

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Sebereflexe smrti u zdravotnických pracovníků

Diplomová práce

Autor: Bc. Ladislav Vaculín

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Olomouc 2010

ANOTACE

Název práce v Čj: Sebereflexe smrti u zdravotnických pracovníků

Název práce v Aj: Medical staff's attitude to death

Datum zadání: 13. 1. 2009

Datum odevzdání: 3. 5. 2010

Vysoká škola, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci,

Fakulta zdravotnických věd

Ústav: Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Ladislav Vaculín

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Oponent práce:

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje problematice sebereflexe smrti u (středních) zdravotnických pracovníků. Teoretická část práce se věnuje historii smrti a umírání v kontextu křesťanské Evropy, problematice vztahu smrti a moderní medicíny, zvláště pak fenoménům dystanzie a eutanazie.

Další část je věnována problematice smrti a umírání z pohledu psychologie, fenoménům truchlení, naděje a také empatie a sebereflexe. Praktická část se zabývá ověřením stanovených hypotéz, které se týkají schopnosti empatie s umírajícími, postoje ke smrti a závislosti setkávání se smrtí a umíráním na hodnotový žebříček sester pracujících na odděleních geriatrické chirurgie.

Klíčová slova: smrt, umírání, empatie, sebereflexe, hodnoty

Abstract:

The present study deals with self-reflection of death for nurses. The theoretical part is aimed at history of death and dying in the context of Christian Europe, relation between death and modern medicine, in particular the phenomenon of dysthanasia and euthanasia. The next part analyses death and dying from the point of view of psychology, it also deals with the phenomenon of mourning and hope as well as empathy and self-reflection. The practical part is aimed at verification of given hypotheses related to the ability of empathy with a dying person, attitude to death and the influence which encountering of death and dying has on the values of nurses working at the units of surgery and geriatrics.

Keywords:

Death, Dying, Empathy, Self-reflexion, Values

Rozsah: 88 stran

Počet příloh: 2

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Janě Kutnohorské CSc., za odborné vedení mé práce a za její cenné rady.

Děkuji také Mgr. Janě Zapletalové Dr., za rady a pomoc při zpracování praktické části této práce a všem vyučujícím Fakulty zdravotnických věd UP v Olomouci.

Můj díky patří také respondentům a pracovníkům ve zdravotnických zařízeních, kteří mi umožnili získat nezbytná data pro realizaci výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny a citace jsem uvedl v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Bc. Ladislav Vaculín

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Umírání a smrt v historii křesťanské Evropy.....	11
1.1 Pamatuj na smrt.....	12
1.2 Živí a mrtví.....	13
1.3 Spánek smrti.....	14
1.4 Péče o mrtvé tělo.....	15
1.5 Pohřeb.....	16
2 Smrt a medicína.....	19
2.1 Dystanazie.....	20
2.2 Eutanazie.....	21
2.3 Riziko zneužití eutanazie.....	22
2.4 Kdy je člověk mrtvý?.....	23
3 Smrt a psychologie.....	25
3.1 Truchlení.....	25
3.2 Naděje.....	27
3.3 Umírání.....	29
4 Empatie a sebereflexe.....	31
4.1 Empatie.....	33
4.1.1 Fenomén angažovaného a neangažovaného pracovníka.....	35
4.1.2 Syndrom vyhoření.....	36
4.2. Sebereflexe.....	37
4.2.1. Charakterová obrana.....	38
4.2.2. Focusing.....	39
4.2.3. Bálintovská skupina.....	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
5 Cíle a hypotézy.....	44
5.1 Cíle.....	44
5.2 Hypotézy.....	44
6 Charakteristika sledovaného vzorku.....	45
7 Metoda sběru dat.....	47
7.1 Vztah hypotéz a položek dotazníku.....	47

7.2 Zpracování získaných dat.....	48
8 Výsledky výzkumného šetření.....	49
8.1 Cíl č. 1.....	49
8.2 Cíl č. 2.....	52
8.3 Cíl č. 3.....	63
DISKUZE.....	73
Diskuze k cíli č. 1.....	73
Diskuze k cíli č. 2.....	75
Diskuze k cíli č. 3.....	78
ZÁVĚR.....	80
Seznam použité literatury.....	81
Seznam tabulek.....	85
Seznam grafů.....	87
Seznam příloh.....	88

Motto: „Nie umieramy dlatego, że jedliśmy za mało witamin. Umieramy dlatego, że się urodziliśmy.“

Karol Ślęczek

ÚVOD

Umírání a smrt, které byly v dřívějších dobách neodmyslitelnou a všudypřítomnou součástí života jedince a celé společnosti, byly v posledních desetiletích, díky modernímu zdravotnímu a sociálnímu systému odsunuty na okraj společenského zájmu. Ne že by lidé na smrt zapomněli, nebo ji zcela přehlíželi, ale nemusí se jí už dívat tváří v tvář, nejsou s ní konfrontováni, jako s každodenní samozřejmostí. Umírání v dnešní době, tak jak se tomu děje ve vyspělých zemích, mezi které se můžeme počítat i my, se ve velké většině případů, (uvádí se osmdesát procent), odehrává ve zdravotnických a sociálních zařízeních různých typů a velikostí. Právě zde tráví většina lidí poslední dny a hodiny svého života, často v anonymitě, byť obklopeni společenstvím lidí, jak pacientů či klientů na straně jedné, tak zdravotnického personálu na straně druhé. Zdravotničtí profesionálové jsou tak těmi, kteří se se smrtí setkávají velmi často a velmi zblízka, alespoň v porovnání s valnou většinou populace, s výjimkou duchovních, ať už té, či oné církve. Ale zároveň je zřejmé, že fyzická blízkost a tělesný kontakt s umírajícím ještě nemusí znamenat skutečnou blízkost a porozumění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Umírání a smrt v historii křesťanské Evropy

Náš pohled na smrt a umírání je podstatnou měrou formován křesťanstvím, které se v našich krajích stalo dominantní před více než tisíci lety. Je to právě křesťanský pohled na smrt a umírání, který si sebou neseme jako kulturní a duchovní dědictví po našich předcích. Lze říci, že okolnosti smrti a následného pohřbu jsou, snad ze setrvačnosti nastaveny tak, že pokud neexistuje konkrétní přání zemřelého, probíhají vždy podle stejného vzoru. [26]

Křesťanský pohled na život jako zkoušku a cestu „slzavým údolím“ doplňuje pohled na smrt jako na bránu k věčnému životu, nebo chceme-li k věčnému zatracení, podle zásluh každého jednoho člověka, nebo také, podle názoru evangelických teologů, kteří předpokládají existenci předurčení, zcela podle milostí Boží. V minulosti daleko častěji než je tomu dnes, spoléhali lidé na pomoc Boha a svatých, kteří nebyli tak abstraktní a vzdálení a navíc, byli to kdysi lidé, takže bylo jaksi přirozené využívat jejich autority jako prostředku pro komunikaci se Stvořitelem. Zvláštní postavení mocné přímluvkyně měla pochopitelně Panna Maria, coby matka Kristova.

Jednou z mnoha výpovědí o všudypřítomnosti smrti v minulých staletích je samozřejmě průměrný věk populace, tedy doba, po kterou bude se statisticky významnou pravděpodobností žít člověk po svém narození. Na to, jakého věku se dožívali naši předkové, hledalo odpověď mnoho vědních disciplín: historie, archeologie, antropologie, demografie. Sčítání lidu (census) v podobě které je dnes běžné, středověk neznal. Informace o počtu a věku obyvatel se dozvídáme např. ze seznamů lidí s domovským právem, seznamů poddaných podléhajících povinné vojenské službě apod. Významným a přesným zdrojem o délce a kvalitě života jsou poznatky antropologie ve spolupráci se soudním lékařstvím, díky kterým získáváme cenné informace pomocí zkoumání kosterních pozůstatků.

Dnes již máme mnoho informací o ukazatelích, jako jsou stáří, pohlaví, prodělané choroby, nebo dokonce počet porodů u žen. [26]

Při zkoumání hrobů v Maďarsku bylo zjištěno, že průměrná délka života v období od počátku desátého do dvanáctého století se pohybovala mezi třiatřiceti

a šestadvaceti lety. Za dvě staletí tak na daném území klesl průměrný věk o sedm let. Muži se přitom dožívali vyššího věku, než ženy. Tento trend přitom platil až do začátku devatenáctého století. Nízká průměrná délka života způsobovala, že velmi mnoho rodin vymřelo dříve, než po třech generacích své existence. [26]

Co se týká příčin úmrtí, byly to z velké části infekční choroby: mor, černý kašel, cholera, chřipka, spalničky, neštovice, tetanus, tuberkulóza, tyfus, úplavice, záškrt a mnohá další onemocnění. [22]

Hůře na tom byla města, kde vládly velmi neutěšené hygienické podmínky. Populace ve městech se nestačila sama obnovovat a faktické zachování existence měst bylo závislé na přistěhovalcích z venkova. Riziko nákazy se také zvyšovalo s těsností kontaktu lidí. Proto k častým obětem moru patřili příslušníci a příslušnice řeholních řádů. Významnou roli ve středověké Evropě hrály také hladomory, které se Evropané naučili systematicky zvládat teprve v devatenáctém století, díky soustavnému pěstování plodin, zavádění hnojiv, boji proti živočišným a rostlinným škůdcům a také díky vzniku železniční sítě, díky které bylo možné dopravovat zboží levně a rychle na velké vzdálenosti.

1.1 Pamatuj na smrt

Pamatovat na smrt, konec své pozemské existence, považovali naši předkové nejen za naprosto obvyklé ale i nezbytné. Na mnoha hodinách se tehdy skvěl nápis: Mors certa, hora incerta. Na kostelech, hradech, domech a městských branách býval zobrazován sv. Kryštof, který byl pokládán za ochránce před zlou smrtí, přičemž tehdejší lidé pokládali za špatnou smrt tu, která přicházela nečekaně, náhle. Lidé se modlili za smrt, která jim umožní připravit se na odchod ze života-modlitbou, kajícnými skutky a přijetím svátosti umírajících. Jsme uprostřed života, obklopeni smrtí, jak se píše v liturgickém responsoriu z desátého století. [26]

Jak již bylo řečeno, život v minulosti byl, daleko více než dnes, spjat s křesťanstvím a tedy i s církevními obřady. Na zemřelé se vzpomínalo a dodnes vzpomíná při každé mši, při svátcích věnovaných zemřelým, zvláště na Dušičky. Smrt připomínalo

i spodobnění Krista v kostelech, na hřbitovech a podél cest. Častým divadlem, kterého se středověký i novověký člověk účastnil, byly ovšem také veřejné popravy zločinců a kacířů.

Umírání, tedy dobré umírání, které bylo ve shodě s náboženskými zvyklostmi, bylo pokládáno za umění, které se předávalo z generace na generaci a ve kterém bylo velmi žádoucí se cvičit.

Tento přístup, který nám dnes může připadat cizí, nebo až morbidní, měl zcela praktický základ: dával lidem čas připravit svou duši na setkání se Stvořitelem, dokud jsou ještě toho schopni. Mnozí tak vstupovali do klášterních společenství, které se výhradně věnovaly modlitbám za zemřelé.

Takováto společenství ve velké míře propojila západní křesťanství a vytvořila rozsáhlou síť. [11, 26]

Modlitby mnichů byly pokládány za výjimečně účinné, proto žádali o přijetí do takovýchto společenstev duchovní, laici, muži i ženy, ale také králové a biskupové. [2, 26]

Časté bylo zakládání cechů, které měly význam i ryze ekonomický- jejich členové zastupovali své hospodářské zájmy a také se společně modlili za živé i zemřelé členy svého společenství.

Majetek byl pokládán za vhodný prostředek k získání zásluh, tedy dobrých skutků, které měli zemřelému pomoci poté, co stane před tváří Boží.

Proto se zakládaly zbožné fundace, které měly za účel spásu duší. Pozemské statky jako vinice, mlýny, šperky a peníze se odkazovaly katedrálám, kostelům, nebo špitálu. Dárci tohoto majetku očekávali, že budou jmenovitě svěřeni dobrotě Boží. Časté bylo také to, že lidé, kteří se chystali na dalekou pouť nebo křížovou výpravu věnovali dar na opravu kostela nebo na pořízení liturgického náčiní.

1.2 Živí a mrtví

Živí se starali o mrtvé v naději, že o ně bude také takto postaráno a zároveň tím dosáhnou potřebných zásluh. Za základní skutek takto projevené dobroty se pokládalo nasycení chudého jménem zemřelého ve výroční den jeho smrti. Takovýto skutek spojoval dohromady živé, kteří se za mrtvého přimlouvali, zemřelé, kterým měla být modlitba nápomocna a chudé, kteří byli odkázáni na materiální pomoc druhých. Živí i mrtví tak byli součástí jednoho společenství, které se navzájem podporovalo přáními i dary. [2, 26]

Sami přicházíme na svět a sami také umíráme, ale přesto naši předkové umírali daleko častěji než dnešní lidé obklopeni okruhem lidí, kteří byli s umírajícím nějakým způsobem svázáni, ať už to byli členové rodiny, sousedé, příslušníci stejného cechu nebo bratrstva. Uvádí se, že umírající žil často tak dlouho, dokud se k jeho loži nedostavil člověk, na kterém mu zvláště záleželo a jehož přítomnost si přál. [26]

Tato tradice, měla ale i svá negativa, zvláště při neznalosti zásad hygieny a prevence nákaz. Lidé, kteří trávili čas v blízkosti umírajícího postiženého infekční chorobou, často také za čas podleli nákaze. Pokud lidé umírali dobrou smrtí a pokud byli při vědomí, přicházelo na řadu loučení: objetím, pohledem nebo polibkem se umírající loučil s těmi, které zde zanechával. Pokud toho byli schopni, snažili se také předat druhým své životní zkušenosti, nebo poselství. Často to byla slova o pokoji a míru, o urovnání sporů, nebo o nastolení budoucího dědice či nástupce. Lidé shromáždění kolem smrtelného lože si toužebně přáli obdržet od umírajícího požehnání a báli se jeho prokletí. [2, 26]

To, jaký byl vlastní průběh smrti, se pokládalo za znamení toho, zda dotyčný člověk dojde spasení, nebo naopak skončí v pekle. Proto také bývá často zobrazována dobrá smrt Panny Marie a svatých, kteří se s klidným výrazem, vyrovnaní, smíření odevzdávají do rukou Božích. Naopak zrádci a nepřátelé umírají v zoufalství a agónii v očekávání budoucích muk. [26]

1.3 Spánek smrti

Smrt byla odedávna připodobňována ke spánku. Mluvíme-li o drahých zesnulých, nebo o tom, že člověk zesnul, je možné jasně vyzorovat souvislost s usínáním. Tato představa je už předkřesťanského původu. Hésiodos poukazuje na spánek a smrt jako na blížence, dvojčata matky noci. [26]

V křesťanských textech se zase dočítáme o „spánku spravedlivých,“ nebo „spánku pokoje.“

Ve své době byla taktéž velmi rozšířená Legenda o sedmispácích. Ta byla součástí Zlaté legendy (Legenda aurea), která byla ve středověku možná rozšířenější než bible. [26]

V této legendě se praví, že v polovině 3. století usnulo zázračným způsobem sedm křesťanů, aby se po dlouhé době probudili a oznámili zázrak císaři Theodosiovi. Ten měl tak uvěřit, že existuje zmrtvýchvstání. Chápání smrti jako bratra spánku poskytovalo pravděpodobně umírajícím i pozůstalým útěchu a naději, že stejně tak, jako se po dlouhém spánku člověk opět probouzí k vědomí, odchází ze zemřelý jen na určitý čas, aby byl poté vzkříšen k věčnému životu.

Pokud již byla smrt tady, přicházeli ke slovu starší a zkušenější, aby pomohli radou, zda je již dotyčný člověk opravdu mrtev. Jestli tomu tak je, nebo není, se posuzovalo podle postupujících tělesných změn: zemřelý vydechl naposled, srdce přestalo bít, jeho tělo chladlo a začínalo tuhnout, kůže modrala a kolem zemřelého se po určité době začal šířit mrtvolný zápach. To, že mnozí zdánlivě mrtví obživli, je možné přičítat na vrub neexistenci moderních diagnostických metod tak, jak je známe dnes.

Otázkou ale zůstává, kdy je možné prohlásit člověka definitivně za mrtvého. Moderní medicína navíc považuje smrt nemocného za svoji prohru a také proto se dnes setkáváme s fenoménem dystanázie, zadržované smrti. Nezávisle na pokroku ve vědeckém poznání je pochopení smrti současníky stejně mlhavé, obecné a nejednoznačné, jako tomu bylo ve středověku. „Nejsme nic a přece jsme něco.“ Takto o smrti hovořil Jan ze Žatce. [26]

I když jsme schopni určit to, zda člověk žije, nebo ne mnohem bezpečněji než před staletími, minimálně v rovině psychologické, etické a spirituální se náš přístup příliš nezměnil, ale spousta otázek naopak vyvstalo.

1.4 Péče o mrtvé tělo

Péče o mrtvé tělo byla součástí projevené úcty k zemřelému. Příbuzní zatlačili mrtvému oči a zavřeli ústa. Poté následovalo omývání mrtvého těla, které bylo většinou záležitostí žen. Omývání zemřelého mělo zajistit jeho rituální čistotu před tím, než byl zemřelý přemístěn do kostela. Dříve bylo obvyklé spát nahý, proto museli být zemřelí oblečeni. Mnoho lidí si již v mládí dalo ušít rubáš, jako další memento mori, se kterým se, když se jim na pouti naskytla příležitost, dotkli ostatků světce, nebo jej namočili do Jordánu při návštěvě Svaté země. Poté, co byl mrtvý omyt a oblečen, uložili jej pozůstalí v domě, ve kterém zemřel, na máry

a nastala možnost rozloučení se. Také ve středověkých špitálech bylo běžné „soužití“ živých s mrtvými. Na dobových obrazech hovoří v jedné místnosti návštěvníci s nemocnými, kněz podává na lůžku nemocnému svaté přijímání, zatímco ženy zašívají rubáš zemřelému. [26]

O tom, jak dlouho byl mrtvý vystaven na márách, rozhodovaly také klimatické podmínky. Na jihu Evropy, nebo pokud panovala horka, byl zemřelý pochován často ještě v den své smrti. Za obvyklé situace ale nezůstával nebožtík na márách vystaven déle než tři dny. Kolem mrtvého byly v tomto období rozestaveny hořící svíce, které měly spolu s vyzváněním zvonů zahánět zlé duchy.

Provádělo se také okuřování kadidlem, které také sloužilo ke zmírnění zápachu tlejícího těla. [17, 26]

Zvykem bylo také bdění u mrtvého. Příbuzní a sousedé se měli modlit a zpívat žalmy, aby zvířata nebo duchové nerušili klid mrtvého. Bdění u mrtvého však nebylo vždy tak klidné. Dozvídáme o tom např. z Trevírska 9. století: přítomní tančili kolem mrtvého, další zpívali a žertovali. Tyto a podobné výlevy se ovšem nelíbily církvi, která v nich spatřovala čarodějnické praktiky.

Ráno se lidé nad mrtvým opět modlili. Zemřelý byl pokropen svěcenou vodou a následně odnesen na ramenou do kostela. Pokud se jednalo o kněze nebo řeholníka, nesli jej také duchovní, totéž platilo o příslušnících určitého cechu nebo stavu. V čele průvodu šel kněz a ministranti, kteří nesli kříž, nádobu se svěcenou vodou a kadidelnice. Počet řeholníků, pochodní, druh a barvu plátna halící mrtvého i písně a modlitby často určoval zemřelý ve své poslední vůli. Máry obklopené svícemi byly umístěny uprostřed kostela, nebo na kůru. Poté kněz sloužil zádušní mši. Při liturgii bylo mimo jiné předčítáno evangelium. Připomínalo se vzkříšení Lazara a také Kristova slova o věčném životě. Zatímco v raném středověku bylo zdůrazňováno spojení duše se Spasitelem a svatými, byl v období vrcholného středověku a později kladen důraz na poslední soud.

Jedním z uměleckých děl, která v tomto období vznikla, byl Dies irae, Den hněvu, báseň která se používala při zádušních mších až do roku 1969. [26]

1.5 Pohřeb

Zemřelý byl nejčastěji pohřben po proběhlé liturgii, někdy bylo ale tělo vystaveno v kostele delší dobu, ale pokud to bylo možné, ne déle než tři dny.

K takovým případům docházelo, pokud se muselo čekat na důležité hosty. Mrtvý byl uložen do hrobu a pokropen svěcenou vodou. Jako první vhodil trochu prsti na zemřelého kněz a přítomní jej poté následovali. Pokud zemřelý pořídil za svého života závěť, byla přečtena přímo na hřbitově, aby se ti, na které ve své poslední vůli pamatoval, mohli rovnou obrátit na určené vykonavatele závěti. Poté se smuteční průvod odebral k pohřební hostině. Tento zvyk pochází již z předkřesťanského období. Pozůstali tak vyjadřovali svoji sounáležitost. Místo u stolu odpovídalo dané hierarchii. Zemřel-li otec, živil rodiny, stával se jeho nástupcem nejstarší syn. Pohřeb takový, jak jej znali naši předkové, byl až donedávna výlučně církevním obřadem. Proto se pohřbů nezřídka užívalo jako prostředku k vymáhání poslušnosti. [26]

Těm, kteří zastávali „nesprávné“ názory a postoje, stejně jako jejich rodinám a příbuzným, hrozila církev odepřením pohřbu. Lidé, kteří nemohli být pohřbeni na hřbitově, nebyli zahrnuti do modliteb za mrtvé, nebyly za ně provedeny příslušné obřady a byla jim tak zamezena, nebo alespoň znesnadněna cesta ke spáse.

Až do šedesátých let devatenáctého století, bylo jedinou důstojnou a správnou formou naložení s tělesnými ostatky právě pohřbívání. Teprve v těchto letech se začaly objevovat skupinky volnomyšlenkářů, kteří prosazovali pohřeb žehem, kremaci. Ve velkých městech vznikaly zájmové skupiny, které začaly kremaci prosazovat. Důvodem pro tento posun v myšlení byla průmyslová revoluce, která s sebou nesla velký rozmach měst a tím i nárůst počtu jejich obyvatel. Těla pohřbená v mělkých hrobech a kostelních kryptách byla často zdrojem zápachu a budila obavy z nemoci.

Hnutí za hygienickou reformu a modernizaci měst se zasazovala za legalizaci kremace a výstavbu potřebných zařízení. [4] Kremace se výrazněji prosadila mezi lety 1889-1910. Důležitým mezníkem, který otřásl představou, že mrtvý musí být uložen k odpočinku na nejbližším hřbitově, byly světové války, během kterých byly tisíce padlých pohřbeny mimo domov, často v daleké cizině. [4]

V silně katolických zemích, jako byla Itálie, se ovšem kremace prosazovala jen velmi těžce. Křesťanství se svým učením o vzkříšení těla zaujímalo vůči těmto snahám jednoznačně odmítavé stanovisko.

Za přijatelnou formu pohřbu považuje katolická církev kremaci teprve od šedesátých let dvacátého století. Spolu se zavedením kremace, vlivem velkých změn ve struktuře společnosti v průběhu dvacátého století docházelo postupně ke slábnutí víry v tradiční křesťanské pojetí posmrtného života. Stejně tak se značně změnila role církve.

Církev přestala být jedinou institucí, která měla výhradní nárok na nakládání se zemřelými. Církev byla také nucena přizpůsobit kremaci své obřady a koncepce. Umírání, smrt a pohřbívání se tak postupně staly více soukromou záležitostí, která již nemusí probíhat striktně podle vžitých rituálů a více se zaměřuje na individualitu zemřelého.

2 Smrt a medicína

S rozvojem medicíny se postupně vytvářel institucionální model umírání. Nemocní byli ošetřováni v chorobincích a později ve špitálech a nemocnicích. Pacienti leželi ve velkých pokojích s mnoha lůžky, opatřenými kvůli rychlejší orientaci černou tabulkou se jménem nemocného, rokem jeho narození a někdy i diagnózou. Tento systém vytvořil základ písemné papírové dokumentace. Záznamy o nemocném se společně s teplotní tabulkou ukládaly do speciální přihrádky umístěné na spodní pelesti postele. Ošetřovatelská péče o pacienty se zakládala na empirických zkušenostech. Ošetřovatelkám, pečovatelkám ani řadovým sestřám se nedostávalo odborného vzdělání. Moderní ošetřovatelství v dnešním slova smyslu se začínalo utvářet v průběhu devatenáctého století.

U jeho zrodu stála Florence Nightingalová (1820-1910). Své zkušenosti s ošetřováním nemocných na bojišti během Krymské války využila při psaní *Knihy o ošetřování nemocných*, která se v podstatě stala první učebnicí ošetřovatelství. Nightingalová také v roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu. Na našem území vznikla první škola tohoto zaměření brzy poté, už v roce 1874. Ve stejném roce vyšel i český překlad *Knihy o ošetřování nemocných*. Na vzniku této školy se podílely představitelky Ženského výrobního spolku, Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá spolu lékařem Vítězslavem Janovským. Díky zakládání ošetřovatelských škol vzrůstala úroveň péče o nemocné.

Zatímco rostla kvalita péče o choré, umírajícím žádná zvláštní pozornost věnována nebyla. Nemocní umírali na pokojích obklopeni spoustou dalších lidí. Aby se zajistila alespoň minimální úroveň soukromí umírajícím, a ostatní pacienti byli ušetřeni neradostného pohledu, začala se používat plenta, která se umístila kolem lůžka umírajícího. Tato praxe se ve větší míře začala používat až ve 20. letech minulého století. Postupem doby byla látková zástěna nahrazována vyčleněním zvláštního pokoje pro umírající. [10]

Haškovcová píše toto: „Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zázrak a lékaři uplatňovali *pia fraus* (milosrdnou lež). A tak „nic netušící“ umírající, který byl schopen posoudit význam transportu, zcela „překvapivě“ a jednoznačně pochopil, že „teď nastává konec,“ a ten že se bude odehrávat v naprostém osamění. Těžce nemocní

se obávali, že je brzo potká stejný osud. K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající.“ [10]

Se zavedením striktně stanovených návštěvních hodin bylo nemocnému, který potřeboval psychickou podporu velmi ztíženo vidat se se svými nejbližšími. Institut tzv. mimořádné propustky, vystavované lékařem, umožňující navštěvovat nemocného denně se příliš nevyužívalo.

Jednak byly vystavovány jen zřídka, aby přítomnost „lidí zvenčí“ nerušila chod oddělení a za druhé se příbuzní oprávněně obávali, že nemocný pochopí jejich každodenní přítomnost jako signál blížícího se konce.

Dalším s fenoménů objevujícím se společně s rozvojem medicíny a institucionalizace smrti bylo přesvědčení široké veřejnosti, že se lidem nejlépe umírá pod dohledem profesionálů, kteří „musí tuto problematiku znát nejlépe.“ S tímto pohledem je úzce spojena představa, že nezadržitelný pokrok v medicíně brzy dokáže smrt odvrátit, nebo že je sám o sobě schopen zajistit lidem důstojný odchod ze života. Také proto se setkáváme s oddalováním smrti i tam, kde je naděje na uzdravení nulová, tam, kde lze o kvalitě života hovořit jen stěží. [9, 10]

2.1 Dystanazie

S fenoménem zadržované smrti, dystanazie, se setkáváme zejména po druhé světové válce. Znatelný pokrok v medicíně a příbuzných oborech jako hygiena došlo k výraznému prodloužení délky života. S objevem a zavedením antibiotik a moderních technologií do klinické praxe se zvýšila naděje lidí na dožití vysokého věku. Otázku smrti tak mohou lidé odkládat až do vysokého stáří.

Jak píše Artur Imhof ve své knize *Ars moriendi*, nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti. Prodlužování délky a kvality života je bezpochyby žádoucí, ale oddalování smrti má i svá úskalí. Dochází k opomíjení potřeb umírajícího člověka.

Ve fázi, kdy již medicína není schopna člověku pomoci zvítězit nad nemocí, je paliativní léčba zahajována pozdě, nebo se s ní jaksí nepočítá. Příbuzní umírajícího člověka bývají zklamáni, že pomoc, ve kterou doufali, už není možná, nebo tím,

že zdravotníci profesionálové nejsou s to odpovídajícím způsobem umírajícího doprovázet na jeho poslední cestě. Umírající pak nezřídka doufají v zázrak nebo se

domnívají, že je lékaři zradili. Péči, která jim je poskytována pocítují jako nedostačující, neodpovídající jejich skutečným potřebám. [10]

Další problém vyvstává z vlastního postoji zdravotníků ke smrti. V duchu svého poslání se snaží za všech okolností zachraňovat a podporovat život a to i tehdy, kdy evidentně přichází smrt. Využívají svého vzdělání, kompetencí a všech známých postupů k tomu, aby nad přicházející smrtí zvítězili. Umírající tak v podstatě nemůže v klidu zemřít. [10]

U lůžka umírajícího se často setkávají nereálná očekávání okolí s neochotou zdravotníků přiznat si svoji porážku.

2.2 Eutanazie

Na opačném pólu v přístupu ke smrti a umírání než dystanazie se setkáváme eutanazií. Samotné slovo eutanazie pochází z řečtiny a znamená „dobrá smrt.“

(eu-dobry, thanatos-smrt). V antickém Řecku lékař pečoval o nemocného potud, pokud měl naději na uzdravení. Jestliže zjistil, že dotyčnému nemůže pomoci, odmítl o něj dále pečovat. Tento přístup nebyl veřejností chápán jako nepatřičný nebo pohoršující. Později bylo úkolem lékaře v této fázi doprovázení umírajícího.

Terapie, kterou poskytoval, byla zaměřena především na tišení bolesti, v rámci možností tehdejší medicíny. Jednalo se v podstatě o formu paliativní péče. Lékař často uplatňoval tzv. situační etiku. Tam, kde již byla léčba neúčinná, tišení bolesti pomocí morfia urychlovalo zároveň smrt nemocného. Život a smrt pacienta vložila společnost do rukou lékaře. Tento přístup byl v souladu s obecně přijímaným paternalistickým modelem péče o nemocné. [10]

V současné době je pojmem eutanazie chápán jako smrt z milosti a zahrnuje v sobě vícero kategorií. [20]

V zásadě je možné ji rozdělit na eutanazii aktivní, kdy se jedná o akt vykonaný lékařem, který svým zásahem ukončí život nevléčitelně nemocného člověka. Tento způsob bývá také označován „strategií přeplněné stříkačky.“

Druhou hlavní formou eutanazie, je eutanazie pasivní, kdy nemocný přestane být udržován při životě tím, že dojde k přerušení léčby. Tehdy se hovoří o „strategii odkloněné stříkačky.“ Tento přístup by měl, pokud je správně použit, zajistit umírajícímu „přirozenou smrt.“

V zahraničí je v souvislosti s tímto přístupem používán pojem DNR (do not resuscitate) a v našem prostředí NR (neresuscitovat).

O eutanazii nevyžádané hovoříme tehdy, pokud pacient není schopen požádat o ukončení svého života, ale zároveň je možné předpokládat, že by s ní souhlasil, kdyby toho byl schopen.

Eutanazie nedobrovolná je v rozporu s přáním pacienta, který o ni nežádá, ani s ní nesouhlasí. Rozlišit od sebe eutanazii nevyžádanou a nedobrovolnou je vzhledem k okolnostem terminálního stádia často velmi obtížné.

Zvláštní formou eutanazie je asistovaná sebevražda. Lékař v tomto případě hraje roli rádce, nebo pomocníka v získání prostředků k ukončení života. Vlastní akt pak vykoná sám pacient. [10]

2.3 Riziko zneužití eutanazie

První zemí, ve které došlo k uzákonění eutanazie jako legální, je Holandsko. Základní podmínky pro aktivní eutanazii stanovila Holandská královská lékařská asociace v roce 1984. Lékařská veřejnost však není ani zde jednotná. Pouze 2% patří mezi zastánce aktivní eutanazie, 17% pak souhlasí s programy DNR a 17% zastává strategii „pomalu uspat“. [10]

V Holandsku se na provedenou aktivní eutanazii vztahuje oznamovací povinnost. Po ohlášení je ihned zahájeno vyšetřování provedeného aktu a zahájeno trestní stíhání, ve kterém se zkoumá, zda byly splněny všechny náležité podmínky umožňující vykonat aktivní eutanazii. Pokud tomu tak je, stíhání může být zastaveno a je uplatněn princip beztrestnosti. Tento složitý systém, který má znemožnit zneužití eutanazie je pro lékaře nepříjemný a náročný a z toho důvodu někteří z nich úmyslně zanedbávají oznamovací povinnost.

Snad nejznámějším příkladem rizika, které s sebou eutanazie nese je případ kontroverzního zastánce eutanazie, amerického lékaře arménského původu Jacka Kevorkiana, který si za své aktivity vysloužil přezdívku Doktor Smrt.

Tento lékař, původní specializací patolog, nabízel nevléčitelně nemocným milosrdnou smrt formou asistované sebevraždy. Podporu ke své práci nenacházel ani tak u svých kolegů lékařů, jako spíše u sympatizující části laické veřejnosti. Někteří umírající a jejich příbuzní Kevorkiana obdivovali a vkládali do jeho rukou své naděje a svůj život. [10]

Asistovanou sebevraždu prováděl Kevorkian v těch státech USA, kde je eutanazie povolena, nebo tolerována. Několikrát se dostal do rozporu se zákonem. Například když neposkytl první pomoc člověku, jehož zdravotní stav se po zákroku zhoršil. Kevorkian byl několikrát zatčen a opět propuštěn. Odsouzen byl až na jaře roku 1999 poté, co sám předal soudu videokazetu se záznamem svého zákroku v domnění, že docílí legalizaci eutanazie. Soud ale kvalifikoval jeho zákrok jako vraždu. Kevorkian dopomohl několikrát k odchodu ze života lidem, jejichž stav byl sice vážný, ale neohrožoval je bezprostředně na životě. Kevorkian se „plánovanou smrtí“ zabýval celý život. Způsob, jak zajistit umírajícímu bezbolestnou smrt nazval medicidou. Roku 1991 také vyšla jeho kniha, zabývající se touto problematikou s názvem Recept: Medicida, o dobru plánované smrti. [10]

Kevorkian vycházel ve svých úvahách zejména z filosofie Thomase Moora, který se ve své knize Utopie zmiňuje, že trpící lidstvo má právo těžit z dobrodiní sebevraždy provedené buď vlastními silami, nebo s pomocí jiných. [10]

2.4 Kdy je člověk mrtvý?

Cesta k odpovědi na tuto zdánlivě jednoduchou otázku je složitá. V dobách kdy medicína disponovala žádným nebo minimálním a značně nedokonalým přístrojovým vybavením se určení smrti omezovalo na posouzení činnosti srdce a dýchání.

O tom že takováto diagnostika nebyla zdaleka dostačující, svědčí zprávy o lidech pohřbených za živa, kteří někdy měli to štěstí a ze svého nedobrovolného vězení unikli, ale někdy také ne. Moderní technika umožňuje nahradit chybějící činnost srdce i dýchání. Takovýto člověk pak neumírá, jak by tomu bylo za běžných okolností. Nabízí se otázky, jak dlouho má tímto způsobem smysl saturovat funkci tělesných orgánů a kdy je dovoleno přístroje odpojit.

Lékařská fakulta Harvardské univerzity ustavila roku 1968 komisi za účelem určit kritéria smrti člověka. Výsledkem její práce bylo doporučení přijmout jako rozhodující kritérium nezvratné ukončení činnosti celého mozku. K určení jestli k tomuto stavu došlo, musí dojít k vyhasnutí veškeré mozkové činnosti detekovatelné na EEG a vyhasnutí veškeré tělesné aktivity závislé na činnosti mozku, jako jsou spontánní dýchání a reflexy. [33]

Na základě takto diagnostikované smrti mozku je poté člověk prohlášen za mrtvého. Zájem na co nejrychlejší diagnostice smrti člověka vzrostl společně s rozvojem v oboru transplantační medicíny. Orgány zemřelých používané pro přenos na živé pacienty čekající na záchranu svého života musí být transplantovány co nejrychleji a v co nejzachovalejším stavu. [13]

Spolu s těmito trendy se ozývají hlasy, které se staví kriticky k definici smrti člověka jako smrti mozku

a poukazující na účelovost takového jednání: přístroje udržují člověka při životě proto, aby mu mohly být odňaty orgány, pokud možno za ideálních podmínek.

Mozková smrt je podle tohoto pohledu pouze rozhodující bodem v procesu umírání, ale smrt mozku ještě neznamena smrt člověka jako celku. Pokud je nositelem života organismus jako celek, pak výpadek jednotlivých orgánů, jakkoli důležitých, neznamena smrt celého člověka. Je poukazováno na vznik nového dualismu, který odděluje mozek a tělo. Argumentem, který se zastává určení smrti člověka na základě mozkové smrti, klade důraz na skutečnost, že mozek je garantem celistvosti celé lidské bytosti, jakožto biologické a psychické jednoty. [32]

3 Smrt a psychologie

Každá ztráta v našem životě je svým způsobem bolestnou zkušeností. Ať už se to týká ztráty profese, ztráty zdraví (tedy nemoci), nebo ztráty blízké osoby, ať už se jedná o rozchod nebo úmrtí. V reakci na ztrátu se vždy objevuje pocit smutku, který bývá úměrný hodnotě toho, co je nenávratně pryč. Nejcitelnější je právě při úmrtí milované osoby.

Řada psychologů, kteří chápou smutek jako základní a přirozenou reakci na ztrátu, se významně podílela na formulaci teorií, prostřednictvím kterých bývá vysvětlován postoj člověka ke smrti.

Sigmund Freud zastával názor, že smrt vyrůstá z touhy člověka navrátit se do stavu organické hmoty, ze které vnikl, a to i navzdory tomu, že každý jednotlivec cítí svou nesmrtelnost. [17]

Freud předpokládal, že lidé si svoji smrt nedokáží představit, ale přesto jsou hnáni „pudem smrti“ (thanatos), negativní a destruktivní silou, která ničí lidskou tvořivost a touhu po životě.

John Bowlby zase zdůrazňoval vnitřní dynamiku vztahu k blízkým osobám a uváděl různé typy mezilidských vztahů a podporu, které se nám prostřednictvím nich, pokud truchlíme, může dostat. Uvádí, že lidská nemluvnata, podobně jako mláďata opic visí na svých matkách a stejně tak, když jsou odloučena, projevují neklid nebo apatii. Předpokládal, že se úmrtí osoby, u níž cítíme oporu, podobá ztrátě jiných podpůrných faktorů v našem životě. Postupem času se pak člověk s touto ztrátou vyrovnává a nalézá ji v jiných lidech. Pokud k tomuto vyrovnání nedochází, ztrácí člověk schopnost přizpůsobovat se okolnímu prostředí a vzniká tak patologický stav. [17]

3.1 Truchlení

Jedním z nejznámějších přístupů, které popisují prožívání ztráty, nebo také reakci na konfrontaci se skutečností, která přímo ohrožuje existenci jedince, vytvořila Elizabeth Kubler-Rossová.

Ve své knize *On Death and Dying* popisuje pět fází, kterými procházejí lidé trpící nevléčitelnou chorobou. Kubler-Rossová popisuje své zkušenosti z americké

nemocnice, kde rozmlouvala s lidmi, kteří byli informováni o nepříznivé prognóze svého onemocnění. Svá zjištění shrnula do pěti bodů, které odpovídají fázím prožívání, jež u nemocných pozorovala:

- a) popírání, šok,
- b) hněv,
- c) smlouvání,
- d) deprese,
- e) akceptace, smíření se. [19]

Tato klasifikace fází truchlení je nejznámější a nejčastěji používaná, ale zdaleka není jediná. Například pastorační teolog Yorick Spiegel popsal čtyři období, která následují po ztrátě blízké osoby: Stav šoku, který trvá několik hodin, dále fáze kdy chování člověka odpovídá běžným zvyklostem a poměrně dobře se ovládá, trvající tři až sedm dnů, přechodová fáze, trvající nejdéle tři měsíce a konečná fáze, trvající až šest měsíců, během které si jedinec vytváří nové vzorce chování. [4]

Wolfgang a Margaret Stroebeovi se při svém popisu reakcí na ztrátu a bolest zaměřují na tzv. podpůrné sítě. Vychází z předpokladu, že lidé vytváří vyvážené a doplňující se vztahy, ale přesto jsou nezdědka závislí na relativně malé podpůrné skupině osob, případně na jednotlivci, kteří, nebo který vytváří pomyslný nosný pilíř osobního podpůrného systému. S odchodem nebo úmrtím těchto osob, nebo osoby se pak celý systém zborší. Z této teorie vychází myšlenka o „naučené bezmoci.“

Lidé které takováto ztráta zasáhne, začnou sami sebe považovat za bezmocné. Tato teorie nabízí východisko v podobě přehodnocení své situace, přijetí odpovědnosti za svoji osobu a za svůj život. [4]

3.2 Naděje

Naděje se vztahuje k očekávání člověka, který se ocitl ve svízelné situaci. V případě smrti je tomu právě tak. Člověk doufá a věří, že se jeho situace přece jenlepší a často odmítá akceptovat zjevné známky blížícího se konce. Lidé se zároveň ve svých očekáváním a nadějích liší. Jak uvádí Haškovcová, jedni věří v zázrak a překvapivě příznivý zvrát svého stavu, nebo dokonce vyléčení, jiní doufají, že jim smrt přinese úlevu od útrap, se kterými se potýkají. Často se jedná o směs obav a očekáváním, přičemž není výjimkou střídání základního postoje, nebo ambivalentní přístup. [9, 10, 18]

Ten, kdo komunikuje s umírajícím, ať už laik nebo zdravotník, se často dopouští chyb. Nejčastěji se jedná o bagatelizaci problému, o jeho zlehčování a zastírání, nebo vytváření zdání „reálných nadějí.“ Kategorie naděje vychází z kategorie možností. [10]

Možnosti se samy o sobě liší mírou reálnosti, nebo-li také pravděpodobnosti se kterou nastanou. Z tohoto rozdělení vyplývá, že pro terminálně nemocného člověka se naděje stává v podstatě iracionální, alespoň pokud se očekáváním nemocného týkají jeho uzdravení.

V praktickém přístupu k nemocným je důležité rozlišovat, zda se jedná o naději reálnou, částečně reálnou nebo fiktivní.

Reálnou naději je možné poskytovat v případě, pokud je stav nemocného objektivně zvládnutelný, částečnou naději je možné uplatňovat u nemocných, kde lze odpovídající léčbou dosáhnout remise, dočasného zlepšení zdravotního stavu, nebo alespoň subjektivní úlevy. Je žádoucí ji uplatňovat také u dlouhodobě nemocných osob, u kterých je pravděpodobnost úplného vyléčení malá, ale kterým pomáhá s jejich nemocí žít.

Pokud je život člověka již u konce, nezbyvá, než naděje iracionální. To, k jakým očekáváním vzhlíží nemocný s nadějí, k čemu se upírá, by mělo být ponecháno zcela v rukou umírajícího. Často stačí přítomnost druhé osoby a tiché naslouchání. [10]

Naslouchání bývá občas chápáno, jako pouhé pasivní mlčení. Jedná se ale o aktivní proces. [30]

Pokud skutečně nasloucháme druhému člověku, je třeba nesnažit se zařazovat výroky druhého do svých osobních myšlenkových schémat. Stejná slova dvou lidí ještě nemusí mít stejný význam.

Nasloucháme-li, musíme pozorně sledovat to, co nám druhá osoba sděluje a zároveň se vzdát svých vlastních názorů, rad nebo komentářů.

Psychoterapeut Eugen Gendlin zformuloval zásady aktivního naslouchání takto:

1. Naslouchejte a dejte druhému vědět, pokud jste něčemu nerozuměli, nebo pokud jste ztratili pozornost.
2. Nikdy do hovoru nevnášejte témata, která druhý neřekl, ani jiné vlastní myšlenky, neinterpretujte.
3. Lidé potřebují vědět, že jste rozuměli. Mnohem silnější kontakt proto vznikne, když po několika větách zopakujete, v jedné nebo dvou větách vlastních, jak jste sdělení rozuměli. Zachyťte při tom hlavní bod sdělení a především pocity, které druhý vyjádřil.
4. Pokud jste nerozuměli, nebo vám něco uniklo, požádejte o zopakování. Řekněte, co jste zachytili, ať je to jakkoliv nezřetelné nebo útržkovité a požádejte o zbytek informace. Nenechejte druhého říci více, než můžete zachytit a zopakovat, raději ho přerušte, shrňte to, co jste zachytili, a nechte ho pokračovat.
5. Jestli postupujete dobře, poznáte podle toho, že druhý se stále hlouběji vcitňuje do svého problému a snaží se jej přesněji uchopit. Můžete také pozorovat, že sedí tiše a spokojeně, uslyšíte uvolněné oddechnutí či postřehnete jiné známky uvolnění.
6. To, že se proces nedaří, poznáte z toho, že druhý stále opakuje totéž, což znamená, že jste jeho sdělení ještě nepřijali. Případně cítíte jeho rostoucí napětí nebo zmatek. Zkontrolujte, zda se vaše slova neliší od toho, co říká druhý. Může

se také stát, že druhý člověk změní téma na jiné, méně významné a méně osobní. Vraťte se k předchozímu tématu: „Vím, že jsem to zachytil nesprávně, ale rád bych to pochopil.“ [8]

3.3 Umírání

Umírání je proces, kterým ukončujeme náš život. Jako takový může být velmi rychlý a nenadálý, ale také velmi zdlouhavý.

Pokud člověk umírá „na smrtelném loži“ a smrt přichází zvolna, je možné pozorovat jednotlivé fáze procesu umírání. Jedním z prvních průvodních příznaků bývá ztráta chuti k jídlu a odmítání potravy. Pokud jsou v blízkosti umírající jeho příbuzní, mohou být často překvapeni. Člověk odmítá nejprve maso, pak ostatní obtížně stravitelná jídla a nakonec odmítá přijímat potravu úplně. Příbuzní mohou mít v takovéto situaci pocit viny, že nemocný zemře jenom proto, že jej nepřesvědčili k tomu, aby jedl.

V takovýchto situacích je třeba příbuzné daného člověka obeznámit se skutečností, že odmítání potravy je přirozenou součástí procesu umírání. Je ale zároveň třeba zajistit umírajícímu vhodný pitný režim.

Umírající, který trpí dehydratací, o tekutiny většinou nežádá, protože nemá pocit žízně, nebo již není schopen o ně požádat. U umírajících se mohou také projevit známky neklidu, jako bezúčelné pohyby rukama, nohama nebo prsty, mohou také nesmyslně upravovat nebo „cupovat“ svůj oděv nebo ložní prádlo.

Zpravidla několik dnů před smrtí se dostavuje euforie. Umírající bdělý, zajímá se o své okolí, má přání, která se týkají např. jídla, má potřebu sedět nebo vstát. Chování člověka se tak vrací do starých kolejí. Pro ty, kteří sdílejí s umírajícím tyto chvíle je to poslední možnost s člověkem plnohodnotně komunikovat.

Po této fázi se dostavuje smrtelné kóma. Umírající má otevřené oči, ale nevidí. Zornice přestávají reagovat na světlo. Ústa umírajícího bývají pootevřená a on nereaguje na slova a otázky lidí ve svém okolí. Umírajícímu začínají ochabovat končetiny, jsou chladnější než zbytek těla a kůže na nich začíná tmavnout. Přestože umírající zdánlivě nevnímá podněty z okolí, není tomu tak, a proto je třeba vážít slova a jednat tak jako by byl při plném vědomí. Pokračující proces umírání se začíná projevovat také slábnutím pulzu, poklesem krevního tlaku a tělesné teploty.

Mění se i dýchání. Může být rychlejší, nebo zpomalené s apnoickými pauzami. Těsně před tím, než nastane smrt, se tvář umírajícího zklidňuje, jeho barva se projasňuje.

Nastává čas na poslední slova umírajícího. Pokud nemocný promluví, týkají se jeho slova většinou jeho aktuální potřeby nebo situace. Pokud má umírající pocit, že ještě něco ve svém životě nestihl dokončit, vztahují se jejich slova k tomuto poslání, nebo k naději, ve které se upínají. Někteří lidé nezemřou do té doby, než k jejich lůžku přijde osoba, kterou ještě chtějí vidět, nebo naopak umírají v nestřeženém okamžiku, kdy se pečující osoba od nich na chvíli vzdálí. [7, 10, 31]

4 Empatie a sebereflexe

Pokud se chceme zabývat pojmem empatie, nemůžeme se vyhnout jménu Carl Rogers. Carl R. Rogers (1902-1987) se narodil v Chicagu, jako čtvrtý z celkem šesti dětí, v rodině vyznávající konzervativní protestantské hodnoty. Ta jako taková kladla důraz na morálku, potlačování projevů emocí a zdůrazňovala hodnotu tvrdé práce. Tento přístup nutil členy rodiny, Carla Rogerse nevyjímaje, přizpůsobovat svůj život světonázoru druhých, vlastní přesvědčení a pocity byly vedlejší. Děti byly vychovány v asketickém duchu, zábava a rozptýlení jim byly zapovězeny.

V roce 1914 se celá rodina přestěhovala z Chicaga na venkov, kde bylo možné děti lépe ochránit před svody, které by jim jinak hrozily při pobytu ve velkoměstě. Rogersův otec se věnoval farmaření a Carl šel zpočátku v otcových šlépějích. Časem ale obrátil svoji pozornost jiným směrem. Nejprve chtěl zasvětit svůj život kněžství, poté učitelství a nakonec se začal věnovat klinické psychologii. V příkrém kontrastu s jeho výchovou se u něj postupně rozvíjely liberální názory. Nabyt přesvědčení, že se lidé mají opírat o své vlastní poznání a city.

Jako klinický psycholog začal pracovat nejprve v Rochestru, v poradně pro delikventní a týranou mládež, kde působil dvanáct let. V roce 1940 působil jako profesor psychologie na univerzitě v Ohio. Do rodného Chicaga se vrátil o pět let později. Mimo jiné zde vybudoval psychologické poradenství. Mezi lety 1957-1963 pobýval ve Wisconsinu a poté se přestěhoval do La Jolly v Kalifornii, kde pracoval ve svém soukromém ústavu.

Vedle přímé práce s lidmi kladl Rogers důraz na systematický výzkum jednak terapeutických výsledků, jednak vlastního psychoterapeutického procesu.

Rogerská psychologie a psychoterapie je známa jako „terapie zaměřená na klienta“ („client-centered therapy“) nebo také, nověji jako „terapie zaměřená na člověka“ (person-centered therapy“).

Pro psychoterapie v Rogersově pojetí je charakteristické to, že vychází z klienta a podporuje jeho samostatný rozvoj, bez toho aniž by se psychoterapeut snažil klientovy pocity interpretovat nebo jej dokonce usměrňovat. Základem terapie je důvěrný a otevřený rozhovor, v průběhu něhož se terapeut pokouší vcítit do klienta, plně respektuje jeho postoje a podporuje jeho otevřené projevování pocitů a myšlenek.

Zároveň může tuto autenticitu projevovat i sám psychoterapeut: rogerovská psychoterapie zdůrazňuje vřelost a opravdovost. Podle Rogerse je u člověka významným motivačním faktorem tzv. sebeaktivační tendence, která v sobě zahrnuje uspokojování potřeb na různých úrovních: fyziologických, snahu o duchovní růst, rozvíjení vztahů s okolím, vlastní sebezdokonalování, tvořivost a rozvoj směrem od ovládnutí vnějšími silami k vnitřnímu sebeřízení. [17, 27]

Rogers zastává přesvědčení, že se člověk rodí jako dobrý, nepřátelské, egoistické nebo neurotické chování je podle něj výsledkem vnějších tlaků a špatných životních zkušeností. Předpokládá, že pokud jsou člověku poskytnuty příznivé podmínky, bude se takovýto jedinec znovu rozvíjet kladným směrem.

U člověka, který je vystaven nepříznivým okolnostem, dochází k rozvoji negativního sebehodnocení, které získává ve styku s druhými. Dochází tak ke konfliktu vlastní představy o sobě a toho, kým by člověk chtěl být. Psychoterapie by pak měla umožnit klientovi rozvinout jeho vlastní potenciál. Základem je vytvoření příznivé a bezpečné atmosféry, která klientovi umožňuje řádnou sebeexploraci, vedoucí k poznání svých potřeb a přání.

Rogersovští psychoterapeuti kladli postupem doby důraz na skutečnost, že pro žádoucí účinek terapie není ani tak podstatná vlastní technika, ale osobní postoj terapeuta.

Tyto postoje, které Rogers označil za nutné a dostatečné podmínky terapie, lze popsat následujícím způsobem:

- a) Empatie: terapeut pociťuje a chápe to, co klient sděluje stejným způsobem, jako to cítí a chápe klient.
- b) Akceptování klienta: terapeut vřele a kladně akceptuje klienta a váží si jej bez ohledu na to, jaké chování klient projevuje. Rogers klade důraz na úctu a pozitivní přijetí bez kladení podmínek.
- c) Kongruence (nebo také opravdovost): jedná se o soulad mezi terapeutovým chováním a prožíváním. Terapeut se nepřetvařuje, chová se tak, jaký je ve skutečnosti, neskrývá své pravé reakce a pocity.

Své pojetí psychoterapeutického procesu shrnul Rogers v roce 1961 takto: „Čím více klient vnímá terapeuta jako reálného a opravdového, jako empatického a jako člověka, který si ho bez kladení podmínek váží, tím více bude přecházet ze statického, necitlivého, strnulého a neosobního způsobu existence ke způsobu charakterizovaného plynulým, měnlivým a akceptujícím prožíváním diferencovaných osobních citů.“ [27]

4.1 Empatie

Jak je patrné, empatie, nebo také empatický přístup nebo proces je podstatnou složkou rogersovské humanistické psychologie. Sám Carl Rogers přistupoval k empatii v průběhu času různými způsoby:

„ Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi „jako by.“ Znamená to tedy cítit bolest nebo radost druhého tak, jak ji cítí on, a vnímat jejich příčiny stejně, jako je vnímá on, avšak bez toho, že bych pozbyl vědomí toho, že je to jako bych já cítil bolest či radost a podobně. Ztratím-li tuto dimenzi „jako by,“ pak se jedná o identifikaci.“ [27]

Později Rogers přehodnocuje svůj přístup k tomu co, označuje empatií a uvádí, že svoji předchozí definici nyní považuje za „úzkostlivě přesnou.“ Ve své knize Způsob bytí uvádí své nové pojetí takto:

„Empatický způsob bytí s druhým člověkem má několik aspektů. Je to vstupování do osobního percepčního světa druhého a dokonalé zabydlení se v něm. Je třeba být citlivý, vteřinu po vteřině, k proměnám pocíťovaných významů plynoucích v nitru druhého člověka, včetně strachu, vzteku, něhy, zmatku nebo čehokoli jiného, co druhý prožívá. Znamená to dočasně žít životem druhého člověka, orientovat se v něm taktně a vzdát se vlastního hodnocení. Předpokládá to pocíťovat významy, kterých si je ten druhý sotva vědom, avšak nepokoušet se o odkrytí zcela nevědomých pocíťů vztahujících se ke světu druhého, přičemž aspekty, jichž se protějšek obává, jsou nahlíženy svěžím a rozvážným pohledem. Předpokládá to intenzivně ověřovat správnost svých pocíťů s míněním druhého a nechat se vést odezvami, které od něj dostávám.

Je třeba být důvěrným společníkem druhého člověka v jeho či jejím vnitřním světě. Poukazováním na možné významy v toku prožívání se druhému člověku dostává pomoci v soustředění se na užitečné zdroje a v plnějším prožívání jejich významů, což vede k plynulejšímu toku jeho prožívání. Být takovýmto způsobem s druhým znamená prozatím odložit vlastní názory a hodnoty s cílem vstoupit do jeho světa bez předsudků. Svým způsobem to také znamená odložit své self.

Toho se mohou odvážit pouze lidé, kteří jsou si sami v sobě jisti natolik, že se nemusí bát toho, že by se ve světě druhého člověka ztratili- ať se ukáže být sebevíc podivným či bizarním.“ [27]

Rogers také uvádí definici empatie od Barret-Lennarda z roku 1962 a píše, že přesahuje jeho vlastní definici:

„Kvalitativně je (empatické porozumění) aktivním procesem touhy znát plné, přítomné a proměnlivé vědomí druhého člověka, snahy vnímat jeho komunikaci a význam, a převést jeho slova a gesta v praktický význam, který odpovídá přinejmenším těm aspektům jeho vědomí, jež jsou pro něj v daném okamžiku nejdůležitější. Jde o prožívání vědomí skrytého „za“ vnější komunikací druhého, ale s neustálým uvědoměním si skutečnosti, že toto vědomí vzniká a probíhá v nitru druhého.“ [27]

O tom jak důležitý je citlivý a empatický přístup vypovídá mimo jiné příklad, který uvádí Kopriva. V dotazníkovém šetření v domovech důchodců, provedeném v roce 1994 odpovídalo 266 zdravotních sester a 107 sociálních pracovníků. Byla jim položena tato otázka: „Kdyby někdo Vám blízký se z nějakého důvodu ocitl v domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sester či ošetřovatelek byste mu přála?“ Následné vyhodnocení přineslo tyto výsledky:

Náklonnost (vlídnost, ochota, láska aj.): 64% (62%)

Trpělivost (klid, vyrovnanost aj.): 41% (47%)

Vcítění (porozumění, empatie aj.): 42% (42%)

Odbornost (profesionalita, znalosti aj.): 41% (36%)

Přičemž první údaj se týká zdravotních sester a druhý sociálních pracovníků. Z tohoto výzkumu vyplývá, že přístup k lidem je v tomto případě kladen před odbornost a profesionalitu. [15]

4.1.1 Fenomén neangažovaného a angažovaného pracovníka

Pomáhající profese, mezi které přirozeně spadají zdravotničtí pracovníci, by měla být mimo jiné typická zájmem, angažovaností a entuziasmem. Tyto vlastnosti jsou u zdravotníků přímo očekávány, vycházejí totiž z náplně a poslání jejich profese. Zároveň ale není nijak výjimečné, že se lidé ve zdravotnických a sociálních zařízeních neseťkávají jen s nadšenými altruisty, ale také s lidmi, kteří přistupují ke své profesi s lhostejností a pro které jejich práce představuje pouhou rutinní záležitost, součást všední každodennosti.

Přístup k nemocnému ale může být i vyloženě negativní a občas se můžeme setkat i s arogancí a agresivitou. Profese zdravotníka, stejně jako další pomáhající profese může být a také je přitažlivá pro skupinu lidí, kteří jsou specificky hodnotově orientováni.

Většinou je příliš nezajímají dílčí ekonomické výsledky určité činnosti, ale spíše je motivuje potřeba užitečnosti druhým v jejich nesnázích. Zároveň jim umožňuje, pokud chtějí, blízký kontakt s lidmi. Práce zdravotníka se může stát posláním, které je nedělitelnou součástí života. Tato skutečnost ale s sebou nese i určitá rizika.

Napomáhají totiž člověku zvýšit svoji sebeúctu, mohou vzbuzovat pocit důležitosti a nepostradatelnosti a pomáhají překonat pocit osamění. U angažovaného zdravotníka se může rozvinout tendence přejímat nad druhými nadbytečnou kontrolu, nebo se naopak může objevit přehnaná snaha po sebeobětování. Pokud se týká nadměrné kontroly nad ostatními, angažovaný zdravotník se k ní uchyluje v dobré víře, že jedná v zájmu nemocných.

Podstatná je také skutečnost, že zdravotník se k takovému způsobu jednání uchyluje velmi snadno v časové tísní, protože direktivní přístup je nejrychlejším řešením vzniklé situace.

Sama organizační struktura v institucích, jenž lze vzhledem k náplni práce zařadit mezi pomáhající profese, mají často vybudován silný hierarchický systém založený na subordinaci a dominanci.

Tento hierarchický princip je obzvláště patrný právě ve zdravotnictví. Příkladem může být stále rozšířený odstup mezi lékaři a zdravotní sestrami.

Německý publicista a psychoanalytik Wolfgang Schmidbauer uvádí, že: „Sociální institucí, kterou lze nejspíše srovnávat se systémem medicíny, je armáda.“ [15]

Určitému typu lidí vyhovuje, pokud mají ostatní lidé v dané situaci co nejmenší prostor pro projevení nesouhlasu s jejich záměry. Někteří lidé pracující v pomáhajících profesích, zdravotnictví nevyjímaje, zacházejí s dospělými lidmi jako s dětmi a nejsou s to v nich vidět a respektovat autonomní osobnosti. [15]

4.1.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burn-out) úzce souvisí s empatií. Dobře zvládnutá schopnost empatie riziko vyhoření snižuje, zatím co prosté vcit'ování se urychluje jeho nástup. Pokud pouze spoluprožíváme pacientovu nemoc, bolesti a strádání bez toho aniž bychom byli schopni se těchto pocitů zbavit, dostavuje se většinou citová imunita a lhostejnost, jako přirozená obranná reakce na přílišnou zátěž.

Tento syndrom byl původně popsán u psychiatrů, jako důsledek specifického profesionálního rizika způsobeného neustálou prací a přijímáním pocitů psychiatrických pacientů. V pozdější době bylo zjištěno, že se jedná o obecný jev vyvolaný velkou emotivní psychickou zátěží. [10, 14]

Dopad syndromu vyhoření je velmi široký a komplexní a neomezuje se pouze na výkon dané profese. Projevuje se také ve vztazích vůči rodině, kolegům a přátelům. V této souvislosti se někdy hovoří o tzv. jevu zdánlivosti.

Vyhořelý jedinec je alespoň po nějakou dobu zdánlivě autentický, udržuje zdánlivě dobré vztahy se svým okolím a je zdánlivě tolerantní. Toto předstírání zdánlivé „normálnosti“ ale vyžaduje od dotyčného člověka velkou námahu, která výrazně převyšuje úsilí potřebné k výkonu stanovených úkolů.

Pokud se týká konkrétních projevů, pak jedinec trpící tímto syndromem nezářídka začíná absentovat na pracovišti, zdravotník omezuje čas strávený s nemocným na minimum, s úlevou se účastní různých schůzí a konferencí a vyhledává jindy spíše neoblíbenou administrativní práci. Zdravotníci se také nezářídka uchylují k devalvací jak pacientů, tak svých kolegů. Vždy je také v popředí rozčarování a zklamání nad svojí profesí a životem, tito lidé také často reagují hněvem a podrážděností a mají tendenci se na druhé dívat

s nedůvěrou a zdůrazňovat jejich nedostatky a chyby. Na vzniku syndromu vyhoření se podílejí nejrůznější faktory.

Mezi nejčastější patří nedostatečné personální obsazení pracoviště a z něj vyplývající neschopnost odvést práci v ideální, nebo alespoň standardní kvalitě. Dalšími faktory jsou délka pracovní doby, kumulace velkého počtu směn a únava, nebo postavení v hierarchii daného zařízení. Zařazení ve vyšší, řídicí funkci je pro vznik vyhoření rizikovější, než přímá konfrontace s bolestí, umíráním a smrtí. Lze tedy říct, že obecnou příčinou syndromu vyhoření je konflikt skutečnosti a ideálu. [10]

4.2 Sebereflexe

4.2.1 Charakterová obrana

V návaznosti na nepříjemné a zátěžové situace, se kterými jsou lidé konfrontováni, vzniká psychická struktura, kterou psychoterapeut Wilhelm Reich popsal jako charakterovou obranu. Jedná se o takové prožívání a jednání v definovaném typu situací, které je založeno na vytěsnění nepříjemných prožitků mimo vědomí. Charakterová obrana je velmi rigidní. Nutí jedince jednat takovým způsobem, aby nedošlo k prožitku nechtěných a nepříjemných emocí.

Tomuto stereotypu nelze nevyhovět a zároveň si zachovat vnitřní rovnováhu. Pokud v určité situaci nejednáme podle daného stereotypu charakterové obrany, objevují se nepříjemné pocity úzkosti, deprese, studu apod., které nás nutí jednat známým, „bezpečným“ způsobem, na který jsme zvyklí, a které od nás koneckonců očekává i naše okolí. Takovýchto charakterových obran existuje u každého jednotlivce velké množství, a navíc jsou společně propojeny do jednoho celku, který dle Reichova pojetí tvoří to, co nazýváme charakter člověka.

Reich tedy chápe charakter jako povahové rysy, které vznikly na základě interakce člověka s prostředím v krizových situacích. Jednotlivé charakterové obrany tak tvoří komponenty charakteru, které mají v jeho struktuře své místo a zároveň, změna jedné z komponent má vliv na strukturu charakteru jako celku.

Účelem charakteru je ochrana před nepříjemnými prožitky a také usnadnění adaptace v prostředí. Jeho nevýhodou je ovšem částečná ztráta autenticity a spontánnosti v každodenním životě a to výměnou za vyšší míru pocitu bezpečí. Reich přirovnává

charakter, nebo také „charakterový pancíř“ k ulitě, která chrání, ale zároveň omezuje, podobně jako je tomu u některých živočichů: kontakt s okolím se uskutečňuje pomocí jednoho otvoru a jejich pohyblivost je ztížená. [15]

Jedním z forem charakterové obrany je únik od nepříjemných pocitů pomocí mechanismu, který Gendlin označil jako přeskočené zpracování (process skipping). Jeho podstatou je chování, které subjektivně přináší úlevu, ale zároveň neřeší podstatu problému, protože neodstraňuje jeho příčiny.

Takovým zdrojem úlevy od problému může být cokoli. Pro někoho je to alkohol, pro jiného práce, fit centrum, televize, jídlo, četba nebo relaxace. Nejlepším způsobem práce s nepříjemnými a obtížnými pocity ovšem není únik, ale jejich přímé zpracování, přímá konfrontace tváří v tvář.

Odhodlat se k tomuto postupu ale vyžaduje určitou dávku odvahy a většinou i radikální přehodnocení svých hodnot a postoje ke světu. Přijímání nepříjemného jako cenného a přínosného pro náš život a rozvoj je bezpochyby znakem zralosti.

Život přináší kromě příjemných a radostných situací také svízelné události jako jsou ztráta, neúspěch, onemocnění, stáří nebo smrt a proto je nesmyslné a také nemožné snažit se pokrýt celý svět kůží, abychom se nezranili, ale zato si můžeme obout dobré boty.

Mnoho lidí považuje zabývání se nepříjemnými pocity za hru s ohněm, ve strachu že pod vlivem těchto pocitů by se mohli stát agresory, lenochy nebo zbabělci. Jakékoliv pocity, které se objevují v naší mysli nás ve skutečnosti nemohou ohrozit, pokud jim nedáme sílu ovlivňovat naše jednání.

Kopřiva uvádí, že pocity jsou přírodní jevy a jsou projevem života. Stejně tak jako je nesmyslné obviňovat bodlák kvůli tomu, že se můžeme zranit o jeho trny a není vhodný k jídlu, je stejně bezdůvodné hněvat se na svůj strach, zlost nebo obavy za to, že nás obtěžují a narušují hezký obraz o nás samotných. Snaha udržet si příjemné prožitky a vyhnout se těm nepříjemným a bolestivým je z dlouhodobého hlediska tak jako tak nemožné. [15]

Zpracovávat můžeme všechny své pocity a to samozřejmě i ty, které se objevují ve vztahu k pacientovi nebo klientovi. Pokud ale chceme pracovat se svými prožitky, nepostačí nám k tomu logický rozumový výklad stavů a procesů, které prožíváme. Pokud chceme změnit naše prožívání, musíme k tomu použít opět náš vnitřní prožitek.

4.2.2 Focusing

Tento proces vyžaduje osobní angažovanost člověka, není možné, abychom pokrok obdrželi jako dárek odněkud zvenčí. Jak prokázal psycholog Gendlin, v pocitu který v určité situaci prožíváme, je obsaženo důležité poznání, které nám může danou situaci ozřejmit.

Eugene Gendlin, psycholog, psychoterapeut a filosof, který působil na univerzitě v Chicagu, zkoumal spolu se svým týmem zajímavou skutečnost.

Více než polovině pacientů, kteří prodělávali dlouhodobou psychoterapii, se nepodařilo dosáhnout znatelného pokroku v reálném životě. Gendlinův výzkumný tým analyzoval záznamy velkého množství terapeutických sezení s klienty. Na základě důkladného zkoumání dospěli k překvapujícímu zjištění: to, zda bude terapie u konkrétního pacienta úspěšná, nebo nikoli, lze s velkou mírou spolehlivosti zjistit během prvních dvou sezení.

Tyto skupiny pacientů se lišily ve způsobu, jakým se o svých problémech vyjadřovaly. Skupina pacientů, kterou bylo možno zařadit mezi úspěšné, se při popisu svých problémů nestavěla pouze do role pozorovatele, ale tu a tam se nořili do pocitového pozadí událostí a snažili se vystihnout situaci zevnitř.

Gendlin označil toto neurčité tělesné cítění jako cítěný smysl (felt sense) určité události, situace nebo osoby. Tento pocit v sobě zahrnuje vše, co pro jedince k dané situaci pocitově patří. Typickým znakem cítěného smyslu je prožitek určité zkušenosti aniž bychom pro ni měli v daný okamžik pojmenování. Pokud spočíváme po určitou dobu v tomto prožitku, následně zjistíme, jak tento cítěný smysl pojmenovat. A právě toto pojmenování, rozpoznání významu pocíťovaného nám umožňuje rozvoj a úlevu. [15]

Právě psycholog Gendlin stojí u zrodu focusingu, techniky, která umožňuje cítěný smysl pojmenovat. Zvládat focusing znamená znát způsob jak provádět sebereflexi.

Co říká o focusigu sám autor této metody? Podívejme se na to, co focusing není.

„Focusing není proces, kdy člověk mluví sám k sobě. Pokud jste jako téměř každý jiný člověk, nepochybně víte hodně o tom, co je ve vašem životě špatné. Můžete často kázat sami sobě a možná jsou vaše přednášky založeny na zdravých názorech a východiscích (...), jindy třeba důmyslnou přednášku vynecháte a rovnou na sebe zaútočíte. Myslíte si, že potřebujete nakopnout (...). Takové kázání a sebeobviňování je nejen nepříjemné, ale i zbytečné- k žádné užitečné změně totiž nevede. Stanou se z vás jakoby dva lidé, jeden ve vězení a druhý venku. Ten, který je venku, poučuje a uráží toho uvnitř a brutálně mu

vyčítá všechny domnělé (ale většinou neprokázané) povahové vady, které pravděpodobně zaviniily vězňův žalostný stav. Ten se ale takhle na svobodu nedostane. Když je přednáška u konce, člověk uvnitř je zase jako vždycky ve vězení (...).

Focusing není analytický proces. Pokoušet se o racionální analýzu osobního problému je snadné, a někdy je to dokonce i zábava. Takový rozbor může být propracovaný nebo jednoduchý, můžeme to brát velmi vážně nebo jako salonní hru. Intelektuálové se neubrání, aby si aspoň sem tam nedopřáli nějakou tu analýzu (...). Právě okolnosti, za kterých analýzu provádíme, jen přispějí k tomu, že se člověk „zasekne.“ Když si řeknete: „Já jsem takový,“ dáváte tím najevo, že změna není možná. Analýza je v tomto smyslu téměř vždycky pesimistická. Focusing je naopak optimistický, je založený na pozitivním očekávání změny. Nevidí lidskou bytost jako pevnou strukturu, jejíž tvar se dá analyzovat jednou provždy. Vidí člověka jako proces, který se dokáže neustále měnit a postupuje stále kupředu (...).

Focusing není pouhý tělesný pocit. Pociťovaný smysl je tělesný pocit týkající se problému, nějakého zájmu nebo situace. Je to fyzický pocit významu. Pokud máte tělesné pocity, které vypadají, že jsou čistě tělesné, a nemají vztah k žádnému aspektu vašeho života, nechejte je být. Zeptejte se, co se děje s vaším životem, a velmi brzy zažijete tělesný pociťovaný smysl.

Focusing není jen kontakt s „vnitřními pocity.“ Můžete mít určitý a intenzivní pocit ve vztahu k nějakému problému a ten se obvykle objevuje znovu a znovu stejný. Pokud jste jej měli opravdu mnohokrát, nemá velkou cenu, abyste jej prožívali znovu. Pociťovaný smysl je širší, zprvu nejasný a neuchopitelný nepokoj, který celý váš problém- všechno, co se jej týká- způsobuje ve vašem těle. Aby se zformoval, musíte od známé emoce trochu poodstoupit. Pociťovaný smysl je širší a méně intenzivní, je snadné jej zažít a je v něm všechno. Vyjadřuje, jak celý problém nese vaše tělo.“ [8]

Je ale také třeba podotknout, že metoda focusingu není vhodná pro každého. Ne každý je totiž ochotný zabývat se svými nepříjemnými pocity a prožitky. Zajímavým zjištěním je skutečnost, která vyplynula ze srovnání českých a amerických účastníků kurzů focusingu. Na rozdíl od svých amerických kolegů s ní ti čeští většinou dále nepracují, nejsou ochotni jej zařazovat do svého každodenního života. [15]

4.2.3 Bálintovská skupina

Jednou z dalších metod, které podporují schopnost sebereflexe je tzv. bálintovská skupina. Zakladatel této metody je Michael Balint, povoláním lékař, který vydal v roce 1955 knihu Lékař, jeho pacient a nemoc, ve které tuto metodu popsal.

Balint pořádal na Tavistockské klinice v Londýně semináře, ve kterých se zaměřoval na psychologické aspekty v práci praktických lékařů. Z jeho výzkumů vyplynulo, že kromě medicínských znalostí je nutné, aby lékař zvládal i psychologické aspekty péče, protože jak Balint zdůraznil, lékař sám je lék. [10]

Proto je nezbytné, aby tento „lék“ uměl lékař správně používat, a k tomu je třeba hlubší znalost toho, co prožívá nemocný, a jednak toho co vytváří a jakým vývojem prochází vztah lékaře a nemocného. Metoda bálintovské skupiny pomáhá odstranit nežádoucí a nechtěné jevy, které se v tomto vztahu mohou objevit. Jedná se v podstatě o supervizi vztahu k pacientovi a z ní vyplývající porozumění prožívaným emocím a pocitům, a také schopnost tyto prožitky ovládat a pracovat s nimi.

Tato metoda si postupně získala uplatnění ve všech pomáhajících profesích, zdravotní sestry a sociální pracovníky nevyjímaje.

Klasická bálintovská skupina sestává z deseti až dvanácti pracovníků příslušné profese pod vedením kvalifikovaného terapeuta. V rámci sezení seznámí jeden z přítomných další účastníky s případem, se kterým potřebuje pomoci. Oblastí, kterým je v rámci sezení věnována pozornost bývají problémy v kontaktu s klientem, s tím jak dotyčný toto setkání prožíval, nebo jak jednal. V popředí vždy bývá konflikt mezi tím, jak by danou situaci chtěl pracovník prožívat, nebo jak by se chtěl zachovat a tím, jak ve skutečnosti jednal. Bálintovská skupina má určený scénář, který sestává z několika fází:

- a) Expozice případu, která spočívá v představení problému, přičemž v popředí je způsob, jakým dotyčný vzniklou situaci prožíval.
- b) Otázky, kdy se ostatní účastníci doptávají na okolnosti důležité pro dotvoření celkového obrazu o dané situaci.

- c) Fantazie. V této fázi vyjadřují účastníci sezení své představy o citech a vztazích jednotlivých aktérů případu.
- d) Praktické náměty na řešení, kdy zúčastnění navrhnou praktický postup, který by oni sami zvolili při řešení vzniklé situace.
- e) Vyjádření protagonisty, které spočívá ve vyjádření se předkladatele problému k myšlenkám, nápadům a návrhům ostatních členů skupiny. [15]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíle a hypotézy

5.1 Cíle

Ve výzkumné části jsem se zaměřil na následující cíle:

1. Zjistit, zda se liší ve schopnosti empatie s umírajícími sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních.
2. Zjistit, zda se postoj ke smrti a umírání liší u zdravotníků pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních.
3. Zjistit, zda se v setkávání se smrtí projevuje v hodnotovém žebříčku.

5.2 Hypotézy

Ad 1) **H0:** Postoj ke smrti a umírání se u sester pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních neliší.

H1: Postoj ke smrti a umírání se u sester pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních liší.

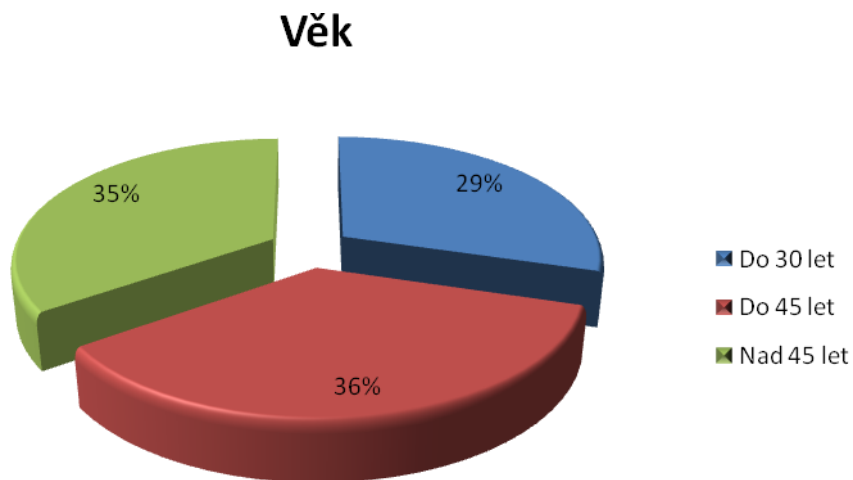
Ad 2) **H0:** Sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních se neliší ve schopnosti empatie s umírajícími.

H1: Sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních se liší ve schopnosti empatie s umírajícími.

Ad3) **H0:** Žebříček nezávisí na tom, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

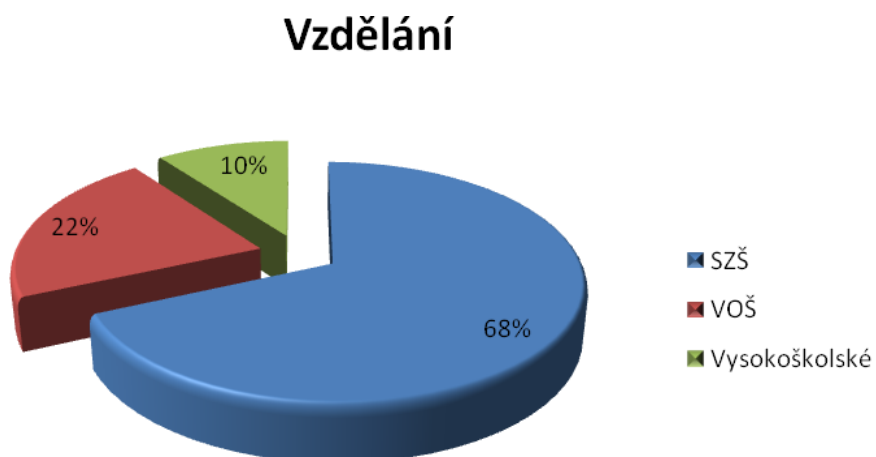
H1: Žebříček závisí na tom, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

6 Charakteristika sledovaného vzorku



Graf č. 1

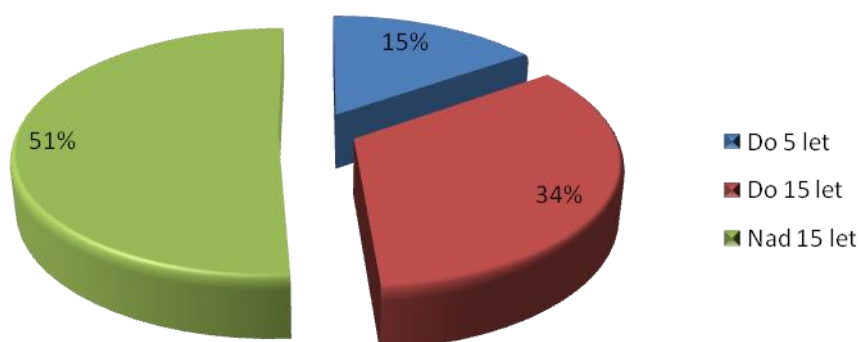
Graf znázorňuje věkové rozložení zkoumaného vzorku respondentů. Z celkového počtu 98 vyhodnocovaných sester 36% spadá do věkové kategorie „30 až 45 let“, 35% do kategorie „nad 45 let“ a 29% do kategorie „do 30 let“.



Graf č. 2

Šedesát osm procent respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání je středoškolské s maturitou „SZŠ“, 22% dosáhlo vyššího odborného vzdělání „VOŠ“ a 10% vzdělání vysokoškolského.

Délka praxe



Graf č. 3

Největší počet respondentů, 51% má praxi ve zdravotnictví 15 a více let, 34% do 15 let a 15% do pěti let.

7 Metoda sběru dat

Použitá metoda ke sběru dat bylo dotazníkové šetření, které proběhlo ve dvou nemocničních zařízeních, Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a.s., a Fakultní nemocnici Olomouc. Sběr dat byl uskutečněn na oddělení geriatrické a chirurgické. Dotazník byl předložen k vyplnění všeobecným sestřám, pracujícím na těchto odděleních.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků a zpět jich bylo přijato 103. Z tohoto počtu nebylo do dalšího zpracování zahrnuto pět dotazníků, které byly vyplněny jen částečně. Celkově byla do výzkumu zahrnuta data od 98 respondentů.

Dotazník obsahoval celkem 20 položek, přičemž prvních pět bylo identifikačních. Respondenti mohli vybírat jednu nebo více odpovědí z nabízených možností, popřípadě ji doplnit dle svého uvážení. Dotazník obsahoval položky polynomické polozavřené, v jejichž případě mohl respondent doplnit odpověď, pokud by mu nabízené možnosti nevyhovovaly: (8,11,12,14,15,19), polynomické uzavřené: (3,6), dichotomické uzavřené (10), otevřené (1,2,16,20) a položky ve formě škály (9,13,17,18).

Položky v dotazníku se týkaly přístupu sester k umírajícím, hodnotám, které považují za podstatné ve svém životě, četnosti jejich kontaktu s umírajícími, postoji k fenoménu smrti a schopnosti empatie ve vztahu k umírajícím.

7.1 Vztah hypotéz a položek dotazníku

K jednotlivým hypotézám se vztahují tyto položky:

Ad Cíl 1) položka č. 4, 19

Ad Cíl 2) položka č. 4, 7, 11, 14, 15, 17

Ad Cíl 3) položka č. 6, 9, 13

7.2 Zpracování získaných dat

Jako metodu ke zpracování dat získaných v dotazníkovém šetření a k testování hypotéz jsem použil testování pomocí statistické metody chí kvadrát testu, v programu Microsoft Excel za užití hladiny signifikance $p = 0,05$. Pokud tedy byla výsledná zjištěná hodnota nižší než $0,05$, H_0 nebyla pro danou položku ověřena. Tuto metodu jsem použil při zjišťování cílů č. 1 a 2.

V případě hodnocení, zda se četnost kontaktu se smrtí a umíráním projevuje v hodnotovém žebříčku respondentů, byly použity neparametrické testy Kruskal-Wallis, Mann-Whitney a korekce dle Bonferroniho.

8 Výsledky výzkumného šetření

8.1 Cíl č. 1: Zjistit, zda se liší ve schopnosti empatie s umírajícími sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních.

„Jste podle Vás schopni/a vžít se do pocitů umírajícího?“

Tabulka č. 1

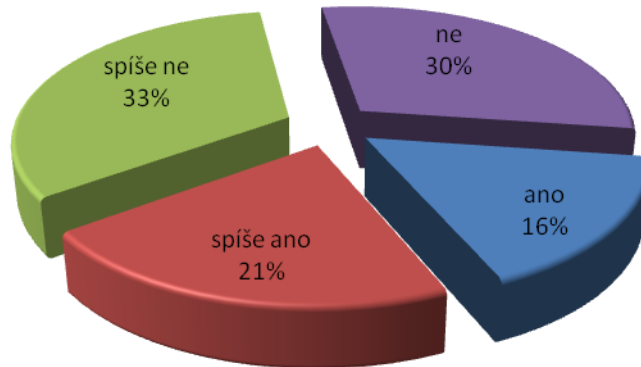
	ano	spíše ano	spíše ne	Ne	Celkem
Geriatricke počet odpovédí	11	15	14	10	50
%	22%	30%	28%	20%	100%
Chirurgie počet odpovédí	5	6	18	19	48
%	10,41%	12,5%	37,5%	39,58%	100%
Celkem	16	21	32	29	98
%	16,32%	21,42%	32,65%	29,59%	100%

V této položce dotazníku se respondenti vyjadřovali k tomu, zda jsou dle svého názoru schopni vžít ve své praxi se do pocitů umírajícího pacienta, se kterým přicházejí ve své praxi do kontaktu. Z celkového počtu 98 jich celkem 16 uvedlo, že jsou toho schopni, 21 zvolilo možnost „spíše ano“ a 29 dotázaných uvedlo, že toho nejsou schopni. Největší počet, 32 se vyjádřilo, že tuto schopnost „spíše nemají“.

Závěr k cíli č. 1:

Při vyhodnocování hypotézy „H0: Sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních se neliší ve schopnosti empatie s umírajícími,“ pomocí metody chí kvadrátu byla zjištěna hladina signifikance $p = 7,84633E-05$, která je tedy nižší než hladina významnosti 0,05. Hypotéza H0 se tedy pro tuto položku zamítá.

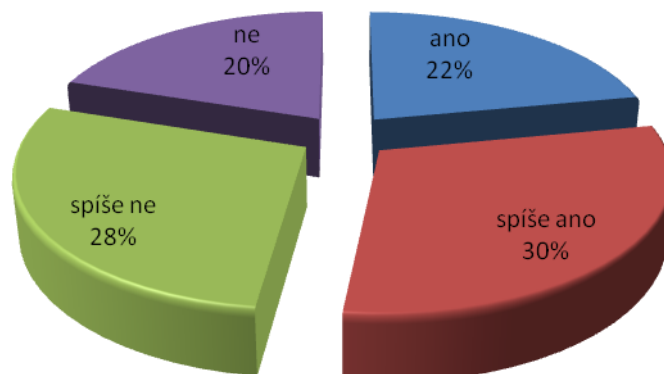
**"Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?"
(Odpovědi celkem)**



Graf č. 4

Graf ukazuje, kolik procent z celkového počtu dotázaných zvolilo jednotlivé možnosti odpovědi. Většina respondentů, 63% ze zkoumaného vzorku není podle svého názoru schopno vžít se do pocitů umírajícího pacienta.

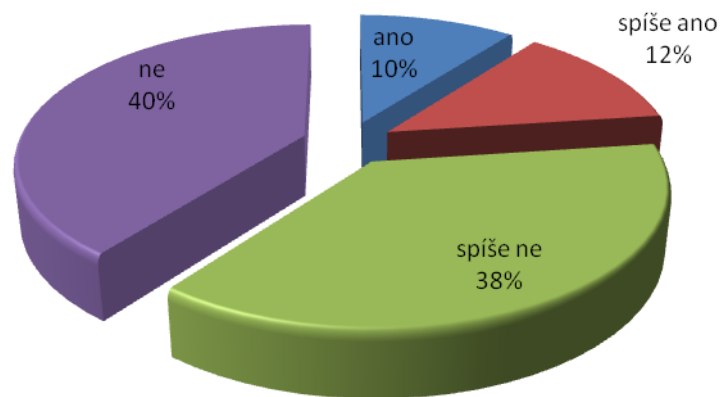
**"Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?"
(Geriatric)**



Graf č. 5

Sestry pracující na geriatrických odděleních mají dle tohoto výzkumu vyšší schopnost empatie s umírajícími. Uvedlo tak 52% respondentů.

**"Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?"
(Chirurgie)**



Graf č. 6

Z grafu vyplývá, že většina dotazovaných sester na chirurgických odděleních, 78% není podle svého mínění schopno vcítit se do pocitů umírajícího pacienta.

8.2 Cíl č. 2: Zjistit, zda se přístup ke smrti a umírání liší u zdravotníků pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních.

K hypotézám vztahujícím se ke druhému cíli jsem přiřadil vícero položek. Z důvodu následného statistického zpracování dat metodou chí kvadrát testu jsem každou z otázek rozdělil na jednotlivé položky, které jsou totožné s možnostmi odpovědi nabízenými na výběr, a u každé z nich jsem vyjádřil, kolik respondentů zvolilo právě tuto možnost. Každou z možností jsem následně vytvořil kontingenční tabulku a získaná data jsem vyhodnotil pomocí chí kvadrát testu, ve kterém jsem porovnával skupinu sester pracujících na geriatrickém a chirurgickém oddělení.

Otázka č. 7

„Pokud se setkáte s umírajícím pacientem...“

Tabulka č. 2

	a) vyhýbám se kontaktu		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	5	45	50
%	10%	90%	100%
Chirurgie počet odpovědí	4	44	48
%	8,33%	91,66%	100%
Celkem	9	89	98
%	9,18%	90,82%	100%

Tabulka shrnuje, počet respondentů, kteří uvedli, že se kontaktu s umírajícím raději vyhýbají.

Hodnota signifikance chí kvadrát testu je $p = 0,165071657$. H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 3

	b) přistupuji k němu stejně jako k ostatním		Celkem
	ano	Ne	
Geriatric počet odpovědí	20	30	50
%	40%	60%	100%
Chirurgie počet odpovědí	31	17	48
%	64,58%	35,42%	100%
Celkem	51	47	98
%	52,04%	47,96%	100%

Dotázané sestry uvedly, že pokud přicházejí do kontaktu s umírajícím, přistupují k němu stejně jako k ostatním pacientům. Jedná se o 40% sester pracujících na geriatrickém oddělení a 64,58% sester pracujících na chirurgii. Při zjišťování hladiny signifikance metodou chí kvadrát testu byla při porovnávání obou skupin sester zjištěna hodnota $p = 0,014833655$, H_0 se tedy pro tuto položku zamítá.

Tabulka č. 4

	c) kontakt s umírajícím považují za svoje poslání		Celkem
	ano	Ne	
Geriatric počet odpovědí	25	25	50
%	50%	50%	100%
Chirurgie počet odpovědí	13	35	48
%	27,08%	72,92%	100%
Celkem	38	60	98
%	38,77%	61,23%	100%

Největší počet sester pracujících na geriatrici uvedlo možnost, že kontakt s umírajícím považují za „svoje poslání“, v případě této skupiny sester se jedná o celých 50% dotázaných. Mezi skupinou sester pracujících na chirurgii označilo tuto možnost 27,08% respondentů. Hladina významnosti po srovnání odpovědí byla stanovena $p = 0,014833655$. H_0 se pro tuto položku zamítá.

Otázka č. 11

V této otázce měli respondenti uvést, kde by chtěli zestárnout a zemřít. Žádný z dotázaných nevedl možnost „v nemocnici“ a pouze jeden respondent zvolil variantu „v zařízení pro seniory“ jeden respondent uvedl „v hospici“.

„Kde byste chtěl/a zestárnout a zemřít?“

Tabulka č. 5

	a) doma v kruhu svých blízkých		celkem
	ano	ne	
Geriatricie počet odpovědí	38	12	50
%	76%	24%	100%
Chirurgie počet odpovědí	34	14	48
%	70,80%	29,16%	100%
Celkem	72	26	98
%	73,46%	26,53%	100%

Největší počet z dotázaných uvedlo, že by chtěli zestárnout a zemřít doma, v kruhu svých blízkých. V případě sester pracujících na geriatricii je to 76% dotázaných a v případě sester pracujících na chirurgickém oddělení 70,80%. Po vyhodnocení vzorku pomocí chí kvadrát testu byla zjištěna hodnota signifikance $p = 0,562515722$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 6

	b) doma, ale sám/sama		celkem
	ano	ne	
Geriatricie počet odpovědí	11	39	50
%	22%	78%	100%
Chirurgie počet odpovědí	13	35	48
%	27,08%	72,91%	100%
Celkem	24	74	98
%	24,48%	75,51%	100%

Několik respondentů rovněž uvedlo, že by chtěli zestárnout a zemřít doma, ale bez přítomnosti svých blízkých. Tuto možnost zvolilo 22% respondentů v případě geriatricie a 27,08% respondentů v případě chirurgického oddělení. Po vyhodnocení vzorku byla zjištěna hodnota signifikance $p = 0,558436$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Otázka č. 14

Zde byli respondenti dotazováni, zda shledávají na fenoménu smrti pozitivní aspekty.

„Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitivita?“

Tabulka č. 7

	a) uvědomění si vlastní konečnosti		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	11	39	50
%	22%	78%	100%
Chirurgie počet odpovědí	9	39	48
%	18,75%	81,25%	100%
Celkem	20	78	98
%	20,40%	79,59%	100%

Jako pozitivní chápe fakt uvědomění si vlastní konečnosti při kontaktu se smrtí 22% dotázaných sester na oddělení geriatricke a 18,75% sester na chirurgickém oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu v tomto případě je $p = 0,690141159$. H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 8

	b) uvědomění si trvalých hodnot v životě		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	6	44	50
%	12%	88%	100%
Chirurgie počet odpovědí	10	38	48
%	20,83%	79,16%	100%
Celkem	16	82	98
%	16,32%	83,67%	100%

Za pozitivní aspekt při kontaktu se smrtí považuje 12% sester na geriatrickém oddělení možnost uvědomění si trvalých hodnot v životě. Na oddělení chirurgie je tomu tak u 20,83% dotázaných.

Hodnota signifikance chí kvadrát testu pro tuto položku činí $p = 0,236405132$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 9

	c) potvrzení mého náboženského přesvědčení/víry		Celkem
	ano	ne	
Geriatricie počet odpovědí	12	38	50
%	24%	76%	100%
Chirurgie počet odpovědí	8	40	48
%	16,66%	83,33%	100%
Celkem	20	78	98
%	20,40%	79,59%	100%

Potvrzení svého náboženského přesvědčení či víry při setkávání se smrtí a umíráním pozitivně hodnotí 24% respondentů v případě geriatricie a 16,66% dotázaných v případě chirurgického oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu při porovnání obou skupin respondentů je $p = 0,368039845$. H_0 pro tuto hypotézu nelze zamítnout.

Tabulka č. 10

	d) smíření se		celkem
	ano	ne	
Geriatricie počet odpovědí	6	44	50
%	12%	88%	100%
Chirurgie počet odpovědí	4	44	48
%	8,33%	91,66%	100%
Celkem	10	88	98
%	10,20%	89,79%	100%

Možnost „smíření se“ zvolilo 12% respondentů na geriatrickém oddělení a 8,33% respondentů na chirurgickém oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu pro tuto položku nebyla z důvodu nízké četnosti odpovědí vyhodnocována.

Tabulka č. 11

	e) možnost pomoci		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	15	35	50
%	30%	70%	100%
Chirurgie počet odpovědí	17	31	48
%	35,41%	64,58%	100%
Celkem	32	66	98
%	32,65%	67,34%	100%

Možnost pomoci pokládá za pozitivní 30% sester pracujících na geriatricke a 35,41% sester v rámci chirurgického oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu je $p = 0,567966718$. H_0 pro tuto hypotézu nelze zamítnout.

Otázka č. 15

Zde se respondenti zamýšleli nad tím, co považují ve vztahu k fenoménu smrti za negativní.

„Má pro Vás setkávání se smrtí nějaká negativa?“

Tabulka č. 12

	a) uvědomění si vlastní konečnosti		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	3	47	50
%	6%	94%	100%
Chirurgie počet odpovědí	2	46	48
%	4,16%	95,83%	100%
Celkem	5	93	98
%	5,10%	94,89%	100%

V této položce mohli respondenti vyjádřit, zda „uvědomění si vlastní konečnosti“ považují ve vztahu k setkávání se s fenoménem smrti naopak za negativní. Tuto variantu vybralo méně sester, než v případě jejího zařazení do „pozitiv“ při kontaktu se smrtí. Protože počet kladných odpovědí nedosáhl ani v jedné z porovnávané skupiny hodnoty 5 a více, která je doporučována pro použití metody chí kvadrát testu, nebyla tato položka tímto způsobem vyhodnocena.

Tabulka č. 13

	b) strach z neznámého		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	8	42	50
%	16%	84%	100%
Chirurgie počet odpovědí	9	39	48
%	18,75%	81,25%	100%
Celkem	17	81	98
%	17,34%	82,65%	100%

Jako negativní považuje v kontaktu s fenoménem smrti strach z neznámého 16% dotázaných pracujících na geriatrickém oddělení a 18,75% respondentů na chirurgickém oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu je: $p = 0,547854121$. H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 14

	c) obavy o budoucnost		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	6	44	50
%	12%	88%	100%
Chirurgie počet odpovědí	7	41	48
%	14,58%	85,41%	100%
Celkem	13	85	98
%	13,26%	86,73%	100%

Obavy o budoucnost považuje za negativní 12% sester v rámci geriatrického oddělení a 14,58% dotázaných na chirurgickém oddělení. Hodnota signifikance chí kvadrát testu je: $p = 0,705073908$. H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 15

	d) strach z umírání		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	11	39	50
%	22%	78%	100%
Chirurgie počet odpovědí	11	37	48
%	22,91%	77,08%	100%
Celkem	22	76	98
%	22,44%	77,55%	100%

Strach z umírání se dotýká 22% respondentů pracujících na geriatricii a 22,91% sester pracujících na chirurgickém oddělení. Při porovnání těchto skupin byla zjištěna hodnota signifikance $p = 0,913168476$. H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Tabulka č. 16

	e) strach z bolesti		Celkem
	ano	ne	
Geriatricke počet odpovědí	22	28	50
%	44%	56%	100%
Chirurgie počet odpovědí	19	29	48
%	39,58%	60,41%	100%
Celkem	41	57	98
%	41,83%	58,16%	100%

Nejvíce dotázaných z obou porovnávaných skupin uvedlo právě možnost „strach z bolesti“. Týká se to celkem 44% respondentů pracujících na oddělení geriatricke a 39,58% sester na oddělení chirurgie. Metodou chí kvadrát testu byla zjištěna hodnota signifikance $p = 0,656676156$. H_0 pro tuto hypotézu nelze zamítnout.

Otázka č. 17

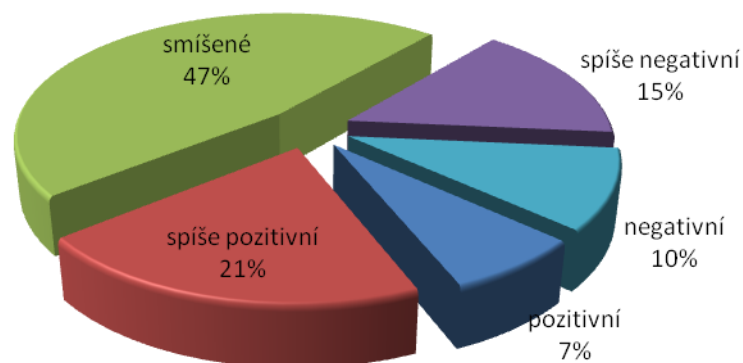
„Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.“

Tabulka č. 17

	pozitivní	spíše pozitivní	smíšené	spíše negativní	negativní	Celkem
Geriatricke počet odpovědí	5	14	22	5	4	50
%	10%	28%	44%	10%	8%	100%
Chirurgie počet odpovědí	2	6	24	10	6	48
%	4,16%	12,5%	50%	20,83%	12,5%	100%
Celkem	7	20	46	15	10	98
%	7,14%	20,40%	46,93%	15,30%	10,20%	100%

V této položce, která byla nabídnuta formou škály, měli respondenti graficky znázornit své celkové pocity, které mají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým. Nabídnuty byly tři základní možnosti („pozitivní“, „smíšené“ (ambivalentní), „negativní“). V případech kdy respondenti umístili svoji odpověď mezi tyto krajní varianty, zařadil jsem tyto odpovědi do kategorie „spíše pozitivní“ a „spíše negativní“. Pro účely následného zpracování vzorku metodou chí kvadrát testu jsem sloučil kategorie „pozitivní“ a „spíše pozitivní“ a kategorie „negativní“ a „spíše negativní“. Po následném vyhodnocení touto metodou byla zjištěna hodnota signifikance $p = 0,038923596$. H_0 se pro tuto položku zamítá.

**"Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým."
(Odpovědi celkem)**

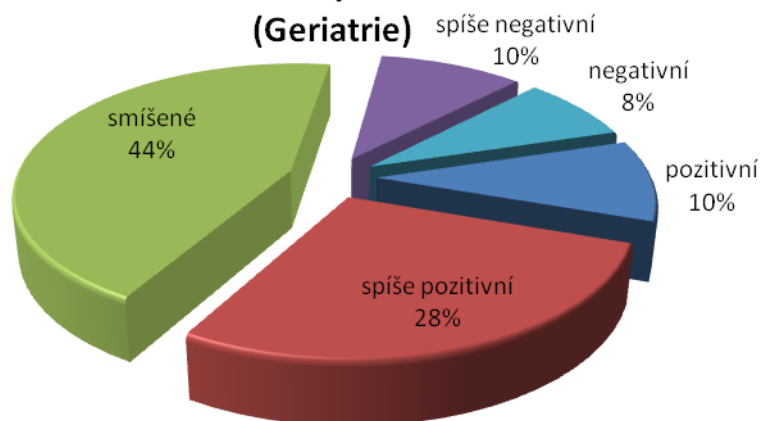


Graf č. 7

Graf znázorňuje celkové rozložení odpovědí ve sledovaném vzorku. Z celkového počtu 98 respondentů 47% označilo své pocity při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým za „smíšené“, (ambivalentní), 21% za „spíše pozitivní“, 15% za „spíše negativní“, 10% za „negativní“ a 7% jako „pozitivní“.

"Pokuste se znázornit (vyznačit), které u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým."

(Geriatricie)

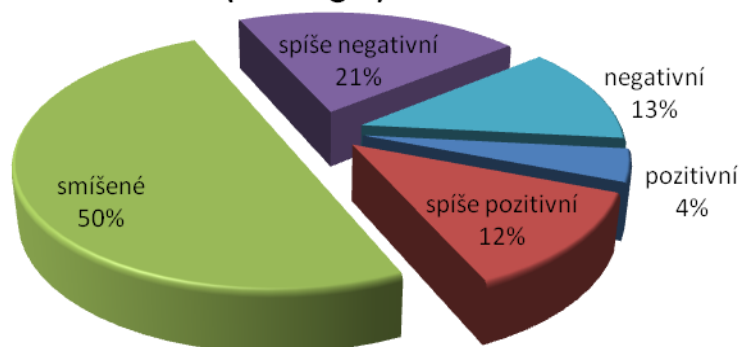


Graf č. 8

Ve skupině sester pracujících na geriatrickém oddělení označilo 44% své pocity jako „smíšené“, 28% je označilo jako „spíše pozitivní“, 10% sester je vnímá jako „pozitivní“, stejný počet, 10% jako „spíše negativní“ a 8% jako „negativní“.

"Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým."

(Chirurgie)



Graf č. 9

Sestry pracující na chirurgickém oddělení se v 50% vyjádřily o svých pocitech jako smíšených, 21% je pokládá za spíše negativní, 13% za negativní, 12% za spíše pozitivní a pouze 4% jako pozitivní.

Závěr k cíli č. 2:

Pro otázku číslo 7 prokázal chí kvadrát test toto: v položce a) nelze H_0 zamítnout, pro položky b) a c) se H_0 zamítá.

Pro otázku 11 platí: v položce a) a b) nelze H_0 zamítnout.

Pro otázku 14 platí: pro položky a), b), c), d) nelze H_0 zamítnout.

Pro otázku 15 bylo zjištěno, že: pro položky b), c), d) e) nelze H_0 zamítnout.

Pro otázku 17 se H_0 zamítá.

8.3 Cíl č. 3: Zjistit, jak se v setkávání se smrtí projevuje v hodnotovém žebříčku.

Respondenti stanovili, pro každou z jedenácti definovaných položek, její pořadí v hodnotovém žebříčku, tj. pracovali s ordinální škálou 1-11. Podle odpovědí na otázku dotazníku „Jak často se se setkáváte s umírajícími?“ byli respondenti rozdělení do tří skupin: „často“, „občas“ a „příležitostně“. Ve skupině s odpovědí „vůbec ne“ byl pouze jeden respondent, proto nebyla tato skupina v dalším zpracování uvažována.

Pro ověření platnosti nulové hypotézy byl, vzhledem k charakteru dat, použit neparametrický test Kruskal-Wallis, který porovnával tři skupiny respondentů (podle jejich zkušeností s umírajícími) zvláště v každé z definovaných položek.

V případě signifikantního výsledku testu Kruskal-Wallis, byl použit neparametrický test Mann-Whitney, který následně porovnával skupiny po dvojicích. Signifikance testu Mann-Whitney byly, vzhledem k mnohonásobnému porovnávání, korigovány podle Bonferroniho.

Závěr k cíli č. 3:

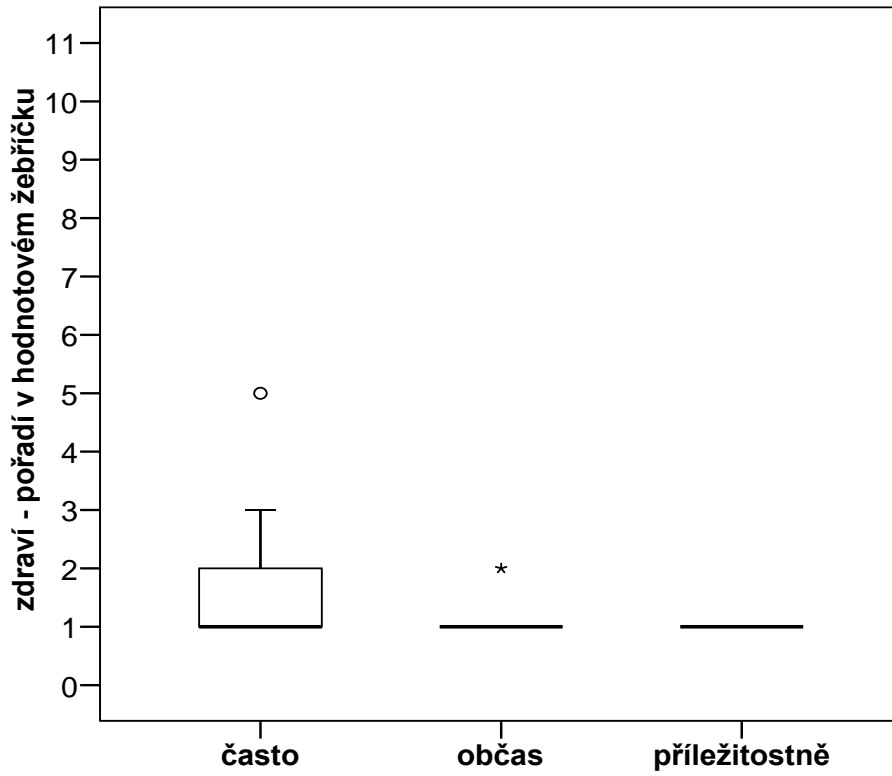
Nulová hypotéza se zamítá, hodnotový žebříček je ovlivněn tím, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

Test Mann-Whitney prokázal, že:

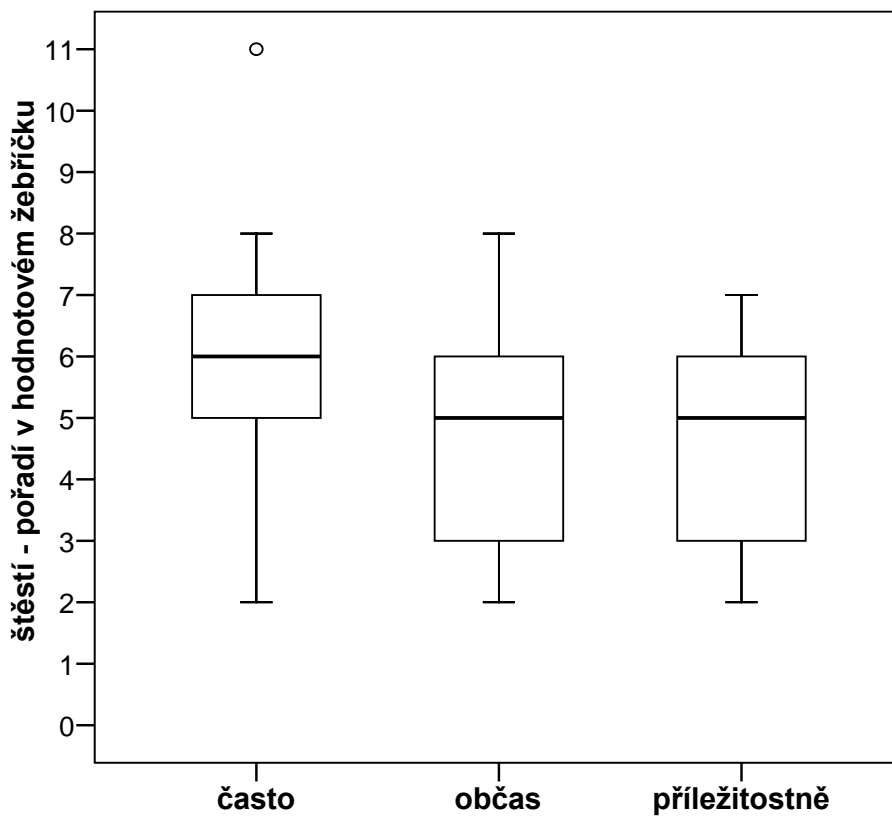
- 1) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ přikládají menší důležitost **zdraví, štěstí, a nezávislosti** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „občas“ (signifikance testu $p = 0,001$, $p = 0,040$, $p = 0,021$),
- 2) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ nebo „občas“ přikládají menší důležitost **kráse** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „příležitostně“ ($p = 0,047$, $p = 0,002$),
- 3) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ přikládají větší důležitost **vyřešení existenciálních otázek** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „občas“ ($p < 0,0001$) nebo respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „příležitostně“ ($p = 0,005$).

Box grafy

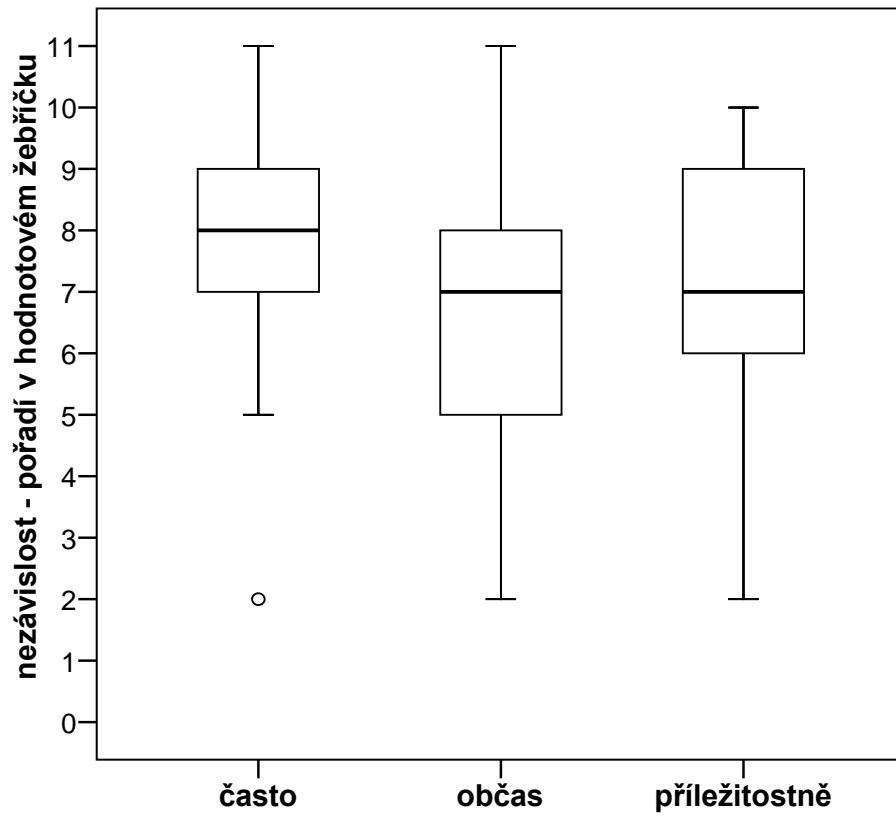
V box grafech je zobrazena distribuce naměřených hodnot pomocí kvartilů. Dno krabice odpovídá 1. kvartilu, silná čára odpovídá 2. kvartilu, tj. mediánu hodnot, víko krabice odpovídá 3. kvartilu. Anténka dole a nahoře odpovídají neodlehle minimální a maximální hodnotě. Symbolem kroužek jsou zobrazeny hodnoty odlehlé, symbolem hvězdička je zobrazena hodnota extrémní.



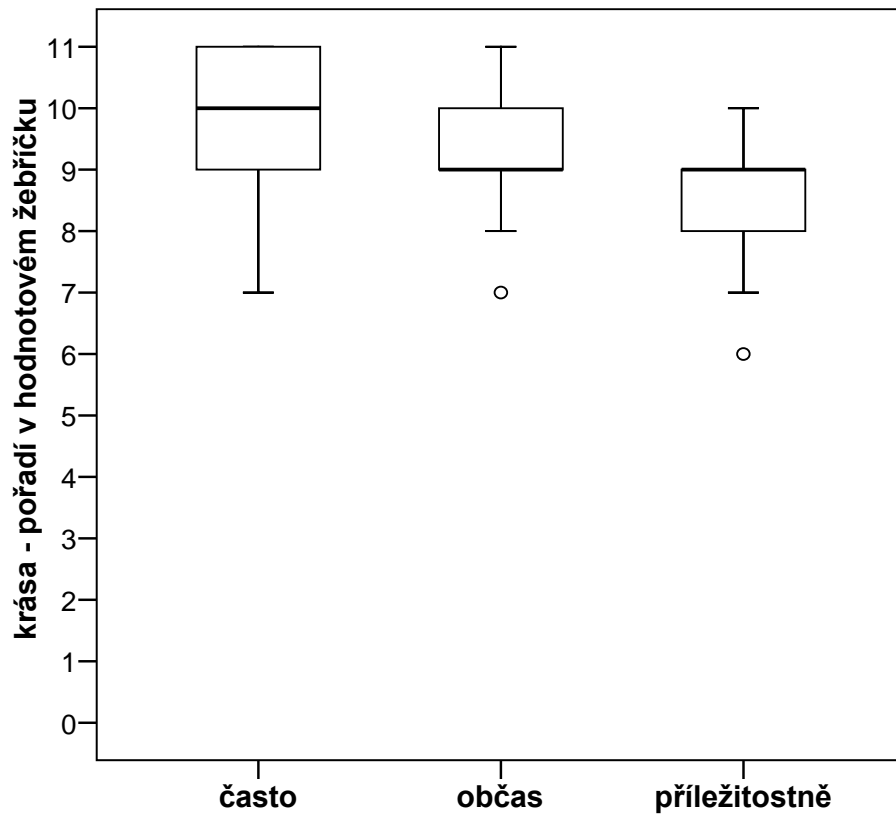
Graf č. 10



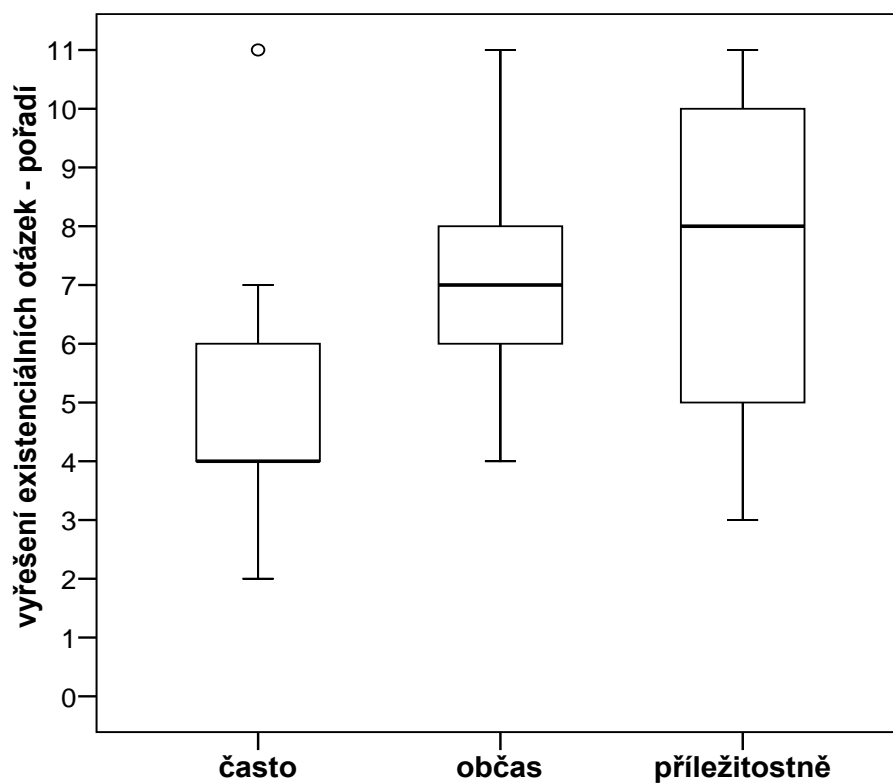
Graf č. 11



Graf č. 12



Graf č. 13



Graf č. 14

Popisné statistiky – pořadí položek v hodnotovém žebříčku

Tabulka č. 18

Jak často se setkáváte s umírajícími?		zdraví	krása	úspěch	kariéra	štěstí	dobré partnerské vztahy
často	N	38	38	38	38	38	38
	Minimum	1	7	6	8	2	1
	Maximum	5	11	10	11	11	8
	Medián	1,00	10,00	8,00	11,00	6,00	3,00
	Průměr	1,42	9,89	8,39	10,42	5,66	3,74
	SD	,826	,953	,855	,793	1,820	1,766
občas	N	46	46	46	46	46	46
	Minimum	1	7	5	7	2	2
	Maximum	2	11	11	11	8	7
	Medián	1,00	9,00	9,00	10,00	5,00	3,00
	Průměr	1,02	9,50	8,61	10,13	4,70	2,91
	SD	,147	1,049	1,437	1,046	1,711	1,151
příležitostně	N	13	13	13	13	13	13
	Minimum	1	6	5	7	2	2
	Maximum	1	10	10	11	7	6
	Medián	1,00	9,00	8,00	11,00	5,00	3,00
	Průměr	1,00	8,54	7,85	10,00	4,38	3,46
	SD	,000	1,198	1,573	1,414	1,660	1,506

Tabulka č. 19

Jak často se setkáváte s umírajícími?		nezáv islost	existenční jistoty	dobry vztah s lidmi	vy řešení existenc. otázek	jednota vnitřních postojů a vnějšího jednání
často	N	38	38	38	38	38
	Minimum	2	3	1	2	1
	Maximum	11	9	6	11	11
	Medián	8,00	5,00	2,50	4,00	5,00
	Průměr	7,71	5,53	2,68	4,76	5,82
	SD	1,642	1,428	1,165	1,601	3,178
občas	N	46	46	46	46	46
	Minimum	2	2	2	4	1
	Maximum	11	10	7	11	11
	Medián	7,00	5,00	3,00	7,00	7,00
	Průměr	6,59	4,89	3,30	7,48	6,96
	SD	2,104	1,509	1,245	1,616	2,732
příležitostně	N	13	13	13	13	13
	Minimum	2	3	2	3	4
	Maximum	10	8	9	11	11
	Medián	7,00	4,00	3,00	8,00	7,00
	Průměr	7,23	4,62	3,69	7,69	7,54
	SD	2,315	1,850	2,097	2,869	2,602

Výsledky testu Kruskal-Wallis

Tabulka č. 20

		Pořadí	
	Jak často se setkáváte s umírajícími?	N	Průměrné pořadí
zdraví	často	38	57,08
	občas	46	44,02
	příležitostně	13	43,00
	Celkem	97	
krása	často	38	58,29
	občas	46	47,43
	příležitostně	13	27,38
	Celkem	97	
úspěch	často	38	48,14
	občas	46	52,92
	příležitostně	13	37,62
	Celkem	97	
kariéra	často	38	52,96
	občas	46	45,89
	příležitostně	13	48,42
	Celkem	97	
šťěstí	často	38	58,75
	občas	46	43,68
	příležitostně	13	39,31
	Celkem	97	
dobré partnerské vztahy	často	38	56,09
	občas	46	42,27
	příležitostně	13	52,08
	Celkem	97	

Tabulka č. 21

Test Statistics ^{a,b}						
	zdraví	krása	úspěch	kariéra	šťěstí	dobré partnerské vztahy
Chí-kvadrát	15,814	12,906	3,282	1,581	7,995	5,592
Stupně volnosti	2	2	2	2	2	2
Asymptotická signifikance	,0004	,002	,194	,454	,018	,061

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Výsledky testu Kruskal-Wallis – pokračování

Tabulka č. 22

Pořadí			
	Jak často se setkáváte s umírajícími?	N	Průměrné pořadí
nezáv islost	často	38	57,37
	občas	46	41,27
	příležitostně	13	51,88
	Celkem	97	
existenční jistoty	často	38	57,53
	občas	46	45,16
	příležitostně	13	37,65
	Celkem	97	
dobrý vztah s lidmi	často	38	40,92
	občas	46	54,12
	příležitostně	13	54,50
	Celkem	97	
vyřešení existenciálních otázek	často	38	26,72
	občas	46	63,87
	příležitostně	13	61,50
	Celkem	97	
jednota vnitřních postojů a vnějšího jednání	často	38	41,83
	občas	46	52,55
	příležitostně	13	57,38
	Celkem	97	

Tabulka č. 23

Test Statistics ^{a,b}					
	nezáv islost	existenční jistoty	dobrý vztah s lidmi	vyřešení existenc. otázek	jednota vnitřních postojů a vnějšího jednání
Chí-kvadrát	7,138	6,716	5,546	40,017	4,404
Stupně vlnosti	2	2	2	2	2
Asymptotická signifikance	,028	,035	,062	< 0,0001	,111

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Test Mann-Whitney, porovnání skupiny respondentů s odpovědí „často“ a „občas“

Tabulka č. 24

Testové statistiky, často vs. občas

	zdraví	krása	štěstí
Mann-Whitneyho U	638,500	675,000	603,000
Asymptotická signifikance (oboustranná)	,001	,186	,040

a.

Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Tabulka č. 25

Testové statistiky, často vs. občas

	nezávislost	existenční jistoty	vyřešení existenciálních otázek
Mann-Whitneyho U	578,500	642,000	170,500
Asymptotická signifikance (oboustranná)	,021	,100	< 0,0001

a. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Test Mann-Whitney, porovnání skupiny respondentů s odpovědí „často“ a „příležitostně“

Tabulka č. 26

Testové statistiky, často vs. příležitostně

	zdraví	krása	štěstí
Mann-Whitneyho U	175,500	93,000	147,500
Asymptotická signifikance (oboustranná)	,093	,002	,085

a. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Tabulka č. 27

Testové statistiky, často vs. příležitostně

	nezávislost	existenční jistoty	vyřešení existenciálních otázek
Mann-Whitneyho U	224,500	155,000	104,000
Asymptotická signifikance (oboustranná)	1,000	,129	,005

a. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Test Mann-Whitney, porovnání skupiny respondentů s odpovědí „občas“ a „příležitostně“

Tabulka č. 28

Testové statistiky, občas vs. příležitostně

	zdraví	krása	štěstí
Mann-Whitneyho U	292,500	172,000	272,500
Asymptotická signifikance (oboustranná)	1,000	,047	1,000

a. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

Tabulka č. 29

Testové statistiky, občas vs. příležitostně

	nezavislost	existenční jistoty	vyřešení existenciálních otázek
Mann-Whitneyho U	239,000	243,500	279,500
Asymptotická signifikance (oboustranná)	,804	,893	1,000

a. Grouping Variable: Jak často se setkáváte s umírajícími?

DISKUZE

Diskuze k cíli č. 1

Cíl č. 1: Zjistit, zda se liší ve schopnosti empatie s umírajícími sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních.

Hypotézy:

H0: Sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních se neliší ve schopnosti empatie s umírajícími.

H1: Sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních se liší ve schopnosti empatie s umírajícími.

V položce dotazníku, která se týkala schopnosti empatie, se respondenti vyjadřovali k tomu, zda jsou dle svého názoru schopni vžít se ve své praxi se do pocitů umírajícího pacienta, se kterým přicházejí do kontaktu. Z celkového počtu 98 jich celkem 16 uvedlo, že jsou toho schopni, 21 zvolilo možnost „spíše ano“ a 29 dotázaných uvedlo, že toho nejsou schopni. Největší počet, 32 se vyjádřilo, že tuto schopnost „spíše nemají“. Z porovnání obou skupin respondentů, tedy sester pracujících na geriatrickém a chirurgické oddělení vyplývá toto:

1) Sestry pracující na geriatrických odděleních mají dle tohoto výzkumu vyšší schopnost empatie s umírajícími. Uvedlo tak 52% respondentů. Z toho 30% dotázaných uvedlo možnost „spíše ano“ a 22% „ano“. Zbýlých 48% respondentů se domnívá, že tuto schopnost „spíše nemají“ (28%), nebo že jí nedisponují vůbec (20%).

2) Většina dotazovaných sester na chirurgických odděleních, 78% není podle svého mínění schopna vcítit se do pocitů umírajícího pacienta. Z toho 40% dotázaných uvedlo možnost „ne“, 38% zvolilo možnost „spíše ne“. Naopak 12% se rozhodlo pro odpověď „spíše ano“ a 10% se domnívá, že tuto schopnost má.

Při vyhodnocování odpovědí metodou chí kvadrát testu, za užití hladiny signifikance $p = 0,05$ u porovnávaných skupin sester, byla zjištěna hladina signifikance $p = 7,84633E-05$. Nulová hypotéza se tedy zamítá. Sestry pracující na geriatrickém a chirurgickém oddělení se liší ve schopnosti empatie s umírajícími pacienty.

Tento výsledek může být dán odlišným charakterem a náplní práce u respondentů na porovnávaných pracovištích. Na těchto odděleních je také značně rozdílná skladba pacientů. Nemocní hospitalizovaní na chirurgických odděleních jsou v průměru mladší, nejčastěji se jedná o pacienty v produktivním věku, kteří se většinou, nebo často, vracejí zpět do pracovního procesu a aktivního života. Na geriatrických odděleních je tomu často právě naopak.

Trend „jednodenní chirurgie“ a miniinvazivních operačních výkonů rovněž zkracuje dobu pobytu hospitalizovaných. Geriatrickí pacienti jsou oproti tomu často polymorbidní a délka jejich hospitalizace je zpravidla o poznání delší.

Lze také předpokládat rozdílné zaměření sester, které pracují na odděleních geriatricke a chirurgie. Otázkou zůstává, zda si sestry volí práci na jednotlivých typech oddělení z důvodu různých preferencí jednotlivých aspektů ošetrovatelské péče, nebo zda se postupně přizpůsobují různé náplni a charakteru práce na těchto typech oddělení.

Diskuze k cíli č. 2

Cíl č. 2: Zjistit, zda se liší postoj ke smrti a umírání u sester pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních.

Hypotézy:

H0: Postoj ke smrti a umírání se u sester pracujících na geriatrických a chirurgických oddělení neliší.

H1: Postoj ke smrti a umírání se liší u sester pracujících na geriatrických a chirurgických oddělení.

Pro splnění tohoto cíle byly respondentům nabídnuty a následně vyhodnoceny otázky č. 7, 11, 14, 15, 17.

Z důvodu následného zpracování metodou chí kvadrát testu byly otázky č. 7, 11, 14 a 15 vzhledem k charakteru dat rozděleny na jednotlivé položky, které byly zpracovány do kontingenčních tabulek (uvedených v části „Výsledky výzkumného šetření“).

V otázce č. 7 se respondenti vyjadřovali k tomu, jakým způsobem přistupují k umírajícímu pacientovi. Sestry volily mezi možnostmi:

- a) „vyhýbám se kontaktu“ ($p = 0,165071657$),
- b) „přistupuji k němu stejně jako k ostatním pacientům“ ($p = 0,014833655$)
- c) „kontakt s umírajícím považuji za svoje poslání“ ($p = 0,014833655$).

Pro položky a) a b) byla potvrzena nulová hypotéza, pro položku c) se zamítá.

V otázce č. 11 bylo zjišťováno, kde by respondenti chtěli zestárnout a zemřít. Na výběr byly následující možnosti:

- a) „doma, v kruhu svých blízkých“ ($p = 0,562515722$),
- b) „doma, ale sám/sama“ ($p = 0,558436$),
- c) „v zařízení pro seniory“
- d) „v nemocnici“
- e) „jinde“.

Pro položky a) a b) byla potvrzena nulová hypotéza, u položek c),d),e) nebyla signifikance z důvodu nízké četnosti odpovědí vyhodnocována.

V otázce č. 14 sestry uváděly, zda má pro ně setkávání se smrtí nějaká pozitiva.

Na výběr bylo více možností, respondenti měli zvolit jednu z nich:

- a) „uvědomění si vlastní konečnosti“ (p = 0,690141159)
- b) „uvědomění si trvalých hodnot v životě“ (p = 0,236405132)
- c) „potvrzení mého náboženského přesvědčení, mé víry“ (p = 0,368039845)
- d) „smíření se“
- e) „možnost pomoci“ (p = 0,567966718)

Nulová hypotéza byla potvrzena pro položky a),b) c) e), u položky „smíření se“ nebyla hladina signifikance stanovena z důvodu nízkých četností.

V otázce č. 15 uváděli respondenti naopak pozitiva, která si při kontaktu s umírajícími uvědomují. Na výběr měli následující možnosti, přičemž opět volili jednu z nich:

- a) „uvědomění si vlastní konečnosti“
- b) „strach z neznámého“ (p = 0,547854121)
- c) „obavy o budoucnost“ (p = 0,705073908)
- d) „strach z umírání“ (p = 0,913168476)
- e) „strach z bolesti“ (p = 0,656676156)
- f) „jiné“

Nulová hypotéza byla potvrzena pro položky b),c),d),e), pro položky a),f) nebyla signifikance stanovena z důvodu nízké četnosti odpovědí.

V otázce č. 17 měli respondenti shrnout své pocity při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým. Pracovali se škálou, na které jim byly nabídnuty tři základní možnosti („pozitivní“, „ambivalentní“, „negativní“). Pokud respondent umístil své pocity

na škále mezi tyto hodnoty, byly roztríděny do kategorií „spíše pozitivní“ nebo „spíše negativní“. Jednotlivé kategorie odpovědí byly zpracovány do kontingenční tabulky (viz. „Výsledky výzkumného šetření“) a následně vyhodnoceny metodou chí kvadrát testu. Hladina signifikance $p = 0,038923596$ znamená, že nulová hypotéza se pro tuto položku zamítá.

Diskuze k cíli č. 3

Cíl č. 3: Zjistit, zda se setkávání se smrtí projevuje v hodnotovém žebříčku.

Hypotézy:

H0: Žebříček nezávisí na tom, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

H1: Žebříček závisí na tom, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

Pro splnění tohoto cíle bylo respondentům nabídnuto 11 hodnot, které dle svého uvážení řadili sestupně podle toho, jakou jim ve svém životě přikládají důležitost. Jedná se o položky: zdraví, krása, úspěch, kariéra, štěstí, dobré partnerské vztahy, nezávislost, existenční jistoty, dobrý vztah s lidmi, vyřešení existenciálních otázek (narození, života, smrti, poslání člověka, nalezení smyslu života) a jednoty vnitřních postojů a vnějšího jednání.

Podle odpovědí na otázku dotazníku „Jak často se setkáváte s umírajícími?“ byli respondenti rozděleni do tří skupin: „často“, „občas“ a „příležitostně“. Pouze jeden respondent zvolil možnost „vůbec ne“, proto nebyla tato položka zařazena do dalšího statistického zpracování.

Pro ověření platnosti nulové hypotézy byl použit neparametrický test Kruskal-Wallis, který porovnával tři skupiny respondentů (podle jejich zkušeností s umírajícími) zvlášť v každé z definovaných položek.

V případě signifikantního výsledku testu Kruskal-Wallis, byl použit neparametrický test Mann-Whitney, který následně porovnával skupiny po dvojicích. Signifikance testu Mann-Whitney byly, vzhledem k mnohonásobnému porovnávání, korigovány podle Bonferroniho.

Na základě provedeného testování bylo zjištěno že:

Nulová hypotéza se zamítá, hodnotový žebříček je ovlivněn tím, jak často se respondenti setkávají s umírajícími pacienty.

Test Mann-Whitney prokázal následující:

1) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ přikládají menší důležitost **zdraví, štěstí, a nezávislosti** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „občas“ (signifikance testu $p = 0,001$, $p = 0,040$, $p = 0,021$),

2) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ nebo „občas“ přikládají menší důležitost **kráse** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „příležitostně“ ($p = 0,047$, $p = 0,002$),

3) respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „často“ přikládají větší důležitost **vyřešení existenciálních otázek** než respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „občas“ ($p < 0,0001$) nebo respondenti, kteří se s umírajícími setkávají „příležitostně“ ($p = 0,005$).

V případě ostatních sledovaných položek, tedy dobrých partnerských vztahů, úspěchu, kariéry, dobrého vztahu s lidmi a jednoty vnitřních postojů a vnějšího jednání nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi tím, jak často se respondenti setkávají s umírajícími a důležitostí, které přikládají uvedeným hodnotám ve svém životě.

V případě **existenčních jistot** a významu, který jim respondenti přikládají, byla po provedení testu Kruskal-Wallis zjištěna signifikance $p = 0,035$, která naznačuje, že setry, které se s umírajícími setkávají častěji, přikládají této hodnotě menší míru důležitosti. Po následném provedení testu Mann-Whitney však nebyla tato závislost potvrzena.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřil na problematiku smrti a umírání z hlediska historie, medicíny a psychologie. Fenomén smrti a umírání se osobně dotýká každého z nás a zdravotníci, ať už se jedná o lékaře, sestry nebo nižší zdravotnický personál se s umíráním a smrtí setkávají častěji než zbytek populace. Pokrok v medicíně se významným způsobem zasloužil o prodloužení a zkvalitnění života obyvatel, ale postoj ke smrti, to jakým způsobem na ni nahlížíme, zda ji považujeme za hrozbu nebo výzvu, závisí na každém člověku osobně.

Ve své práci jsem si stanovil na následující cíle: Zjistit, zda se liší ve schopnosti empatie s umírajícími sestry pracující na geriatrických a chirurgických odděleních. Druhým cílem bylo zjistit, zda se přístup ke smrti a umírání liší u zdravotníků pracujících na geriatrických a chirurgických odděleních.

Zkoumal jsem také, zda se setkávání se smrtí projevuje v hodnotovém žebříčku respondentů.

Zjistil jsem, že sestry pracující geriatrických odděleních uvádí častěji schopnost empatie s umírajícími, než v případě sester pracujících na chirurgii.

V případě postoje ke smrti a umírání se sestry na zmíněných odděleních liší zejména v otázce pocitů, které mají v kontaktu s umírajícími.

Sestry pracující na geriatrickém oddělení mají ke smrti a umírání celkově kladnější postoj, než je tomu u sester pracujících na chirurgii.

Hodnotový žebříček respondentů je ovlivněn tím, jak často přicházejí do kontaktu s umírajícími. Vyřešení existenciálních otázek pokládají za důležitější, naopak zdraví, štěstí, krása a nezávislosti nepřikládají takovou důležitost.

„Na našem oddělení (geriatrie- pozn. autora) je umírání většinou přirozený proces. Proto se k němu nestavím negativně a beru jej jako součást života. Jen nesouhlasím s umělým prodlužováním umírání. Člověk by měl žít plnohodnotný život a odejít přirozeně a ve chvíli, která mu byla určena již na začátku života.“

„Při kontaktu s mrtvým cítím úlevu, pocit smíření a dokonání.“

Seznam použité literatury

1. ABDEL-KHALEK, A., TOMÁS-SÁBADO, J. *Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spanish Nursing Students. Death Studies*, 2005, roč. 29, č. 2, s. 157 – 167, ISSN 0748-1187.
2. ARIES, Philippe. *Dějiny smrti : Doba ležících*. vyd.1. Praha : Argo, 2000. 358 s. ISBN 80-7203-286-0
3. CAVENDISH R. et al. *Spiritual Care Activities of Nurses Using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2003; 14(4),113-124.
4. DAVIES, Douglas J. *Stručné dějiny smrti*. vyd.1. Praha : Volvox Globator, 2007. 186 s. ISBN 978-80-7207-628-4.
5. De HENNEZEL, Marie. *Smrt zblízka*. Praha: ETC 1997.134 s. ISBN 80-86006-15-8
6. DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ. *Sborník z mezinárodní konference 4.12.2007*. Olomouc: Lékařská fakulta UP, 2007. ISBN 978-80-244-2016-5
7. DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ II. *Sborník z mezinárodní konference Olomouc 1.12.2009*. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. ISBN 978-80-244-2381
8. GENDLIN, Eugene T. *Focusing : tělesné prožívání jako terapeutický zdroj*. vyd.1. Praha : Portál, 2003. 168 s. ISBN 80-7178-793-0.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis 1975. 174 s.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. vyd.1. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

11. HOLÝ, Martin; MIKULEC, Jiří. *Církev a smrt : Institucionalizace smrti v raném novověku*. Praha : Historický ústav, 2007. 301 s. ISBN 978-80-7286-106-4.
12. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů 2004. 63 s.
13. KALVACH Z., MAREŠ J. a kol. *Umírání a paliativní péče v České republice (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Cesta domů 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
14. KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998. 167 s. ISBN 80-7169-324-3
15. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. vyd.4. Praha : Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
16. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. 234 s. ISBN 80-725235-4
17. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. vyd.4. Praha : Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.
18. KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-247-0179-0
19. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-85878-95-X
20. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.

21. LEHTO R. H., STEIN K. F. *Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. Research and Theory for Nursing Practice.*
An International Journal 2009;23(1):23–41.
22. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o nemocné v době středověkých epidemií. Florence,*
2006, roč. 2, č. 9, s. 13 – 15. ISSN 1801-464X
23. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. 108 s.
ISBN 80-247-1025-0
24. MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky.* vyd.2,
opravené. Brno : Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2002. 75 s.
ISBN 80-210-3017-8
25. NĚMČEKOVÁ, M. *Can the world order be created without the order in man? (On
the issue of power and human dignity.)* In: Human Affairs, 6, 1996, 1, 3-8,
ISSN 1210-3055
26. OHLER, Norbert. *Umírání a smrt ve středověku.* vyd.1. Jinočany : H a H, 2001.
409 s. ISBN 80-86022-69-2.
27. ROGERS, Carl. *Způsob bytí.* vyd.1. Praha : Portál, 1998. 292 s.
ISBN 80-7178-233-5.
28. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky.* Praha:
Vyšehrad,1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7
29. SCHERER, Georg. *Smrt jako filozofický problém.* Kostelní Vydří: Karmelitánské
nakladatelství, s.r.o. 2005. 271 s. ISBN 80-7192-914-X
30. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet.* 4 dopl. vyd.
Praha : Ecce homo, 1999. 144 s. ISBN 80-902049-2-9.

31. ŠPINKOVÁ, Martina. *Na cestách domů : paliativní péče a dobré umírání*. Praha : Cesta domů, 2006. 46 s.
32. VIRT, Gunter. *Žít až do konce : etika umírání, smrti a eutanazie*. vyd.1. Praha : Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
33. VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. 534 s. ISBN 80-247-0279-7.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1- „Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?

Tabulka č. 2- „Pokud se setkáte s umírajícím pacientem...“

Vyhýbám se kontaktu.

Tabulka č. 3- „Pokud se setkáte s umírajícím pacientem...“

Přistupuji k němu stejně.

Tabulka č. 4- „Pokud se setkáte s umírajícím pacientem...“

Kontakt s umírajícím považuji za svoje poslání

Tabulka č. 5- „Kde byste chtěl/a zestárnout a zemřít?“

Doma, v kruhu svých blízkých.

Tabulka č. 6- „Kde byste chtěl/a zestárnout a zemřít?“

Doma, ale sám/sama.

Tabulka č. 7- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitiva?“

Uvědomění si vlastní konečnosti.

Tabulka č. 8- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitiva?“

uvědomění si trvalých hodnot v životě.

Tabulka č. 9- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitiva?“

Potvrzení mého náboženského přesvědčení/víry.

Tabulka č. 10- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitiva?“

Smíření se.

Tabulka č. 11- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká pozitiva?“

Možnost pomoci.

Tabulka č. 12- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká negativa?“

Uvědomění si vlastní konečnosti.

Tabulka č. 13- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká negativa?“

Strach z neznámého.

Tabulka č. 14- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká negativa?“

Obavy z budoucnosti.

Tabulka č. 15- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká negativa?“

Strach z umírání.

Tabulka č. 16- „Má pro Vás setkávání se se smrtí nějaká negativa?“

Strach z bolesti.

- Tabulka č. 17- „Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.“
- Tabulka č. 18- „Jak často se setkáváte s umírajícími?
- Tabulka č. 19- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Položky v hodnotovém žebříčku.
- Tabulka č. 20- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Pořadí.
- Tabulka č. 21- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Test Statistics.
- Tabulka č. 22- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Pořadí (pokračování).
- Tabulka č. 23- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Test Statistics (pokračování).
- Tabulka č. 24- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky často vs. občas.
- Tabulka č. 25- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky často vs. občas (pokračování).
- Tabulka č. 26- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky často vs. příležitostně.
- Tabulka č. 27- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky často vs. příležitostně (pokračování).
- Tabulka č. 28- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky občas vs. příležitostně.
- Tabulka č. 29- „Jak často se setkáváte s umírajícími?“
Testové statistiky občas vs. příležitostně (pokračování).

Seznam grafů

Graf č. 1- Věk

Graf č. 2- Vzdělání

Graf č. 3- Délka praxe

Graf č. 4- „Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?“

(Celkem)

Graf č. 5- „Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?“

(Geriatric)

Graf č. 6- „Jste podle Vás schopen/a vžít se do pocitů umírajícího?“

(Chirurgie)

Graf č. 7- „Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.“

(Celkem)

Graf č. 8- „Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.“

(Geriatric)

Graf č. 9- „Pokuste se znázornit (vyznačit), které pocity u Vás převládají při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.“

(Chirurgie)

Graf č. 10- Zdraví- pořadí v hodnotovém žebříčku.

Graf č. 11- Štěstí- pořadí v hodnotovém žebříčku.

Graf č. 12- Nezávislost- pořadí v hodnotovém žebříčku.

Graf č. 13- Krása- pořadí v hodnotovém žebříčku.

Graf č. 14- Vyřešení existenciálních otázek- pořadí v hodnotovém žebříčku.

Seznam příloh

P I Povolení k výzkumnému šetření

P II Dotazník

Bc. Martin Šamaj
Manažer nelékařských oborů
I.P.Pavlova 6
775 20 Olomouc

V Olomouci dne 23.2. 2010

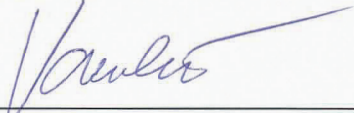
Věc: žádost o povolení ke sběru dat

Obracím se na Vás s žádostí o povolení sběru dat. Šetření povede student Bc. Ladislav Vaculín, posluchač II. ročníku prezeční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem sebereflexe smrti u zdravotnických pracovníků.

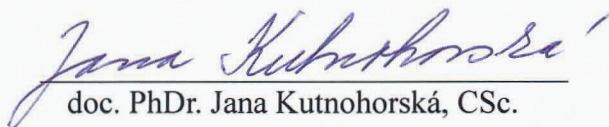
Vedoucí této diplomové práce je doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Prosím o Vaše vyjádření.

S pozdravem



Bc. Ladislav Vaculín
II. ročník Dlouhodobá oše. péče u dospělých
FZV UP v Olomouci



doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
přednostka ústavu

Kontakt:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Telefon: 585 632 811

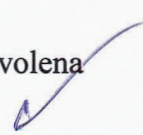
Kutnohorska.J@seznam.cz

Ústav společenských a humanitních věd

Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

OLOMOUČI
Ústav zdravotnických věd
a společenských
a humanitních věd
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Vyjádření k žádosti:

žádost povolena 

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko

23-03-2010

MARTIN ŠAMAJ
manažer
nelékařských oborů
OLOMOUČI NEMOCNICE OLMOUC

Bc. Marie Hejtmánková
Náměstkyně útvaru ošetrovatelské péče
Havlíčkovo nábřeží 600
760 01 Zlín

V Olomouci dne 23.2. 2010

Věc: žádost o povolení ke sběru dat

Vážená paní náměstkyně,

dovolte mi požádat o povolení sběru dat. Šetření povede student Bc. Ladislav Vaculín, posluchač II. ročníku prezeční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem sebereflexe smrti u zdravotnických pracovníků.

Vedoucí této diplomové práce je doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Prosím o Vaše vyjádření.

S pozdravem



Bc. Ladislav Vaculín
II. ročník Dlouhodobá oše. péče u dospělých
FZV UP v Olomouci



doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
předseda ústavu

Kontakt:
doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Telefon: 585 632 811
Kutnohorska.J@seznam.cz
Ústav společenských a humanitních věd
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Ústav společenských
a humanitních věd
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

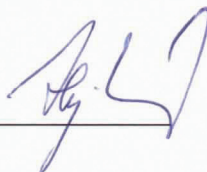
Vyjádření k žádosti:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko

23.2.2010



Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)

Dobrý den,

jsem studentem navazujícího magisterského oboru ošetrovatelství,

Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých, uskutečňovaném na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své diplomové práci se zabývám postojem k fenoménu smrti a umírání u středních zdravotnických pracovníků. Tento dotazník slouží ke zpracování její výzkumné části. V otázkách, které Vám předkládám, označte prosím jednu, nebo více odpovědí. V bodech, kde je to uvedeno doplňte odpověď dle svého uvážení. Dotazník je zcela anonymní. Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Bc. Ladislav Vaculín

1. Délka praxe v nemocničním nebo jiném zdravotnickém zařízení:

2. Věk:

3. Vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ

4. Oddělení, na kterém v současnosti pracuji:

5. Vyznání:

6. Jak často se setkáváte s umírajícími?

- a) často
- b) občas
- c) příležitostně
- d) vůbec ne

7. Pokud se setkáte s umírajícím pacientem:

- a) vyhýbám se kontaktu
- b) přistupuji k němu stejně jako k ostatním pacientům
- c) kontakt s umírajícím považuji za svoje poslání

8. Jakým způsobem se vyrovnáváte se smrtí a umíráním?

- a) je to součást profese, není třeba se s tím zvlášť vyrovnávat
- b) hovořím o tomto tématu s přáteli, partnerem/manželem, známými...
- c) zjišťuji si o této problematice další informace
- d) snažím se odreagovat (relaxace, příroda, přátelé, televize, kino, četba...)
- e) jiné(uveďte) _____

9. Seřad'te tyto hodnoty podle toho, jakou cenu jim přikládáte ve svém životě, od nejdůležitějších po méně důležité:

(Např. 1.a) 2.b) 3.c)...) _____

- a) zdraví

14. Má pro Vás setkávání se smrtí nějaká pozitiva? (uved'te jednu možnost)

- a) uvědomění si vlastní konečnosti
- b) uvědomění si trvalých hodnot v životě
- c) potvrzení mého náboženského přesvědčení, mé víry
- d) smíření se
- e) možnost pomoci
- f) jiné

(uved'te): _____

15. Má pro Vás setkávání se smrtí nějaká negativa? (uved'te jednu možnost)

- a) uvědomění si vlastní konečnosti
- b) strach z neznámého
- c) obavy o budoucnost
- d) strach z umírání
- e) strach z bolesti
- f) jiné

(uved'te): _____

16. Jste sama/sám schopna/schopen popsat své pocity při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým?

17. Pokuste se znázornit (vyznačit), své pocity při kontaktu s umírajícím nebo mrtvým.

Pozitivní	Ambivalentní (smíšené, neutrální)	Negativní
-----------	--------------------------------------	-----------

18. Jaké potřeby převládají podle Vás u umírajícího? Seřad'te od nejdůležitějších po méně důležité.

- a) seberealizace
- b) potřeba uznání, sebeúcty
- c) sounáležitost, láska
- d) potřeba bezpečí, ochrany
- e) fyziologická potřeby

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____

5. _____

19. Jste podle Vás schopna/schopen vžít se do pocitů umírajícího?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

20. Chcete uvést další informace, postřehy nebo poznatky, na které jste nenašli odpověď v předchozích otázkách?
