

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Helena Layerová

2011

Abstrakt

Support for Nurses in Death Cases at Resuscitation Units and Intensive Care Units

At Resuscitation Units and Intensive Care Units nurses face the issue of dying and death every day. Very often they are in contact with the dying and their immediate family and they are expected to have professional approach and provide comprehensive care. Stress that the nurses experience in these situations results into mental, emotional and physical exhaustion, and can be manifested by psychosomatic problems. Preparation of nurses to these situations and support of their management is therefore a key factor for the management of this demanding profession.

The theoretical part of the thesis contains a description of the current state of the issue, characterizes resuscitation and intensive care, and deals with the issue of death and dying in Resuscitation Units and Intensive Care Units, managing situations associated with death and the support of nurses in these situations. The work has four goals. The first objective is to determine what method of preparation of nurses is in practice ensured in Resuscitation Units and Intensive Care Units for the performance of high-quality nursing care for dying patients. Another objective is to determine whether and how the nurses are prepared and trained in the field of management of situations connected with the death of a patient in Resuscitation Units and Intensive Care Units. The third objective is, whether there is and what is the form of assistance to nurses in RU and ICU provided by the team and the management of the Department in case of deaths of patients, and the fourth objective is to determine what form and manner of support nurses expect and require. Research part of the thesis was carried out by quantitative investigation using an anonymous questionnaire. Respondents were answering 38 questions, 13 questions were closed, 21 half open and 4 were open.

The support is most frequently understood as a psychological support, good teamwork, communication, supervision and representation where necessary. Management is expected primarily to provide support through education, ensuring supervision, corresponding financial support and professional psychological assistance where necessary. On the basis of this work's results a proposal for the course for paramedical professions working in RS and ICU called „Course of the Strategy of Difficult Situations Management in the Care for the Dying and Their Close Family in Intensive and Urgent Care“, was made.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 Zdravotně sociální fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8. 2011

.....

Bc. Helena Layerová

Poděkování

Děkuji touto cestou PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za podněty, připomínky a odborné vedení práce. Také děkuji celé své rodině za trpělivost, pomoc a podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Charakteristika jednotek resuscitační a intenzivní péče	5
1.1.1 Typy jednotek intenzivní péče	6
1.1.2 Specifika ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče	7
1.1.3 Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče	8
1.1.4 Vzdělávání sester pro intenzivní péči	9
1.1.5 Vzdělávání sester v oblasti péče o umírající	11
1.2 Problematika umírání a smrti na jednotkách RES a JIP	12
1.2.1 Myšlenka paliativní péče ve spojení s intenzivní péčí na RES a JIP	12
1.2.2 Péče o pacienty umírající v prostředí resuscitační a intenzivní péče	14
1.2.3 Etické aspekty umírání a smrti na jednotkách intenzivní péče	15
1.3 Zvládání situací v souvislosti s úmrtím na RES a JIP	18
1.3.1 Prožívání sester v souvislosti s úmrtím pacienta	19
1.3.2 Riziko syndromu vyhoření	20
1.3.3 Prevence a duševní hygiena	21
1.3.4 Osobní faktory zvládání psychicky náročných situací	22
1.3.4.1 Rozvoj sociálních dovedností	23
1.3.4.2 Rozvoj emoční inteligence	24
1.3.4.3 Sebepoznání, sebereflexe	25
1.3.4.4 Kritické myšlení	26
1.4 Podpora sester při zvládání situací v souvislosti s úmrtím pacienta	27
1.4.1 Podpora týmu	27
1.4.2 Supervize	28
1.4.2.1 Balintovské techniky	30
1.4.3 Psychoterapie	31
2 Cíle a hypotézy	32

2.1	Cíle práce	32
2.2	Hypotézy práce	32
3	Metodika	33
3.1	Použité metody	33
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	33
4	Výsledky	34
4.1	Souhrnné výsledky	34
4.2	Vzájemné závislosti proměnných	57
4.2.1	Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a prožívání po neúspěšné resuscitaci..	57
4.2.2	Prožívání po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného a celková délka praxe...	58
4.4.3	Potíže při komunikaci s umírajícím a délka praxe v oboru	59
4.4.4	Potíže při komunikaci s umírajícím a vzdělání v péči o umírající a pozůstalé	.61
4.4.5	Potíže při komunikaci s umírajícím a vzdělání v péči o umírající a celkové vzdělání	62
4.4.6	Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta a vzdělání v péči o umírající a pozůstalé	64
4.4.7	Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta a vzdělání	65
4.4.8	Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací a délka praxe	67
4.4.9	Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory a věk	68
5	Diskuse	71
6	Závěr	81
7	Seznam použitých zdrojů	83
8	Klíčová slova	88
9	Přílohy	89

Úvod

*„Fugere licet mortem, sed non effugere.
(Je možné se vyhybat smrti, ale ne se jí vyhnout.)“*

Walter

Profese sestry představuje mnoho náročných situací, na které je nutné se adaptovat. Jednou z nich je konfrontace s umíráním a smrtí. Ta představuje pro sestry velmi výraznou zátěž. Smrt je obecně odmítána, vyvolává úzkost a další negativní pocity, jako je frustrace z pocitu selhání a bezmocnosti, když se nepodaří zachránit nemocného před smrtí. Úzkost může pramenit z připomenutí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti blízkých osob. Přesto je smrt neměnnou, přirozenou a neoddělitelnou součástí každého lidského života a pro sestru je kontakt s ní častým aspektem ošetrovatelské péče.

Cílem ošetrovatelství je podporovat, upevňovat a navracet zdraví a také zmírňovat utrpení nemocného člověka a zajistit mu klidné umírání a důstojnou smrt. Doprovázení nemocných při umírání je nedílnou součástí práce sestry, je spolu s ošetřováním, podporou a výchovou hlavní funkcí sestry v ošetrovatelství. Sestra musí být připravena na doprovázení nemocného a jeho blízkých při umírání a smrti, stává se v těchto situacích oporou a průvodkyní. Otázkou je, jak sestra tyto situace prožívá, zda je na ně dostatečně připravena a jestli se s nimi dokáže sama vyrovnat.

Na jednotkách resuscitační (RES) a intenzivní péče (JIP) se s problematikou umírání a smrti sestry setkávají denně, často čelí problémům při selhání či nerozšířování léčby, kdy již nemohou pro záchranu pacientova života více udělat. Velmi často jsou v kontaktu s umírajícími i jejich blízkými, očekává se od nich profesionální přístup a komplexní péče. Stres, který sestry v těchto situacích zažívají, vede k psychické, emoční i fyzické vyčerpanosti a může se projevit psychosomatickými potížemi. Příprava sester na tyto situace a podpora při jejich zvládnutí je klíčovým faktorem pro zvládnutí tohoto náročného povolání.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaký způsob přípravy sester je v praxi zajištěn na jednotkách RES a JIP pro výkon kvalitní ošetrovatelské péče o umírající pacienty. Klademe si otázky, jak sestry v intenzivní péči prožívají úmrtí pacientů, zda se připravují a vzdělávají v oblasti zvládnání situací spojených s úmrtím pacienta a také jestli existuje a jaká je forma a způsob podpory sester na jednotkách RES a JIP při úmrtí pacienta poskytována ze strany týmu a managementu oddělení. Naší snahou je zjistit jakou formu a způsob podpory sestry očekávají, žádají a potřebují.

1 Současný stav

Při péči o umírající, zemřelé a pozůstalé prožívají sestry na jednotkách resuscitační a intenzivní péče psychicky a emočně velice náročné situace. Na jednotkách poskytujících neodkladnou péči umírají pacienti, včetně dětí a mladých lidí, často náhle, z plného zdraví. Proto, aby se sestra mohla s těmito situacemi vyrovnat, musí být vzdělaná nejen v oblasti paliativní péče, ale také v komunikačních dovednostech při podpoře pacientů a rodin, v mechanismech zvládnání vlastního smutku a také potřebuje podporu svých nadřízených a kolegů. V některých zahraničních nemocnicích jsou zřizovány pro jednotky intenzivní péče podpůrné skupiny, které poskytují intervence na podporu personálu po smrti pacienta. JIP v Mayo Medical Center zřídila tuto podpůrnou skupinu s názvem: Grief Support Group (GSG), již v roce 1998. Podpora personálu se tam v případě úmrtí pacienta soustředí na dostupnost psychologických služeb pro všechny zaměstnance, na vzdělávání zaměstnanců ve strategii zvládnání smutku a na rozšiřování komunikačních dovedností a nástrojů při podpoře rodin. V České republice není podpora pro personál v případech úmrtí na RES a JIP zatím nijak zdůrazňována, vzdělání v oblasti zvládnání krizových situací tohoto typu chybí a psychologická příprava na tyto situace není dostatečná (Payneová, 2007; O'Conner 2005; Lenart, 1998).

1.1 Charakteristika jednotek resuscitační a intenzivní péče

Intenzivní medicína je v současné době důležitou specializací nepostradatelnou pro většinu nemocnic. Poskytuje léčbu a péči pacientům trpícím závažnými, život ohrožujícími poruchami a onemocněními, kteří potřebují specifické, kontinuální a podrobné sledování stavu a také léčbu, která není běžně dostupná na standardních odděleních. Intenzivní péče je poskytována pacientům v ohrožení selhání životně důležitého orgánu nebo životní funkce, resuscitační (nejvyšší) typ péče poskytuje péči především pacientům, u kterých selhání orgánu či funkce již probíhá. Ve většině zdravotnických systémů se tato vysoce specializovaná péče odehrává na jednotkách,

kteře se dělí podle rozsahu a možností poskytované péče do tří stupňů – nižší, vyšší a nejvyšší neboli resuscitační. Personální a minimální technické vybavení jednotlivých typů jednotek stanovuje Vyhláška Ministerstva zdravotnictví české republiky č. 493/2005 Sb. (Zadák, 2007).

1.1.1 Typy jednotek intenzivní péče

Nižší stupeň intenzivní péče – tzv. intenzivní péče I. stupně je poskytována na úrovni menších oblastních nemocnic, zajišťuje kontinuální monitorování pacientů, specializovanou ošetrovatelskou péči a možnost okamžité resuscitace. Tyto jednotky mají většinou možnost zajištění pouze krátkodobé plicní ventilace - do 24 hodin. Vyšší stupeň intenzivní péče představují jednotky intenzivní péče II. stupně, které poskytují péči pacientům ve větších regionálních všeobecných nemocnicích. Zajišťují kromě základního neinvazivního kontinuálního monitorování fyziologických funkcí i invazivní (např. monitorace arteriálního tlaku, měření srdečního výdeje, invazivní sledování tělesné teploty) a jsou schopny zajistit možnost dlouhodobé plicní ventilace. Na tomto typu péče musí být lékař stále dostupný a pacientům je poskytována specializovaná ošetrovatelská péče. Tato úroveň má k dispozici větší rozsah statim vyšetření včetně 24 hodinového zajištění možnosti použití zobrazovacích metod. Většinou neposkytuje komplexní léčebnou péči a výkony jako je např. kontinuální hemodialýza. Intenzivní péče III. stupně – nejvyšší, resuscitační péče je poskytována ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích. Tyto jednotky jsou vybaveny pro poskytování celého rozsahu intenzivní péče a zajišťují ji specialisté z oblasti intenzivní medicíny – lékařský i ošetrovatelský personál. Lékaři musí být trvale přítomni v průběhu celých 24 hodin. Mimo toto dělení se jednotky rozlišují dále na obecné (multioborové), oborové a specializované. Obecné poskytují na jednom intenzivním oddělení péči kritickým pacientům všech oborů, oborové pak zvlášť interním, chirurgickým, pediatrickým pacientům. Specializované jednotky jsou pak podskupinou oborových. Do interních se řadí např. metabolická, koronární, gastroenterologická, onkologická, neurologická, infekční JIP; do chirurgických pak např. kardiouchirurgická, neurochirurgická,

traumatologická, popáleninová JIP. Obecné jednotky typu ARO (anesteziologicko resuscitační oddělení) poskytují neodkladnou péči kriticky nemocným s projevy nebo rizikem selhání jednoho nebo více orgánů, kdy stav nemá jednotný etiologický původ, není vázán na jasnou diagnózu nebo tam, kde oborová jednotka není v potřebném stupni zastoupena (Zadák, 2007).

1.1.2 Specifika ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče

Na oddělení intenzivní medicíny jsou přijímáni pacienti v akutním ohrožení života a zdraví, jejichž zdravotní stav vyžaduje okamžitý zásah, léčbu či monitoraci pro případ přidružení nebo zhoršení komplikací. Řada těchto pacientů vyžaduje neodkladnou rozšířenou resuscitaci se zajištěním dýchacích cest endotracheální intubací a umělou plicní ventilací, kvalitní poresuscitační péči včetně zajištění řízené hypotermie, podporu krevního oběhu a s tím spojenou specializovanou péči. Specifika ošetrovatelské péče se odvíjí od diagnózy a závažnosti pacientova stavu (Drábková 1999).

Z hlediska intenzivní péče jsou tedy kriticky nemocní těmi, u nichž selhává jeden nebo několik orgánových systémů. Ze strany terapeutické vyžadují tito pacienti např. přístrojovou podporu nebo náhradu dýchání, umělou výživu nitrožilní nebo gastrointestinální cestou, v řadě případů farmakologickou nebo přístrojovou podporu oběhu, kontinuální eliminaci škodlivých látek mimotělními metodami, rozsáhlou substitucí faktorů krevního srážení, nitrožilní náhradu velkého objemu tekutin a iontů, umělé zahřívání nebo ochlazování organismu. Stejně jako se vyvíjí zdravotní stav pacienta, mění se neustále jeho potřeby a nároky na poskytovanou lékařskou a také ošetrovatelskou péči. Je klíčové, aby sestra znala dobře nemocného i jeho potřeby, vždy maximálně podporovala jeho soběstačnost a zároveň mu potřeby plně saturovala. K nejčastějším potřebám pacienta v intenzivní péči řadíme dýchání, výživu, vyprazdňování, soběstačnost a psychickou pohodu (Ševčík 2003; Kapounová, 2007).

1.1.3 Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče

Kompetence sester se specializací v intenzivní péči jsou rozšířenější než kompetence sester bez této specializace. Činnosti, které mohou sestry specialistky samostatně nebo na základě indikace lékaře vykonávat, upravují paragrafy č. 54 a 55 vyhlášky 55/2011 Sb. Na základě této legislativy je všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti oprávněna poskytovat a organizovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, edukovat pacienty ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály, sledovat a vyhodnocovat stav pacienta z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení, koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu, hodnotit kvalitu péče, provádět ošetrovatelský výzkum, připravovat standardy péče a vést specializační vzdělávání. Na základě indikace lékaře připravovat pacienty na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetřovat po výkonu, edukovat pacienty nebo jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. Bez odborného dohledu a indikace je tato sestra kompetentní ke sledování a analýze zdravotního stavu pacienta a jeho fyziologických funkcí, hodnocení závažnosti stavu včetně hodnocení křivky elektrokardiogramu (EKG) a zahájení neodkladné resuscitace s provedením defibrilace podle typu arytmie (po provedení EKG záznamu). Sestra samostatně pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami při umělé plicní ventilaci, provádí odsávání z dolních dýchacích cest a v případě potřeby tracheobronchiální laváž. Dále kontroluje funkčnost přístrojů a techniky, rozpoznává technické komplikace a řeší je. Na základě indikace lékaře provádí bez odborného dohledu katetrizaci močového měchýře mužů, zavádí nazogastrickou sondu pacientům v bezvědomí a provádí výplach žaludku u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Vykonává činnosti u nemocných se selháváním ledvin, kteří vyžadují léčbu očišťovacími metodami krve, edukuje pacienty v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, podílí se na aplikaci metod léčby bolesti, celkové a místní anestezie a provádí punkci arterií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis. Pod odborným

dohledem lékaře aplikuje transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádí extubaci tracheální kanyly, provádí externí kardiostimulaci. Dále poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle paragrafu č. 17 – zdravotnický záchranář (Vyhláška 55/2011).

K základním předpokladům pro práci sestry v intenzivní péči patří dostatečná odborná zdatnost a zaujetí pro tuto vysoce kvalifikovanou práci. Pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní medicíny jsou zpravidla nemocní s částečnou nebo úplnou poruchou sebekpěče, často v bezvědomí, kteří musí být pravidelně polohováni a potřebují profesionální komplexní ošetrovatelskou péči s dobrou rehabilitací a výživou. Spolupráce, předávání informací a vzájemná komunikace týmu je podstatou pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče o pacienty. Péče o pacienta vyžaduje komplexní přístup a pro jeho dosažení jsou v tomto ohledu velmi významnou součástí personálu také fyzioterapeut a nutriční terapeut. Celý ošetrovatelský tým musí mezi sebou dobře spolupracovat, stejně tak s lékaři a v neposlední řadě také s příbuznými ve prospěch pacienta. Velice důležitý je lidský, empatický přístup a dobrá úroveň komunikace s pacientem i rodinnými příslušníky. U umírajících pacientů je stěžejní právě přístup personálu – to, co sestra může v těchto situacích udělat, je podpora, vyjádření účasti a vlídné doprovázení pacienta. Zde je nezastupitelná úloha ošetrovatelského managementu, který musí sestru podporovat a být jí vzorem při komunikaci v obtížných situacích (Zadák, 2007; Ševčík, 2003).

1.1.4 Vzdělávání sester pro intenzivní péči

Vzdělávání sester se v České republice řídí zákonem 96/2004 Sb. v aktuálním znění. Pro výkon povolání všeobecné sestry je v současné době potřeba absolvování akreditovaného tříletého bakalářského oboru Všeobecná sestra, nebo nejméně tříletého studia na vyšší zdravotnické škole v oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Pokud způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získá muž, podle zákona je oprávněn používat označení všeobecný ošetrovatel. Pro výkon sestry v intenzivní péči je nutné k způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry absolvovat ještě specializační

vzdělávání v oboru intenzivní péče. Sestra, která absolvuje specializační vzdělávání v tomto oboru, získá odbornost Sestra pro intenzivní péči. Pro možnost studia je nutné nejprve podat žádost o zařazení do specializačního vzdělávání pro zdravotnické pracovníky nelékařských zdravotnických povolání v Evidenci zdravotnických pracovníků Ministerstva zdravotnictví České republiky. Žádost lze vyplnit přímo z webových stránek Ministerstva nebo Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Vzdělávání se uskutečňuje v akreditovaném zařízení, které informuje účastníka písemně 30 dnů před zahájením studia. Další možností je po dokončení bakalářského studia pokračovat v navazujícím magisterském studiu oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Oba typy vzdělání jsou také formou celoživotního vzdělávání, jak ukládá paragraf 53 - 54 Zákona 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů (Zákon 96/2004; NCONZO, 2011).

Vzdělávání je důležitým prostředkem prevence syndromu vyhoření, spolu s jinými aktivizujícími metodami vede ke zvyšování zájmu o práci, přispívá ke zvyšování sebevědomí a možnosti získání vyšších odborných pozic – celkově přispívá k seberealizaci sestry. Jak uvádí profesor Zadák: *„Důležitou součástí odborné stimulace všech pracovníků jednotky intenzivní péče, včetně sester, které na jednotce pracují již delší dobu, je jejich zařazování do specializačních kurzů, organizování účasti na kongresech, zejména zajištění jejich aktivní účasti a vytvoření všech předpokladů, aby vyslaný pracovník měl na konferenci nebo kongresu úspěšné vystoupení (Zadák, 2007, str. 21)“*. V mnohých zemích světa je také zavedena na pracovišti funkce „teaching nurse“, která je zodpovědná za kontinuální výcvik a vzdělávání sester, především po jejich nástupu na oddělení. I v našem prostředí tento pojem známe – školící sestra nebo sestra mentorka je pro sestru při nástupní praxi či v adaptačním procesu klíčovou osobou pro zvládnutí této velmi náročné práce. Vzdělávání zdravotníka je celoživotní proces, ve kterém hraje klíčovou roli osobní přístup, sebevzdělávání, seberozvoj a kritické myšlení. V jakémkoli odvětví ošetrovatelství je nutné se neustále zaměřovat na osobní vzdělání v oblasti rozvoje komunikačních dovedností, umění naslouchání a v oblasti duševní hygieny (Zadák, 2007).

1.1.5 Vzdelávání sester v oblasti péče o umírající

Možnosti vzdělání sester v paliativní péči jsou u nás stále omezené. Většina bakalářských programů všeobecná sestra ve vysokoškolských typech vzdělávání má samostatný předmět Paliativní a hospicová péče, jsou ale i takové, kterým výuka tohoto předmětu stále chybí, nebo není povinná. Socioložka Vávrová uskutečnila v roce 2009 výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie (věda o umírání a smrti) a z jejího zjištění vyplývá, že ve dvou z dvanácti zanalyzovaných bakalářských oborů Všeobecná sestra se tato témata vůbec neobjevuje, v deseti je pak zastoupena v předmětu Paliativní péče, který ale nemá vždy stejný rozsah a může být i volitelným předmětem zakončeným zápočtem (Vávrová 2010; NCONZO 2011).

V oblasti péče o umírající je možné absolvovat akreditované nebo certifikované kurzy. V současné době mohou sestry pracující v intenzivní péči absolvovat prostřednictvím Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů např. kurz Paliativní péče, Kurz zvládnání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření, dále Seberozvoj a rozvíjení potenciálu podřízených zdravotnických pracovníků; Vedení zdravotnických pracovníků nelékařských oborů k rozvíjení vztahu a komunikace podle dikce etického kodexu a také Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům: Strategie zvládnání psychicky náročných profesí. Vzdělávat se je možné také prostřednictvím různých seminářů a přednášek, které pořádají soukromé společnosti nebo přímo nemocnice či jednotlivé kliniky a oddělení. Samozřejmostí by mělo být pro sestru intenzivní péče také sebevzdělávání samostudiem, především studium odborné literatury. Pouze vzdělaná sestra, která má dostatek informací, vědomostí, správné profesní postoje a dokáže správně komunikovat s pacientem i jeho blízkými, poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Vzdělaná sestra přemýšlí kriticky, má zdravé sebevědomí, rozumí svým potřebám, je schopna zvládat své emoce. Stále na sobě sama pracuje a také vyžaduje a dokáže přijmout podporu svých kolegů a managementu oddělení (NCONZO, 2011).

1.2 Problematika umírání a smrti na jednotkách RES a JIP

Na jednotkách RES a JIP umírají pacienti mnohdy z plného zdraví, náhle, nečekaně. Spolu se stárnutím populace jsou ale stále častěji na jednotky intenzivní péče přijímáni staří pacienti s akutní exacerbací chronického onemocnění, spíše než se stavy způsobenými infekcí nebo úrazem. Umírání pacientů na odděleních intenzivní péče je jiné než na standardních lůžkových odděleních, problematická je především otázka zajištění soukromí a klidu umírajícího pacienta. Umírající jsou obklopeni technikou, připoutáni k monitoru, často v blízkosti pouze zdravotnických pracovníků, jen málokdy smířeni se svou smrtí. Přesto by měl být zajištěn důstojný průběh umírání, je nutné zabránit sociální izolaci, tělesnému a duševnímu trápení. Nemělo by být přehlíženo riziko přežívání nemocného s nízkou kvalitou života. Zde by mělo být možné uplatnit životní vůli, kterou pacient vyjádřil, nebo konzultace s osobou, kterou nemocný pověřil, aby byla mluvčím v jeho přáních a preferencích ve chvílích, kdy on již nebude moci vyjádřit své požadavky. Výuka současných zdravotníků pro intenzivní péči bývá často zaměřena na technicky pojatou medicínu, která využívá komplikované přístrojové vybavení a moderní vyšetřovací a léčebné postupy. Je orientovaná na uzdravení nemocného, opačný stav je považován za neúspěch a případné selhání jednotlivce nebo týmu (O'Conner, 2005; Vorlíček, 2004; Kořenek, 2004).

1.2.1 Myšlenka paliativní péče ve spojení s intenzivní péčí na RES a JIP

Velké procento pacientů, kteří zemřou na odděleních intenzivní péče, umírá na základě rozhodnutí lékařů o ukončení život prodlužující léčby (Seymour ve své studii uvádí až 90%). V posledních letech se proto v literatuře začíná objevovat spojení intenzivní péče s péčí paliativní, i když se může zdát, že tyto péče stojí na zcela opačných koncích odborného spektra. Hlavním cílem intenzivní medicíny je záchrana života a na druhé pozici teprve kvalita života, paliativní medicína má pořadí těchto cílů obrácené. Obě specializace pečují o pacienty, kteří jsou velmi zranitelní a mají mnoho porušených potřeb. Personál obou typů pracovišť často čelí smrti svých pacientů, musí

se s touto situací vyrovnat a také musí pomoci pacientům a jejich blízkým – model péče musí být v obou případech komplexní, a to jak ve vztahu k pacientům, tak k jejich rodinám. Některé charakteristiky intenzivní péče přispívají ke vzniku prostředí, které je velmi přesyceno podněty a je proto obtížné poskytnout péči, která zaručí „dobrou smrt“, tj. důstojné umírání z hlediska pacientů, rodin a personálu. Ostré světlo, hluk a velké množství přístrojů může způsobit přehlušení osobnosti pacienta technologií a narušit vše, co je lidské a emocionální. V tomto prostředí zbývá jen málo prostoru na myšlenku paliativní péče. „*V kontextu intenzivní péče obvykle chybí jeden z hlavních principů paliativní péče a to ten, že lidé jsou si vědomi toho, že umírají*“ (Seymour, 2001 in O’Conner, 2005, str. 265)“.

Paliativní péče zlepšuje kvalitu života pacientům a jejich rodinám při problémech spojených s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. Paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces - ani neurychluje, ani neoddaluje smrt. Paliativní, neboli útěšná a zmírňující péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou a její principy korelují s potřebami umírajících a zahrnují několik základních cílů: symptomatickou léčbu, zmírňující péči, efektivní léčbu somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající a doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího. Cílem paliativní léčby není prodlužování života, ale kvalita života. Cílem je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení umírajícího. Tato péče je založena na interdisciplinární spolupráci a na holistickém pohledu na pacienta, zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty, vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na seburčení, zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel pacientů, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých, nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti

blízkého člověka. Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením. Pro úspěšnost paliativní péče je třeba věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Péče vyžaduje multidisciplinární přístup. Multidisciplinární tým je tvořen řadou odborníků různých profesí, kteří spolu vzájemně kooperují a nacházejí nejúčinnější řešení individuálních problémů nemocného. Nelze opomíjet péči o psychosociální a duchovní aspekty, které jsou u některých nemocných mnohem důležitější než tělesné obtíže (Vorlíček, 2004; O'Conner, 2005; Nalos 2005; Opatrná, 2006; ČSL JEP).

1.2.2 Péče o pacienty umírající v prostředí resuscitační a intenzivní péče

Umírající pacient na jakémkoli oddělení, tedy i na RES a JIP, potřebuje plnou saturaci všech biologických potřeb, duševní i duchovní péči a zajištění možnosti přítomnosti nejbližších pro doprovázení danou situací. Na odděleních RES a JIP není přítomnost blízkých v souvislosti s provozem oddělení vždy možná, je však nutné se vždy zamyslet nad tím, zda není nějaký způsob, jak přítomnost umožnit. Klíčovými faktory pro zajištění spokojenosti umírajících a jejich příbuzných je adekvátní komunikace, dobrá rozhodnutí zdravotníků a respekt a soucit projevovaný pacientovi i jeho blízkým (Vorlíček, 2004; Kořenek, 2004; Daren, 2003).

Pozornost, která je pacientovi věnována při péči o jeho tělo je výrazem respektu vůči člověku, je to způsob, kterým je možné dát najevo, že pro něho děláme maximum, i když jsme již ztratili naději na vyléčení. Pacienti, kteří jsou v bezvědomí, potřebují především fyzickou péči a „*zájem o tělesnou schránku je jedním ze způsobů, jak může sestra dokázat rodině, že i umírající pacient má svou cenu, a to i v případě, že ho nikdy nepoznaly v bdělém stavu. Fyzická péče a citlivé prezentování těla umožňují zajistit individualitu umírajícího pacienta* (Seymour, 2001 in O'Conner, 2005, str.269)“.

1.2.3 Etické aspekty umírání a smrti na jednotkách RES a JIP

Etických otázek týkajících se umírání a smrti, kterým se věnují nejen zdravotníci, je velké množství. Často diskutovanou otázkou je pojem důstojnosti při umírání, která je však rozlišně pojímána ve vztahu k individuálním představám, hodnotám a přáním každého člověka. Pro mnoho lidí znamená pojem důstojné smrti strávit poslední okamžiky svého života se svými nejbližšími a netrpět bolestí a samotou. Mezi zásady pro zachování důstojnosti při umírání se uvádí ponechání svobody rozhodování, spolurozhodování pacienta o dalším průběhu léčby, informování o zamýšlených zákrocích a respektování jejich případného odmítnutí, podporování soběstačnosti, respektování studu, intimity a soukromí nemocného, zacházení s pacientem s úctou, vlídností, zdvořilostí a aktivní naslouchání jeho potřebám. Na přání pacienta může být doplněno určitým rituálem, například modlitbou, záleží na víře pacienta a jeho sociokulturní determinaci. V otázce autonomie pacienta dnes stále častěji zaznívá názor, že člověk má právo rozhodnout o svém životě. Např. v SRN existuje právní doklad tzv. „patientský testament“. Je to dokument, ve kterém pacient stanoví svoji vůli, zda chce být resuscitován, vyživován nebo udržován na přístrojích, pokud se dostane do určité fáze onemocnění. Použije se pak v případě, že není sám schopen o sobě rozhodovat. Pokud už pacient není právního jednání schopen, je určen opatrovník, který za pacienta rozhoduje - většinou některý člen rodiny. Naše legislativa takový nástroj zatím nezná, přesto je otázka autonomie důležitou součástí etiky ve zdravotnictví a odráží se např. v aspektu informovaného souhlasu. Svoboda rozhodování vychází z koncepce základních lidských práv člověka (Kutnohorská, 2007, Vorlíček, 2004, Kopřivová, 2010; Haškovcová, 2003).

Moderní léčebné postupy zachraňují život a často umí odvrátit smrt. V řadě případů ale neumí obnovit zdraví tak, aby byl stav a další život pacienta vnímán jako hodnotný a kvalitní. Stává se, že léčebné intervence, které u jednoho pacienta vedou k záchraně života, u jiného pouze prodlouží proces umírání. Dlouhodobé přežívání pouze prostřednictvím podpory přístrojů bez výhledu na zlepšení je společensky nežádoucí a mnohdy obávané. Umírající bývá zatěžován léčbou, která mu přináší víc obtíží než

prospěchu. Hovoří se o tzv. dystanázii, neboli zadržené smrti – o oddalovaném, prodlužovaném umírání. Při rozhodování o léčebném postupu je proto důležitá otázka beneficence, prospěšnosti, princip konání v zájmu a ku prospěchu nemocného, zohlednění významu prospěšnosti léčby pro pacienta v porovnání s možnými riziky. Pokud rizika převyšují prospěšnost, měl by být zákrok odložen, protože by mohl pacienta poškodit a tím znemožnit zlepšení či zachování zdraví nebo dokonce života. Prospěšnost je na prvním místě a tudíž přínosy musí převažovat nad negativy. Podle etického principu nonmaleficence bychom měli vždy konat tak, abychom pacientovi neublížili a vyhýbat se jakýmkoli postupům a výkonům, které by mohly pacienta poškodit (Haškovcová, 2003, Haškovcová, 2000, Sláma, 2009).

Dr. Sláma z Masarykova onkologického ústavu v Brně ve své práci, ve které se zabývá aspekty rozhodování o resuscitaci u terminálně nemocných pacientů, poukazuje na to, že léčebné postupy, dříve označované souhrnně jako život zachraňující, v řadě případů život nezachraňují, ale pouze určitým způsobem udržují nebo prodlužují a bez nasazení této léčby by pacient v krátkém časovém horizontu zemřel. Z hlediska pacienta se jedná často o postupy značně invazivní, jako je kardiopulmonální resuscitace, intubace a umělá plicní ventilace, kanylace velkých cév, dialýza, umělá výživa, což jsou výkony spojené s tělesným a duševním dyskomfortem, s úzkostí, strachem a bolestí. „*Za určitých okolností mohou hrát roli "život prodlužující" léčby i postupy obecně považované za jednoduché a nezátěžující, jako např. podání antibiotik nebo nitrožilní podání tekutin a výživy u nemocných, kteří nejsou schopni dostatečného příjmu per os. Také tyto postupy mohou život těžce nemocným a umírajícím prodloužit* (Sláma, 2009, str. 15)“.

Etická dilemata, kterým v této souvislosti zdravotníci čelí, souvisí spíše se společenským chápáním zdraví, nemoci a role zdravotníků. Někdy může dobře míněná snaha o udržení a prodloužení života vést k prodlužování umírání. Při hledání hranice, za kterou již léčebná snaha o udržení pacienta při životě není účelná a pro pacienta přínosná, se někdy lékaři rozhodují pro tzv. odstoupení od léčby. Tento souhrnný pojem označuje rozhodnutí nezačít, popř. ukončit některé život prodlužující léčebné postupy. Z praktického hlediska bývá odstoupení od léčby někdy děleno na tzv. nerozšiřování

neboli zadržetí léčby a omezování léčby resp. přechod na bazální terapii. Při nerozšiřování léčby se u pacienta pokračuje v zavedené léčbě, ale v případě komplikací není tato léčba rozšířena o další postupy, např. není zahájena resuscitace. „*Při omezování léčby jsou postupně vysazovány některé léčebné postupy někdy až do stupně přechodu na tzv. bazální terapii* (Sláma, 2009, str.16)“. Bazální terapie je základní léčba a péče, která musí být pacientovi poskytnuta za všech okolností, již z ní není možné slevit. Její součástí je komplexní, kvalitní ošetrovatelská péče, mírnění bolesti a dalšího tělesného dyskomfortu, podávání tekutin, uspokojování potřeb a splnitelných přání pacienta. Mezi lékaři není jednotný názor, zda je nedílnou součástí bazální terapie také umělá hydratace a výživa podávaná sondou nebo parenterálně. V ČR ani ostatních zemích střední a východní Evropy není problematika péče o terminálně nemocné obecně předmětem systematického zájmu žádné výzkumné, zdravotnické ani jiné instituce. Neexistují přesná data, která by ukazovala, jak častá jsou léčebná rozhodnutí charakteru odstoupení od léčby u nemocných v závěru života. U terminálně nemocných pacientů byla do roku 2010 akceptována možnost pokynu pro neprovedení resuscitace a dalších život zachraňujících postupů (DNR – Do Not Resuscitate) a to lékařem, který shledal stav umírajícího jako ireverzibilní. Tento pokyn byl obnovován každých 48 hodin nebo podle standardu nemocnice. Ordinace „DNR“, byla zaznamenána lékařem v dokumentaci, jako signál pro sestry a ostatní zdravotnický personál, že v případě zástavy srdeční činnosti a dýchání nebude zahájena resuscitace. Institut DNR ve formě, jak je rozšířen např. v USA, český právní řád nezná, přesto existuje obecný právní rámec pro respekt k pacientem předem vyslovenému přání. Přesné statistky nejsou k dispozici, je však jisté, že v ČR nejsou všechny oběti oběhové a dechové zástavy resuscitovány. V případě terminálního stádia onkologického onemocnění nebo v případě jiné jednoznačně nepříznivé prognózy bylo DNR – odstoupení od kardiopulmonální resuscitace v případě srdeční zástavy, rozhodnutím učiněným a akceptovaným zdravotnickým týmem, zaznamenaným lékařem v dokumentaci pacienta (Sláma, 2009).

Česká lékařská komora vydala dne 4. března 2010 doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním

stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (viz Příloha 2), kde vyjadřuje své stanovisko, kdy a za jakých podmínek je možné přejít u pacienta v terminálním stavu z intenzivní péče na péči paliativní. Podnět k zahájení paliativní péče podle tohoto doporučení může dát kterýkoli člen ošetrovatelského týmu (Česká lékařská komora, 2010).

1.3 Zvládání situací v souvislosti s úmrtím na RES a JIP

Sestra se při péči o umírající, zemřelé a jejich blízké ocitá ve velmi náročných situacích, které musí zvládat odborně i lidsky. Pro zajištění citlivé a vhodné ošetrovatelské péče v těchto případech je důležité, aby se sestra uměla vyrovnat s odchodem člověka, aby umírání a smrt brala jako součást života. *„Přijmout fakt konečnosti lidského života je projevem zralosti a životní moudrosti (Jankovský, 2003, str. 139)“*. Otázky související s etikou umírání a smrti patří k lidsky i profesně nejnáročnějším, stejně jako situace, které jsou s touto problematikou spjaté. Sestra, která pečuje o umírající, musí mít nejen znalosti odborné, právní, etické a manažerské, ale také nadhled, sociální zralost, musí být psychicky vyrovnaná, mít svůj smysluplný život, aby byla schopna pracovat beze strachu a stresu s umírajícími pacienty. Výhodou je také dobré rodinné zázemí (Kelnarová, 2007, Vorlíček 2004).

Dr. Seymourová, sestra a socioložka, pracující na katedře Paliativní medicíny na univerzitě v Sheffieldu, která se zabývala výzkumem managementu smrti a umírání na jednotkách intenzivní péče zjistila, že sestry na těchto odděleních často navazují velmi úzké vztahy s pacienty a jejich rodinami, stávají se součástí jejich osudů a jsou citově zaangažovány v osudech svých pacientů, což je velice vyčerpávající a vede k syndromu vyhoření. Sestry, které se nechtějí citově angažovat a chránit se tak před stresem z náročné práce popisují metodu „depersonalizace“ – stav, kdy se snaží zcela oddělit své vlastní „já“ od profesionálního „já“. Podle výsledků výzkumu je tato technika úspěšná pouze částečně a vyžaduje velké množství energie. V některých případech technika není účinná vůbec a některé sestry popisují, že tím, že je péče poskytována

pacientům týdny i měsíce, dochází k vytvoření určitého pocitu identity s pacientem a jeho rodinou a pak sestry prožívají silné emoce a pocity téměř rodinného spříznění, které se těžko ovládají. Emoce přichází nečekaně a netýkají se jen „tragických“ úmrtí dosud zdravých, mladých lidí. Sestry v těchto situacích prožívají ztrátu, stejně jako blízcí pacienta (O’Conner, 2005; Kutnohorská, 2007, Vorlíček, 2004).

1.3.1 Prožívání sester v souvislosti s úmrtím pacienta

Prožívání sester je ovlivněno osobním postojem k problematice umírání a smrti a také okolnostmi v situacích úmrtí. Ne vždy umírá starý člověk, který prožil naplněný a dlouhý život a umírá smířen. Na odděleních resuscitační a intenzivní péče často umírají velmi mladí lidé, kteří mají život před sebou. Ti většinou neumírají klidně a smířeně jako starší lidé, mají pocit nespravedlnosti a nenaplnění, opouští život, který pro ně teprve nedávno začal. Sestra, která musí i v takové situaci zachovat profesionalitu, důstojnost a ovládnout své emoce, se tak dostává do velmi obtížných a stresových situací. Jinak sestra prožívá úmrtí dítěte či mladého atraktivního člověka, který umírá náhle, z plného zdraví, kdy on ani jeho blízcí nejsou s jeho odchodem smířeni a jinak odchod dlouhodobě chronicky nemocného pacienta v infaustním stavu, který trpí bolestmi a dlouhodobým tělesným i duševním dyskomfortem. Sestra empaticky vnímá utrpení umírajícího, může s ním prožívat jeho bolest a emoce. Stejně pocity může prožívat při komunikaci s příbuznými, případně po ukončení neúspěšné resuscitace. Mezi nejčastější psychické potíže sester spojené s péčí o umírající a jejich blízké patří pocity osobního selhání, vyčerpání, napětí, samoty a prázdnoty, úzkosti, strachu, tísně, smutku, lítosti a ztráty radosti z práce. Úzkost se může u sester projevat i somatizací, kdy pociťují různé tělesné obtíže, jako například bolesti hlavy, břicha, zad, palpitace či tlaky na hrudi. Při dlouhodobém působení stresu a také při opakovaném setkávání se smrtí svých pacientů může vše vyústit až v syndrom vyhoření, tzv. burnout syndrom, který se projevuje např. stísněnou, depresivní náladou, poruchami koncentrace a paměti, nespavostí, únavou, ztrátou zájmů (O’Conner, 2005; Kutnohorská, 2007; Vorlíček, 2004).

1.3.2 Riziko syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým vlivem situací, které jsou emocionálně náročné. Souvisí se zátěží, stresem a je také důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání nároků). Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání sestry a zátěž, která plyne z vysokých nároků, obzvláště v případě prostředí intenzivní péče. Opakovaný zážitek sestry, která už nemůže dále těmto nárokům dostát, ve spojení s jejím přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření. Syndrom vyhoření je proces, který se může objevit často velmi záhy, způsobuje osobní problémy a ve svém důsledku zhoršuje kvalitu ošetrovatelské péče. Příčiny jeho vzniku jsou jak v osobnostních charakteristikách sestry, tak i v konkrétních pracovních podmínkách. Popisuje se také „syndrom pomáhajících“ u člověka, který pomoc druhým prožívá jako nutkavou potřebu. Může být spojen s upřednostňováním potřeb jiných lidí před potřebami vlastními, někteří zdravotníci trpí až tzv. spasitelským komplexem. Syndrom vyhoření se projevuje emocionálním vyčerpáním, sestra se cítí citově vyčerpaná, nechce slyšet žádná další trápení a starosti, má pocit, že už nemůže a nechce pomáhat. Straní se lidí kolem sebe, nechce s nimi soucítit. Nemůže-li se vyhnout, reaguje podrážděně, necitlivě a nepřátelsky. Projevy se vyskytují zpočátku jen v práci, postupně se přenáší i do osobního života. Časem přestává vnímat svoji rodinu a přátele jako zdroje radosti, stávají se také přítěží. Psychické vyčerpání se projevuje negativními postoji k sobě, k jiným a změnou životních postojů. Sestra je náhle cynická, negativistická a pesimistická, nechce žádné nové změny, nevěří si. Objevují se u ní poruchy soustředění, zapomnětlivost, vyhýbání úkolům. Není aktivní, činnosti provádí jako rutinní postupy, upadá do činnostního i myšlenkového stereotypu. Postupně se vytrácí smysl práce i života, dochází k postupující ztrátě energie a idealismu. Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou doprovázenou nedostatkem energie, bolestmi svalů, pocity tělesné slabosti, objevují se poruchy spánku. Vyskytují se také změny stravovacích návyků spojené se změnami tělesné hmotnosti. Hrozí zvýšené riziko zneužívání návykových látek. Je postižena také oblast sociálních vztahů, zpočátku se projevuje vyhýbání

pacientům, postupně i spolupracovníkům a všem lidem kolem sebe. Nastává celkový útlum sociability, převažuje lhostejnost, apatie a nezájem o druhé. Proces vyhoření lze zastavit vnější nebo vnitřní změnou. Každá životní krize může být přesto odrazovým můstkem k osobnímu růstu na základě poznání svých mezí, chyb a rezerv. Prevencí syndromu vyhoření je pak správná duševní hygiena (Bartošíková, 2006; Herkuczová, 2008).

1.3.3 Prevence a duševní hygiena

Sestra, která má poskytovat kvalitní pracovní výkon, pečovat dobře o pacienty a být jim povzbuzující sociální oporou, musí být sama v dobrém duševním stavu. To zahrnuje např. péči o tělesné zdraví a tělesný vzhled (tělesná schránka je úzce spjata s naším psychickým stavem a vzájemně se ovlivňují), péči o svůj duševní a duchovní život, sebevzdělání, hledání smyslu života, určení životních cílů apod. Nejlepším lékem na zdravou duši je radost a pozitivní myšlení. Pokud přemýšlíme negativně, deprimuje nás to, ničí naši duši a zároveň negativně ovlivňuje obraz našeho obličeje a celé naší podoby. Myslíme-li na věci pozitivně, odráží se to v našem obličeji, ale i v celkovém naladění (Křivohlavý 2001).

Nejlepší prevencí proti syndromu vyhoření je schopnost zmírnit tempo a udržovat rovnováhu mezi prací, duchovním životem a volným časem. Prevence na úrovni osobní představuje vytváření vlastního smysluplného, příjemného a fyzicky aktivního života mimo roli pracovní. Prevence má u syndromu vyhoření prvořadý význam, důraz je kladen na duševní hygienu, kterou rozumíme systém pravidel a rad k udržení, prohloubení a znovunavrácení duševní rovnováhy. Jejím úkolem je stanovit si cíle, u kterých je kladen důraz na sebevýchovu, sebepoznání a umění relaxace. Nejdůležitějšími oblastmi, na které musí sestra v osobním životě dbát, jsou podle pravidel duševní hygieny zdravá životospráva, dostatečná pohybová aktivita, dostatek odpočinku, zdravé mezilidské vztahy a sociální podpora. Každá sestra by měla dělat něco jen pro své potěšení, umět relaxovat, ale také se dále vzdělávat a nebát se změn (brát je jako výzvu), rozvíjet schopnost projevit emoce a humor, a co je zvláště důležité,

uvědomovat si hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když ji potřebuje (Nakonečný, 2004; Rush, 2003; Haluzíková, 2010).

1.3.4 Osobnostní faktory zvládnání psychicky náročných situací

Způsob, jak si sestra poradí se zvládnáním stresu je velmi individuální. Mohou jí pomoci například metody autogenního tréninku, relaxační metody, aromaterapie, muzikoterapie, psychoterapie nebo rozhovor s kolegy, nadřízenými či blízkým člověkem, který je ochoten naslouchat. Prostředí intenzivní péče však poskytuje málo příležitostí k reflexi zkušeností z péče o umírající pacienty a proces umírání a smrti se často zúží do několika málo hodin a dnů. Jde o kritické momenty, kdy sestry riskují emocionální vyčerpání, protože se snaží poskytovat svým pacientům kvalitní péči a zároveň potlačovat svůj vlastní strach a další pocity (O'Conner, 2005; Křivohlavý, 2004).

Do boje se stresem při zvládnání těžkých situací v souvislosti s umíráním a smrtí vstupují individuální osobní charakteristiky. Každý člověk na krizové situace reaguje jinak, někdo je velice křehký a ve stresových situacích má tendenci se hroutit, jiný je pružný, flexibilní, nemá problémy situace zvládat. Hovoří se o tzv. resilienci, což je termín označující protiklad lidské zranitelnosti, odolnost v těžkých situacích. Člověk, který má větší míru resilience se vyznačuje integrovanou, harmonickou osobností a žije smysluplným životem. Odolný člověk vnímá svět jako celek, který má svůj řád a své životní problémy chápe jako výzvy a úkoly, které se dají zvládnout. Lidé, kteří se tváří v tvář životním těžkostem nedají, jsou osobně zdatní, mají zdravou míru sebejistoty a jsou schopni udržet kontrolu nad svými emocemi a nad svým jednáním v těžkých situacích. Tento postoj se do značné míry v průběhu života vytváří a mění a je možné na něm pracovat (Křivohlavý 2010).

1.3.4.1 Rozvoj sociálních dovedností

Sociální dovednosti jsou pro sestry nepostradatelné. Jsou to dovednosti potřebné k umění jednat s lidmi, k přijetí člověka do sociálních skupin, navázání a udržení kontaktu a také pro komunikační dovednosti: sebevyjádření a naslouchání pacientům, jejich příbuzným, kolegům, porozumění mezilidským vztahům apod. Určité sociální role vyžadují příslušné sociální dovednosti. Sociální dovednosti získáváme nápodobou, identifikací a různými formami sociálního učení, stejně jako vzděláváním ve specializovaných kurzech. Podrobně rozpracované postupy učení sociálním dovednostem mají kognitivně-behaviorální programy. Známé jsou rovněž kurzy rozvoje osobnosti, výuka asertivity nebo sociálně-psychologické výcviky. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem tvoří základ jejich vztahu a ovlivňuje jeho kvalitu, v situacích umírání a smrti je správná a vhodná komunikace jednou z nejdůležitějších dovedností sestry. Pacienti i jejich blízcí očekávají otevřený a rovnocenný dialog, srozumitelný jazyk a dostatečné množství informací. Dobře zvládnutá komunikace s pacientem je základem profesionálního chování jakéhokoli zdravotníka. Záleží nejen na způsobu vedení rozhovoru, ale také na obsahu. Pravidelné vzdělávání v oblasti komunikace by mělo být součástí celoživotního vzdělávání každé sestry. Profesionálně vedená komunikace, verbální i neverbální, z hlediska obsahu i formy, vytváří pacientovu důvěru ve zdravotníka (Říčan, 2008; Linhartová, 2007; Venglářová, 2006).

Bradberry uvádí: „Musíme přestat mluvit, zastavit monolog, který nám možná probíhá v hlavě, přestat odhadovat, co řekne druhý, a přestat předem myslet na to, co vzápětí řekneme my. Při rozvoji dovedností sociálního uvědomění stačí věnovat pozornost řeči těla, tónu a síle hlasu a rychlosti pohybů (Bradberry, 2007, str. 32)“.

Součástí učení sociálním dovednostem je také rozvoj aktivního naslouchání. Naslouchání je schopnost, kterou lze využít v komunikaci s pacienty, kteří jsou při vědomí, případně jejich blízkými a také se svými kolegy. Je odlišné od slyšení, slyšet ještě neznamená naslouchat. Umění naslouchat dovoluje porozumět a nalézt smysl v tom, o čem pacient či kolega mluví, může pomoci situaci lépe pochopit a umožní efektivnější komunikaci, schopnost lépe porozumět postojům a názorům. Naslouchání

umožňuje řešit problémy, vyjádřit podporu, zachytit nevyřčené myšlenky a postoje druhého. Může pomoci předejít konfliktům a nedorozuměním. Naslouchat znamená poslouchat a zároveň zachytit, co nám pacient sděluje, tzn. porozumět. Důležité je ptát se a ujistit se o pochopení vyřčeného, zkusit vlastními slovy zopakovat, co bylo řečeno. Dávat zpětnou vazbu, používat neverbální komunikaci, usmívat se, kroutit hlavou, přikyvovat, měnit výraz v obličeji. Dát tak pacientovi či kolegovi najevo, že je mu opravdu nasloucháno (Linhartová, 2007; Zacharová, 2007; Venglářová, 2006, Říčan, 2008).

1.3.4.2 Rozvoj emoční inteligence

Sestry přichází do kontaktu s mnoha emocemi - zvláště v problematice umírání a smrti, a to nejen svými, ale také emocemi pacientů a jejich příbuzných či svých týmových kolegů - které se snaží různými způsoby zvládat. Také ke svým pacientům mají různý emoční vztah, mohou je obdivovat, litovat, zlobit se na ně nebo jim mohou být lhostejní. Emoce by ale neměly potlačovat, spíše se je musí učit rozpoznávat, rozumět jim a umět s nimi pracovat. Pokud totiž dobře porozumí svému prožívání, mohou být citlivé k prožívání svých pacientů, budou jim umět lépe pomoci a především budou umět pomoci sobě. Emoce jsou pramenem motivace a ovlivňují rozhodování, výkonnost a způsoby komunikace. Emoční inteligence je pojem, který znamená v první řadě schopnost uvědomit si své vnitřní stavy, což je předpoklad pro jejich pochopení, akceptování, zvládnutí a využití pro svůj prospěch (Hájek, 2006; Goleman 1997).

Zvládnout emoce znamená být schopen zklidnit vlastní rozčilení, setřást ze sebe pocity selhání, úzkosti, sklíčenosti či podrážděnosti. Sestry, které mají tuto schopnost málo rozvinutou, se neustále potýkají s tísnivými pocity, a ty, které v ní vynikají, se dokážou z životních zklamání zotavit daleko rychleji. Dobře rozvinutá emoční inteligence zajistí, že sestra identifikuje pocity v jejich počáteční fázi a zvládne je přizpůsobit, umí se zklidnit i v obtížných situacích, dokáže dobře ovládat zlost nebo zuřivost, když se rozčílí, umí nalézt emocionální rovnováhu, neutápí se v negativních pocitech, ale umí jim přecházet, nenechá se cíleně vyprovokovat, nachází kreativní

způsoby, jak zmírňovat obavy, umí si zlepšit náladu a ví, jak může sama sebe motivovat (Goleman, 1997, Kanitz, 2008).

Pro nácvik zvládnutí emocí lze použít metodu tzv. focusingu, neboli introspekce. Focusing není přímá psychoterapie, je to způsob, jak vnímat vlastní tělo, emoce a odraz našich emocí v těle. Je to soubor několika kroků, které umožní kontaktovat se s nimi a vědomě s nimi pobývat. Cílem je proces, který Hájek nazývá „*tělesně zakotveným prožíváním*“ (Hájek, 2006, str. 12)“, kdy dokážeme odhalit významy svého prožívání za pomoci tělesných pocitů. Při focusingu člověk pracuje sám na sobě se svými obtížnými pocity, emocemi. Nepřemýšlí o nich, ale snaží se je vnímat prostřednictvím svého těla. Učí se být s nimi v plném, otevřeném, přijímajícím kontaktu, aby prožitek zachytil, pochopil a pojmenoval, zachytil jeho význam (Hájek, 2006).

1.3.4.3 Sebepoznání, sebereflexe

Při zvládnutí těžkých situací je důležitá osobnost sestry a také to, jak vnímá sama sebe, jakou má životní filozofii, cíle a postoje. Již staří filozofové z dob Aristotelových tvrdili, že život stojí na sebeovládání, motivaci sebe sama, schopnosti odkládat uspokojení a vědomě usměrňovat svoje jednání. Mezi základní emoční dovednosti řadili vůli, schopnost odsunout stranou vlastní sobecké zájmy a touhy a snažit se vidět situaci z pohledu druhého člověka. V průběhu života si každý člověk připisuje určité vlastnosti a vytváří si svůj obraz, sebepojetí, které představuje poznání sebe sama a citový vztah k sobě samému. Pro práci sestry je sebepojetí velmi důležité. Představuje uvědomění si zvláštností v průběhu vlastního prožívání a chování, sestra se poznává prostřednictvím sebepozorování, rozborem a hodnocením vlastního chování, jednání a výsledku své činnosti. Bez objektivního sebepoznání není účinná seberegulace, do které patří svědomí a sebekritika. Klíčovou charakteristikou v sebepojetí jsou životní cíle, které si sestra během svého života zadává a s nimi spojená míra úsilí k jejich dosažení. Životní cíle ovlivňuje celková sebedůvěra osobnosti, její schopnosti a zkušenosti s činnostmi, v níž jsou cíle určovány, zájem o danou oblast a poměr úspěchu a neúspěchu. Jen sestra s vyrovnanou osobností a správnými postoji může pomoci umírajícímu a jeho blízkým a

přítom neublížit sama sobě (Goleman, 1997; Kohoutek, 2000; Blatný, 2003; Buchtová, 1999).

Sebereflexe je metodou sebehodnocení ve vztahu k profesi, jedná se o uvědomovaný proces. V povolání sestry je chápána jako proces, v jehož průběhu získává sestra cíleně a systematicky zpětné informace od pacienta a jeho blízkých, od kolegů a nadřízených. Schopnost sebereflexe vyžaduje kritické vnímání sebe sama v interakci se sociálními kontakty a jejich odezvou. Výkon je ovlivňován také motivací. Kromě motivace vnější, která může mít bezprostřední a výrazný účinek (může jí být pochvala nebo jiná odměna či trest ze strany nadřízeného, ale i reakce pacienta či jeho blízkých), ovlivňuje chování a jednání motivace vnitřní, která souvisí především s vůlí a chtěním, působí hlouběji a dlouhodobě, je zdrojem radosti z vykonané práce. Vnitřní motivace je faktorem, který si vytváří člověk sám a který ho ovlivňuje k určitému způsobu chování, vytváří zodpovědnost a příležitost k rozvíjení schopností a dovedností (Armstrong, 2007; Dyrťová, 2009).

1.3.4.4 Kritické myšlení

Kritické myšlení sestry uplatňuje v závislosti na sebereflexi jako způsob řešení problému. Pomáhá jí daný problém nalézt a najít nejlepší způsob jeho řešení. Při svém rozhodování si pokládá otázky, pomocí kterých se přesvědčuje, že jedná správně. Myslet kriticky znamená nepodlehout prvnímu dojmu či obecnému mínění, ale dokázat zaujmout postoj a vytvořit si v dané situaci vlastní názor na základě svých vědomostí a zkušeností. V situacích týkajících se umírání a smrti umožňuje sestře analyzovat, vyhodnocovat, vysvětlovat její myšlení a tím snižuje riziko jednání na základě zkreslených nebo špatně podaných informací. Kritické myšlení předpokládá porozumění informaci, důsledné prozkoumání myšlenek, jejich porovnání s jinými názory a výsledné zaujetí stanoviska a také zodpovědnosti za ně (Kopřiva, 2000).

1.4 Podpora sester při zvládání situací v souvislosti s úmrtím pacienta

Práce v intenzivní péči je natolik náročná, že sestra potřebuje neustálou podporu, a to jak ze strany týmu a nadřízených, tak svých nejbližších. Bylo by užitečné, aby management zdravotnického zařízení zajistil pro každou začínající sestru možnost konzultace s psychologem a dohled supervizora z řad starších spolupracovníků, kterému by se bez obav mohla svěřit se všemi svými problémy. Je také důležité, jako u každého začínajícího pracovníka, pochopit její motivaci a zjistit, zda se vůbec pro danou práci hodí. Prostředí vysoce specializované intenzivní péče je velice náročné na psychiku, vyžaduje rychlé jednání, schopnost práce pod tlakem, preciznost a zručnost, logické uvažování a schopnost týmové práce. V situacích umírání a smrti je nutná podpora především začínající sestry, která se setkává se smrtí v praxi mnohdy poprvé a její reakce může být velmi silná. Tomu může pomoci supervize nadřízených či kolegů, kteří jí vyslechnou, pomohou a poradí. Psychoterapeut může pak vhodnými metodami pomoci sestře s vyrovnáním se zážitky spojenými se smrtí pacientů (Vorlíček, 2004; Kelnarová, 2007; Brosche, 2003).

1.4.1 Podpora týmu

Filosofie řízení ve zdravotnictví je založena na týmové spolupráci. Smyslem týmové práce je delegování pravomocí k samostatnému plnění úkolů a převzetí zodpovědnosti. Management poskytuje týmu podporu a směr, pomáhá při naplňování cílů. Hayesová (2005) uvádí, že týmová práce motivuje jeho členy k převzetí odpovědnosti za svůj rozvoj. „*Ve společnosti, kde se daří uplatňovat týmovou práci, pracují lidé efektivněji, pociťují menší míru stresu a více se snaží* (Hayes, 2005, s. 21)“. Členové ošetrovatelského týmu by se měli vzájemně podporovat při vyrovnávání se s obtížnými situacemi, nejen těmi, které se týkají umírání a smrti. V týmu se tak zlepšuje pracovní morálka a snižuje se fluktuace. Podporované sestry plní úkoly lépe a důkladněji, mají vytvořené správné pracovní postoje a celková atmosféra oddělení je pozitivní. Tým vytváří svá pozitivní přesvědčení a předpoklady, které mu pomáhají lépe

fungovat a k tomu je zapotřebí otevřená, jasná komunikace od ošetrovatelského managementu. Sestra manažerka musí podporovat členy svého týmu, správně je motivovat, naslouchat jim, chválit je, umožnit jim další vzdělávání, spravedlivě je finančně hodnotit a také vytvářet rozpis služeb s dostatečným množstvím volna na odpočinek. Dobrá sestra manažerka naslouchá názorům a problémům členů svého týmu, má snahu o jejich řešení, snaží se o zajištění dobrých pracovních podmínek např. zajištěním dostatku kvalitních pomůcek a materiálu, svým vlastním pozitivním přístupem, chováním a správnými postoji je pro tým vzorem. V překonávání stresových situací - i v případech umírání a smrti, by měla umět poradit či pomoci nalézt nové sestře vlastní zvládací strategii, případně zajistit pomoc klinického psychologa (Hayes, 2005).

1.4.2 Supervize

Je důležité, aby sestra přebrala odpovědnost za to, že si sama bude všimnout známek přetížení a bude vyžadovat podporu také formou supervize. Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, slouží především k reflexi, k rozšiřování dovedností, k pomoci při řešení emočně náročných a stresujících situací především u studentů a začínajících pracovníků. V popředí supervize by měla být podpůrná, ne kontrolní funkce. V oblasti umírání je potřeba dohled supervizora u začínající sestry při komunikaci s umírajícím pacientem, jeho blízkými, podpora v situacích, do kterých se sestra dostává poprvé a nedokáže je sama vyřešit. Supervizor má být průvodce, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu nebo skupině vnímat a uvědomovat si vztahy a souvislosti, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřená na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být také modelem učení. Supervize umožňuje pracovníkům uvažovat nad kvalitou jejich práce, zvyšuje jejich schopnost reflexe a sebereflexe a uvědomované vnímání vlastní práce. Cílem supervize je vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, rozvoj profesionálních a osobnostních kompetencí jednotlivých pracovníků a odborných týmů, prevence

profesního vyhoření. Supervize je chápána jako ústřední forma podpory, měla by být součástí neustálého profesního učení a vývoje (Jičínská, 2006; Hawkins, 2004).

Dobře vedená supervize může sestře pomoci lépe využívat vlastní zdroje a zpochybnit nevhodné vzorce zvládání potíží. Supervize může mít funkci vzdělávací, kdy je definována jako „*celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivace jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí*“ (Matoušek, 2003, s. 349)“. Hlavním cílem supervize je tedy podpora profesionálního růstu pracovníka a rozšiřování jeho dovedností vedoucí k zvyšování profesionálních kompetencí v pracovních situacích. Souběžně s tím supervize pomáhá řešit těžko řešitelné případy, pomáhá vyrovnat se s pracovním stresem. Má také funkci podpůrnou, která je chápána jako systematická pomoc při řešení profesionálních problémů a také kontrolní, kdy představuje dohled nad průběhem péče, zaměřeným na kvalitu činnosti pracovníků. Supervidovaná sestra se má na koho obrátit, vyjádřit své obavy, nepohodu, může sdílet své těžkosti a potíže, a získává podporu a uznání, je motivovaná, proto dochází i k jejímu osobnímu rozvoji a dokáže se bránit vyhoření (Hawkins, 2004; Matoušek, 2003, Havrdová, 1999).

„*Vždy jde především o to, aby supervize plnila konkrétní účely odvozené od jediného společného cíle – udržet či zlepšit kvalitu práce v profesi, která využívá reflexi sebe sama*“ (Havrdová, 2008, str. 48)“. Účelem supervize je kontrola míry naplnění profesní role, dodržování stanovených pravidel a dobré profesionální praxe, zlepšení odborných kompetencí pracovníka, povzbuzování k překonání překážek, budování dobrého vztahu a pracovní atmosféry. Supervize může mít také různé formy: výukovou, výcvikovou, manažerskou a poradenskou. Při výukové má supervizor spíše roli vyučujícího, pomáhá účastníkům rozebírat jejich práci s pacienty, řídicí a podpůrnou funkci poskytuje jiný pracovník. Při výcvikové má supervizor odpovědnost za práci s pacienty, plní kontrolní a podpůrnou funkci. V nemocničním prostředí může mít tuto funkci služebně starší sestra. U manažerské je supervizorem nadřízený pracovník, například směňová či staniční sestra a u poradenské kvalifikovaný supervizor, který

nenese zodpovědnost za práci supervidovaného, jen s ním probírá otázky, které si on přeje rozebrat (Hawkins, 2004, Havrdová, 2008).

1.4.2.1 Balintovské techniky

Balintovská skupina je technika vhodná jako úvodní metoda podporující schopnost sebereflexe pro pracovníky bez zkušeností se supervizí. Bývá také označována jako skupinová forma supervize, na které se scházejí pracovníci z pomáhajících profesí. Na sezeních, která se konají v pravidelných intervalech, se řeší případy jednotlivých účastníků, s jejichž průběhem či řešením nebyli pracovníci spokojeni. Zakladatel této metody je Michael Balint, maďarský lékař a psychoanalytik, pod jehož vedením vznikly první skupiny v padesátých letech minulého století na Tavistockské klinice v Londýně. Původně byly určené pro praktické lékaře, ale nacházejí uplatnění celým spektrem pomáhajících profesí. Ve skupině může sestra nalézt podporu, jiný pohled na svou práci a inspiraci od svých kolegyň a kolegů. Může pro ni být vhodným prostředkem prevence syndromu vyhoření. Jedná se v podstatě o supervizi vztahu k pacientovi, z ní vyplývající porozumění prožívaným emocím a pocitům, dále také schopnost tyto prožitky ovládat, pracovat s nimi a odstraňovat nežádoucí a nechtěné jevy. Klasická skupina sestává z deseti až dvanácti pracovníků příslušné profese pod vedením kvalifikovaného terapeuta. V rámci sezení seznámí jeden z přítomných další účastníky s případem, se kterým potřebuje pomoci. Oblastí, kterým je v rámci sezení věnována pozornost, bývají problémy s jednáním a prožíváním účastníka v kontaktu s pacientem v konkrétním případě. V popředí je konflikt mezi tím, jak by danou situaci chtěl pracovník prožívat, nebo jak by se chtěl zachovat a tím, jak ve skutečnosti jednal. Průběh sezení má určený scénář, sestavený z několika fází. První je expozice případu, která spočívá v představení problému, přičemž v popředí je způsob, jakým dotyčný vzniklou situaci prožíval. Další fází je kladení otázek, kdy se ostatní účastníci doptávají na okolnosti případu. Fantazie je třetí fází sezení. V ní účastníci vyjadřují své představy o citech a vztazích jednotlivých aktérů případu. Ve čtvrté fázi zúčastnění navrhnou praktický postup, který by oni sami zvolili při řešení vzniklé situace

- praktické náměty na řešení. Poslední, pátou fází je obvykle vyjádření protagonisty - předkladatele problému - k myšlenkám, nápadům a návrhům ostatních členů skupiny. Balintovská skupina je možnou metodou reflexe sester při problémech v situacích spojených s umíráním a smrtí v oblasti intenzivní péče (Haškovcová 2000, Kopřiva 2000).

1.4.3 Psychoterapie

Tak jako lékař léčí tělo, psychoterapeut duši – sestra ho vyhledá proto, aby se zbavila svých úzkostí, strachů a obav. Psychoterapie je vhodná pomoc při zvládnání krizových situací. Využívá pozitivního terapeutického vztahu mezi sestrou a terapeutem, je prováděna většinou klinickým psychologem a vyžaduje komunikaci a spolupráci. Psychoterapii lze uskutečňovat formou individuální i skupinovou. V oblasti zvládnání krizových situací se uplatňuje především tzv. existenciální psychoterapie, která se soustředí na vnitřní svět prožitků a umožňuje sestřám vyrovnat se s otázkami lidského bytí, smyslu života, svobody a odpovědnosti, každé terapeutické setkání může do jisté míry ovlivnit myšlení, prožívání a jednání sestry. Možnost zajištění psychoterapie by měla být běžnou součástí praxe ve zdravotnictví a management oddělení by měl dbát o psychickou pohodu svých zaměstnanců (Vymětal, 2010).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, jaký způsob přípravy sester je v praxi zajištěn na jednotkách RES a JIP pro výkon kvalitní ošetrovatelské péče o umírající pacienty

Cíl 2. Zjistit, zda a jak se sestry připravují a vzdělávají v oblasti zvládnání situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP

Cíl 3. Zjistit, zda existuje a jaká je forma a způsob podpory sester na RES a JIP při úmrtí pacientů poskytovaná ze strany týmu a ze strany managementu oddělení

Cíl 4. Zjistit, jakou formu a způsob podpory sestry očekávají a žádají

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry na jednotkách RES a JIP přicházejí do konfliktu mezi snahou o respektování lidské důstojnosti umírajícího a realitou

H2: Sestry nastupující do praxe nejsou připraveny na oblasti zvládnání situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP

H3: Sestry pracující na RES a JIP postrádají podporu nadřízených v situacích spojených s umíráním a smrtí

H4: Nedostatek podpory sester RES a JIP ze strany vedení v případě úmrtí je důvodem k podání výpovědi

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část diplomové práce byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením pomocí anonymního dotazníku (viz Příloha 3). Respondenti odpovídali na 38 otázek, 13 otázek bylo uzavřených, 21 polootevřených a 4 otevřené. Sběr dat byl uskutečněn od dubna do května roku 2011.

Ke zpracování dat byly použity programy Microsoft Excel 2007, IBM SPSS Statistics 19 a LibreOffice Draw 3.4. Microsoft Excel byl použit pro zpracování dat do grafů, programem IBM SPSS Statistics byly vytvořeny tabulky a statistické porovnání proměnných a pomocí programu LibreOffice Draw byla vytvořena schémata.

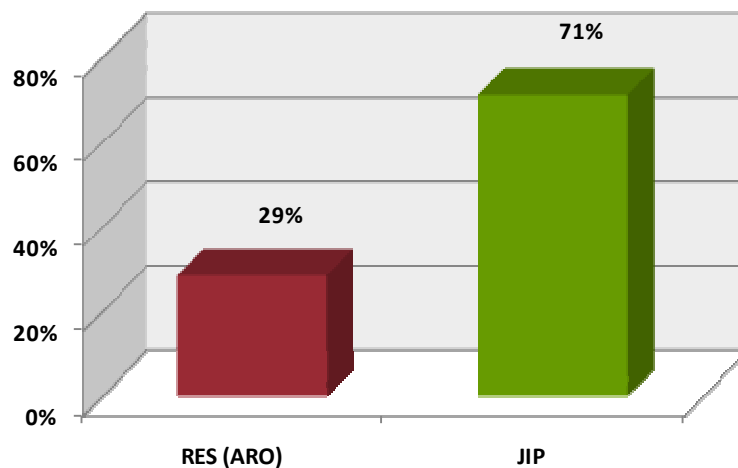
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl tvořen respondenty z jednotek intenzivní a resuscitační péče, především všeobecnými sestrami a na oddělení RES také zdravotnickými záchranáři. Dotazníky byly rozdány ve Fakultní nemocnici Plzeň (200), dále byly použity dotazníky z Nemocnice Strakonice a.s. (30), Nemocnice České Budějovice (20) a také od studentů kombinované formy studia bakalářských a magisterských programů, pracujících v neodkladné nebo intenzivní péči (50). Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, vrátilo se 238 vyplněných a z nich bylo 14 dotazníků pro neúplnost vyřazeno. Návratnost dotazníků byla 75 %, zpracováno bylo celkem 224 dotazníků (100%).

4 Výsledky

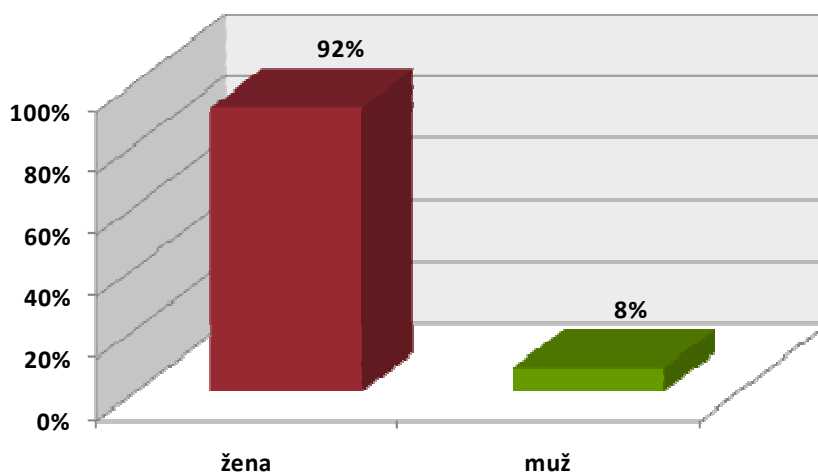
4.1 Souhrnné výsledky

Graf 1 Pracoviště respondentů



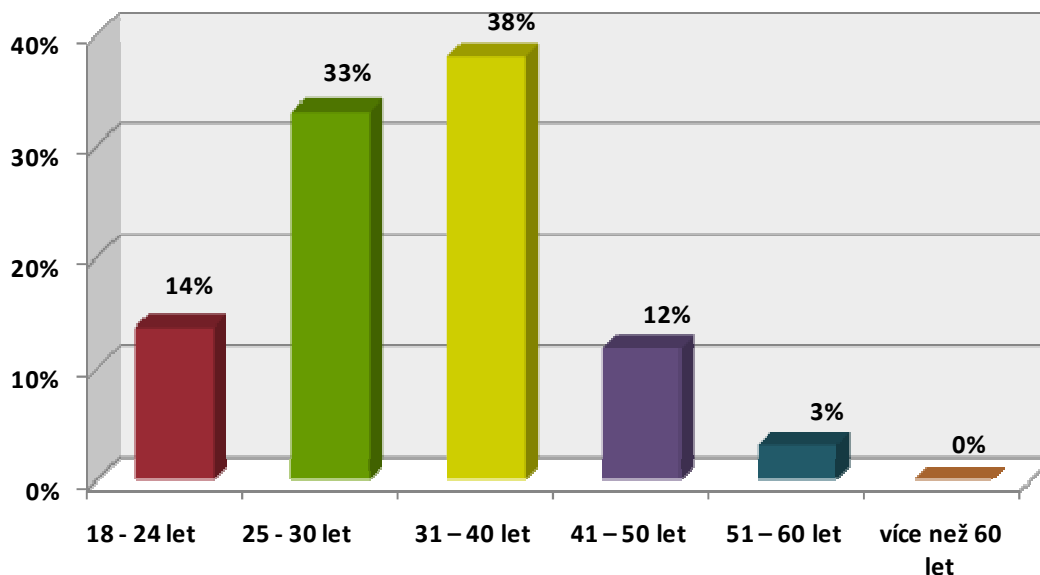
Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů pracuje 64 (29 %) na resuscitačním oddělení a 160 (71 %) na jednotce intenzivní péče.

Graf 2 Pohlaví respondentů



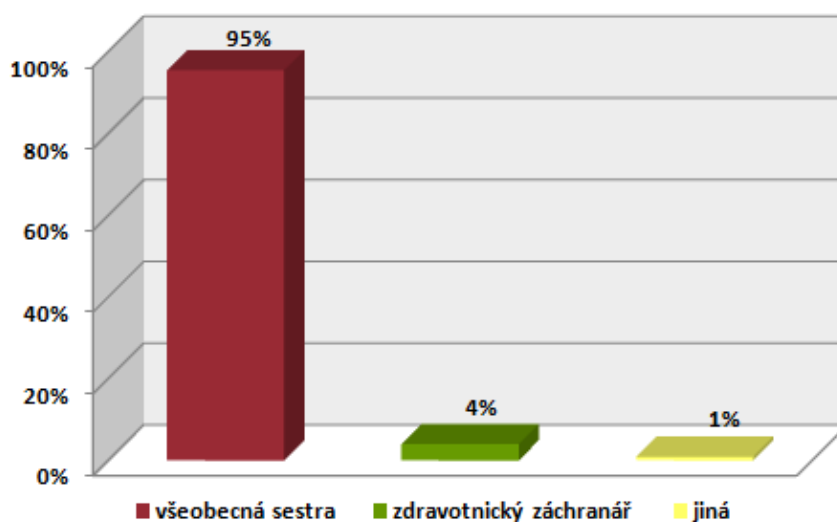
Z celkového počtu 224 bylo 207 (92 %) respondentů žen a 17 (8 %) mužů.

Graf 3 Věk respondentů



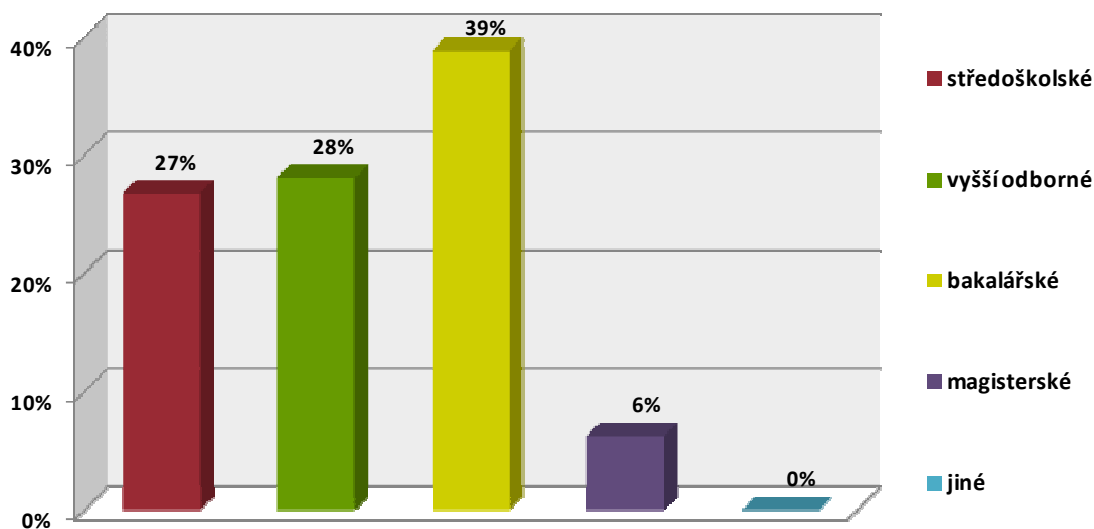
Graf informuje o věkové kategorii respondentů. Z celkového počtu 224 (100%) bylo 31 z nich (14 %) ve věku 18 – 24 let, 74 (33 %) respondentů bylo v kategorii 25 – 30 let, 85 (38 %) respondentů bylo v kategorii 31 – 40 let, 27 (12 %) bylo v kategorii 41 – 50 let, 7 (3 %) v kategorii 51 – 60 a v kategorii více než 60 let nebyl žádný respondent.

Graf 4 Pracovní pozice respondentů



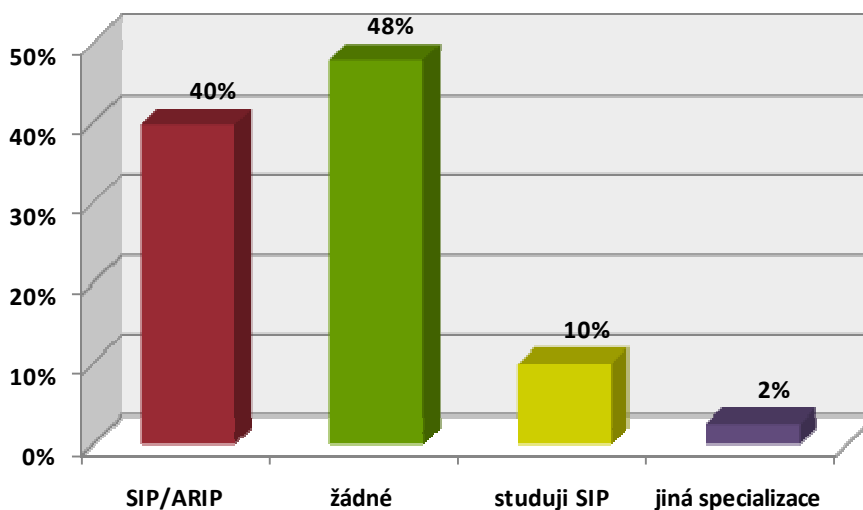
212 (95 %) respondentů tvořily všeobecné sestry, 10 (4 %) respondentů zdravotničtí záchranáři a 2 (1 %) respondentky uvedly, že pracují na pozici staniční sestra.

Graf 5 Vzdělání respondentů



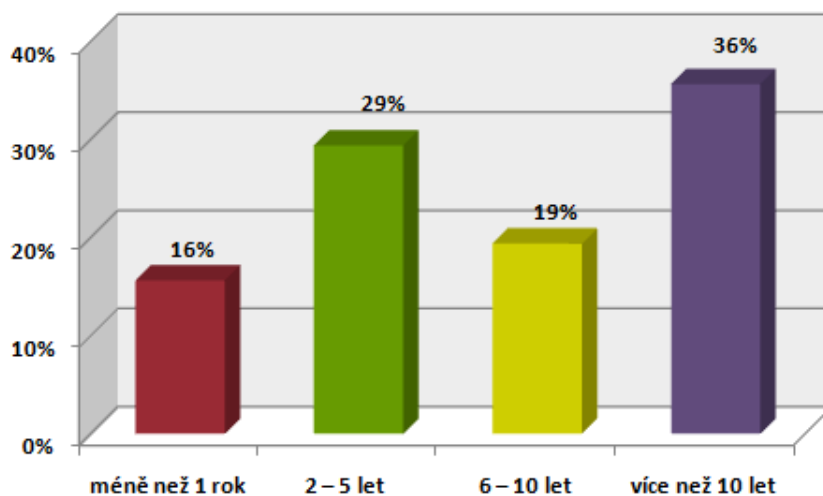
Graf popisuje vzdělání respondentů. Z celkového počtu 224 (100%) má 60 (27 %) respondentů středoškolské vzdělání, 63 (28 %) absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 87 (39 %) je vysokoškolsky vzdělaných bakalářů a 14 (6 %) respondentů uvedlo dosažení magisterského vysokoškolského vzdělání.

Graf 6 Specializační vzdělání respondentů



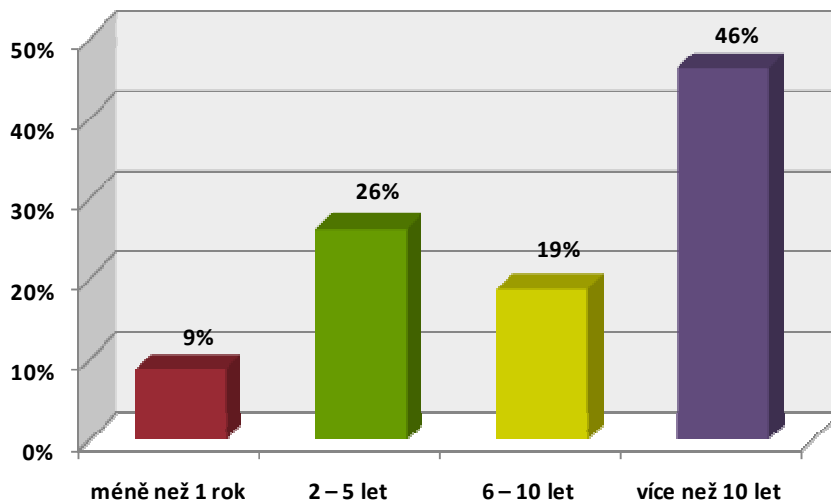
Specializační vzdělání v oboru intenzivní péče uvedlo 90 (40 %) respondentů, 108 (48 %) respondentů specializační vzdělání dosud neabsolvovalo, 22 (10 %) respondentů v současné době specializaci SIP (Sestra pro intenzivní péči) studuje a 4 (2 %) respondentů uvedlo PSS – Ošetřovatelská péče o dospělé.

Graf 7 Délka praxe v oboru intenzivní/resuscitační péče



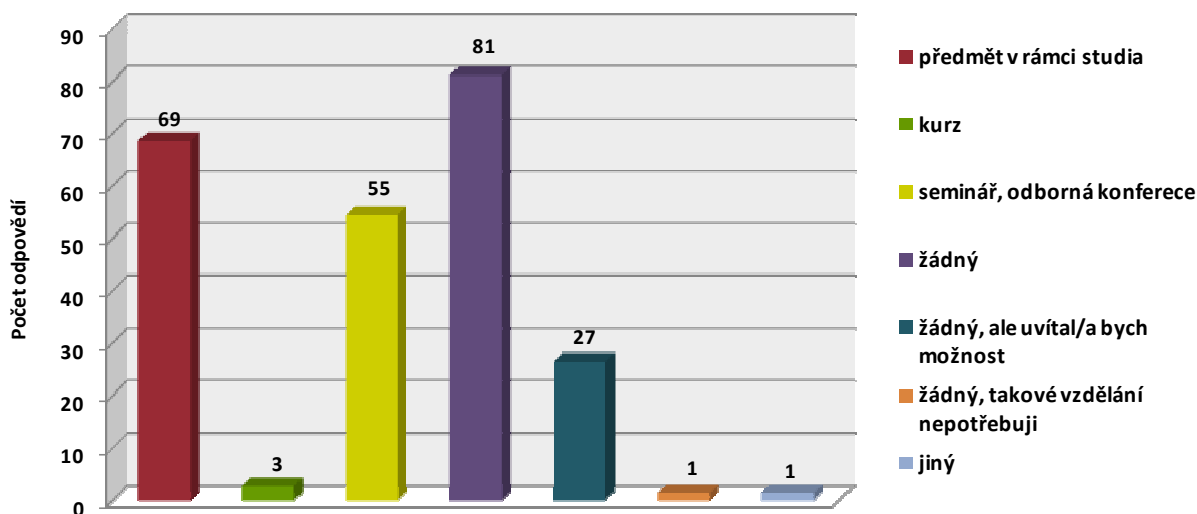
Délku praxe v oboru intenzivní nebo resuscitační péče kratší než 1 rok uvedlo 35 (16 %) respondentů, 2 – 5 let v oboru pracuje 66 (29 %) respondentů, 6 – 10 let praxe má 43 (19 %) respondentů a více než 10 let je v praxi RES či JIP 80 (36 %) respondentů.

Graf 8 Celková délka zdravotnické praxe



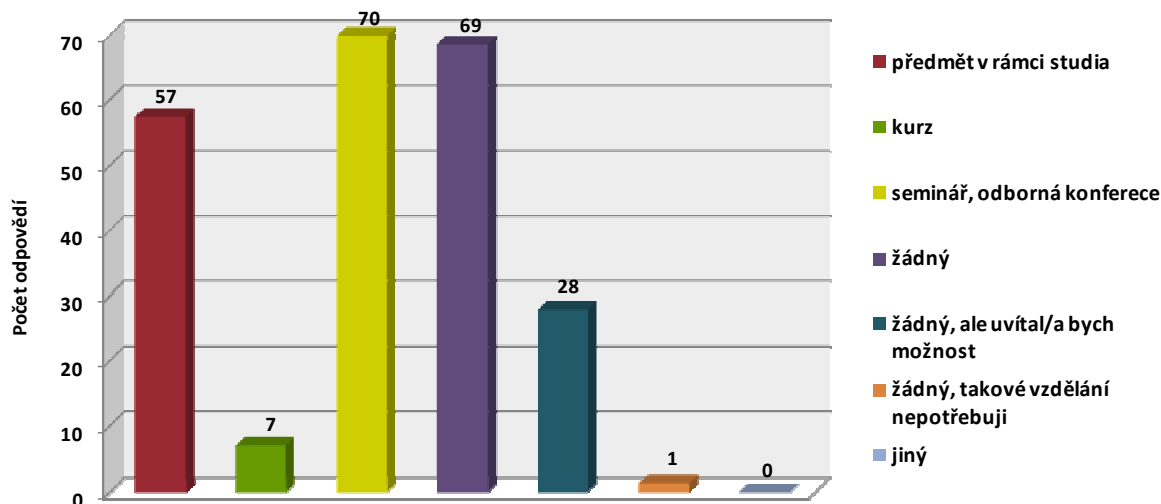
Celkovou délku praxe ve zdravotnictví kratší než 1 rok uvedlo (z celkových 224) 21 (9 %) respondentů, 2 – 5 let pracuje 57 (26 %) respondentů, 6 – 10 let celkové praxe má 42 (19 %) respondentů a více než 10 let je v praxi 104 (46 %) respondentů.

Graf 9 Absolvovaný typ vzdělání v péči o umírající a pozůstalé



Graf demonstruje počet odpovědí o absolvovaném typu vzdělání v péči o umírající a pozůstalé. Z celkových 224 respondentů 69 uvedlo absolvování předmětu v rámci studia, 3 respondenti kurz, 55 respondentů seminář nebo odbornou konferenci, 81 respondentů neabsolvovalo žádný typ tohoto vzdělání, 27 respondentů neabsolvovalo, ale možnost vzdělání by uvítalo, 1 respondentka zvolila, že takové vzdělání nepotřebuje a 1 respondentka uvedla v kategorii jiné absolvování vzdělání v péči o umírající v rámci kurzu Bazální stimulace.

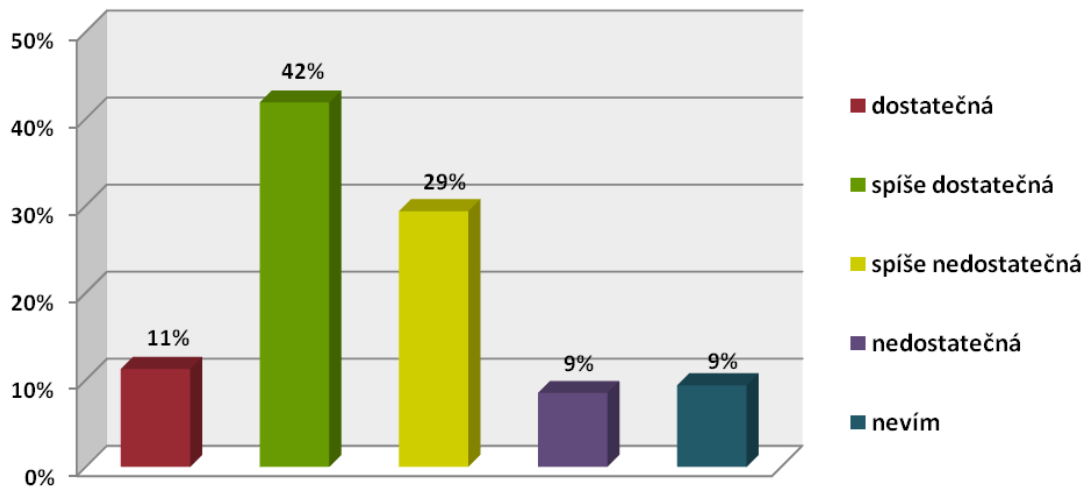
Graf 10 Absolvovaný typ vzdělání v oblasti zvládnání krizových situací



Absolvovaný předmět v rámci studia v oblasti zvládnání krizových situací uvedlo 57 respondentů, 7 krát byl uveden kurz, 70 respondentů se zúčastnilo odborného semináře

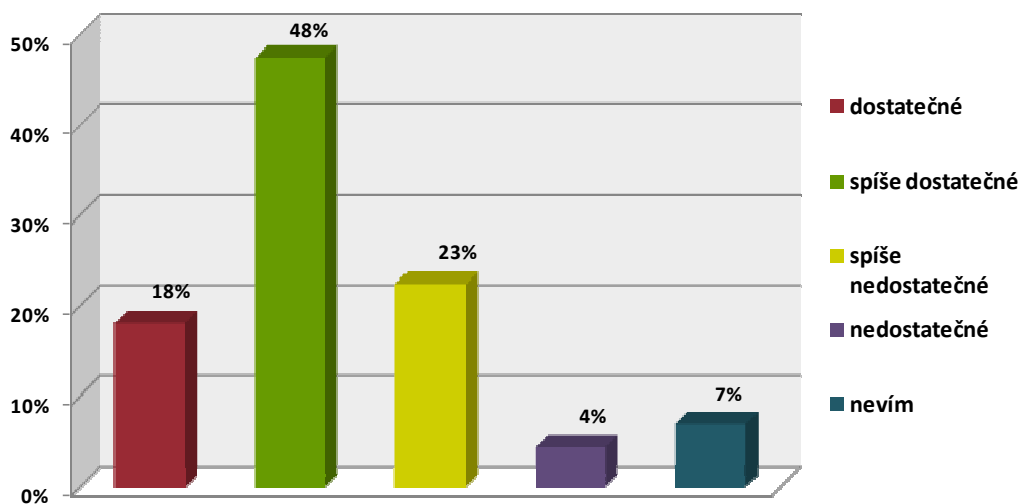
nebo konference na toto téma, 69 zdravotníků uvedlo, že neabsolvovali žádný typ vzdělání na toto téma, dalších 28 respondentů také neabsolvovalo, ale uvítali by tuto možnost vzdělání, 1 respondentka uvedla, že tento typ vzdělání nepotřebuje.

Graf 11 Příprava sester v oblasti péče o umírající a pozůstalé



25 (11 %) respondentů domnívá, že příprava sester v oblasti péče o umírající a pozůstalé je dostatečná, 94 (42 %) respondentů uvedlo, že je spíše dostatečná, 66 (29 %) uvedlo možnost spíše nedostatečná a 18 (9 %) respondentů považuje zajištění přípravy sester v této oblasti za nedostatečné. 21 (9 %) respondentů označilo možnost nevím.

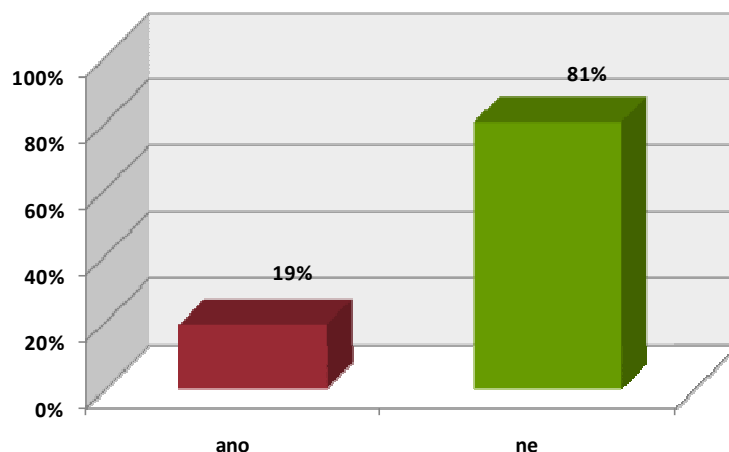
Graf 12 Vědomosti a zkušenosti v oblasti zvládání psychicky náročných situací



41 (18 %) respondentů považuje své vědomosti a zkušenosti v oblasti zvládání psychicky náročných situací za dostatečné, 106 (48 %) respondentů se domnívá, že jsou

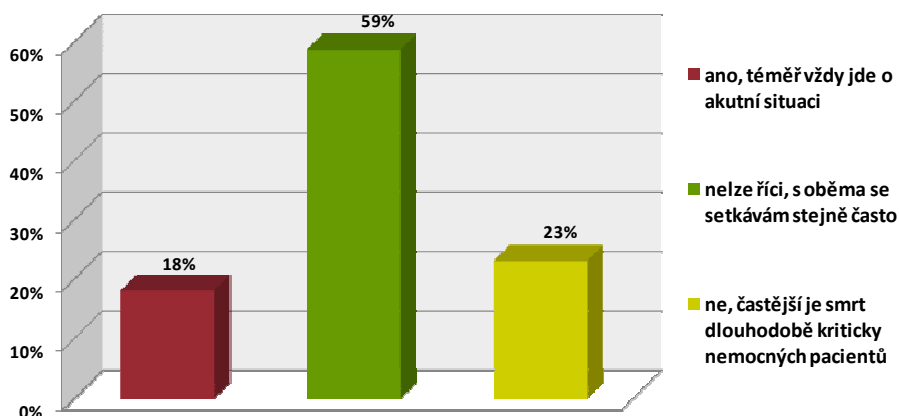
spíše dostatečné, 50 (23 %) je uvedlo jako spíše nedostatečné, 10 (4 %) respondentů je vidí jako nedostatečné a 17 (7 %) respondentů neví, zda jsou jejich vědomosti a zkušenosti dostatečné.

Graf 13 Zajištění vzdělávání na témata spojená s umíráním a smrtí pracovištěm



Graf znázorňuje odpověď na dotaz respondentů, zda pro ně jejich pracoviště organizuje nějaké školení na témata spojená s umíráním a smrtí a zvládání těchto náročných situací. 43 (19 %) respondentů uvedlo, že ano, pro 181 (81 %) respondentů pracoviště žádná školení neorganizuje. U odpovědi ano měli respondenti specifikovat, o jaký typ školení se jedná. 15 x byly uvedeny odborné semináře, 8 x přednášky, 4 x kurzy, 3x odborné sympozium.

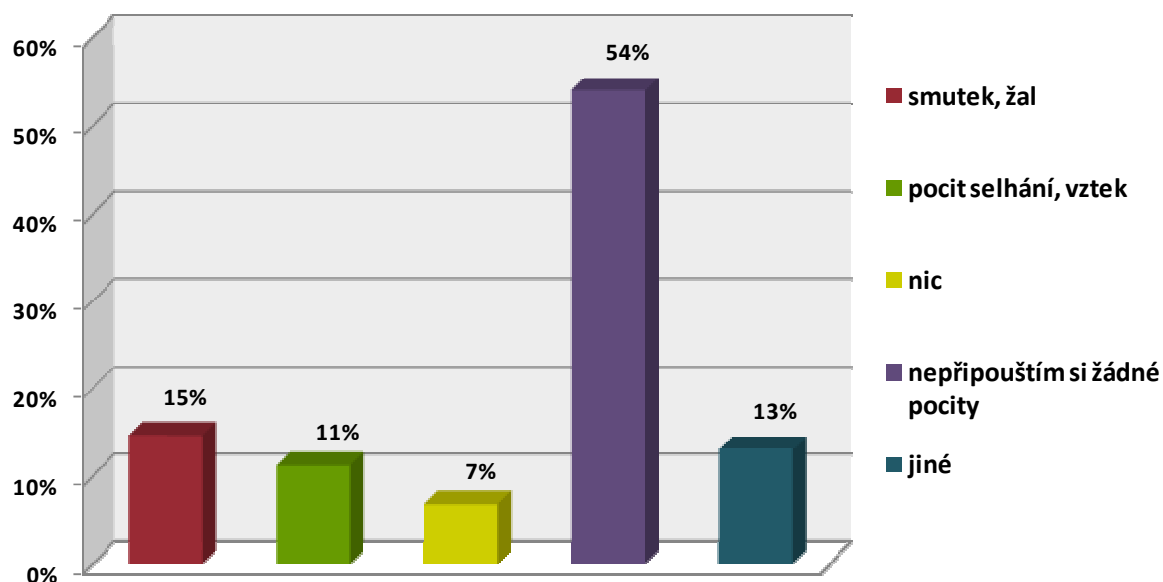
Graf 14 Setkávání s náhlou nebo očekávanou smrtí pacienta



Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů 41 (18 %) z nich uvedlo, že se v praxi setkává s náhlou smrtí, kdy téměř vždy jde o akutní situaci. 132 (59 %) respondentů se

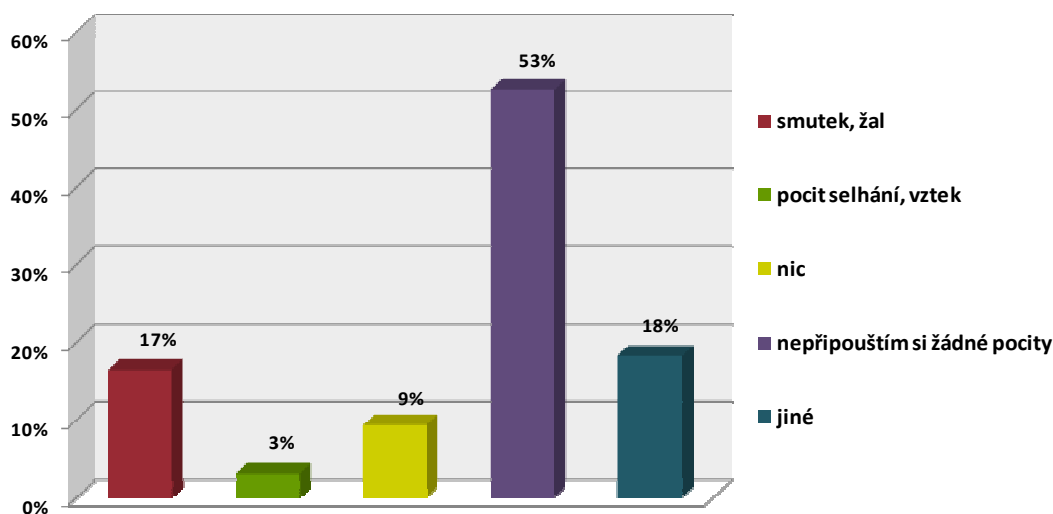
domnívá, že se stejně často setkává se smrtí náhlou jako očekávanou a 51 (23 %) respondentů považuje za častější svůj kontakt se smrtí očekávanou.

Graf 15 Prožívání po ukončení neúspěšné resuscitace



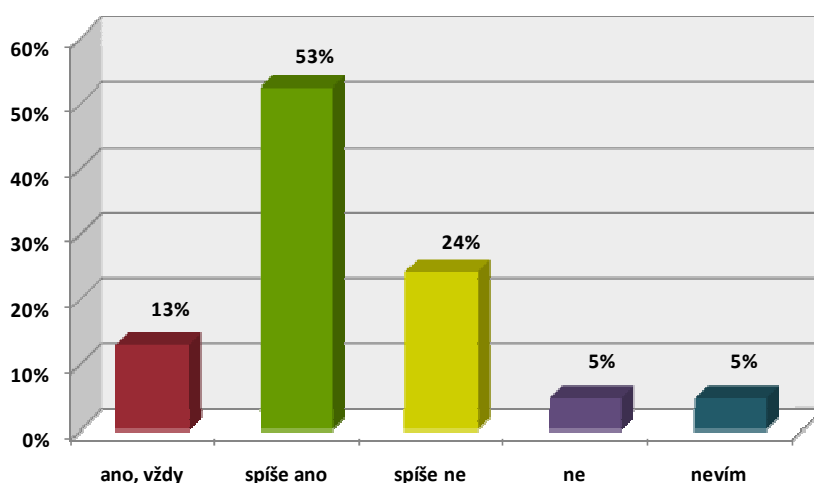
Po ukončení neúspěšné resuscitace při neočekávané akutní situaci prožívá z celkového počtu 224 respondentů (100 %) 34 (15 %) smutek, žal, 25 (11 %) uvádí pocit selhání, vztek, 15 (7 %) respondentů neprožívá nic, 121 (54 %) respondentů uvedlo, že si nepřipouští žádné pocity, neboť tyto situace chápe jako součást své práce. 29 (13 %) respondentů označilo v kategorii jiné prožitky. 11 respondentů jako jiný prožitek uvedlo lítost, 2 úzkost, 1 nespravedlnost, 1 zklamání, 8 respondentů napsalo, že záleží na dané situaci, na věku a diagnóze pacienta. 1 respondent pociťuje obavy, zda resuscitace proběhla bez chyb, 1 má strach o blízké příbuzné pacienta, 2 respondenti nemají zkušenost a 2 uvedli cynickou obranu smíchem.

Graf 16 Prožívání v případě úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného



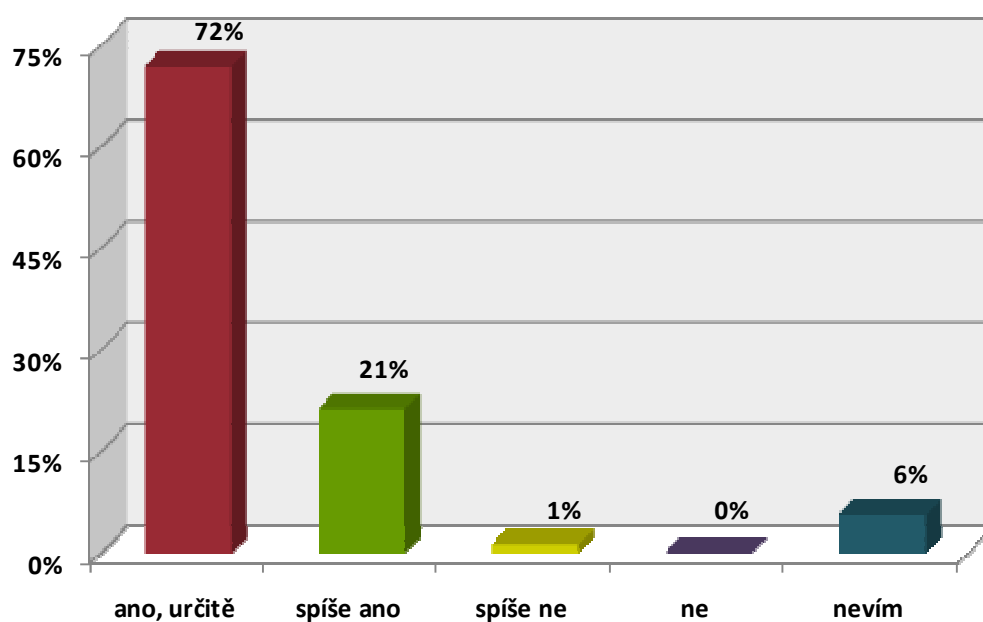
37 (17 %) respondentů z celkových 224 (100 %) prožívá v případě úmrtí dlouhodobě chronicky nemocného pacienta smutek, žal, 7 (3 %) zdravotníků prožívá pocit selhání, smutek, 21 (9 %) respondentů uvedlo, že neprožívá nic. 118 (53 %) respondentů si nepřipouští žádné pocity a tyto situace chápe jako součást své práce. 41 (18 %) respondentů označilo kategorii jiné prožitky - 23 respondentů uvedlo pocit úlevy, ukončení utrpení pacienta, vysvobození 10 respondentů napsalo, že záleží na dané situaci, na věku a diagnóze pacienta, dále byla uvedena bezmoc, úzkost, beznaděj, nespravedlnost, radost, smích, 2 respondenti nemají zkušenost.

Graf 17 Možnost zajištění důstojného umírání v prostředí RES a JIP



29 (13 %) respondentů se domnívá, že i v prostředí resuscitační a intenzivní péče lze zajistit možnost důstojného umírání, 118 (53 %) respondentů si myslí, že spíše ano, 55 (24 %) označilo možnost spíše ne, 11 (5 %) respondentů zastává názor, že to nelze, 11 (5 %) respondentů neví. Důvody, které respondenti uváděli jako problémy při zajištění důstojnosti umírajícího pacienta: nevhodné prostředí (rušný chod oddělení, hluk, více pacientů na pokoji, nedostatek soukromí, málo prostoru), nedostatek času v případě náhlého úmrtí, střídání personálu.

Graf 18 Paliativní péče v prostředí RES a JIP



161 (72 %) respondentů souhlasí s názorem, že i do prostředí resuscitační péče patří myšlenka paliativní péče – zajištění klidné smrti, bez utrpení a bolesti. 48 (21 %) se domnívá, že spíše ano, 2 (1 %) respondenti označili možnost spíše ne, možnost ne neoznačil žádný respondent a 13 (6 %) respondentů uvedlo, že neví.

Schéma 1 Důstojné umírání a jeho překážky v prostředí RES a JIP

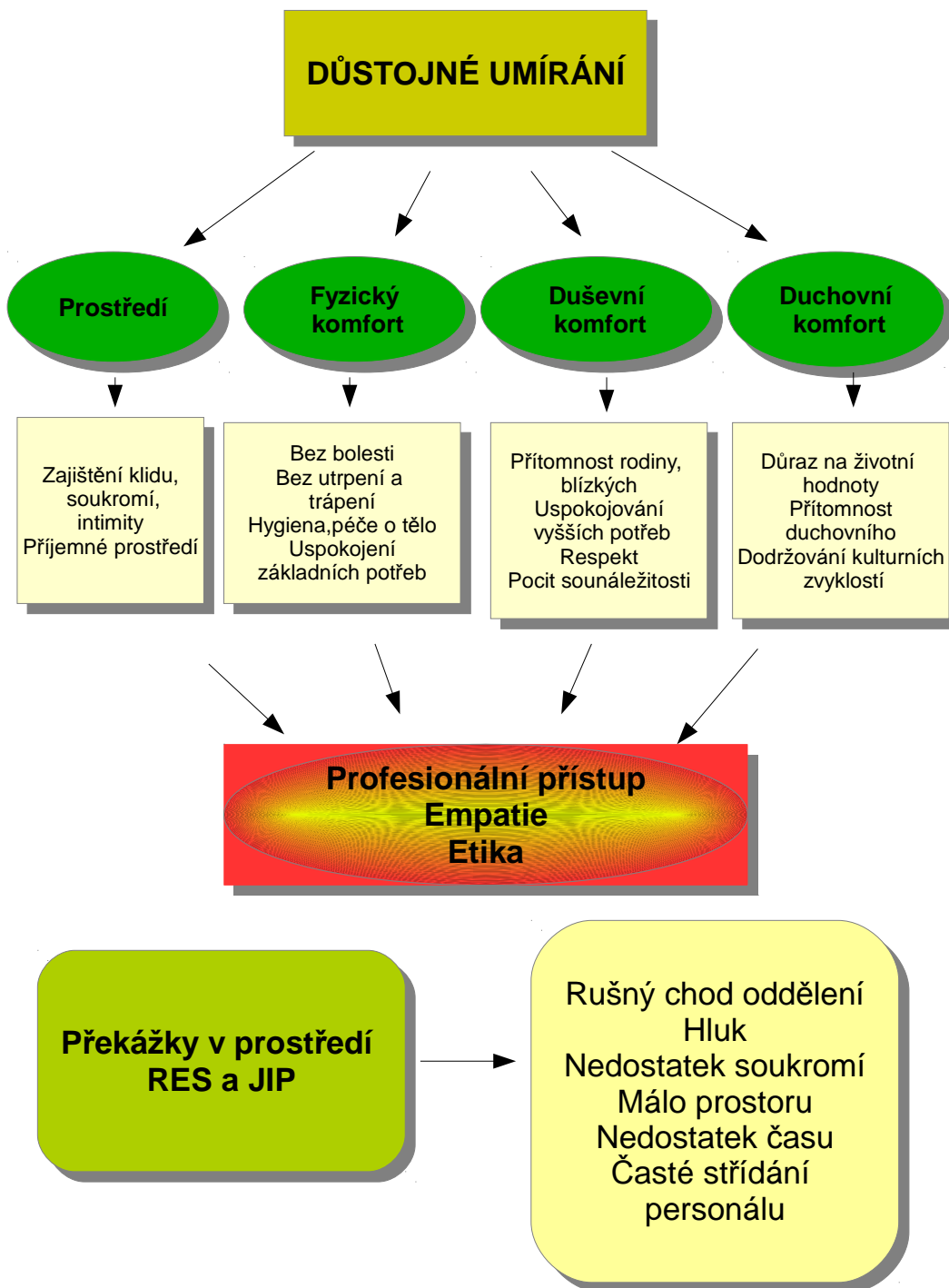
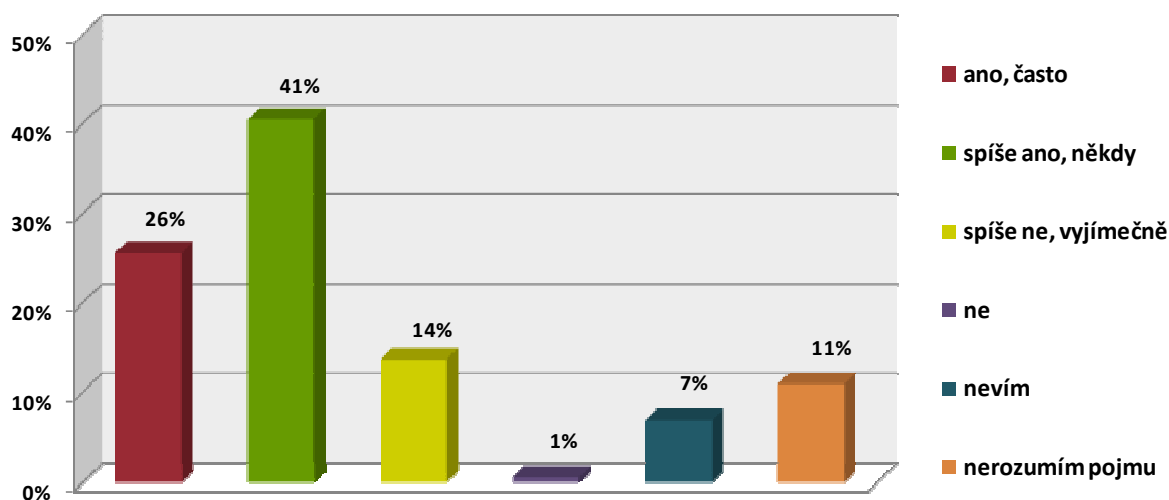


Schéma 1 zobrazuje názory respondentů na důstojné umírání a jeho překážky, se kterými se v prostředí RES a JIP při zajišťování důstojnosti při umírání setkávají.

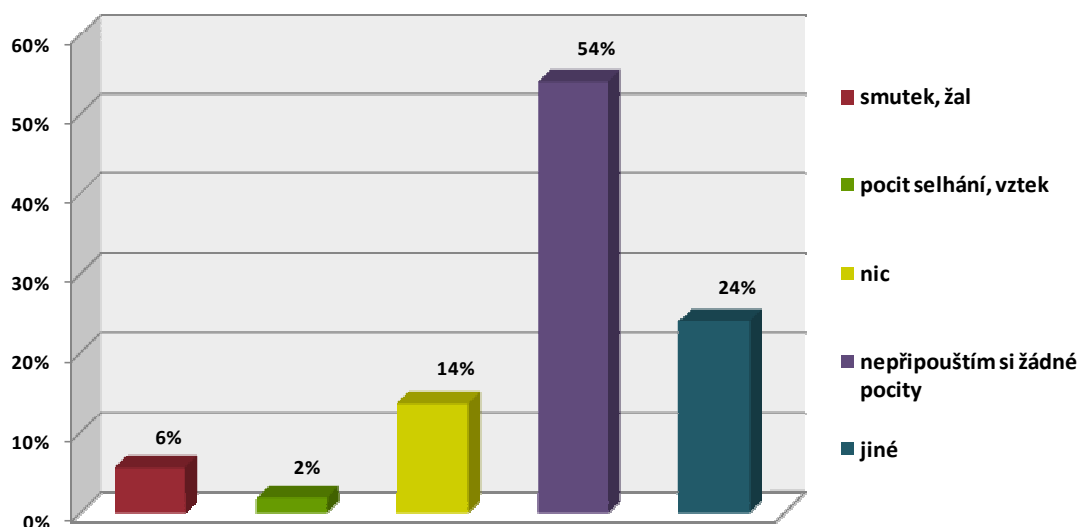
V souvislosti s důstojným umíráním respondenti nejčastěji uváděli potřebu být bez bolesti, dále zajištění klidu a příjemného prostředí a možnost přítomnosti blízkých u lůžka umírajícího. Jako překážky v prostředí RES a JIP respondenti uváděli rušný chod oddělení, hluk, málo soukromí, stísněné prostory, nedostatek času personálu a jeho časté střídání.

Graf 19 Setkávání se „zadržanou smrtí“



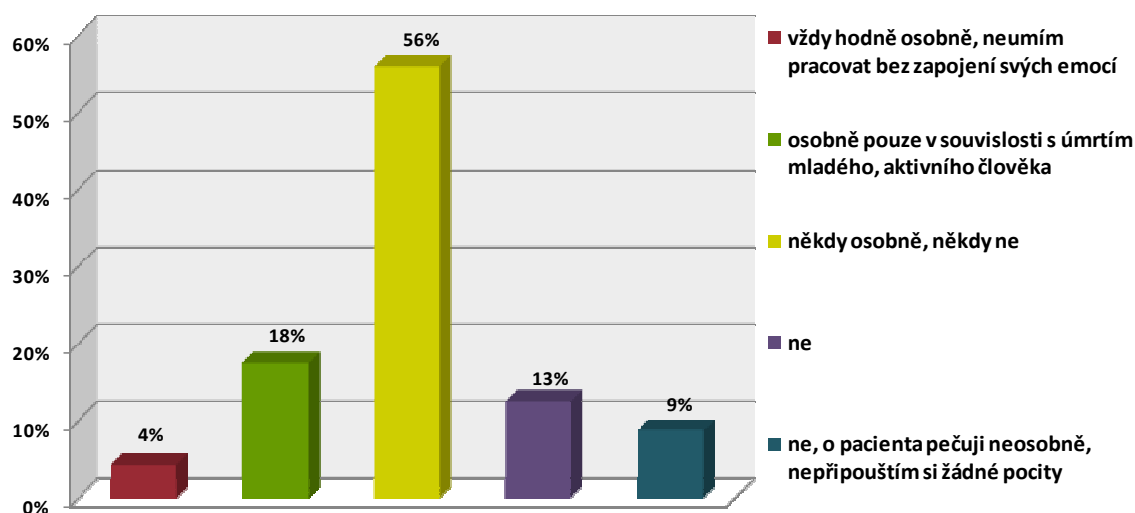
Graf vyjadřuje názor respondentů na setkávání s tzv. zadržanou smrtí. 57 (26 %) respondentů si myslí, že se s ní setkává často, 91 (41 %) respondentů se domnívá, že někdy, 31 (14 %) uvedlo, že výjimečně, 1 (1 %) respondent vybral možnost ne, 17 (7 %) respondentů neví a 27 (11 %) respondentů nerozumí pojmu.

Graf 20 Pocity při ordinaci DNR



13 (6 %) respondentů uvedlo jako pocity prožívané při rozhodnutí lékaře DNR smutek, žal, 4 (2 %) uvádějí pocit selhání, vztek, 31 (14 %) respondentů neprožívá nic, 136 (60 %) respondentů si nepřipouští žádné pocity, bere to jako součást své práce. 40 (18 %) respondentů označilo jiné pocity. 23 respondentů uvedlo, že záleží na stavu pacienta, někteří cítí úlevu – 8 respondentů, 2 soucit s rodinou, 2 zklidnění, vyřešení situace, 3 uvedli, že kategorie DNR se v intenzivní péči již nepoužívá, 2 nemají zkušenost.

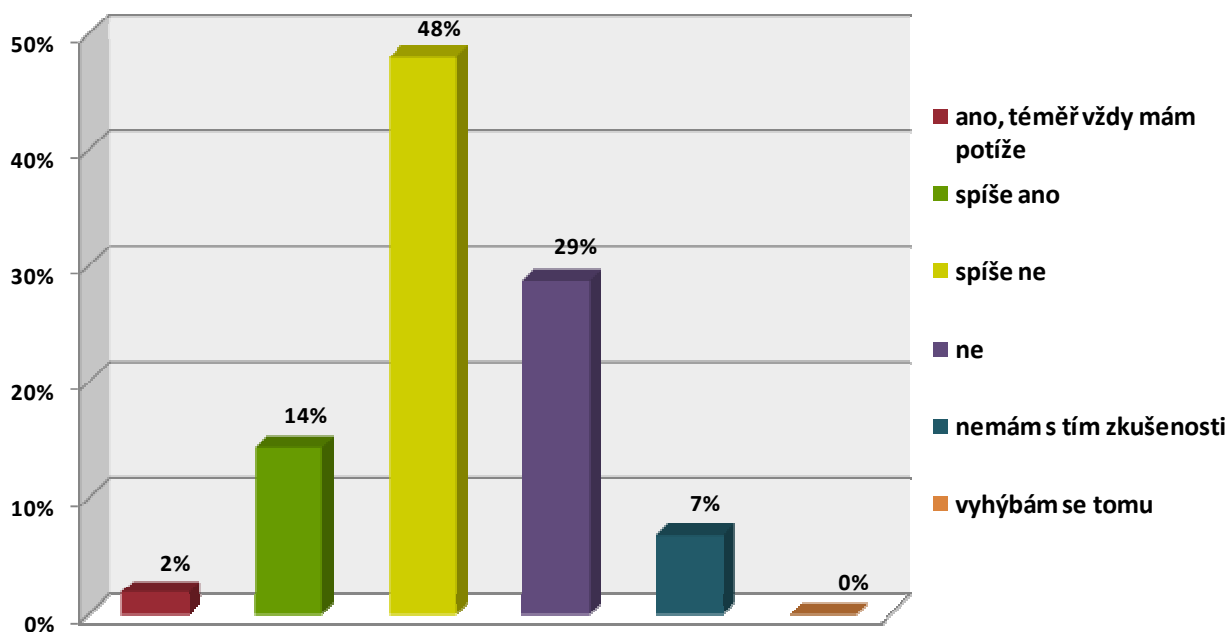
Graf 21 Osobní prožívání situací spojených s úmrtím pacienta



10 (4 %) respondentů prožívá situace spojené s úmrtím pacienta hodně osobně, nedokáže pracovat bez zapojení svých emocí, 39 (18 %) respondentů uvedlo, že osobně

prožívá pouze situace v souvislosti s úmrtím mladého, atraktivního člověka, 127 (56 %) respondentů prožívá situace osobně jen někdy, podle situace, 28 (13 %) jich uvedlo možnost ne a 20 (9 %) respondentů o pacienty pečuje neosobně a nepřipouští si žádné pocity. 1 respondentka uvedla komentář, že si pocity připouštět nemůže, jinak by na oddělení nemohla pracovat.

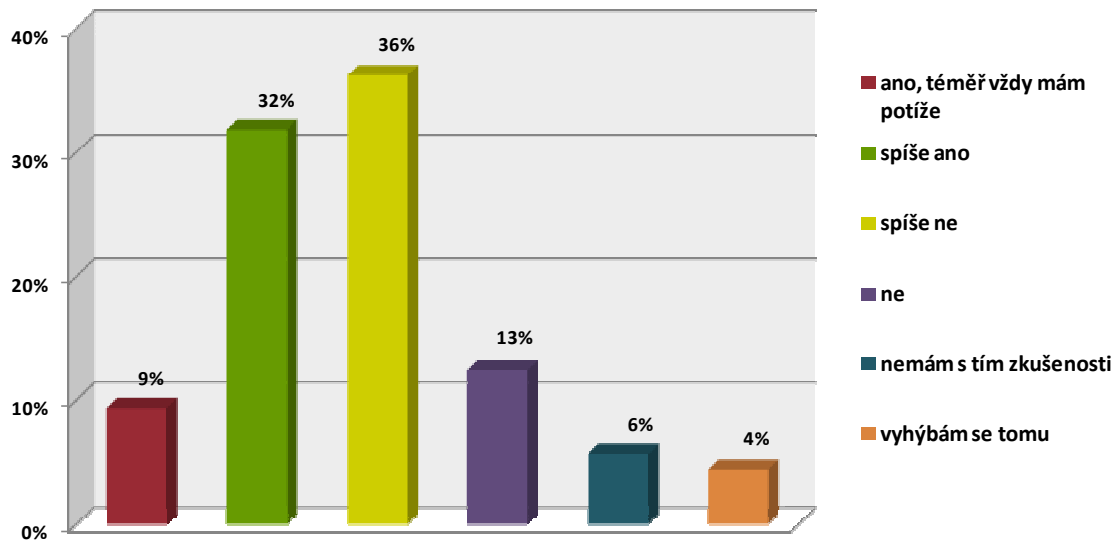
Graf 22 Potíže při komunikaci s umírajícím pacientem



4 (2 %) respondenti mají potíže při komunikaci s umírajícím pacientem, 32 (14 %) vybralo možnost spíše ano, 109 (48 %) uvedlo spíše ne, 64 (29 %) respondentů potíže nemá, 15 (7 %) respondentů nemá zkušenosti s komunikací s umírajícím a žádný respondent se komunikací nevyhýbá.

Své potíže s komunikací s umírajícím specifikovalo pouze 6 respondentů, 3 z nich uvedli, že jejich pacienti jsou v bezvědomí, případně analgosedováni a proto nekomunikují vůbec a další uvedli nejistotu, stísněnost a jeden respondent „nevím, co říct“.

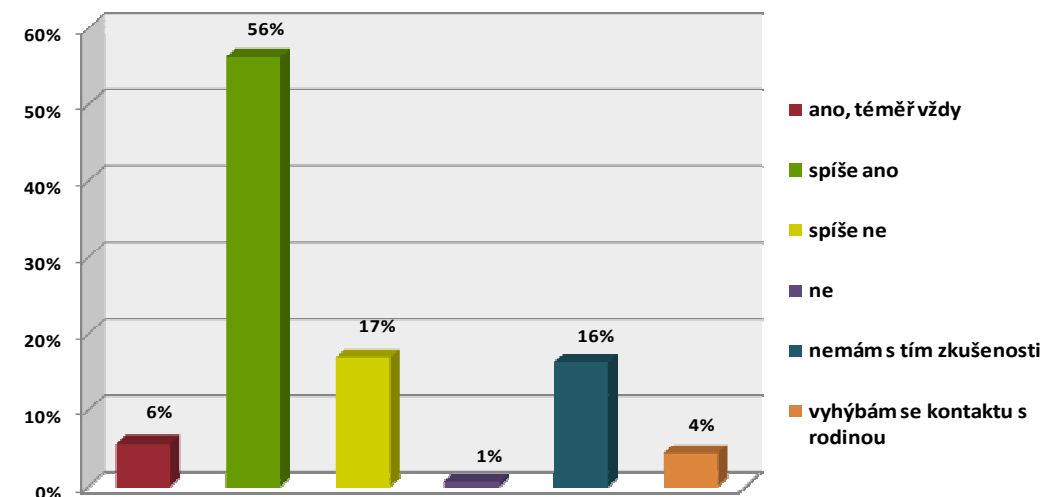
Graf 23 Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta



21 (9 %) respondentů uvádí, že cítí potíže při komunikaci s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta, 71 (32 %) vybralo možnost spíše ano, 81 (36 %) uvedlo spíše ne, 28 (13 %) respondentů potíže nemá, 13 (6 %) respondentů nemá zkušenosti s touto komunikací a 10 (4 %) respondentů se komunikací vyhýbá.

Své potíže s komunikací s blízkými umírajícího specifikovalo 7 respondentů, kteří uvedli, že je pro ně tato komunikace velmi obtížná, někdy neví, co říci, někdy cítí tíseň a mají pocit svázaných rukou, cítí soucit a snaží se spíše naslouchat.

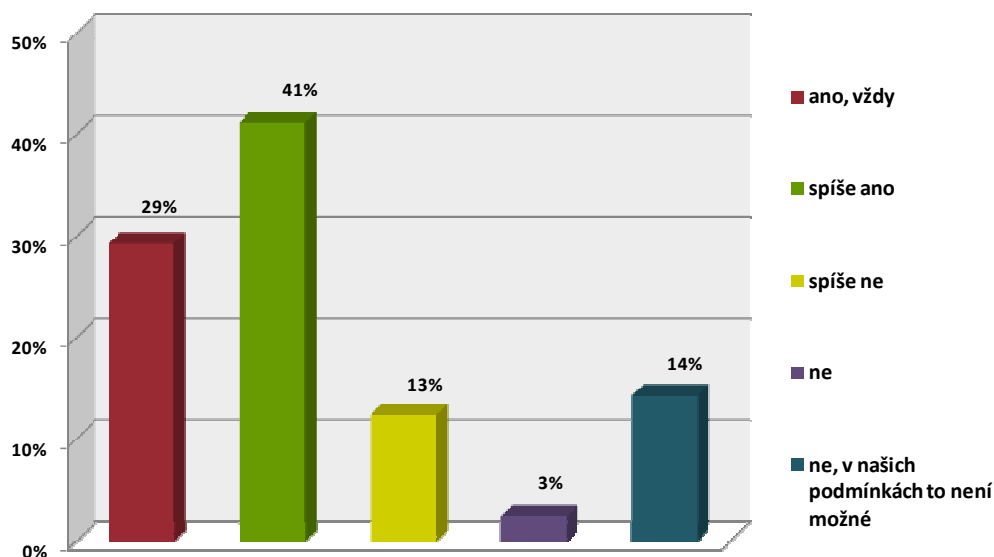
Graf 24 Pomoc rodině umírajícího či zemřelého pacienta



13 (6 %) respondentů téměř vždy dokáže pomoci rodině umírajícího či zemřelého pacienta, 126 (56 %) respondentů se domnívá, že spíše ano, 38 (17 %) respondentů

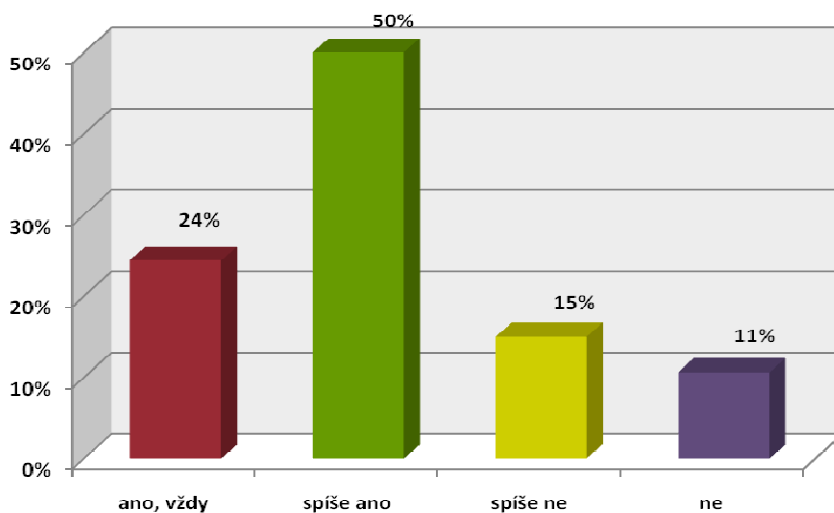
uvedlo, že pomoci rodině spíše neumí, 1 (1 %) respondent pomoci neumí, 36 (16 %) s tím nemá zkušenosti a 10 (4 %) respondentů se kontaktu s rodinou vyhýbá.

Graf 25 Umožnění přítomnosti rodiny u lůžka umírajícího



Zajistit přítomnost rodiny u lůžka umírajícího se snaží 66 (29 %) respondentů, 92 (41 %) respondentů uvedlo spíše ano, 28 (13 %) spíše ne, 6 (3 %) přítomnost rodiny u lůžka nezajišťuje a 32 (14 %) respondentů se domnívá, že v jejich podmínkách to není možné.

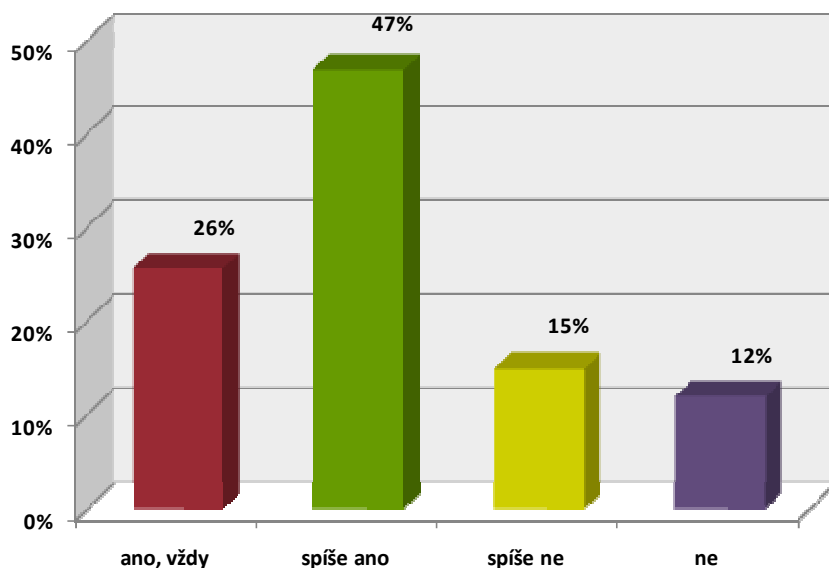
Graf 26 Podpora týmu při komunikaci s umírajícím nebo jeho blízkými



Podporu při komunikaci s umírajícím nebo jeho blízkými ze strany týmu vnímá vždy 54 (24 %) respondentů, 112 (50 %) respondentů uvedlo spíše ano, 34 (15 %) spíše ne a 24

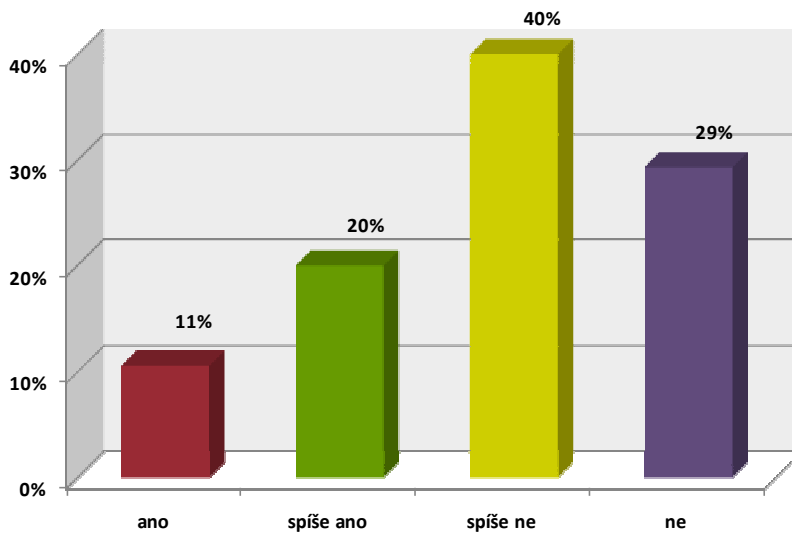
(11 %) respondentů necítí podporu ze strany týmu v této komunikaci. Specifikace podpory: týmová práce, zapojení do komunikace, vzájemná vstřícná komunikace, psychická podpora, povzbuzení, předání informací, rada, pomoc, vyslechnutí, zastoupení při zaneprázdnění.

Graf 27 Podpora v komunikaci od vedoucí směny



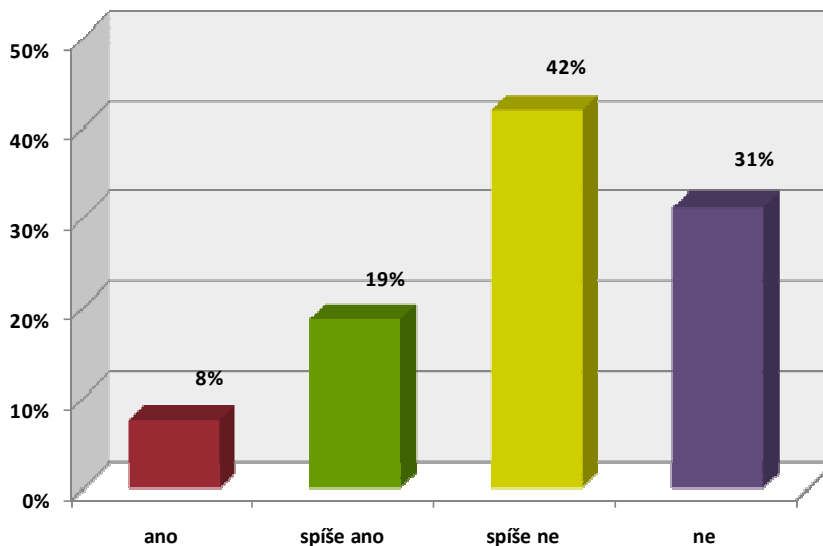
Podporu při komunikaci s umírajícím nebo jeho blízkými od vedoucí směny uvádí vždy 57 (26 %) respondentů, 105 (47 %) respondentů uvedlo spíše ano, 34 (15 %) respondentů označilo možnost spíše ne a 28 (12 %) respondentů necítí podporu ze strany vedoucí týmu v této komunikaci. Specifikace podpory respondenty: rada, pomoc, psychická podpora, spolupráce, komunikace.

Graf 28 Podpora v situacích úmrtí od managementu



Podporu ze strany managementu uvádí 24 (11 %) respondentů, 45 (20 %) uvedlo spíše ano, 89 (40 %) zdravotníků uvedlo, že spíše podporu neočekává a 66 (29 %) respondentů neočekává žádnou podporu v těchto situacích. Specifikace podpory: psychická podpora, dostatečné finanční ohodnocení, umožnění vzdělávání v této oblasti, komunikace, vyslechnutí, rada, pomoc při kontaktu s rodinou zemřelého.

Graf 29 Očekávání podpory v oblasti zvládnání vlastního smutku v případě úmrtí



17 (8 %) respondentů očekává podporu v oblasti zvládnání vlastního smutku, 42 (19 %) respondentů uvedlo, že ji spíše očekává, 95 (42%) ji spíše neočekává a 70 (31 %) respondentů uvedlo, že ji spíše neočekává.

respondentů podporu v této oblasti neočekává. Respondenti uvedli, že ji očekávají od kolektivu (10 respondentů), 4 respondenti ji čekají od svých blízkých, 2 od klinického psychologa a jeden respondent uvedl „od nadřízených“.

Schéma 2. Podpora sester v případech úmrtí na RES a JIP

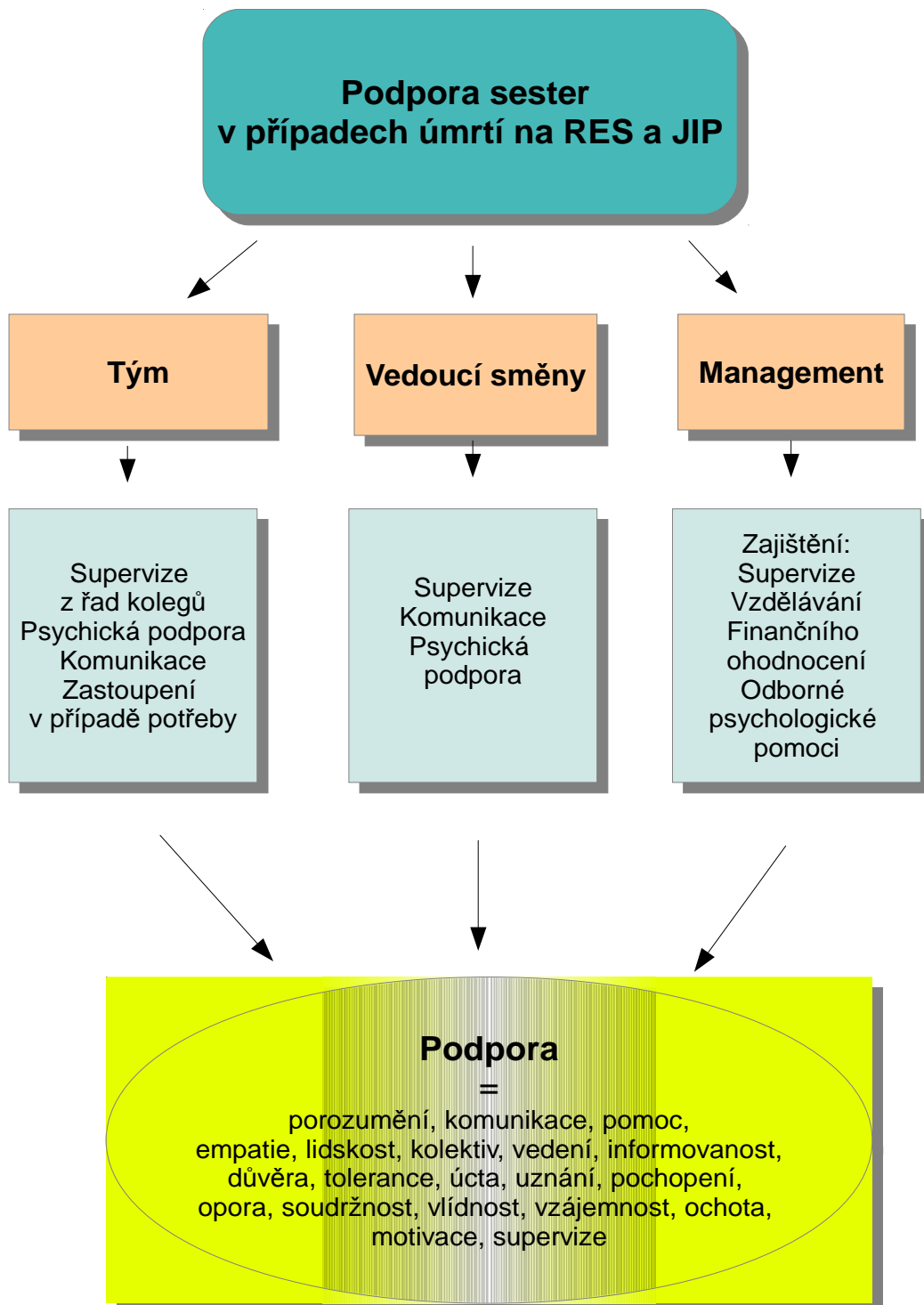
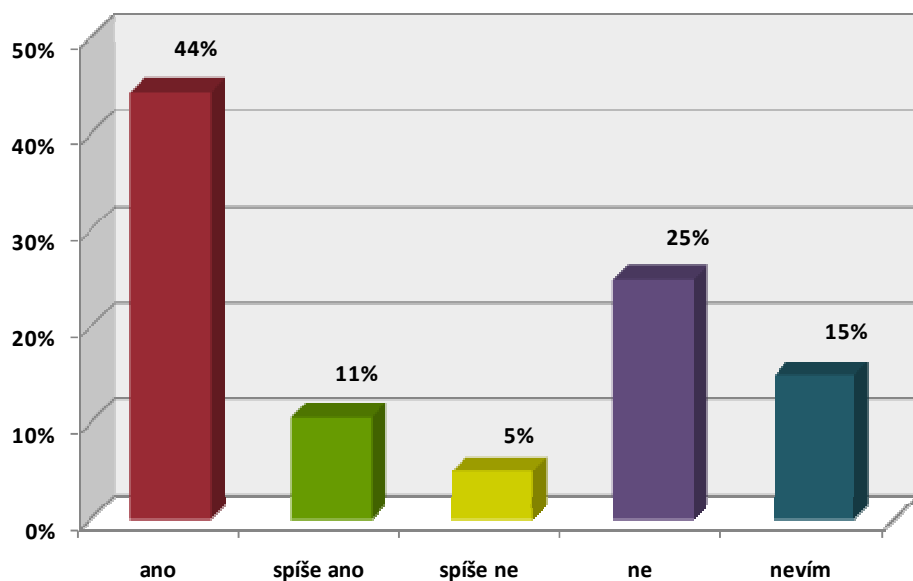


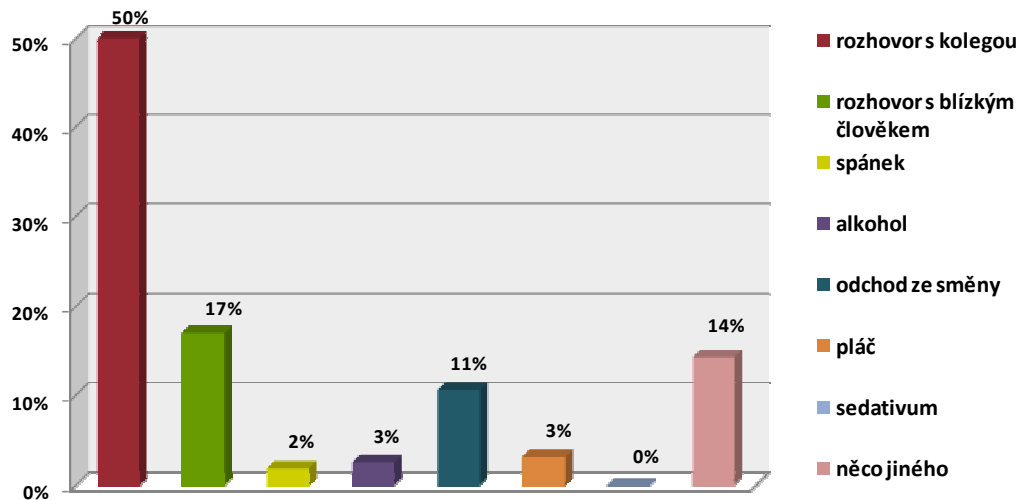
Schéma 2 vyjadruje názor respondentů na poskytování podpory v situacích spojených s umíráním a smrtí. Respondenti uváděli nejčastěji psychickou podporu, komunikaci, supervizi a zastoupení v případě potřeby. Od managementu pak očekávají především podporu ve vzdělávání, supervizi, odpovídající finanční ohodnocení za svou práci a zajištění odborné psychologické pomoci.

Graf 30 Možnost podpory klinickým psychologem



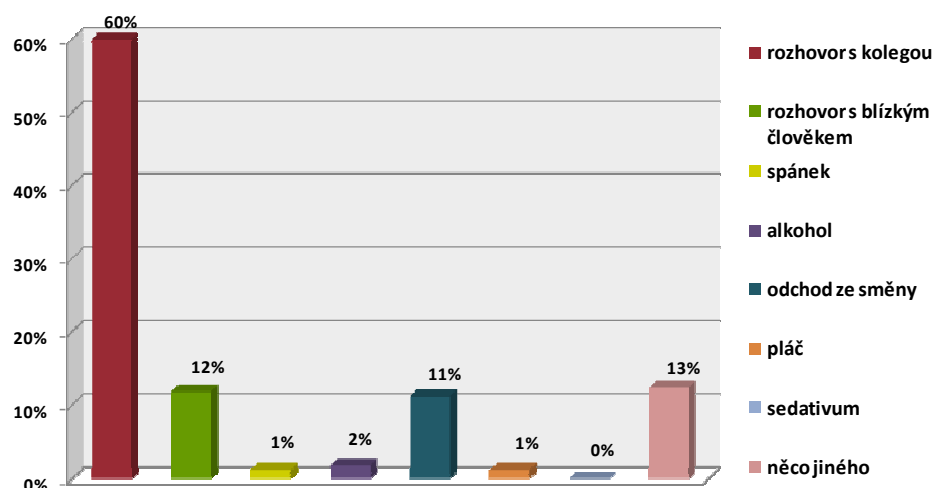
Možnost podpory klinického psychologa na svém pracovišti má 99 (44 %) respondentů, 24 (11 %) respondentů se domnívá, že spíše ano, 11 (5 %) označilo odpověď spíše ne, 56 (25 %) respondentů tuto možnost nemá a 34 (15 %) neví.

Graf 31 Nejlepší osobní způsob zvládnání situace v souvislosti s úmrtím



Graf znázorňuje nejlepší možný způsob respondenta s vyrovnáním a zvládnutím krizové situace v souvislosti s úmrtím. 112 (50 %) respondentů označilo rozhovor s kolegou, následuje 39 (17 %) respondentů s možností rozhovoru s blízkým člověkem, 32 (14 %) respondentů vybralo možnost - něco jiného, 24 (11) uvedlo odchod ze směny, 7 (3 %) respondentům pomáhá pláč, 6 (3 %) respondentů označilo alkohol, 4 (2 %) uvedli spánek a sedativum neoznačil žádný respondent. Specifika něco jiného: nemám problém s vyrovnáním (7x), neberu si to osobně (2x), úmrtí je součástí práce, není to krizová situace (6x), nic (10x), nepřipouštím si to (2x), cigareta (2x), procházka lesem, řízení, další práce.

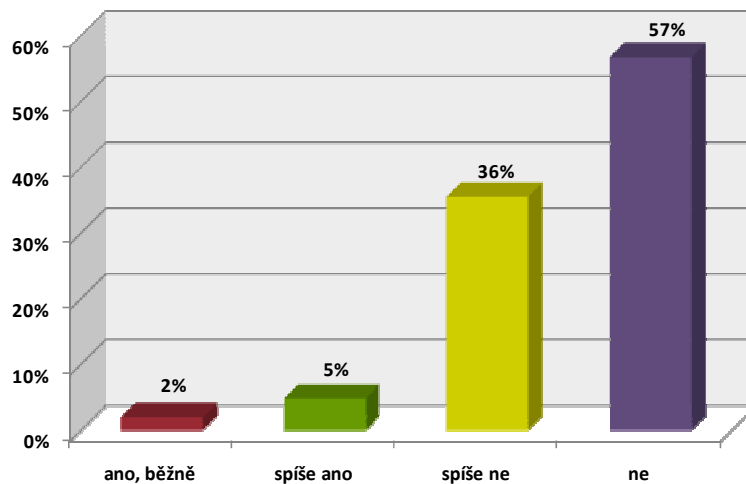
Graf 32 Nejlepší způsob zvládnání situace podle zkušeností kolegů



Graf informuje o nejlepším možném způsobu zvládnutí krizové situace v souvislosti

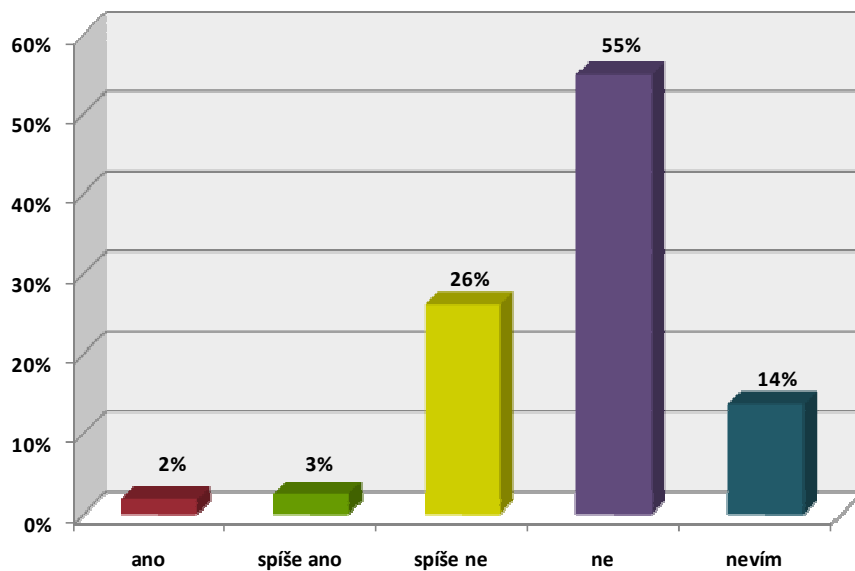
s úmrtím ze zkušeností a názorů kolegů respondenta. 134 (60 %) respondentů označilo rozhovor s kolegou, následuje 28 (13 %) něco jiného, 27 (12 %) respondentů označilo možnost rozhovor s blízkým člověkem, 25 (11) uvedlo odchod ze směny, 4 (2 %) respondentům pomáhá alkohol, 3 (1 %) respondentů uvedlo pláč, 3 (1 %) uvedli spánek a sedativum neoznačil žádný respondent. Specifika něco jiného: cigarety (4x), nic (7 x), nevím (8x), je to individuální, myslet na pozitivní věci.

Graf 33 Realizace supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti



Se supervizí v oblasti problematiky umírání a smrti se setkává běžně 6 (2 %) respondentů, 11 (5 %) respondentů uvedlo spíše ano, možnost spíše ne označilo 80 (36 %) respondentů a 127 (57 %) respondentů se s ní vůbec neseťkává. Informace, kdo ji poskytuje, byla uvedena pouze ve třech případech - a to vždy vrchní sestra.

Graf 34 Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory



Z celkového počtu 224 (100 %) 5 (2 %) respondentů uvedlo, že by nedostatek podpory ze strany vedení v případě úmrtí pacienta mohl být důvodem k podání výpovědi nebo žádosti o přeložení na jiné oddělení. 6 (3 %) se domnívá, že spíše ano, 58 (26 %) respondentů uvádí spíše ne, 124 (55 %) respondentů tuto možnost zamítlo a 31 (14 %) respondentů označilo možnost nevím.

4.2 Vzájemné závislosti proměnných

4.2.1 Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a prožívání po neúspěšné resuscitaci

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé je nezávislé na prožívání sester po neúspěšné resuscitaci. H_A: Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé je závislé na prožívání sester po neúspěšné resuscitaci.

Tabulka 1 Crosstest proměnných: Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé / Prožívání po neúspěšné resuscitaci

		Prožívání po neúspěšné resuscitaci					Celkem	
		smutek, žal	pocit selhání, vzteky	nic	žádné pocity - součást práce	jiné		
Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé	ne	Absolutní četnost	15	14	7	56	17	109
		Relativní četnost	6,7%	6,3%	3,1%	25,0%	7,6%	48,7%
	ano	Absolutní četnost	19	11	8	65	12	115
		Relativní četnost	8,5%	4,9%	3,6%	29,0%	5,4%	51,3%
Celkem		Absolutní četnost	34	25	15	121	29	224
		Relativní četnost	15,2%	11,2%	6,7%	54,0%	12,9%	100,0%

Tabulka popisuje údaje respondentů z celkového počtu 224 (100 %). Data se týkají vzdělání sester v péči o umírající (zda respondent nějaké vzdělání absolvoval) a prožívání po neúspěšné resuscitaci. Smutek, žal prožívá 19 (8,5 %) respondentů se vzděláním v péči o umírající a pozůstalé a 15 (6,7 %) bez tohoto vzdělání. Pocit selhání, vztek popisuje 11 (4,9 %) respondentů se vzděláním v péči o umírající a pozůstalé a 14 (6,3 %) bez tohoto vzdělání. Nic necítí 8 (3,6 %) respondentů se vzděláním v péči o umírající a pozůstalé a 7 (3,1 %) bez tohoto vzdělání. Žádné pocity po neúspěšné resuscitaci neprožívá 56 (25 %) respondentů bez vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a 65 (29 %) respondentů s tímto vzděláním. Jiné pocity uvedlo 12 (5,4 %) respondentů se vzděláním v péči o umírající a pozůstalé a 17 (7,6 %) bez tohoto vzdělání.

Tabulka 2 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,270 ^a	4	0,686
Likelihood Ratio	2,275	4	0,685
Linear-by-Linear Association	0,188	1	0,664
N of Valid Cases	224		

a. 0 buněk (0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 7,30.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,686 (68,6 %) potvrzujeme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž prožívání po neúspěšné resuscitaci je nezávislé na absolvovaném vzdělání v péči o umírající a pozůstalé. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.2.2 Prožívání po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného a celková délka praxe

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Prožívání po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného je nezávislé na celkové délce praxe. H_A: Prožívání po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného je závislé na celkové délce praxe.

Tabulka 3 Crosstest proměnných: Prožívání po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného / Celková délka praxe

		Prožívání po úmrtí dlouhodobě N					Celkem	
		smutek, žal	selhání, vzteky	nic	žádné pocity	jiné		
Délka praxe celková	<1	Absolutní četnost	3	0	1	11	6	21
		Relativní četnost	1,3%	0%	0,4%	4,9%	2,7%	9,4%
	2-5	Absolutní četnost	8	1	8	36	4	57
		Relativní četnost	3,6%	0,4%	3,6%	16,1%	1,8%	25,4%
	6-10	Absolutní četnost	10	1	6	18	7	42
		Relativní četnost	4,5%	0,4%	2,7%	8,0%	3,1%	18,8%
	>10	Absolutní četnost	16	5	6	53	24	104
		Relativní četnost	7,1%	2,2%	2,7%	23,7%	10,7%	46,4%
	Celkem	Absolutní četnost	37	7	21	118	41	224
		Relativní četnost	16,5%	3,1%	9,4%	52,7%	18,3%	100,0%

Tabulka popisuje data týkající se prožívání respondentů po úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného a celkové délky praxe respondentů. Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů prožívají smutek, žal 3 (1,3 %) respondenti s délkou praxe méně než 1 rok, 8 (3,6 %) respondentů s délkou praxe 2 - 5 let, 10 (4,5 %) respondentů s praxí 6 – 10 let a 16 (7,1 %) respondentů s praxí delší než 10 let. Pocit selhání, vztek označil 1 (0,4 %) respondent s délkou praxe 2 – 5 let, 1 (0,4 %) respondent s délkou praxe 6 -10 let a 5 (2,2 %) respondentů s délkou praxe více než 10 let. Nic neprožívá po úmrtí dlouhodobě nemocného 1 (0,4 %) respondent s délkou praxe méně než 1 rok, 8 (3,6 %) respondentů pracujících 2 – 5 let, 6 (2,7 %) respondentů s délkou praxe 6 – 10 let a stejně tak i více než 10 let. Žádné pocity si nepřipouští 11 (4,9 %) respondentů pracujících méně než 1 rok, 36 (16,1 %) respondentů s délkou praxe 2 – 5 let, 18 (8 %) respondentů v praxi 6 – 10 let a 53 (23,7 %) respondentů pracujících přes deset let. Možnost jiné označilo celkem 41 (18,3 %) respondentů.

Tabulka 4 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,592 ^a	12	0,166
Likelihood Ratio	17,984	12	0,116
Linear-by-Linear Association	0,000	1	0,986
N of Valid Cases	224		

a.8 buněk (40,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0 ,66.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,166 (16,6 %) potvrzujeme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž prožívání po úmrtí dlouhodobě N je nezávislé na celkové délce praxe. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.4.3 Potíže při komunikaci s umírajícím a délka praxe v oboru

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H0: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou nezávislé na délce praxe v oboru. HA: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou závislé na délce praxe v oboru.

Tabulka 5 Crosstest proměnných: Potíže při komunikaci s umírajícím / Délka praxe v oboru

			Délka praxe v oboru				Celkem	
			<1	2-5	6-10	>10		
Potíže při komunikaci s umírajícím	ano	Absolutní četnost	1	1	2	0	4	
		Relativní četnost	0,4%	0,4%	0,9%	0%	1,8%	
	spíše ano	Absolutní četnost	2	11	3	16	32	
		Relativní četnost	0,9%	4,9%	1,3%	7,1%	14,3%	
	spíše ne	Absolutní četnost	18	33	19	39	109	
		Relativní četnost	8,0%	14,7%	8,5%	17,4%	48,7%	
	ne	Absolutní četnost	7	16	18	23	64	
		Relativní četnost	3,1%	7,1%	8,0%	10,3%	28,6%	
	nemám zkušenost	Absolutní četnost	7	5	1	2	15	
		Relativní četnost	3,1%	2,2%	0,4%	0,9%	6,7%	
	Celkem		Absolutní četnost	35	66	43	80	224
			Relativní četnost	15,6%	29,5%	19,2%	35,7%	100,0%

Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů uvedli potíže při komunikaci s umírajícím (uvedli na otázku, zda mají potíže při komunikaci, možnost ano a spíše ano) 3 (1,3 %) respondenti s délkou praxe v oboru méně než 1 rok, 12 (5,3 %) respondentů s praxí v oboru 2 – 5 let, 5 (2,2 %) respondentů s délkou praxe 6 – 10 let a 16 (7,1 %) s praxí v oboru delší než 10 let. Potíže při komunikaci nemá (označili možnost ne a spíše ne) celkem 25 (11,1 %) respondentů s délkou praxe v oboru kratší než 1 rok, 49 (21,8 %) respondentů s délkou praxe v oboru 2 – 5 let, 37 (16,5 %) respondentů s praxí v oboru 6 – 10 let a 62 (27,7 %) respondentů pracujících na JIP nebo RES déle než 10 let. Zkušenost s komunikací s umírajícími dosud nemá 7 (3,1 %) respondentů s délkou praxe v oboru méně než rok, 5 (2,2 %) respondentů pracujících na JIP a RES 2 – 5 let, 1 (0,4 %) respondent s délkou praxe 6 – 10 let a 2 (0,9 %) respondenti s délkou praxe v oboru delší než 10 let.

Tabulka 6 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,062 ^a	12	0,011
Likelihood Ratio	25,176	12	0,014
Linear-by-Linear Association	2,611	1	0,106
N of Valid Cases	224		

a. 7 buněk (35,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,63.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,011 (1,1 %) je možné při 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti vyvrátit nulovou hypotézu, tudíž délka praxe v oboru ovlivňuje potíže při komunikaci s umírajícím. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě závislé.

4.4.4 Potíže při komunikaci s umírajícím a vzdělání v péči o umírající a pozůstalé

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou nezávislé na vzdělání v péči o umírající a pozůstalé. H_A: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou závislé na vzdělání v péči o umírající a pozůstalé.

Tabulka 7 Crosstest proměnných: Potíže při komunikaci s umírajícím / Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé

			Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé		Celkem
			ne	ano	
Potíže při komunikaci s umírajícím	ano	Absolutní četnost	0	4	4
		Relativní četnost	0%	1,8%	1,8%
	spíše ano	Absolutní četnost	15	17	32
		Relativní četnost	6,7%	7,6%	14,3%
	spíše ne	Absolutní četnost	54	55	109
		Relativní četnost	24,1%	24,6%	48,7%
	ne	Absolutní četnost	31	33	64
		Relativní četnost	13,8%	14,7%	28,6%
	nemám zkušenost	Absolutní četnost	9	6	15
		Relativní četnost	4,0%	2,7%	6,7%
	Celkem	Absolutní četnost	109	115	224
		Relativní četnost	48,7%	51,3%	100,0%

Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů má potíže při komunikaci s umírajícím 21 (9,4 %) respondentů, kteří absolvovali vzdělání v péči o umírající a pozůstalé (uvedli na otázku, zda mají potíže při komunikaci, možnost ano nebo spíše ano). 88 (39,3 %) respondentů, kteří absolvovali nějaký typ vzdělání v péči o umírající, nemá potíže při komunikaci s umírajícím (označili možnost ne nebo spíše ne). Potíže s komunikací s umírajícím má 15 (6,7 %) respondentů bez vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a popírá je 85 (37,9 %) respondentů bez tohoto vzdělání. 15 (6,7 %) respondentů nemá s komunikací s umírajícím žádnou zkušenost.

Tabulka 8 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,639 ^a	4	0,326
Likelihood Ratio	6,185	4	0,186
Linear-by-Linear Association	1,495	1	0,221
N of Valid Cases	224		

a. 2 buňky (20,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 1,95.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,326 (32,6 %) označíme při 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu za potvrzenou, tudíž vzdělání v péči o umírající nemá souvislost s potížemi při komunikaci s umírajícím. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.4.5 Potíže při komunikaci s umírajícím a vzdělání v péči o umírající a vzdělání

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou nezávislé na celkovém vzdělání. H_A: Potíže při komunikaci s umírajícím jsou závislé na celkovém vzdělání.

Tabulka 9 Crosstest proměnných: Potíže při komunikaci s umírajícím / Vzdělání

			Vzdělání				Celkem
			středo- školské	vyšší odborné	baka- lářské	magi- sterské	
Potíže při komunikaci s umírajícím	ano	Absolutní četnost	0	3	1	0	4
		Relativní četnost	0%	1,3%	0,4%	0%	1,8%
	spíše ano	Absolutní četnost	9	8	12	3	32
		Relativní četnost	4,0%	3,6%	5,4%	1,3%	14,3%
	spíše ne	Absolutní četnost	25	31	44	9	109
		Relativní četnost	11,2%	13,8%	19,6%	4,0%	48,7%
	ne	Absolutní četnost	23	13	28	0	64
		Relativní četnost	10,3%	5,8%	12,5%	0%	28,6%
	nemám zkušenosti	Absolutní četnost	3	8	2	2	15
		Relativní četnost	1,3%	3,6%	0,9%	0,9%	6,7%
Celkem	Absolutní četnost	60	63	87	14	224	
	Relativní četnost	26,8%	28,1%	38,8%	6,3%	100,0%	

Tabulka zobrazuje data týkající se porovnání potíží při komunikaci s umírajícím a dosaženého celkového vzdělání. Potíže při komunikaci (možnost ano a spíše ano) uvedlo z celkového počtu 224 (100 %) 9 (4 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 11 (4,9 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním, 13 (5,8 %) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 3 (1,3 %) respondenti s magisterským vzděláním. Potíže při komunikaci nemá (uvedli možnost nebo spíše ne) 48 (21,5 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 44 (19,6 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním, 72 (32,1 %) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 2 (0,9 %) respondenti s magisterským vzděláním. Celkem 15 (6,7 %) respondentů nemá s komunikací s umírajícím žádnou zkušenost.

Tabulka 10 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,817 ^a	12	0,040
Likelihood Ratio	25,894	12	0,011
Linear-by-Linear Association	1,301	1	0,254
N of Valid Cases	224		

a. 9 buněk (45,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,25.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,040 (4,0 %) vyvracíme při 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž vzdělání má souvislost s potížemi při komunikaci s umírajícím. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě závislé.

4.4.6 *Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta a vzdělání v péči o umírající a pozůstalé*

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta jsou nezávislé na vzdělání v péči o umírající a pozůstalé. H_A: Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta jsou závislé na vzdělání v péči o umírající a pozůstalé.

Tabulka 11 Crosstest proměnných: Potíže při komunikaci s blízkými pacienta / Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé

			Vzdělání v péči o umírající a pozůstalé		Celkem
			ne	ano	
Potíže při komunikaci s blízkými pacienta	ano	Absolutní četnost	7	14	21
		Relativní četnost	3,1%	6,3%	9,4%
	spíše ano	Absolutní četnost	33	38	71
		Relativní četnost	14,7%	17,0%	31,7%
	spíše ne	Absolutní četnost	35	46	81
		Relativní četnost	15,6%	20,5%	36,2%
	ne	Absolutní četnost	18	10	28
		Relativní četnost	8,0%	4,5%	12,5%
	nemám zkušenost	Absolutní četnost	9	4	13
		Relativní četnost	4,0%	1,8%	5,8%
	vyhýbám se tomu	Absolutní četnost	7	3	10
		Relativní četnost	3,1%	1,3%	4,5%
Celkem	Absolutní četnost	109	115	224	
	Relativní četnost	48,7%	51,3%	100,0%	

Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů má potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta 52 (23,3 %) respondentů, kteří absolvovali vzdělání v péči o umírající a pozůstalé (uvedli na otázku, zda mají potíže při komunikaci,

možnost ano nebo spíše ano). 56 (25 %) respondentů, kteří absolvovali nějaký typ vzdělání v péči o umírající, nemá potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta (označili možnost ne nebo spíše ne). Potíže s komunikací s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta má 40 (17,8 %) respondentů bez vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a popírá je 53 (23,6 %) respondentů bez tohoto vzdělání (označili možnost ne nebo spíše ne). Celkově 13 (5,8 %) respondentů nemá s komunikací s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta žádnou zkušenost a 10 (4,5 %) respondentů se komunikaci vyhýbá, z toho 3 (1,3 %) respondenti mají vzdělání v péči o umírající a pozůstalé a 7 (3,1 %) respondentů tento typ vzdělání nemá.

Tabulka 12 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,834 ^a	5	0,080
Likelihood Ratio	10,006	5	0,075
Linear-by-Linear	7,212	1	0,007
N of Valid Cases	224		

a. 1 buňka (8,3%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 4,87.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,080 (8,0 %) potvrzujeme při 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž vzdělání v péči o umírající nemá souvislost s potížemi při komunikaci s blízkými. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.4.7 Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta a vzdělání

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta jsou nezávislé na celkovém vzdělání. H_A: Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta jsou závislé na celkovém vzdělání.

**Tabulka 13 Crosstest proměnných: Potíže při komunikaci s blízkými pacienta /
Vzdělání**

			Vzdělání				Celkem
			středo- školské	vyšší odborné	baka- lářské	magi- sterské	
Potíže při komunikaci s blízkými pacienta	ano	Absolutní četnost	4	10	5	2	21
		Relativní četnost	1,8%	4,5%	2,2%	0,9%	9,4%
	spíše ano	Absolutní četnost	17	19	29	6	71
		Relativní četnost	7,6%	8,5%	12,9%	2,7%	31,7%
	spíše ne	Absolutní četnost	20	19	37	5	81
		Relativní četnost	8,9%	8,5%	16,5%	2,2%	36,2%
	ne	Absolutní četnost	12	5	11	0	28
		Relativní četnost	5,4%	2,2%	4,9%	0%	12,5%
	nemám zkušenost	Absolutní četnost	4	8	1	0	13
		Relativní četnost	1,8%	3,6%	0,4%	0%	5,8%
	vyhýbám se tomu	Absolutní četnost	3	2	4	1	10
		Relativní četnost	1,3%	0,9%	1,8%	0,4%	4,5%
Celkem	Absolutní četnost	60	63	87	14	224	
	Relativní četnost	26,8%	28,1%	38,8%	6,3%	100,0%	

Tabulka zobrazuje data týkající se porovnání potíží při komunikaci s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta a dosaženého celkového vzdělání. Potíže při komunikaci (tzn. na otázku, zda mají potíže při komunikaci, zvolili možnost ano a spíše ano) z celkového počtu 224 (100 %) uvedlo 21 (9,4 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 29 (13 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním, 34 (15,1 %) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 8 (3,6 %) respondentů s magisterským vzděláním. Potíže při komunikaci nemá (uvedli možnost nebo spíše ne) 32 (14,3 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 24 (10,7 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním, 48 (21,4 %) respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 5 (2,2 %) respondentů s magisterským vzděláním. Celkem 13 (5,8 %) respondentů nemá s komunikací s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta žádnou zkušenost a 10 (4,5 %) respondentů se komunikaci vyhýbá, z toho 3 (1,3 %) respondenti mají vzdělání středoškolské, 2 (0,9 %) vyšší odborné, 4 (1,8 %) vysokoškolské bakalářské a 1 (0,4 %) respondent absolvoval magisterské vzdělání.

Tabulka 14 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,810 ^a	15	0,088
Likelihood Ratio	25,038	15	0,049
Linear-by-Linear Association	2,268	1	0,132
N of Valid Cases	224		

a.10 buněk (41,7%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,63.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,088 (8,8 %) potvrzujeme při 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž vzdělání nemá souvislost s potížemi při komunikaci s blízkými. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.4.8 Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací a délka praxe

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací a nejsou závislé na celkové délce praxe. H_A: Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací a jsou závislé na celkové délce praxe.

Tabulka 15 Crosstest proměnných: Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací / Délka praxe

		Vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací					Celkem	
		dosta- tečné	spíše dostatečné	spíše nedosta- tečné	nedosta- tečné	nevím		
Délka praxe	<1	Absolutní četnost	1	9	5	4	2	21
		Relativní četnost	0,4%	4,0%	2,2%	1,8%	0,9%	9,4%
celkem	2-5	Absolutní četnost	5	32	10	1	9	57
		Relativní četnost	2,2%	14,3%	4,5%	0,4%	4,0%	25,4%
	6-10	Absolutní četnost	7	20	13	1	1	42
		Relativní četnost	3,1%	8,9%	5,8%	0,4%	0,4%	18,8%
	>10	Absolutní četnost	28	45	22	4	5	104
		Relativní četnost	12,5%	20,1%	9,8%	1,8%	2,2%	46,4%
Celkem		Absolutní četnost	41	106	50	10	17	224
		Relativní četnost	18,3%	47,3%	22,3%	4,5%	7,6%	100,0%

Tabulka komparuje data týkající se vědomostí a zkušeností při zvládnání náročných situací v souvislosti s umíráním a smrtí s celkovou délkou praxe respondentů. Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů uvedlo 21 (9,4 %) respondentů délku své praxe kratší než 1 rok, z nich 10 (4,4 %) označilo své vědomosti a zkušenosti se zvládnáním těchto situací jako dostatečné nebo spíše dostatečné a jako nedostatečné nebo spíše nedostatečné 9 (4 %) respondentů. U délky praxe 2 - 5 let uvedlo dostatečné nebo spíše dostatečné vědomosti a zkušenosti 37 (16,5 %) respondentů a nedostatečné nebo spíše nedostatečné 11 (4,9 %) respondentů. 27 (12 %) zdravotníků s délkou praxe 6 – 10 let uvedlo dostatečné nebo spíše dostatečné vědomosti a zkušenosti, oproti tomu 14 (6,2 %) respondentů s touto praxí označilo tyto jako nedostatečné nebo spíše nedostatečné. U respondentů s délkou praxe vyšší než 10 let je o dostatečnosti svých vědomostí a zkušeností přesvědčeno 73 (32,6 %) z nich a 26 (11,6 %) se domnívá, že jsou nedostatečné nebo spíše nedostatečné. Celkově 17 (7,6 %) respondentů označilo možnost nevím.

Tabulka 16 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,826 ^a	12	0,001
Likelihood Ratio	28,062	12	0,005
Linear-by-Linear Association	10,700	1	0,001
N of Valid Cases	224		

a. 9 buněk (45,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,94.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,001 (0,1 %) vyvracíme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací a jsou závislé na celkové délce praxe. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě závislé.

4.4.9 Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory a věk

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. H₀: Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory je nezávislý na věku. H_A: Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory je závislý na věku.

Tabulka 17 Crosstest proměnných: Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory / Věk

		Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory					Celkem	
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím		
Věk	18-24	Absolutní četnost	0	0	8	20	3	31
		Relativní četnost	0%	0%	3,6%	8,9%	1,3%	13,8%
	25-30	Absolutní četnost	2	3	23	33	13	74
		Relativní četnost	0,9%	1,3%	10,3%	14,7%	5,8%	33,0%
	31-40	Absolutní četnost	1	3	20	49	12	85
		Relativní četnost	0,4%	1,3%	8,9%	21,9%	5,4%	37,9%
	41-50	Absolutní četnost	1	0	6	18	2	27
		Relativní četnost	0,4%	0%	2,7%	8,0%	0,9%	12,1%
	51-60	Absolutní četnost	0	0	2	5	0	7
		Relativní četnost	0%	0%	0,9%	2,2%	0%	3,1%
Celkem	Absolutní četnost	4	6	59	125	30	224	
	Relativní četnost	1,8%	2,7%	26,3%	55,8%	13,4%	100,0%	

Tabulka obsahuje data týkající se možnosti odchodu respondentů z oddělení v důsledku nedostatku podpory v situacích úmrtí pacientů na RES a JIP a jejich věku. Z celkového počtu 224 (100 %) respondentů uvedlo možnost odchodu z oddělení v důsledku nedostatku podpory (na otázku možnosti odchodu uvedeno ano nebo spíše ano) 5 (2,2 %) respondentů ve věku 25 – 30 let, 4 (1,7 %) respondenti 31 – 40 let a 1 (0,4 %) respondent ve věku 41 – 50 let. Ve věku 18 – 24 a 51 – 60 let tuto možnost neuvedl žádný respondent. Odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory pak zamítlo celkem 28 (12,5 %) respondentů ve věku 18 – 24 let, 56 (25 %) respondentů 25 – 30 let, 69 (30,8 %) respondentů 31 – 40 let, 24 (10,7 %) respondentů 41 – 50 let a 7 (3,1 %) respondentů ve věku 51 – 60 let. Možnost nevím označilo celkem 30 (13,4 %) respondentů všech věkových kategorií.

Tabulka 18 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,323 ^a	16	0,789
Likelihood Ratio	14,547	16	0,558
Linear-by-Linear Association	0,017	1	0,897
N of Valid Cases	224		

a. 15 buněk (60,0%) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,13.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chí Kvadrát testu 0,789 (78,9 %) potvrzujeme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, tudíž odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory nesouvisí s věkem. Obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5 Diskuse

Situace spojené s úmrtím pacientů jsou obecně chápány jako psychicky a emočně náročné (O'Conner, 2005) a předpokládali jsme proto, že sestry prožívají tyto situace problematicky, nejsou na ně dostatečně připraveny a potřebují podporu ze strany týmu a managementu oddělení. Hlavním záměrem diplomové práce bylo zjistit, zda existuje a jaká je forma a způsob podpory sester na odděleních resuscitační a intenzivní péče v případech úmrtí a jakou formu a způsob podpory sestry očekávají a žádají. Do výzkumného šetření se zapojili sestry z jednotek JIP a RES a také zdravotničtí záchranáři pracující na jednotkách RES. Jak demonstruje graf 4, z 224 respondentů tvořily většinu všeobecné sestry, celkem 212 (95 %), 10 (4 %) respondentů byli zdravotničtí záchranáři a 2 (1 %) respondentky nám do dotazníků uvedly, že pracují na pozici staniční sestra.

Výzkumné šetření přineslo překvapivé výsledky. Nejvíce nás zaskočilo zjištění, že více než polovina zdravotníků na jednotkách RES a JIP uvedla, že v případě úmrtí pacienta si nepřipouští žádné pocity, neboť tyto situace chápe jako součást své práce. Tuto odpověď zvolilo 121 (54 %) respondentů v případě ukončení neúspěšné resuscitace při neočekávané akutní situaci a 118 (53 %) respondentů v případě úmrtí dlouhodobě chronicky nemocného pacienta. Někteří respondenti volili v otázce osobního prožívání v případech úmrtí odpověď „nic“. Nabízí se otázka, zda sestra, která se prezentuje jako citově plochá, má dostatečnou schopnost empatie a poskytuje umírajícím pacientům a jejich blízkým kvalitní ošetrovatelskou péči.

Podobné výsledky ve svém šetření zjistila také Seymourová (2001), která uvádí, že sestry, které se nechtějí citově angažovat, tvrdí, že se snaží neprožívat emoce ve vztahu k pacientům, neboť se tak chrání před stresem z náročné práce a popisují metodu „depersonalizace“ – stav, kdy se snaží zcela oddělit své vlastní „já“ od profesionálního „já“ (Seymour, 2001 in O'Conner, 2005). Při neformálních rozhovorech se sestrami při našem šetření jsme zjistili, že se snaží od jakýchkoli pocitů a emocí oprostit z důvodu zachování svého duševního zdraví, mají pocit, že si nemohou a nechtějí tyto situace připouštět, jinak by nemohly v tomto prostředí pracovat. Jedna respondentka na závěr

dotazníku napsala poznámku, že se jí jeví celé šetření jako zbytečné, neboť pracuje profesionálně a těmito otázkami se nechce zabývat. Velkým problémem tématu umírání a smrti je, že je stále i v dnešní době v některých rodinách tabuizováno, mnohé sestry o něm odmítají hovořit a je jim to nepříjemné. Se smrtí se často setkávají poprvé až ve zdravotnickém zařízení, nejsou na to nijak připraveny a snaží se s tím vyrovnat individuálně, podle své povahy, nejčastěji právě odsouváním a popíráním. Ovšem sestra není stroj, proto snaha o emoční odstup a obrana cynismem, kterou někteří respondenti uváděli, nemusí být vždy tím správným řešením a je přinejmenším zarážející (obranu cynismem některé sestry uváděly do poznámek v dotaznících - dvě z nich dokonce uvedly do prožívání po úmrtí pacienta radost a smích). Křivohlavý (2004) uvádí, že odsouvání a popírání pocitů a emocí se může po nějakém čase projevit psychosomatickými potížemi a dlouhodobé působení stresu, společně s nesprávným zpracováním emocí, může vést k syndromu vyhoření a ohrožení kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Pfefferová (2005) ve své diplomové práci nazvané Umírání a smrt na ARO oslovila sestry otázkou, jaké vidí nedostatky při péči o umírajícího pacienta. Jako největší nedostatek zjistila nevhodné a rutinní chování personálu, dále málo porozumění v přístupu k umírajícímu a málo pozornosti ze strany sester. Domníváme se, že toto chování může být důsledkem námi zjištěného potlačování pocitů sestry, kdy se z ošetřování umírajícího vytrácí empatie a osobní přístup.

Některé sestry, kromě snahy o neosobní přístup, uváděly v našich dotaznících také vyhýbání se kontaktu s blízkými umírajícího (uvedlo 10 respondentů), což je velmi neprofesionální a ukazuje na nutnost lepšího vzdělávání sester v této oblasti, především v komunikaci při obtížných situacích. Podle výsledků průzkumu má potíže s komunikací s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta 92 (41%) respondentů. Považují tuto komunikaci za velmi obtížnou, neví co říci, cítí tíseň a soucit. Lépe podle výsledků vychází zkušenost sester při komunikaci s umírajícím pacientem, kdy potíže v komunikaci přiznává 36 (16 %) respondentů. Jak ale uvádějí někteří z nich, je to dáno především tím, že většina umírajících pacientů na RES a JIP je v bezvědomí nebo je jim podávána analgosedace, proto se komunikace s nimi zdravotníkům nejeví tolik obtížná.

Na zvládání komunikace v situacích umírání jsme se zaměřili více a v tomto ohledu jsme statisticky porovnali některé zanalyzované údaje. V kapitole 4.4.3 jsme provedli porovnání potíží respondentů při komunikaci s umírajícím a délky praxe v oboru (viz Tabulky 5 a 6), kde jsme zjistili závislost a prokázali, že délka praxe v oboru ovlivňuje potíže při komunikaci s umírajícím. Je to dáno větší zkušeností a tím větší jistotou při komunikaci u zdravotníků s delší praxí v oboru. Zarážející je údaj týkající se potíží v komunikaci s umírajícím u respondentů s délkou praxe v oboru více než 10 let, kdy 2 z nich uvedli, že nemají žádnou zkušenost s touto komunikací. Dále byly porovnány údaje od respondentů týkající se komunikace s umírajícím a vzdělání v péči o umírající a pozůstalé (viz Kapitola 4.4.4), kde jsme zjistili, že vzdělání v této oblasti nemá přímou souvislost s potížemi při komunikaci. Logicky jsme předpokládali, že vzdělanější sestra by měla mít menší potíže s touto komunikací. Přesto potíže přiznalo 21 (9,4 %) respondentů vzdělaných v oblasti péče o umírající a pozůstalé. Tento výsledek může být dán spornou kvalitou tohoto vzdělání v různých institucích.

Dále jsme porovnali potíže při komunikaci s umírajícím s celkovým dosaženým vzděláním (viz Kapitola 4.4.5), kde nám vyšla závislost těchto proměnných (viz Tabulka 9 a 10). Celkové vzdělání souvisí s rozvojem celé osobnosti a hraje klíčovou roli ve schopnostech zdravotníka. Nakonec jsme provedli statistický test v oblasti komunikace také u potíží při komunikaci s blízkými umírajícího, které jsme porovnali opět se vzděláním v péči o umírající a pozůstalé (viz Kapitola 4.4.6) a s celkovým vzděláním (viz Kapitola 4.4.7). Porovnávané proměnné neprokázali vzájemnou souvislost, problém v komunikaci přiznalo 52 (23,3 %) respondentů, kteří uvedli vzdělání v oblasti péče o umírající a pozůstalé (viz Tabulka 11). Velmi zarážející je také skutečnost, že potíže při komunikaci s blízkými pacienta uvedlo 8 z celkových 14 absolventů magisterského vzdělání (viz tabulka 13). Tyto potíže má i 34 z 87 bakalářů a 29 z 63 absolventů vyšší odborné školy. Celkově jsou tyto výsledky alarmující a poukazují na nutnost změn ve vzdělávání zdravotníků v oblasti praktických komunikačních dovedností.

Pro zpracování tématu Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP byly stanoveny celkem čtyři cíle. Prvním cílem diplomové práce bylo *zjistit, jaký*

způsob přípravy sester je v praxi zajištěn na jednotkách RES a JIP pro výkon kvalitní ošetrovatelské péče o umírající pacienty. Odpověď na tuto otázku jsme nastínili v teoretické části práce v kapitole 1.1.5. Naším průzkumem jsme zjistili závažnější výsledky. 109 respondentů uvedlo, že neabsolvovali žádný typ vzdělání v péči o umírající a pozůstalé, jak vyplývá z grafu 9, oproti tomu někteří respondenti označili více typů vzdělání v této oblasti, které absolvovali. Ze zmíněných 109 respondentů 81 uvedlo, že neabsolvovali žádný typ tohoto vzdělání, 27 respondentů neabsolvovalo, ale možnost vzdělání by uvítalo, 1 respondentka zvolila možnost, že takové vzdělání nepotřebuje. Jen 3 respondenti uvedli, že absolvovali kurz a 55 respondentů seminář nebo odbornou konferenci. Absolvování předmětu v péči o umírající a pozůstalé v rámci studia uvedlo pouze 69 z 224 respondentů. Tento výsledek potvrzuje i zjištění Vávrové, že ve dvou z dvanácti zanalyzovaných bakalářských programů v oboru Všeobecná sestra v roce 2009 se tematika péče o umírající a pozůstalé samostatně vůbec neobjevuje, v deseti je pak zastoupena v předmětu Paliativní péče, který ale nemá vždy stejný rozsah a může být i volitelným předmětem zakončeným zápočtem (Vávrová 2010). Toto zjištění poukazuje na nedostatek ve vzdělávacích programech vysokých škol, který by bylo potřeba odstranit a takto důležité téma zařadit na všech školách připravujících všeobecné sestry na výkon povolání do povinných předmětů. Péče o umírající je nedílnou součástí práce sestry, je jednou z hlavních funkcí v ošetrovatelství a proto by měl být kladen daleko větší důraz na vzdělání v této oblasti už v pregraduální nebo školní přípravě.

Z výsledků našeho průzkumu vyplývá, že také pracoviště zajišťují vzdělávání sester v této oblasti velmi nedostatečně, jak ukazuje graf 13, neboť 181 (81 %) respondentů na dotaz, zda pro ně jejich pracoviště organizuje nějaké školení na témata spojená s umíráním a smrtí a zvládání těchto náročných situací, uvedlo ne. Školení na tato témata organizuje podle výsledků zaměstnavatel 43 (19 %) respondentů, což je z našeho pohledu velmi nedostatečné a bylo by potřeba sestry v této oblasti vzdělávat, ať už právě při přípravě na školách nebo v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v praxi. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům nás ale překvapilo zjištění, že 119 (53 %) respondentů na otázku, zda se domnívají, že příprava

sester v oblasti péče o umírající a pozůstalé je dostatečná, uvedli ano (25 respondentů, 11 %) nebo spíše ano (94 respondentů, 42 %), jak ukazuje graf 11. Pouze 18 (9 %) respondentů považuje zajištění přípravy sester v této oblasti za nedostatečné.

Lze konstatovat, že příprava zdravotníků v oblasti péče o umírající pacienty není dostatečně zajištěna a vzdělávací instituce by měly častěji tato témata zařazovat do svých vzdělávacích programů.

Druhým cílem práce bylo *zjistit, zda a jak se sestry připravují a vzdělávají v oblasti zvládnutí situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP*. Výsledky jsou zobrazeny grafem 10. Žádné vzdělání v oblasti zvládnutí krizových situací nemá 98 z 224 respondentů, a přesto pouhých 28 z nich by takovou možnost vzdělání uvítalo. Většina zdravotníků se v této oblasti vzdělává prostřednictvím seminářů nebo konferencí (uvedlo 70 respondentů), v kurzech (7 respondentů) nebo absolvovali předmět již v rámci studia (57 respondentů). S touto problematikou souvisí i graf 12, kde jsme se ptali respondentů na jejich vědomosti a zkušenosti v oblasti zvládnutí psychicky náročných situací. Zaskočilo nás, že více než polovina, tj. 147 (64 %) zdravotníků se domnívá, že jejich vědomosti a zkušenosti jsou v této oblasti dostatečné nebo spíše dostatečné. Přesto se domníváme, že také v této oblasti jsou v přípravě sester značné rezervy a bylo by potřeba zlepšit a rozšířit nabídku vzdělávání.

Při zvládnutí situací v souvislosti s úmrtím pacienta, jak vyjadřují grafy 31 a 32 nejvíce zdravotníkům pomáhá rozhovor s kolegou (uvedlo 112 (50 %) respondentů) nebo rozhovor s blízkým člověkem (označilo 39 (17 %) respondentů), z čehož vyplývá důležitost dobrého rodinného zázemí, což jen potvrzuje názor Kelnarové (2007), že pro sestru je dobré rodinné zázemí velmi podstatné. Zdravotníkům v těžkých situacích pomáhá také odchod ze směny, pláč, procházka lesem, řízení auta nebo prostě jen pokračování v další práci. Bohužel některým zdravotníkům pomáhá také alkohol (6 respondentů) nebo cigarety (2 respondenti). Bylo by jistě zajímavé provedení výzkumu na téma zneužívání návykových látek u sester v intenzivní a neodkladné péči. Pozitivním faktem je, že žádný respondent neoznačil jako pomoc sedativa, která byla uvedena jako jedna z možností v této otázce dotazníku. Někteří respondenti na tuto otázku odpovídali, že nemají žádné problémy s vyrovnaním v těchto situacích, neboť si

emoce vůbec nepřipouštějí. To potvrzuje i graf 21, který vyjadřuje osobní prožívání situací spojených s úmrtím pacienta. Neosobní péči o umírající uvedlo 48 (22 %) respondentů a více než polovina (127, 56%) zdravotníků pečuje o pacienty někdy osobně a někdy ne, záleží na situaci.

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že sestry se na jednotkách RES a JIP setkávají ve stejném zastoupení s náhlou i očekávanou smrtí pacienta, jak ukazuje graf 14. Více než polovina, 132 (59 %) respondentů uvedlo setkávání s náhlou i očekávanou smrtí pacienta stejně často. Zajímavá jsou v této souvislosti data týkající se prožívání respondentů v případě úmrtí pacientů za různých okolností, zpracovaná v grafech 15 a 16. Zdravotníci uváděli stejné prožívání situace náhlého, neočekávaného úmrtí a prožívání po úmrtí v případě dlouhodobě kriticky nemocného pacienta. V obou případech více než polovina zdravotníků označila možnost „nepřipouštím si žádné pocity, je to součást mé práce“ jak jsme již zmínili výše. S tím souvisí také odpovědi na otázky 17 a 18 našeho dotazníku, kde jsme se ptali, co zdravotníci dělají jednak po úmrtí pacienta, o kterého pečují krátkou dobu a po úmrtí pacienta v infaustním stavu, o kterého pečují dlouhodobě. Zjistili jsme, že v tomto ohledu zdravotníci nevnímají žádné rozdíly, respondenti uváděli ve většině případů zcela shodné odpovědi. Všichni na obě otázky shodně odpovídali, že pracují dále podle standardu péče a pak si převezmou nového pacienta. Jen 2 respondenti uvedli, že v případě takové situace požádají o možnost odchodu ze směny.

Schéma 2 je odrazem třetího cíle: *zjistit, zda existuje a jaká je forma a způsob podpory sester na RES a JIP při úmrtí pacientů poskytovaná ze strany týmu a ze strany managementu oddělení*. Podpora od kolegů z týmu v této oblasti je vyjádřena vzájemnou vstřícnou komunikací, zapojením do komunikace, psychickou podporou, povzbuzením, předáním informací, radou, pomocí, vyslechnutím a zastoupením při zaneprázdnění. To vyjadřuje právě nutnost týmové práce a udržování dobré atmosféry a vztahů v kolektivu, což je úkol pro management daného oddělení. Podle našeho průzkumu, jak ukazuje graf 26, podporu při komunikaci s umírajícím nebo jeho blízkými ze strany týmu má vždy 55 (24 %) respondentů, 112 (50 %) respondentů občas, 34 (15 %) spíše ne a 24 (11 %) respondentů necítí podporu v komunikaci ze

strany týmu. Podobné jsou také výsledky v podpoře od vedoucí směny (graf 27) - vždy dostává podporu 57 (26 %) respondentů. Podpora ze strany managementu v situacích úmrtí podle analýzy výsledků také není zcela dostatečná - uvedlo ji 24 (11 %) respondentů (ano) a 45 (20 %) respondentů (spíše ano). Management vede tým, poskytuje mu podporu a směr, pomáhá při naplňování cílů. Jak uvádí i Hayesová (2005), týmová práce motivuje jeho členy k převzetí odpovědnosti za svůj rozvoj, lidé v týmu pracují efektivněji, pocítují menší míru stresu a více se snaží. Management podporuje a motivuje zdravotníky zajištěním supervize, vzdělávání, spravedlivým rozdělováním finančního ohodnocení a v případě potřeby zajišťuje v situacích spojených s případy úmrtí pro pracovníka odbornou psychologickou pomoc. V podpoře managementu v oblasti problematiky umírání a smrti je důležitá supervize, problémem je, že se s ní, podle našich výsledků vyjádřených grafem 33, setkává běžně jen 6 (2 %) respondentů a 11 (5 %) respondentů někdy a 127 (57 %) respondentů se s ní vůbec neseťkává. Informace, kdo ji poskytuje, byla uvedena pouze ve třech případech - a to vždy vrchní sestra. Bylo by potřeba, aby se management oddělení touto problematikou více zabýval, aby se školil v oblasti supervize a byl ji schopen poskytovat.

Psychologickou pomoc na svém pracovišti má zajištěnu 99 (44 %) respondentů, jak popisuje graf 30, což není vysoké číslo, ovšem problémem je spíše neinformovanost zdravotníků, neboť 34 (15 %) z nich neví, zda má možnost požádat o podporu klinického psychologa na svém pracovišti či nikoli.

Naším čtvrtým cílem bylo *zjistit, jakou formu a způsob podpory sestry očekávají a žádají*. Podle výsledků šetření se v oblasti podpory jeví jako klíčová právě podpora týmu v psychické oblasti a to prostřednictvím komunikace. Sestry očekávají, že je někdo vyslechne, potřebují si popovídat, očekávají ze strany týmových kolegů a od managementu oddělení především empatii, pochopení, porozumění a toleranci. Potřebují úctu, uznání, oporu, dobrou motivaci a supervizi. Chtějí se cítit součástí týmu a být informované. Je to úkol především pro management oddělení, který musí právě toto zajišťovat.

První hypotéza práce *H1 Sestry na jednotkách RES a JIP přicházejí do konfliktu mezi snahou o respektování lidské důstojnosti umírajícího a realitou* byla potvrzena

částečně, jak vyplývá z grafu 17. 147 (66 %) respondentů se totiž domnívá, že i v prostředí resuscitační a intenzivní péče lze zajistit možnost důstojného umírání. 29 (13 %) respondentů v této otázce označilo možnost ano, vždy a 118 (53 %) respondentů označilo odpověď spíše ano. 66 (29 %) respondentů se domnívá, že důstojné umírání v tomto prostředí zajistit nelze (označili ne 11 (5 %) nebo spíše ne 55 (24 %) respondentů) a to především z důvodu nevhodného prostředí na RES a JIP, kde jsou překážkami rušný chod oddělení, hluk, přítomnost více pacientů na pokoji a tím spojený nedostatek soukromí, málo prostoru, nedostatek času v případě náhlého úmrtí a střídání personálu. Respondentům jsme také položili otázku, co si představují pod pojmem důstojné umírání. Jejich odpovědi vyjadřuje schéma 1. Z analýzy výsledků se ukazuje, že jde především o fyzický komfort pacienta, tzn. zajistit, aby pacient netrpěl bolestmi ani jiným fyzickým dyskomfortem, saturovat mu veškeré fyziologické potřeby, dále je důležité zajistit vhodné, pro pacienta příjemné prostředí, v klidu a soukromí, což se právě na jednotkách RES a JIP se jeví jako nejvíce problematické. Na otázku, zda se snaží o zajištění možnosti přítomnosti rodiny u lůžka umírajícího, kde výsledky vyjadřuje graf 25, odpovědělo kladně (odpověď - ano, vždy) pouze 66 (29 %) respondentů. 92 (41 %) respondentů uvedlo spíše ano, 28 (13 %) spíše ne, 6 (3 %) přítomnost rodiny u lůžka nezajišťuje a 32 (14 %) respondentů se domnívá, že právě v jejich podmínkách to není vůbec možné. Důležité je také zajištění duševní spokojenosti pacienta. Jde o možnost přítomnosti blízkých osob u lůžka umírajícího, uspokojování vyšších potřeb, vyjadřování respektu a sounáležitosti. V neposlední řadě je třeba také klást důraz na spiritualitu, respektovat životní hodnoty pacienta, dodržovat jeho kulturní zvyklosti a v případě žádosti zajistit přítomnost duchovního. Všechny tyto aspekty důstojného umírání mohou být splněny pouze za předpokladu etického, empatického a především profesionálního přístupu celého ošetrovatelského týmu, který je správně motivován, vzájemně se podporuje a vnímá podporu také od svých nadřízených.

Jednou z častých etických otázek na RES a JIP je v posledních letech také tzv. zadržaná smrt, neboli dystanázie, oddalované, prodlužované umírání, jak se zmiňuje Sláma (2009). Nepříjemným faktem je, jak ukazuje graf 19, že se s ní již setkalo celkem

179 (81 %) respondentů, z toho 57 (26 %) se s ní setkává často, 91 (41 %) někdy a 31 (14 %) výjimečně. Prospěšnost léčby pro pacienta musí být na prvním místě a přínosy musí převažovat nad negativy. Vždy je nutné dbát také na kvalitu pacientova života.

Potvrzena byla druhá hypotéza práce: *H2 Sestry nastupující do praxe nejsou připraveny na oblasti zvládnání situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP*, která se vztahuje k prvnímu cíli práce, jak je již rozebráno výše. Na potvrzení hypotézy poukazují grafy 9 a 10. Pouze 69 respondentů z 224 absolvovalo samostatný předmět v péči o umírající a pozůstalé v rámci studia. Žádné vzdělání v této oblasti nemá 109 respondentů. Většina respondentů se v této problematice vzdělává až v průběhu praxe, a to prostřednictvím seminářů a odborných konferencí a kurzů (viz Graf 9). Podobné výsledky jsme zaznamenali ve vzdělání v oblasti zvládnání krizových situací, jak demonstruje graf 10, kde absolvování předmětu v rámci studia uvedlo pouze 59 respondentů. Vzdělání prostřednictvím seminářů a konferencí označilo 70 respondentů a 7 zdravotníků absolvovalo kurz. 98 respondentů uvedlo, že neabsolvovali žádný typ takového vzdělání, což je alarmující. K druhé hypotéze se také vztahuje tabulka 15, kde jsme provedli porovnání vědomostí a zkušeností při zvládnání náročných situací (jak se v tomto ohledu zdravotníci hodnotí) a celkové délky praxe. Z 21 respondentů, kteří uvedli délku praxe kratší než 1 rok, se jen 1 z nich domnívá, že jeho vědomosti a zkušenosti jsou v této oblasti dostatečné. Nejvíce jisti se v této problematice logicky cítí zdravotníci, kteří uvedli největší délku praxe, což jsme předpokládali. Provedením Pearson Chí Kvadrát testu jsme prokázali, že vědomosti a zkušenosti při zvládnání náročných situací jsou závislé na celkové délce zdravotnické praxe (viz Tabulka 16).

Hypotéza H3 *Sestry pracující na RES a JIP postrádají podporu nadřízených v situacích spojených s umíráním a smrtí* nebyla potvrzena, respondenti uvedli podporu od vedoucí směny v komunikaci s umírajícím nebo blízkými pacienta ve více než 50 % - podporu v těchto situacích uvedlo 162 (73 %) respondentů. Podporu za strany managementu v těchto situacích očekává 69 (31 %) respondentů, 90 (40 %) uvedlo spíše ne a 66 (29 %) respondentů podporu managementem v těchto situacích vůbec neočekává. Domníváme se, že podporovaná a motivovaná sestra poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči umírajícím a jejich blízkým.

Čtvrtá hypotéza: *H4 Nedostatek podpory sester RES a JIP ze strany vedení v případě úmrtí je důvodem k podání výpovědi potvrzena nebyla.* Důkazem je graf 34. Z něho vyplývá, že více než polovina respondentů, 125 (55 %), odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory v těchto situacích zcela zamítlo a 59 (26 %) respondentů uvedlo, že spíše ne. Z celkového počtu 224 (100 %) pouze 5 (2 %) respondentů uvedlo, že by pro ně mohl být nedostatek podpory ze strany vedení v případě úmrtí pacienta důvodem k podání výpovědi nebo žádosti o přeložení na jiné oddělení.

Porovnali jsme v této souvislosti také možnost odchodu z oddělení v důsledku nedostatku podpory a věk respondentů (viz Tabulka 17), neboť jsme se domnívali, že pro mladší zdravotníky by nedostatek podpory mohl být větším problémem. Tato myšlenka se nepotvrdila a obě porovnávané proměnné jsou na sobě nezávislé. Naopak, žádní respondenti ve věku 18 – 24 let neuvedli možnost odchodu z oddělení z důvodu nedostatku podpory.

Podpora sester v situacích úmrtí je zásadní, bohužel stále ještě není v našich nemocnicích samozřejmostí. Na oddělení ji poskytuje tým a management, zdravotníci také potřebují podporu svých blízkých, která je spojena s dobrým rodinným zázemím.

Důležité je také, aby sestry chápaly a byly vedené k tomu, že klíčovou roli vždy hraje jejich vlastní osobní přístup, sebevzdělávání, seberozvoj a používání kritického myšlení. Jak uvádí také Zadák (2007): pro zdravotníka je nutné se neustále zaměřovat na osobní vzdělání v oblasti rozvoje komunikačních dovedností, umění naslouchání a v oblasti duševní hygieny.

6 Závěr

Setkávání s umíráním a smrtí pacientů představuje pro sestry na jednotkách RES a JIP mnoho profesně náročných situací, které musí zvládnout. Při jejich zvládnání je podpora důležitým aspektem péče o zaměstnance a měla by být poskytována a zajišťována především managementem oddělení. Pro zpracování tématu: Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP byly stanoveny čtyři cíle a čtyři hypotézy.

První cíl diplomové práce: Zjistit, jaký způsob přípravy sester je v praxi zajištěn na jednotkách RES a JIP pro výkon kvalitní ošetrovatelské péče o umírající pacienty byl splněn. Z provedeného šetření vyplývá, že příprava zdravotníků v oblasti péče o umírající pacienty není dostatečně zajištěna a toto téma, spolu s komunikací v těchto situacích a péčí o pozůstalé by se mělo rozhodně častěji objevovat v nabídce vzdělávacích institucí.

Druhý cíl práce: Zjistit, zda a jak se sestry připravují a vzdělávají v oblasti zvládnání situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP se také podařilo splnit. Bohužel opět téměř polovina dotázaných zdravotníků není v této oblasti vzdělaná vůbec a nabídka vzdělávání v této oblasti má také značné rezervy.

Cíl 3: Zjistit, zda existuje a jaká je forma a způsob podpory sester na RES a JIP při úmrtí pacientů poskytovaná ze strany týmu a ze strany managementu oddělení byl také splněn. Podpora od kolegů z týmu v této oblasti je vyjádřena především vzájemnou vstřícnou komunikací, psychickou podporou, povzbuzením, předáním informací, radou, pomocí, vyslechnutím a zastoupením v případě potřeby. Důraz na týmovou práci a udržování dobré atmosféry a vztahů v kolektivu je úkolem pro management daného oddělení. Management podporuje a motivuje zdravotníky zajištěním supervize a vzdělávání, spravedlivým rozdělováním finančního ohodnocení a v případě potřeby zajišťuje (i v situacích spojených s případy úmrtí) pro pracovníky odbornou psychologickou pomoc.

Naším posledním cílem byl cíl 4: Zjistit, jakou formu a způsob podpory sestry očekávají a žádají. I ten byl splněn. Sestry očekávají ze strany týmových kolegů a od managementu oddělení především empatii, pochopení, porozumění a toleranci.

Potřebují úctu, uznání, oporu, dobrou motivaci a supervizi. Chtějí se cítit součástí týmu a být informované. Sestry však musí také pochopit, že jsou zodpovědné za svůj osobní přístup, sebevzdělávání a seberozvoj. Musí používat kritické myšlení. Neustále by se měly vzdělávat, rozvíjet a tím také zvyšovat kvalitu péče o své pacienty.

První hypotéza práce H1 Sestry na jednotkách RES a JIP přicházejí do konfliktu mezi snahou o respektování lidské důstojnosti umírajícího a realitou byla potvrzena částečně. Více než polovina, tj. 147 (66 %) respondentů se totiž domnívá, že i v prostředí resuscitační a intenzivní péče lze zajistit možnost důstojného umírání. V prostředí oddělení RES a JIP se ale při zajišťování důstojného umírání objevují značné překážky.

Potvrzena byla druhá hypotéza práce: H2 Sestry nastupující do praxe nejsou připraveny na oblasti zvládání situací spojených s úmrtím pacienta na RES a JIP. Pouze 69 (31 %) respondentů z 224 absolvovalo samostatný předmět v péči o umírající a pozůstalé v rámci studia.

Hypotéza H3 Sestry pracující na RES a JIP postrádají podporu nadřízených v situacích spojených s umíráním a smrtí nebyla potvrzena, respondenti uvedli podporu od vedoucí směny v komunikaci s umírajícím nebo blízkými pacienta ve více než 50 % - podporu v těchto situacích uvedlo 162 (73 %) respondentů.

Čtvrtá hypotéza: H4 Nedostatek podpory sester RES a JIP ze strany vedení v případech úmrtí je důvodem k podání výpovědi potvrzena nebyla, více než polovina respondentů, 125 (55 %), odchod z oddělení v důsledku nedostatku podpory v těchto situacích zcela zamítlo.

Závěrem práce jsme pro ošetrovatelskou praxi připravili návrh kurzu celoživotního vzdělávání: Kurz strategie zvládání obtížných situací v péči o umírající a jejich blízké v intenzivní a neodkladné péči (viz Příloha 1) a doporučujeme, aby se vzdělávací instituce více zaměřili na problematiku vzdělání sester a ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků v oblastech péče o umírající a pozůstalé, především v oblasti možností osobního zvládání situací spojených s úmrtím pacienta a možnosti podpory a supervize. Také management zdravotnických zařízení by se měl touto problematikou více zabývat.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů, nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada, 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-140-3.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BLATNÝ, M.; PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Tišnov: SCAN, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.
4. BRADBERRY, T., GREAVESOVÁ, J. *Emoční inteligence v praxi*. Praha: Columbus, 2007. 182 s. ISBN 978-80-7249-220-6.
5. BROSCHE, T. A. Death, Dying, and the ICU Nurse. *Leadership DIMENSION. Dimensions of Critical Care Nursing*. 2003. roč.22, č. 4, s. 173-179. ISSN 0730-4625.
6. BUCHTOVÁ, B. et.al. *Člověk - psychosomatická bytost k problému lidské sebereflexe*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. 231 s. ISBN 80-210-2238-8.
7. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*. [on-line], 2010, [citováno 2011-21-6]. Dostupné z:
<http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=92308&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=4>.
8. ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP A ČESKÁ SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP. *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním*. [on-line], 2009, [citováno 2011-28-6]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf
9. DAREN K.H. et.al. Dying in the ICU. Perspectives of Family Members. *Chestjournal*. 2003. Roč.124, č.1, s.392-397. ISSN 0012- 3692.
10. DRÁBKOVÁ, J. Dlouhodobě kritický pacient naší současnosti. *Časopis lékařů českých*. Praha: Olympia. 1999, roč. 138, č. 14, s. 444. ISSN 0008-7335.

11. DYTRTOVÁ, R.; KRHUTOVÁ, M. *Učitel. Příprava na profesi*. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978-80-247-2863-6.
12. GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus 1997. 348 s. ISBN 80-85928-48-5.
13. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7.
14. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z. Zvládání stresu a prevence jeho následku. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4. s. 26. ISSN 1210-0404.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén 2003, 326s. ISBN 80-7262-132-7.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 192 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
18. HAVRDOVÁ, Z.; HAJNÝ, M. et al. *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
19. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. 167 s. ISBN 80-902081-8-5.
20. HAWKINS, P., SHOHET, R.. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
21. HAYES, N. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál, 2005. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
22. HERKUCZOVÁ, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky: Prevence syndromu vyhoření. *Sestra*. Prosinec 2008, roč. 18, č. 12, s. 56. ISSN 1210-0404.
23. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329 -6.

24. JIČÍNSKÁ, K. *Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry. Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí.* Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Brno: NCO NZO, 2006. s. 67-73. ISBN 80-7013-449-6.
25. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
26. KANITZ, A. *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci.* Praha: Grada, 2008. 112 s. ISBN: 978-80-247-2582-6 – K.
27. KELNAROVÁ J. *Tanatologie v ošetřovatelství.* Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 80-85763-36-2.
28. KOHOUTEK, R. et.al. *Základy sociální psychologie.* Praha: Portál, 2000. 181 s. ISBN 80-7178-415-x.
29. KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Grada, 2000. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
30. KOPŘIVOVÁ, Jana. Propojení zdravotních a sociálních služeb v zahraničí: Každý člověk má právo rozhodnout o svém životě. *Sociální práce.* 2010, 10, 2, s. 40-42. ISSN 1213-6204.
31. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika.* Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres.* Praha: 2010. Grada 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
33. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN : 978-80-7367-568-4.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ J. *Duševní hygiena zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
35. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
36. LENART, S., BAUER, CH., et al. Grief support for nursing staff in the ICU. *Journal for Nurses in Staff Development* . 1998, 14, 6, s. 293-296. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9934068>>. ISSN :1538-9049.

37. LINHARTOVÁ V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
38. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
39. NALOS, M. ŠTĚRBA, M. Nerozšiřování a odnětí léčby na jednotkách intenzivní péče – pohled hlavou dolů. *Časopis lékařů českých: Anesteziologie a intenzivní medicína*. Praha. 2005, roč. 16, č. 4, s. 175 - 176. ISSN 1214-2158.
40. NAKONECNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
41. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. Vinařská 6, 603 00 Brno : NCO NZO, 2008-2011 [cit. 2011-01-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.nconzo.cz>>.
42. O'CONNOR, M. ARANDA, S. et.al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
43. OPATRná M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 5-8. ISSN 1801-1349.
44. PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, J. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
45. PFEFFEROVÁ, E. *Umírání a smrt na ARO*. Praha, 2009. 77 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 1. LF UK 2009.
46. PŘEDPIS č. 339/2008, úplné znění zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů.
Dostupný z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb08339&cd=76&typ=r>
47. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
48. ŘÍČAN P.: *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9.

49. SLÁMA, O. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, 2009. 93 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno.
50. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et.al. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2003. 422s. ISBN 80-7262-203-X.
51. VÁVROVÁ, S.; POLEPILOVÁ, R. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce*. 2010, 10, 2, s. 71-80. ISSN 1213-6204.
52. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
53. VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. et.al. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
54. VYHLÁŠKA č.55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka předpisů České republiky*. 2011, 20/2011 Sb. s. 482-543.
55. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
56. ZADÁK,Z., HAVEL,E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
57. ZACHAROVÁ, E. et.al. *Zdravotnická psychologie*. Grada: Praha, 2007. ISBN 978-80-247 2068-5.

8 Klíčová slova

Intenzivní péče

Paliativní péče

Podpora sester

Prožívání

Vzdělávání v péči o umírající a pozůstalé

Zvládání situací úmrtí

9 Přílohy

Příloha 1 Návrh kurzu celoživotního vzdělávání

Příloha 2 Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

Příloha 3 Dotazník

Příloha 1 Návrh kurzu celoživotního vzdělávání

Kurz strategie zvládání obtížných situací v péči o umírající a jejich blízké v intenzivní a neodkladné péči

Anotace:

Konfrontace s umíráním a smrtí představuje pro sestry i další nelékařské zdravotnické pracovníky velmi výraznou zátěž. Na jednotkách resuscitační a intenzivní péče se s problematikou umírání a smrti setkávají denně, mnohdy čelí problémům při selhání či nerozšířování léčby, kdy již nemohou pro záchranu pacientova života více udělat. Jsou v častém kontaktu s umírajícími i jejich blízkými, očekává se od nich profesionální přístup a komplexní péče. Stres, který v těchto situacích zažívají, vede k psychické, emoční i fyzické vyčerpanosti a může se projevit psychosomatickými potížemi. Příprava pracovníků na tyto situace, pomoc a podpora při jejich zvládání je klíčovým faktorem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Kurz je zaměřen na prohloubení znalostí z oblasti péče o umírající a jejich blízké a především na sebepoznání, rozšíření komunikačních dovedností, využití práce s vlastními emocemi a získání znalostí o možnostech podpory.

Určení:

Kurz je určen v rámci celoživotního vzdělávání pro zdravotnické pracovníky nelékaře v povolání všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotně-sociální pracovník, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent a další nelékařské zdravotnické pracovníky podle zákona 96/2004 Sb. v platném znění, pracující na jednotkách resuscitační a intenzivní péče.

Cíle:

Cílem kurzu je celkový rozvoj osobnostních a sociálních kompetencí účastníka. Studenti si prohloubí vědomosti o paliativní péči a prostřednictvím technik aplikované

sociální psychologie osvojí dovednosti, které se vztahují k posílení jejich osobnosti a sebepojetí a také role v sociálních interakcích. Účastník získá praktické dovednosti a osvojí si postoje v komunikaci s umírajícím a jeho blízkými, pochopí důležitost supervize, zvládne praktické provedení skupinových technik.

Délka kurzu: 4 týdny (výuka bude probíhat ve čtyřech blocích vždy v pátek odpoledne a v sobotu dopoledne)

Počet hodin: 40

Počet účastníků: 15

Odborný garant: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Organizuje: Helena Layerová

Organizační zabezpečení:

Výuka je realizována v učebnách akreditovaného zařízení

Termín a místo konání:

bude upřesněno

Počet kreditů:

10

Klíčová slova:

Paliativní péče, podpora, sebepojetí, komunikace, supervize

Obsah kurzu:

Téma	Obsah	Počet hodin
1.	Péče o umírající a jejich blízké v prostředí intenzivní a neodkladné péče (základy thanatologie, modely umírání, etické aspekty péče o umírající, principy a zásady paliativní péče, multidisciplinární péče o umírající, komplexní ošetrovatelská péče o umírajícího, doprovázení, zajištění duchovní péče, péče o pozůstalé – pomoc a podpora)	10
2.	Strategie zvládnání obtížných situací v péči o umírající a jejich blízké (sebepoznání, rozvoj komunikačních dovedností, naslouchání, komunikace v obtížných situacích)	10
3.	Krizová intervence (práce s emocemi v obtížných situacích, relaxace – praktický nácvik relaxačních metod, možnosti podpůrné psychoterapie)	10
4.	Podpora sester (supervize a její možnosti v situacích spojených s umíráním a smrtí, Balintovské techniky a jejich využití v praxi, podpora managementu v případech úmrtí na RES a JIP)	10
Celkem		40

Tématický plán kurzu:

1. Téma: Péče o umírající a jejich blízké v prostředí intenzivní a neodkladné péče

Počet hodin: 10 (2 hodiny přednáška, 8 hodin seminář)

Vyučující: lékař s atestací paliativní medicíny, všeobecná sestra s praxí v paliativní péči

Obsah tématu:

- Základy thanatologie, modely umírání – přednáška 1 hodina

- Etické aspekty péče o umírající – přednáška 1 hodina
- Principy a zásady paliativní péče – seminář 2 hodiny
- Multidisciplinární péče o umírající – seminář 2 hodiny
- Komplexní ošetrovatelská péče o umírajícího, doprovázení, zajištění duchovní péče – seminář 2 hodiny
- Péče o pozůstalé – pomoc a podpora – seminář 2 hodiny

Cíle/výstupy: účastník prokazuje znalosti o paliativní péči, chápe její význam a principy, je schopen aplikovat poznatky v praxi

2. Téma: Strategie zvládání obtížných situací v péči o umírající a jejich blízké

Počet hodin: 10 (4 hodiny seminář, 6 hodin cvičení)

Vyučující: psycholog

Obsah tématu:

- Sebepoznání - seminář 2 hodiny, cvičení 2 hodiny
- Rozvoj komunikačních dovedností, naslouchání - seminář 1 hodina, cvičení 2 hodiny
- Komunikace v obtížných situacích - seminář 1 hodina, cvičení 2 hodiny

Cíle/výstupy: účastník je schopen komunikovat s umírajícím a také blízkými umírajícího či zemřelého pacienta, dokáže aktivně naslouchat

3. Téma: Krizová intervence

Počet hodin: 10 (4 hodiny seminář, 6 hodin cvičení)

Vyučující: psycholog

- Práce s emocemi v obtížných situacích – seminář 2 hodiny, cvičení 4 hodiny
- Relaxace – praktický nácvik relaxačních metod – cvičení 2 hodiny
- Podpurná psychoterapie – seminář 2 hodiny

Cíle/výstupy: účastník je schopen zvládat své emoce a pracovat s nimi, zvládá základní relaxační techniky

4. Téma: Podpora sester

Počet hodin: 10 (8 hodin seminář, 2 hodiny cvičení)

Vyučující: psycholog, supervizor, zástupce top managementu nemocnice (náměstek pro ošetrovatelskou péči)

- Supervize a její možnosti v situacích spojených s umíráním a smrtí – seminář 4 hodiny
- Balintovské techniky a jejich využití v praxi – seminář 2 hodiny, cvičení 2 hodiny
- Podpora managementu v případech úmrtí na RES a JIP – seminář 2 hodiny

Cíle/výstupy: účastník chápe důležitost supervize a její možnosti, zná Balintovské techniky a dokáže je prakticky využít

Vyučovací metody:

Monologická (výklad, přednáška)

Dialogická (diskuze, rozhovor, brainstorming)

Aktivizující (modelové situace, simulace, hry, dramatizace)

Skupinové techniky (techniky zaměřené na skupinové prožitky a způsoby řešení náročných situací, techniky zaměřené na sebereflexi vlastního chování a prožívání)

Doporučená literatura kurzu:

BRADBERRY, T., GREAVESOVÁ, J. *Emoční inteligence v praxi*. Praha: Columbus, 2007. 182 s. ISBN 978-80-7249-220-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 192 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAVRDOVÁ, Z.; HAJNÝ, M. et al. *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAWKINS, P., SHOHET, R.. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.

- HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7.
- JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329 -6.
- KANITZ, A. *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. Praha: Grada, 2008. 112 s. ISBN: 978-80-247-2582-6 – K.
- KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Grada, 2000. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: 2010. Grada 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- O'CONNOR, M. ARANDA, S. et.al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, J. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. et.al. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Ověření znalostí:

Ústní zkouška

Způsob ukončení kurzu:

Účastníci získají osvědčení o účasti. Podmínkou získání je 80 % účast a úspěšné vykonání zkoušky.

Zdroj: autorka

Příloha 2

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko
odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázií.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchranu života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.

c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a

neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.

d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.

d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).

e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.

g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno

h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.

i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

Čl. 7

Účinnost Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

Zdroj: Česká lékařská komora. Dostupné z:

<http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=92308&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=4>, cit: 21.6. 2011

Příloha 3 Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Helena Layerová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro zpracování problematiky na téma: **Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP** v mé diplomové práci.

Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše spolupráce je pro mne velmi důležitá, proto Vás prosím o co nejpřesnější a upřímné odpovědi. Vybrané odpovědi označte křížkem, u otevřených otázek napište prosím stručnou odpověď.

Velice Vám děkuji za čas a ochotu.

Helena Layerová

1. Vaše pracoviště je:

RES (ARO) JIP

2. Jste:

žena muž

3. Váš věk:

18 - 24 let 25 - 30 let 31 – 40 let
 41 – 50 let 51 – 60 let více než 60 let

4. Vaše pracovní pozice je:

všeobecná sestra zdravotnický záchranář
 jiná (uveďte prosím jaká).....

5. Uved'te prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- středoškolské vyšší odborné
 vysokoškolské bakalářské
 vysokoškolské magisterské
 jiné (uved'te prosím jaké).....

6. Absolvoval/a jste specializační studium v oboru intenzivní péče (SIP/ARIP)?

- ano ne v současné době studuji
 mám jinou specializaci (uved'te prosím jakou).....

7. Uved'te prosím délku Vaší praxe v oboru intenzivní/resuscitační péče

- méně než 1 rok 2 – 5 let 6 – 10 let
 více než 10 let

8. Uved'te prosím celkovou délku Vaší zdravotnické praxe:

- méně než 1 rok 2 – 5 let 6 – 10 let
 více než 10 let

9. Absolvoval/a jste nějaký typ vzdělání v péči o umírající a pozůstalé?

- předmět v rámci studia kurz
 seminář, odbornou konferenci ne
 ne, ale uvítal/a bych tuto možnost
 ne, takové vzdělání nepotřebuji
 jiný (uved'te jaký).....

10. Absolvoval/a jste nějaký typ vzdělání v oblasti zvládnutí krizových situací?

- předmět v rámci studia kurz
 seminář, odbornou konferenci ne
 ne, ale uvítal/a bych tuto možnost
 ne, takové vzdělání nepotřebuji

jiný (uved'te prosím jaký).....

11. Domníváte se, že mají sestry dostatečnou přípravu v oblasti péče o umírající a pozůstalé?

ano spíše ano spíše ne
 ne nevím

12. Domníváte se, že máte dostatečné vědomosti a zkušenosti v oblasti zvládnání psychicky náročných situací (v souvislosti s péčí o umírající a pozůstalé)?

ano spíše ano spíše ne
 ne nevím

13. Organizuje pro Vás pracoviště nějaké školení na toto téma?

ano ne
 pokud ano, jaké.....

14. Setkáváte se na Vaší jednotce častěji s „náhlou smrtí“ (neočekávaná srdeční zástava, neúspěšná KPR), než se smrtí očekávanou?

ano, téměř vždy jde o akutní situaci
 nelze říci, s oběma se setkávám stejně často
 ne, častější je smrt dlouhodobě kriticky nemocných pacientů

15. Co prožíváte v případě ukončení neúspěšné resuscitace pacienta při neočekávané akutní situaci?

smutek, žal pocit selhání, vztek nic
 nepřipouštím si žádné pocity, je to součást mé práce
 něco jiného (uved'te prosím co).....

16. Co prožíváte v případě úmrtí dlouhodobě kriticky nemocného pacienta?

- smutek, žal pocit selhání, vztek nic
 nepřipouštím si žádné pocity, je to součást mé práce
 něco jiného (uved'te prosím co).....

**17. Co děláte po úmrtí Vašeho pacienta, o kterého pečujete krátkou dobu?
(ne víc jak 3 dny)**

.....
.....

18. Co děláte po úmrtí Vašeho pacienta v infaustním stavu, o kterého pečujete dlouhodobě?

.....
.....

19. Je podle Vás možné v prostředí RES a JIP zajistit důstojné umírání pacienta?

- ano, vždy spíše ano spíše ne
 ne nevím

Pokud ne, proč?.....

20. Co si představujete pod pojmem „důstojná smrt“?

.....
.....

21. Souhlasíte s názorem, že i do prostředí intenzivní a resuscitační péče patří myšlenka paliativní péče (zajištění „dobré smrti“ – klidné, bez utrpení a bolesti)?

- ano, určitě spíše ano spíše ne
 ne nevím

Pokud ne, proč?.....

22. Myslíte si, že se na Vašem oddělení setkáváte s tzv. zadržanou smrtí?

- ano, často spíše ano, někdy
 spíše ne, výjimečně ne nevím
 nerozumím pojmu

23. Jak vnímáte, když lékař u Vašeho pacienta napíše DNR (jaké prožíváte pocity)?

- smutek, žal pocit selhání, vztek nic
 nepřipouštím si žádné pocity, je to součást mé práce
 jiné (uveďte prosím jaké).....

24. Prožíváte situace v souvislosti s úmrtím hodně osobně?

- ano vždy, neumím pracovat bez zapojení svých emocí
 ano, ale pouze v souvislosti s úmrtím mladého, aktivního člověka
 někdy ano, někdy ne ne
 ne, o pacienta pečuji neosobně, nepřipouštím si žádné pocity
Vnímám to jinak (popište prosím, jak).....

25. Máte potíže při komunikaci s umírajícím pacientem?

- ano, téměř vždy spíše ano spíše ne
 ne nemám s tím zkušenosti
 vyhýbám se tomu

Pokud ano, jaké?.....

26. Máte potíže při komunikaci s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta?

- ano, téměř vždy spíše ano spíše ne
 ne nemám s tím zkušenosti
 vyhýbám se tomu

Pokud ano, jaké?.....

27. Dokážete pomoci rodině umírajícího či zemřelého?

- ano, téměř vždy spíše ano spíše ne
 ne nemám s tím zkušenosti
 vyhýbám se kontaktu s rodinou

28. Snažíte se zajistit možnost přítomnosti rodiny u lůžka umírajícího?

- ano, vždy spíše ano spíše ne
 ne
 ne, myslím, že v našich podmínkách to není možné

29. Podporuje Vás při komunikaci s umírajícím (nebo jeho blízkými) zbytek týmu?

- ano, vždy spíše ano spíše ne
 ne

Pokud ano, jak?.....

30. Podporuje Vás ve stejných situacích vedoucí směny?

- ano, vždy spíše ano spíše ne
 ne

Pokud ano, jak?.....

31. Očekáváte v situacích úmrtí pacientů podporu ze strany managementu oddělení?

- ano spíše ano spíše ne
 ne

Pokud ano, jakou?.....

32. Očekáváte podporu v oblasti zvládnání vlastního smutku v případě úmrtí pacienta?

- ano spíše ano spíše ne
 ne

Pokud ano, od koho?.....

33. Máte na svém oddělení možnost požádat o podporu klinického psychologa?

- ano spíše ano spíše ne
 ne nevím

34. Co Vám nejvíce pomáhá při zvládnutí krizové situace v souvislosti s úmrtím pacienta? (Z uvedených možností vyberte prosím pouze jednu.)

- rozhovor s kolegou rozhovor s blízkým člověkem
 spánek alkohol
 odchod ze směny pláč
 sedativum
 něco jiného:

35. Co podle Vašich zkušeností nejvíce pomáhá v těchto situacích Vašim kolegům? (Z uvedených možností vyberte prosím pouze jednu.)

- rozhovor s kolegou rozhovor s blízkým člověkem
 spánek alkohol
 odchod ze směny pláč
 sedativum něco jiného:

36. Setkáváte se na Vašem pracovišti se supervizí zaměřenou na problematiku umírání a smrti?

- ano, běžně spíše ano spíše ne
 ne pokud ano, kdo ji poskytuje?.....

37. Mohl by být nedostatek podpory ze strany vedení v případě úmrtí pacienta důvodem k Vašemu odchodu (výpověď, přeložení na jiné odd.)?

- ano spíše ano spíše ne
 ne nevím

38. Zkuste prosím vyjádřit jedním slovem, co považujete za nejdůležitější v podpoře sester v případě úmrtí na RES a JIP?

.....

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.