



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Anna Vodičková

Vedoucí práce: PhDr. Stasková Věra Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr Věře Staskové Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, poskytování cenných rad a trpělivost. Dále děkuji sestřám, které napomohly k vypracování výzkumného šetření a za jejich ochotu.

Zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou Zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné. Je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část práce obsahuje vysvětlení základních pojmů umírání a smrt. Zabývá se způsobem, jakým je poskytována obecná a specializovaná paliativní péče. Popisuje také ošetrovatelskou péči o umírajícího ve fázi pre finem, in finem a post finem. Zmíněná je fyzická, psychická a sociální zátěž, která je na sestry při výkonu jejich profese kladena. Řešení této skutečnosti nabízí některé metody zvládání zátěže, které jsou uvedené v samostatné kapitole. V neposlední řadě se teoretická část pokouší přiblížit specifika komunikace s umírajícím, s rodinou nemocného a v ošetrovatelském týmu.

Empirická část práce přináší výsledky výzkumného šetření prováděného pomocí kvalitativního přístupu, metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily sestry z interního oddělení nemocnice a ze zařízení hospicového typu. Získané informace byly analyzovány a pomocí otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“, kategorizovány. V souvislosti s výzkumným šetřením byl zvolen hlavní cíl, kterým je zjistit způsoby zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné. S tímto cílem souvisí i další dva stanovené cíle. Těmi jsou zjistit činitele působící na sestry při kontaktu s umírajícím nemocným a poukázat na způsoby vyrovnávání se zátěží. Během výzkumného šetření byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky, které se shodují se stanovenými cíli.

Z výzkumu vyplynulo, že dotazované sestry mají s ošetřováním umírajících nemocných mnoho zkušeností. Jako nejvíce problematickou zvolily psychickou zátěž. Tuto skutečnost si uvědomují. Pro vyrovnání se s touto problematikou využívají podobné metody, kterými jsou nejčastěji aktivní relaxace a odpočinek.

Klíčová slova

Sestra; zátěž; umírající; ošetrovatelství; paliativní péče

Coping nurses in the care of dying patients

Abstract

This bachelor work deals with the issue of how nurses treating the dying patients cope with their charge. It is divided into theoretic and empiric parts.

The theoretic part includes explanation of basic notions of dying and death. It deals with the method of providing general and specialized palliative care. It also describes the nursing care for a dying human in pre finem, in finem, and post finem phases. It mentions physical, psychological, and social charge, imposed on nurses by carrying out their profession. In an attempt of solving some of these issues, it offers various methods of coping with these charges, which are described in a special chapter. Last but not least, the theoretical part focuses on specific features of communication with a dying human, with a patient's family, and within the nursing team.

The empiric part of the work sets forth the results of research carried out by means of qualitative approach, using the method of semi-structured dialogue. The research set has consisted of nurses from a hospital internal department and from a hospice – type facility. Acquired information have been analyzed and categorized by means of open coding with applying the „pencil and paper“ method. In consequence with the research, the chief target has been selected, which is to determine the ways of how nurses in palliative treatment cope with their charges. Consequently, there have been two other targets set forth. These have been to ascertain factors imposing on nurses in contact with a dying person, and to point out to ways of coping with charges. In the process of the research all inquiries concerning the stated targets have been responded.

The research shows that the inquired nurses have vast experience with dying patients treatment. As the most serious the psychological charge has been indicated. They are well aware of this fact. For coping with this problem they use similar methods, among which active relaxation and rest are the most frequent.

Key words

Nurse; onus; dying; nursing; paliative care

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Pojetí umírání a smrti.....	9
1.2 Paliativní péče.....	10
1.3 Ošetrovatelská péče o umírajícího nemocného.....	12
1.3.1 Období pre finem.....	12
1.3.2 Období in finem.....	14
1.3.3 Období post finem.....	15
1.4 Zátěž sestry při péči o umírajícího nemocného.....	17
1.4.1 Fyzická zátěž.....	18
1.4.2 Psychická zátěž.....	19
1.4.3 Sociální zátěž.....	21
1.5 Některé metody zvládnání zátěže.....	21
1.6 Komunikace jako součást péče o umírajícího nemocného.....	24
1.6.1 Komunikace s umírajícím.....	24
1.6.2 Komunikace s rodinou.....	25
1.6.3 Komunikace v týmu.....	26
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	29
4 METODIKA PRÁCE.....	30
4.1 Použité metody.....	30
4.2 Charakteristika probandů.....	30
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
6 DISKUZE.....	56
7 ZÁVĚR.....	63
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	65
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	71

Úvod

Tuto práci na téma “Zvládání zátěže sestrami v péči o umírající nemocné” jsem se rozhodla napsat v souvislosti se zájmem o dané téma. Dle mého názoru není dané problematice ze stran veřejnosti ani sester věnována dostatečná pozornost. Kutnohorská ve své publikaci napsala: „*Umírání a smrt je údělem člověka a všechny čeká. Tato jistota je zahalena do nejistoty. Ať už je život jakkoli dlouhý, na jeho konci stojí smrt a ta by neměla být tabuizována*“ (Kutnohorská, 2007, s. 70). Jelikož je známo, že lidská populace stárne, roste i pravděpodobnost, že se každá sestra za svou profesní praxi setká s umírajícím nemocným. Považujeme za důležité, aby sestry pracující s takovými nemocnými znaly problémy, které jejich profese přináší a uměly se vyrovnat se zátěží vyvolanou péčí o umírající. Mohou tak předejít zdravotním komplikacím a rozvoji syndromu vyhoření, který je s touto problematikou často spojován.

Cíli této práce jsou zjistit činitele působící na sestru a poukázat na způsoby vyrovnávání se zátěží sestrami při péči o umírající nemocné. Pro splnění námi zvolených cílů jsme se zaměřili na zkušenosti sester pracujících na interním oddělení a v hospici. Zajímalo nás, jak sestry zátěž, která je na ně kladena, vnímají a jaké metody jim pomáhají v procesu vyrovnávání s umíráním nemocného. Na závěr jsme zjišťovali, jakými způsoby sestry pečují o své duševní a fyzické zdraví.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, jelikož jsem mnoho četla a slyšela o specifikách péče o umírajícího nemocného, ale jen v málo publikacích je uvedeno jak pečovat o samotného pečovatele. Otázky ohledně umírání nemocných jsou tabuizovaným tématem a proces vyrovnávání s umíráním nemocného také. Za svou praxi jsem se často setkala se sestrami v různých stádiích syndromu vyhoření a myslím si, že hlavním důvodem je neznalost sester v otázkách prevence syndromu vyhoření a neochota samotných sester s tímto problémem něco dělat.

1 Současný stav

1.1 Pojetí umírání a smrti

V lékařské terminologii je umírání chápáno jako postupné vyhasínání funkce tělesných orgánů, které končí smrtí (Haškovcová, 2007). Je děleno do tří fází: pre finem, in finem a post finem. Období pre finem zahrnuje sdělení diagnózy, vyrovnávání se s ní a péči o umírajícího i jeho rodinu. Tato fáze není časově omezená. Vlastní proces umírání patří do fáze in finem, kde je především důležité, aby rodina umírajícího byla o jeho stavu informována a měla prostor pro rituály spojené se smrtí. Poslední fáze, post finem, je charakteristická péčí o mrtvé tělo a pozůstalé, kteří často potřebují pochopení zdravotníků (Vorlíček et al., 2004). V souvislosti s výše uvedeným pojetím umírání je potřeba zmínit, že samotný přístup k umírajícím a jejich nejbližším se v průběhu minulého století několikrát změnil. Ve 30. letech 20. století byl prosazován názor, že umírající potřebuje klid a soukromí, a proto vznikla tzv. „bílá plenta“, která měla tyto potřeby symbolizovat. Dalším problémem té doby bylo omezení návštěv na dva dny v týdnu a pouze na několik hodin. Nutno podotknout, že v 60. letech minulého století se od tohoto přístupu upustilo. V nemocnicích se uplatnila myšlenka tzv. „kontinuálních návštěv“, jejímž cílem bylo umožnit příbuzným být s umírajícím v jeho posledních okamžicích (Vorlíček et al., 2004). K výše uvedeným změnám přispělo též zjištění, že umírající v období in finem je schopen okolí vnímat, i když vypadá netečně a neschopen komunikace (Dvořáčková, 2012).

Proces umírání je zakončen smrtí. Z medicínského hlediska je smrt definována jako konec biologického života. Světová zdravotnická organizace rozděluje smrt do tří skupin v souvislosti s časem úmrtí na smrt náhlou, rychlou a pomalou. Vytejšková (2013) uvádí, že smrt znamená nenávratné vymizení veškerých funkcí mozku, a ne jen zástavu kardiopulmonálního aparátu (Vytejšková et al., 2013). Kelnarová (2007) ve své publikaci popisuje smrt jako naši jedinou jistotou v životě, a proto je důležité se vyrovnat se svou smrtelností. Člověk chápe smrt jako zradu, bolest, utrpení, ale jen do doby, kdy se s touto skutečností sám setká. Pak je

nucen svůj dosavadní postoj ke smrti přehodnotit (Kelnarová, 2007).

1.2 Paliativní péče

Paliativní medicína je komplexní systém zabývající se poskytováním pomoci umírajícímu a jeho rodině (Plevová, 2011). Klade důraz především na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb (Vorlíček et al., 2012). Je poskytována lidem, kteří nereagují na kurativní léčbu, a není pro ně šance na uzdravení. Hlavním smyslem péče je pohlížet na člověka jako na holistickou bytost, to znamená, že se vztahuje na biologickou, psychickou, sociální, duchovní a emocionální stránku osobnosti nemocného. Velký důraz je též kladen na rodinu umírajícího, kteří jsou do ošetrovatelské péče velkou měrou zapojeni. Je jim v průběhu péče poskytována podpora a nejsou omezeni v kontaktu s umírajícím (Marková, 2010). Paliativní péče ovšem neznamená ukončení všech léčebných postupů (Haškovcová, 2007). Je cílena na zachování důstojnosti pacienta a dbá na kvalitu života v jeho posledních okamžicích (Sláma et al., 2007). Je dělena na obecnou a specializovanou. Obecná vychází ze zásady, že zdravotníci jsou pacientovi a jeho rodině k dispozici a tráví s nimi čas (Bužgová, 2015). Předmětem péče je vyhodnocení pacientova stavu, zvolení odpovídající léčby, sledování, empatie, komunikace a poskytnutí péče podporující co nejvyšší kvalitu pacientova života (Marková, 2010). Pacientovi v terminálním stavu musí být umožněno soukromí, informace o zdravotním stavu, podpora, péče zaměřená na zmírnění obtíží a příprava na blížící se konec (Bužgová, 2015). Tento typ péče by měl být poskytován v každém zdravotnickém zařízení a každým zdravotnickým pracovníkem bez ohledu na jeho odbornost (Marková, 2010). Na rozdíl od obecné je specializovaná paliativní péče interdisciplinární obor, který je vymezen v zákoně č. 372/2011 Sb., a je poskytována vyškoleným týmem odborníků (Bužgová, 2015). Specializovaná péče zahrnuje mnoho úseků, kterými jsou: mobilní paliativní péče (domácí paliativní péče), lůžkové hospice, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče ve zdravotnických lůžkových zařízeních, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky) a konziliární týmy paliativní péče (Plevová, 2011). Jelikož je v nemocnicích oddělení paliativní medicíny nedostatek, je nutné,

aby zdravotnický personál na standardních odděleních znal zásady a byl schopen tento typ péče poskytnout (Bužgová, 2015).

Vzhledem k výše uvedeným poznatkům je alarmující, že pouhá 3 % pacientů umírají v zařízeních specializované paliativní péče (Sláma et al., 2007). Tu ročně využije přibližně 60 – 70 000 chronicky nemocných v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných nemocí (Bužgová, 2015). Lze tudíž předpokládat, že většina nemocných umírá v nemocnicích. „*V prostředí, kde je prvořadým zájmem prodloužení života, je posun k tišení či doprovázení obtížný, mnohdy spojený se selháním nebo vzdáváním se*“ (Bužgová, 2015, str. 32). Péči umírajícímu lze poskytovat v domácím prostředí nemocného nebo v prostředí nemocničním a hospicového typu. Výhodou domácí péče je pro pacienta pocit bezpečí a známé prostředí. Nicméně pokud nemocný umírá doma, musí být dodrženy následující podmínky: alespoň jeden člen rodiny musí být ochoten pečovat o pacienta 24 hodin denně, pacient s touto péčí souhlasí a kdykoli při zhoršení stavu nemocného je dostupná pomoc specializovaného týmu odborníků. Nicméně vzhledem k transformaci českého zdravotnictví se stále častěji přesouvá umírání z domovů do nemocničních a sociálních zařízení, kde je péče o tyto nemocné velice náročná (Marková, 2010). Paliativní péče není synonymem hospice, ve kterém dle statistik ÚZIS ČR (2015) ročně zemře pouhé 1 % nevléčitelně nemocných. Ze zdravotnických statistik z roku 2015 vyplývá, že ročně v nemocničních zařízeních zemře 64,9 % nemocných, v zařízeních sociální péče 6,9 % a v domácím prostředí 20,9 % (© ÚZIS ČR, 2015). Z tohoto důvodu by měla být kvalitní podpůrná péče poskytována každým zdravotnickým pracovníkem. Marková (2010) ve své publikaci uvádí: „*Paliativní péče by se měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech pracovníků*“ (Marková, 2010, str. 20). Je důležité usilovat o zkvalitnění péče o umírající pacienty a podpořit její rozvoj v nemocnicích a na odděleních následné péče. To však bude vyžadovat i kvalifikovaný a vzdělaný interdisciplinární tým (Bužgová, 2015). V praxi to znamená, že k dosažení co možná nejkomplexnější péče je zapotřebí spolupráce i ostatních nelékařských oborů, jako jsou sestry, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a dobrovolníci (Vorlíček et al.,

2012). Sestra v péči o umírajícího zaujímá mnoho rolí, jako je poskytovatelka přímé péče, koordinátorka realizace ošetrovatelského plánu, zástupce pro lidskou a důstojnou péči o umírajícího a jeho rodinu (Touhy et al., 2010).

1.3 Ošetrovatelská péče o umírajícího nemocného

Péče o umírajícího nemocného je velice náročná a individuální. Na pečující osobu, sestru, jsou kladeny vysoké nároky, jako jsou: zralost, moudrost, profesionalita a lidskost. Péče však nezahrnuje jen odborné výkony a ošetrovatelské dovednosti, jelikož tato problematika získává humánní rozměr (Vytejšková et al., 2013). Je důležité na pacienta pohlížet jako na člověka s biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami, které je třeba i v posledních okamžicích života uspokojovat (Plevová, 2011). Umírající od sestry očekává poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, respektování důstojnosti, uspokojení spirituálních potřeb, podporu při naplňování životních cílů a vhodnou komunikaci pomocí verbálního a především nonverbálního projevu, který je poskytován pomocí doteků či výrazu v tváři. Více informací o komunikaci je uvedeno v kapitole 1.6 (Shih et al., 2006).

1.3.1 Období pre finem

Období pre finem není časově vymezeno, může trvat měsíce, ale i léta (Plevová, 2011). Sestra zaujímá důležitou roli, kdy o nemocného pečuje a sleduje jeho psychický i fyzický stav. Vzhledem k závažnosti jeho stavu může též napomoci s načasováním a způsobem, jakým bude nemocnému jeho zdravotní stav sdělen. Zkušená sestra, orientující se ve fázích psychické odezvy na závažnou diagnózu, které sepsala Elizabeth Kübler-Ross, zvládá kvalitně a efektivně umírajícího jednotlivými obdobími doprovázet (Vytejšková et al., 2013). Fáze přijetí závažné diagnózy jsou: popření, hněv/agrese, smlouvání, deprese a smíření. Kübler-Ross též uvádí, že nemocný nemusí všechny fáze prožít, může některou přeskočit nebo se vracet do předešlých stádií. Je též možné, že se nemocný se svým stavem nikdy nesmíří (Kübler-Ross, 2015). V období pre finem sestra poskytuje ošetrovatelskou péči až do posledního okamžiku života pacienta vzhledem

k jeho individuálním potřebám. Při poskytování péče umírajícímu je možno využít teorie Abrahama Maslowa, který zpracoval pyramidu potřeb uspořádanou od nejzákladnějších fyziologických po nejvyšší potřeby a to seberealizace. Tato teorie se týká i umírajících, protože pokud nejsou uspokojeny potřeby základní, nemohou být uspokojovány potřeby vyšší (Hůsková a Kašná, 2009). Fyziologické potřeby jsou umírajícím vnímány jako jedny z nejdůležitějších. Jedná se především o vyprazdňování. Sestra řeší problémy s inkontinencí moči a stolice, zácpou nebo průjmem. Tyto problémy jsou spojeny též s psychickou nerovnováhou a pocitem bezmoci. Další oblastí, ve které bude umírající potřebovat dříve či později pomoc, je výživa. Sestra se snaží co možná nejdéle zachovat dostatečný přísun živin a tekutin běžnou perorální cestou. Jestliže se stav pacienta zhoršuje a nutriční stav je nedostatečný, je nutné kontaktovat lékaře a nutričního terapeuta, prodiskutovat změnu diety či způsob příjmu stravy a tekutin. Pacientovi se nesmí jídlo nutit, vzhledem k jeho případným nevolnostem a zvracením spojeným například s onkologickou léčbou (Vytejšková et al., 2013). Na druhou stranu na snížení chuti k jídlu má vliv i přijetí a očekávání smrti (Haškovcová, 2007). Přijímání stravy se pro pacienta v terminálním stádiu stává velmi problematickým a náročným. Může za to katabolismus organismu, nižší metabolické nároky a vyšší požadavky organismu na zpracování stravy. Je doporučována vhodnější konzistence potravy, například polévka. Pokud jde o stravu, neměl by se pacient do jídla nutit, ale přijímat tekutiny je nutností, protože dehydrovaný pacient skutečně trpí (Plevová, 2011). V případě neschopnosti přijmout stravu a tekutiny ústy se přistupuje k zavedení nasogastrické sondy či parenterální výživě, která s sebou přináší i upoutání na lůžko, jelikož se jedná o kontinuální podávání. Ztráta či omezení soběstačnosti a pohybu je pro pacienta velmi stresující a náročná. Pomoc je nemocnému poskytována v běžných denních činnostech, ale je velmi důležité ho v soběstačnosti a pohybu podporovat, byť jen na lůžku. Při nedostatku pohybu je zásadní dbát na prevenci imobilizačního syndromu a dekubitů (Vytejšková et al., 2013).

Umírání jde ruku v ruce se zvýšenou únavou. Důležité je zajistit umírajícímu klid a komfort, to znamená, že je brán zřetel na odstranění rušivých elementů (bolest, hluk atd.). Mezi hlavní potřeby se řadí nemít bolesti. Sestra bolest monitoruje a zajišťuje včasné podání analgetik dle ordinace lékaře formou, která vyhovuje pacientovi. K tišení bolesti lze použít i nefarmakologických metod, jako je polohování nebo aplikace tepla či chladu. Velmi problematickou sestává péče o psychosociální potřeby nemocného. Je nutné s pacientem udržovat přirozenou empatickou komunikaci, která spočívá hlavně v pochopení a aktivním naslouchání nemocnému. Za další je třeba dbát na dostupnost signalizačního zařízení a podporovat kontakt s příbuznými a blízkými nemocného (Vytejková et al., 2013). U umírajících se často objevuje úzkost, strach, deprese a beznaděj. Sestra má za úkol nemocného podpořit, vyslechnout, chránit jeho důstojnost a sebeúctu. S psychikou nemocných je spjata též uspokojování spirituálních potřeb, které jsou v dnešní medicíně často opomíjeny. Ve společnosti panuje mylný názor, že se spirituální potřeby týkají pouze náboženství, avšak není tomu tak. Spiritualita se též zabývá duchovním prožíváním jedince (Kalvach, 2008). Nicméně v terminální fázi nemoci je pro pacienta důležité pochopení, rekapitulace života a odpuštění (Munzarová, 2008). Je nezbytné nezapomínat na lidský přístup k nemocnému, jelikož zdravotnický personál musí předcházet psychické a sociální smrti nemocného. Právě beznaděj a samota jsou hlavní příčiny fyzické smrti (Kutnohorská, 2007). Kupka (2014) uvádí, že příbuzní i samotný umírající v období blížící se smrti vyhledávají jiné nemocné s podobnou prognózou za účelem získávání zkušeností, hledání cesty k vyrovnání se smrtí a přípravě na ni. Za přípravu na smrt se považuje vyřešení finančních záležitostí, sepsání závěti nebo vyslovení přání ohledně pohřbu a podobně (Kupka, 2014).

1.3.2 Období in finem

Období in finem nastává po tzv. euforii, která se objevuje několik dní před smrtí a projevuje se zlepšením stavu. Následně však nemocný upadá do bezvědomí a umírá. Je nutné i v tomto stavu s umírajícím komunikovat a chovat se k němu, jako by byl stále při vědomí (Haškovcová, 2007).

Vytejčková (2013) uvádí, že toto období je také označované jako terminální fáze nebo agonie. Dochází k útlumu fyziologických funkcí a nemocný má většinou porušené vědomí. V podstatě se jedná o umírání v bezvědomí. Základní životní funkce bývají zachovány, ale ostatní orgány slábnou. To se projevuje studenou, bledou a opocenou kůží. Dalšími důležitými znaky jsou: mělké dýchání s apnoickými pauzami, zpomalená srdeční činnost, samovolný odchod stolice, moči a typický vzhled pacienta (propadlé tváře, vystouplé lícni kosti a špičatý nos). Toto období trvá přibližně dvě hodiny, poté následuje smrt. Během této doby by pacient neměl zůstat sám. Nejlepší variantou je přítomnost rodiny a úlohou sestry je zajistit jim soukromí. Sestra po celou dobu sleduje stav pacienta a v případě zástavy fyziologických funkcí, když není naordinováno jinak, kontaktuje lékaře a zahajuje kardiopulmonální resuscitaci (Vytejčková et al., 2013). Kardiopulmonální resuscitace se nezahajuje, jestliže jsou na těle zemřelého přítomny jisté známky smrti (posmrtné skvrny) nebo zdali smrt způsobilo onemocnění, které se neslučuje se životem, například onkologické onemocnění (Kapounová, 2007). Smrt musí vždy konstatovat lékař na základě jistých a nejistých známek smrti. Nejistými známkami jsou: zástava srdce, dechu a nereagování zornic na světlo. Jisté známky smrti jsou: ztuhlost těla, zápach, posmrtné skvrny (hlavně na místech, na kterých zemřelý leží) a vosková bledost (Vytejčková et al., 2013). Nemělo by se též zapomínat na péči o samotnou sestru, která o umírajícího pečuje. Ta se může potýkat s tzv. anticipačním smutkem neboli procesem vyrovnávání se s očekávanou, potenciální ztrátou. Je důležité, aby se nebála před umírajícím projevit své emoce či obavy a našla někoho (například ze zdravotnického personálu), s kým by si o svých pocitech mohla promluvit (Kurucová, 2016).

1.3.3 Období post finem

Toto období je charakteristické zástavou fyziologických funkcí, péčí o mrtvé tělo a pozůstalé (Kutnohorská, 2007). Poté, co lékař konstatuje smrt, se tělo zemřelého dá do vodorovné polohy a obklopí zástěnami, aby nevzrůstal stres ostatních pacientů. Lékař následně kontaktuje příbuzné a sdělí jim, co se stalo. Sestra přistoupí k péči o mrtvé tělo, sepsání

osobních věcí a dokumentace (Vytejšková et al., 2013).

Jak už bylo uvedeno výše, péči o mrtvé tělo provádí sestra, respektive dvě sestry a řídí se dle ošetrovatelského standardu pro dané oddělení. Péče je prováděna na pokoji zemřelého za pomoci zástěn nebo v místnosti k tomu vyhrazené (Vytejšková et al., 2013). Péči je třeba provádět s úctou, důstojně a ohleduplně s vědomím, že je to poslední činnost, kterou může sestra pro člověka udělat (Burda a Šolcová, 2016). Sestra použije ochranné pomůcky (rukavice, ústenku) k péči o zemřelého. Odstraní z lůžka přikrývku, polštář a ostatní pomůcky (bednička, antidekubitární a polohovací pomůcky). Pod zemřelým zůstane pouze prostěradlo a je vysvlečen z osobního prádla. Všechny umělé vývody (například permanentní močový katétr, periferní či centrální žilní kanyla, nasogastrická sonda, Redonův drén,...) jsou ponechány, uzavřeny a drény zakráčeny. Dále se přistupuje k hygienické péči. Zemřelému jsou odstraněny veškeré šperky, protézy a následně jsou zapsány do osobních věcí. Zubní protézy z drahých kovů či šperky, které nelze sundat lékař zapíše do Listu o prohlídce zemřelého. V případě že dojde k povolení svěračů, je nutné tělo omýt. Zemřelý je uveden do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla nebo sepjatými na bříše obinadlem. Pomocí prakového obvazu je podvázána brada, aby nezůstala otevřená ústa a měly by se zavřít oči zemřelého. Nakonec se pomocí dvou identifikačních náramků zemřelý označí. Náramek obsahuje jméno a příjmení zemřelého, rodné číslo, datum smrti a oddělení, kde k úmrtí došlo. Je nutné jej připevnit na jednu horní končetinu a na jednu dolní protilehlou končetinu. Tělo je zabaleno do prostěradla a ponechává se dvě hodiny na oddělení v místnosti k tomu určené. Po uplynutí této doby je tělo odvezeno na patologicko-anatomické oddělení (Vytejšková et al., 2013).

Následně sestra přistoupí k sepsání pozůstalosti. Jsou za potřebí dvě osoby, aby vše bylo sepsáno správně a pod dvojnásobnou kontrolou. Je nutné zemřelého zapsat do knihy úmrtí, kam se píše jméno, příjmení, datum, hodina úmrtí a veškeré jeho osobní věci. Jedna sestra sepisuje věci a druhá je ukládá do igelitového pytle či tašky. Obě však navzájem kontrolují správnost svého počínání. Je důležité vše důkladně zapsat, hlavně cennosti včetně jejich barvy, hotovost do poslední mince, přístroje i se značkou.

Pod takto pečlivě sepsaný seznam se obě sestry podepíší a označí jej svým identifikačním razítkem. Osobní věci zemřelého jsou bezpečně uloženy na oddělení a cennosti zamčeny do trezoru (Vytejková et al., 2013). Pozůstalost je následně ohleduplně předána příbuzným i s projevením soustrasti. Tento úkon by měla provádět zkušená sestra či sociální pracovník. Pozůstalým je dán prostor k projevení smutku a pláči. Mělo by se tak dít v klidné místnosti na oddělení. Věci jsou předány pozůstalému po předložení občanského průkazu. Na předávací protokol se píše jméno a příjmení pozůstalého, číslo jeho občanského průkazu a vztah k zemřelému. Na tento protokol se podepíše sestra, svědek (jiná sestra) a blízká osoba zemřelého. Je dobré pozůstalým poskytnout informace ohledně pohřbu a nabídnout kontakty (například na pohřební ústav, psychologa, poradce pro pozůstalé), které jim pomohou situaci spojenou s úmrtím zvládnout (Burda a Šolcová, 2016). Předání pozůstalosti s sebou přináší značnou emocionální zátěž. Zdravotník je vystaven těžkému úkolu, podpořit pozůstalé. Sestra se musí vyvarovat slovních spojení: neplačte, bude lépe a podobně. Je potřeba k pozůstalým přistupovat s citem a ohleduplně, věnovat jim čas, vyslechnout jejich obavy, nechat projevit emoce a ujistit je, že jejich blízký netrpěl (Kurucová, 2016).

1.4 Zátěž sestry při péči o umírajícího nemocného

Povolání sestry je velmi náročné po stránce fyzické, psychické i sociální. Dle Komačkové je pracovní zátěž „*daná mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje, na straně druhé. V případě, že jsou obě dvě složky v rovnováze, je pracovní zátěž přiměřená.*“ (Komačková, 2009, str. 26). Vzhledem k tomu, že se jedná o práci s nemocnými, platí, že čím je stav nemocného těžší, tím je zátěž kladená na sestru vyšší (Novotná a Valentová, 2011). Z výzkumů uveřejněných v publikaci doktora Kupky (2014) vyplývá, že pracovní zátěž v péči o umírající je řazena mezi nejvíce náročné (Kupka, 2014). Často je pojem zátěž srovnáván se stresem, ale není tomu tak. Stres je krajní forma zátěžových stavů, kdy dochází k ohrožení života či integrity jednotlivce a pro vyrovnání se s ním je zapotřebí mimořádné aktivace autoregulačních mechanismů (Kurucová, 2016).

Právě sestra je hospitalizovanému pacientovi nejbližší a jsou na ni kladeny vysoké nároky, mezi něž patří odbornost, komunikační schopnost, zralost, trpělivost a psychická i fyzická zdatnost (Novotná a Valentová, 2011). Od sestry se očekává profesionalita nejen v ošetrovatelské sféře, ale i v lidské a morální oblasti, kde je důležité umět pracovat s vlastními emocemi (Cain, 2012). Sestra na zátěžové situace reaguje v několika fázích: v první fázi jde o uvědomění si zátěže, následuje aktivace psychických obranných reakcí, které jsou spouštěčem pro fyziologické reakce, čtvrtou fází je zvládnání (coping) neboli hledání strategií zmírňujících stres, v páté fázi se u sestry objevují první chorobné příznaky a v poslední fázi dochází k psychosomatickému onemocnění (Kurucová, 2016). Má-li sestra vše, co je spojeno s ošetrovatelskou péčí, zvládnout, musí umět účelně hospodařit s fyzickými i psychickými silami. Proto by každá sestra měla ovládat základy duševní hygieny, odpočinku a pracovat v odpovídajících pracovních podmínkách (Novotná a Valentová, 2011).

1.4.1 Fyzická zátěž

Velkou fyzickou zátěž pro sestry představuje práce s imobilními pacienty. V této situaci není možné dodržovat stanovené váhové limity pro práci (Komačková, 2009). Při polohování jsou dvě sestry často povinny uzvednout osmdesátikilového nemocného, přičemž hmotnost, kterou je žena schopna uzvednout je 20 kg (§29, nařízení vlády 361/2007 Sb.). Za další alarmující skutečnosti lze považovat: nedostatečné vybavení pracoviště, absence praktických zkušeností s imobilními pacienty a nedostatečné vědomosti v problematice péče o umírající (Komačková, 2009). Na fyzickou zátěž má vliv také skladba nemocných nebo počet sester a pomocného personálu na směně. Zdravotnické povolání též značně narušuje životosprávu sestry, která klade důraz především na udržování aktivního přístupu k životu a odpovědnosti za vlastní zdraví (Gučková, 2007). To znamená zdravě se stravovat, mít dostatek spánku, pohybovou aktivitu a vyhnout se škodlivým návykům, především požívání alkoholu a kouření (Mlýnková, 2010). Správné životosprávě též brání práce na směny včetně víkendů, svátků a nočních směn. Takový režim má negativní dopad na zdravotní stav, zvyšuje riziko vzniku onemocnění žaludku, střev, srdce

a krevního oběhu. Dále se mohou objevit poruchy spánku a pozornosti, úzkosti, zvýšený příjem návykových látek (cigarety, alkohol) a časová tíseň. Dalšími důsledky déletrvající fyzické zátěže jsou: bolesti nohou, páteře a křečové žíly (Gučková, 2007). Déletrvající zátěž má za následek zvýšenou únavu. Tu můžeme rozdělit na fyziologickou, která se projevuje poklesem výkonnosti, a patologickou, která se dále dělí na akutní a chronickou. Akutní vzniká při překročení našich fyziologických sil a chronická, kdy dochází k dlouhodobému vysilování. Pro potvrzení výše uvedených potíží postihujících sestry se nabízí statistická studie Komačkové (2009), která uvádí, že 24 % zdravotníků v EU trpí bolestmi páteře a 22 % si stěžuje na bolesti svalů. Prevencí těchto potíží je minimalizovat vertikální zdvihání a přenášení pacienta a snažit se uplatnit manipulační techniky, aplikovat principy páky a pomůcky pro manipulaci s pacientem (Komačková, 2009).

1.4.2 Psychická zátěž

Sestra se při výkonu svého povolání denně setkává s nemocí, bolestí, utrpením a smrtí. Tato skutečnost narušuje její psychickou rovnováhu, vytváří zátěž a riziko rozvoje syndromu vyhoření, který vzniká postupně v souvislosti se ztrátou zájmu o práci. K udržení si psychické rovnováhy je zapotřebí naučit se zvládat zátěžové situace, identifikovat stresory a příznaky stresu (Komačková, 2009). Psychická zátěž se dá rozdělit na senzorickou, která zatěžuje periferní orgány a odpovědné struktury centrální nervové soustavy, dále mentální, která klade vysoké nároky na pozornost, zpracování informací, myšlení, paměť a rozhodování. Třetí podskupinou je emocionální zátěž, která vyvolává afektivní odpovědi (Hrnčíř, 2007). Reakce na psychickou zátěž se může projevit v oblasti duševní, ale i somatické. To znamená, že může způsobit například úzkosti, ale i fyzickou bolest. Psychickou zátěž způsobuje stresor, který při extrémní zátěži může způsobit psychický stres. Rodriques (2011) uvádí, že stres je vyvolán interakcí osoby a prostředí. Následně dochází k projevení silných emocí, mění se chování a aktivizují se kognitivní a biologické mechanismy (Rodriques, 2011).

Nejvíce známým problémem postihující sestry je syndrom vyhoření, neboli burn-out syndrom. Jedná se o postupnou ztrátu zájmu o práci a o své okolí, sestra nenachází ve své profesi uspokojení a nedokáže ani správně poskytovat péči nemocným (Venglářová, 2011). Vyhoření není považováno za psychické onemocnění, ale může významně přispět k psychickým problémům. Nejedná se o akutní stav, nýbrž o dlouhodobé působení negativních vlivů. Průběh je většinou skrytý a těžko postřehnutelný (Parkes et al., 2007). Syndrom vyhoření probíhá v pěti fázích. První fází je nadšení, sestra má velké ideály a dochází k přetěžování jejích sil. Následuje fáze stagnace, kdy prvotní nadšení opadá a nastupuje frustrace neboli negativní postoj k práci. Další fází je fáze apatická, kdy sestra vykonává jen nejnnutnější úkony bez zájmu o nemocného. Poslední fází je vyhoření, sestra ztrácí zájem o práci i o osobní život (Haškovcová, 2007). Syndrom vyhoření se projevuje ve třech oblastech. V tělesné sféře se jedná o únavu, slabost, spavost a váhový úbytek. Psychické vyčerpání má za následek emocionální vyčerpání, stesk, pocit nepotřebnosti, podrážděnost a neschopnost empatie. Poslední oblastí je sociální, která se týká především odloučení od společnosti (Blanař, 2012).

Syndrom vyhoření však není záležitostí, která by se týkala každého zdravotníka, lze jí předejít. Je důležité mít o svou práci neustále zájem, snahu se rozvíjet a brát veškeré těžkosti jako výzvu (Schmidbauer, 2008). Důležitá je také spokojenost v pracovním týmu a s prostředím oddělení. Pracovníci by se k sobě měli chovat s respektem a ohleduplností (Parkes et al., 2007). K vytvoření, co možná nejpříznivějšího pracovního prostředí, je možné využít metodu supervize, kterou se zabývá kapitola 1.5 (Venglářová, 2011).

Stojí za zmínění názor Elizabeth Kübler-Rossové, která se domnívala, že syndrom vyhoření neexistuje. Zastávala názor, že člověk se narodí s pěti základními emocemi: strach, vina, hněv, žárlivost a láska. Do šesti let věku dojde k promíchání a převrácení těchto emocí. Člověk se během života učí tyto emoce potlačovat a nahrazovat jinými, jako například pocity agrese, křivdy a marnosti, které zdravotník nemůže verbalizovat v práci, a proto je potlačuje, což má za následek úplné psychické vyčerpání a ztrátu energie,

kteřou Kübler-Rossová nazývá syndromem vyhoření (Kübler-Ross, 2015).

1.4.3 Sociální zátěž

Velkým problémem je neschopnost některých sester oprostit se od práce a tak vnášejí svůj stres i do osobního a společenského života. Dlouhodobá péče o umírající pacienty u sestry vzbuzuje nechuť k práci, nejistotu v řízení práce a uzavírání se do sebe (Mlýnková, 2010). Takový postoj k práci může vyústit až ke ztrátě zaměstnání a s tím související finanční a ekonomické nejistotě (Kuručová, 2016). Finanční zabezpečení rodiny je jednou z následujících sociálních hodnot, které sestra vnímá jako nejdůležitější: dostatek financí, dobré společenské postavení, dobří přátelé a vhodné bydlení (Špirudová, 2015). Nejčastěji se pracovní stres projevuje izolací, sníženou pracovní produktivitou a kouřením. Dále dochází ke konfliktům s partnerem, rodinou a přáteli. To má za následek nespokojenost v osobním životě a zhoršenou kvalitu života ve smyslu sociální izolace. Konflikty rostou a mohou vyústit až v rozpad manželství či vzdalování se rodině. Nejlepší prevencí je o problémech hovořit a své pocity ventilovat, například pomocí supervize (Kupka, 2014).

1.5 Některé metody zvládnání zátěže

Zátěž, kterou práce s nevléčitelně nemocnými přináší, je ovlivňována vlastními osobními zdroji (zdravotní stav a energie, dřívější zkušenosti se závažnými situacemi) a blízkým okolím sestry (Venglářová, 2011). Práce sestry přináší jak psychickou tak fyzickou zátěž. Hlavní podmínkou, jak dobře zvládat stres spojený s umíráním, je vyrovnat se s vlastní smrtelností. Tento proces je složitý a není přesně definováno, jak toho má člověk docílit. Zdravotník může probrat otázku umírání a smrti s odborníkem na thanatologii nebo si jen o tomto tématu popovídat s přáteli a vytvořit si vlastní názor. Důležité je připustit si, že život netrvá věčně a má svá úskalí (Kübler-Ross, 2015). Obecné zásady, jak si udržet životní rovnováhu, sepsala O'Connor a Aranda (2005). Podle jejich publikace je důležité: dbát na správnou výživu, naučit se meditovat, nebát se projevit vlastní emoce a smutek, pravidelně cvičit, udržovat si smysl pro humor, diskutovat o pracovních problémech s kolegy, mít dostatek volného času, umět se

v domácím prostředí oprostít od práce a chodit do přírody (O'Connor a Aranda, 2005). Sestra poskytující paliativní péči by měla také umět o svých problémech hovořit a ovládat techniky, které jí pomohou se s náročnou situací vyrovnat. Mechanismy zvládnání zátěže se dají rozdělit na přiměřené (racionalizace, ovlivňování druhých, potřeba odčinění škody...) a nepřiměřené (užívání návykových látek, sex,...) (Křivohlavý, 2010). Kurucová (2016) popisuje desatero péče o sebe, které sestře pomůže oprostít se od zátěže spojené s umíráním pacienta. Autorka doporučuje: sepsat seznam oblíbených aktivit a uskutečnit je, udržovat kontakt s lidmi mimo zaměstnání, každý den si udělat čas na sebe, zdravě jíst, pravidelně cvičit, přijmout pomoc od jiných, nebát se oslovit člověka s podobnými problémy, odmítnout dělat věci, které jsou sestře nepříjemné, svěřit se s problémy a hledat ve všem nějaké pozitivum (Kurucová, 2016). Podle Markové (2010) je důležité pro vyrovnávání se zátěží nechat působit vlastní emoce a nepotlačovat je. Sestra si musí uvědomit, že potřeba plakat, potřeba smět být smutný, nacházet smysl ve své práci a také žít svůj vlastní život, jsou pro její zdraví naprosto nezbytné a přirozené. Dle výzkumu, který Marková provedla, je hlavním důvodem, proč sestry tyto potřeby potlačují skutečnost, že smrt poznávají až během praxe na střední škole. Do té doby se je snažilo jejich okolí a rodina před takovými zážitky chránit. Důsledkem takového počínání je, že mladí lidé berou smrt jako něco zlého, čeho by se měl každý bát a nikoli jako součást života, kterou musí přijmout (Marková, 2010). Z pohledu ošetrovatelské praxe by velice pomohlo získání teoretických znalostí a praktický nácvik kontaktu s umírajícím již při studiu sesterské profese. Student by pak mohl lépe zvládat tento těžký úkol, doprovázení umírajících a kontakt s jejich nejbližšími. Sestra by tak eliminovala stres vznikající tímto setkáním a tyto zkušenosti by měly vliv na zkvalitnění péče o tyto pacienty (Edo-Gual et al., 2014).

V procesu zvládnání zátěže je na místě sebereflexe a zpětná vazba. Zpětnou vazbou se myslí upozornění na případné chyby či vyzdvižení kvalitní práce sestry. Cílem je dosáhnout co možná nejkvalitnější péče o umírající nemocné a motivovat zdravotníky k práci a profesionálnímu růstu (Marková, 2010). Další důležitou metodou jak se vyrovnat s úmrtím pacienta je

sebereflexe, která sestře pomůže ohlédnout se zpět, zrekapitulovat své chování a pocity při kontaktu s nemocným. Při tomto procesu je možné odhalit chyby, které je třeba odstranit nebo vyzdvihnout pozitiva, která by se měla uplatňovat i nadále (Dytrtová a Krhutová, 2009). Důležitou součástí při hledání způsobů, jak zvládat zátěž spojenou s umíráním, je supervize. Označuje časový prostor, při kterém sestra se supervizorem (může jím být například staniční či vrchní sestra) hovoří o své práci. Cílem supervize je vyjádřit nadšení či zadržované negativní emoce spojené s péčí o umírající (Vévoda, 2013). Supervizor se na oplátku se sestrou podělí o své zkušenosti a snaží se najít společně řešení problémů, které sestra uvádí. Supervize nemusí být zaměřena pouze na jednotlivce, ale i na skupinu nebo celý tým spolupracovníků (Venglářová, 2011).

V souvislosti se zvládáním zátěže je nutné též odstranit napětí, které vzniká v návaznosti na úmrtí pacienta a projevuje se stažením svalů. Toto napětí lze odstranit pomocí relaxace. Je to metoda duševní hygieny, která se zabývá tzv. očištěním duše i těla (Černý a Grofová, 2015). Uvolnění těla se projeví snížením dechové a srdeční frekvence, mírným poklesem krevního tlaku a snížením svalového napětí. Psychického uvolnění lze dosáhnout prostřednictvím odbourání negativních myšlenek. Nejlepší je soustředit se na jednu věc, například jak využít nadcházející víkend (Mlýnková, 2010). Relaxace se dá vyložit jako oproštění se od reality a získání tzv. vnitřního klidu (Křivohlavý, 2010). Dělí se na spontánní a diferencovanou. Spontánní, neboli samovolná relaxace nastupuje bez našeho chtění. Jedná se například o spánek či odpočinek. Naopak diferencovaná relaxace je uskutečňována naší aktivní činností kdykoli během dne, například procházkou (Venglářová, 2011). Dle další publikace lze relaxaci rozdělit na fyzickou, kde jde především o uvolnění svalového tonu (smích, cviky na uvolnění svalů) a psychickou, která má za úkol zajistit uvolnění psychiky (uvědomění si ticha a jeho pouhé vnímání). Všechny metody relaxace mají stejný cíl, a to odstranit stres a navodit proces regenerace. Nejznámějšími metodami jsou: jóga, tai-či, masáže, balneoterapie, akupunktura, akupresura, aromaterapie, meditace, sporty (běh, plavání), záliby a dechová cvičení (Kukačka, 2008).

1.6 Komunikace jako součást péče o umírajícího nemocného

Komunikace při ošetřování umírajících nemocných je zásadním úkonem sestry (Venglářová a Mahrová, 2006). Na počátku minulého století se nebral ohled na pacientovo právo ohledně pravdivých informací, především pak na ty, které měly pro pacienta znamenat vědomí blížící se smrti. Metoda tzv. „milosrdné lži“ měla nemocného zachránit od bolestné pravdy, ale skutečnost byla taková, že této pravdy se báli především zdravotníci (Kelnarová, 2007). V současné době si společnost uvědomuje, že ohleduplné sdělení pravdy je pro nemocného důležité vzhledem k procesu vyrovnávání se závažnou prognózou a přípravou na smrt (Kutnohorská, 2007).

1.6.1 Komunikace s umírajícím

Sestra může shledávat komunikaci s umírajícím velice stresující a náročnou vzhledem k nezkušenosti s péčí o ně a nedostatkem času (Venglářová, 2006). Často neví, jak s pacientem komunikovat a závažným tématům, jako je smrt, se vyhýbá (Heřmanová et al., 2012). Sdělovat informace o zdravotním stavu nemocného přísluší pouze lékaři (Haškovcová, 2010). Ten se musí řídit novelou zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/ 2011 Sb., která lékaře povazuje informovat nemocného o jeho zdravotním stavu (Zákon č. 372/2011 Sb). Sestra může umírajícího zpravovat o ošetrovatelské péči, kterou provádí. Zjišťuje, jak se nemocný cítí a udržuje pocit naděje na zlepšení. Nikdy neslibuje vyléčení ani neodhaduje čas, který umírajícímu zbývá (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Dobrá komunikace mezi sestrou a nemocným může ovlivnit stav nemocného a poukázat na jeho potřeby a obavy (Kelnarová, 2007). Pojem, který asociuje tento kontakt, je terapeutická komunikace. Jedná se o proces, který napomáhá překonat stres a překážky, vycházet s lidmi a přizpůsobit se nezměnitelným událostem. Lze konstatovat, že tento typ komunikace ovlivňuje psychické zdraví a navozuje celkovou pohodu nemocného. Jejím úkolem je též zvýšit účinnost jiných léčebných postupů (Zacharová, 2016). Pro úspěšnou komunikaci je zapotřebí srdečnosti, důvěry, empatie a vzájemného respektu. Nejvýznamnějšími technikami jsou: aktivní

naslouchání, asertivita, objasnění a řešení konfliktu, konfrontace, humor, vyjednávání, reflexe, ticho a sumarizace (Plevová, 2011). Je třeba brát v potaz individualitu umírajícího, jeho komunikační schopnosti a aktuální stav. Někdy se může stát, že nemocný jen nechce mluvit o svých problémech či sestru obtěžovat, přikládá své obtíže nemoci a myslí si, že se s nimi nedá nic dělat. V takovém případě je potřeba použít upřímný přístup, projevit zájem, který je nejlepším prostředkem pro komunikaci a dát pacientovi dostatek času (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Sestra by též měla znát nejčastější okruhy otázek ze strany pacienta, aby na ně mohla adekvátně reagovat. Takovými tématy jsou: strach z osamělosti, obavy z budoucnosti nebo smrti, neschopnost sebepéče a narušení tělesného vzhledu případnou ztrátou končetiny. Naopak je zapotřebí vyhnout se slovům, která asociují smrt (rakovina, zhoubný nádor) a používat spíše výrazy jako nemoc či choroba. Je třeba si uvědomit, že není tak důležitá samotná komunikace, ale způsob jejího vedení (Venglářová a Mahrová, 2006). Nedirektivní, empatický rozhovor a fyzický kontakt poskytuje umírajícímu citovou podporu a vědomí, že mu sestra je k dispozici jako člověk, ne jen jako ošetřující personál (Ralbovská, 2007). Sestra by se měla řídit následujícími zásadami: přistupovat k nemocnému jako k sobě rovnému, propojit verbální komunikaci s nonverbální, věnovat mu čas potřebný pro komunikaci, naslouchat, odpovídat na otázky, přijmout všechny projevy umírajícího (pláč, deprese) a vyhýbat se jeho hodnocení (Burda a Šolcová, 2016). Umírající především potřebuje vědomí, že má o něj někdo zájem a přijde, když ho bude potřebovat. I nemocný, který nemluví (ať už z jakéhokoli důvodu) potřebuje komunikovat, byť se jedná jen o gesta nebo oční kontakt. Sestra se tak při poskytování péče stává spíše morální podporou, a ne robotem, který dělá jen svou práci. (Kutnohorská, 2007). Proto při komunikaci s umírajícím platí, že umění naslouchat je více než umění mluvit (Janáčková a Weiss, 2008).

1.6.2 Komunikace s rodinou

Do komunikace s umírajícím je důležité zapojit i jeho rodinu. Pokud nemocný svolí, mohou být informace o zdravotním stavu podávány i příbuzným. Ti většinou chtějí znát informace o nemoci, o možnostech

léčby a způsobech, jak se mohou při ošetrovatelské péči angažovat. Hlavně však potřebují ujistit, že umírající netrpí bolestí či pocitem osamělosti. Je důležité umožnit příbuzným být umírajícímu stále nablízku a spolupracovat s nimi. Sestra by se neměla ohlížet pouze na nemocného, ale i na jeho rodinu, která proces umírání svého blízkého prožívá též. Je povinna jim nabídnout svou pomoc a podporu nebo je odkázat na sociálního pracovníka či psychologa (Kelnarová, 2007). Po smrti nemocného je pro sestru nejvíce stresující kontakt s pozůstalými. Sestra musí mít pod kontrolou vlastní emoce a pomoci pozůstalým překonat tuto bolestnou událost. Sdělovat pozůstalým, že jejich blízký zemřel, je vhodné v klidné místnosti, vsedě, srozumitelně mluvit, ujistit, že nemocný netrpěl a trpělivě odpovídat na případné dotazy pozůstalých (Venglářová, 2006). Ti mívají často výčitky, že se na okamžik od umírajícího vzdálili a v tu chvíli nemocný zemřel. V takovém případě je nutné pozůstalým vysvětlit, že třeba právě na to umírající čekal. Až bude sám. Sestra je povinna pozůstalým vyhovět, pokud se budou chtít se zemřelým ještě rozloučit a vykonat rituály s tím spojené (Kelnarová, 2007).

1.6.3 Komunikace v týmu

Důležitým aspektem péče o umírající je komunikace v týmu. To znamená mezi všemi členy ošetrovatelského týmu, od sanitářů po lékaře. Pro dosažení co možná nejlepší péče je za potřebí podrobné a přesné předávání informací o stavu pacienta (Pokorná, 2010). Důležité je též vědět, co a kdo může a nesmí sdělovat nemocnému nebo jinému ošetrovatelskému personálu (Ptáček a Bartůněk, 2011). Předávání informací v týmu může probíhat prostřednictvím diskuse, rozhovorů, porady, elektronickou nebo písemnou cestou (Venglářová, 2011). Komunikaci v týmu lze rozdělit na formální, neformální a podpůrnou. Formální komunikaci se rozumí nejenom písemná forma, neboli dokumentace, do které se zapisují nejdůležitější údaje o nemocném, ale také forma slovní, která probíhá prostřednictvím pravidelných schůzek, při kterých se konzultuje vývoj pacientova stavu. Podpůrná komunikace se naopak týká jednotlivých členů týmu, kteří by k sobě měli mít blízko a být k sobě otevřeni ohledně svých potřeb. Cílem podpůrné komunikace je ohodnotit a motivovat zdravotníky

k práci (Marková, 2010). Každá forma komunikace vyžaduje ochotu, umění komunikovat a klade důraz na to, zda posluchač informacím rozuměl (Venglářová, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V této kapitole si představíme hlavní cíle naší bakalářské práce a výzkumné otázky, kterými jsme se řídily při vypracovávání výzkumu k této bakalářské práci.

2.1 Cíle práce

Zjistit činitele působící na sestry při kontaktu s umírajícím nemocným.

Poukázat na způsoby vyrovnávání se zátěží sestrami při péči o umírajícího nemocného.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cíli zmíněnými výše jsme zvolily následující výzkumné otázky.

VO1: Jací činitelé působí na sestry při kontaktu s umírajícím nemocným?

VO2: Jaké jsou kladeny nároky na sestry v péči o umírající nemocné?

VO3: Jak se sestry vyrovnávají s umíráním nemocného?

VO4: Jak sestry pečují o své duševní zdraví v souvislosti s péčí o umírající nemocné?

VO5: Jak sestry pečují o své fyzické zdraví?

3 Operacionalizace pojmů

Zátěž je možno vyložit jako nároky kladené na pracovníka, způsob, jakým je pracovník zvládá a jak tyto nároky působí na pracovníka (Mikuláščík, 2015).

Umírání je chápáno jako postupné vyhasínání funkce tělesných orgánů, které končí smrtí (Haškovcová, 2007).

Sestra je osoba, odpovědná za realizaci vysokého standardu ošetrovatelské a zdravotní péče a za odborné vzdělávání (Kelnarová et al., 2009).

Nemocný je člověk postižený nemocí, ať o ní dotyčný nebo jeho okolí ví, nebo ještě neví (Dostálová, 2016).

Péče je celý soubor činností vedoucích k uspokojování potřeb nemocných, které jsou poskytovány kvalifikovanou zdravotní sestrou na základě ordinace lékaře nebo z vlastní iniciativy v rozsahu stanoveném předpisem (Vondráček a Wirthová, 2009).

4 Metodika práce

4.1 Použité metody

Pro zpracování výzkumného šetření na téma zvládnání zátěže sester v péči o umírající nemocné jsme si zvolili kvalitativní výzkum a techniku sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňuje řídit se předem připraveným schématem otázek, které je možné během samotného rozhovoru doplnit o nějakou otázku, měnit jejich pořadí nebo se k předešlým odpovědím vracet, aby se tazatel ujistil, že vše správně pochopil. Bylo použito pět okruhů, které obsahovaly celkem 27 otevřených otázek (Příloha č. 1). Rozhovor byl veden individuálně se 6 sestrami z různých pracovišť pro dosažení více pohledů na danou problematiku. Nejdříve jsme vždy oslovili hlavní sestru pracoviště, následně vrchní sestru oddělení a poté jednotlivé sestry, se kterými byl veden rozhovor. Byly to tři sestry z INT a tři sestry z hospice. Dotazované sestry souhlasily s nahráváním na diktafon a byly ujistěny, že údaje, které poskytnou, budou užity pouze pro vypracování bakalářské práce a zároveň bude dodržena jejich anonymita. Následně byly rozhovory přepsány (Příloha č. 3) a pomocí otevřeného kódování „tužka a papír“ (Příloha č. 2) analyzovány výsledky dle jednotlivých okruhů otázek. Výzkum byl prováděn v období únor - březen.

4.2 Charakteristika probandů

Probandi, sestry jsou z různých zařízení, kde se setkávají s umírajícími nemocnými. Sestry jsou označeny pod zkratkami S1-S6.

S1: věk 47 let, pracuje na interním oddělení 2 roky, má střední zdravotnickou školu a ve zdravotnictví pracuje 23 let

S2: věk 28 let, pracuje na interním oddělení 1 rok, má vysokoškolské vzdělání a ve zdravotnictví pracuje 3 roky

S3: věk 41 let, pracuje na interním oddělení 2,5 roku, má střední zdravotnickou školu a ve zdravotnictví pracuje 17 let

S4: věk 44 let, pracuje hospici 8 let, má vysokoškolské vzdělání a ve

zdravotnictví pracuje 20 let

S5: věk 41 let, pracuje v hospici 10 let, má střední zdravotnickou školu a ve zdravotnictví pracuje 16 let

S6: věk 47 let, pracuje v hospici 4 roky, má střední zdravotnickou školu a ve zdravotnictví pracuje 27 let

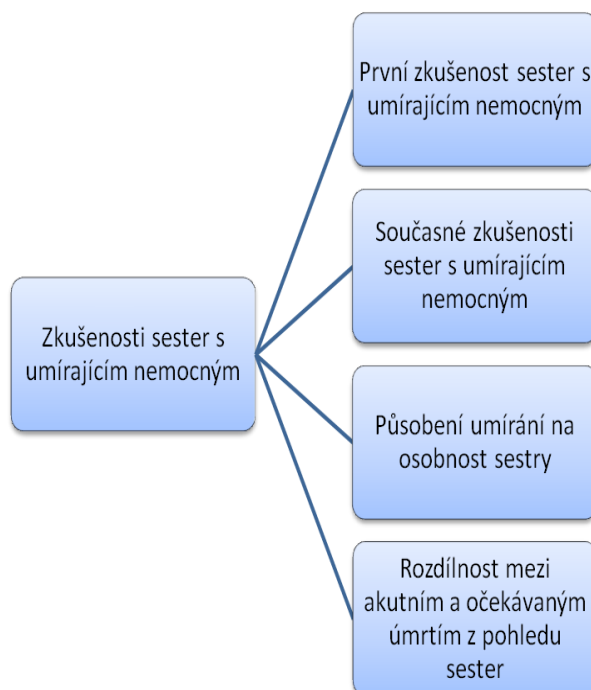
5 Výsledky výzkumného šetření

Pro přehlednost jsme kapitolu „Výsledky výzkumného šetření“ rozdělili do sedmi kategorií, z nichž každá obsahuje své podkategorie. První kategorie se zabývá zkušenostmi sester s umírajícím nemocným. Druhá obsahuje charakteristiku péče o tyto nemocné. Další kategorie pojednává o nárocích, které jsou kladeny na sestru pečující o umírajícího. Čtvrtá kategorie je věnována komunikačním dovednostem sestry. Pátá kategorie se zabývá procesem vyrovnávání s umíráním nemocného. Předposlední kategorie pojednává o péči v oblasti duševního zdraví sestry a poslední kategorií je fyzická náročnost péče o umírajícího nemocného.

Kategorie 1 – Zkušenosti sester s umírajícím nemocným

Kategorie 1 je rozdělena do podkategorií znázorněných ve schématu (Schéma 1).

Schéma 1: Znázornění kategorie 1



Podkategorii 1 jsme pojmenovali **První zkušenosti sester s umírajícím nemocným**. Při rozhovoru jim byla za tímto účelem položena otázka, jaká byla jejich první zkušenost s úmrtím. Zajímalo nás, kdy k tomuto setkání došlo, na jakém oddělení, jak kontakt s umírajícím či zemřelým na sestru působil a co se dělo poté. Všechny dotazované sestry si první zkušenost

s úmrtím pamatují a uvedly, že by na ni nikdy nezapomněly. Pro S1 byla první zkušenost s úmrtím velmi traumatizující. Stalo se to těsně po nástupu do předešlého zaměstnání v domově pro seniory. S1 popisovala pocity bezmoci, sklíčenosti, neznáma, chtělo se jí plakat a nevěděla, jak s pocity naložit. Nakonec se sestra se svými pocity vyrovnala sama bez jakékoli pomoci.

S2 svůj první kontakt s umírajícím absolvovala první den v zaměstnání na interním oddělení po absolvování bakalářského studia na vysoké škole. Sestra řekla: „*Byla jsem plná ideálů a ambicí, jak by péče o pacienty měla probíhat. Ale praxe byla úplně jiná*“ (S2). Sestra uvedla, že jelikož to bylo první úmrtí v práci, tak bylo spojené s velkou dávkou emocí a stresu. Dle jejího názoru jí ve zvládnutí takto náročné situace pomohl adrenalin, který přímo cítila proudit do jejího těla. Ovšem čím častěji se s umírajícími pacienty setkávala, tím méně stresující to pro ni bylo. Po tomto prvním úmrtí se zvládla se svými pocity vyrovnat sama.

S3 uvedla, že její první zkušenost s úmrtím proběhla při studiu zdravotnické profese ve třetím ročníku střední školy. Zážitek označuje jako těžký a nepříjemný. „*V 17 letech jsem na takovou situaci nebyla připravená. Byl to pro mě takový šok, že to mám stále před očima*“ (S3). Bohužel na praxi nebyl nikdo, kdo by si o této situaci se sestrou promluvil, tak našla pochopení doma u své rodiny, která ji vyslechla a ujistila, že nemocný netrpěl.

Poprvé se S4 setkala s umírajícím a úmrtím nemocného po nástupu do zaměstnání v hospici. Vzápětí však dodala: „*Na pohled na zemřelého už jsem byla zvyklá z dětství, kdy jsme chodili s rodinou na pohřby*“ (S4). Sestra uvedla, že ji úmrtí nemocného nepřekvapilo, jelikož šlo o očekávané úmrtí. „*Už jsem byla vyrovnaná se skutečností, že ten člověk zemře a brala jsem to jako součást života a mojí profese*“ (S4).

S5 se poprvé s umírajícím setkala během praxe ve druhém ročníku na střední zdravotnické škole. S5 tuto zkušenost popsala takto: „*Nijak jsem to neprožívala. Brala jsem to jen jako samozřejmost, kterou jsem během praxe měla prožít a prožila*“ (S5).

První zkušenost s umírajícím S6 prožila již na střední škole. O první zkušenosti mluvila následovně: „*Jednalo se o běžné nemocniční úmrtí. Všichni zaměstnanci na směně věděli, že pacient zemře a nijak to neřešily. Bylo to očekávané úmrtí, takže mě to nijak nezasáhlo. Byla jsem na to připravena a brala smrt jako přirozenou součást života*“ (S6). Sestra neměla potřebu o úmrtí s někým mluvit, jelikož to nevnímala jako zatěžující situaci.

Podkategorii 2 jsme nazvali **Současné zkušenosti sester s umírajícími nemocnými**. Na otázku: „*Jak často se s umírajícími setkáváte a jaké jsou vaše zkušenosti?*“ S1 odpověděla, že v současné době se s umírajícími setkává velmi často. V rozhovoru uvedla: „*Po tolika zkušenostech si nemyslím, že smrt bolí, ale že nemocní umírají v klidu*“ (S1). Nicméně z pohledu S1 chybí důstojnost v umírání (přítomnost rodiny, známého prostředí a obecně nedostatek kontaktu jak slovního tak tělesného- dotek, pohlazení). Dle jejího názoru je důležité, aby s umírajícím v jeho těžké chvíli někdo byl, nejlépe příbuzný známý člověk. Ovšem to většinou v nemocničním zařízení není možné, ale dotek a vřelý přístup by byl na místě.

S2 se s umírajícími pacienty setkává stejně jako S1 velmi často. Jak s vážností S2 konstatovala: „*Stává se, že mám za svou směnu i tři úmrtí*“ (S2). Dle jejího názoru je každá sestra jiná a má jiný přístup k nemocnému. Ale všechny by měly brát na umírajícího ohledy a být v jeho těžké chvíli s ním, když jeho rodina nemá k tomuto účelu prostor. Dotazovaná sestra se k umírajícímu chová slušně, pohladí ho nebo chytí za ruku a mluví na něj. Sestra si myslí, že když je umírající se smrtí smířený, umírá v klidu.

S3 dokonce uvedla, že se s umíráním setká v 50% případů hospitalizovaných nemocných na jejich oddělení. Připouští, že se takhle časté umírání stává rutinou a péči o umírajícího se nepřipisuje takový význam. Velký problém v péči o umírající sestra vidí v nedostatku času, který by jim, ale i ostatním pacientům měl být věnován. Dle jejího názoru za časovou tíseň může často zbytečná administrativa. Dalším problémem je nedostatek ošetřovatelského personálu. Sestra prakticky zastává roli svou, ale i ošetřovatelky, uklízečky a někdy ve výjimečných případech si musí poradit bez lékaře.

Předešlým odpovědím se velmi liší následující zkušenosti S4, S5 a S6 pracujících v hospici. S4 uvedla, že může dojít k úmrtí i 3x do týdne, ale poté následuje měsíc, kdy nezemře nikdo. V zařízení, kde S4 pracuje, se přikládá velký význam individualitě umírajícího. Každý člověk je jiný a doprovázení má pro každého umírajícího svá specifika. Je třeba vyhovět jeho přáním a přáním rodiny. Pro představu S4 uvedla příklad: *„Pokud si přál přítomnost kněze či řádové sestry je povinností mu vyhovět. Jiný umírající čeká na okamžik, kdy bude sám a zemře, ale to je velmi individuální. Vždy je ale třeba znát potřeby umírajícího“* (S4). Sestra uvedla, že je velmi důležitá empatie, naslouchat umírajícímu a snažit se mu vyhovět *„Když je čas, posadit se k lůžku, držet ho za ruku, mluvit na něj. Nebo když cítím, že se zklidňuje při mém odchodu, tak ho nechám o samotě a podobně“* (S4). Dle sestry je důležité si uvědomit, že už není možné nemocného uzdravit a nesnažit se o to, nýbrž mu pomoci od bolesti a být tam pro něj.

S5 na otázku odpověděla, že se s umírajícím ve finální fázi setkává téměř denně. S5 nebere umírání jako problém, je to pro ni součást života. Jak doslova řekla: *„Nejsem typ člověka, který se smrtí bojuje, беру to jak to je. Když to má přijít, tak to přijde. To je koloběh života a tak to má být“* (S5). Nejdůležitější je pro sestru ulevit umírajícím od bolesti a nechat procesu umírání přirozený průběh. Nesnaží se umírajícího zachraňovat nebo mu něco nutit.

S6 uvedla, že se setká se 2-3 úmrtími za měsíc. Pro práci v hospici se rozhodla na základě zkušeností s umíráním v nemocnici, kterou popsala takto: *„Je tak neosobní, občas nemáte čas se pacienta zeptat, jak se mu daří. Stalo se, že jsme měli na oddělení 10 imobilních, a abych vše stihla, měla jsem na každého pacienta asi 5 minut“* (S6). Proto práci v nemocnici opustila a začala pracovat tam, kde si připadá být potřebná. Jejím úkolem je, aby umírající zemřeli co možná nejdůstojněji, bez bolesti, utrpení a v přítomnosti rodiny, která může být s umírajícím 24 hodin denně.

Podkategorie 3 se nazývá **Působení umírání na osobnost sestry**. Pro získání informací k této kategorii jsme využili otázku: „*jak kontakt s umírajícím vnímáte a jak se projevuje na vašem životě*“? S1 uvedla, že dnes již si umírání pacienta nepřipouští. Vytvořila si určitou hranici a bere umírání jako součást života. Umírání především ovlivnilo její hodnotový žebříček tím, že na přední příčku se posunulo zdraví. Změnil se též její pohled na stáří, které jak říká: „*Není o radosti, ale o bolesti a umírání*“ (S1). Ona sama se stáří bojí.

S2 řekla, že si smrt jako takovou nepřipouští, ale velmi záleží, zda se jedná o dítě, mladého či staršího člověka, jak následně vysvětlila: „*Myslím si, že bych nesnesla pohled na umírající dítě, protože bych neměla pro smrt omluvu. U lidí ve středním věku s určitou diagnózou si uvědomují, že musejí odejít a jsem s tím smířená. U seniora si zase říkám, že on svůj život prožil, jak nejlépe mohl a teď je čas odejít*“ (S2). S2 si po zkušenostech s umíráním více váží života a své rodiny.

Kontakt s umírajícím je pro S3 vždy stresující. Dle jejího názoru míru zátěže určuje to v jakém stavu umírající je, samotná diagnóza nemocného a jak svou nemoc vnímá. S3 si uvědomuje, že zdraví je nejdůležitější a její pohled na svět či hodnotový žebříček umírání nijak nezměnilo.

S4 uvedla, že smrt na ni působí a nutí k přehodnocení života v tom smyslu, že zdraví je na prvním místě. Více si též váží rodiny i každého okamžiku s ní. Sestru doprovázení umírajících naplňuje a je ráda, že to pro nemocného může udělat. Samotní umírající jsou pak pro sestru tím pohonem, který potřebuje, aby tu práci mohla dělat. Uvedla, že se její laskavost a péče opět vrací prostřednictvím poděkování či úsměvu.

S5 odpověděla takto: „*Když je více úmrtí za týden, tak to na mě působí, protože začnu přemýšlet, jestli jsem mohla udělat něco lépe nebo jinak*“ (S5). Pro dotazovanou sestru není tak stresující kontakt s umírajícím, nýbrž s potencionálními pozůstalými, kteří nejsou smířeni se smrtelností svého blízkého.

S6 vnímá umírání jako součást života. Dle jejího názoru umírající svůj boj prohráli už někde jinde a do hospice přicházejí zemřít. S6 uvedla, že kontakt s umírajícími ji donutil více si srovnat hodnoty a životní priority. Její práce pro ni není depresivní, jelikož ji pokládá za smysluplnou, potřebnou a je na ni hrdá.

Podkategorie 4 pojmenována **Vnímání rozdílu mezi akutním a očekávaným úmrtím** se zabývá působením akutního a očekávaného úmrtí na sestru. Dotazované sestry měly vyjádřit, jak na ně působí každé z těchto úmrtí, a které z nich je hůře snášeno. S1 uvedla, že očekávané úmrtí už ji tak nepřekvapí a je mnohem lépe snášeno, jelikož ho bere jako vysvobození. Na druhou stranu akutní úmrtí je vždy spojené s šokem, který se týká celého týmu zdravotníků a pociťují potřebu o něm více hovořit a ventilovat toto překvapení.

S2 řekla, že hůře snáší akutní úmrtí. Uvedla zkušenost s exitem mladé pacientky s prasklým aneurysma, která i přes úspěšnou resuscitaci následně zemřela. Své pocity S2 popsala následovně: *„Vyvolalo to ve mně pocity lítosti a přemítání o tom, jak to mohlo dopadnout lépe“* (S2).

Dle názoru S3 jednoznačně záleží na okolnostech a osobnosti umírajícího. Jak sama S3 řekla: *„Pokud zemře člověk z plného zdraví a je mu okolo 90 let, je to pro něj lepší než, kdyby se trápil v bolestech a na smrt čekal jako na vysvobození“* (S3). S3 si myslí, že prodlužování umírání je náročné pro umírajícího i pro ošetřující sestru. Očekávané úmrtí je tedy sestrou vnímáno hůře než akutní, jelikož umírající na smrt čeká a přeje si ji.

Vzhledem k pracovišti, kde S4 pracuje, se jedná především o očekávaná úmrtí. Nicméně, jak S4 uvedla: *„Stane se, že nemocný zemře náhle, nečekaně, bez předešlých známek nastávajícího úmrtí“* (S4). Proto je sestrou hůře snášeno akutní úmrtí, které je spojeno s šokem a nepřipraveností.

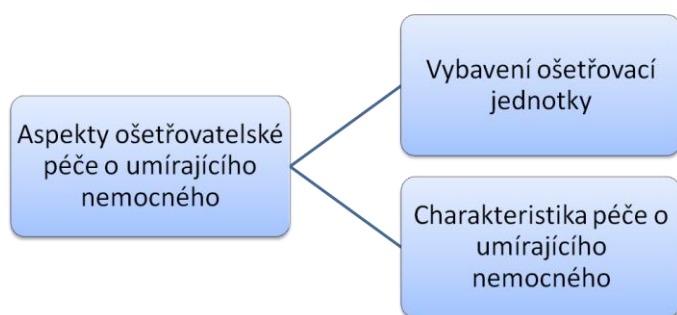
Pro S5 je očekávané úmrtí více klidnější, jelikož se na něj může připravit. Naopak akutní úmrtí popsala takto: *„Vnímám ho hlavně jako šok a nutí mě ohlédnout zpět, jestli jsem neudělala nějakou chybu nebo se umírající necítil opuštěný, vyděšený, či neměl bolest. Je pro mě tedy horší“* (S5).

S6 uvedla, že se většinou setkává jen s očekávaným úmrtím. Není však výjimkou, že se nějaký pacient rapidně zhorší a zemře, ale to není pro sestru takovou zátěží. S6 se vyjádřila takto: „*A možná je to pro něj lepší, že se netrápil a nečekal na svůj konec v bolestech a strachu*“ (S6). Pro S6 je přijatelnější akutní úmrtí nemocného než zdlouhavé útrpné umírání.

Kategorie 2 Aspekty ošetrovatelské péče o umírajícího nemocného

Druhá kategorie, zabývající se aspekty péče o umírajícího nemocného je znázorněna ve schématu (Schéma 2).

Schéma 2: Znázornění kategorie 2



Podkategorii 1 jsme nazvali **Vybavení ošetrovací jednotky**. Zjišťovali jsme, jak je oddělení, na kterém probandí pracují, přizpůsobeno péči o umírající nemocné a zda mají pomůcky ulehčující práci s nemocným. Všichni probandí se shodli na tom, že na jejich oddělení je dostatek pomůcek potřebných k práci s umírajícími nemocnými. Jedná se především o polohovací a antidekubitární pomůcky, polohovací lůžka, ložní prádlo, vozíky, rolby a jednorázové pomůcky. S1 uvedla, že z jejího pohledu je na oddělení nedostatek soukromí, které je potřebné pro klidné umírání. Dle jejího názoru je bílá plenta naprosto nedostačující, ale pro vylepšení této situace na oddělení není prostor. Následně si však uvědomila: „*Na druhou stranu, kdyby takový pokoj byl, kam by se takoví klienti směřovali, byl by příčinou k vytvoření názoru, že na tom pokoji se umírá. Tím by došlo ke střetu zájmů*“ (S1).

S2 vidí velký problém v nedostatku ošetrovatelského personálu, který by zajišťoval hygienu, polohování, stravování a přímou péči o nemocného. Svou odpověď dále rozvedla: „*Díky všem povinnostem sestry není prostor*

nenuceně si popovídat s nemocným, ale tenhle systém nutí sestru, aby byla upjatá a bála se vyjádřit, aby pacienta neurazila nebo neřekla něco, co se nehodí“ (S2).

S3 pokládá též jako S2 za alarmující nedostatek personálu a soukromí. S3 též projevila obavu: *„V příštím roce se bude naše oddělení přesouvat a v nové budově budou pokoje po třech, což vidím jako krok zpět“ (S3).*

S4 uvedla, že z jejího pohledu je hospic umírání přizpůsoben dokonale. *„Jsou zde jednolůžkové pokoje pro dosažení soukromí, možnost přistýlek pro doprovázející a dostatek jednorázového materiálu“ (S4).*

S5 odpověděla: *„Hospic je na péči o umírající zaměřen, tak je přizpůsoben dá se říci 100%“ (S5).* Velkou výhodou S5 vidí v jednolůžkových pokojích, které zajišťují naprosté soukromí umírajícímu i jeho rodině. Ošetřující personál má k dispozici hydraulický zvedák, rolby, antidekubitní matrace a dostatek personálu, což umožňuje práci ve dvou, která je příjemnější jak pro nemocného tak pro personál.

S6 uvedla, že jejich oddělení je přizpůsobeno perfektně, jelikož mají jednolůžkové pokoje, kde mohou být po celý den s umírajícími jejich nejbližší. Je zajištěno 100% soukromí a možnost se zemřelým se rozloučit v místnosti k tomu určené v přízemí hospice. Sestra považuje za velké pozitivum oproti nemocnici, že mají na umírajícího dostatek času. Mohou se mu věnovat, kdykoli to potřebuje a to v nemocnicích není možné.

Podkategorii 2 jsme pojmenovali **Charakteristika péče o umírajícího nemocného**. Pomocí otázky: *„Jak vypadá péče o umírajícího nemocného na vašem oddělení“?*, jsme zjišťovali, jak probandí pečují o umírajícího nemocného. S1 odpověděla, že hlavním pilířem péče o umírajícího je častější kontrola umírajícího, polohování, dostatek tekutin, klidné prostředí, soukromí a tišení bolesti. Problém je sestrou vnímán ve zbytečném „papírování“, které ubírá čas pro nemocného. Z hlediska lidskosti S1 pečuje o umírajícího následovně: *„Snažím se vložit do péče o umírajícího více citu, mluvím na něj tlumeným a vřelým hlasem, jemně se ho dotýkám (pohlazení, držení za ruku) a chovám se empaticky“ (S1).*

S2 uvedla, že o umírajícího na jejich oddělení pečují stejně jako o každého jiného pacienta vzhledem k harmonogramu práce a ordinacím lékaře. S2 řekla: „*Umírající vlastně nic nechce. On nezvoní, nekřičí, jen leží. Ovšem, když přijdu na pokoj, vždy vezmu umírajícího za ruku a promluví na něj vřelým hlasem, jelikož si myslím, že lidé i v tomto stavu vnímají*“ (S2).

S3 přirovnala péči o umírajícího k péči o ostatní pacienty. Dle jejího názoru záleží především na zajištění klidného a vstřícného prostředí, tišení bolesti a citlivějším přístupem.

S4 se v péči o umírajícího zaměřuje na zvýšenou péči o dutinu ústní, polohování, ošetření pokožky, psychickou podporu a zajištění duchovní péče, která je velkým specifikem v zařízení, kde S4 pracuje. Poskytují ji jak samotné sestry, tak řádové sestry, které každý den dochází do hospice. Řádové sestry si s nemocnými povídají a modlí se s nimi. Ovšem není problém vyhovět přání umírajícího, který celý život víru nepraktikuje, ale v období umírání by chtěl, aby byl přítomen zástupce věřících.

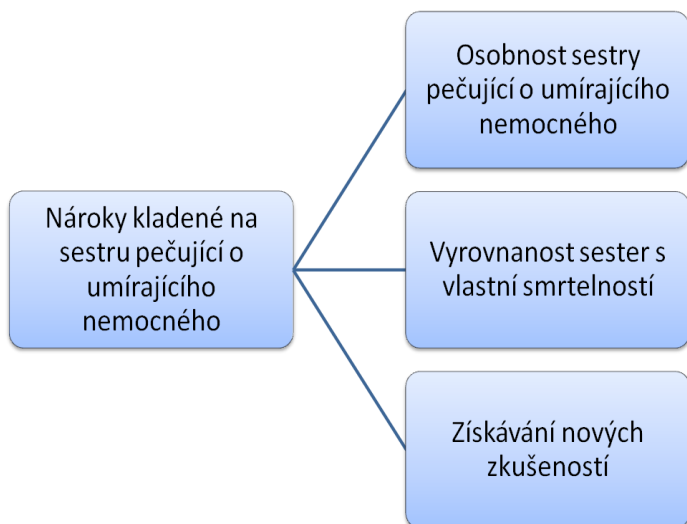
S5 uvedla, že v hospici, kde pracuje, jsou zdravotníci na smrt a umírání více připraveni a přistupují k nemocným s větší empatií. Především sledují nemocného, ale i jeho rodinu. S5 aktivně vyhledává potřeby, které ví, že mohou nastat a nastanou. Následně může včas reagovat a více nemocnému vyjít vstříc. S5 zmínila též znění části ošetřovatelského standardu hospice: „*U umírajících se sedí, alespoň 15 minut, které jsou únosné pro psychiku doprovázejícího. Ale i mimo tento standard, když cítím, že mě umírající potřebuje, posadím se k němu a podpořím ho*“ (S5).

Pro S6 je prvotní snahou to, aby umírající ve finální fázi nebyl sám a současně se stará i o doprovázející rodinu. Pokud se jedná o ošetřovatelskou péči, u umírajícího se omezuje na celkovou hygienu, zvýšenou hygienu o dutinu ústní a při horečce se přikládají chladivé obklady a ledy. S6 popsala, jak umírajícího podporuje: „*Držím ho za ruku a říkám, že co se děje je v pořádku, může v klidu odejít a ať se nebojí, rodina se s tím srovná. S6 mám i zkušenost s tím, že když jim to samé říká rodina, tak umírajícímu velmi pomůže, jsou pak klidnější a možná, že zrovna na tohle čekali*“ (S6).

Kategorie 3 Profesionální nároky kladený na sestru pečující o umírajícího nemocného

Kategorie 3 zabývající se tématem Profesionální nároky kladený na sestru pečující o umírajícího nemocného je zřehledněna ve schématu (Schéma 3).

Schéma 3: Znázornění kategorie 3



Podkategorii 1 jsme označili názvem: **Osobnost sestry pečující o umírajícího nemocného**. Potřebné informace jsme zjišťovali pomocí otázky: „Co se od sestry pracující s umírajícími očekává?“. S1 se domnívá, že sestra by měla být profesionální, empatická, komunikativní a orientovaná v dané problematice.

S2 na otázku odpověděla: „*Sestra by měla umět ovládat své emoce a neměla by je před nemocným ventilovat. Hlavní je snažit se zůstat v klidu, říct si, že v klidu odešel a být tím profesionálem, kterého každý očekává*“ (S2).

S3 považuje za nejdůležitější vstřícný a citlivý přístup k umírajícímu, opatrné zacházení s nemocným, plnění sesterských povinností a potřeb umírajícího.

Odpověď S4 zněla následovně: „*Abych to všechno zvládla. Hlavně je důležité vzdělání, osobnostní vlastnosti, jako je empatie, trpělivost, klid, smíření s vlastní smrtelností a dobrý vztah k lidem*“ (S4).

Dle S5 by sestra měla o umírající pečovat s respektem, ochotou, laskavostí, lidskostí a úctou. Dle S5 je důležité, aby sestra pracující s umírajícími nemocnými měla zkušenosti i z jiných oborů, jelikož se zde setká s onemocněními interními, chirurgickými, gynekologickými, očními a další.

S6 uvedla, že je důležité dokázat odhadnout stav umírajícího a zavčasu oznámit lékaři nastávající smrt nemocného. Sestra by měla být citlivá, trpělivá, tolerantní a zkušená.

Podkategorie 2 se zabývá tématem *Vyrovnanost sester s vlastní smrtelností.*

S1 jednoznačně odpověděla: *„Ne. Nepřemýšlela jsem o tom. Myslím, že to souvisí s věkem, že k tomu musí člověk dospět. Občas se potýkám s panikou, protože smrt vidám často a jindy mě pohltí bezmoc a strach z toho, že to stejně neovlivním, že jednou zemřu. Ale spíš se bojím vyřknutí té diagnózy, která povede k úmrtí“ (S1).*

S2 je s vlastní smrtelností smířena, ale se smrtí svých blízkých a známých nikoli. Uvedla: *„Když to má přijít, tak to přijde a určitě bych se s tím vyrovnala“ (S2).* Následně však projevila obavu ze závažné nemoci, která by v ní vyvolala pocity beznaděje a pláč.

S3 se domnívá, že s vlastní smrtelností vyrovnaná je, ale není si jistá, co se skrývá v jejím podvědomí.

S4 odpověděla podobně jako S2. S4 si myslí, že je smířena s vlastní smrtelností, nicméně uvedla, že neví, jak by jí bylo, kdyby se do podobné situace, jako jsou její klienti, dostala.

S5 je s vlastní smrtelností vyrovnaná. Odpověděla takto: *„Nikdy jsem nad tím tak nepřemýšlela, ale беру smrt jako součást života a týká se každého z nás“ (S5).*

S6 uvedla, že si myslí, že je se smrtí smířená. Podobně jako S1 a S2 projevila obavu z nevléčitelné nemoci a umírání.

Podkategorii 3 jsme nazvali **Získávání nových informací**. Pomocí otázek: „*Pomohl by vám nějaký kurz zabývající se péčí o umírající nemocné a jejich ošetřovatele? Navštívila jste nějaký, a co vám to přineslo?*“ jsme zjišťovali zájem sester o další vzdělávání v podobě kurzů a přínos těchto kurzů. S1 uvedla, že prošla několika kurzy spojenými s péčí o umírající a dokonce se účastnila i stáže v hospici. S1 o těchto kurzech řekla: „*Kurzy pro mě neměly žádný přínos, snad jen, že mě to utvrdilo v mém pohledu na umírání a potvrdila jsem si, že tuto práci dělám dobře*“ (S1).

S2 a S3 projevíly nezájem s kurzy zabývajícími se problematikou péče o umírající. Uvedly, že by je nic spojeného s tímto tématem nezajímalo a v jejich pracovním prostředí by se nové postupy jen těžko uplatňovaly.

S4 uvedla, že se účastnila kurzu „Umění doprovázet“ vedený paní doktorkou Svatošovou, kurzu bazální stimulace a dalších kurzů spojených s péčí o umírajícího a o umění doprovázet. O kurzech se vyjádřila takto: „*Vždy si z kurzu něco odnesu, nějaký nový pohled na danou problematiku, jiné techniky v řešení náročných situací a podobně. Také se ráda seznamuji s jinými zdravotníky z oboru a vyměňujeme si zkušenosti*“ (S4).

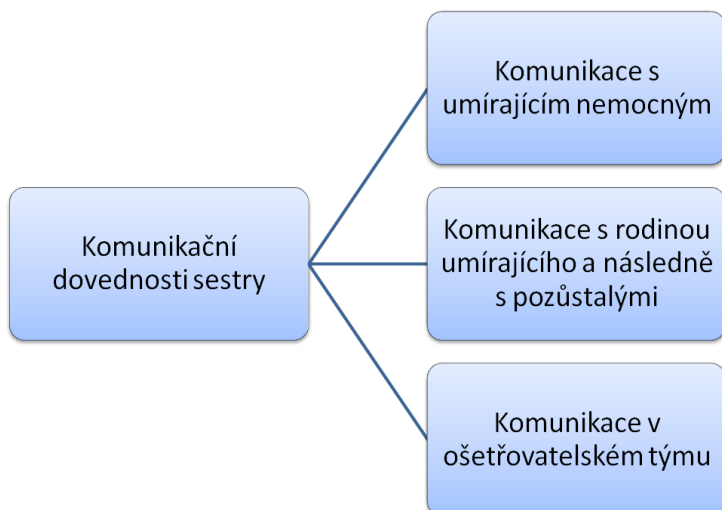
S5 se kurzů pořádaných zaměstnavatelem snaží vždy zúčastnit. Za velmi přínosný považuje nedávný kurz bazální stimulace, ze kterého si mnoho odnesla a teď využívá v péči o umírající nemocné. Například v péči o DÚ oblíbenými jídly a tekutinami.

S6 se ohledně kurzů vyjádřila stejně jako S5. Kurzy považuje za velmi přínosné a většinu pořádaných v hospici navštěvuje a vždy si tam najde, co se jí hodí a užije v péči o umírající.

Kategorie 4 Komunikační dovednosti sestry

Čtvrtá kategorie s názvem Komunikační dovednosti sestry je rozdělena do podkategorií ve schématu (Schéma 4).

Schéma 4: Znárodnění kategorie 4



V podkategorii 1 s názvem **komunikace s umírajícím nemocným** jsme se zabývali problematikou komunikace mezi dotazovanými sestrami a umírajícími. Zajímaly nás specifika komunikace, nejčastější otázky ze strany umírajícího, jak sestra na tyto dotazy reaguje a co si myslí o milosrdné lži. S1 uvedla: „*Umírající už nemluví, ale stále na ně mluvíme a chováme se jako by byl při vědomí. Nemocní hovoří, dokud jsou ještě relativně v pořádku, a to pak mluví o smrti a o tom jakou si ji přeje*“ (S1). Když takto hovoří a chtějí znát sestřin názor, tak ta odpovídá následovně: „*Každý má danou určitou dobu, každému hoří ta svíčka života jinak rychle a až přijde váš čas tak odejdete, ale zatím ten čas nepřišel*“.

S2 postrádá v nemocnici přítomnost duchovního, který by se s umírajícím pomodlil nebo si jen popovídal, jelikož sestry na to nemají čas. O duchovní péči se S2 vyjádřila takto: „*Jistě je možnost kněze zavolat, ale za svou praxi jsem se s tím nesetkala*“ (S2). S2 uvedla, že se na požádání s umírajícím pomodlí nebo jen probere určitou situaci, která je tíží. Sestra se o milosrdné lži vyjádřila jako o záchraně od bolesti pro rodinu umírajícího. S2 pomocí této praktiky ujistí příbuzné, že jejich blízký netrpí.

S3 o komunikaci s umírajícím řekla: „*Umírající většinou už nekomunikuje, ale stále je snaha na něj mluvit, pohladit ho, podržet za ruku a dát mu najevo svou přítomnost a zájem. Pokud jsou nemocní ještě při vědomí, většinou hovoří o tom, že si smrt přejí a čekají na ni. V tomto případě se je snažím uklidnit a ujistit, že nebudou trpět bolestí*“ (S3). V okamžiku, kdy je nemocný se smrtí vyrovnaný už je dle názoru sestry jedno, co mu řekne. Se situací, kdy by se nemocný bál umírání se setra nesetkala a proto nemá představu, jak by nemocného uklidnila a povzbudila. „*Možná by mohla nemocným pomoci víra, ale ta už je asi dávno překonanou skutečností*“ (S3).

S4 uvedla: „*Komunikace s umírajícím je taková obyčejná. Dá se hovořit o problémech, minulosti, o rodině, o dětech, o zálibách. Nejde o to s umírajícím smutnit a plakat, spíš v něm povzbudit uvědomění reality*“ (S4). Pokud se jedná o podávání informací nemocným, termín milosrdná lež dle názoru dotazované sestry do hospice nepatří. S4 řekla: „*Lékaři jsou přímí a jednají na rovinu. Občas je potřeba říkat pravdu po kapkách, ale rozhodně se nemocnému nic nezamlčuje*“ (S4). Nejčastější dotazy ze strany nemocného se týkají bolesti, toho jak dlouho bude umírání trvat a co s nimi bude. Sestra se vždy snaží nemocnému odpovědět a na základě jeho rozumových schopností mu podává informace.

S5 Záleží na tom, zda je nemocný a jeho rodina smířena s diagnózou. Důležité je naslouchat, vnímat a zjistit, v jakém stádiu vyrovnávání nemocný je, a co je zrovna jeho prioritou. „*Komunikace je o naslouchání a snaze vyhovět, především umírajícím*“. *Nejčastěji umírající hovoří o svém životě, vnoučatech, zvířatech a zahradě. Často mají strach ze smrti, neví, co se s ním bude dít, jak to bude probíhat a bojí se bolesti. Snažím se jim vysvětlit, že bolest v některých případech nemusí přijít vůbec, a když přijde, jsou tu způsoby, které ji eliminují, ba úplně odstraní.*“ (S5). Občas se S5 setká s nemocným, který lituje předešlého pobytu v nemocnici, který mu nic nepřinesl, jen ubral čas, který mohl strávit v hospici. V pohodě a v prostředí, kde je tzv. „středem vesmíru“ a ne jen někým, kdo svou přítomností obtěžuje. S5 se o milosrdné lži vyjádřila následovně: „*Snažím se milosrdnou lež nepoužívat, jelikož do hospice nepatří. Je snaha na cílenou otázku pravdivě odpovědět*“ (S5).

S6 se domnívá: „*Je důležité ujišťovat umírajícího i jeho rodinu, že na to nejsou samy a já jsem tu od toho, abych jim pomohla*“ (S6). Ze zkušenosti S6 uvedla, že umírající často rekapituluji svůj život a hledají odpuštění, za to, čeho se během života dopustili. K tomuto účelu slouží duchovní péče, kde lidé mohou nalézt odpuštění a pochopení. S6 milosrdnou lež neuznává, je to pro ni lež jako každá jiná a do hospice nepatří.

Podkategorii 2 jsme pojmenovali **Komunikace s rodinou umírajícího a následně s pozůstalými**. Prostřednictvím otázky „Jak probíhá komunikace s rodinou?“ jsme zjišťovali nejčastější bariéry komunikace a zásady správného přístupu k příbuzným a pozůstalým. S1 se ze strany příbuzných nejčastěji setkává s šokem z nečekaného úmrtí, následným nevděkem a obviňováním za nastalou situaci. Ale jak sama podotkla: „*Jsou i světlé momenty, kdy pozůstalý po čase přijdou a poděkují za péči, kterou jsme jejich blízkému poskytovali*“ (S1).

S2 nevidí problém v komunikaci s rodinou. Snaží se k nim být milá, ohleduplná, a pokud chtějí nějaké informace, odkáže je na lékaře. Ze zkušeností S2 vyplývá, že rodinu vždy zajímá, jak nemocný zemřel. Proto se je vždy snaží uklidnit, že netrpěl.

S3 uvedla, že asi v 70 % případů se setkává s obviňováním ze strany rodiny za zhoršení stavu jejich blízkého. O příbuzných se S3 vyjádřila takto: „*Většinou jsou to právě lidé, kteří se moc o svého blízkého nezajímají a tímhle si chtějí dokázat, že mají o nemocného také zájem. Hlavně, že jsou veškeré problémy svedeny na ošetrovatelský personál*“ (S3).

S4 mluvila o potížích s nesmířenými příbuznými, kteří nevědí, jak si se svými pocity poradit. Dotazovaná sestra se jim snaží pomoci následovně: „*Nabídnu jim, že si s nimi popovídám a pomůžu jim nalézt řešení jejich problému*“ (S4).

S5 popsala komunikaci s rodinou umírajícího takto: „*Není tak stresující kontakt s umírajícím, ale s potencionálními pozůstalými, kteří nejsou smířeni se smrtí svého blízkého. Osobně se snažím jejich myšlenky odvést od umírání a bolesti. Mluvím s nimi o rodině a zálibách*“ (S5).

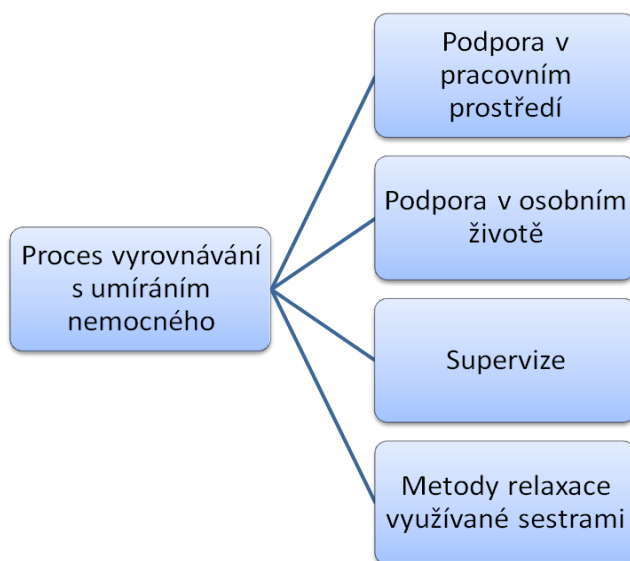
S6 se domnívá, že velký důraz by měl být kladen na rodinu umírajícího, která potřebuje ujistit, že je tu sestra také pro ně a pomůže jim se smrtí vyrovnat. S6 se často setkává s šokem doprovázejících příbuzných, kteří mají zkušenosti s nemocniční péčí, kde byly jen na obtíž, a báli se na cokoli zeptat. V hospici jsou mile uvítáni, je jim vše vysvětleno a mají možnost si kdykoli s kýmkoli promluvit o svých problémech.

Podkategorii 3 jsme nazvali **Komunikace v ošetřovatelském týmu**. Zjišťovali jsme úroveň komunikace v pracovním kolektivu. Všichni probandi se shodli na tom, že se jejich komunikace v týmu zaměřuje především na běžné předávání služby a informací o nemocných. Mimo jiné též hovoří o svých osobních problémech a o mimořádných situacích, pro které hledají řešení. Takovými situacemi jsou, jak uvedla S1: „*Když se jedná o mimořádnou událost ve smyslu, že umírající je vyděšený, bojí se, tak se zdravotnický personál radí o tom, co pro něj udělat a mají větší potřebu o tom mluvit, hledat východisko a vyventilovat své pocity*“ (S1).

Kategorie 5 Proces vyrovnávání s umíráním nemocného

Schéma 5 znázorňuje kategorii 5 s názvem Proces vyrovnávání s umíráním nemocného (Schéma 5).

Schéma 5: Znázornění kategorie 5



Podkategorii 1 jsme pojmenovali, **Podpora v pracovním prostředí**. Na otázku: „*Jak byste popsala podporu ve svém pracovním prostředí?*“ S1

odpověděla: „*Mám možnost otevřeně o potíží spojených s umíráním pacienta hovořit. Vím, na koho se můžu obrátit*“ (S1). Konkrétně uvedla staniční sestru, která ji vždy pomůže a je tam pro ni.

S2 a S3 uvedly, že na jejich pracovišti cítí velkou podporu vzhledem k náročnosti práce a počtu pacientů. V pracovním kolektivu jsou spokojené a všechny sestry při sobě stojí a podporují se.

S4 je ve svém pracovním prostředí spokojená. Nadřízení mají pochopení, zdravotnický personál se mezi sebou podporuje a nejsou zde přítomné žádné konflikty. Sestry jsou schopny probírat pracovní problémy, ale i osobní potíže a radosti. O podpoře od nadřízených se S4 vyjádřila takto: „*Máme možnost využívat různých pobytů, které jsou zaměřené na prevenci SV, také máme k dispozici masáže, různé sauny, plavání a návštěvy divadla. Je možné se s jakýmkoli problémem obrátit na vedení a vrchní sestra nám vyjde vždy vstříc*“ (S4).

S5 se domnívá, že vztahy v kolektivu fungují velmi dobře. Vedení je funkční a ochotné kdykoli pomoci. Komunikace funguje, jak s vedením, tak s kolegy na pracovišti.

Dle S6 je v hospici velmi dobrý kolektiv. Funguje zde týmová práce. Ředitel má pro potíže spojené s touto prací pochopení a snaží se udržet své zaměstnance ve formě a dopřává jim různé zájezdy a odpočinkové pobyty. Sestra je se svými kolegy spokojená.

Podkategorie 2 nese název **Podpora v osobním životě**. V této podkategorii jsme se zabývali tím, zda probandi hledají pomoc v procesu vyrovnávání s umíráním či umírajícím nemocným v rodině nebo u přátel. S1 doma o práci nehovoří. S úmrtím se vyrovnává sama.

O práci S2 doma nehovoří, protože dle jejího názoru by vlastně z práce neodešla. Uvedla: „*Děti chtějí vidět šťastnou a veselou mámu a manžela to ani nezajímá, nebo to spíše nedokáže pochopit a poradit*“ (S2).

S3 se domnívá, že už dospěla k období, kdy se prací doma moc nezabývá. Uvedla: „*Spíše jde o to, abych si doma odpočinula, protože jestli se budu*

doma zabývat prací, tak by to bylo, jako bych z práce ani neodešla“ (S3).

S4 doma o práci nehovoří. Nechce tyto problémy zatahovat do rodiny, ani s nimi obtěžovat.

S5 řekla: *„Je potřeba mít doma funkční rodinu, která mě podpoří, ale s problémy se doma nesvěřuji. Raději je proberu s kolegy v práci, kteří mi rozumí“ (S5).*

S6 o práci doma nehovoří. Vysvětlila: *„Mají dost vlastních starostí a já ty své mám s kým probrat“ (S6).*

Podkategorii 3 jsme nazvali **supervize**. Zajímalo nás, jaké mají probandi zkušenosti se supervizí a zda si myslí, že je potřebná. S1 se supervizi několikrát účastnila, naposledy minulý rok. Podrobil se jí jednotlivě celý kolektiv. S1 supervizi popsala takto: *„Supervizor se ptal, co mě k této práci motivuje či demotivuje, ptal se na konkrétní situace, které bych s ním chtěla probrat. Spíš to bylo zaměřené obecně na demotivující stránku práce se starými lidmi“ (S1).*

S2 nemá přímé zkušenosti se supervizí. K dispozici jsou jim ošetřovatelské standardy, které si přečtou a na případné nesrovnalosti se doptají. S2 se setkala se semináři, ve kterých probírali nejčastější problémy sester při výkonu své profese. O těchto seminářích řekla: *„Ukážou nám ideál, jak by ta péče měla vypadat, ale nakonec stejně využíváme ten standard“ (S2).*

S3 nevěděla, co to supervize je a po vysvětlení uvedla, že s ní za dobu své praxe nesetkala. Dle jejího názoru na to není čas.

S4 uvedla, že pokus o supervizi zde byl, ale zaměstnanci o to neměli zájem, jelikož jsou toho názoru, že kvalitní supervizi provádí mezi sebou, když o problémech hovoří a hledají společně řešení. Poslední supervize probíhala následovně: *„Při poslední supervizi byla přítomna psychologka, ale myslím, že máme mnoho zkušeností a dokážeme si navzájem pomoci sami. Asi byl problém také v tom, že jsme byli při supervizi přítomni všichni a někteří se báli mluvit“ (S4).*

V zařízení, kde S5 pracuje, momentálně není supervize praktikována, ale zaměstnanci o ni ani nemají zájem, jelikož formu supervize provádí mezi sebou. Sestry řeší problémy, které nastanou hned a společně hledají východisko nebo řešení problému. Sestra též uvedla, že dle jejího názoru za nezdařilou supervizi mohla i nezkušená supervizorka, která na úvod sdělila, že se s umírajícím za život nesetkala a neví, co to obnáší.

S6 popisovala zkušenosti se supervizí následovně: *„Ze začátku fungování hospice se supervize dělala, ale neujala se, jelikož jsme se usnesly, že to není třeba. Samy mezi sebou děláme určitou formu supervize. Kdykoli se objeví nějaký problém, tak hledáme společně řešení a snažíme si pomoci“* (S6).

Podkategorii 4 jsme přiřadili název **Metody relaxace využívané sestrami**. Náš záměr byl, zjistit jakým způsobem probandi relaxují. S1 uvolnění nachází v háčkování, které jí nedovoluje na nic jiného myslet. Relaxuje spíše aktivně, například při domácích pracích, výletech nebo procházkách.

Největší relaxací je pro S2 četba válečné literatury. Uvedla: *„Uvědomím si tak, že může být i hůř. Dalším způsobem relaxace jsou pro mě procházky v přírodě a hledání jejich krás“* (S2).

S3 pro uvolnění a relaxaci využívá meditace a velmi ráda chodí cvičit. Velkým odreagováním je pro sestru její rodina, se kterou často jezdí na výlety.

S4 ráda chodí na procházky s rodinou, do divadla a na koncerty, na masáže a plavat.

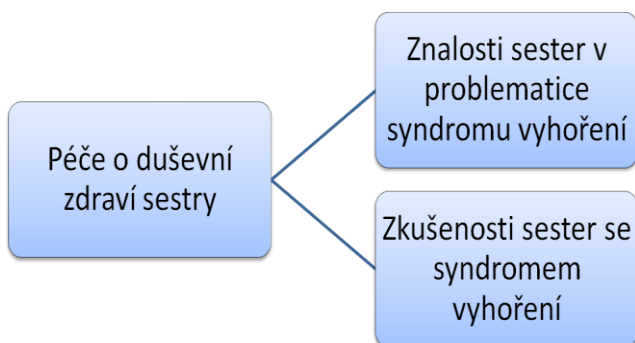
S5 v létě často a ráda chodí do lesa a houbaří. Preferuje fyzickou relaxaci, nevyhledává společnost, spíše je pro ni relaxací klid a ticho, které nachází doma na samotě.

S6 relaxuje pomocí aktivní relaxace. Uvedla: *„Celá rodina jsme sportovně založení. Hodně běháme, jezdíme na kole po Šumavě a v zimě lyžujeme“* (S6).

Kategorie 6 Péče o duševního zdraví sestry

Šestá kategorie, která je pojmenována Péče o duševní zdraví sestry, je uvedena ve schématu (Schéma 6).

Schéma 6: Znárodnění kategorie 6



Podkategorii 1 jsme pojmenovali **Znalosti sester v problematice syndromu vyhoření**. V této podkategorii jsme se dotazovali sester na definici a příznaky syndromu vyhoření. Pro S1 je syndrom vyhoření známým tématem. Uvedla, že se jedná o postupnou ztrátu zájmu o práci, která vede až k zanedbávání pracovních povinností.

S2 uvedla: „*Vím, co je syndrom vyhoření a znám i příznaky. Člověk přestává mít zájem o práci a každá myšlenka na ni je pro něj stresující. Myslím si, že jsem schopná to na každém poznat*“ (S2). Dle S2 by každý zdravotník měl mít základní znalosti o syndromu vyhoření, jelikož se tento problém může týkat všech.

S3 řekla: „*Syndrom vyhoření je na tomhle oddělení nevyhnutelný a vnímá ho každý, kdo tu pracuje na plný úvazek, tedy i já. Projevuje se hlavně nechutí k práci a negativními emocemi*“ (S3). S3 uvedla, že právě zdravotnické povolání je jedno z nejnáchylnějších zaměstnání směřujících k syndromu vyhoření. Ale až po nástupu do zaměstnání si uvědomila, proč tomu tak je.

S4 o syndromu vyhoření řekla: „*Je to především nezájem o práci a nechut k ní. Projevuje se velmi silnými a negativními emocemi, které jsou často směřované na jinou osobu*“ (S4).

S5 syndrom vyhoření definovala jako pocity únavy a neochoty k pacientům.

S6 popisuje syndrom vyhoření slovy: „*Jsou to hlavně negativní emoce, odpor k práci, bolesti žaludku před odchodem do práce a nepříjemné chování k lidem*“ (S6).

Podkategorie č. 2 nazvaná **zkušenosti sester se syndromem vyhoření** se zabývá osobními zkušenostmi probandů se syndromem vyhoření. Zajímaly nás příznaky, které se u nich projevovali, jak to řešily a jaké využívají preventivní opatření. S1 má vlastní zkušenost se syndromem vyhoření. Uvedla, že se u ní projevila počáteční fáze. Řekla: „*Těžko se mi chodilo do práce, obtěžovalo mě vše, co pacienti chtěli. Musela jsem si dávat pozor, abych byla stále na nemocné milá, ale vyčerpávalos to. Chodila jsem do práce s pláčem, cítila se unavená a přemáhala se k jakékoli činnosti*“ (S1). Řešením bylo podání výpovědi a odchod z práce. Téměř půl roku byla S1 doma a za pomoci psychologa a medikace se jí podařilo s touto situací vyrovnat.

S2 vlastní zkušenost se syndromem vyhoření nemá, ale u jiných pracovníků se s ním setkala. Jejím názorem je: „*Když sestra ztrácí zájem o práci a nebaví jí, co dělá, tak ať odejde jinam, vyzkouší práci na jiném oddělení a zachrání sama sebe od konečného syndromu vyhoření*“ (S2).

S3 uvedla, že na sobě pozoruje příznaky vyhoření, které následně popsala slovy: „*V práci vidím jen rutinu a stres z toho, že svou práci nestihnu. Cítím na sobě, že hůř ovládám emoce a jsem smutná z toho, jak to ve zdravotnictví funguje*“ (S3). Dle jejího názoru samotnému průběhu nejde zabránit, takže se o to ani nesnaží. S problémy, které na sobě S3 pociťuje, se svěřuje svým kolegyním a společně se o tomto tématu radí a svěřují s vlastními zkušenostmi.

S4 si není vědoma žádných příznaků syndromu vyhoření, ani nikdy nezažila nikoho, kdo by měl podobné problémy. S4 se před vyhořením chrání tím, že si nenosí práci domů, relaxuje, je pro ni velmi důležitá rodina, přátelství a víra.

S5 uvedla, že se syndromem vyhoření se v nynějším zaměstnání nesešla, ale na jiném pracovišti a u sebe ano. Osobní zkušenost popsala takto:

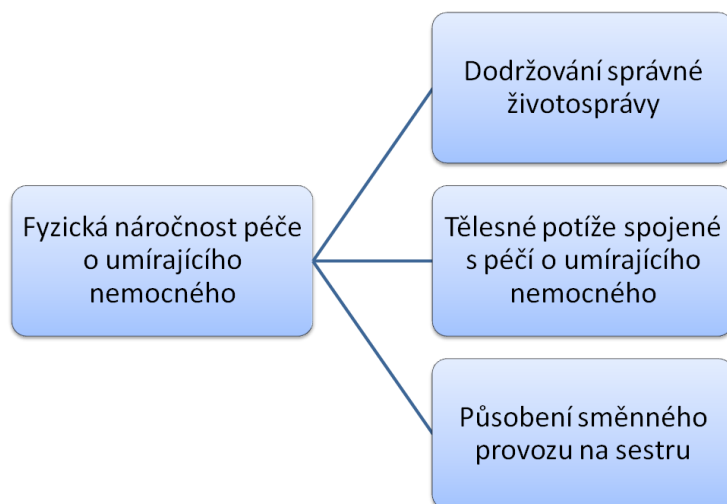
„Na sobě jsem cítila hlavně únavu a neochotu k pacientům. Myslím, že důležité bylo uvědomit si, že mám problém a nalézt odvahu ke změně zaměstnání“ (S5). Většinou na tento problém upozorní kolegové či známý. V tuto chvíli sestra neví, jak se chránit před vyhořením. Uvedla: „Asi tím, že přijde jaro“ (S5).

S6 určité příznaky syndromu vyhoření zažila v předešlém zaměstnání, které definovala následovně: „Začala jsem být negativní, do práce se mi nechtělo, měla jsem bolesti žaludku před odchodem do práce, snažila jsem se, aby to na mě nikdo nepoznal, měla jsem nutkání být nepříjemná na lidi a na své okolí“ (S6). S6 to vyřešila odchodem ze zaměstnání. Momentálně je se svou prací velmi spokojená a naplňuje ji. Obává se, že postupem času by se projevy vyhoření mohly znovu objevit. V tomto případě si sestra není jista, co by dělala.

Kategorie 7 Fyzická náročnost péče o umírajícího nemocného

Schéma popisuje kategorii 7, zabývající se tématem Fyzická náročnost péče o umírajícího nemocného (Schéma 7).

Schéma 7: Znázornění kategorie 7



Podkategorie 1 s názvem **Dodržování správné životosprávy** se zabývá problematikou stravování, pohybu a odpočinku. Zajímala nás míra dodržování těchto podmínek správné životosprávy pro udržení zdraví dotazovaných sester. S1 se snaží životosprávu dodržovat. Zdravě se stravuje, pravidelně chodí na vycházky, jezdí na výlety s rodinou a na kole.

S2 uvedla, že ráda jí a musí mít při jídle klid. Uvědomuje si, že její životospráva není optimální, ale snaží se to kompenzovat sportem.

S3 řekla: „*Zásady správné životosprávy nedodržuji. Samozřejmě se snažím zdravě jíst a cvičit, ale není to pravidlem*“ (S3).

S4 se správnou životosprávou snaží dodržovat. Zdravě se stravuje a má dostatek pohybu. Problém však vidí v nevyspaní, jelikož dojíždí do práce, musí brzy vstávat a starat se o rodinu.

S5 odpověděla: „*To při směnném provozu ani nejde. Režim je nerovnoměrně rozložený a nelze správné životosprávy docílit*“ (S5).

S6 je velmi sportovně založená a její jídelníček se skládá ze zdravých jídel. Využila pomoci dietologa, když hledala způsob, který by jí vyhovoval během nočních směn. Dietolog pro ni našel způsob, kterým se během noční směny může stravovat a naprosto jí to vyhovuje. Prozradila, že se jedná o proteinovou kaši, kterou si dá večer a ráno sní proteinovou tyčinku, takže jde spát s minimálním obsahem žaludku a vstává s energií.

Podkategorii 2 jsme nazvali **tělesné potíže sestry spojené s péčí o umírající nemocné**. Zaměřili jsme se na tělesné projevy zátěže vyplývající z pečování o umírající nemocné. S1 by s péčí o umírajícího fyzickou zátěž výlučně nespojovala, jelikož například polohování se týká nejen umírajících. Práce se starými lidmi obnáší velkou zátěž spočívající v manipulaci s nimi. Sestra uvedla, že ji v souvislosti s prací často bolí kyčle a klouby.

S2 na sobě nevnímá žádné projevy fyzických problémů spojených s péčí o umírajícího nemocného.

S3 na sobě zatím žádné výrazné potíže spojené s namáhavou prací nepocituje. Nebo jak sama uvedla, si je ani nepřipouští.

S4 uvedla jako problém, který ji trápí, únavu z nevyspaní a zeslábnost.

S5 uvedla, že na sobě pocituje zhoršení zdravotního stavu ve spojitosti s lupenkou, která ji trápí od doby, kdy začala pracovat v hospici.

S6 uvedla, že někdy trpí bolestmi zad, které řeší docházením na masáže.

V podkategorii 3 jsme se zaměřili na **Působení směnného provozu na sestru**. Zjišťovali jsme pomocí otázky: „Jak na vás působí směnný provoz?“ problémy, které s sebou směny přináší. S1 uvedla, že vzhledem ke svému úvazku nemá s nočními směny zkušenost. Dvanáctihodinové směny jí vyhovují, jelikož má pak více volna. Během směny má dostatek prostoru se najíst a v klidu si odpočinout.

S2 hůře snáší noční směny, což vysvětlila následovně: „*Po příchodu domů musím fungovat ještě jako rodič a stane se, že nespím i 30-34 hodin. Protože v práci ze sebe vydávám maximum, cítím se po každé směně velmi unavená, a kdyby bylo více personálu, práce by byla určitě snazší*“ (S2). Během směny si většinou S2 nemá možnost odpočinout, jediné při obědě, nebo když si spolu s kolegy vyšetří půlhodinu odpoledne na pauzu, aby si mohli popovídat a na okamžik se oprostít od práce.

S3 uvedla problémy s nevyspáním, které následně vysvětlila: „*Během směny často nemám prostor si odpočinout. Většinou jen o víkendu se podaří hodinu vyšetřit a posedět, ale není to pravidlem*“ (S3).

Směnný provoz je pro S4 náročný. Jako hlavní problém uvedla nevyspání a únavu. Během směny má čas si odpočinout a v klidu se najíst, jelikož je na oddělení dostatek personálu, který ji na chvíli zastoupí.

S5 řekla: „*Jsem velmi unavená, a když se naskytnou interní potíže, nejsem schopná je v tomto provozu srovnat*“ (S5).

S6 uvedla: „*Dvanáctky mi vyhovují více než třísměnný provoz, protože mám více volného času. I když je frmol, vždy se na jídlo s ostatními vystřídáme*“ (S6). Během směny má S6 čas si odpočinout a v klidu se najíst.

6 Diskuze

V této kapitole bychom chtěli docílit interpretace a shrnutí výsledků a jejich následné uvedení do souvislosti s teoretickou částí práce. Výzkumné šetření realizované v rámci naší bakalářské práce, bylo zpracováno se třemi sestrami z interního oddělení nemocnice a třemi sestrami ze zařízení hospicového typu. Informace, které nám probandi poskytli, jsou charakteristické pouze pro náš sledovaný soubor a nedají se považovat za plošné.

Sběr dat pro naše výzkumné šetření probíhal se sestrami v běžném provozu nemocnice a hospice. Rozhodli jsme se tak, jelikož se domníváme, že péče o umírajícího je v nemocničním prostředí odlišná od péče poskytované v zařízení hospicového typu. Rozhovory se sestrami jsme prováděli jednotlivě nezávisle na sobě, aby nedošlo k ovlivňování odpovědí. Během rozhovoru jsme se pomocí polostrukturovaných otázek zaměřovali na zkušenosti sester s umírajícím nemocným, zátěž kladenou na sestry a na způsoby, jakými tuto zátěž zvládají. Zdravotnické povolání je velmi náročné a kontaktu s umírajícím nemocným se vyhne jen málokterá sestra. Proto jsme si pro naše výzkumné šetření vybrali sestry pracující na interním oddělení a v hospici, jelikož se velmi často s umírajícími setkávají. Na začátku je třeba uvést, že všichni námi oslovení probandi se již dostali do kontaktu s umírajícím a pečovali o něj.

V první řadě nás zajímaly zkušenosti probandů s umírajícími. Všechny dotazované sestry uvedly, že se s umírajícím setkávají velmi často. S4-S6, které pracují v hospici, ani o jiné nemocné nepečují. Na druhou stranu nás překvapila častost, s jakou se S2 a S3 s umírajícími setkávají. S3 uvedla, že se jedná dokonce o 50 % hospitalizovaných na jejich oddělení.

Prvním cílem práce jsme stanovili: Zjistit činitele působící na sestru při kontaktu s umírajícím nemocným. Výzkumnou otázkou související s tímto cílem jsme zkoumali: Jací činitelé působí na sestru při kontaktu s umírajícím nemocným? Péče o umírající je dle Komačkové (2009) náročná po stránce psychické, fyzické a sociální. Po psychické stránce se zátěž projevuje hlavně častým vznikem syndromu vyhoření, v tělesné oblasti

se jedná především o zátěž ve smyslu práce s imobilními nemocnými a v sociální sféře dochází k sociální izolaci (Komačková, 2009). Námi dotazované sestry s názorem Komačkové sympatizovaly a zátěž související s péčí o umírající si uvědomují. S1 – S6 se shodly na tom, že nejvíce je jejich práce náročná po psychické stránce. V souvislosti s psychickou zátěží nás zajímala informovanost dotazovaných sester v problematice syndromu vyhoření. Předpokládali jsme, že sestry budou znát základní příznaky a uvedou vlastní či jinou zkušenost se syndromem vyhoření. Sestry se v dané problematice orientují velmi dobře. Shodly se na tom, že syndrom vyhoření je postupná ztráta zájmu o práci, která vede až k jejímu zanedbávání a převládání negativních emocí cílených na nemocné i blízké okolí sestry. S1, S2, S3, S5 a S6 uvedly zkušenosti se syndromem vyhoření. Vlastní zkušenost mají S1, S3, S5 a S6. S2 se s vyhořením setkala jen u jiného zdravotníka a pouze S4 nemá se syndromem vyhoření žádné zkušenosti. S3 dokonce uvedla, že na sobě v současné době pozoruje příznaky vyhoření, které popsala slovy: *„V práci vidím jen rutinu a stres z toho, že svou práci nestihnu. Cítím na sobě, že hůř ovládám emoce a jsem smutná z toho, jak to ve zdravotnictví funguje“* (S3). Další oblastí náročnosti péče o umírajícího je fyzická zátěž. Domnívám se, že sestry pracující na interním oddělení v nemocnici považují svou práci za fyzicky náročnější než sestry pracující v hospici, kde jsou na péči o umírající zaměřeni. K mému překvapení tomu bylo naopak. S1-S3 neudávaly žádné potíže spojené s péčí o umírajícího nemocného, ale S4-S6 popisovaly především únavu, zesláblost, bolesti zad a zhoršení zdravotního stavu. K sociální zátěži se sestry vyjádřily velmi podobně. Dotazované sestry se snaží v osobním životě práci neřešit a věnují se naplno svým rodinám.

Ve spojitosti s výše uvedenou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jak na dotazované sestry působí akutní a očekávané úmrtí, a které je pro ně více stresující. S1, S2, S4 a S5 se shodly na tom, že je pro ně horší akutní úmrtí nemocného, jelikož je spojeno s šokem a nepřipraveností. Na druhou stranu očekávané úmrtí je sestrami vnímáno lépe, protože se na něj mohou připravit. Opačného názoru jsou S3 a S6, které akutní úmrtí vnímají jako vysvobození od prodlužování umírání. Zaujal nás názor S6: *„A možná je to*

pro něj lepší, že se netrápil a nečekal na svůj konec v bolestech a strachu“ (S6). Jako další činitele, které působí na sestry v péči o umírajícího, probandí uváděli kontakt se samotným umírajícím, jeho rodinou, věk a osobnost umírajícího.

Další výzkumnou otázkou vztahující se k prvnímu cíli byla: Jaké jsou kladeny nároky na sestru v péči o umírajícího nemocného? Právě sestra je hospitalizovanému pacientovi nejbližší a jsou na ni kladeny vysoké nároky, mezi něž patří odbornost, komunikační schopnost, zralost, trpělivost a psychická i fyzická zdatnost (Novotná a Valentová, 2011). Tytéž dovednosti popisovaly i námi dotazované sestry. V podkategorii, zabývající se osobností sestry, jsme se od sester dozvěděli, jaké vlastnosti by pečující měla mít. Jsou jimi například: profesionalita, empatie, komunikativnost, vzdělanost, vstřícnost, spolehlivost, trpělivost a laskavost. S5 považuje za důležité, aby sestra měla zkušenosti i z jiných oborů, než je paliativní medicína, jelikož se u umírajícího může setkat s onemocněním interním, chirurgickým, gynekologickým, očním aj. Dále jsme v oblasti námi zvolené výzkumné otázky zjišťovali míru vyrovnanosti sester s vlastní smrtelností. Tuto otázku jsme do výzkumu zařadili proto, jelikož se domníváme, že se jedná o hlavní podmínku k poskytování kvalitní péče umírajícím. S1 s vlastní smrtelností smířena není, na druhou stranu S2 až S6 si všudypřítomnost smrti uvědomují a jsou s ní smířeny, nicméně projevíli obavu ze závažné diagnózy, následného umírání a bolesti. Jelikož je v dnešní době kladen důraz na vzdělanost sester, zajímalo nás v podkategorii získávání nových informací, zda se sestry účastní seminářů či kurzů zabývajících se problematikou péče o umírající a jejich pečovatele. Považujeme za důležité další vzdělávání a zájem o nové postupy v problematice paliativní péče. S4-S6 aktivně vyhledávají a navštěvují kurzy pořádané jejich zaměstnavatelem, vždy v programu naleznou, co je zajímavé a následně poznatky uvádějí do praxe. S1 kurzy nevyhledává, jelikož je toho názoru, že se nic nového nedozví. S2 a S3 projevíly nezájem o tyto kurzy, protože je nejsou schopny ve svém pracovním prostředí realizovat.

Jak už bylo uvedeno, sestra je umírajícímu nemocnému nejbližší, a proto jsou na ni kladeny nároky též v oblasti komunikačních dovedností.

Souhlasíme s názorem Ralbovské (2007), která ve své publikaci uvedla, že nedirektivní, empatický rozhovor a fyzický kontakt poskytuje umírajícímu citovou podporu a vědomí, že mu sestra je k dispozici jako člověk a ne jen jako ošetřující personál (Ralbovská, 2007). Pro větší přehlednost jsme tuto problematiku rozdělili do podkategorií s názvy: komunikace s umírajícím, jeho rodinou a v ošetrovatelském týmu. V podkategorii zabývající se komunikací s umírajícím nás zajímali nejčastější otázky ze stran umírajících, a zda jsou sestry schopny na tyto dotazy odpovědět. Z vlastní zkušenosti jsem očekávala, že sestry budou uvádět potíže právě s komunikací s umírajícím, ale k mému překvapení sestry nemají problém s ním hovořit a nevyhýbají se tomu. Z jejich odpovědí bylo patrné, že se s umírajícími setkávají často a na typická témata, jakými jsou smrt, bolest a strach jsou připraveny. Sestry používají různá přirovnání ke smrti, jako například S1: *“Každý má danou určitou dobu, každému hoří ta svíčka života jinak rychle a až přijde váš čas tak odejdete, ale zatím ten čas nepřišel“*. Obavy z bolesti se snaží sestry odstranit ujištěním umírajícího, že mají k dispozici dostatek analgetik a takové způsoby, které bolest minimalizují či zcela odstraní. Sestry pracující na interním oddělení si ztěžovaly na nedostatek času, který by měly umírajícímu věnovat. Naopak sestry v hospici právě komunikaci s umírajícím přidělují největší význam a vzhledem k organizaci práce si mohou dovolit s nemocným třeba jen posedět. Žádná sestra se ve spojitosti s komunikací nezmínila o bazální stimulaci, která je dle mého názoru pilířem nonverbální komunikace. Nicméně S1 – S6 uvedly, že nonverbální komunikace je velmi důležitá a projevují ji podáním ruky nemocnému, pohlazením, úsměvem či pohledem do očí. V další podkategorii s názvem komunikace s rodinou umírajícího a následně s pozůstalými jsme zjišťovali nejčastější problémy uváděné sestrami a způsob jakým je řeší. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že sestry se často setkávají s šokem a nesmířenými příbuznými, kteří dávají vinu zdravotnickému personálu za zhoršení stavu jejich blízkého či za jeho smrt. V takovém případě se sestry snaží rodinu uklidnit, dají příbuzným najevo svou přítomnost a ochotu si o nastalé situaci promluvit. Myslím si, že kontakt s rodinou umírajícího je hlavně o dostatku času, vstřícnosti, ochotě a komunikaci. Důležitým

nárokem kladeným na sestru v péči o umírající je spolupráce v ošetrovatelském týmu. Za tímto účelem jsme zjišťovali subjektivní spokojenost dotazovaných sester v pracovním kolektivu a úroveň komunikace vedené mezi nimi. S1 – S6 jsou v kolektivu, ve kterém pracují spokojeny a shodly se na tom, že jejich komunikace v týmu se zaměřuje především na běžné předávání služby a informací o nemocných. Mimo jiné též hovoří o svých osobních problémech a mimořádných situacích, pro které hledají řešení. Takovými situacemi jsou například: vyděšený či neklidný nemocný.

Způsoby, jakými se sestry vyrovnávají se zátěží v péči o umírajícího nemocného, byly předmětem druhého cíle. K tomuto cíli jsme si stanovili výzkumnou otázku: Jak se sestry vyrovnávají s umíráním nemocného? O'Connor a Aranda (2005) ve své publikaci uvádějí následující zásady: dbát na správnou výživu, naučit se meditovat, nebát se projevit vlastní emoce a smutek, pravidelně cvičit, udržovat smysl pro humor, diskutovat o pracovních problémech s kolegy, mít dostatek volného času, umět se v domácím prostředí oprostít od práce a chodit do přírody (O'Connor a Aranda, 2005). Dovolíme si souhlasit s těmito zásadami a současně uvést, že se stejným názorem jsme se setkávali i u našich probandů. V rámci výše uvedené výzkumné otázky nás zajímala podpora sester v pracovním a osobním životě. S1 až S6 mluvily o pracovním prostředí jako o funkčním. Sestry se ve svém kolektivu cítí dobře, nemají mezi sebou potíže o problémech souvisejících s péčí o umírající hovořit a hledat společně řešení. Sestry pracující v hospici popisovaly velkou podporu ze stran nadřízených, kteří jim vycházejí vstříc a poskytují svým zaměstnancům různé odlehčovací služby. S4 uvedla: *„Máme možnost využívat různých pobytů, které jsou zaměřené na prevenci SV, také máme k dispozici masáže, různé sauny, plavání a návštěvy divadla. Je možné se s jakýmkoli problémem obrátit na vedení a vrchní sestra nám vyjde vždy vstříc“ (S4)*. V rámci podpory v osobním životě nás zajímalo, zda sestry o své práci mají potřebu hovořit se svou rodinou nebo přáteli. Probandi se jednoznačně shodli na tom, že o práci doma nehovoří, jelikož nechtějí těmito problémy obtěžovat rodinu a mají dostatek prostoru probrat tyto starosti v práci

s kolegy, kteří danému problému rozumí. Jako další důležitou součást procesu vyrovnávání s úmrtím nemocného považují supervizi. Často se s ní setkávám při studiu zdravotnické profese a pomáhá mi nalézat cestu, jak si poradit s pocity, které mne tíží. Vévoda (2013) uvádí, že supervize označuje časový prostor, při kterém sestra se supervizorem hovoří o své práci. Cílem je vyjádřit nadšení či zadržované negativní emoce spojené s péčí o umírající (Vévoda, 2013). Překvapivé bylo, že sestry mají s kvalitní supervizí málo zkušeností a projevují nezájem o tuto metodu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že supervize je pro sestry známým tématem, až na S3, která nevěděla, co obnáší a po vysvětlení uvedla, že se s ní nikdy nesešla. S1, S2, S4, S5 a S6 zkušenosti se supervizí mají, ale neprojevili o ni zájem. Dle jejich názoru provádí vlastní formu supervize, při které stačí o problémech hovořit s kolegy a společně hledat řešení. Dále považujeme v procesu vyrovnávání s umíráním nemocného za zásadní umět se od práce oprostit a relaxovat. V podkategorii nazvané Metody relaxace využívané sestrami jsme se zaměřili na způsoby, jakými sestry relaxují. K našemu překvapení sestry využívají spíše aktivní relaxaci prostřednictvím domácích prací, výletů, procházek a sportu. Výjimkou byla pouze S2, která nalézá odreagování v četbě knih a jak doslova uvedla: „*v krásách přírody*“ (S2).

Další výzkumnou otázkou, která se vztahuje k druhému cíli zabývající se způsoby vyrovnávání se zátěží sestrami v péči o umírající nemocné, je: Jak sestry pečují o své duševní a fyzické zdraví? Nejčastějším problémem objevujícím se u sester pečujících o umírající nemocné je již dříve zmiňovaný syndrom vyhoření. K zodpovězení výzkumné otázky jsme zjišťovali míru preventivních opatření využívaných sestrami. Odpovědi sester byly velmi rozmanité. S5 a S6 nedokázaly uvést způsob, jakým syndromu vyhoření předcházejí. S3 se domnívá, že se nedá vyhoření zabránit, a proto se o to ani nesnaží. S1 a S2 jsou toho názoru, že je důležité mít o svou práci stále zájem a nalézat v ní uspokojení. S4 se chrání tím, že po odchodu z práce na ni již nemyslí a nalézá podporu v rodině, u přátel a prostřednictvím víry. V oblasti péče o fyzické zdraví nás zajímalo působení směnného provozu na sestry a míra dodržování správné životosprávy. Směnným provozem jsme měli na mysli dvanáctihodinovou pracovní dobu,

kteřá se skládá z denních a nočních směň. S1 a S6 se vyjádřily kladně, ve smyslu, že jim směňný provoz vyhovuje. Mají tak více volného času a během směňy si mohou odpočinout a v klidu se najíst. Naopak S2-S5 pocitřují únavu z nevyspání, zdravotní potíže a nedostatek odpočinku. V otázce správné životosprávy jsme se dle našeho očekávání setkali se dvěma pohledy. S1, S4 a S6 se snaží zdravě jíst, mít dostatek pohybu a odpočinku. Opačně je tomu tak u S2, S3 a S5, které si uvědomují, že jejich životospráva není optimální, ale vzhledem k jejich práci to považují za normální.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry odlišně vnímají zátěž kladenou na jejich osobu při kontaktu s umírajícím nemocným, přičemž za nejproblematictější označovali právě psychickou zátěž. Nicméně sestry následně využívají podobné metody v procesu vyrovnávání se zátěží v péči o umírající. S1 – S6 se shodly na tom, že největší podporu cítí ze strany pracovního i osobního života. Sestrám pracujícím v hospici je ze strany nadřizených poskytována podpůrná péče, která zahrnuje masáže, různé pobyty a kulturní zážitky. K mému překvapení jsem se setkala s nezájmem ze stran dotazovaných sester se supervizí, která by dle mého názoru byla v procesu vyrovnávání zásadní. Na závěr je třeba uvést, že námi zvolený výzkumný vzorek, který se skládá ze sester pracujících na interním oddělení a v zařízení hospicového typu, byl často v rozporu v odpovědích. Sestry odlišně vnímají zátěž, která je na ně v péči o umírající kladena. Z analýzy výzkumného šetření je zřejmé, že důvodem rozdílnosti odpovědí je způsob poskytované péče a prostředí, ve kterém sestry pracují.

7 Závěr

V teoretické části této bakalářské práce je nastíněna problematika umírání a smrti z pohledu sester. Zabývá se tématem paliativní péče, ošetrovatelské péče o umírajícího nemocného ve fázi pre finem, in finem a post finem. Dále definuje oblasti zátěže při péči o umírajícího, kterými jsou: zátěž fyzická, psychická a sociální. Uvádí některé metody zvládnání zátěže a v neposlední řadě jsme se zaměřili na komunikaci s umírajícím, jeho rodinou a v ošetrovatelském týmu.

V empirické části jsou zmapované způsoby vyrovnávání sester se zátěží při kontaktu s umírajícím nemocným. V závislosti k tématu práce byly stanoveny dva cíle. Prvním bylo zjistit činitele působící na sestry při kontaktu s umírajícím. K cíli byla přidělena výzkumná otázka: Jací činitelé působí na sestry při kontaktu s umírajícím nemocným? Další výzkumnou otázkou vztahující se k danému cíli byla: Jaké jsou kladeny nároky na sestry v péči o umírající nemocné? Druhým stanoveným cílem bylo poukázat na způsoby vyrovnávání se zátěží sestrami při péči o umírající nemocné. K tomuto cíli se váží tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: Jak se sestry vyrovnávají s umíráním nemocného? Druhá se zabývala otázkou: Jak sestry pečují o své duševní zdraví? A poslední výzkumnou otázkou byla: Jak sestry pečují o své fyzické zdraví?

Pro empirickou část byl vzhledem k cílům zvolen kvalitativní výzkum a použita metoda polostrukturovaného rozhovoru pro sběr dat. Výzkumná metoda byla uplatněna u sester pracujících na interním oddělení nemocnice a v zařízení hospicového typu. Pomocí informací, získaných během rozhovorů se sestrami se podařilo nalézt odpovědi na zvolené výzkumné otázky. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry se s umírajícími nemocnými setkávají velmi často a mají mnoho zkušeností. Naším výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry si zátěž kladenou na jejich osobu uvědomují a jako nejproblematictější označily psychickou zátěž. Hlavními nároky kladenými na sestry jsou dle výsledků výzkumného šetření vzdělanost sester, profesionalita, vyrovnanost s vlastní smrtelností a komunikační dovednosti. Sestry se též shodovaly v metodách, které

využívají v procesu vyrovnávání se zátěží při kontaktu s umírajícím nemocným. Těmi jsou například aktivní relaxace, rodina a pracovní prostředí, kde sestry nachází velkou podporu ze stran spolupracovníků i nadřízených.

Zpracovaná bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro vytvoření odborného semináře zabývajícím se tématem zvládnání zátěže sester v péči o umírající nemocné.

8 Seznam použitých zdrojů

1. BLANAŘ, V., 2012. *Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečující o těžce a terminálně nemocné*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 234 s. ISBN 9788024753348.
3. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. CAIN, C., 2012. What hospice workers can teach us. *Health Sociology Review*. č. 21, s. 396-401. ISSN 1446-1242.
5. ČERNÝ, V., GROFOVÁ, K., 2015. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: návrat k přirozenému uvolnění*. Brno: Edika. 128 s. ISBN 978-80-266-0835-6.
6. ČESKO. 2007. Nařízení vlády č. 361 ze dne 12. prosince 2007, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. částka 111, s. 5086-5236 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 1211-1244. Dostupné z:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_201048.pdf
7. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
8. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. DYTRTOVÁ, R., KRHUTOVÁ, M., 2009. *Učitel: příprava na profesi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2863-6.
10. EDO-GUAL, M., TOMÁS-SÁBADO, J., BARDALLO-PORRAS, D., MONFORTE-ROYO, C., 2014. The impact of death and dying on

- nursing student: an explanatory model, *Journal of clinical nursing*, [online], [cit. 23-11-2016], doi: 10.1111, dostupné z: <<http://www2.ebsco.com/cs-cz/Pages/index.aspx>>, s. 3501-3512
11. GUČKOVÁ, M., 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*, roč. 17, č. 6, str. 20, ISSN 1210-0404.
 12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
 13. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
 14. HRNČÍŘ, K., 2007. *Psychická zátěž*. Vyd. 1. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis. 78 s. ISBN 978-80-254-2482-7.
 15. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 9788024728544.
 16. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
 17. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
 18. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
 19. KELNAROVÁ, J., 2007. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
 20. KELNAROVÁ, J., et al.. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. *Sestra* (Grada). 180 s. ISBN 9788024728308.
 21. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, roč. 19, č. 7–8, str. 26–28, ISSN 1210-0404.

22. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 127 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
23. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Překlad Jiří Královec. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
24. KUKAČKA, V., 2008. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zemědělská fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
25. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
26. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
28. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 8024731711.
29. MIKULÁŠTÍK, M., 2015. *Manažerská psychologie*. 3., přepracované vydání. Praha: Grada. Manažer. 340 s. ISBN 9788024742212.
30. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
31. MUNZAROVÁ, M., 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
32. NOVOTNÁ, L., VALENTOVÁ, M., 2011. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra*, roč. 21, č. 1, str. 26, ISSN 1210-0404
33. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-12954.

34. PARKES, C. M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A., 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 184 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
35. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
36. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
37. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
38. RALBOVSKÁ, D., 2007. *Zdravotníctvo a sociálna práca, Obraz smrti a umírání ve zdravotnictví*. č. 2, str. 22. ISSN 1336-9326.
39. RODRIGUES, V., M., C., P., FERRIERA, A., S., S., 2011. *Stressors in nurses working in intensive care units*. Portugal: ESEnfVR - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400023
40. SHIH, Fu-Jin., GAU, Meei-Ling., LIN, Yaw-Sheng., PONG, Suang-Jing., LIN, Hung-Ru., 2006. *Death and Help Expected from Nurses when Dying*. *Nursing Ethics* [online]. 13(4), 360-375 [cit. 2017-02-18]. DOI:10.1191/0969733006ne881oa. ISSN 09697330. Dostupné z: <http://nej.sagepub.com/cgi/doi/10.1191/0969733006ne881oa>
41. SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7 (brož.).
42. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
43. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha:

Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

44. TOUHY, T. A., FREUDENBERGER, K., JETT, P., EBERSOLE, A., HESS, P. A., c2010. *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier. ISBN 0323057012.
45. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
46. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
47. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
48. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
49. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
50. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
51. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
52. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
53. Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*; ve znění platném k 8. 12. 2011, část šestá, hlava dvě; §65.

54. *Zdravotnická statistika-zemřelí* (online). 2013 (cit.2016-12-03).

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli/>

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Návrh otázek určených k rozhovoru se sestrami

Příloha č. 2 - Ukázka otevřeného kódování

Příloha č. 3 CD - Přepis rozhovorů se sestrami

Příloha č. 1 Návrh otázek určených k rozhovoru se sestrami:

- Kolik je vám let?
- Jaké je vaše vzdělání?
- Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- Jaká byla vaše první zkušenost s úmrtím? Kdy? Kde? Jak? Pocity? Co se dělo pak?
- Jak často se s umírajícími pacienty setkáváte? Jaké jsou Vaše zkušenosti (obecně, Jak vás tyto zkušenosti inspirovaly- něco změnit)?
- Jak tento kontakt s umírajícím vnímáte? Jak se tento kontakt projevuje ve vašem životě (psychika, vyrovnanost s vlastní smrtelností, tělesná stránka, osobní život, hodnoty)?
- Co je pro Vás při tomto kontaktu s umírajícím nejvíce stresující? (kontakt s rodinou, komunikace, péče o pacienta, věk pacienta, vztah k pacientovi, časová náročnost péče, pracovní tým, osobnost zdravotníka)
- Vnímáte rozdíl v tom, jestli se jedná o akutní či očekávané úmrtí? Jak se tento rozdíl projevuje a jak na vás působí?
- Jak je vaše oddělení přizpůsobeno péči o umírající nemocné? (vybavení, počet sester na směně)
- Jaké máte pomůcky ulehčující práci s těmito pacienty? (prádlo, rolba, vozíky, vana, polohovací p., antidekubit p.)
- Jak vypadá péče o umírajícího na vašem oddělení? Děláte pro pacienta něco navíc, co nezahrnuje ošetrovatelská péče? Konkrétně
- Co se od sestry pracující s umírajícími očekává? (vzdělání, zkušenosti, znalosti, komunikační schopnosti, tělesná zdatnost, spolupráce)
- Jak probíhá komunikace s umírajícím, jeho rodinou a mezi zdravotníky? O čem hovoří, v čem je největší problém, užíváte milosrdnou lež, jaká jsou nejčastější témata komunikace?
- Jste vyrovnaná s vlastní smrtelností, kdy se tak stalo, jak to probíhalo
- V čem konkrétně je pro vás péče o umírajícího náročná?
- Pomohl by vám nějaký kurz zabývající se péčí o umírající pacienty a jejich ošetrovatele? Navštívila jste nějaký? Co vám to přineslo?

- Jak byste popsala podporu ve svém pracovním prostředí (kolegové, nadřízení, pracovní prostředí)?
- Co je vaší motivací v péči o umírajícího pacienta (peníze, záliba, pomoc lidem)?
- Máte možnost supervize na vašem oddělení? Jste pro? Využíváte toho? Jak to probíhá? Kdo je přítomen?
- Hledáte pomoc při procesu vyrovnávání v rodině? Hovoříte o práci doma?
- Využíváte nějaké relaxační techniky? Jaké (aktivní x pasivní)? Jste schopna je v domácím či pracovním prostředí realizovat?
- Přemýšlíte nad svou prací i po odchodu z práce?
- Víte co je to syndrom vyhoření? Jaké jsou příznaky?
- Máte zkušenost se syndromem vyhoření? Jakou (vlastní, jiný zdravotník)? Jaké jste na sobě pociťovala příznaky? Jak jste to řešila? Jak se chráníte před syndromem vyhoření?
- Máte možnost využít pomoci psychologa? Využila jste toho? Měla byste o to zájem? Jaký je váš názor?
- Dodržujete zásady správné životosprávy? Jak? Popište?
- Jaké máte potíže spojené s péčí o umírajícího pacienta?
- Jak na vás působí směnný provoz? Máte během směny čas si odpočinout a v klidu se najíst?

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 2 Ukázka otevřeného kódování:

NÁROKY

Co se od sestry pracující s umírajícími očekává? (vzdělání, zkušenosti, znalosti, komunikační schopnosti, tělesná zdatnost, spolupráce)

Dle názoru tázané sestry se od sestry očekává profesionalita, empatie, umění komunikace a velký důraz kladla na dokumentaci, která je s péčí o umírajícího spojena. Právě velké množství papírování je pro ni tím, co považuje za problematické.

KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

Jak probíhá komunikace s umírajícím, jeho rodinou a mezi zdravotníky? O čem hovoří, v čem je největší problém, užíváte milosrdnou lež, jaká jsou nejčastější témata komunikace?

dot. s
UMÍRAJÍC.

„Umírající už nemluví, ale stále na ně mluvíme a chováme se jako by byl při vědomí. Nemocní hovoří, dokud jsou ještě relativně v pořádku, a to pak mluví o smrti a o tom jakou si ji přeje.“ Když takto hovoří a chtějí znát sestřin názor, tak ta odpovídá takto: „Každý má danou určitou dobu, každému hoří ta svíčka života jinak rychle a až přijde váš čas tak odejdete, ale zatím ten čas nepřišel“. Komunikace mezi zdravotníky obnáší běžné předávání služby a informace o tom, co vše pro umírajícího bylo uděláno. Když nemocný zemře je i ostatní personál postupně informován o této skutečnosti. „Když se jedná o mimořádnou událost ve smyslu, že umírající je vyděšený, bojí se, tak se zdravotnický personál radí o tom, co pro něj udělat a mají větší potřebu o tom mluvit a hledat východisko a vyventilovat své pocity“. „Jsou i světlé momenty, kdy pozůstalý přijdou a poděkují za péči, kterou jsme jejich blízkému poskytovali“.

dot. v
TÍMU

dot. s
POZŮSTAL.

Jste vyrovnaná s vlastní smrtelností, kdy se tak stalo, jak to probíhalo?

VYROVNANOST
S VL. SMRTI.

„Ne. Nepřemýšlela jsem o tom. Myslím, že to souvisí s věkem, že k tomu musí člověk dospět. Občas se potýkám s panikou, protože smrt vídám často a jindy mě pohltí bezmoc a strach z toho, že to stejně neovlivním, že jednou zemřu. Ale spíš se bojím vyřknutí té diagnózy, která povede k úmrtí“

V čem konkrétně je pro vás péče o umírajícího náročná?

Jednoznačně je náročná psychicky ve smyslu péče o mrtvé tělo, kterým vnímá jako velmi stresující.

Zdroj: Vlastní