



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu na oddělení ONP a LDN.

Vypracoval: Žaneta Schmidová
Vedoucí práce: Alena Machová Mgr.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT - Postoje sester k ošetrovateľskej péči o klienty v terminálnom štádiu na oddelení ONP a LDN.

Současný stav: Terminální stav označuje postupné a nevratné selhávání vitálních funkcí a orgánů, končící smrtí. Tento stav bezprostředně předchází smrti. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. „Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav“ (Kelnarová, 2007, s. 10). Pro sestru a celý tým, který se o umírajícího stará je z hlediska ošetrovateľského ten nejnáročnější (Theová, 2002).

Předmět: Tato práce se zabývá zmapováním ošetrovateľské péče o klienty v terminálním štádiu a možností vyrovnávání se sester s péčí o umírající klienty a jejich rodinné příslušníky.

Metodika: Zpracování výzkumné části práce probíhalo formou kvalitativního výzkumu. Cílem bylo získání kvalitních dat k danému tématu. Jako nejvhodnější metoda byla vybrána technika polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Respondentům bylo přiděleno číslo. Následně byly očíslovány řádky, aby bylo možné na ně odkazovat. Metodou papír a tužka byla analyzována data a vytvořeny čtyři kategorie. V daných kategoriích vzniklo deset podkategorií. Zjištěné informace byly zpracovány do schémat. Rozhovory probíhaly od února do dubna 2014.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor byl tvořen šesti sestrami, pracujícími na oddělení následné péče. Sestry byly cíleně vybírány v různých věkových kategoriích, aby výsledná data byla co nejobjektivnější. Mezi respondenty byl i jeden muž – pracující na pozici sestry.

Výsledky: Z výpovědí respondentů vyplynulo, že sestry pracující na oddělení následné péče mají základní znalosti o této problematice, dokáží se zorientovat v problematice umírání, délce terminálního štádia, dokáží popsat četnost setkání s umírajícím klientem. Uspokojování potřeb terminálně nemocných klientů zvládají sestry dobře, neopomíjí žádné z potřeb. Sestry dokáží klienta brát z holistického pohledu. Náročnost péče o umírajícího berou jako část svojí práce, nevnímají odlišnost

péče, o umírajícího se starají jako o kteréhokoliv jiného klienta, kterého mají na oddělení. Popisují svoje zkušenosti s umírajícími, i jejich rodinami, jako problematické popisují pouze komunikaci s umírajícím a jeho rodinou, občas neví, jestli jednají správně a bojí se, aby neublížili. Komunikují s klientem i jeho rodinou dle svého nejlepšího svědomí a doufají, že ten jejich přístup je správný. Dále z výzkumu vyplynulo, že sestry umí předcházet syndromu vyhoření, ví, že musí dbát o sebe, mít rády svoji práci, mít pozitivní přístup k životu. Syndrom vyhoření vnímají jako problém, u sebe se snaží mu předejít a když se u nich vyskytnou náznaky nepohody a nespokojenosti ze zaměstnání, snaží se hledat to lepší a nepoddávat se tomu. Vyjma jedné respondentky, která sebe popisuje jako vyhořelou bez šance změny. Toto je ovšem dáno samotnou osobností dané respondentky.

Závěry: Z výzkumu vyplývá, že sestry mají dostatek znalostí o problematice terminálně nemocných na svém oddělení, dokáží provádět kvalitní ošetrovatelskou péči. Ovšem přiznávají, že mají někdy strach z toho, zda s klientem jednají momentálně správně tak, aby mu neublížili. Po zjištění tohoto faktu byla jako výstup z práce vytvořena brožura, která sestřám dá návod k obecnému přístupu k umírajícím a pomůže tak minimalizovat negativní dopady na klienta.

Klíčová slova: sestra, terminální stádium, oddělení následné péče, syndrom vyhoření

Abstract

ABSTRACT - Nurses' Approaches to Nursing Care of Clients at Terminal Phase at Long-Term Care Departments

Present situation: Terminal phase means gradual and irreversible failure of vital functions and organs ending in death. This state directly precedes death. We can understand terminal stage as dying itself. "Nevertheless the term dying must in no case be reduced to terminal phase" (Kelnarová, 2007, p. 10). It is the most demanding phase for a nurse and the whole team caring about a dying patient (Theová, 2002).

Subject: This thesis deals with mapping nursing care of clients at terminal stage and the possibilities of coping with the care of dying clients and their family members for nurses.

Methodology: The research part was elaborated in the form of qualitative research. The aim was to obtain high quality data to given topic. The technique of semi structured in-depth interview was chosen as the most suitable method. Each respondent was given a number. Lines were subsequently numbered to enable references. The data were analysed by the paper-and-pencil method and four categories were created. Ten subcategories were created within the given categories. The information obtained was processed in schemes. The interviews were performed from February to April 2014.

Research sample: The research sample consisted of six nurses working at a long-term care department. The nurses were intentionally chosen in various categories to get the most objective possible data. There was also one man working at the position of a nurse.

Results: The respondents' answers showed that nurses working at the long-term care department have basic knowledge of the issue, are able to get oriented in the problems of dying, the terminal stage length, are able to describe the frequency of meeting with a dying client. The nurses cope well with satisfying the needs of terminally ill clients, they do not omit any of the needs. The nurses are capable of having holistic approach to clients. They take the demands of the care about a dying client as a part of their work, they make no difference and care about a dying person as of any other client at their department. They describe their experience with the dying

and their families, they only describe communication with a dying client and his/her family as problematic and sometimes they are not sure whether they act correctly and are afraid of hurting someone. They communicate with such a client and his/her family according to their best conscience and they hope that their approach is the right one. The research has also shown that the nurses are able to prevent the burnout syndrome, they understand that they have to care about themselves, they must like their work, have positive approach to life. They perceive burnout syndrome as a problem, they try to prevent it and if they feel symptoms of inconvenience and dissatisfaction with their job they try to find the better aspects and not to give up. Except for one respondent, who describes herself as burned out. This is however given by the respondent's personality itself.

Conclusion: The research shows that nurses have sufficient knowledge of the problems of terminally ill clients at their department, that they are able to provide quality nursing care. They however admit that sometimes they are not completely sure whether they treat a client correctly not to hurt him/her in given situation. After this fact was discovered a brochure was prepared giving nurses instructions for general approach to dying clients and help them minimize negative impact on a client.

Key words: nurse, terminal stage, long-term care department, burnout syndrome

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 12.8.2014

.....

(Žaneta Schmidová)

Poděkování

Velmi děkuji Mgr. Aleně Machové za její cenné rady, podněty a připomínky při psaní této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	4
Teoretická část	
1 Současný stav	5
1.1 Úvod do problematiky	5
1.1.1 Umírání a smrt	5
1.2 Modely umírání	6
1.3 Fáze smiřování se smrtí	7
1.4 Specifika ošetrovatelské péče na ONP a LDN	8
1.5 Paliativní péče	10
1.6 Ošetrovatelská péče o terminálně nemocného	11
1.6.1 Úloha sester v péči o biologické potřeby	12
1.6.2 Úloha sester v péči o psycho-sociální potřeby	16
1.6.3 Úloha sester v péči o spirituální potřeby	18
1.7 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou	19
1.8. Syndrom vyhoření	21
Výzkumná část	
2 Cíle práce a výzkumné otázky	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky	23
3 Metodika	24
3.1 Operacionalizace pojmů	24
3.2 Metodika výzkumu	25
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	26
4 Výsledky	27
4.1 Kategorie terminální stádium	27
4.2 Kategorie Potřeby umírajících	30
4.3 Kategorie Náročnost péče	34
4.4 Kategorie Syndrom vyhoření	38
5 Diskuse	41

6 Závěr	48
7 Seznam použité literatury	50
8 Přílohy	55
8.1 Seznam příloh	55

Seznam použitých zkratek

ATD = a tak dále

ONP = oddělení následné péče

LDN = léčebna dlouhodobě nemocných

NAPŘ = například

R = respondent

Úvod

Umírání a smrt je tématem týkající se každého z nás, ať již v rovině osobní nebo té profesionální. Většina lidí si čas, ani způsob své vlastní smrti nevybírá. V dnešní době dochází ke smrti většinou ve spojitosti s chronickým onemocněním a to v pokročilejším věku a často se tak stává právě na oddělení následné péče nebo LDN.

Společnost má na smrt a umírání rozdílné názory, smrt bývá často pro spoustu lidí tabu, snaží se jí vyhýbat, mnohdy popřít. Každý z nás přistupuje ke smrti a umírání jinak, je to dáno mnoha faktory, ať již věkem, pohlavím, výchovou, vírou atd. Když smrt dostihne konkrétního člověka, nebo jejich rodinné příslušníky, mnohdy neví, jak s touto skutečností naložit a vyrovnat se s ní. Právě zde má nezastupitelnou úlohu právě sestra, na kterou se umírající obrací se svými obavami.

Toto téma jsem si zvolila zejména proto, že sama na oddělení následné péče pracuji a přicházím denně do styku s umírajícími i jejich rodinami. Chtěla bych zjistit, jak se na danou problematiku umírání na ONP a LDN dívají sestry, pro které je tato práce velmi náročná. Chtěla bych rovněž zjistit, v čem je práce pro sestry pečující o terminálně nemocného náročnější, než péče o ostatní pacienti jak vnímají odlišnost, zda se dokáží vyrovnat s pohledem na každodenní umírání. Zároveň bych ráda poukázala na význam komunikace s příbuznými a pozůstalými a ukázala nezbytnost profesionality sester, která je na oddělení ONP důležitá i přesto, že i mezi zdravotníky bývá toto oddělení nepříliš kladně hodnoceno a práce podceňována.

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky

1.1.1 Umírání a smrt

„Umírání a smrt jsou fenomény, o kterých se uvažuje z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického“

(Kutnohorská, 2007, s. 71).

Umírání je proces, může trvat různě dlouho, mít odlišnou podobu, je zcela jedinečný pro každého jedince. Díky pokrokům doby se prodloužila délka života, člověk mnohdy umírá delší dobu, tudíž se mohou objevit zvyšující se problémy jako strach, úzkost, nejistota, která nezasahuje pouze samotného klienta, ale i jeho rodinu, ošetřující, včetně sester (Kelnarová, 2007).

Určit období za terminální je obtížné. Není snadné a jednoznačné toto období vymezit. Identifikovat terminální fázi je spíše možné u nádorových onemocnění. U jiných onemocnění nebývá snadné umírání a blízkost smrti tak rozpoznatelná. U těchto onemocnění nastává smrt v důsledku zhoršení chronického onemocnění. „Za terminální stádium nemoci považujeme to období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální. Za terminální v tomto smyslu považujeme také celkovou sešlost věkem s typickými geriatrickými syndromy, které u pacienta vedou k letálním komplikacím (Kalvach a kol, 2004, s. 9).

Pro sestru a celý tým, který se o umírajícího stará je z hlediska ošetrovatelského ten nejnáročnější.(Theová, 2002.)

Umírání se dělí na 3 období. Začátkem období pre finem je diagnóza vážné nemoci s nepříznivou prognózou. Choroba je vážná, neslučitelná se životem. Je pravděpodobné, že ke smrti dojde v blízké době několika týdnů, měsíců. V tomto období je třeba zajistit zmírnění subjektivních obtíží nemocného. V tomto období, kdy se pacient postupně

smiřuje s postupným koncem jeho života by mu sestra měla být co nejvíce na blízku, snažit se zmírnit jeho obavy a mít na pacienta dostatek času. Pacient musí vědět, že mu bude poskytnuta kromě medicínské pomoci také ta lidská (Kutnohorská, 2007).

Období in finem znamená totéž co terminální stádium (Kutnohorská, 2007).

Období post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé, kde má sestra nezastupitelnou úlohu. Zde může být sestra nápomocna při sdělování emocí, rovněž může ujistit pozůstalé, že jejich blízký zemřel v klidu a bez bolesti (Kutnohorská, 2007). Může informovat pozůstalé o svépomocných skupinách, kde si mohou pozůstalí vyměňovat zkušenosti, pomáhat. Tato pomoc pozůstalým není v ČR častá, sestra ji může doporučit (Payneová a kol., 2007).

1.2 Modely umírání

Ritualizované umírání popisujeme jako tradiční model umírání. V minulosti znamenala smrt hodnocení života, smyslu života. Většinou se také umíralo doma, v rodinném kruhu a tudíž lidé dokázali více vnímat zblízka, jak vypadá umírání a smrt. Dokázali umírání vnímat jako nedílnou součást života. Smrt byla chápána jako jakýsi rituál, rodina i blízcí měli možnost se s umírajícím rozloučit a byli též přítomni jejich smrti. U umírání byli přítomni také děti a i ty se následně se smrtí vyrovnávaly. Umírání tak vypadalo jinak, než dnes. Pro umírajícího byla smrt doma přijatelnější, než umírání v cizím prostředí (Kutnohorská, 2007).

Institucionální umírání probíhá v institucích, tedy na ONP, LDN, v nemocnicích, domovech důchodců atd. Dochází k odsunu mimo rodinu a nemocný často umírá sám. I přes obrovskou profesionální péči umírající často nemá možnost mít u sebe své blízké (Kutnohorská, 2007).

V současné době se hledají různé alternativy nového rituálu umírání. Zanechat umírajícího v domácím prostředí a zajistit kvalifikovanou péči, přijetí rodiny umírajícího do nemocnice, kombinace obou předchozích variant, hospicová péče (Kutnohorská, 2007).

1.3 Fáze smiřování se smrtí

Každý člověk reaguje na těžkou životní situaci jinak, reakce na umírání závisí na mnoha faktorech, jako např. na osobnosti člověka, na zkušenostech atd. Sestra by měla naslouchat a zjistit, zda je nemocný schopen přijmout skutečnost blížící se smrti a postavit se jí. Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth-Kübler-Ross popsala, že nemocný se vyjadřuje pomocí náznaků. Popisuje stádia, kterými nemocný prochází, když se dozví o terminálnosti svého onemocnění (Kelnarová, 2007).

V první fázi negaci dochází k popírání a odmítání skutečnosti. Prvotní bývá šok, otřes, neochota spolupracovat. Pacient má pocit, že je vše zmařeno, často si myslí, že došlo k omylu, že to se nemůže týkat jeho. Není na situaci připraven, vytlačuje ji z podvědomí. Často nemocný pláče, uzavírá se do sebe. Pečlivě si vybírá, s kým bude o svém onemocnění mluvit, sestra by měla být připravená naslouchat jeho obavám, získat důvěru, být připravena přijmout jeho šok a strach (Kelnarová, 2007).

V druhé fázi agresí je charakteristické vybíjení si zlosti na druhých. Většinou se to týká rodiny, zdravotníků, kteří jsou pacientovi na blízku. Nastupuje vztek, zlost. Stává se, že příbuzní přestanou nemocného navštěvovat, bojí se kontaktu s ním. Ke zlobě, kterou pacient prožívá, by sestra měla přistupovat co nejvíce s tolerancí, neměla by si pacientovu zlobu brát osobně a být vztahovačná, naopak by se neměla pohoršovat nad jeho chováním, měla by pochopit jeho hněv (Kelnarová, 2007).

V třetí fázi vyjednávání pacient hledá ještě možnost, která by ho mohla uzdravit, často se obrací k Bohu a ani o tom s nikým nemusí komunikovat. Nemocný se může uchýlovat k různým metodám, začne hledat zázračnou léčbu, léky, léčitele apod. Činí velké sliby. Je třeba, aby se zbavil strachu, na místě je maximální trpělivost s nemocným (Kelnarová, 2007).

Čtvrtá fáze je nazvaná depresí, kdy pacient postupně ztrácí síly, uvědomuje si stále více blížící se smrt. Nastává strach o rodinu, nemocný se snaží vyřešit své rodinné problémy, dává do pořádku svou finanční situaci. Postupně se začíná loučit se světem, s životem. Dochází k velkému smutku, k depresím. Sestra by měla pacientovi naslouchat, nechat ho vyjádřit svůj žal, pomoci mu urovnat rodinné vztahy. Může nastat rozpor

mezi přáním pacienta umřít a rodinou, která se brání tomu, aby zemřel (Kelnarová, 2007).

V páté fázi dochází ke smíření. Pokud pacient zvládl všechna předchozí stádia, nastává období klidu, mizí zájem o informace. Komunikace se stává gesty. Pacient potřebuje blízkost rodiny, pokudliže to není možné, měla by toto převzít sestra, která je pacientovi na blízku, drží ho za ruku (Kelnarová, 2007).

„Umírání je něco tak výjimečného, osobního, že se stěží dá jen pozorováním a rozhovorem odhalit, jaké pocity člověka na této zvláštní a někdy dlouhé cestě provázejí. Vlastní poznatky si většinou každý umírající s sebou odnáší jako veliké tajemství sám. Jen naše vlastní umírání a smrt nám odhalí závoj tajemství“ (Kelnarová, 2007, s. 33).

Pod pojmem smrt rozumíme individuální zánik organismu, tedy také člověka. Jako závazné kritérium smrti je považována smrt mozku. Dalším projevem jsou jisté a nejisté známky smrti. Mezi ty jisté řadíme posmrtnou bledost, chladnutí těla, skvrny, tuhnutí těla. Mezi ty nejisté řadíme např. zástavu dýchání, zástavu srdeční, nevybavení zornicového reflexu atd. Stanovení okamžiku smrti a jejího definice je problémem nejen medicíny a biologie, ale dostává se také do filozofie, etiky, psychologie, sociologie, práva a teologie (Kelnarová, 2007).

Thanalogie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá procesy umírání a smrti. Z lékařského, psychologického, filosofického, teologického i právního hlediska je umírání a smrt vyjádřena v úhlu problému daného oboru. Thanalogie vznikla v USA. Důvodem proč thanalogie zasahuje do tolika oborů je, že se vyjadřuje ke stejnému problému z e svého zorného úhlu a prostřednictvím svých vědeckých metod (Haškovcová, 2007).

1.4 Specifika ošetrovatelské péče na ONP a LDN

Péče o pacienty ONP je zajišťována týmy složenými z lékařů, sester specialistek, všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, ošetrovatelek, sanitářek, sanitářů a zdravotně sociálních pracovníků. Následná lůžková péče zahrnuje péči léčebnou, léčebně rehabilitační a péči ošetrovatelskou. Je poskytována v nemocnicích následně

péče a v odborných léčebných ústavech, včetně lázeňských (Vytejková a kol., 2011). „Práce s dlouhodobě nemocnými pacienty skutečně není jednoduchá. Do LDN jsou přijímáni nemocní z celého spektra medicíny. Objevují se diagnózy interní, chirurgické, neurologické, onkologické i psychiatrické. A všechna zmiňovaná onemocnění se ve stáří mohou projevovat netypicky, což klade na odbornost personálu vysoké nároky. Tito pacienti často „utíkají do nemoci“ například před osaměním doma, jsou pasivní, odevzdaní, nemají zájem o sebe ani jiné. Je těžké tyto nemocné nejen ošetřovat, ale také s nimi komunikovat. Avšak i přes veškeré obtíže lze tuto práci vykonávat s velkým nasazením a dobře“ (Ščučková, 2010).

Ošetrovatelská péče na oddělení ONP je realizována formou ošetrovatelského procesu. Náplní je zhodnotit stav pacienta, problémy aktuální, či potenciální, určit plán, kterým budou potřeby realizovány a prováděny jednotlivé ošetrovatelské úkony (Vytejková a kol., 2011).

Ošetrovatelská péče probíhá obdobně jako na jiných odděleních, zaměřuje se na základní ošetrovatelskou péči (zaměřenou na uspokojení základních potřeb pacienta). Dále speciální ošetrovatelskou péči (zaměřenou na nově vzniklé potřeby, které vznikly nemocí). Součástí jsou rovněž diagnosticko-terapeutické činnosti (např. odběr biologického materiálu, příprava na vyšetření, aplikace léků, ošetrování ran, sledování fyziologických funkcí, sledování psychického stavu apod.) V neposlední řadě administrativní činnosti (vedení dokumentace, vytvoření plánu ošetrovatelské péče, hodnocení) (Vytejková a kol., 2011).

U dlouhodobě nemocných pacientů se uplatňují všechny rysy moderního ošetrovatelství. Člověk, který je dlouhodobě nemocný vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči, která bere na vědomí zvláštnosti jeho onemocnění, respektuje všechny změny tělesných funkcí, psychické změny a sociální statut (Šamánková a kol., 2006).

Na oddělení LDN a ONP je pro sestry péče náročnější v několika směrech. Zejména co se týká fyzické náročnosti, pacienti jsou buď částečně nebo úplně imobilní. Dalším problémem bývá psychická náročnost. Další oblastí, která bývá pro sestru náročná, je samotné umírání, komunikace s pozůstalými. Sestra se dále vyrovnává s tím,

že perspektiva zlepšení zdravotního stavu nebývá, tudíž hrozí více než na jiných odděleních syndrom vyhoření (Šamánková a kol., 2006).

1.5 Paliativní péče

Paliativní péče znamená takový přístup, který zlepší kvalitu života pacientů a jejich rodin. Mezi tyto pacienty řadíme takové, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí. Paliativní péčí předcházíme a zmírňujeme utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení zejména bolesti, ale i dalších potřeb, fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (Plevová a kol., 2011).

Paliativní péče přistupuje ke smrti jako k přirozené části života, která je dána. V paliativní péči se uplatňuje paliativní přístup k pacientovi a jeho rodině. Na paliativní péči se podílí tým, který je tvořen lékaři, sestrami, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, duchovními, přáteli, dobrovolníky, rodinou. Cílem je dosažení co nejlepší kvality života pacientů i jejich rodin, začlenění rodiny do péče. Paliativní péče znamená zejména mírnění symptomů, psychologickou, duchovní a citovou podporu, podporu rodině, doprovázení pozůstalých v době zármutku (Plevová a kol., 2011).

„WHO stanovila hlavní zásady paliativní péče, což znamená že poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů, podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddaluje smrt, důraz je kladen na kvalitu života, celostní přístup k nemocnému a jeho rodin, zapojení rodiny do péče, využívá týmové práce, začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní dimenze člověka, vytváří podpůrný systém, který pomáhá nemocnému žít co nejefektivněji až do smrti, pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a smrtí“ (Plevová a kol., 2011, s. 107).

Obecná paliativní péče je klinická praxe, kdy je pokročilé onemocnění, je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Tuto péči by měl zvládat každý zdravotník v rámci svých kompetencí (Theová, 2002).

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná péče, která je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče odborně vzděláni (Theová, 2002).

V ČR je nejčastější forma poskytované paliativní péče hospic a zařízení poskytující specializovanou domácí hospicovou péči, která poskytuje v domácím prostředí péči, kterou zajišťuje tým, který se skládá z lékařů, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků. Trvalá péče trvá 24 hodin, součástí je též vybavení potřebnými pomůckami. Hospic je zařízení poskytující péči u preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Další možnou formou je denní stacionář paliativní péče (Plevová a kol., 2011).

Oproti lékařům se sestry více zajímají o sociální a citové stránky onemocnění než o její medicínskou stránku. Sestry dokáží lépe naslouchat pacientům, než lékaři, znají pacienty a jejich rodiny lépe. Bariéra mezi sestrou a pacientem je menší. Sestry bývají pacientovi více na blízku. Denně mluví s pacienty a jejich rodinami i ve velice stresujících situacích jejich nemoci, tráví s nimi daleko více času, jsou jim přítomni i ve velice intimních situacích. Sestra rovněž častěji mluví s pacientem a rodinou i během méně stresujících situací. Obecně jsou sestry přístupnější, tráví s pacienty více času. Každá sestra by měla mít znalosti, týkající se paliativní péče (Theová, 2002).

1.6 Ošetřovatelská péče o terminálně nemocného

Než sestra začne pečovat o terminálně nemocného pacienta je nutné, aby poznala sama sebe a svoje pocity z umírání, zjistila, zda se někdy setkala s úmrtím blízkých a jak na smrt reagovala. Sestra by měla zjistit, zda je otevřená k vlastním pocitům úzkosti, strachu, jak se dokáže vyrovnat se stresem. Zamyslela se nad tím, jak vnímá svou vlastní smrt. Sestra by měla sdílet své pocity, které se týkají smrti s ostatními. Měla by se naučit naslouchání, zamyslet se nad vlastními názory na život. Měla by si uvědomit vlastní moc v péči o pacienta a tuto péči ohleduplně poskytovat. Měla by si uvědomit, jaký vliv má pacient na sestru, musí si uvědomit a respektovat to, co pacientovi řekl lékař. Musí vědět, že rozhodnutí říci pacientovi pravdu, záleží na lékaři a rodině (Mastiliáková, 2003).

Péče o umírající je ošetřovatelsky náročná a vyžaduje humánní přístup. Nemocní vyžadují přítomnost druhé osoby, sestra, která je mu nablízku, je pro něj nadějí, že není sám, že si může popovídat o starostech, které ho trápí, že se může spolehnout na pomoc

při bolestech a trápeních, kterým může nemocný čelit. Blízká přítomnost sestry, její pohazení, posazení u lůžka je pro pacienta důležité. Podstatný je rovněž profesionální odborný přístup k fyzickému stavu nemocného a plnění léčebných a ošetrovatelských činností (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Pro sestry je důležité nezapomenout chápat jednotlivce jako holistickou bytost. Potřeby pacienta musí být v rovnováze nebo v harmonii (Plevová a kol., 2011).

1.6.1 Úloha sester v péči o biologické potřeby

K základním biologickým potřebám patří potřeba vzduchu, potravy, tekutin, pohybová aktivita, čistota, vylučování, udržení tělesné teploty, spánek, odpočinek, bolest (Trachtová a kol., 2013).

Péče o hygienu u pacientů v terminálním stádiu se odvíjí od soběstačnosti nemocného. Buď sestra přebírá komplexní hygienu, nebo pacientovi dopomáhá. Během hygieny si sestra všímá celkového stavu pacienta (Vytejková a kol., 2011). Terminálně nemocní se více potí, je třeba u nich dbát zvýšené péče. Sestra nesmí zapomínat na zajištění intimity. Hygienická péče se provádí dle zvyklostí oddělení, většinou ranní a večerní hygienou a zpravidla se 1-2x týdně provádí mytí nemocného ve sprše. Sestra se v rámci hygieny stará o osobní prádlo, péči o dutinu ústní, hygienické vyprazdňování, prevence a ošetření opruzenin a dekubitů, česání, mytí vlasů, holení, péči o nehty, zároveň dochází k mobilizaci pacienta a celkovému zlepšení pocitu pacienta. Správnou hygienickou péčí též sestra přispívá k prevenci infekčních komplikací a prevenci vzniku dekubitů (Vytejková a kol., 2011).

V péči o vylučování sestra musí k pacientovi přistupovat diskrétně a citlivě. Opět záleží na stupni soběstačnosti pacienta. Pokud je pacient schopen, dojde si na WC sám, sestra pouze sleduje frekvenci a při obtížích informuje lékaře. Pokud pacient není schopen si dojít sám na toaletu, existují další varianty, které může sestra nabídnout. K lůžku je možné dát pojízdné toaletní křeslo, močové lahve, nebo přikládat podložní mísu. U inkontinentních pacientů sestra přikládá buď pleny, nebo např. vložky. Musí

dbát tudíž na zvýšenou hygienu (Vytejková a kol., 2011). U terminálně nemocných často dochází ke vzniku imobilizačního syndromu, bývají upoutáni na lůžko nebo jsou inkontinentní, bývá zaveden permanentní močový katetr, z čehož vyplývá pro sestru další péče a kontrola, zejména bilance tekutin, průchodnost katetru, prevence zánětlivých komplikací a kontrola množství a charakteru moči (Mikšová a kol., 2006). U pacientů dochází ke vzniku zácpy vlivem snížené hybnosti nebo zácpu způsobují silné opioidy. Plán péče by měl rovněž zahrnovat zajištění soukromí, respektovat pocit studu. „V poslední fázi nemoci může být těžké rozhodovat o tom, kdy se ukončí léčba zácpy. Pokud ukončíme léčbu příliš brzy, může mít pacient velmi nepříjemné projevy v podobě bolesti, neklidu a stresu z důvodu plného rektu. Pokud pokračujeme v léčbě příliš dlouho, můžeme způsobit zbytečné potíže pacientovi i jeho rodině. Proto je důležité o každém pacientovi rozhodovat individuálně a zvážit všechna pro a proti. Pokud pacient pociťuje nutkání na stolicí, ale je příliš slabý na to, aby se vyprázdnil, můžeme podat čípek nebo mikroklima (O'Connor a Aranda, 2005, s. 139).

Stav výživy u pacienta je nutné zhodnotit ihned při příjmu na oddělení a následně pak v intervalech dle zvyku oddělení (Vytejková a kol., 2011). Většinou se kontroluje 1x týdně nebo dle potřeby kdykoliv. Sestra má významnou úlohu v posouzení nutričního stavu pacienta. Sestra si musí všimnout známek nedostatečné výživy (O'Connor a Aranda, 2005). U terminálně nemocných se většinou ztrácí chuť k jídlu, dochází k váhovému úbytku, sestra má za úkol několik věcí. Zejména sleduje množství potravy, kterou pacient snědl, chuť k jídlu, váhový úbytek, stravovací problémy, omezení ve stravě, pitný režim, otoky, stav sliznic (Vytejková a kol., 2011). V případě potřeby pacientovi dopomáhá s jídlem a pitím, nebo ho krmí. Zajišťuje vhodnou stravu, sipping, kontaktuje nutričního terapeuta. Někdy je nutné zavést jiný způsob výživy, např. nasogastrickou sondu, PEG, z čehož pro sestru vyplývá kontrola umístění, průchodnosti (Mikšová a kol., 2006). Při podávání výživy a tekutin bychom měli vycházet z celostního pojetí péče a zapojit všechny členy týmu, včetně pacienta i jeho rodinu. Sestra by měla pacienta povzbuzovat k pití, i po douškách, zajistit, aby měl při ruce vždy dostatek tekutin, musí tekutiny aktivně nabízet. Lze podat i ledové kostky, pokud

pacient pít odmítá. V průběhu umírání může nastat situace, kdy pacient začne ztrácet zájem o běžné denní činnosti, i o jídlo a tekutiny (O'Connor a Aranda, 2005).

Pacienti v terminálním stádiu bývají často dušní. Dušnost je jedním z nejhůře snášených symptomů. Sestra, která vidí pacienta, který trpí dušností, může pociťovat silnou úzkost a bezmoc. Přesná příčina dušnosti není zcela známa. Pocit dušnosti je ovlivněn pocity pacienta, intenzita se stupňuje vlivem strachu, úzkosti, depresí. Léčba dušnosti spočívá v první řadě léčbou primárního onemocnění, pokud není možné odstranit příčinu, nastává symptomatická léčba. Sestra, která pečuje o dušného pacienta, musí umět pacientovi naslouchat. Dále může pomoci naučit správnému dýchání. To znamená břišní nebo brániční dýchání. Brániční dýchání je jednoduché cvičení, které může sestra provádět s pacientem i jeho rodinou. Je dosti pravděpodobné, že se nepodaří dušnost zcela vyléčit, pacienti proto potřebují podporu a povzbuzení, nácvik, jak se vyrovnat s dušností a adaptovat se na změny, které přináší (O'Connor, 2005).

V ošetrovatelské péči považujeme dále za důležité nenechat pacienta samotného, dle potřeby podávat kyslík, zajistit vhodnou polohu, která pacientovi vyhovuje, pokud je to možné, dát lůžko co nejbližší oknu a zajistit dostatečný přívod čerstvého vzduchu. Dále sestra musí sledovat celkový stav pacienta a dbát na dostatečnou hydrataci (Šamánková a kol., 2006).

U nemocných, kteří jsou upoutáni na lůžko, pokožka velmi trpí. Mohou vzniknout opruzeniny, plísňe, vyrážky apod. U starých i terminálně nemocných je kůže velmi křehká, často může docházet k poranění při manipulaci. Dále se snadno vytváří hematomy. O pokožku se musí pečovat v rámci celkové hygieny, sestra dbá o časté a správné mytí, důkladné osušení, mohou se nanášet různé masti a krémy dle stavu a přání pacienta. Největším problémem bývají dekubity (Šamánková a kol., 2006). „Dekubitus je ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajících tlaku způsobujících poruchu prokrvení“ (Vokurka, 2008, s. 178). Výskyt dekubitů je jedním z ukazatelů ošetrovatelské péče. U terminálně nemocných je problém vznikajících dekubitů vysoký, vzhledem k imobilitě. Sestra musí udržovat čistou a suchou kůži, pravidelně měnit plenkové pomůcky u inkontinentních pacientů, provádět řádnou hygienu, dbát o správné uložení na lůžku, lůžko udržuje v čistotě, provádět masáž

pokožky, používat ochranné prostředky, zajistit pravidelné polohování, všimnout si změn (Vytejšková a kol., 2011). Dle možností je vhodné pacienta mobilizovat. Mezi faktory, které působí na vznik dekubitů patří tlak, tření, střížná síla, vlhkost, mobilita, poruchy centrální nervové soustavy, věk, výživa, tělesná teplota a další přidružená onemocnění. Sestra pravidelně hodnotí riziko vzniku dekubitů, pokud dekubitus vznikne, zajišťuje jeho správné ošetření a snaží se odstraňovat faktory, které mohou přispět ke vzniku dekubitu. Sestra pravidelně kontroluje riziková místa a o všech změnách informuje lékaře (Mikšová a kol., 2002).

Bolest je ryze subjektivní zážitek a kdykoli nemocný říká, že bolest má, musí se na ni brát zřetel. Bolest je komplexním zážitkem. Při hodnocení bolesti sestra získává anamnézu, kde jí musí zajímat lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které ji vyvolávají apod. (Trachtová a kol., 2013).

Prožívání bolesti je ovlivněno několika faktory, zejména kulturním a náboženským prostředím, zkušenostmi, které má pacient s bolestí, určitými kognitivními a emocionálními faktory a souvislostí, ve kterém se bolest objevuje. Proto stejný podnět může jinak působit na jednoho člověka a naprosto opačně na druhého. Bolest může být natolik subjektivní, že nesouvisí s nocicepcí a naopak (Kolektiv autorů, 2006).

Bolest bývá často podceňována. Příčina nedostatečné léčby bolesti může být na straně zdravotníků, pacienta, ale někdy i rodiny. Výbor pro zdravotní politiku a výzkum doporučil postup pro hodnocení bolesti, ve kterém jsou pro sestru dána určitá doporučení, kterými se řídit. Zahrnuje ptát se na bolest často, hodnotit ji systematicky, věřit tomu, jak pacient i rodina bolest popisují, vybrat léčebné možnosti podle požadavků pacienta, léky podávat v čas, v koordinaci s dalšími léčebnými prostředky, posilovat pacienta a rodinu, umožnit podíl na léčbě (O'Connor a Aranda, 2005).

Aby se dala pacientovi bolest zmírnit, je nutné bolest přesně vyšetřit. Nástrojem k hodnocení bolesti jsou různé škály na hodnocení bolesti. Mezi jejich výhody patří jednoduché použití, zaberou méně času, pomáhají zjistit účinnost intervence. K výběru vhodné hodnotící škály je třeba zvážit možnosti pacienta, např. věk, schopnost rozumět apod. Nejčastěji používaná je Vizualně analogová škála (VAS), dále je pak možné zvolit Číselnou hodnotící škálu. Dále lze použít např. Průvodce k hodnocení bolesti, což

je dotazník, nebo Krátký inventář bolesti, který monitoruje bolest posledních 24 hodin apod. Záznamů k hodnocení bolesti existuje celá řada, sestra si může zvolit (Kolektiv autorů, 2006).

Bolest lze léčit buď farmakologickou cestou nebo nefarmakologickou. Farmakologické zvládnutí bolesti se řídí třístupňovým analgetickým žebříčkem. Léčbu určuje lékař, sestra analgetika podává a sleduje jejich účinek. Hlavní způsob léčby bolesti v terminálním stádiu představují opioidní analgetika. Je důležité nepřestávat s podáváním opioidních analgetik i v době umírání, i když je pacient utlumený nebo nereaguje. U opioidních analgetik je řada nežádoucích účinků, sestra je musí znát, patří k nim zácpa, nevolnost a zvracení, útlum, zmatenost, svědění (O'Connor a Aranda, 2005). Nefarmakologická léčba bolesti se dělí do třech kategorií a to fyzikální terapie, alternativní a doplňkové terapie, kognitivní a behaviorální terapie. Dají se požívat buď samostatně nebo kombinovat s farmakoterapií. Mají i další výhody, pomáhají odstraňovat stres, podporují spánek apod. Mezi fyzikální metody řadíme hydroterapii, terapii teplem, chladem, vibracemi, cvičení. Mezi alternativní a doplňkové terapie patří akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, jóga, masáž, chiropraktická léčba. Kognitivní a behaviorální přístupy zahrnují meditaci, biofeedback, hypnózu. U všech těchto metod je vhodné, aby je prováděl odborník, sestra by o nich měla vědět a může je pacientovi doporučit (Kolektiv autorů, 2006).

Obecně pro sestru platí zásady, které by měla dodržovat při jednání s pacientem trpícím bolestí. Znamená to nechodit kolem nevhodně, sledovat neverbální projevy, poslouchat pacienta, mít na něj dostatek času, nepodceňovat bolest, ukázat důvěryhodnost, empatii, být s nemocným co nejvíce v kontaktu, posilovat jeho vlastní iniciativu (Mikšová a kol., 2002).

1.6.2 Úloha sester v péči o psycho-sociální potřeby

Mezi tyto potřeby řadíme potřeby pomoci, péče, jistoty, bezpečí, lásky, štěstí, porozumění atd. Lidé potřebují mít pocit, že se o ně postarají, jak lékaři, tak sestry, tak ošetřující personál. Pokud se zejména starším lidem dostane ujištění, že je o ně

postaráno, mají menší potřeby ošetřovatelský personál volat a domáhat se péče. Někdo se cítí bezpečně doma, někdo se může cítit dobře i v nemocnici. Vyhýbavé odpovědi dostávají nemocného do nejistoty a snižují jeho důvěru v okolí, které mu může zatajit něco důležitého, co se ho přímo týká. (Minibergerová, 2006). Důležité je pacientovi naslouchat, měl by mít prostor vyjádřit vše, co potřebuje. Člověk na konci života potřebuje pocit, že je milován. Sestra by měla dát najevo porozumění. Další významnou potřebou je potřeba sebeúcty. Nemocný potřebuje mít pocit, že stále rozhoduje sám za sebe (Minibergerová a Dušek, 2006). Pacient má potřebu komunikovat s druhými, být v přítomnosti druhých lidí, nechce zůstat sám. Pro psychickou stránku je velice důležité zachovávat soukromí a intimitu. Má potřebu hovořit o své situaci pravdivě, potřebu hovořit o smyslu jeho života, bilancovat. Terminálně nemocný má právo vyjádřit obavy, úzkost, strach, bolest, beznaděj. U některých, zejména mladších terminálně nemocných může pacient hovořit o vině na rozvoji nemoci, dále potřebuje hovořit o svých blízkých, zda unesou jeho smrt, obavy, zda bez něj situaci zvládnou. Někdy nemocní pláčou (Haškovcová, 2007).

Nejčastěji se objevuje strach ze smrti, z utrpení, bolesti a samoty. Strach se může projevit v jakékoliv formě, v oblasti fyzické, psychické, sociální. Z psychologického hlediska může pacientovi bránit v klidném umírání pocit osamělosti, opuštěnosti. Těsně před smrtí se u některých pacientů může objevit tzv. terminální neklid nebo i akutní delirium, může nastat i euforie, kdy je pacient najednou v bdělém stavu, euforie pak často končí smrtí. V postoji nejen sester, ale všech zdravotníků, se klade důraz i na neverbální komunikaci. Význam při doprovázení má také mlčení, což pro některé sestry může být nepříjemné. V rámci psychosociální podpory se nesmí zapomenout na udržení naděje, dá se motivovat pacienta na reálné cíle v časově přijatelné době. Je důležité s pacientem rozebírat to, co je pro něj důležité, i když pro sestru to může být nepříjemné. Např. pohřeb, majetkové poměry, atd. Sestra by se měla co nejvíce snažit o každodenní psychickou podporu pohodu pacienta, důležitý je též fyzický kontakt, to vše vede pacienta k tomu, že se necítí být sám. Sestra může též zajistit vhodnou pomoc, kontaktovat vhodné specialisty, psychologa (Plevová a kol., 2011).

1.6.3 Úloha sester v péči o spirituální potřeby

Jedná se o všechny potřeby, které souvisejí se smyslem života a smrti. Tato potřeba je velmi individuální. Součástí bývá usmíření se svými blízkými. Může se zmenšovat potřeba přímé komunikace, pacient může vést pouze monolog, často přemýšlí a rekapituluje svůj život (Minibergerová a Dušek, 2006).

Spiritualita byla dlouhou dobu opomíjena. I přes to, že duchovní potřeby mají lidé po celý život, v určitých situacích, jako je např. nemoc, utrpení, ztráta někoho blízkého, vystupují tyto potřeby do popředí. „Duchovní život je v podstatě životem ve společenství, životem, který prostřednictvím jazyka, rituálů a umění nabízí příležitost k sounáležitosti.“ (Plevová a kol., 2011, s. 120). Součástí je také přítomnost něčeho, co je mimo nás, např. síly nebo vztahu. Duchovní potřeby v konečné části života souvisí s existencionální úzkostí, pokud dochází k uspokojování těchto potřeb, dochází k redukci existencionální tísně. Dochází při ní ke konfrontaci s podstatou existence, což znamená otázky smyslu života, smrti atd. Potřeby, na které je třeba se zaměřit, je několik. Spadá sem potřeba vztahu k něčemu nadpřirozenému, např. náboženství. Dále potřeba naděje. Naděje může mít různé formy, patří mezi ně očekávání spasení, projevení zájmu o svou osobu atd. Důležitou potřebou je Potřeba sebeúcty, vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti, potřeba lásky, svobody, důvěry. Sestry získávají cenné informace o duchovních potřebách pacienta během každodenního styku s pacientem, pro je jejich role v uspokojení potřeb nepostradatelná (Plevová a kol., 2011).

Volba vhodného přístupu k duchovním potřebám záleží na okolnostech a na tom, zda je daný člověk věřící. Pokud je pacient věřící, pak je povinností faráře či kazatele pravidelně navštěvovat pacienta a sestry mu musí toto umožnit. Vždy by se měla vyhovět žádosti a zavolat příslušného duchovního dle přání pacienta nebo rodiny. Právě u umírajících a jejich rodin dominuje potřeba duchovní pomoci. Duchovní by se měl snažit zmírnit utrpení i nevěřících pacientů. V některých nemocnicích jsou i zařízení modlitebny nebo kaple, sestra, může i na toto místo pacienta doprovodit (Haškovcová, 2007).

1.7 Komunikace s umírajícím a jeho rodinou

Zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem dokáže ten zdravotník, který má objasněný svůj postoj k umírání a smrti. Veškerý pečující personál, tedy i sestra, mohou pociťovat úzkost, bezmoc, pocit selhání, kdy nelze pacienta zachránit. Vhodnou komunikaci musí sestra zvolit podle toho, v jaké fázi přijetí se pacient nachází (Venglářová a Mahrová, 2006). Dobrá komunikace s pacientem ovlivňuje pozitivně psychický stav, kvalitu života. Mnoho sester nemá dostatečné komunikační dovednosti, aby mohly diskutovat s pacientem o jeho problému. Pacienti, ale i rodina potřebují od sester rady, které jim mohou pomoci při rozhodování. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti, sestra musí správně odhadnout i skryté problémy a obavy. Správná komunikace umožní zjistit hlavní problémy, pomoci při sdělování negativních zpráv, spolupracovat při rozhodování o léčbě, sledovat nepříznivé reakce pacienta. Problémem v komunikaci mohou být různé bariéry, jak na straně pacienta, tak na straně zdravotníka. Bariéry na straně pacienta se mohou týkat neochoty svěřit se s problémy, pacient rovněž vyžaduje individuální přístup a sestra musí mít na paměti i multikulturní problémy. Na straně zdravotníků může být problém v osobním postoji, hodnotách a přesvědčení, což může zdravotníka ovlivnit v tom, do jaké míry je rozhovor zaměřen na pacienta. Dalším problémem bývá nedostatek komunikačních dovedností. Mezi faktory, které mohou omezit komunikaci patří ignorování emocí pacienta, odtažení se, poskytování falešné naděje, zabýhání v tématu rozhovoru, soustředění pouze na tělesné symptomy, neschopnost rozpoznat problémy, málo diagnostických dovedností (O'Connor a Aranda, 2005).

Pokud terminálně nemocný je fázi, kdy už téměř nevnímá okolí, členové rodiny chodí po chodbě a nevědí, jestli mají čekat a nebo se jít podívat na umírajícího. Je pro ně velmi stresující čekání. Pro rodinu je to jedno z nejtěžších období, buď chtějí situaci uniknout, nebo si uvědomují, že svého blízkého ztrácejí. Sestra musí být připravena příbuzným pomoci, pokud to příbuzný unese, může být přítomen u umírajícího. Důležitá je hodnota mlčení. (Kübler-Rossová, 1992.)

„Zcela jistě a bez nadsázky lze v této problematice označit roli ošetřující sestry za zásadní, nenahraditelnou a velmi náročnou. Díky stálému kontaktu s pacienty je do komunikace nejen maximálně zapojena, ale zároveň i předurčena k duševně zatěžující asistenci při vyrovnávání se nemocných s faktem onemocnění a případných neúspěchů. Členy zdravotnického týmu by měla být navíc vnímána i jako ta osoba, která dokáže být schopna připravit ostatní na případné problémy v komunikaci s konkrétním pacientem, protože ona by nejspíše měla znát jeho pocity, nálady, rozpoložení a představy“ (Vokurka, 2013).

Podstatou pomoci rodině pacientů je využití a rozvíjení jejich schopností poskytnout pacientům zejména citovou podporu, akceptovat průběh nemoci a vyrovnat se se zármutkem a ztrátou. Pomoc rodině začíná již při sdělení diagnózy. Důležité potřeby členů rodiny jsou např. ujištění o tom, že nemocný nemá velké obtíže, netrpí, rodina potřebuje dostatek informací (Plevová a kol., 2011). Obtížnou situací je sdělení, že pacient zemřel. Sdělování špatných zpráv je náročné, jednání by mělo mít společenské zásady. Je vhodné mít dostatek času, vhodné prostředí, je důležité vyjádřit soustrast (Kutnohorská, 2007). Příbuzní často chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle nemocného a chtějí být ubezpečeni o tom, že jejich blízký netrpěl. Stále platí zasílání telegramů, které mohou mít pro příbuzné šokující události. Problematické bývá rovněž předávání pozůstalosti (Haškovcová, 2002). Sestra si musí uvědomit, že rodina a příbuzní budou potřebovat pomoc, nesmí kritizovat a odsuzovat chování rodinných příslušníků. Může rodinu zapojit aktivně do péče (Mastiliáková a kol., 2003).

Nemocní, kteří nemají nikoho blízkého, chtějí mít alespoň „svou“ sestru. Mnohdy se upnou na jednu z ošetřujících sester, která je jim určitým způsobem blízká. Mnohdy se stává, že příbuzní jsou daleko, není pak zaručeno, že v okamžik smrti budou stát u umírajícího (Haškovcová, 1989).

Doba bezprostředně po úmrtí je charakteristická ohlušením, pozůstalí často ještě nechápou, že jejich blízký odešel, může se stát, že sestra narazí na nepřátelský, odmítavý postoj pozůstalých. Existuje i speciální poradenství v období truchlení. Zármutek trvá zpravidla 1 rok. Sestry mohou pomoci několika způsoby, mohou

pomáhat jasněji si uvědomit a sdělit svoje pocity, důležité je poskytnout prostor a čas (Plevová a kol., 2011).

1.8. Syndrom vyhoření

Pod pojmem syndrom vyhoření chápeme stav vyčerpání, který je důsledkem chronicky stresových pracovních podmínek. Vzniká u těch, kteří se dlouhodobě zabývají situacemi emočně náročnými. Zejména se objevuje u pomáhajících profesí, důležitou roli zde hraje zátěž, ale i selhání osobních obranných mechanismů. Syndrom vyhoření je proces, který se objevuje v průběhu povolání, někdy se může dostavit velice brzy. Syndrom vyhoření zasahuje jedince nejen v osobní sféře, ale i zhoršuje kvalitu jím poskytovaných služeb. Syndrom vyhoření lze vidět i jako sociální problém. Emocionální vyčerpání se projevuje tím, že nechce slyšet trápení, starosti, začíná distancovat, vytrácí se radost kontaktu s lidmi. Psychické vyčerpání se projeví změnou postojů k životu, sestra vše vidí jako problém, je cynická, pesimistická, ztrácí smysl pro práci, života, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. Tělesné vyčerpání se projeví únavou, slabostí. Únava je spojena s pocity viny a selhání. Může dojít ke zneužívání návykových látek. Změny v sociálních vztazích se projevují stahováním se, vyhýbání se lidem, převažuje lhostejnost. K prevenci syndromu vyhoření patří zejména sociální opora, zejména v rodině, ale i od kolegů, přátel. Prevence na osobní úrovni znamená vytvořit si vlastní, smysluplný, fyzicky příjemný život mimo roli sestry. Je důležité hledat rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje a tím, co nám dodává sílu. (Bartošíková, 2006).

Syndrom vyhoření vzniká tam, kde je člověk vystaven velké psychické zátěži, obecně tam, kde člověk pracuje s lidmi. Vyvolává napětí, podrážděnost, vyčerpání. Má své fáze. První je nadšení, kdy je vysoká pracovní nasazenost, vysoký výkon a velké osobní ideály. Druhou fází je stagnace, požadavky ze strany pacientů, kolegů, začínají obtěžovat. Ve třetí fázi dochází k frustraci, kdy sestru už pacient obtěžuje, je nepříjemná, vlastní činnost je zklamáním. Ve čtvrté fázi dochází k apatii, sestra se věnuje pouze stereotypním úkonům, je nepřátelská jak vůči pacientům, tak vůči

kolegům. Poslední fází je vlastní vyhoření, sestra už je zcela vyčerpaná, je cynická, práce pro ni ztratila smysl. U sester bývá nespokojenost sama se sebou, zveličují obtíže, s pacienty se snaží trávit co nejméně času. Trpí úzkostí a hněvem. Na syndromu vyhoření se podílí celá skupina faktorů, jako např. nedostatek personálu, hodně služeb atd. vyšší riziko syndromu vyhoření je právě u sester pečujících o terminálně nemocné. Neléčený syndrom vyhoření může mít psychické i somatické následky. Sestra často lituje volby své profese, nedostatečné finanční ohodnocení bývá též problém. Proti syndromu vyhoření je nutné bojovat, důležitá je potřeba dostatečného a pravidelného odpočinku. Je vhodné, aby se sestra naučila i asertivní strategie. Sestra by se neměla vzdávat koníčků, přátel, kulturních akcí (Haškovcová, 2007). Pro sestry může být náročné o pacienty pečovat i z toho důvodu, že s nimi často navozují blízký vztah. Neustálý kontakt se smrtí může vést k přemíře zármutku a velké tísní. Aby se sestra mohla starat o umírající pacienty, musí mít naplněné vlastní potřeby, pečovat o sebe a být schopna sebereflexe (O'Connor a Aranda, 2005).

Pro sestru je důležitá duševní hygiena. Pod tímto pojmem rozumíme udržení duševního zdraví, posílení odolnost proti vnějším vlivům, péče o umožnění optimálního fungování duševní činnosti. Zabývá se zdravými lidmi., ale i těmi, u kterých se projevují náznaky porušení duševní rovnováhy. Důraz je kladen na sebevýchovu, zrání osobnosti a duševní klid (Křivohlavý, 2003). Mezi navržená řešení k udržení duševního zdraví sestry patří vytvoření zdravého pracovního a rodinného zázemí, podpora správné komunikace, důležité je dodržovat odpočinek i zaměstnání, minimálně pauza na oběd, nezbytné je dodržování správného stravování a dostatek tekutin, nekouřit, alkohol pít minimálně, udělat si čas na sebe, na svůj osobní život, nepřepínat sebe, rozdělení pravomocí, jak doma, tak v zaměstnání. Důležité je rovněž uznání vlastních chyb, naučit se omlouvat, podporovat spolupráci (Šišláková, 2006)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro bakalářskou práci byly stanoveny cíle:

1. Zmapovat postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu
2. Zmapovat možnosti vyrovnávání se sester s péčí o umírající klienty a jejich rodinné příslušníky a jejich využívání

2.2 Výzkumné otázky

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je úloha sestry v péči o klienta v terminálním stádiu?
2. Jak se sestra dokáže vyrovnávat s každodenním pohledem na umírající?
3. Jak sestra dokáže přistupovat k rodinným příslušníkům?
4. Jak sestra bojuje proti syndromu vyhoření?

3 Metodika

3.1 Operacionalizace pojmů

Postoj

Postoj je charakterizován jako relativně stabilní charakteristika, částečně vrozená, většina se získává během života. Postoj není neutrální, vyjadřuje hodnocení různých objektů. Postoj tvoří každodenní součást naší komunikace. Umožňuje člověku adaptovat se na prostředí. „Je to psychologická tendence, které se objevují v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání“ (Výrost a Slaměnik, 2008, s. 142).

Terminální stádium

Terminální stav označuje postupné a nevratné selhávání vitálních funkcí a orgánů, končící smrtí. Tento stav bezprostředně předchází smrti. „Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze n terminální stav“ (Kelnarová, 2007, s. 10).

Léčebny dlouhodobě nemocných

Tato zařízení začala vznikat v 70. letech. V současné době je v ČR 7194 lůžek pro dlouhodobě nemocné. Jsou to lůžková zařízení, která navazují na akutní lůžka a slouží k doléčení dlouhodobě a chronicky nemocných. Většinou se jedná o klienty vyšší věkové kategorie, nesoběstačné klienty a osoby závislé na odborné pomoci. Důvodem k hospitalizaci může být i sociální situace nemocných. (Kalvach, 2004).

3.2 Metodika výzkumu

Téma bylo zpracováno na základě odborné literatury. K vypracování výzkumné části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. K získání dat byla zvolena metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru (in – depth interview). Metodou hloubkového rozhovoru rozumíme nestandardizované dotazování jednoho respondenta jedním výzkumníkem pomocí otevřených otázek. (Švaříček a Šedová, 2007). Výzkum probíhal od února do května 2014 v nemocnici Český Krumlov na Oddělení následné péče na všech 3 stanicích. Výzkumné šetření povolila hlavní sestra (příloha). Rozhovory byly vedeny se sestrami podle předem připravených otevřených výzkumných otázek (příloha), které byly v průběhu rozhovoru doplňovány. Respondenti souhlasili s provedením rozhovoru a byli informováni o jeho účelu. Pět rozhovorů bylo nahráváno na diktafon a následně přepsáno do písemné formy, jedna respondenta si nepřála být nahrávána, její rozhovor byl zapisován ručně a poté formou nepřímého přepisu přepsán do počítačového programu. Rozhovory byly anonymní, sestry uváděly pouze základní identifikační údaje, týkající se jejich věku, vzdělání, praxe ve zdravotnictví a délku praxe na oddělení následné péče.

Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny, několikrát pečlivě prostudovány. Rozhovory se sestrami byly očíslovány číslem 1 až 6. Na tyto jednotlivá čísla je v textu odkazováno např. R1 – respondenta 1. Dále byly v rozhovorech očíslovány řádky, aby bylo na ně možné v textu odkazovat. Metodou papír a tužka, byly v textu zvýrazněny důležité informace. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování papír a tužka. (Švaříček a Šedová, 2007). Metodou tužka a papír byly rozhovory kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Zjištěné informace byly rozděleny do 4 kategorií a deseti podkategorií. V rozhovorech byla vyhledána slova, kterými se respondenti vyjadřovali k jednotlivým podkategoriím. Jednotlivé kategorie a podkategorie byly zpracovány do přehledných schémat. Na jednotlivé podkategorie je v textu odkazováno.

Rozhovory probíhaly přímo na pracovištích. Od února do dubna 2014. Doba, po kterou jednotlivé rozhovory probíhaly, se pohybovala přibližně v časovém rozmezí od čtyřiceti pěti minut do šedesáti minut.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen šesti sestrami pracujícími na Oddělení následné péče V Českém Krumlově na 3 stanicích.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk	28	27	52	29	42	29
Nejvyšší dosažené vzdělání	VOŠ	SZŠ	SZŠ	VOŠ	SZŠ	SZŠ
Počet let praxe	5	7	31	6	15	8
Délka praxe na oddělení ONP	5	7	14	5	4	8

Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 respondentů ve věku 27 až 52 let. Průměrný věk respondentů je 34 let. Dvě respondentky mají vyšší odborné vzdělání, ostatní středoškolské a jedna má specializaci v oblasti gerontologie. Všichni respondenti pracují jako všeobecné sestry, respondent č. 5 je muž. Délka praxe respondentů je 5 až

31 let. Průměrná délka praxe je 12 let. na oddělení ONP je délka praxe čtyři až čtrnáct let.

4 Výsledky

4.1 Kategorie terminální stádium

Kategorie Terminální stádium je zaměřena na základní znalosti sester o terminálním stádiu (Schéma 1). Po podrobném rozboru získaných informací o znalostech sester byla vytvořena kategorie Terminální stádium a další 3 podkategorie a to Definice, Délka a Četnost setkání s umírajícím. V jednotlivých kategoriích jsou kódovány výrazy, kterými respondenti terminální stav popsali.

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenti mají znalosti o terminálním stádiu, každý z respondentů popisoval terminální stádium jinak, ale shodovali se v tom, co znamená. R1/ 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 16, popisuje terminální stádium jako konečné u nevyléčitelné nemoci, má různou délku, může trvat několik dní i týdnů. *„Může trvat několik dní ale u někoho i několik měsíců, délka je různá.“*

R2 / 94, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106 vidí terminální stádium: *„Je to konečné stádium nevyléčitelné nemoci, může trvat chvíli, ale i několik týdnů.“* Respondentka popisuje, že se s terminálně nemocným setkává často, uvádí, že alespoň jeden umírající je vždy na oddělení, hodně klientů mají s onkologickou diagnózou.

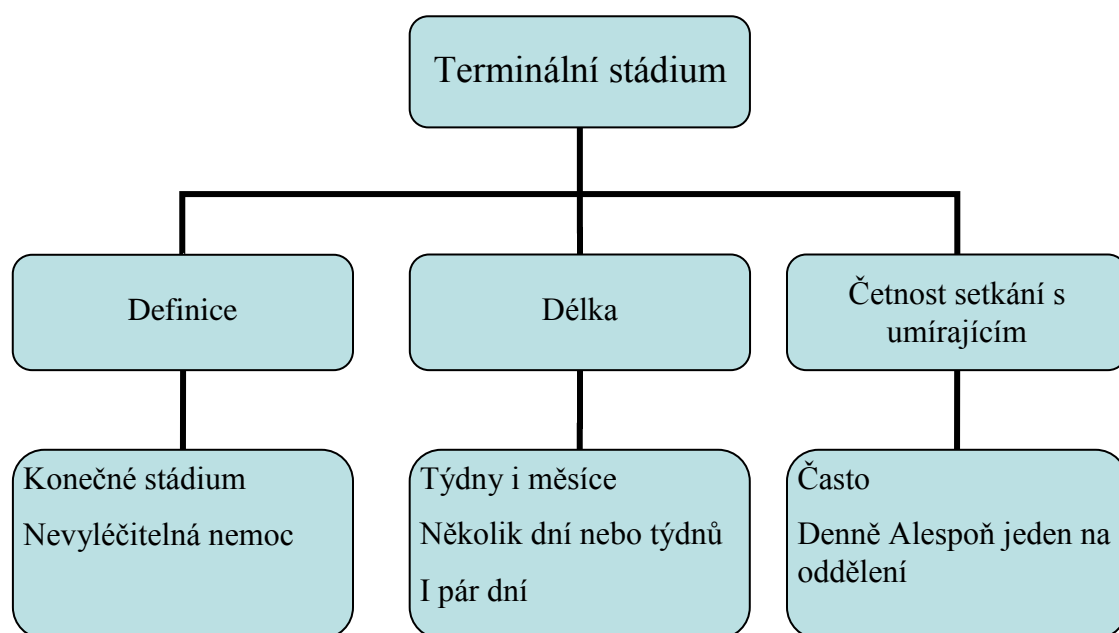
R 3/ 178, 179, 180, 181, 184, 185, 186, udává rovněž terminální stav jako konečné stádium. *„Může to být dlouhé, ale i pár dní.“* Uvádí, že se setkává s terminálně nemocnými denně, nestává se, že by neměla na oddělení umírajícího klienta. Uvádí, že po letech praxe dokáže už leccos předvídat.

R 4 / 255, 256, 260, 261, 262, 263, se zmiňuje o konečném stádiu, kdy léčba už nezabírá nebo nelze léčit, dochází postupně ke smrti, liší se v délce. *„Ten čas je různě dlouhý, někdy je to otázka chvíli, někdy to trvá týdny i měsíce.“* Na otázku jak často se setkává s terminálně nemocným, odpovídá, že často, nedokáže přesněji specifikovat. Rovněž zmiňuje hodně onkologických diagnóz.

R 5 / 329, 330, 340, 347, 348, 349 popisuje, že se s terminálně nemocným setkává často, zmiňuje se o konečném stádiu, kdy je nemoc nevléčitelná, uvádí rovněž skladbu klientů na oddělení.

R6/ 399, 400, 401, 402 uvádí rovněž délku terminálního onemocnění na dni i týdny, kdy se jedná o konečné stádium nemoci.

Schéma 1 – Kategorie Terminální stádium



4.2 Kategorie Potřeby umírajících

Kategorie Potřeby umírajících se zaměřila na znalosti respondentek o jednotlivých potřebách a jejich uspokojování. Rozhovorem bylo zjištěno, zda a jak sestry potřeby uspokojují. Kategorie byla rozdělena na 2 podkategorii, Biologické a Psychické, a sociální potřeby (Schéma 2). K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny výrazy, které jsou kódovány v rozhovorech. V hloubkových rozhovorech bylo zjištěno, že sestry uspokojují všechny potřeby bez rozdílu, snaží se přistupovat ke klientům individuálně a všechny potřeby jsou pro ně stejně důležité.

Všichni respondenti začali na téma potřeby nejdříve hovořit o biologických potřebách, každý jednotlivý respondent je nazýval jinak. Stejnou důležitost pro všechny bez rozdílu představovaly psychické potřeby. R 1 / 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, popisuje, že zajišťuje všechny potřeby, ty základní, hlavně stravování, koupání, krmení. Dekubity převazuje dle potřeby nebo jedenkrát denně, dle stavu pacienta buď dopomáhá nebo přejímá péči sama. Při kontaktu s pacientem ho pozoruje, zda má bolesti. *„Pak navrhuji doktorovi i zvýšení dávky analgetik“*. *„Pro mě je důležité mít k pacientovi pořád lidský přístup.“* Snaží se chovat profesionálně. Pacienta bere jako celek. *„Snažím se neopomenout strach, nejistotu, úzkost, deprese, vše, co se může dostavit a snažím se předcházet.“* Důležité je pro ni zajištění péče o pokožku, dekubity. Dekubity buď vzniknou u nich nebo s nimi přijdou klienti z jiného oddělení. Spolupracuje s lékařkou i staniční, dle stavu mění léčbu. Důležitost přikládá rovněž vyprazdňování, zejména u ležících klientů bývá často zácpa, sleduje frekvenci stolice a reaguje na to dle svých kompetencí. S klientem se snaží komunikovat kdykoliv je na pokoji. *„Stav se mění a podle toho musíme reagovat.“*

R 2 / 109, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, rovněž zajišťuje komplexní péči dle stavu pacienta, většinou v terminálním stádiu je péče postupně úplná, hodnotí stav pravidelně a dle toho reaguje. Rovněž uvádí, že dbá na hydrataci, výživu, prevenci dekubitů. Péči o dekubity věnuje velikou péči, dbá na bolest. Snaží se řešit i ty potřeby, které mohou vzniknout. *„Sestra řeší problémy ty, které jsou aktuální, i ty, které je třeba předvídat.“* *„U nás máme zavedené různé kategorie a když má*

pacient kategorii 4, což většinou už mají, to znamená komplexní péči, takže má zavedenou monitoraci stravy, tekutin, zavedenou cévku a většinou pleny nebo ho dáváme na mísu, podle stavu, zda je schopen taky spolupracovat, hodně bývají nemluvní, hlavně pár dní před smrtí.“ Pokud si to pacient nebo rodina přeje, zajišťuje i faráře.

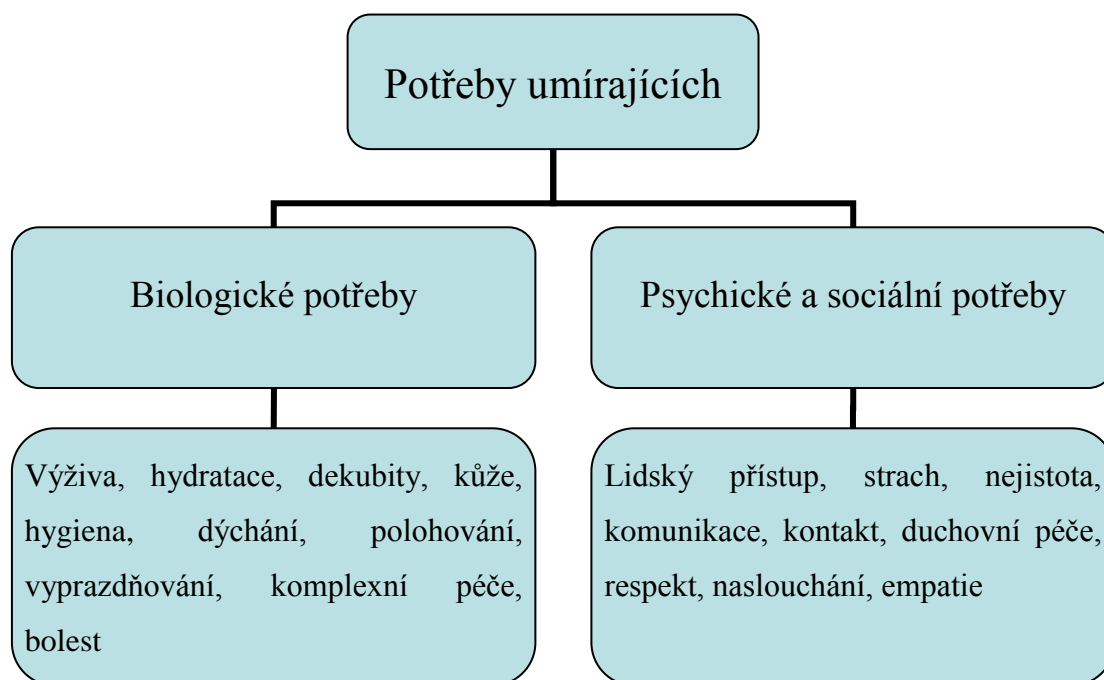
R 3 / 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, udává, že postupně dochází k tomu, že péče přechází na ošetřující personál. „ *Někdy se staráme komplet, někdy dopomáháme, ale opravdu ke konci je ta péče většinou komplexní, postupně odchází před očima.*“ Rovněž zajišťuje hygienu, stravování, bilanci tekutin, hodnotí a převazuje dekubity a jiné rány. Zmiňuje také bolest, podle ní většina nemocných potřebuje vysoké dávky analgetik. „ *Začíná se od těch mírnějších analgetik, ale spousta pacientů umírá s velkou dávkou Morphinu.*“ Snaží se respektovat klienta, bere ohled na jeho psychický stav, hodně si s ním povídá, pokud o to stojí nebo jen poslouchá, když uzná, že klient nepotřebuje odpovídat. Zmiňuje rovněž význam přítomnosti duchovního u věřících, má možnost ho zavolat, když si to klient nebo rodina přeje. Respondentka zmiňuje problém s klienty, kteří patří ke skupině Svědků Jehovových. „ *S těmi bývá obrovský problém, ale já to neřeším, neříkám na to svůj názor před pacientem, respektuji jeho víru, ať si věří v co chce.*“

R 4 / 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283 vidí uspokojování potřeb tak, že rovněž zajišťuje všechny, bez rozdílu, zajišťuje péči o výživu, všímá si stavu hydratace, udává, že monitoraci stravy a tekutin mají už všichni terminálně nemocní. Zmiňuje se rovněž o podávání Sippingu, jako jsou Nutridrinky apod. Hovoří o prevenci dekubitů, zejména častým polohováním a používáním pomůcek, klienty se snaží i motivovat a zapojovat do péče. Hovoří o bolesti, většině umírajících klientů podává různá analgetika a hlavně opiáty. Ty dle stavu pacienta zvyšují, upozorňuje na to lékaře. „ *Opravdu se snažíme o to, aby pacient neměl bolest, opiáty dle stavu a potřeby zvažujeme.*“ Důležitá je pro ni i psychická stránka klienta, dbá na komunikaci, snaží se o častou přítomnost u klienta, myslí i na důstojnost. Hovoří o tom, že volá duchovního, když si klient přeje.

R 5 / 350, 351, 352, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 632, 363, 364 popisuje zajišťuje rovněž základní potřeby, čímž rozumí pití, stravování, monitorace kůže, hovoří o bolesti a spolupráci s lékařem, dle stavu klienta buď přebírá komplexní péči nebo dopomáhá, dbá na psychickou stránku klienta a zároveň udává, že nikdy nebere naději.

R 6 / 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420 dbá u terminálně nemocného hlavně na základní potřeby jako monitorace stravy a tekutin, zmiňuje se o tom, že se snaží klienty rozveselit, komunikuje s nimi kdykoliv je na pokoji.

Schéma 2 – Kategorie Potřeby umírajících.



4.3 Kategorie Náročnost péče

Kategorie Náročnost péče o terminálně nemocného se zaměřila na to, jak respondenti pohlíží na svoji práci o umírajícího. Rozhovory byly podrobeny podrobné analýze a z toho vyplynulo, že sestry vnímají fyzickou náročnost o umírajícího jako stejnou o klienta s jakoukoliv jinou diagnózou, mívají problémy spíše s psychickou stránkou a komunikací, jak s umírajícím, tak s rodinou.

R 1 / 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, popisuje svůj pohled na náročnost péče tak, že je to různé, někdy je pro ni horší péče o někoho, kdo neumírá, než o toho umírajícího, mívá strach z toho, aby něco nepokazila. „*Neřekla bych, že je to těžší fyzicky, spíš psychicky, nevadí mi pohled na umírajícího*“. Komunikaci bere jako jednu z nejdůležitějších činností u klienta, snaží se s ním mluvit vždy, když je na pokoji, pokud to situace a stav umožňuje. Důležitost přikládá tomu, co klient o své nemoci ví, podle toho s ním jedná. Pokud s ním komunikuje, má strach, aby něco nepokazila, tak když neví, raději mlčí. Popisuje, že se jí ještě nestalo, aby s klientem hovořila přímo o smrti. Přiznává, že někdy nastane situace, kdy si neví rady. „*Prostě si tím každý musí projít a mluvit často s umírajícím, aby věděl jak na to, aspoň trošku, nedá se to naučit, to musí mít sestra v sobě*.“ Jako všichni respondenti popisuje problematiku jednání s rodinou klienta, kdy neví, s jakým člověkem přijde do styku a jak s ním jednat, ale zároveň popisuje, že se snaží co nejlépe to dokázat. Nepříjemné je jí předání pozůstalosti.

R2 / 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145 náročnost péče o terminálně nemocného nějak extra nevnímá, nepřipadá jí odlišná od péče o jiného. Vadí jí to, že málo kdo umí poděkovat, pochválit. Udává, že vzhledem ke skladbě pacientů je zvyklá na péči o terminálně nemocného, nemá problém to zvládnout. Tato respondentka nevnímá jako náročnou ani fyzickou ani psychickou stránku péči o umírajícího. Rovněž uvádí, že je pro ni důležité to, co klient o svém onemocnění ví, podle toho s ním komunikuje, odhaduje, co si může dovolit, snaží se o komunikaci s ním jako s každým jiným, aby se necítil jinak, uvádí, že respektuje to, když klient nechce mluvit. V komunikaci s rodinou se snaží být klidná a

vcítit se do pocitů blízkých, rovněž popisuje, že jí vadí to, když jí nebo celý tým někdo napadá z toho, že se o klienta špatně starají. „*Snažím se vyhybat předání pozůstalosti, je mi to nepříjemné.*“

R 3 / 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 231, 232, 233, 234 vnímá péči o klienta v terminálním stádiu jako psychicky i fyzicky náročnou. Myslí si, že je to tím, že jí umírající potřebuje častěji ve všech směrech, udává, že vzhledem ke svému věku už jí zmáhá manipulace s klienty atd., bolí ji pak záda. V komunikaci se snaží zejména vyslechnout, respektuje psychický stav klienta, myslí zejména na strach ze smrti. Uvádí rovněž rozdílnost u klientů, kteří nemluví, dochází ke změnám, např. i vlivem opiátů apod. „*Komunikace s umírajícím pro mě problém není, jen někdy se dostanu do situace, že nevím, co odpovědět nebo nechci něco říct špatně, tak raději mlčím.*“ V komunikaci s rodinou rovněž popisuje nepříjemné předávání pozůstalosti, stejně. Jako respondenta 2 udává, že je jí nepříjemné. Když si rodina stěžuje na péči. Vždy se snaží zjistit, co klient o svém onemocnění ví a podle toho s ním jedná. Udává, že se někdy stává i to že rodina svým přístupem situaci ještě zhoršuje a komplikuje, ale neodsuzuje takové jednání, vnímá to tak, že nikdo neví jak se zachová.

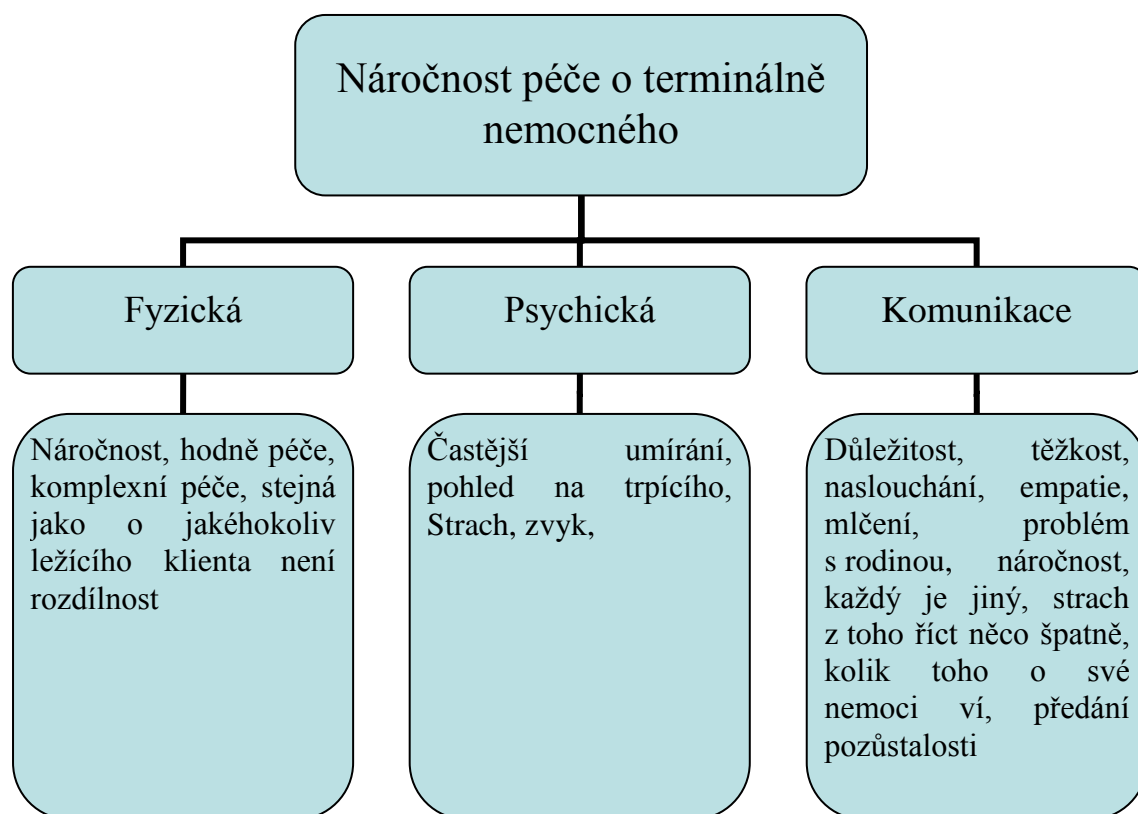
R 4/ 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, popisuje, že z fyzického hlediska je pro ni péče stejná jako o kteréhokoliv jiného klienta a psychicky to pro ni náročné také není, udává, že si zvykla, smrt bere jako přirozenou, snaží se jen pomoci. Vadí jí jen utrpení. S klientem komunikuje kdykoliv je na pokoji, nevnučuje se mu, naslouchá, když je to třeba, je tolerantní. Jako ostatní respondenti uvádí, že zjišťuje, co o své nemoci ví, podle toho k němu přistupuje. „*Obecně je pro mě komunikace citlivější, člověk se může dotýkat různých oblastí a právě sestra bývá často ta, která je nejbliže a pacient se svěřuje.*“ Zmiňuje klienty, kteří nemluví a udává, že ona na ně mluví, i když neodpovídají, nebo se jich alespoň dotýká. V komunikaci s rodinou popisuje to, že musí často řešit i rodinné problémy, které vyplývají ze situace a sestra často musí leccos řešit. Myslí si, že sestra musí umět komunikovat s lidmi a pak se to

naučit i s těmi umírajícími. Na vzniklé situace se snaží reagovat tak, aby neublížila a co nejlépe umí.

R 5/ 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, nevnímá rozdíl mezi umírajícím a jiným klientem, snaží se ke všem přistupovat stejně, hovoří o tom, že k umírajícímu přistupuje do poslední chvíle, jako kdyby měl bolesti páteře. Zdůrazňuje nutnost komunikace, je pro něj důležité, aby klient nevnímal odlišnost.

R6/ 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433 vidí u umírajících zejména fyzickou náročnost, psychickou pouze u předání pozůstalosti, problém s komunikací u klientů ani rodinou nevnímá. Popisuje, že se snaží klienty rozveselit a rovněž vnímá i problémy s rodinou, která reaguje různě, někdy i tak, že napadá zdravotníky ze špatné péče o jejich blízkého.

Schéma 3 – Kategorie Náročnost péče o terminálně nemocného



4.4 Kategorie Syndrom vyhoření

Kategorie Syndrom vyhoření se zaměřila na postoje sester k tomuto problému, na to, jak vnímají syndrom vyhoření, jestli se s ním v praxi setkávají, vznikly podkategorie Projevy a Předcházení (Schéma 4). Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že sestry se se syndromem vyhoření setkávají, umí mu předcházet, jedna respondentka udává, že sama má syndrom vyhoření.

R 1 / 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90 uvádí, že se se syndromem vyhoření setkala jednou, kdy kolegyně odešla a u jedné svojí kolegyně syndrom vidí. Vnímá to tak, že je na ně kladem veliký tlak a někdo to ustojí a jiný ne. Mezi projevy řadí to, že sestra nechce nikoho vidět, únavu z práce a to, že sestra nechce pacienty a obtěžují ji. Syndromu vyhoření předchází tak, že si váží svoji práce, má ji ráda, jezdí na kole a plave, má pozitivní přístup k práci i k ostatním věcem. Přiznává, že jí práce taky někdy zmáhá, ale vždycky se z toho nějak dostane.

R 2 / 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176 popisuje syndrom vyhoření přímo u sebe, dlouho s tím bojuje, nechce pracovat na žádném oddělení, chce odejít ze zdravotnictví úplně. Vnímá to tak, že jí to strašně zmáhá, bere jí to síly na osobní život a nechce takhle žít. Ze začátku se to projevovalo tak, že se netěšila do práce, když má jít do práce, tak má úzkost, nechce nikoho vidět, nejradši je doma, sama, chce mít pokoj od lidí, udává, že se cítí jako služka. Rovněž jí vadí nedocnění ze strany nadřízených, svoji nespokojenost se snaží nepřenášet na pacienty. Nedokáže se odprostit od práce, chce všechno změnit, odejít ze zdravotnictví, chce být spokojená a nepřenášet vše na rodinu. Jako řešení vidí to, by mělo být více personálu, přidat finance, podpora nadřízených, více odpočinku.

R 3 / 24, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252 udává, že zažila hodně sester, které byly vyhořelé, tady na oddělení jen pár za celou dobu. Jako projevy vidí zejména nervozitu, podrážděnost, neochota pracovat, neochota pracovat, nezáměr, agresivitu, únavu, ztrátu zájmů, pesimismus. Přiznává, že sama byla někdy

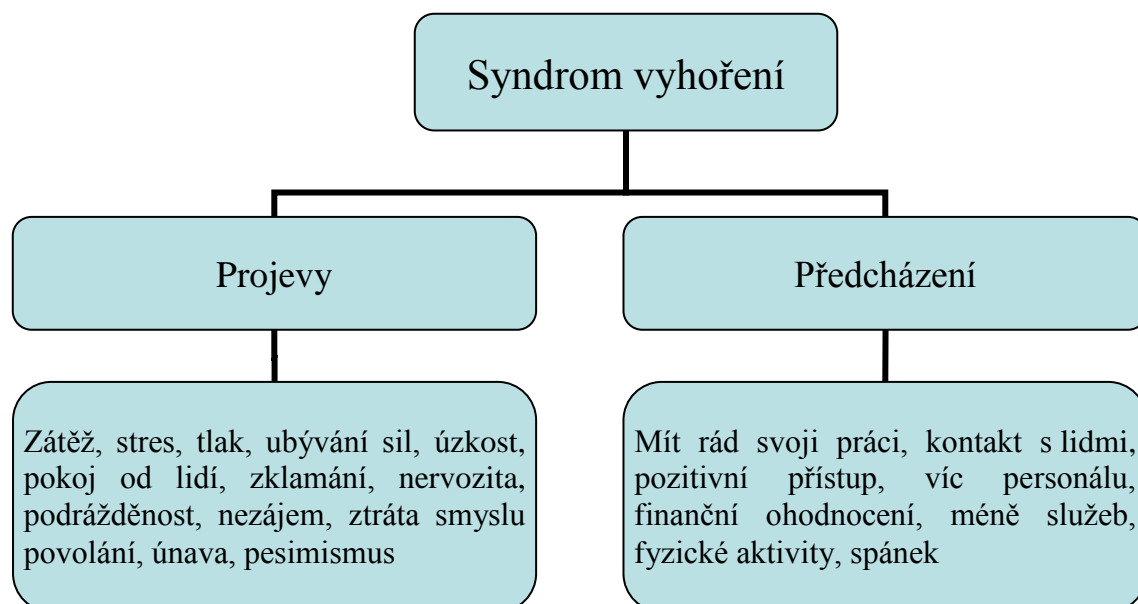
hodně unavená a otrávená z práce, popisuje, že by chtěla už klid, nevadí ji pacienti ani práce, chtěla by do důchodu, vnímá to jako že má už odpracováno. Ráda spí, hodně času tráví na zahrádce, chodí na procházky, vše bere s nadhledem.

R 4 / 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, se se syndromem vyhoření setkala, ani ne moc často, vnímá to tak, že každý má někdy období, kdy je to horší: Mezi projevy řadí pesimismus, podrážděnost, nervozitu, špatný vztah k práci. Syndromu vyhoření předchází pozitivním přístupem ke všemu. „*Snažím se, odpočívám, plavu, vypouštím práci doma, hledám vždycky to lepší, ta práce mě baví a když je toho někdy hodně a jsem naštvaná, jedu na výlet, k rodičům a snažím se si to nepřipouštět.*“

R5 / 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396 hovoří o tom, že na oddělení se syndrom vyhoření moc nevyskytuje, je pro něj důležitá atmosféra, ve které se pracuje. Má svoji práci rád, má zájmy, kterým se věnuje, myslí si, že každý má někdy horší den a je důležité uvědomit si, na jakém oddělení člověk pracuje a že smrt je tady na denním pořádku.

R6 / 434, 435, 436, 437, 438, 439 popisuje, že se se syndromem vyhoření příliš nepotkává, zdůrazňuje kolektivní spolupráci, syndromu vyhoření předchází pozitivním přístupem k práci.

Schéma 4 – Kategorie Syndrom vyhoření



5 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit postoje sester pracujících na oddělení následné péče k náročnosti péče o terminálně nemocné. Zjišťovali jsme znalosti sester o terminálním stádiu, o potřebách umírajících, sestry měly možnost s vyjádřit o tom, jak daný problém vnímají, v čem je pro ně náročný a jak pohlíží na samotné umírání na oddělení, na kterém pracují. Cílem zjištění byl rovněž pohled sester na syndrom vyhoření a jejich vlastní zkušenost k předcházení syndromu vyhoření.

V první části výzkumu jsme se zaměřili na obecné znalosti sester o terminálním stádiu a na to, jak nahlíží na terminální stádium. Znalosti jsou shrnuty do kategorie Terminální stádium a rozděleny do dalších třech podkategorií. Všichni respondenti popisovali terminální stádium podobně. Na otázku, co chápou pod pojmem terminální stav onemocnění se shodli, že se jedná o konečné stádium nevléčitelné nemoci. Jak uvádí Vorlíček a kol. (1998) terminální stádium je postupné a nevratné selhávání životních funkcí, které končí smrtí jedince. Respondenti rovněž popisují, že terminální stádium má různou délku. R4 udává: „ *Ten čas je různě dlouhý, někdy je to otázka chvilky, někdy to trvá týdny i měsíce.* “ Šafránková a Nejedlá (2006) popisují terminální stav jako konečnou fázi života, která může být různě dlouhá , zejména, když je nemocný nevléčitelně nemocný. Všichni respondenti se shodli na tom, že s umírajícím klientem se setkávají často. R 2 říká: „ *Mezi ostatními pacienty, kterých máme na oddělení 34 je téměř vždy alespoň jeden v terminálním stádiu, někdy i několik* “. Četnost kontaktu sester s umírajícím klientem je dána samotným typem oddělení, na oddělení následné péče jsou předáváni klienti nevyžadující akutní péči, tudíž i ti umírající a sestry se zde s nimi setkávají více než na jiných odděleních. Sestry toto nevnímají jako problém, naopak to berou jako pochopitelné, že na jejich oddělení se vyskytuje více umírajících klientů. Všichni respondenti berou umírající klienty jako svoji nedílnou součást práce. Zmiňují velké množství onkologických diagnóz mezi jejich klienty. Domníváme se, že respondenti mají dostatečné znalosti o terminálním stádiu, jeho délce i vlivu na psychiku klienta a jeho blízkých. Vorlíček a kol. (1998) popisuje umírání jako časově delší úsek, kdy počátek začínáme vnímat v okamžiku, kdy do pacientova

života vejde v povědomost nemoc, která je neslučitelná se životem. Ačkoliv může mít před sebou ještě dlouhou dobu života, jeho kvalita bývá značně ovlivněna nemocí.

V další části jsme se zaměřili na znalosti sester o potřebách klientů a jejich uspokojování. Obecně jsme zjišťovali, zda sestry znají potřeby umírajících a v jaké míře je dokáží uspokojovat. Vznikla kategorie Potřeby umírajících, která se rozdělila do 2 podkategorií. Všichni respondenti popisovali všechny potřeby bez rozdílu, v úvodu všichni začali hovořit zejména o biologických potřebách, což vnímají jako prvotní, co u klientů zajišťují. Jako základní popisují zejména hydrataci, výživu, prevenci dekubitů, hydrataci, vyprazdňování. R1 zmiňuje: „ *Většinou je komplexní péče, někdy trvá celou dobu, někdy se zhoršuje.*“ Respondenti hovoří o tom, že u klientů péče přechází postupně z dopomoci do komplexní péče. Trachtová a kol. (2013) popisuje pojetí potřeb z pohledu holistického přístupu k člověku. Tímto pojetím člověka se sestry řídí. Chápou člověk jako bytost, na kterou působí mnoho vlivů a s tím i pracují. Rozlišují klienty dle diagnóz a stádií nemoci, snaží se zachovat lidskou důstojnost. Důležitým prvkem je bolest, kterou nemocní často trpí a sestry ji musí řešit. Sestry vnímají jako pozitivní to, že mohou spolupracovat s lékařem na volbě léčby. Mohou se samotně rozhodnout dle aktuálního stavu, jak k bolesti přistupovat. Dle starších sester se doba, kdy sestra může říct svůj názor a je na něj braný ohled posunula výrazně dopředu. Respondenti se neřídí striktně ordinací lékaře, ale při kontaktu s klientem se rozhodují a diskutují s lékařem o vhodné léčbě. Léčbu bolesti vnímají jako jednu z nejdůležitějších priorit, sestry nechtějí, aby jejich klient trpěl. Ví o tom, že z bolesti mají jejich klienti veliký strach. Zmiňují se rovněž o péči o psychiku nemocného, o duchovní péči. Je to pro ně stejně důležité, jako zajištění základních potřeb. Často musí řešit strach ze smrti, jak ze strany klientů, tak ze strany jejich rodin. Sestry popisují i význam naslouchání. Pro sestry je důležité, aby věděly, co klient o svém onemocnění ví, pokud nemají informaci o tom, co klient o svém stavu ví, přistupují k němu opatrněji a snaží se to zjistit. Jako negativum vnímají nedostatek času na klienty, nejen na umírající. V literatuře Zacharová a kol. (2007) zmiňuje, že sestra musí jednat s pacientem jako s člověkem, musí se bránit vlastní únavě, momentálnímu stavu, deformaci a chápe klienta v souvislosti jako bytost se všemi potřebami. Toto tvrzení popisují i sestry, snaží se brát v úvahu strach, bolest,

úzkost i agresi klienta vůči svojí osobě, neberou ho jen jako zátěž a neprovádí u něj jen nutnou péči, aniž by na něj promluvíly a pohladily ho. R4 uvádí: „ *Kromě těch základních potřeb já osobně dbám na komunikaci, přítomnost u pacienta častou. Snažím se vždy zachovat jeho důstojnost, aby se necítil jako kus, který sem přišel umřít. Taky domlouvám faráře, když si to nemocný přeje nebo když si to přeje jeho rodina.*“ Snaží se respektovat psychický stav, ve kterém se klient nachází, pokud to není na místě, ani příliš nemluví, sestry se shodly na tom, že se snaží situaci odhadnout, jak zrovna jednat v danou chvíli. Sestry přiznávají rovněž, že dělají i chyby, které si následně uvědomují. Jednání s klientem se museli naučit a stále je něco překvapí, nedá se řídit manuálem, jak přistupovat ke klientovi, vše je hodně individuální a sestra se musí někdy nad situací povznést a brát ji jako profesionál. Neměla by pochybit, i když přiznávají, že i to se stává. Svým tvrzením sestry potvrdily jednotlivé fáze smírání s procesem umírání dle Kübler- Ross (Křivohlavý 2002). Sestry nepřímou popsaly, že se snaží respektovat klienta, ať se nachází v kterékoliv fázi. Překvapením bylo, že sestřám nevadí pohled na umírající klienty a péče o ně. Sestry shodně uvedly, že si zvykly na umírající klienty. R5 popisuje: „ *Nevnímám rozdíl mezi umírajícím a jinak nemocným. Snažím se starat všechny stejně, já jsem si tuhle práci vybral a snažím se v ní být dobrý.*“ Naopak sestřám vadí více péče o problematické a agresivní klienty, než o ty umírající. Respondenti rovněž uvádí to, že každý na tomto oddělení pracovat nemůže, sestra musí být připravená na umírání a zvyknout si na to, že jí klienti často umírají. Pokud toto nezvládne, nemůže na oddělení pracovat. S tímto názorem se s respondenty shodují, je nesmírně důležité, aby sestra od začátku věděla, kam nastupuje a byla vnitřně smířená s tím, že je svědkem častého konce života. Pokud si toto neuvědomí a situaci následně nezvládá, je opravdu nejlepším řešením, když oddělení opustí a najde si jiné pracoviště, kde by se mohla lépe realizovat. Na uspokojování potřebách umírajících vidí sestry řadu pozitiv i negativ. Jako negativa vnímají především nedostatek času na klienta, tudíž se mu nemohou věnovat tak, jak by chtěli. Dále jim chybí potřebné vybavení a pomůcky, které by situaci ulehčily. Problém vidí také v nedostatku personálu, zejména ošetřovatelek a pečovatelek, který by jim byl k ruce. Jinak sestry dokáží poskytovat kvalifikovanou péči dle svého nejlepšího svědomí, vzhledem k tomu, jak jim to situace

umožní. Jako pozitivní vnímají to, že mohou o své klienty pečovat a to je naplňuje. Zmiňují rovněž důležitost přítomnosti rodiny nebo někoho blízkého. Jsou si vědomy toho, že pro klienta je důležité nebýt sám a mít do poslední chvíle kontakt s okolím. Snaží se jim dopřát co nejvíce kontaktu, jak to situace umožní. Přesto, že člověk neumírá doma, dle svých možností a možností oddělení mu zajišťují kontakt s rodinou. Kutnohorská (2007) popisuje situaci tak, že umírající nemá možnost čekat na smrt v náručí blízkých, nechce být sám a touží po přítomnosti druhého, nejraději rodinného příslušníka, ale přijme i profesionála, poslední okamžiky života by se měly zlidštit. Toto si sestry uvědomují a přistupují tak ke svým klientům. Sestry nezapomínaly ani na duchovní potřeby, respektují náboženské vyznání, i když s ním osobně nemusí souhlasit. Ovšem pouze do té míry, dokud to neobtěžuje okolí. Sestry potřeby u umírajících uspokojují stejně u klientů s jinými diagnózami, nevnímají rozdíly. Počítají s tím, že u umírajících jsou potřeby mnohem více zvýrazněny a bez rozdílu všechny zasahují nemocného a ony na ně musí reagovat. Kutnohorská (2007) zdůrazňuje, že úkolem sestry v péči o umírajícího je zejména to, aby udržovala u klienta pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty. Sestra by měla u klienta zajistit, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese.

Výzkumem jsme dále zjišťovali, jak je pro sestry náročné pečovat o terminálně nemocné. Vznikla kategorie Náročnost péče o terminálně nemocného, která má tři podkategorie. Respondenti se zde rozcházel, pro některé, zejména starší sestry, je péče náročná fyzicky, ovšem opět ne pouze o ty terminálně nemocné, ale i o ty s jinou diagnózou. Jiní respondenti uváděli naproti tomu psychickou zátěž, obecně sestry mají strach z toho, aby něco neudělaly špatně, spíše v oblasti komunikace. Z hlediska fyzické zátěže sestry nevnímají jako zátěž konkrétně terminálně nemocného, ale kteréhokoliv klienta, který je ležící. Je pochopitelné, že u lůžka umírajícího tráví hodně času, snaží se o kontakt kdykoliv jsou u lůžka nebo jen projdou na pokoji. Snaží se tak klientovi dát najevo svoji blízkost. Jak uvádí Minibergerová a Dušek (2006) lidé potřebují mít jistotu, že se o ně postarají kompetentní ošetřovatelé a lékaři. Ve finální části života je pro klienta důležitá blízkost. Konfrontace se smrtí má u umírajících velice individuální průběh. Záleží na stavu, v jakém se klient nachází a také na tom, zda ví, že se blíží ke

konci. R 2 popisuje situaci: „*Hodně lidí si myslí, že je to psychicky náročné, ale mě zrovna to, že umírá, náročné nepřijde. Vadí mi daleko více někdo. Kdo neumírá, ale pořád si vymýšlí, vadí mi přístup k sestřám, ta péče konkrétně o terminálně nemocného mě nezatěžuje, nevnímám to nějak odlišně.*“ Domnívám se, že respondenty v jejich pohledu na náročnost péče ovlivňuje jejich věk, délka praxe a zkušenosti, osobnost jednotlivých respondentů. Respondenti se shodli, že problémem bývá komunikace s umírajícími i jejich rodinou. Nikdo si nebyl zcela jistý, zda nedělá nějakou chybu v komunikaci a strachem bylo zejména to, aby svým chováním klientovi nějak neublížili, i když nevědomě. Respondenti vyjádřili důležitost komunikace při každém kontaktu s klientem. Snaží se hovořit s umírajícím jako s každým jiným a vyčkávají a odhadují, co si mohou dovolit, zda klient vůbec stojí o rozhovor, snaží se ho rozptýlit. Všichni vyjádřili obavu nad tím, zda přistupují k dané situaci správně. Postupují často dle své intuice a vypořádané zkušenosti. Nejdříve se snaží zjistit, zda klient svou situaci vůbec akceptuje, zda je toho schopen. Vyhýbají se přímo otázkám smrti, je jim to nepříjemné, vlastně neví, co mají odpovídat, aby neublížili, vyjádřili rovněž obavu nad tím, když se jich klient přímo zeptá na to, že umírá. Pokud to situace vyžaduje baví se s ním o běžných věcech a o tom co ho trápí. Respondenti zmiňují, že se nedá pohled ani jednání s klientem globalizovat je třeba brát v úvahu individualitu každého jedince. Vymětal (2003) upozorňuje, že je třeba brát v potaz celkový zdravotní stav, věk, životní situaci, intelekt, zkušenosti umírajícího. Rovněž ale přiznávají, že klienti moc přímo o smrti nemluví. Samy sestry popisují důležitost mlčení. Nejen u klientů v agónii mlčení jako důležitou součást své účasti v posledních chvílích života. Svým chováním sestry potvrzují autora Křivohlavého. Křivohlavý (2002) popisuje důležitost neverbálního kontaktu s nemocným. Podle zkušeností se ukazuje, že důležitější než to, co se řekne, je vyjádření beze slov. Autor popisuje celý komplex nonverbálních projevů, od mimiky a pohledu do očí, po doteky, pohlazení, postoj. Dle mého názoru chybí na těchto odděleních psycholog, který by byl alespoň několikrát za týden k dispozici jak umírajícím a jejich rodinám, tak sestřám, které by jistě jeho služby a rady uvítali. Sestry nemají možnost s klienty si tolik povídat a být jim na blízku, i když by chtěli. Myslím, že tento člověk by měl být posilou celého týmu, ale v našich podmínkách se bohužel

k tomu zatím nepřístupuje a když tak výjimečně, ale rozhodně ne tak, jak by bylo třeba. Respondenti uvedli problematické jednání s rodinou a blízkými. Uváděli, že nebývá někdy problém s umírajícím, ale právě s rodinou. Stěžují si na péči a mívají požadavky, které sestry nejsou schopné splnit. Někdy se stává, že rodina se nechce smířit s tím, že jeho blízký umírá a i když samotný klient by dokázal tento fakt akceptovat, zdrcená rodina mu to znemožňuje. Sestra pak musí zvládat nejen péči o umírajícího, ale i o rodinu, která někdy svůj žal obrací právě proti zdravotníkům. Respondenti popisovali problém s předáváním pozůstalosti, když mohou, tak se tomu vyhnou. Je jim to nepříjemné, ale když už k tomu dojde, snaží se chovat profesionálně a rodině pomoci alespoň svým přístupem. Zajímavé bylo zjištění, že sestrám vlastně nevádí komunikovat a starat se o umírajícího, ale ve chvíli, kdy zemře, je jim už nepříjemné, když si rodina přijde pro pozůstalost a ony jsou vystaveny mnohdy nepříjemnému jednání ze strany rodiny. Sami nedokáží popsat, proč tomu tak vlastně je. Dle mého názoru jim celkově nepříjemná situace, kdy jejich úloha v péči o umírajícího skončila a teď ještě zbývá poslední úkol, vypořádat se s rodinou a sestra musí věnovat maximální úsilí tomu, aby jednala s pozůstalými profesionálně, klidně. Uvědomují si, že blízcí prožívají právě těžké období a vyjádří svoji soustrast pozůstalému, často také rodinu znají, mají s ní pravidelný kontakt, protože na oddělení jsou klienti dlouhodoběji, takže sestry určitě mají častější možnost se s nimi setkat, než na oddělení, kde je klient hospitalizován pouze několik dní.

V poslední části výzkumu nás zajímal pohled sester na syndrom vyhoření. Sestry syndrom vyhoření popisují jako situaci, se kterou se setkávají. Jedna respondentka popisuje sebe jako vyhořelou. Vadí jí celková situace sester. Popisuje, že sestra je služka, nikdo jí nepoděkuje, nadřizení se k ní chovají jako ke kusu, nevnímá již nijak prestiž povolání sestry, povolání chce opustit a nevracet se k tomu. Ostatní respondenti popisují, že se se syndromem vyhoření setkali, na oddělení výjimečně. Shodují se na tom, že je práce někdy vyčerpává a oni někdy mají problém s tím, aby situaci ustáli. Vždy je to pro ně ale pouze určité období, které samo přejde. Většinou je to v době, kdy je moc služeb a nemají možnost delšího odpočinku. Všichni respondenti na sobě alespoň náznak syndromu vyhoření pocítovali. Vnímají to jako přirozenou

stránku své profese. Co sestřám vadí nejvíce? Velký počet služeb měsíčně, nedostatek personálu, i pomocného, který by jim usnadnil práci, velké množství administrativy, malá podpora ze strany nadřízených, nízké finanční ohodnocení, snižování prestiže povolání ze strany veřejnosti. Respondenti předcházejí syndromu vyhoření zejména pozitivním myšlením, přístupem k životu. Vyhledávají volnočasové aktivity, snaží se nechápat práci za zdi nemocnice. I když přiznávají, že ne vždy to jde, za pár dní je vyčerpání ze zaměstnání většinou přejde. Velkou podporou je jim rodina a kontakt s přáteli. Křivohlavý a Pečenková (2004) uvádí, že má – li sestra dobře pečovat o klienty, musí pečovat především sama o sebe, pokud není sama v pořádku nemůže pečovat ani o druhé. Toto tvrzení sestry svým postojem potvrdily. Jako prevenci syndromu vyhoření by uvítaly méně služeb, více dovolené, více personálu, a vyšší ohodnocení. Já si myslím, že vzhledem k tomu, že na to, abychom daná opatření zavedli si budeme muset ještě dlouho počkat, takže sestry prozatím opravdu musí dbát samy o sebe a mít rády svoji práci i s problémy, se kterými je spojená. Pak se sestřám syndrom vyhoření snad vyhne a budou moci poskytovat tu nejlepší péči, jaké jsou schopny.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu a možnosti vyrovnávání se sester s péčí o umírající klienty a jejich rodinné příslušníky a jejich využívání.

Během psaní práce bylo osloveno 6 respondentů, pracujících na oddělení následné péče. Všichni byli ochotni se na výzkumu podílet. Z hloubkových rozhovorů bylo zjištěno, že sestry mají dostatečné znalosti o terminálním stádiu, jeho délce. Respondenti rovněž popsali četnost setkání s klientem v terminálním stádiu. Z výpovědi respondentů bylo zjištěno, jak uspokojují potřeby klientů v terminálním stádiu. Dokáží bez rozdílu uspokojovat všechny potřeby, většinou popisovali jako první ty základní, ale neopomněli ani ty psychické a sociální, všechny jsou pro ně stejně důležité a na všechny berou ohled při kontaktu s umírajícím.

Výzkum potvrdil, že respondenti nemají žádný problém s pohledem na umírajícího klienta a péčí o něj. Vnímají ho stejně, jako kohokoliv jiného, snaží se mu poskytnout co nejlepší péči, jakou dokáží, je pro ně důležité, aby netrpěl a umřel důstojně. Na práci s umírajícími si respondenti zvykli a berou to jako součást své práce, zejména na oddělení, na kterém pracují to berou jako samozřejmé. Někdy je to pro některé fyzicky náročnější, vzhledem k vyššímu věku a vlastním zdravotním problémům. Častý kontakt s pohledem na umírajícího je pro ně součástí práce, kterou si sami vybrali.

Z výpovědi respondentů vyplynulo, že mívají problém s komunikací s umírajícím a jeho rodinou. Bojí se toho, aby něco nezhoršili, i když nevědomě svým chováním. Snaží se jednat dle svých schopností a zkušeností a berou v úvahu individualitu každého jedince. Dokáží se povznést nad projevy nedůvěry a agresivity, která je někdy přítomna. Výzkum potvrdil, že respondenti jednájí a komunikují s klientem a jeho blízkými tak často, jak to situace umožní a jednájí profesionálně. Ukázalo se, že respondenti mají obavu z toho, aby neublížili svým chováním, ale přesto s klienty komunikují a ulehčují jim situaci, jak sami nejlépe zvládnou.

Ukázalo se, že respondenti dokáží bojovat se syndromem vyhoření. Popsali, že se s ním setkali a u sebe se mu snaží vyhnout. Pouze jedna respondentka uvedla, že je vyhořelá a nechce v profesi sestry setrvávat. Ostatní popisovali aktivity, kterými syndromu vyhoření předcházejí. Potvrdilo se tedy, že přesto, že respondenti vnímají svoji práci jako velmi náročnou, dokáží relaxovat a odprostit se od práce, aby mohli dále vykonávat svoje zaměstnání.

Po zjištění obav sester ze správného jednání s umírajícím byla jako výstup z této bakalářské práce vytvořena brožura pro sestry Přístup k umírajícímu, kde mají shrnuté obecné zásady, jak jednat s umírajícím. Brožura může pomoci k tomu, aby si sestry ujasnily zásady, jak správně jednat. Jestli jim to v praxi pomůže, záleží spíše na osobnosti jednotlivých sester.

7 Seznam použité literatury

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN: 80-7013-439-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1989. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. ISBN: 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanalogie*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-471-3.

JEDLIČKA, Václav a kolektiv, 1991. *Praktická gerontologie*. Brno: Grafia. ISBN: 80-7013-109-8.

KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0548-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanalogie v ošetrovatelství*. Brno: Litera. ISBN: 978-80-85763-36-2.

KOLEKTIV autorů, 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1720-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth, 1992. *Hovory s umírajícími*. Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn. ISBN: 80-85439-04-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0784-5.

MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-0428-0.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1442-6.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 80-7013-436-4.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1295-4.

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christiane INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN: 978-80-87029-25-1.

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3271-8.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1777-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-1091-4.

ŠČUČKOVÁ, Eva, 2010. Ošetřovatelská a kompletní rehabilitační péče v LDN. *Sestra*, č. 06, ročník 20, s. 67-68. ISSN: 1210-0404.

ŠIŠLÁKOVÁ, Petra, 2006. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*, č. 07, ročník 16, s. 20. ISSN: 1210-0404.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára Šedová a kolektiv, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN: 987-80-7367-313-0.

THEOVÁ, Anne-Mei, 2002. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN: 978-80-87029-24-4.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. Třetí nezměněné – dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN: 978-80-7013-553-2.

VOKURKA, Martin a Jan Hugo, 2008. *Kapesní slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-163-9.

VORLÍČEK, Jiří, Adam Zdeněk a kolektiv, 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-437-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1262-8.

VOKURKA, Samuel, 2013. Komunikace s pacienty a jejich rodinami. *Sestra*, č. 07, ročník 21, s. 25-26. ISSN: 1210-0404.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-740-X.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1428-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Pera SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ, Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2068-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2069-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0179-0.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3271-8.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál.
ISBN: 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ, Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007.
Zdravotnická psychologie. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2068-5.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Souhlas s vypracováním výzkumu

Příloha 2 Rozhovor se sestrou 1

Příloha 3 Ukázka kódování rozhovoru


Příloha 4 Brožura přístup k umírajícímu

Příloha 1 Souhlas s vypracováním výzkumu

Souhlas s realizací výzkumného šetření

Povoluji provést výzkumné šetření k bakalářské práci (studentka Schmidová Žaneta) na téma:
Postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu na oddělení ONP a LDN.

1.2.2014



Mgr. Dana Podholová
Nemocnice Český Krumlov, a.s

Příloha 2 Rozhovor se sestrou 1

Sestra 1

Jak dlouho pracujete na odd ONP?

Na oddělení jsem nastoupila v roce 2009, hned po ukončení studia na VOŠ.

Oddělení jste si vybrala sama?

Ano, chodila jsem sem na praxi a líbilo se mi tady, rovnou na škole jsem se rozhodla, že budu pracovat zrovna tady a měla jsem i štěstí, že bylo i místo, tak jsem hned po absolutoriu nastoupila.

Co chápete pod pojmem terminální stav onemocnění?

Je to stav, kdy zdravotní potíže nejdou už řešit, je to konečné stádium nevyléčitelné nemoci, kdy se čeká na smrt. Může trvat několik dní, ale u někoho i několik měsíců, délka je různá.

Jak poznáte, že se pacient nachází v terminálním stádiu?

Tak většinou vycházím z lékařské diagnózy a ze stavu pacienta, hodnotím ho při každém kontaktu, ale nedovedu odhadnout, jak dlouho to bude trvat, jestli několik dní nebo týdnů. Většinou hlavně u onkologických pacientů, když se zvyšují dávky Morphinu, tak to má pak rychlý konec. Ale je pravda, že krátce pře smrtí mají jinou barvu, jinak dýchají a někdy bývají v takové apatii.

Jak často se setkáváte s pacientem v terminálním stádiu?

Často, skoro denně, jen nevím, jestli se zrovna jedná o terminální stádium, netroufnu si to tak nazvat, ale na našem oddělení leží hodně pacientů, který k nám přijdou z interny, kde se s nimi už nic neděje, tak se dají k nám na oddělení a často se stává, že tady i zemřou. Umírání je u nás častější, než na jiných odděleních, ale mě to nevádí. To je prostě dané skladbou diagnóz a ročníků, jsme následná péče, tak je jasné, že se u nás

víc umírá. Je pro mě horší když vidím, že trpí, než když už přímo umřou, asi jsem si zvykla nebo to mám v sobě, ale nevadí mi to.

V čem se podle Vás liší pacient v terminálním stádiu od pacienta s jinou diagnózou?

No v celkové péči, většinou je komplexní péče, někdy trvá celou dobu, někdy se stav zhoršuje. A celkově ten přístup k němu je jiný, než k jiným pacientům, někdy mají i výhody, co se týče stravování, doktoři bývají i tolerantnější, nechají jim vybrat jídlo i když tím nedodrží dietu, často jim povolujeme návštěvy i pozdě večer nebo i brzy ráno, i když to nevyhovuje chodu oddělení. Snažíme se jim vyhovět co nejvíce to jde.

Jaká je dle Vás úloha sestry v péči o potřebě terminálně nemocného?

Zajišťujeme všechny potřeby, začínáme u těch základních, což se týká hlavně jídla, pití, stravování, sestra musí všechno správně zhodnotit a monitorovat. Pacienty většinou koupeme, krmíme, přebalujeme, důležitá je monitorace bolesti, jako sestra se pacienta ptám a pokud to nelze zhodnotit vyjádřením, pozoruji pacienta třeba při koupání, při převazech a pozoruju, jak reaguje, jestli vidím bolest. Pak navrhuji doktorovi i zvýšení dávky analgetik. Pro mě je důležité mít k pacientovi pořád lidský přístup, což je někdy dost obtížné, pacienty máme různé a ne každý je mi mnohdy sympatický, to bych sice neměla říkat, ale je to tak. I přesto se snažím chovat profesionálně. A jinak beru pacienta jako celek, snažím se neopomenout strach, nejistotu, kóstu, deprese, vše, co se může dostavit a snažím se předcházet.

Jak provádíte uspokojování potřeb nemocného?

No jak jsem říkala, dbám hlavně na bolest, jídlo, pití, dekubitů. Dekubity u nás někdy vznikají, někdy s nimi pacienti přijdou z domova nebo z jiného oddělení. Dekubity pak převazuju 1 krát denně a dle potřeby. Hodnotí je i naše lékařka a staniční. Když se léčba nedaří, snažíme se domlouvat, spolupracujeme spolu i s lékařkou, to jsem taky moc nezažila, aby se doktor zajímal tolik o dekubity. Záleží na soběstačnosti nemocného, někdy potřebuje pomoc, někdy přebírám komplexní péči. Stav se mění a

podle toho musíme reagovat. Problém bývá i s vyprazdňováním, často trvá, než si lidé zvyknou na to, že se musí vyprázdnit na lůžku, pokud nám pacient leží, mívá zácpu, což musíme monitorovat a často dáváme např. Lactulosu. O bolesti už jsem mluvila. Dál je pro mě hodně důležitá komunikace, snažím se s nimi mluvit kdykoliv jsem na pokoji.

Jak vnímáte náročnost péče o terminálně nemocného?

Jak kdy. To je různé, někdy je pro mě horší fyzicky někdo, kdo neumírá, než ten umírající. Neřekla bych, že je to těžší fyzicky, spíš psychicky, nevdá mi pohled na umírajícího, jen mám strach, abych něco nepokazila, něco špatně neřekla nebo tak.

Jak zvládáte komunikaci s umírajícím?

No to právě pro mě bývá někdy oříšek, není pro mě tak těžké ho umýt, nakrmit a tak, ale někdy je těžké s ním mluvit, každý je jiný. Je pro mě důležité vědět, co o svém onemocnění ví, jak mu to doktor řekl, zda vůbec ví, že umírá. Pokud tohle nevím, netroufám si o těch věcech moc mluvit, abych něco nepokazila, spíš naslouchám, to se mi osvědčilo. A pak reaguju, snažím se taky získat co nejvíce informací, když je pacient řekne, něco o jeho životě, rodině a tak. To je pak dobrý námět na komunikaci při jiných činnostech, je pro mě důležité něco o pacientovi vědět. Stává se mi, že opravdu nevím, co mám pacientovi říct, třeba když se mě přímo zeptá, sestřičko, já umřu že jo? Myslím si, že taková ta fráze ale co by jste umíral není moc vhodná. Nehledě na to, že to často tuší. Nestalo se mi ještě, abych s pacientem mluvila přímo o smrti, o tom co bude po smrti. Prostě jsou situace, kdy si nevím rady a myslím si, že ani nejde na to udělat manuál. Prostě si tím každý musí projít a mluvit často s umírajícím, aby věděl jak na to, aspoň trochu, nedá se to naučit, to musí mít sestra v sobě, musí být hodně empatická. A umět mlčet, kolikrát lepší, než se bavit o počasí.

Co komunikace s rodinou?

Tak zase bych řekla, že je to různé. Záleží na koho narazíte. My se s rodinami většinou setkáváme často, pokud za pacientem chodí a řešíme s nimi spoustu věcí, takže už člověk trochu ví, co oni ví, jak s nimi mluvit, ale snažím se s nimi cítit a chápu, že je to

pro ně těžké, neumí se s tím smířit. Nepříjemné je mi předání pozůstalosti, zvládám to, ale kdybych si mohla vybrat, nedělala bych to, je mi jich strašně líto. Když je rodina problematická, je komunikace ještě obtížnější, někdy se nechtějí smířit s tím, že jejich blízký umírá a umřel. I takové míváme, já se snažím chovat citlivě, jednám klidně a dávám jim najevo, že s nimi soucítím, víc asi dělat nemůžu. Vadí mi, že u nás nemáme možnost dát rodině se s umírajícím rozloučit, myslím jako nějakou místnost přímo k tomu určenou, určitě by to pomohlo, ale bohužel, není.

Vybavení oddělení nevyhovuje Vaším představám v péči o umírajícího?

No to rozhodně ne. Není tady jak jsem řekla nějaká speciální místnost určená k rozloučení, ale i pobytu s umírajícím. Bylo by to více osobnější jak pro pacienta, tak pro rodinu, dál tady máme málo pomůcek, které by jsme potřebovali, je jich stále málo a málo personálu, chtělo by to víc. Podle mě by obecně pomohlo více personálu, míň služeb a lepší finanční ohodnocení.

Setkala jste se na svém oddělení se syndromem vyhoření?

No setkala, jedna sestra mi přijde vyhořelá už teď a to je docela mladá, jinak nedávno odešla jedna kolegyně, protože ji ta práce už velmi zatěžovala a stresovala tak, že nechtěla ani přijít do práce, není to podle mě nic divného, když je na nás kladen takový tlak, někdo se s tím nedokáže poprat. Vyhořelé nebývají jen sestry, ale i ošetřovatelky, na ty je taky vyvíjen obrovský tlak.

Jak se to projevuje?

No tak ta mladoučká kolegyně má se vším problémem a pacienti ji obtěžují, říká, že jí lezou na nervy a nechce nikoho vidět, chce odejít nejlépe na mateřskou a už se nevrátit. A jinak obecně ošetřovatelky si často stěžují na děsnou únavu z práce a na to, že ani doma si nedokážou odpočinout.

Jak Vy sama předcházíte syndromu vyhoření?

Já mám svoji práci opravdu ráda,vážím si jí a tak to mám postavené i v hlavě,snažím se nedělat si starosti příliš,jezdím na kole a plavu,jinak mám spoustu kamarádek,navštěvuji je a snažím se na všem hledat to lepší,zatím se mi to daří,i když pochopitelně někdy mě všechno unavuje,ale pak to zase rychle přejde.Já mám pozitivní přístup,tak to jde celkem dobře.

Příloha 3 Kódování rozhovoru

Sestra č.1

Jak dlouho pracujete na odd ONP?

1 Na oddělení jsem nastoupila v roce 2009, hned po ukončení studia na VOŠ.

Oddělení jste si vybrala sama?

2 Ano, chodila jsem sem na praxi a líbilo se mi tady, rovnou na škole jsem se rozhodla, že
3 budu pracovat zrovna tady a měla jsem i štěstí, že bylo i místo, tak jsem hned po
4 absolutoriu nastoupila.

Co chápete pod pojmem terminální stav onemocnění?

5 Je to stav, kdy zdravotní potíže nejdou už řešit, je to konečné stádium nevyléčitelné
6 nemoci, kdy se čeká na smrt. Může trvat několik dní, ale u někoho i několik měsíců, délka
7 je různá.

Jak poznáte, že se pacient nachází v terminálním stádiu?

8 Tak většinou vycházím z lékařské diagnózy a ze stavu pacienta, hodnotím ho při každém
9 kontaktu, ale nedovedu odhadnout, jak dlouho to bude trvat, jestli několik dní nebo
10 týdnů. Většinou hlavně u onkologických pacientů, když se zvyšují dávky Morphinu, tak
11 to má pak rychlý konec. Ale je pravda, že krátce pře smrtí mají jinou barvu, jinak dýchají
12 a někdy bývají v takové apatii.

Jak často se setkáváte s pacientem v terminálním stádiu?

13 Často, skoro denně, jen nevím, jestli se zrovna jedná o terminální stádium, netroufnu si to
14 tak nazvat, ale na našem oddělení leží hodně pacientů, který k nám přijdou z interny, kde
15 se s nimi už nic neděje, tak se dají k nám na oddělení a často se stává, že tady i
16 zemřou. Umírání je u nás častější, než na jiných odděleních, ale mě to nevádí. To je prostě
17 dané skladbou diagnóz a ročníků, jsme následná péče, tak je jasné, že se u nás víc
18 umírá. Je pro mě horší když vidím, že trpí, než když už přímo umřou, asi jsem si zvykla
19 nebo to mám v sobě, ale nevádí mi to.

V čem se podle Vás liší pacient v terminálním stádiu od pacienta s jinou diagnózou?

20 No v celkové péči, většinou je komplexní péče, někdy trvá celou dobu, někdy se stav
21 zhoršuje. A celkově ten přístup k němu je jiný, než k jiným pacientům, někdy mají i
22 výhody, co se týče stravování, doktoři bývají i tolerantnější, nechají jim vybrat jídlo i
23 když tím nedodrží dietu, často jim povolujeme návštěvy i pozdě večer nebo i brzy
24 ráno, i když to nevyhovuje chodu oddělení. Snažíme se jim vyhovět co nejvíce to jde.

Jaká je dle Vás úloha sestry v péči o potřeby terminálně nemocného?

25 Zajišťujeme všechny potřeby, začínáme u těch základních, což se týká hlavně
26 jídla, pití, stravování, sestra musí všechno správně zhodnotit a monitorovat. Pacienty
27 většinou koupeme, krmíme, přebalujeme, důležitá je monitorace bolesti, já jako sestra se
28 pacienta ptám a pokud to nelze zhodnotit vyjádřením, pozoruji pacienta třeba při
29 koupání, při převazech a pozoruju, jak reaguje, jestli vidím bolest. Pak navrhuji doktorovi
30 i zvýšení dávky analgetik. Pro mě je důležité mít k pacientovi pořád lidský přístup, což je
31 někdy dost obtížné, pacienty máme různé a ne každý je mi mnohdy sympatický, to bych
32 sice neměla říkat, ale je to tak. I přesto se snažím chovat profesionálně. A jinak beru
33 pacienta jako celek, snažím se neopomenout strach, nejistotu, kost, deprese, vše, co se může
34 dostavit a snažím se předcházet.

Jak provádíte uspokojování potřeb nemocného?

35 No jak jsem říkala, dbám hlavně na bolest, jídlo, pití, prevenci dekubitů. Dekubity u nás
36 někdy vznikají, někdy s nimi pacienti přijdou z domova nebo z jiného oddělení. Dekubity
37 pak převazuju 1 krát denně a dle potřeby. Hodnotí je i naše lékařka a staniční. Když se
38 léčba nedaří, snažíme se domlouvat, spolupracujeme spolu i s lékařkou, to jsem taky moc
39 nezažila, aby se doktor zajímal tolik o dekubity. Záleží na soběstačnosti
40 nemocného, někdy potřebuje dopomoc, někdy přebírám komplexní péči. Stav se mění a
41 podle toho musíme reagovat. Problém bývá i s vyprazňováním, často trvá, než si lidé
42 zvyknou na to, že se musí vyprázdnit na lůžku, pokud nám pacient leží, mívá zácpu, což

43 musíme monitorovat a často dáváme např. Lactulosu. O bolesti už jsem mluvila. Dál je
44 pro mě hodně důležitá komunikace, snažím se s nimi mluvit kdykoliv jsem na pokoji.

Jak vnímáte náročnost péče o terminálně nemocného?

45 Jak kdy. To je různé, někdy je pro mě horší fyzicky někdo, kdo neumírá, než ten
46 umírající. Neřekla bych, že je to těžší fyzicky, spíš psychicky, nevdí mi pohled na
47 umírajícího, jen mám strach, abych něco nepokazila, něco špatně neřekla nebo tak.

Jak zvládáte komunikaci s umírajícím?

48 No to právě pro mě bývá někdy oříšek, není pro mě tak těžké ho umýt, nakrmit a tak, ale
49 někdy je těžké s ním mluvit, každý je jiný. Je pro mě důležité vědět, co o svém
50 onemocnění ví, jak mu to doktor řekl, zda vůbec ví, že umírá, pokud tohle
51 nevím, netroufám si o těch věcech moc mluvit, abych něco nepokazila, spíš
52 naslouchám, to se mi osvědčilo. A pak reaguju, snažím se taky získat co nejvíce
53 informací, když je pacient řekne, něco o jeho životě, rodině a tak. To je pak dobrý námět
54 na komunikaci při jiných činnostech, je pro mě důležité něco o pacientovi vědět. Stává se
55 mi, že opravdu nevím, co mám pacientovi říct, třeba když se mě přímo zeptá, sestřičko, já
56 umřu že jo? Myslím si, že taková ta fráze ale co by jste umíral není moc vhodná. Nehledě
57 na to, že to často tuší. Nestalo se mi ještě, abych s pacientem mluvila přímo o smrti, o tom
58 co bude po smrti. Prostě jsou situace, kdy si nevím rady a myslím si, že ani nejde na to
59 udělat manuál. Prostě si tím každý musí projít a mluvit často s umírajícím, aby věděl jak
60 na to, aspoň trošku, nedá se to naučit, to musí mít sestra v sobě, musí být hodně
61 emfatická. A umět mlčet, kolikrát lepší, než se bavit o počasí.

Co komunikace s rodinou?

62 Tak zase bych řekla, že je to různé. Záleží na koho narazíte. My se s rodinami většinou
63 setkáváme často, pokud za pacientem chodí a řešíme s nimi spoustu věcí, takže už člověk
64 trošku ví, co oni ví, jak s nimi mluvit, ale snažím se s nimi cítit a chápu, že je to pro ně
65 těžké, neumí se s tím smířit. Nepříjemné je mi předání pozůstalosti, zvládám to, ale
66 kdybych si mohla vybrat, nedělala bych to, je mi jich strašně líto. Když je rodina

67 problematická, je komunikace ještě obtížnější, někdy se nechtějí smířit s tím, že jejich
68 blízký umírá a umřel. I takové míváme, já se snažím chovat citlivě, jedním klidně a
69 dávám jim najevo, že s nimi soucítím, víc asi dělat nemůžu. Vadí mi, že u nás nemáme
70 možnost dát rodině se s umírajícím rozloučit, myslím jako nějakou místnost přímo
71 k tomu určenou, určitě by to pomohlo, ale bohužel, není.

Vybavení oddělení nevyhovuje Vaším představám v péči o umírajícího?

72 No to rozhodně ne. Není tady jak jsem řekla nějaká speciální místnost určená
73 k rozloučení, ale i pobytu s umírajícím. Bylo by to více osobnější jak pro pacienta, tak pro
74 rodinu, dál tady máme málo pomůcek, které by jsme potřebovali, je jich stále málo a málo
75 personálu, chtělo by to víc. Podle mě by obecně pomohlo více personálu, méně služeb a
76 lepší finanční ohodnocení.

Setkala jste se na svém oddělení se syndromem vyhoření?

77 No setkala, jedna sestra mi přijde vyhořelá už teď a to je docela mladá, jinak nedávno
78 odešla jedna kolegyně, protože jí ta práce už velmi zatěžovala a stresovala tak, že
79 nechtěla ani přijít do práce, není to podle mě nic divného, když je na nás kladen takový
80 tlak, někdo se s tím nedokáže poprat. Vyhořelé nebývají jen sestry, ale i ošetřovatelky, na
81 ty je taky vyvíjen obrovský tlak.

Jak se to projevuje?

82 No tak ta mladoučká kolegyně má se vším problém a pacienti ji obtěžují, říkáže jí lezu
83 na nervy a nechce nikoho vidět, chce odejít nejlépe na mateřskou a už se nevrátit. A
84 jinak obecně ošetřovatelky si často stěžují na děsnou únavu z práce a an to, že ani doma
85 si nedokážou odpočinout.

Jak Vy sama předcházíte syndromu vyhoření?

86 Já mám svoji práci opravdu ráda, vážím si jí a tak to mám postavené i v hlavě, snažím se
87 nedělat si starosti příliš, jezdím na kole a plavu, jinak mám spoustu kamarádek, navštěvuji
88 je a snažím se na všem hledat to lepší, zatím se mi to daří, i když pochopitelně někdy mě

99 všechno unavuje, ale pak to zase rychle přejde. Já mám pozitivní přístup, tak to jde
90 celkem dobře.

Příloha 4

Brožura – Přístup k umírajícímu.

Přístup k umírajícímu znamená především přístup přemýšlivý, kdy sestra dokáže brát člověka jako celek, se všemi jeho potřebami. Sestra musí s klientem jednat jako s člověkem, neměla by být deformovaná a otrlá. (Zacharová, 2007).

Sestra musí brát v potaz, že na smrt může každý reagovat jinak. Reakce mohou být různé a to zejména:

- Smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného)
- Pasivní rezignace (nezájem)
- Únik do vzpomínek, na to, jaké to kdysi bylo
- Únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti
- Pozitivní kompenzace (snaha rozdělat nedokončené dílo)
- Negativní forma kompenzace (propadnutí alkoholu apod.)
- Akceptace stárnutí jako součástí života je je nejlepší přípravou na akceptaci smrti. (Křivohlavý, 2002, s. 155).

Chování nemocného může být mimoslovní komunikací. I přes to, že každý jedinec je jiný a ovlivňuje ho řada aspektů, určité zákonitosti jsou. Popsala je lékařka Elizabeth – kübler – Ross. Autorka popsala fáze, které by měla sestra znát.

1. První fází je šok, negace.
 - Nemocný odmítá vzít na vědomí fakt smrtelnosti
 - nechce si připustit skutečnost, že by mohl zemřít, není na to připraven.
2. Ve druhé fázi se člověk dostává do agrese
 - nemocný dostává vztek, je agresivní
 - bouří se proti se tomu, co se děje
 - hněvá se na všechno a na všechny (sestra musí brát v potaz v jakém psychickém stavu se klient nachází a nevnímat případnou agresi proti sobě)

- sestra musí vzít v potaz to, že klient neví sám, co si má počít a je jen nešťastný

3. Ve třetí fázi se klient dostává do vyjednávání

- Nemocný hledá ještě nějakou možnost, obrací se k Bohu
- Nemocný je v lítosti, může plakat, slibuje
- Může se obracet k hledání „zázračných“ léků apod

4. Čtvrtá fáze deprese

- Nemocný zápasí se smrtí
- objevuje se strach o rodinu
- sestra by v této fázi měla být trpělivá, naslouchat, může pomoci najít řešení, např. ohledně zajištění rodiny.

5. Pátou fází bývá smíření

- Mizí zájem o informace
- Je to období klidu
- čas na loučení
- pozor na záměnu s rezignací (Klient, který svůj stav přijal, má osobitý výraz vyrovnanosti stav vnitřní důstojnosti, naopak ten, kdo na svůj stav rezignoval, může být zahořklý, mít pocit marnosti. Tyto fáze obvykle takto přicházejí, nemusí mít přesný sled, mohou se střídat, prolínat (Kutnohorská, 2007)

Postoje lékařů a zdravotníků ve vztahu k umírajícím lidem mohou být různé.

1. První strategií může být minimalizování a vyhýbání se kontaktu s umírajícím a jeho blízkými.

- Sestra pak může klientovi věnovat minimální pozornost a komunikace je mizivá

- Tato reakce je přirozená, spontánní a obranná reakce zdravotníka, ovšem pro klienta to není dobré

2. Druhý způsob může být takový, že nemocný není brán jako plnohodnotná lidská bytost.

- projevuje se tím, že se situace objektivizuje
- s nemocným se zachází jako s věcí
- tento přístup je naštěstí výjimečný

3. Třetí strategií je únik do nadměrné činnosti.

- V praxi se pak vykonává celá řada zbytečných věcí

- Nejlepším způsobem vyrovnávání se se smrtí je prostřednictvím reflexe, sebezpoznání, reflexe vlastní práce.

- Toto se provádí pomocí seminářů a balintovských skupin, pomocí terapeuta.(Vymětal, 2003)

Byl vytvořen manuál postupu péče o seniory, který může soužit i pro sestry pečující o umírající. Jsou zde obecné zásady, které sestra může využít a měla by je dodržovat:

- je třeba si připravit prostředí pro komunikaci
- je třeba se nemocnému představit a podat mu ruku
- zásada je komunikovat především se nemocným a ne s jeho rodinou či blízkými
- je třeba udržovat oční kontakt
- zjistit, jak klient chce, abychom ho oslovovali
- nepoužívat odborné výrazy, kterým nerozumí
- je třeba zhodnotit aktuální stav, ve kterém se klient nachází
- mluvit jasně, hlasitě, v krátkých větách

- umožnit odezírat ze rtů
- naslouchat nemocnému
- ověřit si, zda klient pochopil to, co mu říkáme
- pokud od klienta odcházíme je třeba mu to dát jasně najevo
- nechte klienta, ať se může na cokoliv zeptat
- důležité při komunikaci s klientem je být empatická (Pokorná, 2010).

Existuje několik zásad doprovázení umírajícího:

- patří sem zejména těsná spolupráce s příbuznými klienta
- sestra usiluje o každodenní psychickou pohodu klienta
- upřímně a empaticky hovoří s klientem i jeho rodinou
- umožňuje co nejčastější kontakt s rodinou
- Nezapomíná na fyzický kontakt s nemocným, pohladí ho, vezme ho za ruku
 - nemocný dostává tak citovou podporu a vědomí, že je sestra na blízku a k dispozici.
- sestra umožní klientovi hovořit o všem, co považuje za významné
- sestra bere v potaz a plně respektuje negativní prožitky jako pláč, agresi
- téma blízcího se konce klientovi nevnučujeme, ani potřebu akceptovat smrt, počkáme, zda sám začne o těchto věcech hovořit
 - důležité jsou pro něj vzpomínky a bilancování se životem
 - sestra respektuje prožívání a přání umírajících.
 - pokud žádají blízkost příbuzného, umožní mu to
 - pokud nemocný žádá duchovnímu, umožníme mu to (Vymětal, 2003, s. 279)
- důležité je poskytovat rovněž pravdivé informace, pokud klient vyžaduje, ovšem pozor na informace, které je kompetentní podávat pouze lékař, toto nesmí převzít sestra
 - musí být respektována naděje, neodhadovat čas, který nemocnému zbývá. (Zacharová, 2007)

O blízké osoby klienta může sestra pečovat tím, že:

- povzbuzuje je a vede je k tomu, aby se pokusili nemocnému rozumět tím, že se snaží vžít do jeho pozice příbuzným poskytuje citovou oporu
- upozorní je na nutnost pomoci umírajícímu v bilancování života a vzpomínkách, důležité je případné usmíření
- Vhodné je vzpomínání na pozitivní životní období, u věřících modlitba.
- Pokud to jde, umožní klientovi rozloučení s blízkými, sestra zajistí soukromí
- Je možné, aby sestra umožnila část ošetrovatelské péče ten z příbuzných, od koho to klient vyžaduje (Vymětal, 2003).

Co se týká pozůstalých, řídíme se zásadou, že vyrovnání s úmrtím blízkého člověka je na prvním místě rodinnou záležitostí!

Záleží na tom, zda je úmrtí očekávané nebo zda přichází neočekávaně. Pokud se jedná o náhlé úmrtí:

- setkáváme se s depresivními reakcemi a stavy
- mohou být projevy jako zejména zoufalství, nespavost, odmítání potravy, sebevražedné myšlenky atd
- může docházet též k somatickým příznakům, jako např. kardiovaskulární příhody
- na náhlé úmrtí reagují příbuzní nejčastěji šokem
- pokusem popřít skutečnost
- truchlením a oplakáváním.
- V první fázi se jedná o citovou podporu, porozumění, a projevení účasti.

Sestry na oddělení následné péče přicházejí více do styku s očekávaným úmrtím:

- V případě, že blízcí s úmrtím počítají, bývají spíše celkově psychicky a fyzicky vyčerpaní
- Náročné je pro ně rovněž to, pokud se delší dobu starali o umírajícího

- Může dojít i k dekompenzaci stavu
- smrt může být i úlevou a vysvobozením
- mohou se dostavit i pocity viny z toho, zda opravdu udělali pro svého blízkého co mohli.
- Pokud je třeba mohou vyhledat péči psychologa
- Nebráníme projevům citů,
- nasloucháme,
- zaujímáme empatický a chápavý postoj
- Odchodem manžela nebo manželky jsou více ohroženi starší lidé, kteří se na situaci špatně adaptují
 - Tady je třeba brát v úvahu následnou sociální izolaci, do které se může pozůstalý dostat
 - Starým ovdovělým lidem je třeba věnovat ještě větší pozornost, než mladším. (Vymětal, 2007)

Jednání s pozůstalými:

- není jen etickou otázkou, ale vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností
- rozhovor s pozůstalými nenahradí žádná technika
- sestra musí tuto situaci důstojně zvládnout
- v jednání s pozůstalými musí sestra dbát určitých společenských zásad
- je třeba mít na pozůstalé dostatek času
- pozůstalé je třeba uvést na klidné místo
- je důležité pozůstalým vyjádřit upřímnou soustrast
- je důležité se při rozhovoru vyjadřovat věcně
- je třeba nechat pozůstalým dostatek času, aby dokázali informaci přijmout
 - sestra se nemá bránit dikuzi., pozůstalé seznámí se všemi formalitami. (Kutnohorská, 2007)

Doprovázení umírajících vyžaduje hodně vnitřní síly. Umírání ukládá člověku specifické etické úkoly. Zejména:

- umírající člověk je eticky odpovědný
- do poslední chvíle je třeba s ním jednat jako se svéprávnou bytostí.
- umírání poskytuje možnost objevit smysl dosavadního života
- umírající se chce smířit s dosavadním životem.

(Kutnohorská, 2007)

Použitá literatura:

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2069-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0179-0.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3271-8.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ, Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2068-5.