

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Nikola Flídrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postoje ke smrti a umírání z pohledu sestry

Nikola Flídrová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Flídrová**
Osobní číslo: **Z13282**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Postoje ke smrti a umírání z pohledu sestry**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

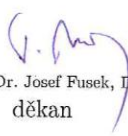
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


1. ATKINSON, Rita L. Psychologie. 2. aktualiz. vyd. v Portálu 1. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
3. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Zatočilová**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Padubicích dne

Nikola Flídrová

Poděkování

Chtěla bych především poděkovat Mgr. Zatočilové za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a trpělivost, kterou mi v průběhu práce věnovala, cením si také jejich cenných rad, které mi pomohli při tvorbě a v neposlední řadě, děkuji za její čas, který mi byla ochotna poskytnout. Dále děkuji Mgr. Lancmanové za její náměty a podporu, všem sestrám, který si udělaly čas k vyplnění dotazníků a lidem okolo, protože bez jejich zkušeností, práce by nemohla být práce dokončena. Děkuji také všem, kteří mi pomáhali během studia a za jejich psychickou podporu.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na umírání a smrt z pohledu sestry. Cílem práce bylo zmapovat okolnosti týkající se umírání a smrti pacientů na pracovištích ARO, LDN a v hospicových zařízeních.

V části teoretické jsou shrnuty základních poznatky, které se vztahují k této problematice. Zabývám se thanatologií, paliativní péčí a vlivem stresové situace v podobě smrti pacienta na psychiku sestry. V rámci kapitoly o stresových situacích v práci sestry, která se stará o nemocné v terminálním stádiu onemocnění jsou zmíněny i možnosti duševní hygieny sester, jež mohou zásadně pomoci při překonávání takovýchto závažných situací.

Praktická část obsahuje interpretaci dat, které byly získány na základě dotazníkového šetření. Cílem je ukázat rozdílnost sester na různém oddělení a jejich vnímavost při práci o terminálně nemocné. Hlavní zaměření bylo na zdravotní sestry, jak jsou či nejsou schopné se vypořádat s náročností v této tématice a uvést tak hlavní okolnosti s tímto spjaté.

Klíčová slova

Paliativní péče, smrt, strach, stres, thanatologie, umírání

TITTLE

Approaches to death and dying from the perspective of nurses

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on death and the process of dying from the perspective of nurses. The aim of the study was to explore factors related to dying and the death of patients at Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care departments, hospitals for long term sickness and hospice facilities. The theoretical part deals with general definitions of stress, by physical and emotional effects and overall burden related to stress-induced burnouts. Next follows the mental hygiene and ways and coping strategies to reduce stress. Further on is described the palliative medicine, palliative care facilities, educational centers, and the last chapter deals with defining the concepts of death and dying as well as the dying process, the definition of Thanatology discipline, the needs of nurses and legislation and ethical principles in the field of palliative care for patients.

Practical section contains the interpretation of the data, which were obtained from a survey research.

KEYWORDS

Palliation care, death, far, stress, thanatology, dying

Obsah

ÚVOD.....	1
<i>Teoretická část</i>	4
1. Vymezení základních pojmů	4
1.1 Thanatologie.....	4
1.2 Paliativní medicína.....	5
1.2.1 Dělení paliativní péče	6
1.2.2 Základní principy paliativní péče	6
1.3 Smrt.....	7
2. Etické problémy konce života.....	8
2.1 Eutanázie	8
2.2 Etické principy v souvislosti s umíráním a smrtí.....	9
2.3 Problematika předem vyslovených přání	10
3. Smrt jako součást práce sester	12
3.1 Psychická zátěž v paliativní péči sester	13
3.1.1 Syndrom vyhoření v péči o terminálně nemocné	16
3.2 Péče o zemřelého z pohledu ošetrovatelské péče.....	17
<i>Praktická část</i>	19
4. Metodika	19
4.1 Výzkumné otázky.....	19
4.2 Metodika výzkumu.....	19
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	20
4.4 Zpracování dat.....	20
5. Výsledky výzkumného šetření.....	21
6. Diskuze	38
6.1 Doporučení pro praxi	46
7. Závěr	48

8. Soupis bibliografických citací	50
9. Přílohy.....	56

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 Graf pohlaví respondentů	21
Obrázek 2 Graf věku respondentů	21
Obrázek 3 Graf pracovní pozice respondentů.....	22
Obrázek 4 Graf typů oddělení.....	23
Obrázek 5 Graf délky praxe respondentů	24
Obrázek 6 Graf setkání s umírajícími na pracovišti	25
Obrázek 7 Graf vnímání smrti při práci.....	26
Obrázek 8 Graf oblast zátěže	27
Obrázek 9 Graf okolnosti v oblasti smrti.....	28
Obrázek 10 Graf aktivity pro posílení zdraví	29
Obrázek 11 Graf možnost odborné pomoci.....	30
Obrázek 12 Graf hlavní aspekty zvládnání zátěže.....	31
Obrázek 13 Graf problematika komunikace	32
Obrázek 14 Graf možnost prostoru pro poslední rozloučení	33
Obrázek 15 Graf změna osobního postoje.....	34
Obrázek 16 Graf souhlas s eutanazií.....	34
Obrázek 17 Graf pozitivum předem vyslovených přání	35
Obrázek 18 Graf usnadnění v paliativní péči díky vzdělání	36
Obrázek 19 Graf zájem absolvovat seminář/přednášku	36

Seznam tabulek

Tabulka 1 Definice paliativní péče	5
Tabulka 2 Herzbergova tabulka.....	15
Tabulka 3 Frekvence úmrtí na jednotlivém oddělení	25
Tabulka 4 Hospicová zařízení 1.....	62
Tabulka 5 Hospicová zařízení 2.....	63
Tabulka 6 Hospicová zařízení 3.....	64
Tabulka 7 Hospicová zařízení 4.....	65
Tabulka 8 Hospicová zařízení 5.....	66

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační-oddělení
AAHPM	AMERICAN ACADEMY OF HOSPIC AND PALLIATIVE
Atd.	A tak dále
Aj.	A jiné
CT	Výpočetní tomografie
CNS	Centrální nervová soustava
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská komora Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ELNEC	(End of Life Nursing Education Consortium) Mezinárodní projekt vzdělávacího konsorcia všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLP	nelékařští pracovníci
NPK	Nemocnice Pardubického kraje
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Tzv.	Takzvaně
USA	United States of America
UPV	Umělá plicní ventilace
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	World Health Organization

ZZ Zdravotnický záchranář

ZA Zdravotnický asistent

“Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní (KUTNOHORSKÁ, 2007 s. 42).“

ÚVOD

Vzhledem ke stratifikaci péče ve zdravotním systému je důležité si uvědomit, specifika poskytování péče o umírající na různých odděleních. Rozdíl péče se může měnit v závislosti na typu oddělení (anesteziologicko-resuscitačních (ARO), v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a v hospicových zařízeních). Při pohledu do historie zjišťujeme, že sestra byla osobou rozdělovající pomoc a podporu ve zdraví i nemoci. Její práce byla i životním posláním. Právě proto bylo nejvíce sester z řad sester řádových, ty často přespávaly v nemocnicích přímo u lůžek nemocných. Dnes se pohled na osobu sestry zásadně změnil. Jsou kladeny čím dál větší nároky na poskytování kvalitní péče o klienty ve všech oblastech. Smrt se stává součástí vykonávaného povolání. I přes současné možnosti vzdělávání neexistuje žádný univerzální návod na to, jak postupovat, když nemocný umírá v naší přítomnosti. Sestra by měla být vyzrálá osobnost, která bude připravena na velkou zátěž, která s procesem umírání souvisí. Měla by umět navázat vztah s pacientem a jeho blízkými. Musí však také zvládnout umění relaxace a péči o svou duši (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011).

Otázkou je, zda jsou sestry na konfrontaci se smrtí připraveny a zda se dokážou vyrovnat s fyzickou, psychickou, ale i sociální zátěží. Očekává se od nich profesionální přístup a jistá dávka empatie. Z výsledků rozsáhlého šetření, které byly zveřejněny v roce 2004 pod názvem „Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)“, bylo zřejmé, že to, co sestry v péči o umírající považují za skutečnou zátěž je, když je sestra vystavena uvědomění si konečnosti lidského života a je nucena na umírajícího pacienta reagovat, prožívat s ním jeho strach, bolest a opuštěnost ve smrti (MARKOVÁ, 2010). Je tedy víc než nutné zajistit budoucí generaci sester dostatek informací a připravit je na těžké situace, které s procesem umírání souvisejí.

Teoretická část zahrnuje základní informace, které se zabývají tématem bakalářské práce. Jsou vymezeny základní pojmy thanatologie, paliativní medicíny, smrti obecně, kde je i popsána péče o mrtvé tělo, dále pohled do etické oblasti, psychické působení celkové zátěže spojené s péčí o umírající pacienty a ke konci jsou v kostce sepsány potřeby sester.

V praktické části šlo hlavně o zjištění, jaké postoje mají NLP v péči o umírající a také jaké působení vyplívá z této náročné práce.

Teoretické cíle práce

- 1) Shrnout základní teoretické poznatky, které souvisí s umíráním a smrtí člověka
- 2) Shrnout teoretické poznatky související s bio-psycho-sociální zátěží zdravotníků, která se pojí s péčí o umírající nemocné

Teoretická část

1. Vymezení základních pojmů

1.1 Thanatologie

Thanatologie je popisována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a všech aspektech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku. Obsah oboru je rozsáhlý. Zabývá se jí: filosofie, medicína, psychologie, sociologie a další disciplíny. Každý z těchto oborů se zabývá stejným problémem, ale ze svého vlastního pohledu. Při průlomu mnoha odvětví se však thanatologie stále nestala vědním oborem. Skutečnost je taková, že rozsáhlá a obtížná tematika nedovoluje sevření všech faktů, názorů a hypotéz do jednoho celku (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Thanatologická témata mají svou naukovou část. Tu je potřeba zvládnout klasicky učením. Poté je potřeba spojit nauku s výchovou, kdy je cílem uplatnit teoretické znalosti do praxe. Zejména pak lidskou účast, laskavý doprovod, naučit se být citlivý k lidským potřebám a být schopen zvládat psychickou zátěž (HAŠKOVCOVÁ, 2000, PŘÍHODA, 1994).

Sherwin B. Nuland tak vyjádřil skutečnost, že i v přetechizované době existují „meze“ lékařské marnosti a rozvoj technického pokroku, kdy konfrontace s koncem lidského života je pravidelná. *„Dnes žijeme v době, kdy se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit, a problémy v tomto umění jsou nekonečné* (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 142).“ Propast mezi technicky vyzbrojeným zdravotníkem a umírajícím pacientem je veliká, a to je problém v pomoci při umírání, kdy technické prostředky zastiňují opravdové porozumění. S tímto faktem úzce souvisí reálná skutečnost, že většina lidí již dnes umírá v nemocničních institucích. V minulosti nebylo výjimkou, že byl umírající ve svém domácím prostředí, obklopen svými nejbližšími. Samotný akt smrti a umírání nebo také péče o umírajícího byl ponechán na rodinných příslušnících. Došlo tedy k tomu, že v moderní době člověk často umírá sám. V posledních letech je však snaha, najít řešení, které by vedlo k tomu, aby se umírání opět stalo sociálním aktem (BÁRTLOVÁ, 2009). Problém současné doby a následné umírání v institucích je samotná degradace emocí. Umírající jsou buď samostatně na pokojích, odděleni od ostatních. Někdy je mezi umírajícími a ostatními nemocnými bílá plenta, která ještě více snižuje zosobnění člověka. Profesionálové v podobě zdravotníků, jsou přeci jen pro umírající klienty cizí lidé. Nelze opomenout fakt, že v současnosti lidé nemají

dostatečné zkušenosti jak se k umírajícím chovat, popřípadě co říkat a výjimkou nejsou ani zdravotní sestry (ŠPAČEK, 2007).

1.2 Paliativní medicína

Pokud chceme něčemu porozumět, musíme se podívat zpátky do minulosti. Paliativní péče je považována za nejstarší odvětví medicíny. Doprovázení při umírání bylo hlavním posláním lékařů, ošetřovatelek a později sester zejména v domácím prostředí. Paliativní péče byla poskytována nejčastěji právě rodinou. V 19. století, vlivem industrializace a stěhování mnoha lidí do měst, přibývalo těch, kdo umírali bez rodin. To vedlo k rozvoji chorobinců. Zde mělo být umírajícímu poskytnuto teplo, čisto a soukromí v podobě bílé pleny, která smrtelně nemocného oddělovala od ostatních pacientů. Měla zajišťovat alespoň minimální soukromí (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Paliativní neboli útěšná medicína představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Poskytovat ji lze všude. Může být poskytována doma i v nemocnici. Nejčastěji je však poskytována v lůžkových hospicích.. Jde o zvláštní typ zdravotně sociálních zařízení, jejichž hlavním posláním je péče o umírající.

Tabulka 1 Definice paliativní péče

AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE	WORLD HEALTH ORGANIZATION
<i>„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života (MARKOVÁ, 2010, s. 19).“</i>	<i>„Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (VORLÍČEK, 1998, s. 499).“</i>

(MARKOVÁ, 2010; VORLÍČEK, 1998)

Setrvávají domněnky, že ošetřovatelství v paliativní péči spočívá především ve spontánních schopnostech než v naučených dovednostech. To vede k devalvací toho, jak, ošetřovatelé hodnotí svou práci. Na jedné straně převažuje názor, že práci může vykonávat každý, kdo má

v sobě špetku lidskosti, na druhé straně je jasné, že je to těžká práce, vyžadující jisté životní zkušenosti a vzdělání (PAYNEOVÁ a spol., 2007).

Bohužel, paliativní péče zatím spočívá spíše v ideologické podobě. Poznatky získané z tohoto oboru se jen velice málo aplikují do klinické praxe. Toto tvrzení lze manifestovat například na hodnocení a následném mírnění bolesti u nevléčitelně nemocných, které není ve skutečné praxi příliš realizováno (PAYNEOVÁ a spol., 2007).

1.2.1 Dělení paliativní péče

Výbor ministrů rady Evropy rozdělil paliativní péči podle míry významnosti:

- 1) **Obecná paliativní péče** – tuto formu paliativní péče by mělo, poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci svých možností. Patří sem především respekt k pacientům, udržování autonomie, léčba bolesti a podpora rodiny (MARKOVÁ, 2010).
- 2) **Specializovaná paliativní péče** – je poskytována v zařízeních, která se věnují paliativní činnosti a je brána jako hlavní činnost. Požadavkem je vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců k poměru počtu pacientů. Služby jsou poskytovány nejen ve specializovaných zařízeních ale i doma, v nemocnici, v pečovatelském domě, denním stacionáři, anebo v ambulantní péči. Zdravotníci by měli mít v případě potřeby možnost konzultací a podporu pomocí specializovaných poskytovatelů paliativní péče (Standardy hospicové paliativní péče, 2006). Mezi zařízení, které poskytují speciální paliativní péči lze řadit: oddělení paliativní péče, domácí hospice – mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny...) (MARKOVÁ, 2010).

V rámci práce jsem se hlouběji zajímala o to, jaká hospicová zařízení u nás v ČR existují a jaké poskytují služby. Na základě toho jsem vytvořila tabulku, kde je vše přehledně a stručně vyobrazeno (viz. Příloha č. 2).

1.2.2 Základní principy paliativní péče

„Dnes panuje všeobecná shoda, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat, anebo v ní pokračovat (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 41).“

Každý obor medicíny by měl mít rozpracovanou vlastní strategii paliativní péče. Důvodem je, že žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající. Obecně platné pravidlo spočívá v tom, že paliativní péče má být zahájena ve chvíli, kdy jsou negativní důsledky léčebné terapie větší než její očekávaný přínos. Paliativní přístup nevylučuje možnost kurativního zásahu ve chvíli, kdy dojde k příznivému zvratu ve zdravotním stavu nemocného (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Paliativní péče je poskytována nemocným s nepříznivou prognózou onemocnění. Potřeby umírajících nemocných jsou odlišné od potřeb nemocných s příznivou prognózou. Principy paliativní péče korelují s potřebami umírajících. Tyto principy zahrnují základní cíle, a to symptomatickou terapii, zmírňující péči, efektivní terapii bolesti (somatické, psychické), emotivní a spirituální pomoc, sociální zázemí, individuální aktivizační program pro umírající, doprovodnou pomoc rodině umírajícího (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Cílem paliativní péče je, aby výsledky byly reálně dosažitelné a hlavně efektivní. V paliativní péči je důležité zjišťovat účinnost intervencí a léčebných postupů (PAYNEOVÁ a spol., 2007).

1.3 Smrt

Smrt je individuální zánik organismu, tedy i člověka. V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, také označovanou jako sešlost věkem. V současné době je smrt konečným stádiem nějakého patologického procesu. Podle rychlosti konce života rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Termíny náhlá a rychlá smrt se téměř překrývají a ve své podstatě oba poukazují na to, že zaskočí zcela nepřipravené příbuzné. Rozdíl je pak možné pozorovat v hlubším významu, kdy náhlá smrt obvykle asociuje skon způsobený úrazem či nehodou. Rychlá smrt reflektuje spíše propojení s nemocí, která způsobí rychlý skon, jako například infarkt myokardu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Další ryze medicínskou definicí smrti je smrt mozková, která značí vymizení všech mozkových funkcí včetně funkcí mozkového kmene bez ohledu na činnost kardiovaskulárního aparátu a dalších orgánů. Tato mozková smrt je totožná s biologickou smrtí jedince. Diagnóza smrti mozku se provádí nejméně za 6–12 hodin od vzniku klinických známek smrti mozku. Doba se prodlužuje na 24 hodin při anoxickém poškození. U dětí mladších 5 let se prodlužuje na dobu 24–48 hodin dále v závislosti na věku dítěte. Kritéria, která slouží k prokázání diagnózy smrti mozku jsou: přítomnost mozkového poškození (prokázáno na CT), vyloučení reverzibilních příčin mozkového poškození (hluboké bezvědomí, UPV), kmenová areflexie a apnoe (pupilární reakce; reflex korneální,

vestibulookulární, okulocefalický, faryngeální, kašlací; reakce na bolest; apnoický test), vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku (angiografie mozkových tepen, perfuzní scintigrafie mozku, sluchové kmenové evokované potenciály), (KAPOUNOVÁ, 2010).

2. Etické problémy konce života

Daniel Callahan, zdůrazňuje, že s rozvojem růstu moderní medicíny, by každá společnost měla stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby o terminálně nemocné (MARKOVÁ, 2010).

V případě, že chceme hovořit o etických problémech konce života není možné se vyhnout tématům, jako je eutanázie, paliativní sedace a dříve vyslovená přání. V této oblasti se stále objevují nejasnosti v terminologii, které mohou výrazně ovlivnit i to, jak bude laická i odborná veřejnost pohlížet na léčbu bolesti, výživu, hydrataci a uspokojování dalších potřeb u pacientů v terminálním stádiu onemocnění (HEŘMANOVÁ a kol., 2012).

2.1 Eutanázie

Jde pravděpodobně nejskloňovanější slovo v oblasti lékařské etiky. V současnosti se ukazuje, že existují nejrůznější představy o tom, co eutanázie znamená. Slovo pochází z řečtiny a je spojením slova *eu*, což znamená dobrý a *thanatos*, jako výraz pro smrt. Eutanázie je tedy v překladu „dobrá smrt“ (VÁCHA a kol., 2012). Toto vysvětlení v současné době nemá žádný skutečný obsah. Pro dnešního člověka smrt buď neexistuje, nebo jí vidí, jako něco špatného o čem nechce raději nic vědět. V případě, že člověk musí zemřít, mělo by se tak stát ve spánku nebo v bezvědomí (ŠIMEK, 2015).

Známe velké množství definic, z nich nejznámější je pravděpodobně dělení na aktivní (aktivní čin pacienta na aktivní žádost nemocného) a pasivní (lékař neudělá nic, i přesto, že by mohl; je zde jasný úmysl nemocného zabít). Od tohoto rozdělení se však poslední dobou ustupuje, protože se ukázalo, že jsou do jisté míry zavádějící (VÁCHA, 2012; HEŘMANOVÁ, 2012). Definice eutanázie je tedy vázaná na splnění tří podmínek: úmysl lékaře zabít pacienta, pacientova aktivní žádost o usmrcení, lékař provede eutanázii skutkem nebo nečiněním. Lze tedy říci, že eutanázie není ani zabíjení pacientů v kómatu či novorozenců (chybí aktivní souhlas), ani tzv. ustoupení smrti a ukončení kauzální terapie (chybí aktivní čin lékaře a úmysl zabít), (VÁCHA a kol., 2012).

V minulosti měli lidé krátký život a smrt obvykle přicházela rychle po krátkém stonání. Současná situace je jiná. Lidé mají delší život, ale dlouho stonají, než nastane smrt. V souvislosti s tím je dobré zmínit pojem dystanázie. Tu lze definovat jako zbytečné prodlužování umírání pacienta, kdy pokračujeme v plné invazivní terapii, která již pro nemocného nemá kurativní význam (VÁCHA a kol., 2012).

Debaty k problematice eutanázie a její přípustnosti existují dva ambivalentní názory. Jeden názor ji považuje za přípustnou a druhý ji označuje jako vraždu (ŠIMEK, 2015). Téma eutanázie svým rozsahem daleko přesahuje možnosti této práce. Je však stěžejní se alespoň okrajově zmínit o postojích a názorech českých sester a studentů ošetrovatelství o problematice eutanázie. V posledních několika letech vznikaly v rámci bakalářských a magisterských prací průzkumy na menších vzorcích sester a studentů ošetrovatelství, z nichž vzešlo, že až 50 % sester se kloní k legalizaci eutanázie v České republice. Až 70 % respondentů se obává zneužití eutanázie v případě její legalizace. Nejčastější důvody uváděné pro legalizaci eutanázie jsou: nevyléčitelná onemocnění spojená s utrpením, právo pacienta na sebeurčení a nesnesitelné bolesti. Mezi argumenty proti legalizaci jsou především obavy ze zneužití, porušení Hippokratovy přísahy a křesťanských principů Desatera (HEŘMANOVÁ a kol., 2012).

2.2 Etické principy v souvislosti s umíráním a smrtí

Základní etické principy specifikovali v roce 1979 Beauchamp a Childress (VÁCHA a kol., 2012). Je obtížné stanovit jeden etický systém, na kterém bychom se všichni mohli shodnout. Výhodou konceptu Beauchampa a Childresse je, že principy jsou popsány volně, takže se na nich dokáží všichni shodnout. Nese to s sebou ale i riziko, principy zcela úplně neobsahují oblast lékařské etiky. Bylo by tedy bláhové, kdyby někdo tvrdil, že když zná tyto čtyři principy, zná etiku a vše kolem ní. Jedná se o principy *nonmaleficence* (neškodit), *beneficence* (činit dobro), *autonomie* a *spravedlnosti*. První dva principy pocházejí již z corpus hippocraticum. Principy autonomie a spravedlnosti jsou poměrně nové.

Občas se principy dostanou do konfliktu. Nastává problém, zda má daný skutek příznivý nebo nepříznivý důsledek. Konflikt mezi principem *beneficence* a *nonmaleficence* je možno vyřešit pomocí principu dvojího účinku, kterým lze ošetřit situace tak, aby výsledný účinek byl dobrý i špatný. Pro příklad, terminálně nemocným se podávají opiáty pro tlášení bolesti, přestože do vedlejších účinků patří útlum dechového centra, snížení peristaltiky. Tlášení bolesti je tak silné a důležité dobro, že jednoznačně zastíní účinky špatné. Cílem lékaře je

utišit pacientovu bolest, ne provést eutanazii a bolest neumíme utišit jiným způsobem. Naopak, kdyby se opiáty využívali pro tišení běžné bolesti, účinek by již nebyl dobrý a špatný a dostali bychom se do konfliktu s pravidlem, že bolest neumíme utišit jinak.

Podstatou *autonomie* (respekt k názoru pacienta) je, že pacient má plné právo odmítnout léčbu dosavadní, ale i novou. Platí i v případě, kdy si tímto rozhodnutím přivodí smrt. Tímto nastává v průběhu 20. století posun od paternalistického přístupu k přístupu partnerskému. Výhodou je fakt, že část zodpovědnosti přebírá sám pacient a je tak spolu konstruktérem své léčby. Problém nastává v případě, kdy rozhodnutí nebo přání se stává jednáním proti jeho zájmům a zdraví. Paternalistický přístup odmítá přijmout pacientova přání, jestliže jsou v rozporu s jeho vlastním dobrem, problém nastává, že dochází k nerespektování pacientových přání, jelikož ne pokaždé lékař ví co je dobré. Partnerský vztah dává do svého popředí preference, osobnost a volby pacienta (VÁCHA a kol., 2012).

Princip *spravedlnosti* obsahuje rozsáhlou problematiku. Platí tvrzení, že ve zdravotnictví jsou jen dvě věci zcela jisté: nedostatek financí a smrt. Příklad aplikace principu spravedlnosti lze také uvést u transplantace jater u alkoholiků. Otázka je, zda by abstinent měl mít přednost na čekací listině. Možným důvodem proč nedat přednost alkoholikovi, by mohlo být, že si za svou situaci mohou sami. A dalším neopomenutelným faktem je reálné riziko pokračování zvýšené konzumace alkoholu po transplantaci. Opakem proč neopomenout tyto osoby je fakt, že nemůžeme hodnotit jejich životní styl, tak proč je znevýhodňovat (VÁCHA a kol., 2012).

2.3 Problematika předem vyslovených přání

Významným krokem bylo legislativní zakotvení možnosti pacienta předem sám učinit některá rozhodnutí o zdravotní péči, použitelná v situaci pozdějšího závažného onemocnění spojeného s neschopností nemocného poskytnout informovaný souhlas. K tomuto došlo v USA v závěru 20. století a postupně dochází k realizaci i v Evropě (ŠIMEK, 2015).

Vytvořit legislativní úpravu je velice těžké, neboť je ve hře lidský život a někdy může vést rozhodnutí k tomu, že pacient zemře dříve než by zemřel s použitím dostupné technologie. Může dojít i k situaci, kterou by mohl nemocný jen těžko předvídat a možná by chtěl svůj život prodloužit, což již ovšem nemůže nikomu sdělit. Základním kamenem legislativní úpravy musí být právo lékaře nejednat podle litery pacientova rozhodnutí, když vidí nepřiměřenost požadavků pacienta nebo známky změny jeho názoru (ŠIMEK, 2015).

V české legislativě se první zmínka objevuje v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v § 36. Podle tohoto paragrafu pacient „smí“ vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Respektováno bude jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, lékařem všeobecného praktického lékařství, u něž je pacient registrován. Popřípadě jiným ošetřujícím lékařem, s jehož oborem dříve vyslovené přání souvisí. Musí mít písemnou formu s úředně ověřeným podpisem pacienta. Platnost je 5 let. Může být též učiněno při přijetí k poskytovateli zdravotních služeb, ale jen pro poskytování zdravotních služeb souvisejících s tímto poskytovatelem. Záznam musí být opatřen podpisem tří lidí: pacient, zdravotnický pracovník a svědek (ŠIMEK, 2015).

Přání nemusí být respektováno v případě, že lze důvodně předpokládat, že by pacient za nastalé situace vyslovil souhlas s poskytnutím zdravotnických služeb. Dalším důvodem je, že v době zahájení život zachraňujících úkonů nebyla dříve vyslovená přání k dispozici, a že byly započaty takové úkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Zvláštním případem jsou nezletilí či nezpůsobilí pacienti, na jejich dříve vyslovená přání nelze brát zřetel (ŠIMEK, 2015).

Sestry v porovnání s ostatními členy multidisciplinárního týmu tráví s pacienty nejvíce času. Mělo by jim být umožněno zapojit se do procesů rozhodování o rozsahu a povaze lékařské péče poskytované na konci života. K tomu, aby se mohli správně zapojit, je nutné ovládnout umění správně naslouchat nejen svým pacientům, ale i jejich blízkým. Důležitá je i důkladná znalost zdravotního stavu a rozpoznání fyzického i psychického utrpení (HEŘMANOVÁ a kol., 2012).

3. Smrt jako součást práce sester

Vztah člověka ke smrti se vyvíjí v čase. Je ovlivněn mnoha okolnostmi, jako jsou příklady rodičů a dalších důležitých osob, jež nás během života provázejí. Vztah ke smrti je ovlivněn i tím, jak k setkávání se smrtí dochází a v jakém životním období k tomu dochází. Profesionál, v jehož rodině nebylo téma smrti tabuizováno, bude mít pravděpodobně mnohem jednodušší a přirozenější přístup k umírajícím nemocným (MARKOVÁ, 2010).

Není překvapením, že lidé, kteří mají být přítomni u klienta v jeho posledních minutách života a mají dělat jen ty „správné“ činnosti, cítí značnou úzkost. To představuje pro zdravotníky, velkou zátěž, protože už není možnost opravy a druhou šanci nedostanou. (PAYNEOVÁ a spol., 2007). První setkání se smrtí pacienta je důležitým mezníkem v profesionálním rozvoji. Je důležité se této problematice věnovat. Při setkávání se smrtí v profesním životě, je třeba se naučit správnou míru angažovanosti a optimálního odstupu. Důležitou roli hraje i práce v dobrém týmu. Dobrý tým v paliativní péči je takový, který se soustředí na společný cíl, a to zkvalitnění života pacienta, jeho blízkých a zmírnění jejich utrpení. Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární. Za jeho členy by měl být považován i sám pacient a jeho rodina (MARKOVÁ, 2010).

Skilbecková a Payneová (2003) se obracejí na problematiku přípravy ošetřovatelů a tvrdí, že pokud je ošetřování spojené s emocemi a o poskytování citové opory, jsou v tomto ohledu na své role často špatně připraveni a nemají dostatečné a kvalitní zázemí a podporu (PAYNEOVÁ a spol., 2007). V průběhu studia zdravotníků i lékařů, kteří absolvují praxi, se postupně setkávají s utrpením a konečností života. Tento závěr mohou přisuzovat buď jako smrt druhých, anebo profesní prohru. V tomto případě dostává prostor technika, jako zázrak, který nezradí a dochází tedy k léčení. To je již v dnešní době kvalitní, ale neosobní. Vytrácejí se emoce v konfrontaci nemocného a zdravotníka. Lidská dimenze v péči o nemocné v terminálních stádiích nesmí chybět (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Podle Joachima Kuhlmeye má zdravotnický personál obavy mluvit o smrti. Strach zdravotníků vyplývající ze smrti má za následek, že se umírající pacienty snaží utěšit. Ovšem v nich samotných zraje strach. Tento strach úzce souvisí s blízkostí smrti, která se neodvratně blíží. V tu chvíli dochází často k poznání, že smrt je věc, která může potkat kohokoliv z jejich blízkých nebo dokonce i je samotné (HAŠKOVCOVÁ, 2000). I podle jiných autorů, lékaři a sestry reagují na úmrtí svého pacienta velmi emotivně. Zajímavé je, že když umře jejich

blízký, bývají většinou věcní. Často litují, že je nikdo neupozornil včas a že jim nebyla objasněna skutečnost o konečnosti života v průběhu studia (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Důležitou hybnou silou v paliativní péči je i motivace, což je soubor mnoha faktorů, které lze ovlivnit vhodnými manažerskými přístupy. Nedostatečná motivace se dříve či později projeví zhoršením kvality práce. Ztráta motivace může být jedním ze spouštěcích faktorů syndromu vyhoření. Souhra všech těchto faktorů ohrožuje pacienta, jeho rodinu i pověst celého týmu. Je nutné si uvědomit, že motivace velmi úzce souvisí s individuálním nastavením člověka. Závisí na preferencích osobních hodnot a životních postojů. Mezi osobní motivátory, které mohou povzbudit patří finanční ohodnocení, osobní postavení, pracovní výsledky, příznivá atmosféra na pracovišti v rámci pracovního kolektivu, odbornost, samostatnost, kreativita. Všechny tyto osobní motivátory by měl dobrý manažer vnímat a rozvíjet u svých podřízených (MARKOVÁ, 2010).

3.1 Psychická zátěž v paliativní péči sester

Celková péče o pacienty v terminálním stádiu i péče o jeho příbuzné, může být velmi stresující. Pacienti s různými diagnózami trpí obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, sestry jsou často v roli jejich jedinými příbuznými na sklonku života a nevědomě kladou na sestry velké psychické nároky. Komplexní doprovázení pacientů i příbuzných se ale také jeví jako obohacující zkušenost, ovšem druhá stránka tohoto aktu, může mít negativní dopad na psychiku, pokud si neuvědomí, že je potřeba pečovat také o sebe. Sestra, která je schopna pečovat sama o sebe, může s větší silou pečovat o pacienty a jejich příbuzné, aniž by byla ohrožena syndromem vyhoření v takovém rozsahu (O'CONNOR a kol., 2005).

Je víc než jisté, že nejčastějším zdrojem stresu, jak uvádějí sestry pracující v hospicích je „smrt a umírání“. Sestry, které pracují v nemocnicích, hospicích a komunitní péči uvádějí těžkosti vyrovnání se se smrtí (O'CONNOR a kol., 2005).

Zvládání stresu závisí na mnoha faktorech. Jedním z zásadních vlivů, které pomáhají jedinci zvládat stres, jsou také osobní předpoklady jedince, jak se k jednotlivým situacím staví. Důležité jsou i předchozí zkušenosti, které mohou při opakovaných setkání se zátěží, hrát důležitou roli (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Stres se může projevovat jak na psychice, tak i na fyzickém stavu jedince. V současnosti se hovoří o tom, že stres působí jako spouštěč téměř každé nemoci. (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

Fyziologické příznaky, jež se mohou objevit u stresu, souvisí především s tím, že práce sestry se vyznačuje stáním nebo aktivním pohybem spojeným se zatížením páteře, kloubního a svalového aparátu. Směnná práce sebou nese narušení denního biorytmu, také nepravidelné stravování i pitný režim, styk s infekčním materiálem, ovzduší narušené klimatizací, častý hluk spojený s přístroji a někdy i přítomnost radiačního záření (BARTOŠÍKOVÁ, 2006). Co se týká vlivu stresu na psychiku sester, je možné zmínit, že stres může vést ke vzniku a rozvoji úzkostných a depresivních poruch. Může dojít i ke zhoršení kognitivních funkcí, což vede ke zhoršené výkonnosti sestry (ATKINSON a kol., 2003). V některých případech může dojít i ke změnám v chování (například okusování nehtů, zvýšená konzumace alkoholu nebo drog aj.). Finálním výsledkem může být syndrom vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Potřeby sester v péči o umírající pacienty

To jaký máme vztah ke smrti, se vyvíjí již od útlého mládí, stejně jako každý jiný vztah. Je ovlivňován mnoha faktory – rodiče a další osoby, či zkušenost v průběhu života. Postoj ke smrti je taktéž ovlivněn tím, jak k setkání se smrtí dochází a také v jaké době nás tato událost poskytne (MARKOVÁ, 2010).

1. Potřeba smutku

„Nevypořádá-li se člověk s žalem, může propadat depresi.“ (NAKONEČNÝ, 2000, s. 254)

Smutek je odrazem určité ztráty. Reakci je zcela reálné a je potřeba si ji prožít, abychom si nehromadily problémy v sobě. Existují ale určité osobnostní rozdíly, někdo potřebuje reflektovat do okolí své strasti, někdo zase dává přednost prožití žalu v soukromí. Prožitý smutek nám ve skutečnosti dodává sílu jít dál. Je vhodné si v profesním týmu vytvořit rituály rozloučení (MARKOVÁ, 2010).

2. Potřeba slz

Projevem smutku je i pláč. Pláč tedy nelze považovat za známku selhání ba naopak je projevem lidského vnímání (MARKOVÁ, 2010).

Autorka Marková uvádí v knize *Sestra a pacient v paliativní péči* (2010, s. 33), že se mnohokrát setkávali s tvrzením sester typu: *„Bála jsem se, že se rozpláču, a to by nebylo profesionální.“*

3. Potřeba smysluplnosti

Vysilující faktor při práci v paliativní péči je, že sestry nevidí pokrok zlepšení pacientova stavu. Nevidí tedy výsledek své práce. Je potřeba pozměnit tok myšlenek. Z prostého úsudku: „*ten už spěje k poslednímu, tady se nedá nic dělat*“ ke změně: „*bohužel základní onemocnění nevyлéčíme, ale tento člověk má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit*“ (MARKOVÁ, 2010, s. 34).“

4. Potřeba komunikace

Komunikace v personálu by měla být partnerská. Můžeme ji rozdělit na – formální a neformální stránky – a podle toho jestli se týkají pacientů (případová) nebo týkajících se potřeb členů v týmu (podpůrná). Představou formální komunikace mohou být pravidelná setkání personálu, zpravidla 1x týdně kde, každý člen týmu má možnost se vyjádřit jak k pacientovu stavu, tak vyjádření pocitů. Podpůrná komunikace probíhá formálně i neformálně. Neformální cestou probíhá, že členové jsou všímaví k druhým a dávají prostor ostatním si promluvit. Formální stránka je v rukou manažerů (MARKOVÁ, 2010).

5. Potřeba motivace

Pracovní nasazení je hnací silou. Dlouhodobý nedostatek motivace vede ke zhoršení kvality péče. Úplná ztráta motivace vede postupně k rozvinutí tzv. burn-out syndromu (MARKOVÁ, 2010).

Herzbergrova dvoufaktorová teorie rozlišuje dva motivační podněty na pracovišti: Faktory, které způsobují nespokojenost, nazval faktory hygienické či disatisfactory (z angl. dissatisfaction – nespokojenost). Faktory, které vyvolávají spokojenost, nazval faktory motivační nebo také satisfactory (z angl. satisfaciton – spokojenost), (MARKOVÁ, 2010).

Tabulka 2 Herzbergrova tabulka

Faktory hygienické - satisfactory	Faktory motivační - motivátory
pracovní pravidla	výkon
technické vedení	uznání
pracovní podmínky	práce samotná
vztahy k nadřízeným	růst
vztahy ke spolupracovníkům	odpovědnost
výdělek	služební postup

(MARKOVÁ, 2010)

6. Potřeba zpětné vazby

Pomáhá zlepšovat celkovou výkonnost a motivuje sestry tak, že mají možnost zpětné vazby (ŠKRLOVI, 2003).

Hodnocení práce jednotlivce souvisí s oceněním, pokud je nedostatečné, je to další faktor pro rozvoj vzniku syndromu vyhoření. Ve zdravotnictví je obtížnější hodnotit práci zejména v paliativní péči, kdy uzdravení pacienta, zhojení rány, zlepšení stavu nemusí být přítomno (MARKOVÁ, 2010).

Účelem podávat hodnocení práce zaměstnancům není jen o tom zvýšit motivaci pracovníků, ale také udržet bezpečnou péči, plnit vytyčené cíle zařízení, podpořit profesionální růst pracovníků a rozvoj a získávat náměty pro ošetrovatelský výzkum (GROHAR-MURRAY, DiCROCE, 2003).

3.1.1 Syndrom vyhoření v péči o terminálně nemocné

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, tedy působící do všech bio-psycho-sociálních oblastí člověka, při kterém dochází k vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího působení nadměrného stresu (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2011).

Syndrom vyhoření vzniká zpravidla do 2–5 let od prvního zaměstnání a na jeho vzniku se podílí mnoho faktorů. Pokud je málo zaměstnanců na pracovišti a práce se stává nezvladatelnou, dochází k rychlejšímu vzniku. Pokud je náročnost práce zaměřena na technické práce, může dočasně odvrátit blížící se vyhoření. Předpokladem pro rychlejší vznik bývají lidi s vyššími pracovními pozicemi (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Sestry, které pracují v odvětví medicíny, kde dochází často k umírání a následné smrti pacienta, jsou syndromem vyhoření ohroženy ve větší míře. Je tedy nutné, aby se naučily postupy, které mohou vést k fyzické i psychické relaxaci (postupy duševní hygieny). Mezi nástroje duševní hygieny lze zařadit procházku, techniky správného bráničního dýchání, napínání a uvolňování svalů, ventilace emocí rozhovorem s blízkým člověkem a také techniku imaginace (představování si příjemných okamžiků), (KŘIVOHLAVÝ, 2010; KŘIVOHLAVÝ, 2009). Kromě vlastní relaxace je možné využít i profesionální pomoc psychologa (MARKOVÁ, 2010).

3.2 Péče o zemřelého z pohledu ošetrovatelské péče

Péče o zemřelého bezesporu patří do poskytování zdravotní péče. Tato péče zahrnuje nejen péči o tělo, ale také péči o pozůstalost a pozůstalé. Ve všech oblastech péče o zemřelého je nezbytné postupovat ohleduplně, důstojně a především se zachováním etických principů (KAPOUNOVÁ, 2010).

Péče o zemřelého je poslední povinností sestry vůči nemocnému. V tuto chvíli by se měla sestra chovat taktně a důstojně. Pokud dojde k úmrtí na pokoji, kde je umístěno více pacientů, je vhodné, aby ostatní pacienti opustili pokoj. V případě, že to není možné, je nutné umístit kolem lůžka zemřelého zástěny (KAPOUNOVÁ, 2010).

Celková ošetrovatelská péče o umírající pacienty nebo i péče o pacienty v terminálním stádiu je pro všeobecné sestry fyzicky i psychicky náročná a je vždy kladným přínosem, pokud se sestra nad svou smrtí zamýšlí a jsou s ní vyrovnány, neboli má racionální vztah ke své smrtelnosti. Protože tak mohou dát umírajícímu tu nejlepší péči. Všeobecná sestra by měla být sama sebou, měla by vnímat své pocity při kontaktu s umírajícím pacientem, otevřeně s ním mluvit i o svých pocitech a potřebách a ne se skrývat za profesionální závoj a nebýt pohlcena „továrním nastavením“ dnešního téměř neemocionálního a neosobního přístupu ve zdravotnictví (BLUMENTHAL-BURBY, 1987).

V první řadě je nutné, aby byly z lůžka odstraněny lůžkoviny a pomocná zařízení. Nemocného svlékneme. Je nutné odstranit šperky a zkontrolovat stav chrupu (vyjmutí zubní protézy, počet zubů z bílého kovu a žlutého kovu). Z těla odstraníme všechny invazivní vstupy (nazogastrickou a enterální sondu, permanentní močový katétr, endotracheální nebo tracheostomickou kanylu, periferní žilní kanylu, arteriální kanylu, centrální žilní kanylu aj.). Po domluvě s lékařem je možné některé konce invazivních vstupů odeslat na bakteriologické vyšetření. Z těla se neodstraňují drény a stimulační elektrody (KAPOUNOVÁ, 2010).

Poté se provede kompletní očista těla zemřelého. Tělo srovnáme do vodorovné polohy, horní končetiny umístíme podél těla. Je třeba, aby měl nemocný zavřené oči a ústa, což je možné zajistit podvazem brady obinadlem (KAPOUNOVÁ, 2010).

Zásadní je i zajistit identifikaci zemřelého, a to označením štítku s celým jménem, rodným číslem, datem i hodinou úmrtí a oddělením. Štítek se umísťuje na palec u nohy. Stejně

identifikační údaje se píšou fixem na pokožku zemřelého. Nejběžnější částí, která se používá k popisu je stehenní část dolní končetiny (KAPOUNOVÁ, 2010).

Tělo se zabalí do prostěradla nebo do speciálního vaku k tomu určenému. Na oddělení se tělo ponechá ještě dvě hodiny. Po uplynutí tohoto času je nutné zajistit odvoz těla na patologii s příslušnou dokumentací (List o prohlídce mrtvého, Průvodní list k pitvě). Do dokumentace musí sestra zaznamenat provedené činnosti a čas úmrtí. Současně je nutné, pokud není přítomna rodina, informovat je. Věci, které měl nemocný na oddělení jsou přepsány do knihy pozůstalosti a předány pozůstalým proti podpisu a občanskému průkazu (KAPOUNOVÁ, 2010).

Praktická část

4. Metodika

Cíle výzkumné části:

- 1) Porovnat postoje zdravotníků, ve zkoumaných typech zdravotnických zařízení, k umírání a smrti.
- 2) Zjistit co vnímají zdravotníci jako největší zátěž při péči o umírající nemocné.
- 3) Zjistit jak se zdravotníci vyrovnávají se zátěží spojenou s umíráním a smrtí.

4.1 Výzkumné otázky

- 1) Které oddělení se nejčastěji setkává s umírajícími nemocnými?
- 2) Vnímají zdravotníci v péči o umírající nemocné jako nejhorsší problém - psychickou zátěž?
- 3) Je pro zdravotníky problém komunikovat s rodinou umírajícího nemocného?
- 4) Mají zdravotníci zájem vzdělávat se v péči o umírající nemocné?
- 5) Připouštějí si zdravotníci vlastní smrtelnost ve svém povolání?
- 6) Jak vnímají zdravotníci zásadní etické problémy týkající se konce života pacientů v ústavní péči?
- 7) Jaké využívají zdravotníci pracující s umírajícími nemocnými možnosti duševní hygieny?

4.2 Metodika výzkumu

Ke kvantitativnímu sběru dat a dosažení stanovených cílů v rámci této teoreticko-výzkumné bakalářské práce bylo využito dotazníkového šetření (viz příloha č. 1).

Dotazník byl tvořen dohromady 19 otázkami. Obsahoval 15 otázek, které byly uzavřeného typu a 4 otázky polouzavřeného typu. Z toho 5 otázek bylo identifikačního charakteru (pohlaví, věk).

V úvodu byli respondenti vyzváni ke spolupráci na vyplnění dotazníkového šetření. Bylo uvedeno, že vyplnění dotazníků je zcela anonymní, dobrovolné a získaná data budou využita pouze k tvorbě bakalářské práce. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků, z toho 20 na KARIM VFN v Praze, 20 na ARO Pardubice a 20 ARO Nové Město na Moravě. Dalších 25 dotazníků bylo rozdáno do Hospice sv. Josefa v Rajhradě u Brna, 10 do Hospice Chrudim a 5 Domácí hospic Vysočina a posledních 20 dotazníků bylo rozdáno na oddělení dlouhodobě nemocných (LDN) v Novém Městě na Moravě. Z celkového počtu 120 dotazníků bylo vráceno 115. Návratnost tedy činí 96%. Žádný dotazník nebyl nesprávně vyplněn. Počet dotazníků vhodných pro zpracování činil 115 (100 %).

Výzkum probíhal v období únor až květen 2016 na výše jmenovaných odděleních. K provádění výzkumu byl od managementu nemocnic získán souhlas.

Aby bylo zaručeno, že položeným otázkám respondenti rozumí, provedla jsem pilotní šetření, poté co jsem rozdala dotazník zdravotnickému personálu, který nehrál roly ve výzkumu. Z výpovědí určeného personálu, jsem měla zpětnou vazbu, že zadaným otázkám dobře rozumí.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek, záměrně vybraný, tvořili nelékařští pracovníci na odděleních ARO, Hospic a LDN, kteří provádějí ošetrovatelskou péči u umírajících nemocných.

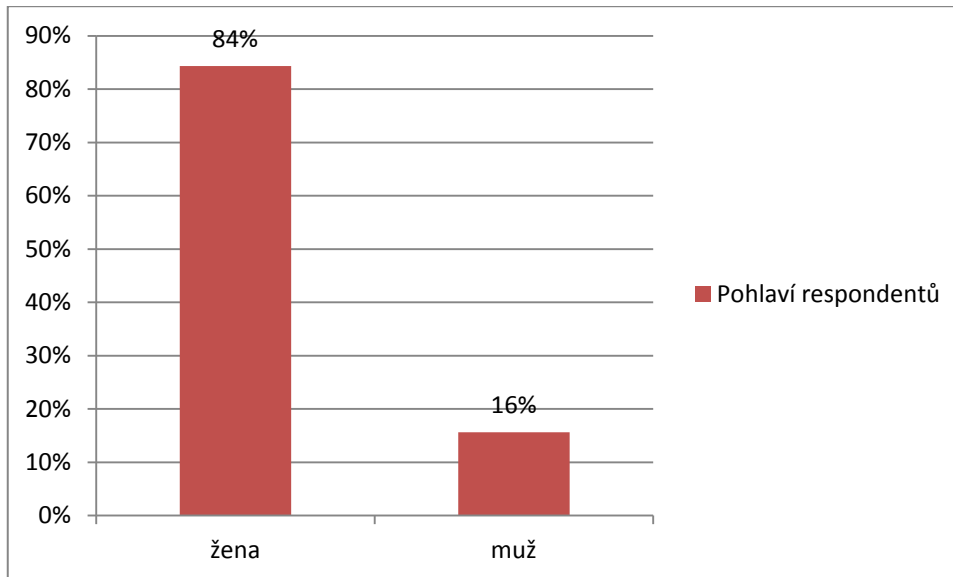
Výběr respondentů byl i přes jasné zaměření práce na postoje a pohledy sester rozmanitý. Byla jsem tedy nucena výzkumné šetření rozšířit i o další pracovníky ve zdravotnictví. Ve výzkumu se objevily ZZ, ZA a porodní asistentka.

4.4 Zpracování dat

Získané odpovědi byly zpracovány a analyzovány pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a textového editoru Microsoft Office Word 2007 formou tabulek a grafů, do kterých byly také zaznamenány hodnoty absolutní a relativní četnosti. Hodnoty relativní četnosti jsou uvedeny v procentech a veškeré hodnoty jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla.

5. Výsledky výzkumného šetření

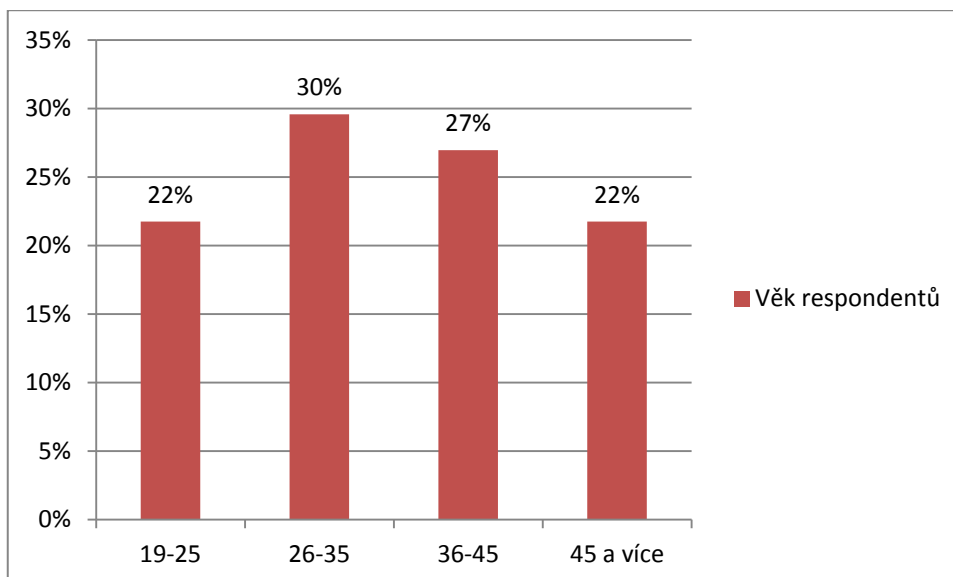
Otázka č. 1: Vaše pohlaví?



Obrázek 1 Graf pohlaví respondentů

Výzkum byl proveden u 97 (84 %) žen a 18 (16 %) mužů. Je patrné, že dotazníky byly z převážné části vyplňovány ženami, což také odpovídá vyššímu zastoupení žen na daných odděleních, které byly vybrány k výzkumu.

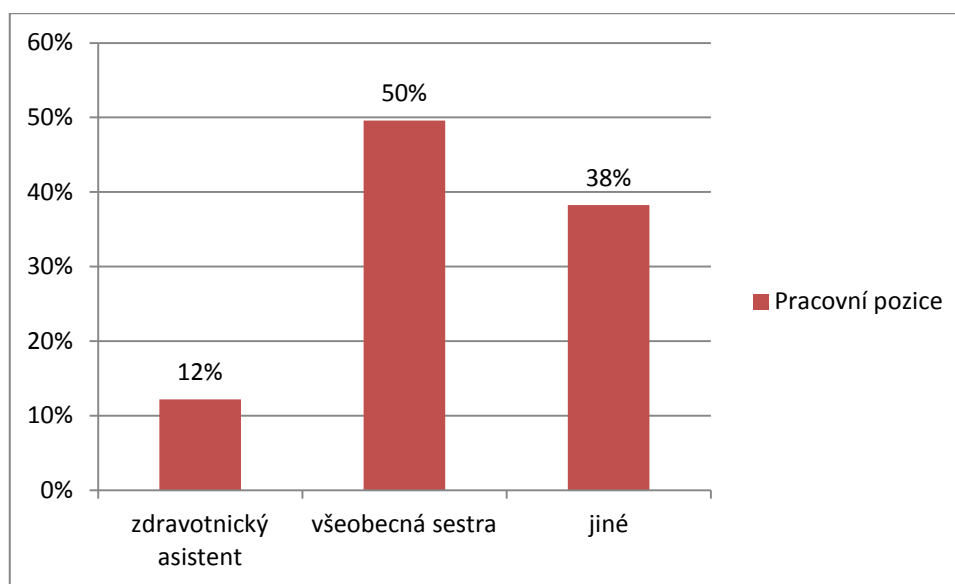
Otázka č. 2: Váš věk?



Obrázek 2 Graf věku respondentů

Věková hranice respondentů byla různorodá. Věk byl rozdělen v rozmezí od 19 do 45 a více let. Průměrný věk byl 28,8 roku. Rozmezí ve věku od 19 do 25 tvořilo 25 respondentů (22 %). Věku od 26 do 35 tvořilo 34 respondentů (30 %), rozmezí od 36 do 45 zvolilo 31 respondentů (27 %) a věk od 45 a více označilo 25 respondentů (22 %). Z výzkumu je patrná převaha respondentů ve věku od 26 do 35 let (30 %). Domnívám se, že díky vyššímu věku, bude ve výzkumu zaručena zkušenost z praxe.

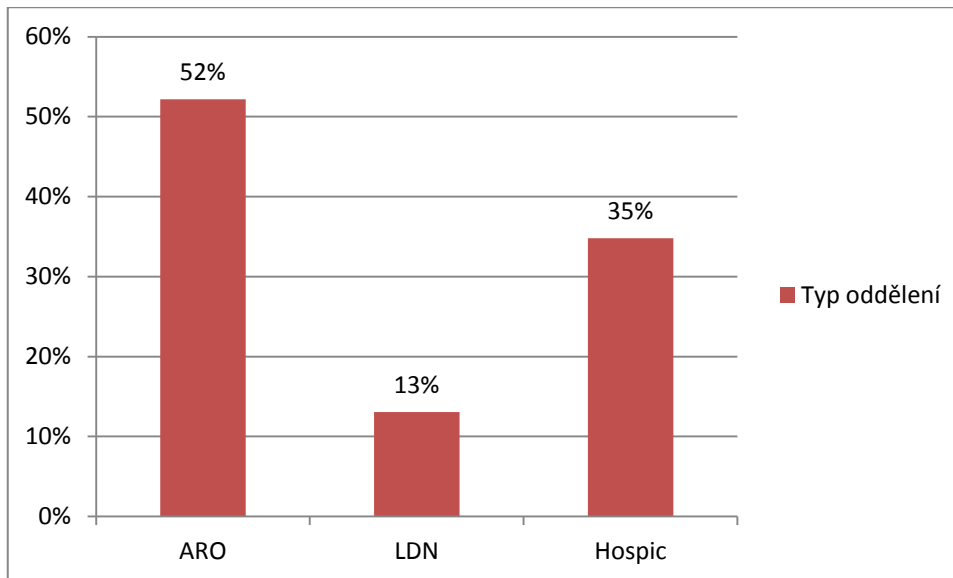
Otázka č. 3: Vaše pracovní pozice?



Obrázek 3 Graf pracovní pozice respondentů

Výsledek šetření ukázal, že 57 respondentů uvedlo pozici všeobecná sestra (50 %), tedy i největší podíl. Dalších 14 respondentů (12 %) označilo pracovní pozici zdravotnického asistenta. Dalších 44 respondentů (38 %) odpovědělo jiné pracovní pozice, z nichž 15 (13 %) respondentů bylo zdravotnický záchranář, 28 (24 %) respondentů sestra pro intenzivní péči a 1 (1 %) respondent uvedl pozici porodní asistentka.

Otázka č. 4: Typ oddělení, na kterém pracujete?

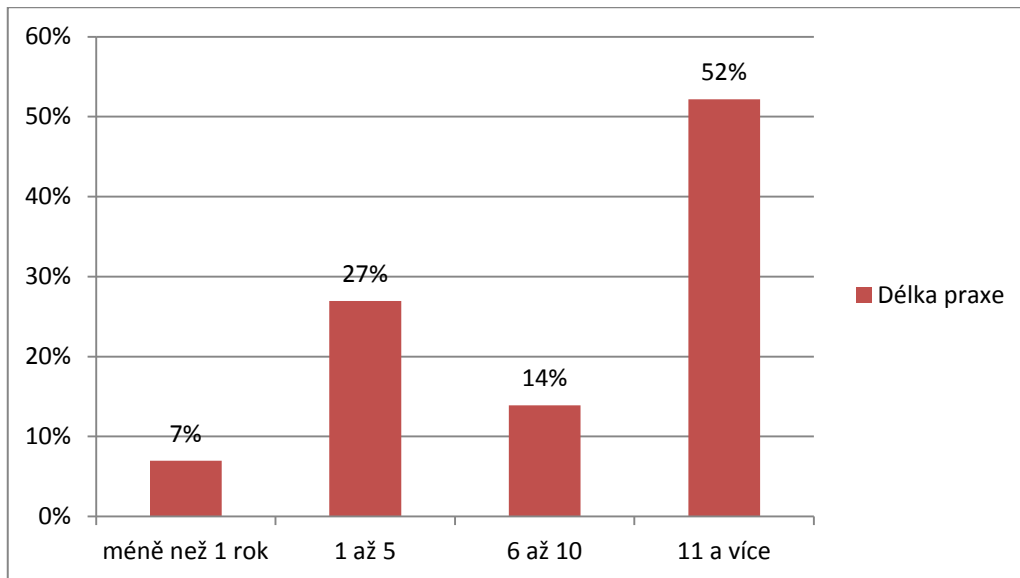


Obrázek 4 Graf typů oddělení

Z oddělení ARO, pocházelo celkem 60 respondentů (52 %). Oddělení LDN tvořilo dohromady 15 respondentů (13 %) a Hospicové zařízení tvořilo celkem 40 respondentů (35 %).

Ze zkoumaného vzorku vyplynulo, že nejvíce respondentů pocházelo z oddělení ARO (52 %) a naopak nejméně z oddělení LDN (13 %). Snažila jsem se tento rozdíl vykompenzovat shodným zařízením zajišťující obdobnou péče jako LDN, takže Hospicové zařízení bylo vhodným zástupcem.

Otázka č. 5: Celková délka Vaší zdravotnické praxe?

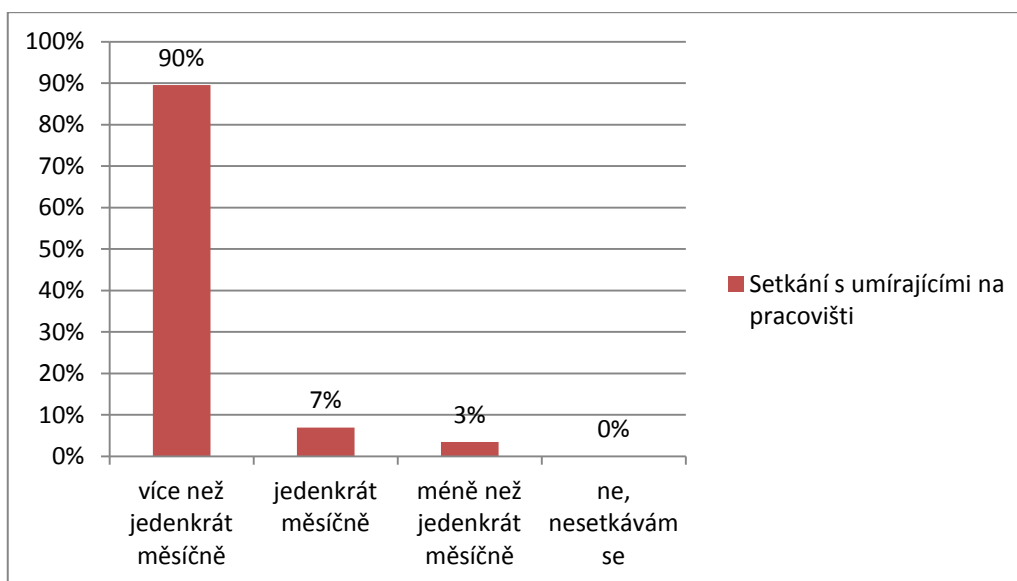


Obrázek 5 Graf délky praxe respondentů

Výsledky u této otázky vypovídají, že celkem 8 respondentů označilo délku své praxe méně než 1 rok (7 %). Dále možnost 1 až 5 let zvolilo 31 respondentů (27 %). Délku praxe 6 až 10 let zvolilo dohromady 16 respondentů (14 %) a poslední možnost 11 a více let praxe označilo 60 respondentů (52 %).

Ze zkoumaného vzorku vyplynulo, že nejčastější odpovědí respondentů byla možnost 11 a více let praxe, na druhé straně méně než 1 rok praxe tvoří jen 7 % respondentů.

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte ve svém zaměstnání s péčí o umírající pacienty?



Obrázek 6 Graf setkání s umírajícími na pracovišti

Celkem 103 (90 %) respondentů uvedlo, že více než jedenkrát měsíčně, 8 (7 %) dotazovaných respondentů uvedlo, jedenkrát měsíčně, 4 (3 %) respondentů uvedli méně než jedenkrát měsíčně a žádný respondent neuvedl, nesetkávám se s takovými nemocnými.

Tabulka 3 Frekvence úmrtí na jednotlivém oddělení

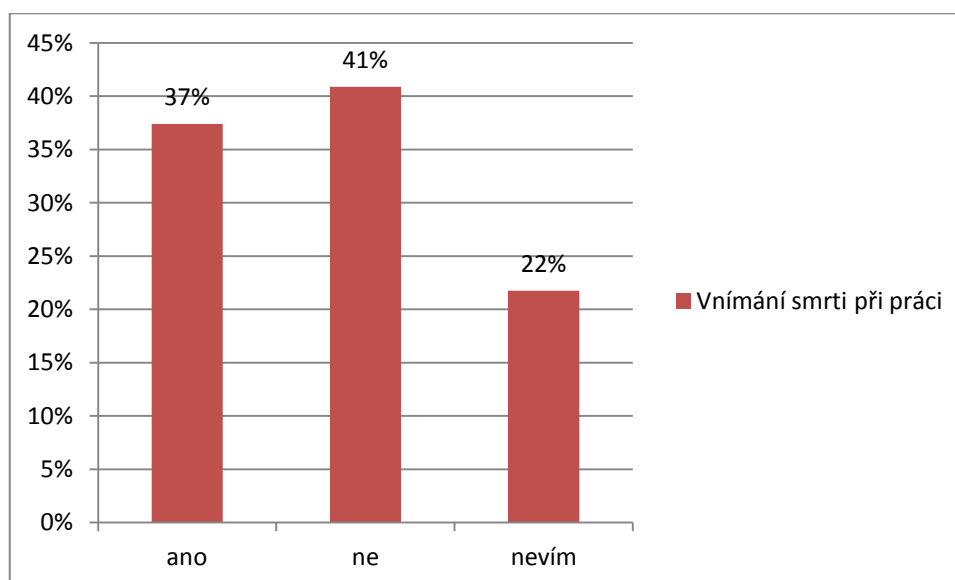
FREKVENCE ÚMRTÍ PACIENTŮ	>1x/měsíc		1x/měsíčně		< 1x/měsíc		nikdy		CELKEM	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
ARO	45	75 %	12	20 %	3	5 %	0	0 %	60	100%
LDN	13	87 %	1	7 %	1	7 %	0	0 %	15	100%
Hospic	32	80 %	6	15 %	2	5 %	0	0 %	40	100%

Z této tabulky lze vyčíst srovnání, jak často se sestry setkávají s umírajícími nemocnými na daném oddělení, které se podílely na výzkumu. Celkem 45 respondentů z oddělení ARO (75 %) se setkává s umírajícími vícrát než jedenkrát měsíčně, dále 12 respondentů (20 %) se setká s umírajícím jedenkrát do měsíce a pouze 3 respondenti (5 %) méně než jedenkrát za měsíc. Z oddělení LDN odpovědělo 13 respondentů (87 %) víc jak jedenkrát do měsíce a jeden respondent jedenkrát do měsíce a 1 respondent méně než jedenkrát do měsíce. Celkem 32 respondentů (80 %) z Hospiců, uvedlo odpověď více jak jedenkrát do měsíce, 6 respondentů (15 %) jedenkrát do měsíce a pouze 2 respondenti (5 %) uvedlo méně jak jedenkrát za měsíc. Ze všech oddělení z výzkumu, žádný respondent neuvedl odpověď –

nesetkávám se s takovými nemocnými. Je zjevné, že výsledky tohoto šetření poukazují na v celku podobné srovnání mezi jednotlivými pracovišti. Největší procentuelní zastoupení získalo oddělení LDN s 87 %, u odpovědi, že se se smrtí setkávají více jak 1x/měsíčně. Musíme také ale brát v úvahu, že počet celkových respondentů, kteří vyplňovali dotazníky na odděleních se liší, takže i tento fakt musíme při hodnocení zvážit. Naopak oddělení ARO ze všech zkoumaných oddělení dosáhlo nejmenší podíl 75 % v odpovědi, že se se smrtí setkávají více jak 1x/měsíčně, a to i se skutečností, že nejvíce respondentů právě pocházelo z tohoto oddělení.

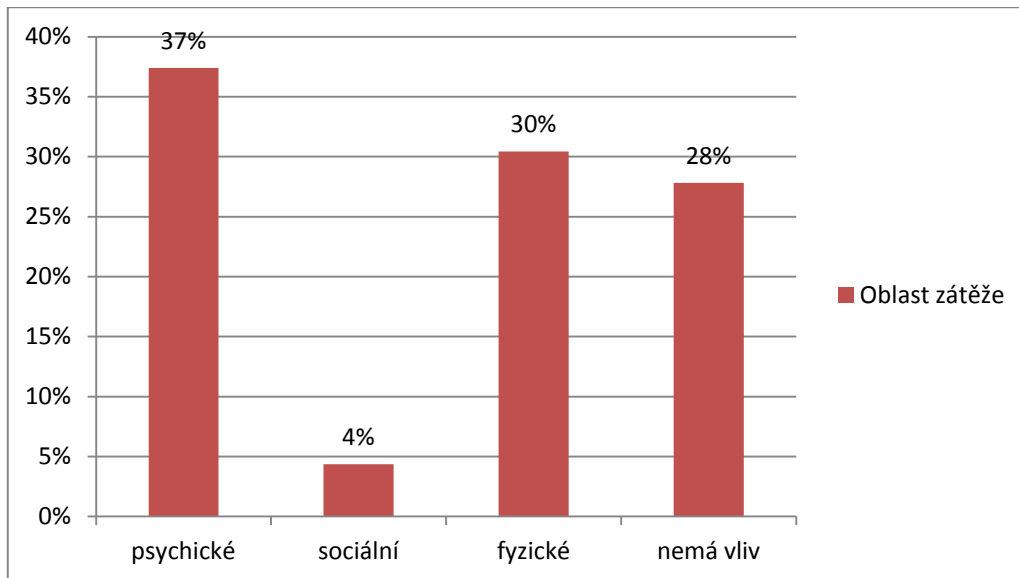
Otázka č. 7: Vnímáte vlastní smrtelnost při své práci?

Výpovědi respondentů uvádějí následující výsledky. Celkem 43 (37 %) uvádí odpověď, ano, že vnímají ji jako součást života, dále dohromady 47 (41 %) respondentů tvrdí, že si neuvědomují vlastní smrtelnost, tedy označili odpověď ne a celkem 25 (22 %) respondentů, označilo odpověď nevím nebo také jinak řečeno, že se nezaobírají těmito myšlenkami při své práci. Z výsledků můžeme odhadovat, že při nejvyšší četnosti respondentů (41 %) u odpovědi, že si neuvědomují vlastní smrtelnost, se může tento fakt do budoucna projevat v problémech v psychické oblasti sester ale taky v kvalitě ošetřování o umírající pacienti, protože sestra nemůže být empatická a uvědomělá k něčemu, co nemá přijaté za své vlastní, tím je myšleno, samotný obraz své smrti.



Obrázek 7 Graf vnímání smrti při práci

Otázka č. 8: Zátěž spojená s péčí o umírající nemocné se u mě nejvíce odráží v oblasti:

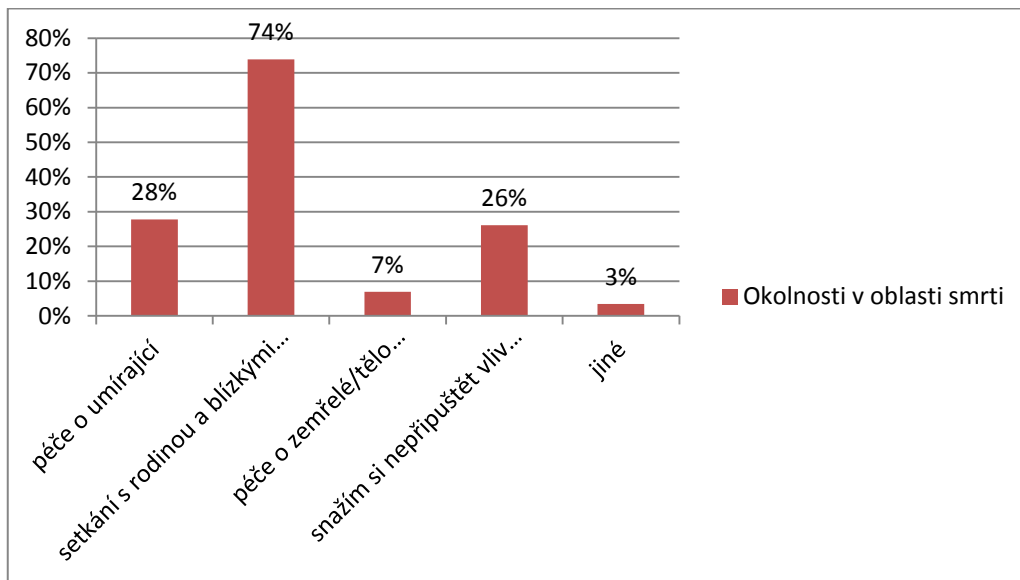


Obrázek 8 Graf oblast zátěže

Většina respondentů 43 (37 %) označilo odpověď, že zátěž spojená se smrtí a umíráním se projevuje v oblasti psychické, pouze 5 (4 %) respondentů se rozhodlo pro odpověď sociální oblast. Další počet respondentů 35 (30 %) si vybralo odpověď fyzickou oblast a překvapující byla odpověď, že nemá vliv, pro který se rozhodlo celkem 32 (28 %) respondentů.

Výsledky se vykazují ambivalencí. Nejvíce na NLP působí zátěž psychická (37 %) a nejméně oblast sociální (4 %). Nejčastější odpověď tedy vykazuje jasnou problematiku v oblasti umírání a smrti, ve které se zmiňují v dalších kapitolách, a tento výsledek jen potvrzuje předpoklady výzkumu. Také překvapujícím faktem byla výpověď, že celkem 28 % respondentů, uvádí, že zátěž spojená s umíráním a smrtí nemá vliv. Může to vypovídat o čemkoliv např. nechuť si přiznat problém nebo jen nezájem odpovídat, ale také odolnost personálu si nepřipouštět zátěž.

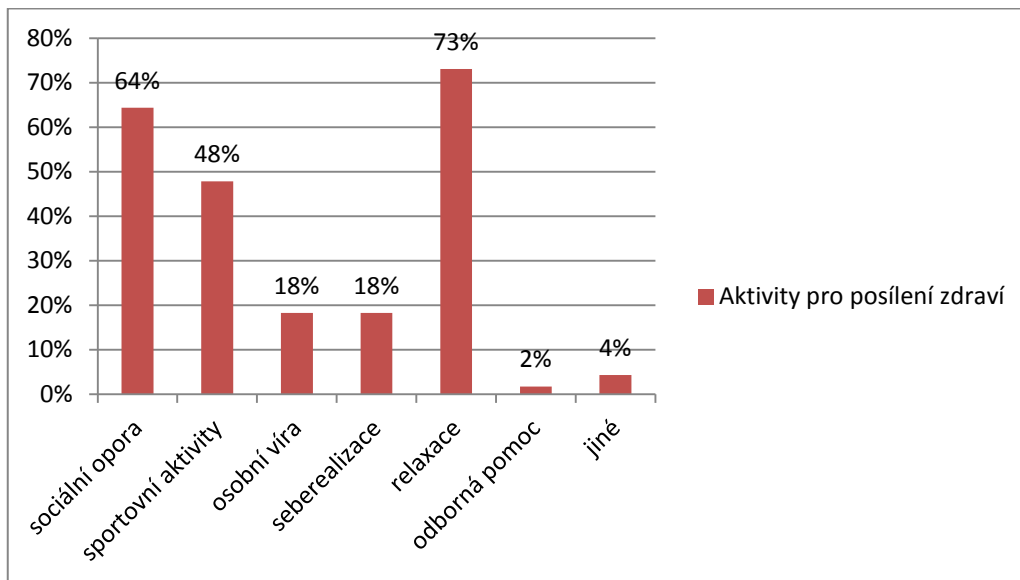
Otázka č. 9: Které okolnosti v péči o umírající nemocné vnímáte Vy osobně jako největší zátěž? (můžete označit více odpovědí)



Obrázek 9 Graf okolnosti v oblasti smrti

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké okolnosti jsou nejvíce zatěžující při práci sester o umírající nebo již zemřelé tělo. Byla možnost více odpovědí. Největší počet respondentů 85 (74 %) uvedlo, že největší zátěž vnímají setkání s rodinou a blízkými umírajícího/zemřelého, 32 respondentů (28 %) uvedlo péči o umírající, 30 (26 %) respondentů označilo odpověď, že se snaží si nepřipouštět vliv zátěže spojené s umíráním a smrtí, 8 (7 %) respondentů uvedlo péče o zemřelé/tělo zemřelého a nejmenší podíl 4 respondenti (3 %) uvedlo jiné, z toho 2 respondenti uvedli nedostatečnou analgosedaci umírajícího, 1 respondent odpověděl, že hospic péče nemá legislativní ukotvení a 1 respondent uvedl celodenní skákání kolem pacienta a zbytečně.

Otázka č. 10: Co děláte pro posílení nebo udržení Vašeho duševního zdraví? (můžete označit více odpovědí)

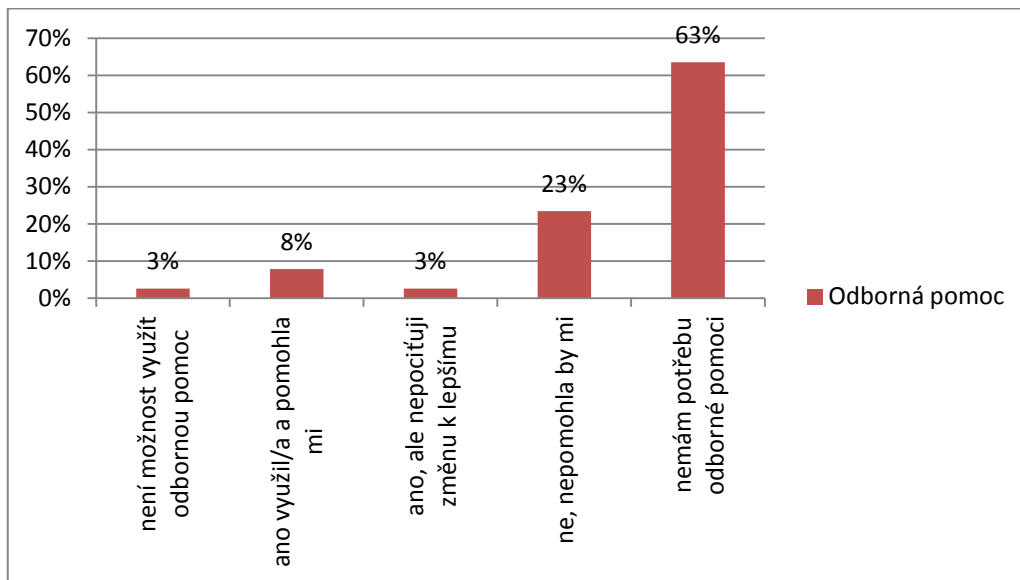


Obrázek 10 Graf aktivity pro posílení zdraví

U této otázky byla možnost více odpovědí. Počet 84 respondentů (73 %) uvedlo, že využívají relaxaci (čtení literatury, meditace, procházka aj.), celkem 74 respondentů (64 %) odpovědělo sociální oporu, 55 respondentů (48 %) zaškrtnulo sportovní aktivity, stejný počet respondentů 21 (18 %) zadalo osobní víru a seberealizaci. Dva respondenti (2 %) využili odbornou pomoc a 5 respondentů (4 %) uvedlo jiné možnosti, kde se objevovali odpovědi typu: sdružování kolektivu (1 respondent), jídlo, pití, odpočinek (1 respondent), nákupy vaření (1 respondent) a kultura (1 respondent).

Převládající počet respondentů (73 %) využívá k udržení svého duševního zdraví metody relaxace. I různí autoři píší o relaxaci jako z hlavních potřeb pro udržení si rovnováhy psychiky a přikládají jí velkou důležitost.

Otázka č. 11: Vyhledal/a jste někdy pomoc psychologa z důvodu vyčerpání související s péčí o umírající nemocné?

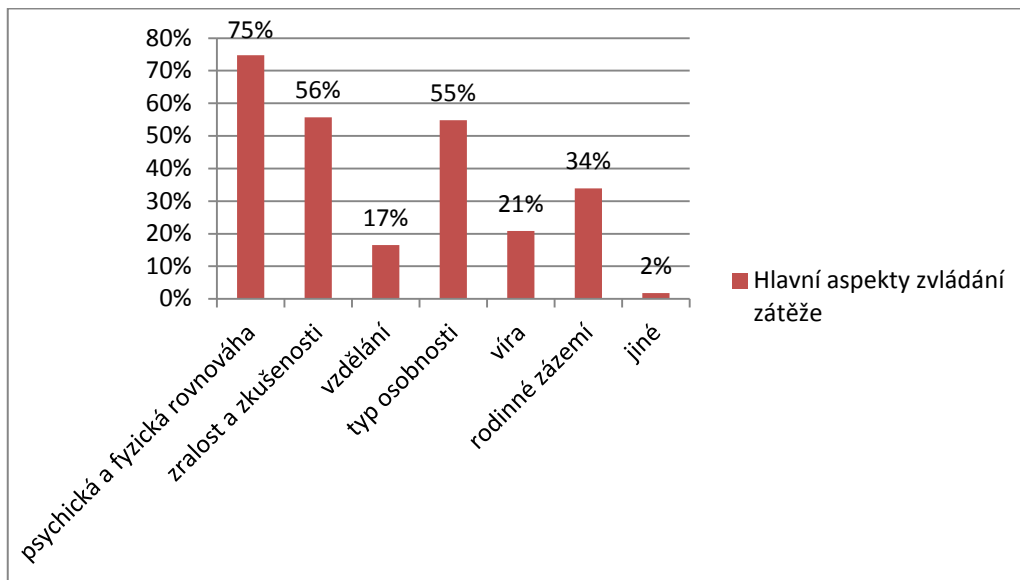


Obrázek 11 Graf možnost odborné pomoci

Výsledkem u této otázky bylo, že většina respondentů 73 (63 %) odpovědělo, nemám potřebu odborné pomoci, dále 27 respondentů (23 %) uvedlo, ne pomohla by mi, 9 respondentů (8 %) zaškrtno odpověď typu, ano využil/a jsem odborné pomoci a pomohla mi, 3 respondenti udali, že v zařízení ve kterém pracuji, není možnost využít odbornou pomoc a taktéž poslední 3 respondenti uvedli, ano odbornou pomoc jsem vyhledala, ale nepociťuji změnu k lepšímu.

Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že respondenti (63 %) nemají potřebu využívat odborné pomoci. Naopak nejmenší počet a to 3 % respondentů odpovědělo, že buďto nemají možnost využít této služby anebo že ano využili pomoci, ale nepociťovali změny na sobě.

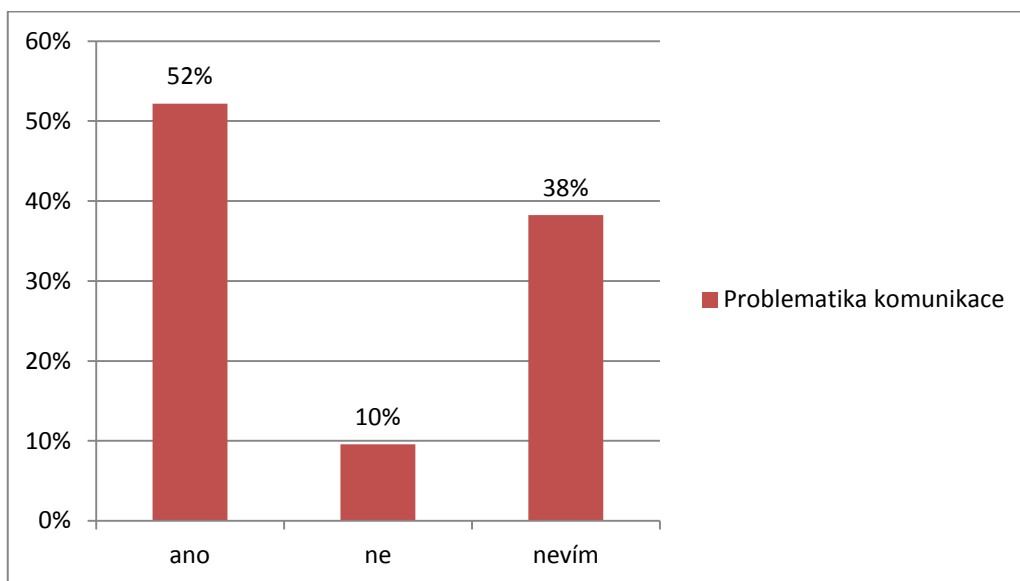
Otázka č. 12: Co považujete za nejdůležitější při zvládnání zátěže spojené s péčí o umírající nemocné? (můžete označit více odpovědí)



Obrázek 12 Graf hlavní aspekty zvládnání zátěže

U této otázky byla taktéž možnost více odpovědí, které byly různorodé, ale výsledky nejsou nikde zcela rozhodující pro žádnou odpověď, která by převyšovala ostatní odpovědi. Celkem 86 respondentů (75 %) s největším počtem označilo odpověď psychickou a fyzickou rovnováhu. Dohromady 64 respondentů (56 %) si vybralo zralost a zkušenosti, dalších 63 (55 %) respondentů si zvolilo odpověď typ osobnosti. Dalších 39 respondentů (34 %) uvedlo rodinné zázemí, 24 respondentů (21 %) víru, 19 (17 %) vzdělávání a poslední 2 respondenti (2 %) uvedli jiné odpovědi, které obsahovaly profesionální přístup, emoční stabilita, dobrý pracovní kolektiv, dobré vztahy na pracovišti (1 respondent), správná míra empatie k pacientovi i jeho rodině (1 respondent).

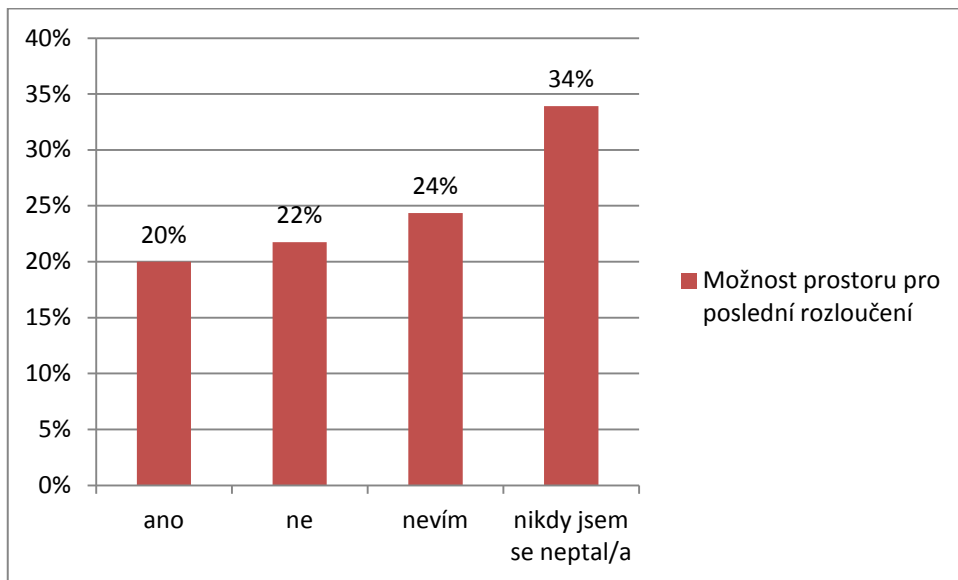
Otázka č. 13: Dělá Vám problém komunikace s blízkými/příbuznými osobami umírajícího pacienta?



Obrázek 13 Graf problematika komunikace

Výsledky této otázky nebyly nikterak překvapivé, jelikož 60 respondentů (52 %) odpovědělo, ano, komunikaci beru jako problém, dalších 44 respondentů (38 %) se vyjádřilo pro odpověď, nevím a nejméně odpovědělo 11 (10 %) respondentů a to odpovědí, ne, nevidí problém komunikace s příbuznými. Jasný výsledek, tedy že celkem 52 % respondentů vidí problematiku v komunikaci, je důkazem velké problematiky v oblasti umírání, ke které se postupně začínají vyjadřovat odborníci a poodhalovat tak možnosti řešení.

Otázka č. 14: Umožňujete rodině dostatečný prostor k rozloučení s umírajícím, popřípadě zemřelým nemocným?

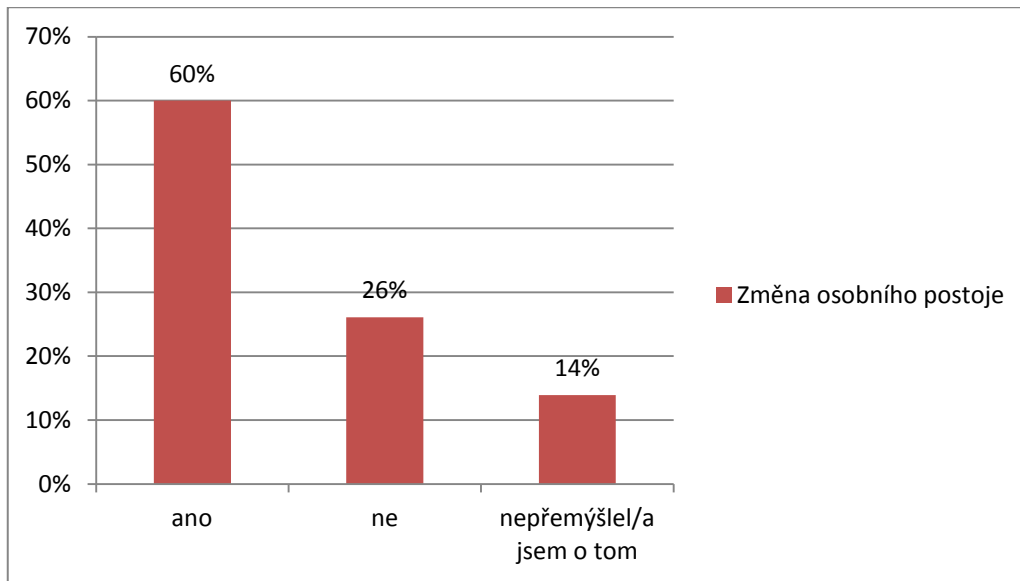


Obrázek 14 Graf možnost prostoru pro poslední rozloučení

Respondenti v počtu 39 (34 %) uvedlo odpověď, nikdy jsem se neptal/a, dalších 28 respondentů (24 %) uvedlo odpověď nevím, 25 respondentů (22 %) uvedlo odpověď ne a posledních 23 respondentů (20 %) označilo ano, dávám možnost prostoru pro příbuzné.

Slepotu ve zdravotnictví vzniklá profesionální rutinou je potvrzeno výsledkem, že nejvíce respondentů (34 %) odpovědělo, že se nikdy neptaly, jestli rodina potřebuje poslední rozloučení s umírajícím členem. Smutný výsledek jen podporuje, že nejméně respondentů (20 %) dávají možnost posledního rozloučení.

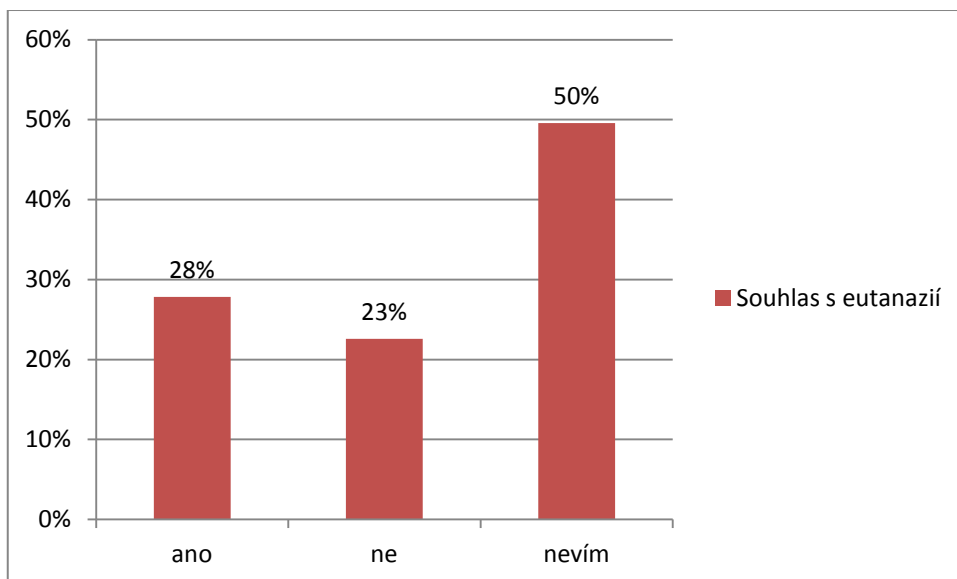
Otázka č. 15: Změnil se Váš osobní postoj k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe?



Obrázek 15 Graf změna osobního postoje

Jednoznačnost odpovědí byla zřejmá, odpověď ano uvedlo 69 respondentů (60 %), pro odpověď ne, se rozhodlo 30 respondentů (26 %) a 16 respondentů (14 %) odpovědělo nepřemýšlel/a jsem o tom. To, že nejvíce označených odpovědí zastupuje odpověď ano, kdy respondenti zaznamenali změnu postoje k umírání, se může projevit v různých směrech.

Otázka č. 16: Souhlasíte se zavedením eutanazie jako řešení smrti v terminálním stádiu pacientů?



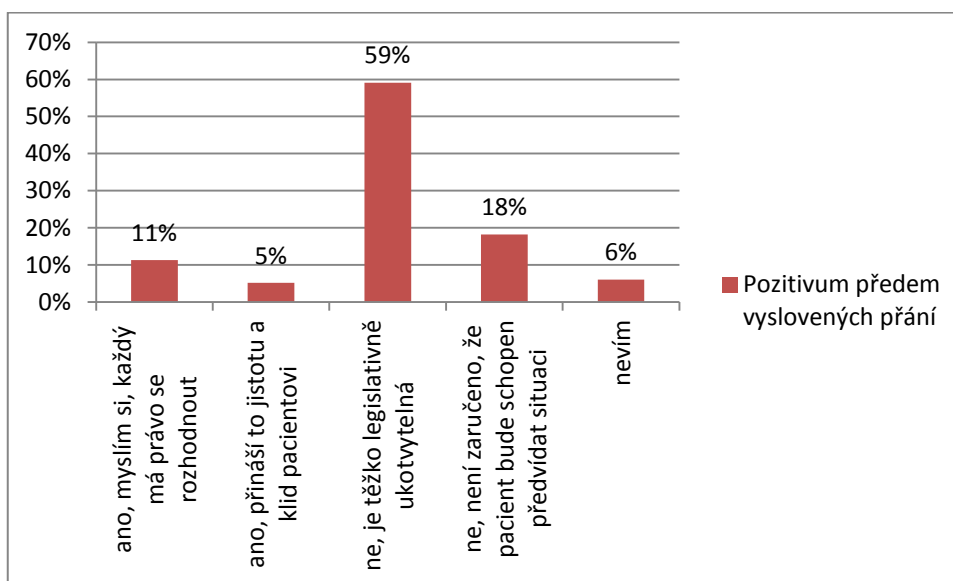
Obrázek 16 Graf souhlas s eutanazií

Výsledky nám ukazují, že 32 respondentů (28 %) souhlasí se zavedením eutanazie, dalších 26 respondentů (23 %) nesouhlasí a 57 respondentů (50 %) odpovědělo, že neví.

U této otázky, jsem nečekala žádné ujasněné odpovědi, které by vypovídaly o utvrzeném názoru. Otázka eutanazie, je nejednoznačná v politické sféře, v náhledu společnosti apod., ovšem je rozdíl mezi laiky a zdravotníky, jelikož na otázku smrti jisto jistě budou mít odlišný názor, jelikož to berou ze své profesionální sféry a nadhled zdravotníků je též relevantní. I když už tak těžko položené otázku nelze přesně definovat.

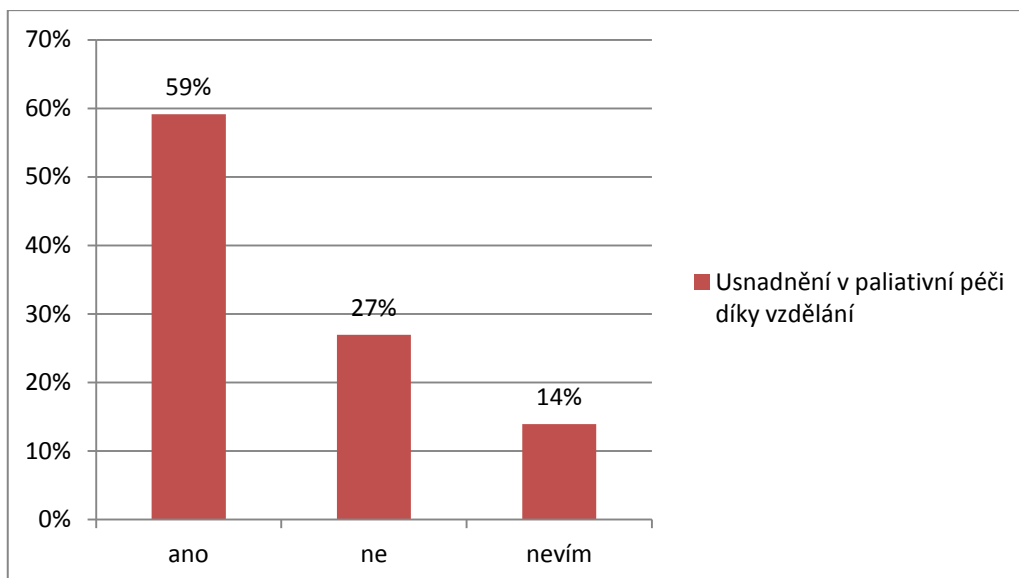
Otázka č. 17: Vnímáte ve své profesi „předem vyslovená přání“ jako pozitivum pro pacienty při zvládnání smrti?

Celkem 13 respondentů (11 %) odpovědělo ano, myslím si, že každý má právo se sám rozhodnout, dále v počtu 6 respondentů (5 %) se vyjádřilo pro odpověď, ano přináší to jistotu a klid. Celkový počet 68 respondentů (59 %) uvedlo jako svou odpověď ne, jsou těžko legislativně vymezená a dohromady 21 respondentů (18 %) odpovědělo, ne není zaručeno, že pacient, bude schopen předvídat situaci a posledních 7 respondentů (6 %) se přiklání k odpovědi neutrální a to, že neví.



Obrázek 17 Graf pozitivum předem vyslovených přání

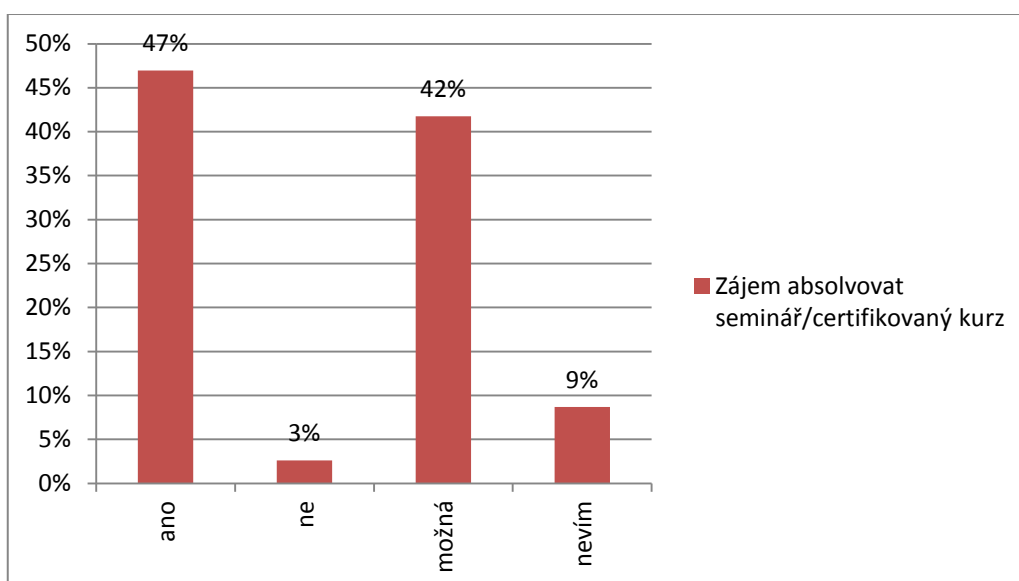
Otázka č. 18: Myslíte, že by Vám další vzdělávání v oblasti paliativní péče (znalosti v oboru thanatologie, eutanazie, etických principů aj.) usnadnilo péči o umírající a jejich rodinné příslušníky?



Obrázek 18 Graf usnadnění v paliativní péči díky vzdělání

Cílem otázky bylo zjistit, zda se respondenti domnívají, že další vzdělání v paliativní péči jim usnadnilo péči o umírající pacienty a jejich příbuzné. Počet 68 respondentů (59 %) odpovědělo ano, 31 respondentů (27 %) odpovědělo ne a 16 respondentů (14 %) odpovědělo nevím. Výsledky této otázky ukazují celkem velký zájem o další vzdělávání v paliativní medicíně, kdy dohromady 59 % respondentů projevilo snahu. Je tedy už jen zanedbatelný počet 14 % respondentů, kteří si nejsou jistí.

Otázka č. 19: Kdyby byla možnost absolvovat seminář/přednášku týkající se péče o umírající nemocné, měl/a byste zájem ho absolvovat?



Obrázek 19 Graf zájem absolvovat seminář/přednášku

Výsledky této otázky jsou nerozhodné. Počet respondentů 54 (47 %) odpovědělo, ano zájem bych měl/a, 48 respondentů (42 %) označilo, možná, v případě, že by téma bylo zajímavé/přínosné pro mou práci, 10 respondentů (9 %) uvedlo nevím a 3 respondenti uvedli, ne nezajímá mě to.

V předchozí otázce č. 18, kdy většina respondentů si myslí, že by jim další vzdělání v paliativní péči mohlo usnadnit péči o umírající a jejich příbuzné jen potvrzuje tato otázka, kdy opět nejvíce respondentů (47 %) by mělo zájem absolvovat seminář týkající se smrti a umírání. Jen 3 % respondentů tvrdilo, že nemají zájem.

6. Diskuze

V této části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky praktické části, které byly získány pomocí dotazníku. Dále jsou zde zodpovězeny výzkumné otázky, které byly uvedeny na začátku výzkumného šetření.

Výzkumná otázka č. 1: Které oddělení se nejčastěji setkává s umírajícími nemocnými?

K této výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 6, „Jak často se setkáváte ve svém zaměstnání s péčí o umírající pacienty?“ Z výsledných odpovědí, je patrné, že součet všech oddělení, které se podílely na výzkumu, nám udává procentuální výsledek 90 % u odpovědi, že respondenti se setkávají s umírajícími pacienty více než jedenkrát za měsíc. Výsledek nás přesvědčuje o své relevantnosti a není nikterak překvapující, jelikož výběr oddělení, byl zvolen záměrně, aby se téma bakalářské práce co nejvíce přiblížilo realitě. Skutečnost, že četnost s jakou se NLP potýkají při své práci o terminálně nemocné, poukazují, jak moc jsou NLP vystaveni ohrožení působících podnětů vyplývajících z oblasti umírání, které mohou vést k následnému, již v předchozích kapitolách uvedený syndrom vyhoření. Z porovnání výsledků mezi ARO a Hospicových zařízení a do nich spadající i uvedené LDN oddělení, vyšlo najevo, že na tuto otázku odpovědělo celkem 60 respondentů z ARA tedy tudíž i celkový počet, že se setkávají s umírajícími více jak jedenkrát měsíčně. Z oddělení LDN a hospic bylo zjištěno celkově 55 respondentů, který označili stejnou odpověď.

Mikuláščík (2010) ve své publikaci uvádí, že často se opakující situace mohou mít vliv i na profesionální deformaci, která může brzdit spolupráci v týmu a blokovat osobní rozvoj, ale také se člověk může chovat až nevhodně (=netaktně, neprofesionálně).

Výzkumná otázka č. 2: Vnímají zdravotníci v péči o umírající nemocné jako nejhorší problém psychickou zátěž?

Díky otázce č. 8 : Zátěž spojená s péčí o umírající nemocné se u mě nejvíce odráží v oblasti (psychické, fyzické, sociální, nemá vliv), nám pomůže se zorientovat, v které oblasti se nejvíce odráží zátěž vycházející ze smrti. Výsledky této otázky jsou různorodé, největší podíl má oblast psychická a to s 37 %, ovšem oblast fyzická s 30 % a oblast sociální s pouhými 4 %. Překvapivá odpověď obsahující, že zátěž nemá žádný vliv, uvedlo celkem 28 % respondentů. Takže stále platí, že zátěž se nejvíce odráží v oblasti psychické a je tedy potřeba se do budoucna na tuto oblast zaměřit, pomocí dnes již dostupných metod (supervize apod.). Důležitou sférou zde hraje i péče o duševní zdraví. Pomocí otázky č. 9: Co děláte pro posílení

nebo udržení Vašeho duševního zdraví? Je možné najít částečnou odpověď, jaké metody zdravotníci využívají pro posílení svého duševního zdraví. Nejvíce respondentů (73 %) označilo aktivitu relaxace, hned za ní, byla druhou nejčastější odpovědí zvolena s 64 % respondentů sociální opora a třetí nejčastější odpovědí byly sportovní aktivity celkem 48 % respondentů. Ohromující byla možnost využití odborné pomoci, kterou uvedlo pouze 2 % respondentů. Otázkou je proč. Odpověď by se mohla najít v obavách svěřit se někomu, nedostatku času, či celkový nezájem, ale to už není tématem této bakalářské práce.

Marková (2010) také zmiňuje, že v tíživé situaci je důležitá podpora rodiny a blízkých. Z toho můžeme soudit, že zásah zátěže, vyplývající z oblasti umírání, nezasahuje až tak příliš do rodinné sféry, neboť sestry využívají i jiné možnosti odpoutání se od zátěže.

O 'Connor a Aranda (2005) společně uvádějí, že nevyhovující pracovní prostředí a konflikty na pracovišti pracovníka zbytečně vyčerpávají a plýtvají jeho energií. Kvalita odvedené práce pak může být touto zkušeností negativně ovlivněna.

Primární prevenci syndromu vyhoření je možnost nabídek různých benefitů a to v materiální i nemateriální formě tj. vitamíny, příspěvky na dovolenou, více dnů dovolené, ale uzejme, že tyto možnosti, mají ve svých osnovách zatím jen některá zařízení.

V neposlední řadě, je důležité pečovat o zdravotníky. Je víc než jasné, že snad každému zaměstnanci se bude lépe pracovat v příjemné atmosféře, bez pocitu neustálé kontroly ze strany vedení nadřízených, ale je zase nutné podotknout, že význam např. auditů, které, když jsou kvalitně řízeny, mohou pomoci sjednotit péči na jednotlivých oddělení a vidět tak zpětnou vazbu a jasné nedostatky. Vhodné je na tyto kontroly zdravotníky informovat a nezakreslovat původní logiku auditů, aby je zdravotníci nebraly jako nepřítel ve svém povolání.

Výzkumná otázka č. 3: Je pro zdravotníky problém komunikovat s rodinou umírajícího nemocného?

Touto výzkumnou otázkou se zabývá otázka č. 9, 13 a 14. Otázka č. 9: Které okolnosti v péči o umírající nemocné vnímáte Vy osobně jako největší zátěž?

Výsledky nám ukazují, že největší zátěž respondenti považují setkání s rodinou a blízkými umírajícího/zemřelého s výsledkem 74 %. Komplexní péči o umírající/mrtvé tělo uvedlo pouze 28 % respondentů a odpověď, kdy se respondenti snaží si nepřipouštět vliv zátěže

uvedlo 26 %. Odpovědi jsou velmi ambivalentní, ale je patrné, že NLP mají problém mluvit o tématu smrt a vše okolo k tomu vztahující se. Nebylo by od věci, se do budoucna také zaměřit na různé semináře o správné komunikaci s příbuznými zemřelých a na celkovou spiritualitu.

Podstatnou roli hraje, jaké je první setkání umírajícího a sestry. Autorka Marková ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* (2010) uvádí, že v roce 2009 provedla průzkum při svých přednáškách na téma Smrt u 30 zdravotních sester – 16 z nich studovalo magisterský obor ošetrovatelství a 14 z nich pracovalo v různých zařízeních. Ze zjištění vyplynulo, že polovina dotazovaných se nesetkala až do svého nástupu na střední školu s umírajícím nebo zemřelým člověkem ve své rodině. Část z nich, popisovala, jak jim umírala blízká osoba, ale rodiče je chtěli ušetřit skličujícím pohledu. Uváděli také, že do dneška litovali, že se nemohli s dotyčným rozloučit. Společný výsledek u sestřiček byl strach z komunikace s pacienty o smrti. Vypovídaly, že se bojí odpovídat na otázky pacientů na téma smrt a nevléčitelné choroby. Tři z těchto sester, se setkaly se smrtí v dětství a tak tvrdily, že smrt je přirozený jev (MARKOVÁ, 2010).

Jako zdravotnický začátečník se 74 % setkalo se smrtí, až během své praxe tzn. někdy v sedmnácti letech. Pro autorku byl klíčový cíl, zjistit, jak vedoucí na praxích nebo sestry na oddělení poskytly podporu začínajícím sestřám při této náročné situaci. Odpovědi zněly, jak uvádí ve své práci Marková (2010) např. vedoucí byla sama v šoku, sestry poslaly studentky na jiný pokoj, protože si to udělají raději sami. Dále autorka uvádí, že po této zkušenosti se studentkami nikdo nemluvil. Jediné co si studentky odnesly je informace, že pacientka už je v lednici. Z daných situací je popsáno, i jak studentky měly tendenci k pláči a vedoucí praxe je pouze pobídla k tomu, ať nepropadají hysterii.

Spojitost s otázkou č. 13: Dělá Vám problém komunikace s blízkými/příbuznými osobami umírajícího pacienta?

Zjištěný výsledek, nás utvrzuje že, celkem 60 respondentů (52 %) tvrdí, že komunikaci s rodinou příbuzných berou jako problém. Možná každý z nás má osobní zkušenost s tímto faktem. Ať už jako laik nebo odborník v podobě NLP nebo studentů ze zdravotních škol. Komunikace vážne jak ze stran zdravotníků, tak i ze strany pacienta. Jak uvádí Marková (2010), často se stává, že pacient se nesvěří dostatečně se svým aktuálním problémem sestře nebo lékaři, není neobvyklé, když cestou na vyšetření, kdy pacienta doprovází sanitář, se dozví více než ošetřující personál a to vše může pramenit z vedení a navozování nesprávné komunikace. Je vhodné si uvědomit, že nekomunikujeme pouze verbálně, ale celým svým

tělem. Z toho příbuzní i pacienti, mohou vyčíst, jaký k nim NLP mají vztah a jestli si jich váží, či prostě jen „dělají svou práci“. Pokusíme se tedy zaměřit na základní pravidla komunikace. Prvním krokem je umět navázat kontakt, z toho zkráceně vyplývá, aby si zdravotník osvojil techniky tzv. aktivního naslouchání. To je velmi důležité si uvědomit v případě umírajícího pacienta a jeho truchlící rodiny. Vhodné je do komunikace zakomponovat otevřené otázky, možnost poskytování zpětné vazby, tak aby pacient věděl, že mu nějak rozumíme a mezi důležité aspekty patří zejména vytvořit atmosféru důvěry. Záleží velmi na tom, jak se pacient do paliativní péče dostane. Jde tedy o zajištění určité autonomie. Dalo by se spočítat na prstech jedné ruky, kdy pacienti, zařazení do procesu hospicové a paliativní péče vlastně ani neví podstatu této komplexní péče. Proto je nutné pracovat na vzájemném pocitu důvěry (MARKOVÁ, 2010).

Pro příklad: Do hospice byla přijata pacientka. Její první otázkou bylo, zdali je to léčebné sanatorium. Sestra, která měla pacientku na starost ji vysvětlila, že hospic je zařízení poskytující péči těžce nemocným pacientům, kdy základní onemocnění se zde neléčí, ale především se léčba zaměřuje na kvalitu života a pocitu být bez bolesti na sklonku života. Pacientka reagovala nelichotivě a dožadovala se lékaře. Lékař záhy zjistil, že pacientka byla jen částečně informována o svém onemocnění a následné prognóze a tudíž se dožadovala okamžitého propuštění z hospice. Sociální pracovnice kontaktovala manžela, který nebyl schopen se o manželku postarat v domácím prostředí a o umístění své manželky byl informován a souhlasil s ním. Pacientka byla ujištěna tedy, že se pro její propuštění bude dělat vše, co bude v silách ošetřujícího personálu a byla požádána o spolupráci, aby přemýšlela o možnostech, kde by chtěla a mohla být. Díky tomuto předání, kdy rozhodování přešlo do pacientčiny rukou, ji velmi uklidnilo a po dvou dnech se vyjádřila, že už nikam nechce, že se v hospici cítí jako doma. Manžel se nakonec ubytoval v zařízení spolu s ní (MARKOVÁ, 2010).

Něco jiného je pokud pacient trpí např. poruchou CNS, při kterém vzniká afázie. Stejně tak i u pacientů, kteří nemají sílu ke komunikaci, protože jsou velmi vysílení svou nemocí. Mezi základní dovednost patří neverbální komunikace (oči, pohyb, stisk ruky, piktogrami...). Dalším mezníkem co se jeví jako problém je komunikace s rodinnými příslušníky. Sestra si musí uvědomit v paliativní péči, že pacient je nedílnou součástí své rodiny, a pokud je nemocný on, je nemocná celá rodina. Někdy se sám pacient může trápit pocitem, jak jsou jeho blízcí schopni přijmout skutečnost těžké nemoci nebo blížící se smrti. S uvědoměním toho, sestra musí umět citlivým způsobem poskytnout rodině správné a pravdivé informace o

průběhu umírání a o tom, čím si nemocný prochází. Důležitou roli při pochopení rodiny, je brát v úvahu, jejich zvyky, tradice, způsob života, sociální role či postavení a jaké hodnoty daná rodina vyznává. V neposlední řadě, je nutnost umět zvládnout projevy zármutku, neutíkat od nich a nebát se je přijímat a umožnit pozůstalému, aby si prošel procesem truchlení, tj. ventilovat své emoce, pomalu se adaptovat na danou situaci, dodávat pozůstalým odvahu při odpoutávání se od pozůstalého (KUBÍČKOVÁ, 2001).

S tímto problémem se zabýváme v otázce č. 14: Umožňujete rodině dostatečný prostor k rozloučení s umírajícím, popřípadě zemřelým nemocným? Kdy nejvíce respondentů tedy 39 (34 %) odpovědělo možnost, nikdy jsem se nezeptal/a. Což už vypovídá pro začínající koloběh celkového problému jak v péči o umírající tak pro jejich příbuzné v komunikaci. NLP mají zavřené oči při své práci a jistá lidská míra empatie se pomalu vytrácí.

Otázka č. 15: Změnil se Váš osobní postoj k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe? Tato otázka nám může nastínit, jestli délka praxe může ovlivnit celkový pohled na péči o umírající. Celkem 69 respondentů (60 %) odpovědělo, že ano a je to i nejvíce zastoupený názor. Když k tomu přičteme, že 60 respondentů (52 %) uvedlo délku praxe 11 a více let, kdy tento počet označoval taktéž největší počet, tak souvislosti mezi těmito fakty jsou patrné. Haškovcová (2007) považuje za nutnost integrovat paliativní péči do stávajících zdravotnických zařízení. V jednom svém šetření, považuje za alarmující, že zdravotníci, kteří se vykazují jistými zkušenostmi z oblasti péče o umírající, tak jejich společný názor zní, že kvalitu péče o umírající považují za nedostatečnou.

Výzkumná otázka č. 4: Mají zdravotníci zájem vzdělávat se v péči o umírající nemocné?

V dotazníkovém šetření, se touto výzkumnou otázkou zabírala otázka č. 18 a 19. Kdy otázka č. 18 zní: Myslíte, že by Vám další vzdělávání v oblasti paliativní péče (znalosti v oboru thanatologie, eutanazie, etických principů aj.) usnadnilo péči o umírající a jejich rodinné příslušníky?

Respondentů, kteří odpověděli ano, bylo 59 %, těch kteří tvrdili ne – 27 % a 14 % bylo u odpovědi nevím. Z výsledků je viditelné, že zájem NLP o zvyšování kvalit v oblasti vzdělávání je patrný. Otázka č. 19 ve svém znění: Kdyby byla možnost absolvovat seminář/přednášku týkající se péče o umírající nemocné, měl/a byste zájem ho absolvovat? Z výpovědí, které uvádějí, že 47 % respondentů, by zájem o seminář měli, tak na druhé straně celkem 42 % respondentů tvrdí, že možná, v případě, že by téma bylo zajímavé/přínosné pro

mou práci. V obou případech, pokud se zajistí, aby semináře, byly pořádané uceleně a systematicky, aby jak tvrdí respondenti, to mělo přínos pro jejich profesi, je potřebné, aby pro začátek této dlouhé cesty začal už v samotných nemocnicích, kde vrchní sestra oddělení bude asertivně nutit své podřízené o důsledném vzdělávání v péči o umírající, ale nejen o ně, ale taky následnou péči i o NLP, zajistit jim dobré pracovní podmínky, možnost např. supervizí a celkově se zajímat o své podřízení aby nedocházelo třeba k syndromu vyhoření. Pokud nebudou spokojeni NLP, nebudou spokojeni ani pacienti, jelikož na ně potom dopadá nezkušenost a negativní dopady vyplývající ze zdravotnictví.

Je smutné, že sestry mají vést pacienta až do jeho samotného konce, ale nikdo jim neřekl ani neukázal, jak a když samy byly na dně, neměly ani oporu v lidech okolo. Jak pak můžeme po sestrách chtít správné vedení komunikace s umírajícím a poskytování důstojného umírání, když jim není pomoci a kámen úrazu vzniká už na začátku jejich profesního povolání. Aniž bychom chtěli, vytváříme tak skrytě tabuizaci smrti (PAYNEOVÁ, 2007).

Výzkum Kisvetrové (2011), který potvrzuje, že většina sester (99,1%) projevuje zájem o získávání informací k problematice umírání (SOLEN, online, 2016-28-6).

Zdravotnická zařízení by měla konat pravidelně a dávat možnost pro své zaměstnance odborné diskuze, semináře, workshopy, besedy, setkání, kde by diskutovali nad tématy týkajících terminálně nemocných klientů. To může posloužit i jako prevence proti syndromu vyhoření, ale taky pro celkový profesní růst.

Výzkumná otázka č. 5: Připouštějí si zdravotníci vlastní smrtelnost ve svém povolání?

Z výsledků nám vyšel největší počet respondentů tedy celkem 47 (41 %) s odpovědí, že při své práci nevnímají vlastní smrtelnost. I v dnešní době moderní technologie, je známa u lidí úzkost vyvolaná představou vlastní smrti. Je to vcelku normální jev. Studie nám ukazují, že vymezení postoje sester k vlastní smrtelnosti a umírání zahrnuje nejen kulturní, sociální, osobnostní a kognitivní charakteristiky, ale taktéž i filozofické a spirituální determinanty, na jejichž podkladě jsou individuální postoje sester k vlastní smrtelnosti a s tím spojená úzkost (SOLEN, online, 2016-28-6).

Dokument z webových stránek s názvem: Náhled sester z hospiců v České republice na vlastní smrtelnost uvádí, že: „Osobní zkušenost z opakovaných setkání s umíráním a se smrtí jiných lidí může u sester pracujících v hospicových zařízeních vyvolávat úzkost ze smrti vlastní, kterou si podvědomě nepřipouští a potlačují ji. To pak determinuje neochotu sester

diskutovat o problematice smrti s pacienty a jejich rodinami, únik do jiné činnosti, somatizaci nebo citovou plochost až syndrom vyhoření.“ Cílem tohoto výzkumu je, že hospicová péče přistupuje ke smrti jako k součásti každého života. Předpokladem tedy je, že sestry pracující v zařízeních, kde se očekává setkání se smrtí, budou se svou smrtelností vyrovnané. Výzkum se zaměřil na hospicovou péči. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ve zkoumaném souboru si 92,2 % všeobecných 70 Paliativna medicína a liečba bolesti | 2011; 4(2) | www.solen.sk Ošetrovateľstvo sester myslí, že je smířeno s vlastní smrtelností. U sester, které se považovaly za věřící, byla pozitivní odpověď v 98,6 %, u sester, které se označily za nevěřící v 78,1 % (SOLEN, online, 2016-28-6).

„Také Gómez potvrzuje důležitost vyrovnání se s vlastní smrtelností, protože úzkost ze smrti může sestrám bránit v terapeutických interakcích s pacienty v terminální fázi života (GÓMEZ, 2007).“ Do budoucna se může tato nevyrovnanost projevit kumulací stresu a vzniku syndromu vyhoření (SOLEN, online, 2016-28-6).

V počtu 94 sester, které uvedly, že jsou smířené s vlastní smrtelností, odpovídaly na otázku, co jim napomohlo smířit se s vlastní smrtelností. Jejich odpovědi byly rozděleny do pěti skupin. Na prvních místech se objevily položky: práce v hospici (33 %) a víra (26,6 %). Také zahraniční studie uvádí, že sestry v hospicích se méně snaží vyhnout myšlenkám na smrt a vykazují menší úzkost ze smrti, vyhoření a stres ve srovnání se sestrami z oddělení neodkladné péče (SOLEN, online, 2016-28-6).

Výzkumná otázka č. 6: Jak vnímají zdravotníci zásadní etické problémy týkající se konce života pacientů v ústavní péči?

K této otázce se vztahují otázky č. 16 a 17 v dotazníku. Přímou z otázky č. 16, která zněla: Souhlasíte se zavedením eutanazie jako řešení smrti v terminálním stádiu pacientů? Vyplynulo, že 57 respondentů (50 %) odpovědělo, že neví, zdali souhlasí se zavedením eutanazie do paliativní péče. Česká lékařská komora (dále jen ČLK) je orgán zastupující odbornost a etiku lékařského povolání a respektující právo. Svůj postoj k eutanazii vyjadřuje takto: „S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá právo prodlužovat utrpení s nevléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřípustné. Eutanazie a asistovaná sebevražda jsou projevem selhání.“ Nedivím se v podstatě, co vyšlo jako nejčastější odpověď respondentů v mém dotazníkovém šetření. Názory zda povolit eutanazii či ne, je velmi diskutabilní a já osobně si nedokážu představit zákon, který by dokázal zabránit zneužívání

eutanazie a který by dokázal rozhodnout, kdo má právo na eutanazii a kdo ne. Řada lidí se bojí říci ano, protože síla zneužití je veliká a není pochyb o tom, koho by se tato změna dotkla nejvíce a to starých lidí a handicapovaných. Druhá role, zde hraje autonomie každého z nás, ale jak víme, různé nemoci, na každé pacienty působí jinak a někdy se stává, že svůj boj předem vzdávají. Se zavedením eutanazie, by nejspíš klesla myšlenka rozvíjet paliativní péči, i z ekonomického hlediska. S otázkou eutanazie se pojí i etické otázky, např.: Je etické přenést svou odpovědnost na druhého?, Je etické nutit někoho, aby paliativní léčbu přijal, aby umíral v hospici?, A kdo má vůbec být tím, kdo rozhodne, že život už není životem v pravém slova smyslu? Pacient, lékař, či příbuzní? Naskýtají se různé otázky a samozřejmě i různé odpovědi, které jsou více či méně podloženy argumenty. Je potřeba tedy diskutovat o tomto tématu z více pohledů, a aby se zapojilo co nejvíce oborů – filozofové, sociologové, psychologové, lékaři apod. Další otázka z dotazníku, vztahující se k této výzkumné otázce je otázka č. 17: Vnímáte ve své profesi „předem vyslovená přání“ jako pozitivum pro pacienty při zvládání smrti?

Z výzkumu vyšlo najevo, že celkem 68 respondentů (59 %) tedy nejvíce respondentů, se přiklání k odpovědi, ne, protože „předem vyslovená přání“, jsou těžko legislativně vymezená. Je to obdobná situace, jako předchozí otázka č. 16. Respondenti se brání a jsou nejistí se přiklonit k jedné nebo k druhé straně. Jelikož jak eutanazie a „předem vyslovená přání“ je velmi obtížný právní problém, který zasahuje i do svědomí každého z nás a lidé už odjakživa měli problém nést odpovědnost za něčí život, protože to je v rozporu s morálními normami. Mohli bychom dále přemýšlet, jaké důvody vedou sestry k nejrůznějším názorům ohledně předem vyslovených přání, ale to již není tématem mé práce.

Výzkumná otázka č. 7: Jaké využívají zdravotníci pracující s umírajícími nemocnými možnosti duševní hygieny?

Otázka č. 10: Co děláte pro posílení nebo udržení Vašeho duševního zdraví? Pomocí této otázky jsme zjistili výsledky pro tuto výzkumnou otázku. Největší množství respondentů tedy 84 (73 %) uvádí v dotazníku, že nejvíce využívanou metodou pro posílení duševního zdraví, jsou různé formy relaxace. Odpověď relaxace, jsem v dotazníku, nijak více nerozebírala např. jaké druhy, bylo by to pro výzkum bezpředmětné. Co si ale myslím, že stojí za povšimnutí je, že na druhém místě nejčastější odpovědi, byla s počtem 74 respondentů (64 %) uvedena odpověď sociální opora.

Křivohlavý a Pečenková (2004) doporučují ještě další zásady, jejichž dodržování dodává sílu a další energii. Z jejich zásad vyplývá, že člověk obecně by měl dbát na udržení rovnováhy mezi zátěží a tím co mu pomáhá doplnit energii. Jako nejčastější metody uvádějí možnosti různých druhů relaxace, stejně tak jak vyšly výsledky nejčastější odpovědi pro udržení si duševního zdraví v mé bakalářské práci. Dále co je hlavní prioritou je mít jednoduše radost ze života např. díky svým koníčkům, pomocí rodiny, ale také vhodná strava a dostatek spánku ovlivňují chod našeho života. Jako základní předpoklad, Křivohlavý a Pečenková (2004) uvádějí dobré rodinné zázemí, což i koresponduje s mou druhou nejčastější odpovědí pro udržení si duševního zdraví respondentů a to je sociální opora. Ještě co stojí za poznámku k této výzkumné otázce je, že člověk by si měl určit své priority a hodnoty, bez toho nemůže stavět své životní etapy.

Také kniha od Komačenkové (2009) stojí za uvedení k této výzkumné otázce k podhalení problematiky tématu. Autorka píše ve své knize o tom, že práce s umírajícími klienty, je velmi psychicky náročná. Uvádí také osobní faktory zátěže, které mají vliv např. vedení, členy pracovního týmu, konflikty apod., ale nejčastějším zdrojem stresu u sester je umírání a smrt. Z mé práce vyplývá, že častěji jako zdroj zátěže uvádí respondenti komunikaci s umírajícím nebo s jeho příbuznými, ovšem nemění se nic na tom, že tyto problémy pochází ze smrti a umírání.

Sestra kolikrát za svou práci nedostávají ani „cenu útěchy“ v podobě prostého poděkování, prokázání úcty atd., kterou si mnohokrát zaslouží. Je to právě sestra, která je nositelkou klidu, bezpečí a důstojnosti. Mnozí z nás si to ani neuvědomují. Mrzí mě dnešní přístup vedení, kdy sestry nedostávají ani různé možnosti benefitů, které by zajistily podporu pro jejich psychiku, nemůžeme se pak divit, když sestra se stává robotem bez empatie.

6.1 Doporučení pro praxi

Téma smrt a umírání, nahání většině laiků „husí kůže“, není zvykem dnes udržovat konverzaci ve společenských kruzích v této oblasti. Není trendem se bavit o něčem, co se nás nyní netýká a považujeme to za něco, co nastane až za dlouhou chvíli. Proto není nutné a aktuální se tímto prozatím zaobírat. Představte si, že jdete na neformální schůzku se svou kamarádkou, Vy jakožto člověk, který pochází ze zdravotní sféry a druhá dotyčná, jakožto nepolíbena informacemi z oblasti smrti. Je dnes trendy se bavit, co se kde děje, kdo s kým a proč. Téma smrt, nahání hrůzu a jako prostředek pro výběr rozhovoru je zcela něčím nezajímavý a nudný.

Ovšem zdravotníci, aniž by to chtěli či ne, jsou vtáhnuti do tohoto světa, kdy smrt je něco jako „denním chlebem“ každého dne. To jak se s tím vypořádají, je už zcela na nich, aspoň ve většině případů. Společnost bere automaticky přijetí smrti z pohledu zdravotníků za samozřejmé, což je smutné.

1. Zavést do škol více hodin paliativní péče, thanatologii, informovanost v etických principech. Už na středních školách se zdravotním zaměřením, je nutné připravit studenty, že smrt se stane součástí jejich povolání. Dát jim tak možnost se obrátit na profesory, kteří budou umět vést správně studenta, aniž by si odnesl traumatizující zkušenosti do budoucna. Zaměřit se také na postgraduální vzdělávání a zajistit další potřebné informace o umírání a smrti, možnost různých konferencí, seminářů, vnést do podvědomí zdravotníků, že je důležité se celoživotně vzdělávat i pomocí časopisů, literatury i z hlediska jejich zdraví.
2. Na jednotlivých odděleních zajistit spolupráci psychologa nebo lidí zajišťující např. supervize, balintovské skupiny apod.
3. Na odděleních s větším výskytem úmrtí, zajistit konfrontaci s nadřízenými nebo profesionály, kteří naučí zdravotníky, nácviky komunikace s umírajícím a jeho rodinou. Celkovou doprovodnou péči při umírání. Je potřeba, aby si zdravotníci určili své hranice mezi tenkým ledem mezi ním a umírajícím pacientem, kdy autonomie z pohledu pacienta i zdravotníka je velmi důležitá.
4. Mít přichystané z řad vedení, možnost čerpání různých benefitů, které zdravotníci mohou využít pro udržení duševní hygieny. A hlavně zajímat se o své zaměstnance.

Z výzkumu a po přečtení literatury, se mi jako jeden z problémů, vztahující se k tématu mé bakalářské práce jevila celková nevědomost jak pečovat o své duševní zdraví a další okolnosti mající vztah k oblasti smrti a umírání. Proto jsem vytvořila informační materiál, který by mohl být distribuován mezi sestry (viz. Příloha č. 3).

7. Závěr

Cílem této práce, bylo zaměřit se na oblast umírání a smrti a zohlednění postojů z pohledu zdravotní sestry. Výběr tohoto tématu, byl cíleně zvolen, pro můj osobní zájem a jsem ráda, že jsem se mohla více dozvědět, díky potřebným materiálům, které sloužily k sepsání bakalářské práce. Je potřeba, konečně nahlížet na smrt, ne jako na soupeře či nepřítele, ale v mnohých situacích spíš vzít úvahu, že smrt je součástí našeho života.

Přijde mi, jak kdyby zdravotníci byli v tomto procesu umírání a smrti jaksi opomenuti, protože je to jejich práce přeci, musí být připraveni snášet každodenní stres, zátěž a vliv negativním podnětů. Jsem ráda, že postupná reforma zdravotnictví, začíná formovat stávající zastaralé pohledy na emoce zdravotníků. Snad zdravotníci jsou jen taky lidé se svými běžnými problémy, mají svá trápení, prožívají city a emoce ze životních situací, mají duši, potřebují taky čerpat energii a je potřeba brát ohledy na jejich potřeby.

V mé bakalářské práci jsem se snažila držet původního cíle a to prozkoumat, jak moc smrt a umírání ovlivňuje práci sester. V teoretické části jsem se zaměřila na ucelení daného tématu, kdy mým plánem bylo nahlédnout na téma z různých pohledů a zajistit tak ukotvení smrti do širšího kontextu díky dostupné literatuře, odborných zdrojů aj. Součástí teoretické části bylo nahlédnutí do paliativní péče a jí podobná thanatologie, jako vědní obor. Práce poukazuje na již známé etické principy a v kapitole pod názvem Smrt jako součást práce sester se zabývám psychickou zátěží v paliativní péči, zmiňuji okolnosti, kterými jsou sestry při péči o umírající vystavovány a popsán je i syndrom vyhoření a v neposlední řadě poukazuji i na samotné potřeby sester.

V praktické části, bylo hlavním úkolem zjistit a porovnat postoje zdravotníků, ve zkoumaných typech zdravotnických zařízení, k umírání a smrti, dále zjistit co vnímají zdravotníci jako největší zátěž při péči o umírající nemocné, ale taky zaměřit se jak se zdravotníci vyrovnávají se zátěží spojenou s umíráním a smrtí

Z dosažených výsledků, je jasné, že smrt pacientů bývá častým jevem na jednotlivých oddělení a tudíž může být smrt brána z pohledu sestry jako rutinní záležitost, která se následně může projevit jak v péči o pacienta, kdy vyhasnou emoční stránky z řad sester, nebo při hromadění množství zemřelých, které má daná sestra na starost, se může postupně navyšovat celková psychická, fyzická i sociální nevyrovnanost. Což ostatně vychází z výsledků mé bakalářské práce, kdy zátěž spojená se smrtí a umíráním se nejvíce projevuje

v oblasti psychické. Ovšem v případě konverzace s nemocným je téma smrt probrána zřídka. Samotná komunikace ať už s umírajícím pacientem nebo jeho rodinnou je reálný problém, který si připouští i sami zdravotníci, kteří odpovídali v mém výzkumu.

Co mě na výzkumu zaujalo, byl věk, který může sehrát finální roli, při zvládnání stresu. Z výzkumu vyšel průměrný věk okolo 29 let a při dotazu, co považují respondenti jako hlavní aspekt při zvládnání zátěže spojené se smrtí a umíráním uvedlo jako nejčastější odpověď psychická a fyzická rovnováha (75 % respondentů), druhou nejčastější odpovědí, byla již zmíněná zralost a zkušenosti, pro kterou se rozhodlo 56 % respondentů. Jedním z pilířů, který může sehrát roli při zvládnání těžkostí, je také délka zdravotnické praxe, která může podhalit míru nabraných zkušeností. Dohromady a také nejvíce, tedy 52 % respondentů uvádí délku své praxe 10 a více let, což už můžeme hovořit o validních zkušenostech. Výsledky vypovídají o úvaze, která byla řečena, že vliv zátěže a celkové hodnocení situace rozhoduje věk, zralost a zkušenosti.

Ještě více zarážející, se ukázalo, když jsem respondentům v dotazníku položila možnost otázky, jestli někdy vyhledali odbornou pomoc z důvodu vyčerpání v péči o umírající. Celých 63 % dotazovaných odpovědělo, že nemají potřebu odborné pomoci. Do budoucna by bylo přínosné zjistit, kdy zvyšující se vyčerpanost zdravotních sester je v dohledné době stále významnější fenoménem, tak proč nevyužívají nebo minimálně odbornou pomoc. Je to snad nedostatek důvěry svěřit se s vlastními problémy, nebo celkový odpuzující postoj k lékařům nebo jen osobní nezájem k tomu aby se věci daly do chodu, protože ono stěžovat si je přeci jen jednodušší, než s tím začít něco dělat.

Doufám, že práce bude motivací a díky výzkumulepší náhled k tomu, aby se nezapomínalo na jednotlivé zdravotníky a jejich biopsychosociální potřeby. Dále doufám a věřím, že práce bude sloužit i jako náhled do sféry této problematiky a dostane se tak hlouběji do podvědomí těch, kterým je tato práce věnována a stane se tak hnací silou pro realizování změn. Chtěla bych touto prací oslovit zdravotníky, již se potácí ve své monotónní práci s minimální angažovaností ke svému povolání. Mezi zdravotníky, je mnoho vyhořelých osobností, těch, kteří si to uvědomují, ale i těch kteří si to nechtějí připustit, což vede k profesní strnulosti.

Nakonec bych chtěla podotknout, že jsem vytvořila brožurku, která má sloužit jako pomoc a podpora zdravotníkům, kteří pečují o umírající nemocné a jejich rodiny.

8. Soupis bibliografických citací

Tištěné zdroje

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. 1. čes. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 149s. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.

GULÁŠOVÁ, I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-80-8663-305-9.

GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R. DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 1997. Scripta, sv. 3. ISBN 80-85824-54-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KOMAČEKOVÁ, Dagmar, 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. Sestra. Roč. 19, č. 7-8, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

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

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena [Míček, 1984]*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 207 s., př.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovedn*

osti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

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

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

PŘÍHODA, P. Pěstování oboru etiky v situaci přebujelého pragmatismu. *Medic Etika Bioet*, 1994, 1, č. 3, s. 6-8.

RAUDENSKÁ, J.; JAVŮRKOVÁ A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8

ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena MELLANOVÁ a Věra ČECHOVÁ. *Psychologie a pedagogika I: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠKODA, Eduard. *Zdeněk Hajný*. Praha: BB art, 2004. ISBN 80-7341-354-X.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPAČEK, Martin. 2007. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*. Praha: Sít', 27 s.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.

VORLÍČEK, Jiří a Zdeněk ADAM (eds.). *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

Zmírnění bolesti při rakovině a paliativní péče. Zpráva komise odborníků SZO. Ženeva : WHO, 1990, 93 s. Série technických zpráv 804. Praha : MZ ČR, Dokumentační centrum DC SZO.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Elektronické zdroje

Asociace hospiců. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. Praha: Kapera design, 2010 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>

End Of Life Nursing Education Consortium (ELNEC). *Cesta domů* [online]. Praha: Marek Uhlíř, 2015 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/elnec.html>

Charita Česká republika: Oblastní charita Rajhrad. Edukační centrum: Aktuální vzdělávací akce In: Charita Česká republika [online]. [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://www.dlbsh.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=&akce=&detail_educace=159

Hospic Knížete Václava. *Hospic Knížete Václava* [online]. [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.hospicknizetevaclava.cz/>

NCO NZO. Nabídka vzdělávacích akcí 2015. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, 165 s. ISBN 978-80-7013-572-3. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/elearning/download/nva/NVA_2015.pdf

Náhled sester z hospiců v České republice na vlastní smrtelnost. *www.solen.sk* [online]. Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, 2011 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/41d5afdf102164b61d4f1dac202d32a5.pdf>

Závěrečné VŠ práce

ADAMCOVÁ, Bronislava. *Umírání a smrt z pohledu zdravotnického personálu* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://theses.cz/id/hwrriw/DP_bronislava_adamcova.pdf. Diplomová práce. UNIVERZITA

PALACKÉHO V OLOMOUCI PEDAGOGICKÁ FAKULTA. Vedoucí práce PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.

BOHDALOVÁ, Jaroslava. *Umírání a smrt v práci všeobecné sestry* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://theses.cz/id/egcqos/Umirani_a_smrt_v_praci_vseobecne_sestry.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

HEJSKÁ, Lucie. *Sestra a strach ze smrti* [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/49132/HejskaL_SestraAstrach_LR_2012.pdf?sequence=3. Bakalářská práce. UNIVERZITA PARDUBICE FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce Mgr. Linda Říhová.

HEMZALOVÁ, Kateřina. *Eutanazie nebo paliativní péče*. Brno, 2012. Bakalářská práce. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D., MPH.

HRADILOVÁ, Bc. Petra. *Místo thanatologie v profesní přípravě pracovníků pomáhajících profesí* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15712/hradilov%C3%A1_2011_dp.pdf?sequence=1. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.

HYXOVÁ, Kristýna. *Coping v práci sestry* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/61569/HyxovaK_CopingPraci_SS_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Sabina Slavičková.

MALÍNSKÁ, Veronika. *Psychická a fyzická zátěž u sester na ARO* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://theses.cz/id/t2p1r2/Bakalsk_preamsk.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák, Ph.D.

MARTÍNKOVÁ, Iveta. *POSTOJ LAICKÉ VEŘEJNOSTI A ZDRAVOTNÍKŮ K PROBLEMATICE EUTANAZIE*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Bc. Vladimíra Fremrová.

MUSILOVÁ, Mária. *Lidská důstojnost a umírání* [online]. Brno, 2008 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176628/lf_b/Musilova-Maria-bc-prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně Lékařská fakulta Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce MuDr. Viola Svobodová.

NÁHLÍKOVÁ, Jana. *Eutanázie – správná volba?*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Milan Valach, Ph.D.

URBÁNKOVÁ, Jana. *Zdroje stresu* [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/46000/UrbankovaJ_ZdrojeStresu_MR_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magdalena Řeřuchová.

TURHOBROVÁ, Adéla. *ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE U VŠEOBECNÝCH SESTER VE VYBRANÝCH ZEMÍCH EU* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9926/Adela%20Turhobrova_bakalarska%20prace.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

TVRDÁ, Pavlína. *Umírání a smrt očima zdravotních sester* [online]. Brno, 2012 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/321533/pedf_b/umirani_finale.pdf. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA PEDAGOGICKÁ FAKULTA Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Martin Stanoev.

Bc. Petra Vonešová, R.N. *Postoj ke smrti a psychická zátěž sester na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z: http://theses.cz/id/vn8n75/Diplomov_prce-_STAG.pdf. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník	57
Příloha 2 Mapa hospicových zařízení v ČR.....	62
Příloha 3 Brožura	67

Příloha 1 Dotazník

Vážené kolegyně/vážený kolego,

jmenuji se Nikola Flídrová a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych se na Vás obrátit s prosbou, o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: „Smrt a umírání z pohledu sestry“. Dotazník je zcela anonymní. Nemusíte mít tedy obavy, že Vámi sdělené informace se dostanou do rukou nesprávných osob. Hlavním cílem mé práce je zmapovat okolnosti týkající se umírání a smrti pacientů na pracovištích ARO, LDN a v hospicových zařízeních z pohledu sester. Část dotazníku je zaměřena na znalosti z jednotlivých oblastí zasahující do zdravotnické péče o umírající. Dotazník nemá posloužit jen na posouzení znalostí, ale především jako zjištění rozdílnosti na jednotlivých pracovištích.

Předem děkuji za spolupráci.

1) Vaše pohlaví:

- žena
- muž

2) Váš věk:

- 19 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 45 a více

3) Vaše pracovní pozice

- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- jiné, uveďte:

4) Typ oddělení, na kterém pracujete:

- ARO
- LDN
- Hospic

5) Celková délka Vaší zdravotnické praxe v oboru:

- méně než 1 rok
- 1 až 5
- 6 až 10
- 11 a více

6) Jak často se setkáváte ve svém zaměstnání s péčí o umírající pacienty?

- více než jedenkrát měsíčně
- jedenkrát měsíčně
- méně než jedenkrát měsíčně
- nesetkávám se s takovými nemocnými

7) Vnímáte vlastní smrtelnost při své práci?

- vnímám ji jako součást života
- neuvědomuji si vlastní smrtelnost
- nezaobírám se těmito myšlenkami při své práci

8) Zátěž spojená s péčí o umírající nemocné se u mě nejvíce odráží v oblasti:

- psychické
- sociální
- fyzické
- nemá vliv

9) Které okolnosti v péči o umírající nemocné vnímáte Vy osobně jako největší zátěž?

(můžete označit více odpovědí)

- péče o umírající
- setkání s rodinou a blízkými umírajícího/zemřelého
- péče o tělo zemřelého
- snažím si nepřipouštět vliv zátěže spojené s umíráním a smrtí
- jiné:

10) Co děláte pro posílení nebo udržení Vašeho duševního zdraví? (můžete označit více odpovědí)

- sociální opora (rodina, manžel, přátelé, aj.)
- sportovní aktivity
- osobní víra
- seberealizace (vzdělání, apod.)
- relaxace (čtení literatury, meditace, procházka aj.)
- odborná pomoc (psycholog apod.)
- jiné uveďte:

11) Vyhledal/a jste někdy pomoc psychologa z důvodu vyčerpání související s péčí o umírající nemocné?

- není možnost využít odbornou pomoc
- ano využil/a a pomohla mi
- ano, ale nepocit'uji změnu k lepšímu
- ne, nepomohla by mi
- nemám potřebu odborné pomoci

12) Co považujete za nejdůležitější při zvládnání zátěže spojené s péčí o umírající nemocné?

(můžete označit více odpovědí)

- psychická a fyzická rovnováha
- zralost a zkušenosti
- vzdělání
- typ osobnosti
- víra
- rodinné zázemí
- jiné – uveďte:

13) Dělá Vám problém komunikace s blízkými/příbuznými osobami umírajícího pacienta?

- ano
- ne
- nevím

14) Umožňujete rodině dostatečný prostor k rozloučení s umírajícím, popřípadě zemřelým nemocným?

- ano
- ne
- nevím
- nikdy jsem se neptal/a

15) Změnil se Váš osobní postoj k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe?

- ano
- ne
- nepřemýšlel/a jsem o tom

16) Souhlasíte se zavedením eutanazie jako řešení smrti v terminálním stádiu pacientů?

- ano, souhlasím
- ne, nesouhlasím
- nevím

17) Vnímáte ve své profesi „předem vyslovená přání“ jako pozitivum pro pacienty při zvládnání smrti?

- ano, myslím si, každý má právo se sám rozhodnout
- ano, přináší to jistotu a klid pacientovi
- ne, jsou těžko legislativně vymezená
- ne, není zaručeno, že pacient bude schopen předvídat situaci
- nevím

18) Myslíte, že by Vám další vzdělávání v oblasti paliativní péče (znalosti v oboru thanatologie a etických principech, úvahy o eutanazii) usnadnilo péči o umírající a jejich rodinné příslušníky?

- ano
- ne
- nevím

19) Kdyby byla možnost absolvovat seminář/přednášku týkající se péče o umírající nemocné, měl/a byste zájem ho absolvovat?

- ano, zájem bych měla
- ne, nezajímá mě to
- možná, v případě, že by téma bylo zajímavé/přínosné pro mou práci
- nevím

Příloha 2 Mapa hospicových zařízení v ČR

Tabulka 4 Hospicová zařízení 1

Název	Hospic Malovická	Hospic Štrasburk	Hospic Dobrého Pastýře, Tři	Hospic Malejovice	Domácí hospic Cesta domů	Domácí hospic Jordán
Rok založení	2011	1998	2009	2004	2002	-
Kraj	Praha	Praha	Čerčany	Praha	Praha	Tábor
Specifika	pro pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba)	slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit i ZŠ a spolupracuje s pražskými FN. Hospic určený pacientům s onkologickými diagnózami v terminálním stadiu onemocnění	zahrnuje všechny čtyři typy hospicové péče (lůžkovou, domácí, ambulantní a stacionářovou)	dětský hospic	poskytová ní služeb pacientům v pokročilých a konečných stádiích nevléčitel ných nemocí	cílem je umožnit lidem s nevléčitel ným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých

Tabulka 5 Hospicová zařízení 2

Název	Hospic Chrudim	Hospic sv. Alžběty	Hospic sv. Jana N. Neumanna	Hospic sv. Lazara	Hospic sv. Lukáše
Rok založení	2013	2004	-	1998	2007
Kraj	Chrudim	Brno	Prachatice	Plzeň	Ostrava
Specifika	pro pacienty s pokročilým nevléčitelným onemocněním, kteří se pro závažnost svých příznaků nemohou léčit doma. Nejčastěji se jedná o postupující nádorové onemocnění	zdravotnické zařízení určené nevléčitelně nemocným v pokročilé fázi onemocnění; nabízí profesionální řešení potíží, nelze je zvládnout v domácím prostředí	specializovaná hospicová lůžka, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby	hospic je určen pro osoby nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu života, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž obtíže nevyžadují léčbu v nemocnici a není možné je zvládnout ani v domácím prostředí	zařízení pro lidi v terminálním stádiu života

Tabulka 6 Hospicová zařízení 3

Název	Hospic Citadela	Hospic Anežky České	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě	Hospic Frýdek-Místek	Hospic na Svatém kopečku
Rok založení	2004	1995	1999	-	2002
Kraj	Valašské Meziříčí	Červený Kostelec	Brno	Frýdek Místek	Olomouc
Specifika	poskytuje specializovanou paliativní péči nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem a sociální pobytové služby osobám, které pozbyly schopnost se samy o sebe postarat	pro pacienty v terminálním stádiu většinou onkologického onemocnění z celé České republiky bez rozdílu vyznání, národnosti a sociálního postavení	poskytuje péči lidem s onkologickým a nevléčitelným onemocněním	zajišťující péči o klienty v terminální fázi jejich onemocnění, poskytující paliativní péči a provozující pobytové odlehčovací služby a sociálně zdravotní služby	odlehčovací služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění. Jsou to osoby v jakémkoliv věku v terminálním nebo preterminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, kdy není v silách rodiny či jiných osob zajistit těmto nemocným po přechodnou dobu odpovídající péči

Tabulka 7 Hospicová zařízení 4

Název	Hospic sv. Štěpána	Hospic v Mostě	Hospic sv. Zdislavy	Domácí Hospic Vysočina	Domácí Hospic Duha	Mobilní hospic Ondrášek
Rok založení	2001	2005	2009	2005	-	2004
Kraj	Litoměřice	Most	Liberec	Nové Město na Moravě	Hořice	Ostrava
Specifika	specializované nestátní zdravotnické zařízení poskytující našim pacientům a jejich rodinám paliativní léčbu a péči	domácí hospicová péče, sociálně psychologická poradna, půjčovna pomůcek	domácí hospicovou péči, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek, dobrovolnické programy	domácí hospicová péče - Odlehčovací služby - Rodinný pokoj - Poradna Alej Dobrovolnictví - Půjčovna zdravotnických pomůcek	domácí hospicová péče bude všestranně podporovat rodiny, které na sebe převzmou péči o umírajícího nemocného v domácím prostředí	nabízí rodinám nemocných komplexní poradenství v oblasti péče o terminálně nemocné a poskytuje nemocným specifickou hospicovou péči v domácnosti pacienta

Tabulka 8 Hospicová zařízení 5

Název	Domácí hospic Athelas Písek	Domácí hospic David Kyjov	Hospic sv. Hedviky	Hospicová péče sv. Kleofáše
Rok založení	2014	-	2014	2013
Kraj	Písek	Kyjov	Kladno	Třeboň
Specifika	hlavním cílem je poskytovat péči, pomoc a podporu pacientům, kteří se nachází v pokročilé nebo konečné fázi onemocnění (tzv. terminálním stádiu onemocnění), a kteří si přejí péči v domácím prostředí	poskytuje individuální komplexní a dostupnou péči těžce nemocným a umírajícím i jejich rodinám v domácím prostředí	cílem péče je umožnit těžce nemocnému setrvání v domácím prostředí do konce jeho života	forma domácího (mobilního) hospice.

Historie Hospicové péče

Anglický výraz pro hospic znamená útulek nebo útočiště. Ve středověku, byl termín používán pro tzv. domy odpočinku, kdy unavení poutníci zde hledali místo, kde nabrat síly na další cesty. Postupem času, hospice s původním významem zanikly. Až v polovině 18. století byla v Dublinu otevřena nemocnice pro umírající s názvem Hospic. První hospic byl postaven v Londýně roku 1969 s názvem St. Christopher's Hospice, od té doby paliativní péče zaznamenala velký průlom. Rozvoj nastal ovšem až ve 20. století. Největší nárůst byl, zaznamenám po 2. světové válce. Za protagátorku hospicového hnutí je označována Cecilia Saundersová (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Zakladatelkou hospicového hnutí v ČR je považována MUDr. Marie Svatošová, která také stála u zrodu prvního českého hospice – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, založen roku 1995. V současné době má ČR 16 Hospiců, zajišťující 450 lůžek (HOSPIC KNÍŽETE VÁCLAVA, online, 11-7-2016).

Zátěž vs. Zdravotní profese



STRUČNÝ OBSAH:

- 1) ÚVOD
- 2) PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY
- 3) ZÁTĚŽOVÉ SITUACE OBECNĚ A VYPLÝVAJÍCÍ ZE SMRTI PACIENTŮ
- 4) PŘÍZNAKY STRESU A SYNDROMU VYHOŘENÍ A JEJICH STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ
- 5) DUŠEVNÍ HYGIENA – SUPERVIZE
- 6) MOŽNOSTI DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE

Něco na úvod

V krátké definici uvedeme co je to vlastně smrt. Nelze ji jasně definovat, může být brána v rovině biologické, fyzické, filozofické, psychologické apod., ale je možnost určitého sjednocení názoru. Slovník medicíny definuje smrt jako stav, kdy dochází k nezvratným změnám mozku, při kterých následuje selhání funkce a zánik center řídicích krevní oběh a dýchání a konec jeho fyzické existence (VOKURKA, 2000).

Fakt vlastní smrtelnosti a konečnosti si lidé uvědomovali už od nepaměti. V dnešní době jsme vystaveni obrazu smrti téměř neustále a to v různých podobách, je to ale smrt

zprostředkovaná, protože se o ní dozvídáme většinou přes média. Tuto formu smrti bereme na vědomí, ale nijak výrazně se nás nedotýká, víme, že patří k životu, dokud se nestane naší vlastní zkušeností. Prozatím je z naší mysli vytěsněna. V případě, že nám umře někdo blízký, si najednou nevím rady, jsme v šoku a nepřipraveni, nevíme jak se chovat. Uvědomíme si posléze, že na tuto situaci se nelze ve skutečnosti speciálně připravit (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Ale co zdravotní personál? Má možnost přípravy, ví jak si poradit v takové situaci, když jim skoro denně po jejich rukama umírají jejich pacienti? Dokážou se poprat s tíživou zátěží, že ten o koho se mají starat a polyká poslední nádechy života, jsou mnohokrát osobami posledními, s nimiž sdílejí poslední obraz života? Je tu mnoho otázek ve vzduchu, ale je na ně málo odpovědí.

Smrt není oblíbeným tématem dnešní doby. Každý člověk chce být šťastný, dlouho žít a pokud možno úspěšně. Samozřejmostí je i následné spolehnutí se na zázračnou medicínu, která ještě ale stále nevynalezla elixír mládí. Smrt je vnímána jako prohra, taktéž za selhání techniky i medicíny. Zdravotníci si tak mohou přenášet tyto neduhy sami na sebe a tíhu jako železnou kouli si táhnou spolu se všemi problémy (HAŠKOVCOVÁ, 2007).



Zdravotní personál a jejich profese

Zejména sestra byla v minulosti vnímána spíše jako vykonavatel příkazů a úkolů od lékaře. V posledních letech zažívá profese zdravotních sester revoluci. Sestra se stala partnerkou a pomocníkem, mající vlastní rozum a myšlenkové pochody a hlavně vědomosti a zkušenosti, které je následně schopna použít v praxi. Dnes není sestra jen poskytovatelkou ošetrovatelské péče, ale důraz se klade na jejich kvalifikaci, která nečeká na pokyny, ale je sama schopna reagovat na dané mnohdy nečekané situace. S tím jde ruka v ruce, že profese je velmi náročná a specifická. Je na každé sestře, jestli svou profesi bude brát jako svoje radostné poslání, nebo jen vykonávat práci pro kterou se rozhodla. Celkově jsou na sestry kladeny vysoké nároky,

v oblasti morální, charakterové, profesní a také osobní. Musí být schopna zkombinovat odborné znalosti s praktickými dovednostmi (ZACHAROVÁ, GULÁŠOVÁ, 2009).

Hlavní náplní práce sestry je ošetrovatelská péče o nemocné, postižené, staré lidi a nemohoucí, tedy jinak řečeno hlavním objektem je nemocný člověk. Mezi její hlavní úkoly patří podpora a pomoc při navrácení zdraví. Udržuje mezilidské vztahy nejen s pacienty, ale taky se svými kolegy, lékaři a dalším oš. personálem. Zdravotní sestra zastává i také mnoho rolí: roli ošetrovatelky, manažerky, výzkumnice a nositelky změn (KUTNOHORSKÁ, ČÍRTKOVÁ, 2007). Očekává se od ní, že bude zvládat komunikaci na dané úrovni, bude milá a empatická. Nikdo tedy nepochybuje, že by neunesla zátěž spojenou s její profesí a osobním životem, bude se tedy chovat vždy profesionálně, bude se usmívat a vypadat dobře. Musíme zvážit skutečnost, že všechny požadavky jsou vysoce náročné.



Zátěžové situace v profesi sester

Dnes se už snad všude dočteme, jak povolání zdravotní sestry je všeobecně bráno jak psychicky tak fyzicky náročné. Už při jedné směně, může být vystavena mnoha stresorům, a pokud nedochází k pozitivní kompenzaci, je vystavena komplexnímu zatížení a následnému vytváření si pracovního stresu, vedoucí často k syndromu vyhoření. Náročnost vyplývá zejména z náročností pracovních činností jako jsou povinnosti a kompetence sestry (i obraz podřízenosti, může být stresující), ale také hlavně náročnost péče o pacienty, ku příkladu, jako vysoce riziková zátěž se jeví terminálně nemocní pacienti. Sestra pracuje v prostředí lidí a stává se prostředníkem vztahu mezi lékařem a pacientem (BARTOŠÍKOVÁ, 2006). Uvedeme obecné zátěžové situace: PŘETÍŽENÍ MNOŽSTVÍM PRÁCE, ČASOVÝ STRES, NEÚMĚRNĚ VELKÁ ODPOVĚDNOST, NEVYJASNĚNÍ PRAVOMOCÍ, VYSILUJÍCÍ SNAHA O KARIÉRU, KONTAKT S LIDMI (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Zátěž vyplývající ze smrti pacientů

Není překvapením, že lidé, kteří mají být přítomni u klienta v jeho posledních minutách života a mají dělat jen ty „správné“ činnosti, cítí značnou úzkost. To představuje pro zdravotníky, kteří v době smrti se mají postarat o vše potřebné a aby vše proběhlo tak jak má, velkou zátěž, protože už není možnost opravy a druhou šanci nedostanou (PAYNEOVÁ a spol., 2007).

Proto by této problematice mělo být věnována dostatečná příprava pro budoucí povolání sester jak v teorii, tak v praktické části. Je potřeba zajistit dostatečný prostor pro vstřebání lidské události, dovolit slzy, umožnit jí hovořit o aktuálním dění dané situace tak v pozdějších chvílích např. v reflexi praxe.

Příznaky stresu a syndromu vyhoření

Stres

„Pojmem stres rozumíme zatížení nebo přetížení organismu různými podněty a situacemi, které jedinec vnímá jako nadměrnou zátěž (ROZSYPALOVÁ, ČECHOVÁ, MELLANOVÁ, 2003. s. 48).“

Příznaky

Fyziologické – tělesné potíže, bušení srdce, arytmie, vysoký tlak, poruchy zažívání, pocení, třes, sucho v ústech, časté močení, sexuální obtíže

Psychické – nespavost, přemýšlení o problémech, zhoršená paměť, netrpělivost, přecitlivělosti, lítost, ztráta radosti z práce

Změny v chování – přejídání, nechutenství, okusování nehtů, zhoršená artikulace, rychlá chůze, skákání do řeči, zvýšení konzumace alkoholu (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2014).

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ:

Při zvládnutí stresu, je důležité se zaměřit hlavně na to, jakým způsobem rozumíme stresu, kterému jsme vystaveni. Může nám jít o to, snížit působení zatěžujících faktorů, zachovat při stresových situacích psychický klid a duševní rovnováhu anebo se snažit nalézt způsob regenerace (KŘIVOHLAVÝ, 2010). Někdy je vhodné zastoupit za sebe odborníky a svěřit se jim se svými problémy. Nebát se reakce okolí, není to žádným novodobým fenoménem, ba naopak, odborníci, mají za úkol ne řešit naše problémy, ale navést nás na správnou cestu, na kterou si musíme přijít sami. Ukázat co je v naší situaci vhodné, naučit se pracovat se svými emocemi, pocity, strachem a regulovat tak naše chování, myšlení a řešení situací.

1. Strategie zaměřená na řešení problému – zde jde o vyvinutí vlastní aktivity a snahu řešit danou situaci, jinými slovy, odstranit to co nás tíží
2. Strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem – jsou zaměřeny na regulaci emocionálního stavu

Syndrom vyhoření

Jde o určitou profesionální ztrátu zájmu, při kterém dochází k pocitům zklamání a negativní hodnocení při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí zájem o svoji práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou. Nevidí důvod pro další vzdělávání, osobní růst, snaží se přežít a nemít problémy (ROZSYPALOVÁ, ČECHOVÁ, MELLANOVÁ, 2003).

Subjektivní příznaky

Mimořádně velká únava, snížené sebecenění a sebehodnocení, snížená schopnost a dovednost něco dělat, negativismus, poruchy soustředění (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Takovýto člověk, ztrácí hodnotový žebříček v životě. Neví si rady sám se sebou, natož řešit problémy okolo něj. Společná je i ztráta naděje, iluzí a plánů (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Člověk cítí, že práci nezvládá a zpochybňuje smysluplnost své práce. Působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem, který může vést k vzniku konfliktů a nepříjemných situací.

Objektivní příznaky

Jde o příznaky zahrnující sníženou výkonnost ve všech směrech (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Člověk pocítuje prázdno, beznaděj, bezmoc, snaží se vyhýbat kontaktu s druhými, vyhledává samotu, nemá radost z kontaktu s lidmi v práci, později i v rodině, omezuje své zájmy. Venglářová a kol., (2011) uvádí, že osobní kontakty s klienty začíná být nepříjemný pro obě strany, nemá zájem o novinky v oboru, nevzdělává se.

Duševní hygiena

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy (MÍČEK, 1984, s. 9).“

Duševní hygienu by měla brát na zřetel každá sestra a mělo by jí být umožněno těchto pravidel využívat. Díky metodám, které duševní hygiena nabízí, se může předejít mnoha finálním komplikacím, jež může stres nabídnout a dosáhnout tak kvalitní péče poskytované ve zdravotnictví, protože když není sestra vyrovnaná duševně sama se sebou, nemůže tak nabídnout kromě praktické, teoretické péče, námi postrádanou psychickou a duševní podporu.

Neměla by se zanedbávat možnost využívat dovolené alespoň 14 dní celistvé dovolené. Lidé s problémem říci NE je vhodné, aby ovládali principy asertivních strategií. Pokud má zdravotník nějaké koníčky, měl by je stále rozvíjet a udržovat stálý kontakt s blízkými přáteli (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Anglická doktorka Sheila Cassidy sestavila několik bodů jak pečovat o své duševní zdraví. Důležité je aby sestra, práci, kterou vykonává, se snažila, aby každým dnem, nebyl jen dalším stereotypem v životě. Snažit se pozměnit smysl její práce. Dobré je, si na konci dne, zrekapitulovat i menší úspěchy a mít z nich upřímnou radost, udržovat dobré vztahy, ať už na pracovišti i v osobním životě (KŘIVOHLAVÝ, PEČENKOVÁ, 2004).

Jako možnosti duševní hygieny může být: relaxace, procházka, správné dýchání, ventilace emocí, uvolňování svalů, imaginace, apod. (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Dnešním fenoménem na pracovištích se stává tzv. supervize. Je to proces, který umožňuje reflexi profesních postojů, slouží k náhledu, může pomáhat při zpracování emocí spojených s výkonem povolání a může také sloužit jako kvalitní prevence syndromu vyhoření (HAJNÝ, 2004). Supervize má své nezastupitelné místo jak v prevenci, tak při řešení problémů. Supervize představuje důležitou oblast pro profesní růst a v současné době je stále více vyhledávána v oblastech práce s lidmi.

Pro zdravotnictví má zejména význam forma supervize skupinová - je prováděna se skupinou lidí, kteří patří do pracovní skupiny nebo pracovního týmu. Při této supervizi mohou být přítomni všichni členové týmu bez ohledu na pozice, potřeby, odpovědnost a zdroje. Je zaměřena hlavně na práci samotného týmu. Odborníci doporučují její kombinaci s Bálintovskou skupinou, která umožňuje i práci s emocemi, má podpůrný charakter, poskytuje nadhled a umožňuje uchopit případ z jiné strany. Obvykle přináší pocit souznění, že v problému, tak jak ho cítím „nejsm sám“ a umožňuje pracovat s negativními zážitky. Kombinace těchto dvou forem je vhodná např. v kolektivech sester na pracovištích, kde dochází trvale k pracovnímu přetížení a neustálým negativním zážitkům, které v sestrách vyvolávají stres a často vedou k syndromu vyhoření. Supervize zde má roli podpůrnou (může řešit problémy a interpersonální vztahy, snižuje vyčerpání pracovníků, zvyšuje zvládnutí práce) i vzdělávací (rozvíjí a vzdělává účastníky), (HAWKINS, SHOHET, 2004).



VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI

Vzdělávání je jednou z velice důležitých součástí kvalitní péče o umírající nemocné. Tím, že se vzděláváme, jsme schopni aplikovat do klinické praxe nejnovější poznatky, kterých bylo dosaženo v rámci soustavného empirického bádání (PAYNEOVÁ a kol., 2007).

Vzdělání v oblasti paliativní péče by měla být i snaha o osobní rozvoj potencionálu daného studenta, dostupné dovednosti mnohdy nestačí. Je potřebná i kapka intuice a empatie na reakci pacientových blízkých. Existuje tvrzení, že paliativní péči člověk spíš pochytí z praxe, než se jí naučí, to ale neznamená, že dané schopnosti nejde rozvíjet učením (PAYNEOVÁ a kol., 2007).

Základní kurz paliativní a hospicové péče, který nese název ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) je mezinárodní projekt Vzdělávacího konsorcia všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života. Hlavním cílem je zlepšit oblast paliativní péče ve zdravotnictví, ale také dál vzdělávat sestry v péči o umírající nemocné. Kurz je určen pro sestry, sociální pracovníky, pečovatele a další ošetřující personál (ELNEC, online, 2016-5-6).

Hospic Anežky České poskytuje patřičné vzdělání v oblasti hospicové péče. „Hlavním cílem je šířit myšlenku hospice a uvádět ji v život na území České republiky.“ Dále usiluje o celkové zlepšení přístupu k nevléčitelně nemocným. Pořádají se zde přednášky, semináře, konzultace na daná témata, individuální pohovory, duchovní cvičení a telefonické poradenství. Je zde i prostor pro stážisty. Pro ně je zde vyčleněno šest lůžek. Centrum je určeno jak pro zdravotníky pracující na standardním oddělení, kteří chtějí své vědomosti rozšiřovat, tak i pro ty, kteří by chtěli v hospicových zařízeních pracovat. Zajímavostí a dobrou myšlenkou je i možnost poskytnout informace laikům, kteří se právě starají o těžce nemocné v domácí péči (HAŠKOVCOVÁ, 2000). Dále také pobočka Charity České republiky, Oblastní charita Rajhrad pořádá celodenní semináře na téma paliativní péče. Semináře jsou akreditovány u Ministerstva práce a sociálních věcí. Možnost se vzdělávat v této sféře dává i MUDr. Marie Svatošová, která pořádá přednášky s názvem: Hospice a umění doprovázet (Edukační centrum, Oblastní charita Rajhrad, 2007).

Vzdělání v oblasti paliativní péče je v rámci negraduální výuky na zdravotnických školách a lékařských fakultách, na několika dalších školách je paliativní péče vyučována již jako samostatný předmět, ale jejich různorodost a kvalita se mění. Témata paliativní péče jsou

vyučována zatím pouze jako specializační přípravy v oboru všeobecné lékařství a v oboru onkologie (ČLS JEP, online, 2016-22-5).

V postgraduálním vzdělávání má Národní centrum ošetrovatelství s nelékařských zdravotnických oborů ve své nabídce jednodenní vzdělávací akci s názvem Paliativní péče. Kurz je dostupný pro všeobecné sestry a je zařazen do projektu: Vzdělávání ke zvýšení kompetencí zdravotnických pracovníků se zaměřením na poskytování kvality a bezpečí zdravotních služeb (NCO NZO, online, 2016-18-4).

(Nabídka vzdělávacích akcí 2015, 2014).

Je vhodné se zaměřit na rozvoj moderní paliativní péče jako na vytváření a zvládnutí meziprostoru mezi nadějí na vyléčení a přijetím smrti (PAYNEOVÁ a spol., 2007).