

Zátěž zdravotních sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení

Lenka Novotná

Bakalářská práce
2009/2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka NOVOTNÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Zátěž zdravotních sester v péči o umírající
v nemocničním a hospicovém zařízení.**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické části:

Popsat fyzickou, psychickou zátěž u zdravotních sester'.

Definovat pojem duševní hygiena.

Popsat práci zdravotních sester a její specifika v hospici a na geriatrickém oddělení.

2. Zpracování praktické části:

Stanovení cílů práce.

Zjistit, jaká je fyzická a psychická zátěž u zdravotních sester na geriatrickém oddělení a v hospici.

Zjistit, v jakém rozsahu probíhá duševní hygiena u sester na geriatrickém oddělení a v hospici.

Analyzovat data získaná výzkumem, upravit data do tabulek a grafů, interpretovat výsledky.

Navrhnout opatření do praxe na základě zjištěných výsledků.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAVLÍČKOVÁ, Ladislava. Fyziologie tělesné zátěže. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 203 s. ISBN 8071848751.

KALLWASS, Angelika; BABKA, Petr. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 139 s. ISBN 9788073672997.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry Vyd. 1. Praha: Grada Publishing 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5

POCHYLÁ, Karla, POCHYLÝ, Otakar. Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu. 1.vydání. Brno: IDV PZ, 1999. 48 s. ISBN 80-7013-290-6.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha : Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-312-9

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Valentová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně 1. června 2010

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

(1) Vysoká škola nevědeckě zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazčcem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpis, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce zjišťuje psychickou a fyzickou zátěž zdravotních sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení. Teoretická část práce se zabývá pojmy, jako je smrt, umírání, hospic, paliativní péče. Také zahrnuje problematiku psychické a fyzické zátěže zdravotních sester, syndrom vyhoření a duševní hygienu. V praktické části jsou zpracována a vyhodnocena zjištěná data. V závěru jsou pak shrnuty výsledky průzkumu a návrhy možných řešení pro praxi.

Klíčová slova: umírání, smrt, hospic, paliativní péče, psychická a fyzická zátěž, syndrom vyhoření, duševní hygiena

ABSTRACT

This bachelor thesis explores the mental and physical stress of nurses taking care of dying people in the hospital and hospice environment. The theoretical part deals with the terms such as death, dying, hospice or palliative care. It also includes the issue of mental and physical stress of the nurses, burnout and mental hygiene. In the practical part the research data are elaborated and evaluated. Research data are finally summarized together with the suggestions of possible practical solutions in the conclusion.

Keywords: dying, death, hospice, palliative care, mental and physical stress, burnout, mental hygiene

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala Mgr. Valentové za odborné vedení mé bakalářské práce a za její cenné rady, které mi velmi pomohly při psaní této práce. Mé poděkování dále patří všem dotazovaným, kteří vyplňovali můj dotazník, redakci časopisu Sestra a všem mým blízkým, kteří mě při psaní podporovali.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SMRT (MORS).....	12
1.1 PROCES UMÍRÁNÍ	13
1.2 PRÁVA A PŘÁNÍ UMÍRAJÍCÍCH	13
1.3 PSYCHICKÉ FÁZE NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉHO	14
2 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH V POJETÍ HOSPICOVÉHO PŘÍSTUPU	16
2.1 VZNIK A VÝVOJ HOSPICOVÉ PÉČE.....	16
2.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE.....	17
2.2.1 Domácí hospicová péče laická	17
2.2.2 Domácí hospicová péče odborná.....	17
2.2.3 Stacionární hospicová péče	17
2.2.4 Lůžková hospicová péče	17
2.3 HOSPICOVÁ PÉČE: UMÍRÁNÍ JAKO SOUČÁST ŽIVOTA.....	18
2.3.1 Znaky kvality hospice.....	18
2.3.2 Personální obsazení hospiců.....	18
2.3.3 Hospic a jeho pacienti	19
3 PALIATIVNÍ A TERMINÁLNÍ PÉČE.....	23
3.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE:	24
3.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE:	24
3.3 ZÁKLADNÍ FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE:.....	24
3.4 TÝM A TÝMOVÁ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI:	25
3.4.1 Klinická supervize	28
3.5 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	29
4 FYZICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	31
5 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	33
6 PRACOVNÍ STRES A ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE.....	35
6.1 SYNDROM VYHOŘENÍ – „BURNOUT“	37
6.2 DUŠEVNÍ HYGIENA ZDRAVOTNÍ SESTRY	40
6.2.1 Relaxace	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
7 CÍLE PRŮZKUMU	45
8 METODOLOGIE PRŮZKUMU	46
9 DISKUZE	95
10 ZÁVĚR	102

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE.....	104
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	109
SEZNAM TABULEK.....	110
SEZNAM PŘÍLOH.....	112

ÚVOD

Moje bakalářská práce se zabývá fyzickou a psychickou zátěží zdravotních sester v péči o umírající. Toto téma jsem si vybrala proto, že mě tato problematika velice zajímá už od střední školy a práci se seniory mám ráda. K výběru tohoto tématu mě motivovala i praxe v rámci studia na geriatrickém oddělení a v hospici. Zde jsem měla možnost poznat náročnost práce na odděleních tohoto typu, a proto byla volba tématu mé bakalářské práce jasná. V této práci bych chtěla zjistit, jaká je fyzická a psychická zátěž sester pracujících na těchto odděleních a jak to vidí ony samotné. Můj průzkum proběhne na geriatrických odděleních a v hospici na jižní Moravě. Zde rozdám dotazníky, které se budou týkat této problematiky a pomocí kterých získám potřebné informace pro svůj průzkum. Podle odpovědí sester a zjištěných nedostatků se pak pokusím navrhnout změny, které by se v praxi mohly uplatnit. A pomocí nichž by se mohla situace změnit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT (MORS)

Smrt je definována z mnoha úhlů pohledů. Můžeme hovořit o:

- Klinické smrti (zástava krevního oběhu a dýchání).
- Biologické smrti (zánik činnosti buněk různých orgánů). Nastupuje po 4-5 minutách.
- Smrti mozku (činnost mozkových buněk je nenávratně vyhaslá). [2]

„Dále rozeznáváme smrt podle toho, ve kterém věku přichází. Rozlišujeme smrt předčasnou a přiměřenou.“ [1, s. 44] „Umírání je fáze našeho života, na jehož konci je smrt. Smrt je z biologického a lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu spojené s nezvratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je stav organismu po ukončení života.“ [14, s. 61]

„Průvodce umírajících nemusí být jen lékař. Ten je totiž ne vždy schopen a ochoten se tohoto úkolu zhostit. Lékař jako odborník ovšem nemusí být stejně dobrý psycholog či přítel lidské duše.“ [1, s. 51] Nemocného může doprovázet každý dospělý člověk – lékař, sestra, ošetřovatelka, dobrovolník, příbuzný, kněz, ..., který si uvědomuje, že umírání patří k životu a že smrt je přirozené vyústění lidského života [1].

Péče o umírající klade nároky především na naše emocionální schopnosti, odborné znalosti jsou až na druhém místě. Lidé, kteří pečují o umírající, se nemohou skrývat za svým profesionálním postojem, nýbrž musí vystupovat jako osoby, se svými silnými a slabými stránkami a zvláštnostmi. Akceptovat umírajícího znamená tolerovat jeho pocity, vlastnosti, starosti a přijímat i způsoby, jakými je vyjadřuje. Při práci s umírajícími lidmi je vhodné ukázat laskavost a trpělivost. Musíme být připraveni na to, že někteří pacienti budou roztrpčeni v terminálním stádiu. Většinou to bývají ti, kteří se nesmířili se smrtí. To však neznamená, že se stejným způsobem budou chovat ti, jež se o tyto lidi starají. V této situaci je dobré se nemocnému věnovat, pokud o to stojí, vyslechnout ho, nehodnotit a zůstat s ním. Nemluví za nás slova, ale skutky. Umírající potřebují upřímné, milé a chápající srdce, které je neodmítne a aktivně se spolupodílí na tíze životního osudu [1].

Doprovázet nemocného znamená často doprovázet také rodinu. Příbuzní mají potřebu se „vyplakat“, promluvit si o svém zármutku, potřebují utěšit. V hospicové péči to takto chodí. Příbuzní zemřelých se vracejí do hospice, aby si popovídali a zavzpomínali s perso-

nálem. Jedenkrát do roka se koná setkání s pozůstalými. Sestry také píší rodině, většinou ve výročí úmrtí nemocného. S pozůstalými se setkávají i zdravotníci v nemocnicích, LDN, v domovech pro seniory atd. [1].

1.1 Proces umírání

Odborníci rozdělují proces umírání na tři období:

- Období *pre finem* – pacient má povědomost, že je jeho nemoc vážná a neslučitelná se životem. Smrt je v této fázi vysoce pravděpodobná.
- Období *in finem* – období vlastního umírání. Několik dní před smrtí může nastat u nemocných euforie. Jde o poslední rozkvet sil, který ovšem záhy střídá smrtelné kóma. Pacient je v apatickém stavu, avšak naše slova slyší.
- Období *post finem* – toto období zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé.

Proces umírání je bolestná kapitola lidského života. Umírání většinou lépe zvládají lidé věřící [1].

1.2 Práva a přání umírajících

Nejnaléhavější a nejdůležitější přání umírajícího zní: „Nechtěl bych zemřít osamocen.“ Umírající člověk by měl být obklopen svými nejbližšími. Druhé přání zní: „Chtěl bych umřít bez bolesti.“ Třetí přání zní: „Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce.“ Dalším přáním je: „Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat“ [4].

„Práva umírajících:

1. *Právo na zacházení jako s živým člověkem a na zachování pocitu naděje - jakkoliv může být subjektivní.*
2. *Právo vyjadřovat myšlenky a pocity k tématu smrti po svém.*
3. *Právo se podílet na všech rozhodnutích, týkajících se vlastní péče.*
4. *Právo na péči ze strany soucitných, citlivých a kompetentních lidí, kteří se snaží porozumět potřebám nemocného.*

5. *Právo na porozumění procesu smrti a na obdržení upřímných a úplných odpovědí na všechny otázky.*
6. *Právo na hledání útěchy v duchovních otázkách.*
7. *Právo na stav bez tělesných bolestí.*
8. *Právo zemřít pokojně a důstojně.*
9. *Právo nezemřít osamoceně.*
10. *Právo na respektování nedotknutelnosti těla po smrti.*“ [4, s. 38]

„Představa umírajícího pacienta o laskavé péči:

Na otázku, co si představuje pod pojmem „laskavá péče“, odpověděl krátce před svou smrtí pacient v jednom britském hospici takto:

„Když ke mně přijдете přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijдете, i když reprezentujete profesu, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijдете a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“ [42, s. 25]

1.3 Psychické fáze nevléčitelně nemocného

Americká lékařka E. Kübler-Rossová popsala pět psychických fází procesu umírání. Jsou to fáze: šoku, zloby a hněvu, smlouvání, deprese a žalu, akceptace – přijetí pravdy a

nemoci. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, ale ne vždy se dostavují v popsaném sledu. Mohou se měnit, střídat a některá fáze nemusí nastat vůbec.

Fáze šoku – nastává při sdělení pravdivé diagnózy. Nemocný reaguje zděšením, výkřikem, panikou, odmítá přijmout realitu, snaží se nemoc odehnat.

Fáze zloby – v této fázi nemají pacienti reálný pohled na situaci, obviňují lékaře, vyhledávají spory z malicherných důvodů.

Fáze smlouvání – zde pacient slibuje dobré chování a určuje si lhůtu, čeho by se chtěl dočkat. Tato fáze je kratší než ostatní.

Fáze deprese – zlost ustupuje pocitu hrozné ztráty. Pacienti často přichází o práci, odpadávají drobné životní radosti, snižuje se i životní standard, nemocný je smutný a v depresi.

Fáze akceptace – nemocný již nepřijímá svůj osud tak hněvivě, vypovídal se ze svých emocí, ze závidí vůči všem zdravým, je unavený, slabý a potřebuje hodně spát. Dochází zde do jisté míry k rezignaci, zužuje se okruh zájmů. Pacient touží po klidu, návštěvníci už nejsou vítáni [6].

2 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH V POJETÍ HOSPICOVÉHO PŘÍSTUPU

„Doprovázení je vždy dobrovolné. Doprovázející by měl být poctivý k tomu, koho doprovází, ale i k sobě samému.“ [1, s. 97] Doprovázení se netýká jen pacienta, ale také jeho nejbližších. I oni potřebují pozornost, pomoc a péči hospicového týmu. Filozofie hospice je založena na tom, že člověk nezůstane v hospici sám, že bude mít kolem sebe člověka, který se ho ujme a ponese s ním vše dobré a zlé [1].

2.1 Vznik a vývoj hospicové péče

Slovo hospic pochází z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Ve starověku měl funkci domu odpočinku, kde vyhledávali své útočiště zejména znavení poutníci směřující ke svatému hrobu v Palestině. Zde zpravidla pobýli několik dní, aby nabrali opět sílu na další úsek obtížné a daleké cesty. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem [4].

Nejnámější hospic založil svatý Bernard z Menthonu v roce 1049 v Alpách ve výšce 2188 metrů. K dalším významným též patřily hospice v Engelhardzell, u Dubaje pod Pasovem a francouzský Aubrac [4].

„Hospice později zanikaly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena nemocnice pro umírající, která odpovídala principům sesterské charity a byla nazvána Hospic.“ [1, s. 98] Až počátkem 20. století dochází k rozvoji zařízení pro umírající. Před rokem 1989 byl pojem hospic v ČR téměř neznámý. 8. 12. 1995 byl otevřen první hospic v ČR – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dnes je u nás hospiců celá řada. Jsou to např. Hospic sv. Alžběty v Brně, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic v Mostě, Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci atd. [4]

2.2 Formy hospicové péče

2.2.1 Domácí hospicová péče laická

Tato péče je poskytována umírajícím, u kterých není nutná odborná péče či pomoc. Pomáhá překonávat těžký životní úsek ve známém, intimním, osobním a bezpečném prostředí. Péče je poskytována členem rodiny, dobrovolníkem nebo příbuzným [4].

2.2.2 Domácí hospicová péče odborná

Tato péče je určena umírajícím závislým na pomoci druhé osoby. O nemocného se starají jeho blízcí, dále pak lékař, sestry, rehabilitační či sociální pracovník, psycholog a duchovní. Uvedená péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Ordinovaná je buď ošetřujícím lékařem, nebo specialistou po hospitalizaci klienta [4].

2.2.3 Stacionární hospicová péče

„Stacionární hospicová péče znamená, že pacient je do hospice přijat ráno a odpoledne se vrací domů. Doprava je zajišťována rodinou nebo hospicem.“ [1, s. 99] Většinou je využívána jen na přechodnou dobu [1].

2.2.4 Lůžková hospicová péče

Zde je možnost i ubytování člena rodiny. Do hospice jsou přijímáni nevléčitelně nemocní, u nichž je smrt očekávána v časovém horizontu maximálně 6 měsíců. Statistika uvádí, že zde zemře 60% nemocných. Návštěvy jsou možné prakticky 24 hodin denně, všechny dny v roce [4]. Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým blízkým nebo sám.

„Režim v hospici se výrazně liší od režimu v nemocnici. Pacienti v hospici nejsou ráno buzeni, hygiena se provádí v dobu, na kterou jsou pacienti zvyklí z domácího prostředí. Jídlo nemocní dostávají v přenosných termosech, takže v nich vydrží dostatečně dlouhou dobu. Po hygieně je pacient oblečen do svých domácích šatů, takže prostředí může pacientovi připomínat domov.“ [1, s. 100] V hospici nemocného nikdo ráno nebudí s teploměrem, spí podle své potřeby. Pacient v hospici nezůstává bez odborné lékařské péče. I zde probíhají každý den lékařské vizity [1].

Důraz je zde kladen na kvalitu života. Nemocný se může pohybovat v objektu hospice a s vědomím personálu i mimo něj. Pokoje by měly být spíše nazývány ložnicemi, protože schopnějším pacientů mohou sloužit jen k přespaní. Všechny hospice mají spoustu společných prostor, které jsou bezbariérové. V popředí je snaha, aby hospic více připomínal domov než nemocnici [42].

2.3 Hospicová péče: umírání jako součást života

„Jádrem myšlenky hospice je snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do každodenního života.“ [4, s. 26] Cílem práce v hospici je poskytnout takovou podporu nevyléčitelně nemocným a umírajícím pacientům, aby mohli zbývající část života smysluplně prožít pokud možno bez potíží a podle svých individuálních přání [4].

„Hospicový postoj se projevuje např. v respektu vůči důstojnosti a sebeurčení těžce nemocných a umírajících lidí, přijímá celostní pohled na člověka v procesu umírání, neponechává jej osamocенého, podporuje členy jeho rodiny a přátele, od nichž umírající očekává pocit blízkosti a bezpečí.“ [4, s. 27]

2.3.1 Znaky kvality hospice

První znak: Umírající a jeho blízcí jsou v centru hospicové služby. Tzn. situaci mohou kontrolovat přímo ti, o které jde.

Druhý znak: Pacienti mají k dispozici mezioborový tým (např. lékaři, ošetřovatelé, sociální pracovníky, duchovní, právníky atd.)

Třetí znak: Zapojení a práce dobrovolníků. Ti sedí u lůžka nemocného, naslouchají mu, hovoří s ním, obstarávají mu nákup, hlídají děti, ...

Čtvrtý znak: Znalost a schopnost diagnostikovat příznaky (např. bolest, potíže při dýchání, potíže při trávení, nevolnost, zvracení, svědění, ...)

Pátý znak: Kontinuita péče o danou skupinu. Hospicová služba musí být zajištěna v krátkém čase [4].

2.3.2 Personální obsazení hospiců

V hospici pracují lékaři, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci, psychologové, kněz. *„Největší zastoupení mají sestry a ošetřovatelky. Velmi významnými pomocníky*

jsou dobrovolníci, bez kterých by se jen těžko hospic obešel.“ [1, s. 102] Dobrovolníci bývají zpravidla bez zdravotnického vzdělání. Chodí navštěvovat pacienty, obstarávají jim drobné nákupy, starají se o květiny, povídají si s nimi atd. Za svoji práci nedostávají finanční odměnu. Mezi dobrovolníky se řadí i studenti, kteří v hospici stážují [1].

2.3.3 Hospic a jeho pacienti

Hospic není vhodný pro všechny pacienty. Pro přijetí je nutný informovaný souhlas, přání být sem přijat. Indikace k přijetí do hospice jsou: postupující choroba, která ohrožuje život pacienta, pacient toho času už nepotřebuje nemocnici, nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči, nestačí nebo není možná domácí péče. Péči, kterou hospic poskytuje, vyhovuje především onkologicky nemocným pacientům a pacientům v rozvinutém stádiu AIDS [1].

„Hospicová péče je určena pro následující skupiny nevléčitelně nemocných, jimž podpora multidisciplinárního týmu může pomoci naplnit jejich potřeby pro život s nemocí či v době umírání:

- *Pokročilá stádia nádorových onemocnění.*
- *Pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy s postupným zhoršováním klinického stavu (např. syndrom demence, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza).*
- *Terminální stádia imobilizačního syndromu, často s nutností intenzivní léčby bolesti i dalších obtíží – nejčastěji chronicky nemocní vyššího věku.*
- *Terminální stádia chronických onemocnění srdce, ledvin, trávicího a dýchacího traktu. Indikaci hospicové péče je třeba stanovit na základě konsenzu pacienta, jeho relevantních blízkých, lékaře hospice a příslušného lékaře specialisty. Je třeba na předchozím pracovišti výslovně a písemně stanovit roli léčebných postupů, které by u těchto nemocných přicházely v úvahu, ale jejich dostupnost v hospici je omezená (např. přístrojová podpora oběhu, dialýza, plná parenterální výživa, invazivní i neinvazivní mechanická ventilace atd.).*

Základními podmínkami, které daná onemocnění a stavy spojují, jsou:

- *U nemocného není možná nebo byla vyčerpána kauzální léčba (např. chemoterapie, transplantace orgánu, kdy danou léčbou lze dosáhnout vyléčení onemocnění) a další léčba a péče jsou zaměřeny na mírnění potíží, které základní onemocnění působí (paliare = ulehčovat) – paliativní medicína.*
- *Pacient a jeho rodina jsou s touto skutečností srozuměni – tzn. pacient a jeho blízcí rozumí možnostem i limitům paliativní péče a souhlasí s jejími principy – úkol dosavadního ošetrujícího lékaře, který je také adekvátně dokumentován v přijímacích materiálech (žádost o přijetí do péče a informovaný souhlas) podpisem nemocného, zákonného zástupce, resp. rodiny nemocného (pacient není schopen souhlas poskytnout, důvody dokumentuje ošetrující lékař).*
- *Onemocnění pacientovi působí vážné tělesné a psychické obtíže - pokud z celostního pohledu na péči převažuje potřebnost sociálního řešení nad ostatními dimenzemi, je třeba zhodnotit „zajistitelnost“ ostatní péče (medicínské, psychologické i spirituální) v jiném resp. původním sociálním prostředí.*
- *Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu týdnů až několika měsíců – pokud za pobytu v hospici zůstává stav dlouhodobě (měsíce) stabilní a potřeby nemocného nevyžadují péči multidisciplinárního týmu hospice, je hledáno v diskusi s nemocným a jeho blízkými adekvátní další, nejčastěji sociální řešení. V každém případě je pak hledáno prostředí se zajištěnou péčí z pohledu potřeb nemocného. Návrat k hospicové péči v případě změny stavu na základě těchto kritérií je samozřejmě možný.*
- *Zdravotní stav nevyžaduje léčbu na jednotce intenzivní péče.*

Kategorizace přijímaných nemocných a následné postupy ve vedení péče:

Paliativní režim

- *Pacient kategorizovaný do tohoto režimu na předchozím pracovišti.*
- *Postupy paliativní léčby - rozhodnout o fázi onemocnění, dle toho postupy, změny v dokumentaci.*
- *Snažit se zabránit pochybnostem o euthanázii i dystanázii, umírněná infúzní či jakákoliv jiná léčba – co není plně indikováno, je kontraindikováno.*

Diagnostická hospitalizace

- *Pacient, který dle žádosti a informace z předchozího pracoviště je ve velmi špatném stavu, může být přechodně i stabilizován, nicméně prognostické ukazatele jsou nepříznivé, prognóza max. do 3-6 měsíců.*
- *Před přijetím jsou pacient i rodina informováni, že stav se může stabilizovat, ale také posunout do paliativního režimu a rozhodovat se bude v 1-2 měsících od začátku pobytu na základě zhodnocení multidisciplinárního týmu hospice.*
- *Nejčastěji old-old senioři (nad 80 let věku) v dekompenzovaném syndromu geriatrické křehkosti, s rizikem rozvoje či již s rozvojem syndromu terminální geriatrické deteriorace, imobilizačním syndromem, dekubity, malnutricí, často minimálně kvalitativní porucha vědomí.*
- *Snahou je intervence situace a stav stabilizovat, tedy i fyzioterapie, dle možností nemocného, rozumná preskripce s redukcí polypragmázie, výživa a hydratace nemocného dle stavu a potřeby, pravidelné hodnocení stavu v etapových epikrizách.*

Respitní péče (standardní)

- *Pacient přichází z domácího prostředí, kam se po ukončení doby maximálně 2-3 měsíců vrací.*
- *Cílem je udržení, případně zlepšení stávajícího stavu, ale záruku není možno 100% poskytnout (těžší stavy imobilizačního syndromu, nepředvídatelné komplikace) – nutno takto definovat v kontaktu s rodinou.*
- *Nemocný je ve standardním kurativním režimu, v případě jakékoliv nejistoty základní laboratorní odběry, ekg, rtg jsou nutností, stejně jako konzultace vyššího typu pracoviště (akutní pracoviště).“ [38]*

„Teoreticky vzato, vše, co bylo řečeno o myšlenkách hospice, by bylo možno aplikovat i v podmínkách nemocnice. Jenže v praxi víme, že to tak jednoduché není. Poslání nemocnice je přece jen trochu jiné než poslání hospice. V nemocnici je nutno především co nejpresněji stanovit diagnózu, v ideálním případě i příčinu nemoci a udělat vše pro její zvládnutí. Čím specializovanější pracoviště, tím dražší technické i personální vybavení, a tím dražší i každá minuta. Středem zájmu se stává nemoc, zatímco její nositel, tedy pacient jako člověk, ustupuje do anonymity. Alespoň většinou. Lékaři to zcela jistě myslí s nemocným dobře, ale že to pro něho nemusí vždycky dobře znamenat, to si uvědomí, teprve když se role obrátí a stanou se sami pacienti.“ [42, s. 125]

Je potřeba jak nemocnice, tak i hospice, protože se ku prospěchu pacienta vzájemně doplňují (pokud ale dobře spolupracují – to je nutnou podmínkou). Hospic nemůže nahradit nemocnici a nemocnice zase hospic. V určité fázi nemoci se klient bez nemocniční péče neobejde, takže je nutné se přizpůsobit režimu nemocnice a všemu, co s tím souvisí. Při dobré vůli lze mnoho z myšlenky hospice uplatnit i v nemocnicích [42].

3 PALIATIVNÍ A TERMINÁLNÍ PÉČE

Zdravotní sestry na odděleních jako jsou např. LDN, geriatrická oddělení, hospice atd. často poskytují klientům paliativní a terminální péči. S umírajícími pacienty je ale možno se setkat ve všech typech zdravotnických zařízení a na všech odborných klinikách.

„Definice paliativní péče: Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ [5, s. 200] „Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče, poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“ [23, s. 48] Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární. Má být poskytnuta všem umírajícím klientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči. Paliativní péče umírání a smrt neurychluje ani neoddaluje. Cílem je dosáhnout co nejlepší kvality života [43].

Základní principy paliativní péče jsou:

- Komplexní přístup k léčbě, která zahrnuje oblast tělesnou, psychickou, sociální a spirituální.
- Uplatňuje se interdisciplinární týmová péče (lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační, sociální pracovníci, psychologové, dobrovolníci...). Klient i jeho rodina jsou součástí tohoto týmu.
- Převažují symptomatické léčebné postupy. Cílem je úleva od symptomů, komfort a kvalita života.
- Dostupnost péče 24 hodin denně [5].

„Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- *Základním onemocněním.*
- *Stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění).*

- *Přítomnosti více závažných onemocnění současně.*
- *Pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.).*
- *Psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).*

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

3.1 Obecná paliativní péče:

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

3.2 Specializovaná paliativní péče:

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

3.3 Základní formy specializované paliativní péče:

- *Zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic.*
- *Hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči.*

- *Oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben).*
- *Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny).*
- *Specializovaná ambulance paliativní péče.*
- *Denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“).*
- *Zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tíšňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)“ [39]*

3.4 Tým a týmová práce v paliativní péči:

„Týmová práce představuje klíčový prvek služeb specializované paliativní péče. Dnešním trendem je interdisciplinární týmová práce. V tomto týmu pracují lidé s různým speciálním výcvikem v rámci služeb zdravotní péče, kteří se v zájmu společného cíle svými různými, navzájem se doplňujícími vklady podílejí na péči o pacienta, který je zde ústředním prvkem.“ [11, s. 638] Do tohoto týmu patří lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sanitáři, farmakologové, fyzioterapeuti, pracovní terapeuti, sociální pracovníci, psychologové, dietologové, kněz, dobrovolníci atd. [11] Partnerský vztah a nedirektivní přístup jsou tím, čeho si nemocní a jejich blízcí nejvíce cení. Týmová spolupráce, která zahrnuje nemocného i jeho rodinu, je nezbytná [44].

„Pokud není pohoda, klid a čiré vztahy mezi personálem, těžko se podaří vnášet klid a pohodu mezi nemocné či umírající. Vedoucí ošetřovatelského týmu (vrchní, staniční sestra) by měl dohlížet na atmosféru vládající v kolektivu. Pro bezproblémovou komunikaci v rámci týmu může být vhodné zorganizovat psychologický seminář o komunikaci, o psychohygieně a prevenci vyhoření, o interpersonálních vztazích, o umění naslouchat apod. Velmi důležité a žádoucí v pečujících profesích jsou pravidelné supervize se školeným psychoterapeutem.“ [41]

Náměstkyně ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra musí usilovat o vytvoření programu kontinuálního zvyšování kvality ošetřovatelské péče i o umírající a zemřelé. Pokud chtějí sestry zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči o umírající a zemře-

lé, je potřeba vyhodnocovat stav pacienta, léčbu, péči, uspokojování potřeb umírajícího. Cílem celého ošetrovatelského týmu musí být spokojenost umírajícího klienta a nejbližších příbuzných s ošetrovatelskou péčí a s nemocničními službami či službami v hospici. Program kontinuálního zvyšování kvality má na mysli neustálé zvyšování kvality i ošetrovatelské péče o umírající. Při tom mají velký význam znalosti sester, rozvoj vědy a technologií [43].

Multidisciplinární tým:

„Členem tohoto týmu je lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ošetrovatel, sociální pracovník, referent sociálních věcí, socioterapeut, psycholog atd. Každý člen multidisciplinárního týmu na základě svých kompetencí určí svůj postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetrovatelském procesu.“ [52] „Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje především:

- *jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů nemocného;*
- *jednotnou kontinuální a návaznou ošetrovatelskou péči;*
- *hodnocení kvality ošetrovatelské péče u nemocného.*

Klady multidisciplinárního týmu jsou především:

- *vysoká profesionalita;*
- *kreativní přístup jednotlivých členů týmu;*
- *komunikace a zejména velká spolupráce s nemocným a jeho zapojení do péče o sama sebe.“ [52]*

Práce multidisciplinárního týmu vychází z holistického vnímání pacientů, které zohledňuje jejich potřeby bio-psycho-socio-spirituální. Důležitou součástí multidisciplinárního týmu je zdravotní sestra, která se podílí na ošetrovatelské péči o umírající. Vzdělávání a výchova sester musí probíhat v souladě s doporučeními Mezinárodní rady sester, Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní organizace práce a směrnicemi Rady Evropské Unie. Velký význam se přikládá tomu, že sestry se podílí na humanizaci péče o klienta. To vede k potřebě kvalitně připravených, flexibilních sester, kompetentních pro práci v multidisciplinárních a multiprofesionálních týmech. Sestra je osoba pomáhající pacien-

tům, rodinám a skupinám udržet jejich fyzický, mentální a sociální potenciál v prostředí, ve kterém žijí a pracují [50].

Úloha sestry v multidisciplinárním týmu je: založit spolupráci sester a lékařů na partnerské spolupráci profesionálů, provádět ošetrovatelskou činnost, která doplňuje činnost lékařskou, systematické ošetrovatelské hodnocení, zachraňovat život, pečovat o zdraví populace atd. [51]

Systém ošetrovatelské péče:

„Je to způsob organizace práce sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Systém ošetrovatelské péče funkční -

je způsob práce, kdy sestry v průběhu pracovní směny zajišťují lékařské ordinace a výkony a nesou za jejich provedení zodpovědnost. Výkony mohou být rozděleny do skupin (funkcí). Výkony sestry provádí zpravidla u všech nemocných (podávání léků, injekcí, příjmy atd.).

Systém pokojové péče -

ošetrovací jednotka je rozdělena podle pokojů do několika stejných pracovních úseků podle počtu sester ve směně. Sestry zajišťují všechny výkony, avšak nepostupují prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Systém pokojové péče je často mylně nazýván skupinovou péčí.

Systém primárních sester -

system, v němž má každá sestra určeny nemocné, u nichž vede ošetrovatelskou dokumentaci a aplikuje individualizovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Každý nemocný zná svou primární sestru. Po celou dobu jeho hospitalizace primární sestra velmi úzce spolupracuje s ním i jeho rodinou a získává je ke spolupráci na ošetrovatelském procesu. Vede nemocného k sebepéči, edukuje rodinu k účasti na laické péči a podpoře pacienta. Na pravidelných poradách ošetrovatelského týmu předává primární sestra důležité informace potřebné pro členy týmu v době, kdy není přítomna, zástupné sestře.

Systém skupinové péče -

při skupinové ošetrovatelské péči jsou nemocní na ošetrovací jednotce rozděleni do skupin. O přidělenou skupinu se během směny stará skupinová sestra. Pro každého nemocného ve skupině vypracuje ošetrovatelský plán, který průběžně doplňuje a koriguje. Na konci směny předává skupinu další skupinové sestře. Skupinové sestry pečují stabilně o stejnou skupinu nemocných.“ [53]

3.4.1 Klinická supervize

„Supervize je pohled nezávislého, nestranného terapeuta na vztahy a problémy týmu a jeho práci s pacienty. Na supervizi se řeší pouze pracovní záležitosti.“ [26, s. 70]

„Supervize je účinný způsob, jak zlepšit individuální komunikační dovednosti a zlepšit terapeutické výsledky. Časté schůzky se zkušeným odborníkem (např. sestrou - konzultantkou, psychologem či sociální pracovnící) mohou v tomto pomoci. Supervize poskytuje příležitost zamyslet se nad problémy interakcí v klinickém prostředí a rozvíjet interpersonální dovednosti a vhléd do těchto interakcí.“ [6, s. 39] „Supervize je zprostředkování nezátíženého pohledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem vyvarovat se chyb, dosáhnout osobního a profesního růstu nebo s cílem potvrzení kvality této činnosti. Supervizor je ten, kdo pomáhá zprostředkovat pohled „shora“, vede k cíli, poskytuje důvěru, bezpečí a respekt.“ [26, s. 70]

Supervize může plnit několik důležitých funkcí. Je to např. funkce kontrolní - koncentrace na bezchybný výkon profese, na zajištění kvality služeb, na to, co a jakým způsobem by měl pracovník dělat. Další funkcí je funkce podpurná. Její těžiště spočívá v poskytování ocenění a podpory, v pomoci zvládat stres a v ujištění zaměstnance, že na svůj problém není sám. Vzdělávací funkce napomáhá v rozvoji dovedností, schopností a porozumění pracovníka. Pokud supervizi chápeme jako pomoc pracovníkovi při řešení jeho profesionálních problémů, pak se opíráme především o její funkci podpurnou a vzdělávací [36].

Předpoklady pro zavedení supervize na pracovišti jsou ochota organizace a pracovníků být otevření a připraveni ke změnám, důvěra vedení organizace a supervidovaných v supervizi a její možnosti a přesvědčení organizace, že nejdůležitějším prvkem v pomáhání je pracovník [36]. „Prvořadými cíli supervize může být například získávání zpětné vazby ohledně procesu vlastní práce, podpora a ocenění pracovníka, rozvíjení do-

vedností, pochopení a poskytování prostoru pro reflexi vlastní práce, získávání informací a jiného pohledu na to, co dělám, získávání podpory a ocenění, poskytnutí prostoru pro vyjádření těžkostí, které se objevují při práci s klientem, učení se lepšímu využití osobních i odborných zdrojů a zajištění kvalitní práce. Naplnění těchto cílů přispívá a napomáhá k dobrému fungování organizace.“ [36, s. 36] „Cíle jsou zaznamenány v supervizní dohodě, kterou uzavírá supervizor s vedením organizace, a v kontraktu uzavíraném mezi supervizorem a supervidovanými. Nepřiměřená očekávání a mylné předpoklady spojené se supervizí, způsobem jejího provádění, ale i s osobou a úlohou supervizora mohou být vážnou překážkou supervizní dohody. Před započítím supervize se musí se všemi účastníky domlouvat a vyjasňovat nejen o čem supervize může být a bude, ale především o čem nemůže být a o čem nebude. Supervizní dohoda ošetřuje i základní pravidla, kterými se účastníci budou řídit, podmínky pro poskytování na pracovišti, faktor času, frekvence a místa výkonu supervize, práva a povinnosti účastníků dohody, případně další body, o kterých mezi účastníky panuje shoda. Jedním z nejdůležitějších pravidel v supervizi je zachovávání důvěrnosti sdělení mimo supervizní skupinu.“ [36, s. 36]

„Tématem supervizního sezení je to, co si účastníci přinášejí a předkládají skupině jako svoji žádost o pomoc. Skupina vybírá nejvíce preferované téma, jemuž je sezení věnováno.“ [36, s. 37] „Supervize je velkou příležitostí pro pomáhající profesionály, neboť je vede k uvědomění si důležitosti vlastních potřeb, učí je tyto potřeby identifikovat a respektovat. Supervize je nezbytnou součástí péče o sebe sama a podporou neustálého vývoje pomáhajícího. Její dopady se odrážejí v práci s klientem a zabraňují kumulaci těžkostí, které mohou vyústit až k odchodu pracovníka z profese.“ [36, s. 37]

3.5 Vzdělávání v paliativní péči

Jak v nemocniční, tak ambulantní praxi, ve specializovaných medicínských oborech i v domovech pro seniory mohou lékaři a zdravotní sestry někdy stát tvář v tvář nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou. Musí proto ovládat vědomosti a dovednosti z oboru paliativní péče, aby mohli nemocnému zaručit největší možnou kvalitu života a jeho rodinným příslušníkům poskytnout přiměřenou oporu. Z tohoto důvodu je nutné rozlišit různé stupně vzdělání.

3 stupně vzdělávání (A – B – C):

- A = pochopení (pre- a postgraduální) – pro budoucí zdravotníky v pregraduální fázi vzdělávání (zdravotnické a ošetrovatelské školy, pregraduální studium na lékařské fakultě), graduovaní zdravotníci pracující v některém oboru a paliativní péče představuje pouze část jejich klinické praxe.
- B = prohloubení (postgraduální) – graduovaní zdravotníci pracující na jednotce paliativní péče nebo v jiném oboru, v němž zastávají pozici specialisty pro paliativní péči.
- C = specializace (postgraduální) – graduovaní zdravotníci vykonávající vedoucí nebo konziliární funkci na jednotkách paliativní péče nebo se aktivně účastní vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče.

Témata vzdělávání zahrnují oblasti: pacient, pacient a jeho rodina, interdisciplinární tým, sebereflexe, etika, smrt a společnost (paliativní medicína v systému zdravotní péče), vzdělávání lektorů v oboru paliativní péče, výchova k výzkumu v oboru paliativní péče [45].

4 FYZICKÁ ZÁTĚŽ V PALATIVNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

„Pracovní zátěž je 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. Pokud dojde k nerovnováze, jedná se o zátěž nepřiměřenou, označovanou jako zátěž z přetížení výkonové kapacity, respektive o zátěž nadlimitní. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči, spojená především s manipulací s pacienty a břemeny, může vést k některým zdravotním problémům sestry, především v oblasti pohybového systému. Při každodenních a opakovaných manipulacích s imobilními pacienty a pacienty se sníženou pohybovou schopností často není možné respektovat doporučené limity pro hmotnost a manipulaci s břemenem (včetně lidského těla). Jedním ze základních předpokladů prevence poškození pohybového aparátu sestry je ovládání bezpečných technik manipulace s pacientem. Současným trendem v ošetrovatelství je zaměření se na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním zdviháním a přenášením pacienta a na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využíváním technických pomůcek pro manipulaci.“ [17, s. 26]

Sestra také může trpět přetížením z množství práce. Tj. situace, kdy je množství práce vyšší, než je schopna vykonat za čas, který má k tomu k dispozici. To, co je pro některého člověka nadměrné, může být pro druhého v mezích normálu. Také časový stres není v práci sestry nic neobvyklého. Vykonávání práce za nedostatku času může vést k distresu [28]. *„Zdravotnická povolání patří z hlediska vlastní odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk.“ [29, s. 206]* Je očekáváno, že zdravotník zvládne obsluhu moderní techniky, bude provádět správně řadu činností administrativních, kladně ovlivňovat prožívání a jednání nemocných, unese fyzické nároky své práce a že se dokáže vypořádat s pracovními i rodinnými problémy, které nepřetržitý provoz přináší. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobní vhodnost, profesionální průpravu, styl práce, způsob života a duševní stabilitu. Má-li zdravotník všechno, co se od něj očekává, v přiměřeném rozsahu zvládat, musí být schopen účinně regenerovat svoje fyzické a psychické síly a průběžně kompenzovat i nadměrné psychické a fyzické zatížení [29].

Některé zátěžové faktory v pracovním prostředí, které ovlivňují fyzickou stránku sestry, jsou: nadměrné nároky ze strany nadřízených, nadměrné požadavky, riziko selhání a kritika ze strany okolí, nároky profese a rodiny, jež nejsou vždy slučitelné, směnný provoz, který může vést k nepravdělnosti životního stylu a např. k poruchám spánku, přizpůsobování se novým přístupům a novým situacím, přepracovanost, prodlužování pracovní doby, příliš intenzivní práce, „papírování“, neúměrné množství práce, nedostatek času, neúměrné pracovní tempo, časové stresy, současné vykonávání více činností, přetěžování jednotlivých orgánů a smyslů, nezařazování pauz, nevhodné pracovní prostředí, prostředí, ve kterém je zvýšená možnost infekce atd. [31]

Faktory, které ovlivňují pracovní výkon: ohodnocení, odměna za práci, seberealizace, vztah k práci, namáhavost práce, pracovní prostředí, organizace práce, styl vedení, sociální klima atd. [33] Dalšími faktory, které mohou vést k nadměrné fyzické zátěži sestry, jsou: nedostatek pomocného ošetrovatelského personálu, nedostatek pomůcek, špatné technické vybavení oddělení, zvyšující se počty klientů, jejichž zdravotní stav je stále závažnější atd. [35] *„Fyzikálními stresory jsou všechny nadměrné požadavky na tělo, které na ně klade práce, pomůcky, se kterými pracujeme, a prostředí samo o sobě.“* [37, s. 83]

„Ochota k osobnímu kontaktu s nemocným vyplývá z osobního postoje k životu vůbec. Profesionál pečující o těžce nemocné a umírající musí mít odborné znalosti, musí mít rád lidi (včetně sebe sama), musí být vyrovnaný se svou vlastní smrtelností. Svou práci by měl dělat dobrovolně a rád. U hospitalizovaných v nemocnici je důraz kladen především na péči o fyzickou stránku člověka, na jeho hygienu, příjem potravy, vyměšování (i močový katétr či kolostomie), ventilaci, také ošetření a převazy ran, podávání léků... Výsledky takové péče jsou na první pohled dobře zřetelné. Člověk však není jen bytost fyzická, ale také psychická, sociální a duchovní. Péče o tělo, jistě velmi důležitá, je vlastně jen dílem toho, co nemocný potřebuje. Právě ochota k osobnímu kontaktu ze strany zdravotníka je dalším krokem k překročení pouhé fyzické úrovně péče.“

Častým jevem v nemocnicích je rychlé tempo práce zdravotníka (ošetřovatele, sestry, lékaře), do nějž je tlačěn počtem úkonů, které musí v daném časovém limitu zvládnout. Chyba je buď v lokální organizaci oddělení, nebo možná v celém systému zdravotnictví. I přes tento tlak na zdravotníky je nesmírně důležité udělat si čas na popovídání či společnou chvíli mlčení s pacientem.“ [40]

5 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

„Práce s umírajícími klienty klade na sestry velké psychické nároky. Část zátěže má svůj původ v osobních faktorech sester. Sem patří: pracovní prostředí, konflikty mezi členy týmu, vedení a řízení, konflikt rolí... Nejčastějším zdrojem stresu u sester, které pracují v hospicích, je umírání a smrt. Velkou zátěž také může představovat identifikace s pacientem, který sestře připomíná někoho blízkého. Lidé, pracující v nemocnicích, domovech pro seniory nebo v domácí péči, bývají často kvůli psychickému strádání náchylní k nemocem. Zdravotní sestry mají vyšší riziko psychických onemocnění, proto by se měla zvýšit prestiž tohoto povolání a také pozornost věnovaná prevenci těchto chorob. Vědecké studie zde dokládají, že zvláště zatěžující je kombinace náročných požadavků vedení s vlastním minimálním akčním prostorem zaměstnance.“ [22, s. 16] Těžce nemocní pacienti znamenají pro zdravotníky velkou zátěž. A to jak fyzickou, tak psychickou. Zátěž není daná jen tím, kolik času musí pacientovi věnovat, ale také tím, že jsou sestry často konfrontovány s lidmi ohroženými na životě. Zodpovědnost za pacienty vede zdravotníky k úplnému nasazení, často až po hranice jejich sil [30]. Také mobbing na pracovišti je často v přímém vztahu k psychickým onemocněním. Pracovníci ve zdravotnictví se také stávají častěji předmětem šikany [22]. Mobbing je úmyslné intrikování, šikanování ze strany kolegů, které není jednorázové. Bossing je úmyslné intrikování, šikanování ze strany nadřízeného [25].

Některé zátěžové faktory v pracovním prostředí, které ovlivňují psychickou stránku sestry: intenzivní kontakt s pacienty, konflikt rolí, dostupnost návykových látek, nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích, nároky na celoživotní vzdělávání, nároky plynoucí z týmové práce a mezilidských problémů (spolupráci v týmu zhoršují faktory, jako je nedostatečné ocenění, vyčerpání, konfliktní zájmy a soupeření, finanční problémy atd.), nezvládnuté dovednosti potřebné k výkonu práce, nadměrná míra zodpovědnosti atd. [31] Mezi nejvýraznější podmínky, které ovlivňují zrod psychického vyčerpání, patří nesmyslnost toho, co je nám nařízeno dělat [32].

Pro zdravotní sestru je péče o umírajícího klienta a styk s jeho rodinou stresující záležitostí. Zdravotník odvádí nejen práci odbornou, ale i fyzicky a psychicky namáhavou, sociálně náročnou, která stále ještě není společensky a ani finančně doceněna. Právě sestra je ta, která je v co nejužším kontaktu s umírajícím. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesio-

nální zralost a mistrovství v komunikaci. Musí použít milosrdnou lež, pokud ví, že si to pacient přeje. Spolupráce s nemocným je často těžká a od sestry se vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá a psychicky i fyzicky zdatná. Od zdravotní sestry se také vyžaduje, aby své povolání brala jako poslání, aby obětování, pracovitost a láska k lidem byly její vlastností. Pro ošetrovatelskou péči je také důležité, aby se dokázala vyrovnat s odchodem pacienta, a aby umírání a smrt brala jako součást života. Za svoji práci nedostávají sestry vždy poděkování a úctu, kterou si zaslouží. Je to sestra, která musí umět zachovat klid, svoji důstojnost a nedat najevo svůj nesouhlas. A to není vždy jednoduché [43].

6 PRACOVNÍ STRES A ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

Stres je slovo anglosaského původu, které se v angličtině objevuje od středověku. Stres lze definovat jako komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky, jež jsou kladeny na naše tělesné a duševní rezervy. Ke stresu dochází tehdy, když požadavky prostředí překračují schopnosti člověka nebo když není prostředí s to uspokojit jeho potřeby. Stres je přirozenou součástí života. Nutí nás k aktivitě a chrání před nebezpečím [12].

Je nutné rozlišovat zátěž a stres. Hlavním kritériem pro rozlišení je jejich vnímání člověkem z hlediska zvladatelnosti. Ty požadavky, které jsou v našich silách a které zvládneme, jsou zcela jistě zátěží, zatímco ty, na které naše síly nestačí, pravděpodobně představují skutečný stres. Stresor je nadměrný požadavek kladený na naše tělesné a duševní rezervy. Mohou na nás působit stresory fyzikální, chemické, biologické, psychosociální. O tom, zda se pro nás stane určitá situace stresorem, rozhoduje charakteristika stresoru (druh, intenzita, rozsah, délka působení, ...), naše psychika, vnímání a hodnocení této situace. Proto reagují různí lidé na různé situace odlišně [12].

„Zdroje stresu: faktory spojené s prostředím – pracovní podmínky (vysoká pracovní zátěž, nedostatek personálu, práce na směny), nedostatečná pracovní příprava, nedostatečná příprava na požadavky péče, nedostatek času na oddech nebo zármutek, slabé nebo negativní vztahy mezi personálem, vysoká míra organizačních změn, nedostatek podpory nebo uznání ze strany managementu, střet nebo nevyjasněnost rolí, změna role, vysoká míra nejistoty, nutnost reagovat na nepředvídatelné okolnosti. Faktory spojené s pacientem – překrývání rolí s členy rodiny, povaha pacientovy nemoci, emoční stav pacienta, emoční stav rodiny, povaha smrti. Osobní faktory – rozpory mezi ideály, pocity nedostatečnosti, osobnostní poruchy, identifikace s pacientem, poskytování péče, která není optimální, nahromaděný zármutek.“ [11, s. 653] Na vzniku stresu se mohou dále podílet: osobnost, chování a styl života – agrese, narušený spánek, nedokončená práce; výživa – nezdravý způsob stravování; změna – strach z neznámého; nuda – nedostatek stimulů, nezaměstnanost, důchod; žal – úmrtí, rozvod; úzkost; strach [12].

Projevy stresu můžeme rozdělit do dvou skupin. Do somatických projevů patří: rozšíření zornic a zlepšení zrakového vnímání, zvýšené pocení, zrychlená činnost srdce, zvýšený tlak, zrychluje a prohlubuje se dýchání, klesá vylučování moči, pocit sucha v ústech, zpo-

maluje se střevní peristaltika, zvyšuje se napětí svalů, mentální bdělost a hladina cukru v krvi. Do psychických projevů patří: úzkost, hněv, motorické projevy, pláč, nadměrná výřečnost, smích, křik atd. [18]

Strategie zvládnání stresu: v rámci jednotky paliativní péče – týmová práce a týmová soudržnost, takový výběr personálu, který zajistí soulad mezi prostředím a osobou, profesní rozvoj/vzdělávací program, dostupnost klinické supervize. Individuální – využívání poradenství, účast v podpůrné skupině, pravidelná klinická supervize, střídání rolí nebo odpočinek od role, další vzdělávání, mimopracovní zájmy, vyváženost práce a života doma, nácvik, náboženské přesvědčení, chápání osobních hranic, pocit dobře zvládané práce, nalezení smyslu v práci. Nejdůležitější prostředky upevňující naše duševní zdraví jsou: zdravý spánek, aktivní fyzický pohyb a sport, správné dýchání a zdravá výživa [11].

V práci sestry dochází často také k interpersonálním konfliktům. Tyto konflikty mohou probíhat ve vertikální rovině (nadřízený versus podřízený), nebo v horizontální rovině (konflikt mezi kolegy). Podle způsobu řešení se konflikty dělí na: konstruktivní (vedou ke zlepšení výkonu) a na destruktivní (snižují výkonnost a působí jako stres). Zdrojem konfliktů v praxi jsou nejčastěji nedostatky v organizaci práce, povrchní vztah k práci a nízká disciplína na pracovišti [13].

Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu: Je důležité vidět problémy v proporcích a v časové perspektivě, vyhnout se osobnímu prožívání problémů, nevztahovat si je k vlastní osobě. Neúspěch je potřeba hodnotit z hlediska snahy. Pokud jsme přesvědčeni, že jsme se snažili ze všech sil, není nutné prožívat neúspěch jako tragédii. Při řešení různých životních situací má velký význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost usilovně bojovat se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme [12].

„Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:

- *Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.*
- *Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu, ukázat, co dovedu.*
- *Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky jak životní situaci čelit – odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce.*

- *Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z tohoto vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace každodenním chlebem.*
- *Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit – patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do zaměstnání své partnerské nebo rodinné starosti.*
- *Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnutí stresu. Pocit podpory ze strany ostatních, pocit příslušnosti k někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy – to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.*
- *Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám – najít si uspokojivou práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.*
- *Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti).“ [20, s. 20, 21]*

Náročné situace dnes již neodmyslitelně patří k životu moderního člověka. Zrychlující se životní tempo, informační přetížení a nároky života v moderní společnosti představují psychickou zátěž, které se vyhnout nelze. Lze však najít způsoby, jak vzniklý stres účinně zvládat a jak zamezit jeho škodlivým následkům na zdraví [21].

6.1 Syndrom vyhoření – „burnout“

Syndrom vyhoření je důsledek dlouhodobého stresu a špatného vypořádávání se s psychickou a fyzickou zátěží. Tuto problematiku začali v roce 1974 zkoumat americký psychiatr Herbert J. Freudenberger a sociální psychologka Christina Maslach z Kalifornské

univerzity a také ji definovali. Ve stejném roce byla tato problematika publikována v časopise „Journal of Social Issues“. Popisuje se jako ztráta úcty k lidem a ztráta zájmu o spolupracovníky a klienty. Jde o psychický stav, o prožitek vyčerpání. Klíčovou složkou je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a celková únava. Hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu. Akutní stres nevede k vyhoření. Mezi stresové faktory patří: pracovní režim, provoz na směny, zodpovědnost, pocit nedokončené práce, nedostatek personálu, nároky na člověka, psychická a fyzická náročnost, požadavky na manuální zručnost, riziko infekce, nedostatečná prestiž oboru, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce, neschopnost relaxace, permanentně prožívaný časový tlak atd. Z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou jako neutrální faktory považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako je věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd. [19] *„Individuální faktory, které napomáhají syndromu vyhoření: sestra má na sebe vysoké nároky a nesplnění cílů prožívá jako porážku. Je typem osobnosti, která si nedokáže stanovovat cíle reálné, dosažitelné nebo jen takový počet úkolů, aby je mohla zvládnout. Neschopnost požádat druhého o pomoc pro sebe (často na základě zafixované představy, že „člověk musí všechno zvládnout“ nebo pramenící ze srovnávání se s druhými, kteří přece „všechno stihnou“). Vnitřní puzení neustále pomáhat jiným lidem, což je až nutková potřeba, jejíž uspokojení slouží k vytvoření a udržení si pocitu vlastní hodnoty (někdy se tomuto jevu říká „syndrom pomocníka“). Syndrom vyhoření snadněji vznikne tam, kde dojde k souběhu závažnější pracovní a stresů ze soukromého života. (Haškovcová).“* [27, s. 179] Pracovní podmínky, které jsou rozhodující pro vznik syndromu vyhoření: ošetrovatelská péče probíhá asymetricky (pečující více dává, než dostává), nedostatek radosti, chybí prožitek úspěchu, ideály a cíle nelze naplnit, sestra pociťuje málo svobody v rozhodování, je pod tlakem, necitlivé vedení, nadřizený nevyjadřuje uznání, sestra pociťuje konflikt rolí atd. [27]

Příznaky tohoto syndromu se neobjevují ze dne na den. Přichází během týdnů, měsíců, roků, ... Člověk je stále unavenější, nemocnější, psychicky labilnější a agresivnější. Stává se, že se mu chce přes den spát a v noci zase nemůže usnout. Na psychické úrovni se syndrom vyhoření projevuje duševním a emocionálním vyčerpáním, ztrátou motivace, útlumem celkové aktivity, snížením kreativity a invencí, redukcí spontaneity, iniciativy, pasivitou. Převažuje depresivní ladění, smutek, frustrace, beznaděj, bezvýchodnost, marňost, sebelítost, pocit nedostatku uznání, smysluplnosti, projevy negativismu, cynismu, hostility, používání rutinních postupů, stereotypních frází a klišé atd. Na fyzické úrovni se tento syndrom projevuje únavou, apatií, ochablostí, snadnou unavitelností. Mohou se vy-

skytnout bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací a dýchací obtíže a poruchy, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, spánku, bolesti ve svalech, celková tenze, zvýšené riziko závislostí všeho druhu, zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity, ... Na úrovni sociálních vztahů se syndrom vyhoření projevuje výraznou redukcí kontaktu s klienty, s kolegy, nechutí k vykonávanému povolání, útlumem sociability, nezájmem o hodnocení ze strany druhých, nízkou empatií, postupné narůstání konfliktů [20].

Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje ty, kteří pracují v pomáhajících profesích, a některé zaměstnanecké kategorie pracující s jinými lidmi (záchranáři, zdravotní sestry, lékaři, hasiči, učitelé, psychologové, psychoterapeuti, policisté, sociální pracovníci, právníci, úředníci, duchovní a řádové sestry, ...) nebo ty, kteří se dlouhodobě starají např. o nemocného rodinného příslušníka. Ve vztahu ke zdravotnickému prostředí se syndrom vyhoření nevyskytuje jen u zdravotníků, ale i u pacientů. Nejčastěji vzniká v důsledku únavy z léčby, které nepřináší zlepšení jejich zdravotního stavu [34]. Více jsou tímto syndromem postiženy ženy. Může být akutní i chronický. Akutní může nastat po nadměrné pracovní zátěži – např. nemoc kolegy, nároční klienti, ... Pokud jde jen o akutní syndrom vyhoření, obvykle stačí, když se podmínky vrátí do normálního stavu nebo má zaměstnanec možnost načerpat nové síly, vzít si dovolenou atp. Chronický syndrom vyhoření přichází většinou po létech praxe [20].

Stadia syndromu vyhoření jsou:

1. stadium – velké nadšení, snaha pracovat co nejlépe, zapálení pro věc, vysoká angažovanost, touha po úspěchu.
2. stadium – úspěch nepřichází, ideály se nedaří zrealizovat, člověk nic nestíhá, je v časové tísní, jeho práce začíná ztrácet smysl, požadavky ho začínají obtěžovat.
3. stadium – symptomy neurózy, chaos, frustrace, zklamání.
4. stadium – pocit, že „nemusí nic“, izolace od kolegů (depersonalizace), únik do samoty, žádné zájmy, nadšení, únava, apatie, pocit zklamání, snížení pracovního výkonu, práce pozbývá smysl [10].

Diagnostika syndromu vyhoření: Diagnostika syndromu vyhoření se provádí pomocí pozorování jednotlivých symptomů a pomocí speciálních psychologických metod. Nejpoužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Je to např. do-

tazník Ch. Maslachové a S. Jacksonové „Maslach Burnout Inventory“, A. Pinesové, E. Aronsona, D. Kafryho „Burnout Measure“ [20].

Prevence syndromu vyhoření: Pozitivní myšlení, emoce, pozitivní postoj k sobě samému, pozitivní mezilidské vztahy, dobré pracovní prostředí, naučit se říkat ne, asertivita, konzultovat problémy s okolím, střídat se v péči o nemocného, vytvořit si harmonogram péče, využívat respitních služeb, dodržovat zásady mentální hygieny, relaxovat, odpočívat popř. navštívit psychologa, ... Důležité je také přiznat si, že mám problém [8].

Určitá míra stresu je pro tělo zdravá a užitečná. Pozitivní stres (eustres) vzniká při radostném dosažení cíle. Negativní stres (distres) vzniká po překročení individuální hranice při vyrovnání se se zátěží. Faktory, pomocí kterých se organismus dostává do stresu, se nazývají stresory [12]. Signály distresu jsou: třes rukou, zvýšené pocení, tiky, podrážděnost, hádavost, nervozita, úzkost, deprese, odosobnění, únava, slabost, bolest hlavy, bolesti ramenou a zad, potíže s rozhodováním, snížená sexualita, problémy se spánkem, nechutenství nebo přejídání, nutkání plakat atd. [37] Zdravotní sestry jsou neustále vystaveny psychické zátěži a na jejich dovednosti a schopnosti jsou kladeny vysoké požadavky.

Jak pomoci vyhořelým: Důležitá je sociální opora, naslouchání, vyslechnutí bez kritizování a dlouhých komentářů. Důležitá je také emocionální podpora, poskytnutí útěchy a empatie, poskytnutí hmotné podpory, dárku. Mezi neúčelné patří samoléčení. Zdravotníci někdy zneužívají prostředky, jako jsou kofein, nikotin, alkohol, lehké drogy, léky atd. Doporučené je plnění základních požadavků mentální hygieny, optimalizování relací mezi zátěží a odpočinkem, co nejpravidelnější životní režim a přiměřené množství tělesného pohybu [10].

„Sestra na pracovišti průměrně denně ujde 11,5 km, 96 minut stráví v předklonu a 392 minut stojí. To vše může přispívat ke vzniku pracovního stresu.“ [9, s. 22]

6.2 Duševní hygiena zdravotní sestry

Má-li zdravotní sestra dobře pracovat a starat se o pacienty, je potřeba, aby i ona byla v dobrém stavu. Péče sama o sebe má celou řadu různých oblastí. Je to např. péče o svůj vzhled, o tělesné zdraví, o stravování, péče o tělesný a duševní život [15].

Při péči o duši pečujeme o to, co si myslíme, jaké představy máme, jak pojmáme různé věci, lidi a události, co prožíváme a co v životě vlastně chceme, co je cílem a smyslem našeho života. Péče o tělo se projevuje např. v tom, co jíme a co pijeme, kdy a jak se pohybujeme, jak odpočíváme. Dnes se stále více zdůrazňuje potřeba chůze. Na naše zdraví má také vliv spánek a odpočinek. Důležité jsou také dobré rodinné vztahy, ticho a klid, meditace, relaxace, pěstovat koníčky, umět hospodařit s časem atd. [15]

U profese, jako je zdravotní sestra, je důležité si vytvořit jistý odstup od klientů. K tomu si profesionálové pomáhají různými technikami. Je to např. sémantické odosobnění, kdy se klient stává kauzou, diagnózou; intelektualismus, kdy mluví sestra o pacientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu; izolace - jasné rozlišení profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k jiným lidem [15].

Je potřeba vytvořit vhodné prostředí, protože je velice důležité nepotlačovat svoje pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je. K tomu mohou sloužit porady, Bálintovské skupiny apod. Lze však také zajít za kolegou a promluvit si s ním o svých pocitech. U psychoterapeutů je vhodný protějšek supervizor. Také je důležité zařadit do pracovního dne přestávky a využít je k regeneraci sil procházkou, tělesným cvičením, relaxací či meditací. Je nutné důsledně oddělovat pracovní život od osobního [15].

6.2.1 Relaxace

„Relaxace je psychofyziologický stav intenzivní regenerace organismu, kdy dochází k posílení imunitního systému, ke zpomalení látkové výměny a k hluboké regeneraci buněk, zejména nervového systému. V psychologii pod tímto pojmem rozumíme psychické a fyzické uvolnění.“ [14, s. 85] Ve stavu relaxace dochází k řadě tělesných změn. Zpomaluje a prohlubuje se dýchání, snižuje se spotřeba a výdej oxidu uhličitého, aktivuje se parasympatická větev vegetativního nervového systému, snižuje se krevní tlak a puls, zpomaluje se celkový metabolismus atd. Cílem relaxačních technik není vyloučit stresové situace, ale snížit či odstranit napětí – tenzi, kterou člověk při stresu prožívá [14].

Způsoby relaxace

Na bázi svalového uvolnění jsou to: masáže, akupresura, reflexní terapie. Na bázi dechových cvičení: plný jógový dech. Relaxačně koncentrační metody: Jacobsonova pro-

gresivní relaxace, Schulzův autogenní trénink, meditace. Relaxačně imaginativní metody: tvůrčí představivost. Dalšími způsoby relaxace mohou být: aromaterapie, muzikoterapie, bleskové relaxační techniky aj. [14]

Relaxační techniky na bázi svalového uvolnění

Základní a nejčastěji používaná technika je masáž. Masáž je činnost, kdy působíme různým tlakem na povrch těla. Účinky masáže na náš organismus jsou: působí jako peeling na svrchní vrstvu pokožky, ovlivňuje tonus svalů, odbourává metabolické zplodiny, povzbuzuje krevní a lymfatický oběh atd. [14]

Akupresura je technika, při které vyvíjíme prsty tlak na konkrétní plošky těla, na tzv. aktivní body. Na aktivní body působíme střídavým stlačováním a uvolňováním. Žádaný efekt se dosahuje nejen vhodným výběrem bodů, ale i správnou mírou tlaku. K vyhledávání aktivních bodů lze použít detekčního přístroje, který opticky nebo akusticky signalizuje jejich výskyt. Využíváme při tom reflexních spojení mezi těmito body a jinými částmi (nebo funkcemi) našeho těla. Akupresura se používá ke zmírnění různých bolestí, únavy, nebo k podpůrné léčbě různých psychosomatických onemocnění. Je vhodná i k redukci negativních následků stresu [14].

„Reflexní terapie vychází z předpokladu, že naše životní energie prochází naším tělem určitými kanálky, které bez ohledu na to, odkud vedou, ústí v různých bodech na chodidlech. Tyto reflexní body mohou být zablokovány. Úkolem terapeuta je tyto bloky objevit a prostřednictvím speciálních masážních metod odstranit. Reflexologie podle některých terapeutů může zmírňovat potíže spojené se stresem, mírnit migrénu nebo bolesti neurčitého původu. Při reflexní terapii je nutné věřit v její účinek, působí tedy zde její placebo efekt.“ [14, s. 86, 87]

Relaxace na bázi dechových cvičení

Jeden z nejlehčích a nejrychlejších způsobů, jak snížit stres, je koncentrace na průběh dýchání. Dechová cvičení se provádí vsedě nebo ve stoji, páteř má být vzpřímená [14].

Relaxačně koncentrační metody

Sem patří progresivní relaxace. Tato metoda je založena na systematickém uvolňování kosterního svalstva prostřednictvím rozvoje schopností uvědomovat si a rozlišovat jemné rozdíly v napětí svalů. Má se provádět vleže v tiché místnosti. Je složena z praktiky relaxace rukou, nohou, trupu, očí, duševních činností, svalů obličeje a řečových svalů [14].

Autogenní trénink je psychofyziologická metoda, která využívá vzájemnou provázanost duševního i tělesného dění. Při autogenním tréninku se doporučuje poloha vleže nebo vsedě na židli. Tato metoda se skládá ze šesti základních cviků, a to z koncentrace na: pocit tíže v rukou a nohou, pocit tepla v končetinách, pocit klidného tepu srdce, klidný dech, pocit tepla v dutině břišní a pocit chladu na čele [14].

Meditace je stav mysli, klidu, prohloubené koncentrace a relaxace. Tento stav je spojený s pasivitou vlastního já, přičemž se komunikace s okolím snižuje nebo úplně přerušuje. Provádí se v tiché místnosti, ve stabilní a pohodlné poloze, v pohodlném oblečení [14].

Relaxačně imaginativní metody

Sem patří vizualizace, kterou praktikujeme před spaním nebo ráno po probuzení, kdy je naše tělo i mysli uvolněnější. Tato technika je určena k užití pro specifické účely, ke zvýšení porozumění svému psychickému a fyzickému fungování [14].

Další způsoby relaxace

Aromaterapie je relaxační metoda, která využívá vonných látek k posílení tělesného zdraví a navození pocitu pohody. Vonné látky jsou ve formě koncentrovaných esencí. Tyto esence působí prostřednictvím čichu, prchavé látky ale pronikají i kůží. Tato metoda ovlivňuje emoční naladění, psychický stav, pomáhá při depresích a úzkostných stavech [14].

Hudba pomáhá při prohloubení relaxace, uklidňuje ve stresových situacích, obnovuje vitalitu [14].

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE PRŮZKUMU

Cíl 1. - Zjistit, jak jsou sestry fyzicky zatíženy na geriatrickém oddělení a v hospici.

Cíl 2. - Zjistit psychickou zátěž sester na geriatrickém oddělení a v hospici.

Cíl 3. - Zjistit, v jakém rozsahu probíhá duševní hygiena u sester na geriatrickém oddělení a v hospici.

Cíl 4. - Navrhnout zlepšení zjištěných nedostatků.

8 METODOLOGIE PRŮZKUMU

V praktické části své bakalářské práce se zabývám průzkumným šetřením s cílem zjistit, jak jsou sestry na geriatrickém oddělení a v hospici fyzicky a psychicky zatíženy a jaká je úroveň jejich duševní hygieny.

8.1 Metodika průzkumu

K výzkumu jsem použila metodu sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 27 otázek. Otázky byly uzavřené a polouzavřené. 1. – 5. otázka byla obecná, zbývající otázky se vztahovaly k jednotlivým cílům bakalářské práce.

8.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Tento dotazník byl určen pro zdravotní sestry pracující na geriatrických odděleních a pro sestry z hospice. Dotazníky byly rozdány v Jihomoravském kraji v těchto zařízeních. Počet respondentů byl 120. Z tohoto počtu rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 100. Výzkum probíhal v období od prosince 2009 do konce ledna 2010. S rozdáním a sběrem dotazníků jsem neměla větší potíže, jelikož jsem v hospici v té době vykonávala praxi. Dotazníky jsem předala staniční sestře, která se poté postarala o rozdání dotazníků sestrám. Byla velmi ochotná a vstřícná. V nemocnici jsem dotazníky předala vrchní sestře geriatricke, která je také sestrám rozdala. Ačkoli jsem prosila o pečlivé vyplnění, některé polootevřené otázky sestry vyplnily jen z části.

8.3 Charakteristika položek

První část otázek (otázky 1 – 5) byly obecné. Týkaly se pohlaví, věku, profesního vzdělání, délky praxe ve zdravotnictví a oddělení, kde respondent pracuje. Otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22 se týkaly prvního cíle (zjistit, jak jsou sestry fyzicky zatíženy na geriatrickém oddělení a v hospici). Otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21 se týkaly druhého cíle (zjistit psychickou zátěž sester na geriatrickém oddělení a v hospici) a otázky č. 23, 24, 25, 26, 27 se zabývaly třetím cílem (zjistit, v jakém rozsahu probíhá duševní hygiena u sester na geriatrickém oddělení a v hospici).

8.4 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala za pomoci tabulek četnosti vytvořených v Microsoft Office Excel a pomocí výsečových grafů. Každá otázka je doplněna slovním komentářem.

8.5 Výsledky průzkumu a jejích analýza

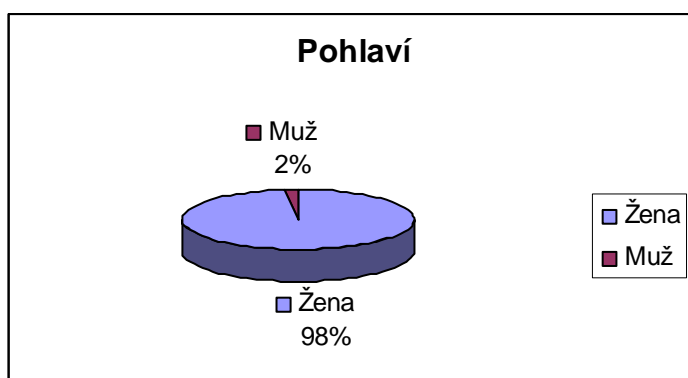
Data, která jsem získala pomocí dotazníků, jsem zpracovala do tabulek četnosti vytvořených v Microsoft Office Excel a do výsečových grafů. Každá otázka je doplněna slovním komentářem.

Otázka č. 1. Pohlaví: a) Žena

b) Muž

Tabulka č. 1.1 – Pohlaví (hospic)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	49	98,00%
Muž	1	2,00%
Celkem	50	100%

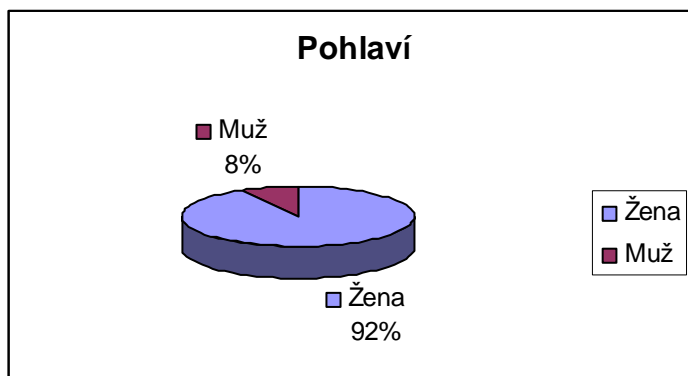


Graf č. 1.1 – Pohlaví (hospic)

V této skupině 50 respondentů bylo 49 žen (tj. 98%) a 1 muž (tj. 2%). Více zde tedy pracuje žen než mužů. Tyto hodnoty jsou zaznamenány v tabulce a grafu.

Tabulka č. 1.2 – Pohlaví (geriatrie)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	46	92,00%
Muž	4	8,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 1.2 – Pohlaví (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů bylo 46 žen (tj. 92%) a 4 muži (tj. 8%). Více zde tedy pracuje žen než mužů. Tyto hodnoty jsou zaznamenány v tabulce a grafu.

Otázka č. 2. Věk: a) Do 25 let

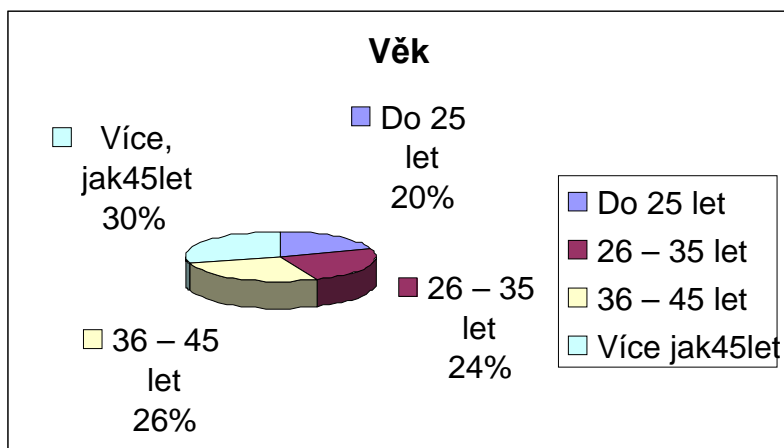
b) 26 – 35 let

c) 36 – 45 let

d) Více než 45 let

Tabulka č. 2.1 - Věk (hospic)

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	10	20,00%
26 – 35 let	12	24,00%
36 – 45 let	13	26,00%
Více jak 45 let	15	30,00%
Celkem	50	100%

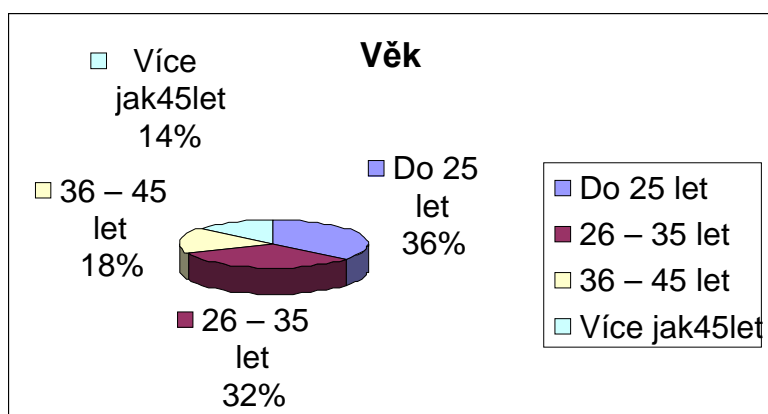


Graf č. 2.1 - Věk (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů bylo 10 respondentů do 25 let (tj. 20%), 12 respondentů 26 – 35 let (tj. 24%), 13 respondentů 36 – 45 let (tj. 26%) a 15 respondentů více než 45 let (tj. 30%). Nejčastěji zde tudíž pracují zdravotní sestry nad 45 let.

Tabulka č. 2.2 – Věk (geriatrie)

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	18	36,00%
26 – 35 let	16	32,00%
36 – 45 let	9	18,00%
Více jak45let	7	14,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 2.2 – Věk (geriatrie)

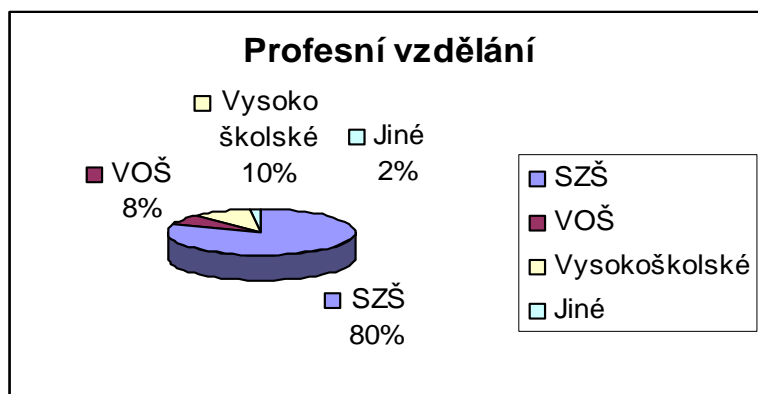
Z celkového počtu 50 respondentů bylo 18 respondentů do 25 let (tj. 36%), 16 respondentů 26 – 35 let (tj. 32%), 9 respondentů 36 – 45 let (tj. 18%) a 7 respondentů uvedlo, že jsou starší 45 let (tj. 14%). Z toho vyplývá, že zde pracuje nejvíce sester do 25 let. Což je opak věku zdravotních sester pracujících v hospici.

Otázka č. 3. Profesionální vzdělání (i právě probíhající):

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) Vysokoškolské vzdělání
- d) Jiné (doplňte)

Tabulka č. 3.1 – Profesionální vzdělání (hospic)

Profesionální vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	40	80,00%
VOŠ	4	8,00%
Vysokoškolské	5	10,00%
Jiné	1	2,00%
Celkem	50	100%

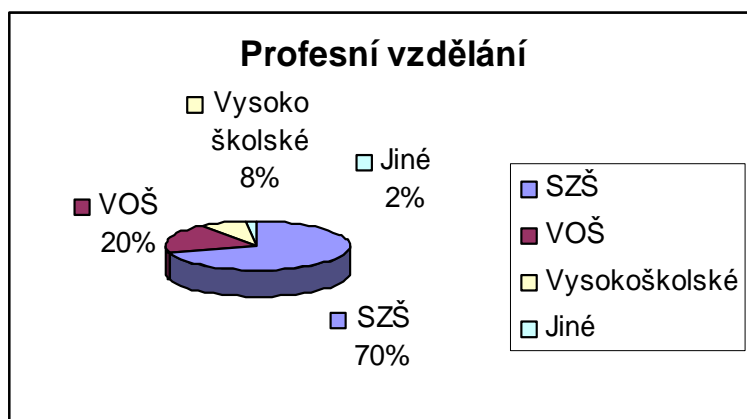


Graf č. 3.1 – Profesionální vzdělání (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 40 respondentů, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je SZŠ (tj. 80%), 4 respondenti studují, či absolvovali VOŠ (tj. 8%), 5 respondentů studuje či absolvovalo VŠ (tj. 10%) a 1 respondent má vzdělání jiné (tj. 2%). Jedná se o doplňkovou maturitu. Z toho vyplývá, že nejvíce sester pracujících v hospici má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské.

Tabulka č.3.2 – Profesní vzdělání (geriatrie)

Profesní vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	35	70,00%
VOŠ	10	20,00%
Vysokoškolské	4	8,00%
Jiné	1	2,00%
Celkem	50	100%



Graf č.3.2 – Profesní vzdělání (geriatrie)

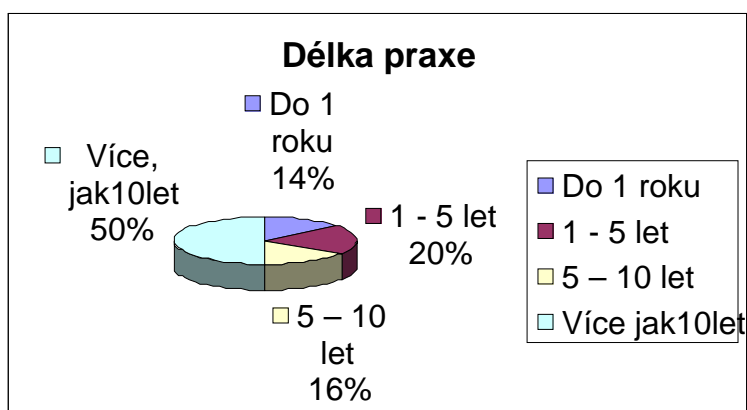
Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 35 respondentů, že jejich nejvyšší profesní vzdělání je SZŠ (tj. 70%), 10 respondentů uvedlo, že studují, či absolvovali VOŠ (tj. 20%), 4 respondenti studují, či absolvovali VŠ (tj. 8%) a 1 respondent uvedl vzdělání jiné (tj. 2%). Tento respondent studuje či absolvoval „doškolovák“. Ze zjištěných údajů lze říci, že podobně jako v hospici i zde pracuje nejvíce sester, které studují či absolvovaly SZŠ.

Otázka č. 4. Délka praxe ve zdravotnictví:

- a) Do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) Více jak 10 let

Tabulka č. 4.1 – Délka praxe (hospic)

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	7	14,00%
1 - 5 let	10	20,00%
5 – 10 let	8	16,00%
Více jak 10let	25	50,00%
Celkem	50	100%

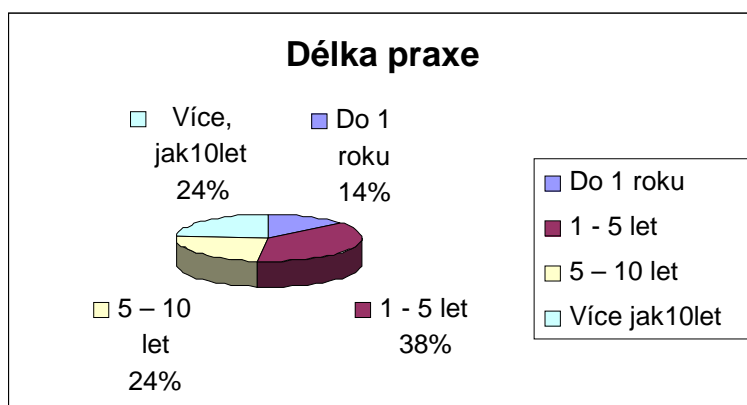


Graf č. 4.1 – Délka praxe (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů má 7 respondentů praxi do 1 roku (tj. 14%), 10 respondentů má praxi 1 – 5 let (tj. 20%), 8 respondentů má praxi 5 – 10 let (tj. 16%) a 25 respondentů (tj. 50%) uvedlo, že má praxi déle než 10 let. Z těchto zjištěných údajů vyplývá, že v hospici pracuje nejvíce sester, které mají praxi 10 let a více.

Tabulka č. 4.2 – Délka praxe (geriatrie)

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	7	14,00%
1 - 5 let	19	38,00%
5 – 10 let	12	24,00%
Více jak 10let	12	24,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 4.2 – Délka praxe (geriatrie)

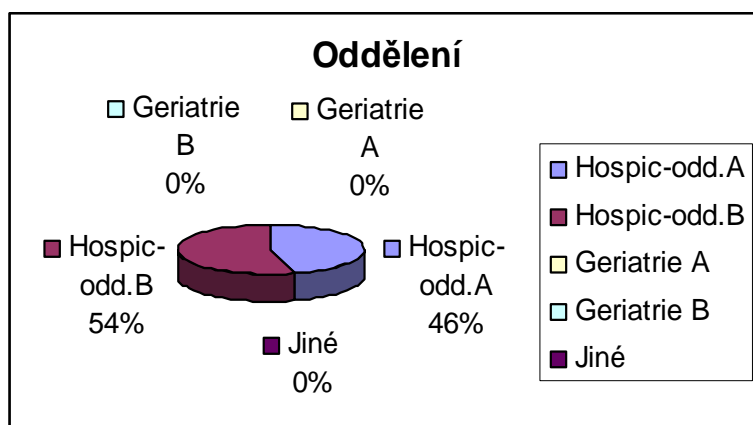
Z celkového počtu 50 respondentů má 7 respondentů praxi do 1 roku (tj. 14%), 19 respondentů má praxi 1 – 5 let (tj. 38%), 12 respondentů má praxi 5 – 10 let (tj. 24%) a stejný počet respondentů má praxi více než 10 let (tj. 24%). Bylo tedy zjištěno, že nejvíce sester na geriatrii má praxi 1 – 5 let.

Otázka č. 5. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Hospic – odd. A
- b) Hospic – odd. B
- c) Geriatrické odd. A
- d) Geriatrické odd. B
- e) Jinde (doplňte)

Tabulka č. 5.1 – Oddělení (hospic)

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hospic-odd.A	23	46,00%
Hospic-odd.B	27	54,00%
Geriatric A	0	0,00%
Geriatric B	0	0,00%
Jiné	0	0,00%
Celkem	50	100%

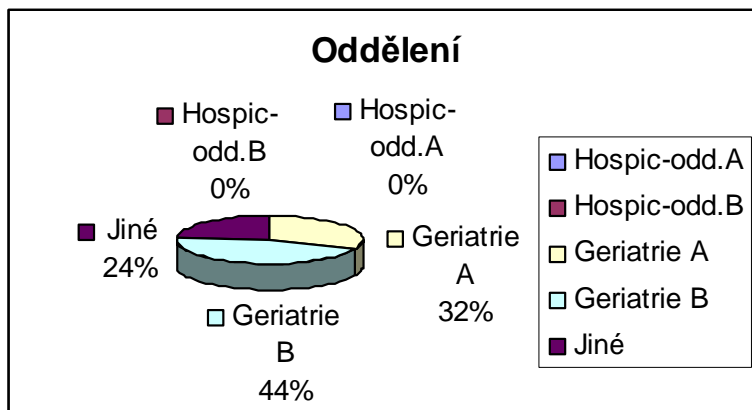


Graf č. 5.1 – Oddělení (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 23 respondentů, že pracují v hospici na oddělení A (tj. 46%), a 27 respondentů pracuje v hospici na oddělení B (tj. 54%).

Tabulka č. 5.2 – Oddělení (geriatrie)

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hospic-odd.A	0	0,00%
Hospic-odd.B	0	0,00%
Geriatric A	16	32,00%
Geriatric B	22	44,00%
Jiné	12	24,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 5.2 – Oddělení (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů pracuje 16 respondentů na geriatrickém oddělení A (tj. 32%), 22 respondentů na geriatrickém oddělení B (tj. 44%) a 12 respondentů pracuje jinde (tj. 24%). Z toho 9 respondentů pracuje na geriatrickém oddělení C a 3 respondenti na geriatrickém oddělení D.

Otázka č. 6. Jste věřící? Pokud ano, pomáhá Vám víra ve Vašem zaměstnání? A jak?

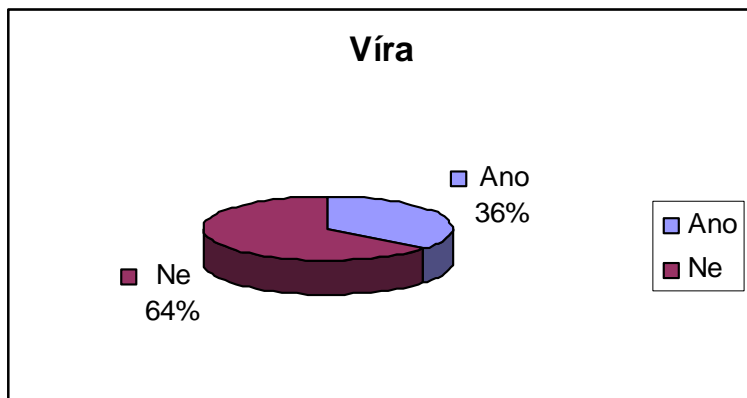
a) **Ano**

b) **Ne**

Jak Vám víra při práci pomáhá?

Tabulka č. 6.1 – Víra (hospic)

Víra	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	36,00%
Ne	32	64,00%
Celkem	50	100%

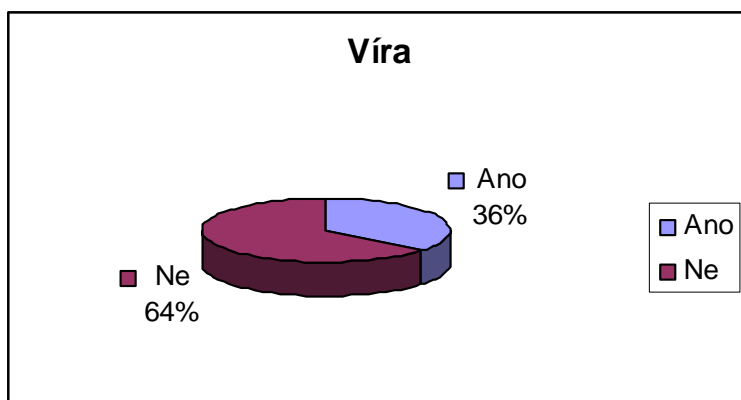


Graf č. 6.1 – Věra (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 18 respondentů (tj. 36%), že jsou věřící, a 32 respondentů (tj. 64%), že věřící nejsou. Z toho vyplývá, že více sester pracujících v hospici je nevěřících. Z počtu 18 respondentů, kteří odpověděli, že jsou věřící, jich 7 uvedlo, jak jim víra při práci pomáhá. 2 respondenti uvedli, že ve víře je naděje. Zbylých 5 respondentů napsalo, že: díky víře se snaží lépe pochopit utrpení umírajících; díky víře se snaží o taktost k příbuzným; díky víře si uvědomují důležitost pomoci druhým; víra má mnoho nespécifikovaných výhod; s vírou jde všechno snadněji.

Tabulka č. 6.2 – Věra (geriatrie)

Věra	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	36,00%
Ne	32	64,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 6.2 – Věra (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 18 respondentů (tj. 36%), že jsou věřící, a 32 respondentů (tj. 64%), že věřící nejsou. Z toho vyplývá, že více sester pracujících na geriatrii je nevěřících. Tento výsledek je stejný jako v hospici. Z počtu 18 respondentů se jich 11 vyjádřilo i k otázce, jak jim víra při práci pomáhá. 3 respondenti uvedli, že jim víra pomáhá lépe se smířit se smrtí. Zbylých 8 respondentů uvedlo, že: víra jim pomáhá při komunikaci s rodinou; s vírou lépe zvládají stresové situace; když někdo zemře, modlí se u lůžka nemocného; berou práci zdravotní sestry jako poslání; mají z pomoci druhým dobrý pocit; víra je naplňuje; lépe vše zvládají. Jeden respondent uvedl, že mu víra nepomáhá nijak.

Otázka č. 7. Domníváte se, že Vás studium dobře připravilo na péči a vůbec setkávání se s umírajícím člověkem?

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 7.1 – Příprava na péči o umírající ve škole (hospic)

Příprava na péči o umírající ve škole	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	28,00%
Ne	36	72,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 7.1 – Příprava na péči o umírající ve škole (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 14 respondentů (tj. 28%), že se domnívají, že je studium dobře připravilo na péči a setkávání se s umírajícími. Zbýlých 36 respondentů (tj. 72%) odpovědělo, že se domnívají, že je studium připravilo na péči a setkávání se s umírajícími nedostatečně. Více respondentů bylo tedy s přípravou na tuto problematiku nespokojeno.

Tabulka č. 7.2 – Příprava na péči o umírající ve škole (geriatrie)

Příprava na péči o umírající ve škole	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	50,00%
Ne	25	50,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 7.2 – Příprava na péči o umírající ve škole (geriatrie)

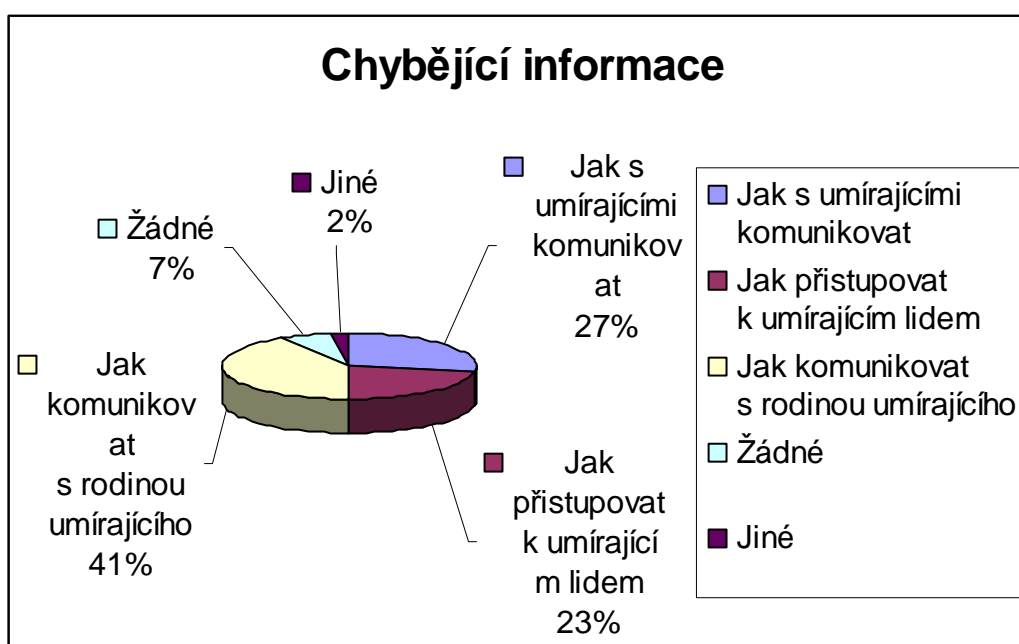
Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 25 respondentů (tj. 50%), že se domnívají, že je studium dobře připravilo na péči a setkávání se s umírajícími a stejný počet respondentů (tj. také 50%) se domnívá, že je studium připravilo na tuto problematiku nedostatečně.

Otázka č. 8. Jaké informace Vám chyběly? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Jak s umírajícími komunikovat
- b) Jak přistupovat k umírajícím lidem
- c) Jak komunikovat s rodinou umírajícího
- d) Žádné
- e) Jiné (doplňte)

Tabulka č. 8.1 – Chybějící informace (hospic)

Chybějící informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jak s umírajícími komunikovat	24	27,27%
Jak přistupovat k umírajícím lidem	20	22,73%
Jak komunikovat s rodinou umírajícího	36	40,91%
Žádné	6	6,82%
Jiné	2	2,27%
Celkem	88	100%

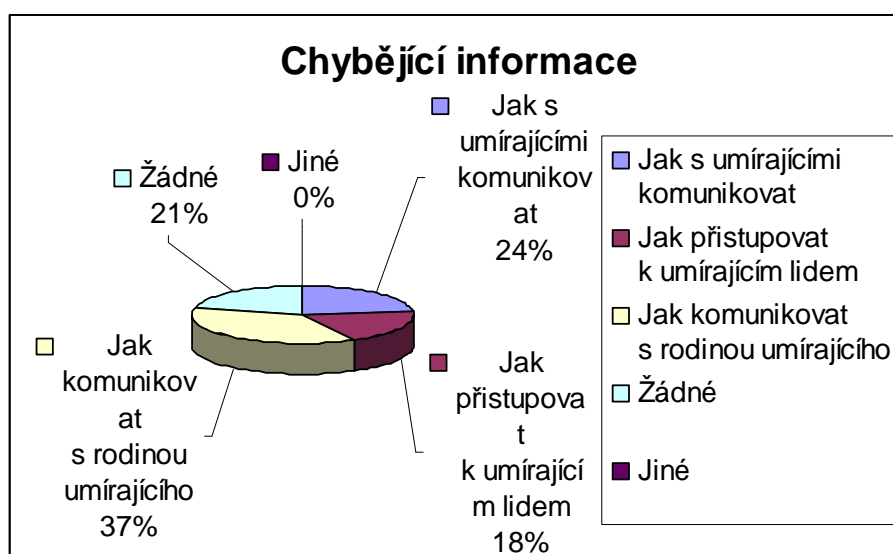


Graf č. 8.1 – Chybějící informace (hospic)

Tato otázka navazovala na otázku č. 7. Z celkového počtu 88 odpovědí bylo 24 takových (tj. 27%), že respondentům chyběly informace jak s umírajícími komunikovat. Dále bylo 20 odpovědí (tj. 23%), že dotazovaným chyběly informace jak k umírajícím lidem přistupovat. Dalších 36 odpovědí (tj. 41%) se týkalo nedostatečných informací jak komunikovat s rodinou umírajícího. Respondenti také 6krát (tj. 7%) uvedli, že jim nechyběly informace žádné a 2krát (tj. 2%) se vyskytla odpověď, že chyběly informace jiné. Jeden respondent uvedl, že se vše naučil až v praxi, a druhý odpověděl, že realita je jiná než studium. Z této otázky vyplývá, že sestřám nejčastěji chyběly informace jak komunikovat s rodinou nemocného.

Tabulka č. 8.2 – Chybějící informace (geriatrie)

Chybějící informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jak s umírajícími komunikovat	18	23,69%
Jak přistupovat k umírajícím lidem	14	18,42%
Jak komunikovat s rodinou umírajícího	28	36,84%
Žádné	16	21,05%
Jiné	0	0,00%
Celkem	76	100%



Graf č. 8.2 – Chybějící informace (geriatrie)

Tato otázka navazovala na otázku č. 7. Z celkového počtu 76 odpovědí bylo 18 odpovědí (tj. 24%), že respondentům chyběly informace jak s umírajícími komunikovat. Dále bylo 14 odpovědí (tj. 18%), že dotazovaným chyběly informace jak k umírajícím lidem přistupovat. Dalších 28 odpovědí (tj. 37%) se týkalo nedostatečných informací jak komunikovat s rodinou umírajícího. Respondenti také 16krát (tj. 21%) uvedli, že jim nechyběly informace žádné. Z této otázky vyplývá, že sestřám nejčastěji chyběly informace jak komunikovat s rodinou nemocného.

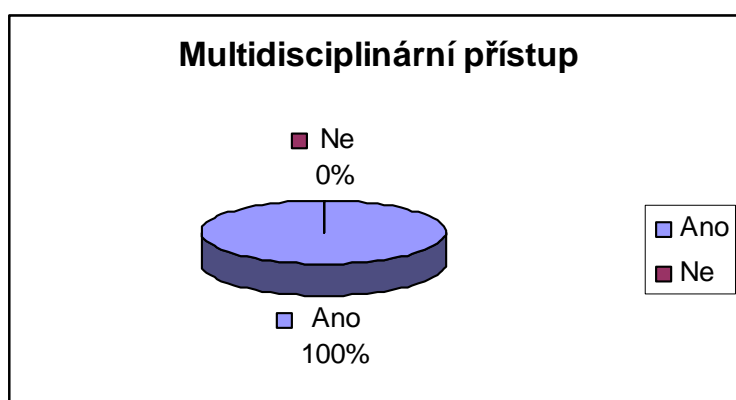
Otázka č. 9. Uplatňujete ve Vašem zařízení multidisciplinární přístup ke klientům?

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 9.1 – Multidisciplinární přístup (hospic)

Multidisciplinární přístup	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	100,00%
Ne	0	0,00%
Celkem	50	100%

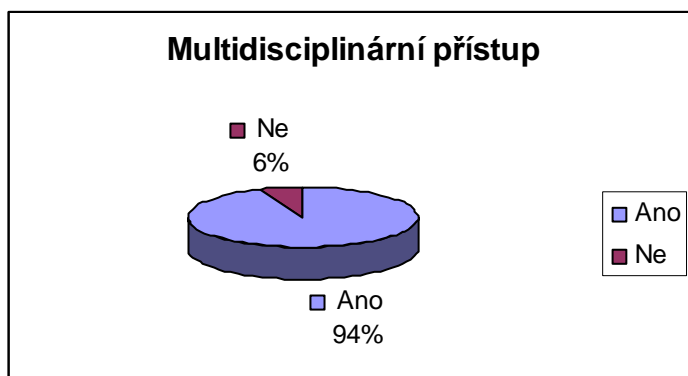


Graf č. 9.1 – Multidisciplinární přístup (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo všech 50 respondentů (tj. 100%), že ve svém zařízení uplatňují multidisciplinární přístup.

Tabulka č. 9.2 – Multidisciplinární přístup (geriatrie)

Multidisciplinární přístup	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	94,00%
Ne	3	6,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 9.2 – Multidisciplinární přístup (geriatrie)

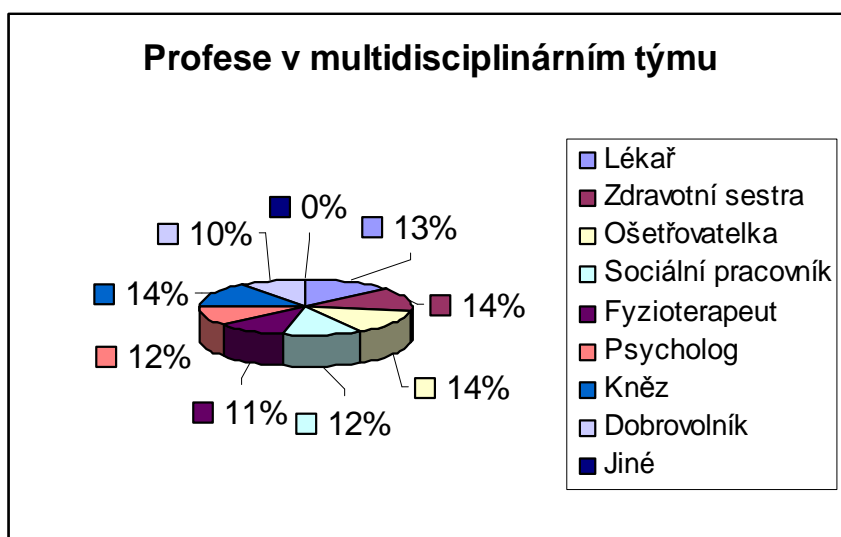
Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 47 respondentů (tj. 94%), že v péči o klienty uplatňují multidisciplinární přístup. Zbylí 3 respondenti (tj. 6%) uvedli, že multidisciplinární přístup v péči o klienty neuplatňují.

Otázka č. 10. Pokud ano, jaké profese do týmu v péči o umírajícího patří? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Ošetřovatelka
- d) Sociální pracovník
- e) Fyzioterapeut
- f) Psycholog
- g) Kněz
- h) Dobrovolník
- i) Jiné (doplňte)

Tabulka č. 10.1 – Profese v multidisciplinárním týmu (hospic)

Profese v multidisciplinárním týmu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	49	13,76%
Zdravotní sestra	50	14,05%
Ošetřovatelka	49	13,76%
Sociální pracovník	42	11,80%
Fyzioterapeut	38	10,68%
Psycholog	42	11,80%
Kněz	49	13,76%
Dobrovolník	37	10,39%
Jiné	0	0,00%
Celkem	356	100%

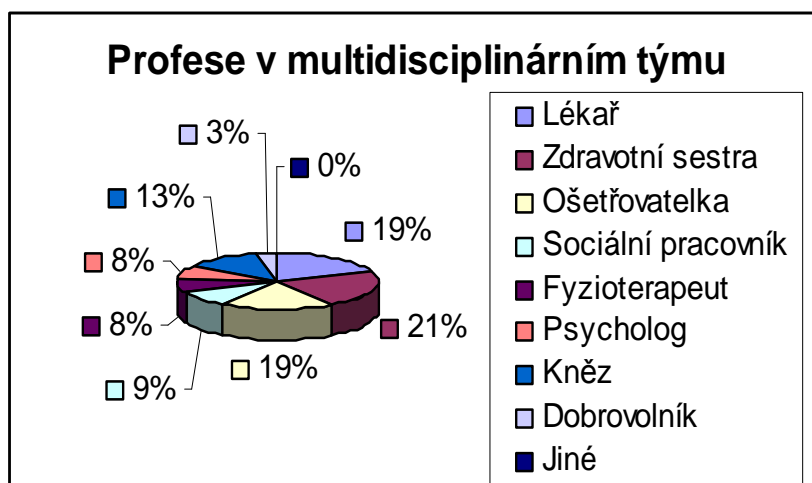


Graf č. 10.1 – Profese v multidisciplinárním týmu (hospic)

Tato otázka navazuje na otázku č. 9. Celkový počet odpovědí byl 356. 49 odpovědí (tj. 13%) bylo, že do multidisciplinárního týmu patří lékař, 50krát (tj. 14%) to byla zdravotní sestra, 49krát také ošetřovatelka (tj. 14%), 42krát sociální pracovník (tj. 12%), 38krát fyzioterapeut (tj. 11%), 42krát psycholog (tj. 12%), 49krát kněz (tj. 14%) a 37krát dobrovolník (tj. 10%). Z toho vyplývá, že všichni respondenti uvedli, že do multidisciplinárního týmu patří zdravotní sestra.

Tabulka č. 10.2 – Profese v multidisciplinárním týmu (geriatrie)

Profese v multidisciplinárním týmu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	42	19,44%
Zdravotní sestra	46	21,30%
Ošetřovatelka	40	18,52%
Sociální pracovník	19	8,80%
Fyzioterapeut	18	8,33%
Psycholog	17	7,87%
Kněz	27	12,50%
Dobrovolník	7	3,24%
Jiné	0	0,00%
Celkem	216	100%



Graf č. 10.2 – Profese v multidisciplinárním týmu (geriatrie)

Tato otázka navazuje na otázku č. 9. Celkový počet odpovědí byl 216. 42 odpovědí (tj. 19%) bylo, že do multidisciplinárního týmu patří lékař, 46krát (tj. 21%) to byla zdravotní sestra, 40krát také ošetřovatelka (tj. 19%), 19krát sociální pracovník (tj. 9%), 18krát fyzioterapeut (tj. 8%), 17krát psycholog (tj. 8%), 27krát kněz (tj. 13%) a 7krát dobrovolník (tj. 3%).

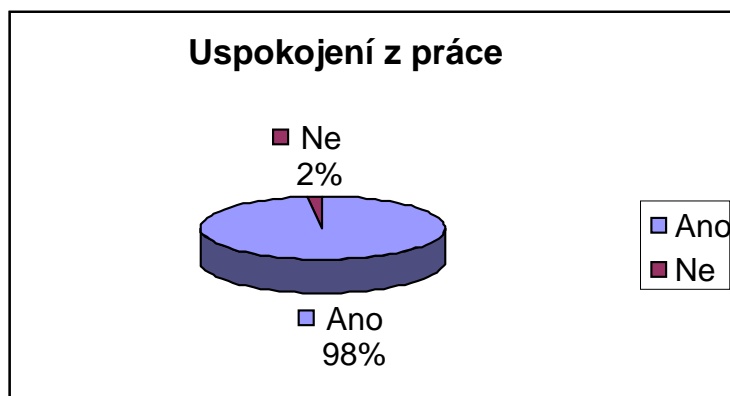
Otázka č. 11. Máte pocit, že Vás práce uspokojuje?

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 11.1 – Uspokojení z práce (hospic)

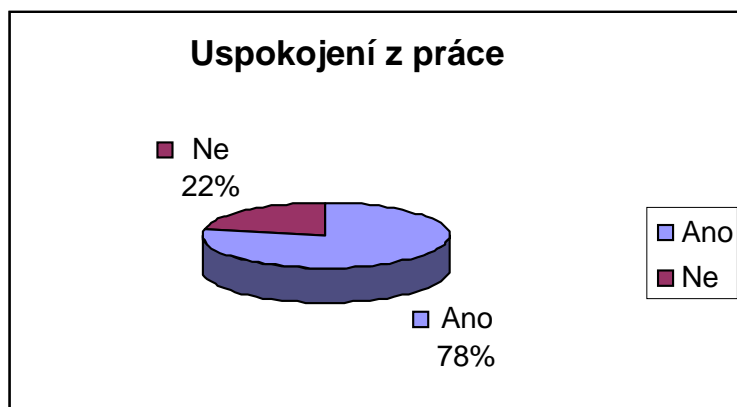
Uspokojení z práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	98,00%
Ne	1	2,00%
Celkem	50	100%

*Graf č. 11.1 – Uspokojení z práce (hospic)*

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 49 respondentů (tj. 98%), že je práce uspokojuje. 1 respondent (tj. 2%) odpověděl, že jej práce neuspokojuje. Většinu respondentů tedy práce uspokojuje.

Tabulka č. 11.2 – Uspokojení z práce (geriatrie)

Uspokojení z práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	78,00%
Ne	11	22,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 11.2 – Uspokojení z práce (geriatrie)

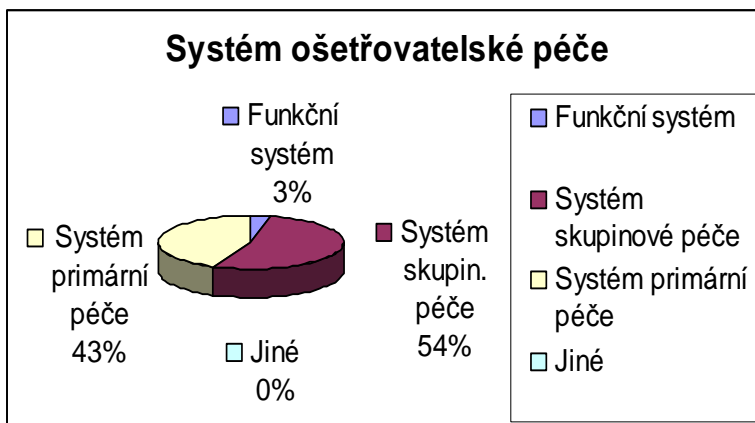
Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 39 respondentů (tj. 78%), že je práce uspokojuje. 11 respondentů (tj. 22%) odpovědělo, že je práce neuspokojuje. Oproti hospici je to tedy o 10 respondentů (tj. 20%) více, které práce neuspokojuje.

Otázka č. 12. Jaký systém ošetrovatelské péče je zavedený na Vašem oddělení?

- a) Funkční systém
- b) Systém skupinové péče
- c) Systém primární péče
- d) Jiný (doplňte)

Tabulka č. 12.1 – Systém ošetrovatelské péče (hospic)

Systém ošetrovatelské péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Funkční systém	2	3,33%
Systém skupinové péče	32	53,33%
Systém primární péče	26	43,34%
Jiné	0	0,00%
Celkem	60	100%

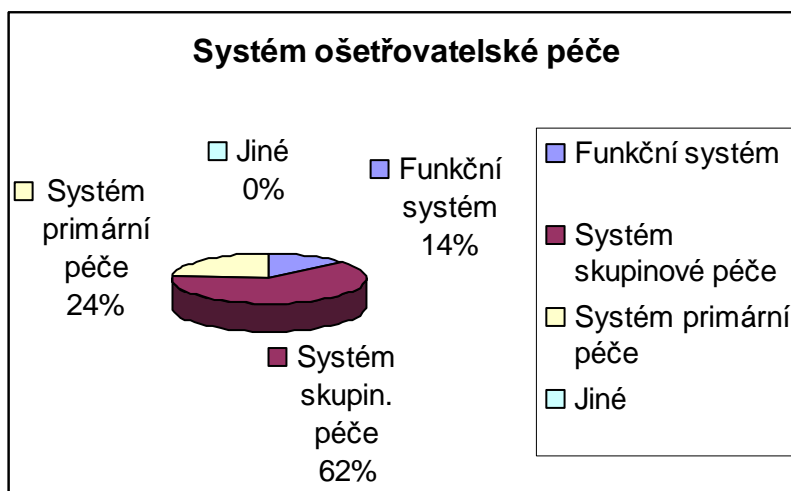


Graf č. 12.1 – Systém ošetrovateľskej péče (hospic)

Respondenti 2krát odpoveděli (tj. 3%), že jejich systémem ošetrovateľskej péče je funkční systém, 32 odpovedí (tj. 54%) bylo pro systém skupinové péče a 26 odpovedí (tj. 43%) bylo pro systém primární péče, který je zde zavedený. Jiný systém neuvedl nikdo.

Tabulka č. 12.2 – Systém ošetrovateľskej péče (geriatrie)

Systém ošetrovateľskej péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Funkční systém	7	14,00%
Systém skupinové péče	31	62,00%
Systém primární péče	12	24,00%
Jiné	0	0,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 12.2 – Systém ošetrovateľskej péče (geriatrie)

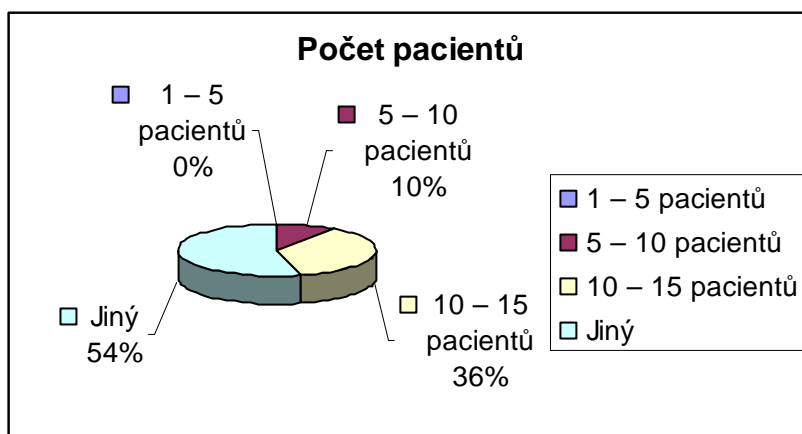
Respondenti 7krát odpověděli (tj. 14%), že jejich systémem ošetrovatelské péče je funkční systém, 31 odpovědí (tj. 62%) bylo pro systém skupinové péče a 12 odpovědí (tj. 24%) bylo pro systém primární péče, který je zde zavedený. Jiný systém nevedl nikdo.

Otázka č. 13. Jaký je počet pacientů, o které se během denní služby staráte?

- a) 1 – 5 pacientů
- b) 5 – 10 pacientů
- c) 10 – 15 pacientů
- d) Jiný (doplňte)

Tabulka č. 13.1 – Počet pacientů (hospic)

Počet pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 5 pacientů	0	0,00%
5 – 10 pacientů	5	10,00%
10 – 15 pacientů	18	36,00%
Jiný	27	54,00%
Celkem	50	100%



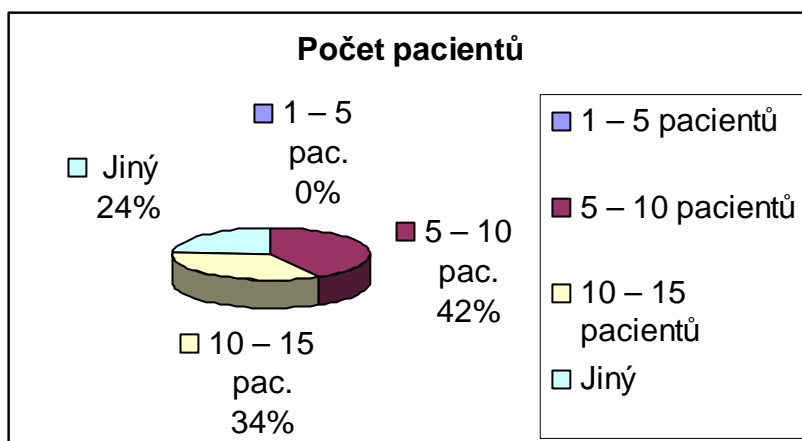
Graf č. 13.1 – Počet pacientů (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 5 respondentů (tj. 10%), že se během denní služby starají o 5 – 10 pacientů; 18 respondentů (tj. 36%) odpovědělo, že se během denní služby starají o 10 – 15 pacientů, a 27 respondentů (tj. 54%) odpovědělo, že počet pacientů, o které se během denní služby starají, je jiný. Z těchto 27 respondentů odpovědělo 7 re-

spondentů, že během denní služby pečují o 27 pacientů; 5 respondentů odpovědělo, že se starají o 17 pacientů; 4 respondenti se starají o 24 pacientů; 3 respondenti se starají o 23 pacientů; další 3 respondenti se starají o 25 i více pacientů; další 3 respondenti pečují o více než 15 pacientů. 1 respondent uvedl, že se stará o 50 pacientů, a 1 také uvedl, že se stará o pacientů 21.

Tabulka č. 13.2 – Počet pacientů (geriatrie)

Počet pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 5 pacientů	0	0,00%
5 – 10 pacientů	21	42,00%
10 – 15 pacientů	17	34,00%
Jiný	12	24,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 13.2 – Počet pacientů (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 21 respondentů (tj. 42%), že se během denní služby starají o 5 – 10 pacientů; 17 respondentů (tj. 34%) odpovědělo, že se během denní služby starají o 10 – 15 pacientů, a 12 respondentů (tj. 24%) odpovědělo, že počet pacientů, o které se během denní služby starají, je jiný. Z těchto 12 respondentů odpovědělo 5 respondentů, že se během denní služby starají o 17 pacientů; 2 respondenti odpověděli, že pečují o 25 pacientů; další 2 respondenti se starají o 26 pacientů; 1 respondent uvedl, že se stará o 20 - 26 pacientů; další 1 respondent pečuje o 15 - 25 pacientů; další 1 respondent se

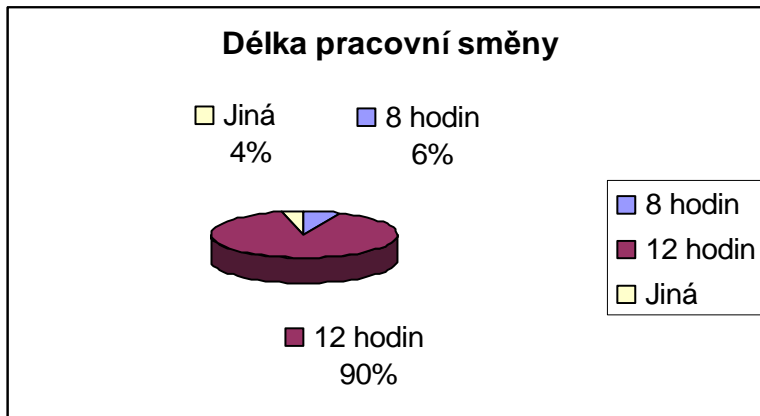
stará o 15 a více pacientů. Z toho vyplývá, že v hospici se sestry starají častěji o více než 15 pacientů na denní službě.

Otázka č. 14. Jaká je délka Vaší pracovní směny?

- a) 8 hodin
- b) 12 hodin
- c) Jiná (doplňte)

Tabulka č. 14.1 – Délka pracovní směny (hospic)

Délka pracovní směny	Absolutní četnost	Relativní četnost
8 hodin	3	6,00%
12 hodin	45	90,00%
Jiná	2	4,00%
Celkem	50	100%

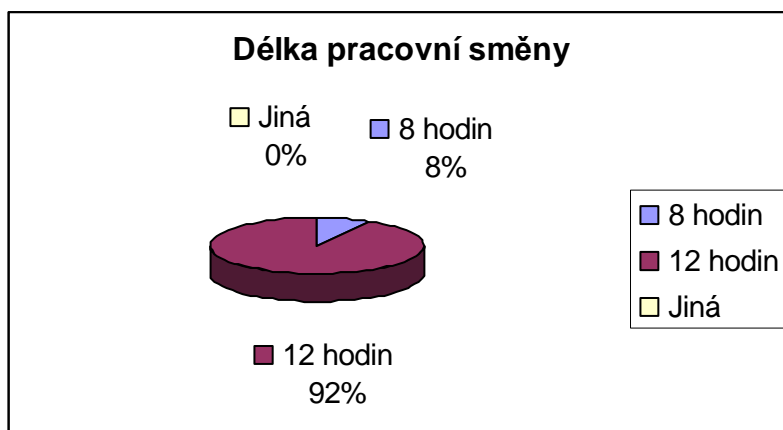


Graf č. 14.1 – Délka pracovní směny (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 3 respondenti (tj. 6%), že je jejich pracovní doba 8 hodin, 45 respondentů (tj. 90%) odpovědělo, že jejich pracovní doba je 12 hodin, a 2 respondenti (tj. 4%) odpověděli, že je jejich pracovní doba jiná. Jeden respondent odpověděl, že jeho pracovní doba je 6 hodin, a druhý respondent uvedl, že pracuje 24 hodin denně (je na telefonu).

Tabulka č. 14.2 – Délka pracovní směny (geriatrie)

Délka pracovní směny	Absolutní četnost	Relativní četnost
8 hodin	4	8,00%
12 hodin	46	92,00%
Jiná	0	0,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 14.2 – Délka pracovní směny (geriatrie)

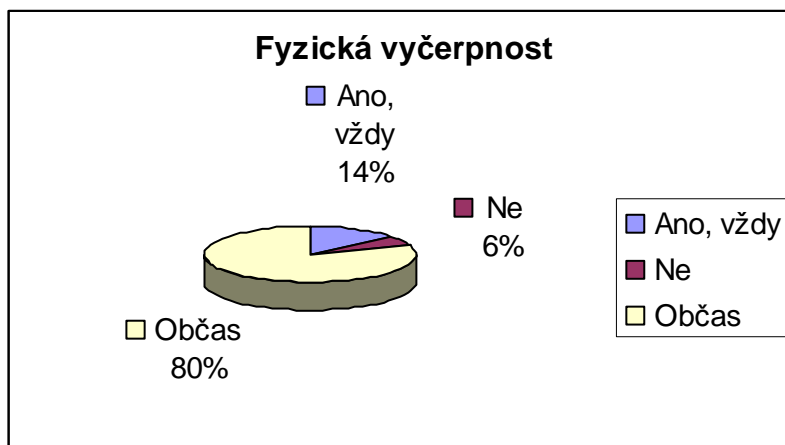
Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 4 respondenti (tj. 8%), že je jejich pracovní doba 8 hodin, 46 respondentů (tj. 92%) odpovědělo, že jejich pracovní doba je 12 hodin. Jinou pracovní dobu neuvedl nikdo.

Otázka č. 15. Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

- a) Ano, vždy
- b) Ne
- c) Občas

Tabulka č. 15.1 – Fyzická vyčerpanost (hospic)

Fyzická vyčerpanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	7	14,00%
Ne	3	6,00%
Občas	40	80,00%
Celkem	50	100%

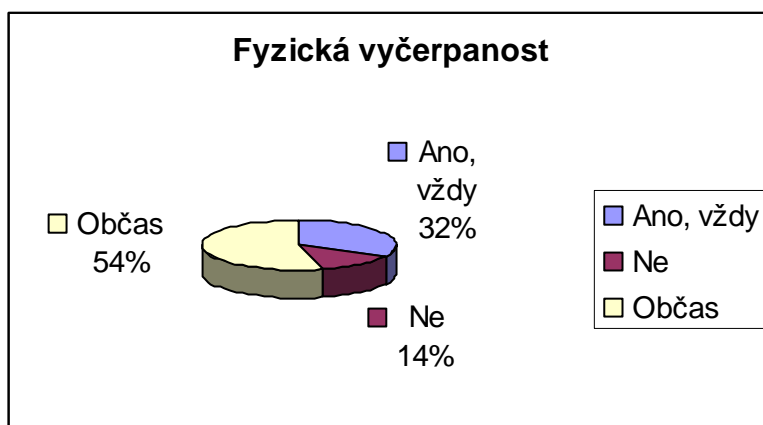


Graf č. 15.1 – Fyzická vyčerpanost (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 7 respondentů (tj. 14%), že je práce fyzicky vyčerpává vždy, 3 respondenti (tj. 6%) odpověděli, že je práce fyzicky nevyčerpává a zbylých 40 respondentů (tj. 80%) uvedlo, že je práce fyzicky vyčerpává občas.

Tabulka č. 15.2 – Fyzická vyčerpanost (geriatrie)

Fyzická vyčerpanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	16	32,00%
Ne	7	14,00%
Občas	27	54,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 15.2 – Fyzická vyčerpanost (geriatrie)

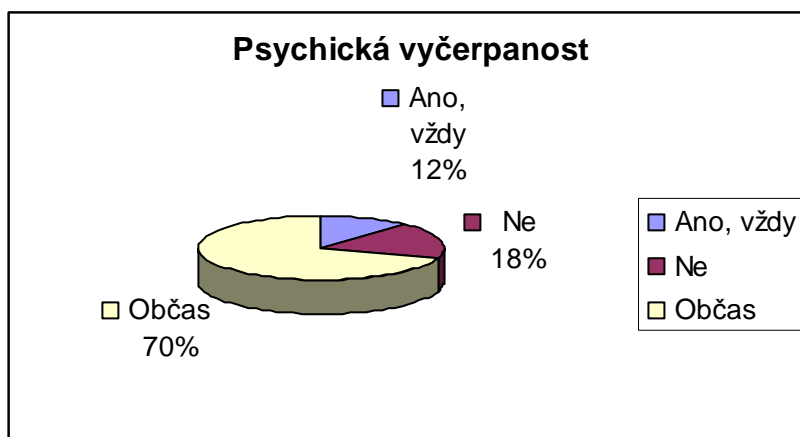
Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 16 respondentů (tj. 32%), že je práce fyzicky vyčerpává vždy, 7 respondentů (tj. 14%) odpovědělo, že je práce fyzicky nevyčerpává, a zbylých 27 respondentů (tj. 54%) uvedlo, že je práce fyzicky vyčerpává občas. Z toho vyplývá, že sestry na geriatrickém oddělení se cítí častěji fyzicky vyčerpané, než sestry v hospici.

Otázka č. 16. Cítíte se po práci často psychicky unavená/ý?

- a) Ano, vždy
- b) Ne
- c) Občas

Tabulka č. 16.1 – Psychická vyčerpanost (hospic)

Psychická vyčerpanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	6	12,00%
Ne	9	18,00%
Občas	35	70,00%
Celkem	50	100%

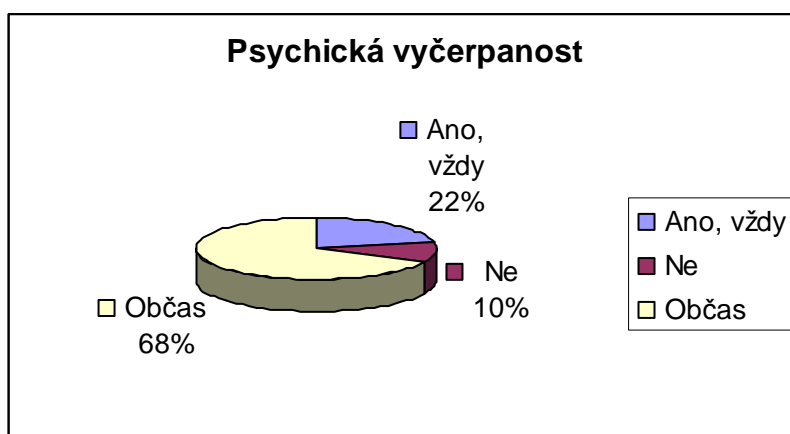


Graf č. 16.1 – Psychická vyčerpanost (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 6 respondentů (tj. 12%), že se cítí po práci vždy psychicky unavení, 9 respondentů (tj. 18%) uvedlo, že se po práci necítí psychicky unavení, a zbylých 35 respondentů (tj. 70%) odpovědělo, že se cítí po práci psychicky unavení občas.

Tabulka č. 16.2 – Psychická vyčerpanost (geriatrie)

Psychická vyčerpanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	11	22,00%
Ne	5	10,00%
Občas	34	68,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 16.2 – Psychická vyčerpanost (geriatrie)

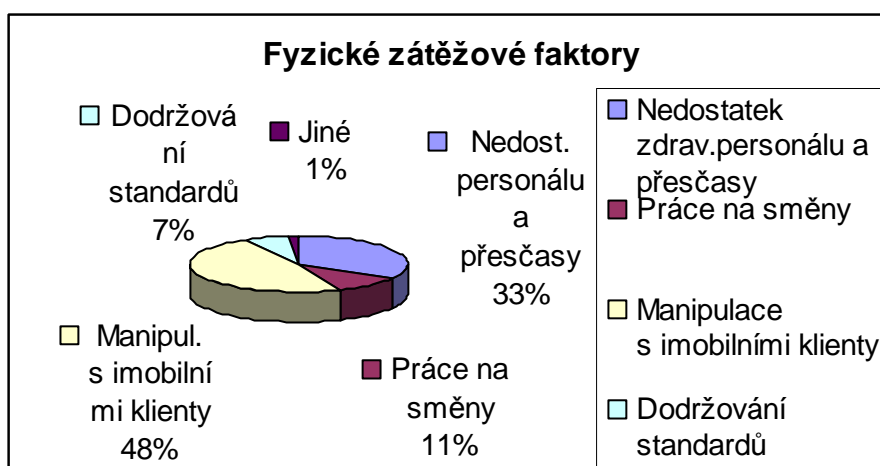
Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 11 respondentů (tj. 22%), že se cítí po práci vždy psychicky unavení, 5 respondentů (tj. 10%) uvedlo, že se po práci necítí psychicky unavení, a zbylých 34 respondentů (tj. 68%) odpovědělo, že se cítí po práci psychicky unavení občas. Z toho vyplývá, že více sester je psychicky unavených na geriatrickém oddělení.

Otázka č. 17. Které fyzické zátěžové faktory na Vás ve Vašem oboru působí? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) **Nedostatek zdravotnického personálu a přesčas**
- b) **Práce na směny**
- c) **Manipulace s imobilními klienty**
- d) **Dodržování standardů**
- e) **Jiné (doplňte)**

Tabulka č. 17.1 – Fyzické zátěžové faktory (hospic)

Fyzické zátěžové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek zdrav.personálu a přesčas-y	25	33,33%
Práce na směny	8	10,67%
Manipulace s imobilními klienty	36	48,00%
Dodržování standardů	5	6,67%
Jiné	1	1,33%
Celkem	75	100%

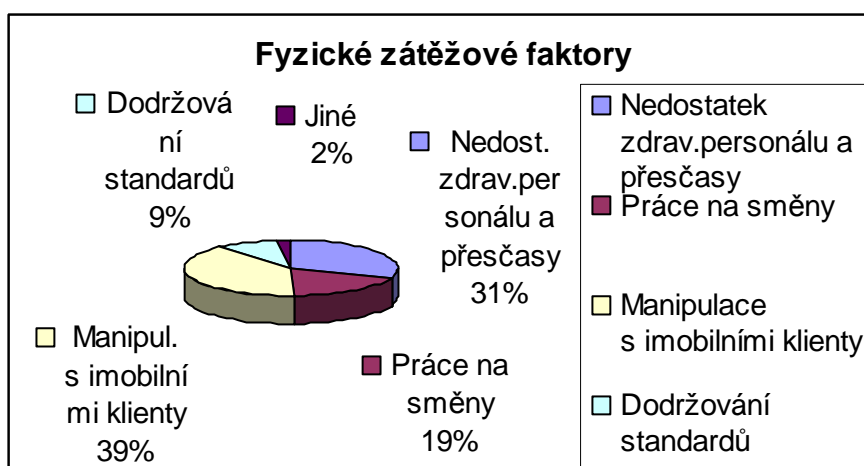


Graf č. 17.1 – Fyzické zátěžové faktory (hospic)

Z celkového počtu 75 odpovědí bylo 25 odpovědí (tj. 33%), že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor nedostatek zdravotnického personálu a přesčas-y, 8 odpovědí (tj. 11%) bylo, že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor práce na směny, 36 odpovědí (tj. 48%) bylo, že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor manipulace s imobilními klienty, dalších 5 odpovědí (tj. 7%) se týkalo dodržování standardů a 1 odpověď (tj. 1%) byla, že na respondenta působí jako fyzický zátěžový faktor nepochopení.

Tabulka č. 17.2 – Fyzické zátěžové faktory (geriatrie)

Fyzické zátěžové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek zdrav.personálu a přesčasy	29	30,53%
Práce na směny	18	18,95%
Manipulace s imobilními klienty	37	38,95%
Dodržování standardů	9	9,47%
Jiné	2	2,11%
Celkem	95	100%



Graf č. 17.2 – Fyzické zátěžové faktory (geriatrie)

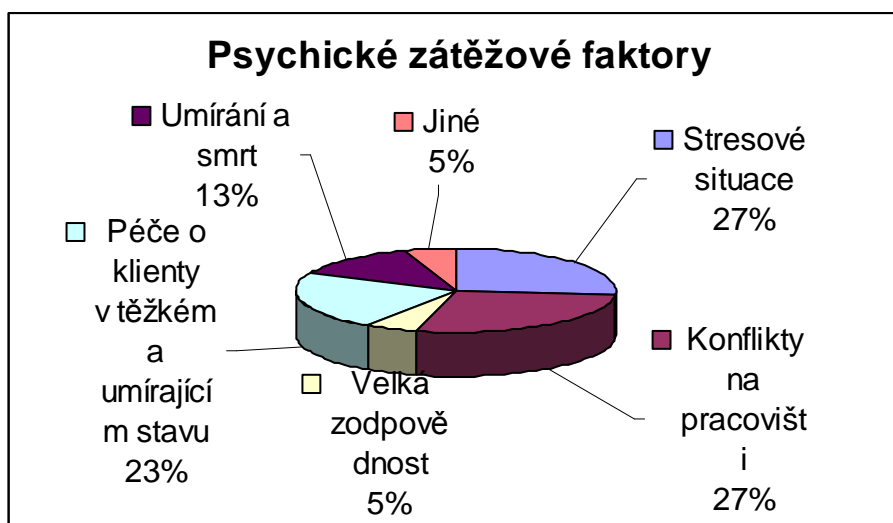
Z celkového počtu 95 odpovědí bylo 29 odpovědí (tj. 31%), že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor nedostatek zdravotnického personálu a přesčasy, 18 odpovědí (tj. 19%) bylo, že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor práce na směny, 37 odpovědí (tj. 39%) bylo, že na respondenty působí jako fyzický zátěžový faktor manipulace s imobilními klienty, dalších 9 odpovědí (tj. 9%) se týkalo dodržování standardů a 2 odpovědi (tj. 2%) byly jiné. Jeden respondent uvedl, že na něj jako fyzický zátěžový faktor působí velké množství vyšetření, propuštění a příjmů za den. Druhý respondent uvedl, že na něj jako fyzický zátěžový faktor působí „papírová práce“. Z tohoto vyplývá, že jak v hospici, tak i na geriatrii na sestry nejčastěji působí jako fyzický zátěžový faktor manipulace s imobilními klienty.

Otázka č. 18. Které psychické zátěžové faktory na Vás ve Vašem oboru působí? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Stresové situace
- b) Konflikty na pracovišti
- c) Velká zodpovědnost
- d) Péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu
- e) Umírání a smrt
- f) Jiné (doplňte)

Tabulka č. 18.1 – Psychické zátěžové faktory (hospic)

Psychické zátěžové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stresové situace	25	26,88%
Konflikty na pracovišti	25	26,88%
Velká zodpovědnost	5	5,38%
Péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu	21	22,58%
Umírání a smrt	12	12,90%
Jiné	5	5,38%
Celkem	93	100%

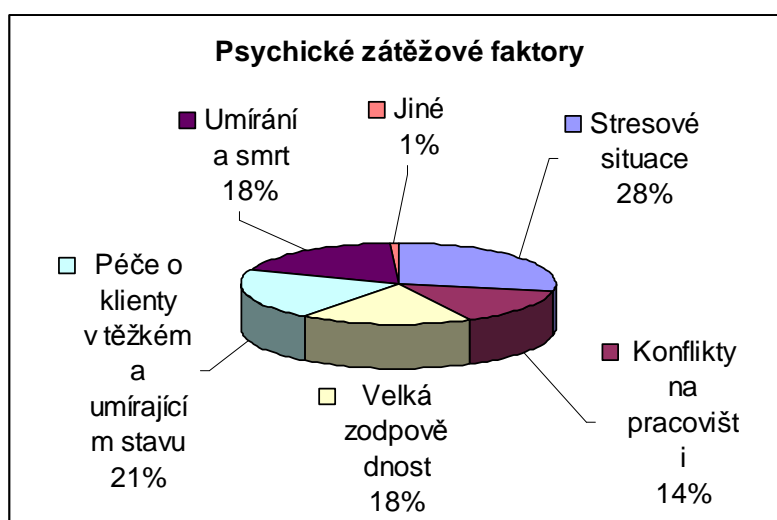


Graf č. 18.1 – Psychické zátěžové faktory (hospic)

Z celkového počtu 93 odpovědí bylo 25 odpovědí (tj. 27%), že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor stresové situace, 25 odpovědí (tj. 27%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor konflikty na pracovišti, 5 odpovědí (tj. 5%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor velká zodpovědnost, 21 odpovědí (tj. 23%) se týkalo péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu, dalších 12 odpovědí (tj. 13%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor umírání a smrt, a zbylých 5 odpovědí (tj. 5%) bylo jiných. Z těchto pěti odpovědí se třikrát objevila odpověď, že jako psychický zátěžový faktor na respondenty působí přístup vedení. Jeden respondent uvedl, že ho stresuje, když pacientovi nemůže nijak pomoci, a jeden uvedl, že považuje za psychický zátěžový faktor chování některých rodinných příslušníků.

Tabulka č. 18.2 – Psychické zátěžové faktory (geriatrie)

Psychické zátěžové faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stresové situace	35	28,00%
Konflikty na pracovišti	18	14,40%
Velká zodpovědnost	22	17,60%
Péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu	26	20,80%
Umírání a smrt	23	18,40%
Jiné	1	0,80%
Celkem	125	100%



Graf č. 18.2 – Psychické zátěžové faktory (geriatrie)

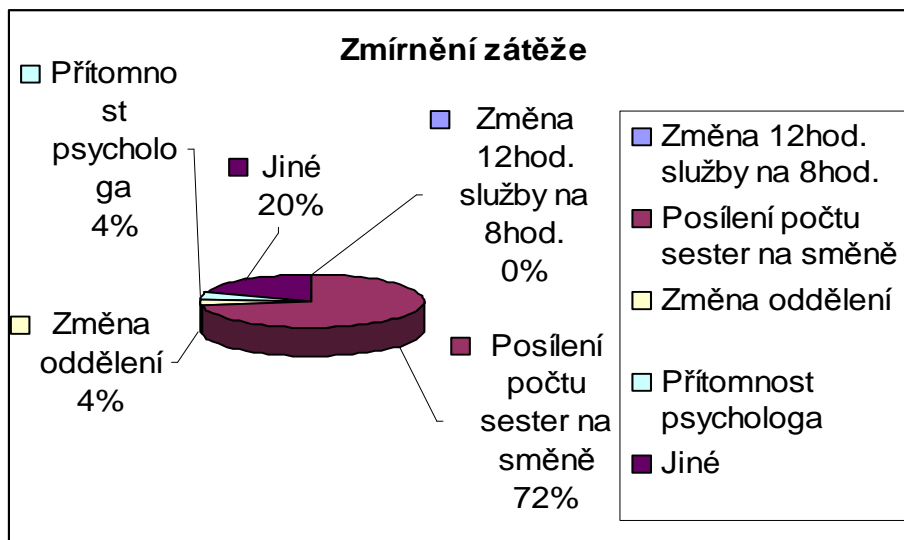
Z celkového počtu 125 odpovědí bylo 35 odpovědí (tj. 28%), že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor stresové situace, 18 odpovědí (tj. 14%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor konflikty na pracovišti, 22 odpovědí (tj. 18%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor velká zodpovědnost, 26 odpovědí (tj. 21%) se týkalo péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu, dalších 23 odpovědí (tj. 18%) bylo, že na respondenty působí jako psychický zátěžový faktor umírání a smrt, a zbylá jedna odpověď (tj. 1%) byla jiná. Respondent uvedl, že na něj působí jako psychický zátěžový faktor péče o zmatené klienty.

Otázka č. 19. Co byste navrhoval/a ke zmírnění Vaší zátěže na oddělení?

- a) Změna dvanáctihodinové služby na osmihodinovou
- b) Posílení počtu sester na směně
- c) Změna oddělení
- d) Přítomnost psychologa
- e) Jiné (doplňte)

Tabulka č. 19.1 – Zmírnění zátěže (hospic)

Zmírnění zátěže	Absolutní četnost	Relativní četnost
Změna 12hod. služby na 8hod.	0	0,00%
Posílení počtu sester na směně	36	72,00%
Změna oddělení	2	4,00%
Přítomnost psychologa	2	4,00%
Jiné	10	20,00%
Celkem	50	100%

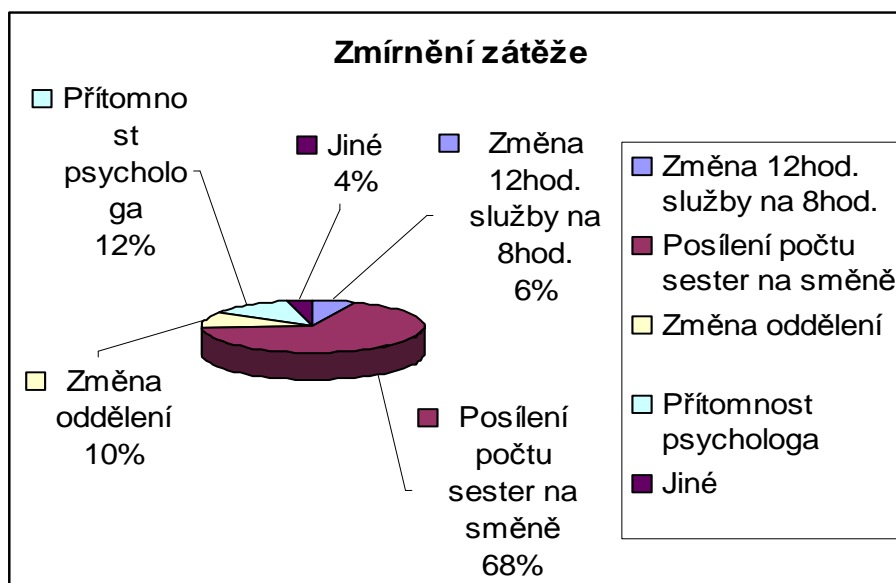


Graf č. 19.1 – Zmírnění zátěže (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo na tuto otázku 36 respondentů (tj. 72%), že by navrhovali posílení počtu sester na směně, 2 respondenti (tj. 4%) by navrhovali změnu oddělení, další 2 respondenti (tj. 4%) by navrhovali přítomnost psychologa a zbylých 20 respondentů (tj. 20%) by navrhovali řešení jiné. Z těchto deseti respondentů by 3 respondenti ocenili zvýšení platu, 2 respondenti by navrhovali více placeného volna, další 2 respondenti by chtěli pravidelné rekreace. Jeden respondent se přiklání k posílení počtu pečovatelek, jeden respondent by změnil vedení a poslední respondent navrhoval více dobrovolníků.

Tabulka č. 19.2 – Zmírnění zátěže (geriatrie)

Zmírnění zátěže	Absolutní četnost	Relativní četnost
Změna 12hod. služby na 8hod.	3	6,00%
Posílení počtu sester na směně	34	68,00%
Změna oddělení	5	10,00%
Přítomnost psychologa	6	12,00%
Jiné	2	4,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 19.2 – Zmírnění zátěže (geriatrie)

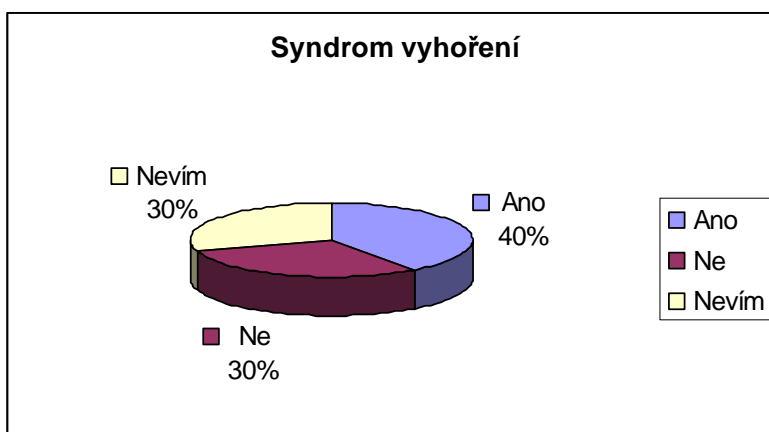
Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli na tuto otázku 3 respondenti (tj. 6%), že by navrhovali změnu dvanáctihodinové služby na osmihodinovou, 34 respondentů (tj. 68%) by navrhovali posílení počtu sester na směně, 5 respondentů (tj. 10%) by navrhovali změnu oddělení, dalších 6 respondentů (tj. 12%) by navrhovalo přítomnost psychologa, a zbylí 2 respondenti (tj. 4%) by navrhovali řešení jiné. Jeden respondent by navrhoval více dovo- lené a druhý zlepšení spolupráce mezi lékařem a sestrou. Z tohoto vyplývá, že jak v hospici, tak na geriatrii by ocenili posílení počtu sester na směně.

Otázka č. 20. Myslíte si, že na Vás působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 20.1 – Syndrom vyhoření (hospic)

Syndrom vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	40,00%
Ne	15	30,00%
Nevím	15	30,00%
Celkem	50	100%

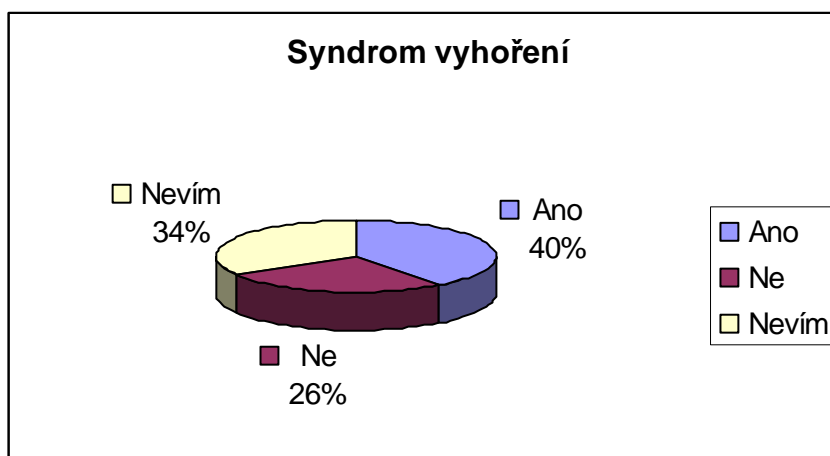


Graf č. 20.1 – Syndrom vyhoření (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů si 20 respondentů (tj. 40%) myslí, že na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, 15 respondentů (tj. 30%) si nemyslí, že by na ně působily zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, a 15 respondentů (tj. 30%) neví, zda na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést k syndromu vyhoření. V případě, že respondenti odpověděli ano, měli ještě uvést, jaké zátěžové faktory to jsou. Dvakrát se objevila odpověď, že je to náročnost profese, dále respondenti uváděli jako zátěžové faktory opakující se situace, nedostatečné ocenění, málo personálu, konflikty na pracovišti a stres.

Tabulka č. 20.2 – Syndrom vyhoření (geriatrie)

Syndrom vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	40,00%
Ne	13	26,00%
Nevím	17	34,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 20.2 – Syndrom vyhoření (geriatrie)

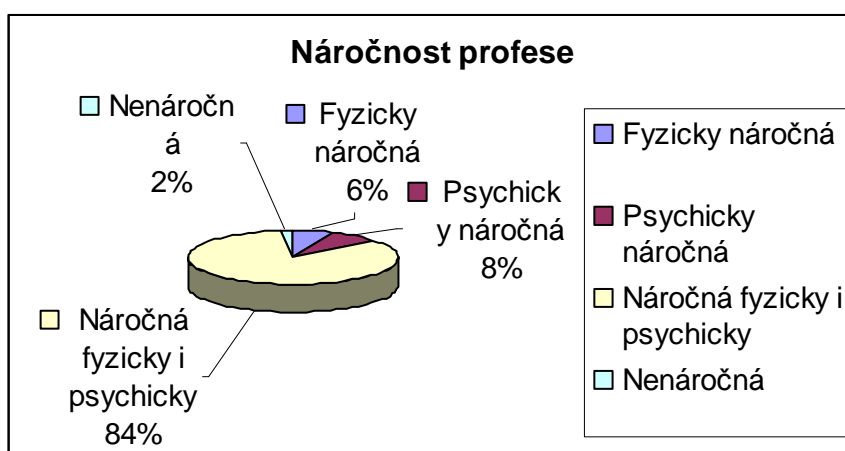
Z celkového počtu 50 respondentů si 20 respondentů (tj. 40%) myslí, že na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření. 13 respondentů (tj. 26%) si nemyslí, že by na ně působily zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, a 17 respondentů (tj. 34%) neví, zda na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést k syndromu vyhoření. V případě, že respondenti odpověděli ano, měli ještě uvést, jaké zátěžové faktory to jsou. Osmkrát se objevila odpověď, že jsou to stresové situace, dále respondenti uváděli jako zátěžové faktory špatný kolektiv, zodpovědnost, špatnou organizaci práce, nedostatek zdravotnického personálu, přesčasy, manipulaci s imobilními klienty, konflikty na pracovišti, péči o klienty v těžkém a umírajícím stavu, umírání a smrt, práci s demenčními a konfliktními pacienty, špatnou spolupráci lékaře a sestry, zmatky na oddělení.

Otázka č. 21. Jak hodnotíte práci na Vašem oddělení?

- a) Fyzicky náročná
- b) Psychicky náročná
- c) Náročná fyzicky i psychicky
- d) Nenáročná

Tabulka č. 21.1 – Náročnost profese (hospic)

Náročnost profese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzicky náročná	3	6,00%
Psychicky náročná	4	8,00%
Náročná fyzicky i psychicky	42	84,00%
Nenáročná	1	2,00%
Celkem	50	100%

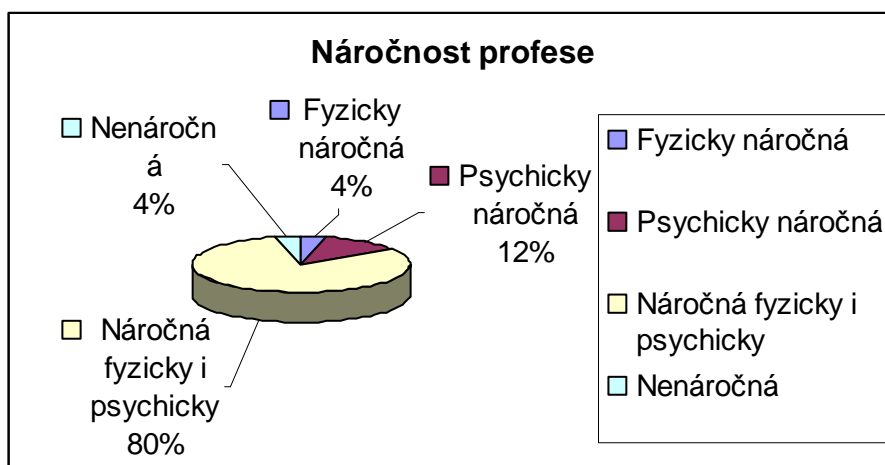


Graf č. 21.1 – Náročnost profese (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 3 respondenti (tj. 6%), že hodnotí svoji profesi jako fyzicky náročnou, 4 respondenti (tj. 8%) uvedli, že jim jejich profese připadá psychicky náročná, 42 respondentů (tj. 84%) uvedlo, že je pro ně profese náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Jeden respondent (tj. 2%) odpověděl, že svoji práci hodnotí jako nenáročnou.

Tabulka č. 21.2 – Náročnost profese (geriatrie)

Náročnost profese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzicky náročná	2	4,00%
Psychicky náročná	6	12,00%
Náročná fyzicky i psychicky	40	80,00%
Nenáročná	2	4,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 21.2 – Náročnost profese (geriatrie)

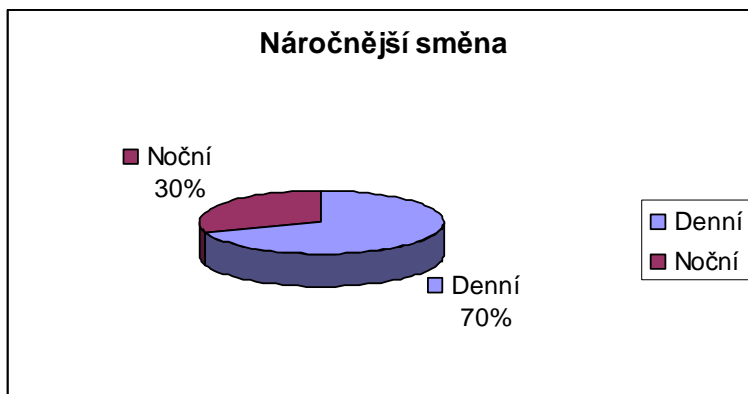
Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 2 respondenti (tj. 4%), že hodnotí svoji profesi jako fyzicky náročnou, 6 respondentů (tj. 12%) uvedlo, že jim jejich profese připadá psychicky náročná, 40 respondentů (tj. 80%) uvedlo, že je pro ně profese náročná jak fyzicky, tak i psychicky. 2 respondenti (tj. 4%) odpověděli, že svoji práci hodnotí jako nenáročnou. Tzn. v hospici i na geriatrii hodnotí největší procento respondentů svoji práci jako náročnou fyzicky i psychicky.

Otázka č. 22. Která směna je pro Vás náročnější?

- a) Denní
- b) Noční

Tabulka č. 22.1 – Náročnější směna (hospic)

Náročnější směna	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denní	35	70,00%
Noční	15	30,00%
Celkem	50	100%

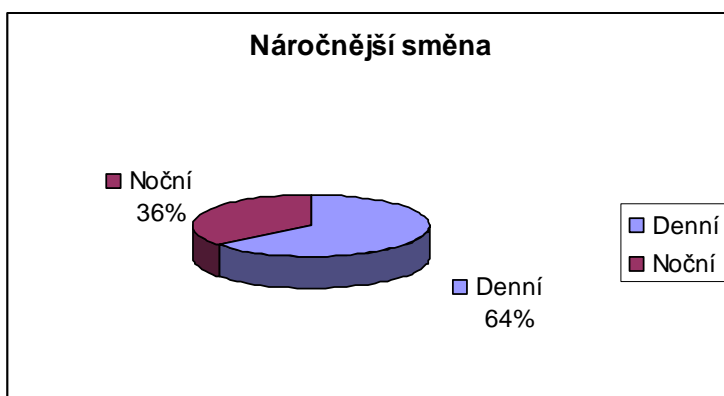


Graf č. 22.1 – Náročnější směna (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 35 respondentů (tj. 70%), že je pro ně náročnější denní směna. Zbýlých 15 respondentů (tj. 30%) odpovědělo, že za náročnější službu považují směnu noční.

Tabulka č. 22.2 – Náročnější směna (geriatrie)

Náročnější směna	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denní	32	64,00%
Noční	18	36,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 22.2 – Náročnější směna (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 32 respondentů (tj. 64%), že je pro ně náročnější denní směna. 18 respondentů (tj. 36%) odpovědělo, že za náročnější službu považují směnu noční. Z tohoto vyplývá, že obě skupiny respondentů (jak z hospice, tak i z geriatrie) považují za náročnější směnu tu denní.

Otázka č. 23. Konají se na Vašem pracovišti výukové programy na problematiku syndromu vyhoření, na téma duševní hygieny atd.?

a) **Ano**

b) **Ne**

Tabulka č. 23.1 – Výukové programy (hospic)

Výukové programy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	90,00%
Ne	5	10,00%
Celkem	50	100%

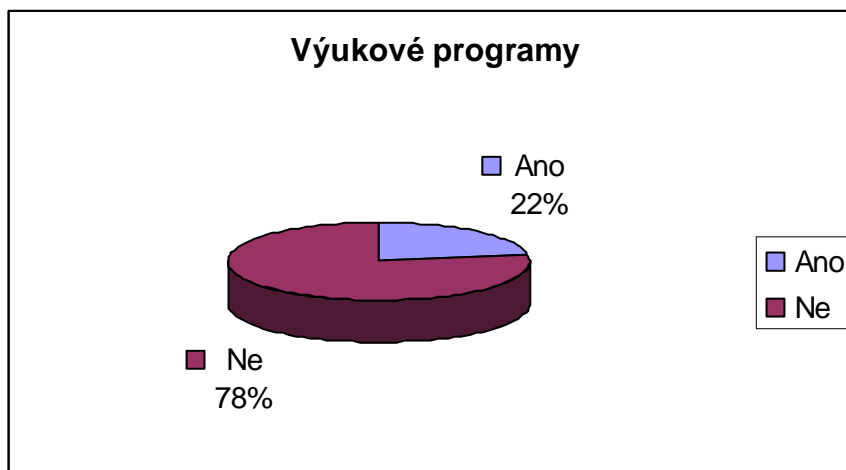


Graf č. 23.1 – Výukové programy (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 45 respondentů (tj. 90%), že se na jejich pracovišti konají výukové programy na téma syndromu vyhoření atd. Zbýlých 5 respondentů (tj. 10%) uvedlo, že se tyto programy na jejich pracovišti nekonají.

Tabulka č. 23.2 – Výukové programy (geriatrie)

Výukové programy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	22,00%
Ne	39	78,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 23.2 – Výukové programy (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 11 respondentů (tj. 22%), že se na jejich pracovišti konají výukové programy na téma syndromu vyhoření atd. 39 respondentů (tj. 78%) uvedlo, že se tyto programy na jejich pracovišti nekonají. Z toho vyplývá, že na geriatrii se tyto programy spíše nekonají, na rozdíl od hospice.

Otázka č. 24. Máte pocit, že si práci „nosíte domů“? Přemýšlíte doma často o práci?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 24.1 – Přemýšlení o práci doma (hospic)

Přemýšlení o práci doma	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	50,00%
Ne	25	50,00%
Celkem	50	100%

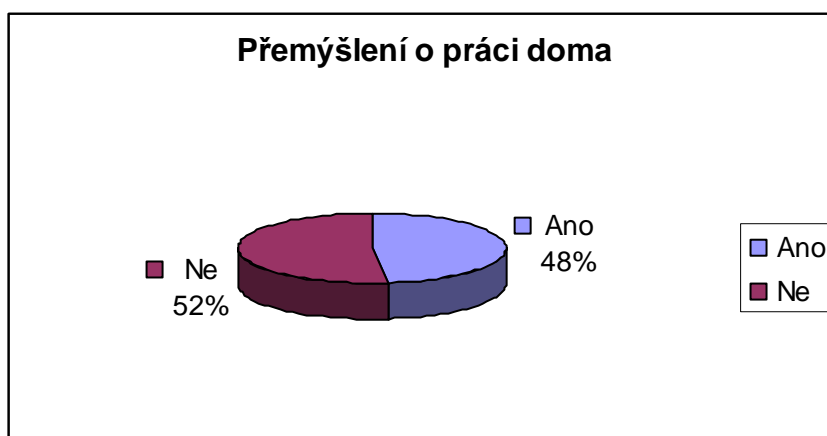


Graf č. 24.1 – Přemýšlení o práci doma (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 25 respondentů (tj. 50%), že mají pocit, že si „nosí práci domů“. Dalších 25 respondentů (tj. 50%) si nemyslí, že by doma o práci často přemýšleli.

Tabulka č. 24.2 – Přemýšlení o práci doma (geriatrie)

Přemýšlení o práci doma	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	48,00%
Ne	26	52,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 24.2 – Přemýšlení o práci doma (geriatrie)

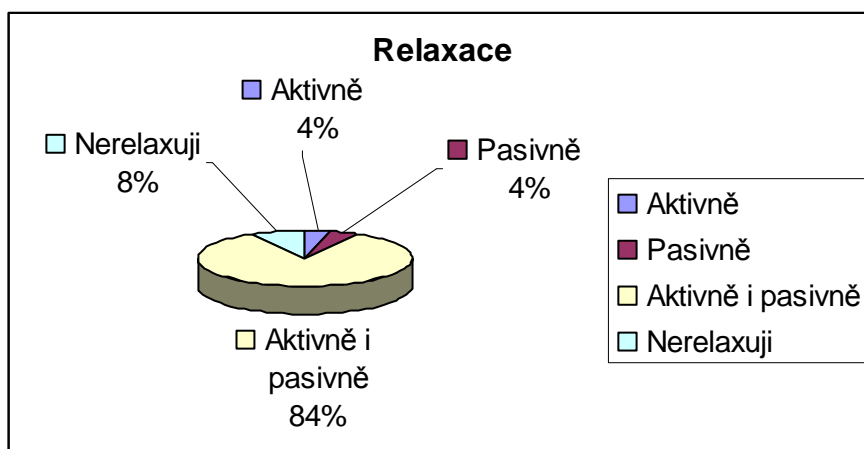
Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 24 respondentů (tj. 48%), že mají pocit, že si „nosí práci domů“. 26 respondentů (tj. 52%) si nemyslí, že by doma o práci často přemýšleli. Výsledek je skoro stejný jako v hospici. Zhruba polovina dotázaných doma o práci přemýšlí, druhá polovina ne.

Otázka č. 25. Jakým způsobem relaxujete?

- a) Aktivně
- b) Pasivně
- c) Aktivně i pasivně
- d) Nerelaxuji

Tabulka č. 25.1 – Relaxace (hospic)

Relaxace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aktivně	2	4,00%
Pasivně	2	4,00%
Aktivně i pasivně	42	84,00%
Nerelaxuji	4	8,00%
Celkem	50	100%

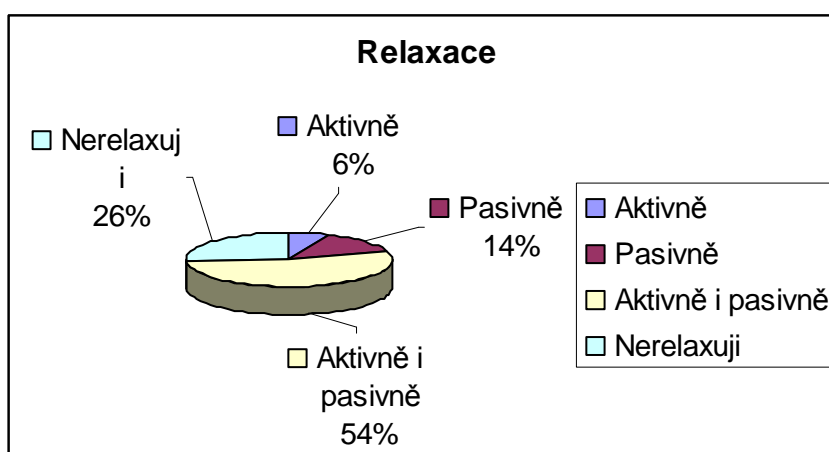


Graf č. 25.1 – Relaxace (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 2 respondenti (tj. 4%), že relaxují aktivně, další 2 respondenti (tj. 4%), že relaxují pasivně, 42 dotázaných (tj. 84%) relaxuje aktivně i pasivně a zbylí 4 respondenti (tj. 8%) nerelaxují vůbec.

Tabulka č. 25.2 – Relaxace (geriatrie)

Relaxace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aktivně	3	6,00%
Pasivně	7	14,00%
Aktivně i pasivně	27	54,00%
Nerelaxují	13	26,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 25.2 – Relaxace (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů odpověděli 3 respondenti (tj. 6%), že relaxují aktivně, dalších 7 respondentů (tj. 14%) odpovědělo, že relaxují pasivně, 27 dotázaných (tj. 54%) relaxuje aktivně i pasivně a zbylých 13 respondentů (tj. 26%) nerelaxuje vůbec. Výsledek této otázky ukazuje, že na geriatrii je více respondentů než v hospici, kteří nerelaxují vůbec.

Otázka č. 26. Dokážete si udělat čas na Vaše zájmy a koníčky?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 26.1 – Zájmy a koníčky (hospic)

Zájmy a koníčky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	92,00%
Ne	4	8,00%
Celkem	50	100%

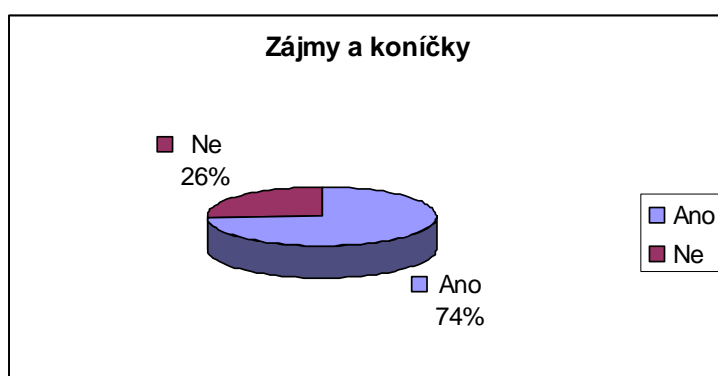


Graf č. 26.1 – Zájmy a koníčky (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 46 respondentů (tj. 92%), že si dokážou udělat čas na své zájmy a koníčky. 4 respondenti (tj. 8%) uvedli, že si na koníčky a zájmy čas najít nedokážou.

Tabulka č. 26.2 – Zájmy a koníčky (geriatrie)

Zájmy a koníčky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	74,00%
Ne	13	26,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 26.2 – Zájmy a koníčky (geriatrie)

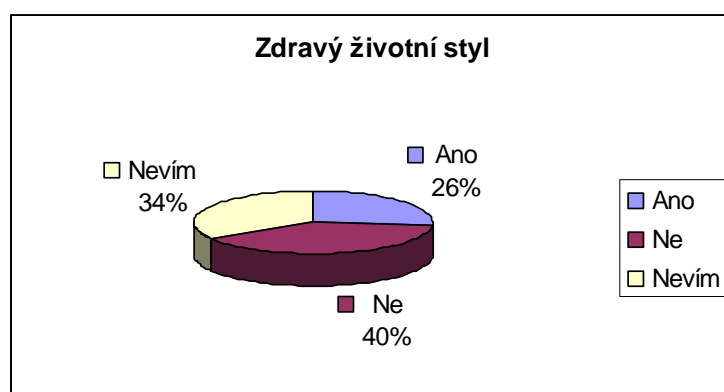
Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 37 respondentů (tj. 74%), že si dokážou udělat čas na své zájmy a koníčky. 13 respondentů (tj. 26%) uvedlo, že si na koníčky a zájmy čas najít nedokážou. Z toho vyplývá, že jak v hospici, tak na geriatrici uvedlo více respondentů, že si čas na koníčky a zájmy dokážou čas najít.

Otázka č. 27. Myslíte si, že žijete zdravým životním stylem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 27.1 – Zdravý životní styl (hospic)

Zdravý životní styl	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	26,00%
Ne	20	40,00%
Nevím	17	34,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 27.1 – Zdravý životní styl (hospic)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 13 respondentů (tj. 26%), že si myslí, že žije zdravým životním stylem, 20 respondentů (tj. 40%) si nemyslí, že žije zdravým životním stylem, a 17 respondentů (tj. 34%) neví, zda žije zdravým životním stylem.

Tabulka č. 27.2 – Zdravý životní styl (geriatrie)

Zdravý životní styl	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	32,00%
Ne	27	54,00%
Nevím	7	14,00%
Celkem	50	100%



Graf č. 27.2 – Zdravý životní styl (geriatrie)

Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo 16 respondentů (tj. 32%), že si myslí, že žije zdravým životním stylem, 27 respondentů (tj. 54%) si nemyslí, že žije zdravým životním stylem, a 7 respondentů (tj. 14%) neví, zda žije zdravým životním stylem.

9 DISKUZE

Moje bakalářská práce má teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na umírání, smrt, paliativní a terminální péči, pojetí nemocniční a hospicové péče a rozdíly v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení. Dále se zabývám fyzickou a psychickou zátěží zdravotních sester v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o tyto klienty. Zmiňuji zde také problematiku syndromu vyhoření, jeho důsledky a důležitost duševní hygieny.

V praktické části prezentuji výsledky svého výzkumu. K výzkumu jsem použila metodu sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazníky byly rozdány v hospici a na geriatrii v Jihomoravském kraji. Počet rozdaných dotazníků byl 120. Návratnost byla 100 dotazníků (tj. 83%). Dotazníkové šetření probíhalo v období od prosince 2009 do konce ledna 2010. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že na těchto pracovištích tvoří větší zastoupení v počtu respondentů ženy (více, jak 90%). Tento výsledek mě nijak zvlášť nepřekvapil. Obecně pracuje ve zdravotnictví více zdravotních sester žen než mužů. Co se týká věku, tak nejčastěji v hospici pracují zdravotní sestry nad 45 let (30% respondentů). Naopak tomu je na geriatrii. Tam pracuje více sester, které mají do 25 let (36% respondentů). Nejvíce sester pracujících v hospici i na geriatrii má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. V hospici je to 80% respondentů, na geriatrii 70% respondentů. Ale i vysokoškolsky vzdělané sestry zde najdou uplatnění. Jejich počet ale není velký (hospic 10%, geriatrie 8%). To může být způsobeno nedávnou změnou systému vzdělávání zdravotních sester a snad i menší perspektivností těchto oborů. Z průzkumu o délce praxe ve zdravotnictví vyplývá, že v hospici pracují zkušenější sestry. Zkušenosti jsou jistě pro práci v tomto zařízení nezbytné. Tyto otázky byly pouze orientační, sloužily jen pro utřídění respondentů.

Mým prvním cílem bylo zjistit, jak jsou sestry fyzicky zatíženy na geriatrickém oddělení a v hospici. Jak víme, práce zdravotní sestry je velmi fyzicky náročná a na odděleních tohoto typu to platí dvojnásob. Např. polohování, úprava lůžek, hygiena u imobilních klientů, krmení a vůbec celková péče o tyto pacienty patří na odděleních tohoto typu ke každodenním záležitostem, které mohou mít (při nesprávné manipulaci s klientem) špatný dopad na pohybový aparát sestry. Důležitým faktorem je také systém práce, který je na daném oddělení zavedený. Nejvíce respondentů jak v hospici, tak i na geriatrii odpovědělo, že je u nich zavedený systém skupinové péče. 32 respondentů (tj. 53%) tuto možnost uvedlo v hospici a 31 respondentů (tj. 62%) na geriatrii. „*Při skupinové ošetrovatelské péči jsou*

nemocní na ošetrovací jednotce rozděleni do skupin. O přidělenou skupinu se během směny stará skupinová sestra. Pro každého nemocného ve skupině vypracuje ošetrovatelský plán, který průběžně doplňuje a koriguje. Na konci směny předává skupinu další skupinové sestře. Skupinové sestry pečují stabilně o stejnou skupinu nemocných.“ [53] Tento systém práce mi připadá logický a fungující. Nesmíme ale také opomenout počet pacientů, o které se sestry během denní služby starají. Z mého průzkumu vyplynulo, že v hospici se až 54% respondentů během denní služby stará o více než 15 pacientů. Objevily se odpovědi, že je to až 27 klientů! Tento výsledek mě překvapil. Takový počet pacientů, o které se jedna sestra na denní službě stará, se už na jejím tělesném a leckdy i psychickém stavu jistě projeví. Tento problém by vyřešil větší počet zdravotnického personálu na denní službě. Otázkou ale zůstává, zda-li je to z finančních důvodů možné. I fakt dvanáctihodinových služeb není úplně ideální. V hospici tuto skutečnost uvedlo 90% dotazovaných, na geriatrii 92% dotazovaných. Nízký počet zdravotnického personálu a dlouhá pracovní doba pak může lehce vést k fyzickému vyčerpání sester. Ty pak, samozřejmě, nejsou schopny podávat takové výkony, jaké se od nich očekávají. A trpí tím hlavně klienti! V dotazníku jsem sestrám také položila otázku, zda mají pocit, že je práce fyzicky vyčerpává. Na obou pracovištích se nejčastěji vyskytla odpověď, že občas ano. Což je z důvodů uvedených výše pochopitelné. Jak jsem také předpokládala, jako fyzický zátěžový faktor, který na sestry v práci působí, uvedly sestry z obou pracovišť nejčastěji manipulaci s imobilními klienty. To je vzhledem k počtu nesoběstačných nebo částečně soběstačných klientů, klientů často v terminálním stádiu, na těchto odděleních opravdu problém. Sestry by měly znát správné držení těla při manipulaci s těmito klienty, aby předešly zdravotním problémům pohybového aparátu a aby zbytečně nezatěžovaly svoje tělo. Na mou otázku, co by sestry navrhovaly pro zmírnění jejich zátěže, se opět respondenti z obou pracovišť přiklonili ke stejné odpovědi. Nejčastěji odpověděli, že by navrhovali posílení počtu sester na směně. Je patrné, že oba typy sledovaných zdravotnických zařízení, jsou personálně poddimenzované. Toto je asi problém nejedné nemocnice, nejednoho oddělení. Také zjištění, že si největší počet sester z obou zařízení myslí, že na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, není zcela příznivé. Z tohoto vyplývá, že sestry jsou si vědomy náročnosti své profese a možnosti potencionálního vzniku syndromu vyhoření. Samotné sestry na obou pracovištích hodnotí svoji práci jako fyzicky i psychicky náročnou. A za náročnější považují službu denní. Tento výsledek jsem čekala, obvykle totiž bývá na denní službě více práce a je pro většinu sester náročnější.

Mým druhým cílem bylo zjistit psychickou zátěž sester na geriatrickém oddělení a v hospici. Práce v zařízeních tohoto typu je také náročná psychicky. Každý se se zátěží, jež na něj působí, vyrovnává jinak. Často nám může pomáhat víra. Na mou otázku ohledně tohoto tématu mi většina sester z obou pracovišť odpověděla, že věřící nejsou. V obou zařízeních to bylo 64% respondentů. To mě osobně překvapilo. Myslela jsem si, že v hospici bude pracovat více věřících sester, ale opak je pravdou. Tohoto dojmu jsem nejspíš nabyla díky praxi v tomto zařízení. Tento hospic funguje pod záštitou církve. Pohyb jeptišek a kněze po oddělení není žádnou výjimkou, pravidelně se zde konají mše. Možná i to přispělo k mé domněnce, že zde pracuje více věřících sester, ta se tedy však ukázala být nepravdivá. V další otázce, která se vztahuje k tomuto cíli, jsem se ptala, zda si sestry myslí, že je studium dobře připravilo na péči a setkávání se s umírajícími. 72% respondentů z hospice si myslí, že je studium nedostatečně připravilo na tuto problematiku. Na geriatricii si to myslí „jen“ 50% respondentů. Myslím si, že vyšší procento respondentů z hospice, kteří s přípravou spokojeni není, je dáno tím, že v hospici se sestry častěji setkávají s umírajícími klienty, a tak mohou snáz odhalit nedostatky studia v této problematice. Nejčastější informací, kterou sestry z obou pracovišť postrádaly, byla, jak komunikovat s rodinou umírajícího. Toto zjištění mě také nepřekvapilo. Sama ze své zkušenosti mohu říct, že se tomuto tématu mnoho času ve škole nevěnuje. Řeší se pouze sdělení této smutné zprávy rodině, což je v kompetenci lékaře...ale jak se má k pozůstalým chovat sestra, jak jednat, co říkat, to jsme se mnohokrát nedozvěděli. Každá asi jednáme, tak jak je to pro nás přirozené. Což samozřejmě neznamená, že je to vždy správné. Co ale pro mne bylo pozitivním zjištěním, byl fakt, že v obou zařízeních sestry vnímají péči v jejich zdravotnickém zařízení jako práci v multidisciplinárním týmu – v hospici tak odpovědělo 100 % a na geriatricii 94 % dotazovaných. Práce multidisciplinárního týmu vychází z holistického vnímání pacientů, které zohledňuje jejich potřeby bio-psycho-socio-spirituální [50]. Úloha sestry v multidisciplinárním týmu je: založit spolupráci sester a lékařů na partnerské spolupráci profesionálů, provádět ošetrovatelskou činnost, která doplňuje činnost lékařskou, systematické ošetrovatelské hodnocení, zachraňovat život, pečovat o zdraví populace atd. [51] Za další pozitivum by bylo možné označit fakt, že většina dotazovaných sester odpověděla kladně na otázku, zda mají zájem o svou práci a práce je uspokojuje – přesto se jako spokojenější jeví být sestry z hospice (98%) než z geriatricie (78%). Člověk, který je v práci spokojený a má svou práci rád, je velkým přínosem ve svém oboru. To jistě prospívá celému týmu a i na práci samotného zaměstnance se to projeví. Člověk, kterého práce uspokojuje a

je ve své práci šťastný, netrpí syndromem vyhoření. Na mou další otázku psychického zatížení odpověděla většina sester z obou pracovišť, že se po práci cítí psychicky unavené občas. To není překvapivé; péče o takto těžce nemocné a často umírající klienty je také velmi psychicky náročná. Ne každý se se smrtí lehce smíruje. Vidět člověka umírat nevyvolává v příjemné pocity v nikom. Zde se od sestry očekává velká empatie jak k umírajícímu, tak i k jeho rodině a blízkým. Ti jsou na tom častokrát po psychické stránce špatně a je na nás – sestřích - abychom jim svým vřelým přístupem toto těžké období pomohly překonat a zvládnout. Myslím si, že v této problematice hraje určitou roli i délka praxe sester na těchto odděleních. Člověk, který se dennodenně setkává se smrtí je touto skutečností určitě poznamenán. Některé typy sester tato skutečnost může naprosto „odrovnat“ a musí změnit oddělení, jiným sestřím práce zde nemusí dělat problémy. Je to opravdu individuální. Na odděleních tohoto typu je také důležité mít vřelý vztah k seniorům. Práce s nimi není vždy jednoduchá a je potřeba mít hodně trpělivosti a pochopení. A to by si měl každý při rozhodování o místě svého pracovního působení promyslet. Dále bych chtěla zmínit, že jako psychické zátěžové faktory působící na respondenty v obou zařízeních uvedly sestry nejčastěji stresové situace (hospic 27 %, geriatric 28%). Na druhém místě uvedli respondenti v hospici konflikty na pracovišti, na geriatrici to byla péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu. Zde vidíme, že pro sestry na geriatrickém oddělení je více zátěžová péče o umírající než pro sestry v hospici. To může být způsobeno i tím, že sestry v hospici mají delší praxi a jsou většinou věkově starší než sestry na geriatrici. Mají tedy praxi a zkušenosti a nehodnotí tento faktor jako tolik zátěžový (oproti sestřím z geriatricie). Důležitou roli hraje v neposlední řadě také typ zařízení. Do hospice jsou přijímáni klienti nevléčitelně nemocní, u kterých není možná nebo již byla vyčerpaná kauzální léčba a další léčba je pouze paliativní, zaměřená na mírnění potíží a tlumení bolesti [38]. Zde se počítá s dožitím pacienta. Naproti tomu na geriatrici nejsou přijatí pacienti k paliativní léčbě. Zde je léčba kauzální a očekává se nějaké zlepšení jejich zdravotního stavu. Nesporně je práce zdravotní sestry psychicky náročná a to nejen na odděleních tohoto typu. Obecně lze říci, že každá práce „s lidmi“, je psychicky náročná. Ne vždy totiž narazíme na lidi přívětivé a milé, s chováním takovým, jaké bychom si představovali. Ovšem u lidí, jež je postihla nějaká choroba, se toto chování musí tolerovat o to víc. Každý se se svým osudem vyrovnává jinak, a to se může značně promítnout do jeho chování. Ale i k těmto nemocným lidem se musíme chovat s pochopením a úctou, ačkoli je to někdy značně těžké. K tomu nám může pomoci supervize, která je na odděleních realizována. „*Supervize je pohled nezávislého, nestranného*

terapeuta na vztahy a problémy týmu a jeho práci s pacienty. Supervize je zprostředkování nezatíženého pohledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem vyvarovat se chyb, dosáhnout osobního a profesního růstu nebo s cílem potvrzení kvality této činnosti. “ [26, s. 70] V rámci pravidelných schůzek multidisciplinárních týmů i individuálních pohovorů je psycholog k dispozici personálu v problémech komunikace a řešení problémů konkrétních pacientů, svým vhladem může obohatit pohled personálu na pacienta a napomoci úspěšnější a efektivnější péči. Je v každodenním kontaktu se zdravotnickým personálem a podílí se dle svých možností na vytváření atmosféry plodné spolupráce a prevenci syndromu vyhoření [59]. V hospici jsou prováděny jednou týdně schůzky multidisciplinárního týmu. Zde společně rozebírají všechny pacienty. Každý člen multidisciplinárního týmu se zmíní o pacientovi ze svého hlediska. Cílem těchto schůzek je zajištění co nejkvalitnější péče o klienta a co nejlepší spolupráce mezi všemi členy multidisciplinárního týmu. Tento systém zde funguje a myslím si, že je přínosem jak pro pacienty, tak i pro samotný personál. Také supervize v tomto hospici probíhají. Dobrovolníci je mívají pravidelně a jsou dobře organizované. Vede je interní psycholog. Oproti tomu supervize sester jsou zde nepravidelné a nepovinné. Tyto supervize vede psycholog externí. Dále jsou tu také pro personál realizovány různé společenské aktivity. Jezdí se na výlety, pořádají se táboráky (těch se účastí jak zaměstnanci, tak i pacienti), pořádají se společenské večery a dále se také mohou zdravotníci účastnit různých ozdravných, sportovně – relaxačních pobytů např. v rekreačních zařízeních ve Špindlerově Mlýně. Zde si sestry odpočinou, načerpají nové síly a utuží se kolektiv. Tyto aktivity slouží také jako prevence syndromu vyhoření. Na geriatrii probíhají v rámci oddělení supervize zaměřené především na ošetrovatelskou péči. Interní kontroly provádějí vedoucí pracovníci. Ti se zaměřují na dodržování předpisů. V rámci nemocnice je tým pracovníků sestavený ze zaměstnanců jednotlivých klinik a ti vzájemně provádějí kontroly SOP. Dále provádí hodnocení personálu. Jedenkrát ročně zde probíhá Provozní vizita. Společenské aktivity se na geriatrii také organizují, a to formou posezení 1 - 2 x ročně.

Mým třetím cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu probíhá duševní hygiena u sester na geriatrickém oddělení a v hospici. Při náročnosti práce zdravotní sestry je také nutné nějakým způsobem odpočívat, relaxovat, ventilovat své prožitky. Model správné zdravotní sestry líčí tuto osobu jako vždy milou, přívětivou, ochotnou, trpělivou, vstřícnou...prostě bytost dokonalou. Ovšem zdravotní sestra je také jen člověk, který má své potřeby. A proto je dobré si uvědomit, že je nutné tyto potřeby také uspokojovat. K tomu nám může pomoci

např. duševní hygiena. Většina respondentů v hospici uvedla, že se na jejich pracovišti tyto výukové programy konají (90% respondentů). Překvapivým zjištěním pro mne byl fakt, že většina respondentů z geriatrické uvedla, že se tyto programy na jejich pracovišti nekonají. Záporně odpovědělo 39 respondentů, což je 78%. Domnívala jsem se, že se tyto programy realizují téměř všude, ale opak je patrně pravdou. Podle mého názoru jsou tyto výukové programy velice poučné a užitečné, a bylo by dobré, kdyby byly realizovány co možná nejvíce. Dalším vážným zjištěním bylo, že zhruba polovina sester se nedokáže oprostít od myšlenek na práci ani po odchodu ze služby. To také není zrovna ideální. Člověk by si měl svoji práci zodpovědně udělat v pracovní době, a domů pak odcházet s „čistou hlavou“ a bez pracovních starostí. Tak si doma lépe odpočine a načerpá síly do nových dnů. Na moji další otázku týkající se relaxace odpovědělo nejvíce respondentů, že relaxují aktivně i pasivně. Tento fakt považuji za pozitivní zjištění. Je dobré relaxovat obojím způsobem. Překvapivě ale na geriatrické uvedlo 26% respondentů, že nerelaxují vůbec. Důvody mohou být různé. Možná nedostatek času, energie, nálady...těžko posoudit. To by mohlo být předmětem dalšího zkoumání. Stejně procento sester z geriatrické dále uvedlo, že si nedokáží udělat čas na své zájmy a koníčky. Tento výsledek může poukazovat na to, že jsou sestry zřejmě velmi časově vytížené, když si na své zájmové aktivity nedokáží najít čas. Každý člověk se totiž po práci potřebuje odreagovat. Není možné fungovat stále na 100%... bez odpočinku a uvolnění. Nejvíce sester z obou pracovišť také v mém dotazníku uvedlo, že podle nich nežijí zdravým životním stylem. Tento fakt mě nepřekvapil. Práce zdravotní sestry je těžká, je náročná fyzicky i psychicky a je obtížné žít při takovém tempu zdravě. Být zdravotní sestrou je opravdu poslání, ne jen povolání. I z výsledků jiných prací na toto či podobné téma je patrné, že sestry jsou fyzicky i psychicky velmi zatěžovány. Podobným výzkumem se zabývala např. Šárka Bräuerová v roce 2008 ve své diplomové práci, kdy zjišťovala motivaci k práci sestry v paliativní péči. Tento výzkum probíhal na onkologickém oddělení a v hospici. Autorka zjistila, že sestry více psychicky zatěžuje práce s pacienty v terminálním stádiu na onkologii než je tomu v hospici [55]. Podobný výsledek se mi také potvrdil: péče o umírající klienty psychicky zatěžuje více sestry z geriatrické než z hospice. Porovnávala bych také výsledek výzkumu studentky Kateřiny Holcmanové, která se ve své bakalářské práci zabývala otázkou psychosociální pracovní zátěže sester. Zajímavé je, že i této studentce se potvrdilo, že až 62% respondentů se nezúčastnilo žádné vzdělávací akce na téma zátěže sester a dalším podobným tématům [56]. To si myslím, že je velký problém. Každá sestra

by tuto vzdělávací akci měla navštívit, aby věděla, jak o sebe pečovat a předcházet tolik obávanému syndromu vyhoření.

10 ZÁVĚR

Zátěž zdravotnických pracovníků na takto náročných odděleních, jako jistě geriatric a hospic jsou, není malá. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky a velký tlak. A to na jejich psychický i tělesný stav. Péče o pacienty nesoběstačné, často v terminálním stavu, umírající je opravdu náročná.

Tato bakalářská práce se mi psala dobře, jelikož mě toto téma velmi zajímá a práci se seniory mám ráda. Díky tomuto výzkumu jsem se dozvěděla mnoho nových a zajímavých informací, které mi jistě dají hodně do budoucna, jak do osobního, tak i profesního života. Spolupráce s oběma zařízeními byla výborná. Všichni byli velmi milí, ochotní a velice mi s mým průzkumem pomohli.

Výsledky průzkumu, který měl za cíl zmapovat míru fyzické a psychické zátěže sester ve zdravotnických zařízeních geriatrického a hospicového typu a rozsah aplikované duševní hygieny u pracovníků těchto zdravotnických zařízení, poukazují na přítomnost některých nedostatků a významných rizikových faktorů v péči o nesoběstačné, těžce nemocné a umírající pacienty.

Zjistila jsem, že zdravotní sestry jsou fyzicky i psychicky zatíženy na obou pracovištích. Jak v hospici, tak i na geriatrickém oddělení. Počet pacientů, o které se sestry na těchto odděleních musí postarat, je velký. Někdy je to i přes 25 nemocných, kteří potřebují péči sester. Jako problém, který z mého průzkumu vyvstal, se jeví otázka nedostatku zdravotnického personálu na směně. Sestry samy uvedly, že kdyby se tento počet zvýšil, jejich zátěž jak fyzická, tak i psychická by byla zmírněna. Toto opatření bych i já viděla jako účinné. Otázkou ovšem zůstává, zda je to z finančních důvodů možné.

Sestry na těchto odděleních pracují v multidisciplinárním týmu, což je pozitivní zjištění. Díky tomuto týmu se může každý jeho člen držet kompetencí, které jsou mu vymezeny. Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje především jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů nemocného, jednotnou kontinuální a návaznou ošetrovatelskou péči a jednotnou dokumentaci i hodnocení kvality ošetrovatelské péče u nemocného. Nejlepších výsledků v péči o pacienta dosahuje specializovaný multidisciplinární tým. K zajištění účinného a vhodného postupu pracuje multidisciplinární tým kolektivně a to v souladu s cíli, které jsou stanoveny individuálně pro každého nemocného. Sestra zde hraje klíčovou a nezastupitelnou roli v ošetrovatelské péči [50].

Co se týká otázky výukových programů na téma duševní hygieny, syndromu vyhoření atp., tak pro mě byl překvapivým zjištěním fakt, že na geriatrickém oddělení, kde jsem dělala můj průzkum, neprobíhají výukové programy na toto téma vůbec. Určitě je důležité, aby zdravotní sestry byly v tomto směru informovány a byla tomuto problému věnována pozornost. To je jistě jeden z úkolů pro management nemocnice. Dalším je pak dát podnět těmto sestrám, aby se např. zúčastnily semináře či konference na toto téma a dozvěděly se více. Bylo by potřeba zrealizovat výukové programy na geriatrii. Mým cílem bylo také zjistit, v jakém rozsahu probíhá u dotazovaných sester duševní hygiena a také mne zajímalo, zda sestry žijí zdravým životním stylem. Většina respondentů si myslí, že nežije zdravým životním stylem. Proč tomu tak je, je asi patrné. Náročnost práce zdravotní sestry je nesporná a je velmi těžké žít při této profesi zdravě. Dále ale bylo zjištěno, že ve většině případů sestry aktivně i pasivně relaxují a věnují se svým koníčkům. To je také při tomto povolání velice důležité a nedá se to opomenout. Pokud má sestra dobře a kvalitně ve své pozici fungovat, musí být i ona odpočatá a uvolněná.

Další součástí mé práce bylo zjistit působení zátěžových faktorů na sestry, pracující na těchto odděleních. Z výsledků bylo potvrzeno, že působí faktory psychické i fyzické. Nejčastěji uváděným fyzickým zátěžovým faktorem byla manipulace s imobilními klienty; psychickým zátěžovým faktorem jsou stresové situace. Sestry z obou pracovišť si jsou vědomy, že na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, a svoji práci hodnotí jako náročnou fyzicky i psychicky.

Dá se říci, že se potvrdila úvodní domněnka zvýšené fyzické a psychické zátěže pracovníků na těchto typech oddělení, stejně jako nedostatečná prevence rozvoje syndromu vyhoření. Při srovnání obou typů pracovišť lze konstatovat, že nejvíce nedostatků spatřuji na oddělení geriatrie – zejména pak v oblasti duševní hygieny a prevence syndromu vyhoření. Nejzávažnějším problémem společným pro oba typy zařízení je nedostatečné personální zajištění směn, které je ze strany sester negativně vnímáno zejména v průběhu denních služeb. Jako doporučení pro praxi bych navrhovala zavedení výukových programů na odděleních geriatrie a posílení počtu sester na denní službě, čímž by se zátěž zdravotních sester zmírnila.

Výstupem mojí bakalářské práce je článek, který vyjde v časopisu *Sestra*. Tuto variantu výstupu jsem zvolila, protože se domnívám, že prostřednictvím tohoto časopisu o mých výsledcích (nedostacích i pozitivěch), které byly mým výzkumem zjištěny, dozví velké množství zdravotnických pracovníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE

- 1) [27] BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4
- 2) [55] BRÄUEROVÁ, Š., *Motivace k práci sestry v paliativní péči*. [online]. [cit. 2010-5-13]. Dostupný z WWW:
http://is.muni.cz/th/204440/lf_m/Diplomka_komplet.pdf
- 3) [51] CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ, M., *Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu*. [online]. [cit. 2010-3-30]. Dostupný z WWW:
<http://www.google.cz/search?q=multidisciplin%C3%A1rn%C3%AD+t%C3%BDm&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:cs:official&client=firefox-a>
- 4) [52] *Dům ošetrovatelské péče*. [online]. [cit. 2010-3-30]. Dostupný z WWW:
<http://www.dop-hc.cz/sluzby/zz-dop/#multidisciplinari-tym>
- 5) [26] FAŠIANOKOVÁ, L., *Co mi dala supervize*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, str. 70, 71 ISSN 1210-0404
- 6) [16] GULÁŠOVÁ, I., *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 6, str.8, 9 ISSN 1210-0404
- 7) [2] HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO NZO 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- 8) [24] HELLEROVÁ, M., *Uvědomujeme si náročnost profese sester*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, str.14, 15 ISSN 1210-0404
- 9) [10] HERKUCZOVÁ, E., *Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, str. 56 ISSN 1210-0404
- 10) [56] HOLCMANNOVÁ, K., *Psychosociální pracovní zátěž sester a sociálních pracovníků. Kvantitativní šetření*. [online]. [cit. 2010-5-13]. Dostupný z WWW:
http://theses.cz/id/k3wz9f/downloadPraceContent_adipIdno_16234
- 11) [22] HORA, J., *Hranice zátěže jsou často překračovány*. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 10, str. 16 ISSN 1210-0404

- 12) [54] Charta práv umírajících. [online]. [cit. 2010-5-10]. Dostupný z WWW:
<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>
- 13) [14] JANÁČKOVÁ, L., *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: TRITON 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6
- 14) [30] JOBÁNKOVÁ, M., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1
- 15) [29] JOBÁNKOVÁ, M., BOUCHAL, M., HÁJKOVÁ, J., ŠOPEK, J., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDV PZ 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4
- 16) [35] JURÁSKOVÁ, D., *Situace v LDN – odpovědnost jen sester?* Florence, 2008, roč. 4, č. 9, str. 321, 322 ISSN 1801-464X
- 17) [45] KALVACH, Z., SLÁMA, O., *Vzdělávání v paliativní péči, návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů*. Praha: Cesta domů 2004. 36 s.
- 18) [20] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ 1998. 23 s. ISBN 80-7071-231-7
- 19) [21] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Komunikace a stres*. Praha: SZÚ 2004. 24 s. ISBN 80-7017-246-5
- 20) [43] KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2
- 21) [33] KLAPAČ, M., *Psychologie v praxi*. Praha: Transal Books 1994. 87 s. ISBN 80-900954-1-0
- 22) [17] KOMAČEKOVÁ, D., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. Sestra, 2009, roč. 19, č. 7-8, str. 26-28 ISSN 1210-0404
- 23) [25] KOUKALOVÁ, M., *Mobbing na pracovišti*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 4, str. 20 ISSN 1210-0404
- 24) [32] KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3

- 25) [28] KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- 26) [15] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5
- 27) [36] KŮNOVÁ M., *Význam a možnosti využití supervize v sociální práci v nemocnici*. Florence, 2005, roč. 1, č. 1, str. 36, 37 ISSN 1801-464X
- 28) [23] LENOCHOVÁ, E., BLINKOVÁ, M., *Hospicová a paliativní péče*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 12, str. 47, 48 ISSN 1210-0404
- 29) [8] LENOCHOVÁ, E., *Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 5, str. 23 ISSN 1210-0404
- 30) [6] MARGARET O'CONNOR, SANCHIA ANDRA., *Paliativní péče*. Praha: Grada Publishing 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- 31) [34] MOROVICSOVÁ, E., *Profesia sestier a syndróm vyhorenia*. Florence, 2008, roč. 4, č. 2, str. 67, 68 ISSN 1801-464X
- 32) [50] Multidisciplinárny tím. Sborník z Odborné konferencie s mezinárodní účastí. [online]. [cit. 2010-3-30]. Dostupný z WWW:
<http://www.google.cz/search?q=multidisciplin%C3%A1rn%C3%AD+t%C3%BDm&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:cs:official&client=firefox-a>
- 33) [31] NEŠPOR, K., *Uvolněně a s přehledem*. Praha: Grada Publishing 1998. 95 s. ISBN 80-7169-652-8
- 34) [19] NOVOTNÁ, H., *Syndrom vyhoření bohužel není minulostí*. Sestra, 2004, roč. 14, č. 10, str. 36, 37 ISSN 1210-0404
- 35) [59] Oblastní charita Rajhrad. Psychologická péče. [online]. [cit. 2010-5-26]. Dostupný z WWW:
<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=16&language=cz>
- 36) [38] Oblastní charita Rajhrad. Pro koho je hospic určen. [online]. [cit. 2010-3-20]. Dostupný z WWW:
<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=12&language=cz>

- 37) [11] PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH., *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
- 38) [7] PEJZNOCHOVÁ, I., *Nedostatek sester v České Republice*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 5, str. 18 ISSN 1210-0404
- 39) [3] PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X
- 40) [12] PLAMÍNEK, J., *Sebezpoznaní, sebeřízení a stres*. Praha: Grada Publishing 2008. 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2
- 41) [37] RHEINWALDOVÁ, E., *Dejte sbohem distresu*. Praha: Skarabeus 1995. 211 s. ISBN 80-85901-07-2
- 42) [13] RICHARDS, M., *Stres management do kapsy 5*. Praha: Portál 2006. 110 s. ISBN 80-7363-082-8
- 43) [53] STAŇKOVÁ, M., *Základní ošetrovatelská terminologie*. [online]. [cit. 2010-5-03]. Dostupný z WWW: http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#_Syst%C3%A9m_skupinov%C3%A9_p%C3%A9%C4%8De
- 44) [4] STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1
- 45) [42] SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2
- 46) [18] ŠUSTEROVÁ, D., *Stres v práci sestry*. Sestra, 2009, roč.19, č. 11, str. 24 ISSN 1210-0404
- 47) [5] TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- 48) [1] ULRICHOVÁ, M., *Různé tváře smrti. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: GAUDEAMUS 2009. 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0
- 49) [39] Umírání. Definice paliativní péče. [online]. [cit. 2010-3-20]. Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

- 50) [41] Umírání. Péče o svou osobu (interpersonální vztahy v ošetrovatelském týmu). [online]. [cit. 2010-3-21]. Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/ve-vztahu-k-sobe.html>
- 51) [40] Umírání. Vztah k nemocnému. [online]. [cit. 2010-3-20]. Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/ve-vztahu-k-nemocnemu.html>
- 52) [9] VALÁŠKOVÁ, D., *Sestra stráví denně v předklonu 96 minut*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 12, str. 22 ISSN 1210-0404
- 53) [44] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále.

Atp. A tak podobně.

Apod. A podobně.

Č. Číslo.

ČR Česká Republika.

Např. Například.

Popř. Popřípadě.

Tj. To je.

Tzn. To znamená.

Tzv. Takzvaně.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1.1 – Pohlaví (hospic)
- Tabulka č. 1.2 – Pohlaví (geriatrie)
- Tabulka č. 2.1 - Věk (hospic)
- Tabulka č. 2.2 – Věk (geriatrie)
- Tabulka č. 3.1 – Profesní vzdělání (hospic)
- Tabulka č. 3.2 – Profesní vzdělání (geriatrie)
- Tabulka č. 4.1 – Délka praxe (hospic)
- Tabulka č. 4.2 – Délka praxe (geriatrie)
- Tabulka č. 5.1 – Oddělení (hospic)
- Tabulka č. 5.2 – Oddělení (geriatrie)
- Tabulka č. 6.1 – Víra (hospic)
- Tabulka č. 6.2 – Víra (geriatrie)
- Tabulka č. 7.1 – Příprava na péči o umírající ve škole (hospic)
- Tabulka č. 7.2 – Příprava na péči o umírající ve škole (geriatrie)
- Tabulka č. 8.1 – Chybějící informace (hospic)
- Tabulka č. 8.2 – Chybějící informace (geriatrie)
- Tabulka č. 9.1 – Multidisciplinární přístup (hospic)
- Tabulka č. 9.2 – Multidisciplinární přístup (geriatrie)
- Tabulka č. 10.1 – Profese v multidisciplinárním týmu (hospic)
- Tabulka č. 10.2 – Profese v multidisciplinárním týmu (geriatrie)
- Tabulka č. 11.1 – Uspokojení z práce (hospic)
- Tabulka č. 11.2 – Uspokojení z práce (geriatrie)
- Tabulka č. 12.1 – Systém ošetrovatelské péče (hospic)
- Tabulka č. 12.2 – Systém ošetrovatelské péče (geriatrie)
- Tabulka č. 13.1 – Počet pacientů (hospic)
- Tabulka č. 13.2 – Počet pacientů (geriatrie)
- Tabulka č. 14.1 – Délka pracovní směny (hospic)
- Tabulka č. 14.2 – Délka pracovní směny (geriatrie)
- Tabulka č. 15.1 – Fyzická vyčerpanost (hospic)
- Tabulka č. 15.2 – Fyzická vyčerpanost (geriatrie)
- Tabulka č. 16.1 – Psychická vyčerpanost (hospic)

- Tabulka č. 16.2 – Psychická vyčerpanost (geriatrie)
- Tabulka č. 17.1 – Fyzické zátěžové faktory (hospic)
- Tabulka č. 17.2 – Fyzické zátěžové faktory (geriatrie)
- Tabulka č. 18.1 – Psychické zátěžové faktory (hospic)
- Tabulka č. 18.2 – Psychické zátěžové faktory (geriatrie)
- Tabulka č. 19.1 – Zmírnění zátěže (hospic)
- Tabulka č. 19.2 – Zmírnění zátěže (geriatrie)
- Tabulka č. 20.1 – Syndrom vyhoření (hospic)
- Tabulka č. 20.2 – Syndrom vyhoření (geriatrie)
- Tabulka č. 21.1 – Náročnost profese (hospic)
- Tabulka č. 21.2 – Náročnost profese (geriatrie)
- Tabulka č. 22.1 – Náročnější směna (hospic)
- Tabulka č. 22.2 – Náročnější směna (geriatrie)
- Tabulka č. 23.1 – Výukové programy (hospic)
- Tabulka č. 23.2 – Výukové programy (geriatrie)
- Tabulka č. 24.1 – Přemýšlení o práci doma (hospic)
- Tabulka č. 24.2 – Přemýšlení o práci doma (geriatrie)
- Tabulka č. 25.1 – Relaxace (hospic)
- Tabulka č. 25.2 – Relaxace (geriatrie)
- Tabulka č. 26.1 – Zájmy a koníčky (hospic)
- Tabulka č. 26.2 – Zájmy a koníčky (geriatrie)
- Tabulka č. 27.1 – Zdravý životní styl (hospic)
- Tabulka č. 27.2 – Zdravý životní styl (geriatrie)

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P2: PŘÍSPĚVEK DO ČASOPISU SESTRA

PŘÍLOHA P3: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

PŘÍLOHA P4: TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

PŘÍLOHA P1: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

jmenuji se Lenka Novotná a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Tento dotazník je důležitou součástí mé bakalářské práce na téma: Zátěž zdravotních sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení.

Vaše pracoviště jsem si vybrala k získání základních informací k mému tématu, proto Vás touto cestou prosím o pozorné přečtení otázek a následné vyplnění tohoto dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Výsledky dotazníkového šetření budou součástí mé bakalářské práce a po vyhodnocení budou použity pouze pro zpracování této práce.

Zodpovězte, prosím, všechny otázky. Vybranou odpověď zakroužkujte, případně doplňte odpověď do vyznačeného místa.

Předem děkuji za spolupráci a čas, který jste mému dotazníku věnovali.

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Věk:

- a) Do 25 let
- b) 26 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) Více, jak 45 let

3. Profesní vzdělání (i právě probíhající):

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) Vysokoškolské vzdělání
- d) Jiné (doplňte).....

4. Délka praxe ve zdravotnictví:

- a) Do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) Více jak 10 let

5. Na jakém oddělení pracujete?

- a) Hospic - odd. A
- b) Hospic - odd. B
- c) Geriatrické odd. A
- d) Geriatrické odd. B
- e) Jinde (doplňte).....

6. Jste věřící? Pokud ano, pomáhá Vám víra ve Vašem zaměstnání? A jak?

- a) Ano
- b) Ne

Jak Vám víra při práci pomáhá?.....

.....

7. Domníváte se, že Vás studium dobře připravilo na péči a vůbec setkávání se s umírajícím člověkem?

- a) Ano
- b) Ne

8. Jaké informace Vám chyběly? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Jak s umírajícími komunikovat
- b) Jak přistupovat k umírajícím lidem
- c) Jak komunikovat s rodinou umírajícího
- d) Žádné
- e) Jiné (doplňte).....

9. Uplatňujete ve Vašem zařízení multidisciplinární přístup ke klientům?

- a) Ano
- b) Ne

10. Pokud ano, jaké profese do týmu v péči o umírajícího patří? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Ošetřovatelka
- d) Sociální pracovník
- e) Fyzioterapeut
- f) Psycholog
- g) Kněz
- h) Dobrovolník
- i) Jiné(doplňte).....

11. Máte pocit, že Vás práce uspokojuje?

- a) Ano
- b) Ne

12. Jaký systém ošetrovatelské péče je zavedený na Vašem oddělení?

- a) Funkční systém
- b) Systém skupinové péče
- c) Systém primární péče
- d) Jiný (doplňte).....

13. Jaký je počet pacientů, o které se během denní služby staráte?

- a) 1 – 5 pacientů
- b) 5– 10 pacientů
- c) 10 - 15 pacientů
- d) Jiný (doplňte).....

14. Jaká je délka Vaší pracovní směny?

- a) 8 hodin
- b) 12 hodin
- c) Jiná (doplňte).....

15. Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

- a) Ano, vždy
- b) Ne
- c) Občas

16. Cítíte se po práci často psychicky unavená/ý?

- a) Ano, vždy
- b) Ne
- c) Občas

17. Které fyzické zátěžové faktory na Vás ve Vašem oboru působí? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Nedostatek zdravotnického personálu a přesčasy
- b) Práce na směny
- c) Manipulace s imobilními klienty
- d) Dodržování standardů
- e) Jiné (doplňte).....

18. Které psychické zátěžové faktory na Vás ve Vašem oboru působí? (můžete za-
kroužkovat i více odpovědí)

- a) Stresové situace
- b) Konflikty na pracovišti
- c) Velká zodpovědnost
- d) Péče o klienty v těžkém a umírajícím stavu
- e) Umírání a smrt
- f) Jiné (doplňte).....
.....
.....

19. Co byste navrhoval/a ke zmírnění Vaší zátěže na oddělení?

- a) Změna dvanáctihodinové služby na osmi hodinovou
- b) Posílení počtu sester na směně
- c) Změna oddělení
- d) Přítomnost psychologa
- e) Jiné (doplňte).....

20. Myslíte si, že na Vás působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syn-
dromu vyhoření?

- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- Pokud ano, jaké?.....
.....
.....

21. Jak hodnotíte práci na Vašem oddělení?

- a) Fyzicky náročná
- b) Psychicky náročná
- c) Náročná fyzicky i psychicky
- d) Nenáročná

22. Která směna je pro Vás náročnější?

- a) Denní
- b) Noční

23. Konají se na Vašem pracovišti výukové programy na problematiku syndromu vyhoření, na téma duševní hygieny atd.)?

- a) Ano
- b) Ne

24. Máte pocit, že si práci „nosíte domů“? Přemýšlíte doma často o práci?

- a) Ano
- b) Ne

25. Jakým způsobem relaxujete?

- a) Aktivně
- b) Pasivně
- c) Aktivně i pasivně
- d) Nerelaxuji

26. Dokážete si udělat čas na Vaše zájmy a koníčky?

- a) Ano
- b) Ne

27. Myslíte si, že žijete zdravým životním stylem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

PŘÍLOHA P2: PŘÍSPĚVEK DO ČASOPISU SESTRA

Zátěž zdravotních sester v péči o umírající

Souhrn: V následujícím příspěvku jsou představeny výsledky průzkumu, jenž měl odpovědět na tři základní otázky: jaká je fyzická a psychická zátěž sester pracujících na geriatrickém oddělení či v hospici a jak je v jejich praxi aplikována duševní hygiena, jakožto prvek prevence syndromu vyhoření.

Klíčová slova: umírání, fyzická a psychická zátěž, syndrom vyhoření, duševní hygiena

„Pracovní zátěž je 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).

Zdravotnická povolání patří z hlediska vlastní odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Těžce nemocní pacienti představují pro zdravotníky velkou zátěž. A to jak fyzickou, tak psychickou. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči, spojená především s manipulací s pacienty a břemeny, může vyústit ve zdravotní problémy, především v oblasti pohybového aparátu.

Péče o umírajícího a kontakt s jeho nejbližšími je pro ošetrující personál silně stresující. Zdravotníci odvádějí odbornou práci, která má mnohdy negativní dopad nejen na jejich fyzickou a psychickou kondici, ale dotýká se i jejich společenského života (složka sociální) – v holistickém pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti jsou u zdravotníků negativně ovlivněny všechny tyto složky. Přesto se v současnosti nedá hovořit o tom, že by byla práce zdravotnického personálu dostatečně společensky a finančně doceněna.

Je nezpochybnitelné, že právě sestra je hospitalizovanému pacientovi z ošetrujícího týmu nejbližší. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionální zralost a komunikační mistrovství.

Právě sestra je s umírajícím v nejužším kontaktu. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionální zralost a mistrovství v komunikaci. Spolupráce s nemocným je často těžká a od sestry se vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá a psychicky i fyzicky zdatná.

Má-li zdravotník všechno co se od něj očekává v přiměřeném rozsahu zvládat, musí být schopen účinně regenerovat svoje fyzické a psychické síly a průběžně kompenzovat i nadměrné psychické a fyzické zatížení. Zodpovědnost za pacienty vede sestry k plnému nasazení, často až na hranice jejich sil. Má-li zdravotní sestra dobře pracovat a starat se o pacienty, je potřeba, aby i ona byla v dobrém stavu. Toho může dosáhnout za předpokladu kvalitní duševní hygieny, odpočinku a odpovídajících pracovních podmínek.

Výzkumné šetření

Cíle – v průzkumu jsem se zabývala třemi oblastmi, které jsem se snažila pomocí dotazníkového šetření zmapovat. Stanovila jsem následující cíle:

- **Cíl 1.** - Zjistit, jak jsou sestry fyzicky zatíženy na geriatrickém oddělení a v hospici.
- **Cíl 2.** - Zjistit psychickou zátěž sester na geriatrickém oddělení a v hospici.
- **Cíl 3.** – Zjistit v jakém rozsahu probíhá duševní hygiena u sester na geriatrickém oddělení a v hospici.

Metodika průzkumu

K výzkumu jsem použila metodu sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 27 otázek. Otázky byly uzavřené a polouzavřené. 1. – 5. otázka byla obecná a zbylé se vztahovaly k cílovým oblastem.

Charakteristika vzorku respondentů

Osloveno bylo celkem 100 respondentů z geriatrických oddělení a hospice. Na vybraném vzorku respondentů jsem sledovala následující atributy: pohlaví, věk, profesní vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a délka pracovní směny.

Hospic (50 osob)

- **Pohlaví** – 49 žen (98%).
- **Věk** – většina respondentů je starších 36 let (56 %).
- **Profesní vzdělání** – zde je výrazná převaha SZŠ (80 %), zbytek studuje nebo absolvoval některou formu terciálního vzdělání (VOŠ, VŠ).

- **Délka praxe** – 14 % respondentů má praxi do 1 roku, 20 % v rozmezí 1-5 let, 16 % od 5-10 let, 50 % nad 10 let.
- **Délka pracovní směny** – většina respondentů pracuje na 12 hodinové směny (90 %).

Geriatric (50 osob)

- **Pohlaví** – 46 žen (92%).
- **Věk** – většina respondentů je ve stáří do 35 let (68 %).
- **Profesní vzdělání** – zde je výrazná převaha SZŠ (70 %), zbytek studuje nebo absolvoval některou formu terciálního vzdělání (VOŠ, VŠ).
- **Délka praxe** – 14 % respondentů má praxi do 1 roku, 38 % v rozmezí 1-5 let, 24 % od 5-10 let, 24 % nad 10 let.
- **Délka pracovní směny** – většina respondentů pracuje na 12 hodinové směny (92 %).

Výsledky

Fyzická zátěž sester na geriatrici a v hospici - z průzkumu vyplynulo, že v daném hospici se až 54 % respondentů během denní služby stará o více, než 15 klientů (podle některých informací se jedná často až o 27 klientů na jednu sestru). Nejčastěji uváděným fyzickým zátěžovým faktorem, který hraje roli v práci sester, byla „**manipulace s imobilními pacienty**“ (v hospici 48 % a na geriatrici 39 % respondentů).

Na mou otázku, co by sestry navrhovaly pro zmírnění jejich zátěže, se respondenti z obou pracovišť přiklonili ke stejné odpovědi. Nejčastěji navrhovali „**posílení počtu sester na směně**“ (hospic 72 %, geriatric 68 %). Je patrné, že oba typy sledovaných zdravotnických zařízení, jsou personálně poddimenzované. Dalším zjištěním bylo, že 40% podíl sester z obou pracovišť se domnívá, že na ně **ve zvýšené míře působí zátěžové faktory, které mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření**. Z toho vyplývá, že sestry jsou si vědomy náročnosti své profese a možných dopadů na svůj fyzický i duševní stav. **Sestry na obou pracovištích hodnotí svou práci jako fyzicky i psychicky náročnou** (hospic 84 %, geriatric 80 %). Většina dotazovaných z obou typů pracovišť **hodnotí jako náročnější denní službu** (hospic 70 %, geriatric 64 %).

Psychická zátěž sester v péči o umírající – tato část výzkumu byla zahájena otázkou na téma víry. Většina sester z hospice i geriatricie odpověděla, že **nejsou věřící** (shodně 64% podíl respondentů). Pozitivním zjištěním byl fakt, že v obou zařízeních sestry **vnímají péči v jejich zdravotnickém zařízení jako práci v multidisciplinárním týmu** – v hospici tak odpovědělo 100 % a na geriatricii 94 % dotazovaných. Za další pozitivum by bylo možné označit fakt, že většina dotazovaných sester odpověděla kladně na otázku zda **mají zájem o svou práci a práce je uspokojuje** – přesto se jako spokojenější jeví být sestry z hospice (98%) než z geriatricie (78%). Nejvýznamnějším zátěžovým faktorem pro sestry z obou pracovišť jsou stresové situace (hospic 50 %, geriatricie 70 %). V hospici sestry ve vyšší míře uváděly i problém s konflikty na pracovišti (50 % hospicových sester). Na druhém místě je podle dotazovaných geriatrických sester těžká péče o umírající pacienty (uvedlo 52 % dotázaných) – sestry v hospici jsou v tomto ohledu odolnější (42 %). Vyšší míra odolnosti hospicových sester v souvislosti s umíráním se projevila i v otázce **smrti a umírání jako zátěžového faktoru**. Zatímco 46 % geriatrických sester vnímá tento faktor jako výraznou psychickou zátěž, v hospici jej uvádí pouze 24 % sester.

Rozsah duševní hygieny – průzkumem bylo zjištěno, že **v hospici probíhají výukové programy se zaměřením na duševní hygienu, syndrom vyhoření apod.** – uvádí to 90 % dotázaných. Překvapivé však je, že podobné **programy neprobíhají na geriatricii**, tvrdí to 78 % dotazovaných geriatrických sester. Dalším vážným zjištěním bylo, že zhruba **polovina sester se nedokáže oprostit od myšlenek na práci ani po odchodu ze služby**.

Co se týká schopnosti sester relaxovat, nejvíce jich odpovědělo, že praktikují aktivní i pasivní odpočinek (hospic 84 %, geriatricie 54 %). Nezanedbatelná část sester v obou typech zdravotnických zařízení má za to, že díky práci **nežijí zdravým životním stylem** (hospic 40 %, geriatricie 54 %).

Závěr

Výsledky průzkumu, který měl za cíl zmapovat míru fyzické a psychické zátěže sester ve zdravotnických zařízeních geriatrického a hospicového typu a rozsah aplikované duševní hygieny u pracovníků těchto zdravotnických zařízení, poukazují na přítomnost některých nedostatků a významných rizikových faktorů v péči o nesoběstačné, těžce nemocné a umírající pacienty.

Dá se říci, že se potvrdila úvodní domněnka zvýšené fyzické a psychické zátěže pracovníků na těchto typech oddělení, stejně jako nedostatečná prevence rozvoje syndromu vyhoření. Při srovnání obou typů pracovišť lze konstatovat, že nejvíce nedostatků je na odděleních geratrie – zejména pak v oblasti duševní hygieny a prevence syndromu vyhoření. Nejzávažnějším problémem společným pro oba typy zařízení je nedostatečné personální zajištění směn, které je ze strany sester negativně vnímáno zejména v průběhu denních služeb.

Jako doporučení pro praxi bych navrhovala zavedení výukových programů na odděleních geriatricke a posílení počtu sester na denní službě, čímž by se zátěž zdravotnického personálu zmírnila.

Lenka Novotná

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Studentka oboru všeobecná sestra

(lenka.novotna87@seznam.cz)

LITERATURA

Hora J., *Hranice zátěže jsou často překračovány.* Sestra, 2003, roč. 13, č. 10, str. 16, ISSN 1210-0404

Jobánková, M., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.* Brno: IDV PZ 2002. 225 s.

Jobánková, M., Bouchal, M., Hájková, J., Šopek, J., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti.* Brno: IDV PZ 1996. s. 206

Kelnarová, J., *Tanatologie v ošetrovatelství.* Brno: Litera 2007. 112 s.

Komačeková, D., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdravé sestry.* Sestra, 2009, roč. 19, č. 7-8, str. 26-28, ISSN 1210-0404

Křivohlavý, J., Pečenková, J., *Duševní hygiena zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing 2004. 78 s.

PŘÍLOHA P3: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

„Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

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

- *Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích*
- *Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží*
- *Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli*
- *Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících*
- *Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti*

8. *Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:*

- *Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)*
- *Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli*
- *Umírání o samotě a v zanedbání*
- *Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží*
- *Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů*
- *Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících*

9. *Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:*

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- *aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech*
- *aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči*
- *aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče*

- *aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně*
- *aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta*
- *aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající*
- *aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tlášení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince*
- *aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy*
- *aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii*
- *aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti*
- *aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny*

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- *aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován*
- *aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího*
- *aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem*
- *aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která*

se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- *aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností*
- *aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány*

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- *uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“*
- *uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby*
- *uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt*

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

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

© Cesta domů“ [54].

PŘÍLOHA P4: TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

Test ošetrovatelské zátěže

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
<i>1. pohybová schopnost</i>	S částečnou pomocí	1
	S podstatnou pomocí	3
	Omezený na lůžko, zcela závislý	5
<i>2. osobní hygiena</i>	S částečnou pomocí	1
	S podstatnou pomocí	3
	Úplně závislý	5
<i>3. jídlo</i>	S částečnou pomocí	1
	S podstatnou pomocí	3
	Úplně závislý (krmení, sonda)	5
<i>4. Inkontinence moči</i>	Občas	3
	Stále	5
	Permanentní katétr	2
<i>5. Inkontinence stolice</i>	Občas	3
	Stále	5
<i>6. Návštěva toalety</i>	S částečnou pomocí	1
	S podstatnou pomocí	5
	Pokojový klozet, podložní mísa	4
<i>7. dekubity</i>	Malé	1
	Velké	4
<i>8. spolupráce s nemocným</i>	Občas obtížná	2
	Bezvědomí	3
	Velmi obtížná	5

Hodnocení testu ošetrovatelské zátěže

- 0 bodů - zcela nezávislý
- 38 bodů - zcela závislý