

Vliv péče o terminálně nemocné na psychiku sester

Marie Havlíčková

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Marie HAVLÍČKOVÁ

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Vliv péče o terminálně nemocné na psychiku sester

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části: Studentka se zaměří na faktory ovlivňující psychiku sester v péči o terminálně nemocné.

Zpracování praktické části: Metodou dotazníkového šetření potvrdí nebo vyvrátí stanovené hypotézy a navrhne další řešení.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. Speciální psychologie. 3. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. S. 173. ISBN 80-7013-342-2.

HLADKÝ, Aleš a kol. Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha: Karolinu, 1993. S. 173. ISBN 80-7066-784-2.

JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: IDVPZ, 2000. S. 203. ISBN 80-7013-288-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004. S. 80. ISBN 80-247-0784-5.

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. Paliativní péče. Praha: Grada, 2005. S. 324. ISBN 80-247-1295-4.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000. S. 172. ISBN 80-7178-312-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Salcbergerová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

1. června 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Práce se zabývala vlivem péče o terminálně nemocné pacienty na psychiku sester. Vybranými problémy byly: stupeň zátěže sester, frustrace a stresové faktory s ohledem na nebezpečí vyhoření a v neposlední řadě jejich prevencí.

Praktická část vyhodnotila údaje dotazníku na vzorku 83 sester z hospice a nemocničních zařízení. Dotazník hodnotil vnímání významových a psychických náročností péče o terminálně nemocné na spokojenost s oceněním práce o terminálně nemocné a na pozornost, která je věnována přípravě sester na péči o terminálně nemocné ve škole i v samotné praxi. Několik položek dotazníku bylo také zaměřeno na etické problémy práce s terminálně nemocnými.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, terminální stádium nemoci, umírání, smrt, pacient, sestra, psychika sestry, stres, zátěž, syndrom vyhoření, potřeba, péče, relaxace.

ABSTRACT

The dissertation was dealing with an influence of the care of terminally ill patients on psyche of nurses. The selected problems were: grade of stress of nurses, frustration and stress factors in view of danger of burning out and last but not least their prevention.

The practical side analysed data of a questionnaire on the sample of 83 nurses from a hospice and hospital institutions. The questionnaire was analyzing the perception of importance and psychological demands of care of terminally illon satisfaction, with evaluation of care of terminally ill and on attention which is paid to nurses for care of terminally ill in school and in practice itself. A few items of the questionnaire were also concentrated on ethical problems of work with terminally ill.

Keywords: health, illness, terminally stage of illness, dying, death, patient, nurse, the psyche of nurse, stress, burn – out syndrome, need, care, relaxation.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Salcburgerové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji zdravotním sestřám nemocnic a zařízení v Olomouci a ve Zlíně za pomoc při sběru údajů pro mou práci.

Zvláště pak děkuji PhDr. Pavlu Kusákovi CSc. za odbornou pomoc, cenné rady a čas, který mi věnoval.

Ve Zlíně dne 24.5.2007

Marie Havlíčková

.....

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a všechny použité prameny a citace jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zlíně dne 24.5.2007

Marie Havlíčková

.....

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 POJMY	11
1.1 POJEM ZDRAVÍ A NEMOC	11
1.1.1 Zdraví	11
Determinanty zdraví.....	12
1.1.2 Nemoc	13
Terminální stádium nemoci	13
2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI	15
2.1 PROBLEMATIKA UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	15
2.1.1 Proces umírání.....	15
2.1.2 Modely umírání	16
2.2 PROBLEMATIKA SMRTI	18
3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	21
3.1 POTŘEBY LIDÍ V ZÁVĚRU ŽIVOTA.....	21
3.2 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ TĚŽKÉ NEMOCI - TERMINÁLNÍHO ONEMOCNĚNÍ	23
3.3 PALIATIVNÍ LÉČBA A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	24
3.3.1 Psychická zátěž v paliativní léčbě a ošetrovatelské péči.....	25
3.4 HOSPIC.....	26
3.4.1 Historie hospiců	26
4 ZÁTĚŽ SESTRY V PÉČI O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ PACIENTY	28
4.1 POJEM FRUSTRACE A STRES	28
4.1.1 Frustrace	28
4.1.2 Stres.....	28
Působení stresorů v čase	29
Fáze reakce na stres	29
Psychické reakce na stres	30
4.2 KRIZE A PODNĚTY PŮSOBÍCÍ KRIZE	31
4.3 ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY	31
4.3.1 Zátěže fyzické, chemické a fyzikální:	31
4.3.2 Zátěže psychické a sociální:	32
4.3.3 Zátěžové faktory pracovního prostředí.....	33
4.4 OCHRANNÉ FAKTORY PROFESY SESTRY	33
4.5 SYNDROM VYHOŘENÍ – BURNOUT SYNDROME	35
4.5.1 Historie a vymezení pojmu	35
4.5.2 Projevy vyčerpání	37
4.5.3 Projevy syndromu vyhoření.....	38
4.5.4 Prevence syndromu vyhoření s ohledem na práci zdravotní sestry	39
4.5.5 Pomoc při syndromu vyhoření	40

4.6	POJEM PSYCHOHYGIENA A SUPERVIZE	41
4.6.1	Psychohygiena	41
4.6.2	Supervize	41
5	RELAXACE A ZDOLÁVÁNÍ STRESU	43
5.1	AUTOGENNÍ TRÉNINK	43
5.2	RELAXAČNÍ TRÉNINK PODLE JACOBSONA	44
5.3	BIOENERGETICKÉ RELAXAČNÍ CVIČENÍ	45
5.4	RELAXACE ZAMĚŘENÁ NA DECH	45
5.5	HATHAJÓGA	45
5.6	RELAXAČNÍ A IMAGINAČNÍ METODA PODLE SIMONTONA	46
5.7	SENZORICKÝ RELAXAČNÍ TRÉNINK	46
5.8	RELAXACE MEDITACÍ	47
5.9	RELAXACE BIOFEEDBACKEM	47
II	PRAKTICKÁ ČÁST	49
6	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI A FORMULACE HYPOTÉZ	50
6.1	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI	50
6.2	HYPOTÉZY	51
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU	52
8	METODA SBĚRU DAT	53
9	METODA VYHODNOCENÍ DAT	54
10	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	55
11	DISKUSE	92
11.1	DISKUSE K HYPOTÉZE Č. 1	92
11.2	DISKUSE K HYPOTÉZE Č. 2	92
11.3	DISKUSE K HYPOTÉZE Č. 3	93
11.4	DISKUSE K HYPOTÉZE Č. 4	94
12	ZÁVĚR	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
	SEZNAM GRAFŮ	103
	SEZNAM TABULEK	105
	SEZNAM PŘÍLOH	107

ÚVOD

Práce s terminálně nemocným pacientem je velmi náročná po fyzické, ale zejména po psychické stránce. To si ovšem mnoho lidí neuvědomuje a bere tento fakt jako samozřejmost. Mnohdy si to neuvědomují ani sestry samotné, berou práci jako rutinu, nikoli poslání a možnost pomoci pacientům v posledních chvílích jejich života. Naopak některé sestry jsou natolik zainteresovány do své práce, snaží se pacientům splnit „první poslední“, jsou jim daleko blíže, nosí si svou práci domů a před usnutím přemýšlejí, co zítra udělají jinak, lépe, a neuvědomují si, že tato intenzivní osobní zaangażovanost se může velmi snadno obrátit proti nim samotným. Sestra může velice snadno onemocnět syndromem vyhoření. Nejdříve totiž „hoří“ pro svou práci a potom velmi snadno „shoří“, když nevidí vhodnou odezvu. Vyhoření hrozí nejvíce u začínajících sester, které jsou plné ideálů, mají velká očekávání, plno nápadů, jak by se daly věci vylepšit, ale jsou posléze zaskočeny praxí. Oddělení jsou již „zajeté“, těžko něco měnit. Sestry často ani nechtějí.

Čtenář se v první kapitole této práce seznámí s pojmy jako zdraví a nemoc, ve druhé kapitole se dozví o umírání a následné smrti. O těchto tématech se téměř veřejně nehovoří, což vede k neinformovanosti a určité nepřipravenosti veřejnosti a nemalý problém představuje i pro klinické pracovníky. Tato část se týká lidí obecně – pacientů i sester.

Třetí kapitola se zabývá problematikou umírajících pacientů. Zdůrazníme si potřeby terminálně nemocných pacientů a umírajících pacientů, které se značně liší od pacientů s dobrou prognózou na uzdravení. Proto považujeme za důležité tyto potřeby identifikovat a alespoň je zde zmínit. Každý nemocný má jiné potřeby a proto je péče o ně zcela individuální. V každém případě by ale péče o terminálně nemocného měla být etická a důstojná a na potřeby nemocných by se v žádném případě nemělo zapomínat.

Dalšími, neméně důležitými tématy jsou prožívání těžké nemoci pacientem, paliativní péče a hospicová péče a její zařízení.

Čtvrtá kapitola se orientuje na zdravotní sestry. Nastíníme ochranné faktory v práci sestry, objasníme pojmy frustrace a stres, vyjmenujeme si krizové a zátěžové situace, kterým se sestra v pracovním prostředí nevyhne. Dlouhodobý stres totiž může vést ke vzniku syndromu vyhoření, proto je důležité se zde o něm zmínit. Ne nadarmo statistiky uvádějí, že zdravotníci zaujímají přední místa žebříčku povolání ohrožených vyhořením.

V poslední kapitole teoretické části nastíníme nejznámější relaxační metody.

Jsem si vědoma, že jsem překročila rozsah bakalářské práce, ale vzhledem k danému tématu se nedala příliš zkrátit. Rozsáhlejší práce se týká jak teoretické části, tak praktické části z důvodu většího počtu položek a doplňkovému výzkumu týkající se délky praxe a víry.

I tak jsem se snažila zkrátit práci na minimum. Bylo mi ale líto přeskočit důležité informace, které se vztahují k tématu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POJMY

1.1 Pojem zdraví a nemoc

V první kapitole si objasníme pojmy jako je zdraví a nemoc. Zdraví snadno může přejít do nemoci, která se nevyhne žádnému člověku. Zmíníme se i o terminálním stádiu nemoci.

1.1.1 Zdraví

Zdraví je definováno **podle WHO** jako komplexní stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost (absence) nemoci nebo vady.

Zdraví je fyzické, psychické a sociální prospívání. [49]

Podle Jara Křivohlavého existuje těchto sedm teorií:

1. Zdraví je pojato touto teorií jako synonymum pro určitý druh síly různé intenzity, která může být oslabována a nebo znovu získaná a která pomáhá člověku překonávat překážky.
2. Zdraví zosobňuje vnitřní duchovní sílu, která bývá pojmenována i jako schopnost přizpůsobení a nebo vitalita projevující se až v zátěžových situacích za účelem dosahování vyšších cílů.
3. Zdraví je charakterizované jako odolnost člověka, která chápe životní úlohy jako výzvy.
4. Vyjadřuje schopnost člověka spojit a přizpůsobit prostředí a životní styl.
5. Představuje integraci dobré tělesné kondice, duševní pohody a určité připravenosti.
6. V tomto pojetí zobrazuje zdraví hmotný majetek či statek, který člověk používá. Může být ve formě lékařského zákroku, léčiv a nebo léčebných kúr.
7. Zosobňuje biopsychosociální strukturu a nejen jako nepřítomnost chorobných příznaků.

Po vzoru těchto sedmi teorií vytvořil Jaro Křivohlavý vlastní definici:

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duševní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimálně kvality života a není překážkou osobnímu snažení druhých lidí.“ [48]

Definice podle Bergera:

„Zdraví označuje proces přizpůsobení. Označuje schopnost vhodně reagovat na měnící se prostředí, dokázat růst a stárnout, v případě nemoci se také uzdravit, ale i trpět a smírně očekávat příchod smrti. Vedle toho zahrnuje zdraví také budoucnost, proto k němu patří také úzkost a vnitřní síla s ní žít.“ [47]

Definice podle Hurrelmana:

Zdraví označuje stav objektivního a subjektivního stavu jedince, který je dán, jestliže se jedinec v tělesné, psychické a sociální oblasti svého vývoje nachází v souhlase s vlastními možnostmi a představami za daných vnějších podmínek. Zdraví je negativně ovlivněno, pokud je jedinec vystaven požadavkům, které v daném okamžiku života nemůže jedinec splnit nebo zvládnout. Tato zátěž se může, ale nemusí, projevit sociálními, psychickými nebo biomedicínskými symptomy. [47]

Determinanty zdraví

Na člověka působí vnitřní a vnější determinanty. Mezi **vnitřní**, které jsou neovlivnitelné a člověk se s nimi rodí patří například genetický základ, vrozené dispozice, věk, pohlaví. Sem bychom mohli umístit i emoce a myšlenky.

Další, které působí, ale jsou již ovlivnitelné, jsou **vnější determinanty**. Zde můžeme zařadit životní styl, životní prostředí i lékařskou péči. [48]

Faktory životního stylu, které působí na zdraví člověka, můžeme rozdělit na tzv. **rizikové a ochranné**, neboli protektivní.

Rizikové faktory definujeme jako vliv, který zvyšuje riziko určitého onemocnění, zvyšuje pravděpodobnost, že člověk po určité době expozice onemocní.

Opakem jsou faktory, které snižují pravděpodobnost vzniku určitého onemocnění, chrání před onemocněním, zvyšují odolnost organismu. Těmto říkáme ochranné faktory.

Na prvním místě **ovlivňuje zdraví** nevhodný způsob života (50 – 60 %), kam patří: kouření, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž spojená se stresem, abususe alkoholu, drogy a nevhodné sexuální chování.

Životní a pracovní prostředí (10 – 20%) a nesprávně či nevhodně zaměřená lékařská péče (10%) patří mezi další faktory. [46]

1.1.2 Nemoc

Nemoc je porušení rovnováhy organismu, může dojít k porušení části těla. [49]

Nemoc je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů.

Podle normativní definice zdraví a nemoci je nemoc takový stav, který nemocnému způsobuje subjektivní potíže. [50]

Nemoc je diskomfort v tělesné, duševní a sociální složce. [8, s. 25]

Koukola [in 3, 2001] dbá na to, aby se termíny choroba a nemoc rozlišovaly. **Choroba** je podle něj abnormalitou, k níž dochází v částech lidského těla a může být zjištěna lékařskou vědou. Zatímco **nemoc** představují pocity, které lidé zakoušejí. Choroba se pak vztahuje k organické rovině, kdežto nemoc k rovině psychosociální.

Pojem **onemocnění** je používáno jako synonymum nemoci, počátku nemoci nebo pro zdůraznění toho, že stav není trvalou vlastností organismu.

Příznak nemoci, neboli symptom, je klinický projev nemoci. Soubor těsně spjatých, společně se vyskytujících symptomů se pak označují jako **syndrom**. [50]

Terminální stádium nemoci

Slovo terminální znamená z anglického překladu konečný, smrtelný, nevléčitelný.

Terminální stádium nemoci tedy znamená konečné období před smrtí. S terminálním stádiem nemoci se můžeme setkat hlavně v hospicích, na odděleních onkologie, LDN a dalších.

Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nezvratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. [6]

Péče o pacienty v terminálním stádiu je pro ošetřující personál velmi náročná. Nejen, že je to období, kdy se pacient blíží ke smrti, ale je to období, kdy má pacient i značné množství problémů – zdravotních, psychických i osobních.

Nemocný člověk má dvě možnosti. Buď se uzdraví nebo zemře. Každý z nás má jistotu, že jednou umře. Ale musí to být hlavně důstojně.

2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

Čtenář se v této kapitole dočte o problematice umírání a smrti, jež patří k životu a nevyhne se nikomu z nás.

2.1 Problematika umírajícího pacienta

Umírání je fáze života, proto jej nelze se smrtí zaměňovat. [48]

Umírání je proces, který probíhá v určitém čase. [8]

Každý člověk si představuje, jak by měl umřít, po svém. Jinak to vidí sám umírající pacient, jinak jeho příbuzní, zdravotnický personál a cizí člověk. Odlišnou představu mají věřící umírající a nevěřící. Někteří pacienti chtějí zemřít doma, jiným nezbyvá nic jiného než zůstat v nemocnici. Za některými chodí rodina, příbuzní a známí na návštěvu, jiní zůstávají sami.

Umírajícím pacientům přestává chutnat, proto není dobré za každou cenu se snažit něco do nich dostat. Nutit je. Dá se říci, že už jídlo ani pití nepotřebují. Když tedy pomineme příjem stravy, měli by tedy alespoň pít. Umírající si ale o skleničku s vodou nepožádají. Proto je nutné, aby sestry i rodiny na tento fakt nezapomínali a svým blízkým či pacientům často tekutiny nabízeli.

Je velmi těžké říci, jak by měla péče o umírajícího vypadat. Je nutné si přiznat, zda je péče o tyto pacienty prováděna eticky nebo se vyskytují nedostatky.

2.1.1 Proces umírání

Umírání je proces, který může být kratší či delší, zakončený terminálním stavem. Bývá rozdělováno na tři časově nestejná období *pre finem*, *in finem*, *post finem*. [6]

Období pre finem začíná tehdy, kdy vejde povědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je pak v určitém dlouhém čase vysoce pravděpodobná. Umírání v tomto smyslu je proces, jehož začátkem je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky nepříznivé nemoci. Konfrontace pacienta s bolestí a situací nemoci je výrazná. Umírající musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Je bezpodmínečně nutné uchránit ho od tzv. **psychické** a **sociální smrti**. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky. Psychická

rezignace, intenzívně prožívaná beznaděj a zoufalství nepochybně usnadňují vstup fyzické smrti. Psychologická intervence může uchránit těžce nemocného člověka od tzv. sociální smrti.

Dochází současně nejen k uvědomování si závažného stavu, ale také k tzv. **adaptabilní negligaci**. Tento pojem znamená vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Popření a vytěšnění umírání bývá tím intenzivnější, čím více se člověk blíží ke smrti. V období *pre finem* jsou úzkostné stavy z ohrožení a manifestní strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi *in finem*. V terminálním stavu, tedy v situaci *in finem*, je jistě také přítomen strach, ale ten má jiný obsah, i když často stejný nebo podobný projev. České přísloví říká, že nemoc si člověka připraví.

Po celé období *pre finem* je třeba nemocného odborně vést a poskytovat mu podle potřeby emoční podporu. V této době zejména někteří nemocní potřebují otevřený rozhovor o své situaci s jasným přáním, aby jim bylo pomoheno nalézt řešení v obtížné, nepřehledné situaci. Odborníci se shodují v tom, že každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci. [6]

Situace **in finem** je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Z etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy, jako je **ritualizace smrti**, zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika **eutanázie**. O eutanázii zde hovořit nebudeme, protože není předmětem práce. Navíc na toto téma lze sehnat mnoho literatury. Taktéž se literatura podrobně zabývá i ritualizací smrti.

Období post finem je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. [8]

2.1.2 Modely umírání

Existují dva modely umírání. Jedním je tradiční model a druhým moderní model umírání.

Tradiční model umírání se týká umírajících pacientů, o které se starala rodina. Péče byla laická a probíhala zejména v domácím prostředí. Tento model měl jistě své výhody i nevýhody.

Výhodou bylo zejména rodinné prostředí, aktivní účast rodiny při péči a doprovázení umírajícího. V této péči se vystřídal více generací (vnuk, syn pečovali o svého otce, dědečka).

Pomáhající pečovali s nejlepším svědomím, touhou pomoci a ulehčit poslední chvíli života. Při této péči se nevědomky i učili. Samozřejmě muselo dojít i ke konfrontaci pomáhajících příbuzných se smrtí. Rodinní příslušníci, kteří pečovali o umírající, mohli mít jistotu, že se o ně také někdo postará tak, jak se starali oni sami. Umírání mělo charakter sociálního aktu, vědomí sounáležitosti s osudy blízkých a přítomnost u lůžka byla samozřejmostí. Odborníci zdůrazňují, že smrt patří k životu a umírání má ustálený řád.

Nevýhodou byla nepřítomnost profesionální pomoci a péče. Lékařská péče byla po dlouhou dobu určitým nadstandardem. Model vycházel z toho, že umírající mají rodinu. Mnozí ji však neměli, chyběl jim i domov, takže nemocní umírali na ulici, pod mostem. Prostě ve špíně, za nedůstojných podmínek. Tento stav musel nutně vést ke změně. Bohatší občané, vládcové i církve se zasloužili o to, aby umírající měli alespoň čistou postel, jídlo a teplo, při troše štěstí pak ošetření a léky proti bolesti.

Moderní model umírání byl vytvořen po dlouhé době. Péče o umírající nemocné se přesunuly do nemocnic a nebyla již laická, ale odborná. Čistá postel a pravidelná strava, potřebné léky se staly normou. Výhodou je tedy důstojné dožití. Nevýhodou modelu je chybějící kontakt, ona milující péče rodiny. Osamocení je častější. Mizí povědomí a dovednosti pečovat o umírajícího, péče je přenechána profesionálům. Nastávají problémy s takzvanou institucionalizovanou formou umírání.

Nastala situace, kdy bylo třeba najít nový směr. Znovu se začalo hovořit o důstojném umírání a důstojné smrti. Důraz je kladen na přítomnost rodiny a podpory umírajícího, tedy navrátit umírání sociální akt. Zvažovaly se možnosti, které se týkaly obou modelů – domácí i ústavní péče. Nejlépe však spojit je v jedno. Dilema bylo, jestli poslat umírající zpět domů, ale zařídit jim odbornou péči nebo pozvat rodinu umírajícího do nemocnice. Výsledkem hledání by mohly být zařízení **hospic**, kde došlo ke spojení obou. Přítomnost rodiny u umírajícího pacienta v domácím prostředí. Hospicovému zařízení se budeme podrobněji věnovat později. [8]

2.2 Problematika smrti

Smrt by se dala definovat jako zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami.

Helena Haškovcová ji také definuje jako individuální zánik organismu. [8]

Smrt můžeme rozdělit na buněčnou, klinickou a smrt mozku. **Buněčná smrt** se vztahuje k části organismu, za to klinická je pouze zastavení životních funkcí, kdy se dá ještě vhodným zásahem vrátit proces zpět, můžeme znovu „oživit člověka“. **Smrt mozku** začíná v okamžiku, kdy mozek vykazuje poškození, které vylučuje oživení.

Dříve lidé umírali tzv. přirozenou smrtí – umírali stářím. V současnosti život končí hlavně v důsledku nějakého onemocnění. Můžeme ji rozlišit na náhlou, rychlou a pomalou. V našem případě, v souvislosti s terminálním stádiem onemocnění, se jedná o smrt pomalou. Ta se ohlašuje určitými příznaky.

Dále můžeme smrt rozlišit na předčasnou a přiměřenou. Dalo by se polemizovat o tom, jak by chtěl člověk zemřít.

Jinou kapitolu tvoří smrt, kterou si člověk způsobil sám, a to chtěně. Zde patří **sebevražda** nebo sebezabití. Terminálně nemocní pacienti se někdy mohou přiklánět k faktu, že by tu někdy nejraději nebyli, že by chtěli zemřít. Někteří pacienti také mohou přemýšlet o **euthanázii**. Toto téma ale není úplně vhodné rozvíjet v naší práci, proto ho nebudeme nadále rozebírat. Věřící lidé chápou, že nemají právo si sáhnout na život. Sami si ho nedali, proto si ho také nemohou vzít. [8] Dále je rozdíl mezi chápáním smrti u věřících lidí a nevěřících (ateistů). Věřící lidé chápou, že život po smrti nekončí, ale naopak začíná. Jsou přesvědčeni o posmrtném životě. Snad proto se lépe vyrovnávají se smrtí, tolik se nebojí. Kdežto u nevěřících lidí je vyrovnání se se smrtí horší, někdy vůbec není.

Smrt je v současné době tabuizována. Bylo tomu dříve a je tomu i dnes. To ale není dobré. O smrti by se mělo veřejně hovořit. Je to téma stejné jako každé jiné. Navíc kdyby se o smrti hovořilo, lidé by byli daleko více informovaní. Každý člověk by si ale měl uvědomit, že smrt patří do našeho života a je to normální a samozřejmá věc. Je to jistota života. Život přece začíná početím a končí smrtí. Jednou musí všichni odejít z tohoto světa. Otázkou je jen, kdy to bude. Literatura tvrdí, že smrt je v moderní medicíně považována za neúspěch,

prohru. [8] Přijde mi, že není dobré prodlužovat utrpení pacienta. Zvláště pak, když už všechno vzdal a nechce se mu již dále žít. Oddalování smrti se říká **dystanázie**.

Na školách, jak zdravotnických, tak i na lékařských, není samostatný předmět, který by se smrtí, terminálně nemocnými, péčí a komunikací s těmito nemocnými zabýval. A pokud je, je vypsán v osnovách, nevyučuje se v míře, jaké by bylo třeba. Sestry a lékaři pak v praxi neví, jak se s pacienty bavit. Někteří pacienti odmítají rozhovor na toto téma. Příprava příbuzných na smrt je nejasná. Zdravotníci si přehazují tuto povinnost, neví se, kdo ji má vlastně v kompetenci. Je zde problém, že se ani neví, jak by tato příprava měla vypadat. Jak by měla probíhat?

Každá zdravotní sestra by měla být s otázkou smrti smířená, pokud pracuje na oddělení, kde je smrt na denním pořádku. Měla by být pro pacienty oporou, kterou jen tak něco nezaškočí. Doprovázet pacienty až do konce jejich života. Neměla by je nechat samotné. Sestra by si má pokládat otázku, jak pacientovi může pomoci, jak mu nejlépe ulehčit jeho poslední chvíle života. Tato práce je pro sestru ale velmi vyčerpávající. Smrt je velice fyzicky, ale i psychicky náročnou záležitostí. Sestra by se umět bránit, aby se nestalo, že se vyčerpá, práce ji přestane bavit nebo dokonce začne pacientům ubližovat.

Lidé dnes umírají hlavně v nemocnicích. V nemocnicích se hlavně léčí. Potřeby pacienta jdou stranou. Kurativní léčba je kladena na vyšší příčku než paliativní léčba, která je pro pacienty v terminálním stádiu důležitější. Ta je prováděna především v hospicích. Nemocniční zařízení nejsou zrovna vhodně postaveny, není dostatek vhodných místností, v průběhu času zestárlo vybavení. To znamená, že pacienti nemají dostatek pohodlí, soukromí, návštěvy na některých odděleních jsou omezeny na určité hodiny, rodina se svými blízkými nemůže být, jakkoli by chtěla. S tím souvisí i citové strádání pacienta.

Dříve umírající končili svůj život v domácím prostředí, kde měli více klidu, soukromí, domácí stravu, byli obklopeni rodinou. Proč tomu tak je? Je to v tom, že rodiny nevědí, jak by se měly o své umírající příbuzné starat? Nebo je to finanční záležitost? Nebo je to prostě jen dobrou, kdy není čas se starat o své blízké, protože na prvním místě je zaměstnání? [8]

V každém případě by mělo umírání a následná smrt probíhat důstojně, s ohledem na Práva pacientů a standardy jednotlivých oddělení. Nejdůležitějším věcí u důstojného umírání je přítomnost jiné, blízké osoby. Člověk je tvor společenský, proto kolem sebe potřebuje další osoby. Ve skutečnosti tomu však tak není. V mnoha případech se o důstojné smrti nedá

hovořit. Velmi často bývá nemocný sám, rodina za ním chodí občas nebo zřídka, protože chodí de práce, zdravotnický personál se nestačí věnovat všem pacientům, není čas nebo se jednoduše nechce.

3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Kapitola se bude věnovat zejména terminálně nemocným. Objasníme si, jaké má pacient potřeby ke konci svého života i jakým způsobem může prožívat těžké onemocnění. Zmíníme se i o zařízeních hospic, které jsou pro terminálně nemocné určena a kde je uplatňován princip paliativní péče.

3.1 Potřeby lidí v závěru života

K zajištění potřeb terminálně nemocného pacienta musíme brát v úvahu celkový stav a jeho vyhlídky do budoucna. Můžeme vycházet z **Maslowovy pyramidy potřeb**, kterou sestavil Abraham Maslow (1908 – 1970) ve 40. letech minulého století. Je rozčleněna do 5 kategorií - fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, sociální potřeby, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a potřeba seberealizace. Vyšší stupeň potřeby (vyšší stupeň pyramidy) může být saturován pouze po uspokojení potřeby nižší. [25]

Všechny potřeby jsou nutné, užitečné, souvisí se zachováním kvality našeho života. Vnímání potřeby vzniká na základě pocitu nedostatku nebo nadbytku určité potřeby. Množství a intenzita závisí na pohlaví, věku jedince, na společenské a kulturní úrovni, prostředí, ve kterém vyrůstal. Dále pak na inteligenci, zdravotním stavu a životních zkušenostech. Touha po uspokojení potřeby, k dosažení životního optima, aktivizuje člověka (jedince) k činnosti. Aktivizace trvá různě dlouho, dokud není potřeba uspokojena nebo si člověk nenajde náhradní „objekt“ zájmu. Pocit životního optima je naprosto individuální. [24]

Fyziologické potřeby jsou základní potřeby a musí být uspokojovány na prvním místě pro blaho nemocného a pro klid jeho blízkých a zdravotníků. Jednou z věcí, které se těžce nemocní nejvíce obávají je bolest. V dnešní moderní medicíně, by neměl být problém poskytnout odpovídající léky a tisíci prostředky.

Nemocní potřebují mít také **pocit jistoty**, že se o ně dobře postarají kompetentní zdravotníci, lékaři, že nebudou osamoceni rodinou. Když se terminálně nemocným pacientům dostane tohoto ujištění, mají mnohem menší potřebu neustále volat sestru a domáhat se péče. Zvláště když vědí, že existují prostředky, díky nimž nebudou trpět. Naopak pacient bez této jistoty bude mít i větší bolesti. Pocit bezpečí je u každého jedince různý. Mohou-li být uklidněni, při odchodu ze života jim to pomůže.

Každý člověk má potřebu, aby ho měl někdo rád a aby i on mohl **mít někoho rád**. Silně ji pociťuje právě umírající. A tato potřeba prostupuje vším. Je na nás, abychom druhého respektovali přijetím skutečnosti, že mu budeme naslouchat, budeme se k němu chovat s citem, dáme mu najevo své porozumění. Díky uvolnění nemocný může přejít z jednoho citu (např. vzteku) k jinému citu (např. smutku). Potřebuje se zbavit svého emočního napětí, např. vyplakáním, vypovídáním. V tomto případě doprovázení znamená – být s někým, vzít ho za ruku a dát druhému možnost, aby se vyjádřil a sám sobě objasnil směr svých možností.

Pro uspokojení **potřeby sebeúcty** je třeba, aby nemocný neměl pocit, že ho odsuzujeme. Je třeba, aby člověk zůstal co možná nejdéle pánem svého života a rozhodoval sám za sebe. Například přijal nebo odmítl určitý zákrok či vyšetření. Součástí této potřeby je také potřeba uznání, vážnosti, úcty a potřeba pocitu užitečnosti.

Ze **seberealizačních potřeb** je důležité, že terminálně nemocný pacient potřebuje alespoň chvílemi plánovat své věci. Plány jsou projevem tužeb a přání člověka, znamením, že je stále ještě naživu. Umírající má potřebu vytvářet, dávat a dělit se.

Z **estetických potřeb** jde o potřebu krásna, dobra. Je také nezbytné, aby se pokud možno neměnilo k horšímu prostředí, ve kterém byl terminálně nemocný ošetřován.

Všechny potřeby, které souvisejí se smyslem života a smrti a nemusí mít nutně něco společného s náboženstvím, jsou součástí **potřeb duchovních**. Na této úrovni může člověk zakoušet utrpení, úzkost, zejména postrádá-li smysl svého uplynulého života. Může však také pociťovat naději a uspokojení. Umírající pacient má velkou potřebu usmířit se s blízkými lidmi, z náboženských potřeb například modlitbu či přijetí svátostí, které jsou velmi důležité k nalezení pokoje umírajícího pacienta. [25]

Je třeba si uvědomit, že ten, kterého nazýváme „umírající“, je ve skutečnosti stále živou bytostí. Až do konce života má své potřeby, jež je potřeba uspokojovat.

3.2 Psychické prožívání těžké nemoci - terminálního onemocnění

Pouze určitá část onemocnění má náhlý a překvapivě dramatický začátek. Většina onemocnění se nejen postupně vyvíjí v určitém čase, ale dává „o sobě vědět“, projevuje se různými příznaky. Nemocný při opakovaných, byť klinicky ještě nezřetelných atakách nemoci váhá, je zneklidněn a jeho úvahy se pohybují ve značných rozmezech. Nemocný se rozhoduje, zda má vyhledat lékaře či ještě počkat. Tato fáze váhání je významná a je nazývána **fází nulovou** nebo také **nulitní**, dosud není ale dostatečně zmapována.

První stádium, tedy příchod nemoci, charakterizovala Kübler-Rossová jako **šok**. Běžné výroky lidí, kteří náhle nebo pozvolna onemocněli těžkou chorobou, zní: „Proč se to stalo?“, „Proč právě teď?“, „Proč právě mně?“. Všechny vedou k jedinému, tj. k popření faktu nemoci a následně ke stažení se do izolace. Typické reakce jsou dány soudy: „To nemůže být pravda“, „Zcela jistě se jedná o omyl“ nebo „Nechte mě být, nic mi není“.

Následuje období **zloby a hněvu**. Toto období je náročné zejména pro okolí nemocného, popřípadě i pro sestry a lékaře, kteří o nemocného pečují. Je nutné si ale uvědomit, že časté výpady vůči „zdravým lidem“ jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. Je zde nesmírně důležité zvládnout tyto reakce a nevzít výtky osobně. Sestra by se proto měla snažit vcítit se do rozpoložení nemocného, věnovat mu dostatek pozornosti a času.

Další období je nazýváno **smlouvání**. V této fázi si pacient uvědomuje nebo alespoň tuší dlouhodobost nebo trvalost své nemoci a začíná zvažovat své individuální cíle s ohledem na svojí nemoc. Hlavním přáním nemocného je skoro vždy prodloužení života, a tak smlouvá o čas, např.: „Třeba se ještě dožiji léta“.

Následuje fáze označovaná jako **deprese**. Těžce nemocný prožívá depresi dvojí. Jedna plyne z utrpené ztráty – pacient trpí změnou zevnějšku, např. žena s rakovinou prsu. Druhý druh deprese plyne z hrozící ztráty. A tuto depresi je mnohem obtížnější zvládnout. Pacient se musí vyrovnávat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa.

Závěrečnou fází je **akceptace**, tedy **přijetí pravdy**, role vážně nemocného. Kübler-Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení důstojného klidu, ale mnohem častěji nemocný rezignuje či upadá do zoufalství. Uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální a lidskou povinností. Je důležité, aby nemocný nezůstal s pravdou sám a aby byla zajištěna trvalá pomoc a spolupráce lékaře, nemocného a rodiny.

Fáze Kübler-Rossové probíhají za sebou jen výjimečně.. Mnohem častěji se fáze zloby, hněvu a především depresí a smlouvání opakují a prolínají. Některé mohou být zesíleny, jiné zeslabeny, za určitých okolností může některé období chybět. Proto Haškovcová celé období, počínaje zlobou a hněvem a konče přijetím pravdy o své situaci, nazývá **tápáním**. V závěru tápaní je již daný člověk psychicky připraven na úplné pravdivé sdělení ze strany lékaře a milosrdná lež v této situaci je spíše škodlivá. Mnozí dokládají, že není možné, aby pacient „nic“ nevěděl a aby byl tedy milosrdnou lží uchráněn psychických traumat.

Důležitou roli sehrává **fenomén naděje**. Naděje je téměř vždy přítomna v každé z fází, kterými člověk prochází. Naděje dokonce musí být přítomna v průběhu celé nemoci, protože beznaděj znamená vzdát se a to už je jen krůček k tomu, aby pacient poprosil o smrt.

Samozřejmě, že když pacient přirozenou cestou dospěje k blízkosti smrti, tak známky naděje zřejmě zmizí. V tomto případě to však znamená, že umírající je již připraven zemřít, smrti se nebojí a skutečně během jednoho dne pak umírá. [6]

Sestra by měla znát všechny, kterými nemocný prochází, bude pak lépe vědět, jak se k terminálně nemocnému chovat. Bude-li nemocný vidět, že je o něj pečováno s úctou, ochotou i s náležitou profesionalitou, bude lépe spolupracovat, bude otevřenější a komunikativnější.

3.3 Paliativní léčba a ošetrovatelská péče

V péči o terminálně nemocného pacienta není již důležitá kurativní léčba, ale zastupuje ji léčba paliativní. Ta má být zahájena, když kurativní léčba „nenese ovoce“. Ovšem souhra obou léčeb se nevylučuje. Pokud ale dojde ke zlepšení stavu, nastupuje opět kurativní léčba.

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovi důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. [51] Respektuje potřeby pacientů, které se mění v závislosti na stavu pacienta. Jiné potřeby má v terminálním stádiu onemocnění a jiné jsou například u pacienta s vředovým onemocněním žaludku. Tato péče je poskytována v hospicích nebo v domácím prostředí. Vzhledem k tomu je zapotřebí pomáhat psycho-

logicky, sociálně i spirituálně. Ve značné míře pomáhají i dobrovolníci. Důležitost je kladena zejména na rodinu, která vytváří umírajícímu pacientovi zázemí. Efektivní paliativní péče vyžaduje zapojení všech členů rodiny prostřednictvím efektivní komunikace. Je nutné věnovat pozornost vztahům v rodině – zda je rodina semknuta dohromady a zda se jednotliví členové navzájem podporují, zda dokáží otevřeně komunikovat a řešit problémy. [20]

Sama ovšem potřebuje také pomoci. Ta je poskytována i po smrti pacienta – blízkého člověka, a to dlouhodobě. [8] Je potřeba věnovat pozornost emocionálním potřebám členům rodiny, aby byli schopni se o pacienta starat a nevyčerpati se. Rodina potřebuje pomoci vyrovnat se se ztrátou, nejistotou ohledně prognózy onemocnění, neodvratnou smrtí pacienta, s komunikací mezi členy rodiny a zvládnutím vlastního psychického stresu.

Členové rodiny potřebují vědět, jak pečovat o svého blízkého, jak komunikovat v rámci rodiny, jak si uchovat dostatek sil a kdy požádat o pomoc. Ocení i informace o příznacích blížící se smrti, protože se tak mohou na smrt psychicky připravit a mohou zavolat ostatní členy rodiny, kteří se chtějí s pacientem rozloučit. [20]

Potřeby pacienta v pokročilém stádiu nebo nevléčitelné nemoci a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- základním onemocnění
- stupni jeho pokročilosti
- přítomnosti více závažných onemocnění současně
- věku a sociální situaci pacienta
- psychickém stav pacienta [51]

3.3.1 Psychická zátěž v paliativní léčbě a ošetrovatelské péči

Péče o pacienty v poslední fázi života i o jejich rodiny může být stresující, avšak přináší také uspokojení. Práce s pacienty, kteří trpí mnoha obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, klade na sestry velké psychické nároky. Doprovázení pacientů a jejich blízkých v nejtěžším období jejich života a účast na zmírňování jejich utrpení mohou být pro zdravotníka nesmírně obohacující zkušenosti. Na druhé straně neustálé vystavení utrpení a ztrátě může mít negativní dopad na psychiku pečovatelů, tedy sester, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe.

Mezi sestrami, které pracují v hospicích, je více věřících než mezi ostatními sestrami. V porovnání s onkologickými sestrami sestry v paliativní péči častěji uvádějí, že poskytují duchovní péči, mají smysl pro duchovní stránku a na duchovní péči se dívají mnohem pozitivněji. Pro mnoho sester je spirituální nebo náboženské přesvědčení, v jehož centru je pomoc druhým, životně důležité v tom, že jim pomáhá nacházet smysl života v těžkých časech. [20]

3.4 HOSPIC

Hospic je zařízení, kde nejčastěji umírají terminálně nemocní pacienti. Proto se zde stručně zmíníme o jeho historii a o tom, co je hospic za zařízení.

3.4.1 Historie hospiců

Anglický překlad hospice zní útulek, útočiště, domov. Ve středověku se toto slovo užívalo pro domy, které sloužily poutníkům k odpočinku. Mohli se najíst, napít, vyspat, nechat se ošetřit, pohovořit s dalšími lidmi, podělit se o zkušenosti, trápení. Bylo postaráno o jejich tělo i ducha. Člověk, který hospic vedl, se vyznal ve věcech pohostinství i ranhojičství.

Později hospice zanikly. K oživení hospicové ideje dochází až v 18. století, kdy je v Dublinu za účasti Mary Aikdenheadové zřízena nemocnice pro umírající, která je nazvána Hospic. Hospic jako zařízení zaměřené speciálně na umírající nemocné se objevuje až ve dvacátém století. Po druhé světové válce výrazně přibývá hospiců. Anglická lékařka Cecilia Saundersová, vůdčí osobnost moderního hospicového hnutí ve světě, zakládá roku 1969 první moderní hospic Saint Christopher's Hospice a stává se jeho ředitelkou. Odtud se hospicová myšlenka šíří po celém světě. Haškovcová ve své knize z roku 2000 uvádí, že je ve světě zřízeno přibližně přes dva tisíce hospiců, jen v Anglii kolem sto padesáti. V České republice se historie hospiců počítá od roku 1993. Roku 1993 zakládá doktorka Svatošová občanské sdružení Ecce homo, které propaguje hospicovou myšlenku a zřizuje ve spolupráci s královehradeckou diecézní charitou první český hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Otevřen je koncem roku 1995. Roku 1998 se otvírá hospic Štrasburk v Praze a hospic svatého Lazara v Plzni, téhož roku je Masarykovým onkologickým ústavem zřízen hospic sv. Alžběty v Brně. Roku 1999 je otevřen. Dům léčby bolesti a hospic sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Roku 2001 je z popudu občanského Sdružení pro založení

a podporu hospice zřízen hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Roku 2002 je otevřen hospic na Svatém Kopečku u Olomouce. Mnoho objektů se projektuje nebo staví. Existuje také celá řada hospicových sdružení, či sdružení poskytovatelů hospicové péče. [53]

Hospicové zařízení podporují **paliativní péči**, kterou tvoří lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační činnosti, které jsou poskytovány preterminálně a terminálně nemocným pacientům, v případě, že zde již nepomáhá kauzální (kurativní) léčba, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem co nejvíce zmírnit bolest pacientů a všechny obtíže vyplývající se základního onemocnění a jejich komplikací. Hospice se zaměřují na pacienta jako bio-psycho-sociální osobnost a jeho potřeby, navíc se zde pečuje o spirituální potřeby. Je zdůrazněn holistický přístup k nemocnému a jeho rodině. Navíc, o rodinu se personál stará i po smrti pacienta.

Hospicová péče má tři **základní formy**:

Domácí hospicová péče je pro nemocné vhodná, pro některé pacienty ale není plně dostačující. Hlavní roli hraje rodinné zázemí, které často v nemocničních zařízeních chybí. Je velmi náročná pro rodiny pacientů, často vyžadují pomoc odborníků.

Stacionáře – denní pobyty bývají součástí hospiců, kdy pacient přichází v ranních hodinách a odpoledne nebo večer je propuštěn domů. Tento typ je vhodný pro pacienty, kteří bydlí v blízkém okolí hospice a je využívána, když nestačí domácí péče.

Lůžková hospicová péče připadá v úvahu, pokud předchozí péče nejsou k dispozici nebo již na stav pacienta nestačí. Přijímají se pacienti v terminálním stádiu.

Hospicový tým by se dal nazvat jako multidisciplinární. Patří do něj hospicový lékař, sestra, sociolog, který se stará o rodinu a pozůstalé, duchovní – kněz, psycholog a sociální pracovník. Nezbytnou součástí jsou dobrovolníci a dále pacient s rodinou.

Jak jsme již zmínili, hospicová péče upřednostňuje **holistický přístup**. Jedná se o celkový přístup k nemocnému i jeho rodině. To znamená, že se nestará jen o nemoc pacienta, ale o okolí pacienta. Vše, co ho ovlivňuje, i jeho rodinu, potřeby a problémy pacienta. Jedná se o komplexní starost o pacientovu osobu z hlediska těla, ducha i mysli. [21]

Opět je k dispozici mnoho zdrojů, které se problematikou hospiců zabývají. Ať už je to internet nebo rozsáhlá literatura.

4 ZÁTĚŽ SESTRY V PÉČI O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ PACIENTY

Nyní se budeme zabývat pojmy jako jsou frustrace a stres. Dlouhodobý stres může totiž snadno přejít v syndrom vyhoření, o kterém se také zmíníme.

4.1 Pojem frustrace a stres

4.1.1 Frustrace

Frustrace je krátkodobý emocionální stav, který vzniká při neuspokojení potřeby a tento emocionální stav je také dáván do souvislostí s neočekávanou ztrátou naděje na uspokojení potřeby. Následně se vyskytují pocity zklamání. „Bývá překonána odložením uspokojení, posílením vytrvalosti v řešení problému nebo změnou motivu.“ [26, s. 31].

Frustrační tolerance vyjadřuje obecnou míru odolnosti vůči zátěžovým situacím. [15] Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, vynakládat úsilí na překonávání potíží, ale zároveň i dostatečná sebedůvěra v možnosti najít přijatelné řešení. Označuje míru zátěže, se kterou je člověk schopen se bez obtíží vyrovnat. [26]. Frustrované bývají často sestry, když se o něco velice snaží a je to k „ničemu“. Nemají odezvu, tzv. zpětnou vazbu. Vše přijde následně na zmar. Práce je případně zhrzena smrtí nebo se vyskytnou komplikace.

4.1.2 Stres

V anglickém překladu znamená stres, zátěž, nepřízeň, nepohoda.

Ivana Bartošíková uvádí definici stresu jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvající nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace. [2, s.7]

Stres je stav frustrace, který je dlouhodobě vystupňován za hranici únosnosti. Je vymezen jako dlouhodobější psychická a fyzická reakce na zatěžující situaci. [50]

Marie Vágnerová uvádí stres jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. [26, s.33]

Baštecká definuje stres jako reakci organismu na zátěžový podnět z prostředí. Novějším tvrzením podle Sutherlanda je reakce na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět. [3, s.239]

Pozitivní stres (**eustres**) působí jako hnací síla. Negativní stres (**distres**), pokud trvá dlouho, ubíjí a vyčerpává. Může přejít do stavu vyčerpání až syndromu vyhoření.

Stres je soubor reakcí na podněty (stresory). **Stresory** mohou být vnitřní a vnější podněty, okolnosti narušující normální chod organismu. Mohou vyvolat stres. [15]

Na velké změny v životě se dokážeme předem připravit. Daleko více nás ale vyčerpávají ty „drobnější“ situace, každodenní starosti, které se v nás kumulují a stále se zvětšují, v konečné fázi „vybuchnou“ ve velkou krizi. [15]

Působení stresorů v čase

Náhlé stresory mají rychlý dopad na člověka, je jím zaskočen, přepaden. Mohou rozlišuje působící podněty vedoucí ke stresu na akutní, chronické a intermitentní. Při akutním působení stresorů je organismus vystaven zátěži náhle, odpověď bývá prudká. Dlouhodobému působení se organismus přizpůsobí, ale zároveň se opotřebovává. Nejhorší je pro organismus vystavení se intermitentní neboli přerušované zátěži, působení stresorů. Stres je vnímán jako chronický, ale nelze se na něj adaptovat. Zde bývá častá souvislost se vznikem syndromu vyhoření. [3] Na stres můžeme nereagovat, reagovat nestresovou reakcí nebo reagovat stresovou reakcí. [3]

Je zřejmé, že psychické problémy se projeví somatickými obtížemi. Dlouhodobý stres může vést k dlouhodobé nemoci sestry. Proto by se sestra měla naučit překonávat překážky spojené se stresem.

Fáze reakce na stres

Těchto pět fází vyvinul americký psychiatr R. H. Rahe:

1. **Fáze uvědomění zátěže** – sestra prožívá a interpretuje určité situace jako stresové. Způsob vnímání stressové situace závisí na aktuálním stavu, schopnostech a sociální podpoře, kterou má.
2. **Fáze aktivace psychických obranných reakcí** – sestra se například může izolovat ze situace, která pro ni může být neúměrně zátěžová.

3. **Fáze aktivace fyziologických reakcí** – fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty.

Všechny tři fáze následují velmi rychle po sobě.

4. **Fáze zvládnání – copingu** – hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinků stresu.
5. **Fáze prvních chorobných příznaků** – sestra si uvědomuje, že jde o závažnější a trvalejší potíže.
6. **Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy** – zde sestru postihuje psychosomatické onemocnění. [26]

Psychické reakce na stres

1. **Změna emočního prožívání** – bývá obvyklá reakce na zátěž, zvláště pak, pokud trvá delší dobu. Emoční reakce mívá různou kvalitu, jako je úzkost, vztek a agrese, deprese a apatie.
2. **Oslabení kognitivních funkcí** – v zátěžové situaci se zhoršuje úroveň logického myšlení. Výraznější změna emočního ladění může zatěžovat zpracování informací. Obtěžující mohou být i vtíravé myšlenky vyvolané zážitkem stresu.
3. **Uvědomění zátěže aktivizuje psychické obranné mechanismy** – smyslem těchto mechanismů je zachování psychické rovnováhy sestry. [26]

Jestliže se míra zátěže se zvyšuje natolik, že se s ní člověk nedokáže vyrovnat, může působit jako zdroj potíží. [26] Bývá to zejména při kumulaci nějakých problémů.

4.2 Krize a podněty působící krize

Krize můžeme definovat jako reakce na situaci, které překonávají repertoár vyrovnávacích strategií dané osoby. B. Baldwin dělí krize do 6 tříd, které se dělí podle spouštěcích podnětů:

1. podněty situační, které probouzejí silný pocit tísně a neodkladnosti řešení
2. životní události, kdy lze předpokládat, že nastanou, ale vyžadují určitou změnu a přizpůsobení se. Často bývají přechodem do jiné životní etapy
3. neřešené vývojové otázky bývají tam, kde situační krizové podněty jsou nadměrně prožívány a nejsou oslovitelné krizovou intervencí. Jde o závislost, důvěru, žárlivost, vliv a další
4. náhlé traumatizující stresory jsou podněty, které přesahují lidskou zkušenost a vyvolaly poznatelné projevy tísně a u každého jedince
5. podněty, které mají za následek zhoršení stavu u zranitelných lidí. Bez této zranitelnosti by krize nevznikla.
6. vražedné nebo sebevražedné popudy, kdy se člověk stává nebezpečným sobě i svému okolí [3]

4.3 Zátěže v práci sestry

Je zřejmé, že existuje mnoho zátěží, které na sestru při její práci negativně působí. Zde si uvedeme některé z nich:

4.3.1 Zátěže fyzické, chemické a fyzikální:

- statické zatížení – stání při práci, při vizitě, asistence a výkony u pacienta
- dynamické zatížení – pocházení, přecházení
- ztížení kosterního, svalového systému a kloubů
- setkávání se s nepříjemnými podněty – exkrementy, rány, zápachy
- rizika infekce

- kontakt s léky, chemickými a škodlivými látkami
- narušení spánkového rytmu při směnování
- nedostatek času a klidu na stravování a pitný režim
- hluk, nevhodné osvětlení, záření

4.3.2 Zátěže psychické a sociální:

- stálá pozornost a sledování stavu pacientů, přístrojů
- pružné reakce na požadavky a změny
- nároky na paměť
- zodpovědnost za výsledky své práce
- samostatné rozhodování, respektování daných pravidel
- nutnost improvizace
- opakované setkávání s lidmi v těžkých emočních stavech
- konfrontace s bolestí, utrpením a smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci
- kontakt s intimitou nemocného
- provádění činností, které běžně vzbuzují odpor
- otázky týkající se soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin
- komunikace s příbuznými nemocných
- konfrontace s vlastními zážitky a postoji, přemýšlení o svém životě, hodnotách a postojích
- konflikt rolí
- nízké ohodnocení náročné práce
- nároky na vzdělávání se
- pocit „nabouraného“ volného času
- snížené sebehodnocení, vlastní sebeobraz [2]

4.3.3 Zátěžové faktory pracovního prostředí

Pro sestry, které pracují v nemocnicích, hospicích a komunitní péči je nejtěžší vyrovnat se se smrtí. Potíže mohou nastat také tehdy, když pacienti mají jiné představy o tom, jak mají zemřít, než sestry, které se o ně starají. Pro sestry je těžké pečovat o umírající pacienty i proto, že s nimi často navazují velmi blízký vztah. Paliativní péče přináší emocionální vypětí, se kterým není jednoduché se vyrovnat. Sestru či lékaře může takové setkání navždy změnit. Zdravotník se zcela vědomě naladí na vlny pacienta a vnímá jak obsah, tak emocionální podtext jeho sdělení. Tato blízkost nese riziko, že vztah s umírajícím pacientem bude velmi intimní a bude stát pečovatele mnoho sil, protože jde za rámec profesionálního vztahu. Identifikace s pacientem, který připomíná sestře někoho blízkého, může pro ni představovat velkou zátěž. Rovněž zdravotníci, kteří byli sami nemocní, mohou mít problém pečovat o pacienty se stejnou diagnózou, protože si říkají, zda jejich osud nebude jednoho dne stejný.

Jedním z nejčastějších dilemat, s nimiž se sestry setkávají, je situace, kdy se názory pacientů a jejich rodin na rozsah péče výrazně liší, což může velmi komplikovat poskytování péče. Práce sestry je v takové situaci náročná a vyčerpávající, avšak efektivní komunikace může pomoci dosáhnout dobrých výsledků.

4.4 Ochranné faktory profese sestry

Opakem pro zátěžové faktory jsou ochranné, neboli **protektivní faktory**. Ty na sestru působí příznivěji, usnadňují práci, vedou ke spokojenosti sester, podporují motivaci k práci. Jsou to:

- neustálý kontakt z různými pacienty může být zdrojem poučení, rozšíření vlastního obzoru, poznání jiných hodnot člověka
- je možné zažít, jak nemocní bojují s bolestí, problémy, mohou být příkladem, jak snášet nemoc
- sestra může porovnat vlastní starosti se starostmi, zátěží života pacientů a přehodnotit své postoje k vlastnímu životu
- lze získat ocenění vlastní práce pacienty, jejich příbuznými nebo pokroky v léčbě

- vyjádření altruismu vůči druhým lidem, pacientům, jejich rodinám
- pocit uspokojení s dobře vykonané práce, která je vidět na spokojeném pacientovi
- zkušenosti z náročné práce zvyšují pocit osobní kompetence
- pracovní zkušenosti lze využít v osobním životě
- radost ze záchran života nebo uzdravení nemocného
- Získávání stále nových zkušeností a dovedností při práci s nemocnými v různých situacích.
- možnost rozvíjení improvizace, pestrost neobvyklých situací
- možnost učení organizace práce, umění pracovat v časové tísní
- určitý společenský statut
- ve srovnání s ostatními lidmi má sestra nadprůměrné znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany, je lépe informovaná o tom, kde hledat v případě potřeby pomoc.
- práce ve zdravotnictví může přinášet pocit smysluplnosti, zaujetí pro práci. [2]

Tyto faktory zvyšují odolnost sestry proti zátěžovým situacím a následnému riziku vzniku syndromu vyhoření.

4.5 Syndrom vyhoření – Burnout Syndrome

4.5.1 Historie a vymezení pojmu

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA v letech 1974 – 1975, kdy pojem burnout začal užívat H.J. Freudenberger. Nyní se syndrom vyhoření zkoumá v hojné míře při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku člověka. Syndrom vyhoření je definován velmi různorodě, jeho chápání není zcela ustáleno. [2] Vyhoření lze však charakterizovat jako psychický stav vyčerpání, který má příčinu v chronickém stresu jako reakce na přehnané, nadměrné nároky, které organismus není schopen zvládnout. Další definice může znít jako stav vyčerpanosti nebo frustrace způsobený zanícením pro věc, způsobem života a práce nebo vztahy, které selhaly v tom smyslu, že nepřinesly očekávané uspokojení. [15]

Syndrom vzniká při dlouhodobém věnování se činnostmi, které jsou psychicky náročné. Souvisí se zátěží, ale je i důsledkem selhání tzv. „coping mechanismu“ – mechanismů zvládnání nároků. Vzniká tak při kombinaci velkého očekávání a zátěží plynoucích z vysokých nároků. Syndrom vyhoření není nemoc, je to proces, který se objevuje v průběhu tvorby kariéry pomáhajícího pracovníka, v našem případě sestry. Mimo jiné se týká kromě zdravotníků i učitelů, sociálních pracovníků, duchovních, soudců, hasičů, policistů a podobně. Tento problém postihuje především lidi, kteří jsou orientováni na pomoc druhým lidem. [2]

V této souvislosti se nám jeví zajímavá poznámka Henri Nouwena, který vychází z hypotézy, že úspěšní pečovatelé jsou často „raněnými léčiteli“, kteří si nesou své rány, jež utrpěli v dětství či dospělosti. Snaha léčit své vlastní rány je vědomě či nevědomě vede k tomu, že se starají o druhé. [20]

Jmenované **stresory** však mají individuální účinek. Na tentýž stresující podnět reagují různí lidé rozdílným způsobem. Je to dáno osobnostními charakteristikami jedince, jako jsou například míra odolnosti (hardiness), osobní spokojenost, životního optimismus, sebedůvěra, ale také kognitivní hodnocení stresogenních situací. Konkrétně můžeme jmenovat přetíženost, špatné vztahy na pracovišti, nevhodné chování nadřízených, nadměrná emocionální zátěž, dlouhodobě negativní energetická bilance, nereálná očekávání a ztráta ideá-

lů, nedostatek radosti v profesionálním i osobním životě, nezvyk sester ventilovat své problémy, nevyhovující pracovní podmínky, špatná organizace práce, nedostatek podpory. [2]

Riziko syndromu vyhoření je pro sestry zejména v třísměnném provozu značné. Práce s terminálně nemocnými pacienty je velmi náročná. Bezesporu je sestra v kontaktu s pacientem nejvíce ze všech zdravotnických pracovníků. Při ošetřování sestra navazuje s nemocným velmi blízký kontakt, vidí ho jak z intimní stránky, tak poznává i jeho psychiku, jaký nemocný doopravdy je. Když už pro pacienta dále nelze nic udělat, sestra může prožívat pocit bezmoci. Stojí tvář v tvář realitě, když její pacient umírá. „Malá připravenost zdravotníka zabývat se sám sebou, svými potřebami, může vést k narůstajícímu napětí a kupení nedořešených osobních problémů.“ [2, s.13 – 14]

Komunikace s těmito pacienty také není lehká. Pokud je pacient dobře poučen a informován, práce je snazší. Pokud ale nemocný neví o svém onemocnění prakticky nic, často se sester i lékařů vyptává a je to náročné. Nejvíce obtížné je odpovídat na otázka typu: „Jak dlouho ještě budu žít?“, „kdy umřu?“, „kolik mi ještě zbývá času?“, „proč mě musí všechno bolet?“, „co mi vlastně je?“, a tak dále. Není snadné najít slova na tyto otázky. Kde se dají najít odpovědi na tyto otázky? Záleží to na osobnosti sestry, jak se k problému postaví? Je zde možnost kurzů nebo musí stačit školní příprava? Další příčinou stresu pro sestru může být rodina pacienta.

Někteří příbuzní také bývají málo poučeni, proto časté dotazy nebývají výjimkou. Mohou také komplikovat průběh léčby a péče o pacienta svou představou o ni. Někteří příbuzní se mohou zbavovat stresu pláčem, mohou plakat společně s nemocným, a to pro sestru nemusí být příjemné a může se nadměrně vcítit do situace, která ji stresuje.

Dalším stresorem bývá pracovní prostředí, kolektiv. Buď se může o pacienta starat více sester najednou, a pokud vážne komunikace v kolektivu, není dobrá atmosféra, časté konflikty nejsou výjimkou, vážne i péče o něj. Sestry si nepředávají potřebné informace, které souvisí s péčí, provádějí se zbytečně opakované úkony atd. V této situaci trpí zejména pacient. Chování sester v kolektivu by se v žádném případě nemělo odrážet na pacientovi. Samozřejmě chladnost v kolektivu je pro sestry velmi náročná, zatěžující. Ke vzniku vyhoření dojde, pokud sestra bagatelizuje problémy a snaží se pomoci si sama sobě.

Stresové je i nadměrný počet náročných úkonů. Pokud je na oddělení více pacientů s horší prognózou, kteří potřebují více péče, navíc můžeme doplnit nedostatek personálu a nedo-

statek času, který sestry tlačí, protože se musí něco rychle udělat v daný termín, aby se pak stihlo zase něco jiného, je práce nadměrně stresová. Práce přechází z kvality do kvantity. To znamená, že se úkony provádí rychle, není čas na pacienta, na komunikaci s ním.

Taková práce sestrám ubírá značné množství energie a rychle vyčerpává. [15] „Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem k opouštění zdravotnictví.“ [2, s. 10]

Syndromem vyhoření postihuje osoby, které jsou vysoce motivované, mají vytyčené cíle a jsou plni očekávání. Vyhořet může pouze, ten, kdo „hoří“, ti, kteří jsou nadšení a zapálení do své práce. Onemocnět mohou sestry, které mají nesplnitelné sny a očekávání, dále sestry, které na sebe mají vysoké nároky a nesplnění cíle je pro ně překážkou, nadměrně zodpovědné a úzkostlivé osoby, které mají sklony k perfekcionismu. V ohrožení jsou i sestry, které se bojí požádat o pomoc pro sebe. Za rizikovou považujeme i nízkou frustrační toleranci a málo odpočinku. Někteří zdravotníci mohou trpět tzv. **spasitelským komplexem**. Literatura také uvádí pojem „**syndrom pomahače**“, kdy sestra vidí v prožívá pomoc nemocnému jako nutkavou potřebu. [2]

4.5.2 Projevy vyčerpání

Syndrom tvoří řada projevů v oblasti psychické, emocionální, fyzické a sociální.

Emocionálním vyčerpáním rozumíme ztrátu zájmu o ostatní lidi – pacienty, příbuzné své i pacienta, známé, citovou vyprahlost, pocit nemohoucnosti pomoci druhým, ztrátu chuti vcítit se do pocitů někoho jiného, „postižená sestra“ se vyhýbá nemocným, přestává je vnímat. Pokud to nejde, reaguje podrážděně, nepřátelsky, neempaticky, někdy až agresivně. Chybí radost z kontaktu s lidmi, stávají se přítěží.

Psychické vyčerpání se odráží proti sestře samotné i ostatním lidem, život chápe jako „z nouze ctnost“, seskupení problémů, vše je špatně. Sestra bývá cynická, negativistická, odmítá změny a vše nové, je snížena sebedůvěra. Výjimkou nejsou ani poruchy soustředění, zapomínání, vyhýbání se daným úkolům. Dochází k útlumu aktivity, snížení celkové energie, tvořivost „přechází“ na minimum. Nastává fáze stereotypu a dochází k rutinní práci. Chybí perspektiva, proto se mohou objevit i sebevražedné myšlenky.

Při **fyzickém vyčerpání** dochází k chronické únavě, celkové sešlosti, opotřebovanosti, nedostatku energie, svalovým bolestem. Fyzická únava ze sportu po odpočinku přejde, v

našem případě je únava spojena s pocitem selhání, viny. „Postižená“ má stále potřebu spánku, ten je ale ve své podstatě nekvalitní, proto je sestra ráno nevyspaná, unavená. Častěji se objevují nemoci, úrazy, dochází k výkyvům hmotnosti, zvýšené je i riziko zneužívání návykových látek

V sociálním kontaktu dochází především k izolaci. Nejdříve se setra vyhýbá pacientům, dále spolupracovníkům, následně rodině. Narůstají konfliktní situace, hostilita, podrážděnost, převažuje apatie, lhostejnost, nezájem o názory druhých.

C. Maslachová a S. Jacksonová z kalifornské univerzity v Berkeley zkoumaly řadu let tuto problematiku. Vytvořily tři škály měřící syndrom vyhoření, které dále popisují syndrom vyhoření: emocionální vyčerpání, depersonalizace, snížení pracovního výkonu atd., dále příslušná literatura. [2]

4.5.3 Projevy syndromu vyhoření

Existují **čtyři varovné signály**, kterých bychom si měli všimnout:

1. Ztráta zájmu o svou práci, o věci, které nás dříve zajímali, zda opouštíme své záliby a „koníčky“.
2. Jsme zahlceni požadavky a nevíme, kam dříve skočit. Zde je důvod zastavit a zamyslet se nad tím, zda má vše důvod, abychom se tolik usilovně zabývali.
3. Cítíme, že domov, nejbližší a přátelé jsou pro nás přítěží, břemenem. Zde je další důvod pro změnu v našem životě.
4. Posledním projevem je ztráta energie, motivace, cítíme se vyčerpání, unaveni. Některé věci nás přestaly bavit nebo ztratily na významu. Cítíme určité „ochrnutí“ v tom, co děláme. Zde právě stojíme na šikmé ploše směrem k vyhoření. [15]

Rozhodně není dobré situaci podcenit, což se bohužel stává. Nevhodné reakce, které můžeme často pozorovat:

Není dobré vyrovnávat se se stresem a s obtížemi týkajícími se vyhoření „po svém“. Například sáhnout po nebezpečných látkách či lécích. Mezi **návykové látky** patří například alkohol, tabák, nadměrné užívání kávy nebo sklon k užívání drog. Výjimkou nejsou ani léky jako hypnotika a anxiolytika.

Dalším problémem může být **únik** z problémů nebo od práce, která nás nebaví nebo nám nevyhovuje. Čekání, že věc se nějak vyřeší sama není zrovna ideálním řešením. **Agresivní chování**, jako obviňování druhých, slovní napadání, oslabuje zdroje sociální opory. „Pokud od sebe jiné lidi odženeme, musíme mít na paměti, že na vše budeme sami.“ [2, s.43]

4.5.4 Prevence syndromu vyhoření s ohledem na práci zdravotní sestry

Z vnějších okolností, které vedou k vyhoření, je věnována pozornost vlivu **sociální opory**. Její hlavní zdroje jsou v rodině sestry a zaměstnání, patří sem přátelé a koníčky v jejím životě. Nedostatek opory souvisí s vyhaslostí osoby. Stejně důležitá je opora poskytovaná spolupracovníky, pracovním kolektivem.

Mezi hlavní faktory, které předchází vyhoření patří:

1. nalezení smysluplné pracovní činnosti
2. získání a převzetí profesionální autonomie a opory
3. vytvoření si přirozeného vztahu k práci

Pokud chceme léčit nemocné, je nutné, abychom to zvládali. Nutné ale je umět léčit i sami sebe. Pokud toto nezvládneme, nemůžeme léčit ani své pacienty. Pokud nebudeme my v pořádku, naši pacienti nedostanou, co potřebují. Je nutné se zajímat o to, co nás stresuje (**stresory**) a o věci, které nám pomáhají a dodávají nám sílu (**salutory**). Salutory je do života nutno dodávat, postarat se o ně. Nutné je někdy se zamyslet a najít rovnováhu mezi „výdeji a zisky“. Nesmíme vydávat více, než se nám může vrátit. Je třeba si seřadit priority, co je pro nás důležité, čemu se chceme věnovat dříve. [2]

Nynější text je převzat od autorů knihy Poslední úsek cesty. Při dodržování těchto rad by sestra mohla docílit uvolnění, radosti ze života.

1. Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat, ne zcela měnit lidi. Můžeš změnit jen sama sebe.
3. Najdi si své místo, kde by ses mohla schovat, uklidnit se a vzchopit se.
4. Druhým lidem buď oporou, povzbuzením a neboj se je pochválit. Uč se pochvalu od lidí přijímat.

5. Uvědom si, že je zcela normální stát tvář v tvář bolesti a utrpení a cítit se bezmocná. Připust' si tuto myšlenku.
6. Snaž se změnit způsoby svého konání. Uvědom si, že se dají věci dělat i jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi naříkáním, které ještě situaci může ztížit a které ji naopak tiší.
8. Když jdeš domů z práce, myslí na pěkné věci a na to, co se ti dnes vydařilo.
9. Sama sebe posiluj a povzbuzuj.
10. Využívej pozitivního vlivu přátelských vztahů na pracovišti jako zdroj opory a jistoty.
11. Ve volných chvílích v zaměstnání i mimo ni mluv s kolegy o věcech jiných, než je práce.
12. Naplánuj si volné chvílky během dne a nenechej si je nijak pokazit.
13. Nauč se říkat jiná slova než-li musím, měla bych a mám povinnost nebo nemohu. Důležitá slova jsou také ano a ne.
14. Raduj se, směj se, hrej si – často a ráda. [13]

Na závěr uvedeme **několik hlavních zásad**, které by si měla každá sestra osvojit:

1. pečujte o sebe, myslete na své potřeby, odpočívejte
2. poznejte sama sebe
3. požádejte o pomoc, když už vaše síly nestačí
4. udělejte si čas na svůj život, své okolí a známé, své koníčky
5. udržujte se v dobré tělesné kondici
6. nenoste si práci domů

4.5.5 Pomoc při syndromu vyhoření

Zatím jsme hovořili o tom, co může udělat zdravotní sestra, aby se vyhnula syndromu vyhoření. Problém je v tom, že „postižená“ osoba ve stavu syndromu vyhoření, jak jsme již uvedli výše, ztrácí schopnost rozhodovat o sobě, ztrácí aktivitu a další. A tedy potřebuje pomoc zvenčí.

Závisí na příznacích, kterými trpí. Pokud jsou tyto příznaky vážné, sestra si již není schopná pomoci sama a potřebuje pomoc někoho druhého – odborníka – psychologa nebo blízkého člověka. Nápomocni mohou být i spolupracovníci, někdy není na škodu výměna zkušeností. Při příznacích vyhoření již nepomůže dovolená. Je důležité „vypnout“, ale po návratu do práce se nemoc znovu objeví. Nutné je posílení sebevědomí, které onemocnění velmi snižuje. Pokud se vyskytnou deprese, je nutné navštívit následně psychiatra.

4.6 Pojem psychohygienu a supervize

4.6.1 Psychohygienu

Psychohygienu se obecně zabývá komplexními otázkami péče o zdraví člověka. Jejím smyslem je dodržování nezbytných zásad, přispívat k udržení, prohloubení nebo znovunabytí optimálního stavu tělesné a duševní zdatnosti člověka.

Psychohygienu práce je v zásadě soubor pravidel a doporučení, které slouží k udržení pracovní zdatnosti, případně k prohloubení zdravotních předpokladů nutných k pracovnímu výkonu a také k prevenci zdravotním problémům, jež by mohly být důsledkem pracovní zátěže. [3]

4.6.2 Supervize

Supervizí rozumíme cizí slovo, které znamená dohled, dozor, kontrola, inspekce. Jejím úkolem je zaručovat dobrou úroveň určité odbornosti. Představuje pro péči i sestry záruku jako dobré pochopení a osvojení si profesionálních hodnot, rozvoje odbornosti a zvládnutí profesionálních nároků, zde tedy supervize jako podpora.

Supervize je činnost, kdy prostřednictvím pozorování a cílených otázek uvažujeme nad kvalitou péče o pacienta a zvažujeme schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) práce sestry a sebereflexe. Obsahuje složky podpory (nadhledu) a kontroly (dohledu) a zaručuje dobrou úroveň odbornosti v oblasti vědomostí, dovedností, schopností, ale i hodnotové a etické. Vztahuje se k cíli naší práce. Zaměřuje se na proces, jakým daného cíle dosahujeme a na vztahy, které jsou velmi důležité u pomáhajících profesí, jako prostředek k naplňování cílů.

Supervizi můžeme rozlišit na odbornou a rozvojovou. **Odborná** se zaměřuje na daný problém pacienta, na případ nemocného, kdežto **rozvojová** na rozvoj a růst pracovníka, tedy sestry nebo celého týmu. Obě lze provádět jednotlivě nebo ve skupině.

Supervizi můžeme provádět **přímo**, to znamená, že supervizor je přítomen při práci sestry s nemocným, nebo **zprostředkovaně**, kdy se používá audiozáznam, videozáznam nebo supervizor hovoří se sestrou.

Supervizor bývá často přidělen novým pracovníkům, sestrám. Seznamuje ji s pracovištěm, dohlíží na odborný růst. Neměla by chybět ani lidská podpora při začleňování do týmu.

Je nutné oddělení od **psychoterapeutického výcviku**, kde je středem zájmu pracovník, zatímco při supervizi je pracovník podřízen práci s případem a od **porady nad případem**, kde se více stanovuje postup, než zjištění, jestli je postup kvalitní.

Supervize pomáhá zdravotnickému zařízení, pracovníkům i nemocným. Zabývá se překážkami v profesi, ale i tím, co může profesi pomoci. Nutí pracovníky, sestry přemýšlet nad tím, co dělají a proč. [3]

5 RELAXACE A ZDOLÁVÁNÍ STRESU

V této kapitole zmíníme relaxace, meditace a tréninky, které jsou nejvíce známy nebo jsou nejčastěji užívány k uvolnění stresu. Nebudeme se ale věnovat jednotlivým cvikům a postupům, které čtenář nalezne v publikaci s názvem *Relaxace a zdolávání stresu* od Geralda Pohlera z roku 1995, kde jsou velmi podrobně popsány.

Život každého člověka, každého z nás se vyznačuje tím, že jsme vystaveni velké zátěži a stresu. Pokud se chceme cítit dobře a chceme předcházet nemocem, měli bychom se naučit relaxovat a jak se zbavovat napětí a stresu.

Příčiny nadměrného vypětí, zvláště pak svalstva, mohou být různé. Především je lze hledat v nepřirozených pracovních návycích a pohybových stereotypch. Při práci sestry často dochází k přepínání svalstva, přetížení páteře a kloubů a sestra se po té nemůže náležitě uvolnit. Potlačení citů a spontánních reakcí vede taktéž k velkému napětí. To může vést tak daleko, že toto napětí si naše tělo nedokáže uvědomit. Nakonec ani my samotní.

Určitou svépomocí je každodenní cvičení **relaxačních metod**. Pokud budeme relaxovanější, prospěje to našemu zdraví, pracovní výkonnosti, pocítíme vyrovnanější chování v zátěžových situacích a při řešení mezilidských problémů.

Relaxaci provází pocit radosti, která vzniká při uvolnění svalů, rozšíření cév. Dojde ke zlepšení prokrvení organismu a prohloubení dechu. Zároveň se mění i naše myšlenky. Zapomeneme na úkoly, které nás čekají nebo nemáme splněny a dopřejeme si psychické uvolnění. Také se ukázalo, že při relaxaci můžeme pociťovat pocit tíže, ale i tepla. Tíže odpovídá uvolnění svalstva, teplo vzniká při uvolnění, rozšíření cév. Při relaxaci si uvědomujeme i svůj dech, který se zpomaluje a prohlubuje.

Nyní si představíme jednotlivé relaxace:

5.1 Autogenní trénink

Autogenní trénink vyvinul německý psychiatr I. H. Schulz. Název je odvozen z řeckého *autos* (sám, samo) a *genos* (vznik), to znamená vzniklý ze sebe sama. Tato metoda vznikla z hypnózy, kterou psychiatr Schulz prováděl, aby zjistil pocity při hypnóze. Později dospěl k poznání, že se člověk může do stavu relaxace přivést sám.

Jde zřejmě o nejznámější relaxační metodu na světě. Vyučuje se nejen v Evropě, ale i v Americe, Asii a Japonsku.

Ukázalo se, že pomocí tohoto tréninku se lze naučit relaxaci. Měla by mít i pozitivní vliv na průběh nemoci.

V autogenním tréninku rozlišujeme nižší a vyšší stupeň. **Nižší stupeň** se skládá ze šesti cviků, které zde uvedeme:

1. nácvik pocitu tíže - uvolnění svalů
2. nácvik pocitu tepla – uvolnění cév
3. regulace srdce – nácvik srdce
4. úprava dechu – „jsem dýchán“
5. regulace břišních orgánů – „sluneční pletivo“
6. úprava oblasti hlavy – cviky čela

Tyto cviky jsou podrobně popsány v publikaci, kterou jsme uvedli v úvodu.

Vyšší stupeň umožňuje nácvik hlubší vnímavosti, tedy vnímání sama sebe. Principem každého cviku je, že čím lépe známe sebe sama, tím lépe se můžeme orientovat ve vlastním

životě a máme méně problémů s jinými lidmi. Lépe poznáme i své slabé stránky a můžeme tak změnit své postoje k lepšímu.

Základním předpokladem je zvládnutí nižšího stupně autogenního tréninku. S nácvikem vyššího stupně totiž může začít jen ten, kdo skutečně umí relaxovat.

5.2 Relaxační trénink podle Jacobsona

Relaxační trénink je založen především na svalovém systému a jeho autorem je americký psycholog Edmund Jacobson. Je znám také jako **progresivní relaxace**. Napínáním a uvolňováním svalů lze dosáhnout odstranění svalového napětí a to vede k hlubokému uvolnění. Vznikají příjemné tělesné pocity, které přispívají k psychické relaxaci. Uvolnění se následně šíří i na nervový, oběhový systém. Stejně jako u autogenního tréninku můžeme pociťovat tíži, teplo, brnění, klid nebo ospalost.

V Jacobsonově tréninku rozlišujeme následující cviky. Provádí se vsedě nebo i vleže.

1. uvolnění rukou a paží
2. uvolnění obličeje
3. uvolnění šíje, ramen a horní části zad
4. uvolnění hrudi, břicha a zad
5. uvolnění beder, stehen a lýtek
6. uvolnění celého těla

5.3 Bioenergetické relaxační cvičení

Cílem bioenergetického relaxačního cvičení, které vytvořil Alexander Lowen, je zvýšení životní radosti a odstranění chronického svalového napětí. Cviky opět využívají napínání a uvolňování svalů. Tato cvičení ovšem nenahrazují běžnou terapii, tak jako ani předchozí druhy relaxací.

Mezi tyto cvičení patří nácvik oblouku, předklon k zemi, cvik k relaxaci nohou, břicha a zad, relaxace nohou – šlapání, bioenergetická relaxace šíje a relaxace pomocí bioenergetického cvičení vyjádření pocitů.

5.4 Relaxace zaměřená na dech

Tento druh relaxace zaměřené na dech, podle G. Pohlera a L. Pohlerové – Wagnerové, je součástí behaviorální terapie soustředěné na dech. Můžeme dosáhnout velmi hlubokého uvolnění. Příznakem při nácviku relaxace je klesání rychlosti pulzu, dochází i k uvolnění oběhového systému i svalovému uvolnění.

V literatuře jsou popisovány pocity spojené s relaxací, jako jsou vibrace, chvění, teplo, tíže a chlad.

Čtenář opět při větším zájmu nalezne postup v již zmíněné publikaci.

5.5 Hathajóga

Jóga a hathajóga (soustava tělesných jógových cviků) se za posledních 20 let významně rozšířila. Za autora se považuje James Funderburg.

Princip je stejný jako u Jacobsonova tréninku, kdy se jednotlivé svaly napínají a uvolňují. Literatura uvádí, že jógové cviky jsou staré několik tisíc let, říká se jim *Ásan ze Ršíkéše* a jejich zakladatelé jsou mistři jógy z Ršíkéše.

Problémem je, že jógovým cvikům se nelze naučit z knih. Ale kurzů tohoto typu je dostatek. U jógy je důležité necvičit křečovitě, ale snažit se co nejvíce přiblížit „ideální“ cvičené poloze.

Cvičení je nejlepší začít a také ukončit *šavásanou* aneb polohou mrtvolky. Mezi další úkony v sestavě patří *sarvangásana*, což je svíčka, která je prvním cvikem. Následuje *halásana* (pluh), *matsjásana* (ryba), *paščimóttánasána* (kleště), *bhudžangásana* (kobra) a relaxační poloha na břicho. Po uvolnění následuje *šalabhásana*, což znamená kobylka, *dhanurásana* (luk), *ardha matsjéndrásana* (otáčení v sedu) nebo poloviční matsjendrova pozice. Stoj na hlavě neboli *šíršásana* tuto sestavu uzavírá.

5.6 Relaxační a imaginační metoda podle Simontona

Simontónův trénink je metoda, která byla v USA vyvinuta pro nemocné rakovinou. Nemusí být jednoznačně zaměřen tímto směrem, ale lze jej využít u zdravých lidí nebo osob trpících jinými chorobami. U nemocných trpících rakovinou tato metoda ukázala, že jde docílit žádaného stavu relaxace, která se projeví tíží a teplem. Nutná je ale pravidelnost, autor doporučuje třikrát denně. Jak jsme již dříve zmínili, i tato metoda nemůže nahradit lékařskou péči.

Této metodě se lze naučit, že cvičící poslouchá text nahraný na kazetě. Text obvykle zní například takto: „Uvědomte si svůj dech“ nebo „uvědomte si, jak se vám obličej a oči uvolňují. Vnímejte přitom, jak se vám uvolnění jako vlna rozlévá po celém těle.“ [22, s. 95 - 96]

5.7 Senzorický relaxační trénink

Tvorba se přisuzuje Arnoldu Lazarusovi, profesorovi klinické psychologie ze Spojených států. Při této relaxaci je nutné vcítit se do vlastního těla, koncentrovat se na jednotlivé partie. Dojde tak k lepší relaxaci.

Cvičící se posadí, aby měl dostatečnou oporu krku a zad a následně je mu položeno několik otázek, na které odpovídá ano či ne. Špatná odpověď neexistuje. Otázky jsou typu: „Doká-

žete si uvědomit vlastní ruce a paže?“, „dokážete cítit, že jednu nohu máte uvolněnější než druhou?“, „dokážete si představit, že se díváte na někoho, kdo je od vás daleko?“, a tak dále. [22, s. 103]

5.8 Relaxace meditací

Účinnou metodou meditace je ta, při níž se cvičící soustředí na jeden předmět a snaží se tak udržet co nejdéle.

Předmět může tvořit cokoli. Na jedné straně jsou to **předměty vnější**, tedy mimo nás. Například různé zvuky, z přírody jako šustění listů, zvuk vodopádu nebo cvrkot cvrčka. Dalšími předměty mohou být takzvané mandaly nebo mantry. Jsou to většinou dvouslabičná slova. Tato slova mají mystický význam a opakují se stále dokola.

Mezi **vnitřní podněty** můžeme zahrnout například tlukot srdce nebo vnímání vlastního dechu.

Mezi tyto meditace s vnitřními podněty patří:

1. Bensonova metoda
2. dechová meditace
3. čakrová meditace
4. meditace na vnitřní zvuky
5. óm meditace

Tyto všechny metody jsou opět podrobně popsány v uvedené publikaci.

5.9 Relaxace biofeedbackem

Biofeedback značí biologickou zpětnou vazbu. To znamená, že naše tělo získává informace biologickými procesy nebo stavy, jako je svalové napětí, teplota pokožky. Metoda biofeedbackem tedy znamená, že pomocí takovéto informace se může konkrétní proces nebo reakce změnit.

Existují přístroje pro biofeedback. Ty mají zesilovat a pomocí světla nebo zvuku zprostředkovávat signály, které jsou slabé pro naše vnímání.

Biofeedback rozlišujeme na:

1. uvolňování svalstva biofeedbackem
2. biofeedback teploty pokožky [22]

Tyto metody vyžadují systematický a pravidelný trénink, ale jsou i jiné možnosti, jakým způsobem je možno ovlivnit stres a napětí v práci zdravotní sestry. Je to například úprava stravy, režimu spánku a bdění, pobyt na čerstvém vzduchu, úprava trávení volného času. Jistě by se našlo spousta dalších. Důležitou roli ovšem hrají vztahy na pracovišti a intimní vztahy, od kterých se výrazně odráží psychický stav.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI A FORMULACE HYPOTÉZ

6.1 Cíle praktické části

Tato práce se zaměřuje, podle našeho názoru, na jednu z nejobtížnějších pracovních náplní zdravotních sester – na péči o terminálně nemocné. Jsem přesvědčena, že péče o terminálně nemocné vystavuje zdravotní sestry značnému pracovnímu zatížení - stresu a má vliv na jejich psychiku. Ivana Bartošíková uvádí ve své publikaci informace o rozsáhlé studii, která se zabývá předčasnými odchody sester ze zdravotnictví. [2]

V práci jsem se zaměřila na následující cíle.

Zprvce jsem chtěla zjistit, jaký význam přikládají sestry péči o terminálně nemocné. Zda tuto péči považují za důležitou součást své práce, která vyžaduje mnohem větší nároky na jejich psychiku, než jakákoliv jiná péče v oblasti zdravotnictví. V této souvislosti mě také zajímalo, zda se domnívají, že součástí jejich péče o terminálně nemocného pacienta je i příprava nejbližších příbuzných na smrt jejich blízkého.

Zadruhé jsem se zaměřila na profesionální přípravu sester. Zajímalo mě, zda sestry hodnotí svou školní, studijní přípravu na tuto práci jako dostatečnou. Zda jsou na tuto práci dobře připraveny již ze školy. Zda je na škole péči o terminálně nemocné věnována dostatečná pozornost. Některé obecné zkušenosti, ale často i stesky samotných sester, vedou ke zjištění, že se sestry po příchodu do praxe potýkají s nemalými problémy. Týkají se toho, jak vnímat potřeby terminálně nemocných, jaký s nimi navazovat vztah, jak s nimi komunikovat a podobně. Ale také mě zajímalo, jak je o vzdělání sester pečujících o terminálně nemocné postaráno na samotných pracovištích. Zda pracoviště poskytují sestřím pečujícím o terminálně nemocné dostatečný prostor pro vzdělávání, ať již formou odborných seminářů, postgraduálních školení, zásobování odbornými časopisy a literatury. A v neposlední řadě tohoto druhého tématu chci odpovědět na otázku, jaký je skutečný zájem sester o doplnění svého vzdělávání v péči o terminálně nemocné.

Zatřetí jsem požádala sestry o názor na zohlednění nároků této péče v podobě nejen materiálního ohodnocení. Zajímalo mě, zda péče o sestry v náročných pracovních podmínkách odpovídá nárokům jejich práce. Jako součást tohoto okruhu zájmu jsem si kladla také otázku, zda se v péči o terminálně nemocné projevuje více prohřešků proti platným etickým kodexům.

Naplnění těchto cílů směřuje ke **dvěma praktickým závěrům**:

- a) Jaká řešení by bylo možné nabídnout sestřám při práci s terminálně nemocnými pacienty.
- b) Jak by bylo možné pomoci sestřám v zátěži při práci s terminálně nemocnými.

6.2 Hypotézy

H1: Sestry pečující o terminálně nemocné považují tuto péči za významnou a psychicky náročnou.

H2: Sestry pečující o terminálně nemocné uvažují o této péči jako o nadstandardní a nedoceněné.

H3: Sestry pečující o terminálně nemocné se shodují na tom, aby při školní přípravě bylo tomuto tématu věnováno více pozornosti.

H4: V péči o terminálně nemocné je možno vysledovat více přestupků vůči platným etickým kodexům ve zdravotnictví, než v jiných oblastech péče.

Předpoklady k ověření praktickou částí, formulované v uvedených hypotézách, se mohou lišit s ohledem na délku praxe.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU

Pohlaví:

- | | | | |
|--------|----|---|--------|
| • Ženy | 83 | – | 98,8 % |
| • Muži | 1 | – | 1,2 % |

Pro další zpracování jsem ponechala pouze vzorek žen, což tvoří 100 %.

Věk:

- | | | | |
|---------------|----|---|--------|
| • 19 – 39 let | 60 | – | 72,3 % |
| • 40 – 60 let | 23 | – | 27,7 % |

Vzdělání:

- | | | | |
|--------|----|---|--------|
| • SŠ | 67 | – | 80,7 % |
| • VZŠ | 4 | – | 4,8 % |
| • VŠ | 6 | – | 7,2 % |
| • Jiné | 6 | – | 7,2 % |

Délka aktivní praxe ve zdravotnictví:

- | | | | |
|-----------------|----|---|--------|
| • Do 5 let | 32 | – | 38,6 % |
| • 6 – 15 let | 25 | – | 30,1 % |
| • 16 – 25 let | 12 | – | 14,5 % |
| • 25 a více let | 14 | – | 16,9 % |

Víra:

- | | | | |
|---------------|----|---|--------|
| • Věřící | 26 | – | 31,3 % |
| • Bez vyznání | 57 | – | 68,7 % |

8 METODA SBĚRU DAT

Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Probíhal v olomouckých nemocnicích a zařízeních a ve zlínských nemocnicích. Byl zahájen v listopadu roku 2006 a ukončen v lednu roku 2007. Dotazník byl určen zdravotnickým pracovníkům.

Vybrala jsem respondenty ze standardních oddělení, kde se domnívám, že se nejvíce umírá a pobývá tam nejvíce pacientů v terminálním stádiu. Jsou to oddělení onkologie, hospic, oddělení LDN a geriatric, interní oddělení.

Dotazník byl zcela anonymní. V úvodu jsem sdělila důvod průběhu dotazníkového šetření. Ze 110 nabídnutých dotazníků se mi vrátilo 90 vyplněných, což je 81,8 %. Následně jsem vyřadila 7 dotazníků pro neúplnost, z toho 1 dotazník byl vyplněn mužem. Pracovala jsem tedy s 83 dotazníky, které činí 75,5 % ze všech rozdaných. Toto číslo je sice z celku, ale z důvodu vyhodnocení počítám 83 dotazníků jako 100 %.

Obsahoval charakteristiku respondentů a 26 položek. Respondenti si mohli vybrat z více odpovědí jednu nebo více odpovědí. Většina položek byla s uzavřenými odpověďmi. V dotazníku nalezneme položky dichotomické (položka č. 1, 6, 7, 9, 13, 18, 24, 26), polytomické (položka č. 2, 4, 5, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25), dále položky polouzavřené (položka č. 3, 10, 11) a volné (položka č. 21, 23). Charakteristika respondenta sloužila jako filtrační položka.

Položky byly zaměřeny na přípravu sester na školách, vzdělávání v praxi, otázku praxe, zkušenosti. Některé položky zjišťující, zda je práce s terminálně nemocnými pro sestry významná. Zařadila jsem také položky zjišťující náročnost práce. Několik položek se také zabývá etikou.

9 METODA VYHODNOCENÍ DAT

Ve vypracování dat jsem vycházela z programu Microsoft Excel.

Použila jsem **dvě metody**:

První metodou je deskriptivní statistika, která je uvedena formou tabulek. Druhá metoda – grafická – vychází z deskriptivní statistiky (průměry, procenta) a podle ní jsem vyhotovila grafy, které mají sloužit pro větší přehlednost.

Provedla jsem i porovnávací analýzu podle délky praxe respondentů a dle víry vyznání. Zajímalo mě, zda se budou odpovědi nějakým způsobem lišit a jak výrazné budou rozdíly.

Délku praxe jsem rozdělila do čtyř skupin – do 5ti let praxe, do 15ti let, do 25ti let a nad 25 let aktivní praxe ve zdravotnictví. Tímto způsobem jsem srovnala 14 položek (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 22, 24, 25).

Ve skupině do 5ti let praxe bylo 32 respondentů, do 15ti let praxe 25 respondentů, do 25ti let praxe 12 respondentů a nad 25 let praxe bylo 14 respondentů.

Další dělení bylo na věřící respondenty a respondenty bez vyznání. Zde jsem srovnala 4 položky – 7, 10, 19 a 22. Skupina věřících respondentů zahrnovala 26 respondentů a respondentů bez vyznání bylo 57.

Dotazník byl původně zaměřen širěji. Ve zpracování jsem se zaměřila na některé položky vzhledem k hypotézám a ty jsem následně hodnotila.

Položky k hypotézám:

Hypotéza č. 1 – položka č. 1, 2, 3, 4, 5

Hypotéza č. 2 – položka č. 16

Hypotéza č. 3 – položka č. 6, 7, 11, 14, 15, 22, 25

Hypotéza č. 4 – položka č. 23, 24

U grafů kde byla složitější interpretace, jsem využila polynomicou rovnici II. stupně pro prezentaci trendu získaných dat na základě možností programu Windows Excel.

10 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Označení grafů zkratkami C, D a V znamená vyhodnocení celkem (C), dělení podle délky praxe (D) a podle věry (V).

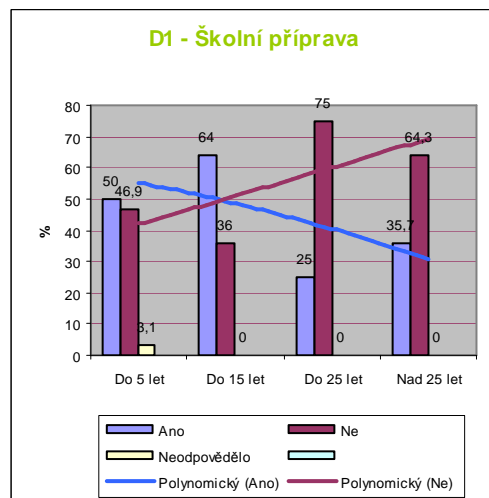
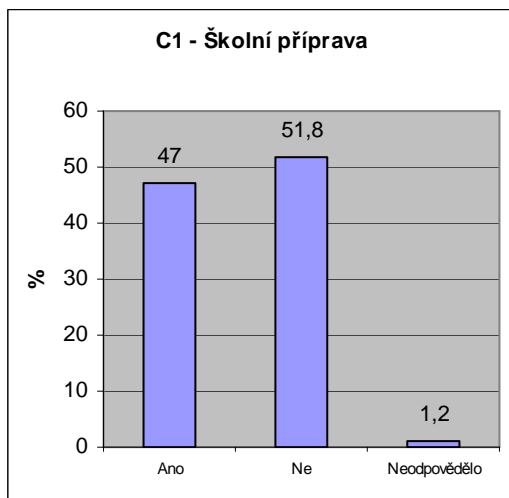
1. Je podle Vás příprava sester na péči o terminálně nemocné pacienty na školách dostatečná?

Tabulka č. C1 – Školní příprava

Odpovědi	Resp.	%
Ano	39	47
Ne	43	51,8
Neodpovědělo	1	1,2

Tabulka č. D1 – Školní příprava

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Ano	16	50	16	64	3	25	5	35,7
Ne	15	46,9	9	36	9	75	9	64,3
Neodpovědělo	1	3,1	0	0	0	0	0	0



Celkový graf ukazuje, že 47 % respondentů považuje přípravu na péči o terminálně nemocné na školách za dostatečné a téměř 51,8 % se cítí být málo připraveno. Sestry, které jsou již dlouho po škole, si až tak jisté v odpovědi nebyly, protože si přípravu již nepamatují. Neodpovědělo 1,2 %.

Z grafu podle délky praxe vyplývá, že s přibývajícím délkou praxe si respondenti myslí, že příprava není dostatečná. Toto ukazuje polynomický trend. Ovšem nejvíce nesouhlasí skupina do 25 let praxe ve zdravotnictví.

Položka se vztahuje k hypotéze č. 1.

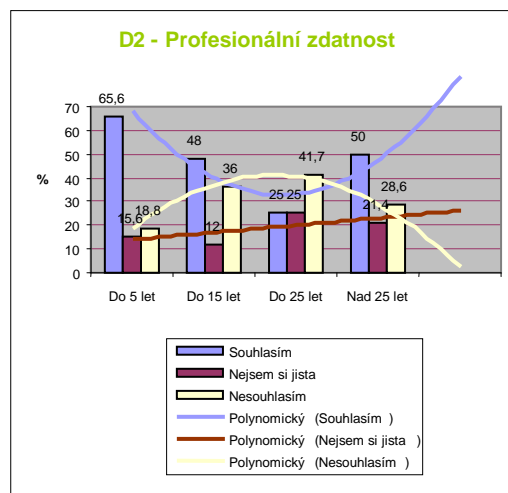
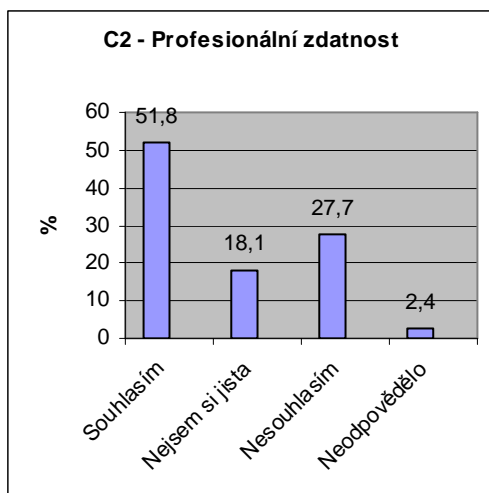
2. Možnostem zvýšení profesionální zdatnosti na pracovišti není věnována taková pozornost, jakou by si zasloužovala:

Tabulka č. C2 – Profesionální zdatnost

Odpovědi	Resp.	%
Souhlasím	43	51,8
Nejsem si jista	15	18,1
Nesouhlasím	23	27,7
Neodpovědělo	2	2,4

Tabulka č. D2 – Profesionální zdatnost

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Souhlasím	21	65,6	12	48	3	25	7	50
Nejsem si jista	5	15,6	3	12	3	25	3	21,4
Nesouhlasím	6	18,8	9	36	5	41,7	4	28,6
Neodpovědělo	0	0	1	4	1	8,3	0	0



Většina respondentů (51,8 %) souhlasí s tvrzením, že zvyšování profesionální zdatnosti na pracovišti je věnována malá pozornost. 27,5 % je spokojeno s nynější situací a 18,1 % si není jistá. Neodpovědělo 2,4 %.

Z grafu podle délky praxe vyplývá, že největší souhlas vykazují začínající sestry s praxí do 5ti let, za to nejméně souhlasí sestry do 25ti let délky praxe. V nesouhlasu tyto dvě skupiny odpovídají odlišně.

Položka saturuje hypotézu č. 1.

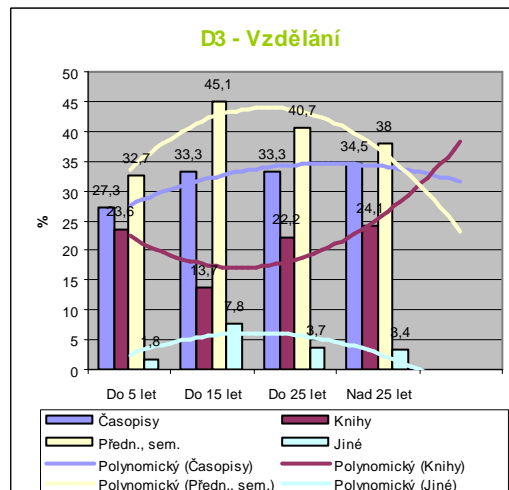
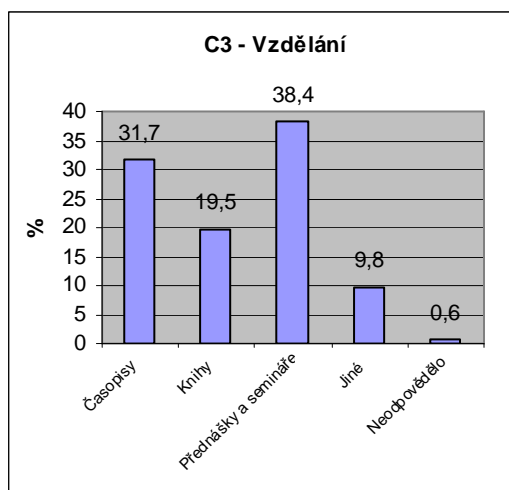
3. Chcete – li se více dozvědět o problematice terminálně nemocných pacientů, čerpáte z:

Tabulka č. C3 – Vzdělání

Odpovědi	Resp.	%
Časopisy	52	31,7
Knihy	32	19,5
Přednášky a semináře	63	38,4
Jiné	16	9,8
Neodpovědělo	1	0,6

Tabulka č. D3 – Vzdělání

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Časopisy	15	27,3	17	33,3	9	33,3	10	34,5
Knihy	13	23,6	7	13,7	6	22,2	7	24,1
Přednášky a semináře	18	32,7	23	45,1	11	40,7	11	38
Jiné	8	1,8	4	7,8	1	3,7	1	3,4



Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

Jak vidíme na celkovém grafu, nejvíce respondentů preferuje návštěvu odborných přednášek a seminářů - 38,4 %. 31,7 % respondentů dává přednost odborným časopisům, 19,5 %

odpovědí se týká knih s odbornou tematikou a zhruba 9,8 % jsou jiné odpovědi, což znamená návštěva internetu, samostudium a rady zkušenějších sester, příbuzných, z praxe.

Neodpovědělo 0,6% respondentů.

Graf podle délky praxe - důležitost časopisů je hodnocená ve všech skupinách téměř stejně. Největší důraz na knihy dávají začínající sestry a sestry s delší praxí. Přednášky jsou nejoblíbenější u kategorie do 15ti let v praxi.

Položka se vztahuje k hypotéze č. 1.

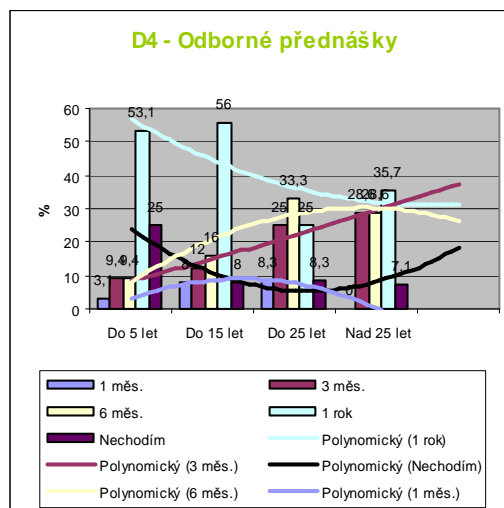
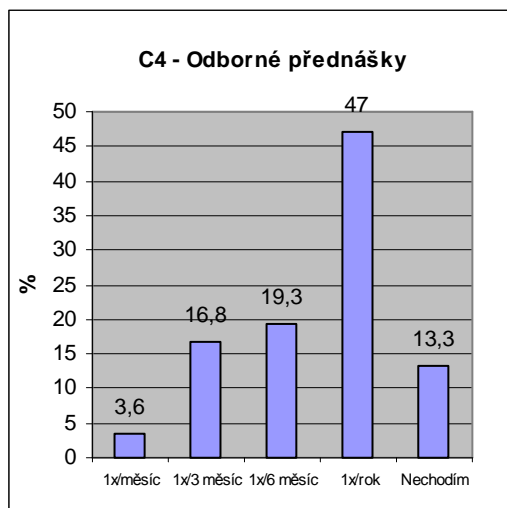
4. Jak často navštěvujete odborné přednášky na toto téma?

Tabulka č. C4 – Odborné přednášky

Odpovědi	Resp.	%
1x/měsíc	3	3,6
1x/3 měsíc	14	16,8
1x/6 měsíc	16	19,3
1x/rok	39	47
Nechodím	11	13,3

Tabulka č. D4 – Odborné přednášky

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
1x/ měsíc	1	3,1	2	8	1	8,3	0	0
3x/měsíc	3	9,4	3	12	3	25	4	28,6
6x/měsíc	3	9,4	4	16	4	33,3	4	28,6
1x/rok	17	53,1	14	56	3	25	5	35,7
Nechodím	8	25	2	8	1	8,3	1	7,1



Podle celkového grafu je největší frekvence návštěv odborných přednášek 1x za rok. Navštěvuje ji 47 % respondentů. K častějším se počet snižuje: 19,3 % navštěvuje 1x za 6 mě-

síců, 16,8 % respondentů chodí 1x za 3 měsíce a pouhých 3,6 % navštěvuje odborné přednášky 1x za měsíc. 13,3 % respondentů nenavštěvuje přednášky vůbec.

Ke grafu podle délky praxe – polynomický trend ukazuje, že nejvíce školení, které jsou 1x za rok absolvují respondenti s nižší praxí – do 15ti let, kdežto respondenti s praxí od 15ti let preferují účast na přednáškách po půl roce i po 3 měsících. Tento graf nám ukázal, že na odborné přednášky nechodí 25 % respondentů ze skupiny „začínajících respondentů“, a to se mi nezdá málo.

Položka saturuje hypotézu č. 1.

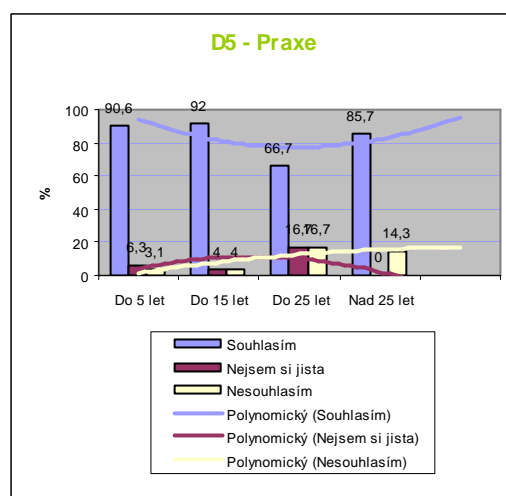
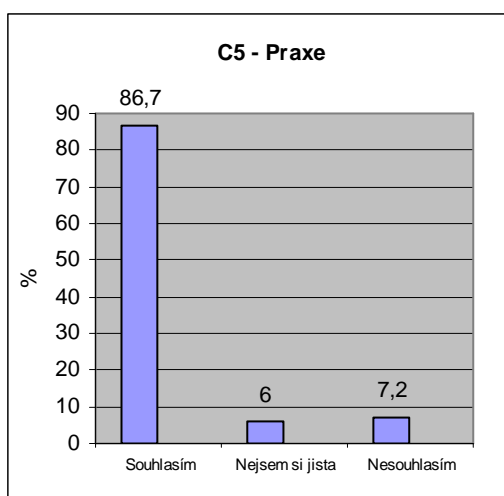
5. Pro moji práci s terminálně nemocnými pacienty byla mnohem důležitější praxe a zkušenosti než vzdělání, které jsem absolvovala:

Tabulka č. C5 - Praxe

Odpovědi	Resp.	%
Souhlasím	72	86,7
Nejsem si jista	5	6
Nesouhlasím	6	7,2

Tabulka č. D5 - Praxe

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Souhlasím	29	90,6	23	92	8	66,7	12	85,7
Nejsem si jista	2	6,3	1	4	2	16,7	0	0
Nesouhlasím	1	3,1	1	4	2	16,7	2	14,3



Pro 86,7 % respondentů, což je většina, je důležitější praxe ve zdravotnictví než vzdělání, ale 7,2 % s tímto faktem nesouhlasí. 6 % si není jisté.

Taktéž je tomu i u dělení podle délky praxe, kdy většina respondentů ze všech skupin souhlasí s tvrzením.

Položka spadá pod hypotézu č. 1.

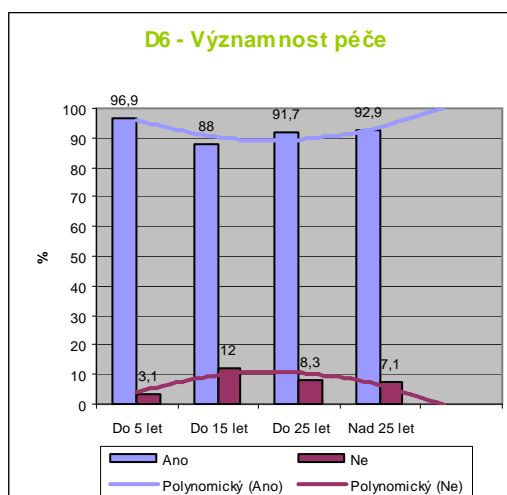
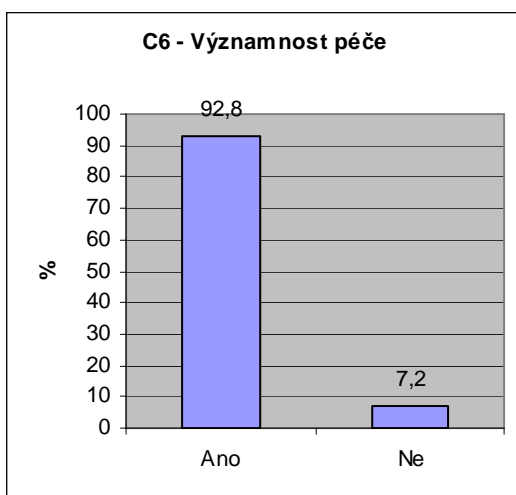
6. Je pro Vás významná péče o terminálně nemocné pacienty?

Tabulka č. C6 – Významnost péče

Odpovědi	Resp.	%
Ano	77	92,8
Ne	6	7,2

Tabulka č. D6 – Významnost péče

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Ano	31	96,9	22	88	11	91,7	13	92,9
Ne	1	3,1	3	12	1	8,3	1	7,1



Pro většinu respondentů (92,8 %) je péče o terminálně nemocné pacienty významná, 7,2 % respondentů považuje péči o tyto pacienty stejnou jako o jiné pacienty nebo ji nepovažují za důležitou.

V grafu podle délky praxe je patrné, že v péči o terminálně nemocné pacienty není mezi jednotlivými skupinami rozdíl a ve většině ji všechny považují za důležitou.

Položka se vztahuje k hypotéze č. 2.

7. Je pro Vás těžké pracovat s terminálně nemocnými pacienty?

Tabulka č. C7 – Náročnost práce

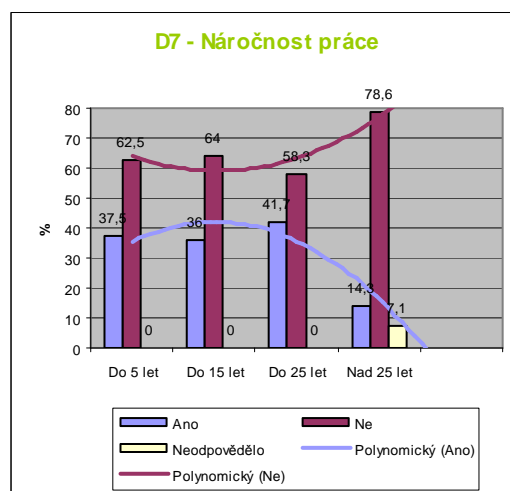
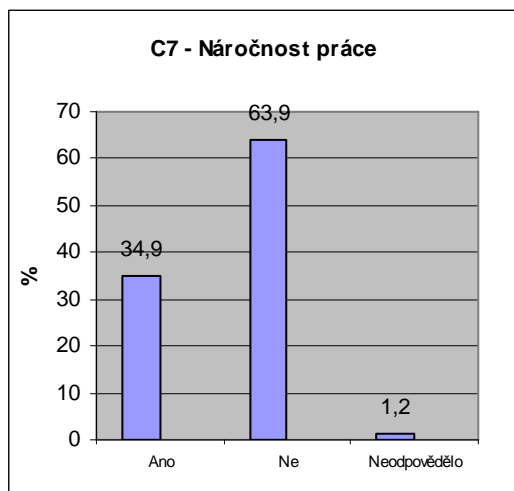
Odpovědi	Resp.	%
Ano	29	34,9
Ne	53	63,9
Neodpovědělo	1	1,2

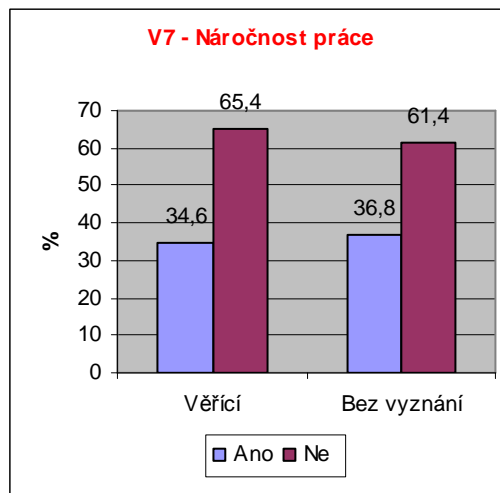
Tabulka č. D7 – Náročnost práce

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Ano	12	37,5	9	36	5	41,7	2	14,3
Ne	20	62,5	16	64	7	58,3	11	78,6
Neodpovědělo	0	0	0	0	0	0	1	7,1

Tabulka č. V7 – Náročnost práce

Skupiny	Věřící		Bez vyznání	
	Resp.	%	Resp.	%
Ano	9	34,6	21	36,8
Ne	17	65,4	35	61,4
Neodpovědělo	0	0	1	1,8





Položkou chceme zjistit, zda připadá respondentům práce s terminálně nemocnými pacienty těžká, náročná.

V celkovém, prvním, grafu nám výsledky ukazují, že pro pouhých 34,9 % je práce s terminálně nemocnými pacienty těžká, náročná a 63,9 % nepovažuje práci za obtížnou.

Dělení podle délky praxe a polynomický trend, který se zde nachází naznačuje, že obtížnost práce s terminálně nemocnými se snižuje s délkou praxe, a naopak klesá s přibývajícím roky v zaměstnání. Nejméně obtížná je práce s terminálně nemocnými pacienty pro respondenty s více jak 25letou praxí.

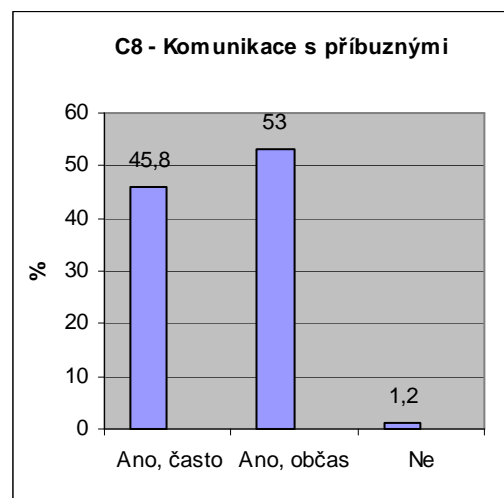
V dělení podle víry vidíme, že pro věřící respondenty je o něco méně obtížné pracovat s terminálně nemocnými pacienty než pro respondenty bez vyznání.

Položka saturuje hypotézu č. 3.

8. Komunikujete s příbuznými zemřelých?

Tabulka č. C8 – Komunikace
s příbuznými

Odpovědi	Resp.	%
Ano, často	38	45,8
Ano, občas	44	53
Ne	1	1,2



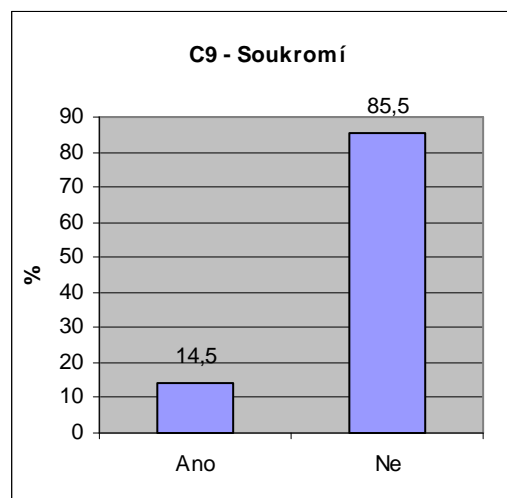
Z grafu vyplývá, že nejčastěji komunikuje s příbuznými 45,8 % respondentů, občas komunikuje nejvíce respondentů, a to více jak polovina – 53 %. Nekomunikuje 1,2 %.

Položka je doplňková.

9. Myslíte si, že je vhodné, aby terminálně nemocný pacient sdílel pokoj s jinými pacienty?

Tabulka č. C9 – Soukromí

Odpovědi	Resp.	%
Ano	12	14,5
Ne	71	85,5



Většina respondentů, 85,5 %, se domnívá, že terminálně nemocný by měl mít soukromí. Zbýlých 14,5 % si myslí, že je vhodné, aby nemocný sdílel pokoj s jinými pacienty.

Položka je rovněž doplňková.

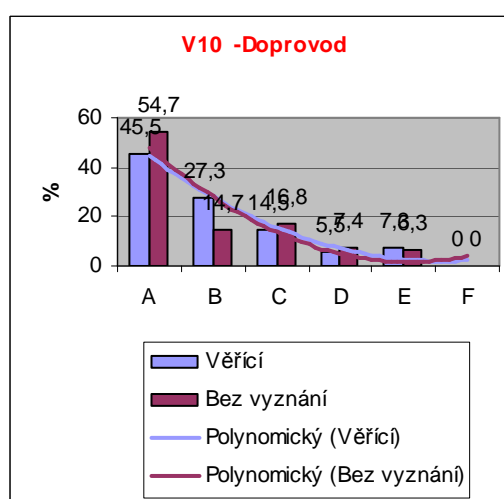
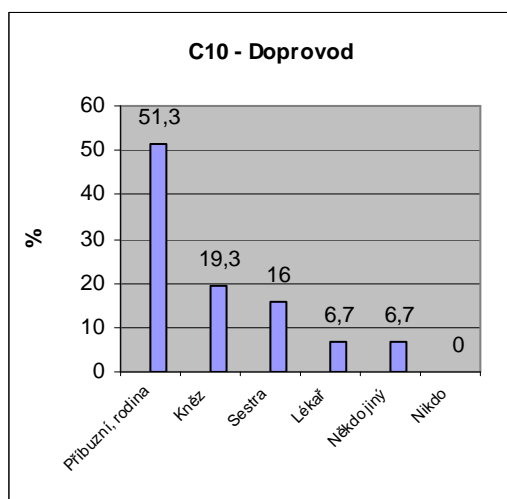
10. Kdo by podle Vás měl být u umírajícího pacienta?

Tabulka č. C10 - Doprovod

Odpovědi	Resp.	%
A – Příbuzní, rodina	77	51,3
B – Kněz	29	19,3
C – Sestra	24	16
D – Lékař	10	6,7
E – Někdo jiný	10	6,7
F – Nikdo	0	0

Tabulka č. V10 - Doprovod

Kategorie Odpovědi	Věřící		Bez vyznání	
	Resp.	%	Resp.	%
A – Příbuzní, rodina	25	45,5	52	54,7
B – Kněz	15	27,3	14	14,7
C – Sestra	8	14,5	16	16,8
D – Lékař	3	5,5	7	7,4
E – Někdo jiný	4	7,3	6	6,3
F – Nikdo	0	0	0	0



Respondenti měli možnost více odpovědí.

Celkový graf – více jak polovina všech respondentů se domnívá, že u umírajícího pacienta by měla být převážně rodina a jeho příbuzní, 19,3 % respondentů si vybralo kněze, podle

16 % by měla být u umírajícího sestra. Odpovědi lékař a někdo jiný dostaly stejný počet, a to 6,7 %. Nikdo z respondentů by nechtěl, aby byl umírající sám.

V grafu podle víry vidíme, že rodina a příbuzní jsou opět na prvním místě. Pro věřící jsou ovšem méně důležité než pro respondenty bez vyznání. Pro věřící je důležitější přítomnost kněze a někoho jiného, kdežto u respondentů bez vyznání je tomu naopak.

I tato položka je doplňková.

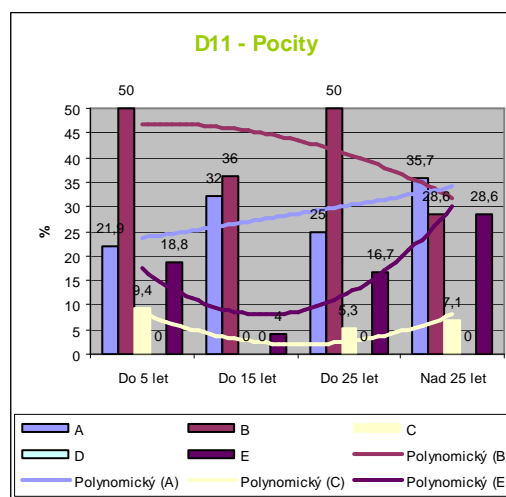
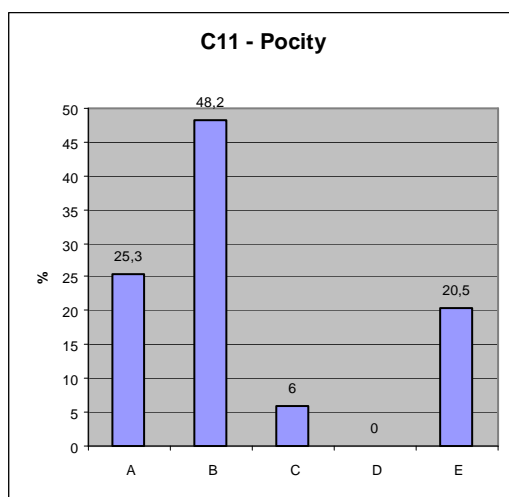
11. Jaké máte pocity, když se dozvíte, že někdo spěje ke smrti?

Tabulka č. C11 - Pocity

Odpovědi	Resp.	%
A – Nic, jsem zvyklá	21	25,3
B – Jsem smutná	40	48,2
C – Chce se mi plakat	5	6
D – Nemohu se postarat o tělo, nezvládnou to. Dělá to jiná sestra.	0	0
E – Jiné pocity	17	20,5

Tabulka č. D11 - Pocity

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
A – Nic, jsem zvyklá	7	21,9	8	32	3	25	5	35,7
B – Jsem smutná	16	50	9	36	6	50	4	28,6
C – Chce se mi plakat	3	9,4	0	0	1	8,3	1	7,1
D – Nemohu se postarat o zemřelé tělo, nezvládnou to. Dělá to za mne jiná sestra	0	0	0	0	0	0	0	0
E – Jiné pocity	6	18,8	8	32	2	16,7	4	28,6



Z celkového grafu vyplývá, že zjištění končícího života vyvolává u 48,2 % respondentů smutek, 20,5 % cítí jiné pocity (soucit, lítost, respekt nebo záleží na tom, kdo umírá, přemýšlím, co mohu pro pacienta udělat), a 6ti % respondentům se chce plakat, když se dozví,

že někdo umírá. S více jak čtvrtinou respondentů (25,3 %) tento stav nic nedělá a jsou zvyklí. Všichni respondenti se ovšem o mrtvé tělo dokáží postarat.

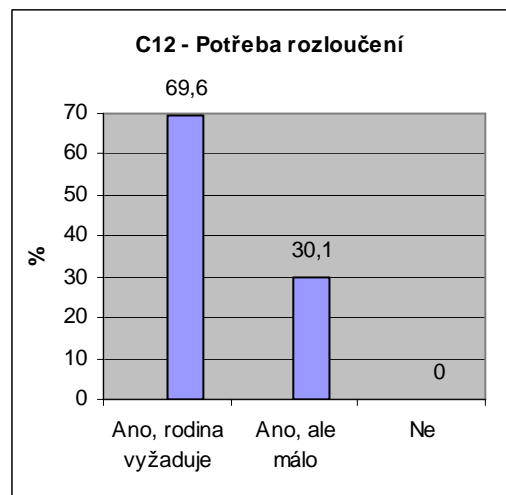
V grafu podle délky praxe nám polynomický trend ukazuje, že s délkou praxe záleží na zvyku, opakem je smutek, který se nejvíce vyskytuje u respondentů do 25ti let praxe. Plakat se opět nejvíce chce začínajícím respondentům. Jiné pocity převažují u respondentů s praxí nad 25 let.

Položka se vztahuje k hypotéze č. 3.

12. Myslíte si, že se rodina potřebuje rozloučit s umírajícím příbuzným?

Tabulka č. C12 – Potřeba rozloučení

Odpovědi	Resp.	%
Ano, rodina vyžaduje	58	69,9
Ano, ale málo	25	30,1
Ne	0	0



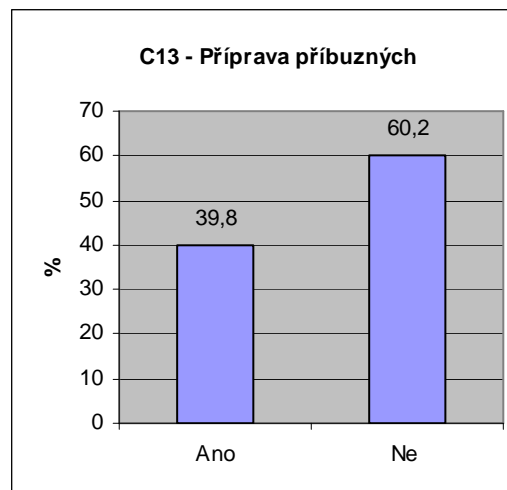
Z grafu je patrné, že se rodina se svým příbuzným potřebuje rozloučit. Kladně odpovědělo 100 % respondentů, kdy podle většiny respondentů (69,9 %) to rodina vyžaduje.

Položka je doplňková.

13. Příprava příbuzných na smrt patří do práce (kompetence) ošetřovatelského personálu?

Tabulka č. C13 – Příprava příbuzných

Odpovědi	Resp.	%
Ano	33	39,8
Ne	50	60,2



Položka nám ukazuje, že 60,2 % respondentů odmítá přípravu příbuzných na smrt svého blízkého a 39,8 % ji přijímá do své kompetence.

Položka č. 13 je doplňková.

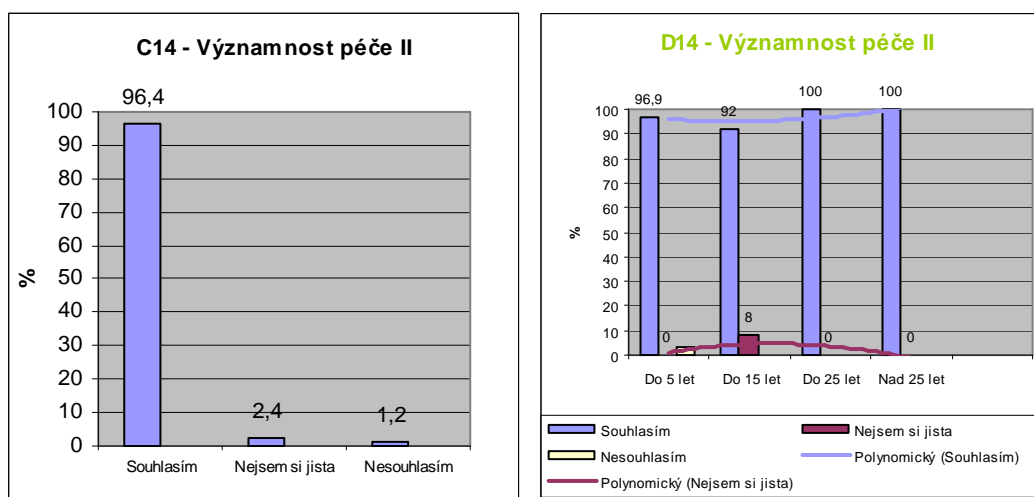
14. Péče o terminálně nemocné pacienty je významnou součástí práce zdravotní sestry:

Tabulka č. C14 – Významnost péče II

Odpovědi	Resp.	%
Souhlasím	80	96,4
Nejsem si jista	2	2,4
Nesouhlasím	1	1,2

Tabulka č. D14 – Významnost péče II

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Souhlasím	31	96,9	23	92	12	100	14	100
Nejsem si jista	0	0	2	8	0	0	0	0
Nesouhlasím	1	3,1	0	0	0	0	0	0



Většina respondentů (96,4 %) v celkovém grafu se domnívá, že péče o terminálně nemocného je významnou součástí práce zdravotní sestry. Nesouhlasí 1,2 % a není si jistě 2,4 % respondentů.

Odpověď je patrná i v dělení podle délky praxe.

Položka saturuje hypotézu č. 2.

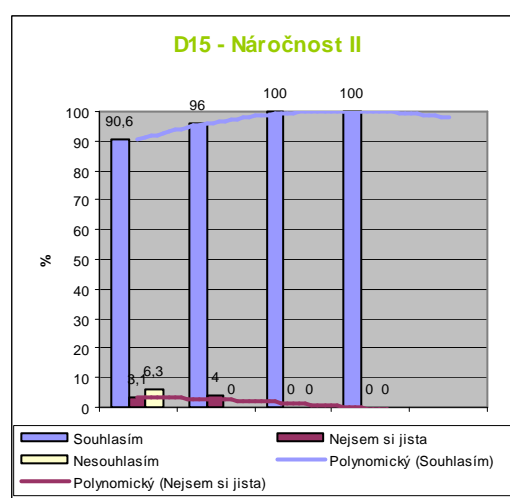
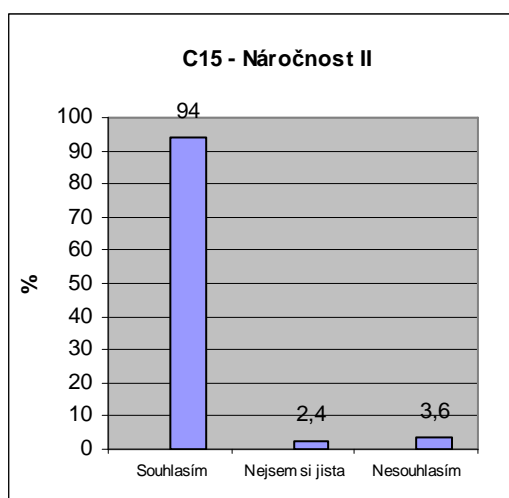
15. Péče o terminálně nemocné pacienty je v mnoha ohledech psychicky náročnější než o ostatní pacienty:

Tabulka č. C15 – Náročnost II

Odpovědi	Resp.	%
Souhlasím	78	94
Nejsem si jista	2	2,4
Nesouhlasím	3	3,6

Tabulka č. D15 – Náročnost II

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Souhlasím	29	90,6	24	96	12	100	14	100
Nejsem si jista	1	3,1	1	4	0	0	0	0
Nesouhlasím	2	6,3	0	0	0	0	0	0



Péče o terminálně nemocné pacienty je zcela jistě psychicky náročnější než u péče o jiné pacienty. Souhlasí s námi 94 %, tedy většina respondentů. Nesouhlasí 3,6 % a není si jisté 2,4 % respondentů.

I zde je patrná odpověď v dělení podle délky praxe. Nejméně souhlasí s psychickou náročností respondenti s praxí do 5ti let.

Položka saturuje hypotézu č. 2.

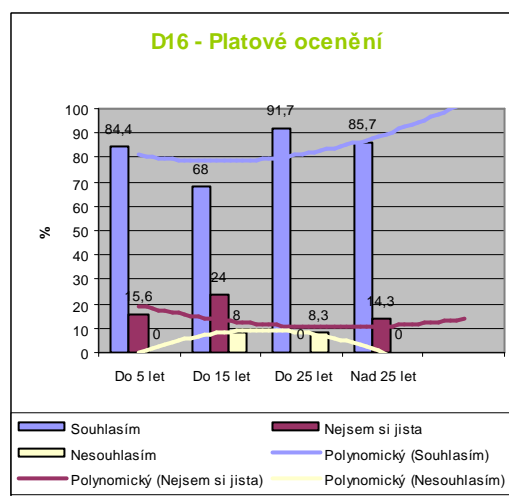
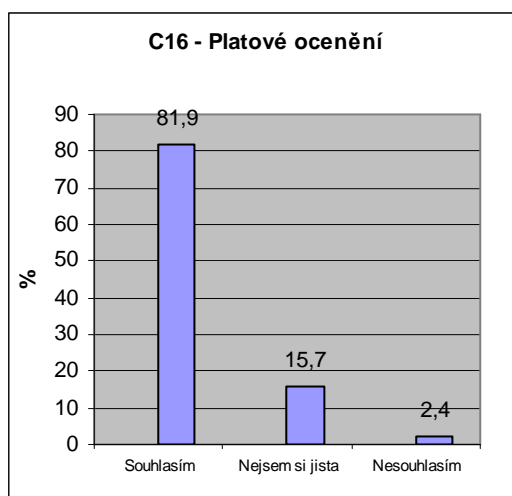
16. Jsem přesvědčena, že práce sestry s terminálně nemocnými pacienty by měla být platově zohledněna:

Tabulka č. C16 – Platové ocenění

Odpovědi	Resp.	%
Souhlasím	68	81,9
Nejsem si jista	13	15,7
Nesouhlasím	2	2,4

Tabulka č. D16 – Platové ocenění

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Souhlasím	27	84,4	17	68	11	91,7	12	85,7
Nejsem si jista	5	15,6	6	24	0	0	2	14,3
Nesouhlasím	0	0	2	8	1	8,3	0	0



S tvrzením, že práce s terminálně nemocnými pacienty by měla být platově zohledněna, souhlasí 81,9 % respondentů, nesouhlasí 2,4 % a 15,7 % si není jisté.

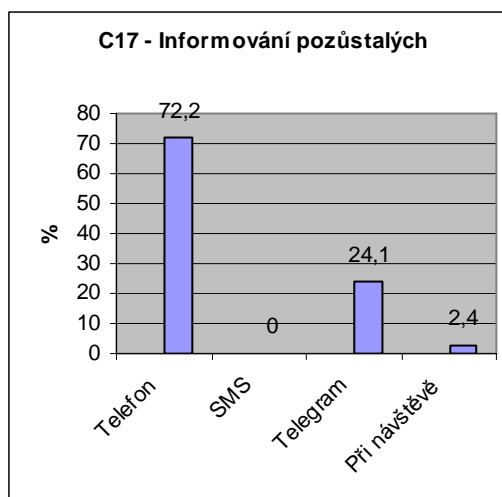
Graf podle délky praxe opět ukazuje souhlas, že práce s terminálně nemocnými by měla být platově oceněna. Nejvíce souhlasí respondenti ve skupině do 25ti let praxe a nejvíc si nejsou jisti respondenti do 15ti let praxe.

Položka se vztahuje k hypotéze č. 2.

17. Je pro Vás správnější způsob oznámení o úmrtí:

Tabulka č. C17 – Informování pozůstalých

Odpovědi	Resp.	%
Telefon	60	72,2
SMS	0	0
Telegram	20	24,1
Při návštěvě	2	2,4
Neodpovědělo	1	1,2



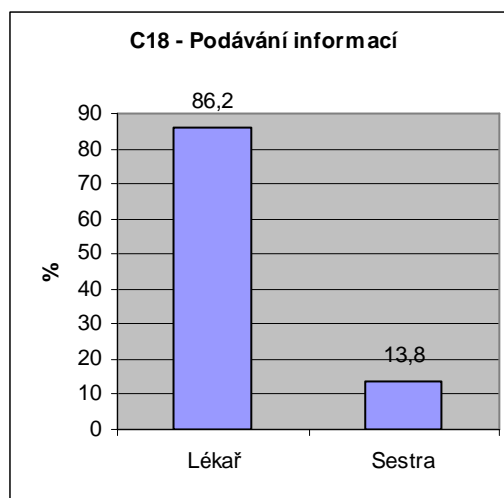
Respondenti považují za nejsprávnější způsob informování pozůstalých o úmrtí příbuzného jednoznačně telefonicky (72,7 %), následně telegramem (24,1 %) a 2,4 % respondentů informuje příbuzné, až když dojdou příbuzní na návštěvu. Informování o úmrtí SMS zprávou nepříjde optimální nikomu. Neodpovědělo 1,2 % respondentů.

Položka je opět doplňková.

18. Kdo u Vás na oddělení informuje pozůstalé?

Tabulka č. C18 – Podávání informací

Odpovědi	Resp.	%
Lékař	81	86,2
Sestra	13	13,8



Respondenti volili i obě odpovědi.

Podle grafu je patrné, že informovat pozůstalé připadá podle 86 % respondentů na lékaře. Pokud lékař na oddělení není přítomen, informuje příbuzné sestra.

Doplňková položka.

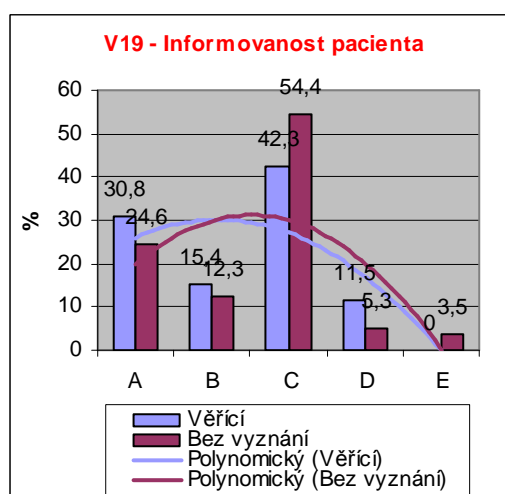
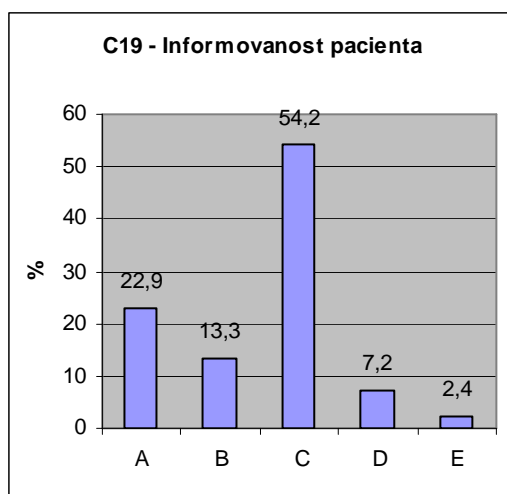
19. Myslíte si, že je důležité, aby byl terminálně nemocný pacient plně informován o svém zdravotním stavu?

Tabulka č. C19 – Informovanost pacienta

Odpovědi	Resp.	%
A – ano, určitě by měl být plně informován	19	22,9
B – ano, něco by vědět měl	11	13,3
C – záleží na situaci	45	54,2
D – někdy není na škodu „milosrdná lež“	6	7,2
E – ne	2	2,4

Tabulka č. V19 – Informovanost pacienta

Kategorie Odpovědi	Věřící		Bez vyznání	
	Resp.	%	Resp.	%
A – ano, určitě by měl být plně informován	8	30,8	14	24,6
B – ano, něco by vědět měl	4	15,4	7	12,3
C – záleží na situaci	11	42,3	31	54,4
D – někdy není na škodu „milosrdná lež“	3	11,5	3	5,3
E – ne	0	0	2	3,5



Celkový graf – Více jak polovina respondentů (54,2 %) si myslí, že záleží na situaci a stavu pacienta, kdy by měl být terminálně nemocný informován. 22,9 % respondentů by pacienta plně informovalo, 13,3 % si myslí, že by pacient něco vědět měl o svém zdravotním stavu.

7,2 % respondentů se přiklání k „milosrdné lži“ a 2,4 % by terminálně nemocného neinformovalo vůbec.

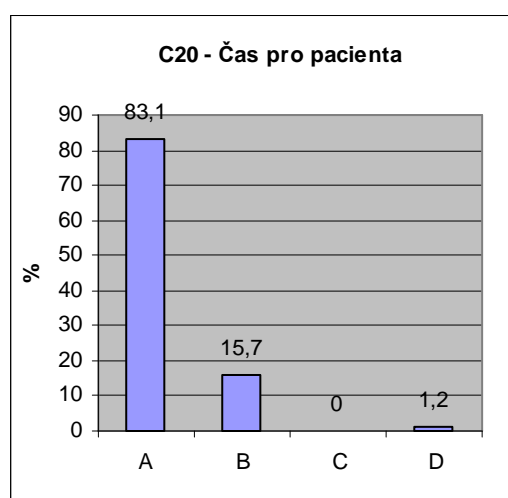
Graf dělení podle víry ukazuje, že k tvrzení, kdy záleží na situaci se přiklání více respondentů bez vyznání (54,4 %), kdežto věřících se přiklání k tomuto faktu méně. Odpověď ale výrazně převažuje nad ostatními. Věřící respondenti spíše propagují plnou, částečnou informovanost pacienta a „milosrdnou lež“, než respondenti bez vyznání. Neinformovat žádným způsobem pacienta nevedl nikdo z věřících respondentů.

Položka je doplňková.

20. Uděláte si na pacienta čas, když za Vámi přijde pro radu, vyplakat se, svěřit se?

Tabulka č. C20 – Čas pro pacienta

Odpovědi	Resp.	%
A – Ano, udělám si na pacienta vždycky čas	69	83,1
B – Ano, občas si čas udělám	13	15,7
C – Ne, neřeším problémy pacientů	0	0
D – Ne, nemám v práci čas	1	1,2



Z grafu vyplývá, že 83,1 % respondentů si udělá na nemocného čas kdykoli a 15,7 % si snaží čas najít. 1,2 % respondentů v práci nemá na pacienta čas. Problémy pacienta se snaží řešit každý z respondentů.

Doplňková položka.

21. Pokuste se vyjmenovat 5 potřeb terminálně nemocných pacientů, které podle vás považují za důležité:

Tabulka č. 21 – Potřeby terminálně nemocných

- Přítomnost a zájem rodiny
- Tišení bolesti
- Soukromí, klid, samostatný pokoj
- Duchovní služba, možnost smíření
- Lidský, citlivý přístup, porozumění
- Přítomnost sestry
- Plnění základních potřeb
- Komunikace, slovní kontakt, vypovídání se
- Zvýšená ošetrovatelská a lékařská péče
- Důstojnost
- Pocit jistoty a bezpečí, důvěra
- Psychická podpora, péče o psychiku, zabránění úzkosti a strachu pacienta
- Uspokojení reálných přání, bezbolestný odchod
- Pohlázení, držení za ruku, nebýt osamocen
- Šetrné zacházení, ohleduplnost, trpělivost, úcta k člověku
- Vhodná poloha, informovanost
- Vyřešení osobních věcí, sepsání poslední závěti
- Neprodlužovat utrpení
- Pobyť v domácím prostředí
- Etický přístup

22. Péče o terminálně nemocného je pro Vás tak náročná, že se cítíte vyždímaná a prázdná:

Tabulka č. C22 – Náročnost

III

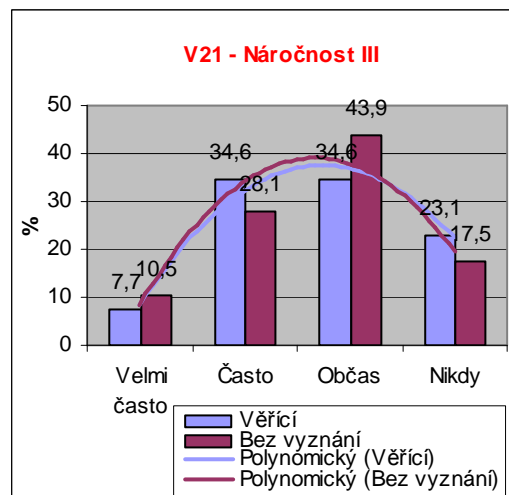
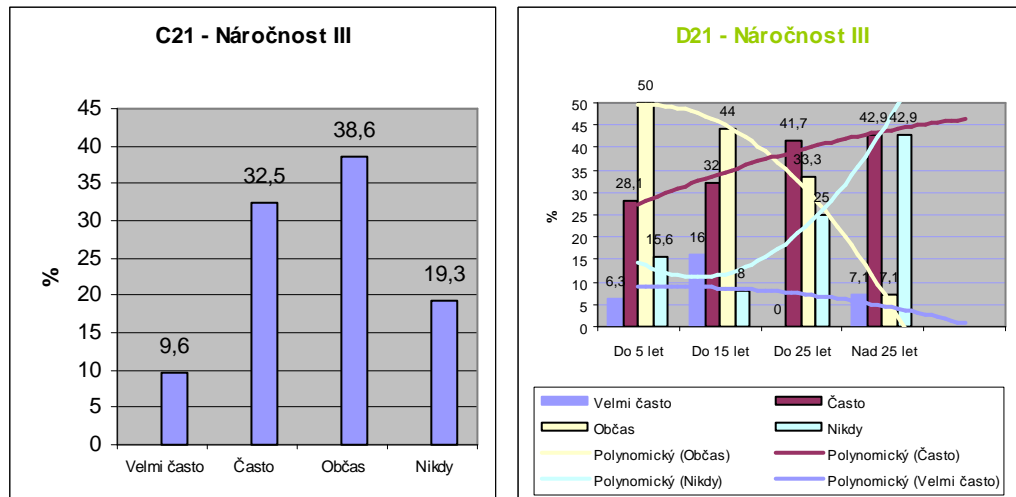
Odpovědi	Resp.	%
Velmi často	8	9,6
Často	27	32,5
Občas	32	38,6
Nikdy	16	19,3

Tabulka č. D22 – Náročnost III

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Velmi často	2	6,3	4	16	0	0	1	7,1
Často	9	28,1	8	32	4	33,3	6	42,9
Občas	16	50	11	44	5	41,7	1	7,1
Nikdy	5	15,6	2	8	3	25	6	42,9

Tabulka č. V22 – Náročnost III

Kategorie	Věřící		Bez vyznání	
	Resp.	%	Resp.	%
Velmi často	2	7,7	6	10,5
Často	9	34,6	16	28,1
Občas	9	34,6	25	43,9
Nikdy	6	23,1	10	17,5



"Vyždímaných" a prázdných se cítí 9,6 % respondentů velmi často, 32,5 % často a občas 38,6 % respondentů. Naopak "dobře" se cítících je 19,3 % respondentů.

V grafu podle délky praxe vidíme, že nejvíce jsou velmi často vyčerpáni, „vyždímáni“ respondenti ve skupině do 15ti let praxe. Časté vyčerpání vzrůstá s délkou praxe, naopak občasné klesá s délkou praxe. Nejlépe se cítí respondenti od 16ti let délky praxe.

Podle dělení víry vidíme, že velmi často jsou věřící „vyždímáni“ méně než respondenti bez vyznání, tedy se cítí lépe ve větším procentu.

Položka spadá pod hypotézu č. 3.

23. Co si myslíte, že je v současné době v péči o terminálně nemocné pacienty neetické?

Položka saturuje hypotézu č. 4. Na tuto položku neodpovědělo vysoké procento respondentů.

Tabulka č. 23 – Neetická péče

- Soukromí pacientů, chybí jednolůžkové pokoje
- Umírání v cizím prostředí, izolace
- Porušování intimity, nerespektování studu, potřeb pacienta, důstojnosti
- Porušování důstojnosti terminálně nemocného pacienta
- Necitlivé, netaktní, neosobní jednání, bezohlednost
- Prodlužování utrpení nemocného – léčba, vyšetření
- Přemísťování ze zařízení do zařízení
- Zacházení s tělem zemřelého pracovníky patologie
- Mluvení o pacientovi v jeho přítomnosti nebo před ostatními pacienty
- Komunikace s pacientem, oslovení, s příbuznými pacienta
- Nedostatečná léčba bolesti
- Nedostatek času na pacienta
- Rutinní postupy, snaha mít práci co nejrychleji hotovou a vyhnout se styku, kontaktu s pacientem
- Psychické zábrany personálu, smrt se neprobírá ve škole, pocit neúspěchu ve svém snažení
- Nedostatek zdravotního personálu
- Nezáměr rodiny nebo omezení návštěv
- Staré vybavení, nedostatek lůžek, pomůcek
- Špatná ošetrovatelská a lékařská péče
- Nedodržování práv pacienta, neochota zajistit kněze

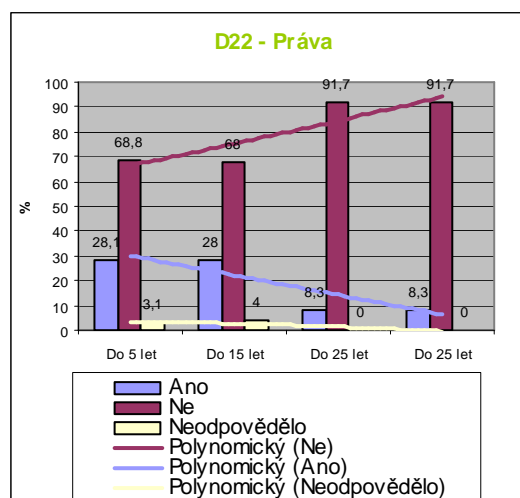
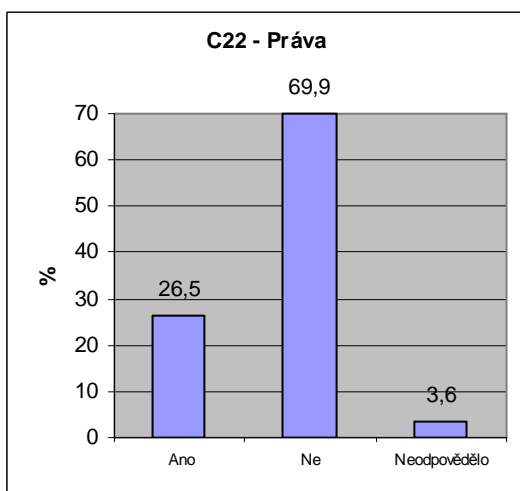
24. Myslíte si, že je přestupován kodex práv u terminálně nemocných pacientů?

Tabulka č. C24 – Práva

Odpovědi	Resp.	%
Ano	22	26,5
Ne	58	69,9
Neodpovědělo	3	3,6

Tabulka č. D24 – Práva

Odpovědi	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
Ano	9	28,1	7	28	1	8,3	10	21,4
Ne	22	68,8	17	68	11	91,7	3	71,4
Neodpovědělo	1	3,1	1	4	0	0	1	7,1



Většina respondentů (69,9 %) je přesvědčena, že kodex práv u terminálně nemocných pacientů je ve zdravotnictví dodržován, není přestupován. Nemyslí si to ale nezanedbatelné procento, 24,1 % respondentů. Neodpovědělo 3,6 % respondentů.

Na grafu podle délky praxe je patrné, že respondenti jsou přesvědčeni, že kodex práv u terminálně nemocných pacientů nebývá přestupován. Výrazně jsou o tom přesvědčeni re-

spondenti ve skupině do 25ti let praxe (91,7 %). Je zde ovšem nezanedbatelné procento (28,1 %), ve skupině do 5ti let praxe, které si myslí, že je kodex práv přestupován.

Položka spadá pod hypotézu č. 4.

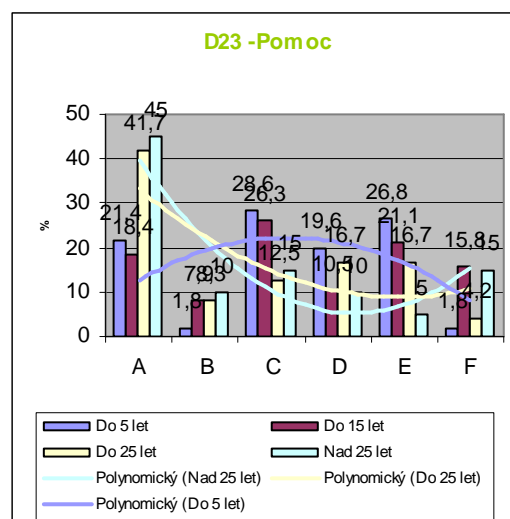
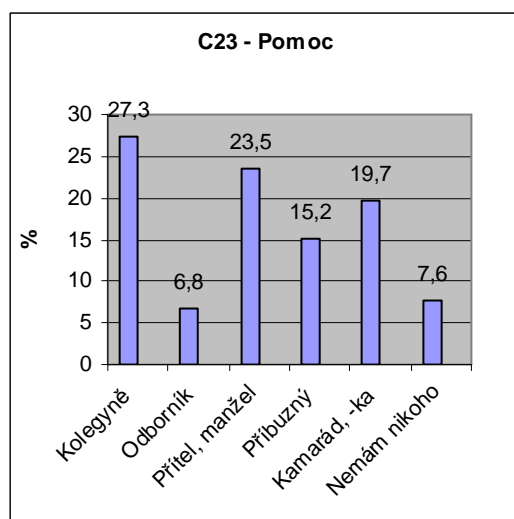
25. Na koho se můžete obrátit, když se cítíte pod tlakem svého náročného povolání?

Tabulka č. C25 – Pomoc

Odpovědi	Resp.	%
Kolegyně	36	27,3
Odborník	9	6,8
Přítel, manžel	31	23,5
Příbuzný	20	15,2
Kamarád, -ka	26	19,7
Nemám nikoho	10	7,6

Tabulka č. D25 – Pomoc

Skupiny	Do 5 let		Do 15 let		Do 25 let		Nad 25 let	
	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%	Resp.	%
A – Kolegyně	12	21,4	7	18,4	10	41,7	9	45
B – Odborník	1	1,8	3	7,9	2	8,3	2	10
C – přítel, manžel	16	28,6	10	26,3	3	12,5	3	15
D – Příbuzný	11	19,6	4	10,5	4	16,7	2	10
E – Kamarád, -ka	15	26,8	8	21,1	4	16,7	1	5
F – nemám nikoho	1	1,8	6	15,8	1	4,2	3	15



Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

Celkový graf - většina respondentů se na někoho obrátí, když se cítí pod tlakem svého náročného povolání. 27,3 % respondentů se obrací na kolegyni v práci, 23,5 % mluví s přítelem nebo manželem, 19,7 % vyhledá kamarádku nebo kamaráda. Na příbuzného se obrátí 15,2 % a odborníka – psychologa nebo psychiatra vyhledá pouhých 6,8 % respondentů. 7,6 % respondentů si své pracovní problémy nechává pro sebe nebo se nemá na koho obrátit.

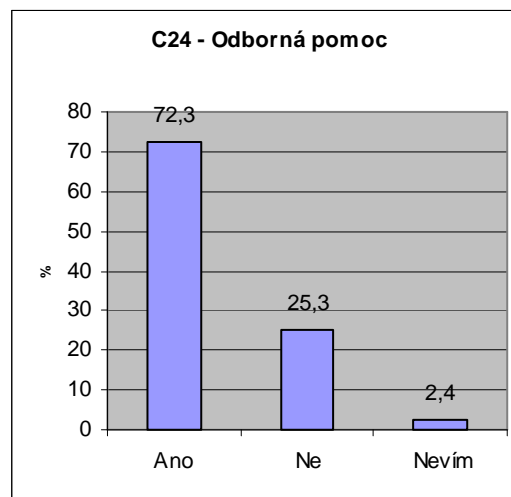
Graf podle délky praxe ukazuje, že respondenti vyhledávají odbornou pomoc minimálně. Nejvíce ale z nich ji vyhledávají respondenti s praxí nad 25 let, nejméně respondenti „začátečníci“. Dá se říci, že kolegyně v práci je pro respondenty nejvyhledávanější pomocí. Opět ji ovšem upřednostňují respondenti s praxí nad 15 let. O respondentech s praxí do 15 let můžeme říci, že vyhledávají pomoc přítele nebo manžela a kamarádky nebo kamaráda.

Položka saturuje hypotézu č. 3.

26. Uvítala byste na oddělení služby psychologa, psychiatra (pro sestry)?

Tabulka č. C26 – Odborná pomoc

Odpovědi	Resp.	%
Ano	60	72,3
Ne	21	25,3
Nevím	2	2,4



Psychologa na oddělení, který by se respondentům věnoval, by uvítalo 72,3 %. 25,3 % respondentů psychologa nepotřebuje a možnost se jím zdá zbytečná. Neví 2,4 %. Psychiatra respondenti odmítají.

Položka je doplňková.

11 DISKUSE

11.1 Diskuse k hypotéze č. 1

Hypotéza č. 1 zní: Sestry pečující o terminálně nemocné považují tuto péči za významnou a psychicky náročnou.

Položky k hypotéze: č. 6, 7, 11, 14, 15, 22, 25.

Tato hypotéza má 2 „podkapitoly“. Významnost péče o terminálně nemocné pacienty a psychickou náročnost.

Pro většinu respondentů je práce s terminálně nemocnými významná, tak jak ukazují grafy č. 6 a 14. Ovšem najdou se i tací, kterým práce významná nepřijde. Jak je to možné? Už jen práce zdravotní sestry by měla být významná.

Práce s terminálně nemocnými a umírajícími pacienty je pro sestru velmi náročná. Je podivné, že v položce č. 7 respondenti ve většině uvádějí, že práce jim náročná, těžká nepřipadá. Je ale bez pochyb, že sestry, které pracují s těmito pacienty potřebují dostatek odpočinku. Sestry nemají v podstatě žádnou pomoc, kam by se mohly v případě potřeby obrátit. Na oddělení není k dispozici psycholog pro pacienty, natož pro sestry. Supervizní metody také nejsou nijak rozšířeny a přitom by pomohly vyřešit personální, ale i osobní problémy na odděleních.

Hypotézu potvrzují částečně. Sestry považují péči za významnou, ale nikoli náročnou.

11.2 Diskuse k hypotéze č. 2

Hypotéza č. 2 zní: Sestry pečující o terminálně nemocné uvažují o této péči jako o nadstandardní a nedocenené.

Položky k hypotéze: č. 16.

Většina respondentů se domnívá, že nejsou adekvátně ohodnoceny za práci, kterou vykonávají. Opět si to nemyslí necelých 16 % respondentů, kteří si myslí, že by mohlo dojít ke zneužití.

Myslím si, že finančně lépe by chtěly všechny sestry bez ohledu na specializaci. Práce sestry by měla být platově zohledněna u všech zdravotních sester, ale nezastávám názor, že by

mělo být přidáno jen sestřím, které pracují s terminálně nemocnými a umírajícími pacienty. Práce je sice psychicky náročná, ale ta je náročná i pro sestry např. na JIP, kde se bojuje o život.

Hypotézu potvrzují.

11.3 Diskuse k hypotéze č. 3

Hypotéza č. 3 zní: Sestry pečující o terminálně nemocné se shodují na tom, aby při školní přípravě bylo tomuto tématu věnováno více pozornosti.

Položky k hypotéze: č. 1, 2, 3, 4, 5.

Na položku č. 1, jestli se zdá příprava na školách na péči o terminálně nemocné dostatečná, respondenti odpověděli téměř shodně, ale více respondentů bylo pro zápornou odpověď.

Myslím si, že příprava sester na školách je vzhledem k tomuto tématu nedostatečná, minimální. Možná podle osnov se péče o terminálně nemocné probírá dostatečně, ale ve skutečnosti tomu tak není. Bylo by dobré se zaměřit na některé skutečnosti, ve kterých jsou nedostatky. Podle mne je nedostatek materiálů. Bylo by dobré například natočit instruktážní film nebo zařadit do výuky více hodin přednášek na dané téma. Co se týká praxe, je jí málo. Zvláště na SŠ chybí praxe u terminálně nemocných a umírajících. Proto bych zařadila více praxe na odděleních onkologie, která není vůbec, LDN a geriatricie a také v hospicích, více kontaktu s umírajícími pacienty. Ve školách se rovněž neučí principy hospicové a paliativní péče. Tato praxe by měla sloužit k jejímu osvojení. Praxe na školách je zaměřena hlavně na úkony, naučit žákyně co nejvíce. Ovšem chybí komunikace s nemocnými. Sestry také neumí psychologicky jednat s nemocnými, podat tzv. pomocnou ruku, když je pacientovi nejhůře. Důležité by tedy mělo být naučit žákyně sesterským úkonům, ale také aby zvládly péči o pacienta komplexněji.

Z uvedeného tedy můžeme tuto hypotézu potvrdit.

Položka č. 2 – S tvrzením, že možnostem zvýšení profesionální zdatnosti na pracovištích není věnováno dostatek pozornosti souhlasí více jak polovina respondentů. Necelá třetina si tím ale není jistá.

Myslím si, že rozhodně není dostatek přednášek na dané téma a sestry proto vyhledávají častěji jiná témata. Do budoucna by bylo dobré zařadit více takových to přednášek, jednak

vzhledem k náročnosti práce a protože sestry o něj mají zájem a onkologických onemocnění není zrovna nejméně, tudíž pacientů v terminálním stádiu přibývá.

Tato položka hypotézu potvrzuje.

Položka č. 3 – Pokud se zdravotní sestry, respondenti, chtějí dozvědět více o problematice, nejčastěji čerpají z odborných seminářů a přednášek a z odborných časopisů. K dalším, méně častým patří odborné knihy. Mezi jiné odpovědi patří internet, rady zkušenějších sester, praxe a samostudium.

Myslím si, že příležitostí ke vzdělávání je dost, i když je méně odborných přednášek.

Položka č. 4 – Na položce, jak často naši respondenti navštěvují odborné přednášky, se ukázalo, že necelá polovina respondentů upřednostňuje přednášky ročně. Toto není malé procento. Necelých 20 % navštěvuje semináře po půl roce. Zarazila mne ovšem skutečnost, kdy přes 13 % respondentů tvrdí, že nenavštěvuje přednášky vůbec. 13 % je z 83 respondentů 11 respondentů, kteří se nijak nevzdělávají. Když se podíváme na tabulku, která vyhodnocuje každou skupinu zvlášť podle délky praxe, vidíme, že respondentů s maximálně 5ti letou praxí je 8, kteří se nevzdělávají. Proč tomu tak je? Možná si sestry myslí, že do 5ti let po škole, pokud hned nastoupily a neměly prodlení, školení nepotřebují. Že si vše pamatují ze školy a nic nového se nedozví. Sestry po škole by měly navštěvovat přednášky častěji než sestry, které jsou déle ve svém oboru. Ale ukazuje se, že tomu tak není.

Položka č. 5 – Pro necelých 87 % respondentů je důležitější praxe než vzdělání ve škole.

Podle mne je praxe ve zdravotnictví důležitější, protože se sestry specializují v určitém oboru, ale sestra musí mít dostatek teoretických vědomostí.

11.4 Diskuse k hypotéze č. 4

Hypotéza č. 4 zní: V péči o terminálně nemocné je možno vysledovat více přestupků vůči platným etickým kodexům ve zdravotnictví, než v jiných oblastech péče.

Položky k hypotéze: č. 23, 24.

Položka č. 23 – Ptala jsem se respondentů, co si myslí, že je v současné době v péči o terminálně nemocné neetické?

Respondenti měli k dispozici volnou odpověď, takže se mohli rozepsat dle libosti. Někteří toho využili, ale jiní pro jistotu tuto položku přeskočili. Nejsou to nízká čísla: 28,1 % re-

spondentů do 5ti let praxe (9 resp.), 36 % do 15ti let praxe (9 resp.), 16,7 % do 25ti let praxe (2 resp.), 28,6 % nad 25 let praxe (4 resp.).

V této oblasti nacházím jisté zábrany, označení je zřejmě autocenzurováno. Odpověď by mohla být pro sestry riskantní? Nebo se jim jen nechtělo odpovídat na položku, kde by sestry měly něco vymyslet? Nechtělo se jim? Takhle bych mohla komentovat vysoké množství respondentů, které na tuto položku neodpovědělo.

Na **položku č. 24**, zda si respondenti myslí, že je přestupován kodex práv u terminálně nemocných, odpověděli necelými 70 %, že není. Téměř 27 % odpovědělo, že práva pacientů jsou přestupována. Toto číslo není zanedbatelné.

Souhlasím s tvrzením, že práva terminálně nemocných jsou přestupována. Porušují se i u ostatních nemocných, ale v našem případě je to zjevné. Pacienti jsou často například v bezvědomí, nebo si nepožádají, když něco potřebují. Je jasné, že sestry nemají dostatek času na to, aby se věnovaly jednomu pacientovi. Mají na starosti celé oddělení a nemocných je spousta. Sester je kolikrát nedostatek. Ale položme si otázku, jak jsou uspokojovány potřeby pacientů, jestli je zachováván stud pacienta, jeho soukromí. Jak se před pacientem mluví a co se mu říká. Má nemocný dostatek času na jídlo nebo je schopný si podat skleničku s nápojem? Jak je postaráno o vyprazdňování nemocného? Tyto problémy a jistě spousta dalších se řeší všude v nemocnicích. Anebo se prostě přehlízejí.

Z uvedeného vyplývá, že většina respondentů je přesvědčena, že práva pacientů nejsou přestupována, takže tuto hypotézu vyvracím.

12 ZÁVĚR

Práce se zabývala vlivem péče o terminálně nemocné pacienty na psychiku sester. Taková práce je pro sestry velmi náročná a psychicky vyčerpávající a nedoceněná. Hrozí zde frustrace a následně vznik syndromu vyhoření, proto je nutné věnovat nemalou pozornost prevenci.

Zabývala jsem se faktory stresu, které na sestru působí, náročností péče o terminálně nemocné, dotkla jsem se i etických problémů. Z tohoto důvodu jsem vybrala oddělení, o kterých si myslím, že se nejvíce umírá (hospic, onkologie, ale i geriatric a LDN, interní oddělení).

Cíle jsem navrhla tři:

1. Chtěla jsem zjistit, jaký význam přikládají sestry péči o terminálně nemocné. Zda tuto péči považují za důležitou součást své práce, která vyžaduje mnohem větší nároky na jejich psychiku, než jakákoliv jiná péče v oblasti zdravotnictví.
2. Zaměřila jsem se na profesionální přípravu sester. Zajímalo mě, zda sestry hodnotí svou školní, studijní přípravu na tuto práci jako dostatečnou. Zda jsou na tuto práci dobře připraveny již ze školy. Ale také mě zajímalo, jak je o vzdělání sester pečujících o terminálně nemocné postaráno na samotných pracovištích. Zda pracoviště poskytují sestřím pečujícím o terminálně nemocné dostatečný prostor pro vzdělávání, ať již formou odborných seminářů, postgraduálních školení, zásobování odbornými časopisy a literatury.
3. Požádala jsem sestry o názor na zohlednění nároků této péče v podobě nejen materiálního ohodnocení. Zajímalo mě, zda péče o sestry v náročných pracovních podmínkách odpovídá nárokům jejich práce. Jako součást tohoto okruhu zájmu jsem si kladla také otázku, zda se v péči o terminálně nemocné projevuje více prohřešků proti platným etickým kodexům.

Zpracovala jsem následně 4 hypotézy a došla jsem k těmto závěrům:

1. Sestry pečující o terminálně nemocné považují tuto péči za významnou a psychicky náročnou. Tuto hypotézu potvrzují, protože sestry považují péči o terminálně nemocné za významnou i psychicky náročnou.

2. Sestry pečující o terminálně nemocné uvažují o této péči jako o nadstandardní a nedocenené. Sestry si myslí, že by měly být lépe ohodnoceny. Hypotézu potvrzují.
3. Sestry pečující o terminálně nemocné se shodují na tom, aby při školní přípravě bylo tomuto tématu věnováno více pozornosti. Hypotézu potvrzují. Sestry si souhrnně myslí, že příprava na péči o terminálně nemocné byla nedostatečná.
4. V péči o terminálně nemocné je možno vysledovat více přestupků vůči platným etickým kodexům ve zdravotnictví, než v jiných oblastech péče. Hypotézu musím vyvrátit, protože sestry jsou ve většině ve shodě, že práva pacientů jsou dodržována.

Určité rozdíly zaznamenávám v souvislosti s délkou praxe a vírou (viz. interpretace).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

- [1] BARTKO, Daniel. *Moderná psychohygienu*. 6. slovenské vydání. Bratislava: Obzor, 1990. 560 s. ISBN 80-215-0102-2.
- [2] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [3] BAŠTECKÁ, Bohumila, GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [4] BLACKMOROVÁ, Susan. *Umírání jako cesta k životu*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993. 295 s. ISBN 80-900802-8-6.
- [5] ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 3. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 173 s. ISBN80-7013-342-2.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 192 s. ISBN 80-7262-034-7.
- [9] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. s. 223. ISBN 80-7254-329-6.
- [10] JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVPZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi: Rady nemocným*. Praha: Avicenum, 1989. 108 s.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- [15] KLIMENT, Pavel, PETERKOVÁ, Anna, KUSÁK, Pavel. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc: ICV, 2006. 98 s. ISBN 80-85783-67-3.
- [16] KÜBLER – ROSSOVÁ, Elizabeth. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
- [17] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- [18] MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*. Masarykova univerzita – lékařská fakulta: Brno, 1997. 75 s. ISBN 80-210-1610-8.
- [19] MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- [20] O'CONNOR, Margaret, ARANDA Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 3. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [21] PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [22] POHLER, Gerald. *Relaxace a zdočlávání stresu*. Vydání první. Praha: nakladatelství Iva Źelezného, 1995. 118 s. ISBN 80-237-2401-0.
- [23] SMITHOVÁ, Linda. *Smrt: konečná stanice?* Praha: Portál, 1994. 31 s. ISBN 80-85282-85-2.
- [24] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- [25] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- [27] LEMON 3 – Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno: IDVPZ, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.

Články v časopisech:

- [28] ČERVENKOVÁ, Zuzana. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 23 – 24. ISSN 1210 – 0404.
- [29] GULÁŠOVÁ, Ivica. Správanie sa pacientov s nevyliciteľným ochorením. *Florence*. 2006, roč. II, č. 2, s. 44 – 45. ISSN 1801 – 464X.
- [30] KISVETROVÁ, Helena. Paliativní péče. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 22. ISSN 1210 – 0404.
- [31] KOLEGAROVÁ, Olga. Komunikace sester s umírajícími a jejich nejbližšími. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 26. ISSN 1210 – 0404.
- [32] KOSTKOVÁ, Jana. Domácí hospicová péče. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 2, s. 38. ISSN 1210 – 0404.
- [33] KŘIVÁNKOVÁ, Milada. Péče o nemocné v terminálním stádiu. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 11, s. 32. ISSN 1210 – 0404.
- [34] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Kdo se smrti nebojí. *Psychologie dnes*. 2005, roč. XI, č. 4, s. 24 – 25. ISSN 1212 – 9607.
- [35] LUŽNÝ, Jan, PŘIKRYLOVÁ, Dagmar. Zkuste autogenní trénink! *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 23 – 24. ISSN 1210 – 0404.
- [36] MOROVICSOVÁ, Eva. Klinické a ošetrovatelské aspekty umierania. *Florence*. 2007, roč. III, č. 4, s. 181 – 183. ISSN 1801 – 464X.
- [37] NOVOTNÁ, Helena, HLAVÁČOVÁ, Marie. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3, s. 23 – 24. ISSN 1210 – 0404.
- [38] POLÁCHOVÁ, Eva. Ztráta blízkého člověka a proces truchlení. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 2, s. 40. ISSN 1210 – 0404.
- [39] RAUDENSKÁ, Jaroslava. Psychoterapie při léčbě bolesti. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 12, s. 32. ISSN 1210 – 0404.
- [40] SKLENČKOVÁ, Milica. Péče o umírajícího. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 2, s. 13. ISSN 1210 – 0404.
- [41] SOUKUPOVÁ, Tereza. I pečující potřebují pomoc. *Psychologie dnes*. 2006, roč. XII, č. 9, s. 26 – 29. ISSN 1212 – 9607.

- [42] SOUKUPOVÁ, Tereza. Psychologická péče o nevléčitelně nemocné. *Psychologie dnes*. 2007, roč. XIII, č. 4, s. 32 – 33. ISSN 1212 – 9607.
- [43] ŠIŠLÁKOVÁ, Petra. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 7 – 8, s. 32. ISSN 1210 – 0404.
- [44] ŠPINKOVÁ, Martina. Jak se umírá v České republice? *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 48. ISSN 1210 – 0404.
- [45] VONDRÁČEK, Jan. Postup při úmrtí. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 24. ISSN 1210 – 0404.

Internetové zdroje:

- [46] Pojem zdraví [on line]. [cit. 2007-1-19] Dostupné z WWW:
<http://www.ped.muni.cz/whealtheedu/New_web/krvz_soubory/DOPLNKY/ke_stazeni/Zdravi.htm>
- [47] Definice zdraví [on line]. [cit. 2007-1-19] Dostupné z WWW:
<<http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/uvod%20do%20studia%20protekt.htm>>
- [48] Psychosomatika a zdraví [on line]. [cit. 2007-1-19] Dostupné z WWW:
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychosomatika>>
- [49] Lidské zdraví [on line]. [cit. 2007-1-19] Dostupné z WWW:
<http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp9.htm>
- [50] Nemoc [on line]. [cit. 2007-1-19] Dostupné z WWW:
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>>
- [51] Definice paliativní péče [on line]. [cit. 2006-12-27] Dostupné z WWW:
<<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>>
- [52] Pojmy [on line]. [cit. 2007-1-22] Dostupné z WWW:
<<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2#36>>
- [53] Diplomka [on line]. [cit. 2007-2-25] Dostupné z WWW:
<<http://www.hospice.cz/hospice1/data/diplomkaxx.doc>>

- [54] Charta práv umírajících [on line]. [cit. 2006-6-17] Dostupné z WWW:
<<http://www.medicon.cz/www?docid=1002386>>

SEZNAM GRAFŮ

Graf C1	Školní příprava	55
Graf D1	Školní příprava	55
Graf C2	Profesionální zdatnost	57
Graf D2	Profesionální zdatnost	57
Graf C3	Vzdělání	59
Graf D3	Vzdělání	59
Graf C4	Odborné přednášky	61
Graf D4	Odborné přednášky	61
Graf C5	Praxe	63
Graf D5	Praxe	63
Graf C6	Významnost péče	64
Graf D6	Významnost péče	64
Graf C7	Náročnost práce	65
Graf D7	Náročnost práce	65
Graf V7	Náročnost práce	66
Graf C8	Komunikace s příbuznými	67
Graf C9	Soukromí	68
Graf C10	Doprovod	69
Graf V10	Doprovod	69
Graf C11	Pocity	71
Graf D11	Pocity	71
Graf C12	Potřeba rozloučení	73
Graf C13	Příprava příbuzných	74
Graf C14	Významnost péče II	75

Graf D14	Významnost péče II	75
Graf C15	Náročnost II	76
Graf D15	Náročnost II	76
Graf C16	Platové ocenění	77
Graf D16	Platové ocenění	77
Graf C17	Informování pozůstalých	78
Graf C18	Podávání informací	79
Graf C19	Informovanost pacienta	80
Graf V19	Informovanost pacienta	80
Graf C20	Čas pro pacienta	82
Graf C21	Náročnost III	85
Graf D21	Náročnost III	85
Graf V21	Náročnost III	85
Graf C22	Práva	87
Graf D22	Práva	87
Graf C23	Pomoc	89
Graf D23	Pomoc	89
Graf C24	Odborná pomoc	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka C1	Školní příprava	55
Tabulka D1	Školní příprava	55
Tabulka C2	Profesionální zdatnost	57
Tabulka D2	Profesionální zdatnost	57
Tabulka C3	Vzdělání	59
Tabulka D3	Vzdělání	59
Tabulka C4	Odborné přednášky	61
Tabulka D4	Odborné přednášky	61
Tabulka C5	Praxe	63
Tabulka D5	Praxe	63
Tabulka C6	Významnost péče	64
Tabulka D6	Významnost péče	64
Tabulka C7	Náročnost práce	65
Tabulka D7	Náročnost práce	65
Tabulka V7	Náročnost práce	65
Tabulka C8	Komunikace s příbuznými	67
Tabulka C9	Soukromí	68
Tabulka C10	Doprovod	69
Tabulka V10	Doprovod	69
Tabulka C11	Pocity	71
Tabulka D11	Pocity	71
Tabulka C12	Potřeba rozloučení	73
Tabulka C13	Příprava příbuzných	74
Tabulka C14	Významnost péče II	75

Tabulka D14	Významnost péče II	75
Tabulka C15	Náročnost II	76
Tabulka D15	Náročnost II	76
Tabulka C16	Platové ocenění	77
Tabulka D16	Platové ocenění	77
Tabulka C17	Informování pozůstalých	78
Tabulka C18	Podávání informací	79
Tabulka C19	Informovanost pacienta	80
Tabulka V19	Informovanost pacienta	80
Tabulka C20	Čas pro pacienta	82
Tabulka 21	Potřeby terminálně nemocných	83
Tabulka C22	Náročnost III	84
Tabulka D22	Náročnost III	84
Tabulka V22	Náročnost III	84
Tabulka 23	Neetická péče	86
Tabulka C24	Práva	87
Tabulka D24	Práva	87
Tabulka C25	Pomoc	89
Tabulka D25	Pomoc	89
Tabulka C26	Odborná péče	91

SEZNAM PŘÍLOH

P I Anonymní dotazník pro sestry

P II Inventář projevů syndromu vyhoření

P III Charta práv umírajících

P IV Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS

P V Žádost o umožnění dotazníkového šetření v KNTB a.s. Zlín

P VI Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve FN Olomouc

P VII Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Hospici na Sv. Kopečku u Olomouce

PŘÍLOHA P I: ANONYMNÍ DOTAZNÍK PRO SESTRY

Jmenuji se Marie Havlíčková a studuji 3. ročník Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, program Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra. Dotazník slouží ke zpracování mé bakalářské práce, jejíž téma se zaměřuje na vliv péče o terminálně nemocné na psychiku sester. Dotazník je anonymní a data nebudou v žádném případě zneužita. Odpovídejte proto, prosím, na každou položku dotazníku tak, aby vaše odpovědi vystihovaly co nejlépe Vaše osobní přesvědčení. Děkuji předem za pochopení a spolupráci.

Marie Havlíčková

Charakteristika respondenta:

- Pohlaví:
- Věk:
 - 19 – 39 let
 - 40 – 60 let

- Vzdělání:
 - SŠ
 - VZŠ
 - VŠ
 - Jiné.....

- Délka aktivní praxe ve zdravotnickém zařízení:
 - Do 5 let
 - 6 – 15 let
 - 16 – 25 let
 - 26 a více let

- Víra:
 - Věřící
 - Bez vyznání

1. Je podle Vás příprava sester na péči o terminálně nemocné pacienty na školách dostatečná?
 - Ano
 - Ne

2. Možnostem zvýšení profesionální zdatnosti na pracovišti není věnována taková pozornost, jakou by si zasloužovala:
 - Souhlasím
 - Nejsem si jista
 - Nesouhlasím

3. Chcete-li se více dozvědět o problematice terminálně nemocných pacientů, čerpáte z:
(můžete označit i více odpovědí)
 - Odborných časopisů
 - Knih
 - Odborných přednášek a seminářů
 - Od jinud

4. Jak často navštěvujete odborné přednášky na toto téma?
 - 1x za měsíc
 - 1x za 3 měsíce
 - 1x za 6 měsíců
 - 1x za rok
 - Nechodím

5. Pro moji práci s terminálně nemocnými pacienty byla mnohem důležitější praxe a zkušenost než vzdělání, které jsem absolvovala:
 - Souhlasím
 - Nejsem si jista
 - Nesouhlasím

6. Je pro Vás významná péče o terminálně nemocné pacienty?
 - Ano
 - Ne

7. Je pro Vás těžké pracovat s terminálně nemocnými pacienty?
 - Ano
 - Ne

8. Komunikujete s příbuznými zemřelých?
- Ano, často
 - Ano, občas
 - Ne
9. Myslíte si, že je vhodné, aby terminálně nemocný pacient sdílel pokoj s jinými pacienty?
- Ano
 - Ne
10. Kdo by podle Vás měl být u umírajícího pacienta? (můžete označit i více odpovědí)
- Příbuzní, rodina
 - Kněz
 - Sestra
 - Lékař
 - Někdo jiný
 - Nikdo
11. Jaké máte pocity, když se dozvíte, že někdo spěje ke smrti?
- Nic, jsem zvyklá
 - Jsem smutná
 - Chce se mi plakat
 - Nemohu se postarat o zemřelé tělo, nezvládnu to. Dělá to za mne jiná sestra
 - Jiné pocity
12. Myslíte si, že se rodina potřebuje rozloučit s umírajícím příbuzným?
- Ano, rodina to často vyžaduje
 - Ano, ale málo
 - Ne
13. Příprava příbuzných na smrt patří do práce (kompetence) ošetrovatelského personálu?
- Ano – jak by měl vypadat?.....
 - Ne
14. Péče o terminálně nemocné pacienty je významnou součástí práce zdravotní sestry:
- Souhlasím
 - Nejsem si jista
 - Nesouhlasím

15. Péče o terminálně nemocné pacienty je v mnoha ohledech psychicky náročnější než péče o ostatní pacienty:

- Souhlasím
- Nejsem si jista
- Nesouhlasím

16. Jsem přesvědčena, že práce sestry s terminálně nemocnými pacienty by měla být platově zohledněna:

- Souhlasím
- Nejsem si jista
- Nesouhlasím

17. Je pro Vás správnější způsob oznámení o úmrtí:

- Telefonicky
- SMS zprávou
- Telegramem
- Dozví se, až přijdou na návštěvu

18. Kdo u Vás na oddělení informuje pozůstalé?

- Lékař
- Sestra

19. Myslíte si, že je důležité, aby byl terminálně nemocný pacient plně informován o svém zdravotním stavu?

- Ano, určitě by měl být plně informován
- Ano, něco by vědět měl
- Záleží na situaci
- Někdy není na škodu „milosrdná lež“
- Ne

20. Uděláte si na pacienta čas, když za Vámi přijde pro radu, vyplakat se, svěřit se?

- Ano, udělám si na pacienta vždycky čas
- Ano, občas si čas udělám
- Ne, neřeším problémy pacientů
- Ne, nemám v práci čas

21. Pokuste se vyjmenovat 5 potřeb terminálně nemocných pacientů, které podle vás považují za důležité:

- 1 4
- 2 5

3

22. Péče o terminálně nemocného je pro Vás tak náročná, že se cítíte vyždímaná a prázdná:

- Velmi často
- Často
- Občas
- Nikdy

23. Co si myslíte, že je v současné době v péči o terminálně nemocné pacienty neetické?

.....
.....

24. Myslíte si, že je přestupován kodex práv u terminálně nemocných pacientů?

- Ano
- Ne

25. Na koho se můžete obrátit, když se cítíte pod tlakem svého náročného povolání? (můžete označit i více odpovědí)

- Na svou kolegyni
- Na pomoc odborníka – psycholog, psychiatr
- Na svého přítele
- Na svého příbuzného
- Na kamarádku/a
- Nemám nikoho, nechávám si to pro sebe

26. Uvítala byste na oddělení služby psychologa, psychiatra (pro sestry)?

- Ano
- Ne

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku!

PŘÍLOHA P II: INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

(podle C. Henniga a G. Kellera)

Zaškrtněte položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají:

Počet bodů

- 4 vždy
3 často
2 někdy
1 zřídka
0 nikdy

Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
Připadám si fyzicky vyždímaná	4	3	2	1	0
Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům	4	3	2	1	0
Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
Jsem sklíčená	4	3	2	1	0
Jsem náchylná k nemocem	4	3	2	1	0
Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy-němi	4	3	2	1	0
Vyjadřuji se posměšně o příbuzných pacienta i o pacientech	4	3	2	1	0
V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocná	4	3	2	1	0
Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením atd.	4	3	2	1	0
Pocity nespokojenosti v zaměstnání narušují mé soukromé vztahy	4	3	2	1	0
Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
Jsem vnitřně neklidná a nervózní	4	3	2	1	0
Jsem napjatá	4	3	2	1	0

Práci s pacienty omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
Přemýšlím o odchodu ze své nynější profese	4	3	2	1	0
Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
Cítím se ustrašená	4	3	2	1	0
Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s pacienty	4	3	2	1	0

Vyhodnocení: do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli. Potom v každém řádku sečtete výsledky pro každou rovinu dotazníku zvlášť. Z dosažených hodnot v každém řádku můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24.

Rozumová rovina:

Položky č. 1 + č. 5 + č. 9 + č. 13 + č. 17 + č. 21 = bodů

Emocionální rovina:

Položky č. 2 + č. 6 + č. 10 + č. 14 + č. 18 + č. 22 = bodů

Tělesná rovina:

Položky č. 3 + č. 7 + č. 11 + č. 15 + č. 19 + č. 23 = bodů

Sociální rovina:

Položky č. 4 + č. 8 + č. 12 + č. 16 + č. 20 + č. 24 = bodů

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96.

Test berte jako orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás všechno v pořádku. Vyšší hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat. [2, s.73-75]

PŘÍLOHA P III: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

"O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících."

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - o Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - o Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
 - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
 - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a. že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b. tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
 - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

PŘÍLOHA P IV: KODEX PROFESIONÁLNÍHO CHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ REGISROVANÝCH V ČAS

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů;
- sloužil zájmům společnosti;
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti;
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;
2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;
5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;
6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně;
7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;

8. odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;

9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;

10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:

- na základě souhlasu pacienta, klienta,
- na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,
- oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;

11. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;

12. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;

13. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče;

14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí

15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v

současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost;

Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu.

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.

Kodex byl projednán a přijat prezidiem a předsedy jednotlivých sekcí a regionů České asociace sester dne 11. 10. 2002 a je platný od 1. 11. 2002

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


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

Jméno a příjmení studenta	MARIE HAVLIČKOVÁ
Téma bakalářské práce	VLIV PĚČE O TERMINÁLNĚ NEHOCNĚ NA PSYCHIKU SESTER
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY
Pracoviště	V RÁMCI KNTB, ZLÍN


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 20.11.2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií
Mostní 5139, 760 01 Zlín


doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.
ředitel ústavu

Ústřední nemocnice T. Bati a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


Razítko a podpis zástupce zařízení

tel.: +420 577 008 137

fax: +420 577 008 137

e-mail: sekretariat.uzs@szsvszlin.cz

korespondenční adresa: Příluky 372, 760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

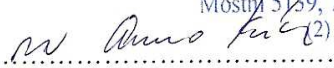
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního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


Jméno a příjmení studenta	MARIE HAVLÍČKOVÁ
Téma bakalářské práce	VLIV PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ NA PSYCHIKU SESTER
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY
Pracoviště	V RÁMCI FN OLOMOUC

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií
Mostní 5139, 760 01 Zlín

Ve Zlíně dne 20. 11. 2006


.....
doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.
ředitel ústavu


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Bc. Marie PAVLÍKOVÁ
náměstkyně
pro ošetrovatelskou péči
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

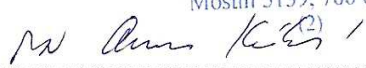
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního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

Jméno a příjmení studenta	MARIE HAVLÍČKOVÁ
Téma bakalářské práce	VLIV PÉČE O TERMINÁLNĚ NEHOCNÉ NA PSYCHIKU SESTER
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY
Pracoviště	HOSPIC NA SV. KOPEČKU, OLOMOUC

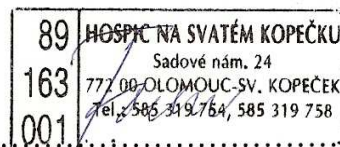
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií
Mostní 5139, 760 01 Zlín

Ve Zlíně dne 20. 11. 2006


doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.
ředitel ústavu

Souborová v provedení dotazníkové
šetření. 27. 11. 06



Razítko a podpis zástupce zařízení



tel.: +420 577 008 137

fax: +420 577 008 137

e-mail: sekretariat.uzs@szsvszlin.cz