

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Nikola Kotyzová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úmrtí pacienta z pohledu sester pracujících na jednotce intenzivní péče

Bakalářská práce

2024

Nikola Kotyzová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Kotyzová**
Osobní číslo: **Z21361**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Úmrtí pacienta z pohledu sester pracujících na jednotce intenzivní péče**
Téma práce anglicky: **Patient death from the perspective of intensive care unit nurses**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Sestavení 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 vedoucí**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DOBRÍKOVÁ, Patricia; MACKOVÁ, Jana; PAVELEK, Lukáš; MILLER, Aimee a J WEST, Daniel., 2016. The effect of social and existential aspects during end of life care. Online. *Nursing and Palliative Care*. Roč. 1, č. 3, s. 47-51. ISSN 23979623.
HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 229 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. 320s. ISBN 978-80-262-0911-9.
ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Lorencová**
Katedra ošetrovatelství

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 Úmrtí pacienta z pohledu sester pracujících na jednotce intenzivní péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., 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 24.6.2024

Nikola Kotyzová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Markétě Lorencové za její velmi empatický styl vedení, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla v průběhu tvorby práce. Poděkování patří také nemocnici za poskytnutí příležitosti provést tento průzkum. Také bych ráda poděkovala vedení kliniky za pomoc při organizaci dotazníkového šetření a všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se mého výzkumu. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce přibližuje problematiku úmrtí pacienta na jednotce intenzivní péče z role pečujících všeobecných sester, působících jako opora pro pacienta a jeho blízké v závěru jeho života. Jejich psychické vyrovnávání se s touto pracovně náročnou situací a jejich vnímání umírání je zpracováno v teoretické části práce. V průzkumné části práce pomocí kvantitativní metody průzkumu dotazníkovým šetřením vyhodnocuje úroveň jejich psychické zátěže a míru jakou tato skutečnost ovlivňuje jejich pracovní a osobní život. Na základě porovnání odpovědí respondentů, kterými byly všeobecné sestry pracující na jednotce intenzivní péče výsledky průzkumu ukázaly, že psychická zátěž všeobecných sester v péči o umírajícího pacienta je značná. Není psychicky nejnáročnější situací při výkonu profese všeobecné sestry, ale je jednou z těch nejvíce zatěžujících.

KLÍČOVÁ SLOVA

Všeobecná sestra, zvládání a míra psychické zátěže, úmrtí pacienta, jednotka intenzivní péče

TITLE

Patient death from the perspective of intensive care unit nurses

ANNOTATION

This bachelor's thesis approaches the issue of the death of a patient in an intensive care unit from the role of caring general nurses, acting as a support for the patient and his loved ones at the end of his life. Their psychological coping with this labor-intensive situation and their perception of dying is processed in the theoretical part of the work. In the exploratory part of the work, using the quantitative survey method, the questionnaire evaluates the level of their psychological burden and the extent to which this fact affects their work and personal life. Based on a comparison of the answers of the respondents who were general nurses working in the intensive care unit, the results of the survey showed that the psychological burden of general nurses in caring for a dying patient is considerable. It is not the most psychologically demanding situation in the profession of a general nurse, but it is one of the most burdensome.

KEYWORDS

General nurse, coping and level of psychological burden, patient death, intensive care unit

OBSAH

Úvod	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíle práce	15
1.1.1 Teoretický cíl	15
1.1.2 Průzkumný cíl	15
1.2 Metody k dosažení cíle	15
1.2.1 Teoretická část	15
1.2.2 Průzkumná část	16
Teoretická část	17
2 Umírání	17
2.1 Proces umírání	17
2.1.1 Pre finem	18
2.1.2 In finem	20
2.1.3 Post finem	21
2.2 Péče o umírajícího v intenzivní medicíně	21
2.3 Nejčastější etické aspekty umírání v intenzivní medicíně	22
2.3.1 Dříve vyslovená přání	22
2.3.2 Nerozšiřování nastavené péče	23
2.3.3 Neresuscitovat	23
3 Výskyt psychické zátěže sester pracujících na JIP	24
3.1 Prožívání úmrtí pacienta všeobecnou sestrou	24
3.2 Coping u všeobecných sester pečujících o umírajícího pacienta	25
3.2.1 Copingové metody	27
3.3 Syndrom vyhoření	28
3.3.1 Prevence syndromu vyhoření	29
Průzkumná (praktická) část	31

4	Cíle průzkumu a průzkumné otázky	31
4.1	Cíl průzkumu	31
4.1.1	Dílčí cíle.....	31
4.2	Průzkumné otázky	31
5	Metodika průzkumné (praktické) části	32
5.1	Charakteristika průzkumného souboru	32
5.2	Přípravná fáze průzkumu	32
5.3	Metodika a realizace sběru dat.....	32
5.4	Analýza získaných dat	33
6	Interpretace výsledků.....	33
6.1	Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby.....	33
7	Diskuze	60
8	Závěr	64
8.1	Přínos práce	66
9	Použitá literatura	68
9.1	Primární zdroje	68
9.2	Sekundární zdroje	68
9.3	Odborné články.....	69
9.4	Bakalářské práce	71
10	Přílohy.....	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Jaké je Vaše pohlaví?	33
Graf 2 - Kolik je Vám let?	34
Graf 3 - Jaký obor jste vystudoval/a?	35
Graf 4 - Absolvoval/a jste specializované vzdělání v oboru intenzivní péče?	36
Graf 5 - Jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní péče?	37
Graf 6 - Jaká je celková délka Vaší klinické praxe?	38
Graf 7 - Jaké pocity prožíváte nejčastěji při péči o umírajícího pacienta?	39
Graf 8 - Jaké náležitosti v péči o umírajícího pacienta jsou pro Vás psychicky nejnáročnější?	40
Graf 9 - Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho pracovního života?	41
Graf 10 - Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš pracovní život/postoj? ...	42
Graf 11 - Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho osobního života?	43
Graf 12 - Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš osobní život?	44
Graf 13 - Co Vám nejvíce pomůže se vyrovnat s úmrtím pacienta?	45
Graf 14 - Je pro vás narůstající délka praxe, nebo počet setkání s umírajícím pacientem faktorem, který Vám vyrovnávání se smrtí usnadňuje?	46
Graf 15 - Hraje pro Vás počet úmrtí na daném oddělení při jeho výběru důležitou roli?	47
Graf 16 - Je pro Vás péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situace při výkonu Vaší profese?	48
Graf 17 - Jaká situace je pro Vás psychicky nejnáročnější při výkonu vaší profese?	49
Graf 18 - Poskytuje Vaše zdravotnické zařízení zaměstnancům možnost obrátit se na krizového intervenanta?	49
Graf 19 - Využila/a jste někdy podporu krizového intervenanta?	51
Graf 20 - Měl/a jste někdy závažné psychické obtíže spojené s péčí o umírajícího či úmrtím pacienta?	51
Graf 21 - Myslíte si, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na Vašem oddělení má vliv na Vaše psychické vypořádání se se smrtí pacienta? (Tzn. Pokud pacient zemřel důstojnou smrtí je pro mne jednodušší se s jeho smrtí vyrovnat).	52
Graf 22 - Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání?	53

Graf 23 - Jste schopen/na využít zkušenost s úmrtím pacienta k lepšímu vnímání potřeb umírajícího, a jako nástroj pro zdokonalení péče o něj a jeho blízké?	54
Graf 24 - Poskytuje dle Vašeho názoru vysokoškolské studium dostatečné informace a metody o způsobu komunikace s pozůstalými pacienta?	55
Graf 25 - Myslíte si, že dokážete poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života?	55
Graf 26 - Jste schopný/á v takto psychicky náročné situaci, jako je úmrtí pacienta, poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího?	57
Graf 27 - Co by Vám mohlo pomoci tuto konkrétní situaci lépe zvládnout?	58
Graf 28 - Ovlivnila praxe nějakým způsobem Váš pohled na samotnou smrt?	59

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
UPCE	Univerzita Pardubice
JIP	Jednotka intenzivní péče
DNR	Neresuscitovat (do not resuscitate)
EU	Evropská Unie
Mgr.	Magistr
WHO	Světová zdravotnická organizace
č.	číslo
tzv.	tak zvaně
např.	například

ÚVOD

Psychická zátěž u sester pracujících na jednotce intenzivní péče (JIP) je významným tématem, obzvláště v souvislosti s úmrtím pacientů. Práce na JIP je náročná nejen fyzicky, ale i emocionálně, protože sestry jsou denně konfrontovány s kritickými stavy pacientů a často i s jejich úmrtím. Jejich psychické vypětí je dále umocněno potřebou zvládat emoční reakce rodin pacientů. Efektivní komunikace s rodinnými příslušníky během péče na konci života vyžaduje značnou emocionální práci, která může prohloubit pocity vyhoření, pokud není dostatečně podporována.

Tuto skutečnost dokazuje studie v článku publikovaném BMC Nursing z roku 2018, která zjistila, že přibližně 35–45 % sester pracujících na JIP vykazuje příznaky syndromu vyhoření. Studie zjistila, že značná část sester zažila vysokou úroveň emočního vyčerpání a depersonalizace, což jsou obě klíčové složky syndromu vyhoření. Tato prevalence je konzistentní v několika studiích zkoumajících psychickou zátěž, které sestry na JIP čelí. (Dyrbye, L. et al., 2018, s. 1).

Tuto studii doplňuje i nedávný výzkum publikovaný v BMC Nursing z roku 2024, který zdůrazňuje, že 35,3 % sester uvedlo vysokou úroveň emočního vyčerpání, klíčovou složku syndromu vyhoření, přičemž značná část také zažívá vysokou depersonalizaci a nízké osobní úspěchy. Vysoká míra syndromu vyhoření byla právě u sester v zařízeních kritické péče, časté vystavování se smrti a umírání a vysoké emocionální nároky na poskytování péče na konci života a komunikaci s rodinami pacientů. (Wilton, A. et al., 2024, s. 6).

Sestry v tomto oboru musí být po stránce odbornosti na vysoké úrovni a často absolvují specializační studium v oboru. Jsou na ně kladeny velké nároky, jak po stránce fyzické, tak psychické. (Kapounová, 2020, s. 17).

Péče o umírající pacienty vyžaduje nejen profesionální dovednosti, ale také empatii a psychickou odolnost. Psychická zátěž s ní spojená může negativně ovlivnit jak pracovní výkon, tak zdraví zaměstnanců, i přesto, že určitá míra stresu je přirozenou součástí života a může nás motivovat. Každý člověk má však své limity pro snášení stresové zátěže. Reakce na stres mohou ovlivnit naše chování, tělesné pocity i emocionální stav. Emoce mají významný dopad na kvalitu našeho života a formují naše postoje k životu a zdraví. Stres způsobený prací může být jednou z hlavních příčin pracovní neschopnosti, a je třeba mu věnovat pozornost a poskytnout zaměstnancům potřebnou podporu a pomoc, aby se vyhnuli emocionálnímu vyčerpání. Více než 70 % absencí v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti je přičítáno právě nemocem

souvisejícím se stresem. Tento fakt podtrhuje vážnost situace a nutnost řešení tohoto problému. Dle statistik EU je stres dokonce druhou nejčastější příčinou onemocnění souvisejících s prací, což jasně ukazuje na jeho široký rozsah a dopad na zaměstnance v celé Evropě. Je zřejmé, že snaha o zlepšení pracovních podmínek a podpora zaměstnaneckého zdraví je naléhavá a může přinést mnoho pozitivních výsledků jak pro jednotlivce, tak pro organizace. (Paprštějnová, M. et al., 2019, s. 141).

Svojí prací bych chtěla přiblížit, jak se všeobecné sestry vyrovnávají s touto psychicky náročnou situací, jako je úmrtí pacienta, péče o něj a jeho pozůstalé. Jestli péče o umírající pacienty mění jejich pohled na život a smrt, nebo zda tuto skutečnost vnímají jen jako součást své práce bez vlivu na jejich vlastní zkušenosti a vzpomínky, které by ovlivnily jejich pohled do budoucna. Umožňuje jim tato negativní zkušenost vnímat lépe potřeby umírajícího, aby v dostatečné míře mohli pomoci překonat závěrečné období života jak pacientovi, tak i jeho blízkým? Zvládne sestra v takto obtížné situaci poskytnout i důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího?

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

1.1.1 Teoretický cíl

Přiblížení problematiky úmrtí pacienta na jednotce intenzivní péče a roli sester, jako oporu pro pacienta a jeho blízké v závěru jeho života. Psychické vyrovnávání sester v této náročné situaci a jejich vnímání umírání.

1.1.2 Průzkumný cíl

Zjistit míru psychické zátěže související s úmrtím pacienta u sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

1.1.2.1 Dílčí cíle

1. Vyhodnocení psychické zátěže sester v roli pečovatele o umírajícího a komunikaci s jeho blízkými.
2. Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje osobní život sester.
3. Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje pracovní život sester.

1.1.2.2 Průzkumné otázky

1. Je umírání pacienta nejvýznamnější stresovou situací při práci všeobecných sester na JIP?
2. Jaké metody zvládnání stresu a zátěže všeobecné sestry na JIP nejvíce využívají?
3. Jaké nejčastější projevy stresu všeobecné sestry na JIP pociťují?
4. Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP pracovní život všeobecných sester?
5. Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP osobní život všeobecných sester?
6. Jaká náležitost péče o umírajícího je pro všeobecné sestry psychicky nejnáročnější?

1.2 Metody k dosažení cíle

Literární rešerše aktuálních poznatků, která poskytuje teoretická východiska pro výzkumnou část práce. Týká se následujících oblastí:

1.2.1 Teoretická část

- Umírání
 - Proces umírání
 - Péče o umírajícího v intenzivní medicíně
 - Nejčastější etické aspekty umírání v intenzivní medicíně

- Výskyt psychické zátěže sester pracujících na JIP
 - Prožívání úmrtí pacienta všeobecnou sestrou
 - Coping u všeobecných sester pečujících o umírajícího pacienta
 - Syndrom vyhoření

1.2.2 Průzkumná část

- Cíle průzkumu a průzkumné otázky
- Metodika průzkumné části
- Interpretace výsledků kvantitativního dotazníku vlastní tvorby
- Diskuze k výsledkům
- Závěr

Průzkum probíhal, jako kvantitativní studie se záměrným výběrem respondentů. Průzkumný soubor tvořili účastníci ženského i mužského pohlaví pracující na pozici všeobecná sestra na jednotce intenzivní péče v nemocnici fakultního typu. Data byla získávána v období června 2024 z odpovědí respondentů na základě použití dotazníku vlastní tvorby, který je inspirován standardizovaným dotazníkem dle Frommeltové (FATCOD-B). Průzkum probíhal přímo na oddělení jednotky intenzivní péče v denní místnosti sester. Na základě dobrovolnosti a ochoty spolupráce respondent dostal k vyplnění dotazník vlastní tvorby. Získaná data byla evidována do záznamového archu vlastní konstrukce a následně zpracována v programu Microsoft Office Excel 365.

TEORETICKÁ ČÁST

2 UMÍRÁNÍ

„Umírání je proces, který vede ke smrti jedince. V lékařské terminologii označujeme umíráním terminální stav, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí a orgánů s důsledkem smrti.“ (Kelnarová, 2007, s. 16).

Definovat umírání jako fenomén je velmi obtížné, protože se nejedná pouze o medicínský pojem, ale lze se s ním setkat také v kontextu filozofickém, sociálním, psychologickém a etickém. Obecně jde o proces, který může trvat různě dlouhou dobu a končí smrtí člověka. Tento proces vzniká v důsledku postupného selhávání všech funkcí lidského organismu. Umírající jedinec se vědomě či nevědomě vyrovnává s tím, že jeho život se blíží ke konci a jeho síly se vytrácejí. (Kutnohorská, 2007, s. 71-72).

„Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.“ (Sláma, O. et al., 2012, s. 301).

Umírání je proces docela odlišný od smrti a nemělo by se s ní zaměňovat. Představuje fázi života, která se vyznačuje postupným procesem, jenž může trvat různě dlouhou dobu – u někoho může být delší, u jiného kratší. Tento proces končí smrtí.

2.1 Proces umírání

Proces umírání se z lékařského hlediska rozděluje do 3 fází. První fází je takzvaná fáze „*Pre finem*“ neboli před umíráním, kdy se nemocný poprvé dozvídá o své infaustní diagnóze a nastává jeho vyrovnávání se s touto skutečností. Druhá fáze „*In finem*“ neboli období vlastního umírání je z lékařského hlediska totožné s charakteristikou terminálního stavu. V této fázi je důležité pacientovi dopřát co nejlepší možné podmínky k závěru jeho života, spolupráce s rodinou a techniky bazální stimulace. Třetí fáze „*Post finem*“ je obdobím po smrti. Začíná úmrtím pacienta a obsahuje péči o mrtvé tělo v nemocničním prostředí, kontakt s příbuznými a také velmi opomíjenou oblast této fáze v nemocničním prostředí truchlení příbuzných. (Haškovcová, 2015, s. 205).

2.1.1 Pre finem

Fáze pre finem nastává v okamžiku sdělení vážné diagnózy s infaustní prognózou. Vyrovnávání se s těžkou diagnózou popsala Elisabeth Kübler-Rossová, která identifikovala pět stadií, jimiž pacienti procházejí:

2.1.1.1 Popírání

První reakcí pacientů je často odmítnutí přijmout skutečnost diagnózy. (Haškovcová, 2015, s. 206).

Toto období, kdy si nemocní po sdělení své diagnózy odmítají připustit vážnost své situace, je běžné a velmi časté. Jedná se o obranný mechanismus, kterým se snaží jedinec chránit před emocionálním stresem a úzkostí spojenou s přijetím své nemoci. Pacient prožívá počáteční šok z toho, že je smrtelně nemocný. Nevěří lékařům a myslí si, že diagnóza je chybná nebo že došlo k záměně výsledků. Během této fáze mohou pacienti trvat na dalších vyšetřeních, které by potvrdily nebo vyvrátily diagnózu, a mohou se vyhýbat lékařským radám a informacím, které by je vrátily do kruté reality. (Haškovcová, 2015, s. 207).

Snaží se odvrátit své myšlenky od reality tím, že se soustředí na příjemné aktivity, nebo koníčky. Tím, že si nepřipouštějí vážnost své situace, získávají sílu a odvahu hledat řešení a najít vhodnou cestu vpřed. Někteří pacienti mohou uvíznout v této fázi a nikdy ji neopustit, nebo se mohou úplně stáhnout ze společenského života. Může se také projevit odmítnutím spolupráce s lékaři a zdravotnickým personálem. Většina však tuto fázi nepřekonává dlouho a brzy přejde do další fáze. (Kübler-Rossová, 2015, s. 16-17).

Podle Kübler-Rossové je hlavním cílem pečujících vybudovat s pacientem vztah a získat jeho důvěru. Projevit pochopení a empatii vůči pacientovým pocitům a obavám. Je důležité mluvit o čemkoliv, ale o smrti jen tehdy, když je pacient připraven o tom hovořit. Poskytování podpory a informací, které jsou citlivě prezentovány a přizpůsobeny individuálním potřebám pacienta, může pomoci překonat popírání a přijmout realitu jejich nemoci. Posilování důvěryhodného vztahu mezi pacientem a pečujícím personálem může být také klíčové pro zlepšení spolupráce a přijetí léčby. Pečující by měli pacientovi poskytnout čas, aby se mohl smířit s tím, že umírá. (Kübler-Rossová, 2015, s. 18).

2.1.1.2 Hněv

Po popírání může následovat fáze hněvu, kdy pacienti prožívají frustraci a hledají viníka. (Kübler-Ross, 2015, s. 23).

V této fázi je nemocný naplněn hněvem, zlostí a podrážděností a prožívá silné negativní emoce. Nedokáže pochopit, proč právě on byl postižen touto nemocí. Sužují ho pocity viny a nespravedlnosti a často se zlobí na své okolí. Je typické, že v tomto období vykazuje pacient sekýrování a agresivní chování vůči ostatním, zejména vůči těm, kteří se k němu chovají laskavě a ochotně. (Kübler-Ross, 2015, s. 24).

Pacient prožívá intenzivní hněv a frustraci, cítí se zrazený a neustále hledá důvody ke zlosti. Vidí ostatní, jak si užívají běžné činnosti, zatímco on je omezen na lůžko, což jeho hněv ještě více prohlubuje. Často si stěžuje a nařiká, vyžaduje neustálou pozornost. Návštěvy nepřinášejí radost a jeho zlost se projevuje v neustálém volání na zdravotnický personál, projevech hněvu a agresivity. Okolí často reaguje podrážděně na jeho chování, což dále zvyšuje jeho pocit křivdy a hněvu. (Kübler-Ross, 2015, s. 24-42).

V této fázi je klíčové věnovat nemocnému dostatek času a pozornosti. Vstřícnost, schopnost naslouchat, empatie a tolerance vůči jeho hněvu, ať už oprávněnému či neoprávněnému, mohou pacienta postupně uklidnit. Když pečující personál uzná jeho hněv, bude snáze zvládat poslední měsíce, dny a hodiny svého života. Namísto křiku a zlosti začne vyjadřovat své touhy a přání klidněji a pocítí, že na něm okolí stále záleží. (Haškovcová, 2015, s. 208-209).

2.1.1.3 Smlouvání

Pacienti se mohou pokoušet vyjednávat o odkladu nebo zmírnění svého osudu. (Kübler-Ross, 2015, s. 45).

Tato fáze je pomíjivá a méně známá, ale pro pacienta velmi důležitá. Zaznamenává složitý paradox lidské existence. Naděje je v tomto období silně přítomná a zároveň je propojená s vědomím nevyhnutelné skutečnosti. Pacient se snaží vyjednávat o odklad svého osudu, slibuje, že se bude chovat dobře, s vírou, že za to získá odměnu. Doufá, že mu to přinese delší život bez bolesti, nebo se dokonce úplně uzdraví. Velmi často se obrací k Bohu a uzavírá s ním symbolický obchod. Snaží se situaci změnit, nebo zvrátit. Tento proces často zahrnuje nejen fyzické úsilí a oběti, ale také úpravu priorit a hodnot v životě. Pacient se může obrátit k alternativním způsobům léčby nebo se více angažovat ve své léčebné cestě, včetně změn ve životním stylu nebo výběru léčebných metod. (Kübler-Ross, 2015, s. 45-47).

Je důležité, aby lidé v okolí nemocného projevovali empatii a porozumění jeho situaci. Poskytování dostatečného času a prostoru pro přijetí reality blížící se smrti je klíčové. Zároveň je důležité být oporou pro nemocného, poskytovat mu možnost hovořit o věcech a lidech, které jsou pro něj důležité, a projevovat toleranci a pochopení v této nesmírně těžké situaci. Tato

podpora může mít velký vliv na pohodlí a klid nemocného v jeho posledních dnech a týdnech. (Kübler-Ross, 2015, s. 45-47).

2.1.1.4 Deprese

Uvědomění si závažnosti situace může vést k pocitům smutku a beznaděje. (Haškovcová, 2015, s. 210).

V této fázi, kdy se objevuje opravdový smutek a pacient vyjadřuje rezignaci a beznaděj, je důležité nabídnout mu prostor pro vyjádření emocí a projevovat soucit a porozumění. Nemocní se musí vyrovnat s mnoha ztrátami, včetně ztráty pracovního místa, ztráty soběstačnosti a nezávislosti, a v některých případech dokonce i ztráty možnosti pečovat o svou rodinu a děti. Postupně se od nich vzdalují každodenní radosti a aktivity a jsou stále více izolováni v nemocničním prostředí. Jsou konfrontováni se skutečností blížící se smrti a přijímají fakt, že jejich čas na tomto světě je krátký. Mohou zažívat pocit, že toto období trvá věčně. (Kübler-Ross, 2015, s. 49).

Je důležité, aby tým péče o pacienta pracoval společně a individuálně přistoupil k léčbě, aby co nejlépe podpořil nemocného v jeho boji. (Kübler-Ross, 2015, s. 50).

2.1.1.5 Smíření

Nakonec mohou pacienti dosáhnout přijetí své situace a nalézt určitý vnitřní klid. (Haškovcová, 2015, s. 212).

Smíření je posledním etapou procesu umírání a představuje klidný a uvolněný stav, ve kterém nemocný přijímá skutečnost blížící se smrti a ukončení života. V této fázi ustávají boje, zlost a rezistence a nemocný začíná spolupracovat s terapií a péčí poskytovanou týmem zdravotnických pracovníků. (Kübler-Ross, 2015, s. 67).

Je důležité být nablízku nemocnému, trávit s ním čas v klidu a mlčení, držení ho za ruku, poskytující tak podporu a pocit bezpečí. Toto období také přináší únavu a potřebu odpočinku, takže nemocný často pospává. Přání všech by mělo být, aby nemocný mohl umírat v této fázi, kdy se cítí smířený a klidný. Je také důležité si uvědomit, že i rodina umírajícího potřebuje pomoc a podporu, protože si prochází podobnými emocionálními fázemi, a ne vždy se s touto situací dokáže vyrovnat. (Kübler-Ross, 2015, s. 67-68).

2.1.2 In finem

„Vlastní umírání,“ „fáze shodná s lékařským pojetím terminálního stavu. Umírající se více soustředí na své prožívání, klesá zájem o mezilidské vztahy.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 23).

Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové poskytuje cenný rámec pro porozumění emocionálním a psychologickým aspektům, které mohou být přítomny u pacientů v terminální fázi jejich života. Tato perspektiva pomáhá pečujícím sestřám a zdravotnickému personálu lépe rozumět reakcím a potřebám pacientů v této obtížné fázi. Porozumění jednotlivým fázím umírání může pomoci lékařům, sestřám a dalším členům týmu poskytnout pacientům odpovídající podporu a péči. Poskytnutí důstojné péče a podpory v této fázi je klíčové pro zajištění co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny. (Kübler-Ross, 2015, s. 24-25).

2.1.3 Post finem

Období důstojného rozloučení označuje poslední etapu v procesu umírání, kdy je kladen důraz na péči o tělo zemřelého a podporu pozůstalých. Pečující personál má klíčovou roli v celém procesu umírání, nejenom v terminální fázi onemocnění, ale také při poskytování emocionální podpory a praktické pomoci jak zemřelému, tak jeho rodině a blízkým. Jejich úkolem je zajistit, aby odchod zemřelého byl co nejdůstojnější a aby byli pozůstalí podporováni v průběhu smutečního procesu. (Kübler-Ross, 2015, s. 26-27).

Personál hraje také důležitou roli v poskytování informací rodinám o možnostech pohřbu a smutečních obřadech, pomoci s organizací posledních rozloučení a také nabídnout prostor pro vyjádření emocí a smuteční podpory. Jejich role je také zajistit, aby potřeby zemřelého byly respektovány a aby bylo zajištěno, že jeho poslední přání budou dodrženy. (Kutnohorská, 2007, s. 112).

Celý proces umírání je citlivý a náročný, a personál má jedinečnou schopnost poskytnout podporu a pomoc v této obtížné době pro rodiny a jednotlivce konfrontované s umíráním. Jejich práce je nedocenitelná a hraje klíčovou roli v ulehčení tohoto procesu všem zúčastněným.

2.2 Péče o umírajícího v intenzivní medicíně

Rozvoj intenzivní medicíny začal v 50. letech minulého století, ale výrazný pokrok zaznamenala zejména v posledních letech. Tento obor vyžaduje spolupráci odborníků z různých lékařských a zdravotnických specializací. Hlavním cílem intenzivní medicíny je stabilizovat pacienty v kritickém stavu a umožnit jim návrat do jejich běžného prostředí s takovou kvalitou života, která jim umožní plnohodnotné začlenění do společnosti. (Ptáček, R. et al., 2011, s. 448).

Intenzivní medicína se specializuje na péči o pacienty s akutními, život ohrožujícími stavy, které vyžadují okamžitou a komplexní léčbu. Tento obor využívá pokročilé technologie a

léčebné postupy k monitorování a podpoře životních funkcí pacientů. Díky multidisciplinárnímu přístupu se zajišťuje, že pacienti dostávají péči, která zahrnuje lékařské, psychologické, sociální i rehabilitační aspekty, což je klíčové pro jejich úplné zotavení a návrat do běžného života. (Ptáček, R. et al., 2011, s. 448-449).

Moderní medicína dnes dokáže nabídnout péči a naději na vyléčení i pro stavy, které byly dříve neléčitelné. To přináší mnoho výhod, ale zároveň také vyvstávají nové etické a ekonomické problémy. Náklady na intenzivní medicínu jsou mnohem vyšší než na standardní lůžkovou péči, často několikanásobně dražší. (Ševčík, P. et al., 2014, s. 2).

Etické otázky se týkají například rozhodování o tom, komu by měla být nákladná intenzivní péče poskytnuta, jaké jsou limity této péče a kdy by měla být ukončena. Ekonomické výzvy zahrnují financování těchto pokročilých léčebných metod a zařízení, které jsou nezbytné pro poskytování špičkové péče. Navíc je potřeba zohlednit rovnováhu mezi náklady a přínosy pro pacienty a systém zdravotní péče jako celek. Tímto se moderní medicína neustále snaží nalézt rovnováhu mezi poskytováním nejlepší možné péče a udržitelným hospodařením se zdroji. (Ševčík, P. et al., 2014, s. 3).

2.3 Nejčastější etické aspekty umírání v intenzivní medicíně

Současný pokrok v intenzivní medicíně umožňuje dlouhodobé udržení naživu pacientů s beznadějnou prognózou díky podpoře jejich základních životních funkcí. Tento technologický úspěch však často přináší dilema ohledně možnosti, že umírání může být přehlíženo, s dopady na sociální izolaci a sníženou kvalitu života pacientů. Zdravotníci se často potýkají s frustracemi z dlouhodobého prodlužování umírání a složitostí rozhodování v intenzivní a resuscitační péči, což má důsledky nejen na individuální úrovni, ale i ve vztahu k celé společnosti. (Kořenek, 2004, s. 105-106).

2.3.1 Dříve vyslovená přání

V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně se klade důraz na respektování vůle pacienta. To zahrnuje právo pacienta odmítnout léčbu a také respektování dříve vysloveného přání. Tato úmluva zdůrazňuje, že pacienti mají právo na svobodné rozhodování o svém zdraví a lékařské péči, která jim bude poskytnuta, včetně možnosti odmítnout určité léčebné postupy nebo zákroky. Zdravotnický personál by měl brát v úvahu přání pacienta vyjádřená předtím, než se ocitne v situaci, kdy už není schopen komunikovat nebo rozhodovat. Toto přání může být vyjádřeno například prostřednictvím dokumentu, jako je tzv. „*životní přání*“ nebo „*pokyny pro péči na konci života*“. Úmluva o lidských právech a biomedicíně tak podporuje etické principy

autonomie a sebeurčení, které jsou základem pro moderní medicínskou praxi, a zajišťuje, že pacienti jsou aktivními účastníky rozhodování o své péči. (Mach, 2013, s. 176).

2.3.2 Nerozšiřování nastavené péče

Nerozšiřovaná, tzv. „*zadržovaná terapie*“ představuje přístup k léčbě, kdy se spektrum diagnostických a terapeutických postupů nezvyšuje. Při tomto rozhodování lékař bere v úvahu aktuální zdravotní stav pacienta, jeho prognózu a předpokládá, že další možnosti léčby nebudou mít významný vliv na průběh a výsledek léčby. (Kuře, 2012, s. 59).

Nastavená léčba je maximální a v souladu s aktuálními lékařskými standardy (*lege artis*). I když se u pacienta nadále pokračuje v zavedené léčbě, jakékoliv nové komplikace nejsou řešeny dalšími medicínskými postupy. Součástí tohoto rozhodnutí může být i nezahajování kardiopulmonální resuscitace (do not resuscitate, DNR). Všechna lékařská rozhodnutí týkající se nerozšiřování terapie musí být důkladně zaznamenána do zdravotnické dokumentace. Tento přístup vyžaduje pečlivé zvážení a komunikaci mezi lékaři, pacientem a jeho rodinou, s cílem respektovat přání pacienta a zajistit mu nejlepší možnou kvalitu života v rámci jeho zdravotního stavu. (Sláma, O. et al., 2011, s. 282).

2.3.3 Neresuscitovat

Neresuscitovat (DNR – do not resuscitate) je koncept, o kterém se začalo hovořit již v 60. letech 20. století, kdy bylo zjištěno, že opakovaná resuscitace u pacientů často vede k nedůstojnému umírání, prodlužování utrpení a odsouvání nevyhnutelné smrti. DNR je kolektivní rozhodnutí celého zdravotnického týmu, které je součástí strategie nerozšiřování nebo nezahájení léčby, včetně nezahájení kardiopulmonální resuscitace. Postupy DNR využívají systém medicínských kritérií pro ukončení terapie, což umožňuje zastavení léčby, jejímž důsledkem může být smrt pacienta. (Adam, Z. et al., 2004, s. 445).

DNR může být rozhodnuto bez přímé vazby na jednotlivé kategorie léčby. Hlavními důvody pro zařazení pacienta do kategorie neresuscitovat jsou špatná kvalita života spojená s kardiopulmonální resuscitací a žádný léčebný přínos. Toto rozhodnutí je pečlivě zváženo na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta, jeho prognózy a přání pacienta a jeho rodiny. Cílem je zajistit, aby pacient netrpěl zbytečně a aby byla zachována jeho důstojnost v průběhu umírání. Všechna rozhodnutí týkající se DNR musí být pečlivě zaznamenána do zdravotnické dokumentace a komunikována s pacientem a jeho rodinou, pokud je to možné. (Beauchamp, T. et al., 2009, s. 335).

3 VÝSKYT PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE SESTER PRACUJÍCÍCH NA JIP

Následující kapitola obsahuje soudobé poznatky výskytu psychické zátěže sester pracujících na jednotce intenzivní péče. Věnuje se prožívání úmrtí pacienta všeobecnou sestrou na JIP, konkrétně uspořádání oddělení, které často komplikuje poskytování důstojné ošetrovatelské péče v závěru života pacientů. Dále jsou v podkapitolách níže více definovány pocity, a nároky na všeobecné sestry pracující na JIP, v kontextu péče o umírajícího pacienta. Kapitola 3.2 se zabývá možnostmi využití copingových strategií a jejich zasazení do reality všeobecných sester na JIP. V poslední kapitole této oblasti je popsán syndrom vyhoření, a hlavně tedy možnosti jeho prevence, která se v současném zdravotnictví obecně často velmi opomíjeným faktorem kvality péče z důsledku nadměrného přetížení personálu jeho nedostatkem.

3.1 Prožívání úmrtí pacienta všeobecnou sestrou

Umírání na JIP je velmi individuální a značně se liší od umírání na standardních odděleních. Pacienti jsou obklopeni množstvím monitorovací techniky a invazivních přístrojů, což komplikuje zajištění soukromí, obzvláště kvůli vícelůžkovým boxům. Tento nedostatek intimity je problémem pro pacienty i jejich rodiny. Sestry na JIP by měly hledat způsoby, jak zachovat důstojnost pacientů. Péče o umírající vyžaduje, aby zdravotníci akceptovali smrt jako součást života. Pro sestry může být péče o umírajícího a komunikace s jeho rodinou velmi stresující. Čelí vysokým nárokům fyzickým, psychickým a sociálním. Nesou velkou zodpovědnost za výsledky své práce a často se setkávají s lidmi v těžkých emočních stavech. Stresující faktory zahrnují každodenní kontakt s utrpením, způsobování bolesti druhým a opakované konfrontace s vlastními postoji a prožitky. Aby sestry mohly poskytovat kvalitní péči, potřebují podporu ve formě vzdělávání v paliativní péči, psychologické podpory a možností supervize. To jim pomůže lépe zvládat stres a emocionální zátěž spojenou s péčí o umírající pacienty a zajistit jim důstojné podmínky. (Bartošíková, 2006, s. 11).

Od sester se požaduje vysoká odbornost, zralost a dobré komunikační schopnosti. Při péči o umírajícího a zemřelého se často setkávají s pocity vyčerpání, prázdnoty, tísně, úzkosti a strachu. Spolupráce s umírajícím je často velmi náročná, zejména když je pacient apatický nebo v kómatu, a od sestry se vyžaduje obětavost, trpělivost, laskavost a psychická i fyzická odolnost. Zdravotníci na JIP se často snaží vědomě ignorovat nebo potlačit nepříjemné pocity spojené s péčí o umírající pacienty. Tento přístup je nezbytný pro zvládnutí emočního a fyzického nároku, který tato práce přináší. (O' Connor, M. et al., 2005, s. 265).

Často se hovoří o potřebě poskytovat péči a podporu pacientům a jejich rodinám, ale méně se diskutuje o psychickém přetížení a emocionálním zatížení, kterým mohou být vystaveni zdravotničtí pracovníci. Ošetřující personál, jako jsou sestry a lékaři, jsou neustále konfrontováni s vitálně ohroženými pacienty, což může být velmi náročné na jejich psychiku. Vidět pacienty v tak zranitelném stavu a čelit neustálému tlaku a stresu při poskytování nejlepší možné péče může vyvolat pocity úzkosti, vyčerpání a frustrace. Následně ventilace emocí na samotného nemocného může být důsledkem tohoto přetížení. Je důležité, aby se v rámci zdravotnického prostředí uznávalo psychické zatížení, které může ošetřující personál zažívat, a aby byly k dispozici dostatečné zdroje a podpora pro zvládnutí této zátěže. To může zahrnovat psychologickou podporu, možnosti pro vyrovnávání se se stresem a školení zaměřená na péči o vlastní duševní zdraví. Otevřená komunikace a sdílení emocí v týmu může také pomoci snížit izolaci a pocit osamělosti. (Alshammari, F. et al., 2023, s. 7805).

3.2 Coping u všeobecných sester pečujících o umírajícího pacienta

Nejnovější definice coping (neboli zvládnutí) popisuje jako reakci jednotlivce na psychologické a environmentální výzvy při stresových událostech. Jde o schopnost zvládat a minimalizovat negativní dopady situací, které jedinec vnímá jako přesahující jeho schopnosti. Copingové strategie jsou konkrétní způsoby chování a jednání, kterými se jedinec vypořádává se stresem. Tyto strategie můžeme rozdělit na efektivní a neefektivní:

- **Efektivní strategie:** Pomáhají jedinci snižovat stres a zlepšují jeho schopnost zvládat situace. Příklady zahrnují:
 - **Řešení problémů:** Aktivní hledání řešení situace.
 - **Vyhledání podpory:** Otevřeně mluvit s přáteli nebo rodinou.
 - **Relaxace:** Používání technik jako meditace nebo cvičení.
- **Neefektivní strategie:** Nevedou k úlevě od stresu a mohou situaci zhoršit. Příklady zahrnují:
 - **Vyhýbání se:** Ignorování problému.
 - **Izolace:** Uzavírání se do sebe a vyhýbání se kontaktu s ostatními.
 - **Nadměrná konzumace:** Užívání alkoholu nebo jiných látek ke zvládnutí stresu.

Pro mnoho všeobecných sester je zvládnutí umírání a smrti velmi emocionálně náročné. Výzkumy ukazují, že pokud sestry nedokážou efektivně zvládnout ztrátu pacienta, častěji trpí

emoční únavou, jsou méně spokojené se svou prací a jsou náchylnější k syndromu vyhoření. To vše může negativně ovlivnit péči, kterou poskytují umírajícím pacientům a jejich rodinám. (Zheng, R. et al., 2018, s. 40).

Neadekvátní coping navíc zvyšuje stres a prohlubuje negativní postoje ke smrti. (Chang, Wen P, 2018, s. 25). Všeobecné sestry potřebují veškerou podporu, aby si udržely fyzické i psychické zdraví a mohly poskytovat špičkovou péči pacientům a jejich rodinám. (Cook, K, 2012, s. 12).

Podobně, jako odlišné vnímání umírání jednotlivce je rozdílná schopnost adekvátního copingu ovlivněna různými faktory, jako je věk, délka pracovní praxe, specializace a konkrétní pracoviště. Sestry na odděleních JIP mají často nižší schopnost vyrovnání se s úmrtím pacienta kvůli náhlé povaze událostí a vysokým pracovním nárokům, které jim neumožňují dostatek času na zpracování emocí spojených s úmrtím. Délka specializované praxe sice nemá podle výzkumu významný vliv na zvládání stresových situací spojených s úmrtím pacientů. (Peters, L. et al., 2013, s. 155-157).

Stres a potřeba jeho účinného zvládnání jsou nedílnou součástí každodenního života. Efektivní zvládnání stresu lze považovat za adaptivní životní styl, který přináší mnoho zdravotních výhod v podobě snížení emocionálního stresu a fyzických projevů. Nicméně existuje také neadaptivní zvládnání, které se projevuje špatným zdravotním stavem, špatnou náladou a hněvem. Pro efektivní zvládnání stresu je klíčové dodržovat správnou výživu, spánkovou hygienu a pravidelnou fyzickou aktivitu. Výzkum provedený Wrightem, Mohrem, Sinclair a Yangem v roce 2015 zkoumal různé zvládací strategie používané všeobecnými sestrami na ošetrovatelských jednotkách. Zjistilo se, že tyto sestry často používají menší počet zvládacích metod, což může být příkladem přímého copingu. Přímý coping označuje situaci, kdy jedinec používá méně zvládacích strategií ke zvládnání stresu. U všeobecných sester to může vést ke zlepšení zdravotních výsledků. Je však důležité, aby sestry vybíraly efektivní způsoby zvládnání stresu, které jim pomohou lépe se vyrovnávat s výzvami, které s sebou jejich práce přináší. V kontextu přímého copingu, všeobecné sestry preferují omezenější počet strategií pro zvládnání stresu. Tento přístup může zvýšit efektivitu v řešení konkrétních situací, ale pokud jsou použity neúčinné metody, může to negativně ovlivnit jejich zdraví. Klíčové je proto vyhnout se neúčinným strategiím a aktivně hledat a používat ty, které jsou pro jednotlivce účinné. Přímý coping také pomáhá optimalizovat omezené zdroje, které mohou být k dispozici v naléhavých situacích. (Wright, R,R, 2020, s. 1-2).

3.2.1 Copingové metody

R. S. Lazarus rozdělil coping na dva základní typy. První je problem-focused coping, což znamená, že jedinec se snaží zlepšit situaci změnou okolností nebo svého vlastního jednání. Tento přístup je zaměřen na aktivní řešení problémů. Druhý typ je emotion-focused coping, který se soustředí na zvládnání emocí. Jeho cílem je udržet emocionální výkyvy pod kontrolou tak, aby nedocházelo k narušení vztahů v okolním prostředí ani k poškození integrity jedince. Obě strategie slouží k adaptaci na danou situaci. Později byl přidán třetí typ copingové strategie známý jako hledání sociální opory. (Paulík, K, 2017, s. 119).

Duální zvládací model, který popisují autoři J.K. Conner-Smith, B.F. Compas, M.E. Wadsworth a A.H. Thomsen, se zaměřuje na rozlišení mezi dvěma typy copingu: kontrolovaným a automatickým. Kontrolovaný coping se vyznačuje vědomým a úmyslným zvládnáním stresorů, kde jedinec aktivně uplatňuje strategie ke změně okolností nebo svého jednání. Naopak automatická reakce na stresor je spontánní, často se jedná o rychlé psychologické, tělesné nebo behaviorální odpovědi, které probíhají téměř okamžitě bez vědomého rozhodnutí. (Paulík, K, 2017, s. 120).

Z hlediska časového pohledu lze copingu přiřadit čtyři základní typy: reaktivní, proaktivní, anticipační a preventivní.

1. **Reaktivní coping:** Tento typ coping se zaměřuje na zvládnání stresové situace, která již nastala a stále probíhá. Jedinec se snaží reagovat na aktuální situaci a minimalizovat její negativní dopady.
2. **Proaktivní coping:** Proaktivní coping se liší tím, že neřeší pouze momentální situaci, ale soustředí se na dosažení určitého cíle. Jedinec se aktivně snaží předcházet budoucím problémům a hledá strategie, které by mu pomohly dosáhnout dlouhodobých cílů.
3. **Anticipační coping:** Tento typ copingu reaguje na přímé hrozby, které jsou aktuálně přítomné nebo se očekávají v blízké budoucnosti. Jedinec se snaží připravit na možné negativní události a vyvinout strategie, jak se s nimi vypořádat.
4. **Preventivní coping:** Preventivní coping se soustředí na řešení potenciálních hrozeb a stresorů, které by mohly nastat v budoucnosti. Jedinec se snaží minimalizovat riziko vzniku stresových situací a předcházet negativním událostem.

Každý z těchto typů copingových strategií může být užitečný v závislosti na konkrétní situaci a individuálních potřebách jedince. (Paulík, K, 2017, s. 120).

3.2.1.1 Zvládání zaměřené na problém

Tento typ copingu je charakterizován aktivním přístupem jedince k řešení konkrétního problému či situace. Sestra, která preferuje tento typ copingové strategie, se zaměřuje na konkrétní kroky nebo činnosti, které mohou situaci změnit nebo zlepšit. Klíčové je, že si uvědomuje možnost aktivního ovlivnění situace a je motivována k tomu, aby vynaložila úsilí a případně se naučila nové dovednosti či získala potřebné informace k úspěšné transformaci svého jednání nebo okolního prostředí. (Paulík, K, 2017, s. 119).

3.2.1.2 Zvládání zaměřené na emoce

Když sestra zjistí, že není možné situaci aktivně změnit, zaměřuje se na zvládání svých emocí. Jejím cílem je udržovat své emocionální reakce pod kontrolou, aby nedošlo k eskalaci situace nebo přidání dalších problémů. Důležité je, že se soustředí na přítomnost a možný budoucí vývoj situace, aby mohla reagovat na změny okolností a přizpůsobit své chování. Uspokojení se s úspěchem dosahuje, když sestra dokáže efektivně udržet emoce pod kontrolou a dokáže se tak distancovat od problému. (Paulík, K, 2017, s. 119).

Emocionální podpora druhých hraje také klíčovou roli ve zvládání emocí. Jedná se o podporu, která zahrnuje porozumění problému, projevy sympatie a morální podporu jednotlivce. Může pomoci jedinci lépe zvládat stresové situace tím, že poskytuje prostor pro sdílení emocí a pocitů s druhými lidmi. Dále je důležité snížení touhy zabývat se stresujícím faktorem. To lze dosáhnout různými aktivitami, které odvádějí pozornost od probíhajícího stresu. Například cvičení, relaxace, záliby nebo setkávání s přáteli mohou pomoci jedinci na chvíli odpočinout od stresu a načerpat novou energii. Tímto způsobem se jedinec může lépe vyrovnávat s emocemi a předejít přílišnému zatížení způsobenému dlouhodobým stresem. (Nakonečný, M, 2011, s. 620).

3.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout) je stav, který postihuje jedince pracující v náročných profesních prostředích, jako je zdravotní péče. Je charakterizován dlouhodobým stresem spojeným s pracovními podmínkami, který se projevuje emocionálním vyčerpáním, cynismem nebo chladností k práci a sníženou osobní účinností. Syndrom vyhoření je často důsledkem nadměrného pracovního vytížení, nedostatečné podpory nebo nespravedlivého rozdělení zodpovědností. (Freudenberger, H, J, 1974, s. 161).

Zasahuje do fyzické, psychické, emoční a sociální sféry člověka a může mít významný dopad na jeho celkové zdraví. Tento syndrom je úzce spojen se stresem a často je důsledkem selhávání

osobních coping mechanismů, tedy strategií, které jednotlivci používají k zvládnání náročných situací. Syndrom vyhoření nastává, když se setká velké očekávání zaměstnance s nároky na výkon povolání. Často se objevuje v důsledku nesouladu mezi vynaloženým úsilím a získaným oceněním, což vede k pocitu nedostatečného ohodnocení. Podle Bartoškové se syndrom vyhoření vyvíjí, když zaměstnanci pocítují vysoké očekávání od sebe samých (subjektivní příčiny) a zároveň jsou vystaveni velkému pracovnímu zatížení (objektivní podmínky). Tento stav může vést k fyzickým, psychickým a emočním problémům, jako jsou chronická únava, deprese, úzkost a apatie. (Bartošková, I, 2006, s. 21-22).

3.3.1 Prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester zahrnuje různé přístupy, které kombinují organizační a individuální strategie. Zde jsou hlavní metody prevence:

3.3.1.1 Organizační Strategie

První organizační strategií je strategie adekvátního personálního obsazení, která má za úkol zajištění správného poměru mezi počtem sester a pacientů, aby nedocházelo k jejich přetěžování a poskytnutí dostatečného podpůrného personálu ke sdílení pracovního zatížení. (Paulík, K, 2018, s. 156).

Pracovní prostředí je druhou organizační strategií k vytvoření podporující a pozitivní pracovní kultury. Implementování politiky podporující rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, například flexibilní pracovní dobou. (Paulík, K, 2018, s. 157).

Nadále profesní rozvoj, který nabízí kontinuální vzdělávání a možnosti školení. Poskytování kariérních postupů, které udržují sestry motivované a angažované. (Paulík, K, 2018, s. 158).

Jako poslední oblast organizační strategie je emocionální podpora, která zahrnuje zřízení pravidelných debriefingových seancí pro diskusi stresových případů. Poskytování přístupu k poradenství a psychologickým podpůrným službám. (Paulík, K, 2018, s. 159).

3.3.1.2 Individuální Strategie

Do individuální strategie řadíme péči o sebe, která má podporovat sestry k pravidelné fyzické aktivitě a propagovat zdravé stravovací návyky a dostatečný spánek. (Paulík, K, 2018, s. 160).

Dále se učit relaxační techniky jako hluboké dýchání, meditaci a mindfulness. Podporovat koníčky a činnosti, které pomáhají uvolnit a snížit stres. Zajišťuje kategorie řízení stresu. (Paulík, K, 2018, s. 161).

Řízení času nabízí vzdělávání se o efektivních dovednostech řízení času k efektivnímu zvládnání pracovního zatížení. Nadále propagovat pravidelné přestávky během směn k prevenci únavy. (Paulík, K, 2018, s. 162).

Podpora od kolegů pomáhá posilovat smysl pro týmovou práci a vzájemnou podporu mezi sestrami. Také organizovat společné aktivity a setkání ke zlepšení pracovních vztahů. (Paulík, K, 2018, s. 163).

Tyto strategie jsou důležité pro udržení fyzického a psychického zdraví sester a zajištění jejich schopnosti poskytovat nejlepší možnou péči pacientům a jejich rodinám.

PRŮZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

V průzkumné části byl použit dotazník vlastní tvorby. Kvantitativní průzkum, na rozdíl od kvalitativního, umožňuje statistické vyhodnocení získaných dat. Jak uvádí Kašparová a Hampl (2012, s. 53), tato technika většinou potvrzuje nebo vyvrací existující hypotézy.

Nejpoužívanější metodou kvantitativního průzkumu je dotazník, který byl využit i v této práci. Kvantitativní průzkum poskytuje data ve formě čísel, která představují celkové výsledky šetření. Je obecně uznáváno, že čím větší je počet respondentů, tím spolehlivější jsou výsledky. (Kozel, Mynářová a Svobodová, 2011, s. 158).

Dotazník vlastní tvorby byl inspirován standardizovaným dotazníkem dle Frommeltové (FATCOD-B).

4 CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

4.1 Cíl průzkumu

Pro tento průzkum byl definován jeden hlavní cíl a tím je zjištění míry psychické zátěže související s úmrtím pacienta u sester pracujících na jednotce intenzivní péče. Pro dosažení tohoto cíle byly vytvořeny dílčí cíle, které měli za úkol více specifikovat hlavní cíl výzkumu. Na základě těchto cílů byly dále formulovány průzkumné otázky, které vedou průzkum k dosažení prvotního cíle.

4.1.1 Dílčí cíle

1. Vyhodnocení psychické zátěže sester v roli pečovatele o umírajícího a komunikaci s jeho blízkými.
2. Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje osobní život sester.
3. Zjistit, jak péče o umírajícího pacienta ovlivňuje pracovní život sester.

4.2 Průzkumné otázky

1. Je umírání pacienta nejvýznamnější stresovou situací při práci všeobecných sester na JIP?
2. Jaké metody zvládání stresu a zátěže všeobecné sestry na JIP nejvíce využívají?
3. Jaké nejčastější projevy stresu všeobecné sestry na JIP pociťují?
4. Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP pracovní život všeobecných sester?
5. Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP osobní život všeobecných sester?
6. Jaká náležitost péče o umírajícího je pro všeobecné sestry psychicky nejnáročnější?

5 METODIKA PRŮZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

5.1 Charakteristika průzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili participanti ženského i mužského pohlaví na pracovní pozici všeobecné sestry pracující na jednotce intenzivní péče v nemocnici Fakultního typu. Celkový průzkumný soubor mělo tvořit minimálně 50 respondentů. Zařazovací kritéria byla: ochota spolupráce (dobrovolná účast v průzkumu), profese všeobecné sestry. Vyřazovací kritéria byla: neochota spolupráce (nedobrovolná účast v průzkumu), jiná pracovní pozice než všeobecná sestra.

5.2 Přípravná fáze průzkumu

Přípravná fáze průzkumu, nebo-li pilotní průzkum byl proveden v průběhu jednoho týdne před oficiálním datem zahájení sběru dat po konzultaci s vedoucím práce. Proveden byl celkem u dvou participantů, jimiž byly všeobecné sestry pracující na JIP. Cílem pilotní studie bylo především ověření srozumitelnosti stanovených průzkumných otázek a dostatečná výtěžnost navrhovaných odpovědí. Pilotní studie neodhalila žádné nesrozumitelnosti, ani nedostačující výtěžnost odpovědí. Vyplněné dotazníky z pilotní studie nebyly zahrnuty do celkového výzkumného souboru z důvodu provedení výzkumu mimo oficiální datum zahájení sběru dat.

5.3 Metodika a realizace sběru dat

Průzkum probíhal, jako kvantitativní studie se záměrným výběrem respondentů dle výše popsaných kritérií. Data byla získávána v období červen 2024 z odpovědí respondentů na základě použití dotazníku vlastní tvorby, který byl inspirován standardizovaným dotazníkem dle Frommeltové (FATCOD-B). Dotazník byl sestaven pomocí textového editoru Microsoft Word a následně vtištěn a distribuován mezi respondenty.

Průzkum byl prováděn přímo na jednotce intenzivní péče kliniky v nemocnici fakultního typu. Prvotně byla oslovena staniční sestra kliniky společně s všeobecnými sestrami pracujícími na JIP. Hlavním cílem bylo zjistit, zda bude realisticky uchopitelné na dané klinice výzkum provádět, zda-li mají všeobecné sestry s výzkumy zkušenosti a jestli budou ochotné podílet se na výzkumu této práce. Následně tedy byla oslovena vrchní sestra kliniky, která udělila souhlas s výzkumným šetřením. Na základě podepsané žádosti o výzkum byla informována náměstkyně ošetrovatelské péče dané nemocnice, která výzkum schválila. Ve spolupráci se staniční a úsekovou sestrou dané kliniky byly výzkumné dotazníky rozdány na JIP. Po dobu od 17.6. – 28.6. 2024 byly dotazníky k dispozici na sesterně daného oddělení. Ke sběru dotazníků byla k dispozici uzavřená papírová krabice s otvorem pouze na vhození vyplněného dotazníku,

aby zůstala zachována anonymita výzkumného souboru. Po naplnění výzkumného souboru byla ve spolupráci se staniční sestrou krabice s vyplněnými dotazníky sebrána a uložena na uzamčeném pracovišti vrchní sestry. Která byla po obdržení informace o vyplnění dotazníků následující den vyzvednuta. Dohromady bylo rozdáno 70 dotazníků (100 %). Návratnost dotazníků byla 98,6 % celkem 69. Vyřazeno bylo celkem 9 dotazníků (13%) z důvodu pracovní pozice zdravotnického záchranáře a 1 dotazník (1,4 %) z důvodu neúplného vyplnění. Celkový počet respondentů tedy činil 59 (100 %).

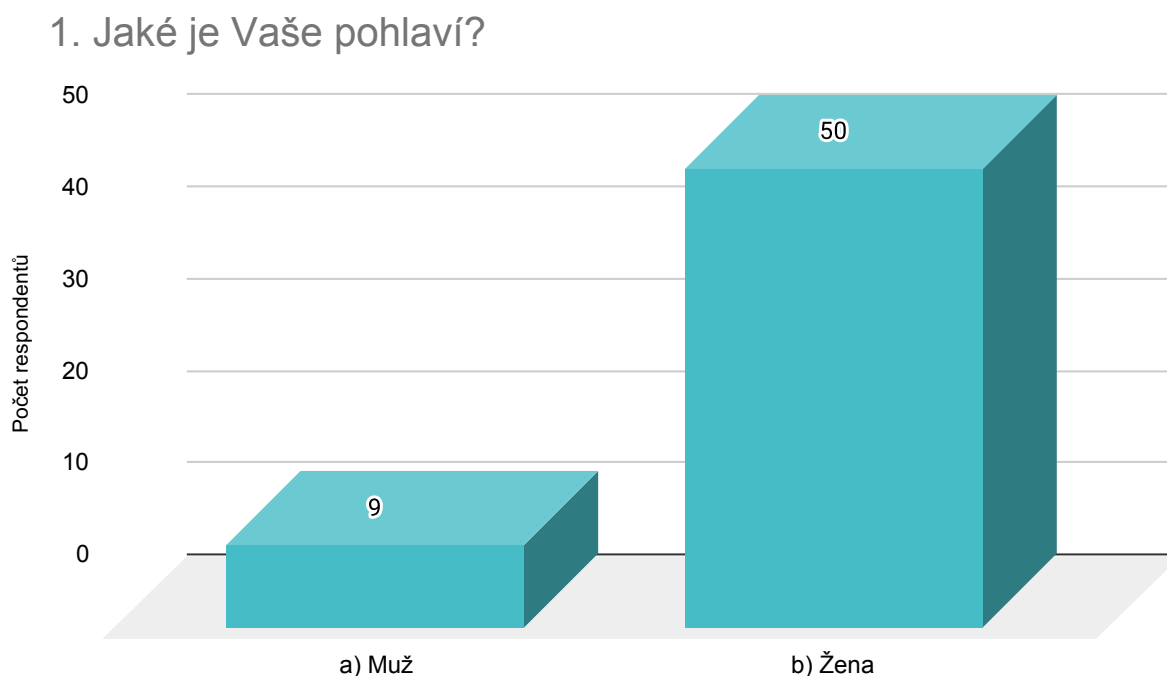
5.4 Analýza získaných dat

Získaná výsledná data byla evidována do záznamového archu vlastní konstrukce a následně zpracována v programu Microsoft Office Excel 365. Zde byla data interpretována do formy grafů.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

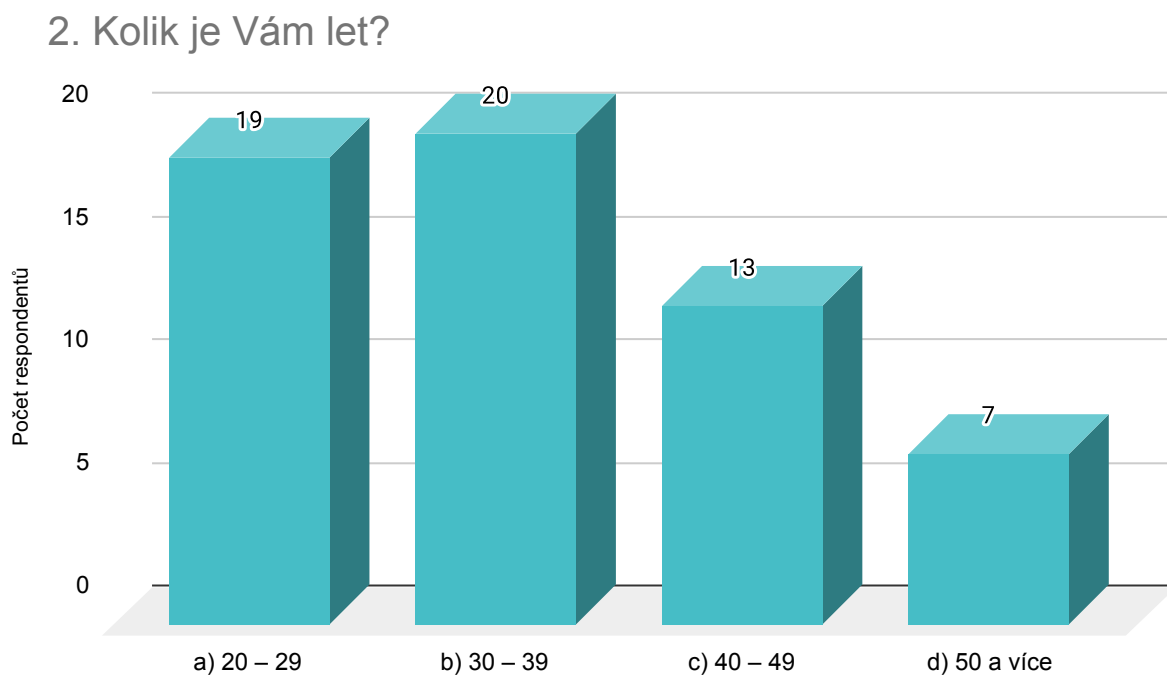
6.1 Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby

Graf 1 - Jaké je Vaše pohlaví?



Z výsledků výše vyplývá, že z celkového počtu 59 respondentů tvořily 50 (84,7%) ženy pracující na jednotkách intenzivní péče a 9 (15,3%) mužů.

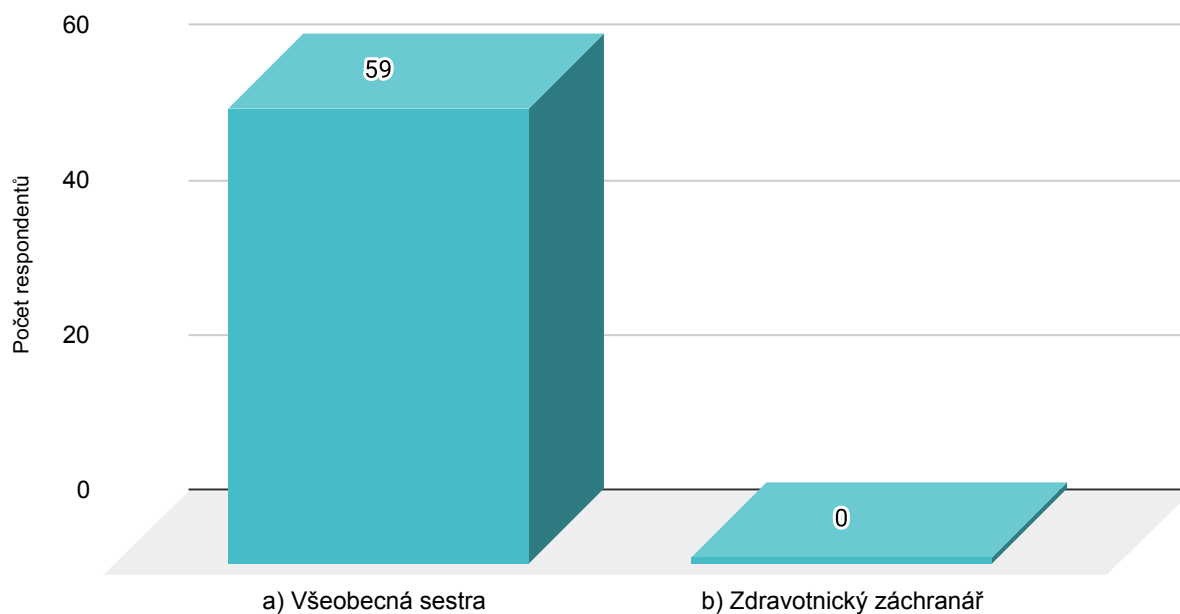
Graf 2 - Kolik je Vám let?



Z celkového počtu 59 respondentů tvoří 19 (32,2%) ve věkové kategorii 20-29 let. Nejvíce početná byla kategorie 30-39 let a tu tvořilo celkem 20 (33,9%) respondentů. Ve zbylých kategoriích byla tendence klesající a to sice: kategorii 40-49 let zastupovalo 13 (22%) respondentů a kategorii 50 let a více zastupovalo 7 (11,9%) respondentů.

Graf 3 - Jaký obor jste vystudoval/a?

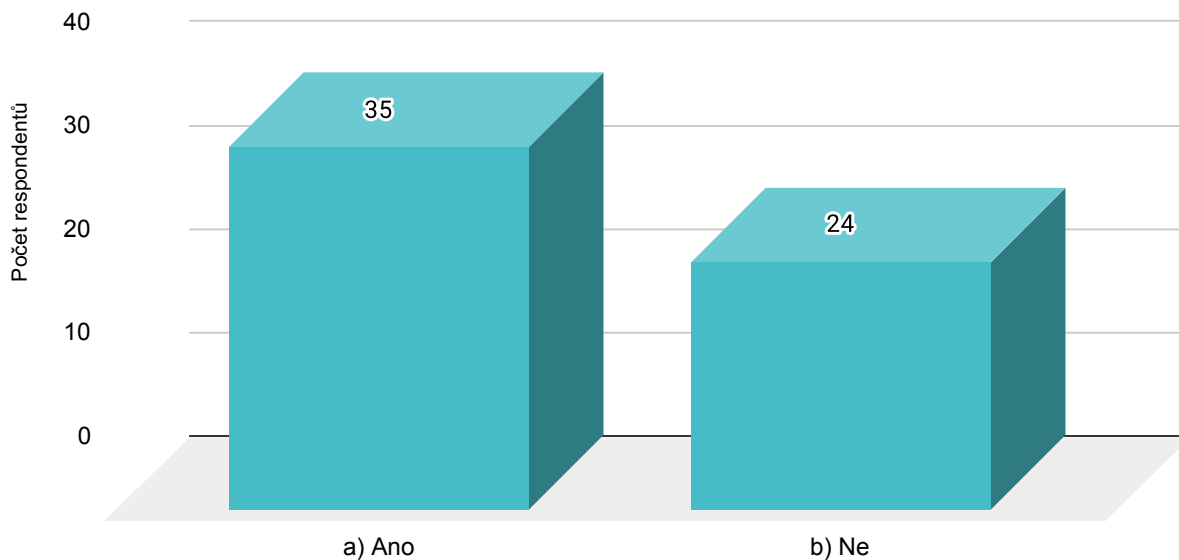
3. Jaký obor jste vystudoval/a?



Z grafu výše je patrné, že dotazovaní respondenti měli ve 100% vystudovaný obor Všeobecná sestra a pracovali na této pozici. Respondenti na pozici Zdravotnický záchranář byli z výzkumu vyřazeni, tudíž nejsou v grafickém znázornění interpretováni.

Graf 4 - Absolvoval/a jste specializované vzdělání v oboru intenzivní péče?

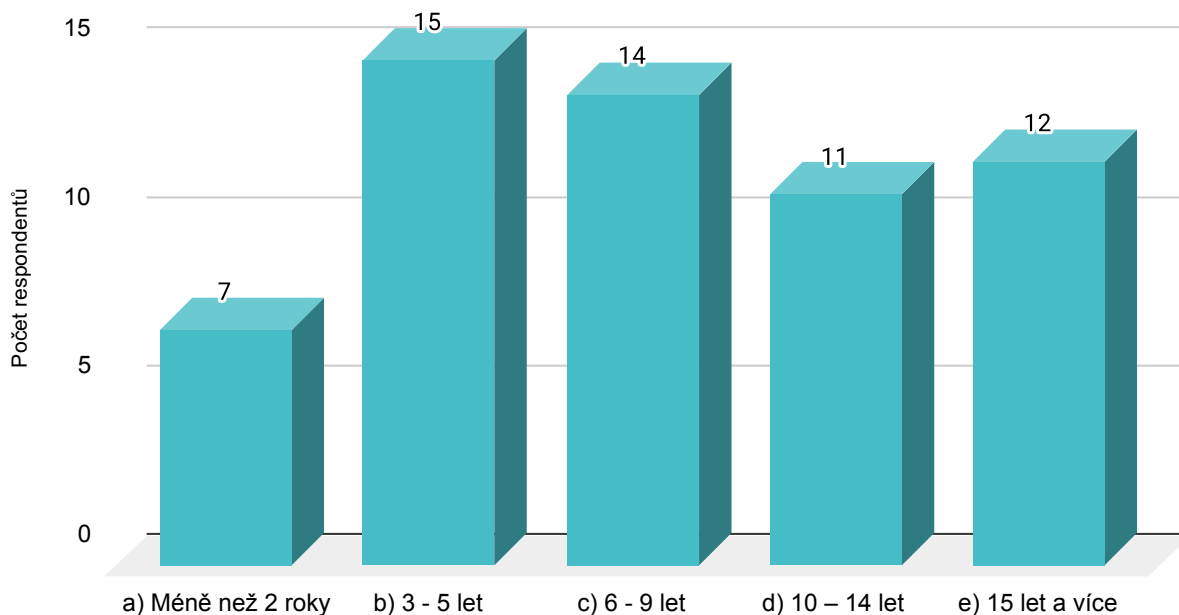
4. Absolvoval/a jste specializované vzdělání v oboru intenzivní péče?



Ve výše znázorněném grafu je patrné, že z 59 (100%) dotazovaných respondentů 35 (59,3%) absolvovalo specializované vzdělání v oboru intenzivní péče. Na druhou stranu menší polovina 24 (40,7%) specializované vzdělání neabsolvovala.

Graf 5 - Jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní péče?

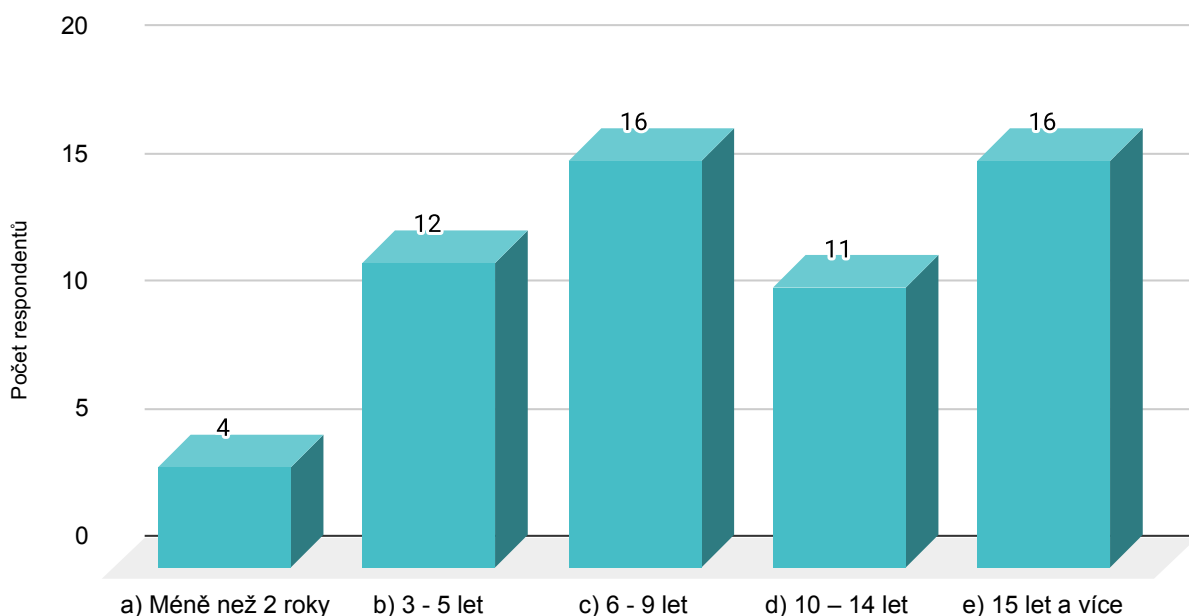
5. Jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní péče?



Následující údaje ukazují, že 7 (11,9%) z celkového počtu respondentů pracuje na jednotce intenzivní péče kratší dobu než 2 roky. 15 (25,4%) respondentů, což představuje nejpočetnější skupinu výzkumného šetření je na jednotce intenzivní péče 3-5 let. O nepatrně méně početnější skupina respondentů 14 (23,7%) pracuje na JIP 6-9 let. 10-14 let pracuje na JIP celkem 11 (18,6%) respondentů. A poslední výzkumná položka dokazuje že 12 (20,3%) všeobecných sester pracuje na jednotce intenzivní péče déle než 15 let, nebo stejně dlouhou dobu.

Graf 6 - Jaká je celková délka Vaší klinické praxe?

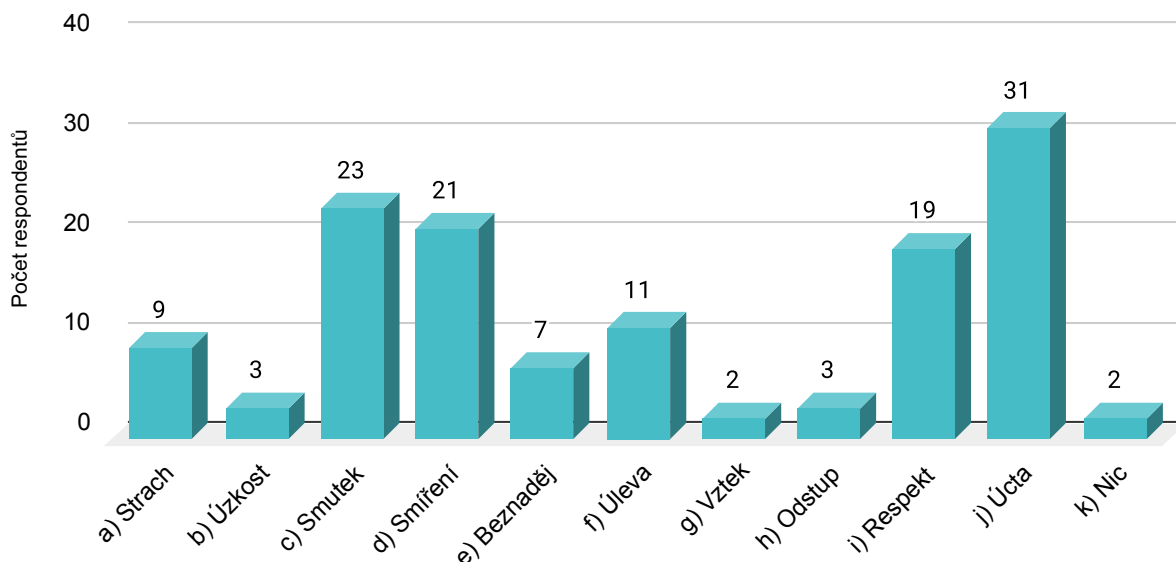
6. Jaká je celková délka Vaší klinické praxe?



V tomto grafu je patrné, že většina dotazovaných respondentů má celkovou klinickou praxi velmi podobnou délce působení na jednotce intenzivní péče. Viz graf č. 5. Celková délka klinické praxe méně než 2 roky je u 4 (6,8%) dotazovaných respondentů. 3-5 let klinické praxe má 12 (20,3%) respondentů. 16 (27,1%) všeobecných sester je v klinické praxi od 6 do 9 let. Klinickou praxi v rozmezí 10-14 let má 11 (18,6%) respondentů. 15 let a více je v klinické praxi stejný počet respondentů, jako v kategorii 6-9 let, tudíž 16 (27,1%) respondentů.

Graf 7 - Jaké pocity prožíváte nejčastěji při péči o umírajícího pacienta?

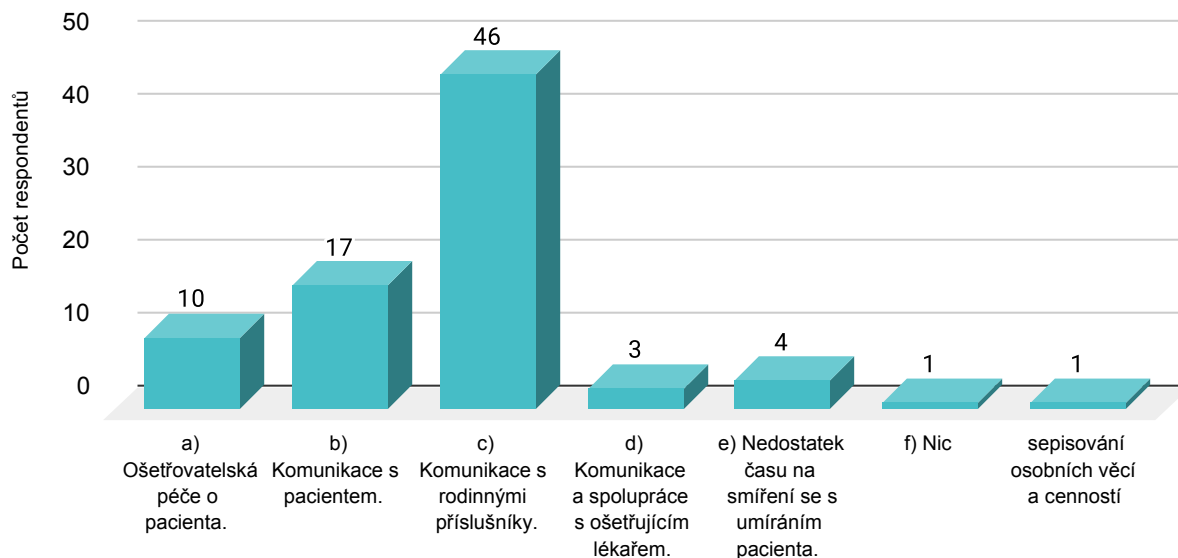
7. Jaké pocity prožíváte nejčastěji při péči o umírajícího pacienta?



Ve výše uvedených výsledcích je patrné, že největší zastoupení pocitu, který všeobecné sestry prožívají při péči o umírajícího pacienta je úcta, konkrétně 31 (52,5%). Následuje prožívání smutku u 23 (39%) respondentů. Jenom o 2 respondenty méně, tedy 21 (35,6 %), prožívá pocit smíření s umíráním pacienta. Respekt se projevuje u 19 (32,2%) respondentů. 11 (18,6%) všeobecných sester pociťuje úlevu spojenou s konečným vysvobozením pacienta a ukončení trápení v závěru jeho života. Strach prožívá 9 (15,3%) respondentů s úzce spjatou beznadějí 7 (11,9%). Jakýsi odstup a úzkost v závěru života pacienta prožívá 3 (5,1%) všeobecných sester při péči o něj. Vztek je také způsob vnitřního vyrovnání se se smrtí pacienta, který prožívá 2 (3,4%) respondentů. Poslední zkoumaný soubor uvedl, že nepociťuje žádný z uvedených pocitů 2 (3,4%).

Graf 8 - Jaké náležitosti v péči o umírajícího pacienta jsou pro Vás psychicky nejnáročnější?

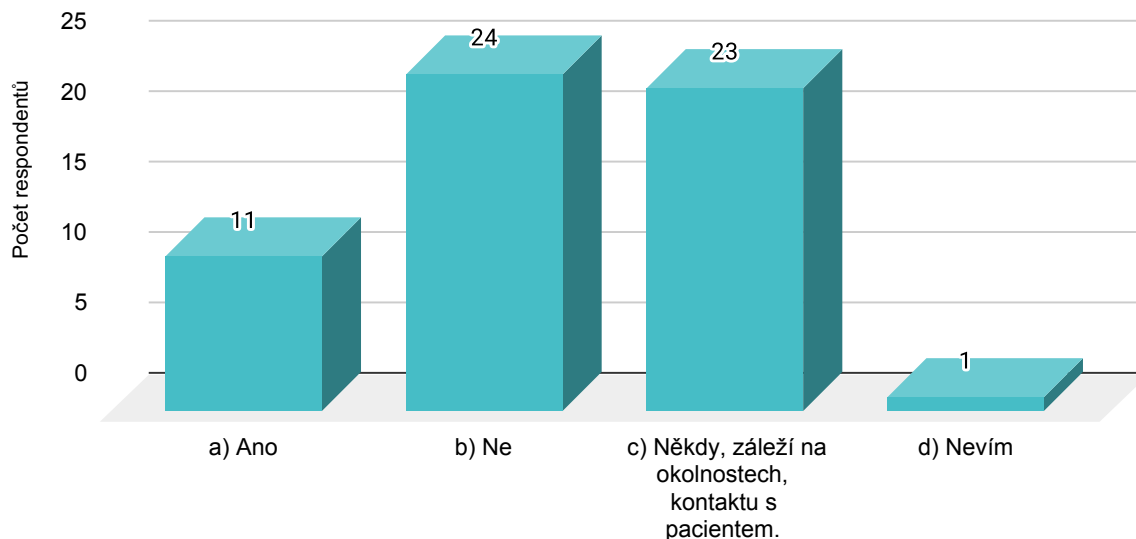
8. Jaké náležitosti v péči o umírajícího pacienta jsou pro Vás psychicky nejnáročnější?



Největší počet respondentů v grafu výše uvedlo, že psychicky nejnáročnější aspekt při péči o umírajícího pacienta je komunikace s rodinnými příslušníky 46 (78%). Komunikace s pacientem v závěru jeho života je dle všeobecných sester druhým psychicky nejnáročnějším aspektem péče 17 (28,8%). 10 (16,9%) respondentů považuje za psychicky náročnou ošetrovatelskou péči o pacienta v závěru jeho života. Nedostatek času na smíření se s umíráním pacienta má dle šetření 4 (6,8%) respondentů. 3 (5,1%) všeobecných sester udává jako aspekt psychicky nejnáročnější komunikaci a spolupráci s ošetrujícím lékařem umírajícího pacienta. 1 (1,7%) respondent uvedl, že žádná náležitost v péči o umírajícího pacienta pro něho není psychicky náročnou situací. V kolonce jiné uvedl 1 (1,7%) respondent jako psychicky nejnáročnější situaci sepisování osobních věcí a cenností zemřelého.

Graf 9 - Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho pracovního života?

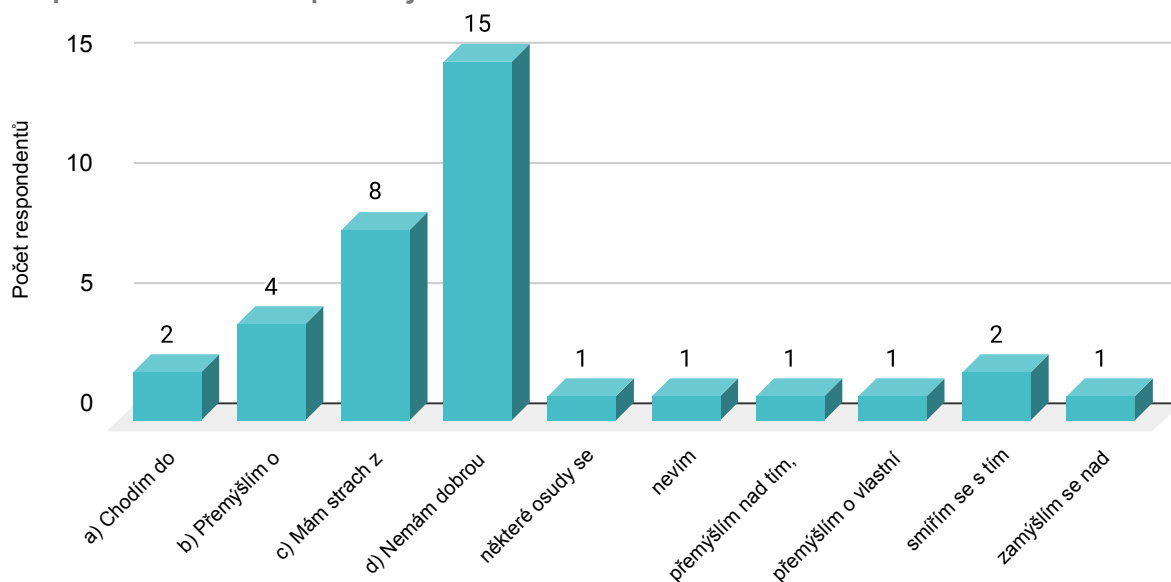
9. Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho pracovního života?



V grafu č. 9, který se zabývá zasahováním péče o umírajícího pacienta a případně jeho smrt do pracovního života sester můžeme vidět, že u většiny 24 (40,7%) respondentů tomu tak není a tato skutečnost je nijak nezasahuje v jejich pracovním životě. U 23 (39%) respondentů záleží na okolnostech a kontaktu s pacientem, které jim jistým způsobem zasahují do jejich pracovního života. 11 (18,6%) všeobecných sester má do jisté míry zasažený a ovlivněný jejich pracovní život péčí o umírajícího pacienta případně jeho úmrtím. 1 (1,7%) respondent odpověděl, že neví, zda-li mu tato skutečnost zasahuje do pracovního života.

Graf 10 - Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš pracovní život/postoj?

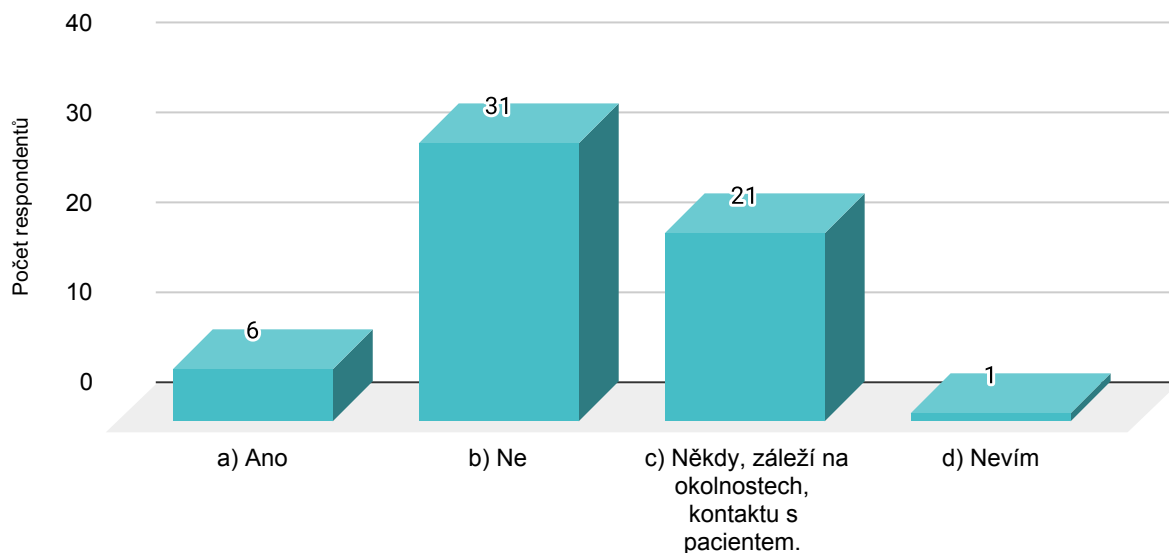
10. Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš pracovní život/postoj?



V následujícím grafu je znázorněné dodatečné doptání se a upřesnění způsobu jakým skutečnost úmrtí a péče o umírajícího pacienta zasahuje do pracovního života/postoje sester, které v otázce č. 9 odpověděly, že je tato skutečnost v pracovním životě zásáhne. Nejvíce z výsledků výše je patrné, že se projeví na špatné náladě sester 15 (24,5%). Dále všeobecné sestry mají strach z dalšího úmrtí pacienta 8 (13,6%). 4 (6,8%) respondentů přemýšlí o změně oddělení, kde se pravděpodobněji s úmrtím nesetkají. Celkem 2 (3,4%) respondenti chodí do práce z důvodu úmrtí pacienta s nechtěnou úsměvkou. Dále měli respondenti v kolonce jiné možnost volné odpovědi. 2 (3,4%) zodpověděli, že se se smrtí smíří. Zbylé odpovědi se vždy týkali pouze jednoho (1,7%) respondenta a zahrnovali přemýšlení o vlastní smrtelnosti, zamýšlení se nad zamýšlím se nad rozsahem péče a možnostech léčby, zda by bylo vše uskutečněno řádně (muselo ke smrti dojít?), přemýšlení nad tím, co šlo udělat jinak/lépe. Některé osudy se respondentů dotýkají více než jiné, Jeden respondent uvedl, že neví, jakým způsobem tato skutečnost ovlivňuje jeho pracovní postoj.

Graf 11 - Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho osobního života?

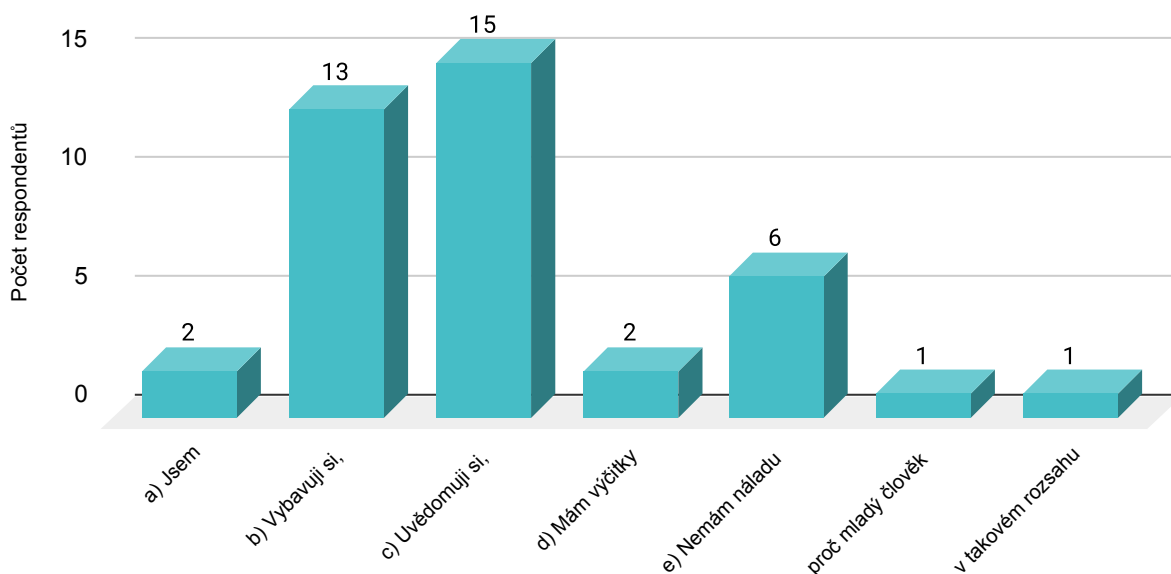
11. Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho osobního života?



Z výzkumné otázky č.11 zpracované v grafu výše je patrné, že většinu respondentů 31 (52,5%) péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do jejich osobní život nezasáhla. 21 (35,6%) respondentů péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt zasáhla pouze někdy, záleželo na okolnostech a frekvence kontaktu s pacientem. 6 (10,2%) všeobecných sester odpovědělo, že je péče o umírajícího pacienta zasáhla i v jejich osobním životě. 1 (1,7%) respondent zaznamenal, že neví, zda-li ho tato skutečnost v osobním životě zasáhla.

Graf 12 - Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš osobní život?

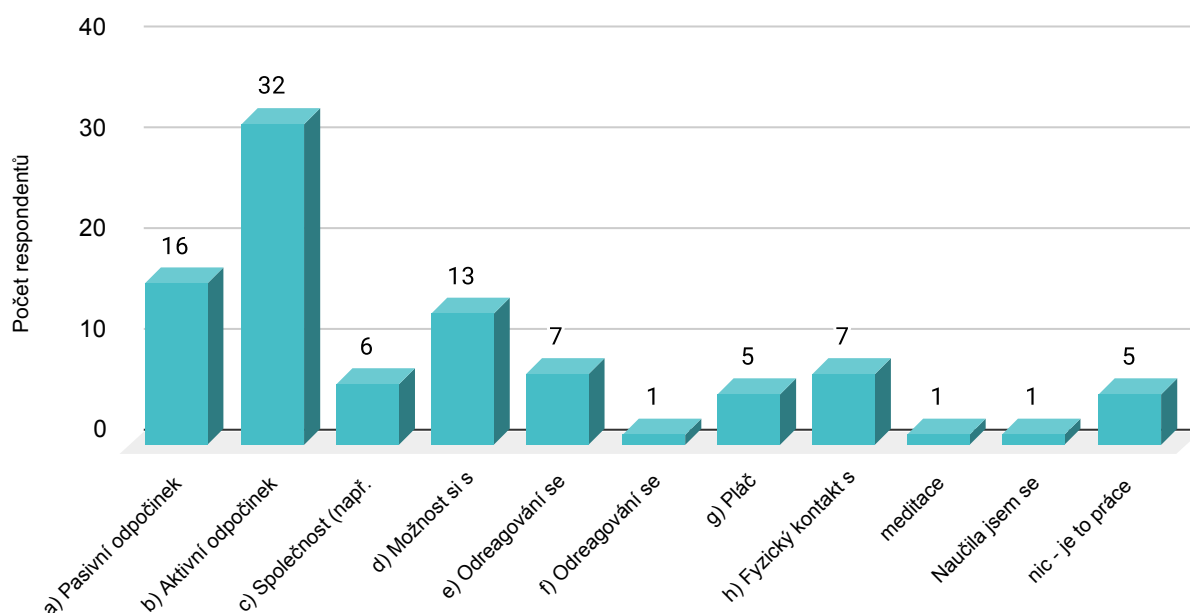
12. Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš osobní život?



Na základě grafu výše, který znázorňuje dodatečné odpovědi a upřesnění otázky č. 11 tedy jakým způsobem skutečnost úmrtí pacienta a péče o umírajícího ovlivňuje osobní život sester je patrné, že nejčastější způsob, jakým tato skutečnost osobní život sester ovlivňuje je ten, že si uvědomují, jak značným způsobem jim záleží na osobách blízkých 15 (25,4%). 13 (22%) respondentů si při této psychicky náročné situaci vybavuje a přemýšlí nad situací, kdy jim zemřela osoba blízká. Náladu na své běžné aktivity po této nepříjemné skutečnosti nemá 6 (10,2%) respondentů. 2 (3,4%) všeobecné sestry uvedly, že jsou podrážděné a protivné na své blízké okolí a další 2 (3,4%) poznamenaly, že mají výčitky svědomí z minulosti, kdy nevěnovaly dostatek času svým blízkým v jejich posledních chvílích. V nabízené kolonce jiné, v případě nevyčerpání navrhovaných odpovědí 1 (1,7%) respondent uvedl, že přemýšlí, proč se taková událost stala mladému člověku. Poslední 1 (1,7%) respondent v kolonce jiné zodpověděl, že v takovém rozsahu ho tato situace nezasáhne a přála by pacientům klidné umírání v domácím prostředí.

Graf 13 - Co Vám nejvíce pomůže se vyrovnat s úmrtím pacienta?

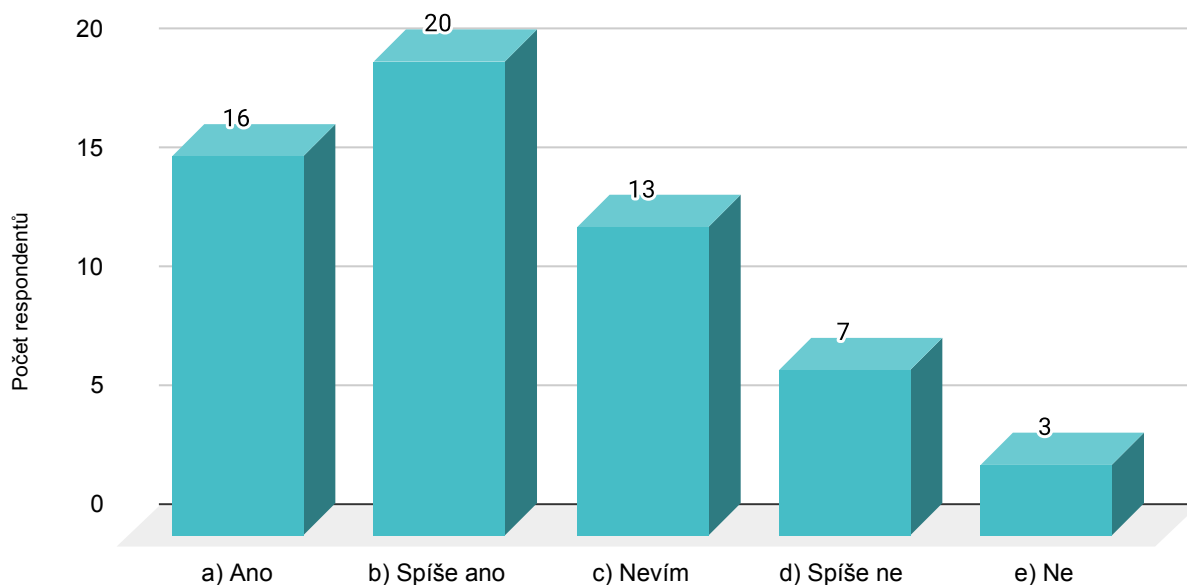
13. Co Vám nejvíce pomůže se vyrovnat s úmrtím pacienta?



Tento graf vystihuje možnosti vyrovnání se s úmrtím pacienta. Všeobecné sestry uváděly, který způsob osobní relaxace využívají nejčastěji. Nejvíce 32 (54,2%) respondentů uvedlo, že se s úmrtím pacienta nejlépe vyrovnávají pomocí aktivního odpočinku (např. jdou na procházku, tráví čas sportovními aktivitami, nebo s domácím mazlíčkem). 16 (27,1%) respondentů uvedlo jako nejlepší způsob vyrovnání se s psychicky náročnou situací pasivním odpočinkem (např. sledování filmů/seriálů, nebo posloucháním hudby). Možnost si s někým promluvit je způsob řešení psychicky náročných situací u 13 (22%) respondentů. Fyzický kontakt s blízkou osobou využívá nejvíce 7 (11,9%) respondentů. Dalším 7 (11,9%) respondentům nejvíce pomáhá odreagování se alkoholem. Úzce spjata s odreagováním se alkoholem je využití společnosti (např. návštěvu baru, nebo diskotéky), což praktikuje 6 (10,2%) respondentů jako formu relaxace. 5 (8,5%) všeobecným sestrám pomáhá k vyrovnání se s úmrtím pacienta možnost vyjádřit své emoce pláčem. 1 (1,7%) respondent uvedl, že s úmrtím pacienta vyrovnává odreagováním jinými návykovými látkami (např. kouřením). V této otázce měli opět respondenti na výběr kolonku jiné, v případě nevyužití nabízených odpovědí. 1 (1,7%) respondent uvedl, že mu s vyrovnáním se pomáhá meditace, další 1 (1,7%) respondent zodpověděl, že se naučil se smrti smířit. Posledních 5 (8,5%) respondentů uvedlo, že se s úmrtím pacienta nijak nevyrovnávají a tuto skutečnost přecházejí faktem, že je to jejich náplň práce.

Graf 14 - Je pro vás narůstající délka praxe, nebo počet setkání s umírajícím pacientem faktorem, který Vám vyrovnávání se smrtí usnadňuje?

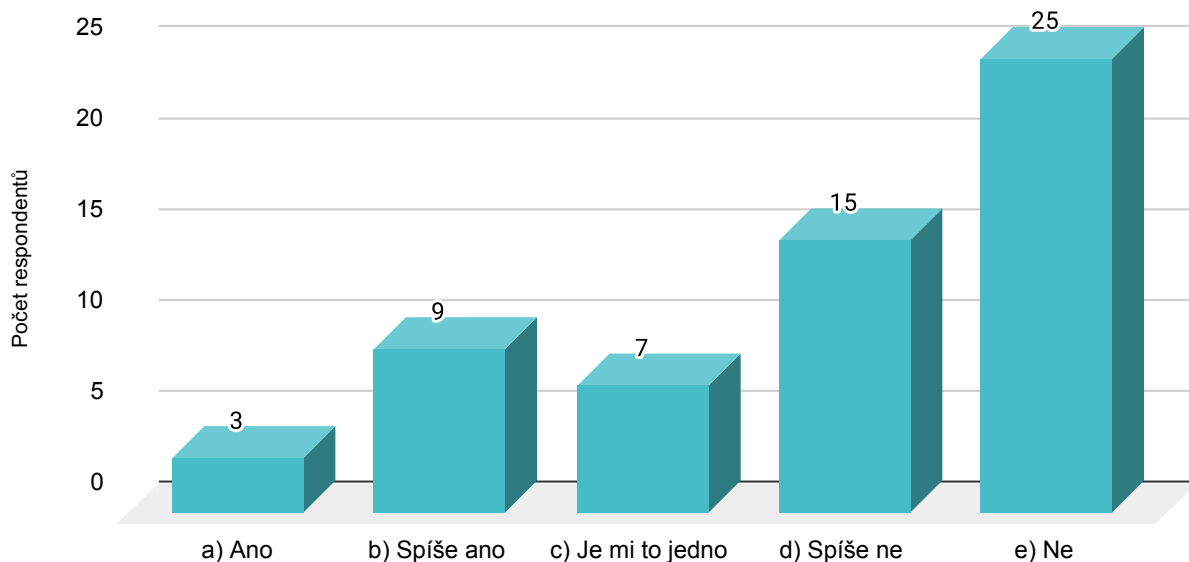
14. Je pro vás narůstající délka praxe, nebo počet setkání s umírajícím pacientem faktorem, který Vám vyrovnávání se smrtí usnadňuje?



V otázce č. 14 zda-li je narůstající délka praxe, nebo počet setkání s umírajícím pacientem faktorem, který vyrovnávání se se smrtí usnadňuje dle grafu výše nejvíce respondentů 20 (33,9%) odpovědělo, že spíše ano. 16 (27,1%) všeobecných sester uvedlo, že je to jeden z faktorů, který jim vyrovnání se smrtí pacienta usnadňuje. Možnost nevím zvolilo 13 (22%) respondentů. 7 (11,9%) respondentů si myslí, že to spíše není jeden z faktorů, který by jim v této situaci pomohl. 3 (5,1%) všeobecné sestry uvedly, že narůstající délka jejich praxe jim neusnadňuje vyrovnávání se se smrtí pacienta.

Graf 15 - Hraje pro Vás počet úmrtí na daném oddělení při jeho výběru důležitou roli?

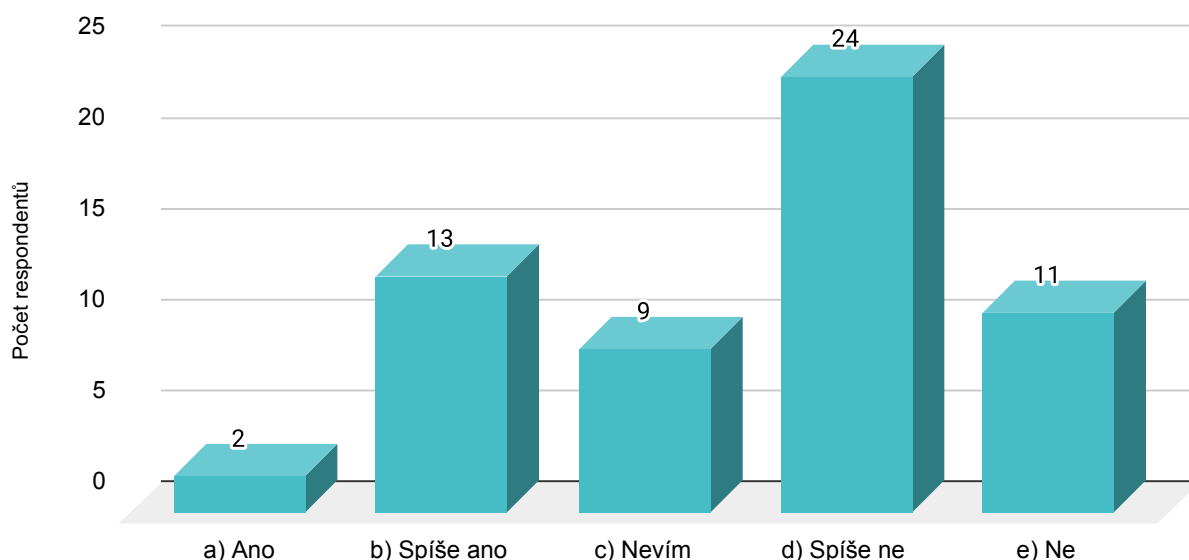
15. Hraje pro Vás počet úmrtí na daném oddělení při jeho výběru důležitou roli?



V grafu výše je patrné, že pro 25 (42,4%) respondentů nehraje počet úmrtí na oddělení zásadní roli při jeho výběru. 15 (25,4%) respondentů odpovědělo, že tato skutečnost pro ně spíše nehraje zásadní roli při výběru oddělení. 9 (15,3%) respondentů odpovědělo, že je to spíše jeden z faktorů, ke kterému přihlíží při výběru daného oddělení. 7 (11,9%) respondentů tuto skutečnost nevnímá jako důležitou a je jim jedno, kolik na daném oddělení umírá pacientů. 3 (5,1%) všeobecných sester vnímá tento faktor jako důležitý při výběru daného oddělení, tudíž na dotazovanou otázku odpověděly ano.

Graf 16 - Je pro Vás péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situace při výkonu Vaší profese?

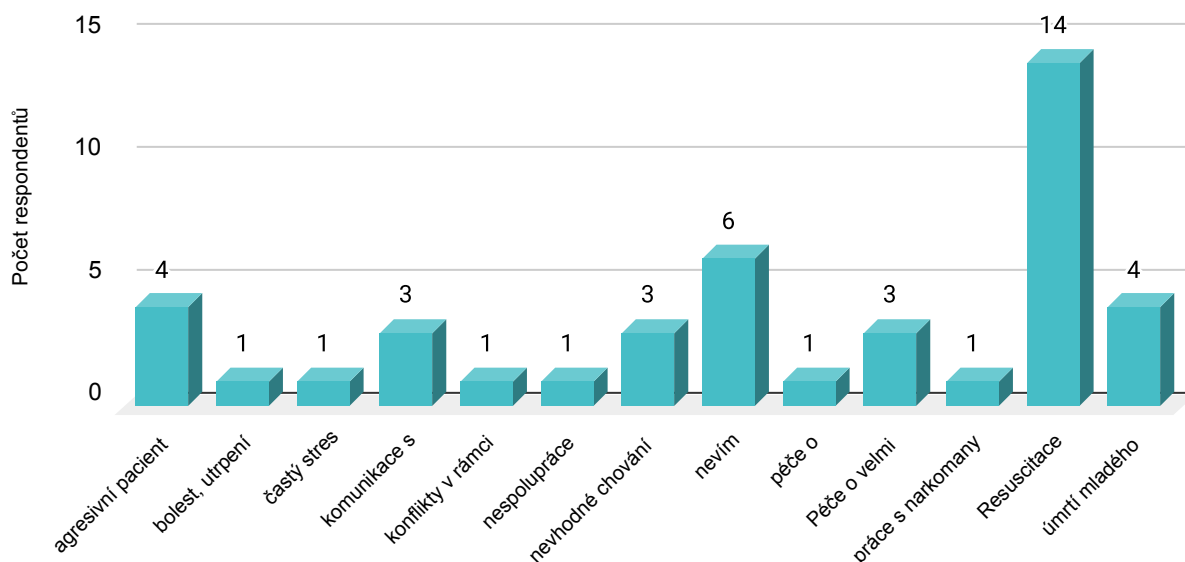
16. Je pro Vás péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situace při výkonu Vaší profese?



Tato otázka zdali-je pro všeobecné sestry péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situací při výkonu jejich profese znázorněná v grafu č.16 ukazuje, že pro většinu 24 (40,7%) tato skutečnost spíše není nejnáročnější situací. Pro dalších 11 (18,6%) respondentů tato zkušenost dokonce není zdaleka nejnáročnější. 13 (22%) respondentů uvedlo, že je více náročných situací při výkonu profese všeobecné sestry a péče o umírajícího pacienta spíše patří k jedné z nich. 9 (15,3%) respondentů uvedlo, že neví, zda by tuto skutečnost definovaly jako nejnáročnější v jejich profesi. 2 (3,4%) všeobecné sestry zaznamenaly, že tuto skutečnost vnímají jako psychicky nejnáročnější při výkonu jejich práce.

Graf 17 - Jaká situace je pro Vás psychicky nejnáročnější při výkonu vaší profese?

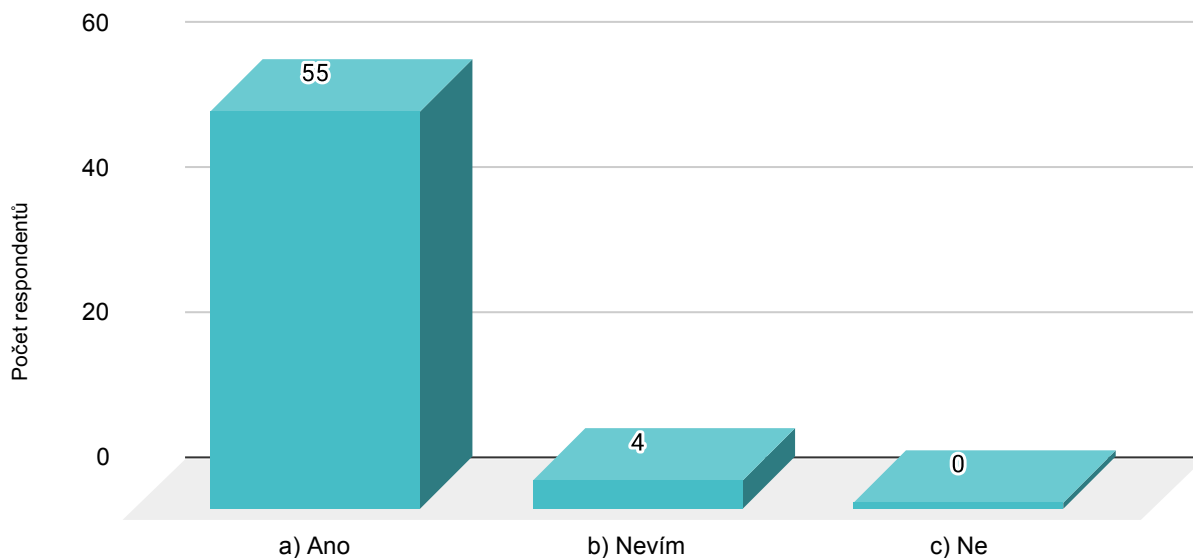
17. Jaká situace je pro Vás psychicky nejnáročnější při výkonu vaší profese?



Otázka zpracována výše v grafu více definuje otázku č.16. V této otázce měli respondenti, kteří nedefinovali péči o umírajícího pacienta, jako nejnáročnější situaci v jejich profesi možnost volné odpovědi k upřesnění předchozí otázky. Z grafu je patrné, že nejčastější odpovědí respondentů byla, že psychicky nejnáročnější situací při výkonu jejich profese je soubor úkonů resuscitace, celkem 14 (23,7%). 6 (10,2%) respondentů si nejsou jistí, nebo nedokáží definovat, co je pro ně nejnáročnější situací. Úmrtí mladého člověka a péči o agresivního pacienta uvádí v obou případech 4 (6,8%) respondentů za psychicky nejnáročnější situaci v ošetrovatelské péči. Péči o velmi intenzivní pacienty mladého věku (nestabilní pacient v prvních 24 hod. od přijetí, zhoršení stavu), nevhodné chování některých pacientů a jejich rodinných příslušníků a komunikaci s rodinou pacienta uvedly v každé kategorii 3 (5,1%) respondentů. Dalšími psychicky nejnáročnějšími situacemi, které respondenti uváděli vždy po 1 (1,7%) jsou bolest a utrpení pacientů, častý stres při výkonu profese všeobecně, konflikty v rámci kolektivu, nespolupráce lékařů a sester - prodlužování trápení pacienta, dystanázie a syndrom božství u lékařů, péče o polymorbidní nespolupracující pacienty a spolupráce s narkomany a alkoholiky.

Graf 18 - Poskytuje Vaše zdravotnické zařízení zaměstnancům možnost obrátit se na krizového intervenanta?

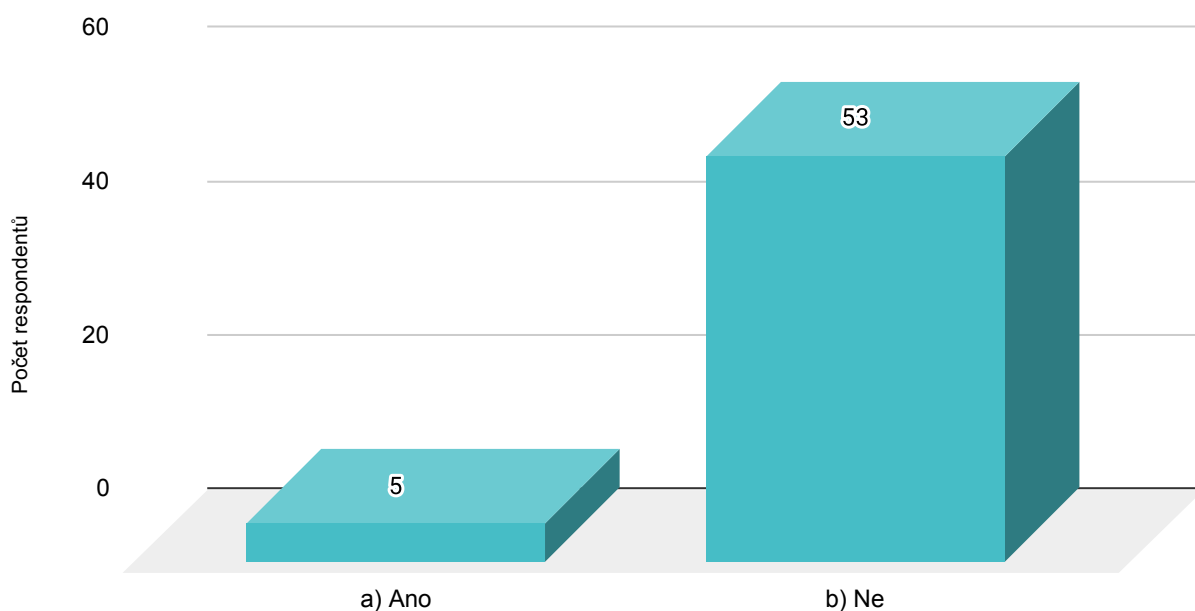
18. Poskytuje Vaše zdravotnické zařízení zaměstnancům možnost obrátit se na krizového intervenanta?



Na otázku, zda poskytuje zdravotnické zařízení, ve kterém pracujete zaměstnancům možnost obrátit se na krizového intervenanta dle grafu výše uvedlo 55 (93,2%) všeobecných sester, že vědí o možnosti obrátit se na krizového intervenanta. 4 (6,8%) respondentů o této možnosti neví. Žádný z respondentů neodpověděl, že by tuto možnost zdravotnické zařízení neposkytovalo.

Graf 19 - Využila/a jste někdy podporu krizového interventa?

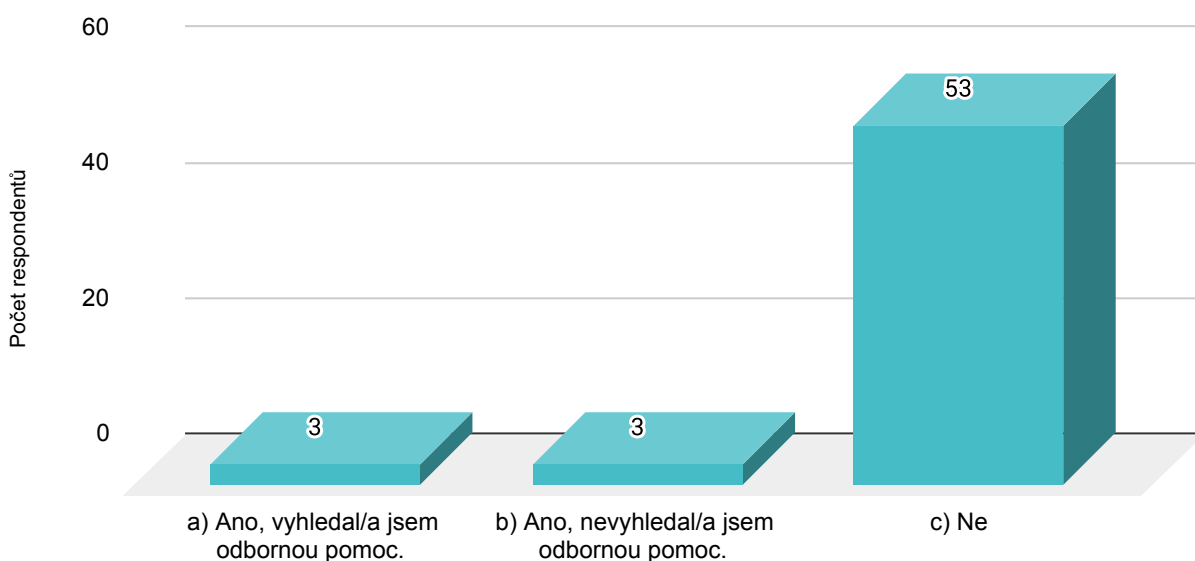
19. Využila/a jste někdy podporu krizového interventa?



Možnost obrátit se na krizového interventa dle grafu výše využilo 5 (8,5%) všeobecných sester. 53 (89,8%) zbylých respondentů tuto možnost nikdy nevyužilo.

Graf 20 - Měl/a jste někdy závažné psychické obtíže spojené s péčí o umírajícího či úmrtím pacienta?

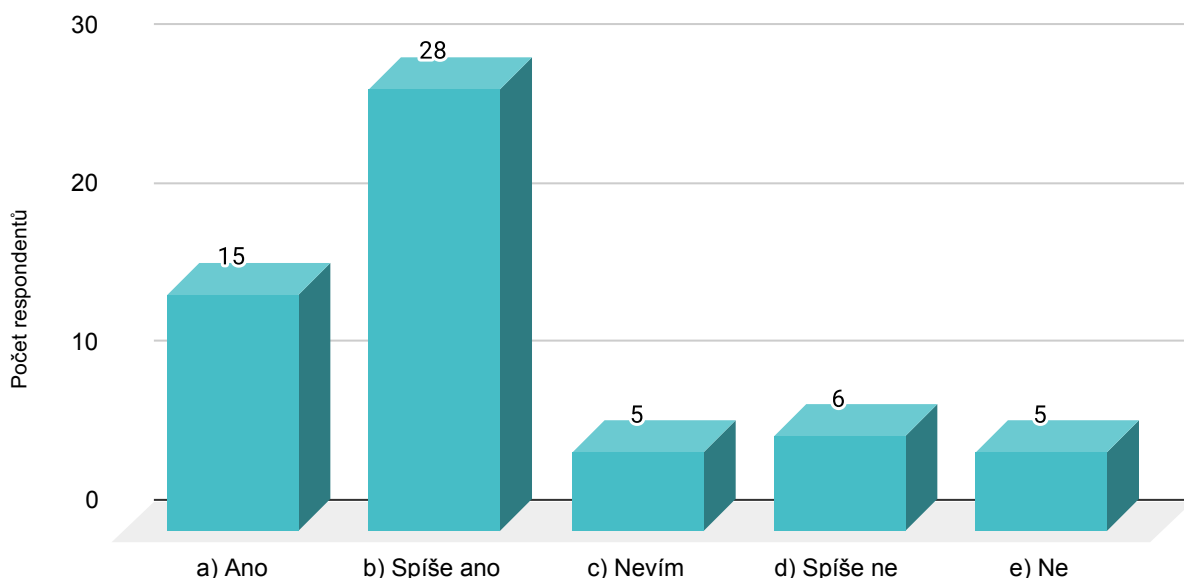
20. Měl/a jste někdy závažné psychické obtíže spojené s péčí o umírajícího či úmrtím pacienta?



V této otázce je opět využito upřesnění otázky č. 19 a větší zabřednutí do daného tématu. 53 (89,8%) odpovědělo, že nikdy nemělo závažné psychické obtíže spojené s péčí o umírajícího či úmrtím pacienta. 3 (5,1%) všeobecných sester mělo závažné psychické obtíže a vyhledali odbornou pomoc například i v podobě krizového intervanta. Další 3 (5,1%) všeobecných sester mělo také vážné psychické obtíže, ale odbornou pomoc nevyhledaly.

Graf 21 - Myslíte si, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na Vašem oddělení má vliv na Vaše psychické vypořádání se se smrtí pacienta? (Tzn. Pokud pacient zemřel důstojnou smrtí je pro mne jednodušší se s jeho smrtí vyrovnat).

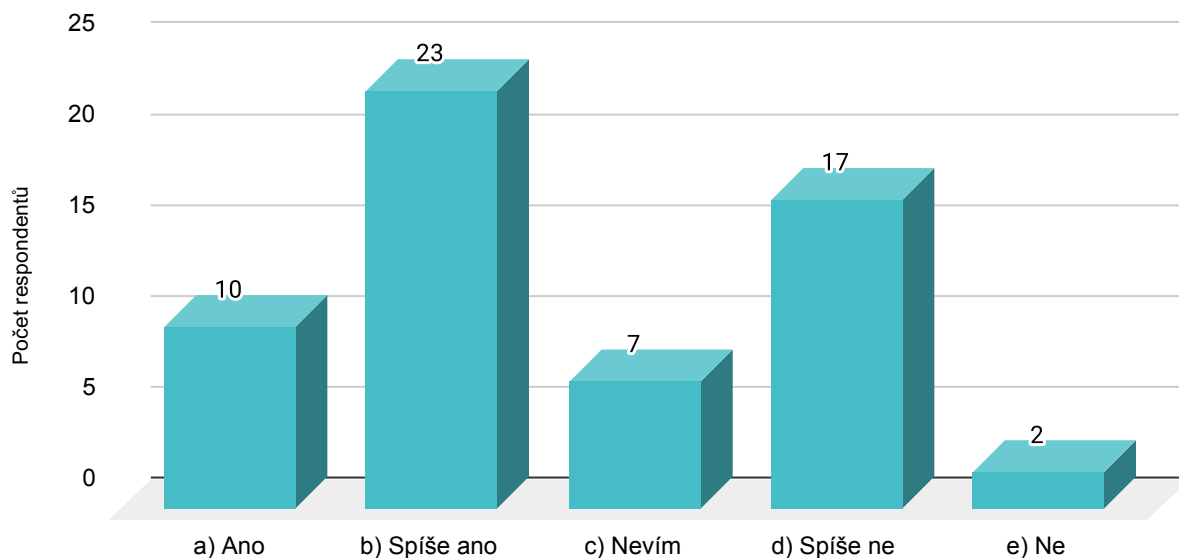
21. Myslíte si, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na Vašem oddělení má vliv na Vaše psychické vypořádání se se smrtí pacienta?



V grafu výše jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda si respondenti myslí, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na oddělení, kde pracují má vliv na jejich psychické vypořádání se se smrtí pacienta. 28 (47,5%) respondentů odpovědělo, že tento aspekt má dle jejich názoru spíše vliv na jejich vypořádání se se smrtí pacienta. 15 (25,4%) všeobecných sester uvedlo, že kvalita zajištění důstojného umírání má zásadní vliv na jejich vypořádání se s touto skutečností. 6 (10,2%) respondentů uvedlo, že to spíše není faktor, který by jim pomohl se s úmrtím pacienta lépe vyrovnat. 5 (8,5%) respondentů odpovědělo, že neví, zda-li jim tento faktor pomáhá k vypořádání se s touto skutečností. Posledních 5 (8,5%) všeobecných sester uvedlo, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na pracovišti pro ně není okolností, která by jim pomohla k snadnějšímu vyrovnání se s jeho úmrtím.

Graf 22 - Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání?

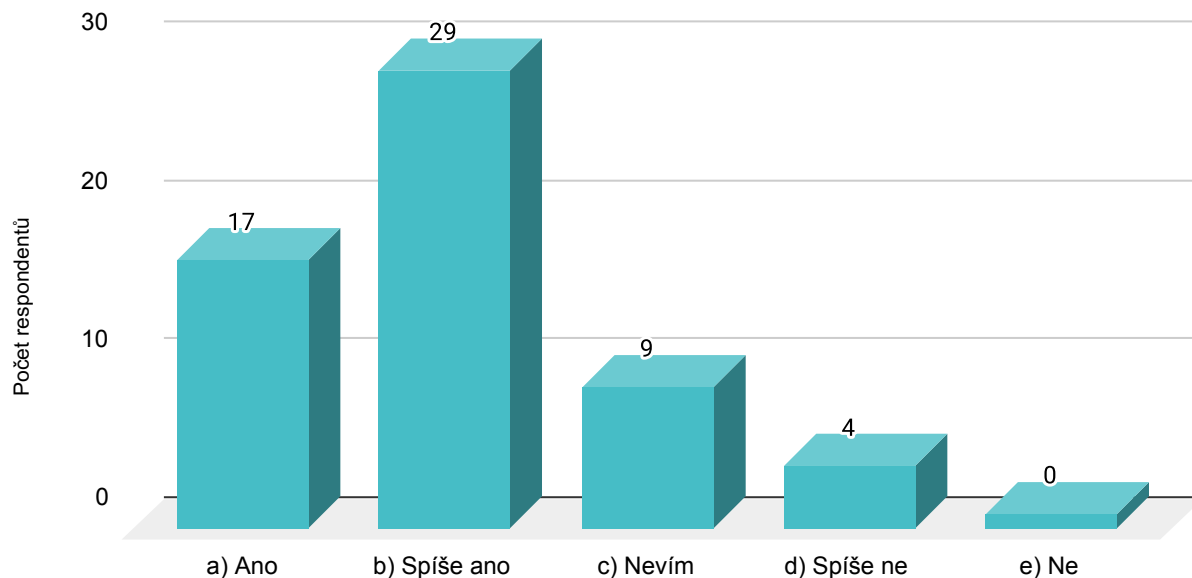
22. Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání?



Následující otázka úzce souvisí s otázkou č. 21. Doptává se, zda mají pacienti dle respondentů zajištěné podmínky k důstojnému umírání na oddělení prováděného průzkumu. 23 (39%) všeobecných sester uvedlo, že na jejich oddělení pacienti spíše mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání. 10 (16,9%) respondentů odpovědělo, že pacienti na oddělení, kde pracují mají zajištěné důstojné podmínky k umírání. 17 (28,8%) respondentů odpovědělo, že pacienti spíše nemají podmínky k důstojnému umírání na JIP. 7 (11,9%) respondentů uvedlo, že nevědí, zda pacienti mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání. 2 (3,4%) respondentů uvedly, že důstojné podmínky k umírání pacienti na průzkumném oddělení nemají.

Graf 23 - Jste schopen/na využít zkušenost s úmrtím pacienta k lepšímu vnímání potřeb umírajícího, a jako nástroj pro zdokonalení péče o něj a jeho blízké?

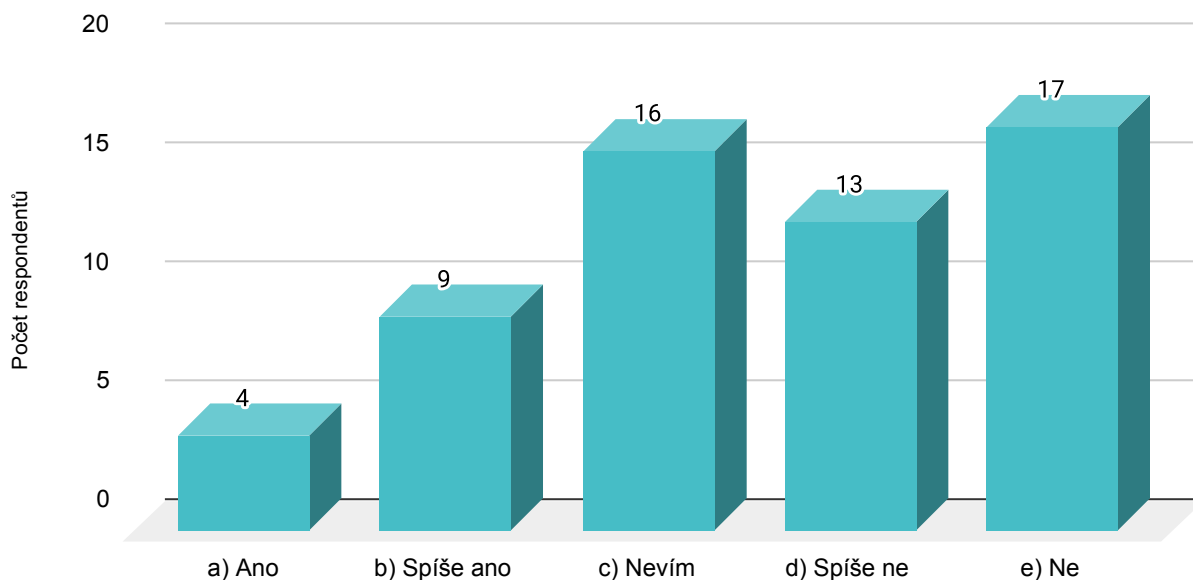
23. Jste schopen/na využít zkušenost s úmrtím pacienta k lepšímu vnímání potřeb umírajícího, a jako nástroj pro zdokonalení péče o něj a jeho blízké?



Z grafu výše je patrné, že 29 (49,2%) respondentů je schopno využít zkušenost s úmrtím pacienta k lepšímu vnímání potřeb umírajícího, a jako nástroj pro zdokonalení péče o jeho blízké. 17 (28,8%) respondentů odpovědělo, že jsou schopni tuto skutečnost využít ke zdokonalení péče. 9 (15,3%) respondentů uvedlo, že nevědí, jestli jsou schopni tuto skutečnost využít ke zdokonalení péče o umírající pacienty a jejich blízké. 4 (6,8%) respondentů uvedlo, že spíše nejsou schopni tuto zkušenost využít k lepšímu vnímání potřeb umírajícího a zdokonalení péče o něj a jeho blízké. Nikdo z dotazovaných respondentů neuvedl, že by tuto zkušenost nebyl schopen využít.

Graf 24 - Poskytuje dle Vašeho názoru vysokoškolské studium dostatečné informace a metody o způsobu komunikace s pozůstalými pacienta?

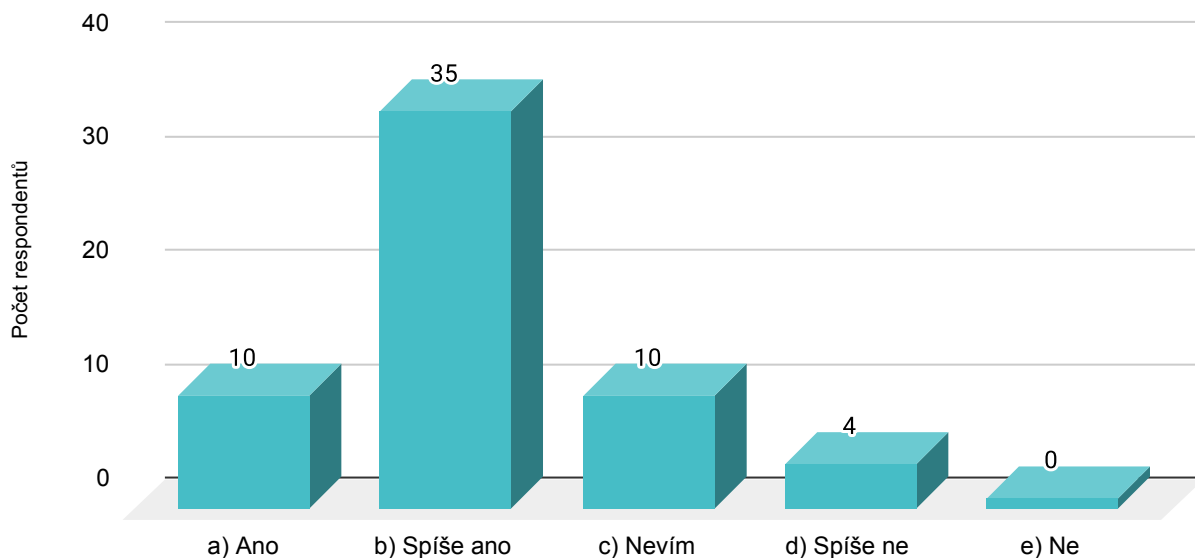
24. Poskytuje dle Vašeho názoru vysokoškolské studium dostatečné informace a metody o způsobu komunikace s pozůstalými pacienta?



V následujícím grafu týkajícího se poskytování dostatečných informací a metod o způsobu komunikace s pozůstalým pacienta vysokoškolských studií odpovědělo 17 (28,8%) respondentů, že vysokoškolské studium neposkytuje dostatečné informace a metody o způsobu komunikace s pozůstalými pacienta. 13 (22%) respondentů uvedlo, že spíše neposkytuje informace a metody o způsobu komunikace. 16 (27,1%) všeobecných sester odpovědělo, že nevědí, zda studium na vysoké škole poskytuje dostačující informace a metody týkající se způsobu komunikace s pozůstalými pacienta. 9 (15,3%) respondentů uvedlo, že vysokoškolské studium spíše poskytuje dostatečné informace a metody k tomuto tématu. Poslední 4 (6,8%) respondenti odpověděli, že vysokoškolské studium informace a metody týkající se způsobu komunikace s pozůstalými pacienta poskytuje.

Graf 25 - Myslíte si, že dokážete poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života?

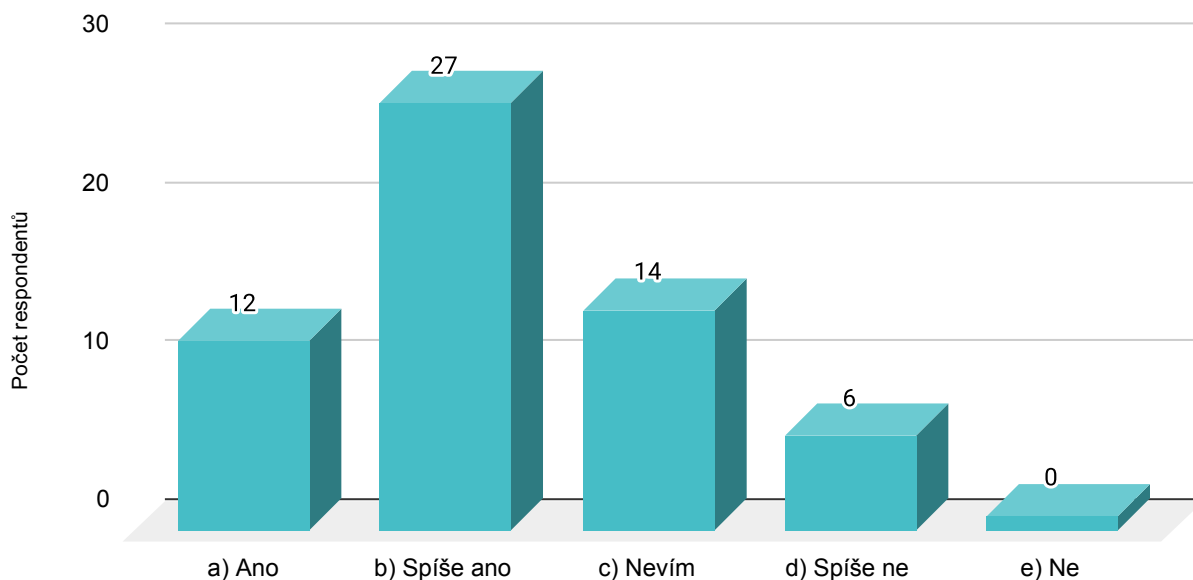
25. Myslíte si, že dokážete poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života?



Výše v grafu je znázorněno 35 (59,3%) respondentů, kteří se domnívají, že spíše dokáží poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života. Ve stejném počtu 10 (16,9%) respondentů uvedlo, že dokáží poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života a dalších 10 (16,9%) respondentů odpovědělo, že nevědí, zda jsou tohoto aspektu schopní. 4 (6,8%) respondentů odpovědělo, že spíše nejsou schopni poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života. Žádný z dotazovaných respondentů neodpověděl, že by tento aspekt nedokázal.

Graf 26 - Jste schopný/á v takto psychicky náročné situaci, jako je úmrtí pacienta, poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího?

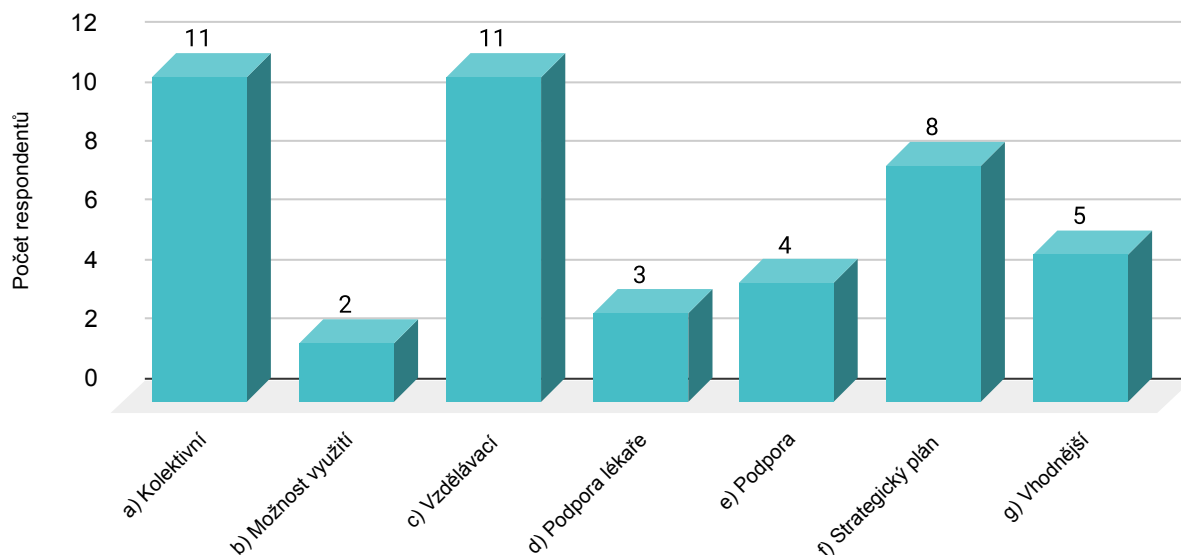
26. Jste schopný/á v takto psychicky náročné situaci, jako je úmrtí pacienta, poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího?



Otázka č. 26 znázorněná v grafu výše zda-li jsou respondenti v takto psychicky náročné situaci, jako je úmrtí pacienta poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího 27 (45,8%) uvedlo, že spíše jsou schopni. 12 (20,3%) respondentů uvedlo, že jsou schopni poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráce s rodinou umírajícího pacienta. 14 (23,7%) všeobecných sester odpovědělo, že nevědí, zda jsou této skutečnosti schopny. 6 (10,2%) respondentů uvedlo, že spíše nejsou schopni tuto žádoucí péči poskytnout. Nikdo z dotazovaných respondentů nevedl, že by nebyl schopný důstojnou komunikaci a spolupráci s rodinou umírajícího poskytnout.

Graf 27 - Co by Vám mohlo pomoci tuto konkrétní situaci lépe zvládnout?

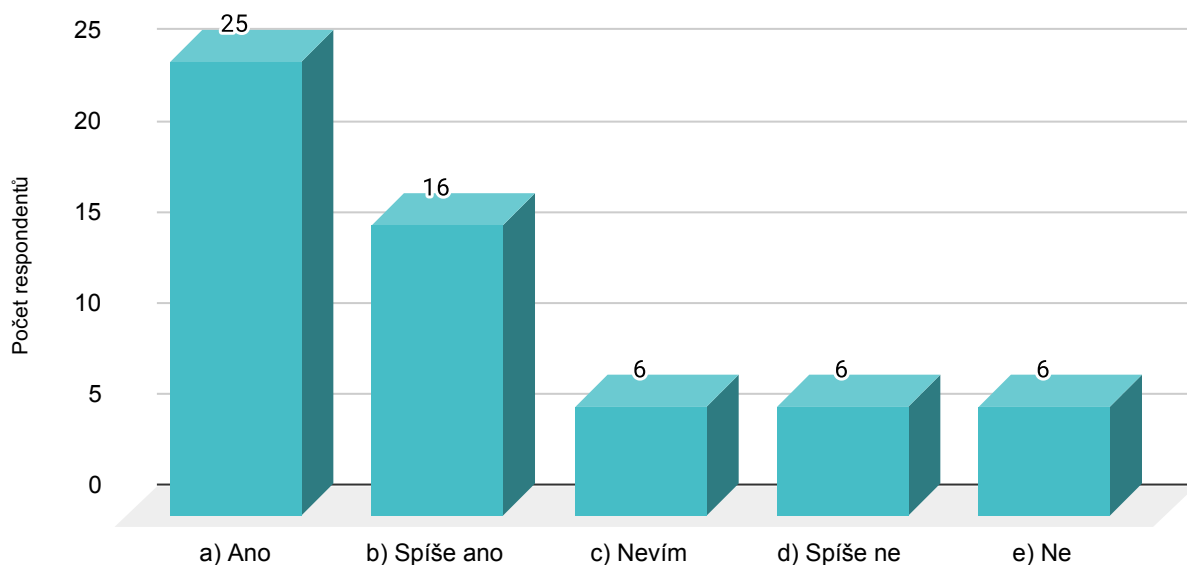
27. Co by Vám mohlo pomoci tuto konkrétní situaci lépe zvládnout?



V předposlední otázce v grafu výše je znázorněné doptání se na otázku č. 26, tedy pokud respondenti nejsou zcela schopni poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráce s rodinou umírajícího pacienta, zda existuje způsob, který by jim pomohl tuto situaci lépe zvládnout. 11 (18,6%) respondentů uvedlo, že by tímto způsobem mohlo být kolektivní školení, nebo rekonstrukce daných situací. Dalších 11 (18,6%) respondentů uvedlo možnost vzdělávacích programů, jako možný nástroj pro zlepšení komunikace a spolupráce s rodinou umírajícího. 8 (13,6%) všeobecných sester by upřednostnilo strategický plán na oddělení s příklady reakcí na dané situace. 5 (8,5%) respondentů by ocenilo vhodnější prostorové zajištění pro komunikaci s rodinou umírajícího. 4 (6,8%) všeobecných sester v této situaci využívají podporu své kolegyně/sestry. 3 (5,1%) respondentů by v této psychicky náročné situaci uvítalo podporu lékaře. Poslední 2 (3,4%) respondentů vidí příležitost ke zdokonalení se a snížení psychické zátěže ve větší možnosti využití spolupráce s psychologickým interventem.

Graf 28 - Ovlivnila praxe nějakým způsobem Váš pohled na samotnou smrt?

28. Ovlivnila praxe nějakým způsobem Váš pohled na samotnou smrt?



V poslední otázce zařazené do průzkumného šetření bylo dotazováno, zda praxe ovlivnila nějakým způsobem pohled respondentů na samotnou smrt. 25 (42,4%) respondentů uvedlo, že ano. Dalších 16 (27,1%) všeobecných sester uvedlo, že je jejich praxe spíše ovlivnila v jejich samotném pohledu na smrt. Na další možnosti v odpovědi vždy respondenti odpověděli ve stejném počtu 6 (10,2%), že buď nevědí, zda je jejich praxe zasáhla v úhlu pohledu na samotnou smrt, nebo je tato skutečnost spíše nezasáhla, a poslední možností, že je nezasáhla nikoli.

7 DISKUZE

Průzkumná otázka č.1: Je umírání pacienta nejvýznamnější stresovou situací při práci všeobecných sester na JIP?

Hlavním cílem první stanovené průzkumné otázky bylo zjistit, zda je umírání pacienta nejvýznamnější stresovou situací při práci všeobecných sester na jednotce intenzivní péče. Této průzkumné otázky se v dotazníkovém šetření týkají otázky č. 16 a č. 17. Otázka č. 16 se přímo doptává, zda je pro všeobecné sestry péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situací při výkonu jejich profese. Dle výsledků dotazníkového šetření je evidentní, že tato situace pro všeobecné sestry pracující na JIP není jednoznačně tou nejvíce stresovou. Jistým podílem přispívá k nadměrné psychické zátěži sester, ale dle celkového součtu není hlavním spouštěčem stresu u všeobecných sester. Tuto skutečnost můžeme vydedukovat z otázky č. 17, která se ptá konkrétně na situaci, která se pro všeobecné sestry nejvíce psychicky zátěžová. Dle výsledků je touto situací u všeobecných sester nejvíce zmiňovaná resuscitace, hned vzápětí resuscitace všeobecné sestry považují za nejvíce psychicky náročnou situaci úmrtí mladého člověka či péči o agresivního nezvladatelného pacienta.

V bakalářské práci „*Umírání a smrt v nemocnici z úhlu pohledu sestry*“ od autora Kaňky můžeme zjistit, že 45 % respondentů nevnímá umírání a smrt jako nejnáročnější situaci. Ostatních 33 % respondentů ale uvádí, že tato situace je jednou z nejvíce zátěžovou. (Kaňka, 2023, s. 47).

Průzkumná otázka č. 2: Jaké metody zvládání stresu a zátěže všeobecné sestry na JIP nejvíce využívají?

Druhá průzkumná otázka byla vedena k tématu nejvíce využívaným metodám zvládání stresu a zátěže všeobecných sester na jednotce intenzivní péče. Tato průzkumná oblast byla zkoumána v otázce č. 13, která se doptávala na možnosti, které všeobecným sestram nejvíce pomáhají k vyrovnání se s úmrtím pacienta. Z průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce využívanou metodou pro zvládání zátěže a stresových situací je aktivní odpočinek, hned v zápětí s odpočinkem pasivním. Častou odpovědí v závěsu těchto dvou předchozích byla také možnost si s někým promluvit.

Dle výzkumu, který ve své diplomové práci „*Umírání na odděleních intenzivní péče z pohledu sestry*“ prováděla Závíšková uvedlo 112 sester (58,95 %) možnost rozhovoru s kolegy a volbu aktivního odpočinku zvolilo 29 (15,26 %) dotazovaných respondentů. (Závíšková, 2017, s. 87).

Další průzkum, který v bakalářské práci „*Umírání a smrt v nemocnici z úhlu pohledu sestry*“ Kaňka provádí uvedlo na otázku, jaké mechanismy nejčastěji využíváte k vyrovnání se s úmrtím 40 % respondentů, že se nepotřebují s touto situací nijak vyrovnávat. 28% zbylých respondentů uvedly jako nejvíce využívaný způsob k vyrovnání se s touto situací rozhovor s druhou osobou. (Kaňka, 2023, s. 46).

V bakalářské práci Hakové na téma „*Vnímání a prožívání smrti klientů u všeobecné sestry a vybraných lékařských profesí*“ 60% respondentů čerpá sílu ke své práci pomocí aktivního odpočinku jako např. sportem, domácími pracemi a vařením. (Haková, 2015, s. 79).

Průzkumná otázka č. 3: Jaké nejčastější pocity všeobecné sestry prožívají při péči o umírajícího pacienta?

Tato průzkumná otázka vyplývá z dotazníkového šetření u otázky č. 7, která zjišťuje, jaký pocit prožívají všeobecné sestry nejčastěji při péči o umírajícího pacienta. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že tímto pocitem je úcta u více než poloviny dotazovaných. Dalším nejčastěji prožívaným pocitem byl smutek vzápětí s pocitem smíření a respektu.

Kvantitativní výzkum, který prováděla Závíšková ve své diplomové práci „*Umírání na odděleních intenzivní péče z pohledu sestry*“ ukázal, že na otázku, jaký pocit v respondentech nejčastěji vyvolává péče o umírající nejvíce respondentů 60 (31,58 %) odpovědělo uvědomění si vlastní smrtelnosti. Smutek a soucit zvolilo 33 (17,37 %) dotazovaných. Pocit lítosti zvolilo 23 (12,11 %) respondentů. (Závíšková, 2017, s. 89).

Dle bakalářské práce Běhůnkové na téma „*Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry*“ celkem 36 (36 %) všeobecných sester uvedlo, že při péči o umírajícího pacienta mají pocity bezmoci, nebo lítosti. (Běhůnková, 2019, s. 57-58).

Průzkumná otázka č. 4: Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP pracovní život všeobecných sester?

Čtvrtá průzkumná otázka se zabývá myšlenkou, zda péče o umírajícího a popřípadě jeho smrt na jednotce intenzivní péče ovlivňuje pracovní život všeobecných sester. Z otázky č. 9 v dotazníku, která se tématem zabývá dle odpovědí respondentů vyplynulo, že u většiny všeobecných sester tomu tak není a tato skutečnost nezasahuje do jejich pracovního života. S rozdílem 1 respondenta u všeobecných sester záleží na okolnostech a kontaktu s pacientem a v takových případech jim pak tyto okolnosti do jejich pracovního života zasahují. Otázka č. 10 specifikovala jakým způsobem nejčastěji tato okolnost zasahuje pracovní život sester. Nejvíce

se podepsala na všeobecných sestřích tím, že nemají dobrou náladu v práci, nebo strachem z dalšího úmrtí pacienta.

K tomuto tématu jsem nedohledala žádné již zjišťované hypotézy, nebo prováděné výzkumy.

Průzkumná otázka č. 5: Ovlivňuje péče o umírajícího na JIP osobní život všeobecných sester?

Předposlední průzkumná otázka zjišťuje, zda se péče o umírající na jednotce intenzivní péče podepisuje v osobním životě sester. Dle dotazníkového šetření v otázce č. 11 byl zjištěn velmi podobný výsledek jako u průzkumné otázky č. 4. Tedy, že u větší poloviny všeobecných sester nedochází k zásahu této skutečnosti do jejich osobního života a pokud ano opět záleží na okolnostech a frekvence kontaktu s pacientem. Nejčastějším způsobem, jakým tato skutečnost zasahovala všeobecným sestřím do osobního života dle otázky č. 12 bylo, že si uvědomují, jak značným způsobem jim záleží na osobách blízkých v závěsu s vybavováním si a přemýšlením nad situací, kdy jim zemřela osoba blízká.

Dle výzkumu, který ve své diplomové práci „*Umírání na odděleních intenzivní péče z pohledu sestry*“ prováděla Závašková celkem 67 (35,26 %) respondentů uvedlo odpovědi ano a spíše ano na otázku, zda péče o umírající ovlivňuje osobní život respondentů. Odpovědi spíše ne a ne uvedlo 114 (60,00 %) respondentů. Na konkrétně dotazované odpovědi, jakým způsobem tato péče ovlivňuje jejich osobní život byla nejčastější odpověď týkající se změn hodnot a priorit v osobním životě a strach o osobu blízkou. (Závašková, 2017, s. 89).

Dle bakalářské práce Běhůnkové na téma „*Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry*“ celkem 68 všeobecných sester (68 %) uvedlo, že práce všeobecné sestry na JIP/ARK ovlivnilo jejich vnímání smrti v běžném životě. Dalších 22 (22 %) respondentů s touto skutečností nesouhlasilo. (Běhůnková, 2019, s. 55).

Dle výzkumu Kaňky v bakalářské „*Umírání a smrt v nemocnici z úhlu pohledu sestry*“ uvedlo na otázku, zda jejich osobní život ovlivňuje umírání a smrt v zaměstnání 87% respondentů, že je to práce a „*neberou si ji domů*“. (Kaňka, 2023, s. 46).

Průzkumná otázka č. 6: Jaká náležitost péče o umírajícího je pro všeobecné sestry psychicky nejnáročnější?

Poslední výzkumná otázka zjišťuje, jaká náležitost péče o umírajícího pacienta je psychicky nejnáročnější pro všeobecné sestry. Na tuto průzkumnou otázku odpovídá graf č. 8 ve kterém

největší počet respondentů uvedl, že psychicky nejnáročnější aspekt při péči o umírajícího pacienta je komunikace s rodinnými příslušníky 46 (78%).

Dle výzkumu v diplomové práci na téma „*Problematika umírání v intenzivní péči*“ od Daňkové na otázku, zda jsou sestry schopné komunikovat s rodinou umírajícího pacienta 60 (53,6 %) respondentů uvedlo, že pocítují problém při komunikaci s rodinou nemocného. (Daňková, 2014, s. 82)

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednávající o tématu „Úmrtí pacienta z pohledu sester pracujících na jednotce intenzivní péče“ se zabývá teoretickými i praktickými aspekty psychické zátěže sester v roli pečovatele o umírajícího pacienta.

V teoretické části byla práce rozčleněna do dvou hlavních kapitol, které měly několik podkapitol. První kapitola se týkala umírání. Ta byla rozdělena na podkapitolu procesu umírání, která obsahovala jeho fáze a pět stadií, jimiž pacienti procházejí dle Elisabeth Kübler-Rossové, která je identifikovala. Další podkapitola se věnuje péči o umírajícího v intenzivní medicíně, kde popisuje otázky současné moderní medicíny, která se snaží nalézt rovnováhu mezi poskytováním nejlepší možné péče a udržitelným hospodařením se zdroji. Navazující podkapitola se týká nejčastějších etických aspektů umírání v intenzivní medicíně. Definiuje vymezené pojmy, jako je dříve vyslovené přání, nerozšiřování nastavené péče, nebo pojem neresuscitovat. Jsou to aspekty, které k dnešní péči o umírající na jednotce intenzivní péče neodmyslitelně patří a mají zajisté svůj podíl na psychické zátěži pečujícího personálu. Druhá kapitola se zabývala výskytem psychické zátěže sester pracujících na jednotce intenzivní péče. Obsahovala podkapitolu prožívání úmrtí pacienta všeobecnou sestrou, kde byla popisována míra psychické zátěže sester. Podkapitola zmiňuje potřebu poskytovat péči a podporu pacientům a jejich rodinám, ale zdůrazňuje kladení pozornosti na psychické přetížení a emocionální zatížení, kterým může být vystaven pečující personál. Další podkapitola obsahuje coping u všeobecných sester pečujících o umírajícího pacienta a jeho metody k lepšímu a efektivnějšímu zvládnutí stresových situací. Poslední podkapitola se týká definice syndromu vyhoření, a hlavně tedy jeho prevencí. Strategie prevence je důležitá pro udržení fyzického a psychického zdraví sester a zajištění jejich schopnosti poskytovat nejlepší možnou péči pacientům a jejich rodinám.

Hlavním cílem průzkumné části práce bylo vyhodnocení psychické zátěže sester v roli pečovatele o umírajícího a komunikaci s jeho blízkými, který je klíčovým aspektem k porozumění a zlepšení pracovních podmínek ve zdravotnictví. K dosažení cílů byl proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření.

Z výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že psychická zátěž všeobecných sester v péči o umírajícího pacienta je značná. Průzkum ukázal, že není psychicky nejnáročnější situací při výkonu profese všeobecné sestry, ale je jednou z těch nejvíce zatěžujících. Aspekt komunikace s rodinou umírajícího se zmiňovanou skutečností velmi úzce souvisí a dle průzkumu bylo

zjištěno, že tato skutečnost je pro všeobecné sestry ještě více zatěžující situací, než samotná péče o umírajícího a komunikace s ním. Nejčastější copingovou metodou, kterou všeobecné sestry využívají k lepšímu zvládnání psychické zátěže při péči o umírajícího a popřípadě jeho smrt jednoznačně z průzkumu vyplynul aktivní odpočinek, hned v zápěstí s odpočinkem pasivním a možností si s někým promluvit. Pocitem, které všeobecné sestry nejčastěji pociťují při péči o umírajícího je u více než poloviny dotazovaných úcta. Dalšími nejčastějšími byly smutek, smíření a respekt. Co se týče ovlivnění pracovního života sester touto skutečností vyplývá z průzkumu, že ve většině případů tomu tak není a úmrtí pacienta neovlivňuje pracovní život sester. V případě, že tomu tak je, stává se to u pacientů, se kterými byly sestry více v kontaktu, nebo na okolnostech péče, které by této skutečnosti napomohli. Projevem byla nejčastěji špatná nálada sester v práci. Tento výsledek se týká také osobního života sester, v tomto průzkumu došlo ke stejnému vyhodnocení jako u vztahu k pracovnímu životu. Když k této skutečnosti docházelo bylo to především v míře uvědomění si vztahu a lásky k blízkým osobám. Počet úmrtí na daném pracovišti pro většinu respondentů nehraje důležitou roli. Naopak kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na zkoumaném pracovišti má pro většinu vliv na snadnější vypořádání se s jeho úmrtím. Více jak polovina respondentů uvedla, že se domnívají, že na jejich oddělení pacienti umírají důstojnou smrtí, a také že sami všeobecné sestry ve většině dokážou pacientovi důstojnou smrt poskytnout. Naprostá většina respondentů také odpověděla, že jsou schopni využít zkušenost s úmrtím pacienta ve prospěch lepšímu vnímání potřeb umírajícího a jako nástroj pro zdokonalení péče. O možnosti podpory krizového intervanta věděla naprostá většina respondentů a téměř nikdo i při závažných psychických obtížích, které také pár respondentů zmínilo tuto možnost nevyužil. Praxe ovlivnila pohled na samotnou smrt většinu respondentů.

Naprostá většina respondentů byly ženy a věková kategorie 30-39 let. Více než polovina respondentů absolvovala specializované vzdělávání v oboru intenzivní péče a pracovali na JIP v průměru 3-9 let. Z průzkumu také vyplývá, že narůstající praxe je faktorem, který vyrovnávání se se smrtí usnadňuje.

Vyhodnocení a řešení psychické zátěže sester je zásadní pro zajištění jejich dlouhodobého zdraví a schopnosti poskytovat kvalitní péči pacientům. Instituce by měly aktivně pracovat na implementaci podpůrných opatření a zlepšování pracovních podmínek pro sestry na JIP.

8.1 Přínos práce

Hlavním přínosem zhodnocení míry psychické zátěže sester mé práce je podklad pro případné rozsáhlejší a navazující studie, nebo jako impulz zdravotnickým zařízením ke kladení většího důrazu na zajištění přístupu k terapeutickým službám a programům na zvládnání stresu. Snížení pracovní zátěže, zajištění dostatečného personálu a zlepšení pracovního prostředí. Poskytování školení zaměřených na zvládnání stresu a rozvoj komunikačních dovedností pro práci s rodinami pacientů. Vytváření podpůrného pracovního prostředí a posilování týmové spolupráce. Zabývání se psychickou zátěží sester je klíčové pro zajištění kvalitní péče o pacienty, udržení zdraví a pohody sester a celkového zlepšení fungování zdravotnických zařízení.

Celkově vysoká prevalence syndromu vyhoření mezi sestrami na JIP podtrhuje potřebu cílených intervencí na podporu jejich duševního zdraví a pohody, včetně programů zvládnání stresu, poradenských služeb a organizačních změn ke snížení pracovní zátěže a zlepšení rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem.

Limity bakalářské práce

Hlavním limitem své práce považuji stáří použitých zdrojů, které jsou starší než 10 let. Bohužel k této tématice jsem nikde nedohledala novější literaturu. Proto jsem se zaměřila na zahraniční odborné články, které obsahují aktuálnější výzkumy, aby tento nedostatek vyvážily.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Primární zdroje

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 86. ISBN 80-7013-439-9.

FROMMELT, Katherine H. Murray, 2003. Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [online]. 20 (1), 13-22 [cit. 2024-06-05]. ISSN 1049-9091. DOI: 10.1177/104990910302000108.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

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

PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

ŠEVČÍK, Pavel, MATĚJOVIČ, Martin et al. 2019. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

9.2 Sekundární zdroje

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a POSPÍŠILOVÁ, Yvona, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 86. ISBN 80-7013-439-9.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 86. ISBN 80-7013-439-9.

BEAUCHAMP, Tom L. a CHILDRESS, James Franklin. 2009. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press. 512 s. ISBN 978-0-19-533570-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 224 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

KAŠPAROVÁ, Eva a HAMPL, Petr, 2012. *Sociologie řízení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. s. 181. ISBN 978-80-86730-81-3.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOŘENEK, Josef, 2004. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton. s. 234. ISBN 80-7254-538-8.

KOZEL, Roman, MYNÁŘOVÁ, Lenka a SVOBODOVÁ, Hana, 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada Publishing. s. 304. ISBN 978-80-247-3527-6.

MACH, Jan, 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada Publishnig. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

NAKONEČNÝ, Milan, 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton. s. 864. ISBN 978-80-7387-443-8.

O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). s. 324. ISBN 80-247-1295-4.

PAULÍK, Karel, 2018. *Psychologie práce a organizace: vybrané kapitoly*. Vydání: první. Ostrava: Ostravská univerzita. s. 221. ISBN 978-80-7599-031-0.

9.3 Odborné články

ALSHAMMARI, Fares, SIM, Jenny, MCERLEAN, Gemma a LAPKIN, Samuel, 2023. Registered Nurses' beliefs about end-of-life care: A mixed method study. *Nursing Open* [online]. John Wiley & Sons, Inc., 10 (12) , 7796-7810 [cit. 2024-06-05]. ISSN 2054-1058. DOI: 10.1002/nop2.2027.

COOK, Katherine A., MOTT, Sandra, LAWRENCE, Patricia, JABLONSKI, Julie, GRADY, Mary Rose et al., 2012. Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. Online. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders, 27 (4), 11-21 [cit. 2024-06-07]. ISSN1532-8449. DOI: 10.1016/j.pedn.2011.05.010.

- DYRBYE, Liselotte N, SHANAFELT, Tait D, JOHNSON, Pamela O, JOHNSON, Le Ann, SATELE, Daniel et al., 2019. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing* [online]. BioMed Central, 18 (57), 18 [cit. 2024-06-05]. ISSN: 1472-6955. DOI: 10.1186/s12912-019-0382-7.
- FREUDENBERGER, Herbert J, 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [online]. 30 (1), 159-165 [cit. 2024-06-07]. ISSN 0022-4537. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.
- CHANG, Wen P., 2018. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Applied Nursing Research* [online]. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 44, 25-32 [cit. 2024-06-07]. ISSN 1532-8201. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.09.005.
- PAPRŠTEINOVÁ, Markéta, FALTOVÁ, Barbora a HOLÁ, Barbora, 2019. Evaluation of the mental load in general nurses working at Departments of pediatric oncology. *Hygiena* [online]. Státní zdravotní ústav, 64 (4), 141-146 [cit. 2024-06-05]. ISSN 18026281. DOI: 10.21101/hygiena.a1723.
- PETERS, Louise, CANT, Robyn, PAYNE, Sheila, O'CONNOR, Margaret, MCDERMOTT, Fiona et al., 2013. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*. [online]. Amsterdam, New York: Elsevier, 16 (4) 152-159 [cit. 2024-06-07]. ISSN 1839-2776. DOI: 10.1016/j.aenj.2013.08.001.
- WILTON, Angelina R, SHEFFIELD, Katharine, WILKES, Quantia, CHESAK, Sherry, PACYNA, Joel et al., 2024. The Burnout Prediction Using Wearable and Artificial Intelligence (BROWNIE) study: a decentralized digital health protocol to predict burnout in registered nurses. *BMC Nursing* [online]. BioMed Central, 23 (114), 12 [cit. 2024-06-05]. ISSN 1472-6955. DOI: 10.1186/s12912-024-01711-8.
- WRIGHT, Robert R, 2020. Directed coping: A key to coping effectively? *Stress and Health* [online]. 37 (3), 466-475 [cit. 2024-06-07]. ISSN1532-2998. DOI: 10.1002/smi.3009.
- ZHENG, Ruishuang, LEE, Susan Fiona a BLOOMER, Melissa Jane, 2018. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta- synthesis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Oxford, Boston : Blackwell Scientific Publications, 27 (1-2), 49 [cit. 2024-06-07]. ISSN 1365-2702. DOI: 10.1111/jocn.13975.

9.4 Bakalářské práce

BĚHŮNKOVÁ, Hana. *Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry*. Jihlava, 2019. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Kosaková.

DAŇKOVÁ, Magdalena. *Problematika umírání v intenzivní péči*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

HAKOVÁ, Ivana. *Vnímání a prožívání smrti klientů u všeobecné sestry a vybraných nelékařských profesí*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

KAŇKA, Lukáš. *Umírání a smrt v nemocnici z úhlu pohledu sestry*. Praha, 2023. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Monika Rusová.

ZÁVIŠKOVÁ, Ludmila. *Umírání na odděleních intenzivní péče z pohledu sestry*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Dotazník.....	73
---------------------------	----

Příloha 1 - Dotazník

Vážení respondenti,

Jmenuji se Nikola Kotyzová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Úmrtí pacienta z pohledu sester pracujících na jednotce intenzivní péče“. Tento dotazník je důležitým podkladem k mé práci a úspěšnému zakončení studia. Je zcela anonymní a výsledná data budou interpretována pouze k účelům mé bakalářské práce. Otázky v dotazníku jsou směřovány k zjištění míry psychické zátěže sester pracujících na jednotce intenzivní péče v souvislosti s úmrtím pacienta. V dotazníku prosím vyberte u otázek vždy jednu nejužitečnější odpověď.

Mockrát děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění mého dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena
2. Kolik je Vám let?
 - a) 20 – 29
 - b) 30 – 39
 - c) 40 – 49
 - d) 50 a více
3. Jaký obor jste vystudoval/a?
 - a) Všeobecná sestra
 - b) Zdravotnický záchranář
4. Absolvoval/a jste specializované vzdělání v oboru intenzivní péče?
 - a) Ano
 - b) Ne
5. Jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní péče?
 - a) Méně než 2 roky
 - b) 3 - 5 let
 - c) 6 - 9 let
 - d) 10 – 14 let
 - e) 15 let a více
6. Jaká je celková délka Vaší klinické praxe?
 - a) Méně než 2 roky
 - b) 3 - 5 let
 - c) 6 - 9 let
 - d) 10 – 14 let
 - e) 15 let a více

7. Jaké pocity prožíváte nejčastěji při péči o umírajícího pacienta?

- | | |
|-------------------|------------|
| a) Strach | g) Vztek |
| b) Úzkost | h) Odstup |
| c) Smutek | i) Respekt |
| d) Smíření | j) Úcta |
| e) Beznaděj | k) Nic |
| f) Úleva | |
| l) Jiné, doplňte: | |

.....
.....

8. Jaké náležitosti v péči o umírajícího pacienta jsou pro Vás psychicky nejnáročnější?

- a) Ošetrovatelská péče o pacienta.
- b) Komunikace s pacientem.
- c) Komunikace s rodinnými příslušníky.
- d) Komunikace a spolupráce s ošetřujícím lékařem.
- e) Nedostatek času na smíření se s umíráním pacienta.
- f) Nic
- g) Jiné, doplňte:

.....
.....

9. Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho pracovního života?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy, záleží na okolnostech, kontaktu s pacientem.
- d) Nevím

Pokud jste na otázku č. 9 odpověděli: Ne. Na otázku č. 10. prosím neodpovídejte.

10. Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš pracovní život/postoj?

- a) Chodím do práce s nechutí.
- b) Přemýšlím o změně oddělení, kde se pravděpodobněji s úmrtím nesetkám.
- c) Mám strach z dalšího úmrtí pacienta.
- d) Nemám dobrou náladu v práci.
- e) Jiné, doplňte:

.....
.....

11. Zasahuje péče o umírajícího pacienta a popřípadě jeho smrt do vašeho osobního života?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy, záleží na okolnostech, kontaktu s pacientem.
- d) Nevím

Pokud jste na otázku č. 11 odpověděli: Ne. Na otázku č. 12. prosím neodpovídejte.

12. Jakým způsobem tato skutečnost zasahuje/ovlivňuje Váš osobní život?
- a) Jsem podrážděný/á, protivný/á na své blízké okolí.
 - b) Vybavuji si, přemýšlím nad situací, kdy by zemřela osoba mně blízká.
 - c) Uvědomuji si, jak hodně mi na blízkých osobách záleží.
 - d) Mám výčitky svědomí z minulosti, že jsem nevěnoval/a dostatek času svým blízkým.
 - e) Nemám náladu na své běžné aktivity.
 - f) Jiné, doplňte:

.....
.....

13. Co Vám nejvíce pomůže se vyrovnat s úmrtím pacienta?
- a) Pasivní odpočinek (např. filmy/seriály, poslouchání hudby).
 - b) Aktivní odpočinek (např. jít na procházku, sport, domácí mazlíček).
 - c) Společnost (např. návštěva baru, diskotéky).
 - d) Možnost si s někým promluvit.
 - e) Odreagování se alkoholem.
 - f) Odreagování se jinými návykovými látkami (např. kouření).
 - g) Pláč
 - h) Fyzický kontakt s blízkou osobou.
 - i) Jiné, doplňte:

.....

14. Je pro vás narůstající délka praxe, nebo počet setkání s umírajícím pacientem faktorem, který Vám vyrovnávání se smrtí usnadňuje?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

15. Hraje pro Vás počet úmrtí na daném oddělení při jeho výběru důležitou roli?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Je mi to jedno
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

16. Je pro Vás péče o umírajícího pacienta, nebo jeho úmrtí psychicky nejnáročnější situace při výkonu Vaší profese?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

Pokud jste na otázku č. 16 odpověděli: Ano. Na otázku č. 17. prosím neodpovídejte.

17. Jaká situace je pro Vás psychicky nejnáročnější při výkonu vaší profese?

.....
.....

18. Poskytuje Vaše zdravotnické zařízení zaměstnancům možnost obrátit se na krizového intervenanta?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

19. Využila/a jste někdy podporu krizového intervenanta?

- a) Ano
- b) Ne

20. Měl/a jste někdy závažné psychické obtíže spojené s péčí o umírajícího či úmrtím pacienta?

- a) Ano, vyhledal/a jsem odbornou pomoc.
- b) Ano, nevyhledal/a jsem odbornou pomoc.
- c) Ne

21. Myslíte si, že kvalita zajištění důstojného umírání pacienta na Vašem oddělení má vliv na Vaše psychické vypořádání se se smrtí pacienta? (Tzn. Pokud pacient zemřel důstojnou smrtí je pro mne jednodušší se s jeho smrtí vyrovnat).

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

22. Myslíte si, že pacienti na Vašem oddělení mají zajištěné podmínky k důstojnému umírání?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

23. Jste schopen/na využít zkušenost s úmrtím pacienta k lepšímu vnímání potřeb umírajícího, a jako nástroj pro zdokonalení péče o něj a jeho blízké?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

24. Poskytuje dle Vašeho názoru vysokoškolské studium dostatečné informace a metody o způsobu komunikace s pozůstalými pacienta?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne
25. Myslíte si, že dokážete poskytnout umírajícímu pacientovi důstojný závěr jeho života?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne
26. Jste schopný/á v takto psychicky náročné situaci, jako je úmrtí pacienta, poskytnout důstojnou úroveň komunikace a spolupráci s rodinou umírajícího?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne

Pokud jste na otázku č. 26 odpověděli: Ano. Na otázku č. 27. prosím neodpovídejte.

27. Co by Vám mohlo pomoci tuto konkrétní situaci lépe zvládnout?
- a) Kolektivní školení (rekonstrukce situací).
 - b) Možnost využití spolupráce s psychologickým interventem.
 - c) Vzdělávací programy
 - d) Podpora lékaře
 - e) Podpora kolegy/ně (sestry)
 - f) Strategický plán na oddělení (příklady reakcí na dané situace).
 - g) Vhodnější prostorové zajištění pro komunikaci.
 - h) Jiné, doplňte:

.....
.....

28. Ovlivnila praxe nějakým způsobem Váš pohled na samotnou smrt?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne