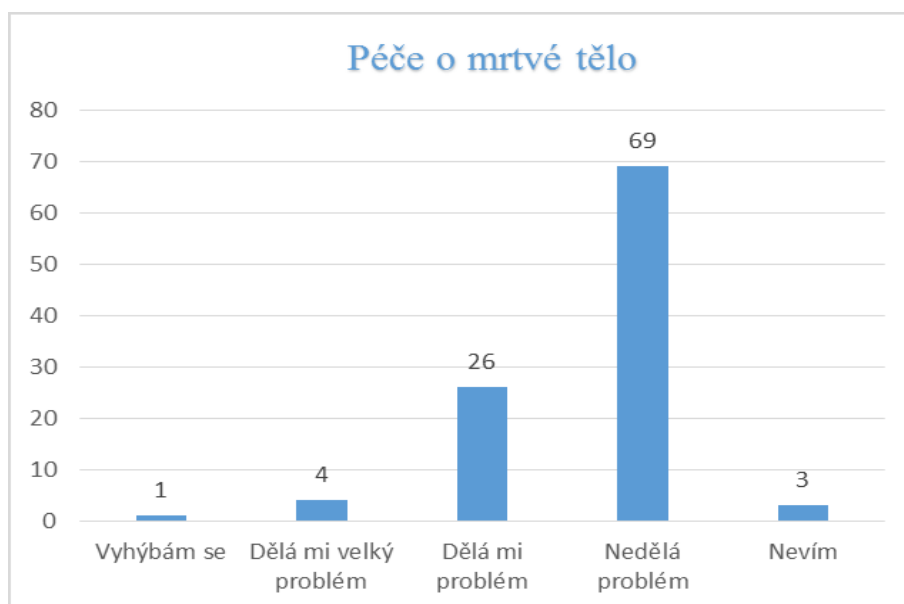
Komentář:

Péče o tělo zesnulého pacienta je součástí ošetrovatelské péče. V této otázce jsme se snažili zjistit, jestli s péčí o mrtvého mají sestry problémy. Nejvíce sester, to je 69 (66,99%) uvedlo, že s péčí o mrtvé tělo nemají problém. Péče o tělo mrtvého dělá problém 26 (25,24%) respondentům. Velkým problémem s touto péčí mají 4 (3,88%) sestry a provádí ji, jen když nikdo jiný nemůže. Počet sester, které o tom nepřemýšlí je 3 (2,91%). Nejméně respondentů v počtu 1 (0,97%) uvedlo, že se péčí o tělo mrtvého vyhýbá a nechává ji na ostatních.

Tabulka č. 19 Péče o mrtvé tělo

Péče o mrtvé tělo	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyhýbám se	1	0,97%
Dělá mi velký problém	4	3,88%
Dělá mi problém	26	25,24%
Nedělá problém	69	66,99%
Nevím	3	2,91%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 19 Péče o mrtvé tělo



OTÁZKA č. 20: Přemýšlíte o zesnulém, i když už jste doma?

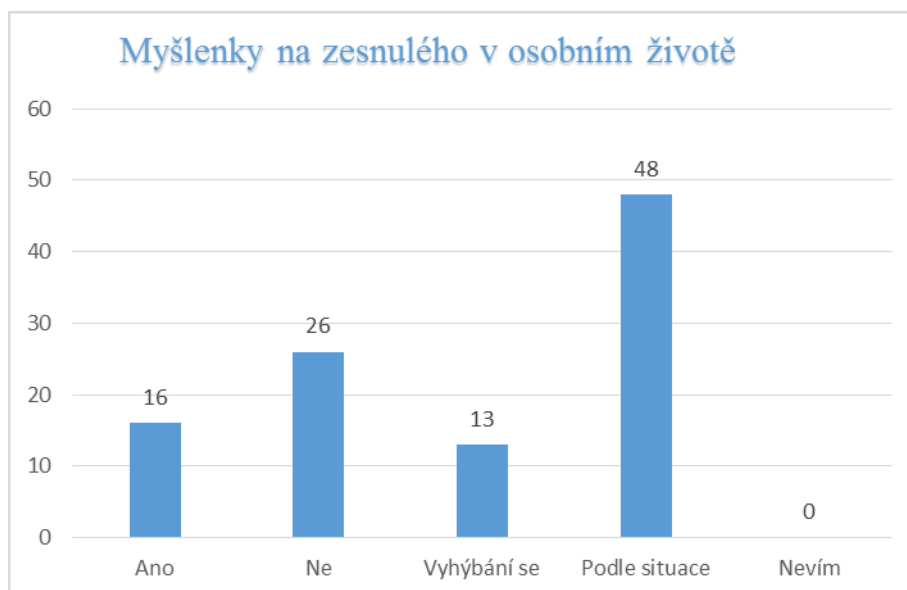
Komentář:

V rámci této otázky nás zajímalo, zda se úmrtí pacienta promítá i v osobním životě sester. Možnost podle situace, označil největší počet respondentů 48 (46,60%). Doma už o zesnulém nepřemýšlí 26 (25,24%) respondentů. Počet sester, které na zesnulého myslí, i když jsou již doma, je 16 (15,53%). Myšlenkám na zesnulého v osobním životě se vyhýbá 13 (12,62%) sester.

Tabulka č. 20 Myšlenky na zesnulého v osobním životě

Myšlenky na zesnulého v osobním životě	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	15,53%
Ne	26	25,24%
Vyhýbání se	13	12,62%
Podle situace	48	46,60%
Nevím	0	0,00%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 20 Myšlenky na zesnulého v osobním životě



OTÁZKA č. 21: Jak relaxujete? (můžete vybrat více možností)

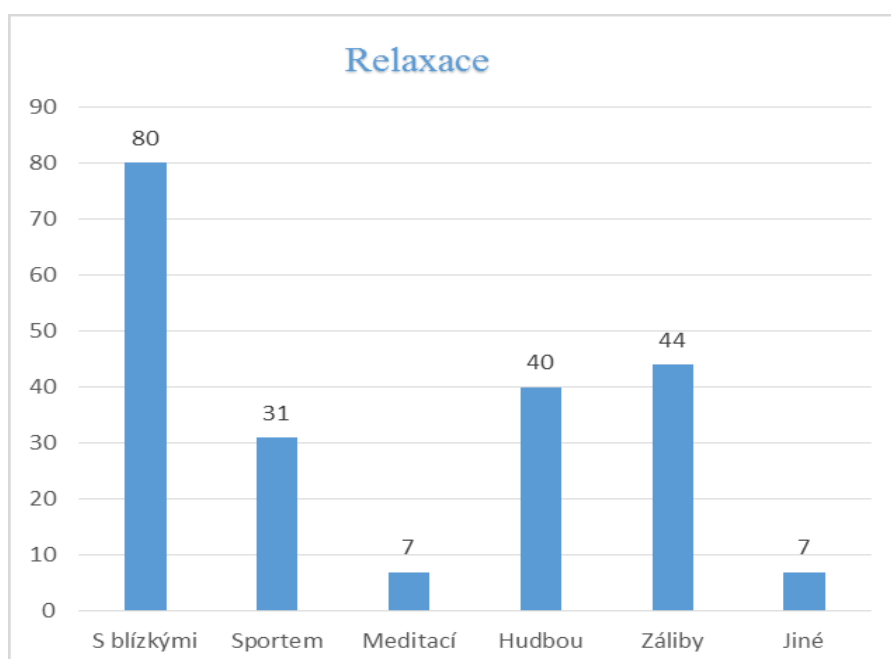
Komentář:

Schopnost relaxovat je při péči o umírajícího pro sestry velmi důležitá. Respondenti mohli v této otázce označit více možností relaxace. 103 sester uvedlo celkem 209 odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí je relaxace s rodinou a přáteli, uvedlo ji 80 (38,28%) sester. Zábavám se věnuje 44 (21,05%) respondentů. Pomocí hudby relaxuje 40 (19,14%) sester. 31 (14,83%) respondentů označilo možnost sportu. Nejméně respondentů zvolilo možnosti meditace a jiné, jedná se o počet 7 (3,35%). Sestry, které označily možnost jiné, uváděly například: Četba, film, internet, jídlo, procházka, fyzická práce.

Tabulka č. 21 Relaxace

Relaxace	Absolutní četnost	Relativní četnost
S blízkými	80	38,28%
Sportem	31	14,83%
Meditací	7	3,35%
Hudbou	40	19,14%
Zábavy	44	21,05%
Jiné	7	3,35%
CELKEM	209	100,00%

Graf č. 21 Relaxace



OTÁZKA č. 22: Dodržujete nějaký svůj osobní rituál při vyprovázení umírajícího?

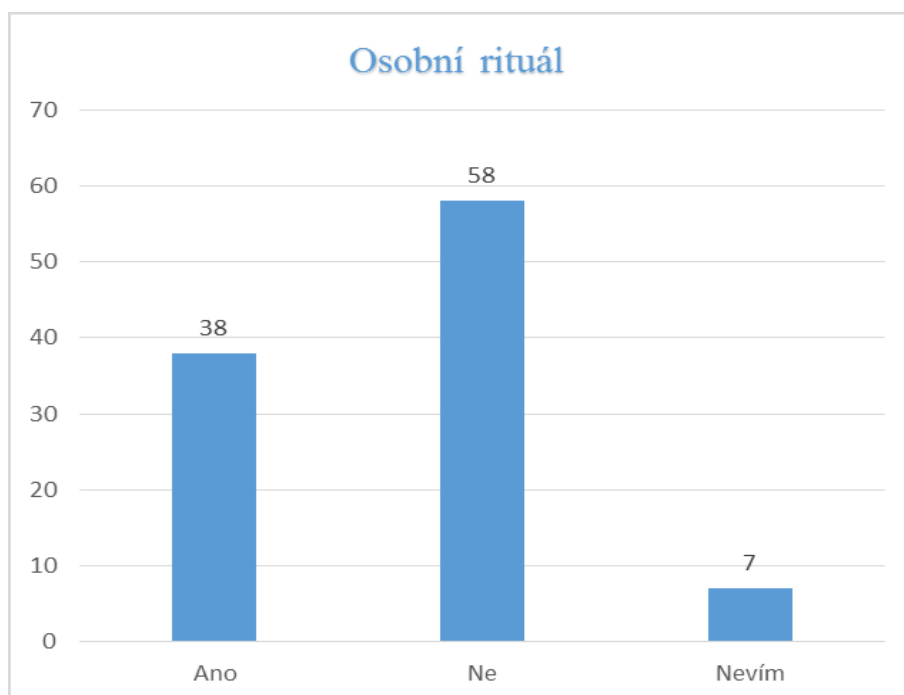
Komentář:

V rámci otázek v dotazníkovém šetření nás zajímalo, jestli sestry při vyprovázení umírajících mají svůj osobní rituál. Z celkového počtu 103 respondentů jich nejvíce, to je 58 (56,31%) zvolilo možnost ne. Počet sester, které mají svůj určitý osobní rituál je 38 (36,89%). Možnost nevím, nepřemýšlím o tom, označilo 7 (6,80%) respondentů.

Tabulka č. 22 Osobní rituál

Osobní rituál	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	36,89%
Ne	58	56,31%
Nevím	7	6,80%
CELKEM	103	100,00%

Graf č. 22 Osobní rituál

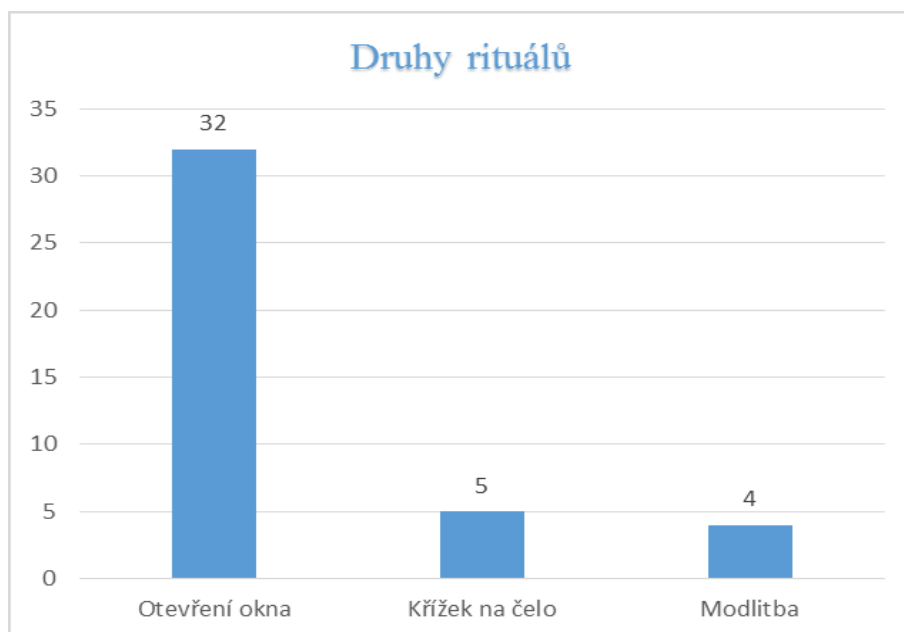


V rámci otázky č. 22 byl dán prostor pro doplnění a popsání rituálu pro sestry, které zvolily možnost ano. Respondenti uvedli více možností. Nejčastějším rituálem, který uvedlo 32 (78,05%) sester bylo otevření okna. Křížek na čelo uvedlo 5 (12,20%) sester. Při vyprovázání umírajícího se modlí 4 (9,76%) respondenti. Dále také sestry uváděly, že sepnou ruce umírajícímu k sobě a řeknou: "odpočívej v pokoji" nebo "nebojte se".

Tabulka č. 23 Druhy rituálů

Druhy rituálů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Otevření okna	32	78,05%
Křížek na čelo	5	12,20%
Modlitba	4	9,76%
CELKEM	41	100,00%

Graf č. 23 Druhy rituálů



6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Bakalářská práce se zaměřuje na zjištění, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje diskomfort sester. Tento nepříjemný pocit zdravotní sestry pociťují velmi často vzhledem k náplni jejich práce, vysoké míře jejich zodpovědnosti a častému kontaktu s umírajícími pacienty, kteří se vyskytují téměř na všech odděleních nemocnice. Zaměřili jsme se zejména na fyzickou, psychickou zátěž, ale i ovlivnění v osobním a společenském životě sester.

Na základě stanovených cílů byl vytvořen dotazník, který byl distribuován zdravotním sestřám v Uherskohradištské nemocnici. V úvodní části dotazníku byly formulovány demografické otázky, týkající se pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, konkrétního pracoviště a délky praxe, následující část obsahuje otázky zaměřené na ověření stanovených cílů.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 102 sester a 1 zdravotní bratr, největší počet respondentů, to je 32 (31,07%) sester, byl ve věku 19 - 30 let. Nejméně účastníků našeho výzkumu má 51 a více let, to je 17 (16,50%) respondentů. V našem výzkumu jsou nejvíce zastoupeny zdravotní sestry s dokončeným studiem na střední škole, a to 62 (60,19%). Sester s titulem Dis. se účastnilo 20 (60,19%), s vysokoškolským titulem 17 (16,50%) respondentů. Nejméně 4 (3,88%) bylo sester se specializovaným vzděláním ARIP a PPS. Na základě stanoveného kritéria jsme v rámci odpovědi týkající se vzdělání vyřadili 11 dotazníků, které vyplnili zdravotničtí asistenti, a celkový počet respondentů byl 103. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 68 (66,02%) sester zaměstnaných na odděleních interního typu, 26 (25,24%) a chirurgických pracovištích a 9 (8,74%) respondentů zvolilo jiné oddělení. Důležitým údajem v našem šetření byla i délka praxe, která ovlivňuje sestry. Nejvíce respondentů 26 (25,24%) vykonává praxi v rozmezí 0 - 5 let. Nejméně sester (17,48%) zvolilo délku své praxe od 21 – 30 let a stejný počet sester vybral možnost 31 a více let.

Následuje blok otázek, který se vztahuje k cílům výzkumu. Na otázku, jak často jsou respondenti v kontaktu s umírajícím pacientem, byla nejčastější odpovědí možnost méně než jednou za měsíc, a to 23 (22,33%) sester. Naopak nejmenší počet sester, 14 (13,59%), se setkává s umírajícími pacienty denně a více než jednou za měsíc.

U sedmé otázky mohli respondenti označit i více možností, odpovědí bylo tedy celkem 109. Tato otázka byla zaměřená na zjištění, jak sestry péče o umírající vyčerpává. Největší počet respondentů 57 (52,29%) uvádí, že při péči o umírajícího pociťují především psychické vyčerpání. Při péči o umírajícího nepociťuje žádné vyčerpání 22 (20,18%) sester. Možnost nevím zvolilo 20 (18,35%) respondentů. Fyzické vyčerpání uvedlo 6 (5,50%)

respondentů. Vyčerpání v osobním životě v souvislosti s péčí o umírajícího pociťují 4 (3,67%) sestry.

Nejvíce respondentů v otázce číslo osm, to je 56 (54,37%) uvedlo, že pociťují zvýšenou náročnost směny a stres, pokud mezi jejich pacienty se nachází umírající pacient. Možnost ne v rámci této otázky označilo 28 (27,18%) sester. Nejméně sester 19 (18,45%) uvedlo, že neví, nepřemýšlím o tom, jestli pociťují větší zátěž.

Následující otázka číslo devět navazuje na otázku předešlou, celkem 63 voleb. Ti respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že je pro ně náročnější, když mají na oddělení umírajícího pacienta, uvádí nejčastěji pocit psychické únavy. Jedná se o 40 (63,49%) respondentů. 15 (23,81%) sester uvádí pocit fyzického vyčerpání. Zvýšené emoce zvolilo 5 (7,94%) sester. Počet respondentů, kteří označili možnost jiné je 3 (4,76%), uváděli například: cítím se smrtelně, neřeším, nepřipouštím si to, jsem nervózní, chodím kontrolovat, aby nezemřel sám.

Nejvíce respondentů, to je 59 (57,28%) uvedlo u otázky číslo deset, že na sobě nezaznamenalo fyzické změny při péči o umírajícího. 26 (25,24%) sester neví, zda se u nich projeví fyzické změny. 18 (17,48%) sester na sobě zaznamenalo při péči o umírajícího pacienta fyzické změny, což je nejméně.

Respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že na sobě zaznamenali fyzické změny při péči o umírajícího, uvádí nejčastěji únavu. Jedná se o 8 (26,67%) sester. K dalším odpovědím patřilo vyčerpání, bolest hlavy, zad, třes rukou, nevolnost a jiné (uvádí nervozitu a pláč). Svalovou ztuhlost uvádí 1 (3,33%) sestra, což je nejmenší počet.

Z celkového počtu 103 respondentů, kteří odpověděli na otázku číslo 12, jich 62 (60,19%) nezaznamenalo změny ve svém chování v souvislosti s péčí o umírajícího nebo zesnulého. 29 (28,16%) respondentů uvedlo, že změny v chování pociťují. O změnách v chování neví 12 (11,65%) sester.

V rámci našeho dotazníkového šetření jsme chtěli zjistit, zda sestry pociťují podrážděnost, nechut' jít do práce, úzkost nebo nezájem o okolí v souvislosti s péčí o umírajícího nebo zesnulého pacienta. Nejvíce sester, to je 60 (58,25%) uvádí, že nepociťují negativní emoce v souvislosti s umírajícím. 13 (12,62%) respondentů neví, že by pociťovali negativní emoce.

Každá zdravotní sestra by měla projevovat určitou míru empatie, zejména pokud se jedná o umírající pacienty, proto jsme sestavili škálu 0 - 5, ve které by sestry mohly označit, jak

velkou míru empatie projevují umírajícím pacientům. Největší počet sester, to je 46 (44,66%) ohodnotil svou míru empatie číslem 4. Hodnotu 3 na škále empatie zvolilo 36 (34,95%) sester. 17 (16,50%) respondentů ohodnotilo empatii číslem 5, číslem 2 označily empatii 2 (2,91%) sestry, pouze jeden (0,97%) respondent uvedl na stupnici empatie hodnotu 1.

Respondenti v této otázce zvolili více možností emocionální komunikace, jedná se o celkem 143 odpovědí. Pomocí doteku komunikuje s umírajícím největší počet respondentů, to je 72 (50,35%). Oční kontakt je druhem neverbální (mimoslovní) komunikace, který užívá 39 (27,27%) sester. Za pomoci výrazu v obličeji neverbálně komunikuje 21 (14,69%) respondentů. U umírajícího pacienta užívá 7 (4,90%) sester emocionální komunikaci pomocí podpoření, posazení se k němu. Možnost nevím zvolili 3 (2,10%) respondenti. Pouze jedna sestra uvedla, že mezi ní a umírajícím neprobíhá žádná komunikace.

U otázky číslo 15, z celkového počtu 103 respondentů, nejvíce 88 (85,44%) uvedlo, že umírajícímu více času a pozornosti věnují podle aktuální situace. 10 (9,71%) sester si s umírajícím povídá a věnuje mu více času než ostatním nemocným. Počet respondentů, kteří uvedli, že umírajícímu nevěnují více pozornosti, je 5 (4,85%). Žádný respondent ne zvolil možnost nevím, nepřemýšlím o tom.

Každý člověk má svůj jedinečný životní příběh. Umírající často cítí potřebu se s ním svěřit, a pokud pobývá v nemocnici, bývá touto osobou nejčastěji sestra. Odpověď, podle situace, označil největší počet respondentů, to je 66 (64,08%). Naslouchat příběhu umírajícího je ochotno 25 (24,27%) sester. Sedm (6,80%) sester nezajímá život umírajícího pacienta. Možnost nevím, nepřemýšlím o tom, uvedlo 5 (4,85%) sester.

Jaká je komunikace s pozůstalými jsme zjišťovali v otázce číslo 18. Pro 57 (55,34%) sester je komunikace s pozůstalými zatěžující a špatně se jim hledají slova. 21 (20,39%) respondentů umí reagovat, komunikace je pro ně snadná. Traumatizující zážitek a stres uvádí 11 (10,68%) sester. Možnost nevím označilo 9 (8,74%) respondentů. Sestry v počtu 5 (4,85%), které zvolily možnost jiné, uváděly například: „Je to nezbytná součást práce, dělám to často“. „Vím, co říct, snadné to není, ale nezatěžuje mě to“. „Snadná a zároveň těžká. Podle situace“.

V následující otázce jsme se pokoušeli zjistit, jestli s péčí o mrtvého mají sestry problémy. 69 (66,99%) respondentů uvedlo, že jim péče o mrtvé dělo nečiní problémy, což bylo nejvíce ze všech 103 odpovědí. Problémy s péčí o mrtvé tělo má 26 (25,24%) respondentů.

Velkým problémem s touto péčí mají 4 (3,88%) sestry a provádí ji, jen když nikdo jiný nemůže. 3 (2,91%) sester uvádí, že neví. Nejméně respondentů v počtu 1 (0,97%) uvedlo, že se péčí o tělo mrtvého vyhýbá a nechává ji na ostatních.

48 (46,60%) sester označilo, že o úmrtí pacienta doma přemýšlí na základě dané situace, což byla nejčastější odpověď této otázky. Doma už o zesnulém nepřemýšlí 26 (25,24%) respondentů. Počet sester, které na zesnulého myslí, i když jsou již doma, je 16 (15,53%). Nejmenší počet sester, to je 13 (12,62%), se myšlenkám na zesnulého v osobním životě vyhýbá.

Schopnost relaxovat je při péči o umírajícího pro sestry velmi důležitá. Respondenti mohli v této otázce označit více možností relaxace. 103 sester uvedlo celkem 209 odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí je relaxace s rodinou a přáteli, uvedlo ji 80 (38,28%) sester. Zálibám se věnuje 44 (21,05%) respondentů. Pomocí hudby relaxuje 40 (19,14%) sester. 31 (14,83%) respondentů označilo možnost sportu. Nejméně respondentů zvolilo možnosti meditace a jiné, jedná se o počet 7 (3,35%). Sestry, které označily možnost jiné, uváděly například: četba, film, internet, jídlo, procházka, fyzická práce.

Otázka 22 zjišťovala, zda sestry mají svůj osobní rituál při vyprovázení umírajících. Z celkového počtu 103 respondentů jich nejvíce, to je 58 (56,31%), zvolilo možnost ne. 38 (36,89%) sester má svůj osobní rituál. Možnost nevím, nepřemýšlím o tom, zvolilo 7 (6,80%) respondentů.

Poslední otázka byla doplňující k otázce předešlé. Ti respondenti, kteří v otázce číslo 22 uvedli, že provádí určitý svůj rituál při vyprovázení umírajícího, mohli v této otázce uvést konkrétní typy rituálů. Respondenti měli možnost zvolit více možností odpovědi. Nejčastějším rituálem, který uvedlo 32 (78,05%) sester bylo otevření okna. Křížek na čelo udělá zemřelému 5 (12,20%) sester. Při vyprovázení umírajícího se modlí 4 (9,76%) respondenti. Dále také sestry uváděly, že sepnou ruce umírajícímu k sobě a řeknou: "odpočívej v pokoji" nebo "nebojte se".

Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Hlavní výzkumný cíl

Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje diskomfort sester.

Pro ověření, zda diskomfort sester ovlivňuje péče o umírajícího pacienta, byly vytvořeny otázky č. 8, 13 a 18 a ověřovaly se u 103 respondentů. U otázky číslo osm uvedlo 56 sester, že je jejich směna náročnější a cítí více stresu, což tvoří 54,37%. V otázce číslo 13 jsme zjišťovali negativní emoce, které také přispívají k diskomfortu. Podrážděnost, nechuť jít do práce, úzkost nebo nezáměr o okolí v souvislosti s péčí o umírajícího nebo zesnulého pacienta vybralo 60 (58,25%) sester. I komunikace s pozůstalými může u sester způsobovat diskomfort. Otázka číslo 18 se zaměřovala na tuto komunikaci a v součtu 78 (75,73%) respondentů odpovědělo, že je komunikace pro ně zatěžující 57 (55,34%) nebo traumatizující 21 (20,39%).

Dílčí výzkumné cíle:

Dílčí cíl č. 1: *Zjistit, jestli péče o umírajícího ovlivňuje sestry v osobním a společenském životě.*

- $1H_0$ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje v osobním a společenském životě více jak 50% (51% a více) sester.
- $1H_A$ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje v osobním a společenském životě méně jak 50% sester.

K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz k 1. dílčímu cíli byly zformulovány otázky číslo 7 a 12. V sedmé otázce uvedli pouze 4 (3,67%) respondenti, ovlivnění v osobním životě, což bylo nejméně. Respondenti v otázce číslo 12 odpovídali na změny ve svém chování vůči své rodině nebo přátelům a 62 (60,19%) jich nezaznamenalo změny.

- $1H_0$ **odmítáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta neovlivňuje jejich osobní život ve více jak 50%.
- $1H_A$ **přijímáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje jejich osobní život v méně jak 50%.

Dílčí cíl č. 2: *Zjistit, jestli péče o umírajícího snižuje fyzickou výkonnost sester.*

- 2H₀ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta snižuje u více jak 50% (51% a více) sester fyzickou výkonnost.
- 2H_A Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta snižuje u méně jak 50% sester fyzickou výkonnost.

K ověření hypotéz u 2. dílčího cíle byly vytvořeny otázky číslo 7, 9 a 10. Fyzické vyčerpání uvedlo 6 (5,50%) respondentů u otázky číslo sedm, a to byl druhý nejmenší počet. Otázka číslo devět byla doplňující a pocit fyzického vyčerpání uvádí 15 (23,81%) sester. 59 (57,28%) respondentů na sobě nezaznamenalo fyzické změny při péči o umírajícího, tuto možnost zvolili v otázce číslo 10.

- 2H₀ **odmítáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta neovlivňuje jejich fyzickou výkonnost ve více jak 50%.
- 2H_A **přijímáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje jejich fyzickou výkonnost v méně jak 50%.

Dílčí cíl č. 3: *Zjistit, jestli ovlivňuje psychiku sester péče o umírajícího.*

- 3H₀ Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje psychiku sester u více jak 50% (51% a více).
- 3H_A Předpokládáme, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje psychiku sester u méně jak 50% sester

K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz u 3. dílčího cíle byly zformulovány otázky číslo 7 a 9. V sedmé otázce uvedl největší počet respondentů, to je 57 (52,29%), že při péči o umírajícího cítí uží především psychické vyčerpání. 40 (63,49%) respondentů v otázce číslo 9 odpovědělo, že je pro ně náročnější, když mají na oddělení umírajícího pacienta a uvádí nejčastěji pocit psychické únavy.

- 3H₀ **přijímáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje jejich psychiku ve více jak 50%.
- 3H_A **odmítáme**, jelikož respondenti uvádějí, že péče o umírajícího pacienta ovlivňuje jejich osobní život v méně jak 50%.

7 DISKUZE

Naším výzkumem jsme zjistili, že péče o umírající pacienty ovlivňuje diskomfort sester v Uherskohradištské nemocnici, což bylo našim hlavním cílem. Dále jsme ověřovali, zda můžeme potvrdit nebo vyvrátit hypotézy stanovené k dílčím cílům naší práce. Zjistili jsme, že péče o umírající pacienty neovlivňuje zdravotní sestry v osobním a společenském životě ani nesnižuje jejich fyzickou výkonnost. Současně bylo námi provedeným výzkumem zjištěno, že péče o umírající ovlivňuje psychiku sester.

V rámci našeho výzkumu zohledňujeme, že výsledky jsou interpretací pouze sester zaměstnaných v Uherskohradištské nemocnici, a to na zvolených odděleních. Jsme obeznámeni, že výsledná data v rámci jiných nemocnic mohou být odlišná. Připouštíme zároveň možnost, že námi získaná data mohou být ovlivněna množstvím respondentů a složením výzkumného vzorku. Jistým faktorem, který mohl u sester při vyplňování dotazníku hrát roli a ovlivnit tak výsledná data, může být nedostatek času. Pokud sestry pocívaly časovou tíseň, například kvůli náročnější směně, mohly být zvolené odpovědi zkresleny. Dále připouštíme, že výsledky výzkumu mohou být ovlivněny věkovým složením, délkou praxe, momentální emočním rozpoložením a celkovou pohodou sester v našem výzkumném vzorku. Také považujeme za důležité zmínit možný faktor, který mohl sestry ovlivnit. Tímto důvodem mohla být snaha vzbudit lepší dojem. Pozitivně hodnotíme ochotu některých sester uvést i doplňující informace v otázkách, u kterých byla tato možnost. Na základě těchto doplňujících dat, která obohacují náš výzkum, jsme získali komplexnější obraz o zkoumané problematice. Mezi nejzajímavější zjištění zahrnujeme, že 36,89% sester využívá svůj osobní rituál při vyprovázení umírajícího. Jedná se zejména o modlitbu, nakreslení křížku na čelo zesnulého a otevření okna jako gesta pro odchod duše.

Výzkumem v obdobné oblasti zkoumání se zabývá i Kutnohorská. Z její práce, která se zabývá tématem diskomfortu sester v péči o umírající pacienty, jsme vycházeli a čerpali informace a podklady pro náš výzkum. Kutnohorská se ve svém výzkumu zaměřila zejména na to, jak sestry vnímají umírání pacienta a setkání se smrtí. Z jejího výzkumu vyplývá, že nejvíce sester, celkem 27,2%, vnímalo smrt jako přirozenou součást života při svém prvním setkání s ní. 26,5% sester pocítuje úlevu, že pacientovo trápení je u konce. Součástí práce je také zjištění, že nejvíce, 51,9% sester, v rámci svého postoje a představy vnímá smrt jako přirozenou a konečnou fázi života. V práci je uvedeno, že při smrti pacienta sestry nejčastěji pocíťují smutek, úzkost, lítost, strach a bezmocnost. Dále jsou zde vymezeny

faktory, které v největší míře způsobují diskomfort sester. Jedná se zejména o komunikaci s umírajícím, komunikaci s rodinou umírajícího a představa vlastního umírání, nebo umírání blízké osoby. Z práce Kutnohorské také vyplývá, že sestry, které pečují o umírající, jim umí poskytnout emocionální podporu a jsou obeznámeny s riziky, jako je psychická zátěž, stres a syndrom vyhoření.

Mezi další výzkumy zabývající se obdobnou problematikou řadíme bakalářskou práci na téma *Kvalita péče o pacienta v terminální fázi onemocnění* od autorky Dany Musilové a bakalářskou práci Ivany Hakové s názvem *Vnímání a prožívání smrti klientů u všeobecné sestry a vybraných nelékařských profesí*. Výzkum v rámci práce o kvalitě péče u pacienta v terminální fázi byl realizován Danou Musilovou v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že na LDN a interních odděleních je umírajícím poskytována kvalitní a důstojná péče a je jim umožněno trávit chvíle s rodinou v soukromí. K dalším výsledkům autorčina výzkumu patří zjištění, že sestry pečující o umírající hodnotí své vzdělání na dobré úrovni, a že respondenti by uvítali více ošetřujícího personálu. Z výzkumu v bakalářské práci Ivany Hakové, vyplývá, že vnímání smrti je u nelékařského personálu ovlivněno pohlavím, věkem, dosaženým vzděláním, profesním zařazením, vírou a délkou praxe u lůžka. Dále bylo také zjištěno, že chápání smrti u sester a vybraných nelékařských profesí se v rámci jejího výzkumu neliší.

Vyzkoumali jsme, že péče o umírající pacienty působí na diskomfort sester celkově, ale v dílčích oblastech jako je osobní a společenský život nebo fyzická výkonnost nejsou sestry ovlivněny. Péče o umírající však působí na psychiku zdravotních sester. V rámci těchto zjištění se bude naše doporučení pro praxi zaměřovat především na prevenci a metody zvládnutí stresu, diskomfortu a psychické zátěže. Neboť tyto stavy mohou vést k závažným psychickým poruchám.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že péče o umírající pacienty neovlivňuje sestry v osobním a společenském životě ani nesnižuje jejich fyzickou výkonnost. Avšak diskomfort sester je ovlivněn. Z výzkumu dále vyplývá, že péče o umírající pacienty ovlivňuje psychiku sester.

Člověk je bio - psycho - sociální jednotka. Jedná se o jedinečnou bytost, která má své psychické, biologické a sociální potřeby a onemocnění jedné jeho části vede k onemocnění i ostatních složek. Je ovlivněno fungování člověka jako celku. Zátěž a dlouhodobý stres nejen u sester, může vést k diskomfortu, psychickým poruchám a stavům jako je například syndrom vyhoření. Tyto stavy a poruchy narušující psychiku, mohou zároveň způsobit i fyzickou nepohodu a vývoj tělesných onemocnění. V rámci této kapitoly si klademe za cíl navrhnout taková preventivní doporučení pro praxi, která by vedla k zabránění vzniku diskomfortu, syndromu vyhoření a jiným psychickým poruchám u sester pečujících o umírající.

V rámci zjištění, že sestry při péči o umírajícího pociťují nejvíce psychickou zátěž, doporučujeme realizovat sezení se sestrami formou supervize. Supervize je technika využívaná nejen v pomáhajících profesích. Jedná se o jistý druh pomoci. Zúčastněné osoby při tomto sezení reflektují svou práci, obavy, anebo problémy s ostatními účastníky. Snaží se nacházet nové možnosti řešení za odborného dohledu vyškolené osoby. Osoba, která na celý průběh sezení dohlíží a koriguje její, se nazývá supervizor. V rámci supervize by mělo dojít k nalezení východisek a řešení problému. Přítomnost více osob umožňuje podporu a nalezení více možností řešení, než by vymyslel člověk sám. Realizaci této techniky bychom doporučili zejména u sester pracujících na oddělení dlouhodobě ležících, odděleních následné péče, interních pracovištích a dále také na jednotkách intenzivní péče a všude tam, kde se sestry často setkávají s umírajícími a pečují o ně.

Vhodnou metodu prevence vidíme také v realizaci informačního letáku. Doporučili bychom vytvoření krátkého a přehledného letáku, který by měl informovat o stavech jako je stres, diskomfort a syndrom vyhoření. Součástí by měly být i informace o negativních důsledcích těchto stavů a zejména preventivní opatření a možnosti řešení. K preventivním opatřením navrhujeme zahrnout například úpravu životního stylu, pohyb, spánek, výživu, sociální podporu, zájmové aktivity, vztah k sobě samému a relaxaci. Tato opatření by měla být objasněna a popsána. Doporučujeme, aby součástí letáku byl i kontakt na linku pomoci

nebo odborného pracovníka v oblasti psychologie. Leták by měl být srozumitelný a dostupný pro všechny sestry v nemocnici.

Dalším možným řešením snížení psychické zátěže, které bychom doporučili, může být školení v rámci relaxačních technik pro sestry. Nejprve navrhujeme zajistit odborného školitele, vhodnou a dostatečně velkou místnost a stanovit datum a čas školení. Dále také doporučujeme vhodným způsobem informovat sestry o nadcházející události, například informačním letákem, nebo prostřednictvím vedoucích pracovníků daných oddělení. Navrhujeme stanovení reálných cílů, které chceme dosáhnout. Program školení by měl zahrnovat dechovou relaxaci, relaxaci pomocí střídavého uvolňování svalů, autosugestivní trénink a ventilaci emocí rozhovorem. V závěru školení by mělo být krátké shrnutí informací, prostor pro dotazy a zpětnou vazbu od sester.

Pro sestry pečující o umírající pacienty navrhujeme dále školení na téma prevence syndromu vyhoření. Plán, organizace a realizace by mohly probíhat obdobně jako u předešlého školení s relaxačními technikami. Doporučujeme především zajistit vyškoleného odborníka v této oblasti. Plán školení by měl zahrnovat seznámení se základní terminologií a definicí syndromu vyhoření, obeznámení s možnými spouštěči a projevy tohoto stavu. Účastníci se sestry by měly být informovány o možných rizicích a negativních dopadech syndromu. Nejvíce času ovšem doporučujeme věnovat preventivním opatřením, například formám relaxace, úpravě životosprávy, fyzickým aktivitám k odstranění stresu, upravení duševních postojů, prožívání stresu a upravení nebo změně pracovního prostředí.

Souhrnně doporučujeme v rámci prevence a snížení psychické zátěže sester využití metod supervize, informačního letáku a realizaci školení na téma relaxační techniky a prevence syndromu vyhoření.

ZÁVĚR

Nelékařská zdravotnická profese je velmi obohacující a přínosná nejen pacienty, ale i pro sestry, které se tomuto povolání věnují naplno. Na tyto sestry zároveň ve větší míře působí zátěž a jsou ohroženy více riziky. Sesterská profese náleží k nejvíce stresujícím povoláním, vyžaduje klidný a rozvážený přístup, schopnost komunikace a jednání s lidmi. Sestry jsou často vytiženy péčí o potřeby pacientů a plněním ordinací lékařů a stává se, že zanedbávají své vlastní potřeby. Nenaplnění základních potřeb může způsobit diskomfort sester. Péče o umírajícího člověka je jedna z nejtěžších situací, které může být sestra vystavena a může ji v mnoha oblastech ovlivnit. Vliv stresu a diskomfortu může způsobit vývoj závažných psychických poruch. Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče je spokojenost, celková vyrovnanost a pohoda sester, které ji poskytují.

Naším hlavním záměrem bylo zjistit, jestli sestry, které pečují o umírajícího pacienta, pociťují diskomfort a zda vnímají psychickou, fyzickou nebo sociální zátěž. Při výzkumu jsme vycházeli z holistického přístupu k člověku, jako k bytosti, která je tvořena biologickou, psychickou a sociální složkou a narušení jedné této části ovlivňuje člověka jako celek.

Teoretická část naší bakalářské práce byla zaměřena na objasnění základní terminologie. Věnovali jsme se především prohloubení a rozšíření našich vědomostí ve zkoumané oblasti. Stěžejní témata, která jsme si kladli za cíl definovat, byla diskomfort, stres, umírání, smrt a paliativní péče. V oblastech jako jsou diskomfort a stres jsme se zaměřili zejména na objasnění možných spouštěčů, projevů, nežádoucích následků a na preventivní opatření a možnosti řešení těchto psychických stavů. Za cíl jsme si kladli obsáhnout fenomény, kterými jsou umírání a smrt. Především jsme se zaměřili na fáze umírání dle Elisabeth Kübler Rossové, projevy umírání, známky smrti a péči o umírající a zemřelé. Dále se věnujeme velmi důležité oblasti sesterské profese, kterou je komunikace, a to nejen s umírajícím, ale i s jeho rodinou. V rámci paliativní péče jsme se zaměřili na prohloubení znalostí v této oblasti zahrnující také druhy paliativní péče. Obsah teoretické části, který je pro naši práci doplňující, zahrnuje informace o organizacích domácí péče, jejich právních náležitostech a informace o hospicích. V praktické části naší práce jsme vycházeli z odborné literatury a poznatků prezentovaných v teoretické části. Naše výzkumné postupy se řídily zejména metodikou dle Miroslava Chrásky. Kvantitativní výzkum v rámci naší bakalářské práce byl realizován metodou dotazníkového šetření v Uherskohradištské nemocnici.

Data získaná od respondentů prostřednictvím dotazníků byla statisticky ověřována, uspořádána do tabulek a grafů a doplněna komentáři. Na interních, chirurgických a ostatních vybraných odděleních jsme ověřovali stanovené cíle výzkumu. Záměrem prvního dílčího cíle bylo zjistit, zda péče o umírajícího ovlivňuje sestry v osobním a společenském životě. Na základě získaných výsledků, se cíl nepotvrdil. Nepotvrdil se ani druhý dílčí cíl, jelikož jsme zjistili, že péče o umírajícího pacienta nesnižuje fyzickou výkonnost sester. Současně nás zajímalo, zda je psychika sester ovlivněna péčí o umírajícího. Největší počet sester uvedl, že péče o umírajícího pacienta je ovlivňuje po psychické stránce, náš cíl se potvrdil. Hlavní cíl naší práce byl potvrzen, neboť sestry v Uherskohradištské nemocnici při péči o umírajícího pociťují diskomfort. Diskomfort jsme u sester ověřovali pomocí otázek zaměřených na náročnost směny, pocit stresu, podrážděnosti, úzkosti a na negativní emoce.

Na oblast diskomfortu a na umírající jsme se v našem výzkumu zaměřili zejména, protože smrt se v určité fázi života dotýká každého z nás a sestry jsou této zátěži vystaveny ve velké míře. Přínos našeho výzkumu spočívá v obohacení sesterské profese o získaná data a v návrhu preventivních opatření. Naším cílem bylo doporučit taková opatření, která by vedla ke snížení psychické zátěže sester. Doufáme, že naše práce může pomoci snížit diskomfort sester pečujících o umírajícího pacienta

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-13-439-9.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Diskomfort sester v péči o umírající pacienty. In Nové trendy ve zdravotnické praxi*. Zlín: Academia Centrum UTB ve Zlíně, 2015. ISBN 978-80-7454-525-2.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
- O'CONNOR, Margaret and Sanchia ARANDA. *Palliative care nursing: a guide to practice*. 2nd ed., rev. and rewritten. Melbourne: AusmedPublications, 2003. ISBN 978-0-9577-9884-7.

- SKÁLA B., SLÁMA O., VORLÍČEK J., KABELKA L., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila PLÁTOVÁ. *Dožít doma*. 2. vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, 2009.
- SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče*. V Brně a Praze: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2013.
- SOMR, Miroslav. *Základní metody výzkumu: Vybrané kapitoly z metodologie pedagogického výzkumu*. České Budějovice, 2007.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 3174- 2.
- VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Akademické práce:

- HAKOVÁ, Ivana, 2015. *Vnímání a prožívání smrti klientů u všeobecné sestry a vybraných nelékařských profesí*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.
- MUSILOVÁ, Dana, 2016. *Kvalita péče o pacienta v terminální fázi onemocnění*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Miroslav Kala.
- STŘELCOVÁ, Simona, 2016. *Diskomfort sester při utváření životního stylu*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.
- ŠKORPÍKOVÁ, Aneta, 2012. *Příčiny, příznaky a zvládání stresu u všeobecných sester*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová.

Internetové zdroje: zkontrolovat

DUBCOVÁ, Iva, 2011. *Etika umírání a smrti*. Sestra [online]. (10), 44 - 46 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>

Charta práv umírajících, 2011. Pečuj doma [online]. Česká republika: Diakonie Českobratrské církve evangelické [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty/charta-prav-umirajicich/>

Organizace domácí péče, 2017. Asociace domácí péče ČR o. s. [online]. Asociace domácí péče České republiky [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/574/organizace-domaci-pece/>

Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, 2009-2017 EAGRI [online]. Ministerstvo zemědělství [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <http://eagri.cz/public/web/mze/legislativa/pravni-predpisy-mze/tematicky-prehled/100076092.html>

Stručná historie Uherskohradištské nemocnice, Nemuh [online]. Uherské Hradiště: Uherskohradištská nemocnice [cit. 2017-05-10]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/historie-uherskohradistske-nemocnice>

ZÁKON Č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. In: *Zákony pro lidi.cz* [Online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ZÁKON Č. 48/1997 Sb., *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. In: *Zákony pro lidi.cz* [Online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Č.	Číslo
JIP	Jednotka intenzivní péče.
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
ADP	Asociaci domácí péče
ČR	Česká republika
WHO	Světová zdravotnická organizace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1</i> návratnost dotazníků	46
<i>Graf č. 2</i> věkové kategorie	47
<i>Graf č. 3</i> vzdělání	48
<i>Graf č. 4</i> oddělení	49
<i>Graf č. 5</i> délka praxe	50
<i>Graf č. 6</i> kontakt s umírajícím	51
<i>Graf č. 7</i> vyčerpání	52
<i>Graf č. 8</i> náročnost	53
<i>Graf č. 9</i> pocity	54
<i>Graf č. 10</i> fyzické změny	55
<i>Graf č. 11</i> druhy fyzických změn	56
<i>Graf č. 12</i> změny v chování	57
<i>Graf č. 13</i> negativní emoce	58
<i>Graf č. 14</i> míra empatie	59
<i>Graf č. 15</i> emocionální komunikace	60
<i>Graf č. 16</i> zvýšená pozornost	61
<i>Graf č. 17</i> zájem o život umírajícího	62
<i>Graf č. 18</i> komunikace s pozůstalými	63
<i>Graf č. 19</i> péče o mrtvé tělo	64
<i>Graf č. 20</i> myšlenky na zesnulého v osobním životě	65
<i>Graf č. 21</i> relaxace	66
<i>Graf č. 22</i> osobní rituál	67
<i>Graf č. 23</i> druhy rituálů	68

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Návratnost dotazníkového šetření</i>	45
<i>Tabulka č. 2 Věkové kategorie</i>	47
<i>Tabulka č. 3 Vzdělání</i>	48
<i>Tabulka č. 4 Oddělení</i>	49
<i>Tabulka č. 5 Délka praxe</i>	50
<i>Tabulka č. 6 Kontakt s umírajícím</i>	51
<i>Tabulka č. 7 Vyčerpání</i>	52
<i>Tabulka č. 8 Náročnost</i>	53
<i>Tabulka č. 9 Pocity</i>	54
<i>Tabulka č. 10 Fyzické změny</i>	55
<i>Tabulka č. 11 Druhy fyzických změn</i>	56
<i>Tabulka č. 12 Změny v chování</i>	57
<i>Tabulka č. 13 Negativní emoce</i>	58
<i>Tabulka č. 14 Míra empatie</i>	59
<i>Tabulka č. 15 Emocionální komunikace</i>	60
<i>Tabulka č. 16 Zvýšená pozornost</i>	61
<i>Tabulka č. 17 Zájem o život umírajícího</i>	62
<i>Tabulka č. 18 Komunikace s pozůstalými</i>	63
<i>Tabulka č. 19 Péče o mrtvé tělo</i>	64
<i>Tabulka č. 20 Myšlenky na zesnulého v osobním životě</i>	65
<i>Tabulka č. 21 Relaxace</i>	66
<i>Tabulka č. 22 Osobní rituál</i>	67
<i>Tabulka č. 23 Druhy rituálů</i>	68

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI Dotazník

PŘÍLOHA PII Charta práv umírajících

PŘÍLOHA PIII Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

PŘÍLOHA PIV Historie Uherskohradištské nemocnice

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené zdravotní sestry, jmenuji se Lucie Pelikánová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor všeobecná sestra.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, k mojí bakalářské práci na téma: **Diskomfort sester při péči o umírajícího pacienta**. Výsledky jsou anonymní a budou použity pouze pro výzkum v rámci mojí bakalářské práce, prosím tedy o uvážlivou odpověď na každou otázku. Vámi vybranou jednu možnost prosím zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak. Předem děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Váš věk je?

- a) 19 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) 51 let a více

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední s maturitou - zdravotnický asistent
- b) Střední s maturitou - všeobecná sestra
- c) Vyšší odborné - DiS.
- d) Vysokoškolské - Bc. - Mgr. - PhDr. - Ph.D.
- e) Specializované (uved'te).....

4. Na jakém oddělení pracujete nyní?

- a) Interní obor - interna, neurologie, rehabilitace, infekční, geriatric, kardiologie, onkologie
- b) Chirurgický obor - chirurgie, ortopedie, urologie, ORL, traumatologie, neurochirurgie
- c) Jiné (uved'te).....

5. Jak dlouho vykonáváte povolání sestry?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 21 - 30 let
- e) 31 let a více

6. Jak často jste v kontaktu s umírajícím?
- Denně
 - Více než 1 za týden
 - Jednou za týden
 - Méně než jednou za měsíc
 - Jednou za měsíc
 - Více než jednou za měsíc
7. Péče o umírajícího mě vyčerpává: (můžete vybrat více možností)
- Především psychicky
 - Především fyzicky
 - V osobním životě
 - Nevyčerpává mě
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
8. Když máte na oddělení jednoho nebo více umírajících pacientů, je vaše směna náročnější, hektická, jste ve stresu?
- Ano
 - Ne
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano) vyberte, jak se v ten den cítíte. (můžete vybrat více možností). Pokud jste vybrali (ne) pokračujte další otázkou.
- Cítím se fyzicky vyčerpaně
 - Cítím se psychicky unaveně
 - Je mi do pláče, jsem přecitlivělá, přecitlivělý
 - Jiné (uveďte)
10. Zaznamenali jste na sobě někdy fyzické změny v souvislosti s péčí o umírajícího?
- Ano
 - Ne
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano) vyberte jednu nebo více z následujících možností fyzických změn.
- Únava
 - Nevolnost
 - Bolesti hlavy/ zad
 - Třes rukou
 - Svalová ztuhlost
 - Vyčerpání
 - Jiné.....

12. Zaznamenali jste někdy změny ve svém chování vůči rodině, nebo přátelům (např. podrážděnost, výbušnost, vztek, plačtivost, úzkost) v souvislosti s úmrtím pacienta, nebo péčí o umírajícího?
- Ano
 - Ne
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
13. Pozorovala jste na sobě někdy podrážděnost, nechut' jít do práce, úzkost, nezájem o okolí, když vám umírá, nebo zemřel pacient.
- Ano
 - Ne
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
14. Jak se dokážete vcítit se do pocitů druhých, jak jste empatičtí (prosím ohodnoťte se na stupnici 0 – 5, kdy číslo 5 znamená nejvyšší schopnost porozumění)?
- 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Jakým způsobem probíhá emocionální komunikace mezi vámi a umírajícím?
- Dotykem
 - Očním kontaktem
 - Výrazem v obličeji
 - Posadím se k němu, aby cítil mou podporu
 - Nijak
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
16. Povídáte si s umírajícím, věnujete mu pozornost a svůj čas více než ostatním pacientům?
- Ano
 - Ne
 - Podle situace
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
17. Zajímá vás životní příběh umírajícího?
- Ano
 - Ne
 - Podle situace
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
18. Jaká je pro vás komunikace s pozůstalými?
- Snadná - vím co říct a jak reagovat
 - Zatěžující - špatně se mi hledají slova, jsem nervózní
 - Traumatizující - jsem ve stresu, nevím, co říct a jak reagovat
 - Nevím, nepřemýšlím o tom
 - Jiné (uved'te)
-

19. Péči o mrtvé tělo se: (vyberte z následujících možností).

- a) Vyhýbám, nechávám to na ostatních
- b) Provádím ji, jen když nikdo jiný nemůže (když je to nevyhnutelné)
- c) Provedu ji, ale vadí mi to
- d) Nedělá mi to problém
- e) Nevím, nepřemýšlím o tom

20. Přemýšlíte o zesnulém, i když už jste doma?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Vyhýbám se myšlenkám
- d) Podle situace
- e) Nevím, nepřemýšlím o tom

21. Jak relaxujete? (můžete vybrat více možností)

- a) S rodinou, přáteli
- b) Sportem
- c) Meditací
- d) Hodbou
- e) Koníčky
- f) Jiné (uveďte).....

22. Dodržujete nějaký svůj osobní rituál při vyprovázení umírajícího?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nepřemýšlím o tom

Pokud jste odpověděli (ano) prosím popište váš rituál:.....

.....

.....

Děkuji za Vaše odpovědi a přeji příjemný den.

Lucie Pelikánová

PŘÍLOHA P II: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Dle doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

- Rady Evropy usiluje o ochranu důstojnosti všech lidí a jejich práv.
- Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu umírajícím, zejména aby bylo zabráněno:
 - Umírání s nesnesitelnými symptomy.
 - Prodlužování umírání proti vůli umírajícího.
 - Umírání o samotě a v zanedbání.
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží.
 - Z ekonomických důvodů omezování život udržující léčby.
 - Nedostatku financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči umírajících.
- Shromáždění proto doporučuje, aby členské státy ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost umírajících lidí tím, že:
 - Zajistí, že na paliativní péče bude mít zákonný nárok každý umírající.
 - Všem umírajícím bude dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
 - Rodina bude povzbuzována, aby doprovázela umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována.
 - Ustanoví ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které budou zajišťovat domácí péči.
 - Zajistí spolupráci všech osob podílejících se na péči o umírajícího pacienta.
 - Vyvinou a vyhlásí kvalitativní normy pro péči o umírající.
 - Zajistí umírajícím, pokud si nebudou přát jinak, přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba vedla ke zkrácení života jedince.
 - Ošetřující personál bude vyškolen tak, aby mohl každému umírajícímu poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
 - Založí další a rozšíří stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče.
 - Zajistí alespoň ve větších nemocnicích vybudování oddělení paliativní péče a thanatologických klinik.
 - Paliativní medicína a péče bude ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

- Zajistí prosazení práva umírajících na úplnou, pravdivou, ale citlivě podanou informaci o jejich zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
- Každé umírající osobě umožní konzultaci ještě s jiným lékařem.
- Zajistí, že žádná umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli a že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným.
- Zajistí, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu umírající osoby.
- Zajistí, že výslovná přání umírajícího týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře.
- Zajistí, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle umírajícího, nebude porušeno jeho právo na život.
- Uznají, že právo na život ve vztahu k umírajícím osobám je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“.
- Uznají, že přání zemřít, vyjádřené umírajícím, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.
- Uznají, že přání zemřít, vyjádřené umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt (Charta práv umírajících, 2011, online).

PŘÍLOHA P III: POVINOSTI PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Dle zákona č. 20/1966 Sb., který pojednává o péči o zdraví lidu v § 55.

- Povinností pracovníků ve zdravotnictví je vykonávat zdravotnické povolání poctivě, svědomitě, s vědomím odpovědnosti ke společnosti a s hluboce lidským vztahem k občanům.
- Každý zdravotnický pracovník je povinen:
 - Vykonávat své povolání určitým způsobem, v rozsahu a dle zásad, které určuje Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi.
 - Řádně plnit a převzít i mimořádné úkoly uložené mu dočasně v obecném zájmu.
 - Poskytovat první pomoc každému neprodleně, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo zdraví a zajistit podle potřeby další odbornou péči.
 - Zachovávat mlčenlivost při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby.
 - Pracovníci ve zdravotnictví jsou povinni dále se vzdělávat ve svém oboru a osvojit si zdravotnické znalosti potřebné pro výkon své práce (Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, online).

PŘÍLOHA P IV: HISTORIE UHERSKOHRADIŠŤSKÉ NEMOCNICE

V královském městě Uherském Hradišti se první projevy péče o zdraví veřejnosti objevují ve středověku. Listina z roku 1362 se zmiňuje o špitálu se hřbitovem a kaplí svaté Alžběty. Vybavení v této době bylo špatné a péče o chudobné zanedbávána. V roce 1834 vznikla v Uherském Hradišti veřejná nemocnice s patnácti lůžky. Rozměry a zařízení nemocnice však brzy nestačily, proto v roce 1876 začalo obecní zastupitelstvo jednat o novostavbě řádné nemocnice. Za první světové války vznikla zdravotní stanice, která tvořila patnáct obytných budov, administrativní a provozní objekty a vlastní nemocnici. Po skončení války poskytlo Ministerstvo vnitra budovy bývalé zdravotní stanice pro vybudování této nemocnice. 15. ledna 1924 byl zahájen provoz nemocnice v Uherském Hradišti. Primariát pro nemoci vnitřní a infekční vznikl v roce 1925 a pavilon pro interní oddělení v roce 1928. Po druhé světové válce vzniklo ortopedické oddělení, dermatologicko-venerologické, onkologická poradna a nemocniční lékárna. V roce 1954 byla v nemocnici dokončena přístavba ambulantního a operačního traktu k lůžkové části ortopedie, vzniklo samostatné infekční oddělení a ústřední laboratoř. Rekonstrukcí bývalého interního pavilonu vzniklo moderní porodnicko-gynekologické oddělení, v období let 1964 až 1966. Vzniklo také samostatné anesteziologicko-resuscitační oddělení a přístavba ambulantní části chirurgického oddělení. V létě 1997 povodně v Uherském Hradišti způsobily velké škody a zatopily velkou část nemocnice. Pacienti byli evakuováni do okolních nemocnic. Za pomoci organizací i drobných dárců byla nemocnice opravena a 13. srpna zahájila plný provoz. V září 2005 se nemocnice z příspěvkové organizace transformovala na akciovou společnost. Během následujících let došlo k mnoha změnám, přestavbám a vzniku nových oddělení. V roce 2012 odstartovala dlouho očekávaná stavba centrálního objektu chirurgických oborů, k jeho slavnostnímu otevření došlo 10. října 2014. Tato budova zahrnuje oddělení chirurgické, ortopedické, traumatologické, urologické, ARO, JIP, neurologickou JIP, oční oddělení, ORL, centrální sterilizaci, lékárnu a ambulance. Stavbu a vybavení centrálního objektu financovala nemocnice sama, jedná se o částku asi 468 milionů korun.

V současnosti v Uherskohradišťské nemocnici začala koncem dubna 2017 výstavba dalšího centrálního objektu. Tento pavilon bude zahrnovat interní a dětské oddělení a měl by být propojen s centrálním chirurgickým objektem. Záměrem nemocnice je větší komfort a lepší podmínky pro pacienty i personál (Stručná historie Uherskohradišťské nemocnice, online).