

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Eliška Tolmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vnímání strachu u všeobecných sester v paliativní péči

Bakalářská práce

2024

Eliška Tolmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eliška Tolmanová**
Osobní číslo: **Z21311**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Vnímání strachu u všeobecných sester v paliativní péči**
Téma práce anglicky: **Perceiving fear in general nurses working in palliative care**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče. Edice postgraduální medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022]. ISBN 978-80-7492-627-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetřovatelství

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

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 25. 4. 2024

Eliška Tolmanová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady, laskavý přístup, odbornou pomoc a vstřícnost. Dále bych chtěla poděkovat všem všeobecným sestřám paliativního oddělení, které se s velkou ochotou a pozitivním přístupem zúčastnily sběru průzkumných údajů. Zároveň také děkuji mé rodině a přátelům, kteří mě v průběhu studia podporovali.

ANOTACE

Bakalářská práce se blíže věnuje problematice vnímání strachu u všeobecných sester, které pracují v paliativní péči. V teoretické části je představena paliativní péče, profese paliativní sestry, a to včetně motivace k práci, prostor je věnován i specifikům této profese. Průzkumná část práce se zabývá analýzou průzkumného šetření, které bude probíhat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Cílem průzkumu je zjistit vliv strachu na práci všeobecné sestry v paliativní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

sestra, paliativní péče, strach, pacient

TITLE

Perceiving fear in general nurses working in palliative care

ANNOTATION

The bachelor's thesis is focused on the issue of fear perception among general nurses working in palliative care. The theoretical part describes palliative care, the profession of a palliative nurse including motivation to work, and the specifics of her job. The research part deals with the analysis of a survey that will be conducted through semi-structured interviews. The aim of the survey is to determine the impact of fear on the work of a general nurse in palliative care.

KEYWORDS

nurse, palliative care, fear, patient

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1. PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.1 Definice paliativní péče	14
1.2 Dosavadní vývoj a současná situace paliativní péče v ČR	15
1.3 Poskytovatelé paliativní péče	16
1.4 Rozdělení paliativní péče	16
1.5 Multidisciplinární tým	17
2. PROFESE PALIATIVNÍ SESTRY	19
2.1 Vzdělávání a právní úprava profese	19
2.2 Osobnost paliativní sestry	20
2.3 Motivace v práci paliativní sestry	21
2.3.1 Dělení motivace dle Dostálové	22
2.4 Specifika při práci paliativní sestry	22
2.4.1 Péče o pacienta v terminálním stádiu	23
2.4.2 Komunikace s umírajícím pacientem	24
2.4.3 Komunikace s rodinou	24
2.4.4 Péče o pozůstalé	26
3. STRACH	28
3.1 Definice strachu	28
3.2 Strach a úzkost	29
3.3 Projevy strachu a úzkosti	29
3.4 Strategie zvládnání strachu	30
3.4.1 Obranné mechanismy	30
3.4.2 Psychologické prostředky zvládnání strachu	31

3.4.3	Další metody ke zvládnutí strachu	32
4	PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI.....	34
4.1	Indikace k paliativní péči	34
4.2	Potřeby paliativního pacienta.....	34
4.3	Stadia prožívání onemocnění dle E. K. Rossové	35
5	PRŮZKUMNÁ ČÁST	38
5.1	Metodologie průzkumu	38
5.2	Metodika průzkumu	38
5.3	Analýza výsledků	42
5.3.1	Kategorie 1 – STRACH	45
5.3.2	Kategorie 2 – OKOLNOSTI STRACHU	48
5.3.3	Kategorie 3 – STRATEGIE	52
6	DISKUZE.....	57
6.1	Průzkumná otázka č. 1: Za jakých okolností všeobecné sestry v paliativní péči pocítují strach.	57
6.2	Průzkumná otázka č. 2: Zjistit, jestli se všeobecné sestry s praxí delší 5 let vyrovnávají se strachem lépe než všeobecné sestry s praxí kratší.	61
6.3	Průzkumná otázka č. 3: Zjistit, jaké strategie všeobecné sestry v paliativní péči používají ke zvládnutí strachu.	62
7	ZÁVĚR	66
7.1	Doporučení pro praxi	67
8	POUŽITÁ LITERATURA	69
	Odborné články	74
	Internetové zdroje	76
	Ostatní	78

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb (vlastní tvorba).....	35
Obrázek 2 – Proces vyhodnocení dat (vlastní zpracování).	42
Obrázek 3 – Mapa provázanosti jednotlivých kategorií výzkumu (vlastní zpracování).....	45
Obrázek 4 – Strach (vlastní zpracování).	45
Obrázek 5 – Okolnosti strachu (vlastní zpracování).	48
Obrázek 6 – Strategie (vlastní zpracování).	52
Tabulka 1 – Charakteristika souboru respondentů (vlastní zpracování).....	40
Tabulka 2 – Délka záznamu rozhovoru (vlastní zpracování).	41
Tabulka 3 – Kategorie a kódy (vlastní zpracování).	43
Tabulka 4 – Vliv délky praxe na vnímání strachu (vlastní zpracování).	48

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AZZS ČR	Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
Dis.	Diplomovaný specialista
EAPC	European Association for Palliative Care
EUC	Euroclinicum
FTNaP	Fakultní Thomayerova nemocnice
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
KTPP	Konziliární tým podpůrný a paliativní
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
UPCE	Univerzita Pardubice
VOŠ	Vyšší odborná škola
WHO	World Health Organization

ÚVOD

V posledních dekáдах se paliativní péče stává stále významnější součástí zdravotnických služeb, a to vzhledem ke stárnutí populace a nárůstu chronických nebo nevléčitelných onemocnění. Paliativní péče je specializovaným oborem medicíny, jenž se věnuje zlepšování kvality života pacientů, kteří čelí vážným nebo nevléčitelným onemocněním (ČLS JEP, 2016). V rámci této péče hrají klíčovou roli právě všeobecné sestry, jejichž každodenní práce je nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročná (Neurwirth, 2008). Sestry zde čelí významným emocionálním výzvám, jež v nich mohou mnohdy vyvolávat různé obavy nebo pocity strachu. Přestože je strach přirozenou součástí lidské existence, v prostředí paliativní péče nabývá na specifické intenzitě a dimenzi. Strach může mít mnoho podob a každá sestra se s ním může setkávat odlišným způsobem, ať už jde o obavy z nedokonalé péče, z nejistoty, kterou nemoc přináší, nebo z vlastního konfrontování se s otázkou smrti. Strach, jakožto silná emocionální reakce, může mít poté významný vliv na kvalitu poskytované péče, stejně tak na osobní a profesní život sester.

V ČR se problematice paliativní péče v oblasti výzkumu nejvíce věnuje MUDr. Ondřej Sláma a Ph.D. a MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. Tito autoři ve svých publikacích věnují pozornost zejména pacientům v paliativní péči, méně autorů se však orientuje na problematiku sester v oblasti paliativní péče. Možná je tomu tak proto, že se jedná o relativně mladou vědní oblast.

V posledních letech se navyšuje počet absolventských prací (bakalářských či magisterských), které se zabývají právě problematikou sester v paliativní péči. Často je v těchto pracích řešena otázka psychické zátěže u všeobecných sester a je věnována pozornost komunikaci v této specifické oblasti. Tento jev lze přisuzovat narůstajícímu kladení důrazu na význam a potřebu pečlivé přípravy všeobecných sester v oblasti paliativní péče, co se odbornosti ve zdravotnictví týče.

Tato bakalářská práce si klade za cíl prozkoumat, jak všeobecné sestry vnímají strach v kontextu paliativní péče, jaké faktory tento strach ovlivňují a jaké strategie používají k jeho zvládnutí.

Bakalářská práce se opírá o kvalitativní výzkum, včetně rozhovorů s všeobecnými sestrami, a nabízí tak hlubší vhled do jejich zkušeností a perspektiv. Je rozdělena do sedmi hlavních kapitol, které postupně odhalují teoretická východiska, metodologii, analýzu získaných dat, diskusi a závěr.

Volba tématu je motivována osobním zájmem o psychologické aspekty ošetrovatelství a přáním přispět k lepší podpoře zdravotnického personálu v této specifické oblasti. Protože si myslím, že doposud nebylo všeobecným sestřám v této problematice věnováno dostatek prostoru, který si dle mého názoru zaslouží.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá definicí paliativní péče, včetně jejího dělení, dosavadního vývoje a současné situace v ČR. Obsahuje také kapitolu věnovanou profesi paliativní sestry, včetně jejího vzdělávání v této oblasti. Dále je zde popsána aktuální legislativa pro vzdělávání všeobecných sester a specifika práce paliativní sestry. Následující kapitola je věnovaná problematice vnímání strachu, včetně jeho projevů a strategií k jeho zvládnutí. A na závěr je poskytnut krátký vhled do problematiky paliativního pacienta.

V průzkumné části práce jsou prezentovány výsledky šetření, které bylo realizováno prostřednictvím metody kvalitativního výzkumu. Informace byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, následně byly interpretovány a vyhodnoceny. Skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry, které pracují na oddělení paliativní péče lůžkového typu.

CÍLE PRÁCE

Cíle pro teoretickou část práce

- Předložit teoretické poznatky o paliativní péči.
- Popsat profesi všeobecné sestry v paliativní péči.
- Popsat strach včetně jeho projevů a strategií k jeho zvládnutí.
- Nastínit vzhled do problematiky paliativního pacienta včetně jeho potřeb a fází prožívání nemoci.

Cíl pro průzkumnou část

- Zjistit zkušenosti se strachem u všeobecných sester v paliativní péči při výkonu jejich profese.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Definice paliativní péče

K dispozici je mnoho definic, které objasňují podstatu paliativní péče, avšak všechny sdílejí společné cíle. Tyto cíle zahrnují zlepšování kvality života nemocného, zmírnění obtížných symptomů a v neposlední řadě vymezují cílové skupiny pacientů, kterým by tato péče měla být poskytována (Marková, 2010). Níže jsou uvedeny tři nejčastěji nabízené definice v literatuře.

EAPC (2013) paliativní péči definuje jako „aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu.“

Sláma a Kabelka (2020) uvádí, že paliativní péče je „aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí závažnou, život ohrožující chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je pacientovi a jeho blízkým poskytnout účinnou podporu, zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“

Dle WHO (2002) je paliativní péče definována jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“

Z výše uvedených definic je tedy patrné, že paliativní péče není již omezena pouze na péči o terminálně nemocné, kterým zbývá pouze pár dní života, ale je také poskytována pacientům s život ohrožujícím onemocněním (Kelnerová, 2007). Zabývá se nejen symptomy, které jsou spojené s terminálním stádiem nemoci, ale řeší také problémy, které nastávají již v průběhu onemocnění (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2013). Paliativní péče usiluje o poskytnutí takové podpory, která by nemocnému umožnila zbylou část života strávit důstojně a učinila tuto dobu přijatelnou z hlediska kvality. Dále se zaměřuje na to, aby měl pacient možnost poslední chvíle svého života strávit se svými blízkými v příjemném a důstojném prostředí. Soustředěna je také na podporu rodinných příslušníků a přátel pacienta během celého procesu a v období smutku po úmrtí milované osoby

(Sláma, 2011). Toho všeho se snaží docílit pomocí týmového přístupu k řešení potřeb pacienta a jeho rodiny, a snaží se tak pozitivně ovlivnit průběh nemoci (Munzarová, 2005).

1.2 Dosavadní vývoj a současná situace paliativní péče v ČR

V oblasti paliativní péče patří Česká republika k zemím, které se nacházejí výrazně pozadu za úrovní poskytovanou v rozvinutých státech (Sláma, Špinka, 2004). Dle nejnovější studie EIU uskutečněné v roce 2015 se ČR v kvalitě poskytované paliativní péče umírajícím v rámci světa umístila až na 33. místě. V rámci Evropy se pak nachází na 18. místě z 80 zemí (EIU, 2015). Zřejmě vlivem odlišné politické a ekonomické situace, která zapříčinila zpoždění tohoto vývoje až o několik desetiletí (Sláma, Špinka, 2004).

Za rozšířením hospicové péče v naší zemi stály nejen odborné publikace, jako např. *Hospice a umění doprovázet*, ale především autorka této knihy MUDr. Marie Svatošová. V roce 1995 založila první hospic v ČR a podílela se na vybudování dalších. Následně se díky finanční podpoře Ministerstva zdravotnictví podařilo do konce roku 2004 vybudovat 8 hospicových zařízení. Rozvoj těchto institucí, ale nekončí, jeho rozšiřování je i nadále v plánu (Sláma, Špinka, 2004).

Jednou z charakteristických vlastností vývoje paliativní péče v České republice je výrazné zpoždění v rozvoji domácí paliativní péče. Tato specializovaná zařízení se v České republice začala objevovat až relativně nedávno. Dodnes se však nepodařilo dosáhnout dostatečné efektivity a systematičnosti z dlouhodobého hlediska ve spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli tohoto typu péče (Cesta domů, 2016).

Díky rozvoji v paliativní oblasti u nás se podařilo v roce 2004 zřídit samostatný atestační obor *Paliativní medicína a léčba bolesti* (Sláma, Špinka, 2004). Postupem let začal narůstat v ČR zájem o rozvoj paliativní péče a dle dotazníkového šetření MZČR bylo k roku 2020 zjištěno již 40 nemocnic, kterým se podařilo vytvořit paliativní tým, což poukazuje na necelý dvojnásobek ve srovnání s výsledky roku 2018, kdy fungovalo pouze 18 týmů (MZČR, 2022). MZČR (2022) také uvádí průběžná data pilotního projektu v rámci nemocniční paliativní péče, který poukazuje na její užitečnost jak pro pacienty trpící závažným život limitujícím onemocněním, tak i pro zdravotníky, kteří o pacienty pečují. „Zlepšení kvality života znamenala práce K TPP pro téměř 57 procent pacientů v terminální paliativní péči, 77,6 procenta v časné paliativní péči a ve 100 procentech u časné paliativní péče u nezletilého. U více než třetiny pacientů se situace výrazně změnila již během tří dnů.“ S nastavením nového systémového financování by mělo být

dosaženo standardního začlenění paliativní péče do zdravotnického systému, díky čemuž by do budoucna měla být dostupná pro všechny pacienty (MZČR, 2022).

1.3 Poskytovatelé paliativní péče

Paliativní péče může být poskytována formou domácí paliativní péče jako tzv. mobilní hospic, dále jako denní stacionář nebo specializovaná ambulantní paliativní péče. Také může být dostupná skrze oddělení paliativní péče v nemocnicích nebo v jiných zdravotnických zařízeních či jako samostatný hospic (Paliativní péče, 2024).

1.4 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči dělíme na dvě základní úrovně, a to obecnou a specializovanou (Marková, 2010).

Obecná paliativní péče

Základem obecné paliativní péče je identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu života pacienta. Zároveň jde o včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění (Marková, 2010). Tento typ péče je poskytován zdravotníky dle jejich odbornosti. Lze sem zařadit např. praktické lékaře, kteří spolupracují s domácí péčí, lékaře specialisty zabývající se léčbou nevyléčitelných onemocnění v rámci jejich odbornosti. Jedná se tedy např. o internisty, onkology, geriatry nebo neurology. Své místo zde mají i služby, které zajišťují nezdravotnické aspekty paliativní péče. Jedná se například o práci dobrovolníků, pastorizační péči a mnoho dalších (Kabelka, 2018). Z hlediska akutního problému zajišťují tuto péči nemocnice. Z dlouhodobého hlediska je tato péče zajišťována LDN nebo domovy pro seniory, z pohledu domácí péče ji zajišťují zmínění praktičtí lékaři a agentury domácí péče (ČLS JEP, 2019). Tento typ péče by již dnes mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení, a to v celém rozsahu své specializace (Rada Evropy, 2004).

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří v oboru paliativní péče disponují potřebnými zkušenostmi, znalostmi a především vzděláním. Jedná se o aktivní péči, která je poskytována pacientům i jejich rodinám. Poskytují ji zařízení, jejichž hlavní činností je paliativní péče (Kabelka, Sláma, 2018). Mezi nejrozšířenější poskytovatele tohoto typu péče v ČR jsou hospice, které mohou mít **mobilní** nebo **lůžkovou** formu.

Lůžkové hospice lze definovat jako zdravotnická zařízení, která jsou určena speciálně pro pacienty v terminální fázi nemoci. V těchto zařízeních je péče poskytována tzv. multidisciplinárním týmem a dobrovolníky (Sláma, 2012). Tato zařízení nabízejí oproti jiným určitý nadstandard, co se týká jednolůžkových pokojů, neomezené možnosti návštěv, případně pak přistýlky pro blízké pacienta. Režim péče se zde v rámci možností přizpůsobuje přání pacienta (Quill a Abernethy, 2013).

Mobilní hospice umožňují pacientovi hospicovou péči přímo v jeho vlastním sociálním prostředí (byt, dům atd.). Pro pacienta tato zařízení představují klíčovou službu v případě, kdy si přeje zemřít doma, a ne v prostředí, které je jim cizí. Tato forma paliativní péče poskytuje podporu hospicového týmu, který se může pacientovi i jeho blízkému okolí intenzivně věnovat. Tým těchto pracovníků umožňuje pacientům prožít závěr života důstojně, bez bolesti a v kruhu jeho nejbližších (Gríva, 2018). Jedná se o poměrně novou formu paliativní péče, která byla do českého zdravotnického systému implementována až v roce 2017, a to jako tzv. *mobilní specializovaná paliativní péče* (mujpacient.cz, 2023). I přesto, že byla tato zdravotní služba v ČR začleněna teprve nedávno, se stala během velmi krátké doby službou široce dostupnou. Mezi známé poskytovatele u nás patří například Hospic sv. Kleofáše, domácí hospic Cesta domů, nebo také mobilní hospic Ondrášek (Mobilní hospice, 2022). Pro Pardubický kraj pak tuto službu zajišťuje domácí hospic Andělů strážných nebo organizace ENERGEIA, která se specializuje na dětskou paliativní péči. Kromě již zmiňovaných institucí existuje v ČR nyní mnoho dalších, které tuto důležitou službu poskytují. Tento typ péče je zatím financován z více zdrojů, protože celkové náklady za jeden den péče o jednoho pacienta (v roce 2022 činila částka na jeden den péče o jednoho pacienta 4 200 Kč) jsou více než dvojnásobné oproti sumě, kterou hradí zdravotní pojišťovny. Rozdíl mezi náklady na péči a částkou, kterou hradí pojišťovna, je nyní pokrýván z finančních příspěvků od hospicových pacientů, z obnosů poskytnutých individuálními dárci nebo podniky a ze subvencí státních a nestátních institucí (Cesta domů, 2016).

1.5 Multidisciplinární tým

Zvládání nevléčitelné nemoci, umírání a truchlení představuje pro pacienta, jeho rodinu a blízké velmi náročnou životní situaci z mnoha hledisek. Kromě tělesných symptomů spojených s nemocí je nezbytné řešit také psychické a existencionální obtíže (Centrum paliativní péče, 2024). Proto je třeba, aby během péče byly zajištěny veškeré důležité

aspekty, a to lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální, ale i spirituální (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Všechny tyto aspekty má za úkol zajistit tzv. multidisciplinární tým. Ten se skládá z odborníků z širokého spektra (především lékařských) oborů. Tento tým je tvořen lékaři s různými specializacemi, všeobecnými sestrami, psychology, sociálními pracovníci či nutričními terapeuti, fyzioterapeuti a duchovními pracovníky (Cesta domů, 2016). Hlavním úkolem všech těchto osob je zajistit kvalitní a koordinovanou paliativní péči o pacienta, a to ve spolupráci s jeho rodinou a s jeho blízkými.

Paliativní lékař se ujímá odpovědnosti za pacienta již od jeho přijetí. Posuzuje jeho klinické projevy, určuje vhodnou terapii a podle potřeby přizpůsobuje léčebný plán aktuálnímu stavu zdravotního stavu a vývoji onemocnění (Tajanovská, 2015).

Paliativní sestra pracuje v úzkém kontaktu s pacientem i jeho blízkými. Zabezpečuje provádění léčebných postupů nařízených lékařem, sleduje současnou fyzickou i emoční kondici všech zainteresovaných a v případě potřeby organizuje další služby nabízené zdravotnickým týmem (Centrum paliativní péče, 2024).

Sociální pracovník poskytuje rodinným příslušníkům asistenci v otázkách praktické povahy. Pomáhá při řešení smluvních dohod, zajišťuje finanční podporu na ošetrovatelské služby a pomáhá se zapůjčením potřebných zdravotních a kompenzačních pomůcek (Pechová a Lejsal, 2020).

Psycholog nebo psychoterapeut poskytuje pacientům a jejich rodinám příležitost k diskusi o obtížných životních okolnostech, podporu při zvládnání hlubokých obav o život a nabízí prostředí ke zklidnění napjatých okamžiků nebo napravení rozladěných vztahů (Centrum paliativní péče, 2024).

Duchovní se zapojuje do péče až na základě žádosti nebo přání pacienta, případně na základě žádosti jeho blízkých. Stává se pak osobou, která poskytuje podporu při hledání naděje a víry (Tajanovská, 2015).

Důležitými členy týmu jsou **odlehčovací asistenti** a **dobrovolníci**, kteří zastávají funkci poskytování podpurných služeb. Díky multidisciplinárnímu týmu je paliativní péče schopna efektivně řešit veškeré pacientovy obavy a flexibilně poskytovat služby v různých prostředích, a tím zachovat kvalitu životní úrovně až do posledních okamžiků (Centrum paliativní péče, 2024).

2 PROFESE PALIATIVNÍ SESTRY

„Sestry jsou srdcem zdravotní péče“ (Donna Wilk Cardillo, 2008).

Zdravotní sestra představuje nezastupitelný členek paliativního týmu. Poskytuje komplexní péči nejen o pacienty s pokročilým nevyлéčitelným onemocněním, ale i péči o jejich rodiny. Jejím úkolem je zajistit, aby pacienti měli přístup k optimální paliativní péči a aby jejich potřeby byly plně respektovány a uspokojeny (Pedersen et al., 2017). Zároveň se snaží pacientovi pomoci pochopit své onemocnění a také zjistit, jaké informace a do jaké míry si přeje nebo potřebuje znát (Marková, 2012). Zaměřuje se na aktivní vyhledávání potřeb nemocného i jeho rodiny a snaží se zajistit plynulé předávání informací mezi všemi zúčastněnými stranami. Zároveň nese zodpovědnost za koordinaci poskytované péče (Balvínová et al., 2022). V úzké spolupráci se specializovanými lékaři a ostatními členy paliativního týmu se snaží o zajištění pacientova komfortu, maximální kvality života, ale také o zajištění důstojného umírání (Kozáková, 2020).

Mezi hlavní ošetrovatelské úkony paliativní sestry patří hodnocení a řízení bolesti a dalších symptomatických obtíží, psychosociální podpora pacientů a jejich rodin, komunikace a sdílení informací o prognóze a možnostech léčby, plánování péče na základě individuálních potřeb pacientů a poskytování emocionální podpory a poradenství (Kelnerová, 2007).

2.1 Vzdělávání a právní úprava profese

Vzdělávání zdravotních sester v oboru paliativní péče je klíčové pro rozvoj potřebných dovedností. Díky tomu mohou jak pacienti, tak i jejich rodiny získat podporu od kvalifikované odbornice, která se stane nejen poskytovatelkou péče, ale také partnerem v posledních chvílích pacientova života (ČLS JEP, 2024). I přesto, že sestry zastávají v oblasti specializované paliativní péče nezastupitelnou úlohu, v ČR zatím není jejich pozice v rámci multidisciplinárního paliativního týmu normativně ukotvena (Medical Tribune, 2023). Optimálním stavem, kterého by mohlo být dosaženo, je vytvoření odbornosti paliativní sestry (ČLS JEP, 2024). Pro výkon povolání všeobecné sestry v paliativní péči je prozatím tedy potřebná kvalifikace v oboru praktická nebo všeobecná sestra. Vzdělávací systém pro nelékařská zdravotnická povolání je v ČR regulován legislativou, a to zákonem č. 96/2004 Sb. Pro získání požadované kvalifikace k výkonu profese zdravotní sestry zde existují dvě možnosti. První možností je úspěšné absolvování tříletého bakalářského studia v oboru všeobecná sestra. Druhou variantou je absolvování

tříletého programu na VOŠ, po jehož úspěšném dokončení student získá titul diplomovaný specialista (DiS.). Od 1. září 2017 pak došlo ke změně legislativy, kdy byl výše zmíněný zákon upraven pod novým číslem 201/2017 Sb. (zakonyprolidi.cz, 2024). Tento zákon se snaží lépe umožnit dosažení profesní kvalifikace pro výkon profese všeobecné sestry. Nyní mají tedy osoby, které pracují v oboru praktická sestra, záchranář, porodní asistentka nebo dětská sestra, možnost získat odbornou způsobilost. Tuto odbornost lze získat prostřednictvím studia, které musí trvat alespoň jeden rok, a to na Vyšší zdravotnické škole v programu „diplomovaná všeobecná sestra“ (mzcr.cz, 2024).

2.2 Osobnost paliativní sestry

O tom, jaká má zdravotní sestra být, psala už Florence Nightingalová (Tai, 2011). Historický vývoj osobnosti zdravotníka se významně změnil, jiný je jak obsah činnosti sester, tak i prestiž tohoto povolání. V posledních desetiletích se s rozvojem moderní společnosti posunulo dopředu jak ošetrovatelství, tak i povolání zdravotní sestry spolu s dalšími zdravotnickými profesemi. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní péči nemocným. Moderní společnost vidí základní funkci sestry v tom, že věnuje péči zdravému i nemocnému člověku. Také se snaží chránit pacientovo zdraví, a to zejména v situaci, kdy na to nemá potřebnou sílu, vůli či znalosti nebo toho není sám schopen (Zacharová, 2017).

Špirudová (2015) ve své publikaci uvádí stručný souhrn vhodných vlastností, kterými by zdravotní sestra měla disponovat. Sestra by měla být: *„citově zralá, čilá, důkladná, kritická a kritiku přijímající, loajální, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá a zdvořilá. Dále by měla být schopna dobrého úsudku, dobré spolupráce a plánování práce a dobře provádět jednotlivé ošetrovatelské výkony. Měly by mít vysokou sebekontrolu, respekt k autoritám a nadřízeným. Navíc by měla mít široký kulturní a společenský rozhled a v neposlední řadě by měla mít smysl pro krásu a smysl pro humor.“* Z toho je tedy patrné, že na profesi všeobecné sestry jsou kladeny mnohačetné požadavky (Paulínová, 2008).

Sestra se ve své práci často setkává s etickými dilematy. Musí být schopna jednat v souladu s etickými principy a zároveň respektovat hodnoty pacientů, což nemusí být vždy úplně jednoduché. Souhrn všech těchto požadavků je velmi náročný na osobnost

člověka, ale také pro jeho profesní růst a styl práce. Obzvláště významný vliv má pak na způsob života a duševní stabilitu zdravotníka (Zacharová, 2017).

2.3 Motivace v práci paliativní sestry

Motivaci lze definovat jako dynamický, intrapsychický proces, ve kterém působí vzájemné vztahy podnětů subjektu (vnitřní motivace) a prostředí (vnější motivace). Tyto podněty pak vytvářejí napětí, soustředění a následné zaměření na aktivitu, která po rozhodovacím procesu vede k cíli. Jedná se o vzájemný vztah a souhrn hybných faktorů (motivů, pohnutek), které podmiňují a energizují lidské jednání v určité situaci (Vetráková, 2011).

Motivace tedy představuje soubor pohnutek, který podněcuje k určité činnosti. Řadíme ji mezi základní rysy osobnosti. Lidskou motivaci lze chápat jako hnací sílu, která jedince stimuluje k určitým akcím či chování, ale zároveň může působit jako faktor, který určité aktivity či reakce potlačuje nebo omezuje (Kolář, 2013). Může být také chápána jako vnitřní, uvědomovaný i neuvědomovaný stimul působící na chování, komunikaci a postoje subjektu (Průcha a Veteška, 2014). V současnosti je považována za důležitý faktor úspěchu (Ivanová a kol., 2013).

Odborné publikace, které se již motivací zdravotních sester zabývaly, věnují pozornost zpravidla motivaci týkající se vztahu k už probíhajícímu výkonu práce (Ivanová, et al., 2013). Nutno podotknout, že dle zkušeností Dostálové (2016) je důležité si už před začátkem studia uvědomit, jaký je opravdový motiv k volbě tohoto povolání, o to důležitější je znát svůj motiv před nástupem do zaměstnání. Je totiž patrné, že např. na úspěch léčby bude mít vliv i motivace zdravotnického personálu pacienta léčit.

Motivací výběru k povolání zdravotní sestry se zabývalo již mnoho výzkumů, a proto zde budou uvedeny pouze dva z nich. Prvním jsou výsledky dotazníkového šetření Honzáka (2015), kdy výsledkem bylo, že motivací k volbě tohoto povolání pro sestry bylo pomáhat lidem. V dalším výzkumu, který se uskutečnil v roce 2009 Heplovou a Michálkovou (2010), bylo dotazováno celkem 93 respondentů z pražských pracovišť FTNaP a IKEM. V tomto výzkumu 65 % respondentů uvedlo, že jejich motivací je touha pomáhat druhým lidem, 25 % respondentů preferovalo školu kvůli omezenému začlenění matematiky do vyučovacího plánu, 9 % respondentů uvedlo prestiž povolání a 1 % se řídilo finančními aspekty. Překvapivým zjištěním tohoto výzkumu však bylo, že celkem 41 % sester uvedlo, že by si svou profesní dráhu již nevybraly znovu (Dostálová, 2016).

2.3.1 Dělení motivace dle Dostálové

Dle Dostálové (2016) lze motivy sester rozdělit do čtyř skupin na zcela pozitivní, převážně pozitivní, problematické a negativní.

Pozitivní motivy

Do skupiny pozitivních motivů zařadila tendenci k altruistickému jednání, přesvědčení o důležitosti daného oboru pro společenský prospěch, schopnost efektivně komunikovat, ale také touha po poznání a rozšíření již nabytého vzdělání o další oblast při dokončené jiné specializaci (Dostálová, 2016).

Převážně pozitivní

Jako převážně pozitivní motivy uvedla napodobení vzorů z blízkého okolí či rodinného kruhu, úspěšné zvládnutí situace, kdy bylo třeba poskytnout první pomoc nebo pečovat o nemocného, zkušenosti nabyté během předchozího pobytu v roli pacienta, a stabilní příjem, nebo možnost lepšího finančního ohodnocení v zahraničí (Dostálová, 2016).

Problematické

K motivům, které mohou být považovány za problematické při volbě kariéry, patří tendence nepřetržitě pomáhat, která je známá jako syndrom pomáhajících. Dále se mezi ně řadí touha dokázat svoje schopnosti v oboru lidem ve svém okolí, rozhodnutí studovat daný obor na základě přání rodiny nebo přátel, výběr studia podle nabízených předmětů, snaha najít partnera s podobnými zájmy během studia, či volba oboru dle svých vrstevníků (Dostálová, 2016).

Negativní

Za negativní motivy pro volbu povolání sestry řadí ambice ovládat ostatní, potenciál ovlivňovat jednání druhých nebo snahu o dosažení akademického titulu (Dostálová, 2016).

2.4 Specifika při práci paliativní sestry

Práce v oblasti zdravotnictví vyžaduje vysokou psychickou odolnost, avšak to neznamená, že se nemohou objevit situace, které ovlivní psychickou stabilitu zdravotníka. Tato profese občas přináší události, kdy je zdravotník konfrontován s tvrdými formami utrpení nebo i smrtí pacientů, setkávají se i se zoufalstvím blízkých osob pacienta, v některých případech může být ohrožen i jejich vlastní život (AZZS ČR, 2020). Níže budou uvedena konkrétní specifika, se kterými se sestry v paliativní péči mohou setkávat.

2.4.1 Péče o pacienta v terminálním stádiu

Kvalitní péče o umírajícího pacienta je základním posláním hospicové péče. Sochor et al. (2019) ve své knize definuje terminální fázi onkologického onemocnění takto: „*Terminální fáze představuje dobu od ukončení intenzivní protinádorové léčby do úmrtí pacienta.*“ Jedná se tedy o různě dlouhou fázi, kdy pacient nemusí projevovat větší obtíže a nachází se v dobré kondici. Objevuje se zde časté akutní zhoršení stavu, které je důsledkem špatné odpovědi organismu na kauzální léčbu, ať už v souvislosti s nádorovým, nebo přidruženým onemocněním. V takové situaci se zdravotní stav pacienta ve většině případů nevrací do původního funkčního stavu. Toto období se pohybuje v řádech měsíců, u neonkologicky nemocných pacientů to mohou být i roky (Sláma a Kabelka, 2022). Cílem sestry pečující o pacienta v terminálním stádiu by mělo být dosažení co nejvyšší možné kvality jeho života, snaha zpomalit progresi jeho onemocnění a také prodloužení smysluplného života. Těchto cílů může sestra dosáhnout pomocí monitorace a časného řešení základních symptomů. Mezi tyto symptomy řadíme např. bolest, nevolnost, zvracení, dušnost nebo zácpu, ale také projevy úzkosti, nespavost, nebo deprese a další psychické projevy (Sláma, 2007).

Z ošetrovatelského hlediska je proto důležité zaměřit se na péči o vyprazdňování, pitný režim a nutriční péči. Pokud se jedná o pacienta, který je upoután na lůžko, je potřeba nezapomínat na péči o pokožku či na prevenci proleženin. S touto problematikou souvisí také pravidelné polohování, péče o dutinu ústní, příp. péče o dýchací cesty. Jelikož je pro pacienta tato situace po psychické stránce velkou zátěží, je důležité se i na tento aspekt péče zaměřit. Z tohoto důvodu je třeba pravidelně hodnotit psychický stav a psychické reakce pacienta (Marková, 2010). Sestra by zároveň měla věnovat pozornost chování pacienta a včas zachytit příp. psychiatrické projevy. Mezi tyto projevy lze zařadit např. suicidální myšlenky nebo delirantní stavy pacienta, o této skutečnosti by pak měla co nejdříve informovat lékaře. Stejně tak je důležitá i péče o spirituální stránku pacienta. Sestra by se měla snažit citlivým způsobem zjistit, jaké jsou pacientovy duchovní hodnoty a orientace, a spolu s tím i související názory nebo rituály. Tyto rituály by pak měl veškerý zdravotnický personál, který o pacienta pečuje, respektovat, případně by je měl zkusit pacientovi zajistit podle jeho přání. To je důležité nejen při procesu umírání, ale i po samotné smrti pacienta (Sláma a Kabelka, 2022).

2.4.2 Komunikace s umírajícím pacientem

„Klíč v komunikaci nespočívá v tom, co lidem řeknete vy, ale co druzí řeknou vám a co se během tohoto procesu děje v jejich hlavách“ (Medical tribune, 2023).

Komunikace sestry s umírajícím pacientem je klíčová pro poskytnutí důstojné a respektující péče. Sestra by měla mít neustále na paměti, že každý pacient je jedinečný, a na základě toho dokázat přizpůsobit komunikaci jeho individuálním potřebám a preferencím. Měla by také zvládnout rozlišit, kdy je třeba být přesvědčivá, aby pacient akceptoval léčbu, ale také kdy je třeba respektovat rozhodnutí pacienta, pokud léčbu odmítne (Dostálová, 2016).

Při komunikaci s pacientem hraje zásadní roli obsah zprávy, která má být sdělena. Od toho, zda se jedná o zprávu pozitivní, negativní nebo neutrální, se odvíjí, v jakém duchu se ponese celá konverzace. Na základě toho se sestra může na takovou situaci připravit, aby předešla zbytečným komunikačním chybám. Při předávání informací od sestry k pacientovi je především důležité, aby sdělená zpráva byla pro pacienta dostatečně srozumitelná (Dostálová, 2016). Základem v paliativní péči je pravdivá a otevřená komunikace, to však vzhledem k diagnóze a prognóze pacientova onemocnění nemusí být vždy úplně snadné (Cesta domů, 2016).

Cesta domů (2016) uvádí určité zásady, které je důležité při komunikaci s umírajícím pacientem dodržovat. Patří sem např. vzájemně se nepřerušovat a neodporovat si, nesnažit se řeč odvádět k jiným tématům a nedávat pacientovi falešné naděje. Je také důležité být při rozhovoru trpělivý, nespěchat, počkat, ale umět i mlčet. Neměli bychom se snažit vést rozhovor příliš optimisticky, protože vlivem toho se může pacient cítit osamocně a nepochopeně, což pro něj může být trýznivé.

2.4.3 Komunikace s rodinou

Komunikace s rodinou umírajícího pacienta je stejně důležitá jako komunikace s pacientem samotným. Zvláště pokud se jedná o rodinu již déle pečující, komunikace vyžaduje od zdravotníka cit a pochopení (Kabelka, 2017). Rodinní příslušníci od sester a dalších zdravotnických pracovníků očekávají profesionální rady, které by jim mohly pomoci jak při procesu rozhodování, tak ale i během snížení nejistoty z výsledků léčby. To by jim mělo umožnit reálně zhodnotit jejich situaci a vytvořit podmínky pro emocionální a kognitivní přípravu na budoucnost (O'Connor a Aranda, 2005).

Elizabeth Rossová rozdělila období umírání do určitých fází, viz kapitola níže, kterými si nemocný prochází. Není však pravidlem, že si jimi musí pacient projít v určeném pořadí nebo že si projde úplně všemi (Špinková, 2015). Tato informace je pro sestry velice důležitá, protože tyto fáze prožívají i pacienti nejblíží. Bohužel ve většině případů se aktuální fáze blízkých neshoduje s fází nemocného a dochází tak k vzájemnému „nepotkání se“. Pacient by chtěl nyní mluvit např. o poslední vůli, ale rodina jej přesvědčuje, že se jistě uzdraví a není třeba to ještě řešit. V tento moment je úkolem sestry, aby se pokusila fáze na obou stranách synchronizovat, a tím přispět k jejich vzájemnému porozumění. To však nemusí být vždy úplně snadné, proto je dobré při komunikaci s rodinnými příslušníky dodržovat stejné zásady jako u komunikace s pacientem, viz kapitola výše.

Suzanne Goldhirschová se této tématice věnovala podrobněji, a na základě toho vytvořila tzv. C-A-S-E model, který lze použít při komunikaci s pečujícími (Kabelka, 2020).

C – communité (komunikovat)

Komunikace s rodinou je klíčovým aspektem pro bezproblémový průběh pacientovi léčby. Je tedy zásadní, aby rodině bylo poskytnuto srozumitelné vysvětlení charakteru onemocnění a potřebné péče o nemocného. Poté by měl být jak rodině, tak i pacientovi poskytnut dostatečný prostor pro zpracování vlastních emocí. Zároveň je nezbytné, aby byla rodina informována o budoucím předpokládaném průběhu onemocnění, a v případě provádění změn v medikaci rodině tuto skutečnost řádně objasnit. Zdravotník by se měl také vždy ujistit, že veškeré informace, které byly rodině předány, byly v dostatečném rozsahu a správně pochopeny. Důležité je, aby byla rodina seznámena s celým pečujícím týmem a věděla, na koho se v případě potřeby může obrátit (Kabelka, 2018).

A – assessment (zhodnocení situace a vyšetření potřeb)

Je důležité, abychom během komunikace s rodinou nebo s pečující osobou o pacienta věnovali zvýšenou pozornost jejich emocím a obavám. Měli bychom se ptát na jejich pocity, např. jestli se necítí nejistí. Pokud chce rodina pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, je důležité se informovat, jestli jsou schopni adekvátně vybavit domácnost pro potřeby pacienta a zda se cítí schopni situaci zvládnout. Tato situace může být finančně náročná, proto je vhodné nabídnout rodině kontakt na sociálního pracovníka, který jim může v případě potřeby pomoci, např. s vyřízením finančních příspěvků na různé pomůcky (Kabelka, 2020).

S – support (podpora)

Rodinní příslušníci, kteří se starají o člena s vážným onemocněním, se často setkávají s vysokým stupněm zátěže a únavy. Je tedy důležité uznat jejich práci při péči o blízkého a dát jim najevo, že nejsou v této situaci osamoceni a mohou očekávat potřebnou podporu (Kabelka, 2018).

E – educate (naučit)

V neposlední řadě je důležité, aby ošetřující tým věnoval pozornost a čas těm, kdo se starají o pacienta v pokročilém stadiu nemoci, a poskytnout jim relevantní informace a vzdělávací materiály, které jim usnadní poskytování péče (Kabelka, 2020).

2.4.4 Péče o pozůstalé

Ztráta blízké osoby je jedním z největších a nejbolestivějších zásahů do života (EUC, 2023). Každý prožívá ztrátu milované osoby odlišným způsobem. Proces vyrovnávání se s touto skutečností nazýváme truchlení, jež je přirozenou reakcí každého z nás (Umírání.cz, 2023). Probíhá v pěti fázích, jedná se o fázi popírání, hněvu, smlouvání, deprese, a nakonec fázi smíření. Je však dobré mít na paměti, že ne každý musí všemi těmito fázemi projít (Marková, 2010). Hlavní roli v pomoci pozůstalým by měla zastávat rodina a nejbližší přátelé, avšak v našem společenském uspořádání tato forma podpory selhává, proto mnoho lidí, kteří ztratili blízkého člověka, čím dál tím častěji vyhledává pomoc od odborníků (Haškovcová, c2007). Role sestry v této situaci je velmi důležitá, měla by se zde zaměřit na aktivní podporu a pomoc pozůstalým (O'Connor a Aranda, 2005). Pozůstalí procházejí složitým procesem smutku a adaptace na novou realitu bez svého drahocenného člověka, proto je důležité věnovat pozornost poskytování psychologické, emocionální, ale i praktické podpory, která jim pomůže zvládnout jejich ztrátu. V základu je důležité zajistit při kontaktu s pozůstalými takovou atmosféru, aby si byli jisti, že se na zdravotnický personál mohou se svými problémy obrátit (Špatenková, 2023).

Psychologická podpora pozůstalých spočívá v pomoci se zvládnutím smutku a procesu truchlení. Patří sem např. zajištění konzultace s terapeutem, skupinová terapie nebo poradenství, které se zaměřuje na porozumění a vyrovnání se se svými emocemi a změnami v životě.

Dalším neméně důležitým aspektem je emocionální podpora, která je základní součástí péče o pozůstalé. Jedná se o poskytnutí dostatečného prostoru pro vyjádření smutku, vzpomínek a emocí spojených se ztrátou (Kozáková, 2020).

V rámci praktické podpory by se měl zdravotnický personál zaměřit na pomoc s praktickými záležitostmi, které musí rodina po úmrtí pacienta řešit. To zahrnuje např. organizaci pohřbu, správu majetku, řešení právních otázek nebo finanční záležitosti (Umírání.cz, 2023).

Péče o pozůstalé je důležitá, protože ztráta blízkého člověka může být pro některé osoby velmi traumatická a může mít dlouhodobý dopad na fyzickou, emoční, ale i sociální stránku. Podpora v této nelehké situaci může pozůstalým pomoci překonat smutek, najít smysl a směr v životě a postupně se přizpůsobit nové skutečnosti (Umírání.cz, 2015). Jedná se o proces, který začíná ještě před úmrtím pacienta, kdy je důležité posoudit možné rizikové faktory, pokračuje péčí v průběhu nemoci pacienta a trvá do doby po úmrtí pacienta. Pokud včas identifikujeme členy rodiny, kteří by mohli truchlit komplikovaným způsobem, můžeme se na tuto skutečnost připravit a předem si stanovit možné formy pomoci (O'Connor a Aranda, 2005).

3 STRACH

3.1 Definice strachu

Strach řadíme mezi jednu z nejzákladnějších a nejintenzivnějších emocí, kterou člověk může prožívat. Jedná se o jednu z nejstarších život zachraňujících emocí, což poukazuje na jeho důležitost a nezbytnost v našich životech (Honzák, 2017).

Strach je přirozeným procesem, který se objevuje v situacích, které jsou pro nás nějakým způsobem významné (Prokopius a Šulista, 2007). Tento proces nastává v okamžiku, kdy se objeví podnět ohrožení to může být např. bolest nebo možné nebezpečí aj. Následně začne behaviorální inhibiční systém člověka reagovat tzv. orientační reakcí. Na základě této reakce organismus zvyšuje pozornost a začíná zkoumat a posuzovat závažnost přicházejících signálů. Pokud organismus podnět vyhodnotí jako stav ohrožení, začne tělo reagovat obrannými mechanismy (Honzák, 2017).

Vymětal (2003) vymezuje strach jako: *„nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.“* Lze tedy říci, že se jedná o neblahý pocit spojený s konkrétním objektem nebo situací.

Strach může ovlivnit lidský organismus dvěma způsoby. Na jedné straně může motivovat k aktivitě, zatímco na druhé straně nás může paralyzovat (Prokopová, 2011). Jedná se o varovný aspekt, který je pro nás užitečný, protože nás chrání a motivuje k opatrnosti. Pokud ale nastane situace, kdy je příliš intenzivní nebo ovlivňuje kvalitu našeho života, se stát spíše problémem (Zacharová, 2017).

Strach lze dělit z mnoha různých hledisek. Nakonečný (2012) uvádí, že s rozvojem společnosti se původní funkce strachu, tedy signalizovat ohrožení života, tzv. vrozený (atavistický) strach, rozšířila o další aspekt, a to strach z ohrožení života společenského. V dnešní době je zcela běžné, že se lidé potýkají se strachem ze ztráty zaměstnání, strachem z osamělosti, stárí, nebo dokonce smrti. V tomto případě lze mluvit o tzv. naučeném strachu.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) popisují dva typy strachu. Užitečným pro člověka je tzv. přiměřený strach, který nás motivuje vyhýbat se zbytečným rizikům. Opakem je tzv. nadměrný strach (známý také jako strach panický), který může vést k unáhleným nebo škodlivým reakcím, což může způsobit nepříjemnosti.

Každý člověk se s tímto pocitem setkává a zvládá ho odlišnými způsoby. V následujících kapitolách bude toto téma blíže popsáno i s jeho projevy a strategiemi zvládnání.

3.2 Strach a úzkost

Tyto dvě emoce spolu velmi úzce souvisí. Vymětal (2003) ve své knize uvádí, že mezi úzkostí a strachem není přesná hranice.

Vágnerová (2016) definuje úzkost takto: „*Úzkost představuje difuzní, neurčitý pocit ohrožení, které jedinec nedokáže přesněji specifikovat. Bývá subjektivně tíživější, protože nejasné ohrožení eliminuje možnost se proti němu účinně bránit.*“

Úzkost a strach jsou pocity a stavy, se kterými se v běžném v životě setkáváme a známe je z vlastní zkušenosti. Zdravotník je s nimi konfrontován denně při kontaktu s nemocným, nebo také s jeho příbuznými, jelikož tyto pocity se objevují všude tam, kde se člověk cítí být nějakým způsobem ohrožen a kde vnímá nebezpečí (Vymětal, 2003).

Jedná se o emoční stavy, které mohou mít různou délku trvání. Ta se může lišit v závislosti na osobnostních vlastnostech jedince (Vágnerová, 2016).

Jelikož se zdravotnický personál neustále setkává s pacienty, kteří jsou vážně nemocní nebo se nacházejí v terminální fázi života, může pro ně tato práce být emocionálně velmi náročná. Zdravotní stav paliativních pacientů se často mění, a to může u sester vzbuzovat např. pocity nejistoty, nedostatku kontroly nad aktuální situací nebo také pocit nedostatečné kontroly nad vlastním životem. Sestry se mohou obávat, že nebudou schopny poskytovat dostatečnou podporu a péči, a to v nich následně může vyvolat obavy až strach z vlastního selhání, nebo dokonce nemožnosti pacientovi pomoci (Venglářová, 2011).

3.3 Projevy strachu a úzkosti

Úzkost a strach jsou příkladem toho, že jsou naše tělesné a duševní procesy propojené, což ukazuje psychosomatickou jednotu člověka (Vymětal, 2003). Projevy strachu a úzkosti můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní.

Subjektivně je mohou lidé vnímat např. jako pocit tísně nebo sevření. V tuto chvíli se člověk cítí být ohrožen, má pocit vnitřního napětí a neklidu, prožívá bezradnost a projevuje obavy. Pokud tyto pocity gradují, mohou vyústit až v paniku nebo děs (Vymětal, 2003). V rámci fyziologických změn se projevy strachu či úzkosti mohou projevit prakticky na všech orgánech a funkčních systémech. Vyznačují se zrychleným dýcháním, nebo naopak dýcháním zpomaleným (zatajování dechu). V tomto stavu jedinec pociťuje suchost

v ústech, zároveň vzrůstá potivost kůže a zvyšuje se svalové napětí. Důležitým doprovodným jevem je také zrychlená činnost srdce. Velmi často mohou být strach a úzkost doprovázeny zvýšenou únavou, lehčí závratí, dokonce až depresivními prožitky (Vymětal, 2007).

Objektivně může být jedinec bledý v obličeji, zároveň také působí dojmem strnulosti a tenze. V obličeji má vyděšený výraz a diferencovanou mimiku. Rovněž se mohou objevovat nekoordinované nebo nepřesné pohyby (Vymětal, 2004).

Obecně tyto dva pocity mohou působit negativním vlivem na člověka, opak je však pravdou. Tělo těmito reakcemi projevuje zpětnou vazbu na nepříjemné impulsy, tudíž je lze považovat za signální a ochranné faktory pro člověka. Jsou důležité pro orientaci člověka ve světě a pro jeho přežití (Vymětal, 2003).

3.4 Strategie zvládání strachu

„Dělejte to, z čeho máte strach. A dělejte to opakovaně. To je nejrychlejší a nejjistější způsob, jak strach porazit“ (Dale Carnegie, 2023).

Zvládání strachu je důležité pro fyzické a emocionální pohodlí. Existuje mnoho různých strategií, které můžeme využít k tomu, abychom se s našimi obavami vypořádali a překonali je. Jak je uvedeno v předchozí kapitole, strach má signální a obrannou funkci. Proto se v této kapitole nebudeme zabývat bojem se strachem jako takovým, ale zaměříme se na zvládání strachu nepřiměřeného, stresujícího, který nás v životě může omezovat.

3.4.1 Obranné mechanismy

Jedná se o přirozené procesy, které jsou nápomocné při adaptaci na subjektivně nepříjemné skutečnosti, které mohou ohrožovat obraz o sobě samém, a tím mimo jiné i pocit jistoty (Winter a Koger, 2009). Tyto mechanismy mohou být více či méně uvědomované způsoby omezování úzkosti nebo strachu, které pramení z ohrožení sebepojetí. Jejich základem je zkreslení hodnocení a prožívání vnímané reality. Poskytují nám čas, abychom načerpali dostatečné množství energie a následně se dokázali racionálně se situací vypořádat (Paulík, 2017).

Problematikou obranných mechanismů se zabýval již Sigmund Freud a následně jeho dcera Anna Freudová (2023), kteří definovali 10 základních obranných reakcí. Paulík (2010) ve své publikaci uvádí dva mechanismy, které lze dle Freuda považovat za základní. Jedná se o nevědomé **vytěsnění** a vědomé **potlačení**. Podstatou nevědomého

vytěsnění je odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů nebo myšlenek z vlastního vědomí. Ačkoliv si to jedinec neuvědomuje, mohou mimo jeho vědomou kontrolu ovlivňovat jeho chování i prožívání. Pokud mluvíme o potlačení, jedná se o proces, kdy jedinec vědomě odsune nepříjemné obsahy z vědomí, a tím dočasně zmírní pocit strachu nebo úzkosti. Freudová (2006) ve své knize uvádí další významné obranné reakce, jimiž jsou *racionalizace, přesunutí, sublimace, identifikace, reaktivní formace, projekce, anulace a regrese*. Winter a Koger (2009) vysvětlují, že tyto reakce nás ochraňují a dodávají nám pocit, že jednáme rozumně. Ve skutečnosti se ale jedná o mechanismy zcela iracionální, protože před námi skrývají realitu. Následně nám mohou bránit v úplném pochopení situace a proto je dobré si tyto mechanismy uvědomovat a pracovat na nich.

3.4.2 Psychologické prostředky zvládnání strachu

Paulík (2017) se ve své knize zabývá metodami, které lze uplatnit ve zvládnání strachu. Mezi ně patří:

Racionální rozbor příčin strachu

Lze ho rozdělit do dvou fází. V první fázi si definujeme, z čeho konkrétně máme strach a proč. V druhé fázi provedeme zhodnocení reálnosti hrozeb samých, tzn., co se ve skutečnosti může a nemůže stát. Tento proces následně může pomoci vybavit si podobnou situaci, kterou jsme si již prošli a zvládli jsme ji. Díky tomu můžeme načerpat dobrý pocit z vývoje dosavadní situace (Paulík, 2017).

Verbalizace čili slovní popis

(potichu pro sebe, případně i nahlas) aktuální situace a cíle, kterých bychom chtěli dosáhnout. Je třeba si dokázat stanovit vhodný postup a cíl, na který se chceme zaměřit. V této variantě lze využít předem připravované formulace pro vysvětlení situace nebo pro využití dalších postupů (Paulík, 2017).

Zpracování obávané situace

Jedná se o proces, kdy si nejdříve situaci ve svých myšlenkách představíme a můžeme si promyslet, jak bychom chtěli na tuto situaci reagovat. Během další fáze můžeme své představy zrealizovat v praxi (Paulík, 2017).

V praxi je rovněž možné využít techniku tzv. paradoxní intence – zde je podstatou nepříjemné nebo obávané situace či aktivity vyhledávat a nevyhýbat se jim, a to především

proto, abychom nepříjemné pocity nebo obavy cíleně navodili a posléze je překonali (Vymětal, 2007).

Trénink zvládání strachu

U této formy zvládání strachu lze procvičování subjektivní náročnosti situace stupňovat. Návčik vede jednak k určitému přivykání si na situaci navozující strach, ale také k vytvoření si určitých reakčních automatismů, které následně omezují nejistotu při rozhodování o volbě alternativ. V současné době se pro návčik zvládání strachu využívá tzv. princip modelování. Jedná se o vytváření reálných situací, kdy je jedinec vystavován určitým podnětům tak, aby se na ně mohl postupně adaptovat. Tímto návčikem lze získat odstup posilující sebedůvěru, odvahu, ale také určitou kontrolu nad reálnou situací (Hošek, 2003).

Autosugesce

Jedinec sám sebe opakovaně přesvědčuje, že není důvodu bát se a že má potřebné podmínky a schopnosti, aby se s danou situací vypořádal. Při autosugesce se snažíme v nepříjemné situaci ovlivnit vlastní pocity, v tom smyslu, že se dokážeme se strachem úspěšně vyrovnat tak, že zvítězí pocity pozitivní (Paulík, 2010).

3.4.3 Další metody ke zvládnutí strachu

Relaxace

V porovnání s předchozími variantami se jedná o odlišnou variantu zvládání strachu, která se nezaměřuje na aktivní přístup a návčik reálných situací, ale na relaxaci svalstva. Při této metodě je předpokladem ke zvládnutí situace celkové svalové uvolnění, protože při svalové tenzi na jedince může strach či úzkost působit velkou intenzitou (Paulík, 2017). Relaxace může probíhat mnoha způsoby, např. vědomým dýcháním, procházkou, ventilací emocí, vědomým uvolňováním svalů v těle, autogenním relaxačním tréninkem podle profesora Schultze, nebo pomocí klasických relaxačních cvičení, kam spadá např. jóga (Křivohlavý, 2010).

Supervize

Supervize je procesem, který se zaměřuje nejen na reflexi profesní role, ale zároveň také na aktivity a činnosti, které jsou s pracovní pozicí spojené (Venglářová, 2013). Supervize je prováděna odborníkem, který je označován jako tzv. supervizor. Tento člověk je v této

oblasti proškolen, má dlouhodobou praxi ve vedení týmu a velmi často mívá vzdělání v oblasti psychoterapie. V ošetrovatelství se tato metoda využívá poměrně často. Ideální je zvolit tzv. integrativní přístup, během kterého se supervizor zaměřuje na dodržování etických principů a na zodpovědnost pracovníka za jeho pracovní postupy. Supervizor by měl lidem pomáhat při hledání řešení různých odborných problémů, zároveň by měl zdravotníkovi pomáhat porozumět vlastním pocitům, ale také by je měl naučit vyhodnocovat následné vedení jejich práce (Venglářová, 2013).

4 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI

4.1 Indikace k paliativní péči

ČLS JEP (2016) uvádí onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči o pacienta:

- *nádorová onemocnění,*
- *neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence nebo amyotrofické laterální sklerózy,*
- *konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných,*
- *geriatrictí pacienti s pokročilým syndromem křehkosti (frailty),*
- *pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem,*
- *HIV/AIDS,*
- *některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění,*
- *kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (ČLS JEP, 2016).*

Tato onemocnění s sebou nesou řadu doprovázejících symptomů, přičemž nejčastěji a nejvíce řešeným je bolest. Mezi další časté symptomy, které se objevují, pak řadíme dušnost, nevolnost až zvracení a mnoho dalších. Je tedy zřejmé, že v těchto okamžicích je důležité, aby se ošetřující personál zaměřil zejména na potřeby pacienta (Pechová a Lejsal, 2020).

4.2 Potřeby paliativního pacienta

„Zvláště pro pracovníky pomáhajících profesí, kterými všeobecné sestry jsou, je důležité poznávat potřeby lidí. Právě chápání a znalost lidských potřeb bude sestrám nápomocna při uspokojování potřeb pacientů, v hodnocení problémů, posuzování měnících se potřeb, při vyhledávání nových cílů a posílení edukace“ (Knapová, 2019).

V literatuře lze nalézt větší množství teorií vymezujících potřeby pacienta. Mezi nejznámější, co se ošetrovatelství týče, patří Maslowova pyramida potřeb dle amerického psychologa A. H. Maslowa. Tato pyramida zahrnuje šest základních potřeb. Tento autor byl přesvědčen, že abychom dosáhli vyšších potřeb, musíme nejprve dokázat uspokojit potřeby nižší tzv. základní (Nováčková a Nevolová, 2020).



Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb (vlastní tvorba).

Marková (2010) se s pyramidou potřeb neztotožňuje a ve své knize nabízí zcela jiný, rozsáhlý pohled na potřeby pacienta, který lze rozdělit na čtyři základní odvětví. Těmi jsou: lidská osobnost, pravda, rodina a nitro člověka. První odvětví zahrnuje důležitost potřeby pacienta zůstat sám sebou, cítit se žensky/mužně, splnit svůj úkol, rozhodovat o sobě, ale také potřeby plakat, nebo naopak se smát. Druhé odvětví s názvem pravda je pak zaměřeno na potřebu pacienta mít pravdivé informace, ale hovoří i o nároku znát pravdu o svém zdravotním stavu, a to nezávisle na požadavcích rodiny. Třetí odvětví pak směřuje na problematiku rodiny. Ta zahrnuje potřebu pacienta být se svou rodinou, ale také potřebu péče o jeho rodinu. Dále zahrnuje potřebu jistoty a bezpečí nebo také emoční podporu, která zahrnuje proces smíření se a rozloučení. Posledním odvětvím je nitro člověka, které se zaměřuje na potřebu pacienta uzavřít svůj život, najít smysl, ale i potřebu lásky, odpuštění a další.

4.3 Stadia prožívání onemocnění dle E. K. Rossové

Je důležité znát proces, kterým si paliativní pacient prochází, abychom dokázali této skutečnosti přizpůsobit následnou péči. Elizabeth Kübler-Rossová (2015) ve své psychologické studii popisuje pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí, jeho stadia si níže blíže popíšeme.

1. stadium – Popírání a izolace

„Ne, to se určitě netýká mě, to nemůže být pravda“ (Kübler-Ross, 2015).

V této fázi pacienti nepřijímají svou diagnózu, jsou přesvědčeni o špatném diagnostickém závěru a myslí si, že se jedná o omyl. Týká se to pacientů, kterým lékaři poskytli úplné informace o jejich zdravotním stavu už na počátku jejich onemocnění, ale i těch, kteří

přímo informováni nebyli a museli k tomuto závěru po určité době dojít sami. Téměř všichni pacienti se v určitém okamžiku, ať už hned po stanovení diagnózy, nebo později, uchylují k alespoň částečnému popírání. To se může projevovat nejen v počátcích onemocnění, ale i v pozdějších fázích. Popírání reality působí jako jakýsi ochranný mechanismus, který zmírňuje dopad nečekaných a šokujících informací. Dává pacientovi prostor pro to, aby se v dané situaci vzchopil a následně se dopracoval k jiným, méně radikálním obranným strategiím. To ale neznamená, že s odstupem času pacient nebude mít zájem o vedení otevřené konverzace o nadcházející smrti. Pokud by sestra tento rozhovor zahájila, měla by si být vědoma, že by měl probíhat pouze tehdy, pokud je pacient připraven a schopen se s tímto tématem vyrovnat. V momentě, kdy pacient není schopen přijmout fakta a začne se znovu uchýlovat k předcházejícímu odmítání, je třeba rozhovor ukončit. V tento moment je důležité, aby sestra pacientovi poskytla dostatečnou psychickou podporu a získala si jeho důvěru pro snadnější průběh rozhovoru (Kübler-Ross, 2015).

2. stadium – Zlost

„Ale ano, jsem to já, nebyl to žádný omyl“ (Kübler-Ross, 2015).

Jestliže pacient prošel fází popírání, musí se později dostavit reakce nová. V rámci této reakce na pacienta dolehne realita v celé své tíži. V tento moment nastává druhé stadium, které se označuje jako stadium zlosti. Na rozdíl od první fáze je tato fáze mnohem obtížnější jak pro rodinu, tak i pro zdravotnický personál. A to především proto, že se hněv pacienta obrací na všechny strany. Pacient se většinou uzavírá do sebe a odmítá komunikaci s veškerým personálem nebo svoji zlost projevuje neustálou nespokojeností a hádavostí. Velmi často se také stává, že pacient odmítá pomoc nebo potřebné léčebné zákroky. Zdravotnický personál si tyto zlostné reakce často bere osobně a jedná pak s pacientem nevhodným způsobem. Zde je důležité si uvědomit, že se jedná o fázi, kterou si pacient prochází, a jeho aktuální zlost s nimi nemá nic společného. Naopak by se v této situaci měli snažit pacienta pochopit, respektovat ho, a hlavně mu věnovat svoji pozornost a čas. Těmito kroky mohou docílit pacientova uvědomění si, že jim není lhostejný, ale naopak je pro ně cennou lidskou bytostí. Naslouchání je v této fázi klíčem k úspěchu (Kübler-Ross, 2015).

3. stadium – Smlouvání

„Když už se mě Bůh rozhodl z tohoto světa vzít a když s ním nepohnuly moje zlostné výpady, třeba bude přístupnější, požádám-li ho pokorně“ (Kübler-Ross, 2015).

V tomto stadiu pacient tzv. „smlouvá o čas“. Pacienti se snaží uzavřít jakousi úmluvu s Bohem, jež by pomohla oddálit nevyhnutelné. Kübler-Rossová (2015) ve své knize uvádí, že při rozhovorech, které s pacienty vedla, jejich velký počet sliboval „život zasvěcený Bohu“ nebo „život ve službě církvi“ výměnou za čas navíc. Z psychologického hlediska mohou být tyto sliby spojeny se skrytým pocitem viny. V tento moment by měl zdravotnický personál zpozornět a pokusit se pomocí interdisciplinárního přístupu dopátrat, zda se za těmito výroky pacienta neskrývají jeho hlubší neuvědomělá přání, jež vyústila v pocity viny (Kübler-Ross, 2015).

4. stadium – Deprese

„Svět pospíchá a žene se přes struny pomalu tlukoucího srdce a rozeznívá je v hudbu smutku“ (Kübler-Ross, 2015).

Tato fáze je pro pacienta nejtěžší, protože se utápí v pocitech beznaděje, strachu, lítosti nebo úzkosti. Je fází velice nebezpečnou pro pacienta i pro průběh jeho léčby, proto je často třeba ji překonat psychofarmaky. Komunikace s pacientem v tomto stadiu je pro sestru nepopsatelně složitá, a protože se může opakovat, je potřebné, aby rozeznala, že se v ní pacient nachází. Nejvíce je rozpoznatelná z neverbální komunikace, pacient může často plakat, je bez nálady, nechce s nikým mluvit, trpí nespavostí atd. V této fázi se nedoporučuje sdělovat závažné zprávy, protože pacient nemusí být schopen je ve své mysli zpracovat (Kübler-Ross, 2012). Naopak zde není třeba mnoha slov, mnohem přínosnější je často pouhý dotek ruky, pohlazení po vlasech nebo jen tichá přítomnost v blízkosti pacienta (Kübler-Ross, 2015).

5. stadium – Akceptace

Do této fáze nemusí dojít každý umírající pacient. Může mu v tom bránit jeho povaha nebo příliš rychlý průběh onemocnění. Pokud ale nemocný diagnózu přijme a vyrovná se s ní, nastává fáze psychického uvolnění a ustupují vypjaté emoce. V tento moment je pacient schopen komunikovat o svém zdravotním stavu nebo o dalším průběhu léčby. Toto stadium je pro sestru velkou úlevou, zároveň se jedná o období, kdy často více podpory, pomoci a porozumění potřebuje rodina než nemocný sám (Kübler-Ross, 2015).

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cíl části průzkumné

- Zjistit zkušenosti se strachem u všeobecných sester v paliativní péči při výkonu jejich profese.

Průzkumné otázky

- 1) Za jakých okolností všeobecné sestry v paliativní péči pocítují strach?
- 2) Zjistit, jestli se všeobecné sestry s praxí delší 5 let vyrovnávají se strachem lépe než všeobecné sestry s praxí kratší.
- 3) Jaké strategie všeobecné sestry v paliativní péči používají ke zvládnutí strachu?

5.1 Metodologie průzkumu

Pro metodologický přístup byla v průzkumné části upřednostněna **kvalitativní výzkumná metoda**. Strauss a Corbinová (1999) vysvětlují, že se jedná o typ analýzy, ve které se nevyužívá statistické nebo kvantitativní techniky k dosažení závěrů. Existuje několik základních přístupů této výzkumné metody. Pro účely této bakalářské práce byl vybrán přístup **fenomenologický**. Dle Hendla (2016) spočívá fenomenologický přístup ve snaze pochopit, jak lidé vnímají a prožívají specifické události. Základní myšlenkou fenomenologie je pochopení vnitřních prožitků a esencí, které jednotlivci nebo skupiny přisuzují určitému jevu.

5.2 Metodika průzkumu

Cílem průzkumu bylo zjistit zkušenosti všeobecných sester pracujících v paliativní péči se strachem. Jak je uvedeno výše, průzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvalitativní výzkumné metody, přičemž k získávání dat byla uplatněna metoda **polostrukurovaného rozhovoru**. Koutná Kostníková a Čermák (2013) dokonce ve své publikaci uvádí, že pro interpretativní fenomenologickou analýzu je polostrukurovaný rozhovor nejčastěji používanou metodou shromažďování dat. Před zahájením sběru dat bylo vhodné realizovat pilotáž. Až teprve poté byl zahájen samotný sběr dat, který trval od ledna 2024 do března 2024. Celkem bylo osloveno 7 respondentů. Mezi respondenty byly výhradně všeobecné sestry, které pracují na paliativním lůžkovém oddělení. Průzkum byl realizován na základě souhlasu všech respondentů. Všichni respondenti byli důkladně informováni o podstatě průzkumu, také o plánovaném průběhu rozhovoru, a v rámci nahrávání na diktafon poskytli svůj souhlas s průzkumným šetřením.

Přípravná fáze průzkumu

Sběru dat předcházela důkladná literární rešerše odborných zdrojů a podrobné seznámení se s oblastí, která je předmětem bakalářské práce. Po prozkoumání dostupných publikací byly navrženy tematické oblasti k polostrukturovanému rozhovoru. Následně byl vytvořen seznam vodicích otázek v návaznosti na předpokládané cíle práce. Pilotáž, která předcházela samotnému sběru dat, probíhala v lednu 2024. V rámci pilotáže byl uskutečněn jeden rozhovor, během kterého bylo ověřováno, zda je zvolené téma relevantní. Hodnocena byla také adekvátnost položených otázek a ochota respondenta odpovídat. Výsledkem pilotáže bylo zjištění drobných nedostatků u výzkumných otázek, na základě kterých byly otázky pro rozhovor přepracovány, záznam tohoto rozhovoru tudíž nebyl zahrnut mezi plnohodnotná data výzkumu.

Průzkumný soubor

Do průzkumného souboru byly cíleně zvoleny všeobecné sestry pracující na lůžkovém paliativním oddělení. Jelikož byl pro průzkum zvolen specifický případ, jednalo se tedy o **účelové vzorkování** (Hendl, 2008). Respondenti byli získáváni metodou „*snowball*“ techniky, a z tohoto důvod nebyl předem stanoven jejich přesný počet. Byla zde aplikována metoda **teoretické saturace dat**. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 7 respondentů. Vzorek tvořilo 6 žen a 1 muž. Výběr souboru prvků byl ukončen po realizaci sedmého rozhovoru, kdy bylo zjištěno, že další respondenti nepřinášejí žádná nová významná data a na řešenou problematiku vyjadřují srovnatelný postoj.

Základní informace o respondentech

V níže uvedené tabulce (Tabulka 1) jsou znázorněny základní informace o respondentech pro lepší přehlednost. Respondenti jsou označeni kombinací čísla, které odpovídá pořadí provedeného rozhovoru, a písmene S (sestra). Jsou zde uvedena data, která jsou stručnou charakteristikou každého respondenta. Do výzkumu byli zařazeni pouze respondenti pracující na paliativním oddělení.

Tabulka 1 – Charakteristika souboru respondentů (vlastní zpracování).

Označení respondentů	Pohlaví	Dosažené vzdělání	Celková délka praxe	Délka praxe na současném pracovišti
S1	žena	magisterské	20 let	7 let
S2	žena	bakalářské	10 let	5,5 roku
S3	muž	bakalářské	3,5 roku	2 roky
S4	žena	bakalářské	3 roky	8 měsíců
S5	žena	magisterské	14 let	6 let
S6	žena	bakalářské	4,5 roku	3 roky
S7	žena	bakalářské	5 let	1,5 roku

S1 – absolvovala maturitní studium v oboru zdravotní sestra, následně si doplnila vzdělání o bakalářský titul v oboru všeobecná sestra, poté své vzdělání rozšířila o specializaci v oboru ošetrovatelství – konkrétně ošetrovatelská péče v interních oborech. V současnosti pracuje jako vrchní sestra paliativního oddělení. Ve zdravotnictví pracuje 20 let, konkrétně na paliativním oddělení pracuje celkem 7 let.

S2 – po všeobecném maturitním vzdělání absolvovala studium v oboru všeobecná sestra, ve kterém získala bakalářský titul. V současné době pracuje jako všeobecná sestra ve směně na paliativním oddělení. V oblasti zdravotní péče má dohromady desetiletou praxi, z toho na oddělení paliativní péče pracuje již více než 5 let.

S3 – absolvoval maturitní studium v oboru zdravotnický asistent, následně rozšířil své vzdělání o vysokoškolský titul bakalář v oboru všeobecné ošetrovatelství. V oblasti zdravotní péče se pohybuje 3,5 roku, v současnosti působí na oddělení paliativní péče 2 roky.

S4 – absolvovala maturitní studium v oboru praktická sestra, následně rozšířila své vzdělání o akademický titul bakalář v oboru všeobecné ošetrovatelství. V současnosti

pracuje přibližně 8 měsíců na paliativním oddělení, ve zdravotnictví se pohybuje dohromady necelé 3 roky.

S5 – absolvovala maturitní studium v oboru zdravotní sestra. Během následujících let si doplnila vzdělání o bakalářský titul v oboru všeobecná sestra, poté získala magisterský titul v oboru ošetrovatelská péče v interních oborech. V oblasti zdravotní péče má 14 let praxe, z toho na oddělení paliativní péče působí 6 let.

S6 – absolvovala maturitní studium v oboru praktická sestra, později získala akademický titul bakalář v oboru všeobecné ošetrovatelství. V oblasti zdravotní péče má 4,5 roku praxe, na paliativním oddělení pracuje necelé 3 roky.

S7 – absolvovala maturitní studium v oboru praktická sestra, následně rozšířila své vzdělání o akademický titul bakalář v oboru všeobecné ošetrovatelství. Nyní pracuje 1,5 roku na paliativním oddělení a má v oblasti zdravotnictví celkem pětiletou praxi.

Provedení průzkumu

Průzkum probíhal od začátku ledna 2024 do poloviny března 2024. Nejdříve byla osobně oslovena vrchní sestra paliativního oddělení, s kterou byl uskutečněn první sběr dat. Po jeho ukončení byla požádána o doporučení na další respondentku, která by se šetření mohla eventuálně zúčastnit. Datum a čas rozhovoru byl vždy předem osobně domluven. Dva respondenti si před setkáním vyžádali zaslání seznamu otázek, který jim byl následně poskytnut tištěnou formou. Rozhovory byly uskutečněny v osobním volnu účastníků a probíhaly příjemném a přátelském prostředí bez jakýchkoli rušivých elementů. Aby byla ihned v úvodu navozena příjemná a přátelská atmosféra, bylo celé průzkumné šetření zahájeno krátkým neformálním dialogem spolu s malým občerstvením (káva, zákusky). Poté následoval už vlastní rozhovor. Ten byl zahájen požadavkem, který se vztahoval k udělení souhlasu s nahráváním celého rozhovoru na diktafon v mobilním telefonu tazatelky. Záznam trval podle tabulky (Tabulka 2) v průměru 25 minut. Nejkratší rozhovor trval pak 20 minut, nejdelší 31 minut.

Tabulka 2 – Délka záznamu rozhovoru (vlastní zpracování).

Délka záznamu rozhovoru						
Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7
25 minut	20 minut	30 minut	22 minut	31 minut	24 minut	26 minut

Technika vyhodnocení dat

Po realizaci všech rozhovorů bylo potřeba vytvořit běžný doslovný přepis, a to bez speciálních technik transkripce. Pro transkripci byl použit program Microsoft Word, posléze byla data přenesena do vlastní práce, viz Proces vyhodnocení dat (Obrázek 1). Text nebyl z důvodu zachování autentičnosti a z důvodu přesnosti průzkumu převeden do spisovného jazyka, nebyly opraveny dialektové odchylky, ale ani odchylky ve větné skladbě. Jednotlivě přepsané rozhovory byly každému účastníkovi nabídnuty k nahlédnutí a k případné korekci nezřetelných částí (Čermáková, 2020). Pouze dva respondenti se rozhodli této příležitosti využít. Jednalo se o respondenta S3 a S6, kteří si přepsané verze rozhovorů prohlédli, ale rozhodli se do jejich obsahu nezasahovat. Rozhovory byly tedy použity v původní podobě. Shromážděná data byla následně hodnocena prostřednictvím ruční analýzy obsahu a kategorizace dat do jednotlivých sekcí s využitím procesu kódování (Hendl, 2016).



Obrázek 2 – Proces vyhodnocení dat (vlastní zpracování).

5.3 Analýza výsledků

Nashromážděná data byla následně analyzována pomocí kvalitativní metody. Při procesu zpracování dat byla použita technika **otevřeného kódování** (Čermáková, 2020). Tuto techniku popisuje Fielding (1996) takto: „Operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem.“ V procesu detailního zkoumání záznamů z rozhovorů byly jednotlivým významovým jednotkám přiděleny kódy. Text byl prostudován několikrát, a po opakovaném prostudování textu byly tyto kódy seskupeny do kategorií se stejným významem, které následně tvořily jednotlivá témata. Využitá metoda, jak ji popisuje Mišovič (2019), zahrnuje segmentaci a třídění termínů skrze důkladnou revizi shromážděných dat. Mišovič (2019) také uvádí, že „Kódování je spojeno se schopností zachytit co nejvíce konkrétních informací co nejmenším počtem kódů.“ Poté bylo odhaleno celkem 12 kódů, které byly na základě analogie nebo vnitřní relace rozděleny do příslušných kategorií pro lepší přehlednost a orientaci, viz Tabulka 3 (Mišovič, 2019). V další etapě průzkumu došlo k hodnocení a zpracování získaných dat s

využitím techniky interpretativní fenomenologické analýzy, známé jako IPA. Tento přístup se zaměřuje na hluboké pochopení individuálních prožitků jedince. Umožňuje pečlivě zkoumat způsoby, jakými lidé přikládají smysl svým zážitkům, a tím umožňuje výzkumníkům hlouběji proniknout do podstaty daného jevu nebo procesu (Koutná Kostníková, Čermák, 2013). IPA vychází ze tří perspektiv, a to fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Fenomenologie se snaží zachytit individuální zkušenosti jedince, hermeneutika se zaměřuje na interpretační proces a idiografický přístup se soustředí na konkrétního jedince a jeho prožívání ve specifické situaci (Koutná Kostníková, Čermák, 2013).

Tabulka 3 – Kategorie a kódy (vlastní zpracování).

Kategorie	Kódy
Strach	Vnímání strachu
	Zkušenosti
Okolnosti strachu	Nekvalitní komunikace
	Komunikace s pozůstalými
	Komunikace s rodinou
	Symptomy onemocnění
Strategie	Sdílení obav
	Psychologické prostředky
	Vzdělání
	Neznalost zásad komunikace
	Relaxace
	Supervize

Postup IPA

V publikaci od Koutné Kostínkové a Čermáka (2013) je uveden univerzální analytický proces známý jako IPA, který byl implementován pro vyhodnocení dat z průzkumu této bakalářské práce, a skládá se ze šesti postupných fází.

0. fáze – Reflexe výzkumníka ke zkoumanému tématu

V této části se výzkumník zaměřuje na introspektivní hodnocení svého vztahu k předmětu studie.

1. fáze – Čtení a opakované čtení

Tato fáze zahrnuje opakované čtení, poslech nahrávky, čtení nahlas a vybavení si hlasové intonace respondenta.

2. fáze – Počáteční poznámky a komentáře

V této etapě výzkumu dochází k nejpodrobnějšímu rozboru informací, kde se zaměřujeme na kategorizaci a vytváření rozsáhlých a podrobných záznamů, které se vztahují ke shromážděným informacím.

3. fáze – Rozvíjení vznikajících témat

V tomto stadiu se soustředíme převážně na organizaci našich záznamů, poznámek a anotací. Usilujeme o to, abychom je přehledně seřadili, definovali z nich jasné tematické okruhy a podrobili je interpretaci.

4. fáze – Identifikace vztahů mezi jednotlivými tématy

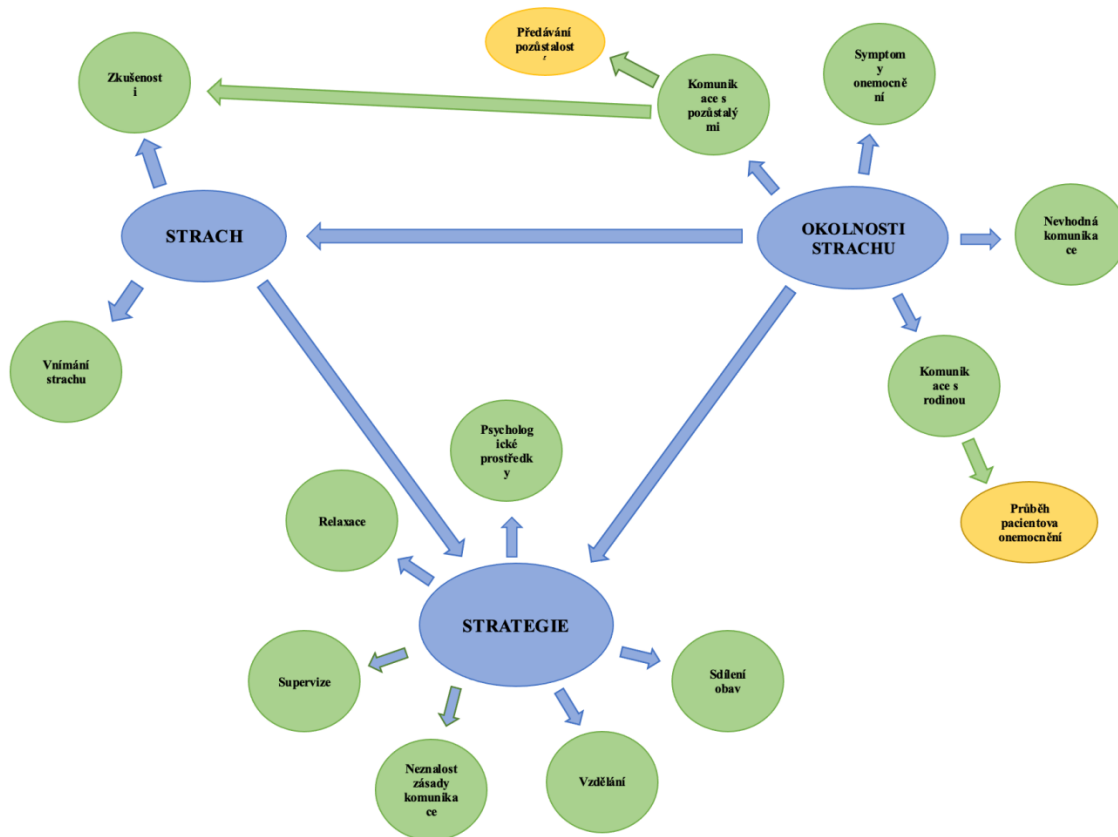
V tomto kroku pracujeme na identifikaci vztahů mezi odhalenými tematickými okruhy a jejich vzájemném integrování.

5. fáze – Rozbor následujících dialogů

Opakování fáze 1 až 4.

6. fáze – Identifikace opakujících se motivů v rozhovorech

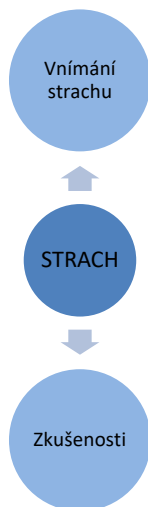
Integrace dílčích analytických výstupů (Čermáková, 2020).



Obrázek 3 – Mapa provázanosti jednotlivých kategorií výzkumu (vlastní zpracování).

5.3.1 Kategorie 1 – STRACH

Během rozhovorů byly všechny všeobecné sestry vyzvány, aby popsaly svůj osobní pohled na strach. Na základě jejich sdělení byla stanovena první kategorie s názvem Strach. Následně byla analyzována 2 témata (kódy), viz obrázek 3, která byla do této kategorie přiřazena. Tato kategorie se týká zejména stanoveného hlavního cíle průzkumné části.



Obrázek 4 – Strach (vlastní zpracování).

a) Vnímání strachu

Všechny všeobecné sestry vnímají strach velice podobně, hodnotí ho jako **negativní pocit**. Více než polovina z nich uvedla, že během prožívání strachu pociťují zrychlení srdeční činnosti a vnitřní neklid. To, že strach ovlivňuje naše tělesné i duševní procesy, ve své publikaci potvrzuje také Vymětal (2003).

S1: „*Popsala bych to jako negativní pocit nebo pocit ohrožení.*“

„*...no mně většinou začne strašně bušit srdce a klepou se mi hrozně ruce.*“

S3: „*Velký stres a nepříjemný pocit.*“

„*Cítím, jak se mi zrychlí tep, a jsem nervózní, protože se mi začnou klepat ruce a mám pocit, že to na mně jde poznat.*“

S4: „*Vnímám to jako pocit ohrožení, že nemám věci pod kontrolou.*“

„*Prostě nepříjemná situace, kdy mám pocit, že jsem pod velkým tlakem, a cítím, jak se mi i zrychluje tep.*“

S6: „*Nepříjemný pocit.*“

„*...když je hodně velký, chce se mi brečet.*“

Tři sestry hovořily o pocitu nervozity, který se následně odráží na jejich chování.

S2: „*Tak asi nepříjemnej pocit, kdy jsem strašně nervózní.*“

„*Bojím se, abych pak neplácla nějakou hloupost.*“

„*Strach vyloženě jako negativní pocit nevnímám, mám ráda akci při péči o pacienta, beru to jako výzvu.*“

S5: „*Řekla bych, že nepříjemný pocit, kdy nejsem schopná adekvátně reagovat, cítím se hodně nervózní a buší mi srdce.*“

S7: „*...pro mě to je nepříjemnej pocit, kdy hodně pracujou nervy, jsem nervózní a buší mi srdce, čím víc se na to pak soustředím, tím horší to je.*“

b) Zkušenosti

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že všeobecné sestry mají na toto téma odlišné názory. Respondenti S1, S3, S4 a S5 uvádí, že na zvládání strachu **má vliv** délka praxe, avšak respondenti S2, S6 a S7 uvádí, že délka praxe **vliv nemá**. Respondenti S5 a S7 také uvádí,

že záleží na **konkrétní situaci**, kterou řeší. Spíše než zkušenosti mohou mít na zvládnutí strachu vliv povahové vlastnosti zdravotní sestry, jako je například schopnost komunikovat, empatie, odolnost, flexibilita a další (Vágnerová, 2007). Je důležité nezapomínat, že každý z nás je jedinečný a reaguje na nepříjemné situace různými způsoby. Z toho důvodu je klíčové poskytovat podporu zdravotníkům v jejich osobnostním a profesním růstu, aby dokázali efektivně čelit obavám a zátěži, která je provází v jejich profesi (Simperová, 2022). Téma s názvem Zkušenosti se vztahuje zejména k výzkumné otázce číslo dva, která je v další kapitole diskutována.

S1: „...přijde mi, že je to hodně o zkušenostech.“

S2: „I řada ostřílených zdravotníků reaguje pro mě nejhorší možnou větou: ‚Nebojte se, to bude dobré,‘ když to je podle mě nejméně vhodné.“

„Řekla bych, že to, jak dlouho tu práci člověk dělá, nemá vůbec vliv na to, jak to zvládá.“

S3: „Myslím, že ještě nemám dostatek zkušeností a natolik tu situaci prožitou, abych ji byl schopnej adekvátně zvládat.“

„Nevím, co mám dělat.“

S4: „Já si myslím, že je určitě důležitý, jak dlouho tuhle práci člověk dělá. Časem získáváme zkušenosti a líp se pak s obtížnými situacemi vyrovnáváme.“

S5: „To, jak dlouho tu práci dělám, má určitě svoji zásluhu na tom, jak to zvládám, ale to strašně záleží na okolnostech a konkrétní situaci.“

S6: „Podle mě délka praxe nemá vliv.“

„Praxe je určitě důležitá v oblasti zdravotních úkonů, to že si je sestřička osvojí a dostane v nich jistotu.“

„Ale zvládat ty nepříjemné situace, to nemusí ani 20 let zkušená sestra. Já si myslím, že je to hodně i osobností člověka, a hlavně o velké empatii, kterou musí mít sestra vrozenou.“

S7: „No, já nevím, mně přijde, že taky záleží na tom, o co zrovna jde. Víím i o zkušených sestrách, do kterých bych to v životě neřekla, ale pak když na to přijde, taky nevědí, co mají dělat.“

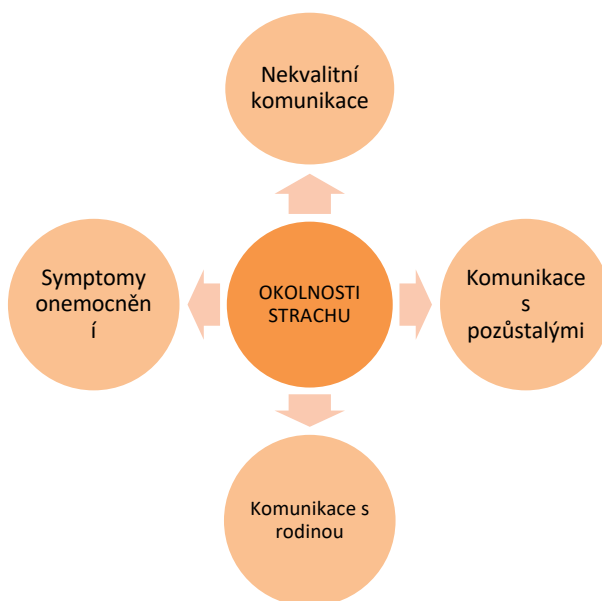
„Spíš je to o tom, chtít s tím vědomě něco dělat, a z vlastní iniciativy hledat techniky nebo řešení, co s tím.“

Tabulka 4 – Vliv délky praxe na vnímání strachu (vlastní zpracování).

Označení respondentů	Celková délka praxe	Vliv délky praxe
S1	20 let	ano
S2	10 let	ne
S3	3,5 roku	ano
S4	3 roky	ano
S5	15 let	ano
S6	4,5 roku	ne
S7	5 let	ne

5.3.2 Kategorie 2 – OKOLNOSTI STRACHU

Všeobecné sestry poskytly během rozhovoru své názory na zkušenosti se strachem při výkonu jejich profese na paliativním oddělení. Na základě jejich vyjádření byla stanovena druhá kategorie s názvem Okolnosti strachu. V rámci této kategorie byla následně analyzována 4 témata (kódy), viz Obrázek 4. Tato kategorie se týká zejména výzkumné otázky číslo jedna.



Obrázek 5 – Okolnosti strachu (vlastní zpracování).

a) Nekvalitní komunikace

Komunikace s pacientem je při práci všeobecné sestry klíčovým aspektem. Respondenti S4, S5 a S6 sdělili, že při výkonu své profese pociťují strach z možnosti vzniku **nesprávného interpretování** nebo **nesprávného porozumění** poskytnutých informací během rozhovoru s pacientem. Velmi důležitým aspektem během komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem je v tuto chvíli empatie. Empatie umožňuje zdravotní sestře lépe porozumět emocím a pocitům pacienta, což může následně pomoci vytvořit prostředí důvěry a lepšího porozumění (Kalvach, 2010).

S4: „*Asi největší strach mám z toho, že pacient nepochopí správně všechny informace, co mu říkám.*“

„*...nechci, aby došlo k nějakému zbytečným nedorozumění.*“

S5: „*No, hlavně se bojím, že pacient nepochopí mnou předané informace správně.*“

„*Často vám pacient vše odkýve, ale pak zjistíte, že jsou věci, kterým nerozuměl nebo je nepochopil správně.*“

S6: „*...někdy mám strach, aby pacient správně pochopil svoji diagnózu, aby bylo vše jasně sděleno, a hlavně taky pochopeno.*“

„*...abych se správně naladila na situaci a zvolila vhodná slova.*“

Respondentka S6 v rozhovoru dokonce uvedla, že právě negativní zkušenost, se kterou se setkala v průběhu praxe, nasměrovala její profesní zaměření do paliativní péče, protože cítila potřebu v této oblasti něco změnit.

S6: „*Velice důležitým, a bohužel často se opakujícím prvkem, který mě nasměroval právě do hospicové péče, byl neetický přístup k umírajícím pacientům. Pacient umíral osamělý na pokoji, za plentou, bez přítomnosti svých nejbližších. Každý zdravotník se komunikaci a setkání s ním vyhýbal, asi protože nevěděli, jak s ním komunikovat.*“

b) Komunikace s pozůstalými

Z analýzy rozhovorů lze usuzovat, že sestry mají problém s komunikací s pozůstalými, a to zejména v jedné konkrétní situaci, kterou je **předávání pozůstalosti**. Strach z tohoto typu komunikace může být u respondentů také spojen s **neznalostí zásad komunikace**, které jsou blíže popsány v teoretické části druhé kapitoly. Je důležité si v tento moment uvědomit, že pozůstalí nyní procházejí složitým procesem adaptace na novou realitu bez

svého milovaného člověka, který navíc doprovází smutek. V tuto chvíli je důležité, aby se sestra soustředila zejména na psychickou, emocionální a také praktickou podporu pozůstalých, která je pro ně nyní nejdůležitější (Špatenková, 2023). Toto podtéma se již prolíná a vztahuje se ke kategorii Strategie.

S2: „...nejhorší je to při předávání pozůstalosti rodině, která se nestihla smířit s odchodem blízkého a jsou s toho v šoku, brečí a tak.“

„...a vždycky se do jejich situace vžívám, pak už vůbec nevím, co jim mám říct.“

S3: „...problém mám většinou při předávání pozůstalosti.“

„...plačící příbuzný, nevím, co jim mám říct, jak jim co nejlépe projevit soustrast.“

S6: „...jednoznačně komunikace s pozůstalými.“

„Každý zvládá úmrtí svého blízkého jinak, někdy je to velmi emotivní, chtěla bych jim nějak pomoc, ale většinou se nezmůžu ani na to něco rozumného říct. Je to fakt nepříjemná situace, ale kdo to nezažil, nepochopí...“

c) Komunikace s rodinou

Respondenti vyjadřovali velkou ochotu ke komunikaci s rodinnými příslušníky. I přesto se objevují situace, kdy mají respondenti strach. Nejčastěji zmiňovanou obavou byla komunikace týkající se pocitů rodinných příslušníků a rozhovor na téma průběhu pacientova onemocnění. Respondenti S2 a S5 považují komunikaci s rodinou za důležitý aspekt péče o pacienta.

S2: „Komunikace s rodinou je u nás na denním pořádku, pro mě osobně je taky velmi důležitým aspektem při léčbě pacienta.“

S5: „Důkladné předávání informací jak pacientovi, tak i rodině je strašně důležité. Snažíme se rodině poskytnout co největší podporu, protože to pro ně pochopitelně bývá psychicky náročné.“

Respondenti S1, S3, S4 a S6 uvedli, že mají strach při rozhovoru s rodinou a často **neví, co říct**, z jejich vyjadřování bylo také patrné, že za této okolnosti pociťují určitou bezmoc. Problematikou komunikace s rodinou umírajícího pacienta se zabývala také Suzanne Goldhirschová, která na základě svých poznatků vytvořila tzv. C-A-S-E model (viz podkapitola 2.4.3), který se skládá ze čtyř klíčových bodů, které mohou zdravotním sestram usnadnit komunikaci v těchto náročných situacích (Kabelka, 2020).

S1: „*Téměř všechny rodiny mi pokládají stejné otázky typu: ‚Sestřičko, myslíte, že budou jeho výsledky vyšetření v pořádku?‘ nebo ‚Jaký je jeho zdravotní stav? Je to opravdu tak vážný?‘ Nikdy jsem nevěděla, co na to odpovědět a jak s nimi takové zásadní rozhovory vést. Chtěla jsem je povzbudit, ale netušila jsem jak.*“

S3: „*Cítím úzkost, protože jim nemohu pomoci.*“

„*...cítím bezmoc, když nedokážu rodině pomoci nebo aspoň jim nějak ulevit vlídným slovem.*“

„*Není to snadné, vždycky najít vhodná slova, rodina všechno velmi prožívá, což je samozřejmě pochopitelné.*“

S4: „*Chtěla jsem je povzbudit, ale netušila jsem jak.*“

S6: „*...řeším fáze umírání a fáze krize, které rodina prožívá.*“

„*Myslím, třeba když křičí nebo pláčou.*“

„*Měla bych prostě zvládat komunikovat s rodinou, jenže ne vždycky je to tak jednoduché, často se dostávám, jak se říká, do úzkých a nevím, co říct.*“

d) Symptomy onemocnění

Je zřejmé, že péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním je velmi náročná a vyžaduje specifický přístup sestry. V našich rozhovorech se často vyskytovala problematika symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění pacienta. Výsledným zjištěním bylo, že všeobecné sestry se nejvíce obávají příznaků jako je dušnost, bolest nebo zvracení, což vlastně odpovídá myšlence, se kterou přišel Sláma a Vafková (2020). Tito autoři popisují, že bolest, dušnost, úzkost, někdy navíc také delirium nebo nevolnost až zvracení, jsou nejčastějšími příznaky, které se objevují v posledních chvílích života. V našem průzkumném šetření jsme také zjistili, že již zmiňované symptomy často doprovází vyděšený výraz pacienta, nebo pláč, jak uvádí respondenti S4 a S5. Sláma a Vafková (2020) vysvětlují, že pečlivé a pravidelné hodnocení stavu pacienta a aktivní terapie doprovázejících symptomů mohou předcházet jeho náhlému zhoršení a vzniku nepříznivých situací pro pacienta i zdravotnický personál.

S1: „*Když jsou příznaky nevléčitelně nemocného těžko zvladatelné.*“

„*Tak například, když má bolesti nebo zvrací.*“

„...nechci, aby se trápil.“

S3: „Občas se tady prostě objeví situace, kdy je pacientovi fakt špatně a zvrací nebo si stěžuje na nesnesitelný bolesti.“

„Já vím, jsme paliativa, neočekával jsem, že to tady bude jednoduchý, ale jsou situace, na který si člověk prostě nezvykne, a když nastanou, mám strach, že nedokážu pacientovi pomoc, aby mu bylo líp.“

S4: „...pláče očima nebo jen výrazem, že potřebuje pomoc.“

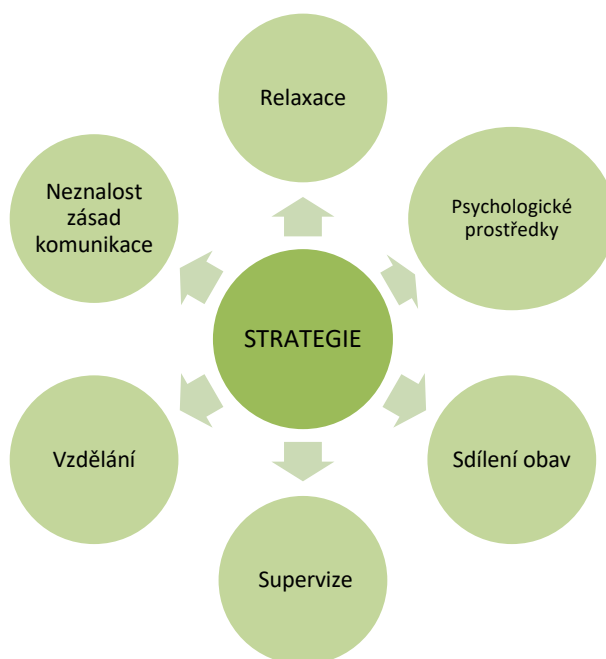
„...nemohla jsem udělat nic.“

S5: „...když došlo k chrlení krve nebo nekončící dušnost, ty vyděšené oči nezapomenu.“

„Držela jsem ho a nemohla jsem mluvit a nic, jen čekat.“

5.3.3 Kategorie 3 – STRATEGIE

Tato kategorie se vztahuje k výzkumné otázce číslo 3. Respondenti se zde vyjadřovali k tomu, jak nepříjemné situace zvládají, přičemž ani jeden respondent si nebyl zcela jist, že by dokázal situace vyvolávající strach plně zvládat. Strategie, které respondentům pomáhají při zvládnutí strachu, byly seskupeny do 6 témat (viz Obrázek 5). Jejich podrobná analýza je k dispozici níže.



Obrázek 6 – Strategie (vlastní zpracování).

a) Sdílení obav

Nejčastěji popisovaným způsobem zvládnání strachu u paliativních sester bylo právě sdílení svých obav s někým dalším. Respondenti zde uvedli, že sdílení obav se svými kolegy jim pomáhá obavu zmírnit a zároveň jim nabízí novou perspektivu na řešení daného problému. I Drhovská (2016) ve své práci tuto techniku zmiňuje a hodnotí ji jako vhodnou formu ke zvládnání obtížných situací, protože rozhovor s někým, kdo dané problematice rozumí, může sestře dodat pocit bezpečí. Pokud strach ale narůstá na své intenzitě, sestra by měla zvážit případnou pomoc od odborníka.

S1: „*Vždycky se najde někdo, kdo to má stejně.*“

„*Pokecáme o tom a člověka to docela uklidní.*“

S2: „*...většinou mi pomůže, když to proberem u kafe s nějakou kolegyňkou.*“

S4: „*Momentálně bych řekla, že své problémy tak nějak řešíme v rámci našeho kolektivu.*“

„*...vždycky mi někdo poradí nebo pomůže tu situaci zvládnout.*“

S7: „*Mě vždycky uklidní, když to proberu s nějakou z dalších sestřiček, co se mnou zrovna slouží, a oni mi většinou přiznají, že to mají úplně stejně.*“

Respondent S3 uvedl, že pro něj sdílení obav není řešením.

S3: „*Já si tyhle věci řeším vždycky v sobě, nemám úplně potřebu to rozebírat s někým dalším.*“

b) Psychologické prostředky

Na základě analýzy rozhovorů lze říci, že respondenti ke zvládnání strachu využívají určitých psychologických prostředků, které jim situaci pomáhají překonat. Objevují se zde prvky racionalizace, které se ve své publikaci věnovala Sauret (2006). Popisuje, že se jedná o mechanismus, kdy si jedinec snaží ospravedlnit své činy nebo myšlenky tak, aby byly společensky přijatelné. Dalším viditelným prvkem je racionální rozbor příčiny strachu, zpracování obávané situace, ale také autosugesce, které se shodují s popisem strategií dle Paulíka (2017) a jsou blíže popsány ve třetí kapitole teoretické části této práce.

S1: „*Mně se nejvíc osvědčila racionalizace té situace.*“

„*Snažím se racionálně všechno od začátku rodině znova vysvětlit.*“

S4: „*...snažím se si tu situaci zdůvodnit, probrat si to v hlavě, že za to nemůžu.*“

„...nemůžu s tím nic dělat.“

S3: *„Většinou si to zpětně přehraju v hlavě a přemýšlím nad tím, jak to příště řešit.“*

S5: *„Já se vždycky snažím si to úplně nepřipouštět, protože jinak by se z toho člověk zbláznil.“*

c) Vzdělání

Z našich rozhovorů vyplynulo, že zvládání strachu ovlivňuje i míra vzdělání všeobecných sester. Z výpovědí respondentů z našeho výzkumu vyplývá, že vzdělání je pro ně v této oblasti důležitým aspektem a předpokládají, že čím více se toho v oblasti komunikace naučí, tím lépe budou problematické situace následně zvládat. Naše zjištění se shoduje také s tvrzením Zacharové (2009), která ve své studii vysvětluje, že kontinuální vzdělávání zdravotních sester během jejich kariéry je zásadní, protože jim to umožňuje držet tempo s neustále se vyvíjejícími inovacemi v oboru zdravotnictví. Tři naši respondenti dokonce vyjádřili svou touhu k dalšímu vzdělávání a prohlubování dovedností. I odborné studie poukazují na to, že zdravotní sestry se často setkávají s etickými dilematy, při jejichž zvládání je nezbytné disponovat výbornými komunikačními schopnostmi, dokázat si stanovit určité hranice, řešit konflikty, ale také vhodně edukovat rodiny (Nursing Matters, 2023).

S3: *„S každým novým setkáním s pacientem a jeho rodinou se učím něco nového.“*

S6: *„Důležité je neustále pracovat na svém osobním růstu.“*

Respondenti S1 a S7 uvedli, že se v tomto směru plánují vzdělávat, nebo že se aktuálně vzdělávají.

S1: *„Ráda bych se v tomhle směru někam posunula.“*

„...chci se naučit řešit takové situace co nejvhodnějším způsobem.“

„Mám teď v plánu absolvovat kurz komunikace s pacientem a jeho blízkými.“

„...věřím, že mi to pomůže.“

S7: *„Právě dojíždím do Prahy do Remedia na kurz krizové intervence, zatím je to pro mě opravdu přínosné, doporučovala bych to všem sestřám, které pracují na paliativě.“*

d) Neznalost zásad komunikace

Někteří respondenti uváděli, že situaci řešit nezvládají. Lze to přisuzovat nedostatečné znalosti zásad komunikace jak se pacientem, tak s rodinou nebo pozůstalými. Respondenti přisuzují jejich omezené znalosti v daném sektoru nedostatečné průpravě již během studia. Přítom efektivní komunikace je důležitým aspektem k poskytování kvalitní péče (Dostálová, 2016). Toto téma úzce souvisí s kategorií Okolnosti strachu.

S1: „*Nevím, jak se zachovat nebo co jim říct, aby to byl vhodné k dané situaci.*“

S2: „*Celá ta situace na mě taky strašně doléhá, mám strach, abych jim neřekla něco špatně.*“

S3: „*Nevím, co jim mám říct, jak jim co nejlépe projevit soustrast.*“

S4: „*...ve škole do vás valí ve velkém teorii, ale pak přijdete do praxe a realita je úplně jiná.*“

„*...nikdo vás ve škole neučí, jak s pacientem nebo rodinou komunikovat, a přitom by to mělo být základem, teda alespoň podle mě.*“

S6: „*...se dostávám, jak se říká do úzkých, a nevím, co říct.*“

e) Relaxace

Respondenti zmiňovali potřebu různých forem relaxace, které jim pomáhají. Drhovská (2016) ve své práci zmiňuje, že relaxace je sestrám často doporučována, ale vlivem velkého přetížení na relaxaci zapomínají. V tomto průzkumném šetření uvedli pouze 3 respondenti ze 7, že využívají určitých forem relaxace, aby překonali nepříjemné situace. Z toho může být patrné, že by relaxaci sester opravdu měla být věnována větší pozornost, už jen vzhledem k jejich psychickému zdraví a udržení celkové rovnováhy v životě (Drhovská, 2016).

S2: „*Jdu někde na procházku, abych si vyčistila hlavu.*“

S4: „*S kamarádkama jsme začly chodit na jógu, nenapadlo by mě, jak to může být fajn.*“

„*...odpoutám se tam od reality a srovnám si to alespoň trochu v hlavě.*“

S6: „*důležité je taky, abychom se věnovali taky péči o sebe...*“

„*...aby sestřička myslela také na sebe a naučila se odpočívat, najít si svůj koníček a hlavně relaxovat.*“

f) Supervize

Pro tuto podkategorii byly v rozhovoru záměrně zařazeny tři otázky, a to: „*Máte na oddělení možnost supervize? Pokud ano, využíváte této možnosti? Pokud ne, myslíte, že by vám v řešení podobné situace pomohla?*“

S1: „*Na oddělení máme možnost supervize, zatím ji nepotřebuji, ale jsem přesvědčená, že supervize pomáhá.*“

S2: „*Možnost supervize tady máme, ale zatím jsem toho nevyužila.*“

S3: „*Ne... Supervizi bych na našem oddělení určitě uvítal, ale spíš tu individuální.*“

S4: „*Supervizi tady nemám, nevím, jestli by mi pomohla.*“

S5: „*Zatím tady supervizi nemáme, ale myslím, že v budoucnu tady tahle možnost bude. Určitě se nebráním tomu to zkusit. Uvidíme, jaký to bude mít přínos.*“

S6: „*Ano, supervize máme. Máme možnost mít i individuální supervize. Pro mě je to velká pomoc, vážím si toho.*“

S7: „*Nemáme, ale určitě bych ji ocenila, protože si myslím, že by mě to mohlo někam posunout, když bych viděla, jak to mají ostatní, a i bych se od nich něco přiučila.*“

Výpovědi respondentů v této oblasti byly velice různorodé, tudíž se nedalo dojít k jednotnému závěru. Toto téma je blíže rozvedeno v další kapitole týkající se výzkumné otázky číslo tři.

Závěrem bylo zjištěno, že téměř všechny sestry pociťují při své práci strach. Analyzovány byly čtyři okolnosti, za kterých sestry strach pociťují. Co se zvládání obtížných situací týče, bylo zjištěno šest strategií, které všeobecné sestry v paliativní péči nejčastěji využívají. Dále bylo zjištěno, že délka praxe dle respondentů na výše zmíněné situace nemá vliv. Jednotlivé oblasti jsou podrobněji diskutovány v následující kapitole.

6 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku vnímání strachu u všeobecných sester v paliativní péči. V této kapitole jsou diskutovány výsledky průzkumného šetření, které jsou následně srovnávány s výsledky výzkumů realizovaných v této oblasti a také s odbornou literaturou dostupnou k tomuto tématu.

Průzkumné šetření mělo tři průzkumné otázky:

- 1) Za jakých okolností všeobecné sestry v paliativní péči pocítují strach?
- 2) Zjistit, jestli se všeobecné sestry s praxí delší 5 let vyrovnávají se strachem lépe než všeobecné sestry s praxí kratší.
- 3) Jaké strategie či techniky všeobecné sestry v paliativní péči používají ke zvládnutí strachu?

6.1 Průzkumná otázka č. 1: Za jakých okolností všeobecné sestry v paliativní péči pocítují strach.

Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly v polostrukturovaném rozhovoru stanoveny následující čtyři otázky:

- Pocítujete při poskytování ošetrovatelské péče někdy strach?
- V jakých konkrétních situacích strach pocítujete?
- Jak vlastně strach vnímáte? Co pro vás strach znamená?
- Pokud byste měl/a zvolit jednu konkrétní situaci, která ve vás vyvolává pocit strachu, jaká by to byla? Můžete mi tuto situaci blíže popsat?

Na úvod je důležité zmínit, že v našem průzkumném šetření bylo zjištěno, že **všichni respondenti při své práci za určitých okolností pocítují strach**. K podobným výsledkům ve své diplomové práci došla také Rališová (2014), která ve výsledcích výzkumu uvádí, že 84 % všeobecných sester z odpovídajících 218 při své práci pocítuje strach. Otázkou strachu u zdravotních sester se zabývala také Prokopová (2011), která došla k závěru, že 90 % z 10 dotazovaných respondentů má za určitých okolností strach. Z předložených výzkumů tedy vyplývá, že velká část sester při své práci někdy pocítovala nebo pocítuje strach. Důležité je ale nezapomínat, že každý z nás strach může vnímat odlišným způsobem (Prokopová, 2011).

Vnímání strachu

Vymětal (2003, s.235) ve své publikaci definuje strach jako: „*nepříjemný prožitek*“, který je spojený s konkrétním předmětem či okolností, tuto definici potvrzují i naši respondenti. Během výzkumného šetření 86 % ze 7 dotazovaných respondentů uvedlo, že strach vnímají jako nepříjemný či negativní prožitek, 1 (14 %) respondentka v rozhovoru uvedla, že strach je pro ni spíše motivačním faktorem nežli negativně ovlivňujícím aspektem. Autoři zde zmiňují, že strach může každého z nás ovlivňovat odlišným způsobem, zatímco někoho může v určité situaci ochromit, jiného naopak motivuje k lepším výkonům. Závěrem lze tedy říci, že vnímání strachu je individuálním procesem.

Z analýzy našeho průzkumu vyplývá, že se nejčastěji u paliativních sester strach projevuje zrychlenou srdeční činností, třesem rukou nebo zvýšenou nervozitou. Projevy strachu ve své publikaci zmiňuje také Vymětal (2003), který popisuje, že strach se odráží na činnosti mnoha orgánů a systémů v našem těle, přičemž zrychlení srdečního tepu nebo třes rukou jsou jedním z charakteristických znaků. Na subjektivní úrovni pak mohou strach doprovázet také pocity vnitřního napětí a neklidu.

Lze tedy říci, že v této oblasti se výsledky našeho šetření shodují s dostupnými výzkumy i odbornou literaturou.

Okolnosti strachu

V průzkumu této bakalářské práce bylo zjištěno, že všeobecné sestry v paliativní péči mají největší obavy z **nekvalitní komunikace** s pacientem, z **komunikace s pozůstalými**, **komunikace s rodinou**, ale také se obávají prožívání **symptomů**, které doprovázejí pacientovo onemocnění.

Sestry často sdělují pacientovi důležité informace, proto je pochopitelné, že mohou mít obavy z nejrůznějších situací. Prvním problémem, který respondenti v našem průzkumu uvedli, byla **nekvalitní komunikace**, ke které se vyjádřilo kladně 42 % ze 7 dotazovaných respondentů. Respondenti zde zmiňovali obavy ze vzniku nedorozumění při poskytování informací pacientovi, ale také strach z rozhovoru s pacientem na téma jeho onemocnění. Analýzou komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem se ve své publikaci zabývaly také Venglářová a Mahrová (2006). Výsledným zjištěním bylo, že se sestry velmi často dostávají do nečekaných situací, kdy je pacient „odchytí“ a zahájí dialog na velmi závažné téma. Takto obtížné situace sestru následně uvádějí do rozpaků, kdy nedokáže zvolit

vhodná slova (Venglářová, Mahrová, 2006). Zde se nabízí otázka, zda je kvalita verbální a neverbální komunikace zdravotních sester z profesního hlediska na tak vysoké úrovni, aby si dokázaly získat pacientovu důvěru, protože důvěra mezi pacientem a sestrou je klíčovým aspektem komunikace. Pokud si sestra získá důvěru pacienta, zvyšuje tak jeho ochotu ptát se na případné nejasnosti (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Tím pak může předcházet vzniku nedorozumění během komunikace.

Neméně důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu komunikace s pacientem je vnitřní motivace sestry člověku pomáhat. Tento prvek je velice důležitý, protože pokud má sestra opravdový zájem o pacienta, jejich vzájemná konverzace bude prospěšná a přínosná pro oba (Venglářová, Mahrová, 2006). K zajímavým výsledkům v této oblasti došla ve svém výzkumu Ziková (2021), jež zjišťovala, zda sestry považují komunikaci za důležitý aspekt péče o pacienta. Překvapivé bylo, že pouze 69 (52 %) sester ze 133 dotazovaných považuje komunikaci s pacientem za důležitou součást péče. Tyto sestry pak také uvedly, že jejich schopnost komunikace není na úrovni, jakou by si samy přály. Jako důvod uvedly nedostatek času nebo prioritizaci jiných, důležitějších úkonů (Ziková, 2021). V našem průzkumném šetření respondenti neuváděli jako příčinu své neúspěšné komunikace nedostatek času kvůli nutnosti plnění dalších ošetrovatelských úkonů, ale spíše nedostatečné povědomí o vhodných komunikačních technikách, jež by jim v dané situaci pomohly.

Další často zmiňovanou oblastí byla **komunikace s pozůstalými**. Respondenti v této oblasti uváděli, že se nejvíce obávají, aby dokázali co nejlépe pozůstalé podpořit a vyjádřit jim soustrast vhodným způsobem. Venglářová a Mahrová (2006) popisují zásady pro rozhovor s pozůstalými, které je důležité dodržovat. Vysvětlují, že pro rozhovor je důležité zvolit vhodné a klidné prostředí bez rušivých elementů (Venglářová, Mahrová, 2006), přičemž v našem průzkumném šetření jsme zjistili, že předávání pozůstalostí probíhá nejčastěji na sesterně za běžného pracovního provozu. V tento moment se tedy nabízí otázka, zda v takové situaci dokáže být sestra plně soustředěna na důležitý rozhovor a zda je pro pozůstalé takové prostředí vhodné a důstojné. Šimíčková (2013) se ve své bakalářské práci zabývala otázkou, zda mají sestry k dispozici místnost, ve které by mohlo probíhat setkání s pozůstalými, přičemž došla k závěru, že více než polovina (68 %) respondentů z 91 dotazovaných žádné přímo určené prostory nemá. Tyto výsledky jsou překvapivé a nabádají k zamyšlení, zda by právě tato oddělení vzhledem k častější péči

o nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty neměla mít vytvořenou speciální místnost právě pro takové okamžiky.

Dalším často zmiňovaným tématem byla obava paliativních sester z **komunikace s rodinou**. Tento problém v našem průzkumném šetření zmínilo 57 % respondentů ze 7 dotazovaných, přičemž nejčastěji zmiňovanou oblastí bylo vedení rozhovoru o průběhu pacientova onemocnění a také podpora rodiny v této nelehké situaci. K podobným výsledkům ve své diplomové práci došla také Machalíčková (2013). Na otázku, zda sestry pocítují strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta, 12 % z 68 dotazovaných respondentů uvedlo, že strach pocítují vždy. Dalších 56 % pak uvedlo, že strach pocítují někdy, a zbylých 32 % uvedlo, že strach nepocítují (Machalíčková, 2013). Zajímavým zjištěním bylo, že témata, kterých se komunikace s rodinou týkala, byla velice podobná těm, které zmínili i naši respondenti, jak je uvedeno výše. Ve svém výzkumu došla k závěru, že z celkového počtu 21 respondentů uvedlo 43 %, že komunikace se týká pocitů rodiny, 48 % uvedlo, že se komunikace týká nemoci, a 9 % respondentů uvedlo, že komunikace se týká sociálních otázek, přičemž žádný z respondentů neuvedl jiné téma rozhovoru. Je důležité si uvědomit, že následkem oznámení nepříznivé diagnózy rodině pacienta v nich může vyvstat mnoho otázek nebo úvah, jako např. o tom, jestli bude nemocný trpět bolestmi nebo jestli bude naříkat a trápit se, ale taky o tom, zda zvládnou oni sami kontakt s umírajícím, aby nad sebou neztratili kontrolu a neutekli (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007). S takovou situací by měl ošetřující personál počítat a dokázat rodině poskytnout dostatečnou oporu, např. formou uspořádání setkání s rodinou, kde budou mít možnost sdílet své obavy a emoce s empatickým a nesoudícím posluchačem, a zpracovat tak informaci, kterou právě zjistili (Machalíčková, 2013).

Poslední zmiňovanou oblastí k této výzkumné otázce byla problematika týkající se **symptomů onemocnění**, které doprovází pacientovu diagnózu. Respondenti zde popisovali velmi podobné situace, kdy se cítí být bezmocní, protože nemohou v dané situaci pro pacienta nic udělat. K této oblasti se vyjádřilo 57 % respondentů ze 7 dotazovaných, přičemž nejčastěji zmiňovali dušnost, bolest a zvracení. Tyto symptomy jsou nejčastěji řešenými v oblasti paliativní péče, jak uvádí Navrátilová (2006) ve své bakalářské práci. Za pečlivé zhodnocení a zajištění dostatečné úlevy od těchto symptomů zodpovídá právě sestra, proto je toto téma zdravotníky označováno za největší etické dilema (O'Connor a kol., 2005).

Jednou z výzkumných otázek v práci Navrátilové (2006) byla otázka, z čeho mají respondenti největší obavu, jejíž analýzou došla k závěru, že nejčastější obavou je právě bolest, kterou uvedlo 27 % ze 119 dotazovaných. Ve své práci také uvádí, že vhodným řešením symptomů je jejich pečlivé a správné hodnocení pomocí dostupných hodnoticích nástrojů.

Na závěr se zde nabízí otázka diskuzi, zda je vzdělávání sester v oblasti komunikace jak s pacienty, tak s rodinou nebo pozůstalými věnována dostatečná pozornost. Této oblasti se věnovala také Machalíčková (2013) ve své bakalářské práci, ve které došla k překvapivým výsledkům, a to že pouze 15 % respondentů z 68 dotazovaných uvedlo, že se cítili být studiem dostatečně připraveni na zmiňovanou oblast komunikace. 13 % pak uvedlo, že spíše ano, 37 % respondentů uvedlo, že spíše ne, a 35 % respondentů uvedlo, že ne.

6.2 Průzkumná otázka č. 2: Zjistit, jestli se všeobecné sestry s praxí delší 5 let vyrovnávají se strachem lépe než všeobecné sestry s praxí kratší.

Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly v polostrukturovaném rozhovoru stanoveny následující otázky:

- Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra? A jak dlouho pracujete na paliativním oddělení?
- Myslíte, že délka vaší praxe v oboru ovlivňuje vaše schopnosti tyto obtížné situace zvládat?

Tato průzkumná otázka se zabývala vlivem délky praxe na zvládání situací vyvolávajících strach u všeobecných sester v paliativní péči. Milník 5 let byl zvolen jako klíčový bod, jelikož je zde předpoklad, že sestry za tento časový úsek nabydou dostatečných zkušeností v péči o pacienty, zvládnou komunikační dovednosti a jsou plně aklimatizovány ve svém povolání. Pro lepší přehlednost je vytvořena Tabulku 4, která znázorňuje délku praxe jednotlivých respondentů a jejich vyjádření, zda má délka praxe na zvládání strachu vliv. 2 sestry s praxí delší 5 let uvedly, že délka praxe vliv má, a 2 sestry uvedly, že vliv nemá. Naopak 2 sestry s praxí kratší než 5 let uvedly, že délka praxe vliv má, a 1 sestra uvedla, že vliv nemá.

Z průzkumu tedy vyplývá, že **délka praxe v oboru nemá vliv na vyrovnávání se se strachem.**

Rališová (2014) ve své diplomové práci na podobné téma uskutečnila kvantitativní výzkumné šetření, ve kterém uvádí, že 94 % respondentů s praxí kratší než 5 let pocítuje strach a 6 % respondentů strach nepocítuje. Dále uvádí, že 71 % respondentů s praxí delší než 5 let pocítuje strach a 29 % respondentů strach nepocítuje.

Další výzkum prováděla ve své bakalářské práci Prokopová (2011). Z jejího kvalitativního průzkumného šetření vyplynulo, že žádná z 10 oslovených sester, které pracovaly ve zdravotnictví 5 let a více, nepocítovaly strach. Naopak sestry s praxí kratší než 5 let uvedly, že se neobávají, maximálně pocítují nejistotu z provedení určitých ošetrovatelských úkonů.

Domněnka, že sestry s více než 5letou praxí se v oblasti své profese nebudou obávat, byla naším předpokladem. O to větší bylo překvapení, když data z výzkumného šetření tuto teorii nejenom nepotvrdila, ale naopak ukázala, že doba praxe nehraje v této otázce rozhodující roli.

6.3 Průzkumná otázka č. 3: Zjistit, jaké strategie všeobecné sestry v paliativní péči používají ke zvládnutí strachu.

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly v polostrukturovaném rozhovoru stanoveny následující otázky:

- Jak se v takové situaci chováte/zachováte? / Jak takovou situaci řešíte?
- Osvědčili se vám nějaké techniky, které používáte v takto obtížných situacích?
- Kde jste k těmto technikám přišla/přišel?
- Máte na oddělení možnost supervize? Pokud ano, využíváte této možnosti? Pokud ne, myslíte, že by vám v řešení podobné situace pomohla?

Tato průzkumná otázka se zabývala strategiemi, které všeobecné sestry používají v nepříjemných situacích vyvolávajících strach. Bylo zjištěno 6 strategií, které sestry využívají nejčastěji.

Psychologické prostředky

Z analýzy průzkumného šetření bylo zjištěno, že 57 % ze 7 dotazovaných řeší situaci za pomoci psychologických technik, aniž by si toho byli vědomi. Objevovaly se zde prvky, jako je racionální rozbor situace nebo verbalizace. Touto problematikou jsme se v této bakalářské práci zabývali již v teoretické části, kde jsou popsány psychologické prostředky dle Paulíka (2017).

Sdílení obav

Více než polovina z dotazovaných 7 respondentů, konkrétně 57 %, uvedla, že v případě nelehkých okamžiků hledá podporu a radu u svých spolupracovnic, což respondentům usnadňuje zvládání daných okolností. K podobným výsledkům ve své bakalářské práci došla také Kozelková (2011). V jejím průzkumném šetření předložila výsledek, že efektivní komunikace v týmu a vzájemná podpora jsou klíčovými aspekty pro sestry v hospicovém prostředí při zvládání náročných okolností.

Vzdělání

Přestože efektivní dialog představuje klíčový prvek vynikající péče o pacienty, stává se slabým místem našeho zdravotnického systému. Špatenková (2023) ve své publikaci uvádí, že zdravotníci ovládají přibližně 80 % průběhu a obsahu vzájemného dorozumívání s pacienty. Je tedy nezbytné, aby sestry znaly a uplatňovaly principy účinné komunikace, neboť schopnost sestry správně a efektivně komunikovat je základním pilířem kvalitní ošetrovatelské péče, která zajišťuje spokojenost jak vysílající, tak přijímající osoby (Dostálová, 2016).

V našem průzkumném šetření uvedlo 57 % respondentů ze 7 dotazovaných, že pro zvládání obtížných situací je z jejich pohledu důležité vzdělávání. Tato oblast souvisí také s dalším tématem, které bylo určeno na základě průzkumného šetření, a to je **neznalost zásad komunikace**. V našem průzkumném šetření bylo zjištěno, že 71 % všeobecných sester nemá jasno, jak správně komunikovat s pacienty, rodinou či pozůstalými, přičemž jako příčinu tohoto problému jedna z respondentek uvedla nedostatečnou přípravu v oblasti komunikace již během studia. Můžeme z tohoto tvrzení tedy usuzovat, že pokud by se vzdělávací proces sester více soustředil na rozvoj komunikačních dovedností, byly by ve své praxi efektivnější a schopnější zvládat interakce s pacienty a jejich blízkými?

Vzdělávání v průběhu pracovního života zdravotních sester je klíčovým prvkem, který jim umožňuje udržet krok s neustálými inovacemi a rozvojem v oblasti zdravotní péče. V rámci kontinuálního vzdělávání a profesního rozvoje zdravotnických pracovníků je důležité neopomínat oblast sociální komunikace. Tato dovednost je fundamentální pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče během celého ošetrovatelského procesu (Zacharová, 2009).

Relaxace

Tuto techniku pro zvládnutí obtížné situace uvedlo 42 % respondentů ze 7 dotazovaných, přičemž nejčastěji uvádělo jako formu relaxace procházku nebo jógu. Podobnou problematikou se ve své práci zabývala také Ziková (2021). Popisuje, že ze 133 respondentů se relaxaci věnuje 25 % velmi často. 37 % z nich však uvádí, že se jí věnuje částečně, ačkoliv si uvědomují, že by jí mohli věnovat více pozornosti, a 38 % sester se relaxaci nevěnuje vůbec.

Mimo naše zaměstnání si všichni tvoříme také soukromý život, který je obohacen o podporující rodinu a přátele, kteří nám naslouchají a sdílejí s námi naše každodenní peripetie, čímž nám dodávají energii pro život. Tvoříme si ale také své záliby a koníčky, které nám pomáhají se odpoutat od pracovního života. I když jsme v práci velmi zaneprázdnění, neměli bychom opomíjet své sociální kontakty a myslet také na vlastní psychohygienu a odpočinek, ať už při svých oblíbených aktivitách, nebo ve společnosti blízkých můžeme odložit profesní masku, být uvolnění a autentičtí, což přináší osvěžení (Drhovská, 2016).

Supervize

V našem zdravotnictví supervize zatím není dostatečně rozšířena, je využívána převážně v sociální sféře nebo v privátních psychoterapeutických praxích a poradnách. Nabízí se otázka, proč tomu tak je. Protože supervize vedená proškoleným a zkušeným odborníkem v této oblasti může zajistit pro sestry důvěryhodné prostředí, ve kterém mohou sdílet své názory nebo problémy a dojít k jejich objasnění (Bartošíková, 2006). V našem průzkumném šetření jsme došli k zajímavému zjištění, a to že 57 % z dotazovaných 7 respondentů uvedlo, že na svém oddělení možnost supervize nemá, ale mělo by o ni zájem, a zbylých 43 % uvedlo, že možnost supervize má. Z toho 28 % uvedlo, že ji nevyužívá, protože ji nepotřebuje, a 14 % uvedlo, že ji využívá pravidelně. Tématem supervize u zdravotnických pracovníků se ve své bakalářské práci zabývala také Erbenová (2016). Ve svém průzkumném šetření položila respondentům otázku, zdali považují supervizní setkání za formu rozvíjení svých profesních dovedností. 21 % respondentů uvedlo, že určitě ano, 43 % spíše ano, dalších 14 % respondentů si není jisto, dalších 14 % respondentů by spíše nevolilo supervizní setkání jako formu rozvíjení svých profesních dovedností a 8 % respondentů odpovědělo, že by tato setkání určitě nevolilo.

Z tohoto souhrnu vyplývá, že názory na supervizi jsou rozdílné, ale Marková (2010) považuje za jednu z nejúčinnějších metod učení v dospělém věku právě reflexi osobních zkušeností, jako např. zamyšlení se nad vlastními názory, emocemi, hodnotami nebo metodami práce. Supervize může nabídnout místo právě pro tento druh sebereflexe.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou vnímání strachu u paliativních sester. Práce byla rozdělena na dvě části, a to teoretickou a průzkumnou.

V teoretické části práce byly stanoveny čtyři cíle. Prvním bylo poskytnutí sumarizace teoretických informací o paliativní péči. Druhým cílem bylo charakterizovat úlohu sester pracujících v oblasti paliativní péče. Třetím cílem bylo nastínit vzhled do problematiky strachu včetně jeho projevů a strategií k jeho zvládnutí. A posledním cílem bylo poskytnout stručný náhled na problematiku paliativního pacienta včetně jeho potřeb a etap, jimiž prochází během svého onemocnění.

Na základě dostupných informací z literatury byl vytvořen teoretický přehled o zkoumané oblasti. Závěrem lze říci, že stanovené cíle teoretické části byly splněny.

Průzkumná část se zabývá analýzou kvalitativního průzkumu realizovaného pomocí polostrukturovaných rozhovorů. V průzkumné části byl stanoven jeden hlavní cíl:

- Zjistit zkušenosti paliativních sester se strachem při výkonu jejich profese.

Cíle bylo úspěšně dosaženo prostřednictvím analýzy dat založené na interpretativní fenomenologii.

Výsledky průzkumného šetření lze shrnout následovně:

- Dle výsledků této práce a dle dostupné literatury lze tvrdit, že téměř všechny všeobecné sestry se v praxi setkaly s pocitem strachu za určitých okolností.
- Okolnosti, za kterých všeobecné sestry v paliativní péči pociťují strach, jsou: nekvalitní komunikace, komunikace s pozůstalými, komunikace s rodinou, ale také symptomy doprovázející onemocnění pacienta.
- Délka praxe na zvládnutí strachu u všeobecných sester v paliativní péči nemá vliv, to potvrzují i předložené výzkumy v diskusi, viz výše.
- Všeobecné sestry v paliativní péči se nejčastěji vyrovnávají se strachem pomocí relaxace, sdílení svých obav s kolegy a využívají také určitých psychologických technik.
- Ukázalo se také, že všeobecné sestry v paliativní péči pociťují nedostatky ve svých komunikačních dovednostech, což připisují neadekvátnímu vzdělání v této oblasti.

- Závěrem bylo zjištěno, že si všeobecné sestry v paliativní péči nejsou vědomy dostupnosti supervizní podpory, ačkoli by o takovou možnost stály. Na druhou stranu ti, kteří o této možnosti vědí, ji často nevyužívají, neboť nepocítují její potřebnost.

Lze tedy konstatovat, že cíle průzkumné části této bakalářské práce byly splněny.

Za přínosné v této práci považuji otázky vyplývající z diskuze, jež poukazují na témata, která dosud nebyla dostatečně diskutována.

Limity bakalářské práce

Limitem mé bakalářské práce je bezpochyby má teprve první zkušenost s vedením polostrukturovaných rozhovorů, ale také s tvorbou analýzy rozhovorů.

Jako další limit své bakalářské práce vnímám omezený počet respondentů, kteří se zúčastnili mého průzkumného šetření, a to pouze z jednoho zdravotnického zařízení. Přestože výstup mého průzkumu koresponduje s poznatky z jiných studií, domnívám se tedy, že se výsledky mé práce nedají zobecňovat.

7.1 Doporučení pro praxi

V průzkumném šetření byly identifikovány drobné nedostatky, které by po odstranění mohly zlepšit spokojenost zaměstnanců, ale také úroveň poskytované péče jak pacientům, tak i jejich rodinám. Jedná se zejména o prostředí, ve kterém je péče poskytována, ale hlavně o vzdělávání všeobecných sester v oblasti komunikace.

Dle informací získaných analýzou jednotlivých rozhovorů jsou zde předložena doporučení, která by mohla vést ke zkvalitnění péče o personál, ale i pacienty a jejich rodiny.

Doporučení pro zaměstnavatele

Pokud by to bylo možné s ohledem na prostorové podmínky oddělení, měla by být zajištěna místnost s příjemným prostředím, kde by sestry měly možnost vést rozhovory s rodinami pacientů nebo s pozůstalými. Tím by byla zajištěna důstojnost a vhodná atmosféra pro rozhovor.

Doporučení pro management ošetrovatelství

Management ošetrovatelství by měl všeobecným sestřám poskytnout možnost vzdělávání, například formou seminářů nebo školení v oblasti komunikace jak s pacienty, tak s jejich rodinami a následně pozůstalými.

Také doporučujeme, aby bylo zahájeno systematické nabízení edukačních a supervizních možností nejen v oblasti komunikace, které by mělo být v ošetrovatelství standardem.

Přínosný pro všeobecné sestry může být praktický nácvik komunikačních dovedností prostřednictvím simulačních cvičení, které by měly tvořit integrální část ošetrovatelské praxe. Modelování specifických scénářů a cvičení spolu s aplikací různých komunikačních strategií a sebereflexí by mohly podstatně přispět k rozvoji komunikačních dovedností sester.

Na úrovni managementu by bylo vhodné formulovat příručky nebo směrnice pro řešení komplikovaných situací, které by reflektovaly jak zkušenosti sester, tak ostatních členů zdravotního týmu.

Doporučení pro všeobecné sestry

Bylo by vhodné, aby se všeobecné sestry účastnily kurzu nebo semináře zaměřeného na oblast komunikace s pozůstalými, pacientem a jeho rodinou, což většina dotazovaných uvedla jako nejvíce problematickou oblast. Uvedenou problematiku vnímají dozajista jako náročnou. Proto je navrženo „uspořádat“ na pracovišti seminář či školení zaměřené na komunikaci.

Doporučení pro další výzkumnou činnost

V budoucím výzkumu u podobného tématu absolventské, bakalářské nebo diplomové práce by jistě bylo zajímavé zjistit kvalitu vzdělávání v oblasti komunikace všeobecných sester v paliativní péči.

8 POUŽITÁ LITERATURA

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

CARNEGIE, Dale. *Jak překonat starosti a stres*. Přeložil Svatoslav GOSMAN. Praha: Práh, 2023. ISBN 978-80-7252-846-2.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.

FREUD, Anna. *Já a obranné mechanismy*. Přeložil Petr BABKA. Klasici (Portál). Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-2025-1.

GŘIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1.

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 2. V Praze: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.

HONZÁK, Radkin. *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 8071848891.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče. Edice postgraduální medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KELNEROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOLÁŘ, Pavel. *Clinical rehabilitation*. Praha: Alena Kobesová, c2013. ISBN 978-80-905438-0-5.

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a ČERMÁK, Ivo. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. S. 9–43. ISBN 978-80-210-6382-2.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2896-9.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil KRÁLOVEC, Jiří. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

- MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. V Praze: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.
- NEUWIRTH, Štěpán. *Puls nemocnice*. 2008. Ostrava: Repronis, 2008. ISBN 978-80-7329-192-1.
- NOVÁČKOVÁ, Jana a NEVOLOVÁ, Dobromila. *Respektovat a být respektován: cesta k sebeúctě a zodpovědnosti*. 2., přepracované vydání. Praha: PeopleComm, 2020. ISBN 978-80-87917-71-8.
- O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- PARKES, Colin Murray; RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PAULÍNOVÁ, Lea a NEUMANNOVÁ, Lenka. *Psychologie pro Tebe*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Informatorium, 2008. ISBN 978-80-7333-068-2.
- PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.

PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.

PROKOPIUS, Václav a ŠULISTA, Petr. *Tvořivá síla strachu*. Psyché (Triton). Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-982-5.

PRŮCHA, Jan a VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, c2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

SAURET, Marie-Jean. *Freud a nevědomí*. Malá moderní encyklopedie (Levné knihy KMa). Praha: Levné knihy KMa, 2006. ISBN 80-7309-330-8.

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4330-8.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-849-0

SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej (ed.). *Paliativní péče v onkologii*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 3., aktualizované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3885-2.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být na blízku*. Vyd.11. Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-9-2.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpory pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

TAJANOVSKÁ, A. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-088-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3268-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada, c2006. ISBN 80-247-1262-8.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9

VETRAKOVÁ, Milota. *Ludské zdroje a ich riadenie*. 2. preprac. a rozšír. vyd. V Banskej Bystrici: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta. Eruditio mores futurum, 2011. ISBN 978-80-557-0149-3.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: [jak jim předcházet a jak je překonávat]*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

WILK CARDILLO, Donna. *The Ultimate Career Guide for Nurses*. Gannett Healthcare Group, 2008. ISBN 978-19-307-4504-9.

WINTER, Deborah Du Nann a KOGER, Susan M. *Psychologie environmentálních problémů*. Přeložil Jiří FOLTÝN. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-593-6.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

Odborné články

BALVÍNOVÁ, Aneta; MIČKOVÁ, Markéta; NOVÁKOVÁ, Lenka a HRDLIČKOVÁ, Lucie. Parallel role of a nurse in pediatric oncology setting and palliative care team: Professional and competency challenges in the care of children with cancer. Online. *Solen medical education*. 2022, roč. 16. DOI 10.36290/xon.2022.013. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2022/02/04.pdf>. [cit. 2024-02-25].

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/277323578_Trendy_pracovni_spokojenosti_vseobecnych_sester. [cit. 2024-02-25].

FERRIS, Frank D.; BALFOUR, Heather M.; BOWEN, Karen; FARLEY, Justine; HARDWICK, Marsha; LAMONTAGNE, C., LUNDY et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. Online. *Journal of pain and symptom management*. 2002, roč. 24, č. 2, s. 106–123. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00468-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00468-2). [cit. 2024-02-25].

HEPLOVÁ, M. a MICHÁLKOVÁ, M. Motivační prvky v práci sestry. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 30–31. ISSN 1210-0404.

IVANOVÁ, Kateřina; VÉVODA, Jiří a NAKLÁDALOVÁ, Marie et al., 2013. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. Online. *Researchgate*. 2013. ISSN 1804-7122.

LEE, R. M. a FIELDING, N. G., 1996. Qualitative Data Analysis: Representation of a Technology: Comment of Coffey, Holbrook and Atkinson, 1996. *Sociological Research Online*. *British sociological association*. 1996, roč. 1, č. 4, Dostupné z: <https://doi.org/10.5153/sro.1326>. [cit. 2024-02-25].

MACHÁLKOVÁ, L.; ŠEVČÍKOVÁ, B.; MIKŠOVÁ, Z. Faktory motivace všeobecných sester v hospicové péči s přesahem České republiky. Online. *Psychologie pro praxi*. 2016, roč. 3–4, s. 59–69. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP_3-4_2016_06_Machalkova.pdf. [cit. 2024-02-25].

MZČR, 2022. Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy. Online. *MZČR 2022*. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>. [cit. 2024-04-10].

NURSING MATTERS, 2023. *Navigating Emotional Stress: Strategies for Nurses Handling Difficult Family Dynamics*. Online. In: www.rnnet.org. Dostupné z: [Navigating Emotional Stress: Strategies for Nurses Handling Difficult Family Dynamics \(rnnet.org\)](http://www.rnnet.org). [cit. 2024-04-10].

QUILL, Timothy E.; ABERNETHY, Amy P. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. Online. *N Engl J Med*. 2013, s. 173–175. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>. [cit. 2024-02-25].

SLÁMA, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Online. *Solen medical education*. 2012, roč. 17, č. 1, s. 10–12. Dostupné z: <https://www.solen.sk/sk/casopisy/paliativna-medicina-a-liecba-bolesti/obecna-a-specializovana-paliativni-pece-v-cr>. [cit. 2024-02-25].

TAI, M. C. Hu li za zhi The journal of nursing. Online. *Pubmed*. 2011, roč. 58, č. 5, s. 17–22. [cit. 2024-02-25]. PMID 22024800. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22024800/>.

ZACHAROVÁ, E. Sociální komunikace – součást odborné erudice sestry. *Zdravotnické noviny*. 2009, roč. 58, č. 35–36. ISSN 0044-1996.

Internetové zdroje

AZZS ČR. *SPIS*. Online. In: www.azzs.cz. © 2020. Dostupné z: <https://www.azzs.cz/spis>. [cit. 2024-04-10].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče*. Online. In: www.paliativnicentrum.cz. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [cit. 2024-02-25].

CESTA DOMŮ; ČSPM. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Online. In: www.cestadomu.cz. 2010. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf. [cit. 2023-11-13].

CESTA DOMŮ. *Domáci hospic*. Online. In: www.cestadomu.cz. © 2016. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>. [cit. 2024-04-10].

CESTA DOMŮ. *Komunikace s umírajícím a blízkými*. Online. In: www.cestadomu.cz. © 2016. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>. [cit. 2023-11-13].

CESTA DOMŮ. *Paliativní péče*. Online. In: www.umirani.cz. © 2016. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>. [cit. 2023-11-13].

ČESKÁ ONKOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v paliativní péči*. Online. In: www.linkos.cz. © 2024. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vzdelavani-nelekarських-zdravotnickych-pracovniku-v-paliativni-peci/>. [cit. 2023-11-13].

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Standardy paliativní péče*. Online. 2013. Dostupné z: https://www.paliativnimedcina.cz/wpcontent/uploads/2016/11/standardypp_cspm_2013_def.pdf. [cit. 2024-02-25].

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Paliativní péče v České republice 2016*. Online. 2016. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. [cit. 2024-02-25].

ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Online. 2019. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf. [cit. 2024-02-25].

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit.2020-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2023-11-13].

EIU. *Ranking palliative care across the world*. Online. In: The Economist Intelligence Unit. © 2015 EIU. Dostupné z: 2015 EIU Quality of Death Index Oct 29 FINAL.pdf (economist.com). [cit. 2024-04-10].

EUC. *Truchlení – jaké má fáze a jak se vyrovnat se smutkem?* Online. In: www.euc.cz. © EUC 2022. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/truchleni-jake-ma-faze-a-jak-se-vyrovnat-se-smutkem/>. [cit. 2023-11-13].

European Association for Palliative Care. Online. In: Recommendations of the European Association for Palliative Care. © EAPC, 2013, s. 6–7. ISBN 978-88-902961-9-2. Dostupné z: <https://www.unav.edu/documents/2832169/85721ca8-2687-4ac7-acb6-d899154183a2>. [cit. 2024-02-25].

FÓRUM MOBILNÍCH HOSPICŮ. *Mobilní hospice*. Online. © 2022. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/>. [cit. 2024-03-26].

KNAPOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka: výukový materiál*. Online. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/od/zdrav/499/page00.html>. [cit. 2023-09-26].

MEDICAL TRIBUNE. *Sestry řeší kompetence a ohodnocení v paliativní péči*. Online. In: www.tribune.cz. © 2024 Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/sestry-resi-kompetence-a-ohodnoceni-v-paliativni-peci/>. [cit. 2023-11-13].

MUJPAČIENT. *Grantová výzva*. © 2023. Dostupné z: https://www.muypacient.cz/storage/fm/2023/PROSINEC/GP1_2024_grantov%C3%A1%20v%C3%BDzva_FINAL.pdf. [cit. 2023-11-13].

MUNI.cz. *Péče o umírajícího pacienta a jeho blízké*. Online. In: www.muni.cz. 2020. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/10_05_nejcastejsi_sympomy.html. [cit. 2024-04-10].

MZČR. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Online. In: www.mzcr.cz. 2024. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>. [cit. 2023-11-13].

Pain relief and palliative care. Online. In: National cancer control programmes. 2. GENEVA: © World Health Organization, 2002, s. 84. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>. [cit. 2024-02-25].

PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče*. Online. In: www.paliativni-pece.cz. © 2024. Dostupné z: <https://paliativni-pece.cz/>. [cit. 2024-02-25].

PEDERSEN, S. W. et al. The role and structure of the multidisciplinary team in the management of advanced Parkinson's disease with a focus on the use of levodopacarbidoa intestinal gel. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2017. roč. 10, s. 13–27. ISSN 1178-2390.

SPIS. *Podpora zdravotníkům*. Online. In: www.spis.cz. Dostupné z: <https://spis.cz/podpora-zdravotnikum/>. [cit. 2023-11-13].

UMÍRÁNÍ.CZ. *Jak být na blízku pozůstalým?* Online. In: www.umirani.cz. 2015. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/jak-byt-nablizku-pozustalym>. [cit. 2023-11-13].

UMÍRÁNÍ.CZ. *Truchlení*. Online. In: www.umirani.cz. 2023. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/truchleni>. [cit. 2023-11-13].

Ostatní

ČERMÁKOVÁ, Veronika. *Rozšířené kompetence všeobecné sestry*. Pardubice, 2020. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

DRHOVSKÁ, Jana. *Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající pacienty*. Plzeň, 2016. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Simona Šípová.

Erbenová, Lucie. *Supervize u zdravotnických pracovníků*. Zlín, 2016. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

KOZELKOVÁ, Božena Bára. *Způsoby zvládnání krizových a jiných obtížných situací zdravotnických pracovníků hospice*. Online. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. 2011. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xseui8/>. [cit. 2024-04-10].

MACHALÍČKOVÁ, Alexandra. *Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb „Umíme to?“* Zlín, 2013. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

NAVRÁTILOVÁ, Zdeňka. *Paliativní ošetrovatelská péče v nemocničním prostředí z pohledu pacienta a ošetrujícího personálu*. Bakalářská práce, vedoucí Ferancová, Kateřina. Hradec Králové: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2006.

PROKOPOVÁ, Radka. *Strach při výkonu ošetrovatelské profese*. Č. Bud., 2011. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák.

RÁLIŠOVÁ, Alena. *Strach při výkonu profese všeobecné sestry*. Plzeň, 2014. diplomová práce (Mgr.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Bejvančická.

SIMPEROVÁ, Tereza. *Zvládnání psychické zátěže u zdravotních sester*. Olomouc, 2022. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

ŠIMČÍKOVÁ, Pavlína. *Role sestry při komunikaci s pozůstalými*. Vedoucí Sedláková, Markéta. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství, 2013. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/21182>.

ZIKOVÁ, Iva. *Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester*. Č. Budějovice, 2021. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.