

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Michaela Podsedníčková

**Péče o umírající**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 4. července 2018

-----  
podpis

Děkuji PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad a konzultací. Rovněž děkuji RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za odborné konzultace v oblasti statistiky. Poděkování patří i všem respondentům za jejich ochotu sdělit názory a zkušenosti při vyplňování dotazníku.

A v neposlední řadě patří mé poděkování všem, kteří mne podporovali po celou dobu studia i tvorby diplomové práce, mým dvěma synům, a hlavně tomu nejmladšímu, za jeho trpělivost, ochotu i láskyplnou podporu, přestože to vždy nebylo úplně snadné.

# ANOTACE

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

<b>Téma práce:</b>	Péče o umírající
<b>Název práce:</b>	Péče o umírající
<b>Název práce v AJ:</b>	Care of Dying People
<b>Datum zadání:</b>	2017-01-31
<b>Datum odevzdání:</b>	2018-07-09
<b>Vysoká škola, fakulta, ústav:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovatelství
<b>Autor práce:</b>	Podsedníčková Michaela
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.
<b>Oponent práce:</b>	

### Abstrakt v ČJ:

Cílem předložené diplomové práce bylo zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Podkladem teoretické části práce byla sumarizace dohledaných poznatků z okruhu problematiky péče o umírající, včetně všech faktorů (pozitivních i negativních), jež se jakýmkoli způsobem, ať už přímo či nikoliv podílejí na náročnosti i jedinečnosti sesterského povolání. Dílčími cíli bylo zjistit, zda míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních ovlivňuje délka praxe či vzdělání. Součástí výzkumného procesu v praktické části práce bylo porovnání získaných výsledků s populační normou Meisterova dotazníku a ověření skutečnosti, zda existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a délkou praxe nebo vzděláním. K hodnocení psychické zátěže byl použit Meisterův dotazník, k němuž byl připojen dotazník vlastní konstrukce ke zjištění demografických údajů i dalších doplňujících informací. Výzkumného šetření se zúčastnilo

celkem 125 sester pracujících ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Výsledek prokázal statistické rozdíly mezi normami a hodnotami výzkumného souboru v porovnání s normami uvedenými v Meisterově metodě hodnocení pracovní zátěže, a to hned v několika oblastech. Naopak nebyla prokázána pozitivní závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a vzděláním, u délky praxe Spearmanova korelační analýza prokázala signifikantní pozitivní slabou závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a délkou praxe, ta byla sice statisticky významná, nikoli však klinicky – byla příliš nízká. Z uvedených výsledků vyplynulo, že míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních není ovlivněna délkou praxe ani vzděláním. Informace byly čerpány z databází: BMČ, MEDLINE, CINAHL, Medvik, Google scholar, Cambridge Journals Online, SAGE Journals Online, BioMed Central Journals, SciElo, mohou se stát podkladem dalších výzkumů, inspirací k provedení změn a zajištění kvalitnějších podmínek pro sestry i jejich pacienty/klienty, směřujících k jejich vzájemné spokojenosti i účtě.

#### **Abstrakt v AJ:**

The aim of the presented thesis was to determine the degree of intensity of nurses in providing nursing care to dying in medical and social institutions. The basis of the theoretical part of this thesis was the knowledge summarization of care for the dying, including all the factors (positive and negative) that are in any way, whether or not, directly involved in the complexity and uniqueness of the nursing profession. The partial goals were to determine whether the degree of intensity of workload among nurses providing nursing care to dying in medical and social facilities affects the length of the practice or education. A constituent part of the research process in the practical part of the work was to compare the results obtained with the population norm of Meister's questionnaire, and verification of the fact that there is a relationship between the level of workload among nurses and the length of the practice or education. For the evaluation of mental workload Meister's questionnaire was used. An original questionnaire of my own design was attached to determine the demographic data and other supplementary information. The research investigation was attended by 125 nurses working in health or social facilities. The result showed statistical differences between standards and research values in comparison with the standards referred to in the Meister's method of the evaluation of the workload, in several areas. On the contrary, a positive relationship between the level of workload among nurses and their education has not been proved. The Spearman's correlation analysis showed a significant positive relationship between the level of weak intensity between the workload

among the nurses and the length of the practice. It was statistically significant but not clinically- it was too low. The results showed that the level of intensity of workload among nurses providing nursing care to dying in medical and social facilities is not affected by the length of the practice or education. Information was gathered up through databases: MEDLINE, CINAHL, BMC, Medvik, Google scholar, Cambridge Journals Online, SAGE Journals Online, BioMed Central Journals, SciElo. The databases can become the basis of further research, the inspiration to make the changes, and ensure better conditions for nurses and their patients/clients, leading to their mutual satisfaction and respect.

**Klíčová slova v ČJ:** péče o umírající, umírání, smrt, paliativní péče, rodina, domácí ošetřování, stáří, kvalita života, komunikace, holismus, holistické zdraví, komplementární terapie, tradiční léčení, tradiční čínské léčení, psychická zátěž a stres sester, syndrom vyhoření

**Klíčová slova v AJ:** care of the dying patient, death throes, palliative care, family caregiving, old age, quality of life, communication, holism, holistic health, complementary therapy, traditional healing, traditional Chinese healing, psychological burden and stress among nurses, burnout syndrome

**Rozsah:** 177 stran/12 příloh

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	9
<b>1 EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU</b> .....	12
1.1 HOLISMUS.....	13
1.2 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	21
<b>2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ</b> .....	23
2.1 AKTUÁLNÍ STATISTICKÉ ÚDAJE.....	26
2.2 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE E. KÜBLER-ROSSOVÉ.....	28
2.2.1 První fáze – popírání (denial).....	29
2.2.2 Druhá fáze – hněv, agrese (anger).....	29
2.2.3 Třetí fáze – smlouvání (bargainig).....	29
2.2.4 Čtvrtá fáze – deprese (depression).....	29
2.2.5 Pátá fáze – smíření (acceptance).....	29
<b>3 SPECIFIKA PÉČE O POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH</b> .....	31
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	33
3.1.1 Období prae finem.....	33
3.1.2 Období in finem.....	33
3.1.3 Období post finem.....	34
3.2 HODNOTY A POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....	35
3.2.1 Hodnoty člověka.....	38
3.2.2 Potřeby umírajících v souvislosti s kvalitou života.....	38
3.2.3 Klasifikace potřeb nemocných.....	41
3.3 ROZPOZNÁNÍ A SATURACE POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH MASLOW.....	46
3.3.1 Fyzické potřeby.....	47
3.3.2 Bezpečí a jistota.....	47
3.3.3 Láska a sounáležitost.....	48
3.3.4 Potřeba uznání a úcty.....	50
3.3.5 Potřeba seberealizace.....	50
3.4 POTŘEBA A SPECIFIKA KOMUNIKACE.....	51
3.4.1 Komunikace s umírajícími.....	53
3.4.2 Komunikace a spolupráce s rodinnými příslušníky.....	54
<b>4 ROLE SESTRY A SPECIFIKA V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE UMÍRAJÍCÍM</b> .....	56
4.1 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	59
4.1.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání.....	60
4.1.2 Celoživotní vzdělávání.....	62

4.2	SPOLUPRÁCE V TÝMU .....	65
4.3	ZÁTĚŽ A STRES V PRÁCI SESTRY .....	67
4.3.1	Vymezení pojmů zátěž a stres.....	70
4.3.2	Burnout syndrom .....	71
4.3.2.1	Definice syndromu vyhoření.....	74
4.3.2.2	Příčiny vzniku, výskyt syndromu vyhoření .....	75
4.3.2.3	Příznaky, důsledky syndromu vyhoření.....	76
4.3.2.4	Prevence syndromu vyhoření.....	77
4.4	PSYCHICKÁ STABILITA OSOBNOSTI PRACOVNÍKŮ PEČUJÍCÍCH O UMÍRAJÍCÍ.....	79
<b>5</b>	<b>VÝZKUM MÍRY INTENZITY ZÁTĚŽE SESTER.....</b>	<b>82</b>
5.1	CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY .....	82
5.2	METODIKA VÝZKUMU .....	82
5.2.1	Měřicí nástroj .....	83
5.2.2	Charakteristika souboru respondentů.....	84
5.2.3	Sběr dat .....	85
5.2.4	Metody statistického zpracování.....	85
5.3	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	87
5.3.1	Charakteristika vzorku respondentů .....	87
5.3.2	Vyhodnocení osobního dotazníku pro sestry .....	87
5.3.3	Vyhodnocení Meisterova dotazníku .....	102
5.3.4	Výsledky k jednotlivým cílům práce .....	103
5.3.5	Výsledky k jednotlivým zbývajícím položkám osobního dotazníku pro sestry ...	106
5.4	DISKUZE .....	111
	Limity výzkumu.....	113
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>114</b>
	<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>116</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>129</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>131</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>132</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>133</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>134</b>



## ÚVOD

**„Věř své cestě – vždy tě dovede dál, než jsi měl představu na jejím začátku.“**

Prof. Frank D. Ferris (Kabelka, 2017, s. 8)

S rozvojem moderní medicíny se lidský život prodlužuje, člověk má pocit, že je nesmrtelný a medicína všemocná, přesto vážné onemocnění (zejména chronické) negativně ovlivňuje život nemocného i jeho rodiny, mění jejich potřeby i kvalitu života (Mokrejšová, 2011, s. 50). Každý člověk práh smrti překračuje sám, úkolem zdravotníků je zajistit umírajícímu odbornou, vysoce humánní ošetrovatelskou péči (Ondriová a Cinová, 2012, s. 38). Každoročně v ČR potřebuje paliativní péči více než 70 000 pacientů, lze ji poskytovat v různých fázích nemoci. U některých pacientů a diagnóz zahrnuje týdny až měsíce, u jiných (což je spíše výjimečné) řadu měsíců až roky. Cílem paliativní péče je zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života pacienta, trpícího nevléčitelnou nemocí, prostřednictvím zdravotnických intervencí poskytovaných nejčastěji v posledním roce jeho života. Obecná hospicová a paliativní péče má být poskytována ve všech zdravotnických i sociálních zařízeních. Příkladem paliativní péče může být kazuistika polymorbidní 94leté pacientky uvedená v příloze 1 (s. 135) (Kabelka, 2017, s. 20, 22, 24). Kvalitní paliativní péče zajišťuje především všestrannou účinnou oporu samotným nemocným, ale i jejich příbuzným, přátelům, nejbližším osobám a pomáhá jim zmírňovat a vyrovnávat se se zármutkem i po smrti jejich blízkého člověka, v rámci péče interdisciplinárního týmu, v němž mají všichni jeho členové odpovídající vzdělání (lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti - nyní praktické sestry, pastorační asistenti, duchovní, sociální pracovníci, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi, nutriční terapeuti, psychoterapeuti i terapeuti z jiných oborů a dobrovolníci (Kabelka, 2017, s. 20, 24-25; Klevetová, 2013, s. 39-40; Marková, 2010, s. 15; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 25; Sláma, 2014, s. 578). Sestry (i ostatní zdravotnický personál) pečující o vážně nemocné, především v terminálním stádiu nemoci, které se denně setkávají s bolestí, utrpením i smrtí a řeší náročné situace, jsou zvýšeně vystaveny stresu z hlediska psychické zátěže náročnosti jejich profese. Mohou být ohroženy syndromem vyhoření, pocitem profesionálního selhání, neúspěchu či nesmyslnosti svého dosavadního pracovního snažení (Švarcová, 2009, s. 62-67).

Péče o umírající i pacienty v terminálním stádiu nemoci je nejen velmi fyzicky i psychicky náročná pro všechny zdravotnický personál, ale především pro sestry, jež jsou s nemocnými v každodenním kontaktu, jsou prostředníky mezi nemocným a lékařem, „jeho pravou rukou“

a nejbližším často neviditelným, nedoceněným pomocníkem, s nímž se „vždy počítá“. Trendem současné doby je zaměřovat pozornost na kvalitu poskytované péče a zachování vysoké kvality života nemocných nejen v posledních dnech jejich života, ale i po celou dobu kontaktu nemocného s poskytovateli zdravotní péče. Vzhledem k prodlužování střední délky života a „stárnutí populace“ lze předpokládat zvyšující se nároky na poskytování paliativní péče nejen ve specializovaných zařízeních hospicového typu, ale i zdravotnických a sociálních. S čímž také přímo úměrně souvisí zvyšující se požadavky na personál poskytující ošetrovatelskou péči umírajícím, zejména na sestry (a to nejen v rámci přímé péče o nemocného vyžadující komplexní holistický přístup, ale i navýšení administrativy a úzké spolupráce s ostatními členy zdravotnického a ošetrovatelského týmu, která pod vlivem zvyšujících se nároků na sesterskou profesi nebývá zcela snadná). Všechny výše uvedené aspekty také nepřímo ovlivňují kvalitu poskytované péče a zpětný pocit uspokojení z dobře vykonávané práce, jenž je nezbytný pro plnou realizaci potenciálu sestry, aby se poskytovaná péče, pod vlivem všech souvisejících a působících faktorů, neomezila na pouhé provádění úkonů a jejich zaznamenávání do dokumentace.

Diplomová práce se zabývá tématem komplexní péče o umírající, rolí sestry a specifík v poskytování ošetrovatelské péče umírajícím. Cílem je sumarizace dohledaných poznatků z okruhu problematiky péče o umírající a s ní souvisejících aspektů v poskytování ošetrovatelské péče; zjištění míry intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních, a zda je míra této intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe či vzděláním. Při tvorbě diplomové práce byly použity bibliografické a elektronické zdroje, které se vztahovaly k tématu práce, jsou uvedeny v popisu rešeršní činnosti.

Hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

Dílčí cíle diplomové práce:

### **Cíl 2**

- Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna délkou praxe.

### **Cíl 3**

- Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna vzděláním.

Jako vstupní literatura před započítím rešeršní strategie, byly nastudovány následující tituly:

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

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

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, ©2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, ©2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

# 1 EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU

Koncem roku 2010 byla ve Spojených státech amerických ústředním tématem povaha, poslání a budoucnost antropologie, vědního oboru, jenž osciluje mezi vědami přírodními a společenskými (Filipský, 2011, s. 112). „Odhlédneme-li od širších denotací a konotací latinského integer („celý, všechen, veškerý“, ale i „neunavený, svěží, neposkvrněný, čistý, panenský, nepodplatitelný, nestranný, poctivý, nepředpojatý“), Anthropologia integra se profiluje jako celostní platforma nabízející uplatnění nejširší škály poznatků v oblasti vědy o člověku: jako biologického druhu a zároveň sociální a kulturní bytosti, u níž lze zaznamenat rozmanité modely myšlení, chování, společenského uspořádání, sklonů k obraznosti, tvořivosti i (sebe)ničení, a to napříč všemi kulturami a civilizačními okruhy“ (Filipský, 2011, s. 111-112). Antropologie je charakterizována „...jako studium člověka v minulosti i přítomnosti, jež s cílem pochopit plný rozsah a složitost kultur v průběhu lidských dějin čerpá z poznatků biologických i sociálních věd, stejně jako humanitních studií a věd o neživé přírodě“ (Filipský, 2011, s. 112). Autor Metzner (2011, s. 104) uvádí, že zástupci řady nejrůznějších profesí se snaží najít vysvětlení pro patologické odcizení lidí od přírody a zjistit, co bylo důvodem ekologicky katastrofálního rozštěpu lidstva a biosféry. Doposud ze stran psychologie nebyl projevem o téma degradace životního prostředí výrazný zájem. Odlišný přístup přichází ze strany východní filozofie, která vychází z přesvědčení, že v lidském těle proudí energie dle předem určených a přísně daných pravidel. Tato základní daná premisa, od níž se vše odvíjí, vysvětluje funkční pochody v každém živém organismu (Holub, 2011, s. 9). Onemocní-li člověk, vnímá svou chorobu nejen na úrovni těla fyzického, ale i ve své mysli, jako určité pocity, jež vedou k přemýšlení, kde může být skryta její příčina. Fyzické tělo i mysl se vzájemně ovlivňují, což je podstatou dnes již známých psychosomatických onemocnění (Holub, 2011, s. 51). Další oblastí, která výrazným způsobem ovlivňuje regulační systém každého živého tvora řadou přírodních zákonitostí, jsou biorytmy – vibrace, jež zajišťují možnost adaptace na podmínky zevního prostředí a zároveň musejí být vůči těmto vlivům odolné. Každý orgán má svůj vlastní biorytmus (denní, týdenní, měsíční, roční a sedmiletý), nejzákladnějším a nejjednodušším biorytmem je dýchání. Střídáním nádechu a výdechu lze načerpat novou čistou energii a výdechem se tělo zbavuje všeho nepotřebného. Pro člověka je jedním z nejdůležitějších biorytmus denní – východní filozofický systém jej uvádí také jako tzv. orgánové hodiny, jež znají všichni akupunkturisté, jedná se totiž o koloběh životní energie (čchi, ki) probíhající dle určitých zákonitostí (Holub, 2011, s. 58 - 59). Akupunktura hraje nezastupitelnou roli v hledání příčiny všech onemocnění. Zásadní

pozornost je věnována podrobné anamnéze a orgánovým hodinám (Dolejšová, Kombercová a Wankatová, 1994, s. 50). Jejím cílem je nastolit rovnováhu polarity JIN a JANG, harmonizovat tak funkci všech orgánů, uvolnit veškeré funkční blokády v drahách, čímž je možno pozitivně ovlivnit krev i krevní oběh (Holub, 2011, s. 15). Ošetřovatelství jako takové patří mezi nejmladší vědní disciplíny, proto neexistuje dostatek historických záznamů. Ošetřovatelství poskytuje osobám, rodinám i komunitám ve zdraví i nemoci ochranu, podporu a uchování zdraví, stejně jako v péči o nemocné (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 9). Paliativní péče představuje určitou filozofii péče, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, neoddělitelnou propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci i umírání. Stejně jako konkrétní organizaci péče s možností saturace potřeb nemocného ve všech uvedených oblastech (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 25). Holistické pojetí oboru všeobecného lékařství (jenž zahrnuje komplexně celého pacienta i jeho potřeby, včetně systému, v němž žije a pracuje) doplňuje idea: „Holistické myšlení bylo aplikováno v nejrůznějších úrovních zdravotní péče, ale rozhodující není aplikovat holismus, ale s holismem“, s důrazem na potřebu předávat tyto myšlenky studentům, ale i lékařům, připravujícím se na svoji budoucí kariéru, neboť pohled na nemocného musí být vždy komplexní (Konštický, 2011, s. 1).

## 1.1 HOLISMUS

Z holistického přístupu k člověku ve zdraví a nemoci vycházejí nové vědecké přístupy v ošetřovatelství, které ustupují od biomedicínského modelu péče, jenž se zaměřuje pouze na instrumentální ošetřování bez aktivní účasti nemocného (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 9). Příkladem je terapeutická otevřenost ambulance léčby bolesti, kde se snaží problémy svých pacientů řešit komplexně, aniž by musela být předepisována výhradně antidepressiva, opiáty a léčiva podobného typu, což není žádoucí a v rámci celostní medicíny se nabízí jiná alternativa - akupunktura a homeopatie, jež předcházely fyziologické regulační medicíně (Taněv, 2015, s. 14). Vychází „...z komplexního pohledu na člověka a jeho bolest a po zhodnocení psychosomatického stavu pacienta a jeho onemocnění následuje individuální terapie bolesti, „šitá na míru“ nikoli určité nemoci či příznaku, nýbrž danému pacientovi,“ je určena pro ty, kteří „...už alespoň něco pro sebe dělat chtějí“ (Taněv, 2015, s. 14). Tělo je zbavováno xenobiotik, s podporou akcelerace jaterní činnosti, prostřednictvím následných očistných procesů žlučových cest s eliminací látek tělu cizích, lze dosáhnout zlepšení kognitivní kapacity, neboť působením na játra je ovlivňována mentální činnost (Taněv, 2015, s. 15). S tím, že se holistické pojetí často spojuje s přístupem medicínského

východního modelu (čínská medicína, ajurvéda, akupunktura) či s homeopatií souhlasí také Irmiš (2012, s. 103). Podle něj se název komplexní medicína objevuje ve spojení s medicínou nekonvenční (alternativní) velmi často, hodnotí pacienta individuálně, z části nezávisle na jeho diagnóze, čímž se snaží povzbudit jeho regulační mechanismy a nejedná se vždy jen o placebo. Pacienti, kteří navštěvují lékaře i léčitele (s alternativním přístupem), zúčastňují se různých kurzů, např. jógy, akupresury, masáží i jiných možností přírodní léčby a léčitelských metod, zde nacházejí pochopení jejich životního příběhu a psychickou oporu, kterou jim klasická medicína neumožňuje. „Paternalistický přístup zůstává často i ve vztahu „lékař-pacient“, vždy záleží na osobnosti lékaře a důvěrnosti tohoto vztahu (Irmiš, 2012, s. 101). Dříve se také velmi často používala zjednodušená interpretace, že: „pacient má nadstavbu“, aniž by se situace s pacientem rozebírala (Irmiš, 2012, s. 102). Protože „...někdy je ezotericko-duchovní přístup pojímán s matematickým racionálním pohledem kvantové fyziky. Pacient o nich nemůže mluvit. Např. docent fyziky se u lékaře při obhajobě svého názoru dostal na psychiatrii. Při pokusu o vysvětlení dosáhl pouze zvýšení dávky neuroleptika“ (Irmiš, 2012, s. 103). Tzv. „psychiatrická nálepka“ může snižovat motivaci lékaře hledat somatickou nemoc (pravdou je, že i hysterická osobnost může mít nádor). Může se stát, že z těchto důvodů pak pacient začne závažné potíže zamlčovat a lékaři se vyhýbat. Což na straně druhé může být lékařem akceptováno s uspokojením, neboť se tak zbavuje problematického pacienta a on pak neví kam jít (Irmiš, 2012, s. 104). Irmiš mimo jiné zmiňuje i zkušenost jedné nejmenované lékařky: „Jestliže posloucháme citlivě anamnézu pacienta a ptáme se na podrobnosti, dovíme se s velkou pravděpodobností diagnózu.“ (Irmiš, 2012, s. 103). Vztah mezi lékařem a pacientem (včetně etického pohledu) není určován výhradně faktory psychologickými, ale i rozmanitostí medicíny v celém jejím biopsychosociálním pohledu, emocemi a osobností lékaře. Ne vždy je však dostatek času na tento obtížný pohled, který zahrnuje individuální hledisko při srovnávání, subjektivním, laboratorním, klinickým (v průběhu nemoci) i reakcí na zátěž. „Lidský organismus informuje často jedince o jeho nemoci mnohem přesněji, než pomocná objektivní vyšetření“ (Irmiš, 2012, s. 104).

Doposud existovala alternativní medicína zcela odděleně od biomedicíny západní (WB), jejich vzájemná integrace nebyla systematická. V současné době je označována jako medicína doplňková (CM). Do popředí se dostala v posledních 20 letech, kdy byla zahrnuta do běžné WB. Zásadní význam má především pro onkologii. Lékařská onkologie (MO) v Austrálii vyžaduje vysokou úroveň pro všechny druhy medicíny, aby mohly být začleněny do onkologických protokolů. Integrace probíhá především proto, že se CM v současné době

vyučuje ve veřejném vysokoškolském systému na úrovni doktorského studia (Weber, Wheat a Currie, 2011, s. 246-250). Dobos et al. (2012, s. 1), vycházejí z toho, že maligní novotvary prsu patří k nejčastějším formám nádorového onemocnění v západních zemích. Konvenční terapie nádorového onemocnění prsu může zahrnovat hormonální terapii, chemoterapii, radioterapii a/nebo imunoterapii, které jsou často doprovázeny závažnými nežádoucími účinky. S tím souhlasí i Wesa a Cassileth (2010, s. 70) a doplňují, že si pacienti často přejí zlepšit kvalitu života, posílit imunitu, snížit stres, bolest a úzkost, přestože byly zpochybňovány důvody pro využití doplňkové terapie, neboť nežádoucí účinky konvenční léčby negativně ovlivňují kvalitu jejich života, ve smyslu snížení. Někdy jsou nežádoucí účinky onkologické léčby tak závažné, že vyžadují změnu plánu, snížení dávky či předčasné ukončení terapie. Léčebný režim může být také změněn následkem vysoké toxicity. Nekonvenční léčba bohužel často nemůže adekvátně regulovat všechny nežádoucí účinky a symptomy. Pojem „Integrovaná onkologie“ označuje kombinaci hlavní a komplementární léčby rakoviny. Komplementární terapie podporuje účinek vědecké medicíny, na jejíž léčbu navazuje, nikoliv ji zcela nahrazuje. Tento druh terapie je příjemný, neinvazivní, založený na důkazech, ovlivňuje fyzické i emocionální symptomy. Poskytuje pacientům vnitřní rovnováhu, cítí-li se často zranitelní a „ztrácí nad životem kontrolu“ Termín „CAM“ je zkratkou pro doplňkovou a alternativní medicínu, jenž je někdy problematická a matoucí, pojí se s doplňkovými terapiemi, s „alternativní léčbou“. Existuje vysoká prevalence často zbytečných a potenciálně škodlivých způsobů léčby nejen onkologických pacientů, ale i pacientů s jinými závažnými chronickými nemocemi, kdy jsou využívány místo operace, radioterapie nebo chemoterapie, což je problematické. V uvedených případech nejsou „životaschopnými“ alternativami k hlavní léčbě rakoviny (Wesa a Cassileth, 2010, s. 70-72). Mnoho metod CAM je zaměřeno na léčbu pacienta v holistickém duchu, proto se také zabývají jeho psychickými i duchovními potřebami. V diskuzi bylo uvedeno, že použití některých metod CAM může být problematické, jestliže je pacient často neuvážlivě využívá a neinformuje o tom své onkology. Rostlinné léky a doplňky stravy mohou především narušit primární léčbu rakoviny nebo projevit své nežádoucí účinky. Proto by měly být všem pacientům dostupné znalosti v této vysoce specializované problematice, aby mohli být informováni o pozitivních i negativních účincích těchto přípravků i postupů. Také se zde uvádí, že na rozdíl od vědců pacienti často nemají primární zájem o obecné fyziologické výsledky; chtějí spíše znovu získat kontrolu nad svým životem a zvýšit jeho kvalitu. Autoři (Dobos et al., 2012, s. 1-9) doufají, že budou uvedeny další studie zkoumající způsoby CAM a přínosy, s nimiž se budeme setkávat v každodenní praxi. Kligler et al. (2011, s. 779-784)

ve svém pilotním projektu Urban Zen (UZ) – iniciativa v Beth Israel Medical Center New York, vyhodnocovali dopad projektu integrační medicíny na lůžko onkologické péče. Studie používala nerandomizované, nekompatibilní skupiny. Výchozím vzorkem byli onkologičtí pacienti hospitalizovaní v Beth Israel Medical Center, kde byly přijati na lékařskou onkologickou jednotku před implementací Urban Zen Initiative a byli porovnáváni s pacienty přijatými po zavedené léčbě Urban Zen Initiative. UZ zahrnuje terapii jógou, holistické ošetrovací techniky a „léčivé“ prostředí, které aplikuje do běžného nemocničního zařízení onkologické péče. Porovnávali také délku pobytu, celkové náklady na léky a náklady potřebné na léky obou skupin. Základním vzorkem byli nemocní onkologičtí pacienti a pacienti, kteří podstoupili léčbu Urban Zen životní prostředí. Výzkumem bylo zjištěno, že došlo k významnému snížení úzkosti, únavy a deprese ve zkoumané skupině, zlepšení energie a snížení bolesti. Došlo k významným úsporám nákladů, které byly realizovány na základě potřebných léků včetně antiemetik a anxiolytik u zkoumané skupiny ve srovnání s porovnávanou skupinou. Celkové náklady na léky byly také sníženy, což vedlo k celkové úspoře nákladů 156 dolarů za den hospitalizace ve zkoumané skupině. Mezi oběma skupinami nebyl žádný rozdíl v délce pobytu.

V rámci 11. mezinárodní konference Společnosti pro integrační onkologii (SIO) se sdružilo více než 300 kliniků, výzkumníků, pacientů; prezentují zde přední světoví odborníci v oblasti nejnovějšího výzkumu - výživy, cvičení, akupunktury, výzkumu zdravotnických služeb, meditace a dalších integračních disciplín. Konference byla na téma „Personalizovaná integrativní onkologie: cílené přístupy pro optimální výsledky“, zdůrazněna byla inovace v roce 2006 individuální medicíny a způsoby, jak tato rostoucí oblast podpoří vývoj individualizované integrované péče nádorových onemocnění na další úroveň (Lee, et al., 2015, s. 98-105). Budoucí studie by se měli zaměřit na definování relativní hodnoty různých „balíčků“ technik na míru každému pacientovi, s načasovaným dodáním podle trajektorie jeho nádorového onemocnění. Což bude vyžadovat rutinní psychologické profilování a detailní historii životního stylu jednotlivých atributů jako je cvičení a výživa. Sofistikovanější výzkumy: genomické, proteomické či biochemický stav podpoří individualizaci. Při zkoumání jiné oblasti, než nádorové onemocnění prsu je třeba sesbírat více dat, jež jsou nezbytné k určení intervencí jiných typů nádorů – budoucí vyšetření zaměřit na jejich účinky v každé doméně a jejich kombinovaných interakcí, jakož i na jejich dopady v kombinaci s různými osobnostními rysy, genetickými parametry i faktory životního prostředí (Lawenda et al., 2012, s. 5-17). Autor Sun (2014, s. 3-10) uvádí, že řadu terapeutických metod integrativní onkologie (IO) podporují vědecké důkazy, např. dietní



a nutriční poradenství, cvičení mysli a těla, aj. Integrovaná onkologie obsahuje také prvky tradiční Čínské medicíny (TCM), v současné době hraje důležitou roli v západní péči o pacienty s onkologickým onemocněním akupunktura, qigong a masáž nohou. Nicméně na rozdíl od Číny, jsou bylinné přípravky v západních zemích využívány mimo období, kdy je aplikována chemoterapie, aby se zabránilo vzájemné interakci léčiv. V tomto případě je velmi rozšířená a využívána akupunktura, především k odstranění nežádoucích účinků, které chemoterapii často doprovázejí. Obecně platí, že lékařská profese je stále ještě velmi skeptická ohledně důkazů podporující užitečnost čínské medicíny. I přesto onkologové v onkologických centrech v rámci léčby nádorového onemocnění prsu stále častěji doporučují tento druh léčby vzhledem k pozitivní vazbě od svých pacientů. Příkladem mohou být výsledky výzkumného projektu Akupunktura, jež se využívá k léčbě výkyvů nálad, záchvatů paniky úzkosti a závažné deprese, které řada žen během léčby onkologického onemocnění prsu prožívá. Celkem bylo provedeno 1.400 ošetření akupunkturou u 250 pacientů (březen 2012). Po týdnu akupunkturální léčby se zdá být vliv na duševní stav pacientů stabilizován. Výzkum je naléhavě potřebný pro ustanovení jeho účinnosti a slučitelnosti s psycho-onkologickými intervencemi. Čínská lékařská teorie předkládá povinnost informovat pacienty o změnách jejich zdravotního stavu. Dalším je qigong (existuje několik tříd), jež pomáhá propagovat pacientův klid a fyzickou sílu. Zdá se, že také zvyšuje účinky lymfatického odvodnění po mastektomii nebo odstranění několika lymfatických uzlin. Implementace v klinické praxi: pokud se intervence CAM stanou součástí stávajících směrnic pro léčbu onkologických pacientů, lze tak usnadnit financování modelů IO. CAM postupy jsou velmi dobře přijaty jako doplněk v ošetření pacienta s rakovinou v západních zemích, prvky čínské medicíny jsou nedílnou součástí CAM. Ačkoli čínská bylinná medicína hraje zásadní roli v onkologické léčbě v České republice, Čína nejčastěji využívá akupunkturu jako možnost CAM v nastavení IO v západních zemích, neboť se ukázala účinná při snižování vedlejších účinků konvenčních terapií a neinterferuje s primární léčbou. Nové strategie tak mohou pomoci vytvořit kvalitní důkazy s ohledem na bezpečnost účinnosti různých CAM intervencí (i bezpečnost/nákladovou). Teprve pak bude možné postupy vložit do současných pokynů pro klinickou péči onkologických pacientů západních zemí. Což zase připravuje cestu k pokrytí nákladů za nemocniční péči standardními zdravotními pojišťovnami pojištěných pacientů. Nově koncipovaný vzdělávací systém s vysoce kvalitním učebním plánem zajistí kvalitu vzdělávání a standardizaci léčby (Dobos, Kirschbaum a Choi, 2012, s. 643-651).

Čínská medicína (CM) se využívá již několik tisíc let, hraje důležitou roli v prevenci i v léčbě různých onemocnění, včetně rakoviny. V posledním desetiletí řada bylin CM vzbudila extrémní zájem celého světa izolovat protinádorové složky z léčivých bylin a využít je jako modifikátory biologické odpovědi, naposledy jako inhibitory angiogeneze. V současné době jsou uváděny jak experimentální, tak klinické výsledky získané v oblasti onkologie, zejména v uvedené skupině. Představuje tak možnou integraci CM a moderní medicíny v základním výzkumu i v klinické praxi, zvláště pokud bude CM využívána jako adjuvans a udržovací terapie. V současné době je populárním lékem pro onkologické pacienty jako adjuvans k chemoterapii či radioterapii po operaci. Dlouhodobé sledování pacientů po této terapii ukázalo, že může uvedený lék zvýšit přežití pacientů až o 10 let oproti pacientům, kteří podstoupili pouze chemoterapii nebo radioterapii. Taktéž byla prokázána účinnost A-L Tonic granule u prekanceróz a chronických atrofických gastritidách. Byly prováděny kompletní fyzikální, endoskopické a rutinní chemické testy žaludečních šťáv před a po podání granule. U 108 pacientů léčených tímto léčivým přípravkem v rámci 2 měsíčního kurzu, bylo u 97,7 % případů prokázáno klinické zlepšení, u 47,7 % zlepšení při endoskopickém vyšetření a 61,4 % s patologickými změnami. Téměř 1/2 pacientů se vrátila do normálního stavu. Také buněčná zprostředkovaná imunita (funkce T-buněk) se zvýšila u 85 % pacientů. K ostatním vyvinutým lékům patří Gu-yuan tonické granule, saponin z Radix ženšen a polysacharid z Astragalus membranaceus, u nichž se po 2 měsících buněčná imunita také výrazně zlepšila. K budoucí perspektivě – integraci CM s moderním vnitřním lékařstvím v experimentální i klinické studii Světová zdravotnická organizace definovala rakovinu jako zvládnutelnou nemoc. Proto se stává modulace a udržení dobré kvality života čím dál víc důležitější v klinické onkologii. Douglas Blayney americký prezident Společnosti pro klinickou onkologii přednesl ve své zprávě, že kolem roku 1900 úmrtnost na rakovinu klesla o 15 %, více než 2/3 pacientů žijí nejméně 5 let po stanovení diagnózy, ve srovnání s pouhou polovinou pacientů před 40 lety. Kvalita pacientů se tak dramaticky zlepšila. Mimo to, vstupujeme do éry personalizované léčby rakoviny, jež je přizpůsobena jedinečné genetice jedince (Sun, 2014, s. 3-10). Také profesor YU shrnul řadu metod integrované léčby pomocí tradiční čínské medicíny (TCM) a západní medicíny. Aplikace TCM před a po chirurgickém zákroku může podpořit pooperační zotavení. Navíc použití TCM během radioterapie, chemoterapie nebo biologické léčby sníží nežádoucí účinky nebo vedlejší účinky, posílí efektivitu a zvýší imunitní funkci a odolnost pacientů. Integrované použití léčby TCM a západní medicíny je prospěšnou prevencí recidiv nádorů a metastáz. Prostřednictvím výzkumů a syndromových vzorků pacientů s nádorovým

onemocněním Profesor YU zjistil, že syndrom krevní stáze a nedostatek qi se zvýšeně vyskytují při nádorových onemocněních. Kromě toho může chemoterapie nebo radioterapie zvyšovat myopragii. Nadace pro patofyziologické změny způsobující krevní stáze a syndrom qi deficitu zahrnují hypofunkci buněčné imunity, vysokou biologickou viskozitu a hemoreologické účinky abnormalit. Předpis TCM pro oživení qi a podpora biologického toku může zlepšit příznaky syndromu biologické stáze a syndromu nedostatku qi, sníží krátkodobou rychlost metastáz, zeslabuje toxickou stranu – účinky chemoterapie, zlepšení kvality života a prodloužení života samotného. Profesor YU získal více než 20 vědeckých a technologických cen poskytované Ministerstvem zdravotnictví. Publikoval více než 100 akademických článků v časopisech, i z jeho 20 knih (Wang, 2008, s. 232-233).

Neustále roste zájem o terapii mysli a těla jako doplněk hlavní nádorové léčby. Rychle rostoucí počet pacientů se k těmto možnostem uchýlil, z důvodu stabilizace emočního stresu spojeného s onkologickým onemocněním. Zvýšené financování výzkumu umožnilo provést řadu těchto úkonů z hlediska účinnosti, včetně studia intervencí mysli a těla ke snížení bolesti, úzkosti, nespavosti, obav a nevolností spojených s léčbou, návaly horka a lepší náladou. Pro užitečnost v léčbě mozku a těla jsou v onkologii zahrnuty relaxační terapie, biofeedback, meditace, hypnóza, jóga, umění a muzikoterapie, tai chi a qigong. Ačkoli nejsou studie metodologicky spolehlivé a výsledky jsou smíšené, dobře navržené studie poskytují přesvědčivé důkazy o tom, že techniky mysli a těla jsou prospěšné doplňky k léčbě rakoviny (Elkins, Fisher a Johnson, 2010, s. 128-140). S čímž souhlasí i autorka Hede (2011, s. 11-12), jednalo se o randomizovanou kontrolovanou klinickou studii, která se zabývala využitím jógy ke zlepšení symptomů u 410 pacientů. Statisticky významné se ukázalo zlepšení spánku (22 % vs. 12 %) a únavy (42 % vs. 12 %) po 4 týdnech jógy versus obvyklá péče. Studie, kterou předložila Mustian, patří k prvním velkým klinickým výhodám pro pacienty. A co víc, pacienti ve skupině 4týdenní jógy hlásili pokles užívání léků na spaní, zatímco druhá porovnávaná skupina vykazovala mírné zvýšení. Mustian uvedla, že výsledky potvrzují mnohé roky zkoumané menší studie, v nichž pacienti sami udávají benefity z jógy. Dřívější studie možná nepřesvědčily mnohé praktikující, neboť nebyly dost důrazné a také se objevily obavy o bezpečnost. Důkazy prokázali, že většina pacientů s rakovinou může bezpečně cvičit pod lékařským dohledem. Nedávno Americká Vysoká škola sportovní medicíny přezkoumávala studie, dospěla k závěru, že cvičení je bezpečné během i po léčbě rakoviny a může zlepšit kvalitu života pacientům s onemocněním prsu, prostaty i hematologicky nemocným. Současný problém spatřuje Mustian v tom, že onkologové často netuší, kdo v komunitě je vyškolen v péči o nemocné s onkologickým onemocněním, se svými

specifickými potřebami a omezením. Tento problém by mohl také ustoupit, v případě jejího využití jako doplňujícího přístupu v podpůrné péči hlavní léčby – komplementární terapie k ulehčení příznaků onkologické léčby, např. jako pomůcka s průvodcem ke snížení bolesti během lékařských procedur.

I v klasické medicíně lze dosáhnout úspěchů novými metodami a přístupy. Příkladem je Khandhar, který se vysoce specializuje na kardio-thorax chirurgii. Většina zákroků převažuje na srdci, zbytek působí převážně na plicích a přibližně polovina případů je minimálně invazivních. Provedl tři otevřené thorakotomie. 75 % jeho pacientů odchází domů v pooperační dny po lobectomii, přibližně 95 % z nich po 2 nocích hospitalizace v nemocnici, jen zbývajících 5 % zůstává déle. Průměrná délka pobytu při zásazích do hrudníku (včetně minimálně invazivních) činí 4 až 7dní. Pacienti v péči lékařů Schatze, Khandhara a zdravotních sester PACU běžně odcházejí 1. nebo 3. den po zákroku. Což je zkrácení v podání jejich programu o 2 až 4 dny. Studie, tamtéž, uvádějí v rámci časné pooperační ambulance onkologických pacientů, že je možné i bezpečné moci chodit do jedné hodiny od extubace. Pacienti si stanovili cíl 250 stop, 77 % (579 ze 750 pacientů) se podařilo projít touto vzdáleností, z nichž 60 % z nich to zvládli během hodiny. Zkracuje se tak pobyt v nemocnici, snižuje bolest a nutnost narkotických analgetik, snižuje výskyt hluboké žilní trombózy. Konečným výsledkem je vítězná nabídka – pacienti se cítí lépe a nemocnice má více času a prostředků na léčbu dalších pacientů (Mathias, 2014, s. 11-13). Z tohoto důvodu by vedle společnosti „Sisyfos“, která je nekonvenční – alternativní medicínu pouze jednostranně odsuzuje a kritizuje, mohla vzniknout společnost s názvem např. „Galénos“, jenž by zcela nekriticky, vědecky a diferencovaně hledala přínos nekonvenční medicíny. „Vědečtí pracovníci nemají dostatek motivace i peněz na objasňování těchto směrů, které uvažují mimo rámec patofyziologické lineární kauzality současné medicíny. Tyto směry „mluví jinou řečí“. Výsledkem je emocionální konflikt místo snahy o racionální hledání mostů“ (Irmiš, 2012, s. 103).

## 1.2 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

### ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



#### **VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:**

- klíčová slova v ČJ:

péče o umírající, umírání, smrt, paliativní péče, rodina, domácí ošetřování, stáří, kvalita života, komunikace, holismus, holistické zdraví, komplementární terapie, tradiční léčitelství, tradiční čínské léčitelství, psychická zátěž a stres sester, syndrom vyhoření

- klíčová slova v AJ:

care of the dying patient, death throes, palliative care, family caregiving, old age, quality of life, communication, holism, holistic health, complementary therapy, traditional healing, traditional Chinese healing, psychological burden and stress among nurses, burnout syndrome

- jazyk: český, slovenský, anglický

- období: 2007-2017

- další kritéria: -články v plné verzi

- články týkající se dané problematiky



#### **DATABÁZE:**

**BMČ, MEDLINE, CINAHL, Medvik, Google scholar, Cambridge Journals Online, SAGE Journals Online, BioMed Central Journals, SciElo**



Nalezeno článků: 677



#### **Vyřazující kritéria:**

- duplicitní články
- články s odlišnou tematikou



**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:**

<b>BMČ</b>	<b>49 článků</b>	<b>Cambridge Journals online</b>	<b>1 článek</b>
<b>MEDLINE</b>	<b>15 článků</b>	<b>SAGE Journals Online</b>	<b>2 články</b>
<b>CINAHL</b>	<b>1 článek</b>	<b>BioMed Central Journals</b>	<b>1 článek</b>
<b>Google scholar</b>	<b>3 články</b>	<b>SciElo</b>	<b>1 článek</b>
<b>Medvik</b>	<b>2 články + 29 momografií</b>		

**Diplomová práce: 1**

**Disertační práce: 1**

**Elektronická kniha: 1**



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **75** dohledaných článků

## 2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ

V minulosti, kdy nebylo tolik nemocnic jako dnes, se lidé i jejich blízcí často obraceli k Bohu, kde hledali útěchu a vysvětlení pro nedokonale analgeticky zvládnuté bolesti (způsobené nedostatkem bolest tišících léků) i nevyhnutelnost konce vlastní smrtelnosti. Často chápali utrpení jako trest za své hříchy. Příchodem 19. století a pokusem vysvětlit svět bez přítomnosti Boží se náboženský pohled na nemoc vytratil. Prostřednictvím technických vymožeností, které člověka oslnily, se společnost snaží „mít moc i nad smrtí“ (Klevetová, 2013, s. 38). Dříve také lidé umírali v důvěrně známém prostředí – doma – v kruhu svých nejbližších. S rozvojem medicíny dochází k institucionalizaci umírání, péče o starší a nemocné je poskytována prostřednictvím nejznámější instituce – nemocnice. Přesto, že byl systém jejího členění na odborná oddělení obohacen o řadu specializovaných pracovišť, léčeben dlouhodobě nemocných (neakutní lůžka), jsou starší pacienti umísťováni ve velké míře na interní oddělení (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 50). Průzkum autorky Klusákové (2015, s. 1) potvrzuje, že téměř 80 % české populace si přeje zemřít právě v domácím prostředí. Nejméně přijatelné (v 69 %) jsou poslední dny života strávené v léčebně dlouhodobě nemocných. 31 % lidí uvedlo nemocnici, 28 % hospic a sociální zařízení označilo 25 % z dotázaných. Přejí si umírat doma, v kruhu svých nejbližších, nezávislí na jejich péči či kohokoli jiného. Akt umírání je převážně situován do prostoru k tomu určenému, za bílou zástěnou a asistence odborníků – nejčastěji sociálních a zdravotnických pracovníků, kteří o člověka v terminálním stádiu pečují (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 50-51). Umírání a smrt patří mezi fenomény (z pohledu filozofického, psychologického, sociálního, medicínského i etického), kdy otázka prodloužení lidského života či jeho záchrany, se stává podstatou biomedicínského výzkumu (Dubcová, 2011, s. 43-44). Přesto „...je smutné, že někteří lékaři tuto roli (roli Boha) přijímají a nedokážou sdělit, že jejich moc nad životem končí, že je nutné stanovit zahájení geriatrické paliativní péče a následně okamžik terminální fáze onemocnění...“ (Klevetová, 2013, s. 38). „Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní“ (Kutnohorská, 2007, s. 72).

„Na smrt jako na akt, kterým končí život, se připravit nelze. Nikdo z nás neví, kdy a jak se tak stane“ (Dubcová, 2011, s. 43). Z hlediska biologického i lékařského dochází smrtí, úmrtím či exitem k zástavě životních funkcí v organismu, které jsou spojeny s nevratnými změnami, jež neumožňují obnovu životních funkcí (Pelikánová, 2011, s. 30). Mezi **příznaky**

**a klinické projevy umírání** patří mimo postupné zhoršování celkového stavu i prohlubování ostatních symptomů jako je narůstající celková slabost, únava, neschopnost pacienta vstát z lůžka, stávajícím se závislým na pomoci druhých, s prodlužující se periodou denního spánku. Prohlubující se ztráta zájmu o okolní dění (vzdalování se od vnějšího světa), častá dezorientace, neklid i halucinace mohou doprovázet poruchy či odmítání jídla a pití (občasná nauzea, dysfagie i neschopnost cokoli polknout), nepravidelné dýchání (s apnoickými pauzami, Cheyneovo-Stokesovo dýchání), příp. chrčivým dýcháním, poruchami močení (oligurii až anurii) a tzv. facies Hippocratica («zašpičatění» nosu, mramorovanou pokožkou a periferní cyanózou končetin (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 302). „Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu“ (Pelikánová, 2011, s. 30).

Během **terminální fáze** – umírání – v posledních dnech či hodinách života, dochází k nevratnému poškození organismu jedince (selhávání oběhové, dýchací soustavy či metabolismu), a to ze dvou příčin: náhlé změny zdravotního stavu (z plného zdraví) nebo naopak je postupným, očekávaným vyústěním kauzálně neřešitelné a pokročilé nemoci (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 301). V této fázi „...se totiž zvláštním způsobem projevuje mnohvrstevný charakter každé lidské zkušenosti...“, současně jde o konečnou fázi každého jedinečného lidského života, s vlastní psychologickou, sociální a spirituální dimenzí (Sláma, 2014, s. 575). „**Jedinečnost potřeb a způsobu prožívání nemoci v terminální fázi klade zvláštní nárok na všechny, kdo o takto nemocné pečují**“ (Sláma, 2014, s. 575). Hlavním rysem terminálního deliria a také častým vyvolávajícím prvkem v celém jeho průběhu, je úzkost. K její účinné léčbě patří krátce působící anxiolytika („vytvoří prostor pro další spolupráci s nemocným“), s pozitivním efektem je subkutánně podáván midazolam a následně pak antipsychotika, případně haloperidol (Kabelka, 2017, s. 161). K obecným pravidlům v péči o umírající, patří mimo jiné zejména tuto skutečnost i důležitou informaci sdělit přiměřeným a přijatelným způsobem nejen nemocnému, ale i jeho příbuzným (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 305-306). Výskytem úzkosti i deprese u pacientů v konečném stádiu nemoci při hospitalizaci a jejich porovnání dle typu nemoci se zabývá výzkum Bužgové, Hajnové, Feltla a Stoličky (2014, s. 244). Dále pak zjišťují, zda věk, funkční stav, bolest, kvalita života pacienta a jeho nenaplněné potřeby souvisejí s výskytem úzkostí a deprese. Ve výsledcích výzkumu autoři uvádějí, že úzkost byla zjištěna u 32 % pacientů a u 45 % byla zjištěna deprese. Nebyl zjištěn rozdíl v hodnocení úzkosti a deprese u pacientů s onkologickým a chronickým onemocněním. Naopak byla zjištěna souvislost mezi úzkostí, depresí a nižší celkovou kvalitou života, nižší kvalitou ve všech doménách,



funkční škály, bolestí a větším počtem nenaplněných potřeb v oblasti fyzické i psychosociální. Prediktorem úzkosti byla zjištěna nižší celková kvalita života, bolest a také nenaplněné potřeby v doméně smysl života a smíření a autonomie. Prediktorem deprese byla zjištěna také nižší kvalita života a nenaplněné potřeby v doméně autonomie. V závěru výzkumné práce uvádějí, že řešením úzkosti a deprese je mimo farmakologické terapie a psychoterapie vhodná také adekvátní analgetická léčba, včetně rozpoznání a saturace potřeb v oblasti fyzické i psychosociální.

I podle profesorky lékařské etiky Heleny Haškovcové v institucích (nemocnicích a zařízeních seniorského typu) umírá 80 % nemocných. Jen minulý rok poskytovalo péči 1200 pacientům 22 organizací – hospiců. Dále se vyjadřuje k poskytování péče umírajícím v institucích, neboť ta je v poslední době velmi silně kritizována. Srovnává současnou situaci s dobou, kdy tyto zdravotnické instituce byly zakládány (před 120 lety) a situace většiny umírajících byla velmi tristní. Proto byla péče v zařízeních pro ně jednoznačnou výhodou (dobré zázemí, odborná péče, s přesvědčením lékařů, že jsou schopni poskytovat tu nejlepší péči v závěru života nemocného), pokud tedy měli možnost se v nemocnici léčit (Haškovcová dle Klusákové, 2015, s. 1). „Nyní jsou podmínky pro umírající nepříznivé, což není vina lékařů, ale změn, které v medicíně nastaly,“ uvádí profesorka (Klusáková, 2015, s. 1) a navrhuje řešení – zkombinovat přínos institucionalizace a přání pacientů. „Jsou dvě cesty, jak toho dosáhnout – buď otevření nemocnice pečujícím rodinným příslušníkům, aby zde mohli trávit velkou část dne i noci, nebo paliativní péče v domácím prostředí“ (Klusáková, 2015, s. 1). Také upozornila na problematiku umírání v seniorských zařízeních: „Zde byl z důvodů krátkozracc ekonomických v posledních letech výrazně snížen stav zdravotnických pracovníků. Klienti sice žijí v poměrně hezkém prostředí, ale vznikají tam velké problémy, jak zajistit odbornou péči“ (Klusáková, 2015, s. 1).

K problematice umírání v nemocničním prostředí se také vztahuje systematický přehled kvantitativních studií, které určují prvky péče (jako nejdůležitějšího faktoru) u pacientů v terminální fázi života i jejich rodin. Cílem systematického průzkumu je určit pět nejdůležitějších prvků péče o tyto pacienty a identifikovat potřeby pacientů i rodin v paliativní péči. Zdrojem dat bylo 9 elektronických databází, v období od roku 1990 do roku 2014; vyhledávání probíhalo pomocí klíčových slov v internetovém vyhledávači i ručně jako součásti článků v referenčních seznamech. Kvalita zahrnutých studií byla hodnocena dvěma vědci. Výsledkem bylo 1859 nalezených článků, podmínkou 8 splněných kritérií pro zařazení a generování dat (1141 pacientů a 3117 rodin). Syntézou z nejlepších pěti prvků péče byly identifikovány čtyři společné domény péče o pacienty v konečné fázi života,

kteře jsou považovány za důležité jak pro pacienty, tak i pro jejich rodiny, a to: 1) efektivní komunikace a sdílené rozhodování; 2) odborná péče; 3) respektující a soucitná péče; 4) víra a důvěra v lékaře. Výsledné domény, se lišily finanční zátěží, jež je nezbytná pro to, aby rodiny měly odpovídající prostředí pro péči s minimalizací zátěže. Závěrem autoři Virđun et al. (2015, s. 774-796) uvádí, že se potvrdilo to, co bylo známo více než dvě desetiletí ve vztahu k pacientovi v terminálním stádiu nemoci a jeho rodině v nemocničním prostředí. Výzvou pro zdravotní péči je jednání na základě zjištěných výsledků průzkumu a přenastavit systém odpovídajícím způsobem a zajistit tak univerzální přístup k optimální péči o pacienty v konečné fázi života v rámci nemocnic.

**„Nejdůležitějším léčebným opatřením je a vždy zůstane autentická lidská blízkost rodiny a zdravotníků“** (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 309).

## 2.1 AKTUÁLNÍ STATISTICKÉ ÚDAJE

Teprve v roce 2015 se podařilo v České republice zahájit spolupráci Ústavu zdravotnických informací a statistiky s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP (Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně). V minulosti byla data, týkající se paliativní péče snadněji dostupná spíše ze zahraničních zdrojů. Od roku 2016 vzniká zákonem daná povinnost zdravotních pojišťoven předávat data o zdravotní péči ÚZIS. „Je tedy pravděpodobné, že tyto kroky povedou ke zpřesnění zpětné vazby o ekonomice a kvantitativním hodnocení paliativní péče v ČR“ (Kabelka, 2017, s. 26). Aktuální způsob sběru dat o zdravotní péči, v podstatě prakticky netvoří data o prioritách pacientů a kvalitě jejich života, proto je nemožné „...zajistit reálnou efektivitu poskytovaných služeb tak, abychom měli statisticky relevantní výsledky“ (Kabelka, 2017, s. 26). Ladislav Kabelka se domnívá, že nezbytným krokem v rozvoji paliativní péče v ČR je tzv. pilotní program Mobilní specializovaná paliativní péče, ve spolupráci ČSPM ČSL JEP, MZ ČR, VZP ČR a ÚZIS, který se snaží od roku 2015 nastavit model domácí hospitalizace nevléčitelně nemocných a umožnit tak mobilním týmům zasahovat i do péče v náhradním sociálním prostředí (domovy se zvláštním režimem, selhávání z prospívání v geriatřii, problematika demence) a podpořit rozvoj ambulancí paliativní medicíny. První kroky v týmech paliativní péče nemocnic jsou příslibem naděje pro další koncepční rozvoj, k jehož dokončení bude zapotřebí nejen odhodlání, ale i politické podpory (Kabelka, 2017, s. 26).

Za posledních 10 let se průměrný věk obyvatel České republiky zvýšil z 38,8 na 41,7 let. Předpokládané zvýšení do roku 2065 bude o dalších 8 let. Od roku 1990 došlo k vzestupu střední délky života u mužů o 7,5 let a u žen o něco méně, o 5,5 roku. Prognóza v letech

2030–2060: nejpočetnější skupinou obyvatel České republiky by měly být ženy, a to ve věkové dekádě mezi 80-90 lety (Weber, Prudius a Meluzínová, 2015, s. 1043). Nejen prodlužováním lidského života, ale i moderní léčbou chronických chorob, se snahou zlepšit životní styl dochází k posunu významné části úmrtí z původní kategorie 40-70 let do kategorie věkově nejvyšší viz příloha 2 (s. 136) (Kabelka, 2017, s. 27-28). Vlivem stárnutí populace a snížením ekonomicky aktivních seniorů na polovinu (od roku 1950) se mění složení české populace i zajištění zdravotní, resp. paliativní péče, současně se zvyšují nároky na sociální systém (Kabelka, 2017, s. 27).

Rozvoj paliativní péče v ČR není možné stavět výhradně na péči hospicové. Hospice (jak mobilní, tak i lůžkové) však mohou sehrát významnou koncepční roli (jako centra excellence) a vzory efektivního poskytování kvalitní paliativní péče. Zásadním tématem je podpora rozvoje paliativní, ambulantní, konziliární i lůžkové nemocniční péče, včetně péče následné vzhledem k příčinám úmrtí viz příloha 3 (s. 137) (Kabelka, 2017, s. 29). V nemocničních zařízeních ČR umírá téměř 70 % všech zemřelých, kteří jsou v posledních dnech, týdnech či měsících plně závislí na zdravotní péči. Podstatou akcelerace utrpení pacienta i jeho blízkých se stává dané zdravotnické zařízení, v němž nemocný setrvává a je místem jeho životní bilance i dokončování životních projektů a vztahů (Kabelka, 2017, s. 30). Pacient převážně umírá na typu lůžka, na něž byl přijat; na akutním intenzivním či standardním lůžku k tomu dochází téměř ve dvou třetinách všech úmrtí. Existují zařízení, v nichž je úzké propojení mezi akutní a následnou péčí, včetně prostorové blízkosti, což usnadňuje převzetí nemocných i vytváření prostoru pro realizaci plánu paliativní péče (Kabelka, 2017, s. 32). Téměř tři čtvrtiny zemřelých jsou v posledních 3 měsících svého života hospitalizováni, 14 % z nich mělo 3 a více hospitalizací. Každým rokem je asi 15 tisíc nemocných hospitalizováno 3- a vícekrát za poslední 3 měsíce života, v celé České republice (Kabelka, 2017, s. 33). Svě poslední 3 měsíce života tráví pacienti naší republiky v 80 % doma; 12 dnů průměrně proleží v nemocnici v rámci akutní péče, 3 dny pobývají v léčebně dlouhodobě nemocných, jen 0,4 dne stráví v hospici (Kabelka, 2017, s. 35). Průměrný věk a medián pacientů v následné péči, oba jsou velmi blízko, potvrzuje specifickou skupinu nemocných, o něž se tato zařízení starají. Léčebny dlouhodobě nemocných i následná péče jsou tedy zásadním místem, „...kde je třeba začít se snahou o ovlivnění dostupnosti geriatrické paliativní péče v České republice...“ viz příloha 4 (s. 138) (Kabelka, 2017, s. 35).

## 2.2 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE E. KÜBLER-ROSSOVÉ

**„Nemocný někdy touží jen po tom, aby se někdo při něm zastavil, jen na okamžik, aby mu mohl položit byt' jen jedinou otázku... Kolem něj se však „točí“ plno lidí... Zajímají se o jeho pulz, srdce, činnost plic, o jeho exkrety... jen o něj samého se nikdo nestará, o něj jako osobnost“** (Elizabeth Kübler-Ross dle Lukackové, 2012, s. neuvedena).

Jednotlivými fázemi procesu umírání se zabývá psychologie. Snaží se je prozkoumat, a to zejména proto, aby bylo možné umírajícího snadněji pochopit i doprovázet. K všeobecnému povědomí patří skutečnost, že mnoho lidí umírá o samotě, přestože medicína bojuje o to, aby byla smrt co nejvíce oddálena. Obavy lidí z toho, že jim bude znemožněno důstojně umřít, místo poskytnutí úlevy lidským porozuměním, empatií a napojením se na člověka, se jim dostává jen napojení na přístroje, jsou oprávněné (Dubcová, 2011, s. 44). Jednotlivé fáze procesu umírání podrobně popsala Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová, viz příloha 5 (s. 139). Odhalila, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků, řečí a symbolů, chování umírajícího je podle ní mimoslovní komunikací. Přestože jsou reakce jednotlivců v těžkých situacích rozdílné, závisejí na řadě vnějších okolností, dosavadních zkušeností i osobnosti jedince, existují zde určité zákonitosti (Dubcová, 2011, s. 44). Autorka se snaží vystihnout to, co umírající prožívají (Špatenková, 2014, s. 33). „Umírání tedy představuje různě dlouho trvající proces, jehož výsledným, konečným stavem je smrt jedince“ (Špatenková, 2014, s. 33). Fáze, které postupně přicházejí, nemusejí mít nutně zachovaný sled (mohou se opakovaně vracet, střídat; dvě, tři se v jediném dni prolínat), nejsou stejně dlouhé a některá může i chybět (Dubcová, 2011, s. 44; Svatošová, 2011, s. 24). Je však nutné jim správně porozumět (Svatošová, 2011, s. 23). K jednotlivým etapám v souvislosti s umíráním patří fáze popírání a šoku, agrese, smlouvání, deprese i smíření, které se střídají a zdravotníci je musejí umět chápat a vědět, v jaké fázi se nemocný právě nachází (Klevetová, 2013, s. 39). Jakým způsobem se však s tím umírající vypořádá, záleží ve skutečnosti na vztazích i prostředí, které je kolem něj. Všechny uvedené etapy s nemocným prožívají nejen příbuzní, ale i zdravotníci a každý z nich se může nacházet v jiné fázi, proto je pro ně obtížné najít společnou řeč (Klevetová, 2013, s. 39). Dosáhne-li pacient stádia smíření, přestože jeho nejbližší stále ještě prožívají jednu z přecházejících fází, např. fázi smlouvání a vyjednávání, je třeba co nejdříve „s nemocným vyrovnat krok“ (Svatošová, 2011, s. 24). Tento časový posun, jenž pacient i jeho blízcí prožívají, není jednoduchý, ale obtížně zvládnutelný, proto není nutno se za něj stydět. Roli doprovázejícího nemocného i jeho rodiny může zaujmout nejen duchovní, ale i někdo z přátel, zkušená sestra nebo dobrovolník

z hospice. Současně je nutné vyvarovat se přeceňování vlastních sil (Svatošová, 2011, s. 24). Nemocný má mít především možnost uzavřít svůj život a rozloučit se s těmi, kteří zůstávají. Slovíčko vyřčené nahlas: „umírám“, dodává odvalu vyslovit to, co ho trápí, najít vnitřní klid a smíření, dává sílu připravit se na poslední okamžiky (Klevetová, 2013, s. 39). K závěrečné fázi života každého člověka patří umírání, pokaždé je jinak dlouhé (Špatenková, 2014, s. 31).

### **2.2.1 První fáze – popírání (denial)**

„Umírající/truchlíci nevěří konečnému verdiktu, snaží se hledat a najít jiné lékařské (ale i nelékařské) autority, které by vyvrátily nepřijatelnou informaci o nadcházející smrti, izolují se od nepříjemné pravdy“ (Špatenková, 2014, s. 32).

### **2.2.2 Druhá fáze – hněv, agrese (anger)**

„Umírající/truchlíci pociťují hněv, vztek, který se nejčastěji obrací na jejich sociální okolí – proti lékařům, zdravým přátelům, případně je jejich hněv zaměřen proti Bohu“ (Špatenková, 2014, s. 32).

### **2.2.3 Třetí fáze – smlouvání (bargainig)**

„Je pokusem o odklad toho, co zákonitě musí přijít; umírající/truchlíci regredují do vývojově nižšího stádia (»chová se jako malé dítě, které za cukrátko slibuje hory doly«). Pokouší se najít jakoukoli možnost, jež by zajistila uzdravení nebo alespoň prodloužení života umírajícího“ (Špatenková, 2014, s. 32).

### **2.2.4 Čtvrtá fáze – deprese (depression)**

„Umírající/truchlíci trpí obavami, strachem a smutkem z budoucnosti (co bude »potom«). Zlost a smlouvání je vystřídáno pocitem hluboké ztráty“ (Špatenková, 2014, s. 32).

### **2.2.5 Pátá fáze – smíření (acceptance)**

„Umírající/truchlíci přijímají fakt konečnosti a nevyhnutelnosti smrti, smiřují se s nemocí i smrtí. Toto stadium ovšem nelze v žádném případě považovat za rezignaci. Naopak – je nutné je od rezignace odlišovat“ (Špatenková, 2014, s. 32).

Cílem pomoci nemocným i jejich blízkým je dosáhnout „...přijetí neodvratitelné skutečnosti...“ (Svatošová, 2011, s. 24) nejen v období fáze smíření a přijetí, kdy je nezbytné tento pojem odlišit od pojmu rezignace. Často chápanou jako selhání doprovázejícího (i když neúmyslné). Autorka rozdíl mezi uvedenými fázemi - přijetím a rezignací popisuje takto: „Pacienti/nemocní, kteří svůj osud **přijali**, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti

a míru. V jejich tvářích se odráží **stav vnitřní důstojnosti**. Lidé, kteří jen na svůj osud **rezignovali**, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět **zahořklost a duševní trýzeň** jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno **odlišitelný** od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia **přijetí pravdy**“ (Svatošová, 2011, s. 24; Špatenková, 2014, s. 32).

Na závěr této kapitoly je třeba ještě zmínit úvodní, tzv. nulovou neboli nulitní fázi, o níž byla celá škála prožitkových fází umírání, rozšířená o něco později. Zahrnuje období, kdy se člověk necítí zrovna nejlépe, ale zase ne tak zle, aby pojal podezření, že je jeho zdravotní stav vážný a vyhledal odbornou pomoc. Tato fáze je časově velmi proměnlivá – někdy krátká, jindy zase relativně dlouhá – závislá na gradaci zdravotních potíží, zpravidla se jedná o bolest, nevolnost, aj. Období počátečních potíží, kdy má člověk pocit, že „není ve své kůži“, může vystřídat období uklidnění, dočasné vymizení nepříjemných nespecifických příznaků, někdy i navození pocitu návratu zdraví, s následným relapsem potíží a podezřením postiženého, že se „něco“ děje a je nutné vyhledat lékaře. Popis předchozích pěti fází lze najít prakticky v každé učebnici.

### 3 SPECIFIKA PÉČE O POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Základní dovedností, jež by měl každý pečující o nemocného mít: je umění se do jeho situace vžít (Svatošová, 2011, s. 18). „Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, **co všechno nemocný ztrácí**“ (Svatošová, 2011, s. 18), např. jméno, postavení, životní jistotu, soukromí a stud, naopak se projeví bolest, slabost, obavy i další převážně nepříjemné prožitky. Reaguje-li nemocný na nově vzniklou situaci agresí, úzkostí, depresí, zmateností či jinými poruchami v chování, má na to plné právo a dobře připravené okolí tuto situaci mnohem lépe zvládne, může tak nemocnému poskytnout obrovskou pomoc i oporu (Svatošová, 2011, s. 18). Přestože umírajícím nelze nabídnout vyléčení, ani navrátit zdraví, je velmi důležité jim přinést naději na zmírnění utrpení a poskytnout reálnou pomoc v boji s bolestí i osamělostí (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 50-51). Zkušenosti pacientů s chováním zdravotníků poskytujících paliativní péči v rámci různých nemocničních oddělení jsou rozdílné, mnohdy bohužel dehonestující, proto je jedním z jejich hlavních úkolů posílit důstojnost každého pacienta (Marková, 2010, s. 58). Průzkumem zaměřeným na zjištění některých stránek humanizace umírání v zařízeních pro seniory se zabývaly autorky Hrozenská a Kasanová (2011, s. 53), které soustředily svou pozornost na důstojnost a etické jednání s klienty. Při výběru respondentů se orientovaly na personál i klienty dvou zařízení pro seniory. Mezi respondenty průzkumu bylo 42 ošetřujících pracovníků a 108 klientů, z 90 % tvořili sledovanou skupinu personálu ženy, pouze s 10 % mužů. Ve skupině klientů byl zaznamenán podíl žen v 59,68 % a podíl mužů ve 40,32 %. Z čehož vyplývá, že jsou ženy více ochotné pracovat v pomáhajících profesích i spolupracovat při průzkumu.

Na otázku č. 1: Kde umírali během minulého roku klienti vašeho zařízení, kteří byli v terminálním stádiu onemocnění? Z odpovědí personálu vyplynulo, že klienti zkoumaných zařízení umírají právě v uvedených zařízeních nebo v nemocnici (27,8 % převážně v nemocnici, 72,2 % převážně ve zkoumaném zařízení). Autorky také uvedly svůj poznatek během průzkumu: „...je zarážející, že ani v jednom případě neprojevila rodina zájem vzít si umírajícího na dožití domů a taktéž ani jednou nebyla klientům nabídnuta možnost umístění do hospice...“. Jedním z důvodů, který během rozhovoru respondenti uváděli je, že pobyt v hospici je pro klienty zařízení bohužel finančně nedostupný. Přesto, že se pak dozvěděli i to, že mnozí klienti mají ušetřené peníze v depozitu zařízení (a jsou předmětem dědictví pro pozůstalé).

Na otázku č. 2: směřovanou na personál - Když vaši klienti umírají ve vašem zařízení, tak umírají kde?...směřovanou na klienty - Často se stává, že nemocní klienti podlehnou svému onemocnění – kde umírají? Obě zkoumané skupiny shodně udávají, že nejčastějším místem posledního odpočinku – smrti - je jejich „vlastní“ pokoj a postel, na níž prožívali poslední období svého života. Personál tuto odpověď vyslovil až v 99 % a u klientů je tato odpověď udávaná v 77 %. Umírání klienta na pokoji je stresujícím i pro spolubydlící. Někteří se dokonce svěřili, že pobývají v zařízení 14–15 let a že toto „divadlo“ okolo umírajícího zažili třeba i 50krát. Na zařízení místnosti pro umírající bohužel nejsou finanční prostředky, znělo často z úst personálu. Dále autorky uvádějí, že pokud by v zařízení existovala místnost, kde by byla umístěna postel pro umírajícího, příp. s křeslem pro příbuzného, mohl by personál včas informovat rodinu: „Zdravotní stav vaší matky se zhoršil, lékař předpovídá smrt v krátkém čase, dostavte se do zařízení, aby se vaše matka necítila v umírání osamělá.“ Namísto: „Přijďte do zařízení, vaše matka zemřela.“ (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 53-54).

Na otázku č. 3: směřovanou na personál – Jak vnímáte umírání vašich klientů? ...směřovanou na klienty – Jak vnímáte umírání vašich spolubydlících? Uvedené odpovědi na tuto otázku ukazují přístup či pohled na smrt okolo nich. Nejčastěji udávaná odpověď na položenou otázku je, že umírání vnímají jako přirozenou součást života (personál 54,4 %, klienti 53,2 %). Výraznější rozdíl vzniká u odpovědí, když respondenti uvádí, že umírání vnímají citlivěji a mají stísněné pocity (27,8 % u personálu, 33,9 % u klientů). 16,67 % personálu odpovídalo, že se jich umírání klientů nedotýká, stejně odpovědělo i 9,68 % klientů. Předpokladem je vyšší psychická odolnost personálu, kteří lépe zvládají krizové situace, rizikem může být citová lhostejnost (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 53-54).

Na otázku č. 4: Pokud chtějí klienti před smrtí, aby byli zaopatřeni (vyzpovídání) knězem, děje se tak kde? Nejčastěji se děje tak na pokoji klienta (před smrtí, o samotě a bez přítomnosti spolubydlících). Tuto odpověď uvádí až 81,11 % respondentů z řad personálu. Podobný názor sdílí téměř polovina klientů, 48,39 %. Skutečnost, že se tak děje na pokoji v přítomnosti spolubydlících, udává 17,78 % personálu, ale až 33,87 % klientů (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 54). Závěrem vyplynulo hodnocení: všichni respondenti by si přáli neumírat sami, ale za přítomnosti svých příbuzných, kteří by je drželi za ruku, pohládili po čele, po tváři a hovořili s nimi. 40 pracovníků si myslí, že by bylo vhodné vytvořit v zařízení takovéto samostatné oddělení. Zlepšila by se tím nejen úroveň, ale i rozsah poskytovaných služeb, jež by vykonávali kvalifikovaní odborníci. **„Uspokojením biopsychosociálních a duchovních potřeb umírajícího by se přispělo k jeho snazšímu**



**odchodu z tohoto světa“.** Vyjma 2 respondentů, kteří nedokázali zodpovědět tuto otázku. 40 pracovníků by uvítalo, kdyby se o jejich klienty v terminálním stadiu života staral multidisciplinární tým v hospici. Téměř 100 % respondentů by podobnou možnost ubytování rodinných příslušníků přivítalo kladně, posoudit to nedokáže pouze 1 respondent (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 54). Naší vnitřní morální povinností je zachovat a vrátit umírání i smrt do přirozených lidských podmínek, kde porozumění a láska umožňují snižovat utrpení a ulehčují cestu k „hodině pravdy“. Pouze v takovém prostředí, jež je přirozené, „...nebude starší a nemocný člověk vystavený vědomí tzv. sociální smrti dávno předtím, než nastane skutečná smrt biologická...“ (Hrozenská a Kasanová, 2011, s. 50-51).

### **3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ**

V terminální fázi onemocnění „...dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů. Za terminální fázi považujeme obvykle poslední týdny a dny onemocnění. Cílem léčby v této fázi je minimalizovat diskomfort, který pacientovi onemocnění působí, a umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt“ (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 29).

#### **3.1.1 Období *pré finem***

V období před umíráním je zásadní otázka sdělení diagnózy i pravdy na nemocničním lůžku atd. (Špatenková, 2014, s. 31). Podstatou péče o umírajícího v tomto období, je mimo aktivní ošetrovatelské péče, stěžejní podpora a udržování kontaktu s rodinou, zajištění důstojného umírání a smrti, aniž by umírající z personálu pociťoval bezvýhodnost, otažitost, příp. nerozhodnost, pramenící z neznalosti, jak k nemocným v terminální fázi onemocnění přistupovat.

#### **3.1.2 Období *in finem***

Období vlastního umírání je charakterizováno bezprostřední blízkostí fyzické smrti, tzv. umírání v užším slova smyslu, v němž vystupuje do popředí problematika ritualizace smrti, hospicové či paliativní péče, příp. otázka euthanasie (Špatenková, 2014, s. 31). Jedná se o tzv. „okamžik smrti“, jemuž předchází apnoické pauzy, dochází k poklesu fyziologických funkcí, zástavě dechu i srdeční činnosti.

### 3.1.3 Období post finem

Poslední období v životě člověka začíná jeho úmrtím a zahrnuje péči nejen o jeho tělo, ale také psychické strádání pozůstalých (Špatenková, 2014, s. 31).

Sestry pečující o nemocné v terminálním stádiu nemoci provádějí tyto úkony:

- zajišťují umírajícímu maximální fyzické pohodlí (větrání pokoje; vhodnou polohu, pravidelné polohování; ticho a klid)
- pobývají u lůžka umírajícího co možná nejdéle, aby neumíral osamocen; zajišťují návštěvy rodinných příslušníků, příp. kněze či psychologa
- po celou dobu udržují verbální kontakt s umírajícím i přesto, že vlivem postupujícího procesu umírání u něj došlo ke ztrátě vědomí
- zajišťují a respektují intimitu umírajícího při provádění ošetrovatelských intervencí
- sledují fyziologické funkce, hydrataci, výživu (dle stavu umírajícího), pečují o dutinu ústní, hygienu, pokožku, vyprazdňování, sledují verbální i neverbální projevy umírajícího (bolest, nauzeu, dušnost, nepohodlí, strach, úzkost)
- zajišťují bezpečné prostředí (prevence úrazu, pádu), péči o lůžko
- plní ordinace lékaře; při potížích či zhoršení zdravotního stavu umírajícího ihned informují lékaře a provádí následně potřebné intervence
- vše řádně a včas zaznamenávají do dokumentace
- při známkách náhlé smrti zahájí kardiopulmonální resuscitaci; při očekávaném úmrtí neprodleně informují lékaře a zajišťují následnou péči o tělo zemřelého

Sestry pečující o zemřelé provádějí tyto úkony:

- na základě viditelných nejistých známek smrti vyhodnotí, že nemocný zemřel a ihned přivolají lékaře, který na základě poslechu srdeční činnosti, fotoreakce, příp. vyhotovení EKG, EEG potvrdí smrt, provede ohledání mrtvého těla a konstatuje „exitus“, při nejasné příčině smrti indikuje patologicko-anatomickou pitvu
- sestra připraví potřebné tiskopisy, dokumentaci nemocného (list o prohlídce mrtvého těla, průvodní list k pitvě – pokud je nezajišťuje lékař) a věnuje se péči o zemřelého (ošetření mrtvého těla – odstranění šperků, hodinek, zubní náhrady, oděvu, náplastí, katétrů, cévek, drény se mohou zastřížené v operační ráně ponechat, provede omytí těla, zajistí ho dle zvyklostí oddělení nebo zařízení, podváže bradu, jemným tlakem zatáhne oční víčka, tělo označí popisem na stehno i cedulkou na prst dolní končetiny,

má-li zemřelý identifikační náramek – je ponechán, zajistí převoz do dalšího zařízení a provede soupis pozůstalosti)

Péče o nemocné v terminální fázi onemocnění, v období umírání i po smrti je velmi fyzicky i psychicky náročná, nejen úkony, které ji provázejí, ale především jedinečností a neopakovatelností situace, v níž se všichni zúčastnění nacházejí, s plným vědomím toho, že ze světa „odchází“ lidská bytost, jejíž místo nikdo nenahradí a už nikdy se nevrátí. Konečnost lidského života a nezměnitelnost probíhajících událostí silně zasahuje do psychického prožívání nejbližších, umírajícího člověka, kteří jsou mnohdy zoufalí, bezradní, hledají pomoc a jistotu právě u personálu, jež je jejich milovanému nejbližší, a těmi zpravidla sestry jsou. Poskytují příbuzným i pozůstalým nejen odborné rady a pomoc během terminální fáze nemoci, mohou přiměřeným způsobem zapojit do péče i rodinu, a tak jim nepřímo zprostředkovat pocit, že pro svého milovaného udělali, co mohli. A umožnit jim tak lépe se smířit se smrtí, zmírnit pocity smutku a prázdnoty v období truchlení.

### 3.2 HODNOTY A POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

„Cesta ke správnému cíli paliativní medicíny vede přes respektování hodnot jednotlivých pacientů a jejich rodin“ (Marková, 2010, s. 38). Odlišnost hodnotového systému jednotlivce vyžaduje rozpoznat a pochopit, co má pro nemocného i jeho rodinu cenu a co je považováno za nejhodnotnější, s ohledem na priority (např. pěkné vztahy v rodině, fungující manželství nebo vlastní životní role). K zajištění kvality života nemocného je nezbytné tyto hodnoty nejen pochopit, ale i zamyslet se nad potřebami, jež s nimi mohou bezprostředně souviset. V průběhu života se mohou hodnoty nemocného i jeho rodiny měnit (Marková, 2010, s. 38 - 39). Paliativní péče ČR má potřebu vnímat člověka v jeho nevléčitelné nemoci celostně, s plným vědomím propojení s kvalitou jeho života, fyzických i psychických obtíží, sociálního stavu, vztahů i pocitu vlastní důstojnosti, včetně ohrožení jeho základních hodnot (Kabelka, 2017, s. 20). Viz příloha 6 (s. 140), kde autorka Klevetová (2013, s. 41) nabízí své zamyšlení nad konečností života, nad hodnotami, jež byly a stále jsou vepsány v možnostech člověka. Tvzení, že centrem pozornosti paliativní péče jsou výhradně onkologicky nemocní, se nezakládá na pravdě. Každý člověk má nárok na paliativní péči, a především ten, u něhož lze předpokládat, že již nemoc není léčitelná a skončí smrtí. Vždy je však prostor hledat společně s nemocným možnosti dalších intervencí, s ohledem na příslušné onemocnění. „Uprostřed naší péče stojí pacient, proto je to právě **on**, kdo **nám dává nahlédnout do svých představ, tužeb, zvyků a potřeb a může je seřadit ve světle blízkého**

**konce svého života“** (Kaňová, 2014, s. 36-37). Je tedy velkou chybou domnívat se, a ještě hůř, vyslovit před nevy léčitelně nemocným člověkem, že už pro něj nelze nic udělat. Důsledná léčba symptomů, jež s sebou choroba přináší, je prvním, zásadním a hlavním krokem, k němuž má medicína své prostředky k dispozici. Lze tak získat cenný prostor a věnovat se i jiným oblastem života (Kaňová, 2014, s. 36-37). Příspěvek autorek Dubcová a Ralbovská (2011, s. 27) vychází z kvalitativní studie, která zkoumá strach ze smrti a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. Výzkum probíhal ve dvou vlnách, rozdáno bylo 620 dotazníků, použitelných z celkového množství bylo 91,5 %. Respondenti byli rozděleni na odbornou (všeobecné sestry) a laickou veřejnost (ti byli vybíráni zcela náhodně). Respondenty z řad odborné veřejnosti tvořili studenti středních zdravotnických škol a všeobecné sestry z nemocnic Čech a Moravy. Cílem jejich výzkumu bylo zjistit, co si myslí a jak přemýšlí laická veřejnost a všeobecné sestry o strachu z umírání a umění doprovázet, rovněž o všech faktorech, které s umíráním souvisejí a o potřebách, které mají umírající lidé. Bylo stanoveno 5 hypotéz, z nich budou uvedeny pouze poslední dvě, vzhledem k charakteru dané kapitoly: hodnoty a potřeby umírajících. A to:

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že vyhledávání potřeb umírajících – správné pořadí potřeb – uvedou v nadpoloviční většině všeobecné sestry i laická veřejnost. K hypotéze 4 se vztahovaly otázky 11 a 14 v předloženého dotazníku. Otázkou 11 autorky mapovaly, jaký mají respondenti názor na otázku, kdo je pro umírajícího člověka nejdůležitější osobou na poslední cestě životem a kdo by se nejlépe postaral, aby se umírající cítil co nejlépe. Obě zkoumané skupiny uvedly v nadpoloviční většině odpověď, že nejdůležitější pro umírajícího člověka je ten, kdo ho miluje, a i když se neumí postarat, snaží se uspokojit jeho potřeby a doprovodí ho na poslední cestě co nejlépe. Tuto možnost odpovědi ze skupiny všeobecných sester uvedlo 227 respondentů, což je 82,2 % a ze skupiny laické veřejnosti 215 respondentů, což je 72,6 %. Nejméně respondentů se ztotožňovalo s typem odpovědi: mít u sebe pečujícího člověka, který neumí vzít za ruku, ale udržuje ho hygienicky v čistotě. Tuto variantu odpovědi uvedlo ze skupiny všeobecných sester pouze 6 respondentů, což je 2,2 % a ze skupiny laické veřejnosti 14 respondentů, což je 4,7 %. Otázka 14 autorkám pomohla zmapovat, jak umí vyhledat základní potřeby u umírajícího člověka skupina všeobecných sester a laické veřejnosti, které potřeby by respondenti dali v pořadí na první až čtvrté místo. Hypotéza č. 4 se jim potvrdila.

Hypotéza 5: Předpokládáme, že nadpoloviční většina respondentů bude péči o umírající a umění doprovázet hodnotit na vyšší úrovni u všeobecných sester než u laické veřejnosti. K hypotéze 5 se vztahovaly otázky 9, 17 a 18 v předloženém dotazníku. Otázkou 9 autorky

mapovaly, jaký je názor na profesionální a etickou péči o blízkou osobu respondentů v nemocnici. Vyhodnocení odpovědí ze skupiny všeobecných sester: 101 respondentů, což je 36,6 % nemůže posoudit péči o umírajícího člověka. 68 respondentů, což je 24,6 % uvedlo, že péče o umírajícího člověka je profesionální a etická. 68 respondentů, což je 24,6 % uvedlo, že podle jejich názoru nebylo o jejich umírajícího blízkého člověka profesionálně a eticky postaráno. 39 respondentů, což je 14,2 % uvedlo, že neví, jestli bylo o jejich umírajícího blízkého člověka profesionálně a eticky postaráno. Vyhodnocením odpovědí ze skupiny laické veřejnosti autorky zjistily, že 137 respondentů (46,3 %) nemůže posoudit péči o umírajícího člověka. 63 respondentů (21,3 %) uvedlo, že péče o umírajícího člověka je profesionální a etická. 59 respondentů (19,6 %) uvedlo, že podle jejich názoru nebylo o jejich umírajícího blízkého člověka profesionálně a eticky postaráno. 37 respondentů (12,5%) uvedlo, že neví, jestli bylo o jejich umírajícího blízkého člověka profesionálně a eticky postaráno. Otázkou číslo 17 autorky mapovaly, zda si myslí odborná i laická veřejnost, jestli jsou všeobecné sestry vzdělané v umění doprovázet umírajícího člověka. Otázkou číslo 18 zase mapovaly, jaké hodnocení mají všeobecné sestry v nemocnicích. Vyhodnocením odpovědí ze skupiny všeobecných sester autorky zjistily, že 1 respondent (0,4 %) hodnotil péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou výborně. 15 respondentů (5,4 %) hodnotilo péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou velmi dobře. 96 respondentů (34,8 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou dobře. 68 respondentů (24,6 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou dostatečně. 61 respondentů (22,1 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou nedostatečně a 35 respondentů (14 %) nehodnotilo. Vyhodnocením odpovědí ze skupiny laické veřejnosti autorky zjistily, že 2 respondenti (0,7 %) hodnotili péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou výborně. 14 respondentů (4,7 %) hodnotilo péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou velmi dobře. 66 respondentů (22,3 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou dobře. 74 respondentů (25 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou dostatečně. 40 respondentů (13,5 %) hodnotí péči o umírající v uvedených nemocnicích známkou nedostatečně. 100, což je 35 % respondentů nehodnotilo. Všeobecné sestry péči o umírajícího člověka v uvedených nemocnicích hodnotily průměrnou známkou dostatečnou. Laická veřejnost péči o umírajícího člověka v uvedených nemocnicích hodnotila průměrnou známkou dostatečnou. Průzkumem chtěly autorky zjistit, jaká je úroveň profesionální a etické péče u všeobecných sester. Vycházíme-li z předpokladu, že by měla být péče o umírající hodnocena lépe u všeobecných sester než u laické veřejnosti. Hypotéza 5 se jim nepotvrdila. Z čehož vyplývá,

že jako doporučení pro praxi „... lze doporučit prevenci a zlepšení celkové péče o umírající“ (Dubcová a Ralbovská, 2011, s. 27-28).

### 3.2.1 Hodnoty člověka

„Život lze smysluplně utvářet jedině uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích“ (Svatošová, 2011, s. 38). Pod tíhou současného materialismu není zcela snadné definovat pojem „hodnota“ a vyjádřit tak její podstatu. Život člověka lze naplňovat vytvářením hodnot, pokud ne tvůrčích (práce), tak alespoň prožitkových (vnímání a prožívání krásy, přírody, umění, hudby, lásky i radosti z „maličností“) nebo postojových, které patří do kategorie hodnot nejvyššího řádu. „křesťané to znají jako „ano“ ke Kristově výzvě „vezmi svůj kříž a následuj mě“ (Svatošová, 2011, s. 38). Práním většiny lidí (pokud by byla možnost si vybrat) je zemřít co nejpozději, co možná nejrychleji, a hlavně ve spánku. Přestože tento názor převažuje, autorka si dovoluje oponovat, vychází z poznání, že i delší nemoc mívá svoji významnou pozitivní stránku, jež bývá obrovskou příležitostí v životě nemocného člověka (i jeho okolí) k přehodnocení dosavadního žebříčku hodnot. **„Je-li tato příležitost správně uchopena a zúročena, může být nemoc tím neplodnějším a nejcennějším úsekem života“** (Svatošová, 2011, s. 33). Nemocný plně odkázaný na ošetřování druhou osobou, přestože nemůže plně pracovat, jak byl zvyklý, může **milovat** a dávat své prožitky najevo: obdivovat krásu přírody či umění, na což mu možná dřív ani nezůstával čas. Všechny výše zmiňované hodnoty patří k hodnotám vyššího řádu (Svatošová, 2011, s. 33).

### 3.2.2 Potřeby umírajících v souvislosti s kvalitou života

Kvalita života je pojmem, jemuž ve svém životě zpravidla každý rozumí, obecné definování však není snadné (Opatrný, 2017, s. 48). „Důraz na kvalitu života pacientů je jedním z prioritních principů paliativní péče“ (Bužgová, Hajnová Fukasová, Feltl a Stolička, 2014, s. 244). Přesto, že důstojné umírání a smrt v sobě vždycky zahrnují kvalitu poskytované péče (pacientovo hodnocení i prožívání konce života); není mnoha pacientům v závěru jejich života poskytována specializovaná ani obecná paliativní péče. Je prokázáno, že právě jim významným způsobem snižuje kvalitu jejich života řada nenaplněných potřeb (unmet needs) a jejich neřešení u pacientů v terminálním stádiu, chronické nemoci, u velmi starých křehkých pacientů i pacientů s demencí, představují značný problém. Zejména proto, že paliativní péče nenádorových onemocnění není v mezinárodním kontextu tolik rozšířená.

Stává se, že pacienti s konečným stupněm chronické nemoci zpravidla umírají sami, s tím, že jejich potřeby jako umírajících jsou často ignorovány. Bylo zjištěno, na základě analýzy provedených výzkumů, že pacienti v paliativní péči považují za velmi důležitou oblast psychosociálních potřeb, především vztah mezi nimi, ošetřujícím týmem a jejich rodinou (Bužgová, 2011, s. 265-266). S nedostatečnou péčí o pacienty v terminálním stádiu také souhlasí autorky Machová, Sedláková a Tóthová (2009, s. 333-338), poukazují na to, že i přes nezadržitelný rozvoj medicíny a ošetřovatelství v České republice, umírají nejčastěji tyto pacienti ve zdravotnických zařízeních, i přes veškeré snahy přesunout paliativní péči do domácího prostředí (za pomoci rodinných příslušníků, odborného zdravotnického personálu) a zlepšit tak kvalitu života umírajících i jejich rodin. Dále uvádějí, že v rámci zdravotnických zařízení, agentur domácí péče i hospicových zařízení je využíván ošetřovatelský proces, s jednotlivými ošetřovatelskými intervencemi, jež jsou zaměřené na výsledek: bezbolestnost, pocit pohodlí, důstojnost a respekt; pocit smíření, blízkosti rodinných příslušníků a samozřejmě i pečujících (Machová, 2013, s. 24; Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s. 333-338). Nezbytnou prioritou paliativní péče je nejen důraz na kvalitu života nemocného a jeho rodiny, ale i péče o bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta, jejíž nedostatečné uspokojování výrazně snižuje kvalitu života umírajícího (Bužgová, Sikorová, Kozáková a Jarošová, 2013, s. 310).

Vhodným indikátorem kvality ošetřovatelské péče je hodnocení saturace potřeb pacientů v paliativní péči. V zahraničí bylo vytvořeno několik vhodných nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů (*A patient needs assessment tools*), jež se využívají nejen ve výzkumu, ale i v klinické praxi. Jejich cílem je identifikovat priority i aktuální problémy pacienta, identifikovat jeho preference v další péči a léčbě. Také monitorovat změny v symptomech, funkčních schopnostech i osobní pohodě a zjišťovat pacientovy potencionální problémy. Autorky Bužgová, Sikorová, Kozáková a Jarošová (2013, s. 310) dále uvádějí, že standardizované měřicí nástroje pomáhají zdravotníkům uvědomit si důležitost některých potřeb, jež v běžné praxi nebývají často řešeny. Do hodnocení potřeb pacientů je vhodné zahrnout jak oblast fyzickou, tak i měření psychosociální problematiky, čímž dochází k poskytnutí zpětné vazby o pacientově vnímané pohodě a zlepšení komunikace mezi ním, lékařem a sestrou. Velkou část nejčastěji měřených potřeb i doporučení plynoucích ze směrnic pro měření potřeb v paliativní péči, vytvořených na základě vědeckých důkazů, zahrnuje nově vytvořený český dotazník PNAP (Bužgová, Sikorová, Kozáková a Jarošová, 2013, s. 310). Vyhodnocením dotazníku: *Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP)* u pacientů na onkologickém oddělení, kteří považovali za nejdůležitější potřeby v oblasti autonomie,

zároveň však byli se saturací uvedených potřeb nejvíce spokojeni. K dalším zásadním potřebám patřily potřeby fyzické, naopak potřeby duchovní se jevily jako nejméně důležité. Právě v oblasti psychické a spirituální hodnotili onkologičtí pacienti saturaci těchto potřeb jako nedostačující, tedy nejhůře (Špatenková, 2014, s. 96-97). Někteří pacienti na konci svého života mnohem méně vyjadřují své potřeby, většinou proto, že již nejsou schopni hledat pomoc pro dané problémy, přestože mohou být velmi závažné. Přístup zdravotnických pracovníků v paliativní péči zahrnuje aktivní vyhledávání nedostatečně saturovaných potřeb pacienta, v zájmu profesionální individualizované péče (Bužgová, Sikorová, Kozáková a Jarošová, 2013, s. 310).

Na základě výsledků pilotního šetření v ČR, k nejčastěji uvedeným důležitým potřebám pacientů v paliativní péči, byly udávány: řešení bolesti, únava, dušnost, vyrovnání se s nemocí, komunikace se zdravotníky a jejich podpora, rozhodování, respekt a úcta při ošetřování, vnitřní klid, naděje a smysl života. Jako nedostatečně saturované vnímali pacienti: únavu, bolest, vyrovnanost s nemocí, strach ze závislosti, pokračování v obvyklých aktivitách, pozitivní náhled na život a naději. Právě proto by se tyto potřeby podle autorů měly stát předmětem ošetřovatelských intervencí (Bužgová, Hajnová Fukasová, Sikorová a Kozáková, 2013, s. 633). Výsledky výzkumů Bužgové, Hajnové Fukasové a Feltla (2013, s. 120) i zahraničních studií opakovaně dokládají souvislost mezi výskytem deprese u onkologických pacientů a nižší kvalitou života, což je důvodem, proč je nezbytné depresi a úzkost u pacientů v paliativní péči aktivně zjišťovat a multidisciplinárním přístupem také řešit. Autorky Bužgová a Sikorová (2010, s. 47) zase uvádějí, že nebyl nalezen silný důkaz pro vliv specializované paliativní péče na kvalitu života pacientů a naplněnost jejich potřeb v závěru života. Z RTC studií byly zřejmé nesignifikantní rozdíly ve srovnání s běžnou péčí nebo vlivem na spokojenost pacienta a jeho psychosociální pohodu. Důkazem pro vliv specializované péče byly zejména poznatky z kvalitativních studií a kvantitativních studií s nižší kvalitou, kdy byla vyšší míra nenaplněných potřeb a nižší kvalita života prokázána zejména u pacientů umírajících na konečné stádium chronické nemoci či u dementních pacientů. Zaváděním principů paliativní péče v nemocnicích i důraz na zjišťování hodnot, potřeb i preferencí pacienta v terminálním stádiu nemoci a následné intervence tak mohou přispět k větší emocionální pohodě umírajících pacientů (Bužgová, Hajnová Fukasová, Feltl a Stolička, 2014, s. 248). Dostupné údaje ukazují zvyšující se nárůst osob s potřebami komplexní ošetřovatelské péče také v zařízeních dlouhodobé péče, a především v zařízeních sociálních služeb. Současně také ukazují na nedostatky v dostupnosti zdravotní i paliativní péče ve jmenovaných zařízeních. „Paliativní péče



je neoddělitelnou a nepostradatelnou součástí komplexní zdravotní péče.“ (Holmerová a Wija, 2016, s. 47). Podle zprávy Paliativní péče v ČR z roku 2013 jsou nejčastějšími nedostatky: špatná komunikace s rodinou, nedostatečná léčba bolesti a mnoha dalších symptomů, vícelůžkové pokoje, malá pozornost je věnována psychosociálním i spirituálním aspektům nemoci. Primárním úkolem multidisciplinárního týmu je rozpoznat problémy a potřeby pacientů, navrhnout následně intervence k jejich řešení, ve všech oblastech (biologické, psychické, sociální i spirituální). Stěžejním modelem poskytování paliativní péče v nemocnicích je vytvoření specializovaného multidisciplinárního týmu odborníků, jež poskytuje pomoc, podporu či přímou péči, případně odbornou konzultaci zdravotníkům v rámci daného oddělení, neboť se v tomto případě jedná o kombinaci všeobecného a odborného (specializovaného) přístupu, jenž má zajistit efektivní poskytování paliativní péče v nemocnicích, což v mnoha nemocnicích chybí (Bužgová, Hajnová Fukasová, Feltl a Stolička, 2014, s. 244).

### **3.2.3 Klasifikace potřeb nemocných**

„Má-li být péče o umírajícího důstojná, musí sestra usilovat též o poznání »kulturního kontextu každého klienta« a jeho porozumění“ (Špatenková, 2014, s. 59). Klient totiž očekává, že bude nejen respektována jeho kultura, ale především mu budou vytvořeny přijatelné podmínky pro uspokojování jeho specifických kulturních potřeb, a to i v terminální fázi nemoci či procesu umírání. Nejen potřeby kulturní, ale i spirituální jsou většinou velmi silně vyjádřeny, dokonce se stávají nejdominantnější složkou osobnosti umírajícího. Zásadním způsobem ovlivňují, směřují jeho myšlení, prožívání, ale i fyziologické potřeby a jejich uspokojování (Špatenková, 2014, s. 60). Student (2006, s. 36-37), ve své knize reprodukuje přání umírajících, vztahujících se ke všem životním dimenzím (psychické, fyzické, sociální i spirituální) dle jejich naléhavosti a důležitosti: „Nechtěl bych zemřít osamocen“; „Smrti se nebojím, ale nerada bych umírala mezi cizími lidmi“; „Chtěl bych zemřít bez bolesti“; „Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce“; „Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat“ (Student dle Špatenkové, 2014, s. 87-88). V knize, *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*, uvádí Bronnie Ware (2012) z rozhovorů s umírajícími momenty, v nichž vyjadřovali lítost nad svým životem: „Škoda, že jsem neměl kuráž žít podle svého a ne tak, jak ode mě očekávali ostatní“; „Neměl jsem pracovat tak tvrdě“; „Škoda, že jsem neměl dost kuráže, abych dal najevo své city“; „Škoda, že jsem nezůstal ve spojení se svými přáteli“; „Škoda, že jsem si nedovolil být šťastnější“ (Ware dle Špatenkové, 2014, s. 90-92). Také je důležité na konci života nezapomínat na pět

zásadních slov: „odpusť mi“; „odpouštím ti“; „děkuji“; „mám tě rád“ a „sbohem“ (Sláma, Drbal a Plátová, 2008, s. 35; Špatenková, 2014, s. 92). Každý člověk má své spirituální potřeby, nikoli pouze věřící lidé. Spiritualita jako taková zahrnuje všechny otázky spojené s lidskou bytostí, tzv. existencionální, proto si je lidé pokládají na celém světě, zejména však v období nemoci či umírání. Ostatní transcendentální potřeby lze obtížně identifikovat, znamenají „...hluboké pochopení života jako takového, pochopení nového smyslu sebe sama, opouštění světského (fáze umírání), uzavření se do sebe, soustředění myšlenek a zklidnění citů, meditaci či modlitbu.“ Prioritou umírajících se stávají potřeby náboženské: potřeba přijetí svátosti, účasti na mši nebo zpovědi. Nutnost, pořadí i aktualizace uspokojování těchto potřeb se řídí přáním umírajícího, vyžaduje klidné intimní prostředí (Špatenková, 2014, s. 85). „Nezbytným předpokladem niterného pochopení pacientových potřeb obecně, tím spíše potřeb umírajících, je potřeba komplexního vnímání člověka jako entity s nedílnou součástí fyzickou, psychickou, sociokulturní a spirituální (které jsou vzájemně propojeny)“ (Špatenková, 2014, s. 57). Zjednodušeně lze říci, že život člověka se neodehrává pouze v materiálním světě – „ve světě věcí“, přesněji ve vnějších interakcích s ním, v rámci různých činností či vztahů, ale také ve „světě nitra“, jenž s předchozím světem sice úzce souvisí, ale přístupný je výhradně v určité introspekci, ztišení se, zahloubání a odpoutání se od vnějších podnětů. Nemoc a s ní spojená menší či větší nemohoucnost separuje člověka od „světa věcí“, zpočátku se často uzavře do „světa nemoci“ a později se může projevit smysl, který mu umožní pohled do vlastní hloubky života. V rámci mezilidských vztahů takové vytržení z běžného života znamená především ztrátu opory a jistoty, nemocný ztrácí svou profesní roli, ohrožen je i jeho sociální status (Opatrný, 2017, s. 39). Nemoc i stáří ho mohou vracet k dávno zapomenutým vzpomínkám nebo zážitkům, se spirituálním obsahem, kdy právě vzpomínky mívají pro odкрытие spirituálních témat zásadní význam. Podstatou spirituální pomoci je nezbytné na tyto vzpomínky navázat, nepotlačovat je, i když mohou být občas zdrojem potoků slz, nebagatelizovat, přihlédnout k věku nemocného a zohlednit zvyšující se potřebu vzpomínat především v pozdějším věku. Časté připomínání vzpomínek během rozhovoru nemusí značit jen symptom onemocnění, ale především snahu vzpomínky upevnit, jsou-li nemocnému pomocí a oporou (Opatrný, 2017, s. 86). Ošetřovatelskou aktivitou (mimo jiných) s názvem: „Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek“ v rámci prioritní ošetřovatelské intervence „Duchovní podpora“ z mezinárodní klasifikace NIC (ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti zahrnuté v mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských diagnóz NANDA International) a její implementovatelnosti v současné ošetřovatelské praxi v ČR

(v závislosti na typu pracoviště) se ve svém výzkumu zabývala Kisvetrová (2013, s. 93). Zjišťovala názor respondentů (registrovaných všeobecných sester, pracujících minimálně jeden rok v instituci, pečující o dospělé v terminálním stádiu nemoci, v zařízeních typu: lůžkový hospic, onkologie/hematoonkologie, geriatric, léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy pro seniory a agentury domácí péče. Z výsledků vyplynulo, že „...signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (24,7 % vs. 50,7 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevim (14,8 % vs. 0 %)“.

Ani pokrok techniky, hygieny, medicíny nebo zdravotní péče nezaručí a nedokáže zaručit eliminaci nemoci a bolesti z lidských životů. Přesto, že se jedná o skutečnosti nežádoucí, stále přítomné, obtěžují a trápí nejen nemocného, obtíženého bolestí, ale všechny, kteří jsou ochotni nemoc a bolest vnímat (Opatrný, 2017, s. 15). Jedním z hlavních úkolů sestry je porozumět nemocnému v souvislosti se situací, v níž se aktuálně nachází. Příkladem může být již výše zmíněná bolest, která je významným způsobem ovlivněna psychologickými i sociokulturními vlivy, přestože bývá většinou biologicky podmíněná. Uniknou-li právě tyto souvislosti sestře poskytující péči nemocnému, trpícímu bolestí, aniž by si toho vždy byla vědoma, pak nebude schopna mu zajistit kvalifikovanou péči, i kdyby sebevíc chtěla (Špatenková, 2014, s. 58). Bolest a utrpení umírajícího člověka bývají velmi často považovány za pojmy, jež jsou totožné, nikoliv však identické. V rovině teoretické i praktické lze fyzickou bolest zpravidla dobře eliminovat analgetiky. V případě, že jsou kruté bolesti zdravotníky ignorovány, podceňovány (ať už z jakéhokoli důvodu: např., že o nich nevědí) se tímto počínáním nepřímo podílejí na jejich vzniku, trvání, umocňování a patří k významným determinantům utrpení člověka (Špatenková, 2014, s. 58-59). „Skutečně trpící člověk dříve nebo později prožívá zoufalství, beznaděj“, kdy je více než pravděpodobné, že žádosti o eutanázii, ze strany pacientů nebo (i) jejich příbuzných by nebyly adresovány směrem ke zdravotníkům, kdyby viděli jiné alternativy či přijatelnější způsob řešení jejich bezvýchodné situace (Špatenková, 2014, s. 59). Bolest a dysfunkce některých tělesných orgánů, jež souvisejí se závažnou nemocí, zatěžují a negativně ovlivňují dlouhodobě či trvale život člověka, promítají se do sítě jeho vztahů, mění pozornost i uvažování a vedou k zaměření pozornosti nemocného pouze jedním směrem. Což se také projevuje v sociálních vazbách, v omezení společenských kontaktů na ty, které se jeví pro nemocného únosné nebo příjemné. Naopak je nezbytné počítat také s existencí lidí, kteří se těm co „nesou bolest“ vyhýbají, neboť nevědí, jak s nimi správně komunikovat či odmítají zátěž, jež by vyplývala

ze solidarizování s nemocným i vnímání jeho bolesti. Což může vést k jeho nezamýšlené izolaci (Opatrný, 2017, s. 23).

V praxi je nutné si uvědomit, že oba – umírající i setra jsou individuální a zcela odlišné bytosti, jednak tím, co právě prožívají a jednak tím, jaké role zastávají. Každý z nich má jiné zkušenosti, životní prožitky i pohled na proces umírání – každý je totiž nový, neopakovatelný a jedinečný, neexistuje smrt „nanečisto“. Všechny tyto faktory ovlivňují prožívání náročné terminální fáze a mění žebříček potřeb umírajících v závislosti na aktuálním zdravotním stavu, postupující nemoci či fázi procesu umírání. Záleží také na tom, do jaké míry a jakým způsobem je nemocný o stádiu své nemoci informován, na jeho psychické stabilitě i schopnosti tyto informace kvalitně zpracovat, zaujmout postoj a se vším se vyrovnat. Od sester se očekává, že si budou vědět rady v každé situaci a dokáží poznat, která z nenaplněných potřeb je pro umírajícího prvořadá a je třeba se jí neprodleně zabývat. Pod vlivem pracovních povinností, zvýšené zátěži plynoucí z dané situace, mnohdy i nezkušenosti může být její pohled na potřeby umírajících a jejich postavení v žebříčku priorit poněkud odlišný. Z předchozí části této kapitoly je patrné, že umírající preferují potřeby vyšší, často jsou však ovlivňovány potřebami nižšími nebo jsou jimi zcela zastoupeny (více se potřebám a jejich saturaci věnuje následující kapitola). Preferencí potřeb pacientů v terminálním stádiu nemoci vzhledem k platnému modelu hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa se ve svém výzkumu věnovala autorka Lazárková (2017, s. 1-8). Cílem její studie bylo zjistit, do jaké míry vyjadřuje koncept pyramidy potřeb hierarchicky utříděných dle A. H. Maslowa reálné potřeby pacientů v terminálním stádiu nemoci. Pro sběr dat, v období září 2013 až duben 2014, byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, jenž obsahoval 30 otázek (27 uzavřených, 2 otevřené a 1 polootevřená); většina otázek byla založena na možnosti označit pouze jednu správnou odpověď, jen u některých byla možnost volby vícečetných odpovědí. Otázky dotazníku byly určeny zdravotnickému personálu pečujícímu o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Z celkového počtu 215 respondentů, ochotných vyplnit předložený dotazník, bylo 198 žen a 17 mužů. Průměrný věk respondentů byl 31-40 let (31,6 %); nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním na střední zdravotnické škole (47,4 %) a dále absolventi odborného středního vzdělání bez maturity (6,9 %), absolventi pomaturitního specializačního vzdělání nebo VOŠ (34,1 %), absolventi vysoké školy bez bližší specifikace oboru (stupeň Bc. Nebo Mgr.) (9,0 %) a lékaři (1,4 %). Délka praxe, která byla nejčastěji uváděna ve zdravotnickém zařízení, byla v intervalu mezi 11-20 lety. Na otázky odpovídalo 56,3 % respondentů pracujících v zařízení hospicového typu a 43,7 % respondentů

ze zdravotnického zařízení typu léčebny pro dlouhodobě nemocné. Autorka zmiňuje standardizovaný nástroj pro široké využití v praxi v podmínkách České republiky v letech 2012-2015, který byl řešen (Bužgová a kol., 2012 a 2013 dle Lazárkové, 2017, s. 6) pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Cílem tohoto projektu byla „Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života“, v rámci něhož, byl vytvořen dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP) (zmiňovaný již v předchozí kapitole), pilotně testovaný na dospělých onkologicky nemocných pacientech, zaměřený na zjišťování aktuálnosti potřeb i pocitu jejich naplnění. „Dostupná publikovaná data z pilotního testování představují jen výběr z dotazníkem získaných údajů a nelze je graficky zpracovat do podoby Maslowovy pyramidy potřeb s cílem získat objekt porovnatelný s modifikovanou pyramidou potřeb vzniklou v rámci této studie“ (Lazárková, 2017, s. 6). Hlavní limitací této studie představuje fakt, že jsou zpracovávána data, která obsahují subjektivní hodnocení vnímání aktuálnosti potřeb pacientů v terminálním stádiu z pohledu zdravotnických pracovníků, neboť provedení šetření přímo s pacienty bylo vyhodnoceno jako zcela nevhodné, z důvodu nesouhlasu oslovených zdravotnických zařízení pečujících o pacienty v terminálním stádiu nemoci, které provádění různých výzkumů menšího rozsahu, jenž jsou zaměřeny na aspekty spojené s umíráním, přímo u pacientů, považují za neetické. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že v terminálním stádiu onemocnění je u pacienta, ošetřovatelským personálem pozorována výrazná změna v hierarchii potřeb. Jako nejméně aktuální respondenti označili potřebu seberealizace, ovlivněnou sníženou schopností interakce s okolním světem a s nepatrným zájmem o dění ve světě širším, čemuž odpovídá poměrně vysoká aktuálnost saturace potřeb biologických. Aktuální zdravotní stav pacienta, v dané fázi onemocnění, je v převážné většině velmi vážný, zvladatelný pouze za kontinuální asistence zdravotníků. Současně s výraznou ztrátou samostatnosti, u těchto pacientů, vystupuje do popředí potřeba bezpečí a jistoty. Vysoko na žebříčku potřeb pacientů v terminálním stádiu je umístěna potřeba sociálního kontaktu, je jednou ze tří nejaktuálnějších. Fakt, že model Maslowovy pyramidy potřeb s hierarchickými vazbami, dle výzkumu této deskriptivní průřezové studie, je u nemocných v terminálním stádiu nemoci významně modifikován, je podstatou doporučení autorky, v němž považuje za nezbytné tuto skutečnost zohlednit při výuce na školách se zdravotnickým zaměřením (Lazárková, 2017, s. 3-8).

V péči o umírající je žádoucí, aby sestra byla vyzrálou, empatickou osobností se zkušenostmi, která si uvědomuje, jak je její místo v péči o umírající důležité a nenahraditelné. Jak je péče o umírající náročná, specifická v prioritách preferencí

jejich potřeb i nutnost tyto potřeby beze zbytku naplnit, alespoň v rámci daných možností. Ochota, citlivý přístup a empatie to je to, co člověk závislý na péči zdravotníků především potřebuje. Odchod spokojeného a smířeného nemocného zanechá ve vzpomínkách jejich nejbližších ten nejkrásnější otisk, k němuž se budou vždy s láskou vracet. A rádi na něj vzpomínat.

### **3.3 ROZPOZNÁNÍ A SATURACE POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH MASLOW**

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka“ uskutečňovaného prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Trachtová a kol., 2013, s. 9). „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (Trachtová a kol., 2013, s. 10). Potřeba motivuje k vyhledávání specifické podmínky nezbytné k životu, příp. vede k vyhýbání se dané podmínce, jeví-li se pro život nepříznivou. Je podstatou života a vývoje každé lidské bytosti. Při prožívání nedostatku je ovlivňována veškerá psychická činnost jedince – jeho pozornost, myšlení, emoce i volní procesy, čímž se zcela výrazně formuje vzorec chování člověka. Jednání směřované k uspokojení potřeby ji převádí na její psychologickou úroveň (jedná se o tzv. psychickou odezvu) (Trachtová a kol., 2013, s. 10). Potřeba má význam biologický (udržení homeostázy v organismu), ekonomický (nutnost nebo žádost vlastnit či užívat určitý objekt) a psychologický (vyjadřuje psychický stav odrážející nedostatek) (Trachtová a kol., 2013, s. 10). Klasifikace potřeb: rozdělení, které odpovídá holistickému – celostnímu přístupu k člověku:

- biogenní, fyziologické
- psychogenní, sociogenní, psychologické (Trachtová a kol., 2013, s. 11).

Všeobecně známou je hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa, amerického psychologa (1908-1970), který byl organizátorem a prvním prezidentem pro humanistickou psychologii. Zdůrazňuje v ní těsnou propojenost filozofie a psychologie, s návrhem, aby se jako předmětem zájmu psychologů stala také filozofií hodnot. Dělí je na potřeby:

- fyziologické potřeby
- potřeba jistoty a bezpečí
- potřeba lásky a sounáležitosti
- potřeba uznání, ocenění, sebeúcty
- potřeba seberealizace, sebeaktualizace

K vyšším potřebám řadí tzv. metapotřeby (potřeby růstu), kam patří potřeby uznání, porozumění, rovnováhy a harmonie, spontaneity, hravosti, autonomie, smysluplnosti, vyššího duchovního života a transpersonální zážitky. Potřebu transcendence Maslow popisuje „...jako touhu přesáhnout sebe sama, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání“ (Trachtová a kol., 2013, s. 13-15).

Sestra pečující o nemocné v paliativní péči musí plně chápat a rozumět problémům v oblasti psychosociální i duchovní. Neboť jejich neakceptování má negativní dopad nejen na kvalitu života nemocných, ale i poskytovanou ošetrovatelskou péči (Marková, 2010, s. 11). V průběhu nemoci se prioritita potřeb mění. V počátcích prvořadě potřeby biologické, jsou v terminální fázi velmi často nahrazovány potřebami spirituálními (Svatošová, 2011, s. 19). Mezi psychologické potřeby, jež je nezbytné zdůraznit, patří zejména potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti, stejně jako potřeba sebeúcty. Uvedené potřeby mají vážně nemocní lidé a umírající velmi silně akcentovány (Špatenková, 2014, s. 54).

### **3.3.1 Fyzické potřeby**

Objevují se při porušení homeostázy, vyjadřují potřebu organismu přežít; jsou-li tyto potřeby aktuální, stávají se dominantními, což je podstatou změny v celkovém chování a jednání člověka (Trachtová a kol., 2013, s. 14). Zahrnují potřeby nemocného těla, jako např. přijímat potravu (občas speciálně upravenou) a následně pak co možná nejpřirozeněji se zbavit produktů metabolismu vlastního těla (bez cévek a klystýrů). Současně zajistit každé své buňce nějakou tu molekulu kyslíku, což není při postižení dýchacího ústrojí nebo srdce vždy snadné (Svatošová, 2011, s. 19). V rámci uspokojování biologických potřeb umírajících je stěžejní zaměřit pozornost na potlačení dystanázie – odstraňovat a zmírňovat nepříjemné, často vyčerpávající symptomy jako je bolest, dušnost, kašel, zvracení, neschopnost ovládat vyprazdňování moči, stolice, aj. Pomoci mohou i zdánlivé maličkosti: hlazení, otření potu nebo zvlhčování rtů, dávají umírajícímu pocit sounáležitosti a eliminují pocit osamění (Špatenková, 2014, s. 82).

### **3.3.2 Bezpečí a jistota**

Potřeby jistota a bezpečí vyjadřují potřebu organismu vyvarovat se ohrožení či nebezpečí; naopak znázorňují touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození se od strachu a úzkosti. Umocňuje se vždy v situacích ztráty pocitu životní jistoty (Trachtová a kol., 2013, s. 14). Mezi potřeby psychologické patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na aktuálním stavu tělesné schránky. Lidská bytost není jen pouhá

množina orgánů uložených v koženém vaku, ale především jedinečnou bytostí s vlastním, neopakovatelným posláním, již je nutné chápat i respektovat zejména v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje. Každý člověk potřebuje **pocit bezpečí**. Proto je zcela nezbytné nikdy nemocnému nelhat, aby nedošlo ke ztrátě důvěry právě ve chvíli, kdy ji bude nejvíce potřebovat (Svatošová, 2011, s. 20). Poměrně často se lze setkat se strachem a obavami rodinných příslušníků, zda budou schopni danou situaci zvládnout, ať už odborně, emocionálně či nikoli. Obavy z neznámého provázejí nejistotu, příp. odmítání rodiny při převzetí nemocného do domácí péče nebo ubytování v hospici společně s nemocným. Dostane-li se jim informace o tom, jak se bude nemoc pravděpodobně vyvíjet (progrese onemocnění s charakteristikou symptomů) a ujištění, že vše lze zvládnout za podpory týmu, je jejich strach minimalizován a často jsou schopni zajistit i zvládnout péči jen s menší pomocí až do konce (Marková, 2010, s. 80). **Chybí-li** nemocnému **pocit bezpečí**, protože jej nenašel u svých nejbližších, může ho hledat u lékaře a z obavy až strachu z nesnesitelné bolesti, ze ztráty lidské důstojnosti i z toho, že bude své milované rodině na obtíž, ve snaze upoutat jeho pozornost prosbou, vysloví: „Pane doktore, já už chci umřít. Pomůžete mi?“ (Svatošová, 2011, s. 31). Tyto pocity často vyplývající z nezájmu a z neúcty k člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti (Svatošová, 2011, s. 32). V rovině psychologické je saturace potřeby jistoty a bezpečí u umírajících velmi silně vyjádřena nejen v oblasti prožitkové, kognitivní, mnohdy i v oblasti behaviorální. Proto je v této souvislosti nezbytné vyzdvihnout význam sociální opory, k níž patří především jeho nejbližší – rodina umírajícího (Špatenková, 2014, s. 59).

### 3.3.3 Láska a sounáležitost

Někdy jsou také nazývány jako potřeby afiliační – potřeba milovat a být milován, potřeba sociální integrace, náklonosti a sounáležitosti; vystupuje do popředí v situacích osamocení a opuštění (Trachtová a kol., 2013, s. 14). „Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá“ (Svatošová, 2011, s. 20). Mezi nejsilnější vazby nemocného patří obvykle ty, které sdílí s rodinou, a nejen s ní. Návštěvy v období nemoci, na něž má nemocný právo a může si je sám usměrňovat, je třeba plně respektovat a podporovat (Svatošová, 2011, s. 20). „Milovat a být milován je jednou z nejhlubších tužeb člověka“ (Marková, 2010, s. 88). To co dává v těžkých chvílích života smysl, jsou láskyplné vztahy. Neexistuje způsob, jak zabránit člověku mít rád, neovlivní jej ani fyzické omezení ani blížící se smrt. Toto vědomí je pro mnohé nemocné značnou posilou (Marková, 2010, s. 88). Zejména v průběhu vážné nemoci se nemocní začínají zabývat životně důležitými



otázkami, týkajícími se smyslu jejich vlastního života, potřebují vědět, že jim bylo odpuštěno a mají potřebu odpouštět i sami sobě. Ujistit se, že jejich život měl až do poslední chvíle smysl. Neboť nenaplnění této potřeby smysluplnosti vyvolává v člověku stav duchovní nouze, čímž trpí a strádá. Důležité je ukázat mu, že v každé životní situaci lze žít smysluplně (Svatošová, 2011, s. 21). Každému obyčejnému člověku je znám nejen blahodárný vliv radosti a lásky, ale i důvěra v lékaře či kněze. Neboť **láska, naděje, smích i smysl pro humor** jsou dokonalým a ověřeným zdrojem vnitřních sil, související s prožíváním pozitivních emocí, zejména radosti (Svatošová, 2011, s. 24-25).

K vrozeným pozitivním emocím patří **prožitek tělesného kontaktu**, stejně jako těsné spojení plodu s matkou či získané a posílené zkušenosti (příjemné pocity dítěte v náručí matky) získávaných celým životem (milující manželé jsou si vzájemným zdrojem lásky i sexuality, dalších pozitivních stimulů). „**Člověku, který se nachází v nesnázích, může lidský dotek dodat naději a sílu**“ (Svatošová, 2011, s. 29). Stejně jako hudba, zájmy, koníčky, uspokojující povolání. Nejdůležitější jsou dobré mezilidské vztahy a láska (Svatošová, 2011, s. 29).

Víra a láska jsou jako dvě rodné sestry **naději k životu**, jímž se nelze naučit. Naděje je svým způsobem pro člověka vzácným darem a výhodou, který vše usnadňuje. „Posilovat naději v nemocném vůbec neznamena, že mu musíme lhát. Naopak, krátkonohou lží se připravíme dříve nebo později o důvěru pacienta, a jeho možná i o poslední naději. Láskou podložená upřímnost a opravdovost, nikoho nezraní a nemocný ji ocení“ (Svatošová, 2011, s. 29). „**Doufat znamená vidět před sebou možnost...**“ (Svatošová, 2011, s. 30) dalšího kroku, jak udržet nemocného nad vodou. Především pomocí uskutečňovaných malých kroků a dosažených drobných splnitelných cílů, zejména neexistuje-li již žádná naděje na uzdravení Přestože mohou být tyto krůčky stále kratší, naděje zůstává, neboť vidí-li člověk před sebou úkol, vždycky má důvod proč žít. Jak říká Nietzsche: „Kdo má PROČ žít, snese téměř každé JAK“ (Svatošová, 2011, s. 30). Hluboko v každém člověku je zakořeněná **touha po nesmrtelnosti**, i když je její vnímání věřícím (v posmrtný život) odlišné od nevěřícího, jehož představu vlastní nesmrtelnosti spíše naplňuje vědomí, že bude dál žít ve svém potomstvu či díle, jež zde zanechal než víra v život věčný (Svatošová, 2011, s. 30).

„**Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději**“ (Svatošová, 2011, s. 31).

### 3.3.4 Potřeba uznání a úcty

Tyto dvě vzájemně spojené potřeby vyjadřují přání výkonu, kompetence a důvěry v okolní svět, nezávislost na mínění druhých (potřeba sebeúcty a sebehodnocení), stejně jako touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny; snaha získat ztracené sociální hodnoty – vystupuje do popředí zejména v situacích ztráty respektu, kompetence a důvěry (Trachtová a kol., 2013, s. 14). Odpovědí na otázku, co představuje pojem „laskavá péče“ vyjádřil krátce před svou smrtí pacient jednoho britského hospice. Podpořil tak nutnost péče spojit ji s láskou, tak aby nebyla jen pouhou technikou, dovedností či zručností:

- „Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.“
- „Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesi, které selhaly v zajištění mého uzdravení.“
- „Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení.“
- „Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám ho nemohu vrátit.“
- „Když mě berete jako individualitu.“
- „Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.“
- „Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.“
- „Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.“
- „Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.“
- „Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.“
- „Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“ (Svatošová, 2011, s. 21-22).

Jedinečnost každého člověka i jeho sebevědomí se zvýší, uvědomí-li si úžasnou skutečnost, že „...nikdy v celé historii lidstva nebyl a nebude na světě nikdo takový, jako jsem já...“ (Svatošová, 2011, s. 37) se svým jedinečným a neopakovatelným životním posláním. Jedině takto lze správně chápat nejen sebe, ale i ostatní a chovat se k sobě vzájemně jak jinak než s úctou (Svatošová, 2011, s. 37).

### 3.3.5 Potřeba seberealizace

Vystupuje jako tendence realizovat vlastní schopnosti a záměry; člověk touží být tím, kým podle svého mínění může být. Podstatou je, že v realizované činnosti musí nacházet uspokojení a být přesvědčen, že ji vykonává správně (Trachtová a kol., 2013, s. 14).

Nevyléčitelně nemocní se často ptají: „Co mohu ještě od života očekávat?“ Taková otázka je především chybně položená. **Nikoliv my od života, ale život od nás něco očekává!**“ (Svatošová, 2011, s. 40). Zajímavé je v této souvislosti si uvědomit, že úspěch a prožívání smysluplnosti života na jedné straně, není vždy přímo úměrný pocitu neúspěchu a zoufalství na straně druhé. Dokonalým vyjádřením tohoto protikladu jsou úspěšné, slavné a obdivované osobnosti, které i přesto všechno nejsou šťastné, zoufají si, případně si i „sáhnou na život“ a naopak v očích světa neúspěšní, neschopní či úplně nemožní lidé, kterým doslova září radost z očí a dokáží žít maximálně smysluplný život (např. i na invalidním vozíku) (Svatošová, 2011, s. 40). „Nic z toho co se událo, nelze vymazat, to prostě zůstává“ (Svatošová, 2011, s. 40). Neexistovala-li by však možnost opravného opatření, byl by skutečný důvod k zoufalství, příp. mnohý by tíži života neunesl. Člověk se totiž mnohokrát v průběhu života nezachová tak, jak by správně měl a páchá i zlo. Miluje i nenávidí. Stává se, že někdy nezměnitelnou situaci velkoryse přijímá, jindy se snaží ji zvrátit tím, že kolaboruje s nepřítelem a ubližuje ostatním. Naštěstí ono opravné opatření opravdu existuje – jmenuje se lítost (Svatošová, 2011, s. 40). Velmi často se lze u umírajících nemocných setkat s **výčitkami svědomí**. V závěru života i při jeho bilancování se o to víc hlásí svědomí, než když je člověk při síle a zdravý. Je třeba vědět, že „...**lítost skutečně může smazat vinu**...“ (Svatošová, 2011, s. 40-41). Stejně jako je morální povinností každého člověka poskytnout první pomoc raněnému, je jeho morální povinností bezodkladně přivolat kněze k nemocnému či umírajícímu, požádá-li o to (Svatošová, 2011, s. 41).

### **3.4 POTŘEBA A SPECIFIKA KOMUNIKACE**

„Dobrá komunikace je denním chlebem všech, kteří se kolem nemocného pohybují“ (Kaňová, 2014, s. 37). V paliativní péči se bez ní nelze obejít, je do ní plným právem zahrnuta i rodina nemocného (Kaňová, 2014, s. 37) a často je právě komunikace s nemocným a jeho rodinou tím největším úskalím. Neboť mezi pacienty, resp. umírajícími, je bohužel stále převážná většina těch, kteří své trápení sdělit nedokáží; zda se jedná o strach, bolest fyzickou či duševní, lze jen předpokládat. Často se objevuje bezradnost, tápání (Klevetová, 2013, s. 40). „Všichni bychom si však měli uvědomit, že **umírání je přirozenou součástí života. Zároveň je to náročné období jak pro umírajícího, tak i pro jeho nejbližší**“ (Borková a Kratochvílová, 2015, s. 5). K základním principům i hlavním cílům paliativní medicíny je pomáhat nemocným, umírajícím a zajistit jim i udržet dobrou kvalitu jejich života. V tomto směru hraje zásadní roli otevřená a empatická komunikace mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotníky (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 33).

Neexistuje bohužel žádný univerzálně platný »návod«, jenž lze využít při komunikaci se všemi nemocnými. Řada obecně platných komunikačních postupů má charakter dovedností, lze se jim tedy z velké části naučit a využít ke zvýšení efektivity i kvality komunikace, snížení stresu a frustrace v náročných situacích, které někdy zdravotníci pocítují (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 34-35). Téma umírání a smrti nepatří v současné době k těm zvláště oblíbeným. Mezi otázky, s nimiž se lze v rámci péče o nemocného setkávat, a jsou kladeny nejčastěji, patří: „Kolik mám ještě času? Jak bude vypadat umírání? Co s manželkou – pomůžete jí, až umřu?“ (Závadová, 2015, s. 3). Tito lidé, zpravidla už vědí, co jim je a co je čeká, slova jako smrt, umírání, rakev, pohřeb apod. vyslovují a rozhovory s nimi jsou často velmi otevřené, někdy až neuvěřitelně lehké, samozřejmě se vyskytují i výjimky. Na nic si nehrají a klidně se zeptají, vůbec se nebojí klást otázky, na něž není mnohdy lehké najít poctivou odpověď. Jsou především velmi citliví na překrucování pravdy, natož pak lži, neupřímnost velmi dobře poznají (Závadová, 2015, s. 3).

V současné klinické praxi je kladen důraz na dvě zásadní oblasti: odborné vědomosti zdravotníka a správně uplatňovaný psychologický přístup k pacientovi a jejich vzájemnou propojenost (Zacharová, 2016, s. 97). Základem verbální komunikace ve zdravotnictví, jedním z nástrojů profesionální činnosti zdravotníků, jejichž společným cílem je dosažení spokojenosti pacientů ve všech oblastech – somatické, psychické i sociální, je kvalitní vzájemná komunikace, která v sobě zahrnuje respektování některých požadavků, mezi něž patří:

- **individuální přístup** – základní požadavek úspěšné komunikace, znamená schopnost přizpůsobit jednání zdravotníků specifickým zvláštnostem pacienta, taktní a citlivý přístup
- **úcta k pacientovi** – vážít si ho jako člověka (vždy a za všech okolností), respektování pacienta jako osobnosti se zachováním určité autonomie
- **pozitivní vztah** – jenž se vyvíjí po celou dobu vzájemné interakce, veškeré činnosti sestry, které provede, či nikoli psychologicky ovlivňují pacienta
- **empatie** – schopnost vcítit se do pocitů pacienta, jeho vztahu k nemoci, do pohledu a hodnocení světa a sebe v něm (Zacharová, 2016, s. 31-32).

V rámci profesionálního chování zdravotníků patří navazování a udržování slovního kontaktu s pacientem ke schopnostem, které v komunikaci obsazují přední příčky významnosti, neboť slova jsou nedílnou součástí rozsáhlé sociální komunikace. Jejich cena i informační hodnota v komunikaci ve vzájemném vztahu sestra-pacient je značná. Na zvýšení

efektivitu komunikace mezi sestrou a pacientem se podílejí další faktory, např. rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, ale především rovnocennost partnerů v délce projevu, vhodná intonace podtrhuje význam slovního sdělení, jednoduchost, stručnost, návaznost a přehlednost informací; načasovanost – zejména u závažných témat a důvěryhodnost neboli spolehlivost poskytnutých informací. Nezbytným doplňujícím prvkem řečového projevu je adaptabilita (přizpůsobivost), schopnost pozměňovat podávané informace v závislosti na tom, jak se mění situace i reakce pacienta (Zacharová, 2016, s. 32-34). Podmínkou úspěšného dialogu je jeho oboustrannost, cyklicky se měnící role hovořícího a poslouchajícího, tak, aby se vzájemná komunikace mezi sestrou a pacientem stala účinnou a jejich vztah plnohodnotným (Gulášová dle Zacharové, 2016, s. 34).

Komunikace je základem spolupráce zdravotnického personálu nejen s umírajícími, ale i jejich příbuznými. Správně „vedená“, otevřená a upřímná komunikace tuto spolupráci prohlubuje, usnadňuje, vzniká velmi blízký vztah založený na důvěře mezi všemi zúčastněnými a vytváří příjemnou, „intimní“ atmosféru naplněnou klidem, respektem k umírajícímu jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti i k celému probíhajícímu procesu umírání, pocitem, že všechno je v pořádku a tak, jak má být. Umírající opouští tento svět smířený, klidný a v „bezpečí“. Mezi všemi, kterým důvěřuje, obklopen jejich přítomností, láskou a „ochranou“ v jejich náručích.

### **3.4.1 Komunikace s umírajícími**

Předpokladem účinné komunikace ze strany zdravotníka je nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho rodině; umění aktivně naslouchat, příp. umění mlčet; schopnost překonat vlastní nejistotu a úzkost; dovolit si být sám sebou, mít zdravé sebevědomí; otevřenost; být empatický (vcítit se, vyjádřit svou účast); schopnost týmové spolupráce; profesionální přístup a znalost dané problematiky (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 33). Předpokladem účinné komunikace ze strany pacienta a jeho rodiny jsou důvěra ve zdravotníky; schopnost otevřené komunikace mezi všemi členy rodiny a dostatek poskytovaných informací (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 33). Komunikace s umírajícími je nejen zcela zvláštní kapitolou, ale i tématem, o němž nebude vždy snadné hovořit. Často se stává, že se o něm mnozí nikdy s nikým nebaví, byť jsou to někdy i lékaři. Přesto, že studovali pro to, aby životy zachraňovali a pomáhali tam, kde odborně už nic nezmohou, je třeba si uvědomit, že to jediné, co ještě pro umírajícího udělat mohou, je danou situaci zvládnout komunikačně. Někteří lidé to dokáží intuitivně, i když v rámci profesního vzdělávání lékaře a sestry na to nikdo cíleně nepřipravoval. Nebo naopak, tuto přípravu podstoupili, ale vzhledem k tomu, že byli

ve stejné době pod tlakem, aby se naučili nové poznatky, chápali to spíše jako vedlejší prvek a nebrali komunikaci nijak vážně. Jedna z nejohroženějších věcí u umírajících, je jejich důstojnost. Ve světě existuje tzv. dignity therapy – terapie důstojnosti, jejíž myšlenky vycházejí z toho, že si umírající nepřeje „...aby na něj tento svět vzpomínal jako na nemohoucí seschlé tělo, které neudrželo moč...“ (Wills, 2014, s. 21). Role terapeuta důstojnosti (někde ji plní personál, jinde dobrovolníci) spočívá v tom, že s umírajícím tráví denně pár minut, vyptává se na jeho život (jak vlastně žil; co bylo jeho nejhezčím zážitkem v životě; před jakými chybami by chtěl uchránit své děti apod.). Vyslovené myšlenky, byť jen na pár stránkách se zaznamenávají a dávají pocit nemocnému, že za sebou zanechává svůj určitý odkaz (Wills, 2014, s. 20-21). Účinky důstojné terapie u terminálně nemocných pacientů popsali autoři Donato et al. (2016, s. 1014-1024), jejichž cílem bylo zajistit dostatek důkazů o důsledcích důstojné terapie u terminálně nemocných pacientů. Systematicky byla přezkoumávána literatura, vyhledávání probíhalo v šesti databázích, kritériem pro zařazení byly primární studie, recenze (systematické či nikoli) a koncepční články. Bylo analyzováno 10 článků, týkajících se metod, výsledků a úrovně důkazů. Bylo zjištěno, že důstojnost poskytované terapie zlepšila smysl, účel, vůli žít; podpořila užitečnost, kvalitu života, důstojnost a uznání rodiny ve studiích s vyšší úrovní důkazů. Účinky této terapie nejsou pozorovány ve vztahu k depresi, úzkosti, spiritualitě a fyzickým symptomům. V závěru autoři předkládají své zjištění: studie s mírnou až vysokou úrovní důkazů ukázala zvýšený smysl pro důstojnost, vůli žít i smysl života. Doporučili vypracování dalších studií s cílem zvýšit znalosti o důstojné terapii.

### **3.4.2 Komunikace a spolupráce s rodinnými příslušníky**

Každá sestra v paliativní péči by měla mít na paměti, že pacient i jeho rodina jsou dvě neoddělitelné části ve vzájemné interakci; kdy se nemocný velmi často trápí tím, jak jeho nejbližší přijímají skutečnost vážné nemoci i blížící se smrti či nikoli. A naopak, rodina je nevyhléditelnou nemocí svého člena citelně zasažena a trápí se tím, trpí společně s nemocným. S tímto vědomím je nezbytné poskytnout rodině citlivým způsobem správné a pravdivé informace o tom, čím si nemocný prochází, o průběhu umírání, s ohledem na jejich vzájemné vztahy v rodině, komunikační styly, hodnoty i s porozuměním dění v rodině (příp. umí předcházet a zvládat konfliktní situace) (Kubíčková, 2001, s. 198; Marková, 2010, s. 55-56). K největším obavám pečujících o jejich blízké, vyvolaných především představou samotného umírání a smrti, zvláště, je-li provázena fyzickým nebo psychickým utrpením nemocného a největší hrozbou je pocit, že už se nebudou schopni

o svého blízkého dostatečně postarat. Převoz do zdravotnického zařízení si pak v případě nezvládnutí péče vyčítají (Machová, 2013, s. 25; Kelnarová, 2007, s. 112). Příbuzným nemocného musí být poskytnut dostatek informací, neboť bez podpory příbuzní obvykle nevědí, jakým způsobem k umírajícímu přistupovat, jsou nejistí a mají obavy. Bude-li jim nabídnuta pomoc, vše vysvětleno a ukazováno, dokáží se zapojit do péče. Tím, že se rodina zapojí do péče o svého blízkého, se snadněji smiřuje s jeho odchodem (Stichová, 2014, s. 35). Každá komunikace s rodinou nemocného vyžaduje cit a pochopení, zvláště pokud je déle pečující, v našem zdravotnictví se až příliš často stává, že rodina, která má určitou osobní zkušenost a pohled na pečování (příp. načtené informace z internetu), klade otázky a například nesouhlasí s určitými částmi péče či léčby, bývá často označována za „stěžovatelskou“. Skutečnost je při tom opačná. „...právě ten, kdo pečuje, má obavy, ale i zkušenost (dobrou či špatnou) například s péčí v nemocnici, přitom rámcově zná postupy například v ošetrovatelské péči, právě tento člověk při dobré komunikaci ze strany zdravotníků může být tím nejlepším partnerem a spolupracovníkem...“ (Kabelka, 2017, s. 42). Podle výzkumu Mokrejšové (2011, s. 52) se vyskytují v některých oblastech v péči o rodinu nemocného stále rezervy. V praxi to znamená: uspokojit potřeby rodiny, všimnout si fáze, jíž procházejí a umožnit jim dojít k fázi smíření. Pomoci jim řešit problémy, které se mohou vyskytnout, naučit je, jak o nemocného pečovat, zodpovědět všechny jejich otázky a zbavit je strachu. Neuspokojivé se také jeví četnost návštěv a stálá přítomnost u nemocného. Převážná část blízkých nemocného, v době jeho nemoci, neprovozuje své zájmové aktivity a nedokáží odpočívat. Právě v tom, je třeba rodinu více podporovat, aby nedošlo k jejímu vyčerpání. Neuspokojivé bylo také zjištění, že je nedostatečně využívána možnost péče psychologa. V praxi se pozornost totiž nezaměřuje na zdravotní obtíže rodinných příslušníků, přesto, že je četnost jejich zdravotních obtíží vysoká. Z výzkumu tedy vyplývá, že v některých oblastech jsou jejich potřeby i problémy zachyceny, včas i tyto potřeby uspokojeny, zatímco existují oblasti, jež jsou stále zanedbávány a je třeba se na ně v rámci péče o rodinu zaměřit. Z pohledu pečujících je zřejmé, že pečování podporuje silné emoce, neboť je velmi náročné na sociální kontakt i duševní hygienu, zároveň ale také nabíjí a dodává novou energii i motivaci do osobního života. Především u nevléčitelně nemocných je nesnadné se vyrovnat s pocitem viny i zodpovědnosti („nezachráním je, nebudeme mít více času na sebe, nejsem, byť pečující, na prvním místě, nezvládám svou základní profesi kvůli času pro pečování“). Mohou se také u pečujících objevit pocity zloby, frustrace, smutku a deprese, právě pro všechny uvedené důvody

si pečující zaslouží nejen úctu, ale i podporu; zodpovědnost je především na zdravotnících a členech multidisciplinárních nemocničních týmů (Kabelka, 2017, s. 43).

**„Blízcí nemocného, které on označí za relevantní, jsou zásadními partnery zdravotníků, měli by být takto přijímáni a respektováni. Zároveň také potřebují podporu, poradenství, někdy i péči“** (Kabelka, 2017, s. 42).



## 4 ROLE SESTRY A SPECIFIKA V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE UMÍRAJÍCÍM

Klíčovou rolí sestry, jako v první řadě ošetřující a pečující osoby, je saturace potřeb nemocného, tedy i umírajícího, samozřejmě dle pořadí jejich naléhavosti, s přihlédnutím na aktuální preference jedince (Špatenková, 2014, s. 55). Je tedy třeba zaměřit se nejen na potřeby biologické, jenž jsou zpravidla velmi dobře saturovány, ale především na potřeby psychické a sociální (Machová, 2013, s. 25). Často se lze totiž setkat u umírajících se situacemi, v nichž se u nich do popředí dostávají tzv. potřeby vyšší (psychosociální, kulturní či spirituální) vůči uspokojení potřeb primárních (biologických) upřednostňovaných zdravotníky, pro něž pak bývají ty vyšší zanedbávány (Špatenková, 2014, s. 55). Změny v péči o nevléčitelně nemocné přinesly potřebu starat se o pacienta jako o osobnost, u níž je nutné respektovat všechny zdravotnické principy, neboť paliativní péče má být založená na určitých principech i hodnotách. „Prvořadě je zachovávat důstojnost pacienta až do posledních chvil jeho života a je nesmírně důležité, aby byly v péči o pacienty v terminálním stadiu uplatňovány základní etické principy“ (Ondriová a Cinová, 2012, s. 38). Mezi nejdůležitější patří princip autonomie, kdy musejí všichni zdravotníci respektovat samostatné a nezávislé konání jedince až do jeho smrti. Podle svých možností vždy konat dobro a vyhnout se působení škod – dodržovat princip beneficence či nonmaleficence. Také spravedlnost a informovanost patří mezi jmenované principy, protože i ony neodmyslitelně patří k péči o pacienty v terminálním stádiu (Ondriová a Cinová, 2012, s. 38). „Zdravotníci ve vztahu s pacientem by měli umět naslouchat, ptát se, odpovídat, domlouvat se a rozhodovat“ (Cesta k modernímu ošetřovatelství XIII, 2011, s. 33).

Což potvrzuje průzkum Domanské a Sedlákové (2014, s. 25), které se zaměřily na problematiku respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester, pracujících v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Jejichž hlavním cílem bylo zhodnotit přístup všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při poskytování paliativní péče. U dílčích cílů se zaměřovaly na uspokojování potřeb biologických, psychických, sociálních i spirituálních; dále pak na zhodnocení dodržování zásad důstojné komunikace a zjištění možných rozdílů v poskytování důstojné péče o terminálně nemocné v hospicích a v LDN. K získání potřebných dat byla využita metoda dotazníkového šetření, průzkumu se zúčastnilo 110 všeobecných sester. 98 % z nich tvořily ženy. Ke kladným stránkám výsledků

dotazníkového šetření patřil bezesporu fakt, že se sestry snažily respektovat lidskou důstojnost i poskytovat paliativní péči. Nicméně jen 77 % všeobecných sester ví, co je to paliativní péče. 100 % dotázaných zajišťuje biologické a psychické potřeby, sociální potřeby pouze v 95 % a duchovní v 88 %. S nepatrným rozdílem dodržují sestry obou zařízení zásady důstojné komunikace – v LDN v 95 %, v hospicích v 98 %. Své klienty sestry nejčastěji oslovují pouze jménem nebo příjmením, případně i s tituly, nejméně využívaná je možnost oslovení podle klientova přání. Problémem s tím souvisejícím je také podávání informací nemocným – zpravidla prostřednictvím informovaného souhlasu nebo ústního podání. Bylo zjištěno, že respektování lidské důstojnosti je důležité pro 100 % oslovených respondentů, což pro ně představuje: slušnost, úcta, empatie, holismus, naslouchání, komunikace, ale také respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb i pohled na člověka jako lidskou bytost. Priority v péči o terminálně nemocné byly v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných shodné (ve 43 %) „Výskyt porušování lidské důstojnosti činí 29 %“ (Domanská a Sedláková, 2014, s. 25).

Primárním úkolem zdravotníků je diagnostikovat, léčit a ošetřovat (Špatenková, 2014, s. 52). Smrt je událostí, jež je pro všechny bezprostředně zúčastněné velmi citově náročná a nezáleží na tom, zda umírá jedinec sešlostí stářím nebo v mnohem mladším věku (Špatenková, 2014, s. 53). Proto z pohledu úzce zdravotnického, je jen stěží možné se »dostatečně« či »dobře« připravit na smrt, přestože často opak je svým způsobem jediným přáním každého z nich. „Z tohoto pohledu tedy jde o jakousi »schizofrenii«, resp. rozpolcenost, kterou každý zdravotník v těchto situacích nejménou prožil či prožívá“ (Špatenková, 2014, s. 52). Prožívání smutku i žalu je individuální záležitostí každého člověka, není tedy možné jej jakkoli objektivizovat, měřit či srovnávat. Situace spojené s umíráním a smrtí, které jsou pro zdravotníky velmi náročné také proto, že je zde velmi obtížná standardizace postupů, vyjma péče o biologické potřeby pacienta v terminálním stádiu nemoci. V dalších oblastech, např. v oblasti psychologické, sociokulturní nebo spirituální je možnost vytvářet funkční, všeobecné a platné algoritmy, příp. standardy, téměř nemožné (Špatenková, 2014, s. 53). Péče o umírající i zemřelé klade na lékaře, a především na sestry extrémně vysoké nároky (jak po stránce fyzické, psychické nebo sociální), neboť ty jsou s umírajícím v každodenním kontaktu, věnují mu nejvíce svého času a jsou mu nejbližší (Špatenková, 2014, s. 52). Proto by se měla sestra umět do pocitů pacienta i jeho rodiny vcítit, někdy jen stačí projevit zájem, věnovat úsměv či pohlázení (Machová, 2013, s. 25).

K zásadám a úkolům sestry v péči o umírajícího, patří: jednat autenticky (neskrývat nejistotu, bolest); nic nepřehánět (vnímat a respektovat přání pacienta); správně reagovat

na situaci (zachovat si blízkost či odstup); věnovat umírajícímu dostatek času (udělat si čas, neboť umírající vycítí, kolik je ho sestra ochotná věnovat) a správně komunikovat (naslouchat – chápat, mluvit – mlčet i s nadějí, nechat promlouvat symboly) (Dubcová, 2011, s. 44). Umožnit pacientovi zbavit se pocitu osamělosti, strachu i deprese, podporovat a udržovat u něj pocit jistoty a sebedůvěry, důstojnosti i úcty, povzbuzovat naději a pomáhat mu při akceptování vlastní ztráty (Dubcová, 2011, s. 44). Všechny uvedené zásady, poukazují na potřebu umírajícího být především v přítomnosti člověka, nejsou striktním návodem. Vycházejí především z požadavku na sestru jako empatickou osobu, plnou pochopení pro potřeby nemocného (Dubcová, 2011, s. 44). Dobře poskytovaná paliativní péče i spolupráce s rodinami přináší ošetřovatelskému týmu pocit uspokojení, přes všechnu fyzicky i psychicky náročnou práci při péči o umírajícího. Pokud se však podaří navázat vstřícnou spoluprací s rodinou a udělat pro nemocného „něco dobrého navíc“, mají všichni členové týmu dobrý pocit ze společně poskytnuté péče a vnímají ji jako svůj úspěch (např. napravení zpřetrhaných dlouholetých rodinných vztahů a rozloučení otce s dcerou, kterou již řadu let neviděl) (Stichová, 2014, s. 35).

#### **4.1 VŠEOBECNÁ SESTRA**

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, která byla založena v roce 2009, převzala aktivitu v organizaci specializačního vzdělávání. Také se pokusila podpořit vzdělávání zdravotních sester. Ve spolupráci s Open Society Found a s Evropskou asociací pro paliativní péči přenesli do České republiky kurz ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium). Poté převzal organizaci tohoto kurzu ve společné akreditaci s ČALS pražský domácí hospic Cesta domů. V současné době jej nabízí ve spolupráci s Centrem paliativní péče v Praze ([www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz)). Kurz obsahuje 8 modelů, celková dotace činí 35 výukových hodin:

- Úvod do paliativní péče
- Léčba bolesti
- Léčba příznaků
- Etické záležitosti v paliativní péči
- Kulturní a duchovní aspekty péče
- Komunikace
- Ztráta, zármutek, žal
- Poslední hodiny (Kabelka, 2017, s. 49).

#### 4.1.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání

„Nároky se stále zvyšují“ (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 14). Těžištěm a vystupujícím problémem, který sestry trápí, je především strach z budoucnosti, obavy z toho, co všechno se od nich očekává, jaké nastanou změny a zda se jim podaří najít vytoužené uplatnění (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 14). V současné době se požadavky na ošetrovatelskou péči neustále zvyšují a zahrnují i odborné úkony, které v minulosti byly prováděny výhradně lékaři, přesto, že dříve sestry vykonávaly mnohdy práce neodborné až úklidové (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 14). Velmi těsně s rozšířením těchto „pravomocí“ souvisí také nároky kladené na vyšší vzdělání, neboť do medicíny a ošetrovatelské péče citelně pronikají nejen vymoženosti nových objevů, technologií, ale především zvýšená míra uplatňovat se v oblasti psychologie, sociologie, pedagogice, i zdravotnické etice. Z čehož vyplývá nutnost osvojit si určité znalosti i dovednosti, které byly donedávna považovány pouze za záležitost lékařskou a v současné době patří k neodvratitelné skutečnosti (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 14). Autoři Kuklík a Bezděková (2006, s. 12), také uvádějí názor sestry pracující 14 let ve zdravotnictví (jež dříve pracovala „...jako řadová sestra na dvou odděleních typu JIP/ARO, pak jako vedoucí směny...“ a nyní je zástupkyní staniční sestry: „Většina zdravotníků si však neuvědomuje hrozbu, že tento relativní nedostatek sester se v budoucnu stane absolutním kvůli počtu absolventů přijímaných do oborů ošetrovatelství na lékařské fakulty a vyšší odborné školy. Ze zdravotnických škol již plnohodnotné sestry vycházet nebudou, budou to jen zdravotničtí asistenti“. Toto uvádí jako reakci na aktuální stav sester na odděleních v případě pracovní neschopnosti, čerpání dovolené a nedostatku možností získat adekvátní náhradu s ohledem na smluvní vztah s pojišťovny, které určují počet sester v rámci jednotlivých oddělení (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 12). Vydáním zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, od 1.dubna 2004, došlo v této oblasti k významným změnám, bohužel s nejednoznačným výkladem a velmi rozdílnými dopady jeho aplikace v praxi. Týká se nového vymezení výkonu povolání zdravotnického pracovníka ve třech kategoriích ustanovením § 4 tohoto zákona:

- **Výkon povolání pod přímým vedením** – týká se především nižší kategorie zdravotnických pracovníků: „středních zdravotnických pracovníků“ – dále jen „SZP“ v období (minimálně 1 rok) po absolvování studia, dřívější nástupní praxe
- **Výkon povolání pod odborným dohledem** – týká se především SZP, trvale pracujících ve zdravotnických zařízeních pod vedením pracovníků, kteří jsou způsobilí

k výkonům, bez odborného dohledu. Zásadní je pro zdravotní sestry v ambulantních ordinacích, rozpor – lékař může poskytovat dohled při diagnostice či léčebných výkonech, nikoli v ošetrovatelské péči. Není reálné, aby sestry pracující v domácí péči nebo na lůžkových odděleních pracovaly výhradně pod lékařským dohledem.

- **Výkon povolání bez odborného dohledu** – v praxi se týká hlavně provozovatelů, odborných zástupců malých zdravotnických zařízení nelékařských oborů, řady pracovníků ve vedoucích pozicích, jak lůžkových, tak velkých ambulantních zařízení i vedoucích praktické výuky. Podmínkou získání „osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu“ dle zákona 96/2004 sb., ho vydává MZ ČR (Uhrová, 2005, s. 26).

K nejasnostem v praxi k výše jmenovanému zákonu se také vyjadřuje místopředsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociálních věcí Dagmar Žitníková. Zamýšlí se nad praxí a uvádí názorné příklady a situace, aby mohla zodpovědět otázku: co může vykonávat sestra pod odborným dohledem a za jakých podmínek? Co znamená dosažitelnost rady a pomoci zdravotnického pracovníka, jenž je oprávněn vykonávat činnosti bez odborného dohledu? A v čem tkví její úskalí... Uvádí i svůj názor na „...zaškatulkování všeobecných sester na pracovníky pod odborným dohledem či do nižší kategorie, na něž nemají způsobilost – zdravotničtí asistenti; v zařízeních sociální péče z nich budou pracovníci sociální péče = způsob, jak ušetřit...“ (Žitníková, 2006, s. 18). Autorka zmiňuje první významnou změnu, což je očekávané zrušení kvalifikačního studia na vyšších odborných školách jistou „dvojkolejnost“ ve vzdělávání, přičemž apeluje na ministerstvo, aby zvážilo důsledky svého rozhodnutí. Poukazuje na studijní programy na vysokých i vyšších odborných školách a na jejich důkladné zkoumání z hlediska souladu s českou a evropskou legislativou a stanovení např. 4 600 hodin teorie a praxe u diplomované všeobecné sestry, aj. (Merhautová, 2011, s. 13). Dále pak zrušení práce zdravotnického asistenta pod odborným dohledem diplomované všeobecné sestry a změnu názvu povolání, ze zdravotnického asistenta na praktickou sestru, čímž vznikne nedostatek diplomovaných všeobecných sester, který má být těmito praktickými sestrami nahrazen. Závěrem se vyjadřuje ke zrušení celého kreditního systému a přenesení povinnosti kontroly, v rámci celoživotního vzdělávání na profesní organizace – jeho účinnost se tak sníží na minimum, sděluje i svůj vlastní názor na připravované změny (Merhautová, 2011, s. 14). Rok 2015 byl rokem nové vlny prodlužování osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu – registrace, pouze za první dva měsíce byla přijata třetina žádostí než v roce předešlém,

45 % z nich bylo nesprávně nebo jen částečně vyplněných, uveden je přehled nejčastějších chyb (Hofštetřová Knotková, 2015, s. 3).

Od 1. září 2017 nabyl účinnosti zákon č. 201/2017 Sb., jímž se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Umožňuje vybraným zdravotnickým pracovníkům získat kvalifikaci všeobecné nebo dětské sestry v rámci zkráceného studia na VOŠ. Praktickou sestrou jsou všichni, kteří získali kvalifikaci zdravotnického asistenta.

#### **4.1.2 Celoživotní vzdělávání**

„Povolání sestry (všeobecná sestra a ostatní nelékařské zdravotnické profese) patří k těm, od něhož se vyžaduje vysoká míra zodpovědnosti, odolnosti vůči stresu, fyzické zdatnosti, trpělivosti a také potřeby neustále se vzdělávat. A to všechno najednou.“ (Kuklík a Bezděková, 2006, s. 12). Je nezbytné vycházet z předpokladu, že poskytování paliativní péče v ČR je relativně novým tématem (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 18). Ani mezi profesionály není specializace tohoto typu poskytované péče výrazněji rozšířená, což se odráží ve vzájemné spolupráci nejen jejich, ale i ostatních, zejména praktických lékařů, jejichž zkušenosti s doprovázením při umírání, resp. s paliativním přístupem v poskytované péči, jsou velmi rozdílné. Spolupráce s nimi bude třeba pečlivě nastavit (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 18). Praktický lékař je v tomto směru osobou naprosto zásadní, často má se svým pacientem navázán vztah. Měl by umět odborně posoudit zdravotní stav nemocného a nastavit mu léčebný plán. Provádí úkony, které zvyšují komfort seniora (předepisuje léky, pomůcky), bez jeho zapojení je šance na možnost seniora zemřít v prostředí pobytového zařízení, včetně zajištění dobré kvality jeho života, téměř nedostupná. Aby mohla být kvalitní péče v uvedených zařízeních zajištěna, je nezbytné zaměřit přípravu na poskytování paliativní péče, včetně vzdělání a podpory pracovníků organizace poskytující tento typ péče (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 58-59). Klíčovým bodem pro poskytování paliativní péče v prostředí domova pro seniory je nastavení bezpečného rámce pro poskytování paliativní péče v zařízeních. Sestává se z několika základních prvků:

- každá organizace jasně definuje typ péče, kterou poskytuje; pracovníci jsou podporováni ve sdílení nastavené vize péče; i shoda na konkrétních principech i pracovních postupech je zásadní a je podporována

- všichni pracovníci mají kvalitně a přehledně vymezen prostor pracovních postupů, kompetencí i povinností, jsou podporováni v rozvoji dalšího vzdělávání a učení
- jsou explicitně nastavené komunikační standardy, způsoby řešení konfliktů i poskytování zpětné vazby
- pracovníci jsou informováni a počítají s tím, že existuje prostor pro práci s nejistotami, jímž rozumí a přijímají je jako přirozenou součást své práce. Neboť práci s nejistotami, chybami či neúspěchy se učí celá organizace a nejsou primárně vedeny jako důvod k postihu (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 58).

Vzdělávání pracovníků se podle zkušeností autorů odehrává ve třech rovinách:

- **rovina odborné přípravy všech pracovníků** – především zdravotních sester, ale i pečovatelů a sociálních pracovníků
- **konkrétní dovednosti a znalosti** – „jak pečovat, jak pořizovat, ukládat a sdílet dokumentaci, kdy, koho volat pro konzultaci nebo předání do péče, kdo předepisuje léky, kde získat potřebné informace“ (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 58) **včetně konkrétních činností závislých na kontextu a dohodě** (práce s opiáty, vykazování na VZP)
- **vzdělávání, příprava a podpora pracovníků v dalších dovednostech**
- **průběžné učení se** – vymezený prostor pro reflexi praxe i aplikaci zkušeností (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 58).

Pro poskytování paliativní péče je nezbytné vzdělávání v odborných i dalších dovednostech, ideální by bylo tak učinit před začátkem projektu, realističtěji však přímo v jeho počátku. Je nutné organizačně zajistit postupné vzdělávání všech pracovníků. Odborné vzdělávání musí být dostupné a k dispozici i každému dalšímu nově přichozímu pracovníkovi. Zajistit kontinuitu vzdělávání (jak vstupní, tak průběžné) - obojí totiž podporuje shodu pracovníků na poskytování paliativní péče a zvyšuje interní porozumění pracovníků v dané organizaci. Protože jasná představa pracovníků o jejich rolích a způsobu péče o klienty, jež je od nich vyžadována, je klíčovou pro jejich kvalitní pracovní výkon. A pro dobrý pocit z dobře vykonané práce i pro další upevňování angažovaného přístupu každého pracovníka (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 58-59).

Cílem vzdělávání a přípravy pracovníků je:

- dokonalá znalost principů paliativní péče
- schopnost porozumět tomu, že s paliativní péčí „přibývá a také nabývá“ veškerá komunikace na významu a vystupuje do popředí (nejen s klientem a jeho rodinou,

ale i s celým pracovním týmem, externími spolupracovníky i těmi, kteří spolupracovat nechtějí)

- jistota při práci, týká se všech pracovníků
- odborné úkony a jejich praktické zadávání
- rozvoj měkkých dovedností, nezbytných pro dobrou týmovou spolupráci a komunikaci
- již výše zmíněné sdílení společných vizí v poskytování paliativní péče
- vzájemné seznámení v týmu, vzhledem ke kompetencím každého člena týmu
- podpora pracovníků a partnerské nastavení vztahů mezi jednotlivými profesemi (uznání specifického přínosu každé z nich a vzájemný respekt)
- v rámci dobré provázanosti pracovního týmu nastavení funkčních a vstřícných komunikačních standardů, nastavení a udržování vzájemné důvěry a návaznosti pracovních pozic i odpovědností
- a také nastavení systému zpětné vazby nejen v pracovním týmu, ale případně i v celé organizaci (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 60).

To, že je komunikace zdravotníků v péči o pacienty v terminální fázi života důležitá svědčí i průzkum autorů CHUNG, Han-Oh et al. (2016, s. 1-13), se zaměřením na vzdělávací intervence ve výuce zdravotnických pracovníků, s důrazem na komunikaci. Průzkum byl zaměřen na pracovníky zdravotnických zařízení a absolventy ukončující školící programy, často s nedostatečnými komunikačními schopnostmi, jež jsou důležité v terminální péči o pacienty a jejich rodiny. Tento systematický průzkum hodnotil účinnost vzdělávacích intervencí zaměřených na poskytování odborníků v oblasti zdravotnictví a školení v komunikačních dovednostech při terminální péči v porovnání s obvyklými učebními osnovami. Prohledány byly databáze: MEDLINE, Embase, CINAHL, ERIC i centrální registr kontrolovaných studií společnosti Cochrane. Pro randomizované kontrolní studie a prospektivní pozorovací studie intervencí v oblasti odborné přípravy vzdělávání zdravotnických pracovníků v komunikačních dovednostech v terminální fázi života, aby tyto studie byly průkazné, musely být poskytnuty intervence – školení v oblasti komunikačních dovedností souvisejících s terminální fázi života; jiné intervence (sdělení špatných zpráv, poskytnutí paliativní péče) byly vyloučeny. Jejich primárním výsledkem bylo zaměřit se na soběstačnost, znalosti a konečné výsledky v komunikaci při standardizovaném setkání s pacientem. Všechny dostatečně podobné studie byly shromážděny v metaanalýze. Kvalita důkazů byla posouzena pomocí Grade. Z 5727 vybraných článků bylo v tomto přehledu 20 studií (6 RCT, 14 pozorování). Srovnáním obvyklé výuky, vzdělávacích



intervencí školených odborníků v oblasti zdravotní péče v komunikačních dovednostech v terminální fázi života, nebyly nalezeny dostatečné důkazy o tom, zda tyto vzdělávací intervence ovlivňují výsledky na úrovni pacienta. Závěrem autoři uvádějí, že důkazy o velmi nízké až nízké kvalitě naznačují, že je třeba zlepšit a procvičovat komunikaci v terminální fázi života, a to v porovnání s běžnou výukou. Další studie, které porovnávaly dvě aktivní vzdělávací intervence, doporučují pokračovat v zaměření na kontextuálně relevantní výstupy na vysoké úrovni.

**V posledních letech vzniklo několik akreditovaných specializačních kurzů pro sestry** (Hrdá a Tollarová, 2018), např. v rámci NCO NZO na [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz), kde existuje bohatá nabídka vzdělávacích akcí, certifikovaných kurzů, odborných i specializačních, především pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Např.: Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči. Specifická ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty. Kvalita a bezpečí domácí péče. Metody stanovování individuálních nutričních potřeb u pacientů v těžkých stavech. Nutriční péče a poradenství u pacientů s onkologickým onemocněním. Ošetrovatelská péče v interních oborech, aj.

Novelou zákona 96/2004 Sb. skončila registrace sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků u NCO NZO navázaná na celoživotní vzdělávání formou kreditního systému. Registrace (Registr nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu) byla zrušena a data převedena do Národního registru zdravotnických pracovníků.

## 4.2 SPOLUPRÁCE V TÝMU

**„Poznání zvláštností lidí kolem nás vede k pochopení, jakým způsobem s nimi můžeme dobře vycházet“** (Venglářová, 2011, s. 83).

„Paliativní péče je z pohledu personální práce a vedení týmů specifický obor“ (Kabelka, 2017, s. 45). K dosažení motivace a osobního přístupu, které jsou v řadě oborů medicíny tak zásadní, je nezbytné nastavit a dlouhodobě udržovat uvedené aspekty týmové spolupráce: předložit srozumitelnou vizi multidisciplinárního týmu, nastavit cíle péče, pojmenovat zřetelně způsob práce a jednotlivých rolí členů týmu, zajistit korektní a kvalitní vztahy, (vzájemnou) podporu a růst jednotlivců – „práce na individualitě je prací pro tým, práce týmu je prací pro rozvoj individuality“ (Kabelka, 2017, s. 45). Komunikace se všemi členy týmu musí probíhat na partnerské úrovni, s vědomím, že důležitou informaci o pacientovi může přinést kdokoli z nich. Osobou, jíž se pacient svěří, může být např. sanitář, který jej doprovází na vyšetření. Proto je nezbytné, aby každý člen týmu měl svůj prostor. Komunikaci v týmu

lze rozdělit dle formy: na formální – písemná dokumentace, svou jednotností poskytuje kontinuitu a přesnost záznamů dostupných všem profesionálům i pacientovi a pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu, probíhající dle zvyklostí jednotlivých zařízení; a neformální. Dle obsahu komunikace na případovou (zabývající se pacientem) a podpůrnou (zabývající se potřebami jednotlivých členů týmu). Formální podpora celého týmu patří mezi nezbytné manažerské dovednosti (Marková, 2010, s. 36-37).

Na odděleních většiny nemocnic je pozornost personálu soustředěna především na pacienty s možností vyléčení, a tudíž je značně obtížné vytvořit vhodné, podpůrné prostředí i pro pacienty, kteří umírají. Jednou z řady možností, jak tuto situaci vyřešit, je sestavení multidisciplinárního paliativního týmu uvnitř každé z nemocnic, který by napříč spektrem všech oddělení poskytoval konziliární i přímou (aktivní) péči umírajícím. Členové takového týmu musejí získat znalosti v oblasti edukací v paliativních přístupech. Vzhledem ke skutečnosti, že se vyskytují pod stálou supervizí své práce, mohou se také stát součástí konziliárního týmu při nejasných symptomech nemoci, které nejsou na daném oddělení zcela běžné, stejně jako se mohou podílet na naplňování individuálních potřeb a přání v jejich konkrétních podobách. Vzájemně si poskytují podporu v péči o „neperspektivní“ pacienty, mnohdy pocíťovanou jako příliš vyčerpávající, zbytečnou a nesmyslnou (Marková, 2010, s. 26). Sestra poskytující paliativní péči pocíťuje potřebu pracovat v dobrém týmu, který směřuje své síly ke stejnému cíli: a to k zajištění kvalitního života svých pacientů i jejich rodin a ke zmírňování celkového utrpení nemocného. Paliativní péče musí být vždy poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, mezi platné členy tohoto týmu by měli být cíleně považováni i členové pacientovy rodiny i on sám. Pacient by měl mít rozhodující slovo při volbě léčebného postupu i jednotlivých intervencí, jedině tak může být zachována jeho důstojnost a individuální řešení všech jeho obtíží i jeho blízkých (Marková, 2010, s. 35). I v případě kognitivně-behaviorální terapie na konci života u umírajících, která je aplikována také v rámci multidisciplinárního týmu, což je ideální, je možné do terapeutického procesu zahrnout spoustu zdrojů. Tato terapie nabízí pacientovi podporu, zvládnutí ztrát, posiluje a učí ho plánovat čas a plně ho využít i přesto, že je nemocný. Pod vlivem postupující nemoci je kognitivně-behaviorální terapie obtížněji aplikovatelná, nicméně je stále možné a smysluplné podílet se na snižování emočního utrpení umírajícího (Raudenská, Javůrková a Kozák, 2013, s. 309).

### 4.3 ZÁTĚŽ A STRES V PRÁCI SESTRY

Sestry pečující o pacienty na odděleních paliativní péče se denně setkávají s umíráním. Tento typ poskytované péče vyžaduje erudovanou sestru, obdařenou empatií i velkou trpělivostí, neboť práce na těchto odděleních je fyzicky i psychicky náročná, více než na jiných typech oddělení. Pacient od ní očekává nejen řešení svých fyzických problémů, ale i těch, které se vynořují na poli psychickém či sociálním. Sestry v rámci objektivizování problémů pacienta mohou využít hodnotící nástroje, jež je dokáží přesně identifikovat a změřit (Šenkárová, 2013, s. 38-39). Požadavky na erudovanou a empatickou sestru, při péči o pacienta hospitalizovaného na oddělení paliativní péče, jsou vystupňovány z důvodu specifčnosti její práce. Také studenti nelékařských oborů při absolvování klinické praxe, v rozsahu svých kompetencí jsou významnou součástí týmu poskytujícího paliativní péči. Často přicházejí do kontaktu s nemocným i jeho rodinou, sdílejí s nimi období smutku, deprese, bezradnosti, sklíčenosti a podporují je i ve chvílích žalu (Cinová a Ondriová, 2014, s. 36). „Když někoho fyzicky doprovázíte, musíte jít jeho tempem. Nemůžete se od něj vzdálit víc než o krok, jinak ho buď táhnete, nebo brzdíte. A pokud je slabý, nemůže se o vás potom opřít“ (Polák, 2012, s. 23). Z pohledu psychologa pro práci s umírajícími i jejich rodinami vlastně ani nějaká speciální pravidla neexistují, přistupuje se k nim a pracuje s nimi jako s ostatními (Psychologické aspekty profese sestry, 2015, s. 21). V rozhovoru na téma: O důstojném umírání v časopisu *Sestra*, popisuje česká sestra Anita Reda (trvale žijící a pracující v Anglii) své zkušenosti viz příloha 7 (141-143) (Reda a Vachová, 2009, s. 8-10).

Péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci i kontakt s jejich nejbližšími je značným zdrojem stresu pro veškerý ošetrující personál. Mnohdy odvádějí odbornou práci, jenž má negativní dopad nejen na jejich fyzickou i psychickou kondici, ale především se dotýká také jejich společenského života (složka sociální). V holistickém pojetí člověka (jako biopsychosociální bytosti) jsou negativně ovlivněny u zdravotníků všechny tyto složky, což dokládá i výzkumné šetření Novotné a Valentové (2011, s. 26-27), které zjišťovaly, jak jsou sestry na geriatrickém oddělení a v hospici fyzicky zatíženy, jakou mají psychickou zátěž a v jakém rozsahu u nich probíhá duševní hygiena. Výsledkem výzkumu, který měl za cíl zmapovat míru fyzické i psychické zátěže sester pracujících ve zdravotnických zařízeních geriatrického a hospicového typu a rozsah aplikované duševní hygieny u těchto pracovníků, poukázal na přítomnost některých nedostatků i významných rizikových faktorů v péči těžce nemocné, nesoběstačné a umírající pacienty. Připustily potvrzení úvodní domněnky, týkající se zvýšené fyzické i psychické zátěže pracovníků uvedených oddělení,

stejně jako nedostatečnou prevencí rozvoje syndromu vyhoření. Při srovnání výsledků z obou pracovišť zkonstatovaly, že více nedostatků se objevilo na oddělení geriatric, především v oblasti duševní hygieny a již zmíněné prevence rozvoje syndromu vyhoření. Jako zásadní problém, který je společný pro obě zdravotnická pracoviště, uvádí autorky: nedostatečné personální zajištění směn, jenž je samozřejmě sestrami negativně vnímáno, zejména pak v průběhu denních směn. Autoři Davis, Deane a Lyons (2015, s. 359-368) se zabývají neformálními pečovateli pacientů, jejichž stav vyžaduje paliativní péči, hrají významnou roli v koordinaci péče o pacienty v terminální fázi života. Přičemž závazky a pečovatelská role, mohou mít trvalé psychologické důsledky pro pečovatele a mohou také zasahovat do jejich běžného života. Studie zkoumaly různé faktory spojené s individuálními rozdíly v péči o psychosociální výsledky, ale málo bylo již známo o jejich relativním dopadu. Proto je zde potřeba vést modely na podporu výzkumu v této oblasti. Byla provedena revize literatury, uvádějící faktory ovlivňující psychologii, strach a zármutek ošetřovatelů. Výsledky z přijatelné a závazné terapie. Z kolegiálního integračního rámce rizikových faktorů autoři vyvinuli procesní model pro popis individuálních rozdílů v psychologickém utrpení a zármutku ošetřovatelů. Výsledkem je model představující psychologický zármutek a smutek jako přístup ke smrti a komunikaci o smrti a umírání, zprostředkované přijetím a důstojným životem z pohledu. Jedná se o přehled empirických a teoretických podkladů každého z nich v modelu. Předložený model je inherentně silným modelem, který je v souladu s akceptačními a hodnotovými intervencemi usnadňujícími zvládnutí pečovatelů.

### **Postoj ke smrti, potřeby sestry pečující o pacienta v paliativní péči:**

- **potřeba nebýt v ohrožení**

Jako každý jiný vztah i vztah ke smrti se vyvíjí v čase. Je ovlivněn řadou různých okolností: příkladem rodičů i všech ostatních důležitých osob, které život každého člověka provázejí. Příležitost setkat se se smrtí přichází nejen prostřednictvím médií, literatury, počítačových her, ale i přímo, např. úmrtí někoho blízkého či známého dává možnost si smrt uvědomit a zaujmout k ní nějaký postoj. Podstatnou roli v postoji ke smrti hraje také doba, kdy k reálnému setkání se smrtí došlo a také jakým způsobem je člověk touto silnou životní zkušeností provázen svými nejbližšími (Marková, 2010, s. 29).

Podle Markové (2010, s. 32) by právě této tématice měla být věnována dostatečná pozornost, zejména u sester připravujících se na výkon povolání, a to jak v rovině teoretické, tak i především v rovině praktické – při konkrétní události. Dostatečný prostor pro lidské vstřebání události, umožnit si poplakat i o celé situaci otevřeně hovořit, a to nejen

bezprostředně, ale i s odstupem času, je nejjednodušší možností, jak se s tím může mladá kolegyně vypořádat, např. při závěrečné sebereflexi praxe. Cinová a Ondriová (2014, s. 36) uvádějí: „Pokud tuto ošetrovatelskou péči mají vykonávat odborně a s respektem k lidským hodnotám či pocitům, že neselhali a jednali správně, je potřebné vést je během jejich studia k humánnosti či zodpovědnosti ke své profesi“.

- **potřeba smět být smutný**

Smutek je přirozenou reakcí na jakoukoli ztrátu, je nutné jej prožít a nehromadit si následně potíže do budoucna. Intenzita prožitku je přímo úměrná hloubce vzájemného vztahu sestry a zemřelého pacienta. Pro vypořádání se s žalem je nutné mít dovoleno si jej připustit, uvědomit a prožít, teprve pak lze autenticky pomáhat nejen nemocným, ale i pozůstalým v období smutku. Vhodné je o ztrátě i pocitech s ní spojenými hovořit, s přihlédnutím na odlišnosti mezi jednotlivými profesionály (např. zvýšená potřeba komunikace, prožívání žalu v soukromí apod.). Prožitý smutek umožňuje kráčet dál, stává se tak novou životní zkušeností i silou, jež lze předávat těm, kterým poskytujeme péči (Marková, 2010, s. 33).

- **potřeba plakat**

Mezi intenzivní projevy smutku patří bezesporu i pláč. Obavy nad ztrátou profesionality sester při projevení této lidské reakce nejsou na místě. „Vždyť lidé přece při loučení a ztrátě pláčí.“ (Marková, 2010, s. 33). Lze jej chápat jako projev vnímání nemocného a v situaci, kdy neexistuje jiné řešení, ho i utěší (Marková, 2010, s. 34).

„Při přípravě sester na výkon povolání by měla být věnována dostatečná pozornost prvnímu setkání zdravotní sestry se smrtí. Vedoucí praxí nebo sestry zodpovědné za studenty by měly podpořit mladé zdravotní sestry ve zvládnání této pro ně nové a náročné situace. Plakat je dovoleno“ (Marková, 2010, s. 34). I profesionálové se mohou stát „pozůstalými“ a doba vypořádání se se smutkem po úmrtí pacienta může být poněkud delší (Marková, 2010, s. 34).

- **potřeba smyslu**

Výsledky práce sestry v paliativní péči i pracovní uspokojení jsou odlišné od jiných oblastí poskytované péče. K smysluplnosti paliativní péče přispívají jednotlivé kroky. Prvním z nich je docenění času před smrtí. „Přehodit ve vlastní mysli výhybku od: ten už spěje k poslednímu, tady se nedá nic dělat (medicínsky, ošetrovatelsky) k novému pohledu: bohužel základní onemocnění nevléčíme, ale tento člověk má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit (medicínsky i ošetrovatelsky)“ (Marková, 2010, s. 34). Základem je vzájemné společné hledání kladných stránek péče jednotlivými členy týmu, kteří se v tomto podporují

a oceňováním toho, co se podařilo. Funguje-li v zařízení podpora pozůstalých, projeví se vnější úspěch prostřednictvím jejich poděkování za doprovázení v těžkém období života (Marková, 2010, s. 34).

- **mnohotvárnost života**

Sestra poskytující paliativní péči by měla udržovat dobré mezilidské vztahy, vnímat umění: krásu přírody, barvy, zvuky a prožívat život v celé jeho rozmanitosti. Být vděčná za vlastní život, za své zdraví i zdraví svých blízkých, za vše dobré i překážky, jež lze překonávat. Tuto lásku, krásu a vděčnost vnášet do svého postoje a přístupu k nemocným, umírajícím i jejich rodinám (Marková, 2010, s. 34-35).

Snahy všech kompetentních osob, které poskytují paliativní péči a mohou ji jakýmkoli způsobem ovlivnit, by „...měly nepřetržitě směřovat k jejímu zkvalitňování na úroveň standardu evropských zemí.“ (Cinová a Ondriová, 2014, s. 36).

#### **4.3.1 Vymezení pojmů zátěž a stres**

**Zátěž** je definována jako vzájemná interakce mezi požadavky, jež jsou na člověka během života kladeny, v různých situacích i prostředí a mezi mírou vybavenosti tyto požadavky zvládnout – vyrovnat se s nimi. Reakce člověka na zátěž je souhrnná, komplexní, psychofyziologická, nikoli pouze tělesná nebo duševní (Hladký a Židková, 1999, s. 7).

**Stres** (nápor, zátěž, tlak – pochází z ang. stres), tento pojem se stal synonymem toho, že v současné době či naopak dlouhodobě „není“ něco „v pořádku“, že někomu něco „přerůstá přes hlavu“ nebo „není v rovnováze“, může mít mnoho podob (Venglářová, 2011, s. 47). Existují dva druhy stresu: **eustres** (příjemný a radostný, dodává aktivní energii, může dojít k přetížení člověka, ale v kladném slova smyslu) a **distres** (působí převážně škodlivě, je nepříjemný a vede k přetížení člověka). Může být však chápán i jako frustrace, což je stav, který může jedinec prožívat, nepodaří-li se mu dosáhnout vytyčeného cíle z důvodu překážek, jež se mu postaví do cesty (Venglářová, 2011, s. 49). Se stavem frustrace souvisí nedostatek určitých podnětů (citových, smyslových) a tento stav se nazývá deprivace – strádání (Venglářová, 2011, s. 49).

Stresorem neboli negativním životním faktorem, při němž nepřiměřená zátěž vyvolává stres a ten následně navozuje stav (pocit) ohrožení; strach, z toho, že se něco stane a pocit, že dochází ke ztrátě kontroly (Venglářová, 2011, s. 49). Naproti tomu existují i pozitivní životní faktory – salutory – které člověku v těžké situaci dodávají sílu a posilují ho. Ideální stav je, když jsou oba (stresory i salutory) v rovnováze (Venglářová, 2011, s. 52-53).

Autorky Pavelková a Bužgová (2015, s. 218-223) zjišťovaly ve svém průzkumu míru vyhoření mezi zdravotnickými pracovníky, kteří pečují o pacienty v hospicích, zdroji stresu a způsoby zvládnání stresu. Určovaly také vztahy mezi vyhořením a demografickou charakteristikou pracovníků, typem hospicové péče a délkou praxe v hospicové péči. Vzorek respondentů byl složen z 241 zdravotnických pracovníků, pracujících ve dvaceti hospicích s minimální délkou praxe 6 měsíců. Průzkumem bylo zjištěno, že míra vyhoření mezi zdravotnickými pracovníky v hospicích byla nízká a nezávislá na demografických faktorech, délce praxe či druhu hospicové péče. Vyhoření bylo nalezeno u 6 % pracovníků a alarmující úroveň v 28 %. Hlavním zdrojem stresu, který pracovníci identifikovali, byla administrativní práce (28,2 %) a konfrontace s utrpením (22,4 %). Třetím nejvíce důležitým zdrojem stresu byl časový tlak v práci. (21,2 %). Nejčastějšími způsoby, jak se vyrovnat se stresem respondenti uvedli: trávení času se svými rodinami (49,5 %), zájmy a koníčky (19,5 %) a jako prevenci vyhoření se chtěli setkávat se svými kolegy mimo pracovní dobu (ve 24,9 %), dále uváděli: pochvalu od nadřízených (21,6 %), více pracovníků na pracovišti (14,5 %), odměny (14,1 %), školení / další vzdělávání (3,3 %) a lepší vybavení pracoviště (2,1 %). Závěrem uvádí, že by se mělo vyhoření mezi pracovníky v hospicové péči sledovat, aby bylo možné identifikovat osoby vyžadující zvýšenou péči a podporu.

#### 4.3.2 Burnout syndrom

**„Tajemství krásy je v moudrosti, tajemství moudrosti je v rovnováze.“ M. Bejar**

První zmínky o syndromu vyhoření (burnout syndromu) byly v letech 1974-1975 publikovány americkým psychiatrem H. J. Freudendergerem, pracujícím v té době v agentuře pro alternativní zdravotní péči. Během své praxe si autor povšiml, že řada pracovníků této agentury prožívala postupné emoční vyčerpání, ztrátu motivace i pracovního nasazení. Proces doprovázely různé tělesné a psychické potíže, „...přičemž se ukázalo, že nejde o abnormální chování několika jedinců, ale o širší sociální kontext...“ (Černá a Kožíková, 2004, s. 265). Převážná většina autorů popisuje vývoj **syndromu vyhoření v několika fázích** (Stock, 2010, s. 23). Problematika burnout syndromu je často diskutovaným tématem (Pavelková a Bužgová, 2015, s. 218). K jeho rozvoji přispívá zrychlující se pracovní tempo, náhle se zvyšující nároky na pracovníky (ale i lidi jako takové) a krize v mezilidských vztazích (Pavelková a Bužgová, 2015, s. 218). Pojem „vyhoření“ není totožný s pojmem „stres“. K vyhoření totiž dochází v důsledku opakovaného stresu, protože stresové faktory (spouštěče) hrají při vzniku syndromu vyhoření významnou roli (Stock, 2010, s. 15).

Vyhoření jako takové je vnímáno jako dlouhodobý proces, kterým může postižený postupně procházet (do určité míry lze některé fáze i přeskočit). Nejjednodušší model burnout syndromu má tři a nejsložitější dvanáct fází (Stock, 2010, s. 23). Téměř všechny vědecké modely vycházejí z příkladu jedince s určitou charakteristikou. Počáteční velké ideály a množství energie jsou v rozporu s nereálnými nároky na sebe i ostatní, svou energii tak vynakládá neefektivně, přeceňuje své síly a hýří nevyčerpatelným optimismem, často se až extrémně ztotožní se svou prací, klienty, žije pouze zaměstnáním a postupně se uzavírá před okolním světem – tato fáze se nazývá **idealistické nadšení** (Stock, 2010, s. 23). Následuje fáze **stagnace**, kde se již pracovník dostatečně seznámil s realitou, a protože zažil několik zklamání, začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Práce už pro něj není tak vzrušující jako na začátku, stále je ale výkonný, to co dříve považoval za nedůležité (plat, možnost kariérního růstu) se nyní posouvá do popředí jeho zájmu. „Celý jeho život se v podstatě omezil jen na práci“ (Stock, 2010, s. 24) ani on, ani jeho nejbližší okolí nepozorují žádné známky onemocnění, přesto rodinný život dostává první trhliny (Stock, 2010, s. 24). Postupně zjišťuje, že jsou jeho možnosti ve skutečnosti omezené, zpochybňuje smysl svého snažení, význam i výsledky své práce, uvědomuje si vlastní bezmocnost, přibývají problémy s nadřízenými, trpí nedostatkem uznání ze stran klientů, vzrůstá pocit vlastního zklamání – nastupuje fáze **frustrace**. Konečnou fází je **apatie**, která slouží jako obranná reakce k frustraci, nakonec dochází k vnitřní rezignaci jedince, vykonává jen činnosti, jež jsou nezbytně nutné, vyhýbá se náročnějším úkolům i kontaktům s klienty, vše se snaží omezit jen na to nejnutnější a vyřídit vše co nejrychleji. Může se přidat i pocit zoufalství, způsobený nedostatkem možnosti uplatnit se jiným způsobem (Stock, 2010, s. 24; Kuklík a Bezděková, 2006, s. 14). „Pak se však klienti v nemocnicích či ambulancích setkávají s nepříjemnými sestřičkami, které již jen „doutnají“ a kazí pověst těm, které s tím bojují a snaží se „neshořet““ uvádí Kuklík a Bezděková (2006, s. 14) názor sestry, již její práce baví i po čtrnácti letech, přestože jí částečně zasahuje i do jejího osobního života.

Autorky Černá a Kožíková (2004, s. 265), které se syndromem vyhoření také zabývaly a sestavily Desatero péče o zdraví sestry, viz kapitola 5.3.6 (Prevence syndromu vyhoření) udávají, že syndrom vyhoření nejčastěji postihuje zdravotní sestry, ošetřovatele, pracovníky na JIP, lékaře, psychoterapeuty, ale také právníky, učitele a policisty, jenž se s velkým nadšením a horlivostí zapojili do svého povolání. Potvrzením náročnosti a zodpovědnosti práce sestry na odděleních intenzivní péče, poskytované prostřednictvím ošetřovatelského procesu a individualizované holistické péče o pacienty a zajištěním tak kvality práce i celkově její úrovně (Ondriová a Sinaiová, 2011, s. 56) nastiňuje holistický model intenzivní



ošetřovatelské péče a jeho implementace v intenzivní péči, který vyžaduje: profesionální předpoklad sestry (intelektuální, technické a interpersonální dovednosti); snahu eliminovat bolest za dosažení optimálního stavu života pacienta; respektování zkušeností a očekávání pacienta (ve vztahu ke zdraví, nemoci) i jeho rodiny (zejména u kriticky nemocných pacientů), včetně jejich edukace; za minimalizace nežádoucích vlivů hospitalizace na psychiku pacienta. „Tyto charakteristiky sestry se formují v rámci pregraduálního, postgraduálního a specializačního vzdělávání. Vzhledem k charakteru své práce je sestra dennodenně konfrontována s množstvím nových informací, kontinuální systém vzdělávání jí umožňuje být flexibilní a pohotově reagující ve složitých situacích“ (Ondriová a Sinaiová, 2011, s. 55). Cílem výzkumu Pohlové, Kozákové a Jarošové (2011, s. 274-277), které zjišťovaly míru vyhoření u zdravotních sester pracujících se seniory a nemocnými s psychickým handicapem a určovaly, zda syndrom vyhoření u zaměstnanců souvisí s věkem, rodinným stavem, vzděláním, délkou praxe a hodnocením náročnosti práce. Zkoumaný soubor byl sestaven z 98 sester Interní kliniky Fakultní nemocnice v Ostravě, léčebně dlouhodobě nemocných v Klokočově a Gerontopsychiatrického oddělení Psychiatrické léčebny v Opavě. Výsledkem jejich výzkumu bylo zjištění, že mladší sestry ve věku 18-35 let hodnotily své pocity uspokojení z práce skórem vyšším (48) než sestry starší (40), ty naopak vykazovaly častější výskyt pocitu uspokojení. Zbývající hodnoty byly prakticky shodné a při statistickém porovnávání nebyly nalezeny signifikantní rozdíly v hodnocení mezi těmito dvěma skupinami sester. Také při hodnocení syndromu vyhoření v závislosti na rodinném stavu byli respondenti rozděleni do dvou skupin, ani zde nebyly potvrzeny statisticky významné rozdíly mezi sestrami, které žijí s partnerem nebo bez něj. Sestry žijící „single“ častěji vykazovaly náznak vysokého emočního vyčerpání, stejně jako se u nich objevila vysoká frekvence depersonalizace a nízký pocit uspokojení z práce. Srovnáním hodnocení sester se středoškolským a vysokoškolským vzděláním se také nevyskytovaly významnější rozdíly, nebyla prokázána souvislost výskytu syndromu vyhoření se vzděláním sester. Shodně obě skupiny (sestry se středoškolským i vyšším vzděláním) prezentovaly nízký pocit osobního uspokojení z práce, mezi hodnocením jednotlivých položek předloženého dotazníku (MBI) v závislosti na délce praxe sester byly uvedeny jen nepatrné rozdíly, které nebyly pro žádnou oblast MBI statisticky významné. U sester s délkou praxe od 5-8 let se pak vyskytoval vyšší stupeň depersonalizace, Výzkum také potvrdil vliv spokojenosti sester s pracovními podmínkami na vznik syndromu vyhoření. Byl tedy potvrzen statisticky významný rozdíl mezi emocionálním vyčerpáním a subjektivním pocitem z práce. Sestry považující svou práci za velmi stresující vykazovaly vysoké skóre emocionálního vyčerpání.

V ostatních hodnocených faktorech (jako je depersonalizace a osobní uspokojení) nebyly nalezeny signifikantní rozdíly.

Autor Geffen (2010, s. 105-121) uvádí, že zdraví a pohoda lékařů i zaměstnanců, navzdory dech beroucímu pokroku ve vědě, medicíně a technologii, který se děje a bude nepochybně nadále pokračovat i v budoucnu, je zdravotní péče v konečném důsledku procesem osobního setkávání a pohybu (změny). Vytváření efektivního a udržitelného multidimenzionálního přístupu k péči proto bude směřovat větší pozornost na zdraví a pohodu pracovníků, včetně lékařů. Není to totiž jen okrajovou záležitostí, neboť studie v současné době ukazují alarmující vysokou míru profesionálního vyhoření mezi lékaři, obzvláště onkology. Průzkum publikovaný v roce 2003 v časopise *Journal of Oncology Practice* zjistil 62 % výskytu vyhoření mezi 1740 onkology. V 78 % se jednalo o frustraci; emoční vyčerpání (v 69 %) a nedostatečná spokojenost s vlastní prací (50 %). Tento problém není omezen pouze na lékaře, studie potvrzují, že vysokou míru stresu a vyhoření pociťují také zdravotní sestry a ostatní pracovníci. Řešení vidí v poskytování efektivních programů pro zdravotnické pracovníky a zdravotnický personál, pro podporu jejich růstu, uzdravení a péče o sebe sama. „Nemůžete dát, co nemáte“.

#### **4.3.2.1 Definice syndromu vyhoření**

„Syndrom vyhoření je definován jako úplné emocionální, fyzické i mentální vyčerpání“ (Křivohlavý, 2012, s. 26). Kallwass (2007, s. 9) označuje vyhoření jako plíživou hrozbu pro společnost. Vyhořelý jedinec není schopen podávat výkony, které jsou od něj očekávány, a to způsobuje další frustraci. Burnout syndrom představuje problém pro všechny profese, které pracují s lidmi (zejména pro pomáhající). Zdravotničtí pracovníci spadají mezi ty, jež jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženy. Především práce s umírajícími pacienty je považována za vysoce rizikovou. Dle Křivohlavého (2012, s. 26) „...to byla situace zdravotních sester v hospicích, která poprvé upozornila na problematiku syndromu vyhoření“ (Křivohlavý dle Pavelkové a Bužgové, 2015, s. 218).

Je-li uvažováno o syndromu vyhoření, je nezbytné vyloučit nedostatečné vzdělání a kompetence zdravotníka; velkou emocionální zátěž – krizi – v rovině mimopracovní a přítomnost symptomu duševní nemoci. Syndrom vyhoření se nejprve projevuje v rovině psychické, navenek je možnost ho spatřit až mnohem později (Venglářová, 2011, s. 23).

#### 4.3.2.2 Příčiny vzniku, výskyt syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření bývá vyvolán výhradně dlouhodobým stresem či chronickou dysbalancí mezi zátěží a fází klidu (tedy mezi aktivitou a odpočinkem). Právě rovnováha mezi těmito dvěma póly je většinou narušena (Stock, 2010, s. 15). Řada odborníků se ve své profesi (běžné praxi) zabývá problematikou **profesního vyhoření**, tedy především problémy těch, na něž jsou v zaměstnání kladeny vysoké nároky (práce „přesčas“, „domů se chodí jen vyspat“) nebo **vyhořením v osobním životě**, popř. v rodinných vztazích (lidé pečující o chronicky nemocného či nemohoucího) zejména pokud se připojí ještě i jiné problémy v zaměstnání jako např. narušené pracovní klima (Stock, 2010, s. 25-26).

K **rizikovým faktorům v zaměstnání** patří zvýšená pracovní zátěž – zaplavování nadměrným množstvím údajů, textů i studijních materiálů, jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, flexibilitu, rychlost, včetně regulativního prostředí, zejména v některých profesích (pomáhajících nebo pečovatelských), kde je od nich ze stran úřadů a zaměstnaneckých svazů vyžadován neustálý přísun nejrůznějších dat, formulářů i oficiálních zpráv (Stock, 2010, s. 32-33). Působení rušivých vlivů – pracovník je neustále vyrušován při práci, vystavován velkému množství vnějších rušivých vlivů, nové technologie se učí ovládat více méně za pochodu a v co nejkratším čase (Stock, 2010, s. 33). Dále pak nedostatek samostatnosti – řada výzkumů z oblasti psychologie práce a organizace dokládá, že čím je pole působnosti v zaměstnání širší, tím je pracovník spokojenější a práce ho baví. Podléhá-li naopak přílišné kontrole, vzrůstá v něm pocit nespokojenosti. Proto se může stát, že nedostatek volnosti ze strany nadřízených, nesvoboda a neustálý dohled začnou vadit (Stock, 2010, s. 34). Následuje řada dalších rizikových faktorů v zaměstnání: nedostatek uznání, špatný kolektiv, nespravedlnost a konflikt hodnot (Stock, 2010, s. 36-40).

K **rizikovým osobnostním faktorům** patří určité vzorce chování, které mohou přispívat k rozvoji burnout syndromu: Typ chování A (workoholik) a Typ chování B (nižší míra nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti, a naopak větší trpělivosti, klidem a uvolnění) (Stock, 2010, s. 42-44). Dále poháněcí mechanismy – náš vnitřní hlas (Buď silný! Buď dokonalý! Buď se všemi zadobře! Buď rychlý! Zaber!) nebo také souvislost se syndromem vyhoření a další motivátory (přílišné sebevědomí, perfekcionismus, upozadování svých zájmů, neschopnost jednoznačně se vymezit, upřednostňování práce pod časovým tlakem a sklon nabírat na sebe víc povinností, než je dotyčný schopen zvládnout a nízká odolnost (Stock, 2010, s. 45-55).

Ti, kteří jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi:

- lidé pracovití a důslední, ti, kteří se rádi obětují pro druhé a sami neumějí říci: ne
- lidé, kteří jsou pro svoji práci nadšeni, a jde jim o dobře vykonávanou práci
- lidé, kteří pracují příliš usilovně a jsou plni energie
- lidé, kteří se museli mnoha věcí vzdát, aby mohli vykonávat svou práci
- lidé, kteří prožívají svůj neúspěch jako životní prohru
- lidé, kteří mají minimální koníčky a zájmy mimo své práce
- lidé, kteří se domnívají, že jsou nepostradatelní
- lidé, kteří nemají ani tušení, že jsou vystaveni syndromu vyhoření (Venglářová, 2011, s. 23).

A také rizika začínajících sester:

- nevyzrálá osobnost sestry (nedokáže se vždy orientovat na potřeby pacientů)
- konflikt rolí (rozlišuje mezi pečováním o „vlastní“ a „cizí“ – konflikt)
- pocit bezmocnosti (u umírajících a nevléčitelně nemocných pacientů)
- vysoká zodpovědnost, časový stres a nepřetržitý kontakt s pacienty
- pocit nesvobody – „nabouraného“ volného času
- narušený pravidelný noční odpočinek - směnnost (Venglářová, 2011, s. 28-29).

K vysoce zatěžujícím patří péče o pacienty s infaustní diagnózou, chronicky nemocné, depresivní, závislé a také práce v krizových centrech a na psychoterapeutických odděleních (Venglářová, 2011, s. 27).

#### **4.3.2.3 Příznaky, důsledky syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je zejména v počátcích onemocnění velmi obtížně rozpoznatelný, provází jej sice celá řada příznaků, ale jsou velmi obecné (Stock, 2010, s. 14). K třem základním symptomům syndromu vyhoření patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti (Stock, 2010, s. 15). Mezi jeho první varovné příznaky patří:

- zdravotník zpochybňuje význam a smysl své práce, má pocit, že práci nezvládá
- na straně druhé působí nespokojeným, nervózním až podrážděným dojmem
- potíže se spánkem, stížnosti na něj, k prvním symptomům patří, následují: bolest hlavy, zad, krku, břicha, časté infekce, kolísání váhy (úbytek, přibývání) a poruchy oběhu (Venglářová, 2011, s. 23).

**Vyčerpání** je pocit velmi silného fyzického i emočního vysílení. K emočním znakům burnout syndromu patří: sklíčenost, bezmoc, beznaděj; ztráta sebeovládání – podrážděnost, nekontrolovatelný pláč až výbuchy vzteku, ale také pocit strachu, prázdnoty, ztráta odvahy, apatie, pocit osamocení. Mezi znaky fyzické patří: nedostatek energie, slabost, poruchy paměti, soustředění, chronická únava, svalové napětí, bolest zad, poruchy spánku, zvýšená náchylnost k infekčním onemocněním, funkčním poruchám (zažívací a kardiovaskulární potíže) i náchylnost k nehodám (Stock, 2010, s. 19-20).

**Odcizení** je odosobněný, téměř lhostejný postoj k práci či k okolí, netýká se pouze tzv. sociálních profesí, jako jsou zaměstnanci s výraznou emoční zátěží (zdravotní sestry, učitelé, vychovatelky nebo sociální pracovníci). Odcizení vůči svým nadřízeným nebo kolegům mohou pociťovat i zaměstnanci v jiných oblastech. Velmi často k tomu přispívá nepříznivé pracovní klima, vnitřní rezignace a pasivita zaměstnanců. Jedná se tedy o ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmů; počáteční pracovní nadšení postupně slábne a nastupuje cynismus. „Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“ (Stock, 2010, s. 20). K projevům odcizení při burnout syndromu také patří: negativní postoj k sobě samému, k životu, negativní vztah k práci i ostatním, ztráta schopnosti navazovat a udržovat společenské vztahy, také ztráta sebeúcty, méněcennost a pocit vlastní nedostatečnosti (Stock, 2010, s. 21).

**Pokles výkonnosti** neboli nízká efektivita spočívá ve ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti. Z profesního hlediska se dotyčný jedinec považuje za neschopného (byť se jedná o jeho subjektivní hodnocení, k určitému oslabení výkonu opravdu dochází). Následuje snížená produktivita – na úkony, které dřív bez problémů zvládal, nyní potřebuje několikanásobně více času a energie, prodlužuje se i doba nutná k regeneraci organismu (Stock, 2010, s. 22). K projevům poklesu výkonnosti při burnout syndromu patří: nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita a vyšší spotřeba času i energie, ztráta nadšení, motivace, nerozhodnost, pocit selhání (Stock, 2010, s. 23).

#### **4.3.2.4 Prevence syndromu vyhoření**

Některá uvedená preventivní opatření vycházejí z osobní roviny, jiná jsou záležitostí zaměstnavatele, který by měl svým zaměstnancům umožnit jejich realizaci.

- příprava na náročnou profesi sestry
  - **teoretická a praktická příprava ve škole**
  - **osobnostní předpoklady pro profesi sestry**
  - **kvalitní nástupní praxe**

- **adaptační** (dříve nástupní) **praxe** pod dohledem sestry-školitelky nebo zkušenějších kolegyň, je třeba začínající sestře poskytnout pomoc a podporu, v tomto velmi důležitém období se rozhoduje o tom, zda se jí profese stane celoživotním zájmem
- **péče o sebe sama**, mít se rád a sám sebe přijímat, to by mělo být téměř podmínkou pro pomáhající profese
- **pomoc tam, kde vaše síly nestačí**, naučit se znát své hranice, nepřeceňovat se, nesrovnávat se a neklást si vysoké cíle; požádat o pomoc, je-li to potřeba
- **mezilidské vztahy**, jedná se o tzv. podpůrnou sociální síť, existenci blízkých lidí, kteří mohou nabídnout, co si nikdo sám dát nemůže (naslouchání, povzbuzování, opravdovou i emocionální pomoc v náročných situacích)
- **osvícení zaměstnavatelé**, kteří nešetří pochvalou, podporují účast na vzdělávacích a společenských akcích
- **sebezpoznávání a sebehodnocení**, uvědomování si svých dobrých vlastností, schopností a nedostatků (v každé situaci, v níž se právě daná osoba nachází)
- **supervize**, jejím cílem je podpořit pracovní nárůst zdravotníka, zlepšení atmosféry na pracovišti i organizaci práce. „**Supervizor nabízí pohled zvenčí, přináší své zkušenosti, doporučení**“ (Venglářová, 2011, s. 153)
- **osobní život, koníčky, přátelé**, nezapomínat na osobní život, člověk, který se věnuje svým zájmům a koníčkům vnáší do života radost, uspokojení a uvolnění
- **práce patří práci**, „přeladit myšlenky“ a „nenosit si práci domů“
- **pomáhá dobrá tělesná kondice**, zdravá životospráva, sport nebo jakékoli pohybové aktivity (turistika, procházky, jóga, relaxační cvičení, aj.)
- **každý člověk má své potřeby**, nezapomínat na ty své (Venglářová, 2011, s. 33-38).

Je-li potřeba požádat o pomoc, existuje několik řešení: požádat někoho z blízkých (rodina, přátelé), najít společné řešení v pracovním týmu nebo navštívit odborníka (Venglářová, 2011, s. 38-39). Závěrem této kapitoly je **Desatero péče o zdraví sestry** autorek Černé a Kožíkové:

- „Žij zdravě – každý dobře víme, co to znamená. Pokus se všechna tato pravidla skutečně ve svém životě dodržovat.
- Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami.
- Vytvoř si při směnném provozu jistou pravidelnost a symetričnost životního rytmu.
- Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
- V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy.

- Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí „image“.
- Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem.
- V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.
- Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné!
- Pamatujte! Důvěřujte sami sobě, buďte sami sebou!“ (Černá a Kožíková, 2004, s. 265).

#### **4.4 PSYCHICKÁ STABILITA OSOBNOSTI PRACOVNÍKŮ PEČUJÍCÍCH O UMÍRAJÍCÍ**

Téměř každý zdravotník se během své praxe setká s umírajícím člověkem a nemusí se nutně jednat přímo o okamžik smrti. Postačí chvíle, kdy s mrazením v zádech zdravotník stojí u lůžka a uvědomí si, že už tato nemoc není k životu. „Co říct? Jak se zachovat? Ví to ten člověk? Slyší mě? Pane Bože, ne, s tím nechci mít nic společného!“ (Kaňová, 2014, s. 37). Jestliže má zdravotník zvládat vše, co se od něj očekává (v přiměřeném rozsahu), musí být schopen účinně regenerovat všechny své fyzické i psychické síly. A také průběžně kompenzovat zvýšené psychické i fyzické zatížení. Zodpovědnost sester za pacienty je vede k jejich plnému nasazení, mnohdy až za hranice sil. Aby mohla sestra dobře pracovat a pečovat o pacienty, je třeba, aby i ona byla v dobré kondici. Toho lze dosáhnout jen za předpokladu kvalitní duševní hygieny, odpočinku a odpovídajících pracovních podmínek (Novotná a Valentová, 2011, s. 26). Hold patří sestřičkám, které si ve svém denním programu najdou chvíli, posadí se u lůžka pacienta s prostou otázkou: „Jak se Vám daří?“ „Umírající člověk je křehký, nesmírně zranitelný, hliněná nádoba – a zdravotník u lůžka umírajícího je zranitelný stejně tak“ (Kaňová, 2014, s. 37). Tento postoj je reálný pouze tehdy, když si připustí, že to, že život končí, není prohrou medicíny. „Nedostali jsme šach mat, ale šanci postarat se jinak.“ (Kaňová, 2014, s. 37). Nikdo nenes zodpovědnost za to, že život je konečný. „Narodili jsme se do tohoto světa, v němž každý nakonec zemře.“ Není to ničí osobní selhání. Toto vědomí dokáže osvobodit, aby vůbec bylo možné si dovolit o smrti přemýšlet a „...hledat cesty dobré péče s jasným vědomím cíle“ (Kaňová, 2014, s. 36 -37).

Péče o umírajícího i kontakt s rodinnými příslušníky je pro ošetřující personál značně stresující představuje pro zdravotnického pracovníka velkou fyzickou i psychickou zátěž (Novotná a Valentová, 2011, s. 26). Ve svém výzkumu Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, Grygová a Kozák (2017, s. 1-7) zjišťovali míru vyhoření i rozdíly mezi pečovateli a profesionálními ošetřovateli. Vycházeli z toho, že péče o člena rodiny je pro ošetřující osoby náročná a klade na pečovatele značný tlak, díky dlouhodobé deformaci se u nich může vyvinout syndrom vyhoření. Vychází z předpokladu, že rozložení péče mezi rodinou a státní institucí se zdá být ideální. Výzkumu se zúčastnilo 50 rodinných pečovatelů (42 žen a 8 mužů) s průměrnou délkou poskytování péče 5 let a 57 profesionálních ošetřovatelů – pracovníků ve zdravotnictví a v sociálních službách (55 žen a 2 muži) s průměrnou praxí 12 let. Ve výsledcích uvádějí, že byla zjištěna vyšší míra vyhoření u rodinných pečovatelů ve srovnání s profesionálními ošetřovateli. Vyhoření bylo potvrzeno u 25 rodinných pečovatelů a 2 profesionálních ošetřovatelů. Zvýšené riziko vývoje vyhoření bylo nalezeno u 13 rodinných pečovatelů a 8 profesionálních ošetřovatelů. Proto v závěru navrhují zavedení komunitních služeb, které by zabránily rozvoji syndromu vyhoření u rodinného pečovatele, pro něhož péče o člena rodiny představuje značnou zátěž. Zjištěním míry syndromu vyhoření u onkologických sester v České republice a zjištěním vztahu mezi copingovými strategiemi a syndromem vyhoření těchto sester se zabývali Vévodová, Ročková, Kozáková, Cakirpaloglu, Kisvetrová a Vévoda (2016, s. 65-79) ve svém výzkumu. Z jehož výsledků vyplynulo, že v oblasti emocionálního vyčerpání je stav vyhoření zjištěn u 36 (26 %) sester, v oblasti depersonalizace se jedná o 24 (17 %) sester a v oblasti osobní výkonnosti 53 (28 %) sester, pracujících na onkologii. Alarmujícím zjištěním bylo, že z celkového počtu 140 sester byl potvrzen stav vyhoření u 23,66 % z nich. Syndrom vyhoření u onkologických sester se vyskytuje, včetně rizika, které stále hrozí. Výzkumem byla potvrzena existence vztahu mezi syndromem vyhoření a copingovými strategiemi onkologických sester. Sledovány byly čtyři kategorie copingových strategií – sociální opora, rekreace, péče o vlastní osobu i racionální/kognitivní zvládání. Existence signifikantního vztahu mezi věkem respondentů a emočním vyčerpáním; mezi věkem a depersonalizací a ani mezi věkem a osobní výkonností prokázán nebyl. Také nebyl prokázán vztah mezi mírou emočního vyčerpání a délkou praxe; mezi mírou depersonalizace a délkou praxe; mezi délkou praxe a osobní výkonností oslovených sester, pracujících na onkologii.

Přesto, že se v každé profesi více či méně vyskytují náročné a stresující situace, lze říci, že zdravotní sestry patří k těm nejvíce ohroženým, v důsledku psychosociálního stresu. Náročnost této profese s sebou přináší nutnost preventivních opatření nejen z hlediska



samotných sester, ale i jejich zaměstnavatele. Soustavné přetěžování (především psychických sil) má téměř vždy za následek zdravotní problémy, které mohou pracovníka vyřadit na dlouhou dobu z pracovního procesu. Je proto v zájmu všech účastníků – zaměstnavatelů, zdravotnických pracovníků, rodinných příslušníků (a dalších blízkých osob), aby se spolupodíleli na preventivních opatřeních, vytváření psychosociální opory a věnovali dostatečný prostor psychohygieně (Švarcová, 2009, s. 66).

**„Naplno žij a chyt' své dny, jako když jsou to poslední. Počítej s tím, že žádný z nich tě víckrát nepotká.“** Ladislav Větvíčka (Hrdá a Tollarová, 2018, s. 16)

## 5 VÝZKUM MÍRY INTENZITY ZÁTĚŽE SESTER

### 5.1 CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

#### **Výzkumná otázka:**

Jaká je míra intenzity zátěže sester, ve zdravotnických a sociálních zařízeních při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím?

#### **Dílčí cíle:**

Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna délkou praxe.

Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna vzděláním.

#### **Výzkumné hypotézy:**

**H<sub>01</sub>:** Neexistuje zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A1</sub>:** Existuje zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>02</sub>:** Neexistuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A2</sub>:** Existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>03</sub>:** Neexistuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a vzděláním sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A3</sub>:** Existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a vzděláním sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

### 5.2 METODIKA VÝZKUMU

Pro získání potřebných informací byl vzhledem k výše stanoveným a uvedeným cílům využit kvantitativní výzkum, pomocí techniky standardizovaného dotazníku. „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém

formuláři“ (Kutnohorská, 2009, s. 41). Vévodová a Ivanová (2015, s. 56) uvádějí, že se standardizované dotazníky i testy v tomto typu výzkumu jeví jako nejvhodnější způsob sběru dat. Patří k metodám založených na subjektivní výpovědi zkoumané osoby, jež ji plně vystihuje a přibližuje, je pro zkoumanou osobu charakteristická. „Standardizované metody zajišťují objektivitu, kdy administrátor nemá vliv na to, jaké skóre bude získáno“ (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56; Ferječík, 2010, s. 196-197), zároveň využití standardizované metody umožňuje porovnávání výsledků výzkumu s populační normou. Není-li k dispozici standardizovaný dotazník, pro měření operacionalizovaných pojmů, je nezbytné využít dotazník vlastní konstrukce, jehož tvorba se řídí přísnými pravidly (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56). Dotazníkové šetření je často užívaným způsobem nejen pro zmapování hygieny práce, ale i psychické pracovní zátěže. Nespornou výhodou této metody výzkumného šetření je rychlý vhléd do dané problematiky, možnost vyšetřit velký počet osob a následně provést statistické zpracování dat. Dotazníky jsou metodou, jež v souvislosti s hodnocením psychické pracovní zátěže, zůstávají osvědčeným screeningovým nástrojem, využívaným nejen specialisty, ale i odborníky bez psychologického vzdělání (Židková, 2002, s. 128-132).

### **5.2.1 Měřicí nástroj**

Pro získání objektivních dat byl využit Meisterův dotazník (volně dostupný na internetu), k němuž byla přiložena část vlastní konstrukce (označován jako osobní dotazník pro sestry), pro identifikaci respondentů a jejich zařazení do výzkumné skupiny; včetně specifických otázek, týkajících se pracovního zařazení, stávajícího či jiného zaměstnání, motivací k výběru povolání a otázek s ním souvisejících i s uvedením délky praxe viz příloha 8 (s. 145). Meisterův dotazník se využívá ke zjištění, jakým způsobem vnímají lidé svou vlastní pracovní zátěž. Byl vytvořen W. Meisterem, v roce 1975 a poprvé ověřován, v letech 1976–1984, hygienickou službou v České republice. Pro potřebu diplomové práce (stručnost, srozumitelnost pro respondenty a dobrou reliabilitu) byla použita nejaktuálnější verze Meisterova dotazníku z roku 1987 (Hladký a Židková, 1999, s. 39). Každá položka Meisterova dotazníku je hodnocena pomocí pětistupňové škály, jejíž bodové rozpětí ohraničují čísla 5 (ano, úplně souhlasím) a číslo 1 (ne, vůbec nesouhlasím), zároveň každá z nich představuje určitou oblast. Respondenti volí na číselné stupnici hodnotu, která nejvíce odpovídá jejich pocitům i pracovní zátěži. Vyplnění Meisterova dotazníku trvá průměrně pět minut, osobního dotazníku pro sestry také pět minut, celkový čas potřebný k vyplnění obou dotazníků je přibližně 10 minut.

Jednotlivé položky (1–10) Meisterova dotazníku charakterizují specifické zátěžové oblasti:

1. časová tíseň
2. malé uspokojení
3. vysoká odpovědnost
4. otupující práce
5. problémy a konflikty
6. monotonie
7. nervozita
8. přesycení
9. únava
10. dlouhodobá únosnost

Každou z těchto oblastí lze zařadit do jednoho ze tří faktorů, představujících určitou oblast pracovní zátěže. Součet položek č. 1. časová tíseň, 3. vysoká odpovědnost, 5. problémy a konflikty, zahrnuje první faktor s názvem **přetížení**; následuje druhý faktor **monotonie**, se součty položek č. 2. malé uspokojení, 4. otupující práce a 6. monotonie. Oba uvedené faktory doplňuje faktor číslo tři, jehož hodnota je vyjádřena součtem položek č. 7. nervozita, 8. přesycení, 9. únava a 10. dlouhodobá únosnost, pod názvem **nespecifický faktor**. Sečtením výsledků všech výše uvedených faktorů (**přetížení**, **monotonie** a **nespecifického faktoru**) lze získat tzv. celkovou percipovanou pracovní zátěž – celkový **hrubý skór** (Hladký a Židková, 1999, s. 39-41).

### 5.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Vzhledem k cílům diplomové práce, kterým je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních, byla určena tato kritéria pro výběr respondentů:

- všeobecné sestry v pracovním procesu vzdělány podle platné legislativy ČR bez rozdílu věku a pohlaví
- pracující ve směnném i jednosměnném provozu
- poskytující ošetrovatelskou péči umírajícím v období minimálně uplynulého půl roku
- ochotné spolupracovat na výzkumu.

Dotazníky byly distribuovány na základě udělení souhlasů s realizací výzkumného šetření v jednotlivých zdravotnických a sociálních zařízeních. První organizací byla Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně, následoval Domov pro seniory v Lukově, Charita sv. Anežky Otrokovice, Senior Otrokovice, Centrum pro seniory Zahrada (Bystřice

pod Hostýnem), Kroměřížská nemocnice a.s., Domov pro seniory U Moravy, Charita Holešov a Centrum pro seniory Holešov. Na základě osobního kontaktu autorky práce a získaného souhlasu s realizací výzkumného šetření, byly dotazníky distribuovány v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně (na jednotlivá oddělení: neurologické, onkologické, interní kliniku a centrum klinické gerontologie) se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče k vedoucím pracovníkům jednotlivých oddělení: vrchní, staniční sestry; v Kroměřížské nemocnici a.s. (na oddělení: interní, neurologické a oddělení ošetrovatelské péče) se souhlasem hlavní sestry k vedoucím pracovníkům jednotlivých oddělení: vrchní, staniční sestry; se souhlasem vedoucích pracovníků výše jmenovaných sociálních zařízení (ředitelé, vedoucí ošetrovatelské péče, staniční sestry). Poté byly vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení a zařízení osloveny všeobecné sestry, s pokyny k vyplnění dotazníků, na základě poskytnutého informovaného souhlasu.

Minimální počet respondentů pro práci s Meisterovým dotazníkem byl vypočten odborníkem na statistické zpracování dat, aby byla respektována velikost základního a výběrového souboru, minimum je 79 respondentů (Reiterová, 2016, s. 16-31).

### **5.2.3 Sběr dat**

Distribuce dotazníků byla zahájena v únoru 2018 a ukončena byla v dubnu 2018. Do každého zařízení byla zaslána žádost o povolení výzkumného šetření, viz příloha 9 (s. 148-165). Po obdržení souhlasu pověřeného pracovníka byla zahájena distribuce dotazníků v konkrétním zařízení, příp. na jednotlivá oddělení do rukou vedoucích pracovníků, s instrukcemi k vyplnění, seznámením s vyřazovacími kritérii a dohodnutím předběžného termínu k odevzdání dotazníků, vždy osobní jednání s předchozí telefonickou domluvou. Vedoucím pracovníkům bylo předáno celkem 160 dotazníků. Návratnost byla 81,25 %, tj. 130 dotazníků. Dle autorů Bártlové, Sadílka a Tóthové (2008, s. 101) je 50 % návratnost dotazníků v řadě zemí považována za velmi úspěšnou.

### **5.2.4 Metody statistického zpracování**

V dotaznících byla nejprve provedena kontrola úplnosti vyplnění. Dotazníky, v nichž nebyly uvedeny kompletní odpovědi, byly ze zpracování vyřazeny. Dále bylo zkontrolováno, zda byla dodržena stanovená kritéria. Dotazníky, které nevyhověly daným kritériím, byly také vyřazeny. Z dotazníků, jež vyplňovaly sestry v nemocnicích, byly ze zpracování vyřazeny dva, z důvodu nekompletního vyplnění. U dotazníků

vyplňovaných v sociálních zařízeních, z důvodu nesplněných stanovených kritérií, byly vyřazeny tři dotazníky. Výsledky uvedené v dotaznících (v papírové podobě) byly zaznamenány do připravené datové matice v programu Microsoft Excel 2010, který je součástí kancelářského balíčku Microsoft office, kde byly překódovány slovní odpovědi respondentů do číselné podoby. Dle potřeby byla data nadále upravována, což se v osobním dotazníku pro sestry týkalo otázek č. 4, 9 a 16, blíže viz vyhodnocení jednotlivých položek v kapitole 5.3 Výsledky výzkumu. Následně, byla získaná data zpracována v programu IBM Statistica.cz Microsoft Excel

Nejprve byly v rámci deskriptivní statistiky zpracovány metrické proměnné (otázka č. 1 věk respondentů, otázka č. 11 celková délka zaměstnání sester a otázka č. 12 délka zaměstnání sester na současném pracovišti) z osobního dotazníku pro sestry viz příloha 10 (s. 166-169). Označení termínem proměnná je používán u pojmů (konstruktů) či vlastností, jež nabývají určitých měřitelných hodnot (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008, s. 45). Proměnné intervalové (rozdílové), které určují o kolik je daná hodnota vyšší než druhá a poměrové (podílové) proměnné umožňují výpočet poměru mezi hodnotami (tedy, kolikrát je vypočítávaná hodnota vyšší nebo nižší než druhá). Za předpokladu existence absolutní nuly u daných výpočtů, která vylučuje záporné hodnoty. Obě výše uvedené proměnné: intervalové a poměrové lze souhrnně označit jako metrické neboli kardinální proměnné (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 62- 63). Zbývající položky osobního dotazníku pro sestry byly pro přehlednější vizualizaci vzájemné závislosti vztahu dvou kvalitativních znaků zpracovány do kontingenčních tabulek a doplněny grafy. U Meisterova dotazníku byl součtem všech jeho položek vypočten hrubý skór, tzv. celková percipovaná psychická pracovní zátěž. Jednotlivé tabulky pro porovnání zařízení jsou uvedeny v příloze 12 (s. 176-177). Parametrickým Studentovým t-testem byl zjišťován statisticky signifikantní rozdíl mezi průměrem normy Meisterova dotazníku ve všech oblastech, faktorech pracovní zátěže a průměrem výzkumného souboru, testem průměru vůči referenční konstantě, výsledkem byla p-hodnota k potvrzení nebo zamítnutí nulové hypotézy. Testování hypotéz probíhalo na stanovené hladině statistické významnosti  $\alpha = 0,05$ . „Ve společenských vědách i v ošetrovatelství je nejrozšířenější hladina významnosti alfa = 0,05“ (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 74). U dílčích cílů bylo nezbytné na základě testů normality, uvedených v příloze 11 (s. 170), brát k další analýze Spearmanovy korelace k vyjádření vztahu proměnných, které jsou zaznamenány v příslušné tabulce, včetně korelačního koeficientu. Při překročení Spearmanova korelačního koeficientu „r“ 5procentní nebo 1procentní kritické hodnoty, byla hypotéza o nezávislosti na příslušné hladině významnosti ( $\alpha = 0,05$ ) zamítnuta.

## **5.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU**

### **5.3.1 Charakteristika vzorku respondentů**

Dle stanovených kritérií došlo k rozdělení respondentů do dvou skupin. Do první skupiny byly zařazeny sestry ve zdravotnických zařízeních pracující na interních, neurologických, onkologických a geriatrických odděleních (dále uváděno sestry ZZ). Ve druhé skupině jsou zařazeny sestry v sociálních zařízeních pracující v domovech pro seniory, v charitách či jiných sociálních zařízeních (dále uváděno jako sestry SZ).

V každém grafu kontingenční tabulky, patřící k jednotlivým položkám osobního dotazníku pro sestry, jsou barevně odlišeny dva sloupce. Zařízení 1 (zdravotnická zařízení) jsou v grafech označena modrou barvou, zařízení 2 (sociální zařízení) jsou označena hnědou barvou.

### **5.3.2 Vyhodnocení osobního dotazníku pro sestry**

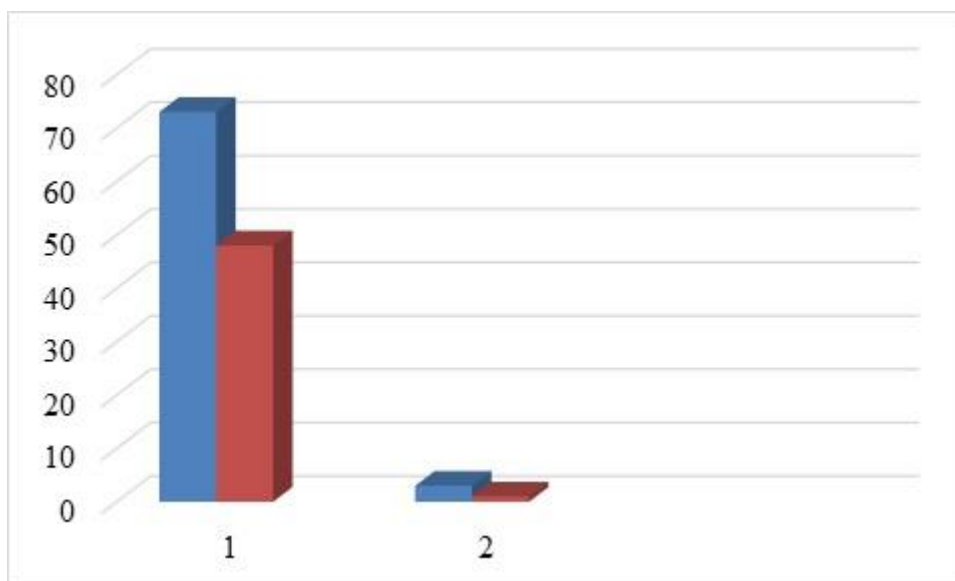
#### **Vyhodnocení položky: Věk**

Ve skupině respondentů pracujících ve zdravotnických zařízeních byl průměrný věk 38,7 let, minimum 36 let a maximum 41 let, medián je 38,5. Skupina respondentů pracujících v sociálních zařízeních měla průměrný věk 42,5 let, minimum 39,5 let a maximum 45,6 let, medián je 42. V hodnotách minimálního a maximálního věku zaměstnanců se obě skupiny mírně liší, tato odchylka je také patrná v průměrném věku respondentů i jeho mediánu. Z uvedených výsledků je evidentní, že ve skupině respondentů ze ZZ jsou mladší sestry než v SZ. Výsledky jsou podrobně zobrazeny v příloze 12 - v tabulce 5 (s. 171).

#### **Vyhodnocení položky: Pohlaví**

Pohlaví respondentů u obou zkoumaných zařízení bylo převážně ženské. Ve zdravotnických zařízeních pracovalo 73 žen a 3 muži, v sociálních zařízeních 48 žen a pouze 1 muž. Výsledky jsou znázorněny v grafu 1 a v příloze 12 - v tabulce 6 (s. 171)

Graf 1 Porovnání zařízení z hlediska pohlaví



Legenda k tabulce: 1- ženy, 2- muži

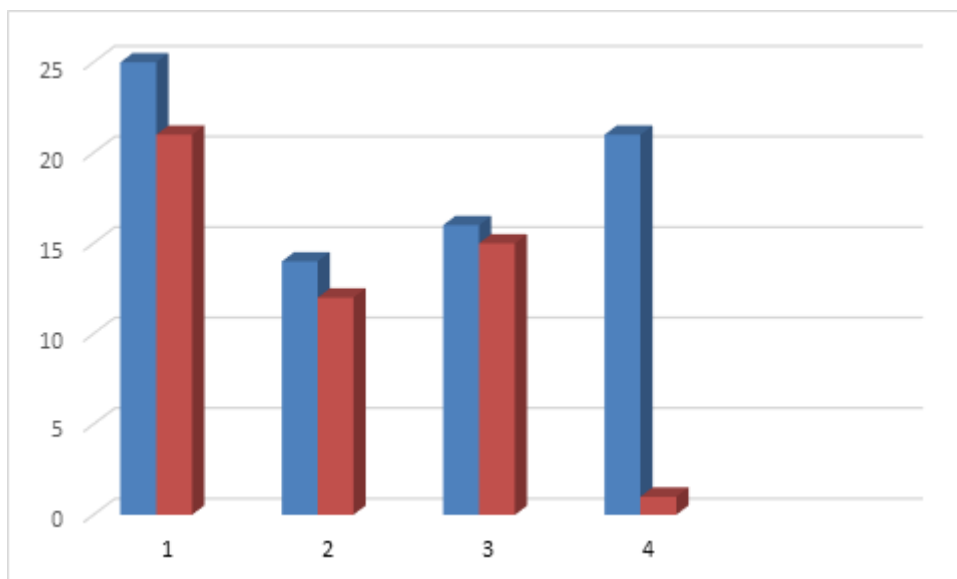
### Vyhodnocení položky: Místo bydliště

- a) vesnice
- b) město do 10 000 obyvatel
- c) město od 10 000-35 000 obyvatel
- d) město nad 35 000 obyvatel

Z celkového počtu 46 sester, které uvedly vesnici jako místo svého bydliště, 25 z nich pracovalo ve ZZ a 21 v SZ. Odpověď „b) město do 10 000 obyvatel“ uvedlo 14 sester ZZ a 12 sester SZ. S téměř nepatrným rozdílem s výsledky v předchozí odpovědi i mezi možnostmi odpovědí v rámci samotné odpovědi: „c) město od 10 000-35 000 obyvatel“, tuto možnost zaznamenalo 16 sester ZZ a 15 sester SZ, celkový součet byl 31. Poslední odpověď s nejvyšším počtem obyvatel v místě bydliště (nad 35 000) uvedlo ve svých dotaznících 21 sester ze ZZ a pouze 1 sestra ze SZ, což představovalo souhrnně 22 odpovědi všech sester, pracujících v obou typech zařízení, z celkového počtu 125 odpovědí respondentů. Z výsledků je dále patrná shoda v odpovědích sester SZ, jež uvedly jako místo svého bydliště vesnici a sester ZZ s místem bydliště ve městě s počtem obyvatel nad 35 000. Tuto odpověď v jednotlivých možnostech odpovědi na otázku týkající se místa bydliště zaznamenalo 21 sester v obou zkoumaných typech zařízení. Výsledky jsou graficky znázorněny v grafu 2, v příloze 12 - v tabulce 7 (s. 172).



Graf 2 Porovnání zařízení z hlediska místa bydliště



Legenda k tabulce: 1 - vesnice; 2 - město do 10 000 obyvatel; 3 - město od 10 000-35 000 obyvatel; 4 - město nad 35 000 obyvatel

### Vyhodnocení položky: Pracoviště, kde pracujete zařízení/oddělení

- a) interní oddělení
- b) neurologické oddělení
- c) onkologické oddělení
- d) geriatrické oddělení
- e) domov pro seniory
- f) charita
- g) jiné: .....

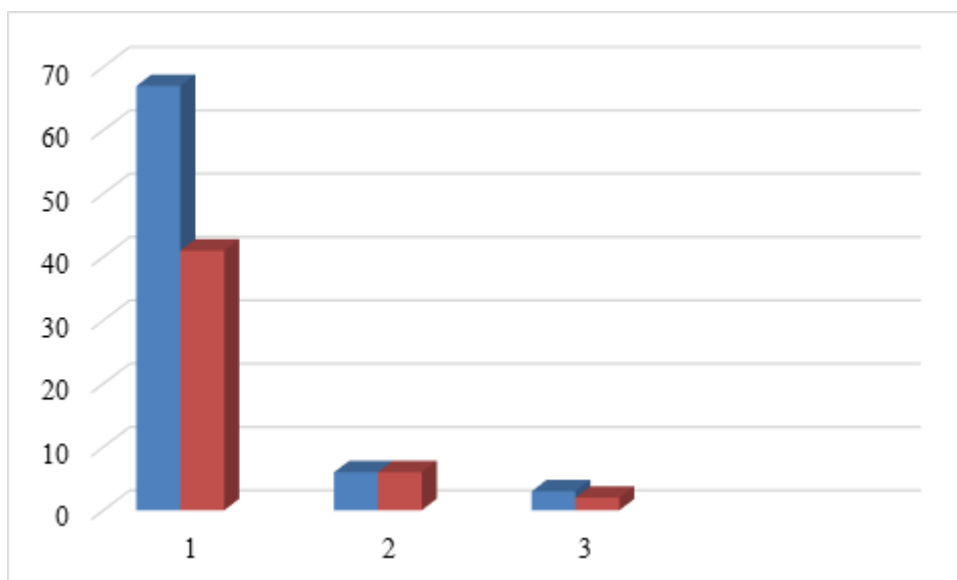
Tato položka sloužila pro vhodné zařazení respondentů do určité zkoumané skupiny. V případě uvedení odpovědí a) až d) (interní, neurologické, onkologické a geriatrické oddělení) byli respondenti zařazeni do skupiny zdravotnických zařízení. V případě odpovědí respondentů e) až f) (domov pro seniory a charita) byli zařazeni do skupiny pracujících v sociálních zařízeních. Možnost doplnit odpověď s názvem „jiné“ žádný z respondentů nevyužil. Rozdělení skupin na ZZ a SZ bylo v grafech u jednotlivých vyhodnocovaných položek osobního dotazníku pro sestry akceptováno a znázorňováno ustálenou barevnou kombinací v celém rozsahu kapitoly (výsledky výzkumu) k přehlednému porovnávání obou zařízení: ZZ jsou v grafech označena modrou barvou a SZ hnědou barvou. Jejich počet se v každé otázce měnil v závislosti na volbě typu odpovědi respondentem.

### Vyhodnocení položky: Zaměstnaná/ý jste na

- a) plný úvazek
- b) poloviční úvazek
- c) méně než poloviční úvazek

Na otázku ohledně délky úvazku v zaměstnání respondenti v převážné většině 108 odpovědí označili možnost „a) plný úvazek“ a to u 67 sester ZZ a 41 sester SZ. Poloviční úvazek byl uveden shodně u 6 sester, jak ve ZZ, tak v SZ, což bylo celkem 12 odpovědí. Předchozí dvě možnosti odpovědí byly doplněny nejmenší skupinou (5 sester) zastoupenou poslední odpovědí: „c) méně než poloviční úvazek“, jež se vyskytovala u 3 sester pracujících ve ZZ a 2 sester pracujících v SZ. Výsledky prezentují graf 3 a tabulka 8 v příloze 12 (s. 172).

Graf 3 Porovnání zařízení z hlediska délky úvazku



Legenda k tabulce 1 - plný úvazek; 2 - poloviční úvazek; 3 - méně než poloviční úvazek

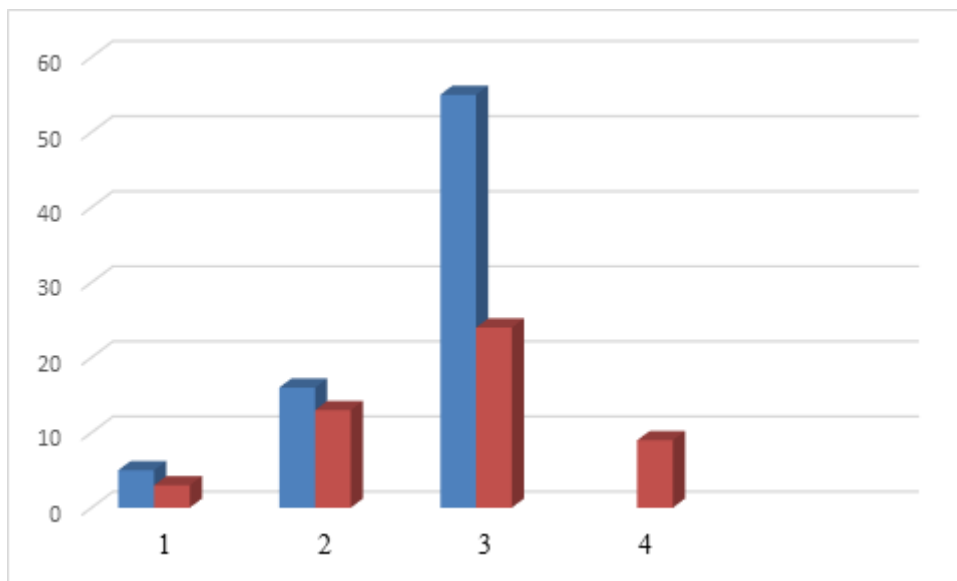
### Vyhodnocení položky: Pracujete

- a) na jednu směnu, kratší než 8 hod. /den
- b) na 8-hodinové směny
- c) na 12-hodinové směny
- d) jiné, uveďte.....

Nejčastější odpovědi na otázku, na jakou směnu sestry pracují v rámci svého povolání, uvedly možnost odpovědi „c) na 12-hodinové směny“, což označilo 79 dotázaných (55 sester ZZ a 24 sester SZ). 29 sester označilo odpověď „b) na 8-hodinové směny (16 sester ve ZZ a 13 sester v SZ). S minimálním rozdílem odpovědi (1 respondenta) v odpovědi „d) jiné,

uvedte“ a „a) na jednu směnu, kratší než 8 hod./den“ odpověděly sestry v rámci zkoumaných zařízení odlišně. V prvním případě tuto možnost odpovědi označilo 9 sester pracujících pouze v SZ (ve ZZ doplňující odpověď nebyla využita). Poslední typ odpovědi „a) na jednu směnu, kratší než 8 hod./den“ uvedlo 8 sester, z nichž bylo 5 ze ZZ a 3 ze SZ. Grafické znázornění je zřetelné v následujícím grafu 4 a tabulce 9 v příloze 12 (s. 172).

Graf 4 Porovnání zařízení z hlediska směnnosti respondentů



Legenda k tabulce: 1 - na jednu směnu, kratší než 8 hod. /den; 2 - na 8-hodinové směny; 3 - na 12-hodinové směny; 4 - jiné, uveďte

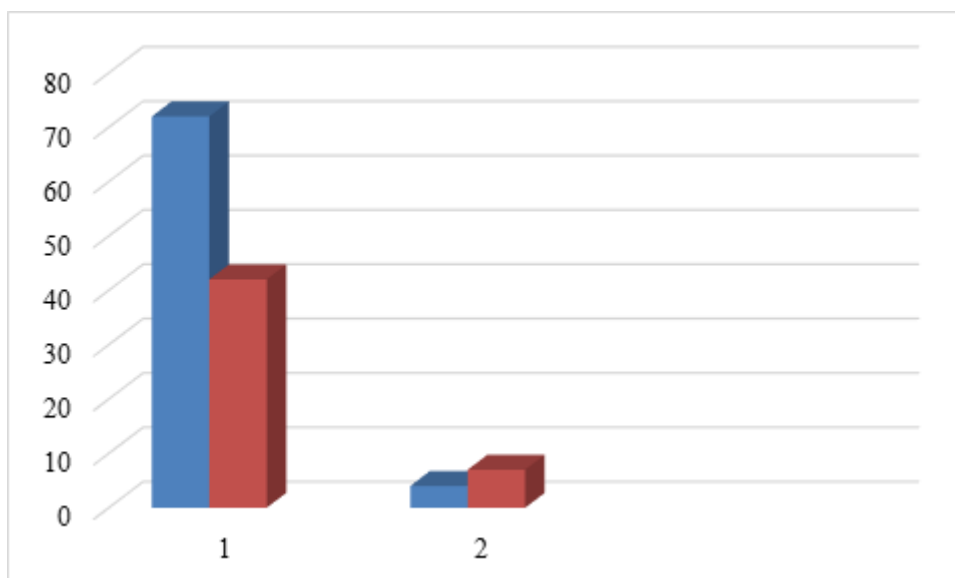
### Vyhodnocení položky: Práce v nemocnici je mým jediným zaměstnáním

a) ano

b) ne

Kladnou odpověď na otázku č. 7, zda je pro respondenty práce v nemocnici jejich jediným zaměstnáním, označilo v převážně většině z celkového počtu 114 odpovědí možnost „a) ano“ 72 sester ze ZZ a 42 sester ze SZ. Zbývajících 11 odpovědí uvedených respondenty se přiklonilo k záporné odpovědi, a to u 4 sester pracujících ve ZZ a 7 sester pracujících v SZ. Slovní vyjádření výsledků je doplněno níže předloženým grafem 5 a tabulkou 10 uvedenou v příloze 12 (s. 172).

Graf 5 Porovnání zařízení z hlediska charakteru zaměstnání



Legenda k tabulce: 1 – ano; 2 – ne

**Vyhodnocení položky: Pokud není práce v nemocnici Vaším jediným zaměstnáním, prosím, uveďte**

- místo dalšího zaměstnání
- druh zaměstnání
- úvazek
- směnnost

Doplňující a zpřesňující informace k předchozí otázce, týkající se práce v nemocnici, již tázání respondenti nevykonávali během období probíhajícího výzkumu jako jediné své zaměstnání, jsou uvedeny jednotlivě. Neboť se všechny odpovědi od sebe vzájemně liší, jsou rozmanité a přesto, že tuto otázku svým komentářem doplnily, jak sestry pracující v ZZ, tak sestry pracující v SZ, část respondentů odmítla své druhé zaměstnání blíže specifikovat. 1 respondent vyjádřil své přání, že „nechce sdělovat žádné informace“, což bylo respektováno. Ochetně vypovídalo z celkového množství 11 respondentů, pro něž nebyla nemocnice jediným zaměstnáním, 9 sester z obou zkoumaných zařízení. Sestry ZZ uváděly:

- „a) lázně, obvodní ordinace; b) zdrav. sestra; c) 1; d) ne“
- „a) OS ČČK; b) zdrav. zotavovacích akcí (zdrav. dozory) + instruktor (školení PRP), c) dobrovolnictví (dle potřeby)“
- „a) firma partnera“ (blíže neuvedeno)

Sestry SZ uváděly:

- „a) Tesco, Charita; b) prodavačka-pokladní, zdravotní sestra; c) dohoda o provedené práci; d) ranní“
- „a) OSVČ“
- „a) ARO; b) zdravotní sestra; c) 1,0; d) D–12 hodinový“
- „a) PN; b) všeobecná sestra; c) celý; d) ranní směny“
- „a) neuvedeno; b) neuvedeno; c) plný; d) 8-12“

### **Vyhodnocení položky: Vzdělání (nejvyšší v oboru)**

a) středoškolské

b) bakalářské z ošetrovatelství

c) bakalářské jiné, uveďte obor.....

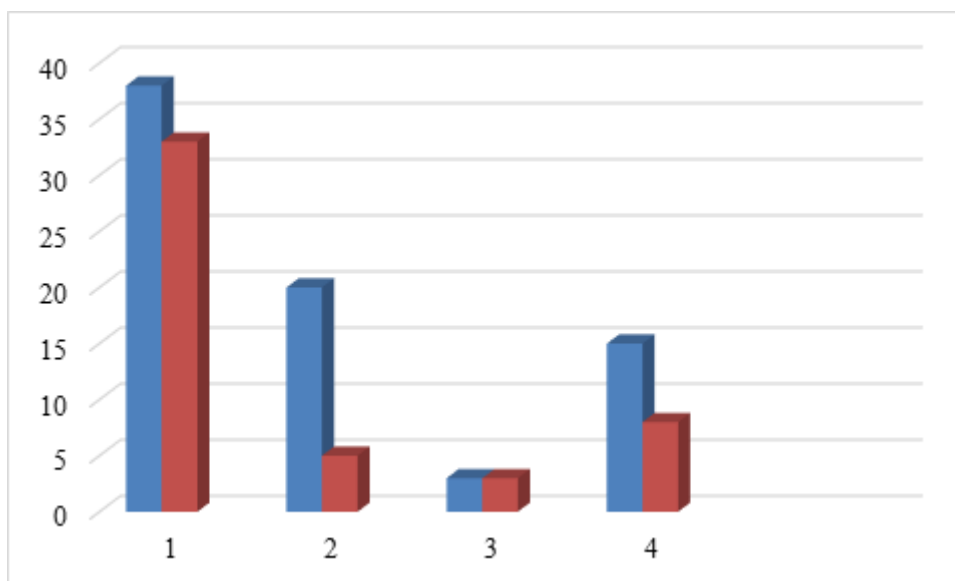
d) magisterské z ošetrovatelství

e) magisterské jiné, uveďte obor .....

f) \*vyšší odborné, uveďte obor.....

Vzhledem k tomu, že respondenti uváděli své odpovědi v rámci nejvyššího vzdělání ve svém oboru, tedy ošetrovatelství, došlo ke sloučení některých typů odpovědí za účelem přehlednosti i rozsahu (při porovnávání dvou zařízení) a lepší srozumitelnosti níže předloženého grafu. Odpověď „a) středoškolské“ se vyskytovalo v dotaznících vyplněných respondenty nejčastěji. Z celkového počtu 71 odpovědí, kdy bylo jejich množství téměř poloviční v obou typech zařízení (ZZ, SZ), připadlo 38 odpovědí sestrám ZZ a zbývajících 33 odpovědí sestrám SZ. Odpovědi: „b) bakalářské z ošetrovatelství“ a „c) bakalářské jiné, uveďte obor“ byly sloučeny do druhého sloupce grafu s počtem odpovědí 25, z níž 20 sester ZZ a 5 sester SZ dosáhlo bakalářského vzdělání. Magisterské vzdělání v rámci oboru ošetrovatelství uvedly ve svých odpovědích se stejným počtem 3 sestry ZZ i SZ, celkový počet 6 odpovědí je znázorněn ve třetím sloupci, který slučuje možnosti odpovědí: „d) magisterské z ošetrovatelství“ a „e) magisterské jiné, uveďte obor“. V posledním sloupci jsou graficky znázorněny odpovědi sester, které zaznamenaly odpověď „f) \*vyšší odborné, uveďte obor“, s převahou odpovědí sester pracujících v ZZ (15 odpovědí) doplňovaly odpovědi 8 sester pracujících v SZ. Celkový počet odpovědí, které připadly na vyšší odborné vzdělání v obou typech porovnávaných zařízení, je 23 ze 125 oslovených respondentů. Výsledky prezentuje graf 6 a tabulka 11 uvedená v příloze 12 (s. 173).

Graf 6 Porovnání zařízení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání



Legenda k tabulce: 1 – středoškolské; 2 - bakalářské z ošetrovatelství; 3 - magisterské z ošetrovatelství; 4 - vyšší odborné, uveďte obor

Z výsledku grafu 6 je patrné, že středoškolské, vysokoškolské i vyšší vzdělání u sester ZZ převažovalo v počtu odpovědí nad odpověďmi sester SZ, vyjma magisterského vzdělání, v němž se výsledky obou zkoumaných skupin respondentů (ZZ, SZ) shodovaly. Výsledky jsou pravděpodobně do jisté míry ovlivněny odlišnou velikostí skupin respondentů z jednotlivých zařízení, kdy počet sester ZZ, které se výzkumu zúčastnily, převyšoval počet sester SZ.

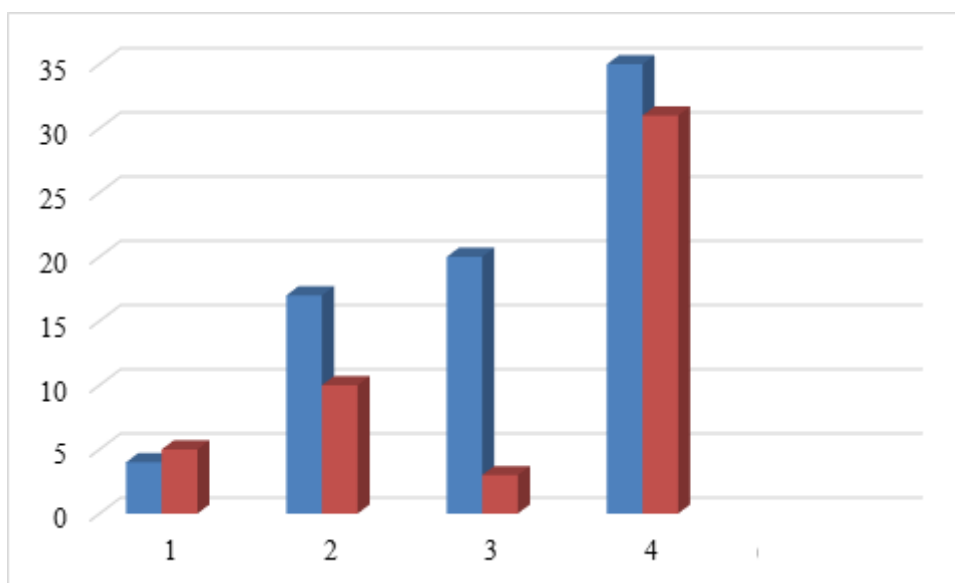
### Vyhodnocení položky: Jiný druh studia souvisejícího se zaměstnáním

- a) odborný kurz, uveďte název .....
- b) certifikační kurz, uveďte název .....
- c) specializační studium, uveďte obor .....
- d) jiné, uveďte .....

Nejméně početnou skupinou odpovědí respondentů byla odpověď „a) odborný kurz, uveďte název“ s celkovým počtem 9 odpovědí, po 4 odpovědích sester ZZ a 5 odpovědích sester SZ. Za ní následovala využitá možnost odpovědi s písmenem „c) specializační studium, uveďte obor“, v níž 20 sester ZZ a pouze 3 sestry SZ označily tento typ studia. S rozdílem počtu pěti odpovědí převýšila předchozí skupinu odpovědí respondentů, volba odpovědi „b) certifikační kurz, uveďte“ s celkovým počtem odpovědí 27 (17 sester ZZ a 10 sester SZ). Jednoznačně nejvyšší množství odpovědí se skrývalo pod písmenem „d) jiné, uveďte“, v celkovém počtu 66 odpovědí, a to s nepatrným rozdílem v počtu odpovědí v jednotlivých

zařízeních (ZZ, SZ). Sestry pracující v ZZ tuto možnost volily v 35 a sestry SZ v 31 případech možnosti odpovědi. Vzhledem k velkému množství rozličných odpovědí v každé variantě výběru odpovědi, lze z největší skupiny (varianta „d) jiné, uveďte“) jmenovat např.: oš. péče v neurologii; pravidelná účast na kurzech k doplnění znalostí nejč. v oboru geriatric, RHB oš., PS, Alz. demence, apod...; odborné semináře; aktivní účast na konferencích; aj. Grafické znázornění výsledků je zřetelné v následujícím grafu 7 a tabulce 12 v příloze 12 (s. 173).

Graf 7 Porovnání zařízení z hlediska jiného druhu studia



Legenda k tabulce: 1 - odborný kurz; 2 - certifikační kurz; 3 - specializační studium; 4 - jiné

### **Vyhodnocení položky: Celková délka zaměstnání sester**

Ve skupině respondentů ZZ, byla zjištěna celková délka zaměstnání sester (po celou dobu výkonu povolání, v rámci i různých zaměstnání souvisejících se zdravotnictvím a profesí sestry) v průměru 16,1 let; minimum 13,2 let a maximum 19 let; medián je 12,3. Skupina respondentů SZ měla průměrnou celkovou délku zaměstnání sester 19,5 let; minimum 16,2 a maximum 22,8 let; medián je 20 let. Z výsledků je patrné, že sestry pracující v sociálních zařízeních tuto profesi vykonávají déle než sestry pracující ve zdravotnických zařízeních. Tabulka 13 v příloze 12 (s. 173-174) doplňuje slovní vyhodnocení položky – 11. otázky osobního dotazníku pro sestry.

### **Vyhodnocení položky: Délka zaměstnání sester na současném pracovišti**

První skupina respondentů ZZ pracujících v současném zaměstnání, zde vykonávala své povolání v průměru 11,9 let; s dolní hranicí 9,2 let a s horní hranicí 14,6 let; medián

je 7 let. Druhá skupina respondentů SZ ve svém současném zaměstnání setrvala průměrně 8,5 let; s dolní hranicí 5,9 a horní hranicí 11 let; medián je 4 roky. Z uvedených výsledků vyplývá, že sestry ve ZZ na svém současném pracovišti působí déle, než sestry ze SZ. Což také dokládá tabulka 14 v příloze 12 (s. 174).

### **Vyhodnocení položky: Co rozhodlo, že jste se stal/a sestrou?**

- a) náhoda, nějaká událost
- b) přesvědčení rodičů
- c) do jiné školy jsem se nedostal/a
- d) touha pomáhat jiným
- e) prestiž, důležitost povolání
- f) jiné, uveďte.....

Jednoznačně nejrozsáhlejší skupina odpovědí respondentů se skrývala pod možností volby písmena „d) touha pomáhat jiným“, odpověděla tak nadpoloviční většina - 65 ze 125 respondentů (36 sester ZZ a 29 sester SZ). Písmeno „e) prestiž, důležitost povolání“ označilo 22 sester (15 ze ZZ a 7 ze SZ). Třetí skupina odpovědí patřila písmenu „a) náhoda, nějaká událost“ s 18 odpověďmi, z toho bylo 13 sester ze ZZ a pouze 5 sester ze SZ. Písmeno s pomyslnou čtvrtou příčkou „f) jiné, uveďte“ s 11 odpověďmi (8 sester ZZ a 3 sestry SZ) bylo doplněno o motivace respondentů k volbě povolání, přepsáno doslovně, např.:

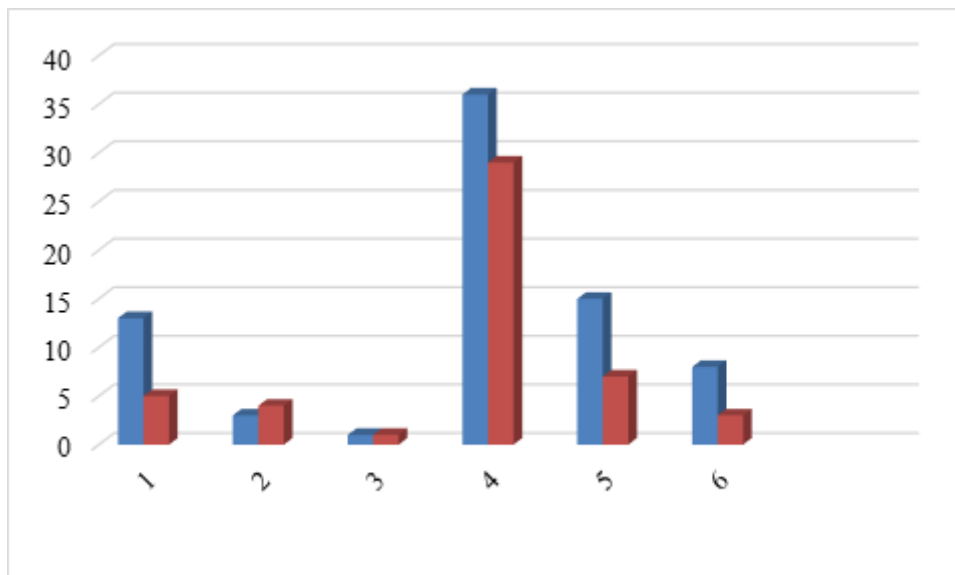
- „babička byla zdravotní sestra“
- „přesvědčení, že nic jiného nemohu dělat“
- „vzor kamarádky, která šla na SZŠ rok přede mnou“
- „líbila se mi práce maminky, i když ta nechtěla, abych šla na zdravotku“
- „rodinná tradice (doma jsme tři zdravotní sestry)“
- „původně – dětská sestra – chtěla jsem se starat o malé děti“
- „vždy jsem chtěla být zdr. sestrou“
- „chtěla jsem od malička“
- „pomatení smyslů ☺“
- „vzor matky“
- „přání od dětství“

Možnost „b) přesvědčení rodičů“ se 7 odpověďmi, téměř shodně odpověděly sestry obou zařízení (3 sestry ZZ a 4 sestry SZ) zakončuje skupina 2 odpovědí pod písmenem „c) do jiné



školy jsem se nedostal/a“ po jedné odpovědi respondentů v každém zařízení. Výsledky jsou graficky znázorněny v grafu 8, v tabulce 15 v příloze 12 (s. 175).

Graf 8– Porovnání zařízení z hlediska volby povolání



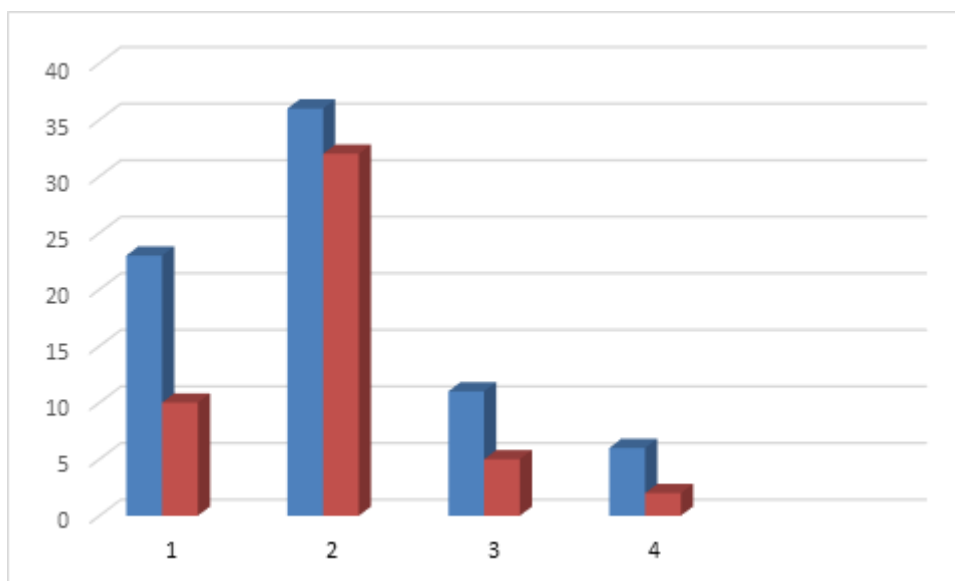
Legenda k tabulce: 1- náhoda, nějaká událost; 2 - přesvědčení rodičů; 3 - do jiné školy jsem se nedostal/a; 4 - touha pomáhat jiným; 5 - prestiž, důležitost povolání; 6 - jiné, uveďte

### **Vyhodnocení položky: Kdybyste se měl/a nyní rozhodnout pro zaměstnání, rozhodl/a byste se stejně?**

- a) určitě/rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě/rozhodně/ ne

Z celkového počtu 125 dotázaných respondentů uvedlo v otázce ohledně rozhodnutí, zda by si znovu zvolili své zaměstnání, možnost jednoznačně kladné odpovědi „a) určitě/rozhodně/ ano“ 33 respondentů (23 sester ZZ a 10 sester SZ). Odpověď „b) asi ano“ uvedlo 68 respondentů (36 sester ZZ a 32 sester SZ). Zápornou odpověď připustilo dalších 16 respondentů, což odpovídalo počtu: převážně sester ZZ – 11 a s téměř polovičním množstvím odpovědí 5 u sester SZ. Rezolutní zápornou odpověď „d) určitě/rozhodně/ ne“ zaznamenalo zbývajících 8 sester (6 z nich bylo ze ZZ a 2 ze SZ). Slovní vyjádření výsledků je doplněno níže předloženým grafem 9 a tabulkou 16 uvedenou v příloze 12 (s. 175).

Graf 9 Porovnání zařízení z hlediska rozhodnutí volby stejného zaměstnání



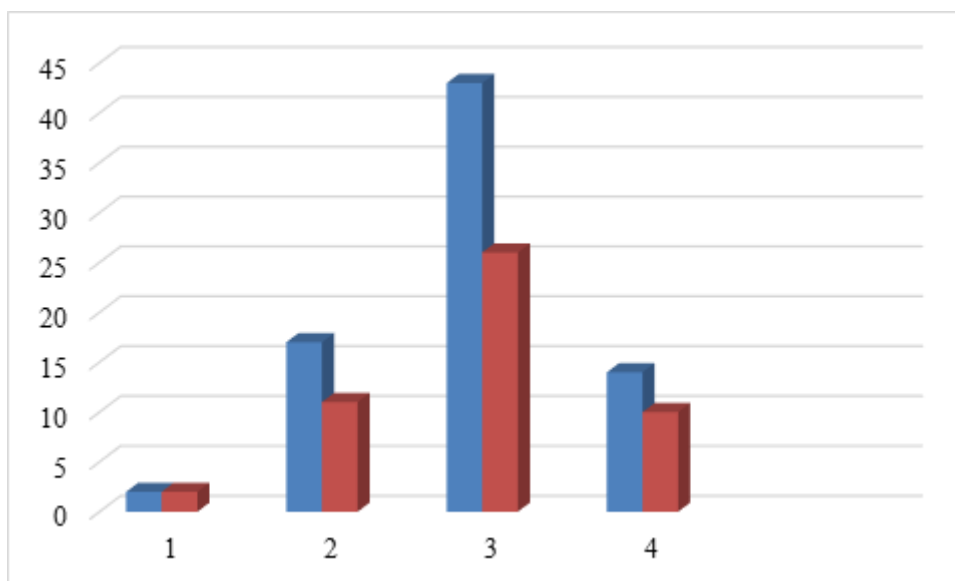
Legenda k tabulce: 1 - určitě/rozhodně/ ano; 2 - asi ano; 3 - asi ne; 4 - určitě/rozhodně/ ne

**Vyhodnocení položky: Kdyby se Vám naskytl možnost, změnil/a byste toto zaměstnání?**

- a) určitě/rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě/rozhodně/ ne

Nejmenší skupina s počtem 4 odpovědí připadla respondentům odpovídajícím kladně „a) určitě/rozhodně/ ano“ po dvou sestrách v každém zařízení (ZZ, SZ). Za ní následovala skupina s rezolutně zápornou odpovědí „d) určitě/rozhodně/ ne“ v celkovém počtu 24 respondentů z oslovených 125. Ve 14 případech tak odpověděly sestry ZZ a v 10 případech sestry SZ. S nepatrným rozdílem – 4 odpovědí – ji převyšovala skupina respondentů, kteří volili odpověď, jež změnu zaměstnání do jisté míry připouští „b) asi ano“, jednalo se o 17 sester ZZ a 11 sester SZ, v celkovém počtu 28 odpovědí. Poslední nejrozsáhlejší skupinou (68 odpovědí) byla ta, jejíž respondenti se přikláněli spíše k záporné odpovědi „c) asi ne“ u 43 sester ZZ a 26 sester SZ. Výsledky jsou graficky znázorněny v grafu 10 a tabulce 17 uvedené v příloze 12 (s. 175).

Graf 10 Porovnání zařízení z hlediska možnosti změny zaměstnání



Legenda k tabulce: 1 - určitě/rozhodně/ ano; 2 - asi ano; 3 - asi ne; 4 - určitě/rozhodně/ ne

**Vyhodnocení položky: Který z níže uvedených aspektů v práci vyvolává ve Vás nespokojenost?**

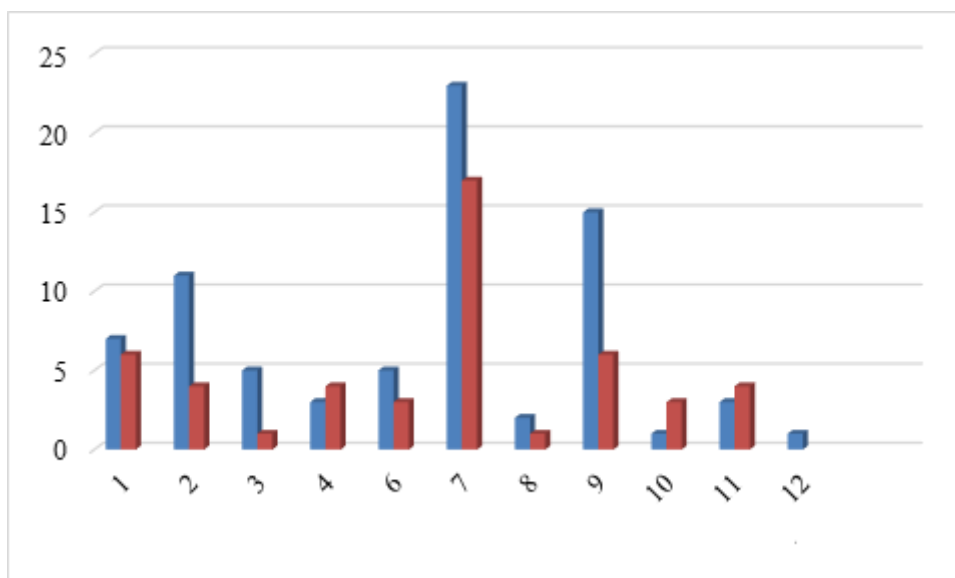
- a) špatná atmosféra v zaměstnání
- b) nízký plat /nedostatečné finanční ohodnocení
- c) nízká úroveň /status/ profese
- d) velká zodpovědnost
- e) omezená samostatnost při rozhodování, která souvisí s ošetřovatelstvím
- f) nevhodné chování přímých nadřízených
- g) nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných
- h) směnnost práce
- i) velká fyzická a psychická pracovní zátěž
- j) neustálý kontakt s utrpením a smrtí
- k) nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem
- l) jiné, doplňte .....

V odpovědích respondentů byla nejvíce zastoupena skupina odpovědí s písmenem „g) nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných“, kterou označilo s velkou převahou 40 z nich (23 sester ZZ a 17 sester SZ). Za ní s téměř polovičním množstvím odpovědí se umístila skupina respondentů s odpovědí „i) velká fyzická a psychická pracovní zátěž“, kdy sestry ZZ takto odpovídaly v 15 případech a sestry SZ v 6 případech, celkové množství odpovědí v druhé nejpočetnější skupině respondentů bylo 21. Třetí skupinu odpovědí charakterizovala odpověď s písmenem „b) nízký plat

/nedostatečné finanční ohodnocení“ tvořily ji odpovědi 11 sester ZZ a 4 odpovědi sester SZ. V těsném závěsu za ní byla odpověď „a) špatná atmosféra v zaměstnání“, s níž se ztotožnilo 7 sester ZZ a 6 sester SZ, v celkovém počtu 13 odpovědí. Následovala skupina, která svými 8 odpověďmi a písmenem „f) nevhodné chování přímých nadřízených“, jež označilo 5 sester ZZ a 3 sestry SZ uzavírá první pěťici z předložených variant možností výběru odpovědí. O první pozici druhé pěťice možných odpovědí se dělili „d) velká zodpovědnost“ a „k) nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem“ s celkovým počtem 7 odpovědí v každém zařízení (ZZ, SZ). Odpověď s písmenem „c) nízká úroveň /status/ profese“ označilo 6 respondentů a to 5 sester ZZ a 1 sestra SZ. Předposlední pomyslná příčka patřila odpovědi „j) neustálý kontakt s utrpením a smrtí“, kterou volili 4 sestry (1 ze ZZ a 3 ze SZ). Druhou pěťici odpovědí uzavírá možnost odpovědi „h) směnnost práce“ nevyhovovala 3 sestrám, a proto ji zaznačily (2 sestry ZZ, 1 sestra SZ). Pouze jeden z oslovených respondentů označil variantu „l) jiné, doplňte“ a ponechal ji bez upřesnění. Odpověď „e) omezená samostatnost při rozhodování, která souvisí s ošetřovatelstvím“ žádný z respondentů jako aspekt vyvolávající nespokojenost v práci nevyužil. Výsledky jsou podrobně prezentovány v grafu 11 a v příloze 12 v tabulce 18 (s. 175-176).

U této otázky (č. 16 v osobním dotazníku pro sestry) i přes poskytnuté instrukce a písemný komentář, který je jeho součástí, respondenti uvedli více variant odpovědí a to u 90 z celkového počtu 130 navrácených dotazníků. S výběrem pouze jedné z odpovědí sice nesouhlasili, více možností totiž odpovídalo jejich pocitům a někdy vybrat jen jednu z nich bylo obtížné. Nicméně, všechny chybně vyplněné dotazníky respondenti s ochotou opravili a uvedly pouze jednu variantu odpovědi, která jejich pocity v dané chvíli nejvíce vystihovala. Uvedeny jsou v následujícím grafu.

Graf 11 Porovnání zařízení z hlediska aspektů vyvolávajících pracovní nespokojenost



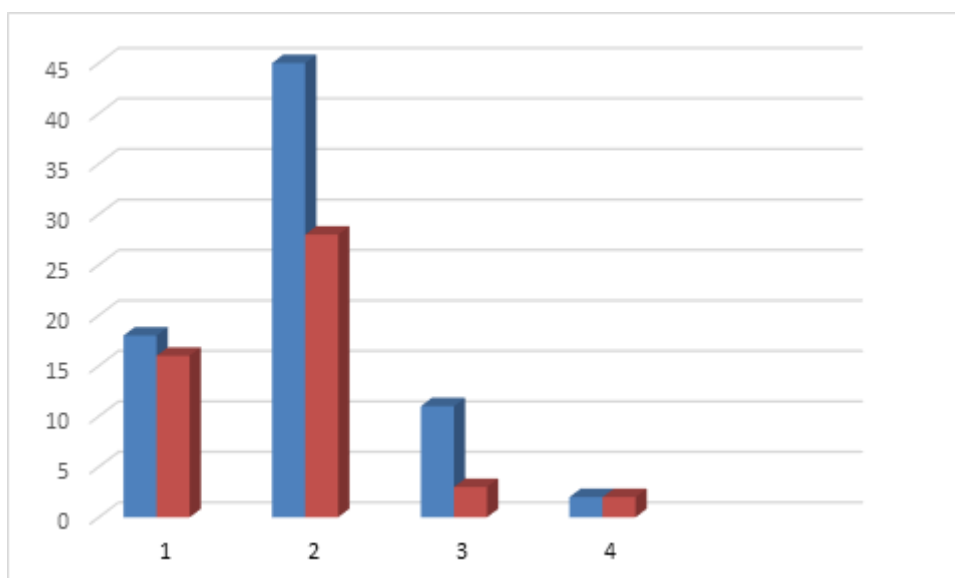
Legenda k tabulce: 1 - špatná atmosféra v zaměstnání; 2 - nízký plat /nedostatečné finanční ohodnocení; 3 - nízká úroveň /status/ profese; 4 - velká zodpovědnost; 6 - nevhodné chování přímých nadřízených; 7 - nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných; 8 - směnnost práce; 9 - velká fyzická a psychická pracovní zátěž; 10 - neustálý kontakt s utrpením a smrtí; 11 - nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem; 12 – jiné

### **Vyhodnocení položky: Přináší Vám práce, kterou vykonáváte dostatečné zadostiučinění/satisfakci?**

- a) určitě /rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě /rozhodně/ ne

Převážnou většinu odpovědí respondentů charakterizovalo písmeno „b) asi ano“, v němž se 45 sester ZZ a 28 sester SZ přiklápělo spíše ke kladné odpovědi, s celkovým počtem 73 odpovědí ze 125 tázaných respondentů. Téměř o polovinu méně odpovědí obsahovalo písmeno „a) určitě /rozhodně/ ano“ se svou rezolutně kladnou odpovědí v počtu 34 (18 ze ZZ a 16 ze SZ). Písmeno „c) asi ne“, které dotázaní respondenti volili a přiklápěli se spíše k odpovědi záporné a zadostiučinění/satisfakce se jim při práci nedostávalo (obsahovalo 14 odpovědí, z nichž 11 patřilo sestrám ZZ a 3 sestrám SZ), doplňuje nejmenší a poslední skupina odpovědí označená písmenem „d) určitě /rozhodně/ ne“ s celkovým počtem 4 odpovědí po 2 odpovědích z každého zařízení (ZZ, SZ). Slovní vyjádření výsledků je zřetelné v následujícím grafu 12 a v příloze 12 v tabulce 19 (s. 176).

Graf 12 Porovnání zařízení z hlediska přínosu zadostiučinění/satisfakce z práce



Legenda k tabulce: 1 - určitě /rozhodně/ ano; 2 - asi ano; 3 - asi ne; 4 - určitě /rozhodně/ ne

### 5.3.3 Vyhodnocení Meisterova dotazníku

#### Vyhodnocení položky: Hodnocení pracovní zátěže sester ve zdravotnických zařízeních pomocí Meisterova dotazníku

Ze součtu jednotlivých položek vyplněného Meisterova dotazníku (1-10) byl vypočten celkový hrubý skór, tzv. celková percipovaná psychická pracovní zátěž respondentů. Každá z deseti položek představovala určitou zátěžovou oblast: časová tíseň, malé uspokojení, vysoká odpovědnost, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesytení, únava a dlouhodobá únosnost. Ve skupině sester pracujících ve zdravotnických zařízeních dosahovala střední hodnota pracovní zátěže 23,5; minimum 22,1 a maximum 24,9; medián je 24. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 20 v příloze 12 (s. 176).

#### Vyhodnocení položky: Hodnocení pracovní zátěže sester v sociálních zařízeních pomocí Meisterova dotazníku

Ze součtu jednotlivých položek vyplněného Meisterova dotazníku (1-10) byl vypočten celkový hrubý skór, tzv. celková percipovaná psychická pracovní zátěž respondentů. Každá z deseti položek představovala určitou zátěžovou oblast: časová tíseň, malé uspokojení, vysoká odpovědnost, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesytení, únava a dlouhodobá únosnost. Ve skupině sester pracujících v sociálních zařízeních

dosahovala střední hodnota pracovní zátěže 23,4; minimum 21,6 a maximum 25,1; medián je 23. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 21 v příloze 12 (s. 177).

### 5.3.4 Výsledky k jednotlivým cílům práce

#### Výsledky k hlavnímu cíli

**Cíl 1** - Zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

#### Statistické hypotézy k hlavnímu cíli

**H<sub>0</sub>1: Neexistuje** zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A</sub>1: Existuje** zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

#### Závěr k hlavnímu cíli

Hypotéza **H<sub>0</sub>1** se **zamítá** ve prospěch alternativní hypotézy **H<sub>A</sub>1** přesto, že hodnoty hrubých skóre Meisterových dotazníků zdravotnických a sociálních zařízení se vzájemně nepatrně liší. Jejich přehled je zřetelný v následující tabulce 1, viz níže. Pro skupinové hodnocení, byly využity aritmetické průměry hrubého skóre sledovaných výzkumných souborů, z nichž žádný nepřekročil normu a hodnoty v porovnání s normou hrubého skóre pro ženy v české populaci (jehož aritmetický průměr je 25,0), ale téměř jí dosahovaly. Překročení stanovených norem i hodnot by indikovalo nadměrnou zátěž ve sledované oblasti (Hladký a Židková, 1999, s. 40). Porovnáním průměrných hodnot faktorů a hrubého skóre Meisterova dotazníku u celého výzkumného souboru s normami autorů Hladký a Židková (1999, s. 39-42) Studentův t-test prokázal existenci statisticky významných rozdílů mezi normami a hodnotami výzkumného souboru, byly nalezeny u faktorů F2, F3, a HS. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 2, kde jsou data prezentována jako aritmetický průměr, směrodatná odchylka a **p** značí hodnotu signifikance Studentova t-testu. Charakteristika oblastí pracovní zátěže, faktorů: F2 (monotonie): malé uspokojení, otupující práce a monotonie; F3 (nespecifický faktor): nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost. HS (hrubý skóre): je součtem faktorů F1 (časová tíseň, vysoká odpovědnost, problémy

a konflikty) + F2 + F3. Z výsledků vyplývá, že zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování péče umírajícím ve zdravotnických i sociálních zařízeních se projevuje ve všech oblastech psychosociální zátěže a ovlivňuje percepci zátěže pracovní.

K hlavnímu cíli se vztahují v Meisterově dotazníku otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Tabulka 1 Porovnání hrubých skóre Meisterova dotazníku ve zdravotnických a sociálních zařízeních

	Sestry zdravotnických zařízení	Sestry sociálních zařízení
<b>Průměr</b>	<b>23,5</b>	<b>23,4</b>
<b>Minimum</b>	<b>22,1</b>	<b>21,6</b>
<b>Maximum</b>	<b>24,9</b>	<b>25,1</b>
<b>Upravený průměr</b>	<b>23,4</b>	<b>23,1</b>
<b>Medián</b>	<b>24</b>	<b>23</b>
<b>Rozptyl</b>	<b>37,5</b>	<b>37,5</b>

Tabulka 2 Porovnání průměrných hodnot faktorů a hrubého skóre Meisterova dotazníku výzkumného souboru s normami uvedenými v Meisterově metodě hodnocení pracovní zátěže

Faktory	Norma	n=867	Výzkumný soubor	n=125	t-test	sgn
Meister	Ø	SD	Ø	SD	p	$\alpha=0,05$
<b>F1</b>	8,4	3,2	8,7	2,19	0,18	p>0,05
<b>F2</b>	7,6	3	4,8	1,75	0	p<0,05
<b>F3</b>	11,7	4,4	9,92	3,35	0	p<0,05
<b>HS</b>	27,7	5,8	23,41	6,1	0	p<0,05

### Výsledky dílčích cílů

**Cíl 2** - Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna délkou praxe.

**Cíl 3** - Zjistit, zda je míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ovlivněna vzděláním.



## Statistické hypotézy k dílčím cílům

**H<sub>02</sub>:** Neexistuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A2</sub>:** Existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>03</sub>:** Neexistuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a vzděláním sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H<sub>A3</sub>:** Existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a vzděláním sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

## Závěr k dílčím cílům

Hypotézy **H<sub>02</sub>** a **H<sub>03</sub>** nelze zamítnout, přestože Spearmanova korelační analýza prokázala signifikantní slabou pozitivní závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a délkou praxe, je sice statisticky významná, nikoli však klinicky – je příliš nízká (hodnota korelačního koeficientu  $r = -0,176$ ). Spearmanova korelační analýza neprokázala signifikantní pozitivní závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a vzděláním (korelační koeficient = 0,023). Označené korelace jsou statisticky významné na hladině  $p < 0,05000$ . Následující tabulka 3, uvádí výsledky korelační analýzy s hodnotou korelačního koeficientu. Z uvedených výsledků vyplývá, že míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních není ovlivněna délkou praxe ani vzděláním.

K dílčím cílům se vztahují v Meisterově dotazníku otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, v osobním dotazníku pro sestry otázky č. 9 a 11.

Tabulka 3 Výsledky Spearmanovy korelační analýzy pro posouzení závislosti celkové délky praxe, vzdělání sester a hodnocení pracovní zátěže

Spearmanova korelační analýza

	Celková délka praxe	Vzdělání sester	HS Meister
Celková délka praxe	1,000000	- 0,538766	- 0,175729
Vzdělání sester	- 0,538766	1,000000	0,023782
HS Meister (hrubý skór)	- 0,175729	0,023782	1,000000

### **5.3.5 Výsledky k jednotlivým zbývajícím položkám osobního dotazníku pro sestry**

Výsledky výzkumu v oblasti položek: věk, pracoviště, délka praxe i vzdělání byly vzhledem k hlavnímu i dílčím cílům zpracovány v předchozí části diplomové práce. Tato kapitola se věnuje porovnání jednotlivých zbývajících položek osobního dotazníku pro sestry z pohledu obou zařízení, tak aby bylo možné získat ucelené informace o vzorku respondentů – sester ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Samozřejmě by získané informace byly jiné, pokud by byla velikost jednotlivých vzorků stejná, nicméně rozložení počtu jednotlivých respondentů koreluje s limity uvedenými v kapitole 5.4 Diskuze (limity výzkumu).

#### **Porovnání zařízení z hlediska pohlaví respondentů**

Z celkového počtu 125 respondentů byly ze 76 oslovených ve zdravotnických zařízeních, zaznamenány pouze 3 odpovědi v zastoupení mužů a v sociálních zařízeních, z celkového počtu 49 oslovených, odpověděl pouze 1 muž. Tyto čtyři odpovědi zůstaly ponechány samostatně, přestože ve zkoumaném vzorku respondentů byla převážná převaha žen. Odpovědi mužů i jejich působení na standardním oddělení či v sociálním zařízení si lidsky velmi vážíme. A vzhledem k tomu, že byl jejich počet téměř nepatrný, byly v následující části zpracovávání i porovnávání výsledků výzkumu zařazeny do celkového vzorku respondentů – sester, neboť v diplomové práci nejsou porovnávány ženy a muži, ale sestry a mužská varianta pojmu „všeobecná sestra“ prozatím neexistuje. A není naším závěrem, aby tyto čtyři výjimečné odpovědi z hlediska pohlaví a volby profese v celém vzorku respondentů zanikly.

#### **Porovnání zařízení z hlediska místa bydliště respondentů**

Dle získaných odpovědí všech respondentů uvedla převážná většina sester zdravotnických zařízení jako místo svého bydliště buď vesnici (25 sester) nebo město nad 35 000 obyvatel (21 sester) jen s nepatrným rozdílem v počtu odpovědí. Zbývajících dvě odpovědi jsou také téměř shodné: ve městě 10 000-35 000 obyvatel žije 16 sester a ve městě do 100 000 obyvatel žije 14 sester ze zdravotnických zařízení. Naopak sestry v sociálních zařízeních uvedly jako místo svého bydliště především vesnici (21 sester), pak s nepatrným rozdílem odpovědi město 10 000-35 000 obyvatel (15 sester) a město do 10 000 obyvatel (12 sester). Pouze jedna

z oslovených jako místo svého bydliště uvedla město nad 35 000 obyvatel. Z uvedených odpovědí lze usuzovat, že volba povolání sester ze zdravotnických zařízení mohla být do jisté míry ovlivněna, jak soužitím se staršími lidmi na vesnici (u těch, které volily tuto variantu odpovědi) i blízkost, případně existence zdravotnického zařízení v místě bydliště u varianty odpovědi: město nad 35 000 obyvatel. Předpokladem pro volbu sesterského povolání je jistá míra sociální empatie a touha pomáhat ostatním. Nelze předpokládat, že dospívající člověk, který se rozhoduje kam se má jeho „životní cesta“ ubírat v budoucnu, prvoplánově počítá s variantou péče o seniory v sociálních zařízeních po ukončení studia, což nepřímo potvrzuje i předchozí shrnutí v položce: věk, kdy bylo zjištěno, že ve zdravotnictví pracují sestry mladšího věku než v sociálních zařízeních. Sestry pracující v sociálních zařízeních bydlí převážně na vesnici a městech do 35 000 obyvatel. Předmětem dalšího výzkumu by pak mohlo event. být zjištění, kolik sester po ukončení studia započne svou nástupní praxi v následné péči ve zdravotnických zařízeních, příp. v sociálních zařízeních. A po jaké době praxe ve zdravotnickém zařízení přechází sestra pracovat do sociálního zařízení, příp. co je motivací pro tuto změnu působení v péči o seniory. Vzhledem ke stárnoucí populaci je toto téma přinejmenším zajímavé, dalo by se říci i aktuální. Nehledě na to, že se náročnost péče v obou typech zařízení, vlivem skladby pacientů/klientů výrazně zvyšuje. A je nezbytné se stárnutím populace v budoucnu počítat a přizpůsobit se.

### **Porovnání zařízení z hlediska délky úvazku respondentů**

Převážná většina sester ze 125 dotázaných pracovala na plný úvazek. Ve zdravotnických zařízeních to bylo 67 sester a v sociálních zařízeních 41 sester. Po šesti odpovědích z obou zařízení sestry uváděly, že pracují na poloviční úvazek a jen pět sester na méně než poloviční. Z výsledků vyplývá, že převážná většina sester má své povolání jako hlavní zdroj svých finančních příjmů, s plným pracovním úvazkem. Pouze 17 sester ze 125, z obou typů zařízení, do této většinové skupiny nespadá.

### **Porovnání zařízení z hlediska směnnosti respondentů**

Převážná většina z oslovených respondentů v obou typech zařízení pracuje na 12-hodinové směny (55 sester ZZ, 24 sester SZ) nebo 8-hodinové směny (16 sester ZZ, 13 sester SZ). Jen 8 z nich (5 sester ZZ a 3 sestry SZ) pracuje na jednu směnu kratší než 8 hodin. Z výsledků vyplývá, že převážná většina sester pracuje na směny, mají nepravidelný denní režim,

který negativně ovlivňuje nejen spánkový rytmus, ale i koncentraci a bdělost během dne, než je tomu např. u pravidelného režimu 8-hodinových směn: volných víkendů, svátků, příp. čerpání dovolené (s ohledem na zajištění chodu oddělení v rámci obsazenosti směn).

### **Porovnání zařízení z hlediska charakteru zaměstnání respondentů = „mé jediné zaměstnání“**

Opět převážná většina, 114 respondentů, uvedlo, že nemocnice, příp. sociální zařízení bylo jejich jediným zaměstnáním (72 sester ZZ a 42 sester SZ). Pouze 11 z nich (4 sestry ZZ a 7 sester SZ) volilo zápornou odpověď. Z čehož lze usuzovat, že jejich hlavní pracovní náplní je jejich povolání, otázkou pak zůstává motivace k vyhledávání dalšího (vedlejšího) zaměstnání, což by mohlo také být otázkou dalšího výzkumu. A zjištění např. dalších faktorů, jež negativně ovlivňují zátěž sester pečujících o umírající ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Z těch nejhlavnějších lze předpokládat, že se jedná o nedostatečné finanční ohodnocení, příp. nepříznivou sociální situaci v rodině, např. odchod, rozvod, úmrtí partnera, jenž se také podílel na finančním zabezpečení rodiny nebo zvyšující se náklady na nezaopatřené děti, studenty matek samoživitelek.

### **Porovnání zařízení z hlediska jiného druhu studia respondentů**

Převážná většina dotázaných respondentů (66 sester) volila jako jiný druh studia souvisejícím s jejich vzděláním poslední variantu: jiné - příklady odpovědí jsou uvedeny v rámci popisné statistiky v předchozí kapitole. Specializační studium uvedlo 23 z celkového počtu dotázaných (20 sester ZZ a 3 sestry SZ); certifikační kurz uvedlo 27 sester (17 sester ZZ a 10 sester SZ); 9 sester uvedlo odborný kurz (4 sestry ZZ a 5 sester SZ). Otázkou zůstává, jaká kvalita vzdělání a následně i kvalita péče o pacienty/klienty bude zajištěna současným nastaveným systémem vzdělávání a kompetencí sester, především praktických sester v rámci nedávno proběhlých změn. Další prostor pro výzkum, zjišťování a zajišťování kvalitních informací v této oblasti. Z výsledků také vyplývá, že sestry, jež mají specializační studium, se zdržují převážně ve zdravotnických zařízeních, z čehož lze usuzovat, že se jedná o specializační studium, které úzce souvisí s jejich současným zaměstnáním (mnohdy je podmínkou k vykonávání dané specializace na příslušném oddělení, s tímto zaměřením).

## **Porovnání zařízení z hlediska volby povolání respondentů**

S naprostou převahou počtu odpovědí (65 respondentů) z obou zařízení odpověděly sestry, že „touha pomáhat jiným“ bylo to, co rozhodlo při volbě jejich povolání (36 sester ZZ a 29 sester SZ). Pak to byla „prestiž, důležitost povolání“ (15 sester ZZ a 7 sester SZ) a „náhoda nebo nějaká událost“ (13 sester ZZ a 5 sester SZ). Za nimi následovaly možnosti: „jiné, uveďte“ se slovním doplněním motivací respondentů uvedeným v příslušné položce hodnocení, v předchozí kapitole, „přesvědčení rodičů“ a „do jiné školy jsem se nedostal/a.“ Z uvedených výsledků vyplývá potěšující skutečnost, že nejčastější motivací k výběru budoucího povolání je stále potřeba pomáhat. Otázkou zůstává, zda tento motivační prvek přetrvává a projevuje se i v současné, mladší generaci. Předmětem výzkumu by mohlo být zjištění motivace pro výběr sesterské profese současnou generací a zjistit faktory, které výběr povolání ovlivňují. Dalším potěšujícím prvkem je volba možnosti „prestiž, důležitost povolání“, které samozřejmě patří k těm nejdůležitějším a zásadním.

## **Porovnání zařízení z hlediska rozhodnutí volby stejného zaměstnání respondenty**

101 ze 125 oslovených respondentů se vyjádřilo kladně k otázce, zda by v případě možnosti znovu se rozhodnout, volili stejné zaměstnání, zda by se rozhodli stejně. Rezolutně byla kladná odpověď zamítnuta v 8 případech (6 sester ZZ, 2 sestry SZ). 16 respondentů se k záporné odpovědi přiklonilo, jednalo se o 11 sester ze ZZ a 5 sester ze SZ. Z výsledků vyplynulo, že převážná většina sester je s volbou svého nynějšího zaměstnání ztotožněná i po letech uplynulé praxe, což je potěšující. Otázkou zůstává motivace, příp. důvody k odmítavému stanovisku zbývajících sester, které se s většinou ve své odpovědi neshodují.

## **Porovnání zařízení z hlediska možnosti změny zaměstnání respondenty**

Vzhledem k počtu odpovědí v jednotlivých možnostech předchozí otázky z dotazníku pro sestry je překvapující kladná odpověď u možnosti „určitě/rozhodně/ ano“ i „asi ano“, a to v 32 odpovědích (19 sester ZZ, 13 sester SZ) oproti 93 spíše záporným odpovědím (56 sester ZZ a 36 sester SZ). Je nezbytné přihlídnout k velikosti každého jednotlivého výzkumného vzorku = typ zařízení (viz limity výzkumu), kdy počet sester v sociálních zařízeních byl mnohem menší než sester ve zdravotnických zařízeních. Z výsledků vyplývá,

že i když jsou sestry s volbou svého zaměstnání spokojeny, nebrání se změně, pokud by se jim tato možnost naskytla.

### **Porovnání zařízení z hlediska aspektů vyvolávajících pracovní nespokojenost respondentů**

Nejčastější odpovědí na otázku: který z níže uvedených aspektů v práci vyvolává ve Vás nespokojenost, ve 40 případech sestry odpověděly „nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných“ (23 sester ZZ, 17 sester SZ). Následuje „velká fyzická a psychická zátěž“, což odpovědělo 21 z dotázaných (15 sester ZZ, 6 sester SZ) a „nízký plat / nedostatečné finanční ohodnocení“, které označilo 15 sester (11 ZZ, 4 SZ) pak následovaly možnosti: „špatná atmosféra v zaměstnání“, „nevhodné chování přímých nadřízených“, „velká zodpovědnost“, „nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem“, „nízká úroveň /status/ profese“, „neustálý kontakt s utrpením a smrtí“, „směnnost práce“ a jeden respondent označil možnost „jiné“. U této otázky je nezbytné připomenout, že činila respondentům nemalé potíže při rozhodování, protože převážná většina by volila více než uvedenou jednu variantu odpovědi. Nicméně i zde je patrné, že nedostatečný počet personálu, velká fyzická a psychická zátěž, společně s nedostatečným finančním ohodnocením jsou přední aspekty, jež v sestřích v pracovním procesu vyvolávají nespokojenost. Což odráží všeobecně známý současný stav i situaci v nemocnicích i v sociálních zařízeních.

### **Porovnání zařízení z hlediska přínosu zadostiučinění/satisfakce z práce respondentů**

107 z celkového počtu 125 respondentů uvedlo, že jim práce, kterou vykonávají, přináší dostatečné zadostiučinění/satisfakci (63 sester ZZ a 44 sester SZ). 18 sester nesouhlasí a uvedlo zápornou odpověď (13 ZZ a 5 sester SZ).

Přestože je sesterské povolání náročné nejen fyzicky, ale i psychicky a je ovlivňováno řadou dalších faktorů, které sestřím jejich práci neusnadňují, ba naopak. I přesto je velmi potěšující zjištění, že přináší sestřím jisté zadostiučinění či satisfakci, ať už je to v různých podobách: vědomí, že pomohou zachránit život, ulevit od bolesti nebo jen svou přítomností zmírnit samotu a utrpení lidské bytosti s křehkou duší – pacientovi/klientovi, aj.

## 5.4 DISKUZE

Ve výzkumném šetření provedeném v rámci diplomové práce byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi normami a hodnotami výzkumného souboru, kterými byly sestry poskytující ošetrovatelskou péči umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních v porovnání s normami autorů Hladký a Židková (1999, s. 39-42) při zjišťování míry intenzity zátěže sester. Aritmetické průměry hrubého skóru Meisterových dotazníků z obou výše jmenovaných zařízení se navzájem nepatrně lišily a téměř dosahovaly normy hrubého skóre pro ženy v české populaci, což se projevilo ve všech oblastech psychosociální zátěže. V rámci srovnání výsledků výzkumu s výsledky jiných studií se pomocí rešeršní strategie nepodařilo vyhledat studii, která by zkoumala a porovnávala výsledky svého výzkumu v obou typech uvedených zařízení. Se souhlasem autorky diplomové práce, jejímž cílem bylo „zjistit, zda se vyskytují rozdíly v psychické pracovní zátěži u všeobecných sester pracujících na odděleních interních oborů v nemocničním prostředí a u všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory“ (Škorpíková, 2014, s. 57-60) byla také Studentovým t-testem prokázána v obou sledovaných skupinách „menší psychická pracovní zátěž (tj. signifikantně nižší hodnoty skóre) v porovnání s ženami v české populaci“ (Škorpíková, 2014, s. 57). K obdobným závěrům dospěly ve své studii také autorky Zálešáková a Bužgová (2011, s. 114-115), které zjišťovaly vnímání psychické zátěže všeobecných sester pracujících na standardním onkologickém oddělení, mimo jiných, také v Nemocnici T. Bati ve Zlíně a jedním ze dvou standardizovaných dotazníků byl použit právě Meisterův dotazník. Hodnoty aritmetických průměrů jednotlivých zátěžových oblastí, faktorů i hrubého skóru byly jen nepatrně rozdílné s těmi, které byly zjištěny prostřednictvím výzkumu autorky naší diplomové práce. U faktoru přetížení dokonce shodné, kritická hodnota nebyla překročena. Dále bylo zjištěno, že naopak většina sester 76 % vnímala psychickou zátěž jako přiměřenou, 13 % příznivě a jen 14,3 % nepříznivě. Celkově byla psychická zátěž celého souboru hodnocena mírně, stupněm 1, za předpokladu, že nebude negativně ovlivněno zdraví, subjektivní stav nebo výkonnost jedince. Výsledky další studie, která také zjišťovala pracovní zátěž a míru vyhoření všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými ve Fakultní nemocnici v Ostravě a ve Fakultní nemocnici v Olomouci (ve dvousměnném a třísměnném provozu) s využitím Meisterova dotazníku, zařadila 74 % respondentů do skupiny, která pocítovala při výkonu své práce také zátěž I. stupně. II. stupně zátěže dosáhlo 22 dotazovaných ze 100 respondentů (97 žen a 3 muži). Při častém působení tohoto stupně zátěže nelze vyloučit pravidelné, dočasné ovlivnění subjektivního stavu, především

výkonnosti. U III. stupně zátěže, kterého dosáhli 4 respondenti, již není možné působení zátěže na zdravotní stav sestry eliminovat. Souhrnně byly výsledky výzkumu prezentovány vzhledem k převážné většině respondentů, tedy, že nedocházelo k jejich ohrožení zátěží, jež by negativním způsobem zasahovala do oblasti zdraví či pracovního výkonu (Ježorská, Kozyková a Chrastina, 2012, s 56-58). Nicméně, neustálé vystavení utrpení nebo ztrátě negativně ovlivňuje psychiku. Psychická zátěž následně i zdravotní stav sester. Výzkum Zálešákové a Bužgové (2011, s. 113-117) prokázal u 12 % onkologických sester syndrom vyhoření. Mezi vnímáním psychické zátěže a mírou vyhoření existovala přímá lineární závislost, s nejasným vztahem – příčiny a následku, mezi nimi. Také Kupka (2008, s. 23-25) ve své přehledové studii uvedl, že nejvíce zatěžujícím prvkem, který je zdrojem psychické zátěže sester pečujících o chronicky a nevléčitelně nemocné na onkologických odděleních, byla v první řadě administrativa, za níž následovala častá konfrontace s bolestí, utrpením a smrtí. K nejvíce zátěžovým situacím, řadily ve studii Jobánkové a Kvapilové (2007, s. 18-19), onkologické sestry kontakt s umírajícími i jejich rodinou, viditelné upřednostňování některých pacientů před jinými, na úkor ostatních a nedostatečnou spoluprací sester a lékařů. Výzkumem průřezové observační studie u 241 zdravotnických pracovníků pracujících ve dvaceti hospicích, bylo zjištěno, že jejich míra vyhoření nebyla nijak významná, byla nízká. Opět patřila nadměrná administrativa k nejčastějším zdrojům stresu, společně s konfrontací s utrpením (Pavelková a Bužgová, 2015, s. 218-223). Z toho lze usuzovat, že profese sestry patří mezi velmi náročné, především psychicky a riziko syndromu vyhoření není neopodstatněné či nereálné.

Dalšími cíli práce bylo zjistit, zda existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe nebo vzděláním při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Výsledek neprokázal pozitivní závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a vzděláním, u délky praxe Spearmanova korelační analýza prokázala signifikantní pozitivní slabou závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a délkou praxe, byla sice statisticky významná, nikoli však klinicky – byla příliš nízká. Z uvedených výsledků vyplynulo, že míra intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních není ovlivněna délkou praxe ani vzděláním. Naopak výsledky studie u sester pracujících na standardním onkologickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Ostravě, ve Fakultní nemocnici v Olomouci, v Nemocnici v Novém Jičíně, v Nemocnici T. Bati ve Zlíně a na Masarykově onkologickém ústavu v Brně, byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými věkovými skupinami ve vnímání psychické zátěže výhradně u faktoru monotonie, což se týkalo především sester v nejstarší



věkové skupině (51 let a více), naopak věkovou skupinou sester 41-50 let byla psychická zátěž přijímána mnohem příznivěji. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn také u faktoru přetížení a monotonie, kterou pociťovaly jako nejvíce zatěžující sestry s délkou praxe na onkologickém oddělení v rozmezí 5-10 let (Zálešáková a Bužgová, 2011, s. 114-117). U zdravotnických pracovníků pracujících v hospicích nebyla, v rámci výzkumu průřezové observační studie, potvrzena souvislost mezi syndromem vyhoření a délkou praxe zaměstnanců (Pavelková a Bužgová, 2015, s. 218-223). Také studie Ježorské, Kozykové a Chrastiny (2012, s 56-61) uvádí, že se délka praxe na syndromu vyhoření, z hlediska vzniku a vývoje, nepodílela. Psychická zátěž, syndrom vyhoření, délka praxe a jejich vzájemné vztahy patří mezi preferované předměty výzkumů v oblasti zdravotnictví. V rámci rešeršní strategie nebyla dohledána obdobná studie, týkající se souvislosti míry intenzity zátěže sester a vzdělání. Což by mohlo být předmětem dalšího výzkumu.

### **Limity výzkumu**

Meisterův dotazník lze použít při zjišťování psychické i pracovní zátěže k odhalení problematických pracovišť, vždy jen u stejné profesní skupiny pracovníků (Židková, Martinková, Paulová a Svačinková, 2001, s. 4-8; Zálešáková a Bužgová, 2011, s. 114). Počet respondentů diplomové práce nebyl rovnoměrně rozdělen, z důvodu rozdílného personálního zastoupení sester v jednotlivých zařízeních. Počet sester v sociálních zařízeních zdaleka nedosahuje počtu obsazenosti sester ve zdravotnických zařízeních, vzhledem k počtu pacientů/klientů na jednu sestru, poskytující ošetrovatelskou péči.

## ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývala tématem míry intenzity zátěže sester pečujících o umírající ve zdravotnických a sociálních zařízeních, včetně sumarizace dohledaných poznatků v této oblasti. Vzhledem ke všeobecnému povědomí o stárnutí populace a nedostatku sester, jak ve zdravotnických, tak v sociálních zařízeních, zvyšujícím se nárokům na profesi i časovou náročnost, lze usuzovat, že patří poslání sestry nejen k tomu nejkrásnějšímu, co může člověk nemocnému či umírajícímu dát, ale především nejnáročnějšímu zaměstnání, které aniž bychom si často uvědomovali, výrazným způsobem zasahuje nejen do profesní oblasti sestry, ale i osobní, často ovlivňuje vztahy v rodinách (nedostatečný počet sester, nemocná kolegyně, služby navíc) a mohou se také projevit na jejich zdraví. Čímž je v konečném důsledku zase ohroženo zdraví případně život člověka. Vzhledem k tomu, že jsem působila na obou typech pracovišť a na jednom z nich setrvávám dodnes, mohu tuto situaci, alespoň z mého pohledu částečně posoudit. Dalším výrazným faktorem, který ovlivnil výběr tématu diplomové práce, byla nedávná změna ve vzdělávání sester a přeměna zdravotnického asistenta na praktickou sestru za účelem navýšení kompetencí, při stejném vzdělání a poslední neméně důležitou oblastí byla délka praxe sester. Jelikož jsem předpokládala, že pozdější odchod do důchodu, se při tak fyzicky i psychicky náročné práci, jako je profese všeobecné sestry projeví v její profesní rovině, pominu-li rovinu osobní. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí Meisterova dotazníku, výsledky výzkumu byly porovnány s populační normou Meisterova dotazníku a zjištěny statisticky významné rozdíly mezi normami a hodnotami výzkumného souboru. Byly nalezeny u faktorů F2, F3 a HS, které zahrnovali oblasti pracovní zátěže: F2 – monotonie, F3 – nespecifický faktor a hrubý skóre (F1 – přetížení + F2 + F3). Z výsledků tedy vyplývá, že zvýšená míra intenzity zátěže sester při poskytování péče umírajícím ve zdravotnických i sociálních zařízeních se projevuje ve všech oblastech psychosociální zátěže a ovlivňuje percepci zátěže pracovní.

Dílčími cíli bylo zjistit, zda existuje závislost mezi mírou intenzity zátěže a délkou praxe nebo vzděláním sester, zdravotnických a sociálních zařízení, poskytujících ošetrovatelskou péči umírajícím. Přestože Spearmanova korelační analýza prokázala signifikantní pozitivní slabou závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a délkou praxe jako statisticky významnou, nebyla významná klinicky (byla příliš nízká). Signifikantní pozitivní závislost mezi mírou intenzity zátěže sester a vzděláním se neprokázala. Z výsledků vyplynulo, že míra intenzity

zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních není ovlivněna délkou praxe ani vzděláním. Závěry jsou platné jen na konkrétní skupinu a nedají se zevšeobecňovat, nutné je přihlížet na individualitu, míru odolnosti, schopnosti vypořádat se se stresem a osobní prožitek každého zdravotnického pracovníka.

Dohledané informace a jejich sumarizace by mohly být podkladem dalších výzkumů, inspirací k provedení změn a zajištění kvalitnějších podmínek pro tak záslužné a nenahraditelné povolání, jakým profese sestry bezesporu je.

## REFERENČNÍ SEZNAM

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2. přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BORKOVÁ, Klára a Martina KRATOCHVÍLOVÁ, 2015. Důstojný život do poslední chvíle. *Florence* [online]. **11**(6), 5 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/>

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, David FELTL a Milan STOLIČKA, 2014. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **110**(5), 241-249 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/archiv.php>

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ a David FELTL, 2013. Výskyt úzkosti a deprese u pacientů v paliativní péči při hospitalizaci na onkologickém oddělení: pilotní studie. *Psychiatrie* [online]. **17**(3), 117-121 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/casopisy/>

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ, 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. **4**(3), 628-633 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5\\_buzgova\\_kol.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf)

BUŽGOVÁ, Radka a kol., 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. **4**(3), 628-633 [cit. 2018-06-28]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5\\_buzgova\\_kol.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf)

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. **7**(6), 310-314 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/archiv.php>

BUŽGOVÁ, Radka, 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* [online]. **13**(3), 265-274 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2010. Vliv specializované paliativní péče na hodnocení potřeb a kvalitu života pacientů. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **1**(2), 43-47 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7\\_buzgova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7_buzgova.pdf)

Cesta k modernímu ošetrovatelství XIII, 2011. *Florence* [online]. **7**(12), 33 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801- 464X.

CINOVÁ, Jana a Iveta ONDRIOVÁ, 2014. Paliativní péče z pohledu studentů ošetrovatelství. *Sestra* [online]. **24**(2), 35-36 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

CITORES, Filip Kůt., 2010. Sestra jako psycholog. *Sestra* [online]. **20**(6), 18 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/sestra-jako-psycholog-452646>

ČERNÁ, Renáta a Zuzana KOŽÍKOVÁ, 2004. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi* [online]. **5**(6), 265 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1213-1768.

DAVIS, Esther L, Frank P. DEANE a Geoffrey C.B. LYONS, 2015. Acceptance and valued living as critical appraisal and coping strengths for caregivers dealing with terminal illness and bereavement. *Palliative and Supportive Care* [online]. **13**(2), 359-368 [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1017/S1478951514000431. ISSN 1478-9515. Dostupné také z: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1478951514000431](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951514000431)

DOBOS, Gustav J et al., 2012. *Integrative oncology for breast cancer patients: introduction of an expert-based model*. *BMC Cancer* [online]. **12**(1), 1-9 [cit. 2018-04-28]. DOI:

10.1186/1471-2407-12-539. ISSN 1471-2407. Dostupné také z: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-12-539>

DOBOS, Gustav J., Barbara KIRSCHBAUM a Kyung-Eun CHOI, 2012. The Western model of integrative oncology — the contribution of Chinese medicine. *Chinese Journal of Integrative Medicine* [online]. **18**(9), 643-651 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1007/s11655-012-1200-1. ISSN 1672-0415. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11655-012-1200-1>

DOLEJŠOVÁ, Věra, Jana KOMBERCOVÁ a Jana WANKATOVÁ, 1994. *Základy komplexního přístupu v medicíně*. Praha: Pražská vydavatelská společnost. ISBN 80-85369-32-X.

DOMANSKÁ, Petra a Markéta SEDLÁKOVÁ, 2014. Lidská důstojnost u terminálně nemocných. *Zdravotnictví a medicína. Sestra* [online]. **2014**(14), 24-25 [cit. 2018-06-30]. ISSN 2336-2987.

DONATO, Suzana Cristina Teixeira et al., 2016. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. **50**(6), 1014-1024 [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1590/s0080-623420160000700019. ISSN 0080-6234. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700019>

DUBCOVÁ, Iva., 2011. Etika umírání a smrti. *Sestra* [online]. **21**(10), 44-46 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/?id=3784&year=2011>

DUBCOVÁ, Iva a Dana Rebeka. RALBOVSKÁ, 2011. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence* [online]. **7**(4), 24-30 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801- 464X.

ELKINS, Gary, William FISHER a Aimee JOHNSON, 2010. Mind–Body Therapies in Integrative Oncology. *Current Treatment Options in Oncology* [online]. **11**(3-4), 128-140 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1007/s11864-010-0129-x. ISSN 1527-2729. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11864-010-0129-x>

FERJENČÍK, Ján, 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

FILIPSKÝ, Jan., 2011. Anthropologia integra: Exaktní, humanitní, celostní (počin jako malina). *Anthropologia integra* [online]. **2**(1), 111-114 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1804-6657. Dostupné z: <http://anthrop.sci.muni.cz/page.yhtml?id=532>

GEFFEN, Jeremy R., 2010. Integrative Oncology for the Whole Person: A Multidimensional Approach to Cancer Care. *Integrative Cancer Therapies* [online]. **9**(1), 105-121 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1177/1534735409355172. ISSN 1534-7354. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534735409355172>

HEDE, K., 2011. Supportive Care: Large Studies Ease Yoga, Exercise Into Mainstream Oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute* [online]. **103**(1), 11-12 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1093/jnci/djq536. ISSN 0027-8874. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/djq536>

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.

HOFŠTEROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela, 2015. Rok 2015 - rok nové vlny prodlužování osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. *Florence* [online]. **11**(4), 3 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/>

HOLMEROVÁ, Iva a Petr WIJA, 2016. Péče na konci života v České republice. *Časopis lékařů českých* [online]. **155**(4), 43-47 [cit. 2018-06-26]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/pece-na-konci-zivota-v-ceske-republice-58603>

HOLUB, Miroslav, 2011. *Zdraví a nemoc: základní pohled na psychosomatiku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-751-2.

HRDÁ, Karolína a Blanka TOLLAROVÁ, ed., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Domov Sue Ryder, 202 s. Dostupné také z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP\\_A4.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf)

HROZENSKÁ, Martina a Anna KASANOVÁ, 2011. Úcta k životu a k umírání. *Sestra* [online]. **21**(4), 50-51 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

CHUNG, Han-Oh et al., 2016. Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education* [online]. **16**(1), - [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1186/s12909-016-0653-x. ISSN 1472-6920. Dostupné z <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0653-x>

IRMIŠ, Felix, 2012. Stresové situace lékaře jako pacienta: komunikace, vyšetření, zkušenost, etika. *Praktický lékař* [online]. **92**(2), 101-104 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

JEŽORSKÁ, Šárka, Jana KOZYKOVÁ a Jan CHRASTINA, 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo* [online]. **2**(2), 56-62 [cit. 2018-06-11]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujicich-s-onkologicky-nemocnymi>

JOBÁNKOVÁ, Marta a Jarmila KVAPILOVÁ, 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*[online]. **17**(7-8), 18-19 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.

KAŇOVÁ, Michaela, 2014. Nemylme se v paliativní péči. *Florence* [online]. **10**(3), 36-37 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/>

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera. ISBN: 978-80-85763-36-2.



KISVETROVÁ, Helena, 2013. *Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a realizace NIC intervence Duchovní podpora*. [online]. Olomouc [cit. 2018-07-01]. Disertační práce (Ph.D.). UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/1h40tu>.

KLIGLER, Benjamin et al., 2011. Cost Savings in Inpatient Oncology Through an Integrative Medicine Approach. *The American Journal of Managed Care* [online]. (12) [cit. 2018-04-28]. Dostupné také z: <http://www.ajmc.com/journals/issue/2011/2011-12-vol17-n12/cost-savings-in-inpatient-oncology-through-an-integrative-medicine-approach>

KLEVETOVÁ, Dana, 2013. Navrátit smrti její místo. *Sestra* [online]. 23(11), 38-41 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

KLUSÁKOVÁ, Petra, 2015. Vztah ke smrti a umírání vypovídá o kultuře společnosti. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015(3), 1-3 [cit. 2018-06-30]. ISSN 2336-2987.

KONŠTACKÝ, Stanislav, 2011. Do všeobecného lékařství vstupuje holistický přístup. *Medical tribune* [online]. 7(22) [cit. 2018-06-30]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr/>

KOZÁKOVÁ, Radka, Šárka VÉVODOVÁ, Jiří VÉVODA, Lukáš MERZ, Bronislava GRYGOVÁ a Jiří KOZÁK, 2017. Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících. *Profese on-line* [online]. 10(1), 1-7 [cit. 2018-06-11]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012, *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Orientace. ISBN 978-80-7195-3.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda, 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV. ISBN 80-85866-82-X.

KUKLÍK, Rostislav a Marie BEZDĚKOVÁ, 2006. Co trápí sestry ve zdravotnictví? *Zdravotnické noviny* [online]. 55(43), 12-14 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0044-1996.

KUPKA, Martin, 2008. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychoogie* [online]. **2**(1), 23-35 [cit. 2018-06-10]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psychoolog.eu/>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/200912/contents/nkc20091998456\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/200912/contents/nkc20091998456_1.pdf)

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/200708/contents/nkc20071726273\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/200708/contents/nkc20071726273_1.pdf)

LAWENDA, Brian D. et al., 2012. Systems modeling in integrative oncology. *Integrative Cancer Therapies* [online]. **11**(1), 5-17 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1177/1534735411400316. ISSN 1534-7354. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534735411400316>

LAZÁRKOVÁ, Marie, 2017. Platnost modelu hierarchie potřeb dle A.H.Maslowa u pacientů v terminálním stádiu – potřeba jeho modifikace pro výuku ošetrovatelství. *Paidagogos: Časopis pro pedagogiku v souvislostech* [online]. **2016**(2), 1-8 [cit. 2018-06-29]. ISSN 1213-3809. Dostupné také z: <https://www.paidagogos.net/issues/2016/2/article.php?id=12>

LEE, Richard T et al., 2015. Personalized Integrative Oncology: Targeted Approaches for Optimal Outcomes. *Integrative Cancer Therapies* [online]. **14**(1), 98-105 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1177/1534735414563603. ISBN 10.1177/1534735414563603. ISSN 1552-695X. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534735414563603>

LUKACKOVÁ, Viktória, 2012. Osobnosť a potreby paliatívneho pacienta. In: *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. **2012** [cit. 2018-06-26]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osobnost-a-potreby-paliativneho-pacienta/>

MACHOVÁ, Alena, 2013. Využití Teorie pokojného konce života v péči o pacienty v terminálním stadiu v podmínkách České republiky. *Florence* [online]. **9**(12), 23-25 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801-464X.

MACHOVÁ, Alena, Gabriela SEDLÁKOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt* [online]. **11**(2), 333-338 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201010/contents/nkc20102125048\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201010/contents/nkc20102125048_1.pdf)

MATHIAS, JM, 2014. Surgeon-nurse duo delivers excellent, efficient patient care. *Or Manager* [online]. **30**(6), 11-13 [cit. 2018-04-28]. ISSN 8756-8047. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004604>

MERHAUTOVÁ, Iva, 2011. Co mohou přinést chystané změny ve vzdělávání NLZP? *Sestra* [online]. **21**(10), 13-14 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

METZNER, Ralph, 2011. *Zelená psychologie*. V Praze: Triton. Psyché. ISBN 978-80-7387-445-2. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201105/contents/nkc20112183714\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201105/contents/nkc20112183714_1.pdf)

MOKREJŠOVÁ, Lucie., 2011. Rodina v paliativní péči. *Sestra* [online]. **21**(10), 50-52 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

NOVOTNÁ, Lenka a Markéta VALENTOVÁ, 2011. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra* [online]. **21**(1), 26-27 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

ONDRIOVÁ, Iveta a Jana CINOVÁ, 2012. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra* [online]. **22**(10), 38-40 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ, 2011. Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra* [online]. **21**(9), 54-56 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1

PAVELKOVÁ, Helena a Radka BUŽGOVÁ, 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **6**(1), 218-223

[cit. 2018-04-14]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/5-pavelkova-buzgova.pdf>

PELIKÁNOVÁ, Iva, 2011. Holistický pohled na umírání. *Sestra* [online]. **21**(6), 30-32 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

POHLOVÁ, Lucie, Radka. KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2011. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař* [online]. **91**(5), 274-277 [cit. 2018-06-26]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

POLÁK, Viktor., 2012. Jak pomoci nemocnému vyrovnat se s těžkou nemocí? Musíte jít jeho tempem – rozhovor. *Zdravotnické noviny* [online]. **61**(20), 23 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers>

Psychologické aspekty profese sestry, 2015. *Zdravotnictví a medicína. Sestra* [online]. **2015**(5), 21 [cit. 2018-06-30]. ISSN 2336-2987.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, Alena JAVŮRKOVÁ a Jiří KOZÁK, 2013. Kognitivně-behaviorální terapie u umírajících onkologických pacientů. *Onkologie* [online]. **7**(6), 307-309 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1802-4475. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/archiv.php>

REDA, Anita a Jaroslava. VACHOVÁ, 2009. O důstojném umírání: [rozhovor]. *Sestra* [online]. **19**(2), 8-10 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=416055>

REITEROVÁ, Eva, 2016. *Statistika pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci: [www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz). [cit. 2018-06-13]. ISBN 978-80-244-5082-7 (online: PDF). Dostupné z: [https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Statistika\\_pro\\_nelekarske\\_zdravotnicke\\_obory.pdf](https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Statistika_pro_nelekarske_zdravotnicke_obory.pdf)

SUN, Yan, 2014. The role of Chinese medicine in clinical oncology. *Chinese Journal of Integrative Medicine* [online]. **20**(1), 3-10 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1007/s11655-013-1551-2. ISSN 1672-0415. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11655-013-1551-2>

SLÁMA, Ondřej, 2014. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství* [online]. **60**(Suppl 2), 75-79 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/paliativni-medicina-a-dobra-smrt-50237>

SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila PLÁTOVÁ, 2008. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/200810/contents/nkc20081816655\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/200810/contents/nkc20081816655_1.pdf)

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, ©2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

STICHOVÁ, Věra, 2014. Lze na odděleních LDN poskytovat paliativní péči? *Sestra* [online]. **24**(5), 35-37 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201008/contents/nkc20102114777\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201008/contents/nkc20102114777_1.pdf)

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H & H. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1

ŠENKÁROVÁ, Zuzana., 2013. Hodnotící nástroje v paliativní péči. *Sestra* [online]. **23**(2), 38-39 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

ŠKORPÍKOVÁ, Aneta, 2014. *Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester* [online]. Olomouc [cit. 2018-07-01]. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné také z: [https://theses.cz/id/cu00nl/skorpikova\\_aneta\\_DP\\_psychicka\\_pracovni\\_zatez\\_u\\_VS.pdf](https://theses.cz/id/cu00nl/skorpikova_aneta_DP_psychicka_pracovni_zatez_u_VS.pdf)

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, ©2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠVARCOVÁ, Eva, 2009. Psychosociální stres zdravotních sester. *Cesta k modernímu ošetřovatelství* [online]. **XI**, 62-67 [cit. 2018-06-30].

TANĚV, Pavel, 2015. Pacienty je možné "nastartovat" ke kvalitnějšímu životu. *Farmi news* [online]. **13**(4), 14-15 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1214-5017. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/casopis-farminews-archiv>

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

UHROVÁ, Jana, 2005. Podmínky výkonu povolání zdravotní sestry a dalších pracovníků ve zdravotnictví – nelékařů. *Medical tribune* [online]. **1**(8), 26 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1214-8911.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODOVÁ, Šárka, Šárka ROČKOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ, Simona CAKIRPALOGLU, Helena KISVETROVÁ a Jiří VÉVODA, 2016. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty* [online]. **7**(1), 65-79 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1803-9278. Dostupné z: <http://psychkont.osu.cz/index.htm>

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4. Dostupné také z: [http://projekt-vav-fzv.upol.cz/upload/soubory/vystupy\\_ka04/KA04\\_zaklady\\_metodologie\\_vyzkumu.pdf](http://projekt-vav-fzv.upol.cz/upload/soubory/vystupy_ka04/KA04_zaklady_metodologie_vyzkumu.pdf)

VIRDUN, Claudia et al., 2015. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Medicine* [online]. **29**(9), 74-796 [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1177/0269216315583032. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315583032>

WANG, WX, 2008. Prominent personnel. Yu Ren-cun--a famous oncologist in integrative medicine. *Chinese Journal of Integrative Medicine* [online]. **14**(3) s. 232-233 [cit. 2018-04-28]. ISSN 1672-0415. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18938649>

WARE, Bronnie, 2012. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme: jak nám život změnil naši draží, když umírají*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0168-7.

WEBER, Pavel, Dana PRUDIUS a Hana MELUZÍNOVÁ, 2015. Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny. *Vnitřní lékařství* [online]. **61**(12), 1042-1048 [cit. 2018-06-27]. ISSN 0042- 773X. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitni-lekarstvi-clanek/geriatricka-multimorbidita-jeden-z-klicovych-problemu-soucasne-mediciny-57221>

WEBER, Daniel, Janelle M. WHEAT a Geoffrey M. CURRIE, 2011. Integrative oncology in Australia. *Chinese Journal of Integrative Medicine* [online]. **17**(4), 246-250 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1007/s11655-011-0711-5. ISSN 1672-0415. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11655-011-0711-5>

WESA, Kathleen M. a Barrie R. CASSILETH, 2010. Introduction to Section on Integrative Oncology. *Current Treatment Options in Oncology* [online]. **1**(3-4), 70-72 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1007/s11864-010-0133-1. ISSN 1527-2729. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11864-010-0133-1>

WILLS, Jana, 2014. České zdravotnictví málo využívá i nástrojů, které jsou zadarmo – rozhovor. *Zdravotnictví a medicína. Sestra* [online]. **2014**(17), 20-21 [cit. 2018-06-30]. ISSN 2336-2987.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZÁLEŠÁKOVÁ, J. a Radka BUŽGOVÁ, 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství* [online]. **63**(3-4), 113-118 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0032-6291. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-archiv-cisel>

ZÁVADOVÁ, Irena, 2015. Lidé na konci života nestojí o soucit a falešnou naději. Chtějí pravdu – rozhovor. *Florence* [online]. **11**(11), 8-10 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1801- 464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2002. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství* [online]. **3**(3), 128-131 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1212-6721.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, Jaroslava MARTINKOVÁ, Martina PAULOVÁ a Marta SVAČINKOVÁ, 2001. Psychická zátěž zaměstnanců v "pomáhajících profesích" ve

zdravotnictví. *České pracovní lékařství* [online]. **2**(1), 16-20 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1212-6721.

ŽITNÍKOVÁ, Dagmar, 2006. Pod odborným dohledem – co to vlastně znamená? - reakce na článek "Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu", ZDN 20/2006. *Zdravotnické noviny* [online]. **55**(29-30), 18 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0044-1996.



## SEZNAM ZKRATEK

AIM	akutní infarkt myokardu
aj.	a jiné
AM	Alternative Medicine – alternativní medicína
ang.	angličtina
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CAM	doplňková a alternativní medicína
CM	Complementary Medicine – doplňkové léky, čínská medicína
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s..
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
EKG	elektrokardiografie
FF	fyziologické funkce
IO	integrativní onkologie
MBI	Maslach Burn-out Inventory (autorka Ch. Maslachová)
MO	Medical Onkology – lékařská onkologie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
příp.	případně
resp.	respektive
SIO	Society for Integrative Oncology Společnost integrující onkologii
SZ	sociální zařízení
ZZ	zdravotnická zařízení
SZP	střední zdravotnický pracovník
TCM	Traditional Chinese Medicine – tradiční čínská medicína
tzv.	tak zvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

VZP ČR Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

WB Western Medicine – západní biomedicína

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Porovnání zařízení z hlediska pohlaví .....	88
Graf 2 Porovnání zařízení z hlediska místa bydliště .....	89
Graf 3 Porovnání zařízení z hlediska délky úvazku .....	90
Graf 4 Porovnání zařízení z hlediska směnnosti respondentů.....	91
Graf 5 Porovnání zařízení z hlediska charakteru zaměstnání .....	92
Graf 6 Porovnání zařízení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání .....	94
Graf 7 Porovnání zařízení z hlediska jiného druhu studia .....	95
Graf 8 Porovnání zařízení z hlediska volby povolání .....	97
Graf 9 Porovnání zařízení z hlediska rozhodnutí volby stejného zaměstnání.....	98
Graf 10 Porovnání zařízení z hlediska možnosti změny zaměstnání .....	99
Graf 11 Porovnání zařízení z hlediska aspektů vyvolávajících pracovní nespokojenost.....	101
Graf 12 Porovnání zařízení z hlediska přínosu zadostiučinění/satisfakce z práce .....	102
Graf 13 Věk respondentů .....	166
Graf 14 Celková délka zaměstnání sester .....	167
Graf 15 Délka zaměstnání sester na současném pracovišti.....	168
Graf 16 Meisterův dotazník – výpočet hrubého skóru .....	169
Graf 17 1. Test normality proměnné HS (hrubý skór Meister).....	170
Graf 18 2. Test normality proměnné Celková délka praxe .....	170

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Porovnání hrubých skóre Meisterova dotazníku ve zdravotnických a sociálních zařízeních.....	104
Tabulka 2 Porovnání průměrných hodnot faktorů a hrubého skóre Meisterova dotazníku výzkumného souboru s normami uvedenými v Meisterově metodě hodnocení pracovní zátěže .....	104
Tabulka 3 Výsledky Spearmanovy korelační analýzy pro posouzení závislosti celkové délky praxe, vzdělání sester a hodnocení pracovní zátěže .....	105
Tabulka 4 Fáze umírání podle E. Kübler-Rossově .....	139
Tabulka 5 Věk respondentů.....	171
Tabulka 6 Porovnání zařízení z hlediska pohlaví.....	171
Tabulka 7 Porovnání zařízení z hlediska místa bydliště .....	172
Tabulka 8 Porovnání zařízení z hlediska délky úvazku .....	172
Tabulka 9 Porovnání zařízení z hlediska směnnosti respondentů.....	172
Tabulka 10 Porovnání zařízení z hlediska charakteru zaměstnání.....	172
Tabulka 11 Porovnání zařízení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání .....	173
Tabulka 12 Porovnání zařízení z hlediska jiného druhu studia.....	173
Tabulka 13 Celková délka zaměstnání sester.....	173
Tabulka 14 Délka zaměstnání sester na současném pracovišti .....	174
Tabulka 15 Porovnání zařízení z hlediska volby povolání .....	175
Tabulka 16 Porovnání zařízení z hlediska rozhodnutí volby stejného zaměstnání.....	175
Tabulka 17 Porovnání zařízení z hlediska možnosti změny zaměstnání .....	175
Tabulka 18 Porovnání zařízení z hlediska aspektů vyvolávajících pracovní nespokojenost.....	175
Tabulka 19 Porovnání zařízení z hlediska přínosu zadostiučinění/satisfakce z práce .....	176
Tabulka 20 Celková percipovaná psychická pracovní zátěž sester zdravotnických zařízení .....	176
Tabulka 21 Celková percipovaná psychická pracovní zátěž sester sociálních zařízení.....	177

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Věk úmrtí .....	136
Obrázek 2 Příčina úmrtí podle typu zdravotnického zařízení .....	137
Obrázek 3 Věk pacienta v době hospitalizace.....	138

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Pohled na paliativní péči

Příloha 2 Statistické údaje – posun „věk úmrtí“ do nejvyšší věkové kategorie

Příloha 3 Statistické údaje – příčina úmrtí podle typu zdravotnického zařízení

Příloha 4 Statistické údaje – průměrný věk a medián pacientů v následné péči

Příloha 5 Tabulka - Fáze umírání podle E. Kübler-Rossové

Příloha 6 Lidská duše pohledem PhDr. Dany Klevetové

Příloha 7 Rozhovor s Anitou Reda – českou sestrou trvale žijící i pracující v Anglii

Příloha 8 Meisterův dotazník + Dotazník pro sestry

Příloha 9 Souhlasy organizací s provedením dotazníkového šetření

Příloha 10 Grafy pro porovnání zařízení při zpracování metrických proměnných (věk respondentů, celková délka zaměstnání sester, délka zaměstnání sester v současném pracovišti a Meisterův dotazník – výpočet hrubého skóru)

Příloha 11 Testy normality

Příloha 12 Tabulky k výsledkům dotazníkového šetření

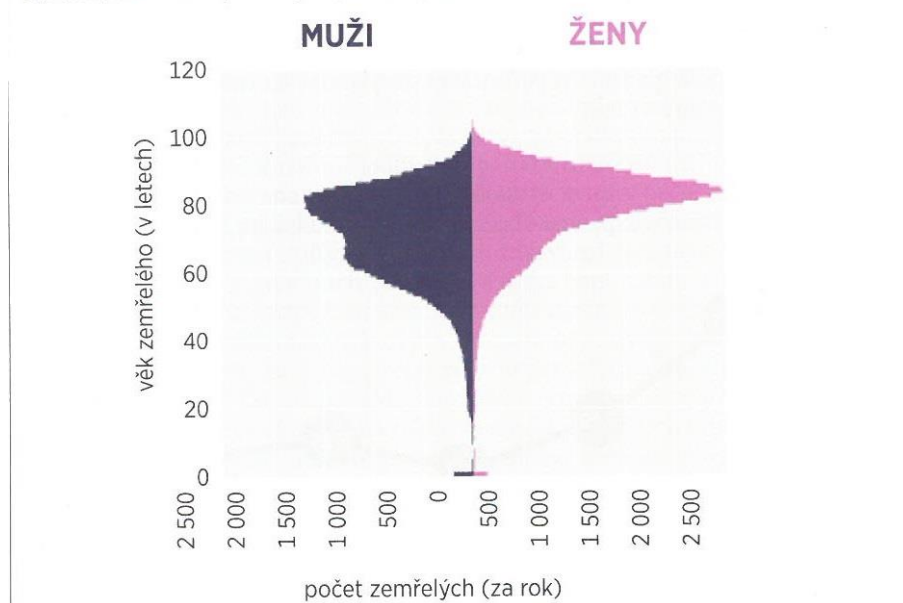
## **Příloha 1** Pohled na paliativní péči

„94letá paní Marta byla propuštěna z chirurgického oddělení před týdnem. Byl jí diagnostikován pokročilý nádor žlučových cest, metastázy v retroperitoneu, játrech a plicích. Má těžkou hypalbuminemii, srdeční selhání stádia C/D, dekubit II. stupně na sakru, chronické ledvinné selhání s glomerulární filtrací 0,55 ml/s. Díky péči domácího hospice a výrazné podpoře rodiny a osobní profesionální asistentky žije již tři měsíce doma a vítá mě při návštěvě slovy: „Je to fajn, sice je všechno na dceři, ale už jsem to přijala...“ Chvilí musí pro dušnost přestat, pak dodá: „Dala bych si trochu piva, Zdenko, kup prosím zmrzlinu.“ Koukám na její statečnost a říkám si, jak asi (a zda vůbec) by svou důstojnost udržela – v plné závislosti na péči – v nemocnici“ (Kabelka, 2017, s. 22). Zkušenost MUDr. Ladislava Kabelky, Ph.D. v rámci jeho 20leté praxe ve zdravotnictví, kdy po celou dobu pečoval o křehké, nevléčitelně nemocné pacienty (Kabelka, 2017, s. 13).

## Příloha 2 Statistické údaje – posun „věk úmrtí“ do nejvyšší věkové kategorie

Obrázek 1 Věk úmrtí

V České republice umírá ročně více než 100 tisíc lidí. Podle odhadů ze zahraničních dat potřebuje paliativní péči více než 70 % z nich. K tomu je třeba přidat také skupinu nemocných, kteří žijí dlouhodobě v nedobré kvalitě života s postupně se zhoršujícími chronickými nemocemi, většinou současně. Klasickým případem je postupná progresse imobilizačního syndromu u většinou neurologických onemocnění, syndrom demence, polymorbidita vyššího věku. Neznamená to, že tito nemocní potřebují paliativní péči 24/7 s komplexním multidisciplinárním týmem, ale obecné paliativní postupy by měly být v plánování péče zakomponovány.



(Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013, n = 324 197) (Kabelka, 2017, str. 28)



### Příloha 3 Statistické údaje – příčina úmrtí podle typu zdravotnického zařízení

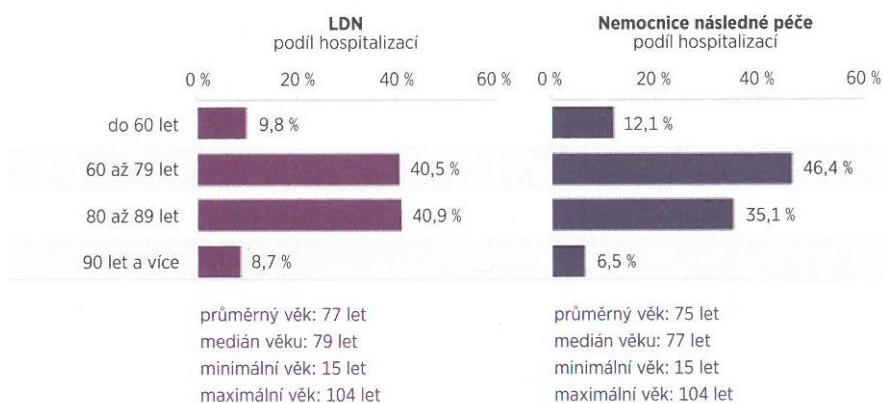
Obrázek 2 Příčina úmrtí podle typu zdravotnického zařízení

Příčina úmrtí	nemocnice/ fakultní nemocnice	nemocnice následné péče/ LDN	hospic	ostatní zdravotnická zařízení
zhoubné novotvary	28,1	22,4	84,5	23,3
srdeční onemocnění včetně cerebrovaskulárních onemocnění	39,1	50,9	8,6	42,9
respirační onemocnění	5,2	3,0	0,4	5,5
úrazy, otravy	3,1	3,2	0,3	3,5
diabetes mellitus	2,8	3,3	0,4	2,4
onemocnění ledvin	2,7	1,5	0,4	1,6
neurodegenerativní onemocnění	0,4	0,7	0,5	0,6
Alzheimerova nemoc, demence a senilita	0,1	0,4	0,0	0,6
onemocnění jater	0,0	0,0	0,0	0,0
HIV/AIDS	0,0	0,0	0,0	0,0
ostatní	18,3	14,9	4,8	19,6
	n = 156 337	n = 29 842	n = 8146	n = 24 982

(Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013, NRHOSP – zemřeli ve zdravotnickém zařízení, n = 202 690) (Kabelka, 2017, s. 29)

## Příloha 4 Statistické údaje – průměrný věk a medián pacientů v následné péči

Obrázek 3 Věk pacienta v době hospitalizace



(Zdroj: ÚZIS, NRHOSP 2012-2014) (Kabelka, 2017, s. 35)

## Příloha 5 Tabulka. Fáze umírání podle E. Kübler-Rossové

Tabulka 4 Fáze umírání podle E. Kübler-Rossové

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	<b>Negace</b> šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	<b>Agrese</b> hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	<b>Smlouvání</b> vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	<b>Deprese</b> smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	<b>Smíření</b> souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

(Zdroj: Dubcová, 2011, s. 45)

## **Příloha 6** Lidská duše pohledem PhDr. Dany Klevetové

„Díky ošetřování a doprovázení umírajících v domácím prostředí jsem pochopila důležitost pravdy, naučila se více si vážit skutečných lidských hodnot, naučila se trpělivosti a pokoře. Pochopila jsem roli doprovázejícího, kdy musím především respektovat postoj, který si nemocný zvolil sám k sobě. Byla jsem otevřená, přiznala si vlastní bezmoc vůči smrti a byla sama překvapená, že si nemocní více váží mé otevřenosti a já se je nemusím snažit obelhávat. Pokud pacienti chtěli hovořit o své smrti, nebála jsem se to téma přijmout. Pokud chtěli hrát svou hru a mluvit o tom, co všechno ještě chtějí udělat, a já vím, že jim tyto myšlenky dávaly sílu překonat nevyhnutelné, sama jsem tyto naděje podporovala a těšila se s nimi. Byla to bezpečnější cesta než v nemocniční péči, kdy jsem byla závislá na tom, jakou prognózu sdělí lékař a jaký směr nastaví. V domácím prostředí nebylo tolik křiku a tolik strachu jako na nemocničním lůžku, ani tolik mé bezmoci vůči umírání a obav ze setkání s příbuznými a rozhovoru s ostatními nemocnými na pokoji a na jejich otázky, kdy „přijdou na řadu oni“. Umírání v nemocnici je daleko depresivnější než doma, nemocný je osamělejší, ačkoli je mezi tolika lidmi, ztrácí se mezi přístroji. V nemocnici bylo mnoho okamžiků, zvláště při nočních službách, kdy jsem nemohla být u lůžka umírajícího tolik času, kolik si přál nebo kolik ho potřeboval. Ne všichni odcházeli v klidu a smíření. Mnoho nemocných se brání smrti, křičí a volají o pomoc, potřebují mít někoho u sebe a od nich já musím odejít za dalším zvoněním, protože i tam je člověk“ (Klevetová, 2013, s. 41).

**„Liverpool Care Pathway (LCP) neboli Liverpolský ošetrovatelský komplex zbraňuje umírajícího nejen bolestí, ale i opuštěnosti a strachu z blížíící se smrti. Jaké s tím máte konkrétní zkušenosti?**

Ve své pravé podobě se v naší nemocnici používá relativně krátce, ale jeho obdoba funguje už roky. Je potřeba si uvědomit, že LCP je určena opravdu striktně pro poslední chvíle života umírajícího. Může to být pouze několik hodin, ale i několik dní. V žádném případě se nejedná o eutanazii. Aby se mohlo přejít na paliativní péči, tedy LCP, musí pacient striktně splňovat daná kritéria. Hlavním cílem LCP je zajistit nemocnému, nyní již umírajícímu člověku, maximální komfort. Přítomnost příbuzných či kaplana je samozřejmostí. Největší důraz je kladen na léčbu bolesti, nevolnost, svalové křeče či nadměrnou tvorbu sekretu v dýchacích cestách. Samozřejmostí je péče o čistotu těla. Pokud si rodina přeje, může péči provádět sama (vyjma administrace léků). Tato praxe dává rodině, když už není jiná cesta, čas se na nadcházející smrt blízkého připravit, a lépe se tak s ní vyrovnat. Rodina může strávit čas se svým blízkým a říct si, co si nestihli říct dříve, zavzpomínat, odpustit si a rozloučit se posledním sbohem. Přísně se respektuje přání umírajícího, například i pokud chce umírat sám, ale většina lidí neumírá sama. Všechno záleží na dohodě. Jednou se nám však stalo, že umírala paní s rozvětvenou rodinou a všichni chtěli být u ní, což samozřejmě nebylo možné, a tak jsme stanovili takový harmonogram, podle něhož se u jejího lůžka všichni spravedlivě střídali. Nicméně právě tato pacientka se asi po třech dnech paliativní péče zlepšila natolik, že se přešlo opět na aktivní léčbu. Pokud vím, pacientka přežila a možná i díky přítomnosti svých milujících získala sílu k dalšímu životu. Tento případ je zlatou výjimkou, která potvrzuje pravidlo. Většina pacientů v době paliativní péče umírá. Víte, je moc hezké, když vám rodina, která ztratila svého blízkého, přijde třeba o týden později poděkovat za vaši dobrou péči, protože jejich blízký umřel důstojně, bez bolestí a v jejich přítomnosti.

**\* Naši zdravotníci mají povinnost o nemocného aktivně pečovat až do konce, ale i oni a příbuzní nemocného často cítí, že mnohé úkony jsou už pro pacienta zatěžující a určitě by jasný a standardní model paliativní péče uvítali...**

Mně nejvíc vadí, že nemocný nemá sám právo říct, co by chtěl. V tom vidím největší problém v ČR. Jsou lidé, kteří chtějí do poslední chvíle bojovat, a na druhé straně jsou lidé, kteří to vzdají a chtějí snesitelně zemřít. Nemocný by měl mít možnost se rozhodnout. Proč nemocného zatěžovat bolestivými vpichy a provádět krevní testy nebo ho „trápit“

infuzemi, které ho už obtěžují a nepřinášejí mu kýženou úlevu. Pokud vím, LCP nebo její varianty se používají v různých zemích světa. Například nedávno se naše nemocnice podílela na transformaci LCP do Indie. Zdravotnický personál v Anglii je multikulturní, lékaři i sestry pocházejí z různých koutů zeměkoule a většina z nich je tomuto modelu nakloněna. Asi nejčastější námitkou proti je, že pokud chce pacient zemřít, proč by měl odejít do nemocnice? Jenže něco jiného je umírat sám doma v krutých bolestech, i když s pomocí uklidňujících léků a v rodinném kruhu. V těchto případech navíc vzniká riziko, že příbuzní mohou mít problémy s tím, že neposkytnou dostatečnou pomoc.

**\* Setkala jste se také s opuštěnými umírajícími, přestože mají rodinu? Jaký je přístup příbuzných k paliativní péči?**

Ve valné většině jsou příbuzní přítomni. Je možné, že je rodina natolik zaneprázdněna, že v nemocnici nemůže být dvacet čtyři hodin denně, a tak si příbuzní přejí být kontaktováni v kteroukoli denní či noční hodinu, kdyby se stav zhoršil. Pak přicházejí třeba ve tři hodiny ráno. Za svoji čtyřletou praxi jsem se setkala pouze s jednou nebo dvěma rodinami, kde nikdo nechtěl být kontaktován. Samozřejmě je možné paliativní péči odmítnout, což se občas stává. Hlavní slovo ale má pacient, pokud ještě komunikuje. Tam rodina rozhodovat nemůže. Pokud je však například pacient zmatený a sám není schopen se rozhodnout a rodina si přeje pokračovat v aktivní péči, je toto přání respektováno. Jestliže však pacient dosáhne například semikomatózního stavu, příbuzní většinou už neprotestují a přechází se na paliativní péči. Někdy trvá déle, než rodina přijme fakt, že jim blízký člověk umírá, a tak si přeje 1-2 dny pokračovat v aktivní léčbě, než se adaptuje na novou situaci a získá jiný náhled. Nejdůležitější je komunikace jak s pacientem, tak potom i s rodinou, a ta je převážně na sestřích.

Několik slov o autorce:

**Česká sestra v britském zdravotnictví**

Anita Reda, všeobecná zdravotní sestra, absolvovala v roce 2001 na Vyšší zdravotnické škole v Brně a pracovala na standardním endokrinologickém oddělení a poté na JIP metabolické péče na II. interní klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Později chtěla poznat zahraniční pracoviště, a proto odcestovala do Velké Británie. Tady se také vdala. Manžel, původně úspěšný obchodník, však obchodní dráhu opustil a nyní také pracuje v nemocnici (NHS) a práce ho moc baví. O společném přestěhování do Čech zatím neuvažují. Kdoví, možná později, ale už do vzdělávacího systému, kterého si u nás velmi cení. Po útrapách, které přináší registrace v anglickém zdravotnictví (Nursing and

Midwifery Council, NMC), nyní již více než tři roky pracuje v nemocnici v Brightonu (Brighton and Sussex University Hospitals, NHS Trust) - původně na nefrologii a v současné době na neurochirurgické jednotce intenzivní péče (Hurstwood Park Neurological Centre). Zároveň studuje ošetrovatelství na brightonské univerzitě (University of Brighton)“ (Reda a Vachová, 2009, s. 8-10).

## **Příloha 8** Meisterův dotazník + Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, studuji na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci navazující magisterské studium, ošetrovatelská péče v interních oborech. Cílem výzkumu mé diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester pečujících, při svém fyzicky i psychicky náročném povolání, o pacienty/klienty v terminálním stádiu nemoci, pracujících ve zdravotnických i sociálních zařízeních Zlínského kraje (např. domovy pro seniory, charity, interní, neurologická, onkologická a geriatrická oddělení, apod.).

Tímto Vás chci poprosit o vyplnění dotazníku. Jedná se o standardizovaný Meisterův dotazník, v českém jazyce, určený pro všeobecné sestry v pracovním procesu (ve směnném i jednosměnném provozu), které jsou vzdělány podle platné legislativy ČR, poskytující ošetrovatelskou péči umírajícím v období minimálně uplynulého půl roku a jsou ochotné spolupracovat na výzkumu. Tím, že dotazník musí být stejný pro všechny zúčastněné, nebudou možná některé formulace ideální. Dotazník je doplněn o nezbytné údaje, týkající se Vašeho pracovního zařazení, typu oddělení, na kterém pracujete, a to tak, aby mohly být získané údaje efektivně zpracovány. Veškerá data budou anonymní.

Vážená kolegyně, kolego, velmi Vám děkuji za čas, který jste dotazníku věnoval/a a přeji Vám do další práce hodně sil, zdraví, ale především uspokojení i radost z každého úspěchu.

Přeji Vám hezký den

Michaela Podsedníčková



# HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE DLE MEISTERA

## DOTAZNÍK SUBJEKTÍVNEHO HODNOCENÍ PRÁCE PODLE MEISTERA

Datum:

Pracoviště:

Pohlaví: Ž/M

Věk:

Pracovní zařazení:

**Prosím, přečtěte si pečlivě každý výrok a označte křížkem tu odpověď, která nejlépe vystihuje Vaše pocity při práci.**

		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
		Ano, úplně souhlasím	Spíše ano	Nevím, někdy ano, někdy ne	Spíše nesouhlasím	Ne, vůbec nesouhlasím
<b>1.</b>	<b>Při práci mívám často pocit časového tlaku</b>					
<b>2.</b>	<b>Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a</b>					
<b>3.</b>	<b>Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky</b>					
<b>4.</b>	<b>Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující</b>					
<b>5.</b>	<b>V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby</b>					
<b>6.</b>	<b>Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje</b>					
<b>7.</b>	<b>Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost</b>					
<b>8.</b>	<b>Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného</b>					
<b>9.</b>	<b>Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost</b>					
<b>10.</b>	<b>Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností</b>					

## DOTAZNÍK PRO SESTRY

Prosím, doplňte údaje nebo označte pouze jednu možnost, a to tu, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru.

1. **Věk** .....
2. **Pohlaví** .....
3. **Místo bydliště**
  - a) vesnice
  - b) město do 10 000 obyvatel
  - c) město od 10 000-35 000 obyvatel
  - d) město nad 35 000 obyvatel
4. **Pracoviště, kde pracujete zařízení /oddělení:**
  - a) interní oddělení
  - b) neurologické oddělení
  - c) onkologické oddělení
  - d) geriatrické oddělení
  - e) domov pro seniory
  - f) charita
  - g) jiné: .....
5. **Zaměstnaná/ý jste na:**
  - a) plný úvazek
  - b) poloviční úvazek
  - c) méně než poloviční úvazek
6. **Pracujete:**
  - a) na jednu směnu, kratší než 8 hod. /den
  - b) na 8-hodinové směny
  - c) na 12-hodinové směny
  - d) jiné, uveďte .....
7. **Práce v nemocnici je mým jediným zaměstnáním:**
  - a) ano
  - b) ne
8. **Pokud není práce v nemocnici Vaším jediným zaměstnáním, prosím, uveďte:**
  - a) místo dalšího zaměstnání .....
  - b) druh zaměstnání .....
  - c) úvazek.....
  - d) směnnost.....
9. **Vzdělání (nejvyšší v oboru):**
  - a) středoškolské
  - b) bakalářské z ošetrovatelství
  - c) bakalářské jiné, uveďte obor.....
  - d) magisterské z ošetrovatelství
  - e) magisterské jiné, uveďte obor .....
  - f) \*vyšší odborné, uveďte obor.....

**10. Jiný druh studia souvisejícího se zaměstnáním:**

- a) odborný kurz, uveďte název .....
- b) certifikační kurz, uveďte název .....
- c) specializační studium, uveďte obor .....
- d) jiné, uveďte.....

**11. Uveďte, kolik let pracujete celkem jako sestra .....**

**12. Uveďte, kolik let pracujete v současném zaměstnání .....**

**13. Co rozhodlo, že jste se stal/a sestrou?**

- a) náhoda, nějaká událost
- b) přesvědčení rodičů
- c) do jiné školy jsem se nedostal/a
- d) touha pomáhat jiným
- e) prestiž, důležitost povolání
- f) jiné, uveďte.....

**14. Kdybyste se měl/a nyní rozhodnout pro zaměstnání, rozhodl/a by jste se stejně?**

- a) určitě/rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne,
- d) určitě/rozhodně/ ne

**15. Kdyby se Vám naskytla možnost, změnil/a by jste toto zaměstnání?**

- a) určitě/rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě/rozhodně/ ne

**16. Který z níže uvedených aspektů v práci vyvolává ve Vás nespokojenost?**

- a) špatná atmosféra v zaměstnání
- b) nízký plat /nedostatečné finanční ohodnocení
- c) nízká úroveň /status/ profese
- d) velká zodpovědnost
- e) omezená samostatnost při rozhodování, která souvisí s ošetrovatelstvím
- f) nevhodné chování přímých nadřízených
- g) nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných
- h) směnnost práce
- i) velká fyzická a psychická pracovní zátěž
- j) neustálý kontakt s utrpením a smrtí
- k) nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem
- l) jiné, doplňte .....

**17. Přináší Vám práce, kterou vykonáváte dostatečné zadostiučinění/satisfakci?**

- a) určitě /rozhodně/ ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě /rozhodně/ ne

## Příloha 9 Souhlasy organizací s provedením dotazníkového šetření

V Holešově dne: 22.2.2018

### **Žádost o provedení výzkumného šetření v Krajské nemocnici T. Bati, a.s.**

(Havlíčkovo nábřeží 2916, 760 01 Zlín)

Vážená paní Šmakalová,

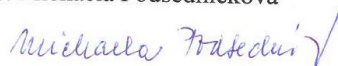
dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení ..... *KNTB, g. s.* .....

S provedením výzkumného šetření:

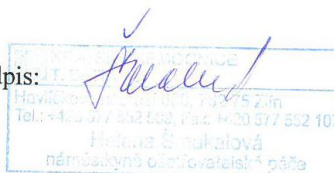
Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: *12.8. 2018*

Podpis:



V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Domově pro seniory Lukov**

(příspěvková organizace, Hradská 82, 763 17 Lukov u Zlína)

Vážená paní Bambuchová,

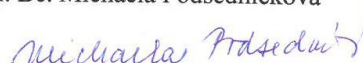
dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 28.2.2018

Podpis:

*Zaš*

Centrum PRO SENIORY LUKOV  
příspěvková organizace  
753 17 Lukov - Hradská 82  
IČO 708 50 941 (2)

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Charitě sv. Anežky Otrokovice**

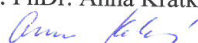
(Na Uliče 1617, 765 02 Otrokovice)

Vážená paní magistro Cívelová,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková





Vyjádření vedení .....

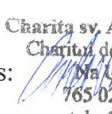

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 28.2.2018

Charita sv. Anežky Otrokovic  
Charitní domov Otrokovic  
Podpis:    
Na uličce 1617  
765 02 Otrokovic  
tel.: 577 112 039

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Senior Otrokovice**

(příspěvková organizace, K.Čapka 1615, 765 02 Otrokovice)

Vážená paní Bartoňková,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení ..... *s výzkumným záměrem souhlasím* .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: *1. 5. 2018*

Podpis:

*Božena*  
**SENIOR Otrokovice, p.o.**  
K. Čapka 1615, Otrokovice  
tel.: 576 771 682  
poskytovatel sociálních služeb  
IČZ: 82996008

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Centru pro seniory Zahrada**

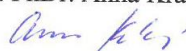
(A. Bartoše 1700, 768 61 Bystřice pod Hostýnem)

Vážená paní magistro Krutilová,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 6. 3. 2018

Podpis: 

Centrum pro seniory Zahrada, o.p.s.  
A. Bartoše 1700  
768 61 Bystřice pod Hostýnem  
IČ: 292 95 327

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Kroměřížské nemocnici a.s.**

(Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž)

Vážená paní Christovová,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 6. 3. 2019

Podpis:

  
Marie Christyová



V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Domově pro seniory U Moravy**

(Erbenovo nábřeží 4262/2b, 767 01 Kroměříž)

Vážená paní magistro Marková,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková





Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 9. 1. 2015

Podpis:   
SOCIALNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE  
příspěvková organizace  
Dům pro seniory U Moravy  
767 01 Kroměříž, Erbšovo nám. 4230  
IČO 71193430, DIČ CZ71193430  
vedoucí - tel. 573 503 658

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Charitě Holešov**

(Tovární 1407, 769 01 Holešov)

Vážený pane řediteli Jelínku,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:

Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

Datum: 9. 3. 2018

Podpis:



**Charita Holešov**

Tovární 1407  
769 01 HOLEŠOV  
IČ 47930063 DIČ CZ47930063  
Telefon 573 398 468

V Holešově dne: 22.2.2018

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Centru pro seniory Holešov**

(příspěvková organizace, Příční 1475, 769 01 Holešov)

Vážená paní ředitelko Šťastná,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou II. ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit míru intenzity zátěže sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle zjišťují, zda je míra intenzity zátěže sester ovlivněna délkou praxe a vzděláním. Vedoucí diplomové práce je PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného standardizovaného Meisterova dotazníku v českém jazyce, distribuovaného všeobecným sestrám. Sběr dotazníků bude realizován do obálky (zajištění anonymity). Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků uchovány dle zvyklostí fakulty a následně skartovány, tím bude zajištěna anonymita dat.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D



Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Michaela Podsedníčková



Vyjádření vedení .....

S provedením výzkumného šetření:


Souhlasím bez výhrad

Souhlasím po doplnění

Nesouhlasím

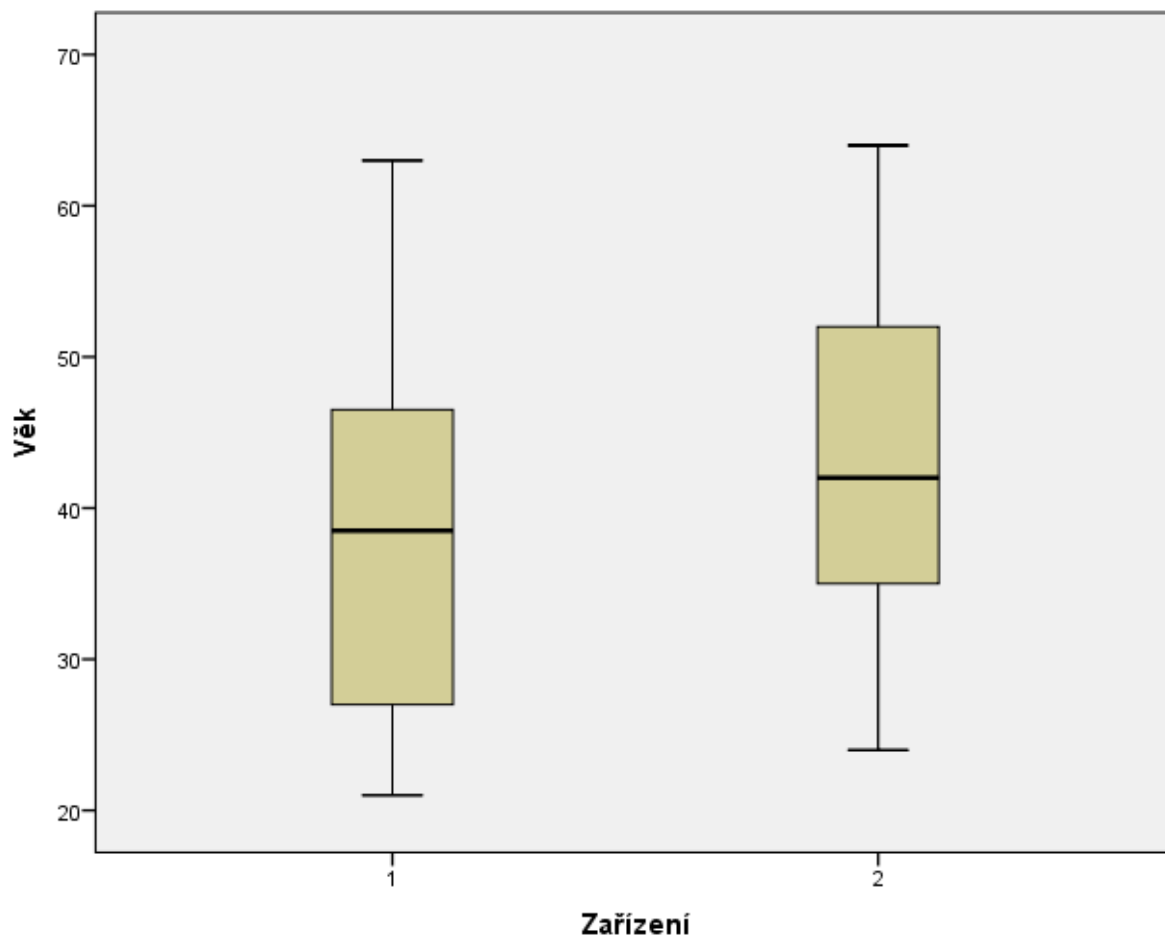
Datum: 12. 3. 2018

Podpis: 

Centrum pro seniory,   
příspěvková organizace  
Příční 1475, 769 01 Holešov  
Tel: 573 397 755 IČO: 47984531

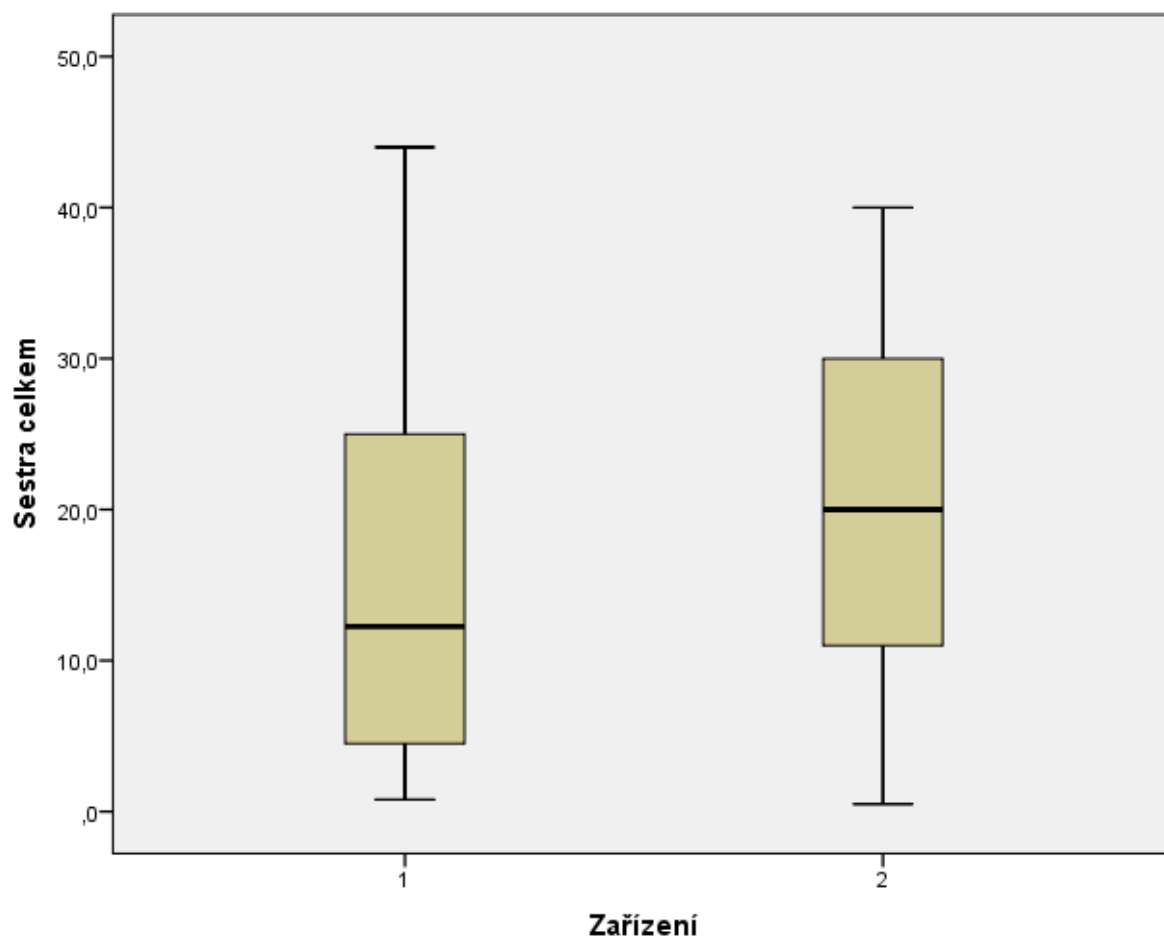
**Příloha 10** Grafy pro porovnání zařízení při zpracovávání metrických proměnných (věk respondentů, celková délka zaměstnání sester, délka zaměstnání sester v současném pracovišti a Meisterův dotazník – výpočet hrubého skóru)

Graf 13 Věk respondentů



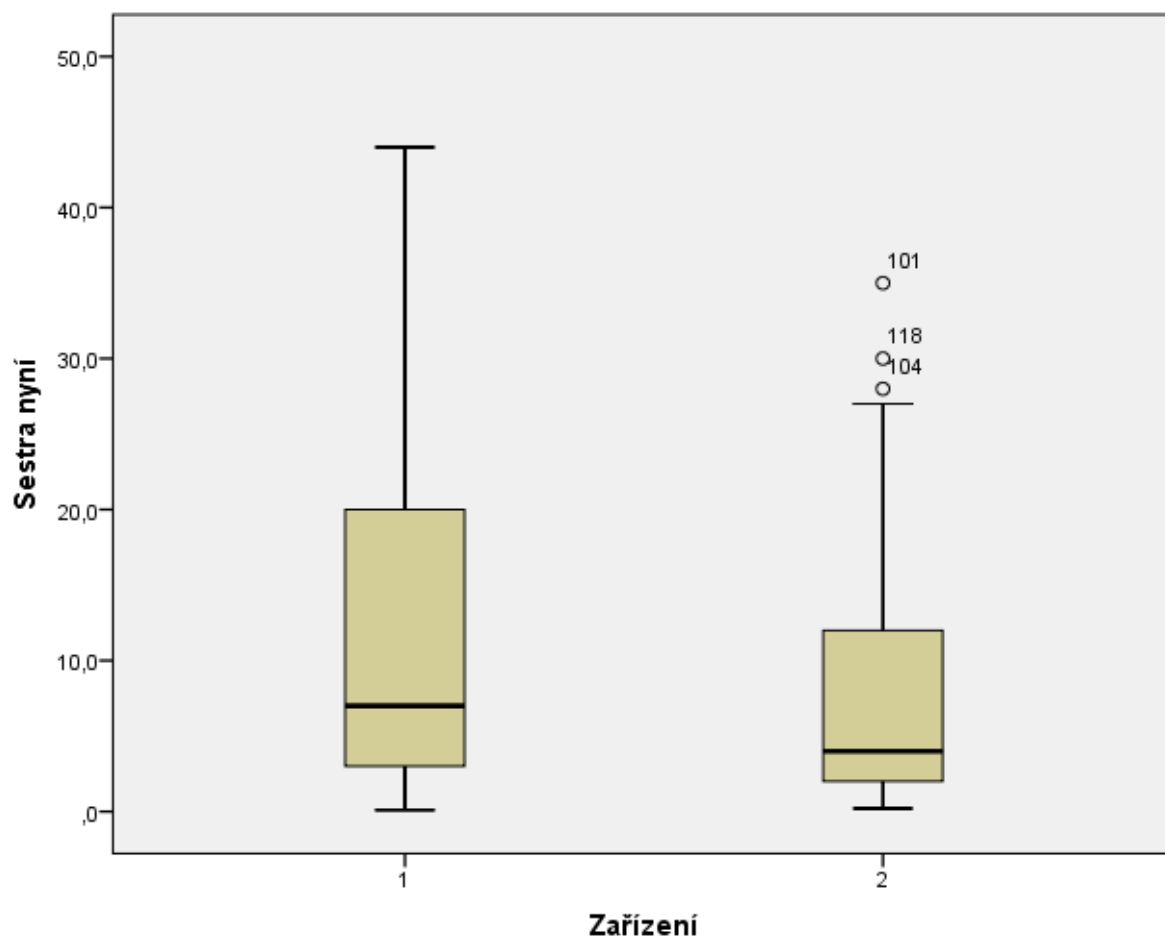
Legenda ke grafu: 1 - zdravotnická zařízení; 2 - sociální zařízení

Graf 14 Celková délka zaměstnání sester



Legenda ke grafu: 1 - zdravotnická zařízení; 2 - sociální zařízení

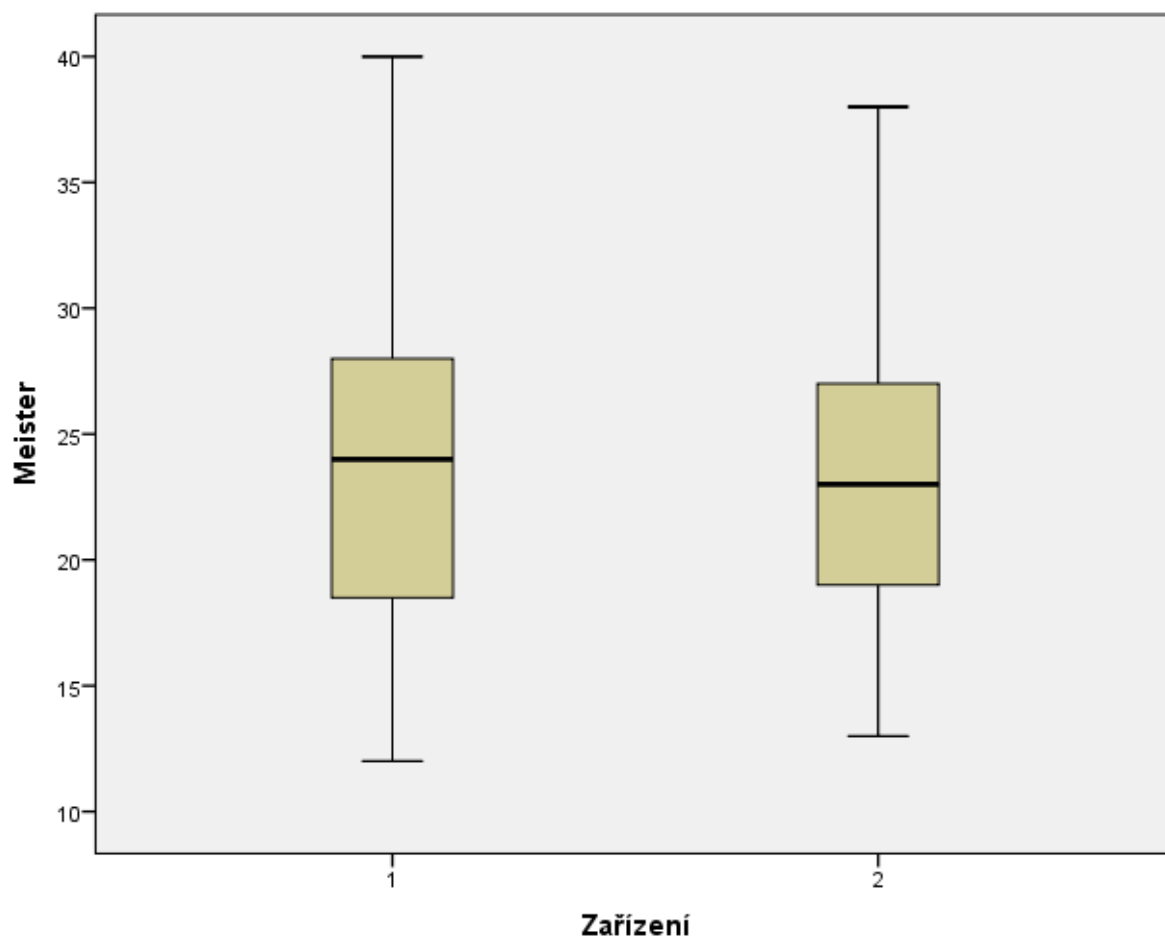
Graf 15 Délka zaměstnání sester na současném pracovišti



Legenda ke grafu: 1 - zdravotnická zařízení; 2 - sociální zařízení



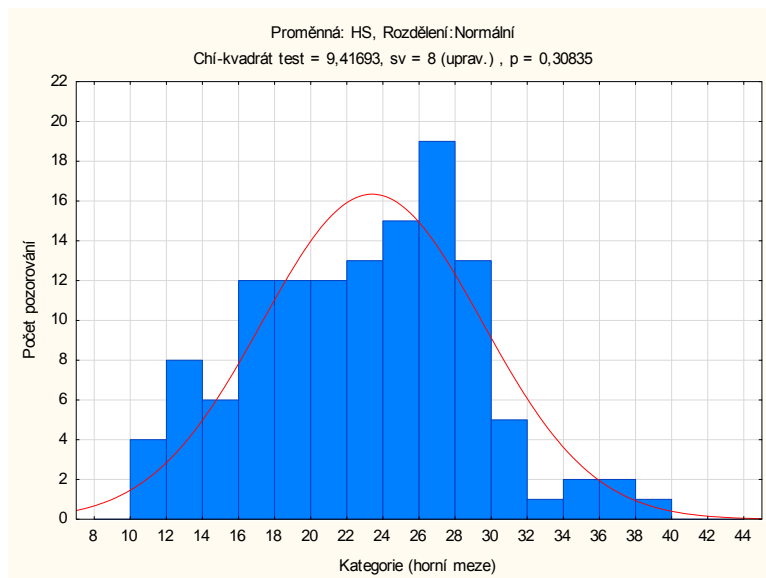
Graf 16 Meisterův dotazník – výpočet hrubého skóru



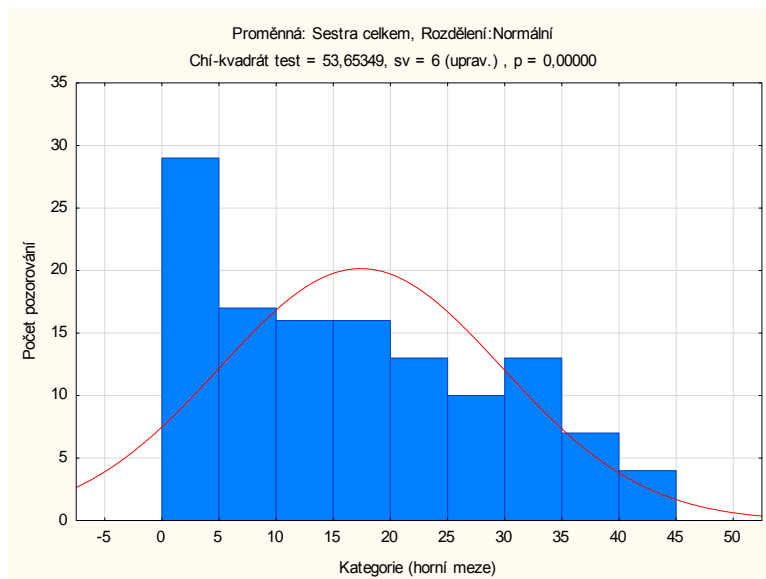
Legenda ke grafu: 1 - zdravotnická zařízení; 2 - sociální zařízení

## Příloha 11 Testy normality

Graf 17 1. Test normality proměnné HS (hrubý skór Meister)



Graf 18 2. Test normality proměnné Celková délka praxe



## Příloha 12 Tabulky k výsledkům dotazníkového šetření

Tabulka 5 Věk respondentů

			Statistic	Std. Error	
Věk:	ZZ	Mean	38,68	1,342	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36,01	
			Upper Bound	41,36	
		5% Trimmed Mean	38,33		
		Median	38,50		
		Variance	136,779		
		Std. Deviation	11,695		
		Minimum	21		
		Maximum	63		
		Range	42		
	Interquartile Range	20			
	Skewness	,335	,276		
	Kurtosis	-,874	,545		
	SZ	Mean	42,53	1,531	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39,45	
			Upper Bound	45,61	
		5% Trimmed Mean	42,53		
		Median	42,00		
		Variance	114,879		
		Std. Deviation	10,718		
Minimum		24			
Maximum		64			
Range		40			
Interquartile Range	18				
Skewness	-,044	,340			
Kurtosis	-,874	,668			

Tabulka 6 Porovnání zařízení z hlediska pohlaví

Pohlaví respondentů			Celkový součet
	ZZ	SZ	
1-ženy	73	48	121
2-muži	3	1	4
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 7 Porovnání zařízení z hlediska místa bydliště

Místo bydliště respondentů	ZZ	SZ	Celkový součet
Vesnice	25	21	46
Město do 10 000 obyvatel	14	12	26
Město 10 000- 35 000 obyvatel	16	15	31
Město nad 35 000 obyvatel	21	1	22
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 8 Porovnání zařízení z hlediska délky úvazku

Délka úvazku respondentů	ZZ	SZ	Celkový součet
Plný úvazek	67	41	108
Poloviční úvazek	6	6	12
Méně než poloviční úvazek	3	2	5
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 9- Porovnání zařízení z hlediska směnnosti respondentů

Směnnost respondentů	ZZ	SZ	Celkový součet
Na jednu směnu, kratší než 8 hod./den	5	3	8
Na 8-hodinové směny	16	13	29
Na 12-hodinové směny	55	24	79
Jiné, uveďte		9	9
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 10 Porovnání zařízení z hlediska charakteru zaměstnání

Charakter zaměstnání	ZZ	SZ	Celkový součet
Ano	72	42	114
Ne	4	7	11
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 11 Porovnání zařízení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání

<b>Vzdělání respondentů (nejvyšší)</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Středoškolské	38	33	71
Bakalářské z ošetřovatelství	20	5	25
Magisterské z ošetřovatelství	3	3	6
Vyšší odborné	15	8	23
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 12 Porovnání zařízení z hlediska jiného druhu studia

<b>Jiný druh studia</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Odborný kurz	4	5	9
Certifikační kurz	17	10	27
Specializační studium	20	3	23
Jiné	35	31	66
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 13 Celková délka zaměstnání sester

			Statistic	Std. Error
Celková délka zaměstnání sester	ZZ	Mean	16,089	1,4749
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 13,151	Upper Bound 19,028
		5% Trimmed Mean	15,474	
		Median	12,250	
		Variance	165,326	
		Std. Deviation	12,8579	
		Minimum	,8	
		Maximum	44,0	
		Range	43,2	
		Interquartile Range	20,8	
		Skewness	,638	,276
		Kurtosis	-,752	,545
	SZ	Mean	19,480	1,6288
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 16,205	Upper Bound 22,754
		5% Trimmed Mean	19,481	
		Median	20,000	
		Variance	129,989	

Std. Deviation	11,4013	
Minimum	,5	
Maximum	40,0	
Range	39,5	
Interquartile Range	19,5	
Skewness	,011	,340
Kurtosis	-1,163	,668

Tabulka 14 Délka zaměstnání sester na současném pracovišti

		Statistic	Std. Error		
Délka zaměstnání sester na současném pracovišti	ZZ	Mean	11,900	1,3606	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 9,190	Upper Bound 14,610	
		5% Trimmed Mean	10,882		
		Median	7,000		
		Variance	140,687		
		Std Deviation	11,8612		
		Minimum	,1		
		Maximum	44,0		
		Range	43,9		
		Interquartile Range	17,0		
		Skewness	1,159	,276	
		Kurtosis	,302	,545	
		SZ	Mean	8,500	1,2850
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 5,916	Upper Bound 11,084
			5% Trimmed Mean	7,668	
		Median	4,000		
		Variance	80,904		
		Std. Deviation	8,9947		
		Minimum	,2		
		Maximum	35,0		
		Range	34,8		
		Interquartile Range	11,0		
		Skewness	1,346	,340	
		Kurtosis	,978	,668	

Tabulka 15 Porovnání zařízení z hlediska volby povolání

<b>Volba povolání</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Náhoda, nějaká událost	13	5	18
Přesvědčení rodičů	3	4	7
Do jiné školy jsem se nedostal/a	1	1	2
Touha pomáhat jiným	36	29	65
Prestiž, důležitost povolání	15	7	22
Jiné, uveďte.....	8	3	11
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 16 Porovnání zařízení z hlediska rozhodnutí volby stejného zaměstnání

<b>Volba stejného zaměstnání</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Určitě/rozhodně/ ano	23	10	33
Asi ano	36	32	68
Asi ne	11	5	16
Určitě/rozhodně/ ne	6	2	8
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 17 Porovnání zařízení z hlediska možnosti změny zaměstnání

<b>Možnost změny zaměstnání</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Určitě/rozhodně/ ano	2	2	4
Asi ano	17	11	28
Asi ne	43	26	69
Určitě/rozhodně/ ne	14	10	24
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 18 Porovnání zařízení z hlediska aspektů vyvolávajících pracovní nespokojenost

<b>Aspekty vyvolávající pracovní nespokojenost</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Špatná atmosféra v zaměstnání	7	6	13
Nízký plat /nedostatečné finanční ohodnocení	11	4	15
Nízká úroveň /status/ profese	5	1	6
Velká zodpovědnost	3	4	7
Nevhodné chování přímých	5	3	8

nadřizovaných			
Nedostatečný počet sester (jiného personálu) vzhledem k počtu a stavu nemocných	23	17	40
Směnnost práce	2	1	3
Velká fyzická a psychická pracovní zátěž	15	6	21
Neustálý kontakt s utrpením a smrtí	1	3	4
Nemožnost souladu pracovních nároků s osobním životem	3	4	7
Jiné	1		1
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 19 Porovnání zařízení z hlediska přínosu zadostiučinění/satisfakce z práce

<b>Přínos zadostiučinění/satisfakce z práce</b>	<b>ZZ</b>	<b>SZ</b>	<b>Celkový součet</b>
Určitě /rozhodně/ ano	18	16	34
Asi ano	45	28	73
Asi ne	11	3	14
Určitě /rozhodně/ ne	2	2	4
<b>Celkový součet</b>	<b>76</b>	<b>49</b>	<b>125</b>

Tabulka 20 Celková percipovaná psychická pracovní zátěž sester zdravotnických zařízení

	Statistic	Std. Error
Meisterův	Mean	23,45
dotazník	95% Confidence Interval Lower Bound	22,05
ZZ	Upper Bound	24,85
	5% Trimmed Mean	23,43
	Median	24,00
	Variance	37,531
	Std. . Deviation	6,126
	Minimum	12
	Maximum	40
	Range	28
	Interquartile Range	10
	Skewness	-,102
	Kurtosis	-,472



Tabulka 21 Celková percipovaná psychická pracovní zátěž sester sociálních zařízení

		Statistic	Std. Error
Meisterův dotazník SZ	Mean	23,35	,875
	95% Confidence Interval		
	Lower Bound	21,59	
	Upper Bound	25,11	
	5% Trimmed Mean	23,12	
	Median	23,00	
	Variance	37,523	
	Std. Deviation	6,126	
	Minimum	13	
	Maximum	38	
	Range	25	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	,409	,340
	Kurtosis	-,008	,668