

Reflexe klinické praxe s umírajícími

Kateřina Valigurová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Valigurová**
Osobní číslo: **H11661**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Reflexe klinické praxe s umírajícími**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti paliativní péče.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče a na geriatrických odděleních.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh praxeologických opatření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

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

O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

THEOVÁ, Anne-Mei. Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

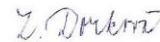
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka 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 spoluautor.

Ve Zlíně
H. J. 2004

.....


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 nevdělečně 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 uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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 výpisy, 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, užije-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 vzdělávacímu 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). *Odpirá-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 nadotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá reflexí klinické praxe v rámci péče o umírající pacienty. Teoretická část se věnuje paliativní péči. Popisuje možnosti a rozdíly péče o umírající pacienty v agenturách domácí péče a na lůžkových geriatrických odděleních. Praktická část bakalářské práce uvádí výsledky z průzkumného šetření, jehož cílem je reflexe zkušeností všeobecných sester a péči o umírající pacienty.

Klíčová slova:

Umírání, paliativní péče, pacient, všeobecná sestra.

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with reflection of clinical practice in the care of dying patients. The theoretical part is devoted to palliative care. It describes the options and differences of care for dying patients in home care agencies and inpatient geriatric ward.

The practical part of the thesis presents the results of an exploratory investigation aimed at reflection and experience of nurses caring for dying patients.

Keywords:

Dying, palliative care, patient, general nurse.

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za připomínky, rady, ochotu a hlavně trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

Dále děkuji mé rodině, zejména mamince, za oporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem; třeba je pro člověka největším dobrem.“

Platón

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1.1 Historie paliativní péče ve světě.....	14
1.1.2 Historie paliativní péče v České republice	15
1.2 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.3 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.4 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE	17
2 PACIENT, RODINA A KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	19
2.1 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY	19
2.1.1 Komunikační bariéry zdravotníků.....	20
2.1.2 Komunikační bariéry pacientů	21
2.2 SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV.....	22
3 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.1 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.1.1 Domácí hospic.....	25
3.1.2 Sestry v domácí paliativní péči	25
3.2 NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	26
3.3 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH A POZŮSTALÝCH	27
3.4 ČINNOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI	29
3.4.1 Dušnost.....	29
3.4.2 Bolest.....	30
3.4.3 Výživa	30
3.4.4 Hydratace.....	31
3.4.5 Vyprazdňování moče a stolice	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 CÍLE PRÁCE	34
4.1 HLAVNÍ CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	34
4.2 DÍLČÍ CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	34
5 METODIKA PRÁCE	35

5.1	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
5.2	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	35
5.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	35
5.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	36
5.5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	37
5.6	POWER POINTOVÁ PREZENTACE PRO SESTRY.....	63
6	DISKUZE	64
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM TABULEK.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Umírání je součástí lidského života a přesto se o něm mluví jen velmi málo, jako kdyby se nás netýkalo a nikdy nás ani nikoho z našich blízkých nemělo potkat. Možná je to tím, že každý z nás má v sobě strach z neznáma, z bolesti či z utrpení. Takové pocity spojené s umíráním má mnoho lidí. Když se zamyslíme, možná i každý z nás. Přesto je umírání součástí života každého člověka.

Dnešní věda a medicína dokáží hodně, zázraky však nedokáží. Lidé pracující ve zdravotnictví jsou ti, kteří se s umírajícími pacienty a se smrtí nejčastěji setkávají. Tato setkání jsou součástí jejich profesního života. V některých medicínských oborech více v některých méně. Oborem, ve kterém je péče o umírající pacienty nedílnou součástí či spíše náplní je paliativní medicína a paliativní ošetřovatelství.

Paliativní medicína bývá často popisována jako nová specializace, ale opak je pravdou. Paliativní medicína je jedna z nejstarších lékařských a ošetřovatelských disciplín. Historie medicíny popisuje především tlumení symptomů, a to zejména u závažných onemocnění. V dnešní době je prvořadým cílem uzdravení nemocného, za tímto cílem stojí technologicky pojatá medicína, která využívá komplikované přístrojové vybavení, složité vyšetřovací a léčebné postupy. Pokud nelze pacienta vyléčit, je každá jiná možnost považována za neúspěch jednotlivce i celého týmu. Přes všechny možnosti medicíny zůstává určitá část nevyléčitelně nemocných a potřeba lékařské a ošetřovatelské péče je velmi důležitá. Díky pokroku medicíny ve všech odvětvích za poslední roky se i možnosti v paliativní medicíně výrazně zlepšily. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 19)

Trendem moderního ošetřovatelství je zaměření se na potřeby. A to jak na potřeby pacientů, tak jejich rodin. Uspokojování těchto potřeb je klíčové pro paliativní ošetřovatelství. Přitom pod slovem potřeba je skryto několik významů. Jsou to věci nezbytně nutné, hmatatelné, ale zároveň může jít i o touhu či přání. A to nás dovádí k otázce: rozumějí sestry potřebám pacientů, umějí je správně určit, dokáží se s nimi ztotožnit? Ve většině se sestry soustředí na tělesné potřeby nemocných a ostatní potřeby nedokáží uchopit. I proto pečující sestry při poskytování paliativní péče mohou zažívat frustraci a neúspěch. (Marková, 2010, s. 11)

Bakalářská práce je zaměřena na vymezení pojmu paliativní péče, na historii paliativní péče, komunikaci v paliativní péči a poskytování paliativní péče.

Významnou součástí bakalářské práce je průzkumné šetření realizované dotazníkovou formou. Cílem je zpětná reflexe zkušeností všeobecných sester z péče o umírající pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 25)

Paliativní péče je cílevědomá, komplexní a kvalifikovaná podpora nejen pacientů, ale také jejich rodin. Podpora umírajícího člověka a jeho končícího života, tedy podpora důstojnosti, smysluplnosti, osobnosti je nadřazena nad odborně lékařskou či ošetrovatelskou péčí. Paliativní péče vytváří prostor, ve kterém i umírající lidé být, v omezených možnostech, s funkčními deficity a určitými obtížemi, mohou zůstat sami sebou a v blízkosti svých rodin, svých nejbližších. (Kalvach a kol., 2010, s. 12-13)

1.1 Historie paliativní péče

Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a bolesti, provázení k dobré smrti jedním z hlavních posláních lékařů a později i ošetrovatelk a sester. Tato péče se poskytovala zcela přirozeně, v domácím prostředí, méně často ve „špitálech“. Spolu se „zdravotníky“ se na této paliativní péči naprosto samozřejmě, a často i sama, podílela rodina pacienta, přátelé a duchovní. Z tohoto důvodu můžeme mluvit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami. (Marková, 2010, s. 13)

V 19. století díky zprůmyslnění se množství lidí přestěhovalo do měst a odtrhlo se od svých rodin. V důsledku těchto společenských změn přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí svých blízkých a rodin. Tato situace vedla k rozvoji chorobinců, kde pokud zdravotníci prohráli svůj boj s chorobou, byl umírajícím poskytnut alespoň komfort čistoty, tepla a do jisté míry i soukromí za bílou plentou okolo lůžka. (Marková, 2010, s. 13)

Ve 20. století se umírání podařilo „vyrvat“ z rodinného života, stalo se lékařskou záležitostí, patologií. Tedy něčím, co se mělo léčit za každou cenu a to až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologizace oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu.

Úspěchy medicíny, léčby infekčních chorob, plošný rozvoj očkování, velký rozvoj v diagnostických a léčebných metodách umožnily zachraňovat lidské životy i při onemocněních do té doby považovaných za smrtelné. Celkově se tedy ve společnosti a zejména u zdravot-

níků rozšířilo podvědomí, že medicína může vše a musí proto bojovat s nemocí až do konce, který ne vždy může být vítězný. Navíc pro nerušený průběh práce zdravotníků bylo ne-
žádoucí, aby rodiny nemocných rušili denní zavedený režim v nemocnicích. Díky tomuto
opatření umírající trávili své poslední chvíle ve většině osamocení. (Marková, 2010, s. 14)

*A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou,
nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně
tak jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v po-
chopitelné naději, že vítězná medicína zabrání smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze živo-
ta. (Haškovcová, 2007, s. 31)*

1.1.1 Historie paliativní péče ve světě

Koncept péče celku o těžce nemocného pacienta, nejen o tělo, ale stejnou měrou i o duši a
sociální potřeby, byl v medicíně přítomen po staletí. U některých klášterů vznikaly již ve
středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila
v Lyonu společenství žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. Toto společen-
ství v roce 1847 otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Díky práci Jeanne Gar-
nierové získalo slovo hospic význam jako místo, kde dožijí svůj život pacienti na konci
života. Roku 1878 v irském Dublinu zakládá Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky,
jejímž posláním bylo doprovázení umírajících při umírání. Tato kongregace založila něko-
lik hospiců v Anglii a Irsku. Jedním z nich byl hospic sv. Josefa v Londýně. Právě v tomto
hospici pracovala po 2. světové válce jako zdravotní sestra Cicely Saundersová, později po
vystudování jako lékařka. V 50. letech 20. století postupně formulovala zásady lékařské
péče a to tak, aby byly přiměřené potřebám a situacím nemocným, u kterých i díky rozvíje-
jící se medicíně nemohlo dojít k vyléčení. Souhrnem základních myšlenek Cicely Saunde-
rové je koncept „celkové bolesti“. V jejím pojetí je tělesná bolest nerozdělitelně spojená a
současně se navzájem ovlivňující s bolestí psychickou, sociální a duchovní. Zejména u
umírajících a terminálně nemocných nelze jednotlivé složky bolesti oddělit a je třeba uspo-
kojit, tedy mírnit, všechny současně. V roce 1967 Cicely Saundersová zakládá v Londýně
hospic sv. Kryštofa. V tomto hospici je poprvé zajištěna péče o „celkovou bolest“ multi-
disciplinárním týmem. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 19-20)

V roce 1974 se otevírá první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu. V sedmdesátých letech 20. století se současně s rozvojem hospiců rozvíjí i paliativní medicína a to jako samostatný lékařský obor. (Marková, 2010, s. 15)

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech 20. století ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

- 1. založení oddělení (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské,*
- 2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu,*
- 3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů,*
- 4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích,*
- 5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 23)*

1.1.2 Historie paliativní péče v České republice

Rozvoj a zájem o paliativní medicínu nastal v České republice po roce 1989. V této době mohlo mnoho lékařů a sester navštívit četná zahraniční pracoviště. Získali tak nové praktické a teoretické znalosti, díky kterým bylo u nás v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců. Ty vznikaly jako nestátní zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem byla občanská sdružení nebo katolické charity. Jako první byl roku 1995 otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, zakladatelkou byla MUDr. Marie Svatošová. V nemocnici v Babicích nad Svitavou bylo v roce 1992 otevřeno první oddělení paliativní péče, které bylo k velké škodě před několika lety převedeno na léčebnu dlouhodobě nemocných. Ve Fakultní nemocnici v Brně od roku 2001 působí specializovaná ambulance paliativní medicíny jako součást oddělení léčby bolesti, která ambulantní a konziliární cestou zlepšuje úroveň péče o pokročilé nemocné na všech odděleních této fakultní nemocnice.

Můžeme tedy říci, že rozvoj zařízení, která poskytují specializovanou paliativní péči v České republice je ve srovnání s ostatními zeměmi (Polsko, Maďarsko) pomalý. Příčinou

je skutečnost, že v České republice dosud chybí koncepční zdravotní politika v péči o nevyлéčitelně a terminálně nemocné. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 22)

1.2 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči poskytuje každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Nedílnou součástí obecné paliativní péče je včasné vyhodnocení stavu pacienta, zhodnocení účinnosti aktivní léčby a poskytnutí další léčby a péče tak, aby byla v sounáležitosti s porozuměním a kvalitou důležitou pro pacientův život. Na první místo je kladen respekt k pacientovi, k jeho samostatnosti, k léčbě bolesti, k léčbě dalších symptomů a k podpoře jeho rodiny. (Marková, 2010, s. 20-21)

Obecná paliativní péče je dobrá klinická péče o pacienta v pokročilém onemocnění. Jedním z jejich základů je náležitá a pravdivá komunikace s pacientem a jeho rodinou, stejně jako psychosociální podpora. Tento základ by měli být schopni poskytnout lékaři a sestry všech odborností jako součást své základní klinické praxe. Větší část paliativní péče má povahu obecné paliativní péče. Mnoho aspektů obecné paliativní péče poskytují zdravotníci v rámci své každodenní práce a péče, aniž by tato činnost měla nálepku „paliativní“. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 30)

1.3 Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči poskytuje pacientům a jejich rodinám vyškolený tým odborníků. Tito odborníci jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní, mají potřebné zkušenosti a jejich hlavní pracovní náplní je poskytovat paliativní péči. Specializovaná paliativní péče je doporučena u těch pacientů a jejich rodin, u kterých obtíže přesáhly možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Jednou z hlavních zásad je, že přechod mezi obecnou paliativní péčí a specializovanou paliativní péčí musí být plynulý. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 30-31)

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou ta, která mají paliativní péči jako svou hlavní činnost. Jejich vyškolený personál je na vysoké úrovni profesní kvalifikace a počet zaměstnanců je větší než v jiných zdravotnických zařízeních. Služby v takových zařízeních jsou dostupné ve všech formách péče a pacientovi poskytují podporu ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v pečovatelském domě, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení

paliativní péče. V případě potřeby by všichni zdravotníci měli mít možnost konzultace a podpory specializovaných poskytovatelů paliativní péče. (Marková, 2010, s. 21)

Specializovaná paliativní péče má několik forem:

- zařízení domácí paliativní péče (takzvaný mobilní hospic), poskytuje formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelů v domácím prostředí pacienta specializovanou paliativní péči, 7 dní v týdnu po celých 24 hodin denně,
- lůžkový hospic, tedy samostatně stojící lůžkové zařízení, poskytuje pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění specializovanou paliativní péči,
- konziliární tým paliativní péče, který pracuje v rámci zdravotnického zařízení a jehož jádrem je ambulance paliativní medicíny. Součástí týmu je lékař, sestra a zdravotně sociální pracovník,
- oddělení paliativní péče slouží v rámci jiných zdravotnických zařízení jako základna pro tým konziliární paliativní péče (v České republice zatím oddělení paliativní péče v tomto smyslu neexistuje),
- denní hospicový stacionář, specializovaná hospicová poradna, tato zařízení jsou dostupná zatím pouze v zahraničí.

V České republice kvalita paliativní péče závisí do určité míry spíše na úrovni obecné paliativní péče. Ta je poskytována lékaři různých oborů, je tedy odkázána na jejich teoretické a praktické znalosti, jejich etiku, rozhodování a motivaci. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 31-32)

1.4 Východiska paliativní péče

Paliativní péče vychází z několika zdrojů, z nichž žádný nesmí být opomenut – jde minimálně o východiska etická (eticko-filozofická), právní, medicínská, ekonomická, organizační. (Kalvach a kol., 2010, s. 18)

Základem etického východiska v paliativní péči je ochrana lidského života, a to i ve specifických podmínkách umírání. (Kalvach a kol., 2010, s. 18)

Z pohledu etiky paliativní péče usiluje o zajištění pohody a kvality života a to tak, že na směrování péče si určí sám pacient. Při této cestě se často projeví rozdíly v názorech na

pěči mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky na to, co je pro pacienta nejlepší. Dnes díky pokročilé medicíně můžeme pacienty téměř zcela zbavit bolesti a fyzického utrpení. Péče o takové pacienty žádá citlivé etické zhodnocení, současně i právní a morální perspektivu pacienta, rodiny pacienta a zdravotnického týmu.

Nemocný nebo umírající pacient je centrem každé zdravotní péče, hlavním cílem paliativní péče je předcházení nebo zmírnění utrpení. Sestry, stejně jako další zdravotničtí pracovníci, doprovázejí pacienta v závěru jeho života, což znamená, že na rozhodování týkajících se pacienta musí pohlížet jinak, než na klinická rozhodnutí, která se týkají pouze nemoci. Při rozhodování, musí brát ohled na to, že snaha zmírnit utrpení může naopak jiné utrpení vyvolat. Veškerá rozhodnutí, které zdravotničtí pracovníci učiní, musí být v souladu s kulturními, filozofickými a náboženskými potřebami a přesvědčeními pacienta. Jinak mohou pacienta poškodit. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 53-54)

Proces umírání by měl mít důstojný ráz. Čas umírání je proces, během kterého má pacient stále méně fyzických i psychických sil a je pro všechny zúčastněné obdobím, ve kterém dominuje strach a nejistota. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 440)

Moderní medicína je drahá, dopřát každému kdekoli a kdykoli vše co medicína umí a nabízí, nejde. V závěru života je vhodné s ohledem na potřeby pacientů od některých nákladných procedur upustit. Ne vždy je reálné očekávání příbuzných pacientů projevujících se v žádostech o pokračování léčby, která je marná v tom ohledu, že pacientovi nepřinese prospěch, ale utrpení. Rozhodujícím faktorem je zájem pacienta. (Haškovcová, 2007, s. 154-155)

2 PACIENT, RODINA A KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Paliativní medicína má za cíl pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržet dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je pro dosažení tohoto cíle klíčová. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 33)

Efektivní komunikace je nezbytná a to zejména proto, aby pacienti i jejich rodiny mohli rozhodnout o své péči. K tomuto rozhodnutí potřebují informace o možnostech léčby, vedlejších účincích a o prognóze. Aby se správně rozhodli, potřebují pacienti a jejich rodiny od sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, na základě kterých se mohou lépe orientovat, reálně zhodnotit vlastní situaci, snížit nejistotu ohledně výsledků léčby, současně se emocionálně a kognitivně připravit na budoucnost. Aby komunikace byla efektivní, vyžaduje znalosti. Sestry musí správně odhadnout příčinu pacientovi tísně, jeho skryté problémy a obavy. Důležitým předpokladem správného terapeutického rozhovoru jsou výborné komunikační dovednosti. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 31)

Optimismus pacientů není jen výsledkem komunikace s lékaři, ale také komunikace s ostatními pacienty. Otázkou je, zda je tento optimismus opravdový, nebo je společensky podmíněn a pacient se jej drží v naději, že „všechno bude v pořádku“. Někdy se takto pacienti a jejich příbuzní navzájem ochraňují před pravdou. (Theová, 2007, s. 200-201)

Mezilidská komunikace není jen výměna informací a udržení sociálního kontaktu, ale je i formou, ve které sdílíme společný prostor. Sestra díky svému povolání často vstupuje pacientům do jejich osobního a mnohdy i intimního prostoru. Čas narušení tohoto prostoru by měl být omezen na dobu nezbytně nutnou. Zároveň je nutné rozlišit prosté povídání, které vede k udržení mezilidského kontaktu, od profesionálního rozhovoru, kterým je sledován konkrétní cíl. Komunikace je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. (Ledererová, 2014, s. 25-26)

2.1 Komunikační bariéry

Základem komunikačních potíží mohou být problémy pacientů, ale i sester a dalších zdravotnických pracovníků. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 32)

2.1.1 Komunikační bariéry zdravotníků

Komunikační potíže na straně zdravotníků se dají rozdělit do dvou skupin:

Hodnoty, postoje a přesvědčení - průběh a výsledek komunikace je ovlivněn tím, jak dalece je zaměřen na pacienta. O rozhovor zaměřený na pacienta jde tehdy, pokud používáme otevřené otázky, jsme si vědomi emocionálních problémů a pacienta zapojíme do rozhodovacího procesu. Tyto dovednosti není pro sestry jednoduché použít bez znalosti vlastních pocitů. Pokud si sestry své vlastní pocity neuvědomí, jejich chování blokuje komunikace mezi nimi a pacientem. Přesvědčení a osobní hodnoty zdravotníků nevyhnutelně ovlivňují rozhodování pacientů. Často pacienti mohou cítit, že sestry a další zdravotničtí pracovníci nejsou ochotni se zabývat jejich problémy. Může za to jejich strach, že se před pacientem nedokáží ovládnout, strach z umírání. Tento postoj lze formovat tréninkem.

Nedostatek komunikačních dovedností - nedostatečné vzdělání, stejně jako nedostatek dovedností a času komplikují komunikaci. Bohužel mnohé sestry a i další zdravotničtí pracovníci nemají dostatečné komunikační dovednosti a nedokáží pacientům pomoci diskutovat o jejich problémech. Často si zdravotníci své nedostatky neuvědomují a přeceňují své schopnosti. Komunikaci může omezovat např.: odtažení se od pacienta, přehlížení emocionálních projevů, utvrzování ve falešných nadějích, zaměření se pouze na praktické problémy, nedostatek diagnostických dovedností, nedostatek znalostí obav pacienta a neschopnost rozeznat problém. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 30, 33-34)

Mezi předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka patří:

- *nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým,*
- *umění mlčet a aktivně naslouchat,*
- *překonání vlastní úzkosti a nejistoty,*
- *autenticita: schopnost být sám sebou, zdravé sebevědomí, otevřenost,*
- *empatie: schopnost vyjádřit svou účast, vcítit se,*
- *schopnost týmové spolupráce, znalost a dodržování „společného cíle“ péče,*
- *profesionalita: znalost problematiky.* (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 33)

2.1.2 Komunikační bariéry pacientů

Komunikační potíže ze strany pacientů se dělí do těchto skupin:

Neochota svěřit se s problémy - z různých důvodů se nechtějí pacienti svěřovat sestřím se svými starostmi a asi největší potíže jim činí mluvit o psychických problémech. Myslí si, že sestry jsou zaneprázdněny natolik, že nemají čas na nic jiného, než starat se o fyzickou stránku léčby a nemoci. Pacienti mohou mít pocit, že psychické problémy nevyhnutelně k jejich situaci patří a nedá se s nimi nic dělat. Zároveň může u pacientů rozhovor o psychických problémech vyvolat nepříjemné a bolestné pocity, které považují za ohrožující a proto se s nimi nechtějí svěřit rodině ani zdravotníkům. Pokud však zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit v deprese, stavy úzkosti, beznaděj a sociální izolaci. Sestry pomáhají pacientům rozhovory připravit se na umírání. To, že pacienti mají možnost mluvit o svých obavách, má velmi pozitivní vliv na kvalitu jejich života.

Individuální preference způsobu komunikace – pacienti vyžadují individuální přístup k podání informací o jejich zdravotním stavu a komunikaci ovlivňuje i znalost toho, co pacienti o své nemoci a léčbě chtějí vědět a jaké množství informací požadují. Většinou však pacienti chtějí znát svoji diagnózu a prognózu. Pokud chceme, aby pacienti sdělili své problémy a důležité informace, použijeme v rozhovoru otevřené otázky, zaměříme se na psychosociální problémy, přístup musí být empatický a intuitivní.

Multikulturní problémy ovlivňující komunikaci – i v paliativní péči musíme očekávat kulturní odlišnosti a z toho vycházející problémy. Zejména v případech, kdy dojde k velkým životním změnám, se lidé obracejí ke svým zvykům a kulturám. V paliativní péči se stále řeší, jak dalece pacienty jiných etnik a kultur seznamovat s jejich zdravotním stavem. Některé rodiny požadují, aby se umírajícím pacientům nesdělovala jejich prognóza, to představuje pro sestry i ostatní zdravotníky velký problém. Proto by se zdravotníci měli řídit určitým návodem, který by jim pomohl vytvořit fungující vztah mezi nimi, pacientem a jeho rodinou: potřeby pacienta klást na první místo, zajistit, aby osobní hodnoty pečovatele neměly negativní vliv na pacienta, vyvarovat se kulturních stereotypů a zjednodušování. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 32-33)

Mezi předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých patří:

- *důvěra ve zdravotníky,*

- *schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny,*
- *dostatek informací.* (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 33)

2.2 Sdělování špatných zpráv

Emotivní stránku u pacienta s vážnou chorobou nelze podceňovat, jeho pocity a emoce se velkým způsobem podílejí na kvalitě jeho života. Emocionální stav pacienta závisí na symptomech choroby a na schopnostech jeho organismu uspokojit základní potřeby. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 461)

Pacient i jeho blízcí potřebují dostatek času k pochopení a vstřebání sdělené informace a zároveň k přijetí této informace. Musíme jim dát možnost opakovaně se dotazovat, citlivě a empaticky přijmout jejich napětí, úzkost a nejistotu. Současně musíme být schopni jim aktivně naslouchat. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 33)

Příbuzní pacienta potřebují dostatek informací o nemoci, ale i o tom, jak o pacienta pečovat, jak péči poskytovat, jak zajistit pacientovi pohodu, jak komunikovat s pacientem a jaké změny lze očekávat ve stavu pacienta. Tyto informace jim většinou dodávají sílu. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 224)

Podle Küblerové-Rossové prochází pacient a svým způsobem i jeho blízcí určitými fázemi reakce a adaptace na informaci o nevléčitelném onemocnění. Tyto fáze bývají označovány jako:

- *negace, šok, popření,*
- *agrese, hněv, vzpoura,*
- *smlouvání, vyjednávání,*
- *deprese, smutek,*
- *přijetí, smíření, souhlas.*

Při komunikaci je vždy zapotřebí vnímat aktuální „fázi“, v níž se nemocný i jeho blízcí nacházejí a umět na ni reagovat. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 33-34)

Blízcí nemocného mají někdy přání, aby pacientovi nebylo nic negativního sděleno, že by nemocný takovou zprávu nedokázal přijmout, obávají se, že by mu mohla ublížit. V takovém případě je vhodné je informovat o tom, že i zdravotníci stojí na straně pacienta, jde jim o jeho dobro a citlivá komunikace je nejlepší cestou. Musí vědět, že tato situace není jednoduchá nejen pro rodinu, ale i pro zdravotníky. Je nezbytné, aby zdravotníci mluvili s pacientem o tom, co jej nejvíce vnitřně zajímá, trápí, o jeho nejistotě, strachu a úzkosti, o obavě z umírání a smrti. Díky takovým rozhovorům dojde u většiny pacientů k pochopení situace a začnou se zdravotníky spolupracovat. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 34)

V níže uvedeném textu jsou popsány základní zásady procesu sdělování špatných zpráv:

- *zajistit pro rozhovor dostatek času a nerušené místo,*
- *dobře znát pacientův zdravotní stav,*
- *ujasnit otázky „co nemocný ví?“ a „co si nemocný přeje vědět?“,*
- *podávat informace stručně a věcně,*
- *nezapomínat na neverbální komunikaci,*
- *opakovaně ověřovat, zda pacient sdělené informaci dobře porozuměl,*
- *dát pacientovi možnost vyjádřit své emoce,*
- *důležitá rozhodnutí dělat společně s pacientem,*
- *vést dokumentaci o míře informovanosti pacienta i jeho rodiny, jenom tak může být udržena kontinuita. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 34)*

3 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Podle statistik ročně přibývá 60 – 70 tisíc pacientů s potřebou paliativní péče. Reálně je ovšem péče poskytnuta 4 % z nich v lůžkových hospicích a 8 % v domácí péči, neboť v našem politickém prostředí neexistuje podpora péče o nevyléčitelně nemocné. (TZ Občanské sdružení TŘI, 2013, s. 5)

Čas umírání je, pro všechny kdo se jej účastní časem, ve kterém nejistota a strach jsou na prvním místě. Proces umírání by neměl ztratit důstojný ráz. Je nutné, aby zdravotníci poskytli rodině umírajícího vhodné informace a potřebnou podporu. Duchovní, psychická a sociální pomoc je nemocnému i jeho blízkým poskytována od počátku, přesto její naléhavost v závěru života vystoupí napovrch. Hlavním problémem se stává ritualizace smrti a to zejména proto, že většina nemocných umírá v nemocnicích nebo jiných institucích. Starý domácí model umírání je minulostí. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 437, 440)

V ČR zemře ročně přibližně 100 tisíc lidí. Jen 20 % z nich umírá doma mezi svými blízkými. Zemřít doma by si však přálo 78 % lidí. Konec života a umírání jsou vnímány jako tabuizovaná témata. (Helpnet, 2014, s. 7)

V mnoha průzkumech bylo zjištěno, že většina vážně nemocných pacientů, by si přála strávit závěr svého života doma. Důvodem je, že domov je pro ně známé místo, naplněno blízkými lidmi, intimitou, mohou si zde sami určit denní režim a o řadě věcí si alespoň zčásti sami rozhodnout. V nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných nebo v domově pro seniory je život z velké části anonymní, pacienti zde ztrácí své soukromí, jsou nuceni podřídit se dennímu řádu zařízení. (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007, s. 329)

3.1 Domácí paliativní péče

Bezpochyby se většina nemocných cítí nejlépe doma. Rodiny se většinou chtějí o těžce nemocného člena postarat, jenže nevědí jak. Proto nelze umírajícího poslat domů a rodinu zanechat bezradnou, zda náročnou péči zvládne. Je nezbytné rodinám poskytnout podporu nejen psychickou, ale i faktickou. Například pod vedením zkušených sester zaučit členy rodiny do některých ošetrovatelských úkonů. Ne všechny úkony však rodina zvládne (aplikace injekcí, převazy ran, aplikace medikace do portu, výměna tracheostomie, výměna

permanentního močového katetru aj.), ty pak musí zajistit zdravotníci. (Haškovcová, 2007, s. 58-59)

Domácí paliativní péče je pro většinu pacientů tou nejlepší variantou, jak z hlediska psychologického, tak i sociálního. Proto, aby mohla být paliativní péče poskytována v domácím prostředí, musí být splněny určité podmínky, a to: rodina – alespoň jeden člen rodiny pacienta musí být schopen a ochoten převzít na sebe celodenní péči o něj, pacient – musí s touto formou péče souhlasit, tým odborníků – musí být k dispozici 24 hodin denně po celých sedm dní v týdnu, a to jak pro vzniklé komplikace stavu pacienta, tak i pro potřeby rodiny. Úroveň domácí paliativní péče u nás je diskutabilní, praktičtí lékaři nemají dobrou znalost v léčbě bolesti a v léčbě symptomů u terminálního onemocnění. Dalším problémem je nedostatečné pokrytí agenturami domácí péče, navíc mnohé z agentur nejsou schopny zajistit dvacetičtyřhodinovou péči, kterou pacient a pečující rodina potřebují.

Kvalitní péči o umírajícího pacienta je možné zajistit, pokud funguje spolupráce mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí péče, která zajistí dvacetičtyřhodinovou návštěvní službu. (Marková, 2010, s. 21- 23)

3.1.1 Domácí hospic

Domácí hospic je ve světě rozšířená forma poskytování specializované paliativní péče. Jde o péči multidisciplinárních týmů, členy jsou: lékaři, všeobecné sestry, zdravotně sociální pracovníci, pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci. Tyto týmy dokáží řešit v domácím prostředí všechny situace, které nastanou s koncem života. A to proto, aby přání nemocného zemřít doma, bylo splněno se zachováním vysokého standardu medicínské a ošetrovatelské péče. Součástí této péče je i doprovázení rodiny nemocného v době nemoci a podpora v době truchlení. (Marková, 2010, s. 23)

V České republice je v současnosti velký rozvoj domácích hospiců.

3.1.2 Sestry v domácí paliativní péči

Služby domácí paliativní péče vyžadují týmový přístup různých profesí multidisciplinárního způsobu práce. Členové týmu musí být vysoce kvalifikovaní. Paliativní péče je jejich hlavním profesionálním zaměřením. Sesterská část domácí paliativní péče je velmi důležitá. Sestry samy však nestačí na komplikovanější případy umírajících pacientů, i zkušené a

paliativně kvalifikované všeobecné sestry jsou povinny akceptovat týmový způsob péče. Tady musíme upozornit, že výlučně ošetrovatelská (sesterská) péče bez sledování stavu klienta lékařem je nepřijatelná. Proto péči poskytující sestra pravidelně informuje indikujícího lékaře o stavu pacienta. (Kalvach a kol., 2010, s. 35 – 36)

Domácí paliativní péče klade na personál specifické nároky. Je to dáno i tím, že přicházejí do soukromí, někdy až do velmi intimního kontaktu s nemocným, stávají se součástí života jeho i jeho rodiny. Sestry jsou často jedinými profesionály, kteří jsou v dosahu. Proto musí být „silné v kramflících“, musí umět rychle jednat, zhodnotit situaci a adekvátně zasáhnout. Musí unést bolest a smutek pacienta i jeho rodiny. To vše bez bezprostřední podpory ostatního personálu. Současně na ně dopadá silněji bolest a smutek spojený s úmrtím pacienta, díky intenzivnímu kontaktu s ním a členy jeho rodiny. Zároveň se sestry musí vyrovnat s tím, že velkou část zodpovědnosti nad zdravotním stavem pacienta nechávají na členech rodiny, tedy na laicích. Pro tým domácí paliativní péče je tedy o to důležitější se pravidelně scházet, hovořit o své práci, o pacientech, o případných problémech, současně je důležité umět si říci o podporu v týmu a reflektovat svou práci při supervizích. (Marková, 2010, s. 23 – 24)

3.2 Nemocniční paliativní péče

Nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k rozhodnutí, že stav nemocného je natolik vážný, že žádný z léčebných prostředků nevede k uzdravení. Tato situace je bolestná a těžká nejen pro nemocného, ale i pro celý pečující tým.

Přesto, že většina nemocných by si přála zemřít doma, je skutečnost taková, že nejvíce nemocných umírá v nemocnicích, léčebných ústavech a sociálních zařízeních. Umírání v nemocnici nelze popsat jako jednotvárné a jednotné. Zvláště v dnešní době, době akreditací, jsou značné rozdíly v poskytované péči mezi jednotlivými pracovišti. Pokud by však měla být na nemocničním lůžku praktikovaná dobrá paliativní péče, musel by být počet pečujícího personálu vyšší, než je v současnosti stanovené minimum na jednotlivá oddělení. Ideální počet nelékařského zdravotnického personálu (sester, zdravotnických asistentů, ošetrovatelů) by měl být v denní službě v poměru k pacientům 1 : 3. Kvalitní paliativní péče poskytovaná v nemocnicích však nezávisí jen na počtu pečujícího personálu, jde o více faktorů. Mezi ně patří: schopnost týmu včas rozpoznat potřebu paliativního přístupu, kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a paliativní péči, fungující multidisciplinární

tým, kvalitní vzájemná komunikace tohoto týmu a volný přístup na oddělení pro rodinné příslušníky a blízké nemocného.

S největší pravděpodobností budou nemocnice ještě dlouho místem, kde budou nemocní umírat nejčastěji. Každá nemocnice by proto měla usilovat o vlastní rozvoj v oblasti paliativní péče. Paliativní péče se týká celé rodiny umírajícího, je tedy třeba zaměřit se a posílit i sociální stránku práce s rodinou umírajícího. Rodina má právo na nepřetržité návštěvy u umírajícího, na podporu v době umírání a na citlivé a šetrné sdělení o úmrtí.

Na většině nemocničních odděleních se péče personálu zaměřuje na pacienty s perspektivou na vyléčení. Je velmi těžké vytvořit dobré prostředí i pro umírající pacienty. Jedna z možností jak úroveň paliativní péče v nemocnicích zlepšit, je vytvoření nemocničního multidisciplinárního paliativního týmu. Tento tým by pracoval jako konziliární i fakticky pečující o umírající napříč všemi odděleními nemocnice. Zároveň by členové tohoto týmu působili jako podpora ostatnímu personálu. (Marková, 2010, s. 24 – 26)

3.3 Doprovázení umírajících a pozůstalých

Umírání znamená loučení se všemi a se vším co měl člověk rád. Je dobré, pokud takové loučení proběhne důstojně a umírající má možnost připravit se na poslední cestu. V tomto loučení by mu měla být sestra nápomocna, pokud nemůže rodina umírajícího. Rozloučení znamená, že člověk ví o tom, že umírá a že má kolem sebe všechny, se kterými se chce rozloučit. (Dubcová, Ralbovská, 2011, s. 24)

Všeobecné sestry se o umírající starají nejvíce, proto je nutné, aby svou profesi braly jako poslání a vykonávaly ji s nejlepším svědomím. Měly by být pro umírajícího oporou, musí na něj mít dostatek času, vzít jej za ruku, být s ním.

Stejně jako umírající pacient trpí i jeho nejbližší. Etickým cílem zdravotníků je pomoci nejen umírajícím, ale také jejich příbuzným přijmout neodvratitelnou skutečnost. Čas umírání je pro příbuzné a blízké umírajícího dobou krize, nejistoty a strachu. (Dubcová, 2011, s. 45 - 46)

Péče o pozůstalé má různé formy, od soucitné a empatické komunikace, přes krizovou intervenci až po různá poradenství, nebo psychiatrickou péči. Pomoc může být laická nebo profesionální.

Profesionální pomoc pozůstalým může mít například tyto formy:

- **doprovázení** – poradce pro pozůstalé, klientovi pomáhá přijmout a zvládnout nezaměnitelnou situaci, pomáhá ovlivnit subjektivní prožívání této situace,
- **vzdělávání** – pozůstalý klient vyhledá pomoc, aby získal určité informace, vysvětlení a poučení. K tomu, aby mu poradce mohl pomoci, musí mít potřebné vzdělání a informace, současně schopnost s vědomostmi nakládat ku prospěchu klienta,
- **konzultační činnost** – je odborná porada poskytnutá jinému odborníkovi v rámci péče o klienta,
- **poradenství** - poradce pomáhá klientovi získat náhled na jeho problém, příčiny a možná řešení, pomáhá najít nejlepší cesty k řešení problémů, současně klientovi nabízí rady a návody. Poradce však nikdy za klienta nerozhoduje, pouze mu pomáhá tyto možnosti najít,
- **terapie** – o terapii jde v případě, že si klient přeje zbavit se svého problému a spolu s terapeutem vyhledává a vytváří možnosti řešení. (Špatenková, 2008, s. 13 – 14)

V atmosféře smrti je velmi náročné pomáhat. Cílem poradenství pro pozůstalé je například vyrovnání se s životem pozůstalých, se smrtí blízkého člověka a se zásadními změnami, které smrtí vznikly. Dále pak vrátit pozůstalé jedince, páry nebo rodiny, na „určitou úroveň fungování“. (Špatenková, 2008, s. 15)

Možná struktura poradenského procesu:

- *příprava poradenského procesu,*
- *fáze vzájemného přijetí účastníků poradenského procesu,*
- *porozumění problému,*
- *hledání cest k řešení problému,*
- *ukončení poradenského procesu.*

Jednotlivé fáze se mohou navzájem prolínat, všechny kroky však musí být v poradenském procesu přítomny. (Špatenková, 2008, s. 18)

Pomoc a podporu pozůstalým může poskytnout kdokoli- zdravotnický personál, duchovní, přátelé a podobně. Poradenství pro pozůstalé vyžaduje, aby poradce splňoval určité nároky. Poradce musí být dobře teoreticky a prakticky připraven. Je třeba, aby měl dostatek

profesních dovedností, odborných znalostí a potřebné osobní dispozice, musí se orientovat v problematice truchlení. (Špatenková, 2008, s. 33 – 34)

3.4 Činnosti všeobecných sester v paliativní péči

Sestra v péči o umírajícího by měla dodržovat následující zásady:

- *jednat opravdově, neskryvat nejistotu a bolest,*
- *nic nepřehánět, vnímat a respektovat přání nemocného,*
- *podle situace zachovat blízkost nebo odstup,*
- *udělat si čas, umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat,*
- *naslouchat a chápat, mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly.*

Hlavní úkoly sestry při péči o umírající:

- *umožnit pacientovi, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese,*
- *udržovat u pacienta pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a úcty,*
- *povzbuzovat jeho naději,*
- *pomáhat pacientovi při akceptování vlastní ztráty. (Dubcová, 2011, s. 45)*

Všeobecná sestra je umírajícímu pacientovi z ošetřujícího týmu nejbližší. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionální zralost a mistrovství v komunikaci. Spolupráce s umírajícím pacientem je často velmi těžká a od všeobecné sestry se vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá, psychicky a fyzicky zdatná. (Novotná, Valentová, 2011, s. 26)

3.4.1 Dušnost

V paliativní péči se často u pacientů setkáváme s dušností. Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu a ztíženého dýchání. Jde o jeden z nejnepříjemnějších příznaků, dušnost je spojená s obavou o vlastní život. Na vzniku a prožívání dušnosti má významný podíl psychika pacienta. Pro všeobecnou sestru je nejdůležitější pracovat z úzkostí pacienta. Všeobecná sestra tedy musí zachovat klid a pacienta klidným hlasem uklidnit, že pro něj udělá vše, co může. Otevře okno, pokud je to možné, pacienta posadí (na lůžku či do křesla), nebo na lůžku položí na pravý bok. Podá indikované léky (opioidy, anxiolytika, bronchodilatancia, diuretika atd.), zajistí oxygenoterapii - podá kyslík, je-li indikován a to raději

kyslíkovými brýlemi (kyslíková maska může zvyšovat úzkost, brání komunikaci). Důležitá je spolupráce s fyzioterapeuty, nácvik dechové rehabilitace. Nejdůležitější úkol všeobecné sestry v péči o pacienta s dušností je péče o psychickou pohodu pacienta, porozumění obavám a úzkostem pacienta. To vše může dušnost pacienta pozitivně ovlivnit. (Marková, 2010, s. 93 – 96)

3.4.2 Bolest

Bolest je nejčastější symptom v paliativní péči. Na bolesti pacienta se podílí několik příznaků. Bolest pacienta je vždy subjektivní, proto je nutné pacientovi věřit. Celková bolest se skládá: z fyzické bolesti, hněvu, strachu, opuštěnosti, spirituální tísně, nejistoty, úzkosti a smutku. Bolest snižuje kvalitu pacientova života.

Léčba bolesti se často podceňuje, proto je hlavním úkolem všeobecné sestry bolest správně monitorovat (pomocí vizuální analogové škály nebo faces scale), hodnotit, hájit zájmy pacienta a snažit se, aby bolest pacienta byla správně léčena.

Základem léčby bolesti je podávání analgetik. Podle světové zdravotnické organizace (WHO) máme stanoveny tři stupně, podle kterých se řídíme při léčbě bolesti: I. stupeň – mírná bolest, podáváme neopioidní analgetika (Paralen, Korylan, Ibalgin, Dolmina, Veral atd.), II. stupeň – středně silná bolest, podáváme slabá opioidní analgetika (Tramal, Tralgit, DHC, Zalidar atd.), III. stupeň – silná bolest, podáváme silné opioidy (Vendal, Sevredol, Durogesic, Transtec atd.).

Analgetika všeobecná sestra podává ve formě, kterou naordinuje lékař – tablety, čípky, kapky, intramuskulární, subkutánní nebo intravenózní injekce.

Další možností léčby bolesti je fyzioterapie, tuto provádějí fyzioterapeutové, ale všeobecná sestra je jim nápomocna, či dokonce na některé úlevové cviky zaučena. Důležitou součástí, jak může všeobecná sestra léčbu bolesti u pacienta ovlivnit je správné polohování. (Marková, 2010, s. 96 – 101)

3.4.3 Výživa

Snížený příjem potravy může být v paliativní péči způsoben řadou příčin, špatná výživa ale k průběhu onemocnění patří a proto není potřeba pacienta do jídla nutit. Téměř každé závažné onemocnění je provázeno nechutenstvím. Naopak je nutné, aby se všeobecné sestry

věnovaly příbuzným pacienta, kteří „nekrmení“ často považují za osobní selhání. Hlavní je podávat nemocnému jídlo, na které má chuť, v malých, pěkně upravených porcích. Všeobecná sestra musí být pacientovi oporou, musí zjistit, jak upravenou stravu je pacientovi potřeba podat (krájenou, mletou nebo mixovanou), nestresovat pacienta, podávat jídlo podle stavu a chuti pacienta ne podle hodin. Podávat mezi jídly nutriční podporu ve formě Nutridrinků, u diabetiků Diasipů. (Kalvach, 2010, s. 117 – 118)

Důležitá je i péče o dutinu ústní. Všeobecná sestra musí zhodnotit, zda pacient nemá v dutině ústní defekty, které by příjem potravy znesnadňovaly či znemožňovaly. Musí udržovat vlhké sliznice (výplachy či vytíráním fyziologickým roztokem, cucáním ledu atd.), čistit pravidelně zuby, odstraňovat případné povlaky dutiny ústní. Na případné stomatologické problémy upozornit lékaře. (Marková, 2010, s. 106)

3.4.4 Hydratace

Hydratace je závažný problém. S hydratací je to stejné jako s výživou, k průběhu nemoci patří, že pacient má snížený pocit žízně. Proto pacientům tekutiny nevnucujeme, jen nabízíme a snažíme se vyhovět jejich přání (pokud jde o výběr tekutin). V paliativní péči mají pacienti spíše chuť na studené nápoje, chlad „obelstí“ receptory žízně. Všeobecná sestra musí tuto situaci vysvětlit rodině a to velmi citlivě, protože podávání tekutin, je chápáno jako základní projev péče o člověka. To, že pacient pití odmítá, je pro rodinu situace velmi náročná a musí jim být řádně vysvětlena. Základem hydratace je průběžné nabízení pár doušek oblíbené tekutiny při jakémkoli kontaktu s pacientem. Je nutné zhodnotit stav pacienta a předejít riziku aspirace, proto se pití podává, je-li to alespoň trochu možné, v poloze vsedě. Všeobecná sestra zhodnotí, jakým způsobem bude pití pacientovi podáváno (skleňička, pitko, stříkačka). Je potřebné podané množství tekutin zaznamenávat.

Všeobecná sestra sleduje stav pacienta a zavčas upozorňuje lékaře na známky možné dehydratace (suché sliznice, negativní bilance, tonus a turgor kůže). Na možnou dehydrataci má vliv i ztráta tekutin pocením, průjmem, zvracením atd., proto tyto projevy musí všeobecná sestra sledovat a řádně zaznamenávat v bilanci tekutin. Pokud dehydratace zhorší kvalitu života pacienta, lékař ordinuje parenterální hydrataci. V takovém případě všeobecná sestra zavede asepticky pacientovi periferní žilní kanylu a podá infuzi dle ordinace lékaře.

V otázce hydratace je nutné věnovat pozornost přání pacienta. Někdy si pacient parenterální hydrataci nepřeje, nebo si ji přeje ukončit, protože ji považuje za prodlužování vlastního

utrpení. Takové rozhodnutí však všeobecné sestře nenáleží, ta žádost pacienta pouze tlu-
močí lékaři. (Marková, 2010, s. 107 – 108)

3.4.5 Vyprazdňování moče a stolice

Z ošetrovatelského hlediska u vyprazdňování stolice všeobecná sestra sleduje:

- frekvenci stolice – průjmy (riziko dehydratace), zácpu a odchod plynů (nutnost la-
xativ, při zástavě i plynů hrozí ileus), tenesmy
- příměši ve stolici – enteroragii, melenu, hleny
- bolestivost defekace

Při průjmech všeobecná sestra zajistí zvýšený příjem tekutin pacientovi (nejvhodnější je
černý čaj), sleduje možné známky dehydratace, u akutních průjmů zajistí dietní režim, za-
včas upozorní lékaře, dle ordinace lékaře podá léčiva.

U zácpy všeobecná sestra zajistí dostatečnou hydrataci pacienta, vysvětlí pacientovi, že
stolice nemusí odcházet denně, v potravě zajistí zvýšený příjem vlákniny, při trvání zácpy
déle než dva dny informuje lékaře, dle jeho ordinace podá laxativa.

Ošetrovatelské sledování u vylučování moče obsahuje:

- ovládání močení – anurii, oligurii, polyurii, retenci (nutnost zavedení permanentní-
ho močového katétru), inkontinenci (nácvik vysazování na toaletní křeslo, podložní
mísu, při selhání tohoto nácviku, vysvětlí všeobecná sestra pacientovi nutnost pou-
žívání inkontinentních pomůcek, nejčastěji absorpčních jednorázových plen)
- patologické příměši v moči – krev, koagula, hlen
- zápach moči
- bolestivost při močení
- denní objem moči (diurézu)

Všechny tyto údaje všeobecná sestra zaznamenává do dokumentace pacienta. (Kalvach,
2010, s. 119 – 122)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

4.1 Hlavní cíl praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zpětný odraz (reflexe) zkušeností všeobecných sester s péčí o umírající pacienty.

4.2 Dílčí cíle praktické části bakalářské práce

1. Zjistit, jak všeobecné sestry uvádí podporu rodiny umírajícího.
2. Zhodnotit, zda je pro všeobecné sestry důležité sebevzdělávání potřebné k péči o umírající. Posoudit, jestli všeobecné sestry uvádí důležitost sebevzdělávání ke zvládnutí negativních důsledků péče o umírající.
3. Stanovit, jaká zařízení preferují všeobecné sestry, pokud by umírajícím pacientem byl jejich blízký.
4. Zjistit, zda péče o umírající pacienty všeobecné sestry ovlivňuje v jejich osobním životě.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Metodika průzkumného šetření

K průzkumu bylo použito metody kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. V úvodu dotazníku je krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje a zda je dotazník anonymní. Dotazník má zahrnovat otázky na všechny podstatné problémy, na které chceme znát odpověď. Musí v něm být zahrnuta celá šíře problematiky, abychom nemuseli provádět došetření. Otázky musí být formulovány jednoznačně. Dotazníkové šetření umožňuje otázky formulovat tak, aby nezahrnovaly emoce dotazovaného. Další výhodou je hromadné zpracování. Nevýhodou dotazníku může být nízká návratnost, neporozumění dané otázky, kterou již nelze upřesnit, popřípadě délka dotazníku. (Kutnohorská, 2009, s. 41-42)

V dotazníku se používá několik typů otázek: uzavřené otázky, kdy si respondent vybírá vhodnou odpověď, otevřené otázky, zde je zcela na respondentovi jaká bude odpověď, polouzavřené otázky, které jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Dalšími variantami jsou otázky polytomické, filtrační, projekční, kontrolní, organizační a jiné. (Kutnohorská, 2009, s. 45-47)

5.2 Charakteristika respondentů

Respondentkami průzkumu byly všeobecné sestry, pracující v agenturách domácí péče a na geriatrických odděleních. Na těchto pracovištích všeobecné sestry nejčastěji poskytují péči umírajícím pacientům.

5.3 Organizace šetření

Před začátkem šetření byl vytvořen dotazník (příloha P I) za pomoci vedoucí bakalářské práce. Dotazník byl zhotoven v počtu 100 kopií. Byla vyřizena žádost o dotazníkové šetření se všemi zástupci zdravotnických zařízení, kde byly dotazníky rozdány. Dotazníky byly rozdány ve třech zařízeních domácí péče a ve dvou nemocnicích na geriatrických odděleních a to během měsíce března 2014.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 100. Návratnost byla 85 dotazníků, tedy 85 %. Z vrácených dotazníků nebylo potřeba žádný vyřadit. Získaná data byla vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí tabulek a sloupcových grafů v programu Microsoft Excel.

5.4 Charakteristika položek

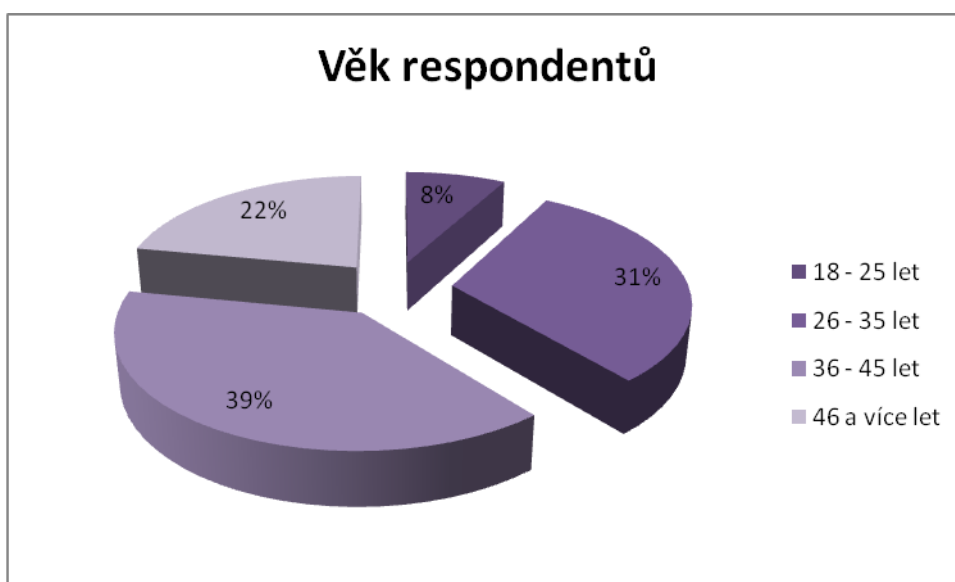
Dotazník obsahuje celkem 21 položek, kdy 15 otázek je uzavřených, a to otázky č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 a 18, 1 polouzavřená otázka č. 3 a 5 otázek je otevřených, a to otázky č. 11, 15, 19, 20 a 21.

5.5 Výsledky průzkumu

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tab. 1 *Věk respondentů*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
18 - 25 let	7	8
26 - 35 let	26	31
36 - 45 let	33	39
46 a více let	19	22
Celkem	85	100



Graf 1 *Věk respondentů*

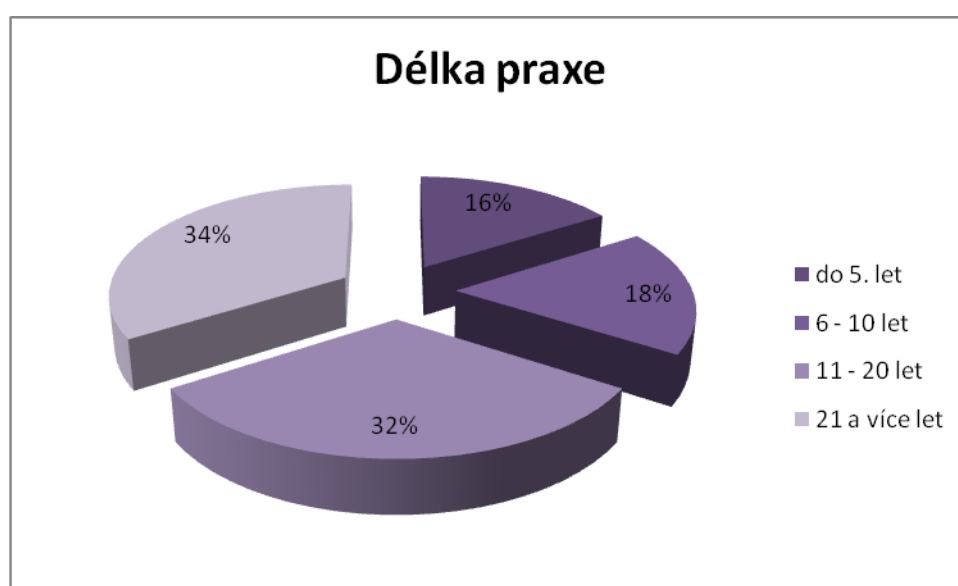
Komentář:

Otázka č. 1 zjišťuje věk respondentů. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů je 7 respondentů ve věku 18-25 let (8 %), 26 respondentů ve věku 26-35 let (31 %), 33 respondentů ve věku 36-45 let (39%) a 19 respondentů ve věku 46 a více let (22 %).

Otázka č. 2: **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví na pracovní pozici všeobecná sestra?**

Tab. 2 *Délka praxe*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
do 5. let	14	16
6 - 10 let	15	18
11 - 20 let	27	32
21 a více let	29	34
Celkem	85	100



Graf 2 *Délka praxe*

Komentář:

Otázka č. 2 zjišťuje délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů pracuje ve zdravotnictví do 5. let 14 respondentů (16 %), 6-10 let 15 respondentů (18 %), 11-20 let 27 respondentů (32 %), 21 a více let 29 respondentů (34 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 3 Dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Střední zdravotnické s maturitou	53	62
Střední zdravotnické s maturitou + PSS	17	20
Vyšší odborné zdravotnické	12	14
Vysokoškolské	3	4
Celkem	85	100



Graf 3 Dosažené vzdělání

Komentář:

Otázka č. 3 zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů má střední zdravotnické vzdělání s maturitou 53 respondentů (62 %), střední zdravotnické vzdělání s maturitou + specializační studium má 17 respondentů (20 %), vyšší odborné zdravotnické vzdělání má 12 respondentů (14 %) a vysokoškolské vzdělání mají 3 respondenti (4 %).

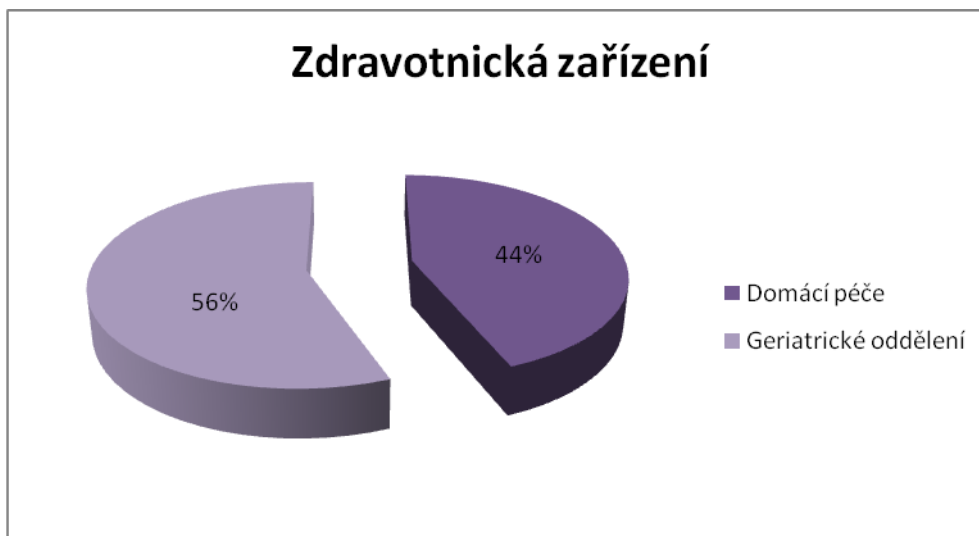
Otázka č. 3 je polouzavřená, u středního zdravotnického vzdělání s maturitou respondenti uvedli nejčastěji obor všeobecná sestra. U středního zdravotnického vzdělání s maturitou + specializační studium respondenti uvedli opět nejčastěji obor všeobecná sestra a typ specia-

lizačního studia byl nejvíce zastoupen interní péče o dospělé, dále pak péče o geriatrického pacienta (tento typ v dnešní době již nelze aktuálně studovat). U vyššího odborného zdravotnického vzdělání respondenti uvedli jednotně diplomovanou všeobecnou sestru a u vysokoškolského studia respondenti uvedli 2 x magisterské studium v ošetřovatelství a 1 x bakalářské studium v ošetřovatelství.

Otázka č. 4: V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

Tab. 4 Zdravotnická zařízení

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Domácí péče	37	44
Geriatrické oddělení	48	56
Celkem	85	100



Graf 4 Zdravotnická zařízení

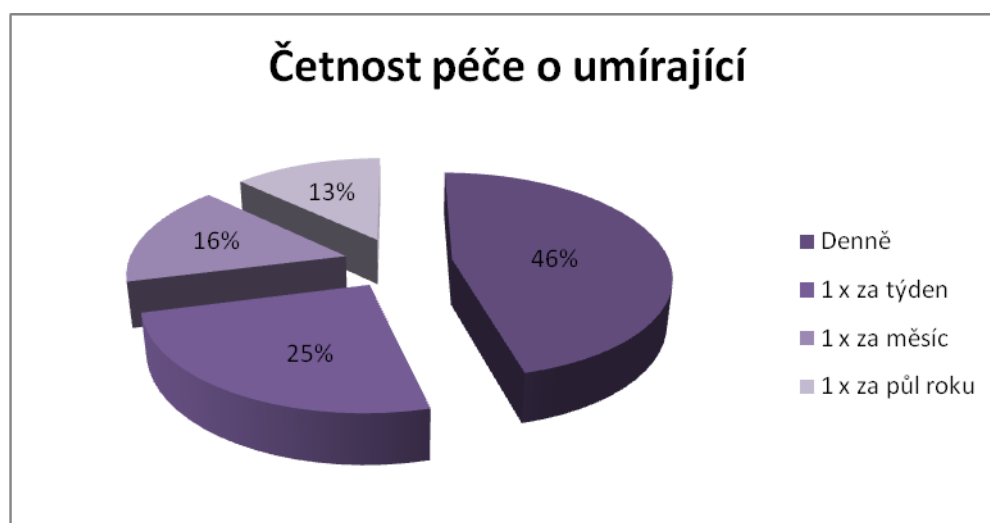
Komentář:

Otázka č. 4 zjišťuje zdravotnické zařízení, ve kterém respondenti pracují. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů pracuje v zařízení domácí péče 37 respondentů (44 %) a na lůžkovém geriatrickém oddělení pracuje 48 respondentů (56 %).

Otázka č. 5: Jak často pečujete o umírající pacienty?

Tab. 5 Četnost péče o umírající

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Denně	39	46
1 x za týden	21	25
1 x za měsíc	14	16
1 x za půl roku	11	13
Celkem	85	100



Graf 5 Četnost péče o umírající

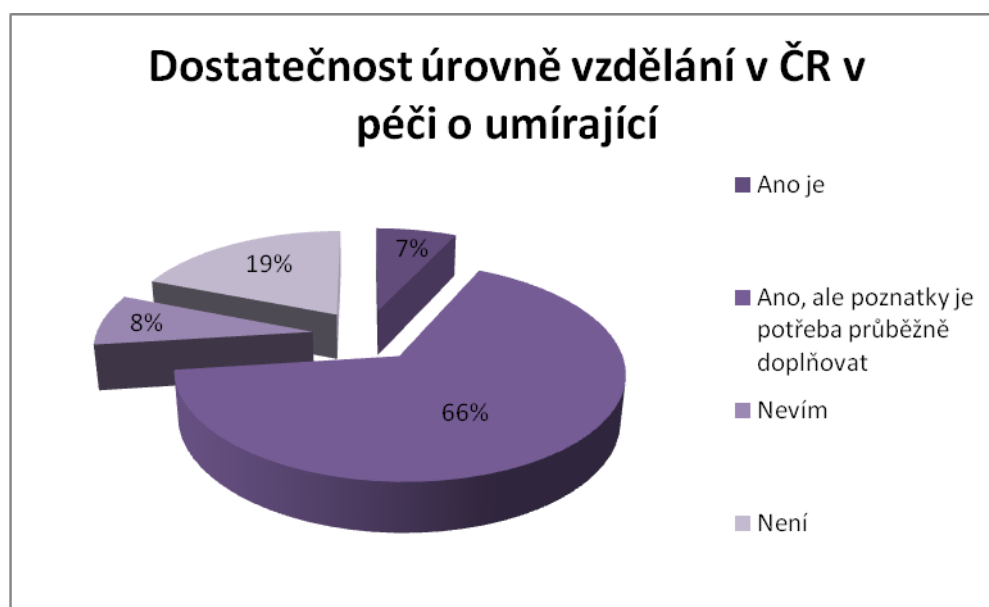
Komentář:

Otázka č. 5 zjišťuje, jak často respondenti pečují o umírající pacienty. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů pečuje o umírající pacienti denně 39 respondentů (46 %), 1 x za týden 21 respondentů (25 %), 1 x za měsíc 14 respondentů (16 %) a 1 x za půl roku 11 respondentů (13 %).

Otázka č. 6: **Myslíte si, že je úroveň vzdělání všeobecné sestry v oblasti péče o umírající pacienty v ČR dostatečná?**

Tab. 6 *Dostatečnost úrovně vzdělání v ČR v péči o umírající*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano je	6	7
Ano, ale poznatky je potřeba průběžně doplňovat	56	66
Nevím	7	8
Není	16	19
Celkem	85	100



Graf 6 *Dostatečnost úrovně vzdělání v ČR v péči o umírající*

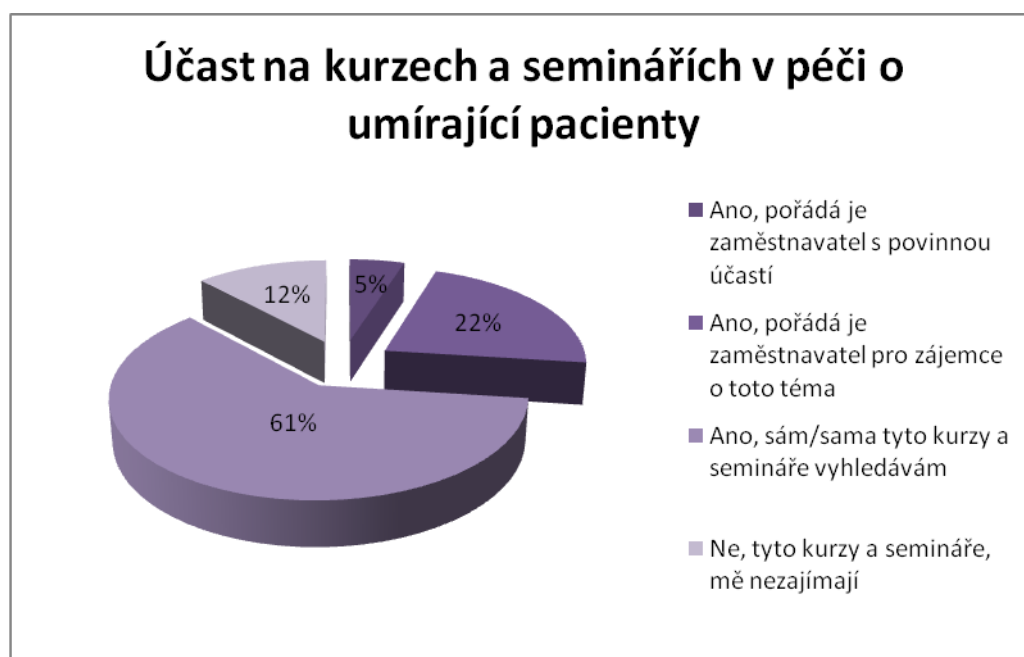
Komentář:

Otázka č. 6 zjišťuje, zda je úroveň vzdělání všeobecné sestry v oblasti péče o umírající pacienty v ČR dostatečná. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 6 respondentů (7 %) uvádí „ano je“, 56 respondentů (66 %) uvádí „ano, ale poznatky je potřeba průběžně doplňovat“, 7 respondentů (8 %) uvádí „nevím“ a 16 respondentů (19 %) uvádí, že „není“.

Otázka č. 7: Zúčastňujete se kurzů nebo seminářů, na kterých všeobecné sestry získávají informace, které jim pomáhají v péči o umírající pacienty?

Tab. 7 Účast na kurzech a seminářích v péči o umírající pacienty

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí	4	5
Ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma	19	22
Ano, sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám	52	61
Ne, tyto kurzy a semináře, mě nezajímají	10	12
Celkem	85	100



Graf 7 Účast na kurzech a seminářích v péči o umírající pacienty

Komentář:

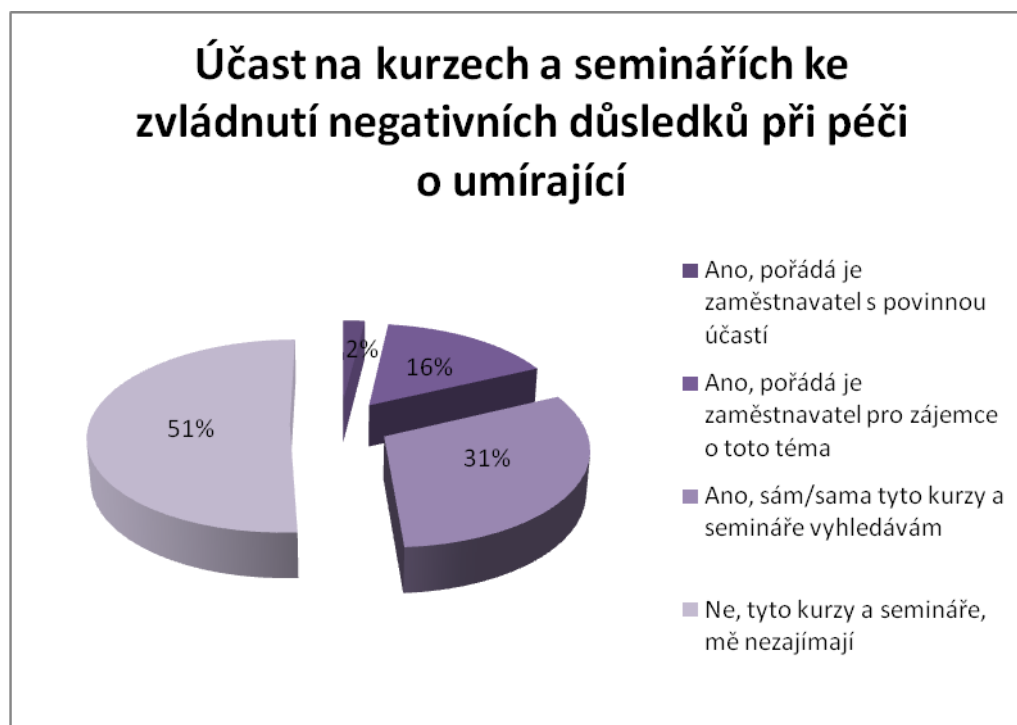
Otázka č. 7 zjišťuje, zda se respondenti zúčastňují kurzů nebo seminářů na kterých všeobecné sestry získávají informace, které jim pomáhají při péči o umírající pacienty. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 4 respondenti (5 %) uvádí „ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí“, 19 respondentů (22 %) uvádí „ano, pořádá je zaměstna-

vatel pro zájemce o toto téma“, 52 respondentů (61 %) uvádí „ano sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám“ a 10 respondentů (12 %) uvádí „ne, tyto kurzy a semináře mě nezajímají“.

Otázka č. 8: Zúčastňujete se kurzů nebo seminářů, které pomáhají všeobecným sestrám zvládat negativní důsledky péče o umírající?

Tab. 8 Účast na kurzech a seminářích ke zvládnutí negativních důsledků při péči o umírající

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí	2	2
Ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma	14	16
Ano, sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám	26	31
Ne, tyto kurzy a semináře, mě nezajímají	43	51
Celkem	85	100



Graf 8 Účast na kurzech a seminářích ke zvládnutí negativních důsledků při péči o umírající

Komentář:

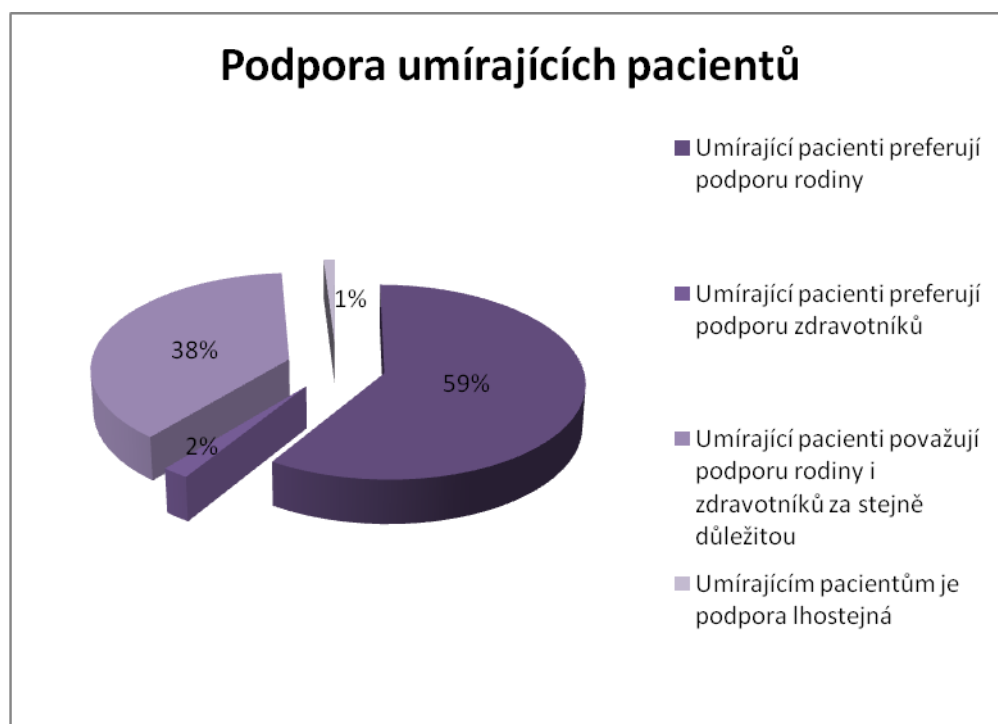
Otázka č. 8 zjišťuje, zda se respondenti zúčastňují kurzů nebo seminářů, které pomáhají

všeobecným sestřám zvládat negativní důsledky péče o umírající. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 2 respondenti (2 %) uvádí „ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí“, 14 respondentů (16 %) uvádí „ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma“, 26 respondentů (31 %) uvádí „ano sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám“ a 43 respondentů (51 %) uvádí „ne, tyto kurzy a semináře mě nezajímají“.

Otázka č. 9: Myslíte si, že je pro umírající pacienty důležitá podpora rodiny?

Tab. 9 Podpora umírajících pacientů

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Umírající pacienti preferují podporu rodiny	50	59
Umírající pacienti preferují podporu zdravotníků	2	2
Umírající pacienti považují podporu rodiny i zdravotníků za stejně důležitou	32	38
Umírajícím pacientům je podpora lhostejná	1	1
Celkem	85	100



Graf 9 Podpora umírajících pacientů

Komentář:

Otázka č. 9 zjišťuje, zda je pro umírající pacienty důležitá podpora rodiny. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 50 respondentů (59 %) uvádí, že umírající pacienti preferují podporu rodiny, 2 respondenti (2 %) uvádí, že umírající pacienti preferují podpo-

ru zdravotníků, 32 respondentů (38 %) uvádí, že umírající pacienti považují podporu rodiny i zdravotníků za stejně důležitou a 1 respondent (1 %) uvádí, že umírajícím pacientům je podpora lhostejná.

Otázka č. 10: Myslíte si, že je pro umírající pacienty prospěšná a přínosná neomezená doba návštěv?

Tab. 10 Neomezená doba návštěv u umírajících

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, velmi jim to pomáhá	58	69
Ano, ale pokud tyto návštěvy nenarušují chod zařízení	24	28
Nevím	1	1
Ne, vyčerpává je to	2	2
Celkem	85	100



Graf 10 Neomezená doba návštěv u umírajících

Komentář:

Otázka č. 10 zjišťuje, zda je pro umírající pacienty prospěšná a přínosná neomezená doba návštěv. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 58 respondentů (68 %) uvádí „ano, velmi jim to pomáhá“, 24 respondentů (28 %) uvádí „ano, ale pokud tyto návštěvy nenarušují chod oddělení“, 1 respondent (1 %) uvádí „nevím“ a 2 respondenti (2 %) uvádí „ne, vyčerpává je to“.

Otázka č. 11: **Jaké jsou Vaše zkušenosti s návštěvami u umírajících pacientů?**

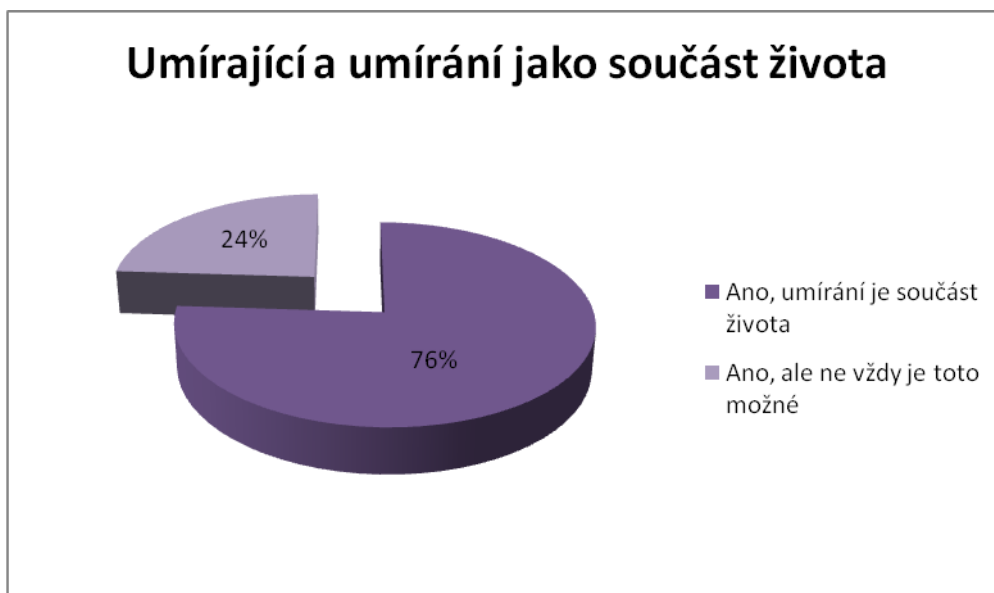
Otázka č. 11 je otevřená, respondenti odpovídali na to, jaká je jejich zkušenost s návštěvami u umírajících pacientů, mezi nejčastější odpovědi respondentů patří tyto výroky:

- „Někdy je rodina přítěží, znesnadňuje práci, vyžaduje stále dokola stejné informace“.
- „Někteří příbuzní nezvládají pohled na umírajícího člena rodiny a odchází velmi brzy, jiní se střídají u lůžka a obětavě se starají“.
- „Nejsme zařízení na nepřetržité návštěvy“.
- „Záleží na chování rodiny, většinou se věřící rodina chová lépe než nevěřící“.
- „Mám jen pozitivní zkušenosti“.
- „Příbuzní mají často neadekvátní požadavky vůči stavu umírajícího pacienta“.
- „Důležitá je spokojenost pacientů“.
- „Pozitivní i negativní“.
- „Někdy jsou návštěvy víc vyděšené než pacient“.
- „Někdy je zarážející nevhodné chování příbuzných“.

Otázka č. 12: Myslíte si, že je vhodné přistupovat k umírajícím pacientům a umírání jako k nedílné součásti života?

Tab. 11 *Umírající a umírání jako součást života*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, umírání je součást života	65	76
Ano, ale ne vždy je toto možné	20	24
Nepovažuji to za součást života	0	0
Ne, toto nedokážu	0	0
Celkem	85	100



Graf 11 *Umírající a umírání jako součást života*

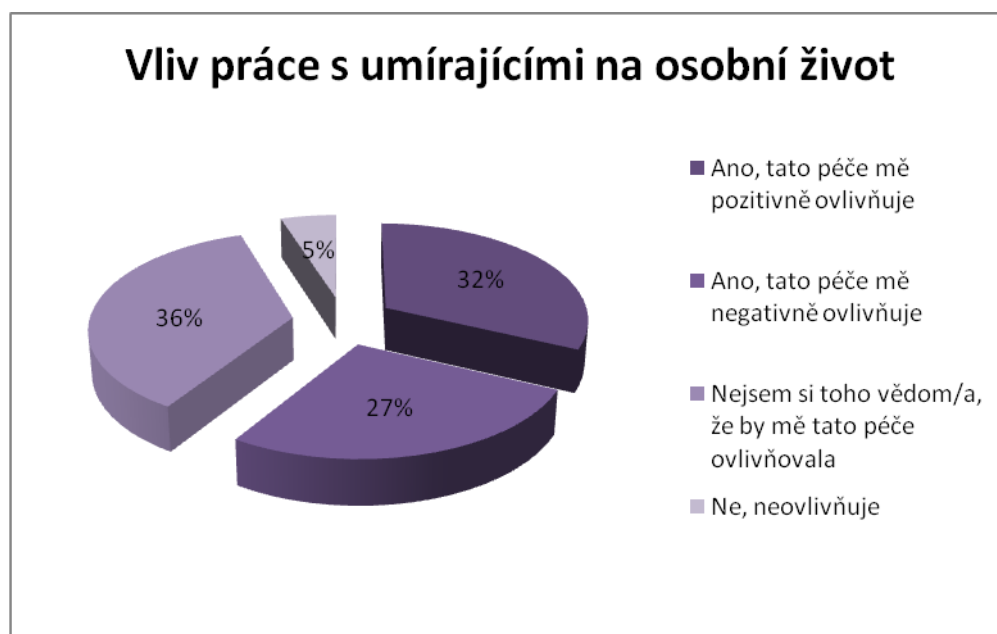
Komentář:

Otázka č. 12 zjišťuje, zda je vhodné přistupovat k umírajícím pacientům a umírání jako k nedílné součásti života. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 65 respondentů (76 %) uvádí „ano, umírání je součást života“, 20 respondentů (24 %) uvádí „ano, ale ne vždy je toto možné“.

Otázka č. 13: **Ovlivňují pracovní zkušenosti s umírajícími pacienty Váš osobní život?**

Tab. 12 *Vliv práce s umírajícími na osobní život*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, tato péče mě pozitivně ovlivňuje	27	32
Ano, tato péče mě negativně ovlivňuje	23	27
Nejsem si toho vědom/a, že by mě tato péče ovlivňovala	31	36
Ne, neovlivňuje	4	5
Celkem	85	100



Graf 12 *Vliv práce s umírajícími na osobní život*

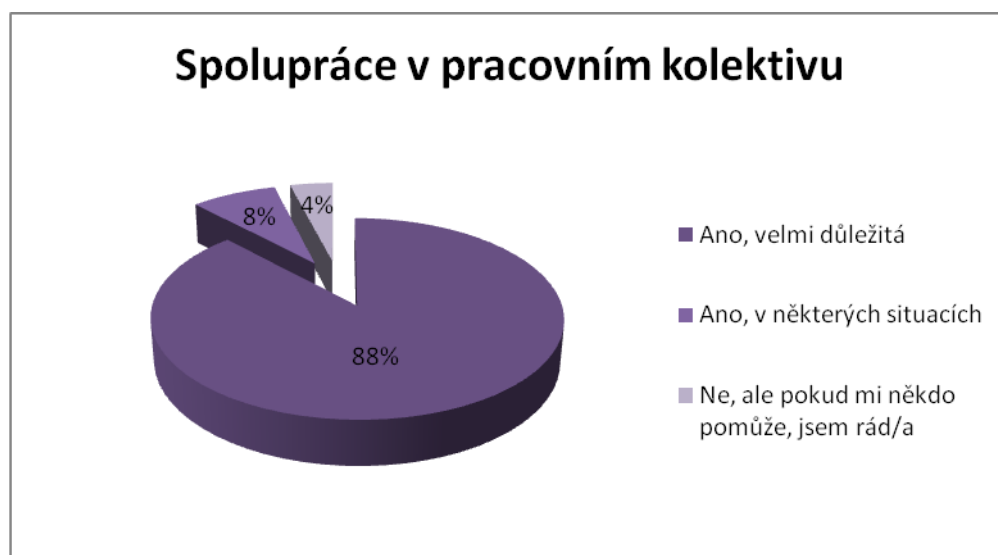
Komentář:

Otázka č. 13 zjišťuje, zda pracovní zkušenosti s umírajícími pacienty ovlivňují osobní život pečujících všeobecných sester. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 27 respondentů (32 %) uvádí „ano, tato péče mě pozitivně ovlivňuje“, 23 respondentů (27 %) uvádí „ano, tato péče mě negativně ovlivnila“, 31 respondentů (36 %) uvádí „nejsem si vědoma/a, že by mě tato péče ovlivňovala“ a 4 respondenti (5 %) uvádějí „ne, neovlivňuje“.

Otázka č. 14: Je pro Vás spolupráce ve Vašem pracovním kolektivu důležitá?

Tab. 13 Spolupráce v pracovním kolektivu

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, velmi důležitá	75	88
Ano, v některých situacích	7	8
Ne, ale pokud mi někdo pomůže, jsem rád/a	3	4
Ne, na spolupráci nezáleží	0	0
Celkem	85	100



Graf 13 Spolupráce v pracovním kolektivu

Komentář:

Otázka č. 14 zjišťuje, zda je pro všeobecné sestry důležitá spolupráce v pracovním kolektivu. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 75 respondentů (88 %) uvádí „ano, velmi důležitá“, 7 respondentů (8 %) uvádí „ano, v některých situacích“ a 3 respondenti (4 %) uvádí „ne, ale pokud mi někdo pomůže, jsem rád/a“.

Otázka č. 15: Jak funguje kolektivní spolupráce na Vašem pracovišti?

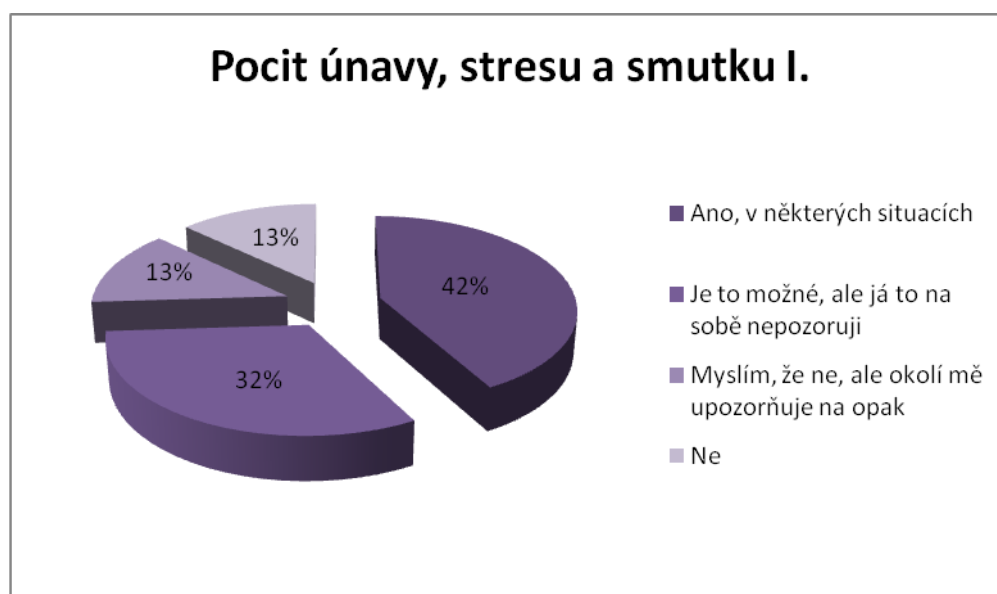
Otázka č. 15 je otevřená a respondenti odpovídali na to, jak funguje kolektivní spolupráce na jejich pracovištích. Nejčastější odpovědi respondentů jsou tyto:

- *„Dobrá, můžeme se na sebe spolehnout“.*
- *„Výborně, doslova“.*
- *„Na výbornou“.*
- *„Pomáháme si, vzájemně se podporujeme, sdílíme zkušenosti“.*
- *„Funguje dobře, jsme sehraní, hodně to záleží na vedení“.*
- *„Řádně si předáváme informace o pacientech“.*
- *„Dobře, předáváme si informace a zkušenosti“.*
- *„Některé kolegyně nespolupracují“.*
- *„Až na pár výjimek nefunguje“.*
- *„Nedostatečně, máme špatný příklad ve vedení, ve vrchní sestře“.*

Otázka č. 16: **Objevil se u Vás při péči o umírající pacienty dlouhodobý pocit únavy, stresu a smutku?**

Tab. 14 *Pocit únavy, stresu a smutku I.*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, v některých situacích	36	42
Je to možné, ale já to na sobě nepozoruji	27	32
Myslím, že ne, ale okolí mě upozorňuje na opak	11	13
Ne	11	13
Celkem	85	100



Graf 14 *Pocit únavy, stresu a smutku I.*

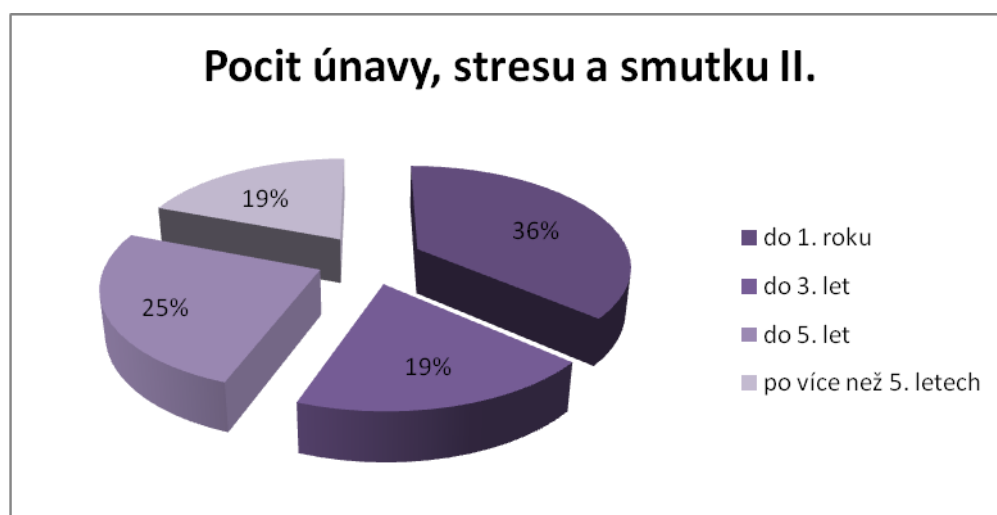
Komentář:

Otázka č. 16 zjišťuje, zda se u respondentů objevil při péči o umírající pacienty dlouhodobý pocit únavy, stresu a smutku. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 36 respondentů (42 %) uvádí „ano“, 27 respondentů (32 %) uvádí „je to možné, ale já to na sobě nepozoruji“, 11 respondentů (13 %) uvádí „myslím, že ne, ale mé okolí mě upozorňuje na opak“ a 11 respondentů (13 %) uvádí „ne“.

Otázka č. 17: Na tuto otázku odpovídejte, jen pokud jste v otázce č. 16 odpověděli ano po jaké době u Vás došlo k pocitu únavy, stresu a smutku při péči o umírající pacienty?

Tab. 15 *Pocit únavy, stresu a smutku II.*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
do 1. roku	13	36
do 3. let	7	19
do 5. let	9	25
po více než 5. letech	7	19
Celkem	36	100



Graf 15 *Pocit únavy, stresu a smutku II.*

Komentář:

Na otázku č. 17 odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli ano v otázce č. 16, odpovídalo tedy 36 respondentů. Otázka č. 17 zjišťuje, po jak dlouhé době došlo k pocitu únavy, stresu a smutku při péči o umírající pacienty. Z celkového počtu 36 dotazovaných respondentů 13 respondentů (36 %) uvádí „do 1. roku“, 7 respondentů (19 %) uvádí „do 3. let“, 9 respondentů (25 %) uvádí „do 5. let“ a 7 respondentů (19 %) uvádí „po více než 5. letech“.

Otázka č. 18: **Myslíte si, že péče umírajícím pacientům by měla být poskytována pouze v hospicích?**

Tab. 16 *Poskytování péče o umírající pouze v hospicích?*

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Ano, zde jsou na tuto péči lépe vybaveni	13	15
Ano, zdá se mi toto řešení vhodnější	17	20
Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom	8	9
Ne, tato péče může být poskytována kdekoli	47	56
Celkem	85	100



Graf 16 *Poskytování péče o umírající pouze v hospicích?*

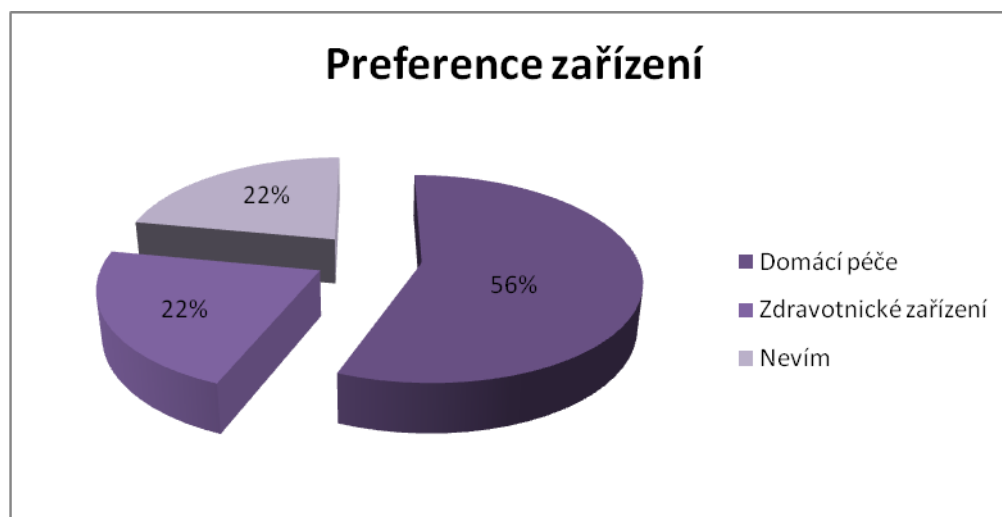
Komentář:

Otázka č. 18 zjišťuje, zda by péče umírajícím pacientům měla být poskytována pouze v hospicích. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 13 respondentů (15 %) uvádí „ano, zde jsou na tuto péči lépe vybaveni“, 17 respondentů (20 %) uvádí „ano, zdá se mi toto řešení vhodnější“, 8 respondentů (9 %) uvádí „nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom“ a 47 respondentů (55 %) uvádí „ne, tato péče může být poskytována kdekoli“.

Otázka č. 19: Pokud by umírajícím pacientem byl někdo z Vašich blízkých, preferovali by jste domácí péči nebo péči ve zdravotnickém zařízení? Svou odpověď zdůvodněte.

Tab. 17 Preference zařízení

Možnosti	Absolutní četnost	Podíl respondentů v %
Domácí péče	47	56
Zdravotnické zařízení	19	22
Nevím	19	22
Celkem	85	100



Graf 17 Preference zařízení

Komentář:

Otázka č. 19 je otevřená, přesto její odpovědi umožňují i grafické zpracování. Otázka zjišťuje, jaké zařízení by respondenti preferovali, pokud by umírajícím pacientem byl někdo z jejich blízkých. Z celkového počtu 85 dotazovaných respondentů 47 respondentů (55 %) preferuje domácí péči, 19 respondentů (22 %) preferuje zdravotnické zařízení a 19 respondentů (22 %) neví, pro jaké zařízení by se rozhodlo.

Nejčastější odpovědi respondentů, kteří preferují domácí péči, jsou:

- „Domácí péči, nemocný by měl umřít ve známém prostředí“.
- „Domácí péči, ale musí k tomu být podmínky“.
- „Domácí péči, ale měla by být větší podpora státu – sociální sféra“.

- „Člověk by měl zemřít v okruhu rodiny“.
- „V nemocnici je nedostatečná péče, umírající jsou osamělí“.
- „Domácí péči, pokud jsou vhodné podmínky a příbuzní dostatečně silní, aby to zvládli“.
- „Domácí péči, mezi blízkými se umírá lépe“.
- „Domácí péči, pro pacienta je domácí prostředí přirozené a příjemnější, rodina se o něj lépe postará“.

Nejčastější odpovědi respondentů, kteří preferují zdravotnické zařízení, jsou:

- „Zdravotnické zařízení – finanční důvody, časová náročnost, prostředky“.
- „Zdravotní péči, zde je na blízku lékař“.
- „Zdravotnické zařízení“.
- „Zdravotnickou péči, mají lepší prostředky, vybavení“.
- „Hospicovou péči v hospici, zde je individuální přístup a člověka pravdivě informují“.
- „V nemocnici jsou na takové věci připraveni, tlumení bolesti, paliativní péče, doma toto není možné“.

Nejčastější odpovědi respondentů, kteří neví, jsou:

- „Nevím, nepřemýšlela jsem o tom“.
- „Nevím, záleželo by na zdravotním stavu“.
- „Nevím“.
- „Záleželo by na stavu umírajícího, teď si to nedovedu představit“.
- „Záleželo by na okolnostech“.
- „Nevím, člověk nikdy neví, jak se zachová v dané situaci“.

Otázka č. 20: Co Vám osobně péče o umírající pacienty dala?

Otázka č. 20 je otevřená, respondenti odpovídali na to, co jim osobně péče o umírající pacienty dala, nejčastější odpovědi respondentů uvádíme níže:

- „Úctu ke stáří, životu, smrti“.
- „Smíření se smrtelností člověka“.
- „Úctu k člověku, pokoru“.
- „Životní zkušenosti“.
- „Brát smrt, jako součást života“.
- „Empatii“.
- „Přijetí faktu, že smrt je nedílnou součástí žití“.
- „Poznání“.
- „Více si vážím zdraví“.
- „Reálný pohled na život, někde se člověk rodí a někde umírá“.
- „Pohled na život ze stránky umírajícího, pokud by to šlo, povolila bych eutanazii“.
- „Reálný pohled na život a smrt“.

Otázka č. 21: **Co Vám osobně péče o umírající pacienty vzala?**

Otázka č. 21 je otevřená, respondenti odpovídali na to, co jim osobně péče o umírající pacienty vzala, nejčastější odpovědi respondentů jsou:

- „*Nic*“.
- „*Do jisté míry jsem otupělá*“.
- „*Iluze*“.
- „*Naději*“.
- „*Strach ze smrti*“.
- „*Klid a iluze*“.
- „*Tato péče vyčerpává, dává pocit beznaděje*“.
- „*Lehkomyslnost*“.
- „*Naději, že mohu vše vyřešit*“.
- „*Emoce*“.
- „*Naději, že vše se spraví*“.
- „*Nejde mi to přesně specifikovat, ale naději na zlepšení stavu u některých diagnóz*“.

5.6 Power Pointová prezentace pro sestry

Na podkladě výsledků dotazníkového šetření jsem vytvořila Power Pointovou prezentaci (příloha P II), pro pečující zdravotnické pracovníky s názvem „*Rady – aneb jak se vyrovnat s péčí o umírající*“.

K tomuto rozhodnutí mě vedla analýza otázky č. 8, ve které jsem zjistila, že pečující všeobecné sestry podceňují negativní důsledky péče o umírající. A tímto bych chtěla na tento problém upozornit.

S touto prezentací jsem přihlášena k aktivní účasti na V. Luklův kardiologický den v sekci pro všeobecné sestry, konané v říjnu 2014 v Olomouci.

6 DISKUZE

V diskuzi se zaměříme na výsledky průzkumu vyplývajícího z dotazníkového šetření a na stanovené cíle. K porovnání průzkumu bakalářské práce, bylo použito výsledků kvantitativního dotazníkového šetření bakalářské práce Marty Talašové s názvem „Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry“, kterou obhájila na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Ústavu ošetrovatelství, Fakultě humanitních studií v roce 2011, dále výsledků kvantitativního dotazníkového šetření diplomové práce Bc. Michaely Kaňové s názvem „Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči“, obhájené na Masarykově univerzitě v Brně, Lékařské fakultě, Katedře ošetrovatelství roku 2013 a výsledků srovnávání analyzovaných dat bakalářské práce Bohuslava Hájka s názvem „Vliv smrti pacienta na psychiku všeobecných sester“, obhájené na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakultě zdravotnických věd, Ústavu ošetrovatelství v roce 2014. Do našeho průzkumu byly zařazeny respondentky – všeobecné sestry, pracující v agenturách domácí péče a na geriatrických odděleních. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 85 všeobecných sester. V dotazníkovém šetření odpovídaly všeobecné sestry ve věku 18 – 46 a více let. Největší skupinou, 33 respondentek, byly všeobecné sestry ve věku 36 – 45 let. Za ní byla skupina 26 respondentek, ve věku 26 – 35 let, 19 respondentek bylo ve věku 46 a více let a poslední skupina 7 respondentek byla ve věku 18 – 25 let. Což znamená, že většina respondentek – 52, je starší 36 let. Dále respondentky odpovídaly na otázku č. 2 týkající se délky praxe, ta byla stanovena do 5 let až 21 a více let. 29 respondentek má praxi 21 a více let, další je skupina 27 respondentek s praxí 11 – 20 let, 15 respondentek má praxi 6 – 10 let a poslední je skupina 14 respondentek do 5 let praxe. Lze tedy konstatovat, že 56 respondentek má praxi ve zdravotnictví větší než 11 let. U otázky č. 3, nejvyšší dosažené vzdělání, byla nejpočetnější skupina 53 respondentek se středním zdravotnickým vzděláním s maturitou, dalších 17 respondentek má kromě tohoto vzdělání ještě specializační studium, 12 respondentek má vyšší odborné zdravotnické vzdělání a pouze 3 respondentky mají vysokoškolské vzdělání. V otázce č. 4, uváděly respondentky v jakém zařízení pracují, větší podíl respondentek pracuje na lůžkovém geriatrickém oddělení, a to 48, 37 respondentek pracuje v zařízení domácí péče. U otázky č. 5 respondentky odpovídaly, jak často pečují o umírající, rozsah péče byl denně až 1 x za půl roku. Nejpočetnější byla skupina 39 respondentek, které pečují o umírající denně, 21 respondentek pečuje 1 x za týden a 25 respondentek pečuje 1x za měsíc až 1 x za půl roku.

Když shrneme otázky č. 1, 2, 3, 4 a 5, můžeme konstatovat, že respondentkami byly ve většině starší zkušenější všeobecné sestry, které poskytují péči umírajícím pravidelně.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zpětný odraz (reflexe) zkušeností všeobecných sester s péčí o umírající pacienty. Otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21.

Spolupráce je při péči o pacienty velmi důležitá, zvláště při péči o umírající pacienty, kdy je náročnost péče fyzická, tak i psychická. Proto se spolupráce týkala otázka č. 14, v níž respondentky odpovídaly, zda je pro ně spolupráce v pracovním kolektivu důležitá. Největší počet odpovědí zněl ano, velmi důležitá, tak odpovědělo 75 respondentek, 7 respondentek odpovědělo, že pouze v některých situacích. Jen 3 respondentky odpověděly, že ne, ale jsou rády, když jim někdo pomůže. Otázka č. 15 byla otevřená, respondentky odpovídaly, jak spolupráce funguje na jejich pracovišti. Většina odpovědí byla kladná, respondentky se shodly, že spolupráce na jejich pracovišti funguje dobře. Jen ojediněle zněla odpověď tak, že spolupráce nefunguje. V otázce č. 16 respondentky uváděly, zda se u nich při péči o umírající vyskytuje pocit únavy, stresu a smutku. 36 respondentek uvedlo, že ano, 27 uvedlo, že možná, ale ony to na sobě nepozorují, 11 respondentek odpovědělo, že ne, ale okolí je upozorňuje na opak a 11 respondentek uvedlo, že ne, tedy že se u nich tento pocit nevyskytuje. Většina respondentek, tedy 49, na sobě tento pocit nepozoruje, což je dobré zjištění. 36 respondentek, které odpověděly ano, odpovídalo na otázku č. 17, po jaké době u nich k tomuto pocitu došlo. Největší skupina 13 respondentek odpověděla, že již do 1 roku, 9 respondentek uvedlo, že do 5 let a stejný počet respondentek, tedy 7, se shodl na tom, že do 3 let a po více než 5 letech. V otázce č. 18 respondentky zodpovídaly, zda by péče umírajícím pacientům měla být poskytována pouze v hospici. Nejpočetnější byla skupina 47 respondentek, které odpověděly, že ne, tato péče může být poskytována kdekoli, 17 respondentek uvedlo, že ano, tedy, že se jim zdá řešení hospice vhodnější, 16 respondentek uvedlo, ano, zde, tedy v hospici jsou na tuto péči lépe vybaveni a pouze 8 respondentek uvedlo, že neví, nepřemýšlely o tom. Můžeme tedy říci, že v dnešní době je potěšující zjištění, že paliativní péče umírajícím pacientům může být podle nadpoloviční většiny respondentek 47 (55 %) poskytována „kdekoli“. Lze také konstatovat, že všeobecné sestry mají o možnostech poskytování paliativní péče dobrý přehled. K podobnému výsledku dospěla ve své bakalářské práci i Talašová, která uvádí, že většina všeobecných sester (32 % z 53 odpovídajících respondentů), hodnotí péči o umírající jako kvalitní, a paliativní péči za zlepšenou

proti minulosti. Ve volných otázkách č. 20 a 21 respondentky uváděly, co jim péče o umírající pacienty dala, a co jim naopak vzala. Je velmi pozitivní, že na otázku co jim tato péče dala, odpovídaly ponejvíce: „úctu k životu“, „životní zkušenost“, „poznání“, „reálný pohled na život, na smrt“. Naopak nejčastější odpovědi na dotaz co jim péče o umírající vzala: „nic“, „iluze, naděje“, „strach ze smrti“, „lehkomyšlnost“, „naděje, že vše mohu vyřešit“. Z uvedeného lze konstatovat, že respondentky tato péče „donutila“ zamyslet se nad životem, „zbavit se“ lehkomyšlnosti, a to vše vede ke kvalitnější péči o umírající, i k péči o sebe sama a své blízké.

Dílčí cíle praktické části bakalářské práce:

Cíl č. 1. Zjistit, jak všeobecné sestry uvádí podporu rodiny umírajícího. Otázky č. 9, 10, 11.

V otázce č. 9 respondentky odpovídaly, jak je pro pacienta důležitá podpora rodiny. Nejpočetnější byla skupina 50 respondentek, které odpověděly, že umírající preferují podporu rodiny, následovala skupina 32 respondentek, ty zodpověděly, že umírající pacient považuje podporu rodiny i zdravotníků za stejně důležitou, 2 respondentky udaly, že umírající pacient preferuje podporu zdravotníků a jen 1 respondentka uvedla, že umírajícím pacientům je podpora lhostejná. To, že umírající pacient potřebuje podporu, ať už rodiny, či rodiny spolu se zdravotníky udává 82 respondentek (96 %). V otázce č. 10 respondentky uváděly, zda je pro umírající pacienty prospěšná a přínosná neomezená návštěvní doba. Nejvíce zastoupenou byla skupina 58 respondentek, které odpověděly, že ano, velmi jim to pomáhá, 24 respondentek udalo, ano, ale pokud tyto návštěvy nenarušují chod zařízení, 2 respondentky uvedly, ne, vyčerpává je to a jen 1 respondentka uvedla, nevím. Můžeme považovat za přínosné, že nejpočetnější skupina všeobecných sester 58 (68 %), vidí jako přínos neomezenou dobu návštěv a tedy i podporu umírajícího. Ke stejným výsledkům došla ve své bakalářské práci i Talašová, která uvádí možnost rozšířených návštěv u umírajícího v 89 %. U otevřené otázky č. 11 respondentky sdělovaly vlastní zkušenosti s návštěvami u umírajících pacientů. Nejpočetnější odpovědi uváděly: „záleží na chování rodiny“, „mám jen pozitivní zkušenosti“, „někdy rodina práci znesnadňuje, je přítěží“, „důležitá je spokojenost klientů“, „příbuzní mají často neadekvátní požadavky“. Z otevřených

odpovědi vyplývají spíše negativní zkušenosti všeobecných sester s návštěvami u umírajících pacientů. Což není pro všeobecné sestry pozitivní pohled.

Cíl č. 2. Zhodnotit, zda je pro všeobecné sestry důležité sebevzdělávání potřebné k péči o umírající. Posoudit, jestli všeobecné sestry uvádí důležitost sebevzdělávání ke zvládnutí negativních důsledků péče o umírající. Otázky č. 6, 7, 8.

U otázky č. 6 respondentky udávaly, zda je úroveň vzdělání všeobecných sester v oblasti péče o umírající pacienty v ČR dostatečná. Nejpočetnější byla skupina 56 respondentek, která uváděla, ano, ale poznatky je potřeba průběžně doplňovat, 16 respondentek uvedlo, že není, 7 respondentek uvedlo, nevím a 6 respondentek uvedlo, ano, je. Výsledky jsou srovnatelné s diplomovou prací Kaňové, která uvádí v 75,5 % vzdělání všeobecných sester v péči o umírající pacienty za dostatečné, s nutností dalších poznatků. Je potěšitelné, že většina všeobecných sester 56 (66 %) si uvědomuje nutnost průběžného doplňování vzdělání a informací, které jim pomohou v péči o umírající pacienty. V otázce č. 7, respondentky odpovídaly na otázku, zda se zúčastňují kurzů nebo seminářů, na kterých všeobecné sestry získávají informace, které jim pomáhají v péči o umírající pacienty. Nejvíce zastoupená byla skupina 52 respondentek, ty odpověděly „ano, sama tyto kurzy a semináře vyhledávám“, dále 19 respondentek odpovědělo „ano, pořádá, je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma“, 10 respondentek odpovědělo „ne, tyto kurzy a semináře mě nezajímají“ a 4 respondentky odpověděly „ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí“. K podobným výsledkům došla ve své diplomové práci i Kaňová, která udává, že 89,61 % všeobecných sester má zájem o další vzdělávání v paliativní péči. Celkem tedy 71 všeobecných sester, což je 84 % dotazovaných, vidí přínos v účasti na těchto kurzech a seminářích. Ta jim pomáhá zkvalitnit péči o umírající pacienty a považují tedy sebevzdělání v této problematice za důležité. V otázce č. 8 respondentky zodpovídaly otázku, jestli se zúčastňují kurzů nebo seminářů, které pomáhají všeobecným sestřím zvládat negativní důsledky péče o umírající. Nejvíce respondentek 43 odpovědělo „ne, tyto kurzy a semináře, mě nezajímají“, 26 respondentek odpovědělo „ano, sama tyto kurzy a semináře vyhledávám“, 14 respondentek udalo „ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma“ a jen 2 respondentky udaly „ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí“ (tento počet odpovědí – 2, nekoresponduje s ostatními odpovídajícími respondentkami a lze se tedy jen domnívat, že tyto 2 odpovídající respondentky, si téma pořádaných kurzů či seminářů zaměnily). Počet 43 responden-

tek tedy 51 % je varující, poukazuje na to, že pečující všeobecné sestry si neuvědomují dopad negativních důsledků péče o umírající na svou osobu, podceňují možnost podpory a pomoci při zvládnání takové zátěže, jakou bezesporu je péče o umírající. Bohužel si toho nejsou v mnohém vědomi ani zaměstnavatelé těchto pečujících všeobecných sester.

Cíl č. 3. Stanovit, jaké zařízení preferují všeobecné sestry, pokud by umírajícím pacientem byl jejich blízký. Otázka č. 19.

V otevřené otázce č. 19 respondentky odpovídaly na otázku, jakou péči by preferovaly, pokud by umírajícím pacientem byl jejich blízký. Nejčetnější skupina 47 respondentek, by si vybrala domácí péči. 19 respondentek udalo, že by dalo přednost zdravotnickému zařízení, důvody byly finanční, dostupný lékař a lepší vybavení. 19 respondentek není rozhodnuto, neví, záleželo by na situaci a zdravotním stavu. Všech 37 respondentek, které pracují v zařízení domácí péče, odpovědělo, že by si vybralo domácí péči, jejich přesvědčení o kvalitě péče poskytované v domácím prostředí je tedy zřejmé. Jako důvod uvedly blízkost rodiny, soukromí, intimitu, klid pro pacienta a individuální režim.

Cíl č. 4. Zjistit, zda péče o umírající pacienty všeobecné sestry ovlivňuje v osobním životě. Otázky č. 12 a 13.

U otázky č. 12 se respondentky vyjadřovaly k tomu, zda je vhodné přistupovat k umírajícím pacientům a k umírání jako k nedílné součásti života. 65 respondentek uvedlo „ano, umírání je součástí života“, tato skupina byla nejpočetnější. 20 respondentek udalo „ano, ale ne vždy je toto možné“. Můžeme tedy konstatovat, že umírání za nedílnou součást života považuje 100 % respondentek. V otázce č. 13 respondentky odpovídaly, zda pracovní zkušenost s umírajícími pacienty ovlivňuje jejich osobní život. Nejpočetnější byla skupina 31 respondentek, která odpověděla „nejsem si toho vědoma, že by mě tato péče ovlivňovala“, druhou nejpočetnější byla skupina 27 respondentek, ty odpověděly „ano tato péče mě pozitivně ovlivňuje“. 23 respondentek udalo „ano, tato péče mě negativně ovlivňuje“ a 4 respondentky odpověděly „ne, tato péče mě neovlivňuje“. Celkem tedy 50 respondentek (59 %) uvádí, že pracovní zkušenosti s umírajícími pacienty ovlivňují jejich osobní život. Hájek v závěru své bakalářské práce uvádí, že obecně je péče všeobecných sester o umírající pacienty vnímána jako psychicky značně zatěžující. Dále uvádí, že všeo-

becné sestry pracující v paliativní péči, však práci s umírajícími pacienty vnímaly spíše jako možný zdroj osobního uspokojení a růstu. Shodný závěr vyplývá i z odpovědí našeho průzkumu, 27 respondentek (54 %) udalo, že je zkušenosti z péče o umírající pacienty ovlivňují pozitivně. Z 50 respondentek, které uvedly, že pracovní zkušenosti s umírajícími pacienty ovlivňují jejich osobní život. Tento výsledek můžeme považovat za velmi pozitivní a přínosný pro všeobecné sestry pečující o umírající pacienty.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „*Reflexe klinické praxe s umírajícími*“ je mi blízké. Za svou praxi jsem prošla několik oddělení a zdravotnických zařízení, a o umírající pacienty jsem se starala na všech pracovištích, kde jsem pracovala. Pravdou je, že v následné a domácí péči, jsem o umírající pacienty pečovala nejčastěji. A právě tady jsem si uvědomila, jak moc tyto pacienti čekají na čas, který jim věnujeme, na péči, kterou jim poskytneme a jejich rodiny na slova útěchy, pochopení a povzbuzení, na čas potřebný k jejich naslouchání a možnosti se svěřit.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je věnována vymezení paliativní péče, její historii ve světě i u nás, obecnou a specializovanou paliativní péči. Poukazuje na specifika komunikace v paliativní péči. Představuje poskytování paliativní péče, možnosti domácí paliativní péče, nemocniční paliativní péče, zmiňuje se o doprovázení umírajících a pozůstalých a o činnostech všeobecné sestry v paliativní péči. V praktické části jsou stanoveny cíle, uvedena metodika průzkumu, zpracované výsledky pomocí grafů a tabulek, které jsou popsány a zhodnoceny.

Součástí bakalářské práce je i Power Pointová prezentace, pro pečující zdravotnické pracovníky s názvem „*Rady – aneb jak se vyrovnat s péčí o umírající*“. Téma této prezentace je zvoleno jako důsledek výsledků průzkumu dotazníkového šetření, konkrétně otázky č. 8, kde pečující všeobecné sestry uváděly, zda se zúčastňují kurzů nebo seminářů, které pomáhají zvládat negativní dopady péče o umírající. Nejpočetnější skupina ovšem uvedla, že je kurzy a semináře na toto téma nezajímají. Z toho vyplývá, že pečující všeobecné sestry si ve většině neuvědomují důsledky, které jim taková péče přináší, neboť pokud se nenaučí, jak o sebe pečovat, účelně relaxovat, regenerovat síly, může je psychická a fyzická zátěž překvapit v momentě, kdy to nejméně očekávají.

Péče o umírající pacienty je náročná, jak po stránce fyzické, tak mnohem více po stránce psychické. Mnoho laiků ji může podceňovat, mohou mít pocit, že umírající pacienti již nic nepotřebují, ale opak je pravdou. Nelze přehlédnout, že takto smýšlí i mnoho všeobecných sester a pečujících zdravotníků. Podle výsledků průzkumu dotazníkového šetření této bakalářské práce je však stále více těch, kteří si závažnost péče o umírající pacienty uvědomují. Vědí, že umírající pacienti musí cítit, že jsou obklopeni péčí a zájmem, že nejsou ve své nemoci sami, že nad nimi nikdo „nezlomil hůl“. Jsou si vědomi toho, že také rodiny a nej-

bližší pacientů potřebují vědět, že o jejich blízké je dobře postaráno, že mají odpovídající péči a netrpí.

V péči o umírající pacienty je neustále co zdokonalovat a proto je na každém z nás, jak se k takové výzvě postavíme a jakým dílem přispějeme.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DUBCOVÁ, Iva a Rebeka RALBOVSKÁ, 2011. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence*. Praha, roč. VII., č. 4, s. 24-30. ISSN 1801-464X.
- DUBCOVÁ, Iva, 2011. Etika umírání a smrti. *Sestra*. Praha, roč. 21, č. 10, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HELNET, 2014. Spolu až do konce. *Sestra*. Praha, roč. 24, č. 2, s. 7. ISSN 1210-0404.
- KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LEDEREROVÁ, Kateřina, 2014. Komunikace ve zdravotnictví. *Sestra*. Praha, roč. 24, č. 1, s. 25-26. ISSN 1210-0404.
- MARKOVÁ, Hana, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- NOVOTNÁ, Lenka a Markéta VALENTOVÁ, 2011. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra*. Praha, roč. 21, č. 1, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
- O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1740-1.
- THEOVÁ, Anne-Mei, 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-8-87029-4.

TZ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ TŘI, 2013. Nevyléčitelně nemocní lékaře nezajímají, politiky také ne! *Sestra*. Praha, roč. 23, č. 12, s. 5. ISSN 1210-0404.

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

Internetové zdroje:

HÁJEK, Bohuslav, 2014. *Vliv smrti pacienta na psychiku všeobecných sester* [online]. Olomouc [2014-05-04]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <http://theses.cz/vyhledavani/?search=Vliv+smrti+pacienta+na+psychiku+v%C5%A1eobecn%C3%BDch+sester+>

KAŇOVÁ, Michaela 2013. *Vzdělávání všeobecných sester v paliativní péči* [online]. Brno [2014-04-25]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Dostupné z: <http://theses.cz/vyhledavani/?search=Vzd%C4%9BI%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+v%C5%A1eobecn%C3%BDch+sester+v+paliativn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8Di+>

TALAŠOVÁ, Marta, 2011. *Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry* [online]. Zlín [2014-04-25]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <http://theses.cz/vyhledavani/?search=p%C3%A9%C4%8De+o+um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika

Např. Například

Aj. A jiné

Atd. A tak dále

Kol. Kolektiv

WHO World Health Organization

Č. Číslo

PSS Pomaturitní specializační studium

S. Stránka

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Věk respondentů</i>	37
Graf 2 <i>Délka praxe</i>	38
Graf 3 <i>Dosažené vzdělání</i>	39
Graf 4 <i>Zdravotnická zařízení</i>	41
Graf 5 <i>Četnost péče o umírající</i>	42
Graf 6 <i>Dostatečnost úrovně vzdělání v ČR v péči o umírající</i>	43
Graf 7 <i>Účast na kurzech a seminářích v péči o umírající pacienty</i>	44
Graf 8 <i>Účast na kurzech a seminářích ke zvládnutí negativních důsledků při péči o umírající</i>	46
Graf 9 <i>Podpora umírajících pacientů</i>	48
Graf 10 <i>Neomezená doba návštěv u umírajících</i>	50
Graf 11 <i>Umírající a umírání jako součást života</i>	52
Graf 12 <i>Vliv práce s umírajícími na osobní život</i>	53
Graf 13 <i>Spolupráce v pracovním kolektivu</i>	54
Graf 14 <i>Pocit únavy, stresu a smutku I.</i>	56
Graf 15 <i>Pocit únavy, stresu a smutku II.</i>	57
Graf 16 <i>Poskytování péče o umírající pouze v hospicích?</i>	58
Graf 17 <i>Preference zařízení</i>	59

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 <i>Věk respondentů</i>	37
Tab. 2 <i>Délka praxe</i>	38
Tab. 3 <i>Dosažené vzdělání</i>	39
Tab. 4 <i>Zdravotnická zařízení</i>	41
Tab. 5 <i>Četnost péče o umírající</i>	42
Tab. 6 <i>Dostatečnost úrovně vzdělání v ČR v péči o umírající</i>	43
Tab. 7 <i>Účast na kurzech a seminářích v péči o umírající pacienty</i>	44
Tab. 8 <i>Účast na kurzech a seminářích ke zvládnutí negativních důsledků při péči o umírající</i>	46
Tab. 9 <i>Podpora umírajících pacientů</i>	48
Tab. 10 <i>Neomezená doba návštěv u umírajících</i>	50
Tab. 11 <i>Umírající a umírání jako součást života</i>	52
Tab. 12 <i>Vliv práce s umírajícími na osobní život</i>	53
Tab. 13 <i>Spolupráce v pracovním kolektivu</i>	54
Tab. 14 <i>Pocit únavy, stresu a smutku I.</i>	56
Tab. 15 <i>Pocit únavy, stresu a smutku II.</i>	57
Tab. 16 <i>Poskytování péče o umírající pouze v hospicích?</i>	58
Tab. 17 <i>Preference zařízení</i>	59

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II: POWER POINTOVÁ PREZENTACE

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Kateřina Valigurová a jsem studentkou na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

V rámci mého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „**Reflexe klinické praxe s umírajícími**“. Součástí mé práce je dotazník, který je určen všeobecným sestram, které poskytují péči umírajícím pacientům. Touto cestou Vás chci požádat o jeho vyplnění.

U uzavřených otázek zakřížkujte jen jednu odpověď, u otázek s volnou odpovědí napište svůj názor na danou otázku (žádná z odpovědí není špatná, jedná se pouze o Váš názor). Dotazník je anonymní, informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Kateřina Valigurová

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 a více let

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví na pracovní pozici všeobecná sestra?

- a) do 5. let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední zdravotnické vzdělání s maturitou v oboru.....
- b) střední zdravotnické vzdělání s maturitou v oboru..... + specializační studium (uveďte typ specializačního studia).....
- c) vyšší odborné zdravotnické vzdělání v oboru.....
- d) vysokoškolské vzdělání, uveďte typ vzdělání (Bc., Mgr. a obor).....
.....

4. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

- a) zařízení domácí péče
- b) lůžkové geriatrické oddělení

5. Jak často pečujete o umírající pacienty?

- a) denně
- b) 1 x za týden
- c) 1 x za měsíc
- d) 1 x za půl roku

6. Myslíte si, že je úroveň vzdělání všeobecné sestry v oblasti péče o umírající pacienty v ČR dostatečná?

- a) ano je
- b) ano, ale poznatky je potřeba průběžně doplňovat
- c) nevím
- d) není

7. Zúčastňujete se kurzů nebo seminářů, na kterých všeobecné sestry získávají informace, které jim pomáhají v péči o umírající pacienty?

- a) ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí
- b) ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma
- c) ano, sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám
- d) ne, tyto kurzy a semináře, mě nezajímají

8. Zúčastňujete se kurzů nebo seminářů, které pomáhají všeobecným sestram zvládat negativní důsledky péče o umírající?

- a) ano, pořádá je zaměstnavatel s povinnou účastí
- b) ano, pořádá je zaměstnavatel pro zájemce o toto téma
- c) ano, sám/sama tyto kurzy a semináře vyhledávám
- d) ne, tyto kurzy a semináře, mě nezajímají

9. Myslíte si, že je pro umírající pacienty důležitá podpora rodiny?

- a) umírající pacienti preferují podporu rodiny
- b) umírající pacienti preferují podporu zdravotníků
- c) umírající pacienti považují podporu rodiny i zdravotníků za stejně důležitou
- d) umírajícím pacientům je podpora lhostejná

10. Myslíte si, že je pro umírající pacienty prospěšná a přínosná neomezená doba návštěv?

- a) ano, velmi jim to pomáhá
- b) ano, ale pokud tyto návštěvy nenaruší chod zařízení
- c) nevím
- d) ne, vyčerpává je to

11. Jaké jsou Vaše zkušenosti s návštěvami u umírajících pacientů?

.....

.....

.....

.....

.....

12. Myslíte si, že je vhodné přistupovat k umírajícím pacientům a umírání jako k nedílné součásti života?

- a) ano, umírání je součást života
- b) ano, ale ne vždy je toto možné
- c) nepovažuji to za součást života
- d) ne, toto nedokážu

13. Ovlivňují pracovní zkušenosti s umírajícími pacienty Váš osobní život?

- a) ano, tato péče mě pozitivně ovlivňuje
- b) ano, tato péče mě negativně ovlivňuje
- c) nejsem si toho vědom/a, že by mě tato péče ovlivňovala
- d) ne, neovlivňuje

14. Je pro Vás spolupráce ve Vašem pracovním kolektivu důležitá?

- a) ano, velmi důležitá
- b) ano, v některých situacích
- c) ne, ale pokud mi někdo pomůže, jsem rád/a
- d) ne, na spolupráci nezáleží

15. Jak funguje kolektivní spolupráce na Vašem pracovišti?

.....

.....

.....

.....

.....

16. Objevil se u Vás při péči o umírající pacienty dlouhodobý pocit únavy, stresu a smutku?

- a) ano
- b) je to možné, ale já to na sobě nepozoruji
- c) myslím, že ne, ale mé okolí mě upozorňuje na opak
- d) ne

17. Na tuto otázku odpovídejte, jen pokud jste v otázce č. 16 odpověděli ano po jaké době u Vás došlo k pocitu únavy, stresu a smutku při péči o umírající pacienty?

- a) do 1. roku
- b) do 3. let
- c) do 5. let
- d) po více než 5. letech

18. Myslíte si, že péče umírajícím pacientům by měla být poskytována pouze v hospicích?

- a) ano, zde jsou na tuto péči lépe vybaveni
- b) ano, zdá se mi toto řešení vhodnější
- c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- d) ne, tato péče může být poskytována kdekoli

19. Pokud by umírajícím pacientem byl někdo z Vašich blízkých, preferovali by jste domácí péči nebo péči ve zdravotnickém zařízení? Svou odpověď zdůvodněte.

.....

.....

.....

.....

.....

20. Co Vám osobně péče o umírající pacienty dala?

.....

.....

.....

.....

.....

21. Co Vám osobně péče o umírající pacienty vzala?

.....

.....

.....

.....

.....

PŘÍLOHA P II: POWER POINTOVÁ PREZENTACE

„Rady – aneb jak se vyrovnat s péčí o umírající“

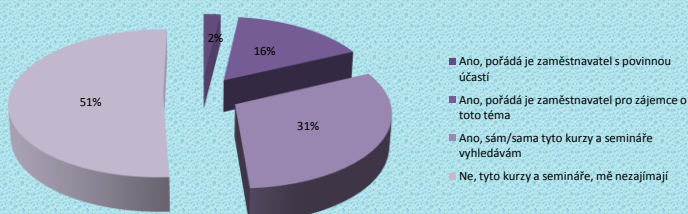
Kateřina Valigurová

Rozhodnutí

- K vytvoření této prezentace jsem se rozhodla na základě výsledků průzkumu dotazníkového šetření své bakalářské práce s názvem: „Reflexe klinické praxe s umírajícími“.
- Konkrétně otázka, ve které jsem se pečujících všeobecných sester ptala, zda se zúčastňují kurzů nebo seminářů, které jim pomáhají zvládnout negativní důsledky péče o umírající pacienty.

Graf

Účast na kurzech a seminářích ke zvládnutí negativních důsledků při péči o umírající



Umírání a smrt

- Téma umírání a smrti je ve společnosti stále tabuizované. Moc se o něm nemluví a i když literatury na toto téma je popsáno dost není zrovna vyhledávaná.
- Většina z nás se nebojí smrti jako takové, důvody k obavám jsou spíše z utrpení, bolesti a bezmocnosti. Někdy bohužel i z přístupu pečujícího zdravotnického personálu.

Profesionalita

- Ošetrovatelská a zdravotní péče o umírající pacienty je náročná.
- Zdravotnické povolání patří z hlediska profesionálního výkonu mezi náročná povolání.
- Od sester se vyžaduje: empatie, mít pochopení pro potřeby pacienta, být mu oporou, umět naslouchat.
- Důležité je zachovat důstojnost umírajícího pacienta do poslední chvíle.

Hlavní úkoly sestry při péči o umírající:

- umožnit pacientovi, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese,
- udržovat u pacienta pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a úcty,
- povzbuzovat jeho nadějí,
- pomáhat pacientovi při akceptování vlastní ztráty.

Negativní dopad

- Negativní dopad péče o umírající pacienty si neuvědomuje mnoho pečujících zdravotníků, a bohužel mnohdy ani jejich zaměstnavatelé.
- Péče o umírající pacienty je náročná fyzicky, ale mnohem více psychicky. Ne každý člověk, byť je to zdravotník takovou zátěží zvládne. Dlouhodobě tuto péči bez pomoci zvládat nelze.

Rada

- Některé hospice, které se specializují na péči o umírající mají vzdělávací centra, kde poskytují školicí semináře a kurzy v paliativní péči pro zájemce o toto téma. Školícím se zájemcům umožní přímý kontakt s realitou.
- Současně nabízejí systém stáží i exkurzí pro nelékařský zdravotnický personál.

Rada

- Pro pečující zdravotníky je dobré zúčastnit se alespoň jednou za rok semináře či kurzu se zaměřením na duševní hygienu nebo na prevenci syndromu vyhoření.



Rada

- Po odchodu se zaměstnání se oprostit od myšlenek na práci. Naučit se relaxovat.



Rada

- Rada pro zaměstnavatele: pořádat pro zdravotníky pečující o umírající pacienty supervize, které jim pomohou k reflexi pracovní role a k nastavení dobré spolupráce v týmu.



Shrnutí

- Za nejdůležitější považuji dělat své povolání srdcem.
- Naučit se relaxovat a odpočívat.
- Nebát se požádat o pomoc, pokud svou práci nezvládám.
- Dobrý pracovní kolektiv.

