

Péče o umírajícího novorozence

Monika Mastná

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Mastná**
Osobní číslo: **H21045**
Studijní program: **B0913P360017 Porodní asistence**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Péče o umírajícího novorozence**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o umírající novorozence.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, R., L. SIKOROVÁ, H. BENEŠOVÁ a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA *Neonatologie*. 2. uprav. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 118 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
MORGAN, D. Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric Nursing*, 2009, vol. 35, pp. 86-90. Available from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=4fb8a5792ee901ccbe86456c23383f13f4b9e038>
RATISLAVOVÁ, K. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. 200 s. ISBN 987-80-271-0121-4.
TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ, L. ŠULOVÁ a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jozef Macko, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 užit 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

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 nevydělečně 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). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím 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

Paliativní péče v neonatologii je důležitou oblastí zdravotní péče, která vyžaduje pozornost směrem jak k pacientům a jejich rodinám, tak ke zdravotníkům, kteří ji poskytují. Tato práce se zaměřuje na psychologické dopady paliativní péče na nelékařské pracovníky, kteří jsou součástí paliativních týmů a identifikaci ochrany jejich psychického zdraví. Skrze výzkumné šetření jsme zjišťovali, jak poskytování péče o umírajícího novorozence ovlivňuje psychiku nelékařských pracovníků a jakými způsoby se snaží své psychické zdraví chránit. Tato práce má za cíl přispět k porozumění psychologických aspektů paliativní péče v neonatologii a vyzdvihnout důležitost jejich ochrany.

Klíčová slova: paliativní péče, neonatologie, novorozenec, umírání, smrt, psychohygienu, dopady péče, rodina, paliativní tým

ABSTRACT

Palliative care in neonatology is an important area of healthcare that requires attention both towards patients and their families, as well as towards the healthcare professionals providing it. This work focuses on the psychological impacts of palliative care on non-medical staff who are part of palliative care teams and the identification of measures to protect their mental health. Through research investigation, we examined how providing care to dying neonates affects the psyche of non-medical workers and the ways in which they strive to safeguard their mental well-being. The aim of this work is to contribute to understanding the psychological aspects of palliative care in neonatology and to emphasize the importance of their protection.

Keywords: palliative care, neonatology, newborn, dying, death, psychohygiene, impacts of care, family, palliative team

„Smrt není opakem života, smrt je jeho součástí.“

Haruki Murakami

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce, panu MUDr. Jozefu Mackovi, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentům a pracovištím, kteří mi umožnili realizaci výzkumného šetření.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE V NEONATOLOGII	12
1.1 OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.2 FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.3 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	15
1.4 ETIKA PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.5 EUTANÁZIE	17
2 RODINA V PALIATIVNÍ PÉČI	19
2.1 KOMUNIKACE S RODINOU	19
2.2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ RODIČŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	20
2.2.1 Zátěž při porodu mrtvého plodu nebo nemocného novorozence	20
2.2.2 Zátěž při zahájené péči	21
2.3 TRUCHLENÍ	21
2.3.1 Jak truchlí otcové	23
2.4 LOUČENÍ S DÍTĚTEM	23
2.4.1 Memorybox	24
2.5 OCHRANA RODIČŮ.....	25
3 ZDRAVOTNÍČÍ V PALIATIVNÍ PÉČI	26
3.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI.....	26
3.2 SYNDROM VYHOŘENÍ	27
3.2.1 Projevy syndromu vyhoření	28
3.2.2 Prevence syndromu vyhoření	28
3.2.3 Ohrožení začínajících sester.....	29
3.3 POTŘEBY SESTER.....	29
3.4 PODPORA SESTER	30
3.4.1 Focusing	30
3.4.2 Supervize.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.1 CÍL VÝZKUMU	33
4.2 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY A STANOVENÍ HYPOTÉZ	33
4.3 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
4.4 METODA SBĚRU DAT	34
4.5 PŘEDVÝZKUM A METODA ZPRACOVÁNÍ DAT	34

5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
5.1	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
5.2	INTERPRETACE DAT.....	53
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	56
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM TABULEK.....	62
	SEZNAM GRAFŮ.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Péče o umírajícího novorozence se stává stále významnějším tématem v oblasti zdravotní péče. K výběru tohoto tématu mě vedla osobní zkušenost z vlastní rodiny, která tímto druhem péče prošla a profesní zájem o tuto problematiku, jelikož se jedná o nevyhnutelnou oblast jak porodní asistence, tak neonatologie. Propojení osobní zkušenosti a profesní zvědavosti mi tedy poskytuje hlubší vhled do dané problematiky jak ze strany začínajícího zdravotníka, tak ze strany pozůstalého v oblasti perinatální ztráty. Zároveň jsem nabyla dojmu, že většina publikací a výzkumů se zaměřuje převážně na pozůstalé, a proto jsem se rozhodla zkoumat jaký dopad může mít paliativní péče v neonatologii na zdravotníky, kteří ji poskytují.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je proto zjistit psychologické dopady paliativní péče na nelékařské zdravotníky, kteří jsou do ní zapojeni. Jestli mají dostatek možností pro ochranu svého psychického zdraví. Zdali jsou podporováni svým okolím, ať už v osobním životě nebo v rámci jejich pracoviště. A zdali zdravotníci sami aktivně pečují o stav svého psychického zdraví.

Práce dále popisuje základní pojmy důležité pro toto téma jako je paliativní péče samotná, její druhy a formy kterými může být poskytována nebo novorozence, kteří do ní bývají zařazeni. I přes to, že výzkumná část se zabývá čistě zdravotníky, kteří péči poskytují, v teoretické části je i kapitola věnována rodičům, jejichž dítě je do paliativní péče zařazeno. Popisuje vhodné druhy komunikace s rodiči, pocity, které mohou prožívat při ztrátě svého dítěte, ale také způsoby, kterými se se svým potomkem mohou rozloučit. Závěr teoretické části je již věnován sestřím a ostatním poskytovatelům paliativní péče. Popisuje riziko syndromu vyhoření, kterým jsou sestry v paliativní péči ohroženy, možnosti, jak se před ním chránit, ale také psychologické potřeby, které by měly mít sestry v paliativních týmech naplněny, aby jejich psychické zdraví setrvalo na co nejvyšší úrovni.

Praktická část této práce bude věnována rozboru výsledků dotazníkového šetření, které probíhalo v perinatologických centrech na Moravě a mělo za cíl zjistit psychologické dopady paliativní péče na její poskytovatele. Dále bude obsahovat také podrobný rozbor zjištěných dat a pomůže porozumět jakým způsobem působí paliativní péče na nelékařské zdravotníky, kteří jsou členy paliativních týmů v oblasti neonatologie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE V NEONATOLOGII

„Obecně můžeme význam slova *paliativní péče* chápat jako *zmírňující obtíže, ale neodstraňující jejich příčinu*“. (Mojžíšová, Benešová, 2019). „*Přesněji je paliativní péče definována jako 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, Vorlíček, 2011) Paliativní péče je dle definice WHO z roku 2019 aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnující také podporu rodiny. WHO definuje paliativní péči jako prevenci a úlevu od utrpení dospělých a dětských pacientů a jejich rodin čelících problémům spojeným s život limitujícím onemocněním. (Česká neonatologická společnost, © 2024)

Neonatologii pak lze definovat jako obor medicíny, který se zabývá péčí o novorozence v široké škále stavů od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami a chorobnými stavy až po extrémně nezralé děti s porodní hmotností kolem 500 g. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013)

Dle Slámy a Vorlíčka (2011) je jedním z nejdůležitějších faktorů paliativní péče stanovení priorit a cílů společně s pacientem. V případě paliativní péče v neonatologii tedy s rodiči nebo blízkými osobami novorozence. Nelze totiž vyřešit všechny obtíže a komplikace, které s sebou nevléčitelné nebo život limitující onemocnění nese. Proto paliativní tým společně s rodiči konkrétně pojmenuje, čeho chtějí v rámci péče dosáhnout. Takto stanovených cílů se pak snaží dostát, a i v průběhu pečování zdravotnický tým vše konzultuje s rodiči, aby nedošlo k nedorozumění, protože každý si může pod určitými pojmy představit naprosto odlišnou věc. Klíčová je především důvěra a velice otevřená komunikace mezi rodinou a poskytovateli paliativní péče.

1.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou, přičemž každá má svá specifika.

Obecná paliativní péče je poskytovaná zdravotníky, kteří se nespécializují přímo na paliativu. Může se jednat o praktické lékaře, sestry domácí péče, lékaře, který o pacienta pečoval v rámci nemocniční léčby nebo jiného zdravotnického profesionála. V obecné paliativní péči se nadále pokračuje s běžnou léčbou, kterou již pacient podstupuje a k ní se

přidružuje léčebný plán sestavený podle pacientových preferencí a přání. Takový plán může zahrnovat nejen management bolesti a intervencí spojených s onemocněním jímž pacient trpí, ale také různé formy poradenství jako například sociální nebo psychologické poradenství. Této možnosti nemusí využívat pouze samotný pacient, ale také jeho rodina a blízcí. (Národní zdravotnický portál, 2024)

Obecná paliativní péče v sobě skrývá velký potenciál ve smyslu multioborové spolupráce mezi praktickými lékaři a specialisty na paliativní péči, což vyplývá z norského výzkumu prováděného v roce 2022 (Fasting, Hetlevik, Mjølstad, 2022). Výzkumníci se zaměřili na 25 praktických lékařů se kterými byly vedeny rozhovory na téma jejich role v poskytování obecné paliativní péče. Výsledky zkoumání ukázaly, že kvalita poskytované péče závisí na obecném medicinském vzdělání, kdo je hlavním koordinátorem péče, a především dlouhodobém a osobním vztahu s pacientem a jeho rodinou. Lékaři měli převážně pozitivní postoj k poskytování tohoto druhu péče, ale lišily se jejich pohledy na jejich formální role v paliativním týmu. Výzkumníci tyto role rozdělili do tří skupin: lékaři vysoce zapojení, slabě zapojení a nezapojení do poskytování paliativní péče. Z toho vyplývá, že obecná paliativní péče může být vysoce kvalitní, ale je velmi důležitá spolupráce se specialisty a zájem jiných zdravotnických profesionálů se na ní podílet. V takovém případě by tato kooperace znamenala benefity pro všechny zúčastněné strany.

Specializovaná paliativní péče navazuje na paliativní péči obecnou, a to především v oblastech, které již není možné pokrýt v rámci možností poskytovatelů nezaměřujících se výhradně na paliativní péči. V takové situaci se do péče o pacienta přidává specializovaný tým, který se zabývá pouze tímto druhem péče. Jde tedy o odborníky v tomto oboru vzdělané a specializující se pouze na něj. Obecně se také doporučuje, aby byl přechod mezi paliativní péčí obecnou a specializovanou postupný a plynulý. (Sláma, Vorlíček, 2011)

Specializovanou paliativní péči můžeme rozdělit do několika forem, ve kterých je poskytována. (viz podkapitola 1.2 Formy specializované paliativní péče) Ovšem s technickým postupem doby se začínají implementovat do péče i videokonzultace. V letech 2016-2017 byla tato forma péče zkoumána výzkumníky z Dánska (Funderskov et al, 2018), kteří se rozhodli zjistit jaký postoj k videokonzultacím zaujímají jak zdravotníci, kteří v rámci videohovorů konzultace poskytují, tak pacienti a jejich rodiny, kteří skrze video konzultace přijímají. Výzkum byl prováděn formou pozorování participantů v kombinaci s polostrukturovanými rozhovory. Výzkumníci se zaměřili na skupinu osmičlenného paliativního týmu, který tuto formu konzultací praktikoval s jedenácti pacienty a jejich

rodinami. Data byla sbírána mezi zářím 2016 a únorem 2017. V tomto čase bylo s pacienty provedeno mezi 3-18 videokonzultacemi, které byly realizovány přes tablet se speciální aplikací, která umožňovala zapojení rodiny a blízkých, kteří nemohli být s pacientem osobně. Výsledky výzkumu ukazují, že videokonzultace ve specializované paliativní péči jsou proveditelné a technologie usnadňují multidisciplinární spolupráci, protože se v jeden moment může do videohovoru zapojit několik účastníků. Videokonzultace tedy mohou představovat velký přínos pro kvalitu poskytované péče, a to především z hlediska dostupnosti ve smyslu odstranění komplikací spojených s dopravou specialistů k pacientovi a možnost konzultaci poskytnout prakticky hned v moment, ve který je potřeba. Z toho můžeme vyvodit závěr, že i pomocí techniky a moderních způsobů komunikace lze i nadále zvyšovat kvalitu poskytovanou pacientům v posledních fázích života, aniž by museli dojíždět k lékaři nebo naopak, ale mohli potřebnou pomoc dostat v pohodlí svého domova.

1.2 Formy specializované paliativní péče

Specializovanou paliativní péči lze organizovat několika možnými způsoby. Sláma a kol. (2012) je rozdělují následujícím způsobem:

- 1. Domácí paliativní péče.** Také známá jako mobilní hospic je péče poskytovaná většinou v domácím prostředí pacienta. Speciální je návštěvami paliativního týmu v místě bydliště. Tím se rozumí že lékař, sestra, dobrovolník nebo ošetřovatelé dochází za pacientem. Tento typ péče je dostupný 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Paliativní tým pracuje také s blízkými osobami pacienta, které jsou aktivními členy v pečování o nemocného. V České republice se tento model však potýká s problémem hrazení ze strany zdravotních pojišťoven. (Sláma a kol., 2012)
- 2. Lůžkový hospic.** Jde o specializované lůžkové zařízení, které poskytuje péči pacientům v terminálním stádiu nevléčitelných nemocí. Takové zařízení se pak snaží vytvořit prostředí, ve kterém může pacient pobývat až do své smrti (obvykle je to několik týdnů) a není mu omezen blízký kontakt s rodinou. Lůžkové hospice jsou pak spíše menší zařízení s přibližně 25 lůžky a co nejvíce domácí atmosférou. (Sláma a kol., 2012)
- 3. Konziliární tým paliativní péče.** Tato metoda je v České republice praktikována jen zřídka. Pacient zůstává na oddělení, kde doposud probíhala jeho léčba a paliativní tým jej chodí navštěvovat k lůžku. Ve své podstatě jde o určitý ambulantní styl paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, ve kterém je pacient již hospitalizován. (Sláma a kol., 2012)

4. **Oddělení paliativní péče.** Toto specializované oddělení je součástí nemocnice a jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří spadají do paliativní péče, ale zároveň potřebují využívat péče poskytované v rámci nemocnice. Ani paliativní oddělení zatím nejsou v České republice hojněji využívány. Můžeme je však vidět v některých fakultních nemocnicích. (Sláma a kol., 2012)

1.3 Klasifikace novorozenců v paliativní péči

Dle BAPM (British association of perinatal medicine, 2010) lze novorozence, kteří profitují ze zařazení do perinatální paliativní péče rozdělit do následujících pěti skupin:

Prenatálně nebo postnatálně rozpoznaná diagnóza, která se neslučuje s dlouhodobým přežitím. Za takové můžeme považovat například bilaterální renální agenezi neboli nevyvinutí obou ledvin, nebo anencefalie neboli vrožený defekt měkkých i tvrdých tkání lebky. (British association of perinatal medicine, 2010)

Prenatálně nebo postnatálně rozpoznaná diagnóza, která s sebou nese vysoké riziko významné morbiditity nebo smrti. Takovou diagnózou můžeme rozumět těžkou bilaterální hydronefrózu nebo těžce narušenou renální funkci. (British association of perinatal medicine, 2010)

Novorozenci narození na hranici viability, u kterých není intenzivní péče považována za vhodnou. Jde především o novorozence narozené v tzv. *šedé zóně*, do které spadají novorozenci narození mezi 22+0 až 24+6 týdnem těhotenství (Česká neonatologická společnost, © 2024; British association of perinatal medicine, 2010) Novorozenci narození v tzv. *šedé zóně* však nejsou automaticky zařazení do paliativní péče. Na řadě pracovišť se dnes již poskytuje aktivní péče dětem narozeným již v běžícím 23 týdnu těhotenství.

Postnatální klinický stav novorozence s vysokým rizikem vážného poškození kvality života. Stav, ve kterém je nutné dítěti poskytovat podporu životních funkcí nebo ji stav novorozence bude do budoucna vyžadovat. Například vážná hypoxicko-ischemická encefalopatie. (British association of perinatal medicine, 2010)

Postnatální klinický stav, v jehož důsledku by mohlo dítě „nesnesitelně trpět“. Utrpení je následkem jejich nemoci nebo její léčby a paliativní přístup je v nejlepším zájmu novorozence. Například u vážné nekrotizující enterokolitidy. (British association of perinatal medicine, 2010)

1.4 Etika paliativní péče

V dnešní technické době nastává podle Šimka (2015) zásadní problém ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, a to dehumanizace medicíny. Mezi pacientem a lékařem stojí několik překážek, které mohou představovat farmaka, přístroje nebo samotný fakt, že zdravotníci mají tendence nebrat v potaz názor pacienta o tom co si myslí, že je pro něj dobré a důležité. Proto se lékařská etika zabývá problematikou toho, co je přípustné a co je již za nepodkročitelnou hranicí morálky. Jejím hlavním úkolem by mělo tedy být vytvořit soubor etických problémů v dnešním zdravotnictví. Aktivně je vyhledávat a definovat, protože každý člověk jej nemusí vnímat jako problém, jelikož některé etické problémy jsou v našem zdravotnictví již nějakou dobu zakořeněny a veřejnost je může vnímat jako normální, i když z hlediska etiky by mohly být problematické.

Dalším konkrétním etickým problémem se zabývá Haškovcová (2004), která popisuje minimalizaci utrpení pacientů v paliativní péči a tlumení jejich bolesti. Tento aspekt má svou dlouhodobou historii a svou důležitost si zanechal až do dnes, jelikož tlumení bolesti a mírnění utrpení v paliativní péči je jedním z jejích základních pilířů. Skrývá v sobě kombinaci péče rodinou, která se dále opírá o lékařské intervence. Ty se však historicky zakládaly téměř výhradně na preskripci morfinu pro nemocného, ale dnes tuto oblast můžeme zařadit jako eticky problémovou hned z několika důvodů.

První z nich bychom mohli vydefinovat jako „zadržování smrti“ neboli dystanazii. Toto pomyslné oddalování smrti je podle ní založeno především na nastavení lékařů novodobé medicíny. Přesněji na faktu, že smrt se dnes v medicíně považuje za lékařovo selhání, protože jeho hlavním cílem by mělo být udržovat pacienta na živu co nejdéle i přes to, že prodlužování života pro něj nemusí být přínosem. Pokud bychom přenesli tento problém do paliativní péče v neonatologii jeho význam se ještě prohloubí. Péči totiž podstupuje novorozenec, nikoliv například geriatrický pacient s onkologickým onemocněním. Tlak na lékaře ze strany rodiny a blízkých, ale do jisté míry i společnosti tedy logicky stoupá. Novorozenec je přeci teprve na začátku svého života, a tak se může stát, že snaha život prodlužovat je o to větší, i když je jasné, že prognóza dítěte se s dalším přežíváním neslučuje.

Jako další důvod uvádí Haškovcová (2004) doprovod umírajících. Ideální situace by byla taková, kdy pacient není v žádné fázi umírání sám. To je ale v dnešní době téměř neproveditelné, hlavně z důvodu možností rodiny, kdy domácí péče o jejich blízkého 24 hodin denně nelze prakticky zrealizovat. Proto se většina společnosti uchyluje k separaci

svých nemocných a umírajících do zdravotnických zařízení. Hlavním důvodem tohoto rozhodnutí pak u většiny lidí bývá přesvědčení, že v rukou profesionálů bude jejich blízkému přeci lépe i přes fakt, že umírající bude obklopen hlavně naprosto cizími lidmi. Umírající je pak často vystaven samotě a dle odborníků je tento jev rozšířenější než kdy dříve. Paradoxně však umírající lidé tento fakt přetrpí, protože zároveň s přáním zemřít bez utrpení, a neopuštěn si nepřejí, aby byli na obtíž svým rodinám.

Za třetí komplikaci můžeme dle Haškovcové (2004) považovat úvahy o eutanázii. Byť ji česká legislativa považuje za trestný čin, pro některé se může zdát jako jediné humánní východisko jejich situace. Mohou ji brát za jakési univerzální řešení pro umírající, ale především se nabízí jako vhodné řešení při obavách ze zadržování smrti a prodlužování života bez požadované kvality. Proto je třeba rozšířit povědomí laické veřejnosti o paliativní péči a její komplexnosti a přínosech pro umírajícího, jelikož je mnohými značně podceňována nebo se o její existenci vůbec neví.

1.5 Eutanázie

„Slovo eutanazie je řeckého původu. *Eu* znamená dobrý, *thanatos* smrt. [...] V současné době je pojem eutanazie rezervován pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti.“ (Haškovcová, 2004) Podle Haškovcové (2004) dále můžeme eutanázii rozdělit do několika různých forem a to na **aktivní eutanázii** (pacient nesnesitelně trpí a opakovaně si přeje urychlení smrti, lékař tak vykoná aktivní eutanázii), **nevyžádanou eutanázii** (pacient již není ve stavu, aby byl schopen sám požádat o urychlení smrti), **nedobrovolnou eutanázii** (tento typ eutanázie je jak nevyžádaný, ale navíc také nechtěný) a **eutanázii pasivní** (v tomto případě jde o přerušování léčby, nikoliv však ukončení péče, pacientovi je tedy poskytnuto jakési právo na přirozenou smrt).

Dle Váchy (2012) byla eutanázie v minulosti mnohem méně kontroverzním tématem, než je tomu dnes. Příčinou tohoto jevu je podle Váchy (2012) styl a délka života, kterou vedeme dnes v porovnání s délkou života v minulých stoletích. Dříve bylo totiž trvání života kratší a s ním i jakási délka umírání. Život náhle a rychle ukončila nemoc, jejíž průběh nebyl velice prodlužován zásahem medicíny. Naopak dnes s neporovnatelně modernějšími a účinnějšími technologiemi se průměrná délka života razantně prodlužuje. S tím je také spojeno již několikrát zmiňované prodlužování života „za každou cenu“. Následkem toho se prodlužuje jak samotný proces umírání, ale také délka hospitalizací nemocných, jejich zdánlivé vyléčení a koloběh opakovaných hospitalizací.

Vácha (2012) také definoval několik argumentů, které fenomén eutanázie podporují a na druhém protipólu i argumenty, které ji zavrhnou.

Prvním argumentem podporujícím eutanázii je jakési přijetí zodpovědnosti za technologie, které prodlužují život. Když lékař přijímá odpovědnost za prolongování života, měl by také přijmout zodpovědnost provést eutanázii (popřípadě zodpovědnost za její uzákonění). Druhý argument důrazně poukazuje na autonomii každého z nás. Přesněji řečeno, že s vlastním životem si může každý člověk naložit dle svého uvážení. Pokud nemocný uzná, že utrpení, které prožívá je pro něj osobně již nesnesitelné, měl by mít možnost život ukončit bez ohledu na jakékoliv jiné okolnosti. Argument číslo tři operuje se strachem. A to se strachem ze ztráty kontroly nad sebou samým a ztrátou důstojnosti. Lidé se bojí ošklivého, bolestivého a dlouhého umírání, proto by měli mít možnost jej ukrátkat. Čtvrtý argument je velice stručný, a to že eutanázie tu byla, je a pravděpodobně i bude, proto by se neměla zavrhnout, ale pouze lépe legislativně ošetřit. Poslední, pátý, argument porovnává ukončení utrpení u zvířat a člověka. Pokud považujeme za nehumánní neukončit život trápícímu se zvířeti, proč by mělo být humánnější prodlužovat utrpení lidské.

Nyní se dostávají na řadu Váchovy (2012) argumenty proti eutanázii. Neexistuje právo zemřít. Stejně tak neexistuje právo člověka zabít, i když si to vysloveně přeje. Druhý argument jde tak trochu do pře s bodem o lidské autonomii. Jak moc autonomní je rozhodování umírajícího člověka? Pokud o eutanázii diskutují zdraví lidé měla by být zajištěna jakási racionalita a logika, ovšem člověk umírající je ovlivněn mnoha faktory. Umíráním jako takovým, ale také okolím, které může jeho rozhodnutí ovlivňovat a manipulovat. Proto je míra jeho autonomie diskutabilní. Dále Vácha (2012) uvádí protiargument k bodu číslo 4. Eutanázie tu sice opravdu vždy byla, ale to neznamená, že je žádoucí ji na základě úpravy zákona připustit. To samé bychom pak totiž mohli říci například i o vraždách a krádežích, které jsou jevem ve společnosti přítomným také od nepaměti a díky úpravě legislativy by byly ve výjimečných případech přípustné a „omluvitelné“. Jako poslední si předložme argument poukazující na komplexnost péče poskytované nevyлéčitelně nemocným. V rámci paliativní péče by totiž mělo být pečováno o všechny složky lidské bytosti a pokud nemocný žádá eutanázii, měli bychom se místo vyplnění tohoto přání zaměřit na potřebu pacienta, která není dostatečně ošetřena. Proto bychom měli tento problém vyřešit a tím pacientovi navrátit pocit smysluplnosti pro prožití zbytku jeho života.

2 RODINA V PALIATIVNÍ PÉČI

Následující kapitola se zaměřuje na rodinu jako příjemce paliativní péče. Popisuje, jakou zátěží si mohou rodiče a blízké osoby dítěte procházet, jak by s nimi měla být vedena komunikace nebo jakým způsobem je možné se rozloučit se zemřelým potomkem.

2.1 Komunikace s rodinou

Dle informačního portálu NeoPaliativa (© 2024) je komunikace s rodinou při sdělování špatných zpráv velice stresující situací nejen pro rodinu dítěte, ale i pro zdravotníky samotné. Ti v některých případech ve snaze ušetřit rodinu, limitují rozsah sdělení o prognóze dítěte. I přes tíhu takového sdělení však rodiče chtějí získat naopak informací co nejvíce a co nejpřesnějších. Může se zdát, že krutou celou pravdou rodičům bereme naději na uzdravu nebo zlepšení prognózy jejich novorozence, ale opak je pravdou. Čím informovanější rodina je, tím lépe se může později rozhodovat a zapojovat se do plánování paliativní péče.

Pro tyto případy byl vypracován protokol **SPIKES**, který dává jakýsi návod, jak se na sdělení špatných zpráv může zdravotník připravit. Pojdme se nyní seznámit s jeho kroky. (Sláma, Vafková, 2020) Krok číslo 1: **setting** neboli příprava na rozhovor. Je třeba, aby byl zdravotník sdělující špatnou zprávu připraven jak teoretickými znalostmi, tak mentálně. U takového rozhovoru je totiž dobré být dopředu nachystán na situaci, kdy zdravotníka zahltní jak jeho vlastní emoce, tak emoce rodičů. Krok číslo 2: **patient perspective**, pohled pacienta. Tento krok se využívá ke zjištění informovanosti pacienta, v našem případě rodičů. Co vše již ví, jak sdělené informace chápou nebo jestli v předešlé komunikaci nedošlo k nějakému nedorozumění. Zde je velice důležité aktivní naslouchání ze strany zdravotníka. Krok číslo 3: **invitatiton** totiž souhlas s předáváním informací. Jak již bylo řečeno, rodiče chtějí být obvykle co nejvíce informovaní, ne vždy tomu tak musí být. V tomto kroku protokolu SPIKES proto zjišťujeme míru, ve které chtějí být rodiče informovaní o prognóze jejich dítěte. Krok číslo 4: **knowledge**, poskytování informací. Informace bychom měli pacientovi dávkovat. Nemá totiž smysl na něj vychrlit vše naráz, protože schopnost vnímat podrobnosti je pod nátlakem emocí ze špatné zprávy velice omezená. Proto je důležitá trpělivost a dopřání rodině tolik času kolik potřebuje, aby mohla informace postupně zpracovávat. Krok číslo 5: **emotions**, reflektování emocí. Tento krok bychom mohli označit za nejobtížnější pro zdravotníka, který rodině špatnou zprávu sděluje. Musí totiž v jeho rámci adekvátně zareagovat na emoce rodiny, které v mnoha případech naprosto zastírou veškeré racionální jednání a vnímání. Proto musíme rodičům dát najevo, že s nimi jejich

situaci sdílíme a nepřehlížet jejich emoce a psychický stav. Krok číslo 6: **summary** and strategy, plánování dalšího postupu. V závěru rozhovoru by se zdravotník paliativního týmu měl s rodiči dohodnout na dalších krocích péče. Rodiče by tak měli ze schůzky odcházet s vědomím, že ví, co se bude dál dít. Měli bychom se ujistit, že všem informacím rozumí, že jsou připraveni na plánování další péče a dát jim prostor na jakékoliv dotazy, ba dokonce je k jejich kladení namotivovat.

2.2 Psychická zátěž rodičů v paliativní péči

Sobotková, Dittrichová a Procházková (2015) poukazují na odlišnost reakcí matek a otců při zjištění, že jejich dítě se bude rodit předčasně nebo s diagnózou ovlivňující jeho přežití.

Matky povětšinou reagují velice emotivně. Jsou rozhozené, hodně pláčou, chtějí o svém ještě nenarozeném dítěti mluvit. Potřebují ve své situaci útěchu, ať už od partnera, blízkých osob nebo porodní asistentky. Otcové reagují v podstatě obráceně. Uzavrou se do sebe a o nastalé situaci mluvit nechtějí vůbec. Často můžeme pozorovat, že „utíkají do práce“ nebo věnují spoustu času svým zálibám a snaží se o zdánlivě normální život.

V tomto případě nastává podle Sobotkové, Dittrichové a Procházkové (2015) jakýsi konflikt mezi matkou a otcem. Ženy nechápou, jak jejich partner může předstírat, že se nic neděje, proč nechce o dítěti mluvit, proč nepláče. Muž z druhé strany může být emocemi své partnerky zahlcen. Nechce stále o dítěti mluvit, nedělá mu dobře, když jeho partnerka bez ustání pláče. Tato situace pak může vést k odcizení rodičů jako partnerů a mnohdy tento konflikt reakcí může eskalovat až v rozpad vztahu. Proto by zdravotnický personál měl s partnery pracovat a snažit se oběma stranám vysvětlit, že obě reakce jsou „v pořádku“ a rodiče by si měli být vzájemnou oporou, protože ani pro jednoho situace není snadná a mnohdy jsou v ní oba poprvé.

2.2.1 Zátěž při porodu mrtvého plodu nebo nemocného novorozence

Zvláštní zátěž na psychiku ženy je pak při porodu mrtvého nebo nemocného dítěte. Dle Rastislavové (2016) je žena po sdělení diagnózy v šoku, a proto můžeme pozorovat určité změny v jejím chování. Rodička může přestat komunikovat, protože odmítá přijmout, že její diagnóza je opravdu reálná. Cítí střídavě smutek a vztek, proto se může stát, že se od nastalé situace „odosobní“. Některé ženy dle Rastislavové (2016) dokonce uvedly, že se při příjmu na porodní sál cítily jako stroje bez emocí. Rastislavová (2016) doporučuje, aby žena v tomto

období nezůstávala sama. Pokud s ní tedy není přítomen partner, měla by jí, pokud možno nepřerušovaný doprovod dělat porodní asistentka.

2.2.2 Zátěž při zahájené péči

Sobotková, Dittrichová a Procházková (2015) dále rozdělily několik oblastí, ve kterých se zátěž paliativní péče na rodičích projevuje. V první řadě má rodina o dítě strach. Jak se bude vyvíjet jeho zdravotní stav? Přežije? Jaká bude jeho prognóza, bude postižené? Strach mají ale také o budoucnost. Veškeré plány, které měli do dalšího života po narození dítěte jsou rázem narušeny. Velké obavy pak vyvstávají z péče o dítě po propuštění do domácí péče. Další aspekt je také jak si žena zorganizuje dojíždění za dítětem (pokud již není hospitalizovaná), kdo se bude starat o starší děti, nebudou se cítit zanedbaní? Dále je vysoce zatížená rodičovská role jako taková. Povětšinou matky pocítují vinu. Přebírají si zodpovědnost za to, jak se těhotenství vyvinulo, že nejsou schopny donosit zdravé dítě a potažmo že se o něj po porodu nemohou starat, zkrátka že jako matky selhaly. Zatížena je ovšem také širší rodina. Při dlouhodobé hospitalizaci novorozence je žena propuštěna a domů se vrací sama. To může být pro širokou rodinu situace, ve které neví, jak by se měli správně zachovat.

Jako zatěžující pak může podle Sobotkové, Dittrichové a Procházkové (2015) působit i samotné prostředí jednotky intenzivní péče. Je to pro ně prostředí naprosto neznámé. Obklopuje je velké množství přístrojů a techniky, které vydávají nejrůznější zvuky. Během péče o jejich dítě se střídá personál, takže rodiče musí komunikovat s nemalým množstvím sester a lékařů. Musí také dodržovat určitá pravidla oddělení, která by se jich za „normálních“ okolností vůbec netýkala. Z tohoto důvodu pak také mohou mít strach o budování vztahu se svým novorozencem, protože s ním nemohou trávit čas nepřetržitě, ale pouze „chodí na návštěvy“. A v neposlední řadě, jejich dítě není jediné, které se na oddělení tohoto typu nachází. Proto pro rodiče může být velice obtížné sledovat stav ostatních dětí a co se s nimi děje.

2.3 Truchlení

„Ztráta blízké osoby vyvolává zcela mimořádnou krizi: v jediném okamžiku pohltí celou naši existenci.“ (Kastová, 2010) Kastová (2010) také říká, že procesem truchlení procházíme nejen při ztrátě někoho blízkého, ale například při rozchodu s partnerem, nebo při odloučení rodičů s dětmi. Jelikož je tedy truchlení ve své podstatě věcí pro člověka

přirozenou, můžeme jej rozdělit do několika fází, které s malými rozdíly prožívá každý člověk podobně.

Fáze první: popření. Člověk nevěří, že to, co právě prožívá je realita a věří, že se každou chvílí vzbudí z děsivé noční můry. Emoce jsou v této fázi otupělé a člověk jako by strnul. Tento stav může přetrvávat i několik týdnů. (Kastová, 2010)

Fáze druhá: fáze chaotických emocí. V tomto období je člověk naopak emocemi zavalen. Přichází zlost, protože je nespravedlivé, že jsme najednou opuštěni. Smutek ze ztráty blízkého. Ale mohou se objevovat také pocity viny nebo úzkosti. Tato fáze je na překonání velice obtížná, protože emoce se různě kombinují a přelévají se z jedné do druhé a není jednoduché jim dát volný průběh „a nezbláznit se“. (Kastová, 2010)

Fáze třetí: hledání, nalézání sebe sama a odpoutání se. Pokud dokážeme překonat bouři emocí nastává fáze, ve které většinu naší mysli okupují vzpomínky na zemřelého. Snažíme se vyhledávat jeho fotografie, chodit na jeho oblíbená místa, často o něm mluvíme, zdá se nám o něm nebo máme nejrůznější fantazie, ve kterých vystupuje. Což je v procesu truchlení důležité. V této fázi bychom si měli uvědomit co nám zemřelý do života přinesl, co odejde s ním a co s námi zůstane po zbytek našeho života. Zemřelého si ve vzpomínkách zidealizujeme a postupně ideály začnou zase opadávat. Během tohoto procesu si může člověk uvědomit, co měl na zemřelém rád a co naopak nenáviděl. (Kastová, 2010)

Fáze čtvrtá: fáze návratu ke světu. V poslední pomyslné fázi truchlení se člověk začíná se ztrátou vyrovnávat. Měl by se zbavit svojí bolesti, i když to není vždy jednoduché, protože mohou opět nastat trýznivé pocity viny, je to přece „nefér“ vůči zemřelému jít v životě dál. Je ale potřeba začít navazovat vztahy s druhými lidmi. Z jedné strany po nich truchlí člověk touží, protože se již nechce utápět ve smutku. Z druhé strany má velký strach, protože se může stát, že i tento vztah s novým člověkem skončí a truchlení nastane znovu. (Kastová, 2010)

Tento proces je dle Kastové (2010) jedním z nejobtížnějších, kterým si člověk může za svůj život projít. Lze si z něj však vzít i něco pozitivního. Překonáním truchlení má totiž člověk možnost poznat sám sebe v úplně jiném světle než doposud. A když proces truchlení překonáme, máme vědomí, že dokážeme zvládat závažné krize, což je velice důležitým aspektem našeho sebevědomí.

2.3.1 Jak truchlí otcové

Rastislavová (2008) popisuje truchlící otce při perinatální ztrátě jako pomyslné prostředníky pro předávání zpráv od zdravotníků jejich rodině. Často se proto snaží nedávat nic najevo, být silní, a ještě zvládat povinnosti doma. Jak již bylo řečeno mohou být často dlouho v práci nebo se zahrnout jinými povinnostmi, aby nemuseli myslet pouze na jejich ztrátu. Spousta mužů, se pak může ocitnout v několika rolích. Silák, tento muž nebude dávat své emoce najevo, protože muži přece nepláčou a jsou silní. Ochránce, muž cítí selhání, protože nedokázal ochránit své dítě a teď musí chránit svou rodinu před smutkem. Soběstačný muž, varianta zhroucení se v žádném případě nepřipouští, proto takový muž své emoce takřikajíc „pohrbí“. Zajistitel, takový muž je právě ten, který „uteče“ do práce, bere přesčasy a snaží se být co nejméně doma.

2.4 Loučení s dítětem

„Rituální chování v době ztráty blízkého člověka vychází z hluboké lidské potřeby a touhy po smyslu, po sociální podpoře, jistotě a po setkání s nadpřirozenem.“ (Rastislavová, 2016)

Rastislavová (2016) také vyzdvihuje rozdílný způsob loučení se zemřelým dítětem před rokem 2000 a dnes. Dříve byl totiž v porodnicích praktikován rituál „zmizení mrtvého novorozence“. To v praxi znamenalo, že se dítě ihned po porodu odneslo od rodičů pryč, mnohdy i bez toho, aby jej viděli. Ženám nebyla sdělena váha, míry a v některých případech ani pohlaví jejího novorozence. Zkrátka jako by žádný novorozenec nikdy neexistoval, nebo přesněji jak je řečeno v názvu tohoto rituálu, zmizel. S tím také souvisí role, před kterou byla žena automaticky postavena. Bylo žádoucí, aby truchlení upozadila a žal vytěsnila nebo jej v sobě potlačila. Místo truchlení a vyrovnávání se se ztrátou měla co nejdříve znovu otěhotnět a mít další děti, i když to byl přesný opak toho co by zrovna chtěla. Žádoucí naopak rozhodně nebylo o svém zármutku a o ztrátě dítěte jako takové mluvit na veřejnosti. Vše mělo zůstat „doma“. A proč se tento rituál praktikoval? I když nám to dnes asi přijde nepředstavitelné, lékaři si v té době mysleli, že tak činí maximum pro minimalizaci psychických dopadů na rodiče po ztrátě dítěte.

Dnes se snažíme o přesný opak, a to podpořit kontakt rodičů s jejich zemřelým dítětem pro vytvoření vzpomínek na něj. Různé formy rozloučení, které se dají uskutečnit již na porodním sále popisuje průvodce při ztrátě miminka vydaný perinatálním hospicem Dítě v srdci (Jelínková, Sobotková, 2021). Doporučuje, aby rodiče se svým dítětem strávili

čas o samotě. Povídali si s ním, zazpívali ukolébavku nebo třeba přečetli pohádkovou knížku. Možný je také fyzický kontakt s dítětem, rodiče si jej mohou chovat a hladit (pokud jim to nebude příliš nekomfortní). Dítěti se mohou zhotovit otisky rukou a nohou například na památeční kartičku. Na takovou kartičku se může také přidat několik fotografií miminka, které je oblečeno do novorozeneckých oblečků, nebo zavinuto v peřinkách. Může se však stát, že se rodiče bojí pohledu na mrtvého novorozence, nebo má dítě vrozenou vývojovou vadu a nevypadá na pohled hezky. V tomto případě může personál novorozence zabalit do peřinek a rodiče se mohou podívat jen na ručku nebo nožku jejich miminka.

Pokud se rodiče rozhodnou, že se nechtějí své dítě po porodu vidět, uvádí Jelínková a Sobotková (2021) i možnosti dodatečného rozloučení. Jednou z nich je symbolický pohřeb. Rodina najde místo, kde může dítěti vytvořit pomníček a do země zakopat box s upomínkami na dítě. Mohou v něm být fotografie (pokud byly nějaké zhotoveny), dětské knížky, oblečky, nebo hračky a jiné vybavení, které měli pro svého potomka nachystány. Dále mohou pro své dítě napsat dopis nebo vzkaz, ve kterém se s ním mohou rozloučit nebo k němu promluvit. Ty pak mohou poslat do nebe připevněny na balónu (nebo na lampionu) nebo jej poslat po vodě vyrobenou lodíčkou. U pomníčku nebo na jiném místě, které si rodina vybere, lze zasadit strom na památku zemřelého dítěte.

2.4.1 Memorybox

„Krabice, kterou nechcete, ale stane se nejcennějším, co máte“ (Dítě v srdci, © 2024) Memorybox se dává rodičům, kteří prochází perinatální ztrátou, aby měli co nejvíce vzpomínek na své zemřelé dítě. Tento upomínkový předmět mohou dostat bezplatně přímo v porodnici. V každém boxu jsou dvě háčkované hračky, jedna, která může být pohřbena přímo s novorozencem, a druhá, kterou si nechají rodiče na památku. Dečka, do které mohou miminko zabalit, sada na zhotovení otisků nožiček a ručiček, pohádková knížka, svíčka, vonný olej, informativní brožurky pro rodiče a sešit, který pomáhá rodiče provázet procesem truchlení. (Dítě v srdci, © 2024)

Memoryboxy jsou také vyráběny ve dvou velikostech. Jedna velikost pro donošené novorozence a druhá pro novorozence narozené předčasně. Pokud je dítě narozeno příliš brzy, že ani nejmenší velikost novorozeneckých oblečků je mu velká, dává se pak do upletené nebo uháčkované lodičky, ve které si jej rodiče mohou pochovat. (Dítě v srdci, © 2024)

2.5 Ochrana rodičů

Kabelka a Alexandrová (2012) popisují obecné zásady podpory pozůstalých. Dle nich je důležitá důvěra mezi rodiči a paliativním týmem. Důležité a efektivní je podporu co nejvíce individualizovat na konkrétní situaci. Dále je důležité nabízet rodičům cílenou péči například v případech, kdy by se u nich mohly rozvinout komplikace spojené s truchlením a mohly by nastat psychické problémy způsobené ztrátou potomka. Komunikace by měla být otevřená a citlivá a v rámci podpory rodiny je možno dle Kabelky a Alexandrové (2012) zůstat v kontaktu s rodinou i několik měsíců po ukončení péče ve zdravotnickém zařízení.

Borůvková, Hoskovcová a Hrušková (2015) pak rozdělují podporu pozůstalých do několika skupin.

Opora sociální. Tento typ opory není nutně směřován od odborníků. Tuto podporu může pozůstalým poskytnout partner, rodina, přátelé nebo jiné blízké osoby. Speciální skupinou lidí, která může poskytovat, jsou lidé s podobnými zkušenostmi. Proto vznikají nejrůznější podpůrné skupiny a fóra.

Opora informační. Tuto oporu již poskytují profesionálové a spočívá v pomoci s oficiálními úředními úkony, které je potřeba po úmrtí dítěte podniknout. Vydání těla, rodný a úmrtí list, zařízení pohřbu nebo například vyřízení žádostí o peněžitou pomoc.

Podpora od zdravotníků. Jak již bylo zmíněno výše, podpora od zdravotnického personálu spočívá hlavně v komunikaci s rodiči a tvoření vzpomínek na dítě (memoryboxy, kontakt s novorozencem atd.)

Podpora psychologická. V tomto případě již nastupuje psycholog nebo psychoterapeut, kterému se mohou rodiče „vypovídat“ ze svých pocitů a ze situace, kterou prožívají.

Spiritualita a víra. Poslední typ podpory člověk hledá v duchovnu. Pomocí víry si pak můžeme říci, že se vše děje z nějakého vyššího důvodu a že jsme si takovou situaci měli v naší životní cestě projít. Nábožensky založeným lidem pak může pomoci víra, že život nemusí smrtí absolutně skončit a že jejich dítě je na nějakém lepším místě. (Borůvková, Hoskovcová a Hrušková, 2015)

3 ZDRAVOTNÍCI V PALIATIVNÍ PÉČI

Třetí, poslední kapitola, je soustředěná na zdravotníky, především sestry, poskytující paliativní péči. Část je zaměřena na syndrom vyhoření, který je v oblasti paliativy velmi důležitým tématem. V závěru jsou pak popsány některé metody, kterými se mohou sestry podporovat.

3.1 Psychická zátěž sester v paliativní péči

Nejen sestry, ale všichni zdravotníci, kteří poskytují paliativní péči jsou vystaveni velké psychické zátěži. V paliativní péči v neonatologii pak při úmrtí dítěte přichází pocity viny nebo selhání. Toto selhání sestry popisují jako „třífázové“. A to konkrétně selhání profesní, kdy nedokázaly svými znalostmi, dovednostmi nebo vynaloženým úsilím zachránit život dítěte. Selhání v roli dospělého, kdy nezvládly ochránit dítě před ujmu nebo nebezpečím. A třetí selhání vidí v jakési zradě rodičů, kteří jim věřili, když svěřovali život svého dítěte do jejich péče. (Morgan, 2009)

Morální a etická tíseň se může objevit, pokud jsou sestry nuceny konat v rozporu se svými přesvědčeními a tím vést až k pocitům vzteku a beznaděje. V takových případech sestry stojí před dilematem poslechnout ordinace lékaře ke kurativním intervencím, a svým posláním dopřát dítěti klidnou a důstojnou smrt bez přebytečných a mnohdy agresivních zásahů. Tato situace může eskalovat až v překážky dobré spolupráce v rámci paliativního týmu. Proto je třeba je rozeznat a adresovat prostřednictvím dobré a otevřené komunikace mezi sestrami a lékaři, aby bylo možno dosáhnout co nejvyšší úrovně poskytované péče. (Morgan, 2009)

Osobní bolest. Zdravotníci poskytující paliativní péči dětem uvádí, že v mnoha případech úmrtím dítěte sami pociťují bolest nad ztrátou. Sestry si k dětem, o které pečují totiž vybudují vztah a tím více jsou pak jejich smrti zasažené. Do tohoto vztahu se také promítají určité osobní faktory sester samotných, například když je dítě, o které pečují stejně staré jako jedno z jejich vlastních dětí. Některé sestry uvedly, že je pro ně nejtěžší pohled na matku, která právě přišla o své dítě. Obzvlášť pokud rodiče podstupovali metody asistované reprodukce, aby mohli mít svého vymodleného potomka a ten je později zařazen do paliativní péče. Jako obranu před touto bolestí se pak sestry někdy podvědomě udržují zaneprázdněné jinou prací a minimalizují kontakt s rodiči umírajícího dítěte. (Morgan, 2009)

Nedostatek podpory a spolupráce. V návaznosti na osobní bolest a etickou tíseň se zdravotníci v paliativní péči také mohou setkávat s nedostatkem podpory a spolupráce ze strany svého okolí. Může se jednat jak o jejich vrstevníky, administrativní pracovníky, ale také členy jiných zdravotnických týmů. Tento pocit nedostatku podpory může být jedním z dalších zdrojů stresu pro poskytovatele paliativní péče. Proto mnoho pracovišť zaměstnává specialisty, kteří mohou sestřím ulehčit při jejich práci. Může se jednat o sociální pracovníky, administrativní pracovníky nebo kaplany a kněze, kteří figurují jako pomocný personál pro sestry a psychická nebo spirituální opora pro rodiče. V případě, kdy na pracovišti tito odborníci nejsou, připadá veškerá jejich činnost na sestry a tím pádem nemohou věnovat sto procent své energie čistě do poskytování péče dítěti. (Morgan, 2009)

Nedostatek profesionální kolaborace a vzdělání. Jedním z problémů dětské a neonatologické paliativní péče je právě nedostatek vzdělání ze stran zdravotníků a pracovníků, kteří se nezaměřují přímo na ni. Většina vzdělání v oblasti paliativní péče se totiž nezaměřuje na konec života malých dětí nebo novorozenců. Nemohou proto naplnit všechny potřeby umírajících dětí a jejich rodin. Z druhé strany i pro ně samotné může být smrt dítěte psychicky více náročná než péče o umírajícího dospělého, na kterou jsou ze své praxe již zvyklí. Důležité je také vzdělání v oblasti komunikace s truchlícími rodiči. Některé sestry uvádí, že se v takové situaci cítí nepříjemně a neví, jak plačící rodiče utišit a co říci, aby situaci ještě nezhoršily. (Morgan, 2009)

3.2 Syndrom vyhoření

Dle příručky pro primární prevenci mentálních, neurologických a psychosociálních poruch vydané světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1994) neexistuje jediná oficiálně přijatá definice syndromu vyhoření. Mnozí autoři se však shodují v rozdělení tohoto syndromu do tří dimenzí, které můžeme pozorovat u poskytovatelů péče zejména ve zdravotnictví. Jedná se o emocionální vyčerpání, depersonalizaci a útlum pocitu dosažení osobních úspěchů.

Kebza a Šolcová (2003) definují syndrom vyhoření takto: „*Jako burnout („vyhoření“ či „vyhasnutí“)* bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“ Co se rizika syndromu vyhoření dle profesí týče jsou lékaři a zdravotní sestry na prvních příčkách. Proto bude tomuto syndromu věnována celá podkapitola.

3.2.1 Projevy syndromu vyhoření

Vypuknutí samotného syndromu vyhoření dle Venglářové a Myšákové (2011) předchází několik varovných signálů. Jedním z nich může být pocit, že sestra nezvládá svou práci a začíná pochybovat o jejím smyslu. Na své okolí působí podrážděně, vypadá nervózní a nespokojená. Co se fyzických příznaků týče, přichází mezi prvními poruchy spánku, ztuhlost těla, bolesti hlavy nebo zad a případné kolísání tělesné hmotnosti.

Obecně se syndrom vyhoření projevuje v psychické úrovni, avšak v pokročilých fázích nelze vyloučit ani dopady na komplexní zdraví člověka. Projevy vyhoření můžeme rozdělit na tři oblasti: psychické, sociální a tělesné příznaky. (Venglářová, Myšáková, 2011).

Psychické příznaky. Mezi příznaky projevující se na psychice člověka můžeme zařadit ztrátu potěšení ze života, depresi, ztrátu empatie, nervozitu, výbušnost, netrpělivost, změny nálad, ztrátu nadšení do práce, ztrátu pocitu zodpovědnosti a výrazný pesimismus.

Příznaky v sociální oblasti. Negativní postoj k životu, sobě samému nebo práci. Bezohlednost, ironie a nezáměr o pacienty. Pasivní agresivita ve vztahu k lidem v blízkém okolí. Nekolegiální chování a konflikty. Ztráta přátel, omezení zájmů, izolace sebe sama.

Tělesné příznaky. Vyčerpání, bolesti hlavy, zad, celého těla, zažívací problémy, závislost na lécích, alkoholu nebo drogách nebo zvýšené riziko psychosomatických onemocnění. (Venglářová, Myšáková, 2011)

3.2.2 Prevence syndromu vyhoření

Získání odstupů a přiznání si svých slabin může být jedním ze způsobů, jak se chránit před syndromem vyhoření. Je nutné si přiznat, že je toho na člověka v dané chvíli moc. Místo přemáhání se k tomu jít dál, by si každý měl umět přiznat, že má právo na to nezvládat vše co je mu naloženo a brát věci s určitým odstupem. (Stock, 2010)

Portál nevyhasni (Nevyhasni z.s., © 2024), který se zabývá odhalováním a prevencí syndromu vyhoření radí tři základní oblasti, ve kterých se můžeme proti vyhoření bránit. První oblastí je **práce**. Je důležité si uvědomit, že jde stále opravdu „jen“ o zaměstnání. Pokud se v práci něco nepovede, neznamená to, že je vše ztraceno, ve stejný den se nám může podařit několik dalších věcí. Je třeba si stanovovat splnitelné cíle a nepřehlcovat se. Je dobré dávat si přestávky na odpočinek, pokud je to možné. Neměli bychom dělat několik věcí najednou, ale vše si rozvrhnout. Druhá oblast zahrnuje prevenci v oblasti **vztahů**. Komunikace je základ, pokud nás tíží smutek nebo negativní emoce svěřit se někomu

blízkému je nesmírně odlehčující pro naši psychiku. Je v pořádku, dokonce žádoucí, naučit se říkat ne a poprosit o pomoc. Třetí oblastí jsou pak **zájmy a odpočinek**. V rámci volného času jsou účinnou prevencí vyhoření zájmové aktivity a koníčky, kterým je dobré se alespoň chvíli věnovat každý den. Pravidelný spánek a odpočinek by měly být samozřejmé, i když syndrom vyhoření o něj může člověka na nějaký čas připravit. Z druhé strany je však pro lidskou psychiku ozdravný i pohyb a tělesná aktivita, po které by měla následovat vhodná dávka relaxu a regenerace.

3.2.3 Ohrožení začínajících sester

Venglářová a Myšáková (2011) se také věnují problematice mladých začínajících zdravotníků, kteří mohou být rizikovou skupinou pro projevy syndromu vyhoření. Tato rizika mohou spočívat v nízkém věku, ve kterém jsou studenti zdravotnických oborů a mladí zdravotníci vystavováni utrpení a smrti ve zdravotnických zařízeních. Ti se musí naučit vyrovnávat se s následky, které může mít poskytování péče trpícím a umírajícím lidem na jejich psychické zdraví. Jako rizikové faktory uvádí například neúplně vyzrálou osobnost mladých sester, riziko konfliktů rolí, pocity bezmoci, vysokou zodpovědnost v relativně nízkém věku, časovou náročnost práce a stres se kterým se váže pocit narušeného volného času nebo nepřetržitý kontakt s nemocnými.

3.3 Potřeby sester

Zdravotní sestry, které poskytují péči umírajícím pacientům by měly mít uspokojených několik psychických potřeb, díky kterým je možné vyvarovat se emočním potížím, které mohou přijít právě v souvislosti s péčí o umírající. Marková (2010) popisuje tyto potřeby a jejich důležitost.

Potřeba možnosti smutku. Při ztrátě člověka je smutek přirozenou reakcí. I přes to, že sestra neztrácí nikoho blízkého neznamena to, že není přirozené smutek cítit. Velikost této emoce se odvíjí od vztahu, který zdravotník s pacientem navázali během péče. Úmrtí pacienta a následný smutek pak může být velice obtížný právě pro mladé začínající sestry, které se se smrtí takto z blízka setkávají mnohdy poprvé. Nejen, že ztrácí pacienta, mohou také ztratit své ideály a představy, se kterými vstupovaly do zaměstnání, protože zjišťují, že ne každému pacientovi jde pomoci, že ne každý pacient může být zachráněn. Schopnost připustit si smutek ze ztráty a prožití těchto emocí pak sestřím umožňuje jít v životě dál

a moci se zaměřit na podporu rodiny a pozůstalých. Smutek by však měl mít své meze a neměli bychom dovolit, aby nás ochromil a zaslepil. (Marková, 2010)

Potřeba pláče. K prožívání smutku se váže také pláč. Ve zdravotnickém prostředí však může být vnímán jako neprofesionální a starší generace sester může mít tendence své mladší kolegyně od pláče odrazovat jako od něčeho nežádoucího a nevhodného. Naopak pro pacienta nebo pozůstalé může být pláč ze strany sestry, která o něj pečuje, známkou toho, že i ona je lidská bytost, která s jeho situací soucítí a nebere jej jen jako další „kus“ o který v rámci zaměstnání musí pečovat. (Marková, 2010)

Potřeba smyslu. Každý člověk vyhledává smysl v tom, co dělá. Sestry jej mohou vidět třeba v tom, když pacient po náročné nemoci nebo operaci odchází zdrav domů. To se ovšem v paliativní péči téměř nestává, ale i přes to v ní tento smysl a zadostiučinění najít lze. Důležité je si uvědomit váhu času, který pacient před smrtí má. Právě díky sestřím v paliativních týmech může být tento čas zkvalitněný a plnohodnotný. Proto se i v paliativní péči můžeme pak setkat s návratem pozůstalých, kteří přijdou poděkovat za pomoc v těžkých časech. (Marková, 2010)

Potřeba mnohotvárnosti života. Lidé poskytující paliativní péči by měli prožívat svůj život se všemi bohatstvími, který přináší. Vnímat krásu kolem sebe, umění, přírodu, lásku, radosti s rodinou a přáteli. Důležitá je vděčnost za vlastní zdraví a zdraví svých blízkých. A tento vděk a lásku je pak možné přenést do péče o umírající a jejich rodiny. (Marková, 2010)

3.4 Podpora sester

V rámci výkonu ošetrovatelské práce je několik způsobů, kterými je možno sestry během jejich kariéry podporovat. Tato podkapitola je zaměřena na dva z nich. Jedním je metoda focusingu, kde si sestra „pomáhá sama“. Druhou metodou je supervize, kde pomoc přichází od jiného člověka nebo týmu.

3.4.1 Focusing

Dle Špirudové (2015) je focusing metoda, která slouží k propojení těla a mysli. Každý jedinec, který tuto metodu užívá se snaží navázat svou mysl a pocity v souladu se svým tělem. Tato technika je velmi jednoduchá a může ji provádět téměř každý, bez větších příprav, kdykoliv během dne. Samotný focusing se provádí v šesti jednoduchých krocích: uvědomění si vlastního těla, sledování tělesných pocitů, pojmenování pocitů a vybavování

vzpomínek k nim, uvědomění si přechodů vědomí mezi tělem a myslí, zpřítomnění tělesného pocitu a vědomé zpracování všeho, co se během cvičení dělo.

3.4.2 Supervize

„Supervize je proces, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků či jednotlivců. Proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí.“ (Venglářová, Dynáková, Holeček, 2013) Během supervize je možné zhodnotit zpětně prožitou pracovní situaci. Tím můžeme rozumět práci na obtížném případě, mimořádnou událost, se kterou se běžně sestra neseťkává, ale také spolupráci v rámci ošetrovatelského nebo paliativního týmu. Supervizor nabízí své zkušenosti a poznatky z pozice nezúčastněného pozorovatele a pomáhá se zhodnocením situace. Nemluvíme však o žádné formě hodnocení. Výstupem supervize může být třeba doporučení k dalšímu vzdělání v posuzované oblasti nebo rozbor kazuistiky, kde si sám jedinec, který supervizi podstupuje může v klidu znovu promyslet postup, který by mohl použít příště, až se dostane do podobné situace. (Venglářová, Dynáková, Holeček, 2013)

Supervizi můžeme rozdělit na **skupinovou** a **individuální**. Individuální supervize probíhá pouze mezi supervizorem a jediným pracovníkem. Je důležité zaměřit se pouze na pracovní záležitosti a nesklouznout do psychoterapie, což by měl být supervizorův úkol. Ke skupinové supervizi se schází celý ošetrovatelský tým, který reflektuje danou situaci. Výhodou skupinové supervize může být fakt, že v rámci skupiny nefiguruje jeden nadřazený supervizor a všichni účastníci jsou si rovni. (Venglářová, Dynáková, Holeček, 2013)

Autovize nebo autosupervize je méně popisovaným druhem supervize, kdy se sám pracovník zamýšlí nad svými postupy a hodnotí sám sebe. Autovize se skládá ze dvou částí. Sebezpozorování, co sestra řekla, jak na to pacient zareagoval, zkrátka zpětný pohled na situaci. Druhou fází je pak sebehodnocení, kdy sám pracovník zhodnotí, jak postupoval a jaký z jeho postupu vzešel výsledek. (Venglářová, Dynáková, Holeček, 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. „*Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, měřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým počtem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod.*“ (Kutnohorská, 2009)

Pro sběr dat byl využit nestandardizovaný dotazník vytvořen autorkou práce. „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. Někdy se ve stejném významu jako dotazník užívá termínu anketa.*“ (Chráska, 2016)

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit psychologické dopady paliativní péče v neonatologii na nelékařské zdravotníky do ní zapojené. Z výsledků bude vytvořen náhled na to, jakým způsobem práce v oblasti paliativní péče v neonatologii ovlivňuje psychiku nelékařských členů paliativních týmů, a to jak pozitivně či negativně.

4.2 Výzkumné problémy a stanovení hypotéz

Na podkladu hlavního cíle práce bylo stanoveno následujících 5 hypotéz.

Hypotéza č. 1

Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii dokáží zcela oddělit pracovní a osobní život.

Hypotéza č. 2

Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii necítí potřebu využívat při výkonu své práce pomoci psychologa nabízeného v rámci jejich pracoviště.

Hypotéza č. 3

Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii pociťují emoce vyčerpání při péči o umírajícího novorozence.

Hypotéza č. 4

Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii mají při péči o umírajícího novorozence pocity marnosti nebo beznaděje.

Hypotéza č. 5

Záchrana života, úzdrava nebo zlepšení prognózy u nezralých nebo nemocných novorozenců dokáže vyvážit u nelékařských zdravotníků zapojených do paliativní péče v neonatologii negativní pocity s touto péčí spojených.

4.3 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen nelékařskými zdravotníky zapojenými do paliativní péče v neonatologii, kteří pracují v perinatologických centrech III. stupně na Moravě a ve Slezsku.

4.4 Metoda sběru dat

V rámci této bakalářské práce bylo přistoupeno ke kvantitativnímu výzkumu. Pro získání dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který byl mezi respondenty roznesen v tištěné formě. Pro vyplnění dotazníku byly osloveny vedoucí osoby příslušných oddělení ve vybraných porodnicích. Dotazníky byly osobně přivezeny a dále i vyzvednuty autorkou této práce.

Celkem bylo rozneseno 130 dotazníků, přičemž navráčeno bylo vyplněných dotazníků 89 to znamená 68,5 %. Vzor dotazníku je přiložen v příloze na konci práce. (Příloha P I)

4.5 Předvýzkum a metoda zpracování dat

Předvýzkum byl realizován v Olomouckém kraji u celkem 4 respondentů z oblasti paliativní péče v neonatologii. Těmto osobám byl předložen dotazník k vyplnění, následně byla jeho srozumitelnost s těmito respondenty konzultována. Na základě zjištěných informací byla otázka č. 7 rozšířena o možnost j) jiné.

Dotazníkové šetření bylo prováděno od února do poloviny dubna 2024. Data byla vyhodnocována postupným rozbořením jednotlivých otázek, které byly dále rozpracovány do grafů a tabulek. Na úvod dotazníku byly položeny položky týkající se demografických údajů jako je pohlaví a věk respondentů. Ve střední části dotazníku je pak položeno 12 uzavřených/polouzavřených otázek a 3 položky otevřené, zaměřujících se na psychické dopady paliativní péče v neonatologii na nelékařské zdravotníky do ní zapojené.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu dat získaných během výzkumného šetření, tedy analýzu odpovědí z navrácených dotazníků. Ve druhé části se věnujeme doporučení pro praxi v oblasti psychiky nelékařských zdravotníků poskytujících paliativní péči v neonatologii.

5.1 Výsledky výzkumného šetření

Položka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Úvod dotazníku je zaměřen na rozdělení respondentů dle pohlaví. Předpokladem bylo větší zastoupení žen, jelikož v oblasti nelékařských zdravotníků ženy většinou převládají.

Tabulka 1

Pohlaví	Četnost	
	absolutní	relativní
Ženy	87	98,7 %
Muži	2	2,2 %
Σ	89	100 %

Položka č. 2 Kolik je Vám let?

Druhá položka je zaměřena na věk respondentů. Odpovědi byly rozděleny do čtyř kategorií a to 24-30 let, 31-40 let, 41-50 let a 51 a více let.

Tabulka 2

Věk	Četnost	
	absolutní	relativní
24-30 let	16	18 %
31-40 let	24	26,9 %
41-50 let	38	42,7
51 a více let	11	12,4 %

Σ	89	100 %
----------	-----------	--------------

Z odpovědí vyplývá, že největší zastoupení v tomto šetření mají respondenti ve věku 41-50 let (42,7 %) a nejméně zastoupenou kategorií jsou respondenti ve věku 51 a více let (12,4 %).

Položka č. 3 Naplňuje Vás výkon Vaší práce?

Třetí položka byla strukturována jako uzavřená s jedinou možnou odpovědí. Jeden z respondentů označil odpovědi dvě (a to c/d) a proto byl v hodnocení této položky vyřazen.

Tabulka 3

Naplnění prací	Četnost	
	absolutní	relativní
Zcela naplnění	56	63,6 %
Částečně naplnění, ale chtějí změnu stereotypů	21	23,9 %
Částečně naplnění, ale cítí změnu svého přístupu	6	6,8 %
Naplnění, ale uvažují o změně prostředí	5	5,7 %
Σ	88	100 %

Nejčetnější odpovědí bylo absolutní naplnění prací (63,6 %), následovalo částečné naplnění prací, přičemž by respondenti rádi změnili některé zavedené stereotypy (23,9 %), na třetím místě byla odpověď částečného naplnění prací, přičemž respondenti vidí změnu ve svém přístupu (6,8 %) a nejméně se objevovala odpověď, u které respondenti i přes to, že je práce naplňuje chtějí změnit pracovní prostředí (5,7 %).

Položka č. 4 Dokážete zcela oddělit pracovní a osobní život (ve smyslu emocí a pocitů nabytých při péči o umírajícího novorozence)?

Čtvrtá položka se zaměřuje na schopnost respondentů oddělit jejich osobní život od pracovního, a to ve smyslu odrazu negativních nebo pozitivních pracovních emocí na jejich osobní životy a na osoby v blízkém okolí.

Tabulka 4

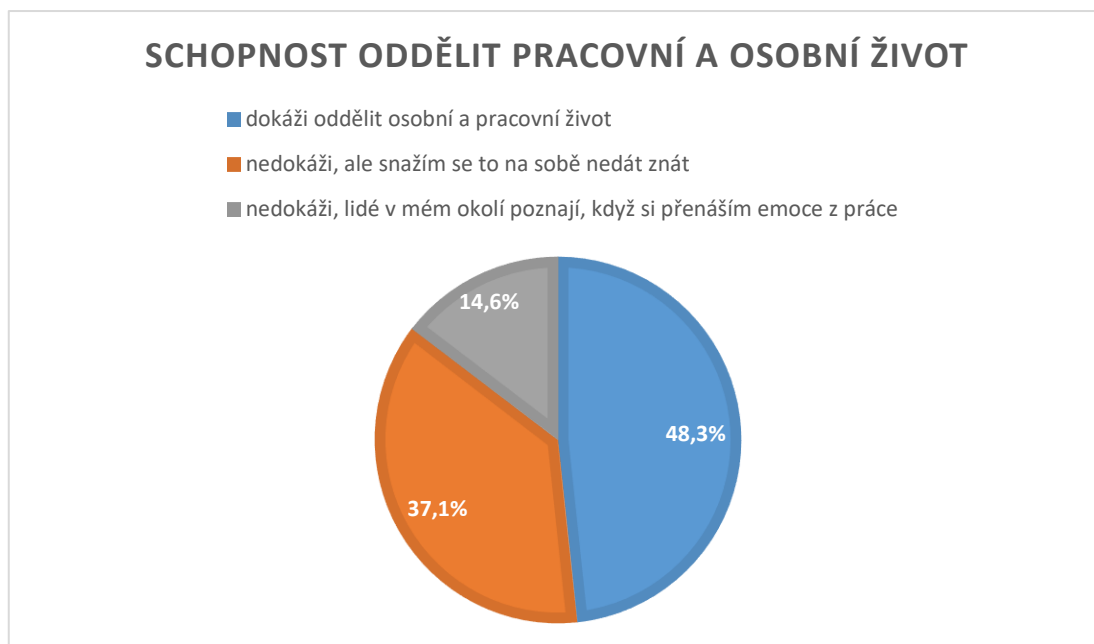
Schopnost oddělit pracovní život od osobního	Četnost	
	absolutní	relativní
Dokáží oddělit osobní a pracovní život	43	48,3 %
Nedokáží, ale snažím se to na sobě nedat znát	33	37,1 %
Nedokáží, lidé v mém okolí poznají, když si přenáším emoce z práce	13	14,6 %
Σ	89	100 %

Ze zjištěných dat vyplývá, že většina respondentů dokáže zcela oddělit svůj osobní život od pracovního (48,3 %) a pouze malé procento (14,3 %) respondentů na sobě dá znát emoce přenesené z pracovního prostředí do prostředí osobního života.

H1: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii dokáží zcela oddělit pracovní a osobní život.

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení mají respondenti, kteří dokáží zcela oddělit svůj osobní život od emocí, které si přenáší z práce 48,3 %, druhou nejhojnější skupinou jsou respondenti, kteří cítí, že pracovní život od osobního nedokáží zcela oddělit, ale snaží se, aby na sobě nedali nic znát 37,1 %. Nejméně četnou skupinou jsou pak respondenti, na kterých jejich okolí pozná, že si do osobního života přenáší emoce z práce 14,6 %. Celkem 51,7 % tedy nedokáže zcela oddělit svůj osobní život od pracovního.

Graf 1



Závěr H1: na základě zjištěných údajů **nebyla prokázána správnost H1.**

Položka č. 5 Ovlivňují emoce, které si nesete z práce Váš osobní život?

Následující položka se zabývá otázkou působení emocí nesených z pracovního prostředí na život respondentů. Zejména na rozlišení působení pozitivního nebo negativního.

Tabulka 5

Ovlivnění osobního života emocemi z pracovního prostředí	Četnost	
	absolutní	relativní
Negativní ovlivnění mě i mé rodiny	8	9 %
Negativní ovlivnění pouze mě	20	22,5 %
Pozitivní ovlivnění	37	41,5 %
Pracovní emoce osobní život neovlivňují	24	27 %
Σ	89	100 %

Z výše uvedených dat můžeme říci, že ve většině případů emoce přenášené z pracovního prostředí ovlivňují respondenty pozitivně (41,5 %). Konkrétně, že si pak více váží toho, co mají. Na druhém místě stojí ovlivnění v negativním slova smyslu, které se však týká pouze respondenta samotného (22,5 %). Třetí místo zaujímá skupina respondentů, která nepocituje žádné ovlivnění (27 %). Nejmenší skupinu tvoří respondenti, kteří pocítují, že jejich pracovní emoce negativně ovlivňují, jak je, tak i jejich rodiny (9 %).

Položka č. 6 Využil/a jste někdy pomoci psychologa nabízené v rámci Vašeho pracoviště?

6. položka popisuje, kolik respondentů využilo, využívá nebo uvažuje o využití pomoci psychologa, který by měl být nabízen v rámci jejich pracoviště.

Tabulka 6

Využití pomoci psychologa v rámci pracoviště	Četnost	
	absolutní	relativní
Jednorázově	3	3,4 %
Pravidelně	6	6,7 %
Uvažuji o ní	9	10,1 %
Nemyslím, že ji potřebuji	67	75,3 %
Takovou možnost mé pracoviště nenabízí	4	4,5 %
Σ	89	100 %

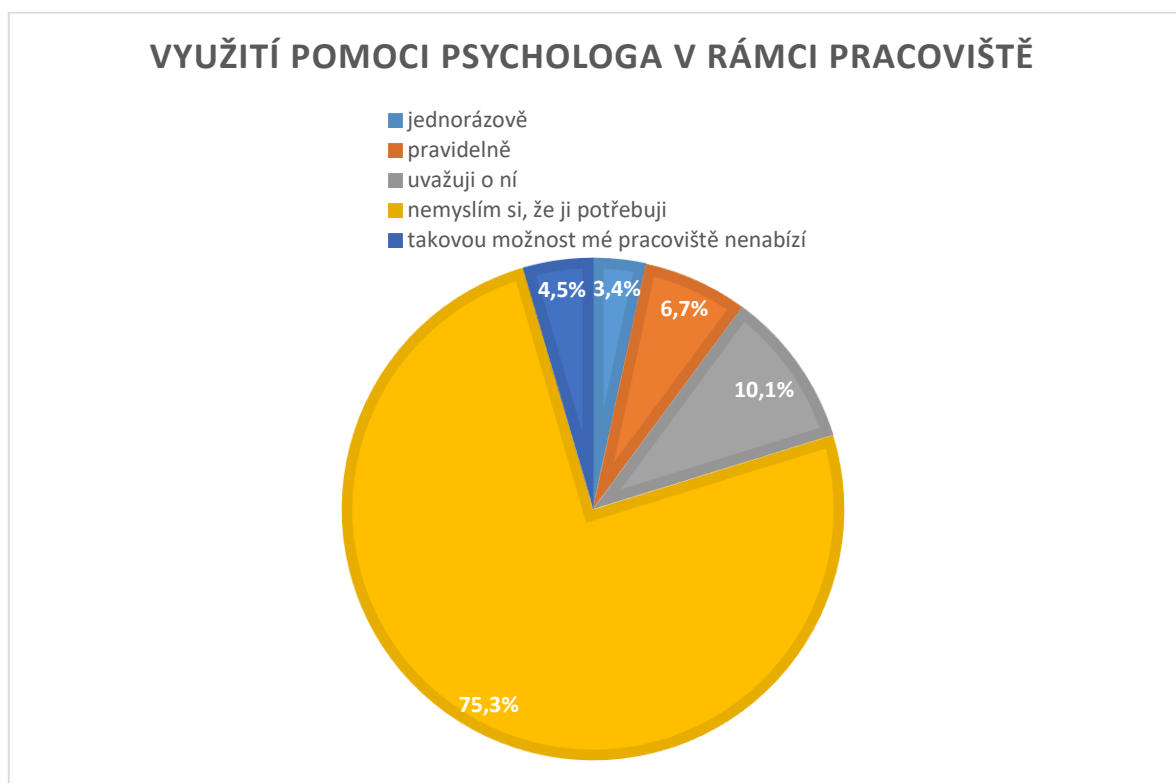
Ve většině případů respondenti odpověděli, že nepocítují potřebu využít psychologické pomoci (75,3 %). Druhá nejpočetnější skupina o využití pomoci psychologa uvažuje (10,1 %), třetí skupina pak využívá sezení u psychologa pravidelně (6,7 %). Tři respondenti uvádí, že psychologickou pomoc využili jednorázově (3,4 %). A pouze 4 respondenti uvedli, že takovou možnost v rámci svého pracoviště nemají (4,5 %).

Jeden z respondentů pak uvádí, že nevyužívá psychologické pomoci nabízené v rámci pracoviště, ale pravidelně dochází ke svému osobnímu psychologovi.

H2: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii necítí potřebu využívat při výkonu své práce pomoci psychologa nabízeného v rámci jejich pracoviště.

Dle tabulky můžeme říci, že většina respondentů nepotřebuje psychologickou pomoc při výkonu paliativní péče v neonatologii 75,3 %. 6,7 % nelékařských pracovníků, kteří jsou součástí paliativních týmů využívá psychologických konzultací pravidelně a 3,4 % ji využili pouze jednou. O využití psychologické pomoci uvažuje 10,1 % respondentů. 4,5 % respondentů pak nemají možnost psychologa využít, protože takovou možnost jejich pracoviště nenabízí.

Graf 2



Závěr H2: na základě zjištěných údajů **byla prokázána správnost H2.**

Položka č. 7 Využíváte ve svém volném čase některé metody psychohygieny, pokud ano které?

V této položce bylo možno vybrat z několika odpovědí a zaměřuje se na to, jakým způsobem respondenti pečují ve svém volném čase o svoje duševní zdraví a wellbeing.

Tabulka 7

Metody psychohygieny	četnost	
	absolutní	relativní
Sportovní aktivity	65	17,1 %
Pobyt v přírodě	79	20,8 %
Četba	53	13,9 %
Čas s přáteli	56	14,7 %
Mazlíčci	39	10,3 %
Kultura	42	11,1 %
Meditace/ jóga	20	5,3 %
Umění	16	4,2 %
Terapie	2	0,5 %
Jiné	8	2,1 %
Nepraktikuji psychohygienu	0	0 %
Σ	380	100 %

Z tabulky vyplývá, že nejpoužívanější metodou psychohygieny je mezi respondenty pobyt v přírodě (20,8 %). Dále následují sportovní aktivity (17,1 %), čas s přáteli (14,7 %), četba (13,9 %), kultura (11,1 %), mazlíčci (10,3 %), meditace/jóga (5,3 %), umění (4,2 %) a terapie (0,5 %). žádný z respondentů pak neuvádí možnost nevyužití jakékoliv z metod psychohygieny.

8 respondentů využilo možnosti uvést vlastní možnosti psychohygieny (2,1 %). Šlo především o: seriály, čas pro sebe, tanec, vizualizace, aromaterapie, mentoring, tvořivá činnost, wellnes pobyty, duchovní život, rodina, práce v zahradě, cestování a pečení.

Položka č. 8 Pokud jste v předchozí položce (otázce) vybral/a možnost k. Ne, psychohygienu nepracikuj, proč?

Jelikož žádný z respondentů v předchozí položce možnost k neoznačil, není tedy ani k této položce přiřazena žádná odpověď. Můžeme z toho tedy usoudit, že všichni dotazovaní se nějakým způsobem pomocí technik psychohygieny starají o své psychické zdraví.

Položka č. 9 Máte ve svém okolí někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity?

Devátá položka je zaměřena na to, jestli se respondenti někomu svěřují se svými pocity, které nabývají v rámci práce.

Původně byla položka koncipována jako uzavřená s možností označit jednu odpověď, ale jelikož velké množství respondentů označilo možností více, bude vyhodnocena jako položka s možností označit vícero možností.

Tabulka 8

Osoba, které se svěřit s pocity z práce	Četnost	
	absolutní	relativní
Kolega/kolegyně	43	35,2 %
Supervizor	17	13,9 %
Rodina a přátelé	58	47,5 %
Nesvěřuji se	4	3,4 %
Σ	122	100 %

Z odpovědí v 9. položce vyplývá, že se respondenti nejčastěji se svými pocity svěřují rodině a přátelům (47,5 %). Dále jsou to kolegové a kolegyně (35,2 %), supervizor (13,9 %) a nejméně respondentů uvedlo, že se se svými pocity z pracovního prostředí nikomu nesvěřuje (3,4 %).

Položka č. 10 Cítíte vzájemnou oporu v pracovním kolektivu?

Položka č. 10 se zaměřuje na míru opory v rámci paliativního týmu na daném pracovišti.

Otázka byla opět koncipována jako uzavřená s možností označit jen jednu odpověď. Někteří respondenti označili odpovědi více, ale díky specifikaci možností bylo možno jejich dvojí označení sloučit do jednoho, proto není otázka nijak dále modifikována a je vyhodnocena jako uzavřená s jednou možností označení.

Tabulka 9

Opora v pracovním kolektivu	Četnost	
	absolutní	relativní
Vzájemná podpora v rámci pracoviště	24	27 %
Vzájemná podpora i mimo pracoviště	18	20,2 %
Podpora jen s některými z kolegů	43	48,3 %
Emoční podpora na individuální bázi	4	4,5 %
Σ	89	100 %

Z 10. položky je možno usoudit, že největší procento respondentů pocituje vzájemnou podporu pouze od některých z kolegů (48,3 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří ti, kteří se podporují vzájemně s kolegy na půdě pracoviště (27 %). Menší část dotazovaných, pak tvoří respondenti, kteří pocítují vzájemnou oporu od kolegů i mimo práci (20,2 %). Nejmenší skupina se pak skládá z těch, kteří řeší emocionální oporu na individuální bázi (4,5 %).

Položka č. 11 Pocítujete emocionální vyčerpanost při péči o umírajícího novorozence?

Následující položka se zabývá mírou emocionálního vyčerpání poskytovatelů paliativní péče v neonatologii a případné adaptaci na míru zátěže spojenou s poskytováním této péče.

Tabulka 10

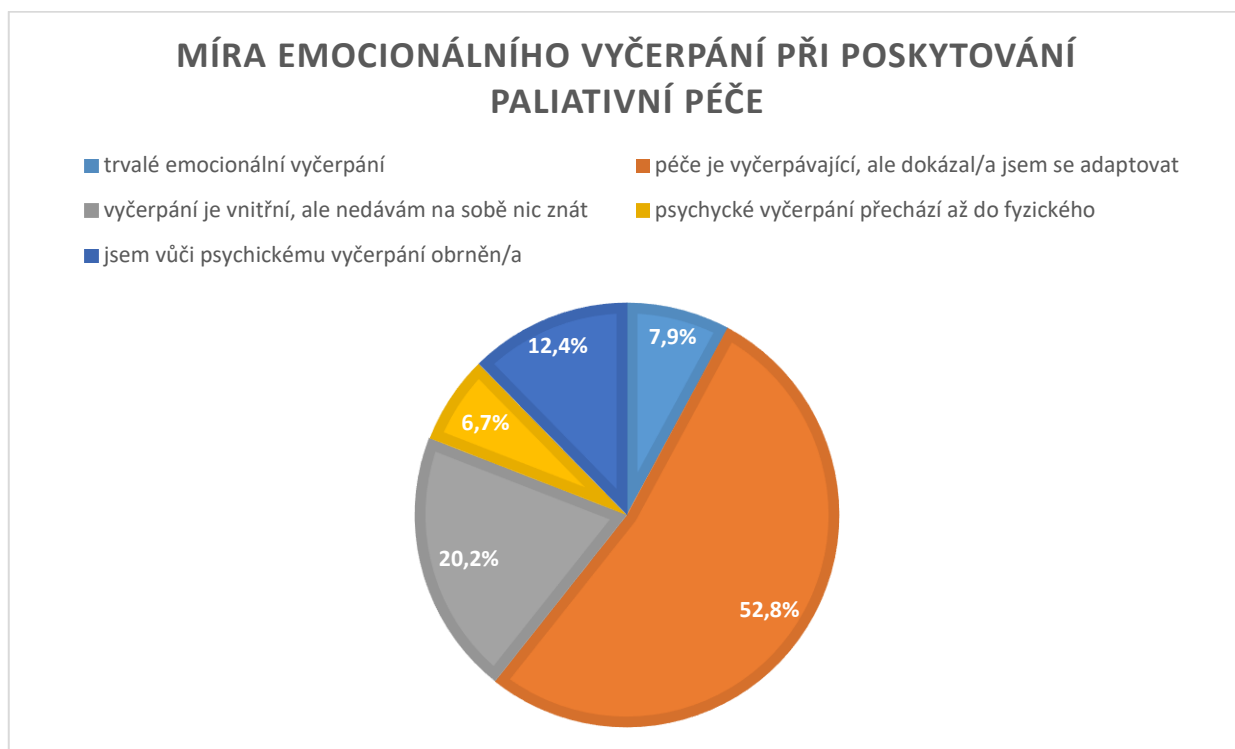
Míra emocionálního vyčerpání při poskytování paliativní péče	četnost	
	absolutní	relativní
Trvalé emocionální vyčerpání	7	7,9 %
Péče je vyčerpávající, ale dokázal/a jsem se adaptovat	47	52,8 %
Vyčerpání je vnitřní, ale nedávám na sobě nic znát	18	20,2 %
Psychické vyčerpání přechází až do fyzického	6	6,7 %
Jsem vůči psychickému vyčerpání obrněn/a	11	12,4 %
Σ	89	100 %

Z výše uvedených dat je jasné, že více než polovina nelékařských zdravotníků zapojených do paliativní péče v neonatologii pociťuje emocionální vyčerpání, ale postupem času byli schopni se na ni adaptovat (52,8 %). Velkou část dotazovaných také tvoří ti, kteří vyčerpání pociťují, ale snaží se jej skrývat (20,2 %). 11 respondentů uvedlo, že se cítí být vůči psychickému vyčerpání obrněni (12,4 %). Trvale a zcela emočně vyčerpaných se pak dle tabulky cítí 7 tázaných (7,9 %). Nejtěžší formu psychického vyčerpání a to takovou, která přechází do vyčerpání fyzického pociťuje 6 respondentů (6,7 %).

H3: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii pociťují emoce vyčerpání při péči o umírajícího novorozence.

Podle tabulky je patrné, že většina tázaných pociťuje emocionální vyčerpání, ale časem se na něj dokázali adaptovat 52,8 %. Ti, kteří se neadaptovali a vyčerpání pociťují se jej snaží buď skrývat před okolím 20,2 %, nebo v 7,9 % jej ani neskrývají a cítí se trvale a zcela emočně vyčerpaní. U 6,7 % pak vyčerpání přechází až k fyzickým příznakům. 12,4 % tázaných pak tvrdí, že jsou vůči psychickému vyčerpání obrněni a nepociťují jej.

Graf 3



Závěr H3: na základě zjištěných údajů **byla potvrzena správnost H3.**

Položka č. 12 Pozorujete na sobě některé ze známek syndromu vyhoření, pokud ano, které to jsou?

Ve 12. položce bylo možno označit více odpovědí a zaměřuje se na oblast syndromu vyhoření. Konkrétně jestli sami respondenti na sobě pozorují některé jeho příznaky nebo mají pocit, že žádný z uvedených příznaků se jich netýká.

Tabulka 11

Příznaky syndromu vyhoření	Četnost	
	absolutní	relativní
Celkové vyčerpání	11	9,7 %
Redukce kreativity	13	11,5 %
Depresivní ladění	6	5,3 %
Pocity postradatelnosti	4	3,5 %
Negativismus, cynismus	7	6,2 %

Sebelítost	4	3,5 %
Apatie	0	0 %
Poruchy spánku	21	18,6 %
Celková tenze	4	3,5 %
Tendence redukovat kontakt s klienty, kolegy	3	2,7 %
Nechuť k profesi	2	1,9 %
Žádné příznaky nepocit'uji	38	33,6 %
Σ	113	100 %

Výsledek 12. položky je vcelku pozitivní, jelikož největší množství respondentů uvedlo, že na sobě nepocit'ují žádné příznaky syndromu vyhoření (33,6 %). Dále můžeme nejčastěji pozorované příznaky syndromu vyhoření u poskytovatelů paliativní péče seřadit následovně: poruchy spánku (18,6 %), redukce kreativity (11,5 %), celkové vyčerpání (9,7 %), negativismus, cynismus (6,2 %), depresivní ladění (5,3 %), se stejným počtem respondentů pocity vlastní postradatelnosti, sebelítost a celková tenze (3,5 %), dále tendence redukovat kontakt s klienty, kolegy (2,7 %) a nakonec nechuť k profesi (1,9 %). Nikdo z dotazovaných respondentů nevybral možnost apatie (0 %).

Položka č. 13 Míváte při péči o umírajícího novorozence pocity marnosti nebo beznaděje? (Opravdu děláme vše, co je v našich silách? Vyzkoušeli jsme všechny dostupné možnosti?)

Další položka se zaměřuje na pocity, které mohou zdravotníci v paliativní péči v neonatologii zažívat. Konkrétně se jedná o pocity marnosti a beznaděje. Otázka se také zaměřila na okolnosti, které mohou přítomnost těchto pocitů ovlivnit. Ve dvou případech respondenti označili dvě z možností, z důvodu jejich specifikace byly tyto odpovědi vyhodnoceny jako by byla označena právě jedna.

Tabulka 12

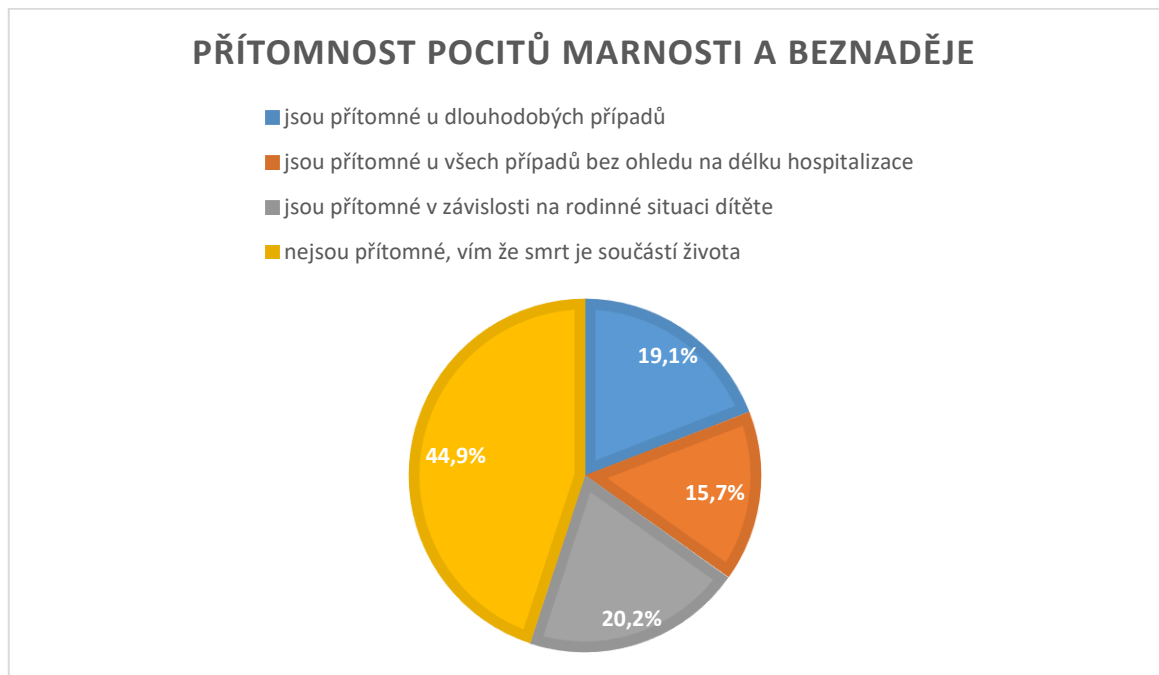
Přítomnost pocitů marnosti a beznaděje	Četnost	
	absolutní	relativní
Ano, jsou přítomné u dlouhodobých případů	17	19,2 %
Ano, jsou přítomné u všech případů bez ohledu na délku hospitalizace	14	15,7 %
Ano, jsou přítomné v závislosti na rodinné situaci dítěte/reakci rodičů	18	20,2 %
Nepocit'uji je, vím že smrt je součástí života	40	44,9 %
Σ	89	100 %

Z výše uvedených dat vyplývá, že se většina dotázaných poskytovatelů paliativní péče v neonatologii snaží se smrtí srovnat jako se součástí života (44,9 %). Druhou početnou skupinu tvoří respondenti, kteří pocit'ují pocity beznaděje a marnosti, ovšem v závislosti na rodinné situaci dítěte a reakci a navázání vztahu s rodiči (20,2 %). Dále respondenti uvedli, že tyto negativní pocity pocit'ují u případů, kdy se jedná o dlouhodobější hospitalizaci (19,2 %), ale část dotazovaných uvádí, že tyto pocity se u nich dostavují ve všech případech, bez ohledu na délku hospitalizace dítěte (15,7 %).

H4: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii mají při péči o umírajícího novorozence pocity marnosti nebo beznaděje.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že velká část dotazovaných se při výkonu své práce nepotýká s negativními pocity beznaděje a marnosti, protože se snaží brát smrt jakou součást života 44,9 %. U zbylých respondentů, kteří však tvoří větší část dotazovaných, se tyto pocity objevují, avšak závisí na několika faktorech, jako například délka hospitalizace dítěte, rodinná situace nebo reakce a vztah navázaný s rodiči.

Graf 4



Závěr H4: na základě zjištěných údajů byla prokázána správnost H4.

Položka č. 14 Dokáže záchrana života, uzdrava nebo zlepšení prognózy u nezralých nebo nemocných novorozenců vyvážit negativní pocity z péče o umírajícího novorozence?

Položka číslo 14 se zabývá tím, jestli je možné, aby jakýsi „dobrý konec“ péče o nezralého nebo nemocného novorozence (záchrana života, uzdrava nebo zlepšení prognózy) mohl vyvážit negativní emoce, které si zdravotníci nesou z případů, které svou podstatou nepovedou ke zlepšení zdravotního stavu nebo k přežití novorozence.

Tabulka 13

Schopnost záchrany života nebo zlepšení prognózy u jednoho novorozence vyvážit negativní pocity z péče o umírajícího novorozence	Četnost	
	absolutní	relativní
Vždy jsem díky tomu vnitřně spokojen/a	28	31,5 %

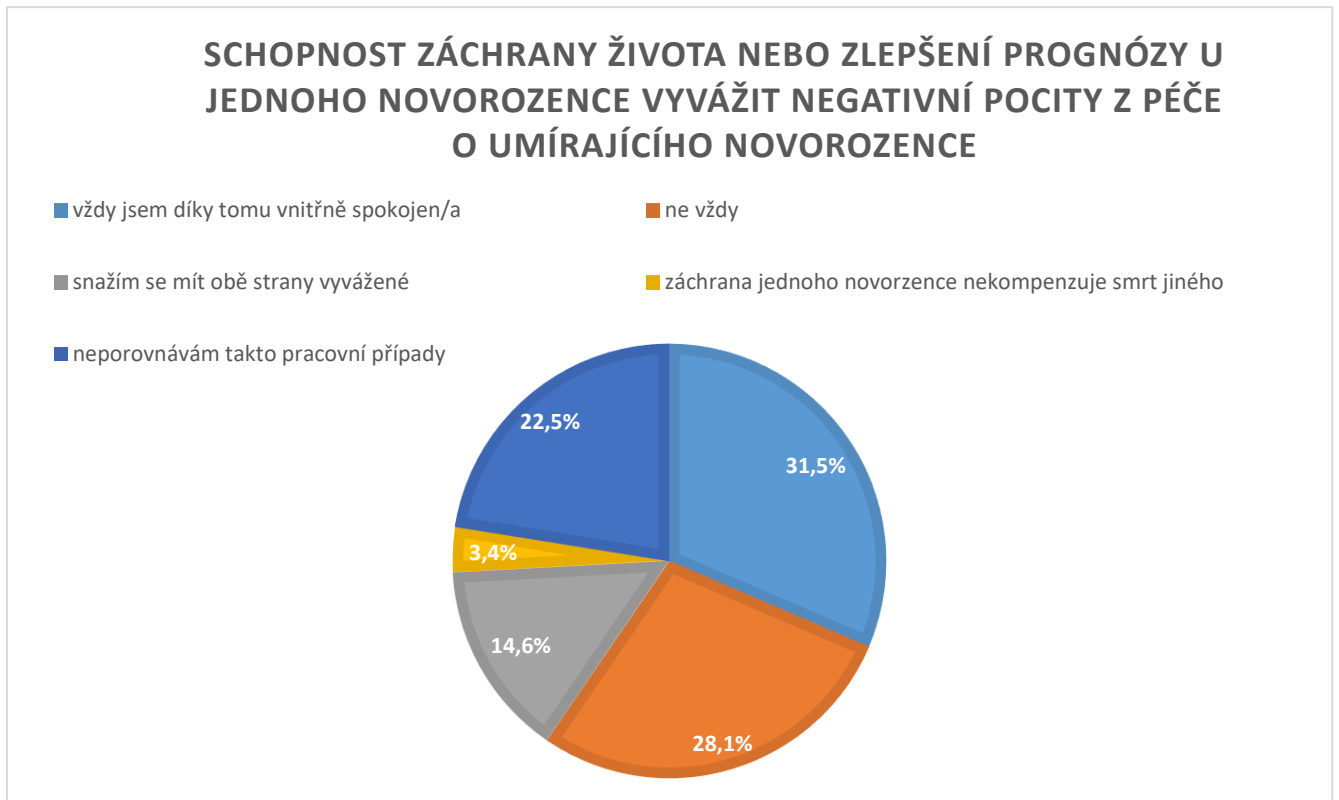
Ne vždy	25	28,1 %
Snažím se mít obě strany vyvážené	13	14,6 %
Záchrana jednoho novorozence nekompenzuje smrt jiného	3	3,4 %
Neporovnávám takto pracovní případy	20	22,5 %
Σ	89	100 %

Z dat zjištěných v položce číslo 14 vyplývá, že většina respondentů se cítí vnitřně spokojeně a jsou pozitivně naladěni, pokud se podaří zachránit některého z hospitalizovaných novorozenců. Větší část z nich tyto pozitivní pocity cítí vždy (31,5 %) druhá část této skupiny pozitivní naladění pociťuje pouze u některých případů (28,1 %). 13 respondentů uvedlo, že se snaží mít v sobě všechny případy vyvážené špatné je nevyčerpají a dobré nenabíjí, berou to jako součást práce (14,6 %). U třech respondentů záchrana jednoho novorozence nevykompenzuje úmrtí jiného (3,4 %). A 20 respondentů uvedlo, že případy tímto způsobem neporovnává (22,5 %).

H5: Záchrana života, údrava nebo zlepšení prognózy u nezralých nebo nemocných novorozenců dokáže vyvážit u nelékařských zdravotníků zapojených do paliativní péče v neonatologii negativní pocity s touto péčí spojených.

Z tabulky vyplývá, že 59,6 % respondentů pociťuje pozitivní naladění a spokojenost při záchraně hospitalizovaného novorozence a považují to za jakousi psychickou kompenzaci péče o umírajícího novorozence. Konkrétně 31,5 % tázaných se tak cítí vždy a 28,1 % pouze u některých případů. 22,5 % dotázaných pracovní případy neporovnává, 14,6 % necítí vliv vývoje zdravotního stavu novorozence na svoji psychiku a u 3,4 % respondentů záchrana jednoho novorozence nedokáže vykompenzovat úmrtí jiného.

Graf 5



Závěr H5: na základě zjištěných údajů byla prokázána správnost H5.

Položka č. 15 jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence?

Tato položka byla koncipována jako otevřená, kde respondenti zapsali kolik let pracují s umírajícími novorozenci. To tedy neznamená pouze jednotku intenzivní a resuscitační péče pro novorozence, ale také jednotky intermediální péče. Pro vyhodnocení této položky respondenti z NJIP a intermediálních oddělení rozdělení nebudou. Z uvedených údajů byly pro přehlednost vytvořeny čtyři kategorie. A to méně než jeden rok, jeden rok až 10 let, 11 až 20 let a 21 a více let.

Délka práce s umírajícími novorozenci	Četnost	
	absolutní	relativní
Méně než 1 rok	6	6,7 %
1 rok až 10 let	47	52,8 %

11 až 20 let	19	21,4 %
21 a více let	17	19,1 %
Σ	89	100 %

Dle výše uvedeného největší skupinu dotazovaných respondentů tvoří zdravotníci, kteří se v oblasti paliativní péče v neonatologii pohybují v rozmezí od jednoho roku do deseti let (52,8 %). Podobně jsou na tom skupiny 11 až 20 let (21,4 %) a 21 a více let (19,1 %). Nejmenší zastoupení pak mají zdravotníci, kteří paliativní péči v neonatologii poskytují méně než 1 rok (6,7 %).

Položka č. 16 Pociťujete na sobě postupem času změnu přístupu k péči o umírající novorozence?

Následující položka se zaměřuje na fakt, jestli se přístup k některým věcem v péči o umírající novorozence postupem času u respondentů mění. A to jak k lepšímu nebo k horšímu třeba ve smyslu vyrovnání se se smrtí novorozence nebo jestli jejich přístup a způsob vyrovnání se s náročností této práce zůstává stejný.

Tabulka 14

Změna přístupu k péči o umírajícího novorozence	Četnost	
	absolutní	relevantní
Postupem času se se smrtí lépe vyrovnávám	49	55,1 %
Postupem času se se smrtí srovnávám obtížněji	4	4,5 %
Změna přišla po tom, co jsem měl/a vlastní děti	9	10,1 %
Se smrtí novorozence se srovnávám stejně jako na začátku	27	30,3
Σ	89	100 %

Výsledky položky č. 16 ukazují, že více než polovina respondentů se dokáže se smrtí novorozence po nějakém čas vyrovnávat lépe (55,1 %). Pouze 4 dotazovaní naopak smrt snášejí hůře než dříve (4,5 %). U 27 respondentů se nedostavila změna žádná a smrt novorozence vnímají stejně jako na začátku (30,3 %). 9 respondentů pak uvedlo, že změna v jejich přístupu nastala v době, kdy měli své vlastní děti (10,1 %).

Položka č 17 Pokud jste v předchozí položce označili možnost c. *Ano, změna přišla po tom, co jsem měl/a vlastní děti, v čem spočívala?*

Poslední položka byla určena pouze pro ty respondenty, kteří označili, že na sobě pocítují změnu v přístupu k paliativní péči v neonatologii od doby, kdy se jim narodily jejich vlastní děti. Otázka byla koncipována jako otevřená a respondenti mohli vypsát v čem změnu pozorují nebo jakým způsobem se projevila. Celkem se do této otázky zapojilo respondentů 9 přičemž jeden z respondentů, který označil odpověď c. v předchozí otázce tuto otázku nevyplnil. Jeden z respondentů se naopak do této otázky zapojil i přes to, že možnost c. v předchozí otázce neoznačil, tato odpověď bude postavena zvlášť. Níže jsou tedy vypsány všechny odpovědi přesně tak jak je respondenti uvedli.

„Víc to prožívám, přenáším si to na sebe“

„Více si dokážu představit pocity ztráty z pohledu matky“

„Po vlastní zkušenosti vím, jak se rodiče cítí a co doopravdy mohou považovat za důležité, když ne v danou chvíli, tak do budoucna“

„Větší empatie s rodiči“

„Vážím si zdraví svých dětí a okolí“

„Rodiče odchází domů a celá situace, prázdnota doma“

„Vážím si, že mám zdravé dítě“

„Strach“

„Lépe situace zvládám díky svým dětem“ -odpověď od respondenta, který neoznačil odpověď c.

Můžeme tedy říci, že změna po narození vlastních dětí u zapojených respondentů spočívá v tom, že si situaci dokáží lépe přenést na sebe a představit si co asi mohou rodiče

prožívat. Někteří si tuto situaci dokáží představit možná živěji, než by chtěli, protože i oni v ní dříve byli.

5.2 Interpretace dat

V této podkapitole se zaměříme na podrobnější rozbor a zhodnocení výsledků v rámci určených hypotéz.

H1: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii dokáží zcela oddělit pracovní a osobní život.

První stanovená hypotéza nebyla na základě získaných dat prokázána. 46 dotazovaných respondentů uvedlo, že nedokáží zcela oddělit své pracovní a osobní životy. Tato skupina tvoří 51,7 % z celkového výzkumného souboru. Část respondentů, přesněji řečeno 33, na sobě dokáže přenesené emoce skrýt i když si připouští, že ovlivňují jejich osobní život. 13 dotazovaných pak uvádí, že je emoce z pracovního prostředí ovlivňují natolik, že nedokáží tento vliv skrýt před svým okolím. I přes vyvrácení této hypotézy však výsledek není čistě negativní. Největší zastoupení totiž tvoří skupina, která opravdu dokáže „nechat práci v práci“. Konkrétně můžeme hovořit o 43 respondentech, kteří necítí žádné následky zážitků nabitých během výkonu své práce.

H2: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii necítí potřebu využívat při výkonu své práce pomoci psychologa nabízeného v rámci jejich pracoviště.

Hypotéza č. 2, která se zabývala tím, jestli členové paliativních týmů využívají psychologické pomoci na pracovišti byla prokázána. Přesněji řečeno byla kladena otázka, zda zdravotníci pocítují potřebu navštívit psychologa. 75,3 % dotazovaných tuto potřebu nemá. Z toho můžeme usoudit, že na pracovištích, ne kterých bylo výzkumné šetření konáno funguje kvalitní systém podpory pracovníků zapojených do paliativní péče v neonatologii. Tento závěr také podporují výsledky otázky č. 7, ve které 100 % dotazovaných uvedlo, že praktikují metody psychohygieny. To znamená, že všichni poskytovatelé paliativní péče zapojení do tohoto výzkumného šetření se aktivně starají o své psychické zdraví a vyhledávají si prostředky, kterými udržují jeho dobrou kvalitu. Ti, kterým samotná psychohygieny nestačí však pomoc psychologa využívají. Ze zjištěných dat vyplynulo, že 3 dotazovaní navštívili psychologické sezení jednorázově. 6 respondentů této možnosti využívá pravidelně, což také vypovídá o jejich aktivním zájmu na zachování dobrého psychického rozpoložení. 9 zdravotníků uvedlo, že o návštěvě psychologa zatím pouze

uvažují. Dobrým znamením je, že se dotazovaní nebojí přiznat potřebu pomoci psychologa, což je velmi důležité i v rámci prevence syndromu vyhoření, kterým jsou díky svému pracovnímu zařazení ohroženi.

H3: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii pociťují emoce vyčerpanosti při péči o umírajícího novorozence.

Třetí hypotéza se zaměřovala na pocity emocionálního vyčerpání při péči o umírající novorozence, které mohou být jedním z příznaků začínajícího syndromu vyhoření. Tato hypotéza byla na základě získaných dat potvrzena. Celkem 78 z 89 dotazovaných uvedlo, že cítí určitou formu psychického vyčerpání. Pouze 11 respondentů odpovědělo, že jsou vůči emočnímu vyčerpání zcela obrnění. Pokud si rozebereme podrobněji skupinu zdravotníků, kteří přiznali psychické vyčerpání můžeme usoudit, že forma projevu psychické únavy se u respondentů liší. Pozitivní je fakt, že pouze 7 respondentů cítí psychickou únavu zcela a trvale. Tito jedinci by mohli být zařazeni do rizikové skupiny pro vypuknutí syndromu vyhoření a měli by se zaměřit na formy jeho prevence a psychohygieny, aby mu mohli předejít, nebo s ním pracovat v případě, že se u nich již objevuje. 47 respondentů odpovědělo, že sice psychické vyčerpání pociťují, ale během výkonu své práce se na něj dokázali nějakým způsobem adaptovat a zvládat jej. I z tohoto můžeme usoudit, že metody na ochranu psychického zdraví mohou být vysoce účinné v rámci péče o umírající. 18 respondentů je psychicky vyčerpaných, ale snaží se na sobě nedat nic znát. Tento jev by opět mohl být rizikový, protože kumulace těchto emocí může v budoucnu znamenat psychické problémy. 6 tázaných nakonec uvádí, že jejich psychická únava již přechází do fyzických příznaků. Z toho můžeme usoudit, že u nich je psychická náročnost paliativní péče velmi obtížně zvladatelná a může tak negativně působit i na jejich komplexní zdraví.

H4: Nelékařští zdravotníci zapojení do paliativní péče v neonatologii mají při péči o umírajícího novorozence pocity marnosti nebo beznaděje.

Čtvrtá vymezená hypotéza této bakalářské práce byla na základě analýzy dat také prokázána. Potvrdil se fakt, že nelékařští pracovníci poskytující paliativní péči v neonatologii během své práce pociťují pocity marnosti a beznaděje. Celkem 55,1 % tázaných uvedlo, že se u nich tyto pocity opravdu objevují. I zde však můžeme pozorovat rozdíly v tom, jak tyto emoce vnímají. 14 respondentů cítí beznaděj u všech případů bez ohledu na délku hospitalizace novorozence a pokládají si otázky, jestli udělali opravdu vše, co bylo v jejich silách, aby se pokusili o záchranu každého dítěte. 17 respondentů naopak uvedlo, že délka hospitalizace je hlavním faktorem pro nástup těchto emocí. Tedy, že

beznaděj a pocity marnosti cítí pouze u dlouhodobých hospitalizací, na které vynaložili mnoho času a úsilí. 18 respondentů pak pocity marnosti cítí v závislosti na reakcích rodičů na špatné zprávy. To dokazuje, že pečující sestry si tvoří osobní vztah nejen k dětem, kterým péči poskytují, ale i k jejich rodičům. Tento vztah pak může zvětšovat jejich smutek nebo negativní emoce při úmrtí daného novorozence. Z druhé strany, je potom péče více lidská a tento vztah se může v dobrém podepsat na komunikaci s rodiči a případnou psychologickou podporu při truchlení. 40 tázaných sester nakonec uvedlo, že tyto emoce nepocítují, protože vědí, že smrt je součástí života a v rámci zachování dobrého psychického zdraví se jí tak snaží brát a netrýznit se otázkami, zda nejde udělat více pro záchranu umírajícího dítěte.

H5: Záchrana života, úzdava nebo zlepšení prognózy u nezralých nebo nemocných novorozenců dokáže vyvážit u nelékařských zdravotníků zapojených do paliativní péče v neonatologii negativní pocity s touto péčí spojených.

Poslední, pátá, hypotéza přinesla velmi pozitivní výsledek. Její správnost byla prokázána, což znamená, že v paliativní péči jsou i situace, které přináší pozitivní emoce. Konkrétně, že záchrana nebo úzdava některého z novorozenců, o které se respondenti starají, dokáže jaksi vyvážit smutek ze ztráty jiného novorozence, jehož stav bohužel úzdravu nebo přežití neumožňuje. Celkem 53 z 89 dotazovaných uvedlo, že se v takové situaci cítí pozitivně naladěni a spokojeni. 28 z nich tento efekt pozoruje vždy, to znamená, že pokaždé když dojde k záchraně některého z jejich svěřenců dojde k určitému zadostiučinění a kompenzaci ztráty, kterou cítí, když se záchrana nepodaří. 25 respondentů tento efekt pocítuje také, ovšem ne ve všech případech. 13 dotazovaných se snaží mít obě strany práce v neonatologické paliativní péči srovnané, přijímají úmrtí novorozence jako součást práce stejně tak jako jeho záchranu nebo úzdravu. 20 respondentů nad svými pacienty v tomto kontextu vůbec nepřemýšlí a nestaví je do této roviny. 3 tázaní pak uvedli, že ani záchrana nemocného novorozence nedokáže zmírnit jejich smutek a negativní emoce z úmrtí jiného. Tato hypotéza poukázala na to, že paliativní péče není pouze zdrojem negativních emocí, ale že může naopak zvýšit radost z úzdavy některých nemocných novorozenců, kteří jsou hospitalizováni na novorozeneckých jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Z výše uvedeného můžeme konstatovat, že hlavní cíl této bakalářské práce byl naplněn. Tedy že byl vytvořen náhled na to, jakým způsobem paliativní péče v neonatologii

ovlivňuje psychiku pracovníků, kteří ji poskytují. Příjemným překvapením je potom fakt, že práce v paliativních týmech může její poskytovatele ovlivnit i v pozitivním slova smyslu. Konkrétně, že si její poskytovatelé více váží svého vlastního zdraví a zdraví svých blízkých. I přes náročnost tohoto zdravotnického oboru byla prokázána jeho důležitost. Byť mnozí lidé o existenci paliativní péče v neonatologii neví, jedná se o nedílnou součást ošetrovatelské péče a je třeba podporovat členy paliativních týmů všemi možnými prostředky.

5.3 Doporučení pro praxi

Ze získaných dat vyplývá, že nelékařští zdravotníci poskytující paliativní péči v neonatologii se aktivně starají o své psychické zdraví, protože poskytovaná péče na něj má bezesporu své dopady. Pozitivní zprávou je, že sami zdravotníci mají o své psychické zdraví aktivní zájem a podnikají kroky, které jsou prospěšné k zachování jejich dobré kondice. V oblasti poskytování psychické podpory v rámci pracoviště výsledky hovoří také pozitivně. Většina zaměstnavatelů nabízí psychologickou podporu pro své zaměstnance a ti ji využívají.

Doporučení pro praxi tedy je nepolevovat v oblasti ochrany psychického stavu poskytovatelů péče a udělat ji, pokud možno, co nejvíce dostupnou. Dále by se mělo také rozšířit povědomí o tom, že je třeba starat se o psychiku nejen rodičů a rodin, které prochází paliativní péčí, ale že stejně důležité je taky psychické zdraví těch, jež ji poskytují. V případě, že poskytovatel péče není v dobré psychické kondici, znamená to, že ani ním poskytovaná péče nemůže být stoprocentní.

ZÁVĚR

Paliativní péče v neonatologii je komplexní oblast, která vyžaduje pozornost nejen směrem k samotným pacientům a jejich rodinám, ale také zdravotníkům, kteří tento typ péče poskytují. Skrze zkoumání psychologických aspektů a dopadů právě na členy paliativních týmů, jsme se snažili o získání hlubšího náhledu do této problematiky.

Cílem naší práce bylo identifikovat psychologické dopady paliativní péče v neonatologii na nelékařské pracovníky, kteří ji poskytují a zjistit, zdali mají dostatek dostupných prostředků, jak chránit své psychické zdraví. Dále byl kladen důraz na poskytování podpory a zajištění psychohygieny pro personál pracující v oblasti péče o umírající novorozence.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že zdravotníci, kteří jsou součástí paliativních týmů čelí vysoké emocionální zátěži, jsou vystavováni každodennímu stresu, rizikům syndromu vyhoření a dalším negativním dopadům, které paliativní péče přináší a mohou ovlivnit jejich pracovní výkonnost a celkové komplexní zdraví. Nicméně je nutno také podotknout, že paliativní péče nepřináší pouze dopady negativní. Lidé, kteří jsou svědky a součástí paliativní péče si často váží více svého vlastního života a zdraví a také zdraví svých blízkých a přátel. Je tedy možno říci, že jedním z pozitivních aspektů paliativní péče je posílení vděčnosti a uvědomění si hodnoty vlastního života.

Závěrem lze tedy konstatovat, že paliativní péče v neonatologii představuje náročnou oblast, která vyžaduje značnou dávku odborných znalostí a dovedností, ale také empatii a porozumění od všech členů zdravotnických týmů, které se do této péče zapojují. Naše práce měla za cíl identifikovat psychická rizika, která paliativní péče může přinášet pro její poskytovatele a způsoby, kterými se před těmito riziky mohou bránit, aby byli schopni poskytovat stoprocentně kvalitní péči s důrazem na své vlastní zdraví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BORŮVKOVÁ K.; S HOSKOVCOVÁ a Z HRUŠKOVÁ, 2015. Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální ztráta, potrat). TAKÁCS L.; D. SOBOTKOVÁ, L. ŠULOVÁ a kol. *Psychologie v perinatální péči, praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, s. 664-729. ISBN 978-80-247-9716-8.

British Association of Perinatal Care, 2021. *Palliative care (Supportive and End of Life Care) A Framework for Clinical Practise in Perinatal Medicine*. Online. Available from: <https://www.bapm.org/resources/30-palliative-care-a-framework-for-clinical-practice-in-perinatal-medicine-2010>. [cit. 2024-04-03]

Česká neonatologická společnost, © 2024. Online. Dostupné z: <https://cneos.cz/>. [cit 2024-10-04]

Dítě v srdci, © 2024. Online. Dostupné z: <https://ditevsrdci.cz/cz> [cit. 2024-24-03]

DORT, J.; E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.

FASTING, A.; I. HETLEVIK & B. P. MJØLSTAD, 2022. Finding their place – general practitioners' experiences with palliative care – a Norwegian qualitative study. *BMC Palliative care*. Online. Vol. 21, no. 126. ISSN 1472-684X. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01015-1>. [cit. 2024-02-04]

FUNDERSKOV FRYDENREJN, K.; D. B. DANBJØRG, 2019. Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare professionals' and their perspectives on video consultations-A qualitative study. *Journal of clinical nursing*. Online. Vol. 28, s 3966-3976. eISSN 1365-2702. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15004>. [cit. 2024-26-04]

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Etické problémy paliativní medicíny. VORLÍČEK, J.; Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 423-434. ISBN 80-247-0279-7.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Umírání a smrt. VORLÍČEK, J.; Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 435-448. ISBN 80-247-0279-7.

CHRÁSKA M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

JELÍNKOVÁ K.; J. SOBOTKOVÁ, 2021. *Když na začátku přichází konec, průvodce při ztrátě miminka*. Kostelec nad orlicí: Perinatální hospic Dítě v srdci z. s. ISBN 978-80-11-00802-4.

KABELKA L.; R. ALEXANDROVÁ, 2012. Podpora truchlících pozůstalých. SLÁMA, O.; L. KABEKA, J. VORLÍČEK a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. s 315-18. ISBN 978-80-7262-871-1.

KASTOVÁ V., 2010. *Krize a tvořivý přístup k ní. Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2. přelož. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-800-5.

KEBZA V.; I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7

KUTNOHORSKÁ J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

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

MOJŽÍŠOVÁ, M.; H. BENEŠOVÁ, 2019. Definice dětské paliativní péče. BUŽGOVÁ, R.; L. SIKOROVÁ a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada. s 29-36. ISBN 978-80-271-2689-7.

MORGAN D., 2009. Caring for a dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric nursing*. Online. Vol. 35, no. 2, s. 86-90. Available from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=4fb8a5792ee901ccbe86456c23383f13f4b9e038>. [cit. 2024-14-03]

Národní zdravotnický informační portál, 2024. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>. [cit. 2024-17-04]

NeoPaliativa, © 2024. Online. Dostupné z: <https://neopaliativa.cz/>. [cit. 2024-27-04]

Nevyhasni z. s., © 2024. Online. Dostupné z: <https://www.nevyhasni.cz/prevence-syndromu-vyhoreni>. [cit. 2024-03-05]

RASTISLAVOVÁ K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area s. r. o. ISBN 978-80-254-2186-4.

RASTISLAVOVÁ, K., 2016. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9399-8.

RASTISLAVOVÁ, K.; J. HÁLEK, 2019. Specifika paliativní péče v neonatologii. BUŽGOVÁ, R.; L. SIKOROVÁ a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, s 797-908. ISBN 978-80-271-2689-7.

SLÁMA O.; T. VAFKOVÁ, 2020. *Paliativní péče, multimediální elektronický výukový materiál*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Online. ISBN 978-80-210-9628-8. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html. [cit. 2024-10-04]

SLÁMA, O.; J. VORLÍČEK, 2012. Základní principy paliativní péče. SLÁMA, O.; L. KABEKA, J. VORLÍČEK a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. s 25-32. ISBN 978-80-7262-871-1.

SOBOTKOVÁ D.; J. DITTRICHOVÁ, E. PROCHÁZKOVÁ a kol., 2015. Rizikový novorozenec a jeho rodiče. TAKÁCS L.; D. SOBOTKOVÁ, L. ŠUOVÁ a kol. *Psychologie v perinatální péči, praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, s. 542-663. ISBN 978-80-247-9716-8.

STOCK CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8515-8.

ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9885-1.

ŠPIRUDOVÁ L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II. Doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9965-0.

VÁCHA, M., 2012. Eutanazie pro a proti. PTÁČEK, R.; P. BARTŮNĚK, M. BOJAR a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada. s 405-428. ISBN 978-80-247-7956-0.

VENGLÁŘOVÁ M.; L. MYŠÁKOVÁ, G. MAHROVÁ a kol., 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ M.; Š. DYNÁKOVÁ a L. HOLEČEK, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8790-9.

World health organisation, 1994. *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. 5. Staff burnout*. Online. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO_MNH_MND_94.21. [cit. 2024-17-04]

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Σ – součet

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	35
Tabulka 2	35
Tabulka 3	36
Tabulka 4	37
Tabulka 5	38
Tabulka 6	39
Tabulka 7	41
Tabulka 8	42
Tabulka 9	43
Tabulka 10	44
Tabulka 11	45
Tabulka 12	47
Tabulka 13	48
Tabulka 14	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	38
Graf 2	40
Graf 3	45
Graf 4	48
Graf 5	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník k výzkumnému šetření

PŘÍLOHA P I: NÁZEV PŘÍLOHY

Dobrý den,

Jmenuji se Monika Mastná a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistence na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci na téma Péče o umírajícího novorozence. Cílem mého výzkumného šetření je zjistit psychické dopady paliativní péče v neonatologii na nelékařské zdravotníky do ní zapojené. Tento dotazník je zcela anonymní a informace z něj vyplývající budou použity pouze pro účel mé závěrečné práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2) Kolik je Vám let?

- a. 24-30 let
- b. 31-40 let
- c. 41-50 let
- d. 51 a více let

3) Naplňuje Vás výkon Vaší práce?

- a. Ano, má práce mě zcela naplňuje
- b. Částečně mě naplňuje, ale chtěl/a bych změnit některé stereotypy
- c. Částečně mě naplňuje, ale cítím změnu ve svém přístupu
- d. Naplňuje, ale uvažuji o změně pracovního prostředí

4) Dokážete zcela oddělit pracovní a osobní život (ve smyslu emocí a pocitů nabytých při péči o umírajícího novorozence)?

- a. Ano, dokáži pracovní emoce zcela oddělit od osobního života
- b. Nedokáži, ale snažím se to na sobě nedat znát
- c. Ne, lidé v mém okolí poznají, když si přenáším emoce z práce

5) Ovlivňují emoce, které si nesete z práce Váš osobní život?

- a. Ano, ovlivňují negativně mě i moji rodinu
- b. Ano, ovlivňují negativně pouze mě
- c. Ano, ovlivňují mě pozitivně (vážím si pak toho, co mám)
- d. Ne, neovlivňují můj osobní život nijak

6) Využil/a jste někdy pomoci psychologa nabízené v rámci Vašeho pracoviště?

- a. Ano, pouze jednorázově
- b. Ano, využívám ji pravidelně
- c. Ne, ale uvažuji o tom
- d. Nemyslím, že ji potřebuji
- e. Na pracovišti takovou možnost nemáme

7) Využíváte ve svém volném čase některé metody psychohygieny, pokud ano které? (Ize vybrat více možností)

- a. Sportovní aktivity
- b. Pobyť v přírodě
- c. Četba
- d. Čas s přáteli
- e. Mazlíčci
- f. Kultura
- g. Meditace/jóga
- h. Umění
- i. Terapie
- j. Jiné:
- k. Ne, psychohygienu nepracťikuji

8) Pokud jste v předchozí položce (otázce) vybral/a možnost k. *Ne, psychohygienu nepracťikuji*, proč:

.....
.....

9) Máte ve svém okolí někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity?

- a. Kolegu/kolegyni
- b. Supervizora (např. staniční, vrchní sestra, lékař)
- c. Rodinu a přátele
- d. Se svými pocity z práce se nikomu nesvěřuji

10) Cítíte vzájemnou oporu v pracovním kolektivu?

- a. Ano, vzájemně se podporujeme v rámci pracoviště
- b. Ano, vzájemně se podporujeme v rámci i mimo pracoviště
- c. Ano, ale jen s některými z kolegů
- d. Ne, v oblasti emoční podpory fungujeme spíše individuálně

11) Pociťujete emoční vyčerpání při péči o umírajícího novorozence?

- a. Ano, péče mě trvale a zcela emočně vyčerpává
- b. Ano, péče mě vyčerpává, ale postupem času jsem se psychicky adapťoval/a
- c. Ano, vnitřně mě vyčerpává, ale navenek nedám nic znát
- d. Ano, psychické vyčerpání z péče u mě přechází až do vyčerpání fyzického
- e. Ne, jsem vůči psychické vyčerpání při péči zcela obrněn/a

12) Pozorujete na sobě některé ze známek syndromu vyhoření, pokud ano, které to jsou? (Ize vybrat více možností)

- a. Celkové, především duševní vyčerpání
- b. Redukce kreativity, iniciativy
- c. Depresivní ladění (pocity smutku, frustrace, beznaděj)
- d. Pocity vlastní postradatelnosti
- e. Negativismus, cynismus
- f. Sebelítost, nedostatek uznání
- g. Apatie, ochablost

- h. Poruchy spánku
- i. Celková tenze
- j. Tendence redukovat kontakt s klienty, kolegy
- k. Nechuť k profesi
- l. Žádné příznaky syndromu vyhoření na sobě nepociťuji

13) Míváte při péči o umírajícího novorozence pocity marnosti nebo beznaděje? (Opravdu děláme vše, co je v našich silách? Vyzkoušeli jsme všechny dostupné možnosti?)

- a. Ano, tyto pocity mě přepadají u dlouhodobých případů, i když vím, že jsme udělali vše, co se dalo
- b. Ano, tyto pocity mě přepadají v všech případech bez ohledu na délce hospitalizace
- c. Ano, tyto pocity mě přepadají v závislosti na rodinné situaci dítěte/reakcích rodiny
- d. Ne, vím že smrt je součástí života a snažím se ji tak brát

14) Dokáže záchrana života, uzdrava nebo zlepšení prognózy u nezralých nebo nemocných novorozenců vyvážit negativní pocity z péče o umírajícího novorozence?

- a. Ano, vždy mě pozitivně naladí a cítím se vnitřně spokojen/á
- b. Ano, dokáže ale ne vždy
- c. Snažím se mít vnitřně obě stránky práce vyvážené (ani jedno mě nenabije nebo nevyčerpá, zkrátka je to součást naší práce)
- d. Ne, záchrana jednoho novorozence mi nevykompenzuje úmrtí jiného
- e. Ne, případy z práce takto neporovnávám

15) Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní a resuscitační péče pro novorozence?

.....

16) Pociťujete na sobě postupem času změnu přístupu k péči o umírající novorozence?

- a. Ano, postupem času se dokážu se smrtí novorozence lépe srovnat
- b. Ano, postupem času se se smrtí novorozence srovnávám obtížněji
- c. Ano, změna přišla po tom, co jsem měl/a vlastní děti
- d. Ne, se smrtí novorozence se srovnávám stále stejně jako na začátku

17) Pokud jste v předchozí položce (otázce) vybral/a možnost c. *Ano, změna přišla po tom, co jsem měl/a vlastní děti*, v čem spočívala?

.....

.....

Příznaky syndromu vyhoření převzaty z příručky o syndromu vyhoření vytvořené státním zdravotním ústavem

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.