Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Pocit profesionálního selhání a bezmoci sester pracujících v paliativní péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jiří Beneš

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Pocit profesionálního selhání a bezmoci sester pracujících v paliativní péči“ jsem vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019 ……

Poděkování

Chtěl bych tímto způsobem upřímně poděkovat prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za to, že vedla moji diplomovou práci a byla mi vždy ochotná poradit a pomoci s jejím zpracováním.

Pocit profesionálního selhání a bezmoci sester pracujících v paliativní péči

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce se zabývá tématem pocitu profesionálního selhání a bezmoci sester pracujících v paliativní péči. Cílem naší práce bylo zjistit, zda mají sestry vykonávající paliativní péči často pocity profesionálního selhání a bezmoci. Zjistit, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje osobní život sester. Zjistit, zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření. Zjistit s jakými problémy se nejčastěji setkávají sestry v rámci vykonávání paliativní péče. V souvislosti s výše zmíněnými cíli jsme si stanovili tyto výzkumné otázky. Jak ovlivňuje prostředí paliativní péče osobnost sestry a její život? Jaké faktory ovlivňují výkon práce sestry v paliativní péči? Jaké okolnosti vedly probandy k tomu, aby si zvolili povolání sestry a zaměření na paliativní péči? Jaké jsou sestrami nejčastěji uváděné zátěžové situace? Jak souvisí pracovní zátěž s pocitem bezmoci u dotazovaných sester? Jaké metody pomohly dotazovaným sestrám při vyrovnávaní se s zátěžovými situacemi souvisejícími s vykonáváním paliativní péče?

K provedení výzkumného šetření jsme si vybrali kvalitativní přístup s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo 15 probandů, z čehož 8 z nich byly sestry setkávající se s paliativní péčí mimo hospicová zařízení, a dalších 7 byly sestry z hospiců.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že vykonávání paliativní péče má velký vliv na život sester. Tento vliv však není vždy jenom negativní. Dotazované obvykle vnímají práci jako velmi psychicky náročnou a těžko oddělitelnou od osobního života. I přes to by si sestry svoje povolání vybraly znovu. Při vykonávání paliativní péče mají často pocity bezmoci. Pocity selhání však přichází pouze za určitých situací a spíše výjimečně. Beznaděj sestry obvykle nepociťují. Za nejhorší a nejčastější zátěž ve své práci považují konflikty na pracovišti, emocionální zátěž, zhoršení zdravotního stavu klientů, úmrtí klientů, komunikaci s rodinou zemřelého, velkou zodpovědnost, nepochopení se s klientem nebo jeho rodinou, psychické vypětí, péči o zmatené klienty, péči o agresivně se chovající klienty, péči o klienty, u kterých se nedaří utišit bolesti, úmrtí mladých klientů, nesmíření klienta nebo jeho rodiny s nevyléčitelnou nemocí a neinformovanost klienta v souvislosti s vážností jeho zdravotního stavu. Naše práce poukazuje na vnímání

náročnosti práce v paliativní péči, která úzce souvisí se syndromem vyhoření. Otevírá tak prostor pro další výzkumy zaměřující se na syndrom vyhoření a psychosociální zátěž u sester pracujících v paliativní péči. Získané informace slouží také jako analýza stavu, pocitů a spokojenosti sester vykonávajících paliativní péčí. Na podkladě získaných informací obeznámíme vedení daných oddělení a zařízení s problémy, které jejich zaměstnanci řeší v souvislosti s pracovní zátěží při vykonávání paliativní péče. Dalším výstupem bude případně přednáška na vhodné konferenci.

Klíčová slova

Paliativní péče; pocit bezmoci; psychická zátěž; sestra; stres

The Sense of Professional Failure and Helplessness of Nurses Working in Palliative Care

Abstract

The thesis deals with the effects of professional failure and helplessness experienced by nurses working in palliative care. The objectives of this thesis were to find out whether nurses often suffer from the negative feelings, to examine the influence of the job on their personal lives, to identify the most common problems related to their jobs and to find out if they regret choosing this type of job. To achieve these objectives, the following questions were asked: What is the influence of palliative care environment on nurses' lives and personalities? What factors influence nurses' professional performance? Why did they choose this type of job? What are the most stressful situations they experience? Does the workload make them feel helpless? What helps the nurses cope with stressful situations?

We used qualitative research methods and conducted half structured interviews with fifteen research participants; eight of them work in non-hospice palliative care and seven participants work in hospices.

The research results showed that palliative care has an influence on nurses' personal lives to a large extent; however, not only in negative ways. The research participants find their jobs mentally demanding and hard to separate from personal lives but they do not regret choosing the job. The participants responded that they often feel helpless but not hopeless. The feeling of failure is rather rare and occurs only under specific conditions. The most common and serious problems the participants encounter were characterized as conflicts at work, work stress, patient´s worsening state of health or patient's death, communication with family of a patient who passed away, big responsibility, misunderstandings with patients or their families, taking care of confused or aggressive patients and of patients with persisting pain, death of a young patient, patient's inability to find reconciliation with their condition or patient's unawareness of their state of health. This thesis also outlines a close relationship between high demands of palliative care and burnout syndrome and could be used for further research on this topic. Simultaneously, the data received from the research participants provides an analysis of palliative care nurses' feelings and work satisfaction and will be communicated to the management of

given facilities. The findings of this work could be also presented at a conference in the future.

Key words

Palliative care; helplessness; work stress; nurse; stress

Obsah:

Úvod ... **9**

1. Současný stav ... **10**

1.1 Thanatologie a paliativní péče z pohledu sestry ... 10

1.1.1 Rozdělení paliativní péče ... 12

1.1.2 Historie a současnost paliativní péče v České republice ... 13

1.1.3 Místa poskytování paliativní péče ... 15

1.1.4 Role sestry v paliativní péči ... 18

1.1.5 Potřeby klientů v rámci paliativní péče ... 19

1.1.6 Poslední týdny a dny nevyléčitelně nemocného ... 21

1.1.7 Etika v paliativní péči z pohledu sestry ... 23

1.1.8 Potřeby sester pracujících v paliativní péči ... 25

1.2 Vliv stresu na práci sestry v paliativní péči ... **27**

1.2.1 Psychická zátěž u sester pracujících v paliativní péči ... 27

1.2.2 Projevy nadměrné psychické zátěže ... 29

1.2.3 Pocit neschopnosti a bezmoci v profesi sestry ... 30

1.2.4 Prevence stresu a pocitu bezmoci ... 30

1.2.5 Zvládání stresu a psychické zátěže v profesi sester ... 32

2. Cíle práce a výzkumné otázky ... **34**

3. Metodika ... **35**

3.1 Použité metody ... 35

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru ... 35

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku ... 36

4. Výsledky výzkumného šetření ... **38**

4.1 Hodnocení vlivu prostředí paliativní péče na osobní život sester ... 40

4.2 Hodnocení postoje probandů k povolání sestry a zaměření na paliativní péči ... 46

4.3 Hodnocení pocitu selhání a bezmoci u sester vykonávajících paliativní péči ... 51

4.4 Vyhodnocení problémů vznikajících při poskytování paliativní péče ... 55

5. Diskuze ... **67**

6. Závěr ... **73**

7. Seznam literatury ... **75**

8. Seznam příloh ... **81**

Úvod

Psychosociální zátěž v práci sestry je jedním ze základních faktorů, které ovlivňují náročnost tohoto povolání. Dochází k ní v důsledku psychické náročnosti práce, velkých požadavků a nedostatečné pozitivní sociální odezvy. Proto také často přichází pocity bezmoci a pracovní demotivace.

Zejména v oblasti paliativní péče je sestra vystavena obrovské psychické zátěži. Vznik pocitů bezmoci a profesionálního selhání je ovlivněn zejména osobnostními faktory, zvýšeným pocitem zodpovědnosti a dalšími osobními dispozicemi. V rámci paliativní péče se navíc sestry často začínají snažit za každou cenu zvrátit stav nevyléčitelně nemocného a jeho úmrtí pak vidí jako svoje selhání. To mnohdy vede ke zvyšujícím se nárokům na sebe, neschopnosti požádat druhého o pomoc, ovlivnění soukromého života a také k velké míře stresu. Průzkumy ve zdravotnictví ukázaly, že na prvních místech oborů, kde dochází k nejvyšší psychické zátěži jsou právě hospice a onkologická oddělení.

Cílem naší práce bude zjistit, zda mají sestry vykonávající paliativní péči často pocity profesionálního selhání a bezmoci, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje osobní život sester, zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření a také s jakými problémy se sestry v rámci vykonávání paliativní péče nejčastěji setkávají.

Diplomová práce bude rozdělena do dvou částí. Teoretická část bude založena na poznatcích z oblasti paliativní péče, thanatologie a znalostech z problematiky stresu a psychické zátěže v rámci profese všeobecné sestry. Tato část bude rozdělena do kapitol a podkapitol, které spolu úzce souvisí a vzájemně na sebe navazují. V empirické části budeme za pomoci rozhovorů zjišťovat psychickou zátěž sester pracujících na paliativní péči.

1. Současný stav

1.1 Thanatologie a paliativní péče z pohledu sestry

Onkologická a chronická onemocnění představují v současné době jednu z nejvýraznějších zdravotních hrozeb. Těmito nemocemi je zatíženo více než 80% lidí starších 65 let a mají na svědomí až 86% všech úmrtí. Z tohoto důvodu je paliativní péče nezbytnou součástí zdravotnictví (Sláma et al., 2011).

Mlýnková (2010) udává, že paliativní péče má mnoho různých definic. Obecně je však označována jako aktivní komplexní péče, která je zaměřená především na kvalitu života klientů trpících smrtelnou nevyléčitelnou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stádiu (Mlýnková, 2010). Vždy musí být vykonávána adekvátně, komplexně a s ohledem na komfort a kvalitu života klienta (Silveira et al., 2016). Přistupujeme k ní tehdy, když daná nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Jedná se o péči, která si již nepokládá za cíl uzdravení klienta, ale snaží se účinně rozpoznávat a tlumit jak utrpení samotného nemocného, tak jeho rodiny (Carvalho da Silva et al., 2017). Zaměřujeme se při ní nikoli jen na tělo, ale také na psychické, sociální a duchovní potřeby každého klienta (Nováková, 2012). K nemocnému je vždy volen multidisciplinární přístup bez ohledu na to, zda klient přijímá danou péči v nemocnici, hospici nebo u něj doma (Kupka, 2014).

Definice paliativní péče se obvykle vyhýbají onálepkování, jakým je název péče o umírající, protože paliativní péče jako taková by měla být používána i před posledními dny a týdny života nemocného. S paliativní péčí se prolíná a úzce souvisí paliativní medicína, která je u nás od roku 2009 uznána jako samostatný specializační lékařský obor (Kupka, 2014).

Vorlíček et al. (2012) uvádí, že principy paliativní péče jsou dobře využitelné u mnoha případů chronických onemocnění. Paliativní péče má více než blízko k péči podpůrné. Ta se rovněž zaměřuje především na kvalitu života nemocných v průběhu choroby a na zmírnění obtíží vyvolaných samotnou nemocí nebo její léčbou. Paliativní péči proto můžeme vnímat jako podpůrnou péči o klienty s nevyléčitelným onemocněním v pokročilém nebo terminálním stádiu. Označení „paliativní“ je také časté pro výkony a léčebné metody, které jsou realizovány v rámci péče o nevyléčitelně nemocné. Příkladem je pojmenování paliativní chemoterapie nebo paliativní radioterapie (Vorlíček et al., 2012).

Paliativní péče by si vždy měla dávat za úkol splnění následujících cílů. Má být především zaměřená na nemocného klienta a prospěšně, bezpečně, včasně, spolehlivě a také efektivně zmírňovat jeho utrpení (Bužgová, 2015). Jako zdravotníci bychom si také měli uvědomit, že při rozhodování o konkrétních postupech v péči o nevyléčitelně nemocného klienta je nutné respektovat především jeho přání (Marková, 2010).

Mezi hlavní principy paliativní péče patří ochrana důstojnosti nevyléčitelně nemocných. Úspěšné zvládání bolesti a dalších tíživých příznaků závěrečných stádií nemoci. Podpora života, při které je však umírání vnímáno jako přirozený a nevyhnutelný proces, který se nesnažíme oddálit ani urychlit. Základ této péče je tvořen interdisciplinární spoluprací s lékařskými, ošetřovatelskými, psychologickými, sociálními a spirituálními aspekty (Rosser et al., 2013). Je zaměřena na poskytování opory nejen nemocným, ale také jejich rodině a nejbližším. Vždy by měla vycházet z potřeb a přání klientů. Neméně důležitý je význam rodiny a přátel v rámci péče o klienty. Cílem je kvalitní péče, která pomáhá nemocnému zvládat bolesti, utrpení a strach (Breitbart et al., 2014).

Matzo et al. (2014) uvádí, že multidisciplinární tým podílející se na paliativní péči se skládá z lékařů různých profesí, sociálních pracovníků, všeobecných sester, rehabilitačních pracovníků, psychologů, psychiatrů, duchovních a dobrovolníků. Celý tým spolupracuje také s rodinou nemocných (Matzo et al., 2014).

Hlouběji se problematikou smrti zabývá vědecký obor, který se nazývá thanatologie. Jedná se o interdisciplinární obor, který je rozptýlen do široké řady klasických oborů. Mezi ně patří například psychologie, filozofie, lékařství, ošetřovatelství, teologie, sociologie a další (Kelnarová, 2007). Thanatologie se samostatně nepřednáší, ale je využívána a aplikována např. při lekcích pro všeobecné sestry nebo lékaře v rámci předmětů jako je etika nebo psychologie. Jde o důležitou součást výuky, která má za cíl naučit budoucí zdravotníky vhodné empatické vnímání umírajícího (Špatenková, 2014). Učí také zdravotníky a lékaře vnímat smrt a umírání jako přirozenou a nevyhnutelnou součást života, nikoliv jako jejich selhání, což může mít velmi zásadní vliv na prevenci syndromu vyhoření.

Dnešní zdravotnictví se naneštěstí příliš často zaměřuje na samotnou nemoc a méně již na klienta, kterého postihla (Haškovcová, 2007). Ulrichová (2009) uvádí, že smrt je přirozená a nevyhnutelná, tudíž je nerozumné vnímat jí za všech okolností jako selhání a prohru. Smrt patří k životu stejně jako narození, a i když má moderní zdravotnictví

ohromné možnosti, nemělo by usilovat o úplné zastavení přirozeného cyklu. Naneštěstí se v kontextu chybného vnímání toho, že nevyléčení klienta znamená za všech okolností selhání medicíny, zdá paliativní péče méně hodnotná, než je tomu ve skutečnosti (Ulrichová, 2009).

Možná i kvůli dnešnímu vyspělému zdravotnictví je smrt více tabuizovaná, jak laickou, tak i odbornou veřejností. Z laického pohledu se smrt podobá něčemu ošklivému, co se nehodí a nepatři do úspěšného života. Odbornou veřejností je do jisté míry chápána jako vada na kráse jinak úspěšného zdravotnictví (Špatenková, 2014). Podle Haškovcové (2007) má dnešní tabuizace smrti mnoho příčin. Faktem však je, že smrt je dnes chápána jako nevyhnutelný, přesto však nevhodný jev, který se nehodí do našeho světa, který je založen na moderní vědě a technice. V důsledku tohoto chybného vnímání může ve zdravotnictví docházet k případům takzvané dystanázie. Dystanázie neboli zadržená smrt znamená používání zdravotní péče za účelem udržet nevyléčitelně nemocného klienta za každou cenu naživu namísto toho, aby byla zvolena pro situaci vhodnější paliativní péče (Haškovcová, 2007).

1.1.1 Rozdělení paliativní péče

Často se můžeme setkat s názorem, že paliativní péče znamená to samé jako hospicová péče. Toto tvrzení je však zcela mylné. Hospicová péče je poskytována pouze klientům hospiců. Do těchto zařízení se však dostane jen malý počet nevyléčitelně nemocných. Proto by měli být všichni zdravotníci schopni poskytnout kvalitní paliativní péči i mimo tato zařízení. Paliativní péče je tedy odborná péče o nevyléčitelně nemocné, která může probíhat kdekoliv. Rozdělujeme ji na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Marková, 2010).

Sláma et al. (2013) udává, že obecnou paliativní péči by mělo zvládnout poskytnout jakékoliv zdravotnické zařízení v oblasti své specializace. Patří k ní vyhodnocování stavu daného klienta, monitorace, rozhodování o postupu léčby a poskytnutí péče s cílem zlepšit kvalitu klientova života (Sláma et al., 2013). Paliativní péče je v současnosti považována za pevnou součást ošetřovatelské praxe bez ohledu na její specializaci (Robinson et al., 2017).

Specializovaná paliativní péče je prováděna v zařízeních, která jsou na ni primárně zaměřena. Je od nich vyžadován personál, který je na tuto péči vyškolený. Množství

zaměstnanců tu v poměru k počtu klientů bývá větší než na jiných odděleních. Služby paliativní péče by v těchto zařízeních měly být také dostupné prostřednictvím více forem. Jedná se například o péči doma, v nemocnici, v pečovatelském době, v ambulantní péči apod (Skála et al., 2011). Specializovaná zařízení mají také důležitou úlohu při podpoře ostatních zdravotníků poskytujících paliativní péči a měli by jim umožňovat konzultace. Jako specializované zařízení označujeme oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulantní paliativní péči, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče, například poradny apod. Specializovaných zařízení je u nás naneštěstí velmi málo, proto je paliativní péče většinou poskytována mimo ně (Sláma et al., 2013).

1.1.2 Historie a současnost paliativní péče v České republice

V období starověku a středověku nebyla péče o nevyléčitelně nemocné obvykle prováděna v institucích. Častější bylo, že se o nemocného starali doma s pomocí ranhojiče, který za nemocným docházel. V menší míře se o umírající staraly nemocnice zřízené při klášterech. V odborných lékařských kruzích nebyla péče o nevyléčitelně nemocné příliš zmiňovaným tématem. V této době se lékaři snažili řešit především infekční nemoci, které měly na svědomí obrovské epidemie (Plevová et al., 2011).

Bužgová (2015) uvádí, že na paliativní péči se naše zdravotnictví začalo více zaměřovat až po roce 1989. Zdravotníci měli totiž konečně možnost čerpat zkušenosti v zahraničí. V devadesátých letech bylo na našem území zřízeno několik hospiců. Úplně první byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno roku 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. V současnost již naneštěstí nefunguje. Aktuálně je velká snaha o zřizování domácí hospicové péče. Naše zdravotnictví je v tomto ohledu naneštěstí omezeno způsobem úhrad této péče. Rozvoj paliativní péče tu proto probíhá poměrně pomaleji než v některých sousedních státech (Bužgová, 2015).

Tomeš et al. (2015) udává, že na rozšíření hospiců u nás se do velké míry podílela doktorka Marie Svatošová, která založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Toto sdružení pojmenovala Ecce Homo. Jeho zásluhou byl postaven hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V současnosti je u nás v republice aktivní lůžkový hospic v každém kraji kromě Vysočiny (Tomeš et al., 2015). Lůžkové hospice v České republice se nejčastěji starají o klienty s onkologickými onemocněními. Průměrná délka péče o klienta v hospici je necelých 24 dní. Z celkového počtu chronicky

nemocných klientů, kteří by potřebovali paliativní péči, umírá v hospicích jen 3,8 % z nich. Dostupnost specializované paliativní péče je u nás tedy stále nedostatečná a dostane ji jen zlomek potřebných (Kabelka et al., 2016).

V odborné literatuře se o paliativní péči a thanatologii začala od roku 1989 zmiňovat profesorka Halena Haškovcová. V oblasti lékařství se o ní zajímal především profesor Jiří Vorlíček ve své knize Paliativní medicína. První rozsáhlejší výzkum v oblasti paliativní péče u nás proběhl v letech 2003 až 2004. Na jeho základě bylo poukázáno na některé nedostatky v této oblasti péče. V roce 2004 byla sepsána Koncepce paliativní péče v ČR, za účelem zkvalitnění a zlepšení organizace této péče v rámci zdrojů, které máme k dispozici. V této koncepci jsou mimo jiné určeny také možnosti a místa vhodná pro poskytování paliativní péče (Bužgová, 2015).

Za posledních několik let začaly vznikat kromě lůžkových hospiců také ambulance onkologické paliativní péče. Dále byl brán zřetel i na možnost využití domácích hospiců. Odborníci začali v posledních letech poukazovat na nutnost zařazení paliativní péče do geriatrie (Plevová et al., 2011). K dalšímu rozšíření paliativní péče u nás přispěla Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která byla založená v roce 2005. V roce 2007 vydala za pomoci Nadace občanské společnosti tzv. Standardy hospicové paliativní péče, jejichž cílem je definování požadavků, které by měli splňovat všichni její poskytovatelé. Vytvoření těchto standardů představuje další krok vedoucí ke zkvalitnění paliativní péče v naší zemi (Tomeš et al., 2015).

Dalším důležitým milníkem v péči o nevyléčitelně nemocné je rok 2009, ve kterém byla založena Česká společnost paliativní medicíny. Ta si dala za cíl rozvíjet vzdělání a klinickou práci v této oblasti. Česká společnost paliativní medicíny je také členem Evropské asociace paliativní péče (Bužgová, 2015). Mezi její aktivity patří mimo konference v oblasti paliativní medicíny také vytvoření dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015. Tato strategie byla vypracována na základě podobných mezinárodních dokumentů, které se zabývají paliativní péčí. Mezi tyto dokumenty patří, například Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Evropská sociální charta a Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Cílem strategie je především zajistit dostatečný počet pečujících osob a také zaručit důstojný odchod ze života všem klientům s nevyléčitelným onemocněním (Tomeš et al., 2015).

Nejvíce klientů u nás v současné době umírá v nemocnicích. Jedná se až o 58% všech úmrtí. Dalších 9% úmrtí se dostaví v léčebnách dlouhodobě nemocných. Doma umírá asi 21% lidí. Jedná se ovšem nejčastěji o nečekaná úmrtí. Očekávaných úmrtí v domácím prostředí je méně. Tvoří zhruba jen 5 – 10% všech případů úmrtí. Podle těchto čísel není pochyb o tom, že je paliativní péče naprosto nezbytnou složkou ve zdravotnictví (Kabelka et al., 2016). Výzkum, který v roce 2011 zjišťoval, v jakém prostředí by si občané České Republiky přáli zemřít, ukázal, že si nejvíce lidí přeje umírat v domácím prostředí. Z tohoto důvodu by mělo být rozšiřování domácí hospicové péče jedním z hlavních cílů paliativní péče do budoucna (Tomeš et al., 2015).

1.1.3 Místa poskytování paliativní péče

Kabelka et al. (2016) uvádí, že v České republice jsou nejčastějším místem úmrtí nemocných klientů lůžková zařízení akutní a následné péče. Tito klienti jsou obvykle v posledních měsících života opakovaně hospitalizováni. V lůžkových zařízeních naneštěstí neprobíhá žádný systematický sběr dat, který by se zaměřoval na kvalitu paliativní péče. Podle kazuistik je patrné, že jsou velké rozdíly mezi kvalitou péče v různých zařízeních i v odděleních jednoho zařízení. S přihlédnutím ke svědectvím klientů a jejich rodin se ukazuje, že u značného počtu nemocných není účinně mírněna bolest a další negativní symptomy nemoci, komunikace týkající se plánu péče a prognózy je nedostatečná a psychické, sociální a spirituální potřeby klientů nejsou zohledňovány (Kabelka et al., 2016).

Dalším problémem je, že ve značném počtu zdravotnických zařízení nemají dostatečné vybavení k poskytování kvalitní paliativní péče. Obvykle je zde úplná absence soukromí klientů a chybí také vhodné zázemí pro blízké nemocného. K dalším nedostatkům patří to, že velký počet nemocnic akutní a následné péče nemá vytvořené příslušné standardy pro paliativní péči. Zvykem zde není ani pracovat s individuálními plány paliativní péče (Bužgová, 2015). Můžeme tedy s politováním říct, že kvalita paliativní péče v těchto zařízeních závisí na náhodných proměnných a prozatím není dobře hodnotitelná. Z tohoto důvodu nemusí být kvalitní paliativní péče vždy jistotou (Kabelka et al., 2016).

Vhodnějším místem k poskytování paliativní péče se ukazují být lůžkové hospice. Tyto specializované jednotky poskytují lůžkovou péči pro nevyléčitelně nemocné. Umožňují také stálou přítomnost rodiny nemocného klienta. Hospice mají personál, který je zvláště připravován na péči o nevyléčitelně nemocné a jejich rodiny. Jejich cílem je vytvořit

maximálně komfortní prostředí, které by klientům připomínalo domov. Hospice jsou dostatečně vybaveny jak po personální, tak technické stránce (Tomeš et al., 2015). Nejsou to jen zdravotnická, ale rovněž i sociální zařízení. Je zde tudíž poskytováno také sociální poradenství, které má pomoci rodinám a blízkým nevyléčitelně nemocných. Hospice se od jiných zdravotnických lůžkových zařízení liší tím, že se specializují výhradně na péči o nevyléčitelně nemocné jejichž onemocnění je v konečném stádiu. Je zde proto hodně vidět snaha o zajištění co možná nejpokojnějšího odchodu pro tyto klienty. Nejčastěji využívají služeb hospiců onkologicky nemocní. Není však pravidlem, že by všichni klienti v těchto zařízeních zemřeli. Mnohdy se po částečném zlepšení zdravotního stavu vrací do domácí péče (Svatošová, 2008).

Paliativní péče může probíhat také v ambulantním a domácím prostředí. Největší podíl na ambulantní péči mají všeobecní praktiční lékaři a ambulantní specialisté. Z jednotlivých kazuistik a analýzy hospitalizací nemocných klientů můžeme usuzovat, že se tato péče potýká s různými nedostatky. Mezi ně patří například špatná koordinace této péče. Klienti jsou mnohdy vyšetřováni a pozorováni větším množstvím odborných ambulancí, které spolu však vzájemně příliš nekomunikují. Často není jasné, jaký lékař je zodpovědný za vytvoření léčebného plánu. Stále také není zažitým pravidlem práce s individuálním plánem paliativní péče (Kabelka et al., 2016). Mezi další nevýhody této péče patří to, že lékař je k zastižení pouze ve své pracovní době. Pokud tedy klient v terminálním stádiu nemoci potřebuje něco akutně i mimo tuto dobu, musí se to obvykle řešit hospitalizací v nemocnici (Marková, 2010).

V rámci péče v domácím prostředí může nevyléčitelně nemocného klienta navštěvovat domácí ošetřovatelská péče. I přes její velkou kvalitu trpí i ona nevýhodou špatné dostupnosti. V paliativní péči bohužel nejsou jasně stanoveny postupy, podle kterých by měla být realizována (Marková, 2010). Proto i zařízení, která by měla vykonávat domácí hospicovou péči, občas charakterem své služby připomínají spíše obecnou paliativní ošetřovatelskou péči a neumí efektivně řešit možné komplikace a změny progredujícího onemocnění. Podobně jako paliativní péče v nemocnici je i kvalita ambulantní paliativní péče velmi variabilní a závisí na mnoha náhodných faktorech (Kabelka et al., 2016).

Specializovanou ambulantní paliativní péči vykonávají ambulance paliativní medicíny. Ty by měly mít lékaře specialisty vzdělané v oblasti paliativní medicíny a léčby bolesti. Tyto ambulance realizují péči o nevyléčitelně nemocné klienty v pokročilých nebo

konečných stádiích jejich onemocnění (Marková, 2010). Vedou konzilia jejichž cílem je vytváření plánu paliativní péče, rozhodování o změnách léčby z kurativní na paliativní apod. Obvykle se snaží velice úzce spolupracovat s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče, s praktickými lékaři, duchovním, psychoterapeutem, s poskytovateli domácí ošetřovatelské péče a dalšími pracovníky, kteří se podílejí na péči o nevyléčitelně nemocné klienty (Bužgová, 2015). Paliativní plán péče, který by měl být s pomocí ambulance paliativní medicíny vytvořen, má zahrnovat klientův klinický stav, jeho přání, případně i tzv. dříve vyslovená přání a také předpokládané prognózy. Specializovaná ambulantní paliativní péče je považovaná za výborný prostředek pro celkový rozvoj paliativní péče. Prozatím je však tato služba značně limitována ze strany zdravotních pojišťoven (Marková, 2010).

Další možností péče o nevyléčitelně nemocné je mobilní specializovaná paliativní péče. Ta představuje komplexní formu ambulantní paliativní péče, na které se podílí multidisciplinární paliativní tým, a to přímo v domácím prostředí. Tento tým má za úkol zajistit po 24 hodin denně kontinuální kvalitní zdravotní péči a také sociální, psychologickou a spirituální podporu pro klienta i jeho blízké. Efektivnost mobilní specializované paliativní péče byla v roce 2015-2016 ověřována a prokázalo se, že díky ní se podaří v domácím prostředí dožít více než devadesáti procentům jejích klientů (Kabelka et al., 2016). Ukázalo se také, že personál pracující v rámci mobilní specializované paliativní péče zvládá účinně zmírňovat bolest a ostatní příznaky související s konečným stádiem nemoci. Tento typ péče je u nás stále teprve v zárodku. Z tohoto důvodu ještě není dobře dostupný (Bužgová, 2015).

Mobilní specializovaná paliativní péče je určena pro klienty, jejichž zdravotní stav znemožňuje kontroly u praktického lékaře a ambulantního specialisty. Dále pak pro klienty, jejichž stav vyžaduje časté intervence, přehodnocování a změny v poskytované péči (Kabelka et al., 2016). Pro efektivní rozvoj paliativní péče by bylo vhodné budovat zařízení ambulancí paliativní medicíny a mobilní specializované paliativní péče, které by se vzájemně organizačně propojovaly (Bužgová, 2015).

Dalším místem, kde se často setkáváme s paliativní péčí, je domov pro seniory. Domovy pro seniory jsou především pobytovými sociálními zařízeními. Klienti těchto domovů jsou naneštěstí často postižení chorobami souvisejícími s jejich věkem (Hrdá et al., 2018). Tato sociální zařízení nejsou pro poskytování paliativní péče příliš vhodná, a to hned

z několika důvodů. Nejzásadnějším z nich je nedostatečná technická a personální vybavenost. Z tohoto důvodu je potřebná podpora ze strany zdravotních služeb, které se postarají o to, co personál domova pro seniory není schopen zvládnout. V případě nejvyšší nutnosti se klient převáží do zařízení, které je pro účely paliativní péče lépe uzpůsobeno a vybaveno (Kabelka et al., 2016).

1.1.4 Role sestry v paliativní péči

Již v samotné definici oboru ošetřovatelství je zmíněna péče o umírající. Říká totiž, že cílem ošetřovatelské péče je také zajištění klidného umírání a smrti. Z tohoto důvodu sestry v paliativní péči vždy byly a jsou naprosto nepostradatelné (Plevová et al., 2011).

Marková (2010) uvádí, že se sestry setkávají s umíráním a smrtí většinou již v době studia v rámci praxe. To jim pomáhá utvořit si vztah ke smrti. První setkání se smrtí je pro každou sestru důležitou událostí nejen v osobní, ale také v profesní rovině. Pokud chce svoji práci psychicky zvládat musí se kvůli těmto situacím naučit udržování jistého profesionálního odstupu, při kterém však bude plně zachována její empatie k nemocným. Utvořit si tuto pomyslnou hranici je pro každého zdravotníka obtížné a jde především o věc zkušenosti (Marková, 2010). Přestože v rámci ošetřovatelství probíhá péče o nevyléčitelně nemocné již staletí, nikdy nebyla pro zdravotnické systémy prioritou. To má společně s nízkým statusem, který je ošetřovatelství přisuzován, velmi negativní vliv na péči o takto vážně nemocné klienty. Pozitivní vliv mělo naopak zvýšení samostatnosti a kompetencí sester. V současnosti již mohou v mnoha případech lépe aktivně reagovat na potřeby klienta i bez absolutního dohledu a nařízení lékaře. Vyšší autonomie v práci sester má také pozitivní dopad na jejich pracovní motivaci, stejně jako na kvalitu péče samotné (Heřmanová, 2012).

Marková (2015) připomíná, že práce sester v rámci paliativní péče není snadná. Vyžaduje od nich velkou míru profesionality a plnění úkolů souvisejících s touto péčí. Nutností je pro ně vyrovnaná reakce na prostředí smrti, která umožňuje zachování klidného a profesionálního chování při práci s nemocnými a také s jejich blízkými, kteří jsou sami pod velkým psychickým tlakem a potřebují oporu (Marková, 2015). Dle Ptáčeka a Bartůňka (2011) je další úlohou sestry dohlížet na to, aby měli nemocní co možná nejvyšší kvalitu života. Pro tuto profesi je také nezbytné naučit se vhodně reagovat na projevy zlosti a bezmoci. Zdravotníci musí být schopni respektu a empatie i v případě, že na ně klient nebo jeho rodina přenáší negativní projevy svých emocí, například prostřednictvím

verbálního útoku. K zachování profesionálního asertivního chování je nutné znát a uvědomovat si vlivy extrémní psychické zátěže, kterým jsou tito klienti a jejich blízcí vystaveni (Ptáček, Bartůněk., 2011). Paliativní péče je vhodná také pro umírající klienty s demencí, protože může efektivně snížit sociální a psychologický tlak na členy klientovy rodiny (Pandpazir, Tajari., 2019).

Každá sestra by se také měla snažit v rámci své profese o osobní růst pomocí získávaných zkušeností a dalšího studia problematiky paliativní péče. Mezi potřebné schopnosti sestry pečující o nevyléčitelně nemocné patří mimo skvěle zvládané teoretické a praktické dovednosti také vysoká úroveň komunikace, a to nejen s klienty, ale také v rámci spolupráce s multidisciplinárním týmem, který se na péči podílí (Marková, 2015).

Profesní zaměření sestry v současnosti zahrnuje kromě role ošetřovatelky také roli edukátorky, advokátky klienta, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, výzkumnice, mentorky a manažerky (Plevová et al., 2011).

1.1.5 Potřeby klientů v rámci paliativní péče

Podle Markové (2015) se potřeby klientů, kteří jsou nevyléčitelně nemocní, výrazně mění podle sociální a rodinné situace. Dále se liší kvůli rozdílnosti zdravotního stavu a projevů onemocnění apod. Je časté, že se nemocní uzavírají do sebe. Může se u nich také výrazně projevit kolísání nálad, agresivní chování a sebelítost (Marková, 2015). K naplnění potřeb nemocného v paliativní péči je zapotřebí práce multidisciplinárního týmu, jehož součástí jsou zdravotníci, duchovní, psychoterapeuti a také samotná rodina nemocného. Potřeby nevyléčitelně nemocného klienta můžeme rozdělit podle toho, jakých oblastí se týkají. Nejčastěji je označujeme jako biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby (Bužgová, 2015).

Do biologických potřeb můžeme zařadit všechny potřeby těla. Můžeme zmínit například potřebu přijímat potravu a dostatečné množství tekutin. Zejména na příjem tekutin je třeba dbát, protože nevyléčitelně nemocní často trpí zvýšenými pocity žízně. Další přirozenou potřebou je vylučování. Povinností zdravotnického personálu je zajistit, aby byl klient v čistotě a měl dostatečnou intimitu při vykonávání této potřeby. Dále nesmíme zapomínat, že mezi biologické potřeby patří také celková úprava zevnějšku a hygiena. Naplnění těchto potřeb je zásadní nejen pro klientův pocit fyzické pohody, ale má velký význam i pro jeho psychiku (Kalvach, 2011). Nevyléčitelně nemocní totiž často trpí

vypadáváním vlasů nebo inkontinencí, díky čemuž se mnohdy stydí jak před personálem, tak před svojí rodinou, která je obvykle navštěvuje. Je pro ně tedy příjemné, pokud jsou čistí a upravení. Mnohdy to má značný vliv na sebevědomí a pocit důstojnosti, zejména u žen (Bužgová, 2015).

Podle Heřmanové (2012) má zvýšenou míru psychických potřeb každý nevyléčitelně nemocný klient. Je to samozřejmě dáno vážností jeho onemocnění, které je samo o sobě velkou psychickou zátěží. Psychická podpora je pro tyto nemocné velmi důležitá, protože se u nich vždy dostavuje strach ze smrti (Heřmanová, 2012). Člověk, který ví, že umírá, s tímto faktem musí bojovat sám, to ale neznamená, že ho nemůžeme podpořit a případně mu jeho boj ulehčit. Personál, který o nevyléčitelně nemocného pečuje, by se vždy měl chovat empaticky, respektovat přání nemocného, vhodně a pravdivě ho informovat o jeho zdravotním stavu a neuchylovat se k tzv. milosrdným lžím (Haškovcová, 2007).

Všichni lidé jsou společenské bytosti, proto do potřeb nevyléčitelně nemocných klientů patří také sociální potřeby. Mezi ně řadíme zejména kontakt a komunikaci s rodinou a blízkými. V rámci paliativní péče je velmi přínosné, když rodina a blízcí pomáhají, například při hygieně, úpravě zevnějšku nebo podávání stravy nemocnému klientovi (Plevová et al, 2011). Pocit mít v poslední fázi života u sebe někoho blízkého se totiž mnohdy nedá nahradit ani tou nejlepší zdravotní péčí. Každý člověk je však zcela unikátní osobnost, proto není vhodné tyto věci zobecňovat. V některých případech si naopak klienti přejí být spíše sami a nepřejí si, aby je jejich blízcí viděli umírat. V paliativní péči bychom se vždy měli snažit o respektování přání nemocného a udělat vše pro to, abychom mu jeho odchod ulehčili (Vadivelu et al, 2013). Paliativní péče vede ke zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocných klientů (Walling et al, 2017).

Kalvach (2011) uvádí, že mezi dalšími potřebami musíme jmenovat také spirituální potřeby. Často se můžeme setkávat se zažitým mylným názorem, že se tento druh potřeb týká jen věřících klientů. Spirituální potřeby zahrnují však kromě víry všechny nejhlubší jistoty a nejcennější vzpomínky každého člověka. Jinými slovy to také můžeme pojmenovat jako základy, na nichž stavíme svůj život. Tyto základy se u nevyléčitelně nemocných často otřásají a narušují (Kalvach, 2011). Nejsou si už jistí věcmi, názory a postoji, které pro ně před zjištěním nemoci byly neochvějné. Se spirituálními potřebami nemusí klientovi pomáhat pouze duchovní osoba, ale také psycholog, sestra nebo kterýkoliv člověk, k němuž nemocný cítí důvěru (Plevová et al, 2011).

Dle Kopecké (2011) je třeba mít na paměti také specifické potřeby, které se u nevyléčitelně nemocných často vyskytují. Mezi ně můžeme zařadit, například potřebu nezůstat sám, potřebu hovořit o svém zdravotním stavu bez zábran, potřebu promluvit s někým o smyslu života, potřebu získání odpovědí na otázky týkající se smyslu života a umírání, potřebu truchlit, potřebu splnit si poslední přání a sny, potřebu citové jistoty, potřebu sebeúcty, potřebu otevřené budoucnosti související s přesahem naší existence i po smrti apod. (Kopecká, 2011).

Sestry mají v rámci své profese za úkol vyhledávat individuální potřeby nemocného a dělat maximum pro to, aby byly naplněny (Kalvach, 2011).

1.1.6 Poslední týdny a dny nevyléčitelně nemocného

Umírání je nevyhnutelná a velmi náročná kapitola v životě každého člověka, proto je naprosto normální, že se umírajících, stejně jako jeho blízkých i zdravotníků zmocňují obavy z toho, jak tuto situaci zvládnou. Dobu umírání provází strach a nejistota zasahující všechny zúčastněné. I přesto, že je každá smrt individuální záležitostí, dají se u umírajících pozorovat určité zákonitosti, které se opakují (Meagher, Balk., 2013). Obvykle danému člověku stále ubývá fyzických a psychických sil, své myšlenky odpoutává od vnějšího světa a klesá u něj zájem o ostatní lidi a události ve světě. Mnohdy chce také omezit návštěvy známých a chce mít u sebe pouze své nejbližší. V některých případech touží umírající po samotě. Je u nich možné pozorovat uzavření se do sebe. I když se někdy potřebuji vypovídat a svěřit, je pro ně důležité ticho a klid (Kelnarová, 2007).

Umírající se velmi často zabývají otázkou, za jakou dobu zemřou. Pokud tuto otázku pokládají zdravotníkům, nemohou mu říci přesné datum, ale měli by ho ujistit o tom, že ho neopustí a že mají k dispozici účinné léky, kterými je možné tlumit bolesti. Také blízcí umírajícího si tuto otázku pokládají, proto je důležité s nimi mluvit (Haškovsová, 2007). Je vhodné, aby byli ošetřujícím lékařem obeznámeni se zdravotním stavem a prognózou umírajícího. Možné je to ale pouze za předpokladu, že daný klient povolí předávání těchto informací. Příbuzní umírajícího obvykle nevědí, co čekat od dané situace. Díky tomu u nich vznikají obavy pramenící z chybějících nebo malých zkušeností. Je nutné myslet na to, že i blízké nemocného daný stav věcí vyčerpává a potřebují si odpočinout. Je tedy dobré, aby jim sestra zdůraznila, že jejich život musí pokračovat i přes tuto smutnou situaci (Ulrichová, 2009).

Haškovcová (2007) uvádí, že se u umírajícího člověka velmi často mění chuť k jídlu. Zpočátku odmítá maso a špatně stravitelná jídla. Následně nechce ani zeleninu a nakonec mnohdy odmítá veškeré jídlo. Odmítání potravy velmi těžce vnímá rodina daného klienta. Mohou mít totiž pocit, že jejich blízký zemře právě díky tomu, že nejí. Sestra v takové situaci musí klientovým blízkým vysvětlit, že změny chuti i nechutenství jsou u takto nemocných lidí přirozené. Cílem sestry je také zbavit blízké nemocného pocitu viny souvisejícího s tím, že nepřiměli nemocného jíst (Haškovcová, 2007).

Pro proces umírání je nechutenství a odmítání potravy typické. Není bezpodmínečně nutné, aby klient jedl, je ale nezbytné, aby pil. Pečovat o dostatečný přísun tekutin pro umírajícího je velmi důležité a je třeba s tím seznámit i klientovy blízké (Ulrichová, 2009). Případná dehydratace totiž zesiluje nebo sama způsobuje negativní příznaky nemoci a zhoršuje utrpení takto postiženého. Klient může mít omezené vnímání pocitu žízně, proto je zásadní u něj příjem tekutin sledovat a zaznamenávat (Kelnarová, 2007).

U umírajících klientů je také možné zaznamenat neklid projevující se například bezcílnými pohyby rukou či nohou, trháním oděvu a ložního prádla apod. Tyto činnosti jsou častou předzvěstí blížící se smrti. V takové situaci je žádoucí přítomnost klientových blízkých, kteří nemocného verbálně uklidní a drží za ruku. Není výjimkou, že několik dní před smrtí dochází u nemocných k zdánlivému zlepšení zdravotního stavu (Meagher, Balk., 2013). Tento stav euforie později často vystřídá tzv. smrtelné kóma. I v takovém případě je ale nezbytně nutné nadále komunikovat s klientem a chovat se k němu stejně, jako kdyby byl při plném vědomí. Pokud je již umírající v této fázi procesu umírání, je vhodné upozornit rodinu klienta na to, že mají poslední možnost se s ním rozloučit (Haškovcová, 2007).

Umírajícímu klientovi následně slábne puls, klesá krevní tlak i hodnoty tělesné teploty Dýchání provází dlouhé pauzy a jeho frekvence se odchyluje od fyziologických hodnot. Úkolem sestry je zajistit dýchací cesty klienta. Pro usnadnění dýchání je také vhodné, aby měl horní polovinu těla ve zvýšené poloze (Ulrichová, 2009). Haškovcová (2007) se zmiňuje o tom, že u umírajících můžeme často vnímat nepříjemný tzv. smrtelný pach, proto je důležité dbát na osobní hygienu umírajícího a také čistotu pokoje, ve kterém se nachází. Samotný odchod ze života obvykle probíhá tiše. Poslední slova umírajícího často souvisí s aktuální potřebou, konstatováním dané situace, nebo s poslední myšlenkou (Haškovcová, 2007).

Blízcí umírajícího se mnohdy snaží nenechat ho ani chvilku o samotě. Stane se ovšem, že když odejdou třeba jenom pro kávu, nemocný zemře v jejich nepřítomnosti (Blechová, 2009). Blízcí zemřelého si potom často vyčítají, že od lůžka odešli. V takových případech je třeba jim vysvětlit neopodstatněnost těchto výčitek. Mnozí umírající zkrátka nemohou zemřít v blízkosti svých milovaných, protože je podvědomě nechtějí zarmoutit. Usuzujeme, že právě z tohoto důvodu dochází k úmrtím ve chvíli, kdy blízcí umírajícího na chvíli odejdou z jeho pokoje (Haškovcová, 2007).

1.1.7 Etika v paliativní péči z pohledu sestry

Blechová (2009) udává, že je u nás umírání a smrt stále značně tabuizované téma. Přestože publikací na toto téma není málo, nejsou zdravotníky ani nikým jiným příliš vyhledávány. Mnoho lidí o smrti přemýšlí, ale nikomu se o ní nechce příliš mluvit. Často se dokonce můžeme setkat i se strachem z péče lékařů a sester v rámci hospitalizace. Na umírání i smrt můžeme pohlížet z více hledisek. Svůj význam mají totiž v mnoha oborech. Mezi nimi můžeme jmenovat filozofii, sociologii, etiku, medicínu nebo psychologii (Blechová, 2009). Otázka života a smrti je jednou z nejtěžších doposud nevyřešených otázek jakou si lidstvo pokládá již od svého počátku. Právě tabuizace smrti nás naučila vnímat toto téma jako něco špatného. O smrti se nedá říci zda je zlá nebo dobrá. Jediné, co o ní víme jistě, je to, že patří k přirozenému řádu života (Haškovcová, 2007).

Ptáček, Bartůněk (2011) uvádějí, že koncepce ošetřovatelství dává sestrám mimo jiné za úkol zajistit klientům poklidnou smrt a důstojné umírání. Pokud víme, pouze člověk je schopen plného uvědomění své smrtelnosti. Právě proto, že si nevyléčitelně nemocní klienti plně uvědomují svoji smrtelnost, je při práci s nimi nutná značná komunikační schopnost. Umět vhodně komunikovat s nevyléčitelně nemocnými není snadné a od sester to vyžaduje především mít jasný postoj ke smrti. Právě umění správné komunikace je nedílnou součástí etické péče. Nemocní potřebují vědět, že je stále pokládáme za živé bytosti, které i přes svůj zhoršený zdravotní stav neztratili nic ze své lidskosti a individuality (Ptáček, Bartůněk., 2011). Potřebují, abychom jim uměli a chtěli naslouchat, abychom stále dbali na jejich důstojnost a respektovali jejich přání. Nemocní se mnohem častěji bojí bolestivého umírání než smrti. Obvykle si přejí zemřít co možná nejrychleji, náhle a bezbolestně (Plevová et al., 2011). Právě sestry mají v rámci své profese za úkol zajistit důstojné a bezbolestné umírání. K tomu, aby se klient cítil lépe, stačí mnohdy

maličkosti. Upřímný pohled do očí, když s ním mluvíme, nebo dotyk ruky. Věci, které nám nemusí připadat tak důležité, jsou pro takto nemocné klienty občas ty nejdůležitější (Heřmanová, 2012).

Podle Plevové et al (2011) by sestry vykonávající paliativní péči vždy měly pamatovat na etický kodex. Ten byl uznán v roce 1973 Mezinárodní radou sester a stanovuje základní etická pravidla pro všechny sestry. U nás byl uznán v roce 2003, a to Českou asociací sester. V tomto kodexu je pro paliativní péči několik zásadních informací. Stojí v něm například, že sestra má profesionální odpovědnost za tišení bolesti. Dále je v něm také uvedeno, že ošetřovatelská péče má být založena na respektu k životu, důstojnosti a lidských právech (Plevová et al., 2011). Tato péče má být v souladu s etickými principy poskytována všem lidem bez ohledu na jejich národnost, barvu kůže, víru, rasu, věk, pohlaví, sociální postavení a politické přesvědčení (Ptáček, Bartůněk., 2011). Sestra má odpovědnost vůči lidem, kteří potřebují zdravotní péči, a poskytuje ji s respektem k jejich víře, životním hodnotám a zvykům. Neméně důležitá je také zmínka o tom, že má sestra respektovat individualitu klienta a snažit se na jejím základě utvořit vhodné podmínky pro tohoto nemocného (Heřmanová, 2012). Umírající lidé, zejména ti věřící, mnohdy potřebují podporu duchovního kvůli provedení náboženských rituálů. Je třeba to plně respektovat, protože tyto činnosti často nemocným pomohou najít smíření a určitou psychickou vyrovnanost (Lalić et al., 2018). Každá sestra by v rámci etické péče měla s klientem jednat upřímně, naslouchat jeho přáním, neskrývat před ním svou bolest a emoce, udělat si na něj dostatek čau, naslouchat a snažit se chápat to, co říká. Důležité je také snažit se zbavit pocitu osamělosti a strachu nevyléčitelně nemocného klienta. Od sestry se vždy očekává dodržování etických zásad (Andrade et al., 2016).

Kutnohorská (2013) uvádí, že se v rámci našeho zdravotnictví můžeme často setkat s klienty z jiného kulturního prostředí. Na péči o ně není univerzální návod. Nevyléčitelně nemocní muslimové například chtějí být otočeni tváří směrem k Mekce. Je také zvykem, že jsou jim v posledních chvílích nablízku členové rodiny, stařešinové místní muslimské komunity i duchovní jejich víry. Každá kultura je jiná, a proto je vhodné si v rámci profesionality o klientově kultuře zjistit některé důležité informace (Kutnohorská, 2013). Ideální je seznámit se s kulturními hodnotami dané země, životem etnické skupiny, rodinným prostředím a rituály, které jsou typické pro umírání a další životní události. Zásadní je také zjistit si pravidla pro verbální i neverbální komunikaci s klientem z daného kulturního prostředí. S pomocí dostatečných znalostí se vyhneme nepochopení

nebo nepříjemnému střetu s klientem a jeho rodinou. Ošetřovatelskou péči je vždy nutné vést tak, aby plně respektovala kulturní odlišnosti a neporušovala etická pravidla (Plevová et al., 2011).

1.1.8 Potřeby sester pracujících v paliativní péči

V této kapitole se zaměříme na potřeby sester. V rámci námi zvolené problematiky je zcela zásadní pochopit, že i sestry jsou jenom lidské bytosti a potřebují zajistit vhodné pracovní podmínky, aby mohly svou náročnou práci řádně vykonávat. Právě zaměření a řešení potřeb sester funguje jako prevence pocitů bezmoci a frustrace v rámci jejich profese.

Marková (2010) říká, že jako první musíme zmínit potřebu smyslu práce. K tomu, aby mohl být člověk spokojený se svou prací, potřebuje vidět její výsledek. Při poskytování paliativní péče nebývá výsledkem uzdravení, přesto však můžeme jistý pozitivní výsledek najít. Měl by jím být klidný a důstojný odchod nemocného ze života. Dále jím může být také to, že klient dobře využil svůj zbývající čas a stihl vyřídit vše, co potřeboval. Pokud se sestře pracující na paliativní péči něco takového podaří, měla její práce smysl (Marková, 2010). Každá sestra pracující v paliativní péči má také potřebu pracovat v týmu. Každému zvyšuje sebevědomí a motivaci, pokud cíl jeho práce sdílí také někdo jiný. S touto potřebou souvisí potřeba komunikace mezi členy týmu. Ta je nezbytná při předávání informací o klientech a také pro efektivní organizaci práce. Nedostatky v komunikaci často vedou k chybám při péči o klienty. Pro dobro klientů a také organizace péče je tedy nezbytně nutné, aby komunikace fungovala a nikdo z personálu z ní nebyl vynecháván (Wittenberg-Lyles, 2013).

Pro sestry je dále podstatné, aby vždy měly určený cíl vykonávané práce, protože tam kde je cíl, nechybí ani smysl našeho konání. Vždy je vhodné udržovat u sester motivaci. Nedostatek motivace se časem vždy negativně projeví na kvalitě péče o klienty. Motivace je hybnou silou, která při práci vede k lepším výsledkům a větší aktivitě. Její důležitost musejí mít na paměti především vedoucí pracovníci a ti by měli dbát na to, aby ji jejich podřízení neztratili (Kaňová, 2013).

Mezi potřeby sester patří také dobrá kvalita života. Ta je obvykle zmiňována pouze v souvislosti s nemocným. Je ale dobré nezapomínat na to, že i sestra je člověk.

Zaměstnavatelé by se tedy měli snažit vytvořit sestrám vhodné pracovní prostředí a dát jim možnost mluvit o tom, s čím jsou v rámci své práce nespokojeny (Špirudová, 2015).

Péče o nevyléčitelně nemocné je mnohdy velmi emočně intenzivní. Proto mezi další potřeby musíme zařadit potřebu projevovat smutek. Ten je přirozený a každý se sním musí mít možnost vypořádat. K tomu je zapotřebí ho nepotlačovat a prožít ho. Pro duševní hygienu je také dobré dát při následném brífinku sestrám možnost o těžkých zážitcích mluvit s ostatními zdravotníky (Marková, 2010). Aby mohla sestra vykonávat svoji práci kvalitně, musí být její práce jasně definována. Z tohoto důvodu potřebuje znát své kompetence, které by měly být jasně stanoveny. Tato potřeba je v současné době často neuspokojena. Sestrám jsou totiž mnohdy přidělovány úkoly, které do jejich povinností nepatří. Některé z těchto úkolů přísluší lékaři a sestra je správně dělat nesmí, některé naopak přísluší nižšímu ošetřovatelskému personálu nebo uklízečkám. I přes to, že jsou kompetence sester dané, není na to v mnoha odděleních a zdravotnických zařízeních brán ohled. Tento fakt se poté negativně odráží na kvalitě poskytované péče (Kaňová, 2013).

Plevová (2011) připomíná potřebu sester stále se vzdělávat ve svém oboru. Ve zdravotnictví se stále objevují nové technologie, pomůcky a postupy. Technologický pokrok ve zdravotnictví jde velmi rychle kupředu. Není tedy možné ho opomíjet. Za pomoci neustálého vzdělávání, zůstává sestra v obraze. Má to vliv nejen na spokojenost dané sestry, ale také na kvalitu její péče a na vnímanou hodnotu sesterské profese (Plevová et al., 2011). Sestry mají nejlepší předpoklady pro pochopení nemocných klientů i jejich příbuzných. Kromě empatie k tomu však potřebují komunikační schopnosti, zkušenosti i teoretické znalosti, které je nutné doplňovat celoživotním vzděláváním (Tripathy et al., 2017).

1.2 Vliv stresu na práci sestry v paliativní péči

1.2.1 Psychická zátěž u sester pracujících v paliativní péči

V následující kapitole se zaměříme na psychickou zátěž sester pracujících v paliativní péči. Pracovní život je pro každého člověka možným zdrojem zátěžových situací. Ty vznikají vždy v souvislosti se stresovými faktory. Pro zachování spokojenosti v práci i mimo ni je zásadní udržet míru stresu v přijatelných normách. Jedním z důvodů náročnosti sesterského povolání je právě velká psychosociální zátěž (Krišandová, 2010). Z důvodu nadměrných požadavků a omezené pozitivní sociální odezvy dochází u sester mnohdy k nespokojenosti, syndromu vyhoření, demotivaci apod. (Bártlová, Hajduchová., 2010). V současnosti je pracovní psychosociální zátěž velmi aktuálním a zkoumaným tématem. Často totiž souvisí právě se vznikem syndromu vyhoření. Při jeho rozvoji mají svou váhu zejména osobnostní faktory, osobní dispozice a pracovně organizační faktory (Škorpíková, 2014).

Vliv osobnostních faktorů je zmíněn hlavně u sester, které mají nutkavou potřebu pomáhat nemocným kvůli vlastnímu pozitivnímu sebeobrazu a jsou perfekcionistky s přílišným pocitem zodpovědnosti (Blažková et al., 2011). Zvýšený vliv osobních dispozic je v souvislosti nadměrné psychosociální zátěže zmiňován u zaměstnanců, kteří si kladou nereálné cíle, neumí přijmout neúspěch a odmítají nereálné cíle změnit. To u nich vede ke stálému zvyšování nároků na sebe, velké míře stresu a nahromadění frustrací (Škorpíková, 2014). Bártlová a Hajduchová (2010) uvádějí, že za pracovně organizační faktory vedoucí k nadměrné psychosociální zátěži pokládáme nedostatek autonomie sester, neuspokojující organizaci práce, podceňování odbornosti sester, nedostatek ošetřovatelského personálu na oddělení, vykonávání nekvalifikované práce za jiné zaměstnance apod. (Bártlová, Hajduchová., 2010).

Práce s velkou mírou psychické zátěže je definována jako práce spojená s monotonií probíhající ve třísměnném nebo nepřetržitém provozu ve vnuceném pracovním tempu. Je třeba zmínit, že vnímání zátěže a stresu je u každé osoby velice individuální (Blažková et al., 2011). Její přemíra je však vždy doprovázená negativními projevy jako jsou neklid, únava, deprese, emocionální vyčerpání a v nejtěžších případech i syndrom vyhoření (Škorpíková, 2014).

Nejčastějšími místy, kde zátěž vede u sester až k syndromu vyhoření, jsou hospice, onkologická oddělení, jednotky intenzivní péče, koronární jednotky, psychiatrie a neurologie (Bártlová, Hajduchová., 2010).

Syndrom vyhoření je definován jako stav, kdy je člověk emočně a mentálně vyčerpán z důvodu vystavování velmi emočně vypjatým situacím. Je provázen příznaky, mezi které patří tělesné zhroucení, pocity bezmoci a profesionálního selhání, negativní přístup k práci i k životu atd. (Venglářová, 2011). Je mnoho příčin, proč jsou právě sestry mnohdy vystaveny nadměrné psychické zátěži. Velmi častým problémem je v této souvislosti časový tlak. Neustálá časová tíseň, kterou sestry pociťují negativně, ovlivňuje nejen samotnou efektivitu práce, ale také jejich zdraví (Simonová, Ozorovský., 2010). Kvůli nedostatku sester v našem zdravotnictví a také z důvodu stále vyšších požadavků na administrativu mají sestry na klienta méně času a jsou proto často vystaveny vyšší pracovní zátěži, než je dlouhodobě únosné. Mezi další činitele nadměrné psychické zátěže u sester patří práce v dlouhých směnách a špatná organizace práce. I celková kvalita pracovního prostředí má velký vliv na psychiku pracujících (Venglářová, 2011).

Sestry jsou nejčastěji zatíženy tzv. psychosociální zátěží, která je typická u intenzivního kontaktu s lidmi. U všech zdravotníků je zvýšené riziko psychické zátěže v souvislosti s emocionálními nároky při péči o nemocné. U sester je z důvodu intenzivní práce s lidmi mnohdy výrazně zatížena psychika, což může vést až k emočnímu vyčerpání. Mezi dalšími potencionálními stresory zvyšujícími zátěž na zdravotníky jsou také stále vyšší nároky na dovednosti, znalosti a vzdělání (Riahi, 2011). Lepší vzdělání je od nich mnohdy vyžadováno, ale málokdy oceňováno. I to může vést k negativním pocitům v rámci pracovního prostředí. Značnou roli v souvislosti s pracovní zátěží sestry mají i sociální vztahy v rámci pracoviště. Také kvalita komunikace a sociální interakce s ostatními členy personálu má významný dopad jak na kvalitu péče, tak na míru psychosociální zátěže (Tsai, Liu.,. 2012). Pracovní vztahy mezi sestrou a lékařem, stejně jako ostatními zdravotnickými pracovníky jsou tedy velmi zásadní a vytvářejí atmosféru na celém pracovišti. Dobré vedení se vždy snaží o to, aby byla atmosféra na pracovišti co možná nejlepší. Redukuje to konflikty mezi personálem, které jsou vždy významnými stresory (Bártlová, Hajduchová., 2010).

Další psychosociální zátěží v rámci práce sestry mohou být patologické pracovní vztahy. V souvislosti s nimi je vhodné jmenovat mobbing, šikanu a bossing. Za mobbing

považujeme psychické násilí, používané mezi zaměstnanci v rámci jednoho pracoviště. Jako bossing chápeme psychický teror ze strany nadřízeného k podřízenému. Mobbing je jistý druh dlouhodobé šikany na pracovišti. Obvykle je rafinovanější než šikana, kterou provází násilí vyvolávající okamžité utrpení (Wolfová, Chaloupka., 2009).

1.2.2 Projevy nadměrné psychické zátěže

Stres ukazující na nadměrnou psychickou zátěž má mnoho projevů. V minulosti vzniklo velké množství seznamů, které se pokoušely tyto projevy zaznamenat. Obvykle se dělí na fyziologické, psychologické a behaviorální (Křivohlavý, 2010).

Venglářová (2011) uvádí, že mezi příznaky stresu, které se v chování sester objevují patří nerozhodnost a nejistota v situacích majících více řešení. V takovém případě se sestra není schopná rychle rozhodnout a jednotlivá řešení zvažuje příliš dlouho. Dalším příznakem může být změněný denní rytmus, který provází problémy se spaním. Spánek bývá v takových případech nekvalitní a psychicky zatížená sestra se často budí. Nářky a neustálé úzkostlivé stěžování si může také patřit mezi ukazatele nadměrného stresu (Venglářová, 2011). Výjimkou nebývá ani ztráta chuti, nebo naopak nadměrný příjem potravy, kterým si psychicky zatížená sestra snaží vykompenzovat neuspokojené potřeby. K dalším příznakům patří, například zvýšená nepozornost, snaha vyhnout se práci a odpovědnosti, zhoršující se dochvilnost v práci, viditelná ztráta motivace a chuti do práce, snižující se kvalita vykonané práce, vysoký příjem návykových látek apod. (Křivohlavý, 2010).

Dle Jůna (2010) se další příznaky stresu mohou objevovat v našem duševním životě, tedy psychice. K nim můžeme zařadit výraznou náladovost, kolísající od radosti k nepřiměřenému smutku, zvýšené pocity únavy bez zjevného důvodu, popudlivost, úzkostnost, nadměrné starosti týkající se nepatrných problémů, výrazné omezení kontaktu s lidmi v práci i v soukromí a také omezená schopnost projevovat emoce ostatním lidem (Jůn, 2010).

Příznaky nadměrného stresu mohou být také fyziologické. V takovém případě na sobě zatížený člověk často pozoruje zesílené bušení srdce, velké bolesti hlavy, bolesti v oblasti krční a bederní páteře, bolesti břicha, průjmy, svíravé pocity na hrudi, ztrátu sexuální touhy, tíživý pocit v krku, poruchy menstruačního cyklu apod. (Křivohlavý, 2010).

Stres jako takový má mnoho nežádoucích účinků na lidský organismus a jeho fyziologické pochody (Venglářová, 2011).

1.2.3 Pocit neschopnosti a bezmoci v profesi sestry

Pocity bezmoci mohou u sester nastat v situacích, kdy se cítí zodpovědné za vyřešení klientových potřeb, ale nedaří se jim to. Jedná se například o nutnost zmírnit klientovu bolest. Sestry mají často ke svým klientům a jejich blízkým vřelý vztah, který překračuje čistě pracovní rovinu. Vědí, že na ně klient a jeho rodina spoléhají. I z tohoto důvodu je pro ně těžké vidět bolest a utrpení klienta, kterému se jim nedaří pomoci. V takové situaci mohou mít sestry pocity bezmoci a selhání (Bužgová, 2015). Marková (2010) upozorňuje na to, že sestry mohou mít tyto problémy, také v případech, kdy nemají dostatečnou kontrolu nad situací. Dochází k tomu například při náhlém zhoršení zdravotního stavu u klienta s dobrou prognózou.

V paliativní péči je pro zdravotníky zásadní mít dostatek času na klienty i jejich rodinu. Pocity bezmoci a selhání se u nich můžou objevit tehdy, pokud tento čas nemají a vědí, že jejich klient zemřel sám a bez dostatečné péče (Marková, 2010).

Sestry se v rámci paliativní péče mnohdy starají o klienty, kteří zemřou v krátké době po sobě. Tato nahromaděná úmrtí způsobují zármutek. Ten se v průběhu let hromadí a může způsobit těžké deprese (Křivohlavý, 2010). Občas se díky mnohočetným ztrátám klientů setkáváme také s tzv. chronickým zármutkem. Sestry pracující v paliativní péči nemají čas truchlit nad úmrtím jednoho klienta, protože za krátkou dobu dochází k dalšímu. Právě nedostatek času na vyrovnání se s jednotlivými úmrtími může vést k chronickému zármutku (Bužgová, 2015). Jůn (2010) udává, že jako určitou ztrátu musíme vnímat také ztrátu blízkého vztahu s daným klientem a ztrátu vzniklou z důvodu identifikace zdravotníka s bolestí rodiny zemřelého. Nepřetržitý styk se smrtí, umíráním a truchlícími je pro každého psychicky náročné. Pro práci v prostředí paliativní péče je třeba značné zkušenosti, profesionality a také vhodné povahy sestry (Jůn, 2010).

1.2.4 Prevence stresu a pocitu bezmoci

Dále se budeme zabývat důležitostí prevence stresu a pocitu bezmoci u sester. Sestry pracující v paliativní péči jsou vystavovány mnoha faktorům zapříčiňujícím psychickou zátěž. Mají však možnosti a vědomosti v oblasti její prevence? Vhodnou prevencí nadměrné psychické zátěže může být relaxace, sportovní aktivita, relaxační pobyty,

vedlejší koníčky, práce jiného charakteru, dovolená, kulturní aktivity apod. Dnes již víme, že na psychiku sester velmi negativně působí také nedostatečné materiálně-technické a personální vybavení daného pracoviště (Krišandová, 2010). Na zmiňované prevenci se tedy velmi silně může podílet i zaměstnavatel třeba tím, že zajistí dostatečné vybavení pro dané pracoviště. Často se setkáváme s tím, že sestry nemají na relaxaci dostatek času. Náročné pracovní tempo, leckdy způsobené nedostatkem personálu, znemožňuje provádění důležité psychohygieny (Haluzíková, Řimovská., 2010).

Krišandová (2010) dále uvádí, že z hlediska prevence a jejích aktivit se naneštěstí stále setkáváme s nedostatečným informováním sester ze strany zaměstnavatele. Pro zajištění změny k lepšímu je nutné, aby zaměstnavatelé dbali a aktivně zabezpečovali aktivity s cílem této prevence. Z dlouhodobého hlediska prevence psychické zátěže a stresu se nejlépe osvědčují především alternativní a doplňkové postupy. Mezi ně patří například relaxační a regenerační postupy nebo různé techniky uvolňování (Krišandová, 2010). Ošetřovatelství se často zaměřuje na prevenci týkající se zdravotního stavu klientů. Je ale dobré uvědomit si, že i sestry jsou lidé a péče o zdraví je tedy nutná i u nich (Gulášová, 2012).

Gulášová (2012) říká, že stejně jako u různých onemocnění má i pro stres prevence zásadní význam. Jedná se především o primární prevenci. V jejím rámci je důležité vzdělávat management zdravotnických zařízení v oblasti podpůrných programů. Tyto programy se obvykle týkají profesionální jistoty, vzdělání v oblasti stresu, týmové spolupráce a také pozitivní atmosféry v pracovním prostředí (Gulášová, 2012). Za vhodnou prevenci nadměrné psychické zátěže u sester můžeme považovat mimo jiné i jasné vymezení kompetencí a pracovních rolí. Každý zdravotník by se v rámci duševní hygieny měl také naučit mít jistý odstup od klientů a rozdělovat pracovní a osobní život (Haluzíková, Řimovská., 2010).

Pod pojmem duševní hygiena si můžeme představit systém pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení, nebo znovunavrácení duševní rovnováhy. Má za úkol určit si cíle s důrazem na sebevýchovu, sebepoznání a umění relaxace daného člověka (Krišandová, 2010). Do péče o duševní rovnováhu zahrnujeme naše myšlenky, názory, představy, prožitky, cíle našeho života, pojetí různých věcí, lidí a událostí. Je důležité umět si vytvořit čas pro odpočinek. Pokud chceme předejít stresu musíme, se radovat i z maličkostí. Třeba i z toho, že je hezký den, že jsme zdraví a můžeme se normálně

pohybovat apod. (Gulášová, 2012). Na sestry pracující v paliativní péči je kladeno mnoho úkolů. Z tohoto důvodu se musí naučit vytvářet žebříčky jejich naléhavosti a podle nich je plnit. V některých situacích zkrátka není možné stihnout všechno potřebné. Vždy se ale musíme snažit stihnout to nejdůležitější. Ve volném čase bychom se pak měli věnovat aktivnímu odpočinku. Vhodné je využívání relaxačních metod, mezi které můžeme zařadit masáže nebo některé z alternativních metod, jako jsou např. homeopatie, nebo fototerapie (Haluzíková, Řimovská., 2010).

1.2.5 Zvládání stresu a psychické zátěže v profesi sester

Křivohlavý (2010) uvádí, že nejenom jednotlivá onemocnění, ale i vysokou míru stresu je třeba řešit. Pokud se u některé sestry ve zvýšené míře objevují příznaky psychické zátěže, je nutné se tomu věnovat včas. Později to totiž bude mít zásadní negativní vliv na její pracovní výkon. Psychologové, kteří se stresem dlouhodobě zabývají, nazývají zvládání stresu tzv. managementem stresu (Křivohlavý, 2010).

Každá sestra vystavená extrémnímu stresu si má dle psychologů položit otázku, jestli to ještě chce dál nečinně snášet, nebo s tím bude bojovat. Výběr druhé možnosti je prvním krokem k opravdovému a efektivnímu zvládání stresu. Následující krok k úspěšnému řešení by měl provázet dva druhy činností. Ty první by měly mít za cíl odstranit věci, které stres způsobují. Druhé se zaměřují na posílení vlastních sil jedince k tomu, aby sám bojoval se stresem (Venglářová, 2011). Tyto činnosti vedou k minimalizaci toho, co daného člověka zatěžuje, a na druhé straně k podpoření toho, co mu pomáhá míru stresu zvládat a snižovat. Konkrétní postupy vhodné k aplikaci u psychicky zatížených sester jsou řazené ve strategiích zvládání stresu (Goodman., 2015).

Existuje zavedené desatero podnětů sloužících pro redukci stresu sester. První část tohoto desatera nám říká, aby k sobě sestra byla laskavá a vlídná. Následující část mluví o důležitosti uvědomění si faktu, že sestra má za úkol pomáhat ostatním, ale ne je úplně změnit. Dále je pak vhodné umět si najít útočiště, umožňující uchýlení se do klidu v případech nutnosti. Pro dobrou atmosféru na pracovišti je přínosné povzbuzovat a chválit spolupracovníky i vedení v případech dobře odvedené práce. Další část mluví o tom, jak je pro sestry zásadní uvědomit si přirozenost jistého pocitu bezmoci, pokud jsou denně v blízkosti trpících. Po cestě z práce je pro psychiku dobré soustředit se na pozitivní věci související s vykonanou prací. Pro každou sestru je také dobré naučit se říkat „ne“. Je naprosto zásadní, aby se sestry naučily zužitkovat dobré vztahy v pracovním kolektivu

ve zdroj jistoty a sociální opory. Poslední část zmiňovaného desatera sestrám doporučuje radovat se z maličkostí a často se smát (Křivohlavý, 2010).

Podle Torna a Greasleyho (2016) je však třeba říci, že jistá míra stresu může být pro člověka přínosná. Díky ní se učíme řešit náročné situace a zvyšujeme si odolnost vůči budoucím stresovým situacím. Život bez stresu zkrátka není možný a není ani naším cílem. Je však důležité nepřekročit jeho danou míru natolik, aby pro nás byl škodlivý. Škorpíková (2014) uvádí, že je pro sestry velmi významné mít klid v osobním životě a dbát na to, aby profesní zájmy nepohltily jejich volný čas. Časový prostor by měl být vyhrazen i pro koníčky, kulturu a společenský život. Pokud je sestra se svým osobním životem spokojená, má více energie a může ji dále předávat nemocným klientům (Škorpíková, 2014).

Paulík (2017) uvádí, že postupy a doporučení pro zvládání stresu vytvořila také C. Patelová. Podle ní je zásadní uvědomit si stres, vyhnout se stresu, kterému je možné se vyhnout, hodnotit stres, osvojit si postupy relaxace, vizualizace a meditace, naučit se zvládat hněv, osvojit si zásady asertivity, naučit se odpouštět, umět se podívat na věc z různých pohledů a využívat sociální opory. V současnosti jsou také vytvořeny speciálně zaměřené programy, jejichž cílem je naučit klienta relaxačním metodám. Dále jsou mu dány doporučení týkající se životosprávy, výživy a pohybového režimu. Relaxační metody jsou nejčastěji zaměřené na ovlivnění dýchání, meditaci a vizualici (Paulík, 2017).

Způsobů, jak se vyrovnat se stresem, je více a závisí na větším množství faktorů. V životě každého člověka se vyskytnou události, které stres provázejí, a není možné se jim vyhnout. Je však důležité naučit se reakce na tokové situace kontrolovat, vhodně relaxovat a umět se radovat (Haluzíková, Řimovská., 2010).

Právě radost, štěstí, smích, pozitivní emoce a láska mohou pomoci lépe zvládat stresové situace. Dnes již víme, že stres velmi negativně ovlivňuje i zdraví každého člověka. Může být hlavní příčinou mnoha onemocnění a zdravotních problémů, včetně těch velmi vážných. Proto je třeba ho v žádném případě nepodceňovat a naučit se ho vhodným způsobem odbourávat. Obecně lze říci, že pokud stresové situace dobře zvládáme, prospívá to našemu tělu i duši (Simonová, Ozorovský., 2010).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole si představíme zvolené cíle a výzkumné otázky, které jsme si pro naši diplomovou práci určili.

Cíl 1: Zjistit, zda mají sestry vykonávající paliativní péči často pocity profesionálního selhání a bezmoci.

Cíl 2: Zjistit, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje osobní život sester.

Cíl 3: Zjistit, zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření.

Cíl 4: Zjistit s jakými problémy se nejčastěji setkávají sestry v rámci vykonávání paliativní péče.

V souvislosti s výše zmíněnými cíli jsme si stanovili tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje prostředí paliativní péče osobnost sestry a její život?

Výzkumná otázka 2: Jaké faktory ovlivňují výkon práce sestry v paliativní péči?

Výzkumná otázka 3: Jaké okolnosti vedly probandy k tomu, aby si zvolili povolání sestry a zaměření na paliativní péči?

Výzkumná otázka 4: Jaké jsou sestrami nejčastěji uváděné zátěžové situace?

Výzkumná otázka 5: Jak souvisí pracovní zátěž s pocitem bezmoci u dotazovaných sester?

Výzkumná otázka 6: Jaké metody pomohly dotazovaným sestrám při vyrovnávaní se se zátěžovými situacemi souvisejícími s vykonáváním paliativní péče?

3. Metodika

V této kapitole se budeme věnovat metodám použitým při našem výzkumném šetření a také charakteristikou polostrukturovaného rozhovoru a námi zvoleného výzkumného vzorku.

3.1 Použité metody

K výzkumnému šetření jsme při psaní naší práce s ohledem na stanovené cíle vybrali kvalitativní přístup. Tento přístup jsme zvolili s ohledem na výhody, které nabízí. Hendl (2016) udává, že k hlavním přednostem kvalitativního výzkumu můžeme zařadit například zkoumání fenoménu v jeho přirozeném prostředí, možnost navrhování teorií a také umožnění velice podrobného popisu člověka nebo určitého zkoumaného fenoménu. Dle Kutnohorské (2009) je kvalitativní výzkum při výzkumném šetření v oboru ošetřovatelství mnohdy vhodnější a přínosnější než kvantitativní. Je to zejména z toho důvodu, že se v rámci ošetřovatelství mnohdy zaměřujeme na zkoumání klientových pocitů ve vztahu k nemoci, nebo na pocity a názory sester.

Pro sběr dat jsme použili metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsme realizovali se sestrami pracujícími v rámci paliativní péče. Cíleně byly vybírány sestry pracující v hospici, paliativním oddělení a další sestry, které měly s paliativní péčí zkušenosti v rámci jiných zařízení. Provedení výzkumného šetření se sestrami jsme realizovali dle možností v pracovním i domácím prostředí. Záznam rozhovorů byl uskutečňován za využití počítačového programu Audacity. Všechny dotazované byly podrobně a pravdivě informovány o pořizování záznamu, o tom, k jakému účelu slouží, a také o zachování jejich anonymity v naší práci. Všechny rozhovory byly následně přepsány ze zvukového záznamu do programu Microsoft Word. S pořizováním zmiňovaného záznamu všechny dotazované sestry souhlasily. Při jeho realizaci se po technické stránce nevyskytl žádný problém. Informace, které jsme s pomocí dotazovaných probandů získali, byly následně analyzovány s využitím otevřeného kódování. Zmíněné rozhovory jsme pořizovali v průběhu prosince 2018 a ledna 2019.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Výzkumné šetření jsme realizovali pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Ten jsme zvolili především pro jeho názornost a také kvůli možnosti dále prohlubovat dané dotazy, a tím zvýšit kvalitu získaných informací. Osnovu otázek pro dotazované sestry jsme

dopředu rámcově nachystali. Následně jsme otázky doplňovali nebo jsme případně přidávali nové a prohlubující dotazy. Záleželo na průběhu konkrétního rozhovoru a hovornosti jednotlivých probandů. Námi zvolené otázky byly polouzavřené, což umožňovalo jejich prohloubení dalšími dotazy v případě nepochopení nebo nejasností. Občas také docházelo ke změně pořadí jednotlivých dotazů, jako reakce na průběh rozhovoru.

Cílem našich rozhovorů nebylo dotazované zkoušet, ale zjistit jejich názory, postoje a pocity týkající se našeho tématu. I z tohoto důvodu probíhaly všechny rozhovory v klidné, uvolněné a příjemné atmosféře. Délka daných rozhovorů se obvykle pohybovala kolem 30 minut. Jelikož výběr dotazovaných probandů zaručoval jejich zkušenost s daným tématem, nebyl problém zjistit požadované informace. Sestry obvykle odpovídaly v dlouhých souvětích a bez pobízení se samy o daném tématu rozmluvily. Jejich odpovědi se ve většině případů zcela shodovaly. Jelikož byly dotazované sestry mnohdy ve věku jako autor práce, je při některých rozhovorech používáno tykání.

Náročnost sběru požadovaných informací byla v tom, že téma naší práce může být vnímáno jako velmi citlivé. Mnohdy bylo obtížné získat si důvěru potencionálních probandů natolik, aby s rozhovorem na dané téma souhlasili.

Zpočátku měly některé sestry obavu také z toho, že je budeme zkoušet z profesních znalostí, které nebudou vědět. Poté, co jsme je obeznámili s tématem naší práce, však probíhaly rozhovory v klidné atmosféře. V některých případech se dotazované divily nutnosti pořizování zvukového záznamu, ale po vysvětlení jeho účelu s ním všechny bez problémů souhlasily. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 30–40 minutami, během kterých jsme získali klíčové informace pro naši práci.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 15 sester pracujících v paliativní péči nebo majících zkušenosti s paliativní péčí. Počet dotazovaných se odvíjí od získaných informací, které vedly k naplnění výzkumných cílů.

K výzkumné části jsme použili rozhovory se sestrami, mezi kterými jsou zastoupeny sestry pracující v hospicích a paliativních nebo jiných odděleních, na kterých se s vykonáváním paliativní péče můžeme setkat. Tyto skupiny probandů jsme zvolili proto, abychom zjistili, zda se jejich názory na námi zvolené téma liší. Dále jsme u

dotazovaných zjišťovali dosažené vzdělání, jak dlouho pracují ve zdravotnictví a také kolik let se setkávají s paliativní péčí. Označení SP je v naší práci vždy užíváno u sester, které byly v době realizace rozhovoru zaměstnané v hospicovém zařízení.

Sestra 1 je v naší práci uváděná jako SP 1. Sestra 2 je v naší práci uváděná jako SP 2. Sestra 3 je v naší práci uváděná jako SP 3. Sestra 4 je v naší práci uváděná jako SP 4. Sestra 5 je v naší práci uváděná jako SP 5. Sestra 6 je v naší práci uváděná jako SP 6. Sestra 7 je v naší práci uváděná jako SP 7.

Sestry, které mají zkušenosti s paliativní péčí, ale pracují jinde než v hospicových zařízeních, označujeme jako SMP. Sestra 1 je v naší práci uváděná jako SMP 1. Sestra 2 je v naší práci uváděná jako SMP 2. Sestra 3 je v naší práci uváděná jako SMP 3. Sestra 4 je v naší práci uváděná jako SMP 4. Sestra 5 je v naší práci uváděná jako SMP 5. Sestra 6 je v naší práci uváděná jako SMP 6. Sestra 7 je v naší práci uváděná jako SMP 7. Sestra 8 je v naší práci uváděná jako SMP 8.

4. Výsledky výzkumného šetření

Sestra SP 1 pracuje v hospici po dobu půl roku a má vysokoškolské vzdělání. Sestra SP 2 pracuje v hospici po dobu 3 let a má středoškolské vzdělání. Sestra SP 3 pracuje v hospici po dobu 5 let a má středoškolské vzdělání. Sestra SP 4 pracuje v hospici po dobu 2,5 roku a má středoškolské vzdělání. Sestra SP 5 pracuje v hospici po dobu 5 let a má středoškolské vzdělání. Sestra SP 6 pracuje v hospici po dobu 4 let a má středoškolské vzdělání. Sestra SP 7 pracuje v hospici po dobu 2 let a má středoškolské vzdělání.

Sestra SMP 1 má 1 rok zkušeností s paliativní péčí a je vysokoškolsky vzdělána. Sestra SMP 2 má 1 rok zkušeností s paliativní péčí a je vysokoškolsky vzdělána. Sestra SMP 3 má 3 roky zkušeností s paliativní péčí a je středoškolsky vzdělána. Sestra SMP 4 má 2 roky zkušeností s paliativní péčí a je vysokoškolsky vzdělána. Sestra SMP 5 má 7 let zkušeností s paliativní péčí a je středoškolsky vzdělána. Sestra SMP 6 má 5 let zkušeností s paliativní péčí a je středoškolsky vzdělána. Sestra SMP 7 má 5 let zkušeností s paliativní péčí a je středoškolsky vzdělána. Sestra SMP 8 má 4 roky zkušeností s paliativní péčí a je vysokoškolsky vzdělána.

Na základě analýzy získaných dat jsme vytvořili šest kategorií a k nim náležící podkategorie:

Kategorie 1: **Vliv paliativní péče na osobní život sester**.

Podkategorie 1: Pocity sester při péči o nevyléčitelně nemocné.

Podkategorie 2: Psychická zátěž u sester v paliativní péči.

Podkategorie 3: Konflikt mezi prací a rodinou sester.

Podkategorie 4: Vliv paliativní péče na osobní život sester.

Podkategorie 5: Pocit dobře odvedené práce u sester pracujících v paliativní péči.

Podkategorie 6: Vliv paliativní péče na společenský život sester.

Podkategorie 7: Náročnost práce v paliativní péči.

Podkategorie 8: Oddělení osobního života od pracovního u sester pracujících v paliativní péči.

Kategorie 2: **Volba povolání sestry a práce v paliativní péči**.

Podkategorie 1: Vnímání sesterského povolání.

Podkategorie 2: Pracovní plány do budoucna.

Podkategorie 3: Důvod volby práce v paliativní péči.

Podkategorie 4: Pocit uspokojení z práce.

Podkategorie 5: Pozitiva a negativa práce v paliativní péči.

Podkategorie 6: Vnímání výsledků dobře odvedené práce v paliativní péči.

Kategorie 3: **Souvislost pracovní zátěže s pocitem selhání a bezmoci**.

Podkategorie 1: Vnímání psychické zátěže v práci sester.

Podkategorie 2: Pocit bezmoci v práci sester.

Podkategorie 3: Pocit beznaděje kvůli náplni práce sestry v paliativní péči.

Podkategorie 4: Pocit selhání kvůli náplni práce sestry v paliativní péči.

Podkategorie 5: Schopnost izolovat se od práce po skončení směny.

Kategorie 4: **Faktory ovlivňující výkon práce sestry v paliativní péči**.

Podkategorie 1: Vliv administrativní zátěže na práci sester.

Podkategorie 2: Vliv fyzické zátěže na práci sester.

Podkategorie 3: Sociální zátěž na pracovišti sestry.

Podkategorie 4: Přesčasy v práci sester.

Podkategorie 5: Pocit časové tísně v práci sester.

Podkategorie 6: Spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím v práci sester.

Kategorie 5: **Zátěžové situace v práci sester**.

Podkategorie 1: Nejhorší a nejčastější zátěž v práci sester.

Podkategorie 2: Porovnání náročnosti práce v paliativní péči s jinými typy péče.

Podkategorie 3: Způsob předcházení zátěžovým situacím.

Kategorie 6: **Způsob vyrovnávání se se zátěžovými situacemi**.

Podkategorie 1: Způsob odpočinku po práci.

Podkategorie 2: Způsob řešení psychické zátěže.

Podkategorie 3: Sebereflexe organizované vedením.

Podkategorie 4: Způsob udržení si výkonosti v rámci dlouhodobé práce v paliativní péči.

4.1 Hodnocení vlivu prostředí paliativní péče na osobní život sester

První kategorii jsme pojmenovali **Vliv paliativní péče na osobní život sester**. Naším cílem bylo zjistit, zda práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje život sester, nebo na něj nemá žádný dopad.

První podkategorii jsme nazvali Pocity sester při péči o nevyléčitelně nemocné. Téměř všichni dotazovaní probandi, kteří se s paliativní péčí setkávají jinde než v hospicovém zařízení, na úvod uvedli, že péči o nevyléčitelně nemocné vnímají jako složitou a náročnou, zejména pokud jsou nemocní mladšího věku. Pro názornost předkládáme některé odpovědi našich probandů. „*Tak samozřejmě je to psychicky náročné. Hlavně je důležitý kontakt s rodinou pacienta, protože jsou rodiny, co tě obviňují, že už nemůžeš pomoct. Pak jde taky o to, kolik tomu pacientovi je. Když je mu míň, tak je to pro mě těžší"* (SMP 1). „*Ze začátku mi to dělalo problém. Myslím si, že na to nejsme úplně připravení ze školy. Na to tě nikdo nepřipraví. Bylo mi hodně nepříjemné, když mi někdo z klientů umřel. Často sklouzneš k osobnějšímu vztahu, když se o ty lidi staráš dlouhodobě, a není to jako v nemocnici, kde se pacienti střídají. Bylo to složité, ale problém mi to už nedělá*" (SMP 3). „*Je to těžké. Záleží na věku pacientů. Když je to člověk mladšího věku, tak se cítím jinak, než když je mu osmdesát. Je mi méně příjemné pečovat o umírajícího mladšího věku*" (SMP 4). Dotazovaná SMP 2 jako jediná hned v úvodní odpovědi rozhovoru uvedla, že se při péči o nevyléčitelně nemocné cítí dobře, pokud ví, že ji provádí správně. „*Pokud díky mně klienti nemají bolesti a nezůstávají sami, tak z toho mám dobrý pocit*" (SMP 2). Dotazované SMP 5 a SMP 6 uvedly, že jejich pocity souvisejí také s tím, v jakém stavu je daný nemocný a jak vypadá. „*Záleží, jak na tom jsou. Když netrpí, tak to zvládám dobře, ale když umírají v bolestech a upoutaní na lůžko, tak je to hrozné*" (SMP 5). Pouze proband SMP 8 se svojí odpovědí výrazně odlišovala. "*Nevnímám je tak,*

že jsou nevyléčitelně nemocní. Vnímám spíše jejich aktuální potřeby“ (SMP 8). Sestry vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních náročnost svého povolání jako první nezmiňovaly. Naopak bez výjimky udávaly, že se při péči o nevyléčitelně nemocné cítí dobře a tato práce je naplňuje. „*Cítím se dobře. Ta práce je naplňující a dává něco mně i těm lidem. Když jsou ti lidé spokojení, že můžou být doma a postaráme se o ně. V nemocnici to nikdo neudělá. Tam jsou ty lidi sami. My jim dáváme sebe a to, co potřebují. Ta práce je naplňující, i když těžká. Za mě bych řekla, že je skvělá*“ (SP 2). „*Cítím se dobře. Je to pro mě určitě uspokojující a určitě to má smysl*“ (SP 4).

Druhá podkategorie se jmenuje Psychická zátěž u sester v paliativní péči. Chtěli jsme přijít na to, jak moc sestry psychicky zatěžuje vykonávání paliativní péče. Dotazované, které paliativní péčí vykonávají jinde než v hospicovém zařízení obvykle potvrdily, že je jejich práce velmi psychicky náročná. „*Určitě to zatěžuje. Člověk na to myslí, i když přijde z práce. Na to, jak dlouho to bude trvat, co můžu pro toho pacienta ještě udělat apod. Je to náročnější než péče o člověka, který se uzdraví“* (SMP 4). „*Jde o to, jak ten člověk odchází, jestli má bolesti a je správně medikovaný. Když vidíš, že ten člověk trpí, tak je to náročné. Ve stádiu, když už pacienti nevnímají, tak jim ten odchod i přeješ jako vysvobození*“ (SMP 1). Sestra SMP 6 navíc uvedla, že se snaží si psychickou zátěž nepřipouštět. „*Je to psychicky náročné, ale velkou zátěž nepociťuji. Snažím se klientům zajistit bezbolestný odchod. Z toho mám dobrý pocit. Než jsem se s tím vyrovnala, tak to bylo horší, ale teď už si to moc nepřipouštím*“ (SMP 6). Proband SMP 8 jako jediný dle své odpovědi nevnímá svoji práci jako psychicky náročnou. „*Myslím si, že mě to psychicky neovlivňuje. Umím to ventilovat, takže mě to nezatěžuje*“ (SMP 8). Také sestry pracující v rámci hospiců potvrzovaly psychickou náročnost svého povolání. Dodávaly však, že se to dá naučit různými metodami dobře zvládnout. Tuto schopnost udávaly jako zásadní pro to, aby mohly svou práci dobře vykonávat. „*Je to zatěžující, ale když člověk umí relaxovat a má nějaké zájmy a záliby, tak to jde. Naučila jsem se i odpočívat*“ (SP 4). „*Je to náročné, ale když člověk dobře pracuje s osobním volnem a využívá intervize a supervize, tak myslím, že se to dá zvládnout*“ (SP 5). „*Musí si člověk zvyknout a nastavit si v sobě hranice, které musí udržet a netahat si ty věci domů. Musí si říct, že nemůže zachránit celý svět a chovat se podle toho, aby ho to nesemlelo*“ (SP 7). Dotazovaná SP 6 navíc uvedla, že ji práce nejen psychicky zatěžuje, ale zároveň i obohacuje. „*Člověk je z toho samozřejmě vyčerpaný, ale na druhou stranu mě to velmi obohacuje. Hodně nám to bere i dává. Ty lidi nám hodně dávají*“ (SP 6).

Třetí podkategorie se nazývá Konflikt mezi prací a rodinou sester. Sestry SMP 2,3,5 a SP 5 přímo udávaly, že má jejich práce negativní vliv na jejich rodinný život. „*Ano, moje rodina neuznává moji práci, protože mě psychicky vyčerpává a člověk, který v tom nedělá, tak nepochopí, proč. Po práci nemám chuť komunikovat. Ovlivňuje mě to v osobním životě*“ (SMP 3). „*Jsou případy, které tě vezmou za srdce. Myslíš na to i doma a nemáš chuť mluvit*“ (SMP 5). Zbylí probandi přímo nepotvrdili konflikt mezi prací sestry v paliativní péči a rodinným životem. Celkově bylo však z rozhovorů velmi patrné, že určité bariéry práce zdravotníků klade a vliv na rodinné životy má, obvykle v negativním, občas však i v pozitivním smyslu. Pokud měly dotazované v rodině zdravotníky nebo lidi se zkušenostmi s umíráním svých blízkých, měla práce zdravotníků spíše pozitivní vliv na rodinný život. V opačných případech je však problematika paliativní péče vnímána často jako tabu a dotazované se mnohdy cítí ze strany rodiny a svého okolí nepochopeny. Kvůli názornosti si ukážeme některé z dalších odpovědí našich probandů. „*Nedá se to nazvat konfliktem, ale člověk si to nese s sebou domů. Přemýšlí o těch lidech a moje rodina to vnímá. Vnímá to, že je člověk pořád jednou nohou v práci. Pokud je to v práci náročné, tak přijdete domů a potřebujete oddych a ta rodina to občas nechápe*“ (SP 2). „*Ani ne, moje mamka dělá pečovatelku, takže si o tom můžeme popovídat. Myslím, že ten konflikt nemám. Mám spíš výhodu, že v tom pracujeme obě dvě a můžeme si o tom popovídat*“ (SMP 1). „*Ani ne, spíš to mělo vliv v tom, že jsem dokázala svoji rodinu lépe připravit na odchod dědečka. Problém jsou směny o svátcích, ale zase jsem pro rodinu vzácnější*“ (SMP 7). „*Nevnímám to tak, ale o mojí práci se doma moc nebavíme. Bavit se o smrti s člověkem mimo zdravotnictví nejde. Bavit se o smrti je pro něj náročné a nechápe, jak tohle někdo může dělat. Konflikt to není, ale nebavíme se o tom*“ (SP 1).

Čtvrtou podkategorii jsme pojmenovali Vliv paliativní péče na osobní život sester. Všechny sestřičky vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení uvedly, že má práce sestry značný dopad na jejich osobní život. Tento vliv však označují spíše za pozitivní než negativní. „*Trošku přehodnocuji svoje hodnoty, ale myslím si, že mě to jinak neovlivňuje ani neomezuje*“ (SMP 8). „*Stala jsem se pokornější. Víc si života vážím a dokážu ho lépe zhodnotit. Začala jsem číst Bibli. Líp si některé věci uvědomuji*“ (SMP 7). „*Má to negativní i pozitivní vliv. Negativní je, že si práci beru někdy domů a pozitivní v tom, že jsem pro toho pacienta udělala maximum, ale už bylo rozhodnuto, že to nemůže pokračovat dál*“ (SMP 2). Podobně odpovídaly i sestry vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních, které rovněž vidí vliv své práce jako pozitivní. „*Změnilo mě*

to. Více si vážím toho, co mám a nejsem depresivní“ (SP 3). „*Člověk si přehodnotí životní priority. Životní hodnoty máte hodně změněné. Vážíte si volného času, zdraví a rodiny. Přestanete řešit nesmysly*“ (SP 7). „*Tím, že doprovázíte lidi, když umírají a srovnávají si hodnoty, tak si také určité hodnoty více srovnáte. Některé věci teď neřeším a přecházím. Některé věci už mi nepřijdou tak důležité. Takže ano, ta práce vás mění*“ (SP 5).

Pátá podkategorie se nazývá Pocit dobře odvedené práce u sester pracujících v paliativní péči. Probandi naší práce vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení většinou vyjádřili to, že mívají dobré pocity z práce, kterou odvádějí. „*Mám radost z toho, co dělám. Moje práce mě naplňuje a snažím se ji dělat tak, abych měla dobrý pocit*“ (SMP 2). „*Záleží na situaci. Když se o člověka pečuje tak, že je to v souladu s mým svědomím, tak z toho mám dobrý pocit. Z toho vědomí, že jsme pro klienta udělali maximum, mám dobrý pocit*“ (SMP 4). „*Vždycky mám pocit z dobře odvedené práce. Konám dle svého vědomí a svědomí. Vždycky jsem odcházela s dobrým pocitem*“. (SMP 5). Dotazované SMP 1 a 3 řekly, že při péči o nevyléčitelně nemocné nemívají dobré pocity z odvedené práce. „*Co se týká paliativní péče, tak moc často ne. Myslím si, že pro ty lidi děláme maximum, ale nevím, jestli to splňuje všechno, co by mělo*“ (SMP 3). Probandi pracující v hospicových zařízeních bez výjimky uvedli, že mají velmi často dobré pocity v souvislosti se svojí prací. „*Tento pocit mám stále. To víte, že je člověk někdy unavený, ale tento pocit mám vždycky. Třeba také když převezmeme pacienta, který není smířený se smrtí. Pocit dobře vykonané práce nastává, když dochází k smíření, ke ztlumení bolesti a když si klient začne užívat toho mála, co má. Vím, že slovo užívat si je v tomto spojení zvláštní, ale někdy jsou toho klienti skutečně schopní*“ (SP 3). „*To mívám většinou při tom konci, když je tam ta zpětná vazba. Přijdou za námi rodiny a chtějí si jenom popovídat a říkají, jak si toho váží a že jsme jim moc pomohli. Říkají nám, že ta práce má smysl. To je nádherný pocit a posílí vás to pro další práci*“ (SP 1).

Šestou podkategorii jsme pojmenovali Vliv paliativní péče na společenský život sester. Téměř všichni dotazovaní probandi uvedli, že práce jejich společenský život neovlivňuje vůbec, nebo jenom minimálně, a to zejména z důvodu tabuizace umírání a smrti. Pro názornost si uvedeme některé z jejich odpovědí. „*Myslím, že nijak. Beru to jako prospěšnou službu a nemyslím, že by mě to ovlivňovalo. Akorát jsem začala pohrdat větami typu „šoupli babču do domova“ apod. Snažím se trochu šířit paliativní péči*“ (SMP 1). „*Nejsem moc společenský člověk. Že by to mělo vliv na můj společenský život mi nepřijde*“ (SMP 6). Sestra SP 7 zmínila již dříve zmiňovanou komunikační bariéru

vzniklou následkem tabuizace nemoci, umírání a smrti. „*Nemůžu o své práci mluvit s lidmi, kteří nepracují ve zdravotnictví. Máme hodně černý humor. Koukají na nás jako na hyeny. Když mluvíte o tom, že umírání vás naplňuje a baví vás ta práce, tak se na vás dívají skrz prsty. Kdo v tom zdravotnictví nedělá, tak vás nepochopí, takže o svojí práci moc nemůžu mluvit před svými kamarády*“ (SP 7). Sestra SMP 5 řekla, že ji vykonávání paliativní péče ovlivňuje spíš emocionálně. „*Spíš mě to ovlivňuje citově. Jsem otupělá vůči smrti. Už jsem vůči smrti úplně otupěla. Patří to k životu a má to tak být. Bereš to jako součást života*“ (SMP 5).

Sedmá podkategorie se nazývá Náročnost práce v paliativní péči. Všichni naši probandi pracující mimo hospicová zařízení, považují práci sestry a vykonávání paliativní péče za náročné. „*Kolikrát je to hodně namáhavé. Když nám umírá pán, co má malé děti, tak je to srdcervoucí a brečela bych tam s nimi*“ (SMP 1). „*Řekla bych, že ta práce je hodně náročná. Myslím, že jedna z vůbec nejnáročnějších prací nebo profesí, která existuje*“ (SMP 4). „*Náročná určitě je, ale já si tu náročnost moc nepřipouštím, protože by to možná hraničilo se sebelítostí*“ (SMP 8). „*Je náročná, to určitě, ale i když jsem měla náročný den, tak cítím, že jsem udělala maximum*“ (SMP 7). Dotazované pracující v hospicových zařízeních většinou udávaly, že jejich práce je mnohdy náročná, ale záleží na konkrétních situacích. „*Přijde mi psychicky hodně náročná. Záleží na okolnostech. Když máte pět úmrtí za den a jezdíte v noci, tak jste unavený fyzicky i psychicky. Tu práci člověk zvládne, ale potom je ještě papírování a úklid pomůcek. Někdy jsou ale i volnější dny a ty si užíváme*“ (SP 7). „*Náročná je po všech stránkách. Sestra je tu v podstatě i psycholog. I když tu máme skvělého psychologa, tak tam přichází jako cizí člověk zvenku. Při své práci se dotýkáme největší intimity klienta a on k nám získává větší důvěru. Svěřují se nám úplně se vším i s věcmi, které nevědí jejich nejbližší. Odnášíme si obrovský balvan. I v tom je ta práce náročná*“ (SP 3). Sestra SP 6 jako jediná uvedla, že vykonávání paliativní péče nevnímá jako příliš náročné. „*Nevidím tu práci jako nějak extrémně náročnou*“ (SP 6).

Osmá podkategorie se nazývá Oddělení osobního života od pracovního u sester pracujících v paliativní péči. Probandi naší práce, kteří nepracují v hospicových zařízeních, uváděli, že oddělit pracovní život od osobního je mnohdy velmi složité. „*Dá se to oddělit, ale já jsem měla celkem problém s tím, že jsem si ke klientům udělala vztah. Pacienti byli blízkým okruhem lidí, kam jsem se ráda vracela nejen jako do práce, což si myslím, že není úplně dobře. Asi by se to mělo oddělovat. Mimo práci je dobré vypnout*“

(SMP 3). „*Snažím se odejít z práce s čistou hlavou, ale když jdu z práce, tak nad tím přemýšlím, jestli jsem všechno udělala dobře a nemohla jsem ještě něco víc udělat. Jde o lidský život a jsme jenom lidi a můžeme na něco zapomenout*“ (SMP 5). Sestra SMP 1 uvedla, že jí v tomto ohledu velmi pomáhají supervize organizované vedením. „*Naučila jsem se mluvit o tom a miluju supervize v práci, kdy si můžu o všem promluvit. Vyzvedla bych supervize. Když se z toho vypovídáš, tak nemáš potřebu řešit to jinde*“ (SMP 1). Pouze sestra SMP 8 uvedla, že se jí daří osobní a pracovní život dobře oddělit. „*Myslím si, že to jde dobře oddělit. Co se stalo v nemocnici, tak tam má zůstat. Je to o tom, jak si to člověk nastaví v hlavě*“ (SMP 8). Dotazované z hospicových zařízení rovněž považují oddělení osobního života od pracovního za velmi těžkou věc, kterou se je potřeba naučit, ale přesto to jde jen do určité míry. Jako příklad si uvedeme některé jejich odpovědí. „*Nejde to úplně oddělit. Snažím se, ale někdy si to přinesu domů. Člověk je někdy skleslý, smutný, protože zemřel někdo, koho měl rád. Nejde to oddělit úplně, propojuje se to*“ (SP 1). „*Učím se to. Když jsem tu začínala, tak jsme pracovali pořád. Teď se to snažíme trochu rozdělovat, vypnout a nemyslet pořád na práci. Někdy je to těžké, ale je to potřeba*“ (SP 2). „*Stále se to učím. Daří se mi práci dobře delegovat a mít svoji zástupkyni. V osobním volnu přesměrovávám telefon a děvčata volají jenom, když je to něco akutního, co musím řešit já*“ (SP 5).

Za pomocí otevřeného kódování se nám od dotazovaných podařilo zjistit, že vykonávání paliativní péče má velký vliv na jejich život. Tento vliv však není vždy jenom negativní. Dotazované obvykle vnímají práci jako velmi psychicky náročnou a těžko oddělitelnou od osobního života. Mnohdy také mají pocit nepochopení a komunikační bariéry ze strany svých blízkých z důvodu tabuizace umírání a smrti. Tyto problémy vnímají zejména, pokud nejsou v jejich okolí další zdravotníci nebo lidé s podobnými zkušenostmi, se kterými si o své práci mohou promluvit. V sociální oblasti je však, kromě výše zmíněného, jejich práce příliš neovlivňuje. Jako velmi pozitivní vnímáme odpovědi dotazovaných, které udávaly kladný vliv práce v paliativní péči na jejich osobnost, chápání života, utřídění životních hodnot apod. Hlavní rozdíl mezi sestrami vykonávajícími paliativní péči mimo hospicová zařízení a sestrami pracujícími v hospicových zařízeních byl především v tom, že sestry z hospiců zjevně péči o nevyléčitelně nemocné umějí lépe psychicky zvládat, často mají dobré pocity ze své práce a vykonávání paliativní péče je více naplňuje než sestry, které vykonávají paliativní péči mimo hospicová zařízení. Tyto rozdíly potvrdily naše očekávání a jsou snadno

odůvodnitelné faktem, že sestry pracující v hospicových zařízeních jsou na vykonávání paliativní péče specializovány, a tudíž i o něco lépe připraveny než sestry pracující v domovech pro seniory apod. Zásadní rozdíly mezi informacemi zjištěnými od vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných sester jsme nezaznamenali. Doba vykonávání paliativní péče měla viditelný vliv na některé odpovědi probanda SMP 5. Tato dotazovaná, která udávala, že paliativní péči mimo hospicové zařízení vykonává již sedm let, což je nejvíce ze všech dotazovaných, například zmínila, že vůči smrti již úplně otupěla.

4.2 Hodnocení postoje probandů k povolání sestry a zaměření na paliativní péči

Jedním z cílů naší práce bylo zjistit, zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření, jaký mají názor na profesi sestry a co považují za výsledek dobře odvedené paliativní péče. Druhou kategorii jsme nazvali **Volba povolání sestry a práce v paliativní péči**.

První podkategorie se nazývá Vnímání sesterského povolání. Probandi vykonávající obecnou paliativní péči mimo hospicová zařízení většinou uvedli, že by si povolání sestry vybrali znovu, i když zároveň zmiňovali problémy, které práci sestry provází a komplikují. „*Já ho vnímám dobře a vybrala bych si ho znovu, ale myslím si, že veřejností dobře vnímáno není. Není to prestižní povolání. Není ani dobře ohodnocené. Myslím si, že to povolání lidi dostatečně nedoceňují, dokud nepotřebují pomoc. Když potřebují péči, tak si toho začnou možná víc vážit. To mě na tom mrzí*“ (SMP 3). „*To povolání samo o sobě je skvělé, ale ty pracovní podmínky jsou hrozné. Kdybychom měli člověka jenom na administrativu a my bychom měly čas na zdravotnické úkony a ty klienty, tak by ta práce byla perfektní. Praxe vypadá bohužel tak, že jsem často administrátor, sanitář i uklízečka. Nemám lidi, kteří by mi pomohli nepolohovat klienty, a je nás tam málo. Chodíme do práce za málo peněz. Je to hrozné. Práce sestry je skvělá, ale podmínky, ve kterých se pracuje, jsou často hrozné*“ (SMP 5). Dotazovaná SPM 1 jako jediná z probandů vykonávajících paliativní péči mimo hospicová zařízení uvedla, že by si povolání sestry znovu nevybrala, přestože ho má ráda. „*Člověk to bere tak, že se pro to povolání narodil. Když ale vidím tu politiku skrz tohle, tak už bych do toho znovu nešla. To by si člověk radši sedl na poštu nebo tak. Taky si někdy říkám, že by mě někdo mohl za cokoliv zažalovat. Povolání je to pěkné, ale svým dětem ho doporučovat nebudu*“ (SMP 1). Všechny dotazované pracující v hospicových zařízeních označily práci sestry v paliativní

péči za poslání, které by si určitě vybraly znovu. Pro názornost uvádíme některé z jejich reakcí. „*Vybrala bych si ho znovu. Od páté třídy jsem věděla, že to chci dělat, a šla bych do toho znovu. Není to práce, ale poslání, alespoň tak to beru já*“ (SP 2). „*Zdravotní sestru bych si určitě vybrala znovu, ale dávám pořád přednost rodině. Rodina u mě bude vždy na prvním místě, a to se dost dobře nedá se směnným provozem zvládnout, pokud máte malé děti a nemáte zázemí a babičku a dědečka, kteří by pomohli. Mě rodiče na zdrávku dali, takže jsem si to sama nevybrala, ale dneska už bych neváhala*“ (SP 3). „*Vybrala a konkrétně práci v paliativní péči beru jako poslání*“ (SP 6).

Druhou podkategorii jsme pojmenovali Pracovní plány do budoucna. Odpovědi sester vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení byly velmi různorodé. Kromě probanda SMP 8 však všechny dotazované uváděly, že chtějí vyzkoušet práci i na jiných odděleních. Všechny však chtějí zůstat u práce ve zdravotnictví. „*Chtěla bych se spíš věnovat intenzivní péči. Práce v sociálních službách mě moc nenaplňuje. Mám asi vyšší cíle. Není to práce, kterou bych chtěla dělat celý život*“ (SMP 3). „*Chci dostudovat a pak by mě lákala možná JIP. V budoucnu bych chtěla také vyzkoušet buď domácí péči nebo hospic*“ (SMP 6). Sestry vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních odpovídaly jednotně, že chtějí zůstat u práce v paliativní péči. „*Chtěla bych zůstat v té paliativní péči. Pro mě to má hloubku a je to potřeba. Bylo by fajn kdyby se paliativní péče rozšiřovala*“ (SP 1). Sestry SP 5 a SP 7 navíc zmínily, že se v rámci paliativní péče snaží dále vzdělávat a zdokonalovat. „*Pokud to budu dále zvládat, tak se chci dále rozvíjet v systémové tvorbě týmu a managmentu. Rozvíjet bych se tím chtěla i dále. Snažím se i o publicitu hospicové péče. Snažím se v tom dále rozvíjet*“ (SP 5). „*U paliativní péče chci zůstat. Dále bych se chtěla zaměřit také na krizové intervence, na psychologickou část téhle práce a psychologické vzdělání*“ (SP 7).

Třetí podkategorie se nazývá Důvod volby práce v paliativní péči. Dotazované pracující mimo hospicová zařízení uváděly více důvodů. Převažovalo však to, že jim vyhovuje práce se staršími klienty, a tento typ péče se jim líbil a vyhovoval jim. Pro příklad si uvedeme některé odpovědi. „*Mám bližší vztah ke starším lidem než třeba k dětem, ale úplně záměrně jsem si nezvolila paliativní péči. Prostě jen radši pracuji se staršími lidmi*“ (SMP 2). „*Zvolila jsem si to, protože jsem tam byla v rámci školy na praxi a líbilo se mi tam. Byl tam fajn kolektiv i ta práce se mi líbila. Ta práce mi nikdy nevadila. Nejsou tam jenom lidi, u kterých se dělá paliativní péče*“ (SMP 7). Sestra SMP 1 navíc zmínila náboženské důvody, které ji vedly k péči o staré nemocné klienty. Dotazovaná SMP 6

uvedla jako důvod předchozí zkušenosti s paliativní péčí, kterou vykonávala u svých blízkých. Dotazované SMP 5 a SMP 8 řekly, že si práci, ve které se setkávají s paliativní péčí nevybraly zcela záměrně, ale přesto se s ní setkávají. „*No, já si to úplně nevybrala. Neměla jsem zas tak moc na výběr. V mé práci se setkáš prostě se vším"* (SMP 8). *Já jsem si tu práci vybrala, protože nikde jinde nebylo místo. Nabídli mi vyšší plat a měla jsem to blízko* (SMP 5). U sester pracujících v hospicových zařízeních byl důvod výběru paliativní péče poněkud jednotnější. Většina z nich měla předchozí zkušenosti s paliativní péčí ze svého osobního života, když se staraly o své blízké, kteří trpěli nevyléčitelnou chorobou. Dále uváděly, že si vybraly paliativní péči, protože jim vadilo málo času, který měly na klienty v nemocnici. Klienti v nemocnicích podle jejich odpovědí umírají mnohdy sami a méně důstojně. „*Z toho důvodu, že mám na ty lidi čas a můžu jim dát to, co potřebují. Když přijdu do nemocnice a budu chtít těm lidem něco dát, tak nemůžu. Ostatní sestry by mě za to sežraly. Buď se přizpůsobíte kolektivu a pojedete ten stereotyp, nebo ne a musíte pryč. Tady v paliativní péči je to o tom, že mám na toho člověka čas a můžu to dělat tak, jak nejlépe umím*" (SP 2). „*Měla jsem zkušenosti z rodiny s onkologicky nemocnými a myslím si, že ta péče pro ně byla nejdůležitější, aby měli odchod kvalitní. Asi proto jsem se rozhodla pro tuhle práci*". (SP 4) „*Za prvé mně strašně vadilo, že lidé v nemocnici umírají osamoceni a v podstatě v anonymitě. Ani rodinní příslušníci tam nemohli být nebo se jim zavolalo a řeklo se jim, ať ani nejezdí, že je ten nemocný stejně nepozná. Další důvod byl, že jsem se takhle o blízkého starala doma a dochovala ho doma. Důvodem bylo onkologické onemocnění. Asi i proto jsem se vydala tímhle směrem*" (SP 6).

Čtvrtou podkategorii jsme nazvali Pocit uspokojení z práce. Dotazované shodně uváděly, že i přes různé problémy je jejich práce baví, uspokojuje a naplňuje. „*Ta práce mě uspokojuje, ale asi na tu práci nemám povahu. Mě je těch lidí prostě hrozně líto. Neumím si udržet od klientů odstup. Baví mě to, mám ráda komunikaci s lidmi, ale nedokázala bych v této péči dělat dlouhodobě*" (SMP 3). „*Je to zásluha, prospěšná služba. Nějakým způsobem mě to asi naplňuje, doprovázet ty lidi v jejich posledních dnech*" (SMP 1). „*Je to nádherná práce a uspokojuje mě plně*" (SP 3). Výjimku mezi dotazovanými představuje sestra SMP 5, která uvedla, že i když ji práce baví, tak ji přestala uspokojovat především z důvodu její náročnosti. „*Mám ráda svoji práci, ale neuspokojuje mě to. Už v tom moc nevidím takový smysl a lidem už nemůžu dát takovou péči, jakou by měli mít.*

Nemůžu si s nimi povídat, není na to tolik čas, protože jsem jedna sestra na čtyřicet osm lidí“ (SMP 5).

Podkategorie s číslem pět se nazývá Pozitiva a negativa práce v paliativní péči. Sestry pracující mimo hospicová zařízení udávaly především, že pozitivum je to, když mohou pomáhat lidem a je od nich dobrá zpětná odezva. Za negativní označily mnoho věcí, např. předávání pozůstalosti, psychickou náročnost práce, nevděčnost klientů, kteří si péče neváží, nejasné kompetence sester a přílišnou administrativa. Pro příklad uvádíme některé z odpovědí našich probandů. „*Nejvíc je, když můžu pomoct těm lidem, a je pro mě úžasné, když přijdou a usmějí se nebo poděkují. Je skvělé, když se na mě těší. Nejmíň mě na tom baví ta administrativa a vysvětlování příbuzným klientů věci, které si nechtějí nechat vysvětlit*“ (SMP 7). „*Líbí se mi, když vidím, že těm lidem můžu pomoct a že se jejich stav zlepšuje. Negativum je, že si někteří lidé té péče absolutně neváží a berou nás spíš jako sluhy, jako personál, který jim má sloužit*“ (SMP 5). „*Nejvíc se mi líbí to, že někomu pomůžu, a vidím, že mi jsou ty lidi vděční. Ta zpětná vazba se mi na tom asi líbí. Nejmíň se mi líbí zacházení se sestrami a to, jak jsou branné ve společnosti. Vadí mi také, že nejsou jasné kompetence. Někdy není jasné, za co všechno má být sestra zodpovědná, a za co ne*“ (SMP 4). Dotazované vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních za pozitivní i negativní označily rovněž mnoho různých skutečností. Sestry SP 1,3,5,6 označily za pozitivní pomoc klientům a také to, že si je jejich rodina může důstojně dochovat. Další probandi zmiňovali za pozitivní, např. akci při přijímání klientů a daleko větší možnosti splnění klientových přání, než mají v nemocnici. Za negativní označují, např. časté dojíždění za klienty autem, špatnou domluvu s obvodními lékaři, neinformovanost klientů při propuštění z nemocnice, psychickou náročnost práce a také pocity bezmoci u klientů a jejich rodin. Sestra SP 5 uvedla: „*Nejvíce se mi líbí, když je ta péče dobře vedená a klient odchází v klidu a spokojený. Nejméně se mi líbí to, že lidé z nemocnice často odcházejí domů neinformovaní. Neznají svoji diagnózu ani prognózu. Nevědí, že jim zbývá jenom pár dní života. Je stresující, když je pustí domů a vy a lékař máte jen pár dní na to jim vysvětlit, že se už blíží konec. Ten čas je hrozně krátký na to, aby se s tím všichni smířili. Stává se to často, asi z padesáti procent. V nemocnici a na onkologii nejsou připraveni tohle říkat. Nejsou tam nastavení na tu paliativu. Často je fiktivně objednají např. za dva měsíce, i když jasně vědí, že už tam klienti nepřijdou*“ (SP 5). Dotazovaná SP 2 odpověděla: „*Nejmíň se mi líbí to, že to občas bolí. Občas je to o slzách. Odejde někdo, kdo nechci, aby odešel, a vím, že musí. Bolí to a psychicky to člověk*

občas nedává a musí s něčím praštit. Proč v té rodině umírají všichni na tu rakovinu? My ty příběhy těch lidí vidíme. To dobrý je, že se těm lidem můžeme odevzdat a cokoli pro ně udělat. Třeba když někdo řekne, že si vždycky přál pohladit hada, tak mu do postele přineseme hada apod. U nás se meze nekladou. Ty možnosti jsou u nás opravdu velké, a to je ta výhoda“ (SP 2).

Podkategorie číslo šest se jmenuje Vnímání výsledků dobře odvedené práce v paliativní péči. Všichni probandi odpovídali téměř shodně, pouze kladli odlišný důraz na jednotlivé aspekty. Za dobře odvedenou práci v paliativní péči považují péči, která dosáhne toho, že klient nemá bolesti, odchází ze světa důstojně, v klidu, smířen a spokojen a když je jeho rodina spokojená a smířená s tím, jak jejich blízký odešel. Pro názornost uvádíme některé z odpovědí našich probandů. „*To, že klient odchází v klidu a je smířená rodina, která toho člověka propustí. To, že vykonali kus práce, že ten dotyčný mohl zemřít tam, kde chtěl. To je dobrý výsledek naší práce, když víme, že to proběhlo tak, jak mělo, že ten člověk netrpěl a rodina se s tím smířila a přijala to*“ (SP 5). „*Pro mě je dobře odvedená práce u klienta, který nemá bolesti nebo má bolest sníženou tak, že netrpí, je v čistotě, nedusí se, leží se mu pohodlně a celkově když je to umírání klidné*“ (SMP 7). „*Popsala bych to asi jako vědomí, že je člověk bez bolesti, a my pak dostáváme zpětnou vazbu od rodiny. Jaké byly reakce rodiny a jak se s tím odchodem blízkého srovnala*“ (SMP 4). „*Dobře odvedená práce je to, že klient umírá v klidu, bez bolesti, v tichu, kde ho nic neruší. Důležitá je také spokojenost rodiny*“ (SMP 1).

Z rozhovorů se nám od probandů podařilo zjistit, že by si povolání sestry vybraly znovu a do budoucna plánují stále pracovat ve zdravotnictví. Důvody pro volbu této práce měly různé, obvykle si však tuto práci zvolily proto, že jim vyhovovala práce se staršími klienty a tento typ péče se jim líbil. Dalším důvodem bylo také to, že chtěly mít na klienty dostatek času a dát jim kvalitní péči. Dotazované uvedly, že mají svou práci rády a uspokojuje je. Za dobře odvedenou práci v paliativní péči považují péči, která dosáhne toho, že klient nemá bolesti, odchází ze světa důstojně, v klidu, smířen a spokojen a když je jeho rodina spokojená a smířená s tím, jak jejich blízký odešel. Hlavní rozdíl mezi dotazovanými sestrami vykonávajícími paliativní péči mimo hospicová zařízení a sestrami pracujícími v hospicových zařízeních byl z pohledu našeho cíle především v tom, že sestry z hospiců berou svoji práci v první řadě jako poslání a všechny uvedly, že chtějí v paliativní péči zůstat. Sestry pracující mimo hospicová zařízení obvykle svou práci za poslání neoznačily, ale i přes různé opodstatněné výhrady mluvily o své práci

pozitivně. I když chce většina z nich v budoucnu zkusit práci na jiných odděleních, plánují nadále pracovat ve zdravotnictví. Zásadní rozdíly mezi informacemi zjištěnými od vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných sester jsme nezaznamenali. Doba vykonávání paliativní péče měla zřejmě znatelný vliv na odpovědi probanda SMP 5. Dotazovaná jako jediná v rozhovoru uvedla, že ji již práce neuspokojuje a nevidí v ní takový smysl jako dřív.

4.3 Hodnocení pocitu selhání a bezmoci u sester vykonávajících paliativní péči

V této kapitole jsme si dali za cíl zmapovat, zda mají sestry vykonávající paliativní péči pocity selhání a bezmoci, jaké jsou nejčastější příčiny těchto pocitů a co je ovlivňuje. Námi zařazené kategorie jsme vybírali po realizaci rozhovorů a pomohou nám při jejich vyhodnocení.

Kategorii číslo tři jsme se rozhodli nazvat **Souvislost pracovní zátěže s pocitem selhání a bezmoci**. Naším záměrem bylo zjistit, zda mají sestry pečující o nevyléčitelně nemocné tyto pocity, případně jejich souvislost s vysokou mírou psychické zátěže.

První podkategorie se nazývá Vnímání psychické zátěže v práci sester. Všechny dotazované sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení i v nich, uvedly, že práci sestry v paliativní péči vnímají jako psychicky náročnou. „*Vnímám to velmi. Hlavně je rozdíl, když umírá opravdu mladý člověk. Psychicky je to rozlišné také v tom, jak se k situaci staví rodina. Jestli máš ještě práci s tou rodinou, nebo už s ní pracovat nemusíš, protože s tím smíření jsou*“ (SMP 1). „*Psychicky to náročné je. Občas to beru jako zkoušku organismu, kolik ještě vydrží, ale pokud člověk umí vypnout a trochu pracovat sám se sebou, tak to může být v pohodě*“ (SMP 8). „*Vnímám to velmi, hlavně je rozdíl, když umírá opravdu mladý člověk. Psychicky je to odlišné také v tom, jak se k situaci staví rodina. Jestli máš ještě práci s tou rodinou, nebo už s ní pracovat nemusíš, protože s tím smíření jsou*“ (SP 5).

Druhou podkategorii jsme nazvali Pocit bezmoci v práci sester. Dotazované pracující mimo hospicová zařízení, konkrétně SMP 2,3,4,5,6 uvedly, že v souvislosti se svojí prací mívají pocity bezmoci. Tyto pocity nesouvisí však pouze s paliativní péčí, ale s prací sestry obecně. „*Někdy velkou. Cítím se bezmocná, když vidím, jak se někteří členové personálu chovají k pacientům. To se cítím bezmocná a strašně naštvaná, když jsou hnusní na ty lidi, nebo je nepolohují apod. To cítím bezmoc*“ (SMP 5). „*Občas určitě ano,*

ale ne třeba, co se týká umírání, ale spíš ohledně přístupu. Chtěla bych mít víc času na lidi a míň toho mít na starost. Je to spíš taková bezmoc. Máš toho hodně na starosti a musíš to zvládnout a nemůžeš s tím nic dělat, i kdybys to chtěl udělat líp a věnovat se lidem dýl. Je to spíš ohledně času a náplně práce. Je toho moc na ty sestry" (SMP 4). Sestry SMP 1 a SMP 7 se v rozhovoru zmínily, že i přesto, že bezmoc často necítí, občas tyto pocity mohou přijít, pokud dojde k nepochopení mezi lékařem a sestrou. „*Člověk s tím nic nemůže udělat, takže bezmoc ne. Když člověk udělá maximum, co může. Někdy je to těžké, když třeba doktor nenapíše opiáty a ten klient trpí bolestí, ale jinak ne*" (SMP 1). Stejný problém uvedla i sestra SMP 2, která podle svých slov bezmoc pociťuje. „*Určitě ano, ale je to bezmoc v souvislosti s tím, že někdy chtějí lékaři za každou cenu léčit místo toho, aby už přestali toho klienta trápit a nedělali na něm pokusy. Ta bezmoc je v souvislosti s komunikací s lékařem. V souvislosti s pacientem asi ne*" (SMP 2). Proband SMP 8 uvedl, že pocity bezmoci nemá. „*Bezmoc necítím, snažím se všechno brát tak, jak to je*" (SMP 8). Všechny dotazované pracující v hospicových zařízeních uvedly, že někdy pocity bezmoci mívají. Mezi důvody těchto pocitů patří neutěšitelné bolesti klientů, péče o mladé nevyléčitelně nemocné klienty, péče o blízké nevyléčitelně nemocných a také klienti a jejich rodiny špatně informovaní o prognóze. Na rozdíl od sester pracujících mimo hospicová zařízení žádná z těchto dotazovaných neuvedla bezmoc kvůli nepochopení s lékaři. Pro názornost uvádíme příklady odpovědí našich probandů. „*Ta bezmoc je u těch lidí, kteří mají strašné bolesti a ta medicína to nedokáže pokrýt. Ti lidé jsou na vysokých dávkách morfinu, a přesto pak řeknou, slíbili jste, že nebudu mít bolesti, a já je mám. V tu chvíli cítíte bezmoc, protože medicína nefunguje. Také když přijde dvacetiletá holka a ptá se, proč ona. My jí to neumíme vysvětlit proč. Věřící na to něco říct dokážou, ale ve skutečnosti nikdo neví. Jsou situace, kdy bezmoc přijde. Bezmoc přijde také v době, když je ten nevyléčitelně nemocný váš blízký. Není to často, ale někdy je*" (SP 2). „*Bezmoc cítím u těch hodně mladých pacientů. Bezmoc pociťuji u těch dvacetiletých, třicetiletých apod. To mi přijde jako nespravedlnost*" (SP 3).

Třetí podkategorie se nazývá Pocit beznaděje kvůli náplni práce sestry v paliativní péči. Dotazované vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení obvykle uvedly, že beznaděj běžně nepociťují. „*To, že se klienti neuzdraví, je součástí toho místa, kde pracuji. Nějak si tu beznaděj moc nepřipouštím*" (SMP 6). Pocity beznaděje v rozhovoru zmínily sestry SMP 4 a SMP 3. „*To souvisí s věkem klientů. Beznaděj cítím u lidí, kteří*

jsou mladí a nejsou ve věku, kdy by měli odejít. Přijde mi to jako nespravedlnost. Říkám si, že bych na jejich místě mohla být i já. Připadá mi to víc beznadějné. Když umírá devadesátiletý člověk tak beznaděj nepociťuji. U mě to má souvislost s tím věkem klientů“ (SMP 4). „*Dost protože vidíš toho klienta, jak se postupně zhoršuje a v podstatě mu ulevuješ od bolesti, rehabilituješ s ním, snažíš se ho udržet ve stavu, aby chodil, obsloužil se a měl kvalitní život, ale stejně víš, že ten člověk umře ve většině těch případů*“ (SMP 3). Sestry pracující v hospici až na jednu uváděly, že pocity beznaděje vzhledem ke své práci a zdravotnímu stavu klientů necítí. Proband SP 5 uvedl: „*Necítím, protože už se v té oblasti pohybuji. Jsem věřící člověk a umírání vnímám jako věc, která do života přijde a nikdy nevíme, komu a kdy. Prostě k tomu dochází a je potřeba se tomu postavit*“ (SP 5). Výjimkou byla mladá sestra SP 1, která v hospici pracovala necelého půl roku. Tato dotazovaná potvrdila, že pocity beznaděje mívá. „*Velkou beznaděj, protože u nás se klienti neuzdraví*“ (SP 1).

Podkategorie číslo čtyři se nazývá Pocit selhání kvůli náplni práce sestry v paliativní péči. Dotazované pracující mimo hospicová zařízení i v nich, obvykle pocity selhání mají pouze výjimečně, nebo vůbec. Většina sester však zmínila situace nebo případy, ve kterých selhání pocítily. Nejedná se však o časté případy. Pro příklad uvádíme některé z odpovědí našich probandů. „*To ne, stalo se mi to asi jen jednou. To bylo ale úmrtí člověka, u kterého to nikdo nečekal. Byly to akutní komplikace. Byla jsem poslední, kdo byl s klientem v kontaktu a potom jsem si říkala, že jsem měla něco poznat nebo že jsem něco udělala špatně, ale asi to člověk nesmí tak řešit, tyhle věci*“ (SMP 3). „*To přijde minimálně. Třeba když píchnu morfin a ten člověk za chvíli zemře. Říkám si, co kdybych to nepíchla, co by následovalo. Pak ale ostatní řeknou, že to bylo dobře, protože morfin potřeboval, i když by bez něj žil možná ještě pár hodin. Někdo má slabé srdce, a nevydrží to. Někdy jsem měla pocit, tak teď jsem selhala, protože to, co jsem dala, udělalo něco, ale pak mi ostatní vysvětlí, že to tak není*“ (SP 2). Probandi SP 4,5,6,7, SMP 6 a SMP 8 uvedli, že takové pocity nemívají a nevzpomněli si ani na žádnou situaci s těmito pocity spojenou. „*Zatím jsem pocit selhání asi nepocítila. Co si tak vzpomínám, tak ne*“ (SMP 8).

Pátá podkategorie se jmenuje Schopnost izolovat se od práce po skončení směny. Sestry SMP 2,4,7,8 uvedly, že umí nechat pracovní věci po konci směny být a moc na ně nemyslet. „*Myslím si, že to umím velmi dobře. Když odejdu, tak vypnu. Občas se stane, že nad něčím přemýšlím, ale mám štěstí, že mě má kdo vyslechnout. Dlouho nad tím ale*

většinou nepřemýšlím“ (SMP 8). Dotazované SMP 5 a SMP 6 uváděly, že se snaží vyjít z práce s čistou hlavou, ale daří se jim to jen někdy. Dotazované SMP 3 a SMP 1 uvedly, že s tím mívají problém. „*Nejsem toho schopná, neumím odejít z pracoviště, zavřít dveře a být hlavou doma. Neumím práci nechat v práci. Zdá se mi o tom, beru si práci domů. Někdy to řeším doma s mamkou. Určitě to není dobře, ale neumím nechat práci v práci*“ (SMP 1). Dotazované pracující v hospicových zařízeních většinou umí nechat pracovní věci v práci po skončení směny. Konkrétně sestry SP 1,4,5,7 uvedly, že to umí velmi dobře. Proband SP 1 uvedl: „*Snažím se nepracovat po skončení pracovní doby, ale občas si třeba ještě zavolám se sestrami a dořešíme ještě některé věci, nebo jestli nepotřebují pomoc, ale potom to už zaklapnu a věnuji se domovu*“ (SP 1). Dotazovaná SP 3 v rozhovoru zmínila, že záleží na situaci. Sestry SP 2 a SP 6 uvedly, že s tím mají problém. „*To asi moc neumím. Když mi skončí směna, tak řeším další věci k práci. Řeším to, co všechno potřebujeme apod. Moc nevypínám. Vypnu alespoň v sobotu a v neděli, když někam jedeme s rodinou, ale jinak moc nevypínám*“ (SP 2).

Za pomocí dotazů se nám od probandů podařilo zjistit, že všichni vnímají práci sestry v paliativní péči jako psychicky náročnou a mívají někdy pocity bezmoci. Pocity beznaděje a selhání probandi nemívají nebo pouze v ojedinělých případech. Většina probandů je schopná po směně práci neřešit nebo se o to s menší či větší úspěšností snaží. Hlavní rozdíl mezi sestrami vykonávajícími paliativní péči mimo hospicová zařízení a sestrami pracujícími v hospicových zařízeních byl především v tom, že mívají pocity bezmoci z odlišných důvodů. Sestry pracující mimo hospic tyto pocity mívají kvůli nepochopení mezi sestrou a lékařem, nedostatku času na péči a také kvůli tomu, že vidí špatné chování ke klientům od dalších členů personálu. Dotazované z hospiců cítí bezmoc kvůli neutěšitelné bolesti klientů, péči o mladé nevyléčitelně nemocné klienty, péči o blízké nevyléčitelně nemocných a také kvůli špatné informovanosti klientů a jejich rodin o prognóze. Významný rozdíl, který by vycházel z odlišného vzdělání dotazovaných, jsme nezaznamenali. Mladý věk a krátká doba zkušeností s paliativní péčí měla podle nás vliv na odpověď dotazované SP 1, která jako jediná ze sester z hospiců uvedla, že mívá pocity beznaděje kvůli tomu, že se klienti neuzdraví.

4.4 Vyhodnocení problémů vznikajících při poskytování paliativní péče

Jedním z cílů naší práce bylo také zjistit, s jakými problémy se nejčastěji setkávají sestry v rámci vykonávání paliativní péče, jaké to konkrétně jsou, co všechno ovlivňují a jak je sestry řeší.

Čtvrtá kategorie nese název **Faktory ovlivňující výkon práce sestry v paliativní péči**.

První podkategorii jsme pojmenovali Vliv administrativní zátěže na práci sester. Dotazované pracující mimo hospicová zařízení obvykle velkou zátěž kvůli administrativě nepociťují. V rozhovorech však uvedly, že jsou si vědomy toho, že na některých pracovištích v nemocnicích je administrativní práce skutečně hodně. Sestry SMP 5 a SMP 8 uvedly: „*My tam tolik papírování nemáme. Jinde je třeba hrozně moc papírů, když je to zařízení hodně akreditované. Tam, kde dělám já, moc papírování není. V ošetřovatelské dokumentaci jsou úkony a z druhé strany je, jestli je péče s dopomocí. Odškrtáš si léky, a to je všechno, protože to není akreditovaná nemocnice. Není to tak hrozné jako jinde*“ (SMP 5). „*Mě to ani moc nezatěžuje, ale mrzí mě, že když je audit, tak se hodně lpí na papírech a víc se kouká na ně, než na péči o pacienta*“ (SMP 8). Zátěž z důvodu administrativní práce uvedly dotazované SMP 2 a SMP 7. „*Stojí mě to dost času. V práci píšu asi tři hodiny papíry. Tak hodinu dopoledne a zbytek odpoledne. Dopoledne si procházím medikace a odpoledne ošetřovatelský proces a ostatní papíry*“ (SMP 2). Sestry pracující v hospicových obvykle uváděly, že je u nich administrativní zátěž o něco menší než v nemocnicích, a i když je jí někdy příliš, uvědomují si, že administrativa, kterou dělají, je potřebná a nutná. Dotazované také uváděly, že v hospicových zařízeních je na prvním místě klient, a ne administrativa. Sestry SP 1,2,3 a 5 zátěž kvůli administrativě nepociťují. SP 2 uvedla: „*U nás toho není tolik. My si vypíšeme papíry, které potřebujeme a administrativu dělá spíš sociální pracovnice nebo někdo jiný. My to, co potřebujme, máme a zapisujeme, ale papírování mě až tak nezatěžuje*“ (SP 2). Dotazované SP 4,6 a 7 jistou zátěž v z těchto důvodů pociťují. Uvádí však, že je vykonávaná administrativní práce nutná, a proto ji respektují. „*Je jí hodně, samozřejmě, ale je to důležité, protože člověk nikdy neví, s kým se setká, a pak když se něco řeší zpětně, tak je to potřeba. Je to práce s umírajícími, a nikdy nevíte, jak který člen rodiny zareaguje na nepříjemnou situaci. Papírování nás zatěžuje, je ho hodně, ale je nutné. Administrativy je u nás asi zhruba stejně jako v nemocnici*“ (SP 6). „*Je jí docela hodně, mohlo by toho být míň, ale chápu, že všechno musí mít svoji kontrolu, takže to respektujeme*“ (SP 4). „*Té*

administrativy je hodně. Myslím si, že je toho dokonce skoro stejně jako v nemocnici. Máme počítačové systémy a dokumentace o klientech a někdy na to člověk opravdu nemá čas. Když na to člověk čas má, tak je to v pořádku. Úmrtí nebo příjem nám zabere přes hodinu administrativy. Zabere to hodně času, no ale dá se to zvládnout, když je na to prostor“ (SP 7).

Druhá podkategorie se nazývá Vliv fyzické zátěže na práci sester. Sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení vnímají svoji práci jako fyzicky náročnou. Dotazované SMP 2,3,4,5,7 a 8 tuto zátěž pociťují. Některé sestry zmínily bolest zad jako následek této fyzické zátěže. Sestra SMP 3 uvedla: „*Je to náročné, protože hodně klientů je nepohyblivých, ležících nebo s omezenou pohyblivostí. Když už jsou pohybliví, tak jsou zase časté pády, takže je hodně zvedání těch klientů. Často je zvedám z postele na vozíček a pak zase zpátky. Z důvodu nedostatku personálu to někdy dělám sama, i když se to nesmí. Po roce jsem začala mít znatelné problémy se zády*“ (SMP 3). Malou fyzickou náročnost práce uvedly sestry SMP 1 a SMP 6. „*My jako sestry tady v domově děláme hygieny pouze o noční, tak to pro nás fyzicky náročné není, protože tady je dostatek personálu, jako jsou ošetřovatelky. Je to tak alespoň přes den. Sestra se do toho zapojovat nemusí, takže ne, tuto zátěž necítím*“ (SMP 1). Dotazované pracující v hospicových zařízeních rovněž potvrdily fyzickou zátěž své práce. Zmínily však, že není zdaleka tak velká jako zátěž psychická. „*Fyzicky zase tolik ne. Samozřejmě když má klient sto dvacet kilo a přendáváte ho z postele na postel, tak ta fyzická zátěž je, ale spíš bych řekla, že je to víc náročné psychicky než fyzicky*“ (SP 2). „*Je fyzicky náročná. Hodně jezdíme autem, a když denně najedeme třeba sto padesát kilometrů a po deseti nebo dvaceti kilometrech zastavíte a hodinu a půl se třeba věnujete klientovi, tak je to hodně náročné. Klientům lezete až do postele, protože obvykle nemají polohovací postele. Nemáme to zase jako v nemocnici, že bych byla dvanáct hodin na nohách, ale je to náročné i na pozornost. Musím sednout do auta a jet dobře, i když jsou dvě hodiny ráno*“ (SP 3).

Třetí podkategorii jsme nazvali Sociální zátěž na pracovišti sestry. Dotazované pracující mimo hospic obvykle uváděly více či méně závažné problémy týkající se vztahů na pracovišti. Tyto problémy mnohdy souvisí s tím, že je kolektiv čistě ženský. Sestry SMP 1 a SMP 4 uvedly: „*Velmi, protože je to babinec. Pomohlo by kdyby to bylo vyváženější. Je těžké vyjít se všemi. Na denní směně je hodně pečovatelek a vyjít se všemi je hodně náročné. Máme informační program na záznamy a pečovatelka napíše záznam a v něm je, že mi problém nahlásila, a přitom to tak není. Problém s komunikací je i mezi úseky*

jako je oddělení a kuchyň. Také je problém, takový ten informační šum, porušení mlčenlivostí apod“ (SMP 1). „*Jsou dvě směny a mezi směnami, co se týká lidí, jsou vztahy dobré, ale jedna směna bojuje s tou druhou, a to dobré není. Často jsou tam konflikty kvůli hloupostem, když se něco na noční nestihne. Myslím, že je i problém v komunikaci s vedením. Když řekneme, že je něco špatně, tak to vedení neposlouchá. Pravidelné schůzky s vedením nikdy nic nevyřešily. Řešíme třeba, že nemáme základní hygienické pomůcky, ale nic se nezmění. Takové základní věci by měly být. Říká se, že je vždycky chyba ve vedoucím pracovníkovi, když něco dlouhodobě nefunguje*“ (SMP 4). Sociální zátěž v rámci vztahů na pracovišti nepociťují sestry SMP 4 a SMP 8. „*Vždycky tam byly hodně dobré vztahy a myslím si, že je to důležité, co se týká domovů důchodců, protože ta práce je dost monotónní a nejsou tam velké výkyvy, takže si myslím, že ty vztahy jsou důležité. U nás byly dobré*“ (SMP 4). Všechny dotazované z hospicových zařízeních uvedly, že mají skvělý kolektiv, ve kterém se problémy stávají minimálně. Setra SP 1 však podobně jako sestry pracující mimo hospic uvedla, že i přes dobré vztahy a spolupráci může být i tady problémem čistě ženský kolektiv. Pro názornost si uvedeme některé z odpovědí našich probandů. „*Já bych řekla, že sem tam se najde nějaká neshoda s někým, ale jinak bych řekla, že tady je kolektiv opravdu hrozně dobrý. Lidé tu mají hrozně dobré srdce a všichni si vycházejí vstříc. Už jenom to, že se ráno sejdeme a dáme si kávu spolu a předáme si službu a všechno si řekneme. Není to úplně běžné, jinde. My se dokážeme sejít i mimo práci. Kolektiv je opravdu dobrý. Ty holky tady mají srdce. Spolupráce je tu ideální*“ (SP 2). „*Myslím si, že jsou tady vztahy velice dobré, ale nebyl by to kolektiv, kdybyste se všem zavděčil. Dokážeme se tady ale velice dobře podporovat. Každý den ráno se tu scházíme a vyříkáme si, co nás nejvíc trápí klidně i doma. Řekneme si své názory. Máme čas být spolu a to je tady úplně nutné, myslím si, že to tak musí být, v hospici. Potřebujeme prostě čas být spolu, abychom byly v pořádku*“ (SP 3). Sestra SP 7 uvedla, že v hospicové péči považuje za nezbytné to, aby byly sestry podobně psychicky nastavené. „*Vztahy máme dobré. Je pravda, že některé sestry musely odejít, protože ten tým musí být na podobné psychické úrovni a musí si sednout. Ne každý na tu práci má. Když přijde mladá sestra, co má malé děti a nemá moc životních zkušeností, tak je trošku jinak nastavená než my a to je problém. Náš tým se ale sešel dobře. Každá z nás si prožila i nějakou životní krizi a loni jsme se opravdu natolik sjednotili, že je to hodně dobré. Ten tým si prostě musí sednout. Komunikace je tu dobrá. První rok jsme se dost oťukávali i s lékaři, ale začali jsme si tu opravdu věřit a umíme řešit zátěžové situace, takže ta komunikace je tu opravdu dobrá*“ (SP 7).

Podkategorii s číslem čtyři jsme pojmenovali Přesčasy v práci sester. Sestry pracující mimo hospic mnohdy uváděly, že odpracují hodiny navíc nad rámec pracovní smlouvy z důvodu nedostatku personálu. Sestra SMP 5 uvedla: „*Mám práci na půl úvazku a měsíčně jsem odpracovala asi sto padesát hodin což je hodně. Prostě byl nedostatek personálu a já byla pořád jen v práci. Bylo to hrozné*“ (SMP 5). Sestry z hospicových zařízení všechny uváděly přesčasy. Zmínily však také, že jim je zaměstnavatel proplácí nebo si mohou následně vybrat více volna i z důvodu prevence syndromu vyhoření. Sestra SP 7 a SP 3 uvedly: „*Snažíme se to hlídat a u přesčasů si dáváme náhradní volna. Potom i naši lékaři u nás hlídají syndrom vyhoření a myslíme na to. Snažili jsme se najít nějaký systém řešení těch přesčasů, ale úplně to tady nejde řešit systémově*“ (SP 7). „*My máme pohyblivou pracovní dobu v tom, že se někdy stane, že mám pracovat do čtyř a kolegyně je nemocná, a já jedu příslužby. Když mi někdo zavolá, tak musím jet a mám to nad rámec, ale potom si to zase můžu vybrat ve volnu. Jeden měsíc mám třeba osmnáct hodin navíc a další měsíc mám zas míň. Zaměstnavatel mi proplatí hodiny nad rámec pracovní smlouvy. Zaměstnavatel nechce, abychom pracovali nad rámec zadarmo. Buďto si to vybereme a máme víc volna, nebo si to prostě necháme proplatit*“ (SP 3).

Pátou podkategorii jsme nazvali Pocit časové tísně v práci sester. Sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení uváděly, že časovou tíseň běžně nepociťují a vyskytne se pouze v situacích, kdy se nečekaně sejde více problémů, než je standardní. „*Jak kdy asi, tak párkrát týdně. Je to horší v určité hodiny. Ráno je to nejhorší, odpoledne je to klidnější. Někdy se to špatně sejde a pak nevím, co dřív*“ (SMP 6). „*Záleží, jací jsou klienti. Když tam je většina ležících, kteří se zhorší apod. Kdyby bylo všechno běžné, tak to stíhám, ale někdy se toho sejde moc. Ta časová tíseň je*“ (SMP 5). Časté pocity časové tísně uvedla pouze dotazovaná SMP 3. „*Často, já jsem člověk, který když nestíhá, tak začnu panikařit. Mám ráda všechno na čas, a to nejde. Přerušuješ jednu činnost, když někdo něco potřebuje, takže to nikdy není na čas*“ (SMP 3). Sestry z hospicových zařízení uváděly, že v je v jejich práci časová zátěž nárazová, ale není obvykle tak velká jako na odděleních v nemocnici. Sestra SP 3 uvedla: „*Někdy ano, ale tu práci si můžeme rozdělit ve všední den. O službách je toho více, to jsem na to sama, plus mám teď sestřičku na příslužbě. Člověk si to musí víc logisticky upravit, ale úplná časová tíseň tu není. V nemocnici je to daleko horší. Tam mají sestřičky čas na to píchnout injekci, ale už nemají čas s těmi lidmi moc mluvit nebo se jich na něco zeptat. Někde opravdu dvanáct hodin lítají a nezastaví se. Já si u těch lidí můžu trochu vydechnout, a není to tak hrozné*

jako v té nemocnici“ (SP 3). Sestra SP 5 uvedla: „*Je to hodně nárazové, u nás. Jsou dny, kdy se to dobře naplánuje, ale nevíte, kdo, kdy a jak zemře, takže se to nedá úplně ovlivnit. Jsou dny, kdy lítáme od rána do večere, a dny, kdy to hezky stíháme. Jednou nebo dvakrát týdně třeba cítím, že toho je opravdu hodně*“ (SP 5).

Podkategorii s číslem šest jsme pojmenovali Spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím v práci sester. Dotazované SMP 1,3 a 5 jednoznačně uvedly, že nejsou spokojené s pracovními podmínkami a pracovním prostředím. „*S pracovními podmínkami spokojená nejsem, proto dávám výpověď. Mít šedesát lidí jako uživatelů na den je strašná spousta lidí. Na den jsme dvě sestry a na noční jen jedna. O noční mám pod sebou sto šestnáct lidí, což je hrozné. Ve chvíli, kdy se něco děje na více patrech, tak nemáš šanci to zvládnout a je to hrozně psychicky náročné. Jen ten pocit, že musíš zajistit sto šestnáct lidí. Je to nedořešené a je to ve více důchoďákách. Jsem mladá a nechci si zadělat na kriminál kvůli tomu, že něco zanedbám. Na některé pečovatelky se můžu spolehnout, že některou situaci vyřeší, ale pak máš holky, které zavolají, že je klient trochu červený, a on má čtyřicítky horečky. Je to hrozné*“ (SMP 1). „*Moc spokojená nejsem. Nemáme prémie nebo jen jednou ročně, žádné vánoční večírky apod. Vychází se vstříc v požadavcích, co se týká volna, ale jinak je to špatné. Je to staré, staré postele, u kterých děláme všechno manuálně. Vedení naše problémy neřeší. Dokud se to nějak zvládá, tak nikdo problémy neřeší*“ (SMP 5). „*Je to špatné. Ty prostory nejsou uzpůsobeny na to, aby tam takové zařízení fungovalo. Je tam nedostatek prostoru. Myslím, že by provoz takového zařízení ani neměl být schválen v takových prostorách. Nemáme pomůcky, přístup k lůžku ze tří stran a další takovéto základní věci, což mi opravdu vadí. S lůžkem se nedá vyjet z pokoje, protože se nevejde do dveří a spoustu dalšího*“ (SMP 3). Sestry SMP 2,7 a 8 v rozhovorech také zmínily nespokojenost s pracovními podmínkami nebo s prostředím. Problémy však nevnímají tak závažně jako výše uvedení probandi. „*S pracovními podmínkami problém nemám, snažím se to dělat tak, jak chci. S pracovním prostředím je to horší. Daly by se zlepšit kompenzační pomůcky a lůžka na oddělení*“ (SMP 2). „*Musím říct, že prostředí je dobré. Pracovní podmínky jsou horší, když nemocnice šetří na pomůckách, jako jsou např. kanyly apod. To mi někdy dost vadí*“ (SMP 8). Úplnou spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím uvedli probandi SMP 6 a SMP 4. „*Na našem oddělení se mi líbí. Je to nová moderní budova a s pracovní podmínkami jsem spokojená. Vedení mi celkem vychází vstříc*“ (SMP 6). Všechny sestry vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních bez rozdílu uvedly, že jsou se svou

prací, pracovními podmínkami a prostředím velmi spokojené. Obvykle také chválily vstřícný přístup jejich zaměstnavatele. Sestry SP 5 a SP 7 například uvedly: „*Jsem velmi spokojená, zaměstnavatel nám vychází ve všem vstříc jak s pomůckami, tak s dalšími věcmi. Jsem tu opravdu spokojená*“ (SP 7). „*Já jsem velice spokojená. Máme pěkné prostředí, máme to tady uzpůsobené a zaměstnavatel nám vychází vstříc a pořídí, co potřebujeme. Prostředí je tu opravdu dobré*“ (SP 5).

Pátá kategorie se nazývá **Zátěžové situace v práci sester.**

První podkategorii jsme nazvali Nejhorší a nejčastější zátěž v práci sester. Na otázku nejhorší a nejčastější zátěže se odpovědi naprosto lišily. Každá sestra je jedinečná osobnost, proto také každá vnímá vážnost zátěžových situací odlišně. Pro sestru SMP 1 jsou nejčastější zátěžovou situací konflikty na pracovišti a drby kolegyň. Dotazovaná SMP 2 uvedla jako nejhorší emocionální zátěž a jako nejčastější zátěž zhoršení zdravotního stavu klientů. Sestra SMP 3 považuje za nejčastější zátěžové situace úmrtí klientů a nejhůř vnímá komunikaci s rodinou zemřelého. Proband SMP 4 zmínil jako nejhorší zátěž velkou zodpovědnost a jako nejčastější nepochopení se s klientem nebo jeho rodinou. „*Asi tu zátěž, co se týká zodpovědnosti. Jestli jsem to udělala dobře a nepodcenila jsem něco, jestli jsem neudělala chybu nebo tak. To mi přijde asi nejhorší na psychiku. Nejčastější zátěžové situace, ani nevím, asi zádrhely týkající se komunikace nebo nedorozumění s klientem nebo s jeho rodinou. To mi přijde vždycky hodně nepříjemné*“ (SMP 4). Dotazovaná SMP 5 považuje za nejhorší zátěž psychické vypětí a za nejčastější zátěž časovou tíseň. Sestra SMP 6 uvedla jako nejhorší zátěž situaci vzniku alergické reakce při podávání chemoterapie nebo zhoršení stavu klienta, kdy musí volat ARO a resuscitovat. Sestra SMP 7 vnímá jako nejhorší a nejčastější zátěž péči o zmatené klienty. Pro dotazovanou SMP 8 je podle podaných informací nejhorší péče o agresivně se chovající klienty. Jako nejčastější zátěžové situace uvedla péči o klienty, kterým nemůže utišit bolesti. Dotazované vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních byly ve svých odpovědích konstantnější. Nejčastěji uváděly za nejhorší a nejčastější zátěž úmrtí klientů, především těch mladých. Dále také nesmíření klienta nebo jeho rodiny s nevyléčitelnou nemocí, časovou tíseň, celkově psychickou zátěž a neinformování klienta v nemocnici v souvislosti s vážností jeho stavu. Sestra SP 6 uvedla: „*Nejhorší je někdy ta časová tíseň a psychická zátěž. Nejčastější je asi, když je příjem a rodina není smířená s odchodem svého blízkého. Je nutné jim vysvětlit, že už to nejde léčit. Ta rodina se snaží do poslední chvíle zachránit toho svého člověka. Nejhorší je to asi při tom příjmu*

a prvních návštěvách. Neinformovanost je také hodně vysoká. Klientům v nemocnici nic nevysvětlí a my je na to musíme postupně připravovat. Také je těžké, když klientovi zbývá pár hodin a my musíme rodině vysvětlit, že umírá“ (SP 6).

Podkategorie číslo dva se nazývá Porovnání náročnosti práce v paliativní péči s jinými typy péče. Sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení si obvykle nemyslí, že by práce v paliativní péči byla náročnější než práce na jiných odděleních. To uvedly dotazované SMP 4,5,6,7 a 8. „*Nemyslím si, že je to náročnější. Každé odvětví má něco a v každém oboru se můžeš setkávat i s paliativní péči. Podle mě, když si na paliativní péči zvykneš a máš skvělé prostředky k té péči, aby ten člověk umíral důstojně a bez bolesti, tak si myslím, že je to i docela hezká práce. Je to takové sporné, ale všude je něco*“ (SMP 5). „*Já bych neřekla, že je náročnější. Víc mi přijde náročná práce na ambulancích v nemocnicích. Tam jsou osmihodinové směny a ta sestra musí být uzavřená na ambulanci a nemůže vyjít, protože jinak se na ni hned sesypou ty lidi. My máme alespoň možnost jít na záchod, ale sestra na ambulanci tam musí být s tím doktorem, a jakmile otevře dveře, tak jsou tam lidi jako vosy*“ (SMP 7). To, že je práce v paliativní péči náročnější než práce na jiných odděleních jednoznačně uvedly sestry SMP 1 a 3. „*Tak stoprocentně je to náročnější. Pracovat v paliativní péči nebo na očním, to je krutý rozdíl*“ (SMP 1). Sestry pracující v hospicových zařízeních obvykle uváděly, že jim jejich práce nepřijde náročnější než práce na jiných odděleních. Jejich názor v této otázce však nebyl zcela jednotný. Sestry SP 1,6,7 uvedly, že je každá péče o klienta svým způsobem náročná a paliativní péči neuváděly jako náročnější. Překvapila nás odpověď probanda SP 3 a také odůvodnění této odpovědi, přestože má při náhledu z více stran svou logiku. Dotazovaná totiž uvedla, že svoji práci považuje za méně náročnou než práci v nemocnici. „*V té nemocnici je to daleko těžší. Pokud bych tam měla jít a dělat práci s takovým nasazením, jako dělám tady, tak bych se z toho musela zbláznit. Ti, co jsou tam v pohodě, to berou už jen jako rutinu. Pokud bych se do toho emočně nezasazovala, tak je to jiné. Práce v hospici vyžaduje celého člověka, ale tak by to mělo být všude. Buď na to člověk má, nebo nemá, ale rozhodně tam na to nemají čas. Dneska jsou tam na prvním místě papíry a na posledním pacient. Ty sestry v nemocnicích to mají těžší, protože nemají čas se těm lidem věnovat, i kdyby chtěly. Dostali jsme se do bodu, kdy je to v háji a těžko říci, jestli z toho vede cesta*“ (SP 3). Dotazované SP 2,4,5 si myslí, že je práce v paliativní péči náročnější než práce na jiných odděleních. Sestra SP 2 uvedla: „*Je náročnější, protože z paliativní péče není cesty zpět. Jinde úmrtí také jsou, ale ne tolik a nikdo neví,*

jestli klienti zemřou, nebo ne, protože se tam pořád léčí. I na té onkologii pořád léčí, i když je výsledek nejistý. U nás vždycky lidi říkají, že když vidí naše auto, tak vědí, že je to špatné, takže ano. Průměr dožití klientů u naší péče je deset dní. Občas někoho přijmeme a on nám další den zemře. Občas to trvá týden, deset dní, někdy to lidé prodlouží a trvá to i měsíce, ale to se stává výjimečně“ (SP 2).

Třetí podkategorie se jmenuje Způsob předcházení zátěžovým situacím. K tomu, jak by se dalo předcházet zátěžovým situacím, měly sestry mnoho názorů a nápadů. Mezi tyto nápady patřilo například více mužů v kolektivu sester, překládání vážně nemocných na paliativní oddělení včas, proškolení personálu v paliativní péči, větší spolupráce v kolektivu, zaměstnání administrativního pracovníka, který by za sestry řešil administrativu, a také zaměstnání většího množství personálu. Pro názornost uvádíme některé z odpovědí našich probandů. Dotazovaná SMP 3 uvedla: „*Myslím si, že se tomu zamezit nedá. Ty zátěžové situace tam jsou a budou vždycky. Asi bych se víc zaměřila na proškolení personálu, co se týká těchto zátěžových situací. Ve škole máme sice psychologii, ale nedá se to počítat do toho. Nikdy jsem o tom s nikým nemluvila, vždycky jsem se s tím vyrovnávala po svém, a to by asi tak být nemělo. Docela mi něco takového chybí*“ (SMP 3). Sestry pracující v hospicích většinou uvedly, že se u nich v práci zátěžovým situacím předejít nedá. Dotazovaná SP 3 uvedla důležitost stálého sebevzdělávání. „*Musíme být na to dobře školení. Když to sestry budou znát, studovat to a číst doktorku Svatošovou, tak ty situace budou znát a budou ty situace umět zvládat nebo jim předcházet. Je to o tom vzdělávání*“ (SP 3). Dotazované SP 5 a 6 zmínily, že by pomohlo, kdyby klienti přicházeli z nemocnic lépe informování o svém stavu. „*Pomohlo by, kdyby klienti chodili z nemocnic více informovaní a připravení. Na onkologii jim třeba řeknou, aby přišli na další kontrolu za půl roku, a už si říkají, že se toho klienti nedožijí, a mají to odbyté. Pak je to už všechno na nás*“ (SP 6).

Šestá kategorie nese název **Způsob vyrovnávání se se zátěžovými situacemi.**

První podkategorie se jmenuje Způsob odpočinku po práci. Většina dotazovaných po práci odpočívá při sledování televize, četbě knih, sportování nebo na procházkách. „*Tak po denní směně jdu na procházku nebo si pustím filmy*“ (SMP 6). „*Určitě ráda chodím se psem ven do lesa, sport, nějaké běhání, fitness a tak. Když vím, že je toho na tu hlavu moc, tak mi pomáhá se z toho jít vyřádit tělesně. Neležet doma a nekoukat do stropu, ale zapojit to tělo*“ (SMP 4).

Druhou podkategorii jsme nazvali Způsob řešení psychické zátěže. Sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení obvykle zvládají a řeší psychickou zátěž pomocí toho, že se ze svých problémů vypovídají a snaží si je moc nepřipouštět. Uvedly to konkrétně dotazované SMP 6,7,3 a 1. „*Vypovídám se někomu, kdo tomu rozumí a také s tím přichází do styku. Když si doma budeš povídat s chlapem, který je automechanik, tak je to o ničem. Musíš si popovídat s někým, kdo tomu rozumí. Supervize bych uvedla. Řeší se to v kolektivu, kde se z toho můžeme vypovídat*“ (SMP 1). „*Mně třeba hodně pomáhá jakákoliv fyzická aktivita, když na to potřebuji přestat myslet. Jinak, když jsem v práci, tak to člověk musí umět nějak přejít. Hodně pomáhá, když o tom s někým mluvím, třeba s lidmi na té směně, když je nějaká náročná situace. Jednou jsem i poprosila kolegyni, jestli by mohla promluvit s rodinou zemřelého, protože jsem už prostě nechtěla*“ (SMP 3). Mnohé sestry v rozhovorech také uváděly, že po příchodu z práce a celodenní komunikaci s lidmi potřebují také chvíle ticha a soukromí. Dále zmiňovaly relaxaci za pomocí pohybových aktivit, spánku, četby a trávení času s rodinou. Proband SMP 4 uvedl: „*Když přijdu z práce, tak toho mám plnou hlavu a jsem z toho unavená, tak jdu spát a potom je to hned lepší. Když si odpočnu, tak už to není tak intenzivní. Dobré je vypnout na pár dní, nemyslet na práci a jít dělat něco, co zaměstná hlavu i tělo. Chodím do přírody někam, kde nejsou lidi. Potom ty negativní pocity a psychická náročnost trochu vyprchají*“ (SMP 4). Překvapila nás odpověď dotazované SMP 5, která mimo jiné zmínila, že psychickou zátěž řešila za pomocí marihuany. „*Když přijdu domů, tak potřebuji ticho minimálně půl hodiny. Přítel si chtěl třeba povídat, ale já ne. Tráva pomáhala, když jsem ji večer kouřila. Když jsem toho měla až nad hlavu a bylo to fakt náročné, tak jsem se zkouřila. Je strašně potřeba se odreagovat. Jinak na to myslíš pořád*“ (SMP 5). Dotazované z hospicových zařízení uváděly, že je potřeba najít si svůj způsob relaxace. Obvykle zmiňovaly četbu, spánek, sport, výlety, společné nákupy apod. Ani jedna z těchto sester neuvedla potřebu ticha a soukromí po práci. Sestra SP 7 uvedla: „*Každá z nás si našla na to nějaký mechanismus. Já jdu na procházku nebo spím a odpočívám. Každá máme mechanismus, jak se odreagovat. Nebo na rovinu řeknu, že jsem utahaná a prostě nemůžu přijít a vyjdeme si vstříc. To se naučíte. Člověk na sobě musí celý život pracovat. Někomu pomůže běhat, někdo jde spát, někdo si dá čokoládu. Chce to najít si určitý mechanismus relaxace*“ (SP 7).

Třetí podkategorii jsme pojmenovali Sebereflexe organizované vedením. Probandi pracující mimo hospicová zařízení uváděli, že sebereflexe organizované vedením u nich

na pracovišti neprobíhají nebo nemají požadovaný efekt. „*Jednou za rok máme hodnocení práce, ale jinak nic takového jsme u nás nikdy neměli. Vedení asi neřeší to, co psychicky prožíváme. Občas se tam někdo zeptá, jestli je všechno v pořádku. Někdo by si o tom určitě promluvil, ale musela by o to být iniciativa z mojí strany*“ (SMP 6). „*Jednou za rok se třeba plánuje taková porada, pak se několikrát odloží a nakonec zruší. Všechny problémy se řeší za pochodu*“ (SMP 7). Efektivní sebereflexe organizované vedením potvrdily pouze sestry SMP 1 a SMP 8. „*Vím, že to není všude, ale u nás jsem to milovala, když si člověk může o všem promluvit a už nemá potřebu to řešit doma nebo s kamarády. Jsou podle toho, když třeba oddělení něco trápí, tak se na tom dá domluvit dle potřeby. Můžou být třeba jednou za rok nebo každý týden. U nás je to dle potřeby*“ (SMP 1). Sestry pracující v hospicích uváděly, že se sebereflexemi, supervizemi a intervizemi mají zkušenosti a probíhají u nich. „*Jednou týdně je porada interdisciplinárního týmu, kde probíráme nejen pacienty, ale i naše problémy. Jednou měsíčně máme intervize, a když je to potřeba, tak i supervize*“ (SP 6). „*Každý týden máme sesterskou poradu, kde řešíme všechny naše problémy. Jinak akutní věci řešíme každý den ráno a jednou měsíčně je porada celého týmu*“ (SP 2).

Podkategorie s číslem čtyři se nazývá Způsob udržení výkonnosti v rámci dlouhodobé práce v paliativní péči. Dotazované pracující mimo hospicová zařízení mají v této oblasti nejednotný názor. Sestry SMP 4,5,6 a 7 si myslí, že vykonávat paliativní péči dlouhodobě se stejně dobrou výkonností není možné. Dotazované SMP 6 a SMP 7 uvedly: „*Nemám s tím zkušenost, ale myslím si, že nelze vykonávat stejnou práci po celý život bez syndromu vyhoření. Je asi potřeba změnit jak ten kolektiv, tak i tu práci. Myslím si, že to čas od času není na škodu, protože po dlouhé době se mění i vztah k těm pacientům*“ (SMP 6). „*Myslím si nebo se to alespoň říká, že se má po pěti letech změnit místo, ale jsou tam sestřičky deset, patnáct a víc let a přijde mi to moc. Znají tu rutinu té práce, ale pak se to odráží v chování k těm pacientům, kteří jsou třeba zmatení. Jsou na ně většinou přísnější*“ (SMP 7). Sestry SPM 1,2 a 3 uvedly, že i když to vyžaduje splnění jistých faktorů, tak to v určitých případech možné je. Zmínily také, že zdravotníky, kteří opravdu dobře a dlouhodobě vykonávají práci v paliativní péči, znají. „*Asi ano, ale musí na to mít ten člověk povahu. Já bych to dlouhodobě dělat nemohla, já to o sobě vím. Strašně by mě to vyčerpávalo a po chvilce by u mě asi došlo k vyhoření a musela bych jít jinam. Znám ale lidi, kteří to dělají dlouhodobě, a problém s tím nemají*“ (SMP 3). „*Já bych to dlouhodobě nezvládla s tím samým nasazením, ale znám sestru, která dělá hodně dlouho paliativní*

péči, vlastně asi 13 let a dělá ji opravdu dobře. Ona je hodně věřící a vidíš, že ji ta práce skutečně naplňuje“ (SMP 2). Sestra SMP 8 se v rozhovoru vyjádřila nejednoznačně a nebyla si jistá, zda je možné vykonávat práci v paliativní péči dobře z dlouhodobého hlediska. Dotazované vykonávající paliativní péči v hospicových zařízeních většinou uvedly, že je podle nich možné pracovat v paliativní péči dlouhodobě a se stejně dobrou výkonností. Uvedli to konkrétně probandi SP 2,3,6,7. Sestry SP 3 a SP 7 uvedly: „*Je to možné, ale člověk musí pracovat na sobě, co se týče syndromu vyhoření, aby člověk nevyhořel, což je v každé práci. Když jsem byla na neurologii, tak mi přišlo, že tam všechny sestřičky byly vyhořelé. Všude pracujete s lidmi. Mají to i kadeřnice a jiné profese. Člověk se sebou musí pracovat, ale jde to. Dá se to zvládnout a pozná se to ze začátku. Tady během půl roku sestra pozná, jestli to zvládá, nebo nezvládá*“ (SP 7). „*Je to možné. Doktorka Svatošová říká, že za těch dvacet dva let, co funguje hospic v Červeném Kostelci nebo tak nějak, tak málokdy odešly sestry kvůli vyhoření. Většinou odcházejí z jiných důvodů než kvůli vyhoření. I odtud odchází sestry kvůli jiným důvodům, třeba kvůli tomu, že je tu málo peněz na rozdíl od nemocnice, kde vám dají o padesát procent víc*“ (SP 3). Dotazované SP 1,4 a 6 na tuto otázku neuměly jednoznačně odpovědět a uvedly, že to jistě neví. „*Určitě, každá práce sestry může přinést syndrom vyhoření a je to o tom člověku a jak je schopný. Dlouhodobě je to sice náročné, ale těžko říct. Já jsem si to zvolila ve zralém věku a věřím tomu, že to dám už do důchodu, ale těžko říct, jestli to mladé holky vydrží dělat třeba třicet let*“ (SP 4).

Za pomocí otevřeného kódování se nám od dotazovaných podařilo zjistit, že jako zátěž vnímají především psychickou náročnost své práce. Přestože k jejich povolání v současné době patří i hodně administrativní práce, nevnímají ji obvykle jako příliš zatěžující. Vykonávání paliativní péče je pro sestry značně fyzicky náročné a není výjimkou, že u nich z tohoto důvodu dochází k chronickým bolestem v oblasti páteře. Pro sestry jsou mnohdy zatěžující také špatné vztahy na pracovišti, které vznikají mimo jiné kvůli tomu, že se obvykle jedná o čistě ženské kolektivy. Sestry vykonávající paliativní péči mnohdy odpracují hodiny navíc nad rámec pracovní smlouvy z důvodu nedostatku personálu, nebo z důvodu nutnosti péče o nevyléčitelně nemocné, u kterých se náhle zhorší zdravotní stav. Zjistili jsme také, že sestry v paliativní péči nemají obvykle pocity časové tísně. Tyto pocity přichází pouze v době, kdy se dříve nepředvídatelné situace, ke kterým v rámci paliativní péče dochází, nakupí na sebe. Za nejhorší a nejčastější zátěž ve své práci považují konflikty na pracovišti, emocionální zátěž, zhoršení zdravotního stavu

klientů, úmrtí klientů, komunikaci s rodinou zemřelého, velkou zodpovědnost, nepochopení s klientem nebo jeho rodinou, psychické vypětí, péči o zmatené klienty, péči o agresivně se chovající klienty, péči o klienty, u kterých se nedaří utišit bolesti, úmrtí mladých klientů, nesmíření klienta nebo jeho rodiny s nevyléčitelnou nemocí a neinformovanost klienta v souvislosti s vážností jeho zdravotního stavu. Podle sester vykonávajících paliativní péči by v předcházení mnohých zátěžových situací pomohlo zařazování více mužů do kolektivu sester, překládání vážně nemocných na paliativní oddělení včas, proškolení personálu v paliativní péči, větší spolupráce v kolektivu, zaměstnání administrativního pracovníka, který by za sestry řešil administrativu, zaměstnání více personálu, důraz na potřebu sebevzdělávání sester a lepší informovanost klientů o závažnosti jejich zdravotního stavu. Sestry vykonávající paliativní péči mimo hospicová zařízení jsou na rozdíl od sester z hospiců mnohdy nespokojeny s pracovními podmínkami i s prostředím svojí práce. Svoji práci obvykle nevnímají jako náročnější v porovnání s jinými odděleními a typy péče. Většina dotazovaných po práci odpočívá při sledování televize, četbě knih, sportování nebo při procházkách. Sestry vykonávající paliativní péči obvykle zvládají a řeší psychickou zátěž za pomocí toho, že se ze svých problémů vypovídají a snaží si je moc nepřipouštět. Některé však potřebují po příchodu z práce a celodenní komunikaci s lidmi také chvíle ticha a soukromí. Dále nadměrnou zátěž řeší za pomocí relaxace ve formě pohybových aktivit, výletů, společných nákupů, spánku, četby a trávení času s rodinou. U sester vykonávajících paliativní péči mimo hospicová zařízení sebereflexe ani supervize organizované vedením neprobíhají nebo nemají požadovaný efekt. Sestry pracující v hospicích mají se sebereflexemi, supervizemi a intervizemi značné zkušenosti a běžně u nich probíhají. Podle sester pracujících v paliativní péči je za určitých okolností možné dělat tuto práci dlouhodobě se stejně dobrou výkonností.

5. Diskuze

Je třeba uznat, že i pocity bezmoci naneštěstí patří do našich životů. Setkáváme se s nimi v osobním i pracovním životě a mají na nás stále značný vliv. V rámci naší práce jsem se pokoušeli zjistit, zda mají sestry vykonávající paliativní péči často pocity profesionálního selhání a bezmoci. Bužgová (2015) uvádí, že pocity bezmoci mohou u sester nastat v situacích, kdy se cítí zodpovědné za vyřešení klientových potřeb, ale nedaří se jim je uspokojit. Jedná se například o nutnost zmírnit klientovu bolest. Sestry mají totiž často ke svým klientům a jejich blízkým vřelý vztah, který překračuje čistě pracovní rovinu. Vědí, že na ně klient a jeho rodina spoléhají. I z tohoto důvodu je pro ně těžké vidět bolest a utrpení klienta, kterému se jim nedaří pomoci. V takové situaci mohou mít sestry pocity bezmoci a selhání (Bužgová, 2015). Tyto informace vyplynuly i z našeho výzkumného šetření. Všechny dotazované pracující v hospicových zařízeních uvedly, že někdy pocity bezmoci mívají. Mezi důvody těchto pocitů patří mnohdy právě i neutěšitelné bolesti klientů. Sestra SP 2 uvedla: „*Ta bezmoc je u těch lidí, kteří mají strašné bolesti a ta medicína to nedokáže pokrýt. Ti lidé jsou na vysokých dávkách morfinu, a přesto pak řeknou, slíbili jste, že nebudu mít bolesti, a já je mám. V tu chvíli cítíte bezmoc, protože medicína nefunguje. Také když přijde dvacetiletá holka a ptá se, proč ona. My jí to neumíme vysvětlit proč. Věřící na to něco říct dokážou, ale ve skutečnosti nikdo neví. Jsou situace, kdy bezmoc přijde. Bezmoc přijde také v době, když je ten nevyléčitelně nemocný váš blízký. Není to často, ale někdy je*“ (SP 2). Marková (2010) upozorňuje na to, že sestry mohou mít tyto problémy také v případech, kdy nemají dostatečnou kontrolu nad situací. Tuto informaci nám v rozhovorech potvrdily mnohé dotazované sestry, které se setkávají s paliativní péčí mimo hospicová zařízení. Jako problém byl zmiňován nesouhlas sester s lékaři a následný pocit bezmoci z důvodu péče vedené jinak, než by si přály, kvůli nepochopení mezi lékařem a sestrou apod. Tento problém uvedly sestry SMP 1, SMP 7 a SMP 2. Proband SMP 2 uvedl: „*Určitě ano, ale je to bezmoc v souvislosti s tím, že někdy chtějí lékaři za každou cenu léčit místo toho, aby už přestali toho klienta trápit a nedělali na něm pokusy. Ta bezmoc je v souvislosti s komunikací s lékařem. V souvislosti s pacientem asi ne*“ (SMP 2). Zajímavé, ale zcela logické je to, že tento problém zmínily pouze dotazované setkávající se s paliativní péčí mimo hospicová zařízení. Domníváme se, že důvodem je zřejmě odlišný přístup zdravotníků a lékařů z různých typů oddělení. V našem zdravotnictví se totiž mimo oblast paliativní péče můžeme stále setkávat s dystanázií. Lékaři se snaží mnohdy léčit za

každou cenu i v situacích, kdy by měl být klient evidentně převeden na paliativní péči. Právě toto jednání často vyvolává nesouhlas sester a ostatních zdravotníků. Léčbu však řídí daný lékař a sestra je v tomto ohledu skutečně bezmocná, protože nemá kontrolu nad situací, která je podle ní špatně řešená. Tento konflikt vzniká nejčastěji právě na odděleních, kde se vyskytují nevyléčitelně nemocní klienti, kteří nejsou umístěni v hospicových zařízeních ani na paliativních odděleních. Jedná se o oddělení a zařízení jako jsou např. geriatrie, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory apod. Vhodné řešení tohoto problému je podle nás možné pouze za pomoci komunikace mezi sestrou a lékařem, kdy se sestra nebojí říct lékaři své pochyby a zeptá se ho na důvody, proč je péče o klienta vedená daným způsobem. Tato možnost je často naneštěstí špatně použitelná v praxi. Vyžaduje totiž určitou vstřícnost, otevřenost a dobré komunikační schopnosti od sester i lékařů. Mezi sestrami a lékaři z oblasti paliativní medicíny a paliativní péče se výše zmiňovaný konflikt neobjevuje. Domníváme se totiž, že se zdravotníci z oblasti paliativní medicíny a paliativní péče již nesnaží klienta "zázračně uzdravit" a smrt nevnímají jako prohru nebo selhání jejich práce. Musíme však zmínit, že dystanázie a jí podobné problémy nesouvisí vždy pouze s prací lékařů. Každý zdravotník si zřejmě vzpomene na některé situace, spojené s podobnou problematikou, kdy např. sestry nutily klientovi léky proti jeho vůli jen pár hodin před jeho smrtí, na situace, kdy ošetřovatelky do umírajího klienta téměř násilím dostávaly jídlo apod.

Marková (2010) uvádí, že pocity bezmoci a selhání se můžou u sester objevit tehdy, pokud nemají dostatek času a vědí, že jejich klient zemřel sám a bez dostatečné péče (Marková, 2010). Tuto skutečnost sestry v našich rozhovorech rovněž potvrzovaly. Sestra SMP 4 uvedla: „*Občas určitě ano, ale ne třeba, co se týká umírání, ale spíš ohledně přístupu. Chtěla bych mít víc času na lidi a míň toho mít na starost. Je to spíš taková bezmoc. Máš toho hodně na starosti a musíš to zvládnout a nemůžeš s tím nic dělat, i kdybys to chtěl udělat líp a věnovat se lidem dýl. Je to spíš ohledně času a náplně práce. Je toho moc na ty sestry*" (SMP 4). Jůn (2010) udává, že nepřetržitý styk se smrtí, umíráním a truchlícími je pro každého psychicky náročné. Pro práci v prostředí paliativní péče je třeba značné zkušenosti, profesionality a také vhodné povahy sestry (Jůn, 2010). Tato informace se nám plně potvrdila v průběhu vedení rozhovorů. Bylo zjevné, že sestry z hospiců umí péči o nevyléčitelně nemocné lépe psychicky zvládat, často mají dobré pocity ze své práce a vykonávání paliativní péče je více naplňuje než sestry, které vykonávají paliativní péči mimo hospicová zařízení. Domníváme se, že je to tak, protože

jsou sestry pracující v hospicových zařízeních na vykonávání paliativní péče specializovány, tudíž jsou na ni o něco lépe připraveny a mají s ní více zkušeností než sestry pracující mimo hospicová zařízení.

Dalším cílem naší práce bylo zjistit, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje osobní život sester. Krišandová (2010) tvrdí, že jedním z důvodů náročnosti sesterského povolání je právě velká psychosociální zátěž (Krišandová, 2010). Tento fakt se nám potvrdil při realizaci výzkumného šetření. I naši probandi zmiňovali psychickou náročnost své práce, která je ovlivňuje v jejich životě. Bártlová a Hajduchová (2010) uvádí, že nejčastějšími místy, kde zátěž vede u sester až k syndromu vyhoření, jsou hospice, onkologická oddělení, jednotky intenzivní péče, koronární jednotky, psychiatrie a neurologie (Bártlová, Hajduchová., 2010). Toto tvrzení se nám při vedení našeho výzkumného šetření zcela nepotvrdilo. Zejména sestry pracující v hospicových zařízeních se zdály být dobře psychicky nastavené na vykonávání paliativní péče. Rizika syndromu vyhoření jsou si většinou velmi dobře vědomy a vhodnými způsoby mu předcházejí. Dotazované navíc uváděly, že pokud by na tento typ péče některá ze sester psychicky neměla, tak velmi brzo změní zaměstnání. Nicméně můžeme souhlasit s tím, že je v hospicových zařízeních velké riziko vzniku syndromu vyhoření. Podle nás je však obvykle toto riziko plně vnímáno, chápáno a efektivně snižováno. Sestra SP 7 uvedla: „*Je to možné, ale člověk musí pracovat na sobě, co se týče syndromu vyhoření, aby člověk nevyhořel, což je v každé práci. Když jsem byla na neurologii, tak mi přišlo, že tam všechny sestřičky byly vyhořelé. Všude pracujete s lidmi. Mají to i kadeřnice a jiné profese. Člověk se sebou musí pracovat, ale jde to. Dá se to zvládnout a pozná se to ze začátku. Tady během půl roku sestra pozná, jestli to zvládá, nebo nezvládá*“ (SP 7).

V rozhovorech se také potvrdilo, že vykonávání paliativní péče má velký vliv na život sester. Tento vliv však není jenom negativní, ale také pozitivní. I přesto, že je tato práce velmi náročná a těžko oddělitelná od osobního života, mnohdy pomáhá sestrám v utřídění životních hodnot, v pochopení důležitosti zdraví, vážení si vlastního života apod. Bylo velmi příjemné zjistit, že sestrám tato práce také hodně dává a že mají dobré pocity z jejích výsledků. Domnívali jsme se, že by zdravotníci vykonávající paliativní péči mohli mít problém s definováním výsledků jejich práce, protože ta nikdy nevede k uzdravení. Po dokončení výzkumného šetření musíme uznat, že jsme se v tomto ohledu zmýlili. Dotazované výsledky své práce definovat uměly a vyjádřily i dobré pocity z nich. Sestra

SP 5 jako dobrý výsledek uvedla: „*To, že klient odchází v klidu a je smířená rodina, která toho člověka propustí. To, že vykonali kus práce, že ten dotyčný mohl zemřít tam, kde chtěl. To je dobrý výsledek naší práce, když víme, že to proběhlo tak, jak mělo, že ten člověk netrpěl a rodina se s tím smířila a přijala to*“ (SP 5).

Vykonávání paliativní péče naneštěstí nezřídka ovlivňuje rodinný život sester. Mnohdy mají pocit nepochopení a setkávají se s komunikační bariérou ze strany svých blízkých z důvodu tabuizace umírání a smrti. Tyto problémy vnímají zejména, pokud nejsou v jejich okolí další zdravotníci, nebo lidé s podobnými zkušenostmi, se kterými si o své práci mohou promluvit. Dobře to vyplynulo např. z rozhovoru se sestrou SP 1, která uvedla: „*Nevnímám to tak, ale o mojí práci se doma moc nebavíme. Bavit se o smrti s člověkem mimo zdravotnictví nejde. Bavit se o smrti je pro něj náročné a nechápe, jak tohle někdo může dělat. Konflikt to není, ale nebavíme se o tom*“ (SP 1). Domníváme se, že podobné zkušenosti má i většina zdravotníků pracujících jinde než v paliativní péči. Nikomu se moc nechce mluvit o nemocech, smrti, umírání, péči o nemocné a podobných tématech. Je to zřejmě, proto, že lidé sami vědí to, že se jich tato témata také mohou v budoucnu týkat, a proto na ně nechtějí radši myslet. Dalším důvodem jisté komunikační bariéry je také slib mlčenlivosti, který sestry nesmí porušit. Proto ze strachu, že by mohly vyzradit některé informace, radši o své práci nemluví. Vypovídat se z dané zátěžové situace však může mnohým zdravotníkům pomoci v rámci psychohygieny. Proto se domníváme, že by sestry o těchto problémech měly mluvit, např. v rámci intervizí, supervizí nebo různých sebereflexí.

Třetím cílem naší práce bylo zjistit, zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření. Velice nás potěšilo, že by si dotazované vybraly své povolání znovu, do budoucna plánují stále pracovat ve zdravotnictví a že mají svou práci rády. Škorpíková (2014) ve své diplomové práci rovněž uvádí, že z výsledků jejího výzkumného šetření mimo jiné plyne, že sestry mají svou práci rády. Sestry z hospicových zařízení navíc považují svou práci za poslání a chtějí i do budoucna setrvat v oblasti paliativní péče. Majvaldová (2017) ve své diplomové práci uvádí, že podle jejího výzkumného šetření je procento sester, které chtějí změnit profesi poměrně nízké. To vychází i z námi vedeného výzkumného šetření.

Posledním cílem bylo zjistit s jakými problémy se nejčastěji setkávají sestry v rámci vykonávání paliativní péče. Tsai a Liu (2012) uvádějí, že značnou roli v souvislosti

s pracovní zátěží sestry mají sociální vztahy v rámci pracoviště. Také kvalita komunikace a sociální interakce s ostatními členy personálu má významný dopad jak na kvalitu péče, tak na míru psychosociální zátěže (Tsai, Liu., 2012). I pracovní vztahy mezi sestrou a lékařem, stejně jako s ostatními zdravotnickými pracovníky, jsou velmi zásadní a vytvářejí atmosféru na celém pracovišti (Bártlová, Hajduchová., 2010). Tyto informace se nám během našeho výzkumného šetření plně potvrzovaly. Pro námi dotazované sestry jsou mnohdy zatěžující právě špatné vztahy na pracovišti, které vznikají mimo jiné kvůli tomu, že se obvykle jedná o čistě ženské kolektivy. Podle některých sester vykonávajících paliativní péči by v předcházení mnohým zátěžovým situacím pomohlo zařazování více mužů do kolektivu sester. Sestra SMP 1 uvedla: „*Velmi, protože je to babinec. Pomohlo by kdyby to bylo vyváženější. Je těžké vyjít se všemi. Na denní směně je hodně pečovatelek a vyjít se všemi je hodně náročné. Máme informační program na záznamy a pečovatelka napíše záznam a v něm je, že mi problém nahlásila, a přitom to tak není. Problém s komunikací je i mezi úseky jako je oddělení a kuchyň. Také je problém, takový ten informační šum, porušení mlčenlivostí apod*“ (SMP 1). Z našeho výzkumného šetření také vyplynulo, že sestry řeší nadměrnou psychickou zátěž za pomocí relaxace ve formě pohybových aktivit, výletů, společných nákupů, spánku, četby a trávení času s rodinou. Setra SMP 4 například uvedla: „*Určitě ráda chodím se psem ven do lesa, sport, nějaké běhání, fitness a tak. Když vím, že je toho na tu hlavu moc, tak mi pomáhá se z toho jít vyřádit tělesně. Neležet doma a nekoukat do stropu, ale zapojit to tělo*“ (SMP 4). Ellingerová (2016) ve své diplomové práci rovněž uvádí, že sestry za nejúčinnější formu prevence syndromu vyhoření a psychické zátěže považují sportovní aktivity, dostatek spánku, trávení času s rodinou a v přírodě.

U sester vykonávajících paliativní péči mimo hospicová zařízení bohužel neprobíhají sebereflexe ani supervize organizované vedením, nebo nemají požadovaný efekt. Sestra SMP 3 o průběhu supervizí uvedla: „*Byly každý týden, ale nikam to nikdy nevedlo. Mělo to probíhat, tak to probíhalo, ale efekt to asi nikdy nemělo*“ (SMP 3). Sestry pracující v hospicích mají se sebereflexemi, supervizemi a intervizemi značné zkušenosti a běžně u nich probíhají, což považujeme za skvělou zprávu. Tato informace pro nás byla značným pozitivním ukazatelem pro utvrzení názoru o vhodném předcházení syndromu vyhoření v hospicových zařízeních. Z naší práce také plyne, že sestry při své běžné práci obvykle nepociťují časovou tíseň. Škorpíková (2014) ve své práci došla ke stejnému závěru.

Informace z odborných zdrojů se nám až na drobné rozdíly v empirické části naší práce potvrzovaly. V zásadě jsme nezaznamenali žádný rozpor mezi odbornou literaturou, ze které vycházela teoretická část naší práce a informacemi z výzkumného šetření.

6. Závěr

Riziko syndromu vyhoření, psychosociální zátěž, bezmoc, selhání, beznaděj, tato slova jsou dnes často skloňována právě u sesterské profese. Péče o nevyléčitelně nemocné klienty je právem považována za jednu z nejnáročnějších prací, se kterými se sestra může setkat. Naše téma proto vnímáme jako velmi aktuální. V teoretické části naší práce jsme se zaměřili na shrnutí informací týkajících se paliativní péče, její historie, současnosti, místa jejího poskytování, roli sestry v této péči, potřeby klientů v rámci paliativní péče, na etiku v paliativní péči, poslední dny a týdny v životě umírajícího a v neposlední řadě také na potřeby sester pracujících v paliativní péči. V další části teorie naší práce jsme se věnovali vlivu stresu na práci sestry v paliativní péči, a to konkrétně na psychickou zátěž sester vykonávajících tuto péči, na projevy této zátěže, pocity bezmoci, neschopnosti a selhání v profesi sestry a také na prevenci a zvládání stresu z nadměrné psychické zátěže a pocitu bezmoci.

V empirické části jsme se věnovali tomu, zda mají sestry vykonávající paliativní péči často pocity profesionálního selhání a bezmoci, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje osobní život sester a zda by si dotazované sestry znovu vybraly stejné povolání a zaměření. Snažili jsme se také zjistit, s jakými problémy se nejčastěji setkávají sestry v rámci vykonávání paliativní péče. K naplnění cílů nám pomohly výzkumné otázky: Jak ovlivňuje prostředí paliativní péče osobnost sestry a její život? Jaké faktory ovlivňují výkon práce sestry v paliativní péči? Jaké okolnosti vedly probandy k tomu, aby si zvolili povolání sestry a zaměření na paliativní péči? Jaké jsou sestrami nejčastěji uváděné zátěžové situace? Jak souvisí pracovní zátěž s pocitem bezmoci u dotazovaných? Jaké metody pomohly dotazovaným sestrám při vyrovnávaní se s zátěžovými situacemi souvisejícími s vykonáváním paliativní péče? Na základě těchto otázek jsme vypracovali polostrukturované rozhovory pro naše probandy.

Z rozhovorů se nám podařilo rozpoznat to, že má vykonávání paliativní péče velký vliv na život dotazovaných. Velmi pozitivně jsme vnímali, že tento vliv není jenom negativní, ale mnohdy i pozitivní. Sestry se díky paliativní péči často lidsky mění k lepšímu. Uvědomují si, co je v životě opravdu důležité, nezabývají se maličkostmi a zbytečnými problémy apod. Svou práci obvykle vnímají jako velmi psychicky náročnou a těžko oddělitelnou od osobního života. Smrt je stále tabuizována, proto mají sestry mnohdy pocity nepochopení a komunikační bariéry ze strany svých blízkých. Tyto problémy

vnímají zejména, pokud nejsou v jejich okolí další zdravotníci nebo lidé s podobnými zkušenostmi, se kterými si o své práci mohou promluvit. Sestry vykonávající paliativní péči by si své povolání vybraly znovu a do budoucna plánují stále pracovat ve zdravotnictví. Sestry z hospiců chtějí zůstat u vykonávání paliativní péče. Svou práci berou především jako poslání, které je naplňuje. Tuto práci vnímají jako psychicky náročnou a mívají někdy pocity bezmoci. Pocity beznaděje a selhání nemívají, nebo pouze v ojedinělých případech. Zaujalo nás, že sestry mívají pocity bezmoci kvůli nespolupráci, nepochopení nebo nesouhlasu s jednáním lékařů a kvůli špatné informovanosti klientů a jejich rodin o prognóze. K těmto problémům by samozřejmě nemělo docházet, ale evidentně k nim dochází častěji, než si mnohdy uvědomujeme. Za nejhorší a nejčastější zátěž sestry považují konflikty na pracovišti, emocionální zátěž, zhoršení zdravotního stavu klientů, úmrtí klientů, komunikaci s rodinou zemřelého, velkou zodpovědnost, nepochopení se s klientem nebo jeho rodinou, psychické vypětí, péči o zmatené klienty, péči o agresivně se chovající klienty, péči o klienty, u kterých se nedaří utišit bolesti, úmrtí mladých klientů, nesmíření klienta nebo jeho rodiny s nevyléčitelnou nemocí a neinformovanost klienta v souvislosti s vážností jeho zdravotního stavu.

Naše práce poukazuje na vnímání náročnosti práce v paliativní péči, která úzce souvisí se syndromem vyhoření. Otevírá tak prostor pro další výzkumy zaměřující se na syndrom vyhoření a psychosociální zátěž u sester pracujících v paliativní péči. Získané informace slouží také jako analýza stavu, pocitů a spokojenosti sester vykonávajících paliativní péčí. Na podkladě získaných informací jsme obeznámili vedení daných oddělení a zařízení s problémy, které jejich zaměstnanci řeší v souvislosti s pracovní zátěží při vykonávání paliativní péče. Dalším výstupem bude případně přednáška na vhodné konferenci.

Paliativní péče a paliativní medicína patří mezi pomalu, ale jistě se rozvíjející obory našeho zdravotnictví. Naší prací jsme se snažili zjistit výskyt určitých problémů, se kterými se sestry vykonávající tuto péči potýkají. Na závěr musíme sdělit, že nás výsledek výzkumného šetření příjemně překvapil. I když se sestry vykonávající paliativní péči potýkají s mnoha více či méně ovlivnitelnými obtížemi, obvykle je umějí řešit a jsou si plně vědomy rizik, která nadměrná zátěž této práce přináší.

7. Seznam literatury

1. ANDRADE, C. G. et al., 2016. Palliative care and bioethics: study with assistance nurses. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 8(4), 4922-4928, doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4922-4928.

2. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. ročník: 13., č. 9. 42 s. ISSN 1213-6050.

3. BLAŽKOVÁ, M., KRÁTKÁ, A., KRAMAŘÍKOVÁ, L., 2011. *Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče*. Sborník Jihlavské zdravotnické dny. 747 s. ISBN 978-80-87035-37-5.

4. BLECHOVÁ, Z., 2009. *O smrti a umírání aneb přechod do jiné dimenze*. Plzeň: Nakladatelství Zdenky Blechové. 173 s. ISBN 978-80-9040007-5-7.

5. BREITBART, W., ALICI, Y., 2014. *Psychosocial palliative care*. Oxford: Oxford University Press. 145 p. ISBN 978-0-19-991740-2.

6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

7. CARVALHO DA SILVA, I. et al., 2017. Palliative Care To The Elderly Patient With Cancer: Speech Of Nurses. *International Archives of Medicine*. doi: 10.3823/2298.

8. ELLINGEROVÁ, K., 2016. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u zdravotních sester zaměstnaných v nemocnici*. České Budějovice. PF JU.

9. GOODMAN, B., 2015. *Psychology and sociology in nursing*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 335 p. ISBN 9781473916340.

10. GULÁŠOVÁ, I., 2012. Prevence krizových situací. *Sestra*. ročník: 20., č. 1. 67 s. ISSN 1210-0404.

11. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z., 2010. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. ročník: 20., č.4. 26-27 s. ISSN 1210-0404.

12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

13. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

14. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

15. HRDÁ, K. et al., 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*. Česko: Domov Sue Ryder. 206 s. ISBN 978-80-907190-2-6.

16. JUN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1.vydání. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

17. KABELKA, L., SLÁMA, O., LOUČKA, M., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016 Situační analýza*. [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. [cit. 2016-12-13]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf

18. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

19. KAŇOVÁ, M., 2013. *Vzdělávání sester v paliativní péči*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

20. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetřovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

21. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.

22. KRIŠANDOVÁ, J., 2010. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže? *Sestra*. ročník: 20., č. 07-08. 25-26 s. ISSN 1210-0404.

23. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Příručka pro duševní pohodu. Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

24. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, Psyché (Grada). 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

25. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

26. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

27. LALIĆ, N. et al., 2018. Spiritual Support as a Part of Palliative Care of Lung Cancer Patients. *Medicinski Pregled / Medical Review*. 71, 37-43, doi:10.2298/MPNS18S1037L.

28. MAJVALDOVÁ, D., 2017. *Psychická zátěž v profesi všeobecné sestry*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci.

29. MARKOVÁ, A., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.

30. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

31. MATZO, M., SHERMAN, D., 2014. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. Fourth edition. New York: Springer Publishing Company. 682 p. ISBN 978-0-8261-9636-1.

32. MEAGHER, D., BALK, D., 2013. *Handbook of thanatology: the essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement*. 2nd edition. New York, NY: Routledge, 519 p. ISBN 978-0415630559.

33. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.

34. NOVÁKOVÁ, I., 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

35. PANDPAZIR, M., TAJARI, M., 2019. The application of palliative care in dementia. *Journal of Family Medicine & Primary Care.* 8(2), 347-351, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_105_18.

36. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada). 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

37. PLÉVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

38. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

39. RIAHI, S., 2011. *Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis*. Journal of Nursing Management [online]. 2011, č. 19 [cit. 2013-07-28], p. 721-731. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x/pdf

40. ROBINSON, J., GOTT, M., GARDINER, C. et al., 2017. Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. *International Journal of Palliative Nursing*. 23(7), 352-358, doi: 10.12968/ijpn.2017.23.7.352.

41. ROSSER, M., WALSH, H., 2013. *Fundamentals of palliative care for student nurses*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley. 286 p. ISBN 978-1-118-43780-3.

42. SILVEIRA, N. R. et al., 2016. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *The Brazilian Journal of Nursing.* 69(6), 1074-1081, doi: 10.1590/0034-7167-2016-0267.

43. SIMONOVÁ, I., OZOROVSKÝ, V., 2010. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. ročník: 20., č. 7-8. 62 s. ISSN 1210-0404.

44. SKÁLA, B., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

45. SLÁMA, O. et al., 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

46. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

47. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 148 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

48. ŠKORPÍKOVÁ, A., 2014. *Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester.* Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd.

49. ŠPATENKOVÁ, N., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.

50. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

51. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

52. TORN, A., GREASLEY, P., 2016. *Psychology for nursing*. Malden, MA: Polity. 337 p. ISBN 9780745671499.

53. TRIPATHY, S., ROUTRAY, P., MISHRA., J., 2017. Intensive Care Nurses' Attitude on Palliative and End of Life Care. *Indian Journal* of *Critical Care Medicine*. 21(10), 655–659, doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_240_16.

54. TSAI, Y., LIU, CH., 2012. *Factors and symptoms associated with work stress and heatlh-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan*. BMC Health Services *Research* [online]. 2012, č. 12 [cit. 2014-01-25], p. 199-207. Dostupné z: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963 -12-199.pdf

55. ULRICHOVÁ, M., 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.

56. VADIVELU, N., KAYE, A., BERGER, J., 2013. *Essentials of palliative care*. New York: Springer. 517 p. ISBN 978-1-4614-5163-1.

57. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

58. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

59. WALLING, A. M. et al., 2017. Effect and Efficiency of an Embedded Palliative Care Nurse Practitioner in an Oncology Clinic. *Journal of Oncology Practice*. 13(9), 792–799, doi: 10.1200/JOP.2017.020990.

60. WITTENBERG-LYLES, E., 2013. *Communication in palliative nursing*. New York: Oxford University Press. 286 p. ISBN 978-0-19-979682-3.

61. WOLFOVÁ, K., CHALOUPKA, J., 2009. Mobbing – významný negativní psychosociální faktor pracovního prostředí. *Pracovní lékařství*, roč. 61, č. 2, s. 56-62. ISSN: 0032-6291.

8. Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům

Příloha 1: Otázky k rozhovorům

Kategorie 1	**Vliv paliativní péče na osobní život sester**.
Otázka 1	Jak se cítíte, když pečujete o nevyléčitelně nemocné klienty?
Otázka 2	Jak moc Vás psychicky zatěžuje práce v paliativní péči?
Otázka 3	Jaký konflikt vnímáte mezi svou prací a rodinou?
Otázka 4	Jaký vliv má vykonávaní paliativní péče na Váš osobní život?
Otázka 5	Jak často míváte dobré pocity z odvedené práce a jejích výsledků?
Otázka 6	Jak ovlivňuje práce v paliativní péči Váš společenský život?
Otázka 7	Jaké míváte pocity v souvislosti s náročností Vaší práce?
Otázka 8	Jakým způsobem oddělujete osobní život od pracovního?
Kategorie 2	**Volba povolání sestry a práce v paliativní péči**.
Otázka 9	Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
Otázka 10	Jak dlouho pracujete v oblasti paliativní péče?
Otázka 11	Jak vnímáte povolání sestry a vybrala byste si ho znovu?
Otázka 12	Jakým zůsobem se chcete pracovně realizovat v budoucnu?
Otázka 13	Z jakého důvodu jste si zvolila práci v paliativní péči?
Otázka 14	Jaké pocity míváte ve vztahu ke svojí práci?
Otázka 15	Co se Vám na té práci líbí nejvíce a nejméně?
Otázka 16	Jakým způsobem byste popsala výsledek dobře odvedené práce v paliativní péči?
Otázka 17	Jaké máte vzdělání?
Kategorie 3	**Souvislost pracovní zátěže s pocitem selhání a bezmoci**.

Otázka 18	Co Vás v práci nejvíce zatěžuje po psychické stránce?
Otázka 19	Jakým způsobem zvládáte psychickou zátěž?
Otázka 20	Do jaké míry cítíte v souvislosti s Vaší prací bezmoc?
Otázka 21	Do jaké míry jste schopna nechat pracovní věci být, když Vám skončí směna?
Otázka 22	Jak moc cítíte beznaděj kvůli tomu, že se klienti neuzdraví?
Otázka 23	Jak často cítíte beznaděj v souvislosti s náplní Vaší práce?
Otázka 24	Jak často míváte pocity selhání v souvislosti s Vaší prací?
Kategorie 4	**Faktory ovlivňující výkon práce sestry v paliativní péči**.
Otázka 25	Jak moc Vás zatěžuje administrativní práce?
Otázka 26	Jak vnímáte fyzickou náročnost své práce?
Otázka 27	Jak pociťujete sociální zátěž v rámci vztahů na pracovišti?
Otázka 28	Jaký čas máte v práci na přestávnku, oběd či jiný odpočinek?
Otázka 29	Jak vnímáte úroveň spolupráce a komunikace v rámci pracoviště?
Otázka 30	Jakou dobu odpracujete navíc and rámec pracovní smlouvy?
Otázka 31	Jak často pociťujete při práci časovou tíseň?
Otázka 32	Jak jste spokojená s pracovními podmínkami a prostředím, ve kterém pracujete?
Kategorie 5	**Zátěžové situace v práci sester**.
Otázka 33	Jakou zátěž ve Vaší práci vnímáte jako nejhorší a nejčastější?
Otázka 34	Jak vnímáte tvrzení, že je práce v paliativní péči náročnější než práce na jiných odděleních?
Otázka 35	Jakým způsobem by se podle Vás dalo zamezit zátěžovým situacím ve

	Vaší práci?
Kategorie 6	**Způsob vyrovnávání se se zátěžovými situacemi**.
Otázka 36	Jakým způsobem se po práci věnujete odpočinku?
Otázka 37	Jakým způsobem řešíte nadměrnou psychickou zátěž?
Otázka 38	Jak často u Vás v práci probíhají sebereflexe a supervize organizované vedením?
Otázka 39	Jakým způsobem je podle Vás možné dělat tuto práci dlouhodobě a se stejně dobrou výkonností?