

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sebereflexe u zdravotnických pracovníků v souvislosti s ošetřováním
pacientů s infaustními prognózami a úmrtími**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Hajduchová Hana, Ph.D.

Autor práce:

Jana Vaňková

2010

The self-reflection of healthcare professionals in the context of treating patients with hopeless prognoses and deaths

This thesis deals with the issue of self-reflection of healthcare professionals in the context of treating patients with hopeless prognoses and deaths.

Self-reflection is the ability to think about oneself and one's own actions, and it is one of the prerequisites of personal development. Similarly, this is so in the profession of nurses, who are expected to show, in performing their professional activities, total professionalism, excellent communication skills, and coping with difficult life situations of patients when nurses are expected to support them. Nurses are frequently confronted with severely ill, dying patients, family tragedies, and many other complex situations that affect their mental health, family life and ultimately the profession.

The objective of this thesis was to find out how the care of patients in hopeless states and deaths of patients affect nurses' mental health and work in terms of their self-reflection.

The theoretical part describes the nursing process for patients with hopeless prognoses and dying people and communicating with them. It also describes self-reflection, motivation, supervision in palliative care and burnout syndrome. The thesis also deals with the emotions of nurses in treating patients with hopeless prognoses and dying patients, as well as the prerequisites of healthcare professionals for treating patients with hopeless prognoses and deaths.

The survey was conducted using qualitative research, the method of questioning, using non-standardized interviews. The research group consisted of eight nurses working in hospital České Budějovice a.s. at the departments of oncology, oncohematology, anaesthetic resuscitation, and apallic unit. The survey was conducted during the period from 20 July 2010 to 23 July 2010.

The research showed that the mental state, especially their views of life, of nurses treating patients with hopeless prognoses and dying patients has been and is affected.

Most of the nurses surveyed said that they have revalued their lives and now they have other priorities. One nurse said that she is trying to take care of herself more. As revealed in the survey, the care of patients with hopeless prognoses and dying patients does not affect the nurses' work itself. Almost all of the nurses approach these patients like the other patients and take the care of them as a part of their profession.

The results of this thesis may be used in professional seminars for nurses.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

podpis studenta

Poděkování :

Děkuji Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi v průběhu psaní bakalářské práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli velkou oporou.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Umírání a smrt.....	5
1.1.1 Ritualizace smrti.....	5
1.1.2 Domácí model umírání.....	6
1.1.3 Institucionální model umírání.....	6
1.1.4 Pacienti s infaustními prognózami.....	7
1.1.5 Přístupy k pacientům s infaustními prognózami.....	8
1.1.6 Přístupy k umírajícím.....	9
1.1.7 Komunikace s pacienty s infaustními prognózami.....	10
1.1.8 Komunikace s umírajícími.....	11
1.1.9 Umění empatie.....	12
1.2 Sebereflexe.....	13
1.2.1 Sebepojetí.....	13
1.2.2 Sebehodnocení.....	14
1.2.3 Proces sebereflexe u zdravotnických pracovníků.....	15
1.2.4 Kritické myšlení.....	16
1.3 Motivace.....	17
1.3.1 Typy motivace.....	17
1.3.2 Potřeby jako motiv.....	18
1.4 Syndrom vyhoření.....	19
1.4.1 Projevy syndromu vyhoření.....	20
1.4.2 Fáze syndromu vyhoření.....	21
1.4.3 Prevence syndromu vyhoření.....	22
1.4.4 Předpoklady zdravotníků při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících.....	23

1.5 Ošetrovatelský proces a péče o pacienty s infaustní prognózou a umírající.....	24
1.5.1 Příznaky a klinické projevy umírání.....	25
1.5.2 Potřeby umírajícího.....	26
1.5.3 Emoce sestry při ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou, umírající a zemřelé.....	26
1.6 Supervize v paliativní a terminální péči.....	28
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3. METODIKA.....	30
3.1 Metoda sběru dat a techniky výzkumu.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4. VÝSLEDKY.....	31
4.1 Kazuistiky sester.....	31
4.2 Kategorizace dat pomocí tabulek.....	56
5. DISKUZE.....	65
6. ZÁVĚR.....	72
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	76
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	77

Úvod

„Je-li tedy život sám o sobě dobrý a žádoucí, a když si pak vidoucí uvědomí, že vidí, slyšící, že slyší, jdoucí, že jde a, když máme i pro všechny ostatní činnosti vědomí, že jsme činní, takže vnímáme, že vnímáme a myslíme, že myslíme, je to pro nás známka, že jsme.“

Aristotelés, *Etika Nikomachova* IX.9., 1170a25 a násl.

Sebereflexe je schopnost přemýšlet o sobě a svém jednání a je jedním ze základních předpokladů osobního rozvoje. Každý by měl být schopen své činy vnímat, analyzovat je a nadále se z nich učit, protože právě to vede k rozvoji osobnosti, ať už pozitivním, či negativním směrem.

Nejinak tomu je při povolání sestry, od které se očekává naprostá profesionalita, jak s vykonáváním odborné činnosti, vynikající komunikací, tak i se zvládáním náročných životních situací pacientů, při které se od ní očekává, že jim bude oporou. Sestry se často setkávají s těžce nemocnými, umírajícími pacienty, rodinnými tragédiemi a řadou dalších složitých situací, které působí na jejich psychiku, rodinný život a v neposlední řadě i povolání.

Právě při takovýchto situacích má sestra příležitost získávat čas a odezvu na své jednání, ne vždy může být její představa, kterou o sobě má shodná s představami svých kolegyně a kolegů. Pro vyvození závěru se sestra musí vyrovnat s určitou odezvou a reflektovat sama sebe. Schopnost sebereflexe vyžaduje především kritické vnímání sama sebe v interakci se sociálními kontakty a jejich odezvou.

Téma „Sebereflexe u zdravotnických pracovníků v souvislosti s ošetřováním pacientů s infaustními prognózami a úmrtími“ jsem si vybrala z důvodů zájmu o tuto problematiku. Jako sestra jsem se při výkonu povolání setkala s mnoha umírajícími a jejich rodinami. Ne vždy pro mne bylo snadné se s úmrtím pacienta smířit. Velmi často jsem pocítovala pocit beznaděje, kdy umírajícímu člověku už nešlo více pomoci. V roli

sestry jsem byla svědkem utrpení příbuzných ze ztráty blízkého člověka, což velmi ovlivňovalo mé chování a psychiku.

Pro práci sestry při ošetřování umírajících pacientů je velmi důležité její smíření se s vlastní smrtelností a brát smrt jako součást života.

1. Současný stav

1.1 Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou dvě z fází lidského života. Zdravotničtí pracovníci se s tímto problémem setkávají velmi často. Většinou smrt každého pacienta může být pro ně velkým tématem k zamyšlení nad vlastní smrtelností (3).

Smrt, latinsky exitus, je z biologického a lékařského hlediska individuální zánik organismu, spojený s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují (3).

Umírání je postupný proces, který směřuje ke smrti. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu (3,21).

Pojem umírání, je v lékařské terminologii nazýván terminálním stavem, který je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti člověka. Terminální stav může trvat několik hodin nebo dnů. Jde o takzvané „vlastní umírání“, o stav, který bývá též označován pojmem in finem (41).

1.1.1 Ritualizace smrti

Každému nemocnému a jeho rodině by měla být dostupná duchovní, duševní a sociální pomoc již od počátku takzvané „cesty ke smrti“. Všechny problémy se většinou zaktualizují v závěru života. Hlavním problémem se tak stává ritualizace smrti, a to především v podmínkách hospitalizace, protože většina nemocných umírá v nemocnicích nebo v jiných institucích. Hodně lidí vzpomíná na starý takzvaný domácí model umírání. Těžce nemocný je odeslán do nemocnice, kde ho čeká umírání mezi cizími lidmi a v samotě. „V této souvislosti se hovoří o odosobněné péči, dehumanizaci a následně o nutnosti kvalitativní změny. Nikdo by neměl umírat sám, důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu“ (41, s 437).

1.1.2 Domácí model umírání

Po celá staletí lidé umírali většinou doma v kruhu své rodiny a blízkých. V dnešní době lze o takzvaném domácím modelu oprávněně namítat, že je značně zidealizovaný, protože nemalá část lidí umírala bez jakékoliv pomoci, model domácího umírání lze také akceptovat jako určitou ideální normu (41).

V naší představě spočívá tento model o hřejivé náruči všech blízkých, kteří umírajícího doprovází na jeho poslední cestě. Doopravdy šlo o to, že umírající sám zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastává jeho „poslední hodinka“. Dal svolat členy rodiny a v jejich přítomnosti vyslovil poslední přání, potom se s nimi důstojně rozloučil. Následně členové rodiny zavolali kněze (13).

Velkou nevýhodou domácího modelu byly především značně omezené možnosti odborné pomoci. Bolestný závěr života mohli lékaři ovlivňovat převážně morfiem. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala a ošetřování nemocných i umírajících bylo v rukou laických příbuzných a blízkých, kteří však ovládali běžné ošetrovatelské techniky vcelku uspokojivě. Velmi dobře byly využívány zejména metody lidového léčitelství, obohacené o individuální zkušenosti (41).

1.1.3 Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejdříve bylo nutné zajistit, aby každý těžce nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do chorobinců, později do zdravotnických zařízení, špitálů a nemocnic (13).

V nemocnicích došlo k velkému rozmachu hlavně začátkem minulého století, kdy se nemocnému dostávalo nejlepší možné profesionální péče. Diagnostické a terapeutické možnosti byly pestřejší a umožňovaly záchranu i těch nemocných, které dříve čekalo jen strádání a smrt.

Pokud pacient potřebuje akutní léčbu, při které se navrátí stav plnohodnotného zdraví je stávající institucionální systém zdravotnických služeb vhodný. Na druhé straně je

výrazně limitovaný v případech, kdy si nemocný nárokuje také individuální péči v oblasti duševních, duchovních a sociálních potřeb. V dnešních zdravotnických zařízeních se dlouhodobě a chronicky nemocným špatně stůně a ještě hůře umírá. Mnohokrát je také možné pozorovat hostilis i ze strany zdravotníků.

Každý umírající má nárok na standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, ale na naplnění psychických, duševních a duchovních potřeb nezbývá většinou čas (41).

„Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt“ (13, s 31).

1.1.4 Pacienti s infaustními prognózami

Infaustní stav je takový, kdy uzdravení pacienta již není reálné a jeho smrt lze očekávat v blízké budoucnosti. Každý člověk má i v tomto stavu právo rozhodovat co si v závěru života přeje, nebo co odmítá (29).

Zpráva o nevléčitelné nemoci představuje pro nemocného velkou životní krizi, kterou není většinou schopen zvládnout vlastními silami. V jeho životě je najednou vše jinak, než jak si představoval, ztrácí své plány, cíle a naděje a budoucnost je pro něj nejistá. Sdělení nemoci s infaustní prognózou je stresující jak pro pacienta tak pro jeho blízké, ale i ošetřující personál. V této chvíli velmi záleží na přístupu zdravotníků, právě oni mohou mít velký vliv na to, jak se pacient adaptuje na svoji situaci a vyrovná se s přicházejícími změnami a ztrátami. Sestry a ostatní ošetřující personál pomáhají pacientovi zvládnout situace, které infaustní onemocnění přináší a snaží se udělat mnohé, aby dané situace byly pro pacienta a jeho blízké snesitelnější. Pacienta s infaustní prognózou může zcela přemoci přejímání vlastní smrti spolu s nejistotou, kdy a jak nápor nemoci přijde. Pacient se většinou psychicky zhroutlí, může prožívat těžkou spirituální krizi nebo stres a obavy, co bude s jeho rodinou po jeho smrti. Všechny tyto projevy musí sestry a ostatní ošetřující personál respektovat (39).

1.1.5 Přístupy k pacientům s infaustními prognózami

Vyrovnění se pacienta s takto závažným onemocněním je vždy velmi složitým a individuálním procesem. Vše se odvíjí od osobnosti pacienta, jeho temperamentu, charakteru a v neposlední řadě i jeho věku. U vážně nemocných pacientů lze však přesto pozorovat některé společné rysy. Jako první popsala jednotlivé fáze psychické odezvy na vážné onemocnění Elizabeth Kubler-Rossová (18).

První fáze – negace, zde se pacient dozví, že jeho diagnóza je prognosticky nepříznivá. V této fázi odmítá myslet na svoji smrt, není na ni připraven a nechce si ji připustit. Je důležité s pacientem navázat kontakt a získat jeho důvěru.

Druhá fáze – agrese, kde pacient dostává vztek a je závistivý. Je rozhněvaný na všechno a na všechny. Má zlost na zdravotníky, zdravé lidi, vyčítá nespravedlnost. Okolí pacienta by mělo tento hněv pochopit, nepohoršovat se nad ním a dovolit pacientovi odreagování.

Třetí fáze – vyjednávání, při které pacient hledá ještě nějakou možnost, ať už v podobě zázračných léků, léčitelů, diet, nebo pověr. Je ochoten zaplatit cokoliv, činní velké sliby, obrací se k Bohu. Okolí pacienta, jeho příbuzní, blízcí a zdravotníci by měli k pacientovi přistupovat s maximální trpělivostí a snažit se pomoci najít nějaké alternativní řešení.

Čtvrtá fáze – deprese, kdy pacient začíná zápasit se smrtí, bojí se o svoji rodinu, o její zajištění, je smutný z hrozící ztráty. V tomto stádiu se od zdravotníků a rodiny očekává trpělivost, schopnost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, hledat řešení se zajištěním rodiny a respektování lidské důstojnosti.

Pátá fáze – smíření, kdy pacient skončil boj a nastává čas loučení. U pacienta mizí zájem o informace, používá gesta místo slov. Je velmi důležité, aby toto období trávil se svými blízkými, aby si nemyslel, že „odchází sám“. V této chvíli pacient potřebuje držet za ruku a cítit přítomnost svých blízkých (26).

Fázi smíření je nutné odlišit od rezignace. Cílem zdravotníků je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. Rezignaci pacienta lze chápat

jako selhání doprovázejícího, byť neúmyslné. Při rezignaci mají pacienti pocit marnosti a zbytečnosti veškerého usilování, v jejich tvářích je vidět zahořklost a duševní trýzeň (37).

Všechny popsané fáze obvykle přicházejí tak jak jsou za sebou seřazeny, ne však vždy musí zachovávat tento sled. Některé z nich se často opakovaně vracejí a střídají a v jediném dni se několik z nich může prolínat. Nemají stejně dlouhý průběh a některá z nich může i chybět. U každého pacienta je průběh fází individuální. Uvedenými fázemi neprochází jen sám pacient, ale i jeho nejbližší (37).

1.1.6 Přístupy k umírajícím

Osoby v konečném stádiu nemoci jsou velmi často závislé na poskytované péči a je třeba respektovat jejich práva, která vyplývají z Listiny základních práv a svobod (Příloha 2). Každý umírající má právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Velmi důležitý je respekt k pacientovi, citlivý přístup a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou (41).

Proces umírání by měl být důstojný, avšak každý umírající má svá individuální přání a hodnoty. Každý zdravotník by měl znát představy pacienta a poskytovat rodině umírajícího informace a stálou emotivní podporu při péči o umírajícího.

Proces umírání je pro rodinu umírajícího, jeho samotného a také pro zdravotníky časem krizovým, kde se projevuje hlavně strach a nejistota. Zdravotníci by měli pomáhat rodině jak se připravit a zvládnout určité projevy umírajících.

Umírání je proces, kdy člověku stále ubývá fyzická i psychická síla. Díky tomu umírající introvertují, čímž se jakoby vzdalují od vnějšího světa. Dále jim klesá sociální zájem o jiné lidi, zprávy, nestojí o návštěvy známých, většinou chtějí mít u sebe jen nejbližší příbuzné, někdy chtějí být úplně sami. Často spí nebo naopak vůbec spát nemohou, trpí nechutenstvím nebo se jim střídají různé chutě. Pro zdravotníky je velkým úkolem informovat rodinu o nutnosti pitného režimu pacienta a edukovat ke správnému podávání tekutin (41).

1.1.7 Komunikace s pacienty s infaustními prognózami

Komunikace je proces odevzdávání informací jedince druhému přímo nebo nepřímě. Komunikace udržuje a rozvíjí mezilidské vztahy. V sesterské praxi představuje dobrá komunikace významné místo a patří mezi profesionální dovednosti sestry. Dobré komunikační schopnosti jsou základem úspěšné ošetrovatelské péče (21).

Sdělování špatných zpráv je psychicky zátěžovou situací jak pro pacienta, tak i pro zdravotníka, který tuto zprávu sděluje. Pacient má právo na pravdivé informace, ne však všichni pacienti chtějí znát pravdu. Informace o zdravotním stavu pacienta podává lékař. Pacient by se měl zprávu dozvědět od lékaře přímo, jakmile ji má potvrzenou a to kvalifikovaně a na základě svých odborných znalostí a dosavadních zkušeností. Na sdělení špatné zprávy by se měl lékař předem připravit, uvážlivě zvolit čas i místo rozhovoru. Sestra nesděljuje diagnózu, hovoří ale s pacientem o jeho pocitech, které má po zjištění jeho zdravotního stavu. Pacientovi je třeba ponechat naději na zlepšení, nebo pozastavení své choroby. Zkušená sestra ví, že pacient je vděčný, když mu naslouchá a on může hovořit o svých pocitech, strachu a obavách. Umění naslouchat dává sestře možnost dozvědět se více informací o pacientovi, o tom co ho trápí a čeho se obává (21,27).

Pacienti s infaustní prognózou se mohou vyjádřit, jak chtějí být ošetřováni. K tomuto vyjádření slouží písemný dokument Pět přání - Five Wishes (Příloha 3). Tento dokument byl vydán americkou neziskovou organizací Aging With Dignity, která byla založena v roce 1997 na podporu a ochranu lidské důstojnosti. Dokument oficiálně přijalo 40 států v USA a nyní s ním pracuje zhruba 10 000 organizací. Dokument zahrnuje všechny individuální potřeby a to zdravotní, osobní, emocionální a spirituální. Five Wishes je oficiální dokument, který pomáhá v plánování individuální péče u vážně nemocných pacientů. Bere ohled na vlastní přání pacienta a zcela akceptuje lidskou důstojnost (15).

1.1.8 Komunikace s umírajícími

Komunikace s umírajícím pacientem by měla být efektivní a cílem všech zdravotníků. Pacienti vkládají do ošetrovatelského personálu velké naděje a očekávají od něj poskytování psychické a emoční podpory prostřednictvím dobré komunikace (33).

Komunikace mezi sestrou a umírajícím spočívá především v poskytování sebe jako člověka. Rozhovor s umírajícím a fyzický kontakt ve formě doteků, pohlazení, či vzetí za ruku jsou pro umírajícího přínosem úlevy a zmírňují jeho pocity a osamocení. Sestry se s umírajícím dostávají do rozhovorů, při nichž jim pacient sděluje, co osobně považuje za významné. Velmi často mluví o obavách a životních zkušenostech, během rozhovoru se sestra může setkat s negativními prožitky hněvu, pláče, úzkosti a strachu. Tyto projevy by měla přijímat bez výhrad a s porozuměním. Ve většině z případů umění naslouchat bývá více, než umění mluvit. Skutečný lidský kontakt, porozumění a opravdový lidský vztah nenahradí žádná naučená technika, ale jedině opravdovost a blízkost s tím druhým (17).

Sestra by měla dát umírajícímu možnost hovořit o svých potřebách a v rámci ošetrovatelského plánu ve spolupráci s nemocným plánovat, jak tyto potřeby uspokojit. O potřebách umírajícího je třeba hovořit i s rodinou, která by se měla do plnění potřeb umírajícího také aktivně zapojit. Rozhovoru s umírajícím a jeho rodinou je nutno věnovat dostatek času (21).

Dobrá komunikace s umírajícím hraje velkou roli, protože právě ona je projevem morální péče. Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal, byla akceptována jeho přání a aby byla zachována jeho důstojnost. Umírající člověk potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat, byť jen očima, či gesty. Potřebuje vyjádření psychické podpory založené na empatii pro vyrovnání se s osudem. A to nejdůležitější, co potřebuje každý člověk ke svému životu, je naděje. Naděje provází člověka celý život a neměla by jej opouštět ani v posledních chvílích života, měla by dát umírajícímu sílu ke zvládnutí jeho posledního životního úkolu, umírání (26).

1.1.9 Umění empatie

Empatie společně s nasloucháním patří mezi neverbální komunikační dovednosti. Umění naslouchat druhým je projevem skutečné empatie. Empatií je myšlena schopnost vcítění se do duševního stavu a jednání druhé osoby a pochopit vnitřní svět toho druhého a dívat se na vnější svět z jeho pohledu. Empatie je nepostradatelná u všech zdravotníků. Od sester se vyžaduje, aby byly empatické a uměly s láskou a porozuměním naslouchat pacientům. Empatie patří mezi základní předpoklady efektivní komunikace. Empatie má složku emoční a kognitivní, což znamená schopnost pochopit emoční rozpoložení pacienta, co prožívá, jakou má náladu a v jakém je duševním stavu. Empatii je nutno odlišit od sympatie, kterou je myšleno spoluprožívání pocitů s druhou osobou nebo dalšími lidmi. Je – li sestra empatická, ví, co pacient prožívá, jaké má pocity, sama však stejné prožitky jako on nemá, měla by být schopna dokončit pacientovu započatou větu, z její řeči by měla vyzařovat jistota a spolehlivost (26).

Empatie patří mezi složité psychologické zážitky, na které působí velká řada procesů. Schopnost empatie je závislá na vývojové úrovni osobnosti jejích zážitků, vzorech chování a množství vztahů, které osobnost ovlivňují. Největší podstatou pro empatii je komunikace, někdy jen monolog pacienta. Při komunikaci je třeba rozlišit aktivní naslouchání od empatického. Aktivní naslouchání se snaží porozumět, ale je při něm zachován určitý racionální nadhled. Empatie zvyšuje sebezpoznání a vede k vnitřní očiště (28).

K rozvíjení empatie je třeba dodržovat některá doporučení a to plně se věnovat tomu, co pacient říká, sledovat své vlastní pocity navozené během rozhovoru, být k pacientovi tolerantní, akceptovat ho a nehodnotit (5).

Díky vcítění se mohou zdravotničtí pracovníci pacienta lépe poznat a porozumět mu. Své porozumění by mu měli dát zdravotníci najevo přikývnutím, nebo přitakáním, zopakováním posledních slov pacientova sdělení, konfrontací, předložením názorů, nebo alternativních pohledů a shrnutím obsahu pacientova sdělení (4).

1.2 Sebereflexe

Sebereflexe představuje vědomí odrazu člověka obklopujícího různými sociálními skutečnostmi. Prvním filosofem, který se začal touto metodou zabývat, byl Sokrates. Jeho metoda je založená na umění odhalovat pomocí otázek a odpovědí pojmoslovné a situační rozpory a řešit je. Díky tomu je rozvíjena iniciativa a upevňováno vnitřní přesvědčení (12).

Práce sester klade velké nároky na jejich psychiku. Při výkonu svého povolání se velmi často setkávají s různými situacemi, s těžce nemocnými a umírajícími pacienty, bývají svědky rodinných tragických událostí. To vše velmi působí na jejich psychiku a následně zanechává i odraz při výkonu svého zaměstnání a chování v jejich soukromém životě (41).

Velmi důležitými předpoklady pro práci sestry při péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající jsou duševní zdraví, zralost osobnosti a určité povahové rysy, mezi které patří trpělivost a schopnost sebeovládání. Dalším velkým předpokladem je schopnost komunikace. Sestra musí umět s pacientem hovořit taktně o jeho obtížích a potřebách (41).

Sestry pečující o pacienty s infaustními prognózami a umírající se dostávají při výkonu svého povolání do situací, kdy nezřídka odžívají své vlastní emoce, mají tendenci je nadbytečně řídit, někdy prožívají svou práci jako oběť, ztrácejí schopnost jim naslouchat, práce jim bere energii a netěší je (24).

1.2.1 Sebepojetí

V každé životní situaci při zachování si jasného vědomí každý jedinec cítí, že se odlišuje od ostatních a uvědomuje si sám sebe. Člověk se stává osobností v průběhu svého vývoje od narození až do doby, kdy se u něj projeví specificky lidská forma vnímání a prožívání světa. Vývoj vědomí začíná u člověka nejdříve vědomím tělového já a v průběhu života se u něj postupně vyvíjí vědomí sociálního já, vědomí jedinečnosti a identity. V průběhu svého vývoje si každý člověk připisuje určité vlastnosti a vytváří si obraz sebe samého – tzv. sebepojetí. Je to poznání sebe sama a citový vztah k sobě samému (8).

Sebepojetí je uvědoměním si zvláštností v průběhu vlastního prožívání a chování. V práci sestry je toto uvědomění velmi důležité. Sestra poznává sama sebe sebezpozorováním, rozbořením a hodnocením vlastního chování, jednání a výsledků činnosti. Zvláštní význam mají situace, kdy má možnost volit z více možností, jako jsou konflikty, krizové nebo traumatické stavy. Bez objektivního sebepoznání nemůže být účinná seberegulace, do které patří svědomí a sebekritika (6,23).

V obrazu sebe samého dochází k funkci hodnotící, která se týká sebedůvěry, sebeúcty a sebeocení. Velmi důležitou charakteristikou v sebepojetí jsou životní cíle, které si sestra během svého života klade a s nimi spojená míra úsilí k jejich dosažení. Výši životních cílů ovlivňuje celková sebedůvěra osobnosti, schopnosti, zkušenost s činností, v níž jsou cíle vytyčovány, zájem o danou oblast, ale také poměr úspěchu a potřeby vyhnout se neúspěchu (8).

1.2.2 Sebehodnocení

Sebehodnocení je stav, v kterém sestra cítí a prožívá posuzování a oceňování svého já. Prožívá ho jako spokojenost, nebo nespokojenost se sebou samým, ale cítí v něm i větší, či menší sebedůvěru, nebo sebevědomí. Mezi hlavní charakteristiky sebehodnocení patří sebeúcta, v které je obsažen důraz na sebeoceňování. Sebeúctě si sestra vytváří uvědomováním si toho, jak je úspěšná v dosahování cílů, které si v životě vytyčila, nebo zda splnila úkoly, které přijala za své. K sebeúctě patří také pocit životního naplnění hodnot, jako je spravedlnost, láska a pravda (8).

Sebehodnocení posilují kladné výsledky jednání, soulad mezi cílem, jeho dosažením a překonáním. K posílení sebeúcty může dojít také snižováním nároků na sebe sama (8).

Sebehodnocení je do velké míry provázané s hodnocením, které dostává sestra od druhých lidí. Jde o řetěz interakcí, které mají velmi často podobu kruhu (Příloha 4). Sebehodnocení bývá ovlivněné nejen tím, jak sestru hodnotí druzí, ale také jak interpretuje vlastní chování, ale i chování druhých lidí (42).

Jako východisko pro sebehodnocení je nutné, aby sestra nejprve provedla realistické sebezaházení, kdy by měla vědět, z jaké pozice vychází a jak spolu souvisejí jednotlivé aspekty, které jsou důležité pro její osobní a pracovní rozvoj. Nejdůležitějšími jsou tři ústřední oblasti, kterými by se měla zabývat. Patří sem kvalifikace, motivace a osobnost, jako oblast první, dále možnosti a jako poslední cíle. Všechny tyto aspekty spolu souvisejí (7).

1.2.3 Proces sebereflexe u zdravotnických pracovníků

Sebereflexe je metodou sebehodnocení ve vztahu k profesnímu výkonu, jako uvědomovaný a sdělitelný proces. V povolání sestry při ošetrování pacientů v infaustních stavech a úmrtí je sebereflexe chápána jako proces, v jehož průběhu získává sestra cíleně a systematicky zpětnovazebné informace od pacienta, příbuzných pacienta, kolegů a nadřízených. Sebereflexe by měla být neoddelitelnou součástí v povolání sester a pomáhat jim optimalizovat a zefektňovat jejich práci (11).

Proces sebereflexe začíná zájmem sestry zjistit kvalitu, či efektivitu své činnosti, kterou provádí u pacientů v infaustních stavech a umírajících. Výsledkem procesu sebereflexe je plán, nebo záměr sestry, kterým chce své činnosti zkvalitnit, nebo inovovat. Sebereflexe probíhá ve čtyřech fázích. První fází je nastartování procesu sebereflexe, které proběhne na základě zájmu sestry o svou činnost z nějaké konkrétní zkušenosti. Druhou fází je posuzování své činnosti a její efektivita ve vztahu k vykonané práci a ke zpětné vazbě pacienta. Třetí fáze je fáze vnitřního dialogu a hledání odpovědí na otázky, kdy sestra analyzuje a interpretuje reflektované prvky v kontextu z předcházejících zkušeností. Poslední čtvrtou fází je projektování dalších postupů a syntéza závěrů, která je zaměřena na hledání účinného řešení situace (Příloha 5) (11).

1.2.4 Kritické myšlení

Sestra uplatňuje kritické myšlení v závislosti na sebereflexi, jako způsob řešení problémů. Pomáhá jí daný problém nalézt a najít pro něj správný způsob řešení. Při svém rozhodování si klade určité otázky, pomocí kterých se přesvědčuje, zda jedná správně (24).

Myšlení patří mezi nejsložitější proces, který nelze přímo pozorovat. Je to proces, při kterém jsou zpracovávány a využívány veškeré informace. Myšlení souvisí s inteligencí jako poznávací schopnost. Někteří lidé jsou schopni myslet pouze v řešení každodenních praktických problémů, jiní naopak dovedou myslet vysoce teoreticky a abstraktně (34).

Kritické myšlení neboli kritičnost je myšleno schopností nepodléhat všeobecnému názoru, prvnímu dojmu, naléhavosti situace. Je to schopnost umět si vytvořit prostor a utvářet si na dané situace vlastní názor (43).

Vlastní já je velmi důležité při každé komunikaci. Sebepojetí, sebeúcta a vědomí sama sebe ovlivňují komunikování sester jak pozitivně, tak negativně. Ovlivňují i způsob, jakým se sestrou komunikuje její okolí. Pro zlepšení vlastní komunikace je nutné, aby se sestra zamyslela nad vlastním obrazem. Ke kladnému přijímání sebe sama je třeba, aby se sestra zbavila sebedestruktivních názorů, což může vést ke zvýšení vlastního ocenění, ale i k mnohem lepší komunikaci s okolím (10).

Kritické myšlení je velmi pečlivé a uvážené rozhodnutí o tom, zda sestra nějaké tvrzení přijme, odmítne, nebo zda se ho zcela zřekne. Dále také kritické myšlení rozhoduje o stupni jistoty, s níž k těmto závěrům sestra dospívá. Kritické myšlení se vytváří až ve chvíli, kdy je užíváno (40).

Sestra by se měla kriticky zamýšlet i nad možnými následky sebeodhalení, což je typ komunikace, při které o sobě prozrazuje nějaké informace, většinou k ní dochází při nechtěném prořeknutí. Takovéto situace mohou mít za následek napětí ve vztahu k druhé osobě, nebo druhé osobě mohou vytvořit neúnosnou přítěž (10).

1.3 Motivace

Sestry, které ošetřují pacienty v infaustních stavech, či umírající by měly být profesionálně připravené a dostatečně vybavené znalostmi z aplikované duševní hygieny pro kontakt s lidským utrpením. Jejich získané poznatky a zkušenosti se zvládáním stresu a sebereflexí mohou pomoci i umírajícímu, jeho rodinným příslušníkům a blízkým při překonávání kritických situací spojených s umíráním a smrtí. Motivace je důležitou oblastí v práci sestry pro vlastní sebehodnocení a sebereflexi (7,29).

Motivy člověka se všelijak propojují a kombinují. Nějaký čin, který jedinec vykoná, slouží často více motivům najednou. Motivace je hypotetický proces, který volí mezi různými možnostmi jednání, zaměřuje jednání na dosažení cíle. Samo jednání se však nemá zaměřovat s motivací (30,36).

Slovo motiv je převzato z latiny a znamená pohyb. Motiv je tedy určitý faktor, který uvádí mysl člověka do pohybu ve smyslu jakékoli činnosti, či procesu. Motiv má cíl, směr, intenzitu a vytrvalost, pramení z vnitřních i vnějších podnětů, vědomých i nevědomých. Motiv bývá většinou vyjadřován jako potřeba, zájem, nebo ideál (31,36).

Východiskem motivace je jistý vnitřní stav osobnosti, který sestru někdy vede k tomu, aby jednala určitým způsobem a následně došla k vnitřnímu uspokojení. Vše co sestra vykoná, vykoná z nějakých pohnutek. Za každým lidským činem hledáme příčinu, nebo důvod, který způsobil takovou reakci. V motivaci se uplatňuje osobnost sestry, její hierarchie hodnot a dosavadní zkušenosti, schopnosti a dovednosti. Motivace vyjadřuje podstatnou zvláštnost psychických procesů sestry. Motivace odpovídá na otázky, čím bylo jednání sestry vyvoláno, nebo proč se změnilo, proč bylo zaměřeno k dosažení právě toho cíle, proč se u sestry objevily právě ty podněty, které její chování vyvolaly (16,30).

1.3.1 Typy motivace

Každý jedinec se motivuje tím, že hledá, nachází, vykonává, nebo je mu přidělena nějaká činnost, která uspokojuje jeho potřeby, nebo alespoň vede k tomu, že od té dané činnosti očekává splnění svých cílů. Nejinak tomu je při práci sestry, která pečuje

o nemocné s infaustní prognózou, nebo umírající. Sestra může být motivována vlivem okolí, ze strany nadřízeného, reakcí pacienta, nebo jeho blízkých. Motivace zahrnuje všechny faktory, pochody a stavy, které vzbuzují, udržují a řídí chování jedince. Typy motivace se rozdělují na vnější a vnitřní typy. Kdy typ vnější je spojován s činností vykonanou kvůli vnějším podnětům, pro odměnu, nebo za trest. Ovlivňuje ji denní, či roční doba, podněty v okolí, jako je přítomnost, či absence lidí. Většinou je spojována se zvýšenou úzkostí a strachem. Vnější motivy mohou mít bezprostřední a výrazný účinek, ale nemusí působit dlouhodobě, naopak vnitřní motivace působí hlouběji a s dlouhodobějším účinkem, protože jsou součástí jedince a souvisí s jeho vůlí a chtěním. Přináší radost a uspokojení z vykonání aktivity. Pro jedince je zábavou, nepocituje při ní nátlak a nepřemýšlí o ukončení povolání. Vnitřní motivace jsou faktory, které si lidé vytvářejí sami a které je ovlivňují k určitému způsobu chování. Tyto faktory tvoří v jedinci zodpovědnost, příležitost k využívání a rozvíjení schopností a dovedností (1).

1.3.2 Potřeby jako motiv

V ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající je motivace velmi důležitá v souvislosti s jejich vlastní sebereflexí. Zdravotničtí pracovníci potřebují k účinné sebereflexi reakce pacienta, jeho blízkých, svých kolegů a nadřízených. Pro kvalitní péči o umírající a pacienty s infaustní prognózou je důležité neustálé vzdělávání sester v oblasti duševní hygieny (38).

Mezi nejdůležitější druhy motivů patří potřeby. Potřeba je pocíťovaný, nebo prožívaný nedostatek, nebo nadbytek něčeho. Potřeby bývají provázeny s vnitřním duševním napětím, které vede jedince k určitému chování, kde je vždy cílem uspokojení potřeby. Pokud je potřeba uspokojena, dochází k vymizení vnitřního duševního napětí. Pokud se potřeba neuspokojí, dochází k frustraci. Dlouhodobá frustrace má vždy nepříznivé následky na duševní rovnováhu a duševní vývoj. Je třeba, aby si jedinec své potřeby uvědomoval (22).

Rozlišujeme několik druhů potřeb, které lze zařadit podle jejich vzniku a zaměření. Mezi takové patří základní biologické a psychické potřeby. Biologické potřeby jsou vrozené a u většiny lidí je lze za normálních okolností navodit. Psychické potřeby se rozvíjejí z vrozených dispozic, ale výrazně závisí na učení. Na podkladě potřeb primárních se vyvíjejí potřeby sekundární, vytvářejí se sociálním a kulturním prostředím jedince, v němž žije. Mezi tyto potřeby patří potřeba jistoty a bezpečí, která se projevuje při nebezpečných, či nepředvídatelných situacích. Dále potřeba podnětů, změna a činnosti, kterou si jedinec uvědomuje tehdy, má-li nedostatek podnětů, je-li mu znemožňována určitá činnost, nebo se nachází v jednotvárné situaci. Další sekundární potřebou je potřeba sociálního styku, pomoci a porozumění, kdy jedinec potřebuje společnost svých blízkých a vytváří se potřeba pečovat o druhé. Mezi sekundární potřeby patří také potřeba výkonu a společenského uznání, kdy má jedinec potřebu dosáhnout dobrých výsledků v zaměstnání, ve škole, sportu, či jiné činnosti. Potřeba uskutečňovat v životě určitý záměr, nebo cíl je další sekundární potřebou a vede při ní k řízení vlastního jednání, utváření osobnosti a života jedince (9).

Potřeby člověka nejsou u všech lidí stejné, jejich základ je dán geneticky. U každého jedince mají různou intenzitu a různé místo v hierarchii potřeb (40).

1.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je dnes velice známé a diskutované téma. Jde o stav extrémního vyčerpání, značného poklesu výkonnosti provázeného různými psychosomatickými potížemi (20).

K syndromu vyhoření nebo-li burn-out syndromu může jedinec dojít dlouhodobým prožíváním mimořádně emociálně náročných situací. Syndrom vyhoření je přirozenou obranou organismu na náročné stresové situace (29).

První popsání burn-out syndromu bylo v americké psychiatrii, kde byl definován jako důsledek profesionálního rizika psychiatrů, kteří ve svém zaměstnání musí pracovat s různými pocity pacientů. Později bylo ovšem doloženo, že tento syndrom postihuje

všechny pracovníky, kteří jsou vystaveni velké emotivní psychické zátěži. Syndrom vyhoření se nejčastěji projevuje ve všech pomáhajících profesích, hlavně u zdravotníků a učitelů (13).

Sestra v péči o umírající prochází situacemi, kdy opakovaně projevuje pacientovi a jeho rodině soucit a empatii, nebo je součástí situací, kdy je bezmocně vystavena proti kruté bolesti, kterou pacient prožívá, nebo později i jeho neodvratné smrti (29).

Syndrom vyhoření je doprovázen značným souborem příznaků, mezi které patří tělesné zhroucení, pocit bezmoci a beznaděje, ztráta energie, naděje, iluzí a životní motivace. Nakonec dochází k duševnímu vyčerpání, kdy člověk prožívá mnoho negativních myšlenek a žije v neustálém napětí. Rozpoznání těchto situací je důležité věnovat velkou pozornost a také naučit se předcházet syndromu vyhoření a to tím, že budeme včas schopni rozpoznat příznaky k němu vedoucí (29).

1.4.1 *Projevy syndromu vyhoření*

Obecně se dají projevy syndromu vyhoření rozdělit na subjektivní a objektivní příznaky. Kdy subjektivně člověk na sobě samém pozoruje mimořádně velkou únavu, snížené sebehodnocení a sebecenění, které vyplývá z pocitů snížené profesní schopnosti a dovednosti. Má problémy se soustředěním pozornosti, velmi často je podrážděný a vše vidí negativně. Sám sebe podceňuje, myslí si, že pro společnost nemá žádnou hodnotu. Pociťuje, že mu odešla veškerá síla a energie, pro nic se nedovede nadchnout, pustit se do něčeho nového, nebo se rozhodnout. Je sám proti sobě zaujatý, neví si sám se sebou rady a ani se nedokáže postavit problémům, které ho trápí. Vše mu přijde velice těžké a pro něho zatěžující (25).

Objektivní příznaky syndromu vyhoření především zjišťují spolupracovníci, členové rodiny a známí. Jde zejména o sníženou pracovní výkonnost, absence na pracovišti, nezájem o práci a pracovní informace. Naopak spolupracovníci mohou pozorovat útek pracovníka od jeho pracovní náplně k administrativní práci (13).

Ti co jsou postiženi syndromem vyhoření, neprožívají příznaky stejně intenzivně, záleží na osobní charakteristice jedince a také na druhu činnosti, kterou vykonává. Syndrom vyhoření se rozvíjí většinou za 2 – 5 let po nástupu do zaměstnání (13,25).

1.4.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nepostihne pracovníka ze dne na den, většinou jde o dlouhotrvající stres, nebo nátlak. V počáteční fázi jsou náznaky počínajícího syndromu vyhoření slabé, proto je většina lidí potlačuje a považuje za nežádoucí. Později, kdy už jsou příznaky nepřehlédnutelné, je pomoc velmi obtížná. Jako první příznak vyhoření lze považovat nadměrnou angažovanost, kdy postižení pracovníci téměř neustále pracují, požadují co nejvíce služeb a přijde jim, že žádné volno na zotavení nepotřebují. Svou práci si většinou idealizují a považují ji jako něco naprosto uspokojujícího. Jsou velice hyperaktivní a považují se jako nepostradatelní (38).

Nadšení, které jedinec měl v počáteční fázi, pomalu upadá, většinou si uvědomuje, že nedostal vlastním požadavkům. Jeho ideály uvadají. Na tuto fázi jedinec reaguje především zmateně a nejistě. Někdy si začíná hledat nové zaměstnání, nebo naopak se přihlašuje do kurzů dalšího vzdělávání. Varovným signálem této fáze je chronická únava a nezájem o práci. Ani po delším volnu na zotavení se nedokáže zregenerovat a prožívá svou práci s nechutí. Na rozdíl od toho, kdy v počáteční fázi považoval svou práci, jako poslání, nyní je přesvědčen, že provádí náročnou, odpovědnou a špatně placenou práci. V této fázi většinou už nestačí nárokům, které jsou na něj kladeny a stává se agresivním buď vůči sobě, nebo vůči kolegům (38).

Další fází je slábnutí výkonnosti, kdy se k pocitu vyčerpanosti přidává i ubývání výkonnosti. Pracovník se nedokáže plně soustředit na vykonávanou práci, což vede k dopouštění se stále více chyb, na spoustu věcí zapomíná pro jeho nepozornost. Je mu lhostejné, jestli práci provede dobře, nebo ne, nebo zda ji vůbec dokončí. V této době se k depresivním příznakům přidávají i příznaky tělesné, jako jsou bolesti zad, kloubů, nebo náchylnost k infekcím. Pracovník většinou odchází na pracovní neschopnost. V této fázi

vyhoření nepostihuje jen profesní vztahy, ale i soukromé. Stává se, že v této fázi jsou opouštěni partnerem a ztrácejí svá stará přátelství (38).

Jedinec, u něhož dochází k syndromu vyhoření je vystaven velké řadě negativních pocitů a myšlenek. Signálem, který může upozornit, jsou verbální projevy, konstatování „už nemůžu“, „jsem v koncích“, nebo „jsem k smrti unaven“ (29).

1.4.3 Prevence syndromu vyhoření

Hlavní roli při prevenci a zvládnutí stresu hrají životní styl, mezilidské vztahy a přijetí sebe samého. Při předcházení syndromu vyhoření je důležité zdůraznit potřebu dostatečného a pravidelného odpočinku (13,25).

Mezi úspěšné metody při zvládnutí stresu je self monitoring, nebo-li denní záznam, kdy si jedinec zapisuje stresové situace a snaží se rozpoznat co je vyvolalo. Z těchto poznatků si stanoví konkrétní cíl. Další záznam, který provádí, jsou situace, které chce změnit, jejich řešení, zda je úspěšné, či ne (21).

Další metodou je stop technika a pozitivní motivace, v které jde o to, že při zjištění, že je jedinec negativně naladěný, si řekne stop. Důležité je pro něho, aby si uvědomil pozitivní možnosti v jeho životě (13).

Prevencí syndromu vyhoření je schopnost odstranit situace, při kterých může k vyhoření dojít nebo schopnost se s nimi vyrovnat. Sestry pro kontakt s lidským utrpením musejí být profesionálně připravené a znát znalosti z oblasti aplikované duševní hygieny, jedině tak mohou předcházet syndromu vyhoření nebo situace k němu vedoucí dobře zvládat (29).

Další z metod, jak zvládat stres a vnitřní napětí jsou relaxační techniky a autosugesce. Vždy však záleží na sestře, zda bude nějakou takovouto techniku potřebovat, aby její práce pro ni nebyla zátěží, ale naopak jí bavila a chodila do zaměstnání s pocitem radosti. Důležité v práci sestry při ošetřování umírajících je, aby si uvědomila vlastní postoj k umírání a ke smrti. Důležité je, aby měla filozofický nadhled, byla psychicky vyrovnaná a

sama žila smysluplný život. Pouze potom bude schopna pracovat bez strachu a stresu s umírajícími (21).

1.4.4 Předpoklady zdravotníků při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících

Pomáhání je pro mnohé smysluplnou činností, přináší však také situace, které mohou být zdrojem problémů. V paliativní péči přináší pro sestry a ostatní zdravotníky určitá rizika. Neustálý kontakt s bolestí a utrpením pacientů a opakované setkání se smrtí představuje pro sestry a další profesionály pracující s pacienty s infaustní prognózou a umírajícími velkou psychickou zátěž, která vychází ze dvou zdrojů a to ze smíření se s vlastní smrtelností a z pocitu selhání a bezmoci (13, 44).

Sestry pracující v oblasti paliativní a terminální péče by měly být vyrovnány s vlastní smrtelností a měly by si být vědomy vlastních hranic a možností, měly by být schopné vyrovnat se s tím, že nejsou všemocné. Nezbytnou výbavou sestry při ošetřování pacientů v infaustních stavech a úmrtí je schopnost empatie, pozitivního myšlení a nedirektivního přístupu k nemocným (21, 44).

Zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na ošetřování pacientů v infaustních stavech a úmrtí by měli být školeni v oblasti paliativní péče. Měli by se naučit trpělivosti a chápat, že přijetí smrti pacientů a jejich blízkých vyžaduje čas. Všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se věnují péči o umírající, by měli vnímat své pocity během poskytované péče, měli by se naučit s nimi zacházet a nepřenášet je do vztahu s umírajícím. Měli by přijmout a akceptovat umírajícího, takového jaký je, zdržet se jakéhokoliv hodnocení, tolerovat jeho vlastnosti, způsob prožívání a jeho reakce (13, 44).

Sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci při ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících by měli najít rovnováhu mezi empatií a vděčností, aby nebyli sami vtaženi do deprese. Doporučenou prevencí a zvládnutím stresu je relaxace, jóga, životní styl, dostatek pohybu a spánku, zdravá výživa, zájem o kulturu a koníčky, mezilidské vztahy a přijetí

sebe samého. Velmi důležité a žádoucí v péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající jsou pravidelné supervize se školeným psychoterapeutem (29,44).

1.5 Ošetrovatelský proces a péče o pacienty s infaustní prognózou a umírající

Komplexní ošetrovatelskou péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající poskytují sestry v různých zdravotnických zařízeních. Je od nich vyžadováno neustálé sebevzdělávání a účasti na odborných seminářích, přednáškách a sympoziích. Po návratu do zdravotnického zařízení se formou komunikace, či prezentace podílí o své poznatky, dojmy a zkušenosti s ostatními kolegy či kolegyněmi, pacienty nebo i s veřejností. Takováto komunikace vede k rozvoji sesterské kariéry (21).

Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče o pacienty s infaustní prognózou, umírající a zemřelé, je zapotřebí vyhodnotit stav pacienta, léčbu, péči a uspokojování jeho potřeb. Spokojenost umírajícího a jeho blízkých s ošetrovatelskou péčí a nemocničními službami je cílem ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelský tým se snaží o zajištění co nejlepší kvality života umírajícího, přistupuje k němu s úctou a empatií. Umírající pacient od sester požaduje profesionální chování, respekt, pochopení, trpělivost, ochotu, odpovědi na jeho dotazy, ale i úsměv nebo dotek (21).

Sestra by měla zjistit individuální přání umírajících pacientů a povzbuzovat je k tomu, aby hovořili o tom, jak s nimi má být po smrti zacházeno, popřípadě tyto informace zjistit nebo se poradit s rodinou pacienta. Je nutné, aby sestra znala kulturní hodnoty umírajících a jeho náboženská přesvědčení dopředu, aby byla popřípadě schopna zajistit poslední službu pacientovi, například v podobě kněze a posledního pomazání (35).

Dnešní ošetrovatelství se zabývá člověkem a jeho potřebami, není tomu jinak ani u komplexní ošetrovatelské péče o pacienty s infaustní prognózou, umírající a zemřelé. Velmi důležitý je vztah založený na vzájemné spolupráci a důvěře v interakci sestra a pacient. Pro stanovení způsobu ošetrovatelské péče musí sestra získat o pacientovi co nejvíce informací, které získá z lékařské anamnézy, lékařské diagnózy, vyšetření pacienta a rozhovoru s ním nebo jeho blízkými. Vzájemná důvěra a spolupráce mezi sestrou a

pacientem je důležitá k tomu, aby sestra zjistila, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jaké jsou jeho potřeby. Na základě takto získaných informací sestra určí aktuální problémy, rizika a potřeby nemocného (21).

1.5.1 Příznaky a klinické projevy umírání

U nemocných je klinický obraz umírání individuální. Projev umírání závisí na druhu onemocnění, stavu pacienta zda je ovlivněn farmakoterapií, či ne a také na osobnosti nemocného (32).

Umírající pacient se cítí stále slabší a unavenější. Odmítá stravu a pití. Ubývají mu síly, přestává se hýbat a ztrácí reflexy. Často se stává inkontinentním. Na prstech rukou a nohou a na nose se objeví skvrny, nebo zmodrání, což je projevem slábnoucího krevního oběhu. Má špatně hmatný puls. Uši a nos jsou chladné. Nemocným se zvyšuje tělesná teplota a často se potí, jeho kůže je lepkavá a studená. Slábne mu zrak i sluch, dokáže vidět jen zblízka, svůj obličej často obrací ke světlu. Oči bývají často zapadlé. Slyší pouze nahlas a zřetelně vyslovená slova. Nemocnému slábne vědomí a díky tomu přestává cítit lehké doteky, je schopen pocítit jen stisk. Dýchá namáhavě, hlasitě a nepravidelně, může být somnolentní, upadnout do komatu, nebo může zůstat při plném vědomí až do úplného konce (3,32).

Nikdo není předem schopný říci, jak toto období bude u daného pacienta trvat. V této době si většina příbuzných a blízkých pacienta přeje sedět u jeho postele. Od sestry se očekává, aby jim věnovala velkou pozornost, zajistila jim možnost být u svého příbuzného, zajistila jim pohodlí a intimitu a přiměla je k tomu, aby nemocného drželi za ruku a mluvili na něj bez ohledu, zda jim odpovídá, či ne. Sestra by měla být pomocí a oporou jak umírajícímu, tak jeho příbuzným (3).

1.5.2 Potřeby umírajícího

Pro naplňování psychických a spirituálních potřeb umírajícího je nezbytným předpokladem kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče a materiální podmínky zdravotnického zařízení (13).

Mezi nejčastější potřeby umírajících je potřeba nezůstat sám, cítit přítomnost druhých a mít s kým komunikovat pravdivě o své situaci, dostávat naději, ale i vyjádřit svou úzkost, bolest a beznaděj. Umírající má také potřebu hledání odpovědí na otázku, zda jeho utrpení má nějaký smysl. Pociťuje potřebu hovořit o svém dosavadním životě, co měl udělat, co udělal dobře nebo co naopak pokazil. Mladí umírající mají potřebu hovořit o vzniku a rozvoji vážné nemoci a jejich vině na ní. Umírající potřebují vědět, že jejich příbuzní unesou bolest z jejich ztráty, mají-li nezaopatřené děti je jejich hlavní potřebou vědět zda a jak bude o ně postaráno. Umírající mají mít právo na své soukromí a intimitu, často si potřebují poplakat v soukromí, proto jim sestra má zajistit dostatečné soukromí. Umírající má potřebu připravit se na vlastní smrt a jejímu příchodu se nebránit, potřebuje ujištění, že smrt nebude bolet, nebo že všichni udělají maximum, aby to tak bylo. Někteří umírající mají potřebu rituálů v podobě rozloučení, náboženských úkonů, posledního pomazání nebo modliteb (13).

Každý umírající má jistě ještě k výše uvedeným potřebám vlastní cíle, které by měl rád ukončené. Mezi ně patří například smíření se po letech s někým blízkým, poslech své oblíbené hudby nebo konzumace oblíbených potravin či nápojů. Je bezpochyby, že na dosažení kvality života umírajících je potřebná pomoc všech ať už příbuzných a blízkých, tak i celého zdravotnického a ošetrovatelského týmu (13).

1.5.3 Emoce sestry při ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou, umírající a zemřelé

Pro sestru je péče o umírajícího pacienta a kontakt s jeho blízkými stresující záležitostí. Je to právě sestra, kdo je s umírajícím v denním kontaktu. Umírající se sestře velmi často svěřuje s rodinnými problémy, z jeho vyprávění se dozvídá o celé jeho rodině a

jeho práci. Při sblížení se s pacientem se pro sestry a jiné zdravotnické pracovníky stává loučení se s ním duševním traumatem. Od sestry se vyžaduje vysoká odbornost, profesionální zralost a výborná komunikace. Spolupráce s těžce nemocným a umírajícím pacientem je často velmi těžká, od sestry se ale vyžaduje obětavost, laskavost, trpělivost a psychická i fyzická zdatnost. Dále je od ní vyžadováno, aby své povolání brala jako poslání a obětování a pracovitost a láska k lidem jí byly vlastní. U sestry, která poskytuje péči umírajícímu pacientovi, je důležité, aby se uměla vyrovnat s jeho odchodem a smrt a umírání brala jako součást života (21).

Při nejlepší vůli lékaře nebo sestry při ošetřování pacientů v terminálních stavech, nemohou nad jejich smrtí zvítězit, objevují se u nich pocity bezmocnosti. Někdy ani vděk pacienta nebo jeho blízkých neodpovídá úsilí a námaze, kterou proto sestra vynaložila. Právě sestra bývá první u konfliktu s příbuznými nebo pacientem. Pacienti si také většinou nedovolí k lékaři to co k sestře. Toto vše vede k psychické a emocionální zátěži na sestru. Od sestry je očekáváno, že kromě odborné práce bude také schopna pomáhat umírajícímu zvládat jeho těžkou situaci. Sestra je často vystavena tragickým událostem lidských osudů, kdy pro nemocného nelze udělat více a jeho smrt se blíží. Někdy může být vystavena i situacím, kdy ji nemocní žádají, aby jejich utrpení zmírnila, či zkrátila. Sestra by měla být připravená zabývat se sama sebou a svými potřebami, protože nedostatek těchto potřeb může vést k narůstajícímu napětí či stresu (2).

Stává se, že sestry nedostávají za svou práci vždy poděkování a úctu, kterou si zaslouží. Bývají svědky, kdy se rodina umírajícího k němu nechová s úctou a pokorou. Sestra se velmi často dostává do složitých stresových situací, musí ale umět zachovat klid a důstojnost. Reakce na stres se může projevit somatickými potížemi, jako je bušení srdce, tachykardie, pocení dlaní, bolestí svalů nebo potížemi emocionálními, jako je nespavost, pocit vyčerpání, napětí, děsivé sny, agresivita, vztek, podrážděnost, ztráta radosti z práce a mnoho dalších. Další reakcí na stres je změna chování, kam patří okusování nehtů, rychlé přijímání potravy, zvyšování hlasu, nadměrná konzumace alkoholu a tabáku. Je důležité, aby sestra uměla předvídat výskyt stresové situace a vyrovnat se s ní. Z metod, které sestře

mohou pomoci při zvládnání setkání s utrpením je self monitoring, stop technika, relaxace, aromaterapie, muzikoterapie a mnoho dalších (21).

1.6 Supervize v paliativní a terminální péči

Slovo supervize je převzato z angličtiny a znamená dohled, kontrolu, dozor, řízení nebo inspekci. Supervize je samozřejmou součástí profesionálního vzdělávání v psychoterapii. Jedná se o proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit určité problémové situace, které vznikají při jeho práci s klienty. Smyslem supervize je výuka psychoterapeutických poznatků a jejich aplikace při jednání s klientem a při přemýšlení o něm. V psychoterapii se supervize dělí na kvalifikační, která je součástí výcvikového procesu směřujícího k dosažení nějaké kvalifikace a na supervizi průběžnou, jež doprovází praxi už kvalifikovaných pracovníků. Supervize se významně týká emočních a vztahových aspektů práce s klientem (24).

V paliativní a terminální péči je kladen důraz na multidisciplinární tým, který poskytuje péči nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Kvalitní péče o umírající je podmíněna spoluprací multidisciplinárního týmu včetně kvalitní týmové nebo individuální supervize. Multidisciplinární tým je složen z lékařů různých profesí, sester, sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, psychologa, psychiatra, duchovního, pacienta, členů jeho rodiny, přátel a dobrovolníků (45).

Supervizí je myšlen kvalifikovaný dohled zaměřený na kvalitu práce, který má podobu týmového či individuálního rozhovoru umožňujícího členům multidisciplinárního týmu pod odborným vedením reflektovat pozitivní i negativní zkušenosti a aspekty činnosti. Supervize je jedním z důležitých nástrojů zlepšování kvality poskytované péče, umožňuje však také zmírnění negativních dopadů péče na členy multidisciplinárního týmu a na dobrovolníky. Poskytuje jim emocionální a psychologickou podporu a pomáhá předcházet syndromu vyhoření (14).

Supervize je určitá forma podpory, při níž se sestra může nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem (45).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zjistit, jak ovlivňuje ošetřování pacientů v infaustních stavech psychiku a práci zdravotníků ve smyslu sebereflexe.

Zjistit, jak ovlivňuje úmrtí pacientů psychiku a práci zdravotníků ve smyslu sebereflexe.

2.2 Výzkumné otázky

Jak může ovlivnit ošetřování pacienta s infaustní prognózou psychiku zdravotnických pracovníků ve smyslu jejich sebereflexe?

Jak může ovlivnit úmrtí pacienta psychiku zdravotnických pracovníků ve smyslu jejich sebereflexe?

3. Metodika

3.1 Metoda sběru dat a techniky výzkumu

Pro realizaci výzkumné části této práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu, metody dotazování a techniky sběru dat nestandardizovaného rozhovoru vycházejícího ze studia odborné literatury. Rozhovor byl anonymní. Informace získané rozhovorem byly zpracovány do kazuistik. Výzkum probíhal v období od 20.7.2010 do 23.7.2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen osmi sestrami pracujícími v Nemocnici České Budějovice a.s. na odděleních onkologie, onkohematologie, ARO, ONP – apalická jednotka.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky sester

Sestra 1

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1985, poté nastoupila na dětské oddělení jako dětská sestra. V roce 1992 ukončila PSS ARIP, které jak zdůrazňuje, bylo velice zajímavé a přínosné, avšak ona zkušenosti ze studia na oddělení, na kterém pracovala, příliš nevyužila. Další studium již v plánu nemá. Nyní pracuje na oddělení dětské onkohematologie, tento obor jí připadá zajímavý, svou práci má velice ráda a cítí se velmi potřebná. Udává, když se na dětském oddělení onkohematologie zřídila a ona zde začala pracovat, měla o nemocné děti velké obavy a s každým úmrtím dítěte zvažovala, že z oddělení odejde. Měla pocit, že každé úmrtí čeká právě na ni. Po nějakém čase vše přehodnotila a začala smrt brát jako součást života. Zdůrazňuje „*je to život, někdy dopadne dobře, někdy ne.*“

Kurzy týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou nenavštěvuje a říká, že nemá ani potřebu, myslí si, že každá sestra se s prací o umírající nebo pacienty v terminálním stádiu musí vyrovnat sama.

Udává, že na jejich oddělení není umírání tak časté, zhruba dvě děti během půl roku. Většina pacientů bývá při zhoršení stavu přeložena do Prahy. Stává se, že někdy je k nim přivezeno dítě již v terminálním stádiu. K dětem, které na jejich oddělení leží delší dobu, si vždy vybuduje nějaký vztah a je pro ni velice těžké pokud dítě zemře. Pokud je na jejich oddělení přivezeno dítě již v terminálním stádiu, a „*čeká se na smrt*“ je s jeho odchodem smířena daleko lépe.

S ošetřováním umírajících dětí nevidí žádný velký problém, už si na svoji práci zvykla a říká, že někdo ji dělat musí. Daleko horší je pro ni komunikace s maminkami, neví jak s nimi komunikovat, co jim říct a jak jim dodat sílu.

Ošetřování dětí s infaustními prognózami a umírajících dětí, jak udává, již na ní nijak nepůsobí nebo spíše nesnaží si nic připouštět, byly doby, kdy před svoji službou volala do práce, co ji čeká. Teď je toho názoru, že je lepší přijít do práce a začít normálně pracovat. Svou práci dělá ráda.

Myslí si, že na oddělení onkohematologie je dostatek času pro uspokojování potřeb všech dětí, mají k dispozici samostatný pokoj, kde s nimi může být některý z rodičů, většinou to bývá matka. Mohou zde mít své vlastní věci a vždy jim bývá vyhověno ve všech přáních. *„Vzpomínám si na holčičku, která moc chtěla vidět premiéru jedné pohádky. Holčičce dokapala poslední transfúze, tak jsme jí s kolegyní připravily a odjela s rodiči na pohádku. Když se vrátila, vyprávěla, jak si ten den užívala, jaká byla pohádka, jaký měla popcorn, jak to bylo prima. Druhý den jsem přišla do práce a zjistila, že holčička v noci zemřela...“*

Problém v komunikaci s umírajícím dítětem nebo dítětem s infaustní prognózou většinou žádný nemá. Záleží, zda ji dítě vnímá, či ne. K umírajícím dětem a dětem s infaustní prognózou přistupuje jako ke zdravým dětem. Komunikuje s nimi jako se zdravými dětmi, povídají si, co se děje u nich doma, jaké mají zvířátka, hračky, kamarády. O nemoci se nebaví téměř nikdy, protože jak říká, žádné dítě se o nemoci bavit nechce.

Jak již je zmíněno, daleko horší je pro ni komunikace s maminkami nemocných dětí. Myslí si, že na odděleních, kde umírají staří lidé, není komunikace s příbuznými pacienta tak obtížná, jako na jejich oddělení. U starých lidí se už se smrtí počítá, ale dítě má ještě celý život před sebou.

Nad svojí smrtelností zatím nepřemýšlela, říká, že až přijde nějaká závažná choroba, tak o tom bude přemýšlet více, teď si chce užívat života se svojí rodinou. Se svojí smrtelností v tuto chvíli smířená není.

Při ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících přemýšlí tak, že si zpětně promítá danou situaci u pacienta, zda to, co udělala či řekla, bylo v pořádku. Někdy nad svým jednáním přemýšlí i při odchodu z práce. Zda by mohla udělat něco lépe, neví, snaží se pracovat tak, jak jen nejlépe dovede.

Na otázku, zda se setkala někdy s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou nebo umírajících chybovala, udává, že si není vědoma žádné zásadní chyby, kde by šlo o život, říká, že nikdo není dokonalý a chybovat je lidské a určitě se jí stalo, že někdy na něco zapomněla, řekla něco nevhodného a podobně.

Udává, že ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících ji ovlivnilo v pohledu na svět, vytvořila si jiný žebříček hodnot, vše přehodnotila a nyní je pro ni důležitá hlavně rodina, jejich zdraví a pohoda. Říká, že nepochopí, jak někteří lidé se nesmyslně o něco banálního dohadují, podle ní jsou na světě důležitější věci, než jsou například peníze, módní trendy a podobně.

Do osobního života se snaží tyto věci nevtahovat, vzpomíná však, že pro ni bylo velmi těžké, a to řešila i se svojí rodinou, když na jejich oddělení byla hospitalizovaná spolužačka a zároveň kamarádka její dcery. Do dneška se jí toto promítá hlavou a nemůže se s tím smířit. Jinou situaci, kterou má stále před očima je umírající holčička, kdy stále slyší její slova „ *zavolejte mi mamku, ať mě přijde hladit...* “ Někdy je pro ni velmi složité se s těmito situacemi vyrovnat.

Přístup a chování k pacientům má stále stejný, snaží se pracovat, jak jen nejlépe umí a být všem nápomocná. Na otázku co ji motivuje při této práci, neví, co má odpovědět, její práce ji baví, mají dobrý kolektiv a do práce chodí ráda.

Se supervizí se nikdy nesešla a ani není na jejich oddělení praktikována. Určitě by uvítala možnost popovídat si s nějakým odborníkem. Myslí si, že by takováto možnost měla být na každém oddělení.

Svoji práci má v podstatě ráda, myslí si, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, jak udává, i ona sama si tímto obdobím také prošla, když byla ve vedoucí funkci, sama poté zažádala o sestup. Je raději mezi lidmi, nemá ráda administrativní práci a to, jak je to nyní ji vyhovuje. Nad odchodem ze zaměstnání již nepřemýšlí, byly doby, kdy toto velmi vážně zvažovala, ale nyní se cítí v práci spokojená a žádné podobné úmysly nemá.

Nároky pacientů i příbuzných zvládá docela dobře, avšak jak říká, každý člověk je jiný, někdo má nároky větší, někdo menší, ale nikdy to není tak náročné, aby se s tím nevyrovnala.

Momentálně se necítí ohrožena syndromem vyhoření. K relaxaci jí pomáhá její rodina a také aktivní cvičení a sport, při kterém si vždy vyčistí hlavu.

Sestra 2

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1999, poté nastoupila na dětské oddělení. V roce 2004 ukončila PSS ARIP a v roce 2007 bakalářské studium. Studium shledává pro svou práci přínosným. Nyní pracuje na oddělení dětské onkohematologie od roku 2006. Motivem pracovat na tomto oddělení byla práce s dětmi.

Kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou nikdy nenavštívila a myslí, že v této době žádný kurz s tímto tématem navštívit nechce.

Na jejich oddělení se s dětmi s infaustní prognózou setkává velmi často a s umírajícími pacienty přibližně jednou za půl roku. Práce na jejich oddělení ji velice baví, má ráda práci s dětmi, i když je si vědoma toho, že je rozdíl mezi prací se zdravým a nemocným dítětem. Jak udává, ona sama ještě žádné vlastní děti nemá, tak možná i proto je odolnější proti nátlakům a stresu ze zaměstnání. V péči o nemocné děti s infaustní prognózou a o umírající děti nevidí žádný problém, má svou práci velice ráda a snaží se dělat vše proto, aby nemocným dětem a jejich maminkám ve všem pomohla. Tuto práci si vybrala ona sama, aby byla nápomocná všem, kdo její pomoc potřebují. Neví, co má odpovědět na otázku jak na ni působí ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, říká, že ona je tu pro ně a je to její práce, jinak nad tím nepřemýšlí.

Udává, že na jejich oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. Každému pacientovi se snaží věnovat, nejlépe a nejvíce, dle jejích možností.

Komunikaci s dětskými pacienty na jejich oddělení provádí bez jakýchkoliv potíží, snaží se s nimi komunikovat, jako by to byly zdravé děti, dělají si legraci, baví se o zvířátkách, hračkách, atd. Nikdy se s vážně nemocným dítětem a s umírajícím dítětem nebaví o jeho nemoci, protože, jak udává, děti se o tom prostě bavit nechtějí. Komunikaci s příbuznými dítěte, většinou je to matka, se snaží zvládat, jak jen je to v jejích silách. Udává, že většinou je to bez potíží a je maminkám oporou.

Přístup k pacientům na jejich oddělení, ať k dětským pacientům s infaustní prognózou, nebo k umírajícím dětským pacientům, jak udává, má laskavý, obětavý, ale myslí si, že tak je to na každém oddělení. Snaží se svým pacientům poskytnout co nejlepší péči.

Nad svojí smrtelností přemýšlela, ale zda je s ní smířená, to nemůže odpovědět. Přála by si pro sebe a pro svou rodinu, aby nikdo z nich v posledních dnech jejich života netrpěl.

Nad svou prací se zamýšlí neustále, několikrát po sobě vše kontroluje, aby měla vše v pořádku. Promítá si situace, které se za den udály, ať už při komunikaci s dítětem, jeho rodiči nebo při ošetřování. Snaží se být ve všem poctivá a nic nezanedbat.

Na otázku, zda se setkala někdy s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů chybovala, odpovídá, že si není vědoma žádné chyby, která by nějak ovlivnila stav pacienta.

Jak udává, nemůže říci, že by ji nějak ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ovlivnilo, nebo ovlivňovalo, tuto práci si ona vybrala a dělá ji ráda, i když nemůže říci, že by nic necítila. Ke svým pacientům si téměř vždy vytvoří nějaký vztah a pak s ním vše prožívá, tak jako kdyby to byl člen její rodiny. Pokud někdo z jejích pacientů zemře, bývá i poté ve spojení s jejich rodiči a snaží se jim být oporou. Jak udává, na její psychiku to dopad zatím žádný nemá, dělá to ráda. Přístup má stále stejný ke všem jejím pacientům.

Na otázky týkající se motivace, opakuje, že ji baví její práce, nedovede si představit, že by dělala něco jiného, říká, že v této práci našla sama sebe.

Supervizi zná ze studií, sama se však s ní nikdy nesešla, na jejich oddělení praktikována není a neví o tom, že by na jejich oddělení byl k dispozici nějaký psycholog, který by se staral i o sestry, ale myslí si, že při potížích může každá sestra zajít na oddělení psychiatrie a tam vyhledat nějakou pomoc. Udává, že by bylo dobré mít na každém oddělení nějakého specialistu, s kterým by zaměstnanci mohli probrat své problémy.

Svou práci má velice ráda a je v ní spokojena. Není přesvědčena o tom, že by na jejich oddělení byl větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření. Ona sama nad odchodem ze zaměstnání nepomýšlí, práce je jejím koníčkem a dostatečně ji naplňuje.

Nároky pacientů a jejich příbuzných zvládá bez potíží, udává že, je to její práce a ona je tam od toho, aby nároky pacientů zvládala. Syndromem vyhoření se ohrožena necítí a doufá, že tomu tak nikdy nebude. K relaxaci využívá sport, pobyty v přírodě, kontakt s jejími kamarády, četbu a tanec.

Sestra 3

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1982, poté nastoupila na interní oddělení JIP do vojenské nemocnice. V roce 1998 ukončila PSS ARIP, které shledává přínosným a zajímavým, je ráda, že ho absolvovala, velmi přínosné pro ni byly základy anesteziologie a resuscitace. V roce 1998 bylo jejich oddělení předěláno na apalickou JIP, tak zde zůstala působit nadále jako sestra.

Seminář týkající se péče o umírající a pacienty s infaustní prognózou navštívila jednou v Prachaticích. Jestli by přivítala další, neví, co má odpovědět, poté udává, že spíše asi ne, má raději veselejší témata a s tímto tématem se setkává dost ve své práci.

S pacienty s infaustní prognózou se setkává denně, na jejich oddělení jsou většinou hospitalizovaní lidé ve vigilním komatu. Co si pamatuje, stalo se asi čtyřikrát, že z jejich oddělení pacienti odešli, jiní ale zůstávají v komatu, nejdelší dobu co si vzpomíná, bylo 13 let. Umírání není na jejich oddělení tak časté.

Problém v ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou a umírajících nevidí, udává, že je to u každého člověka různé. Občas jak udává je problém s rodinou nemocného, ale to bývá jen velmi zřídka, většinou mají s rodinou nemocného blízký vztah a všechny sestry se na jejich oddělení snaží o vytvoření domácího prostředí jak pro pacienty, tak i pro jejich příbuzné.

Na ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících udává, že již si zvykla, ze začátku to pro ni bylo hrozné, dokonce zvažovala i odchod z oddělení, ale nakonec zůstala, podržel ji kolektiv a na práci u těchto pacientů si zvykla.

Na otázku, zda si myslí, že je na jejich oddělení dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů odpovídá, že ano. Pacientům se snaží zajistit intimitu a vše potřebné v rozsahu jejich možností. Udává, že na jejich oddělení jsou příbuzným pacienta umožněny návštěvy i mimo návštěvní hodiny, pacienti mohou mít u sebe své osobní věci, na přání rodiny je pacientům zajištěn kněz a podobně.

Jak již je zmíněno výše, na jejich oddělení jsou hospitalizováni především pacienti ve vigilním komatu, tudíž komunikace s nimi je velmi obtížná, ale i tak k nim přistupují jako k ostatním pacientům. Při každém kontaktu ho oslovují a oznamují prováděnou činnost. Na přání rodiny pacienta, klientům většinou tykají a oslovují ho jeho křestním jménem. Udává, že k pacientům na jejich oddělení přistupuje tak, jako kdyby byli při vědomí. Komunikace s rodinnými příslušníky pacienta jak udává, je daná stavem nemocného, někdy příbuzní nemohou a ani nechtějí pochopit zhoršený stav pacienta. Většinou však mají s rodinnými příslušníky pacienty dobrý a kamarádský vztah, příbuzní pacienta je berou jako součást rodiny a svěřují se jim i s osobními problémy.

Nad vlastní smrtelností přemýšlela mnohokrát, ale zda je s ní smířená neumí odpovědět. Přála by si, aby nikdy nedopadla jako pacienti na jejich oddělení, až přijde její čas, tak by chtěla, aby její umírání bylo rychlé.

Při ošetřování pacientů na jejich oddělení přemýšlí neustále, někdy když je náročný den se jí stane, že na něco zapomene nebo si není vědoma, zda danou činnost vykonala, potom se po odchodu z práce většinou vrátí zpět, aby vše dokončila a ujistila se.

Na otázku, zda se setkala někdy s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů na jejich oddělení chybovala, si není jistá žádné zásadní chyby, kterou by někdy udělala.

Ošetřování pacientů s infaustními prognózami a umírajících ji jak udává, určitě ovlivnilo a to v pohledu na život, snaží se být na sebe a na své blízké opatrná, protože na jejich oddělení vidí, co se člověku může stát a jak může dopadnout. Dříve na svou práci a pacienty na jejich oddělení hodně myslela, velký dopad na její psychiku bylo úmrtí, nebo postižení mladého člověka, vždy jí pomohl manžel, který s ní tuto situaci byl ochotný probírat, nyní se snaží nebrat si těžkosti a smutek ze zaměstnání domů a již se cítí být vyrovnaná.

Na otázky co ji motivuje při ošetřování pacientů s infaustními prognózami a umírajících pacientů odpovídá, že jí baví sama práce, nedovede si již představit, že by dělala někde jinde.

Supervizi v paliativní péči zná a viděla při návštěvě hospice v Prachaticích. Jak udává, na jejich oddělení praktikována není, ale mají možnost využít psychologa na oddělení psychiatrie, nikdy však tuto možnost nevyužila. Pokud má nějaký problém, většinou si vystačí s tím, že si o něm popovídá s kolegyněmi.

Svou práci má ráda. Jak udává na jejich oddělení je určitě větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, dokonce zná sestry, které z jejich oddělení odešly, protože neunesly prostředí mezi těžce nemocnými pacienty.

Ona sama nad odchodem ze zaměstnání již nepřemýšlí, takové myšlenky prý měla ze začátku, kdy se apalická jednotka založila.

Na otázky, jak zvládá nároky pacienta a jeho příbuzných odpovídá jen, že je zvládat musí.

K relaxaci ji pomáhá procházka s pejskem, při té vždy přijde na jiné myšlenky a absolutně se uklidní.

Sestra 4

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1985, poté nastoupila na oční oddělení. Přínos pro její práci ve studiu příliš nevidí, říká, že k nezaplacení je praxe, kterou získala. Jak udává, prošla několika odděleními, např. chirurgie, rehabilitace a později působila jako sestra v Rakousku, odkud se musela z rodinných důvodů vrátit zpět do České Republiky, poté nastoupila na apalickou jednotku v roce 2006, kde pracuje doposud. Motivem pro výběr tohoto oddělení byl kolektiv, který znala již z dřívější doby a zázemí, které jí zaměstnavatel nabízel.

Kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou nikdy nenavštívila a myslí si, že pro její práci by byl zbytečný, jak říká, vše se člověk naučí praxí a kurzy by měli spíše navštěvovat rodinní příslušníci.

Na jejich oddělení se s pacienty s infaustní prognózou setkává denně. Umírající pacienti nejsou na jejich oddělení tak často, udává, že přibližně jednou za rok, většina jejich pacientů je ve vigilním komatu a takto žijí až 15 let.

Problém v ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů nevidí žádný, přistupuje k nim, jako k lidem při vědomí, snaží se svou práci vykonávat svědomitě a poctivě. Udává, že jediný problém je možná s rodinou pacienta, někdy rodinní příslušníci pacienta nechápou, že se stav jejich blízkého zhorší. Ona sama chápe, že rodina má stále nějakou naději a je pro ni těžké se smířit se stavem jejich blízkého. Jak udává, občas je to velmi složitá situace.

Na ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, udává: *„působí to na mě hrozně, snažím se na to příliš nemyslet a brát to jako práci, kterou někdo dělat musí“.*

Na otázku, zda si myslí, že je na jejich oddělení dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, odpovídá, že ano. Udává, že někdy je den náročnější, ale vždy se snaží zajistit pacientům vše dle jejich možností.

K pacientům s infaustní prognózou a umírajícím pacientům přistupuje jako k pacientům při vědomí, komunikuje s nimi naprosto normálně, oslovuje je jejich křestním jménem a vše se jim snaží pečlivě vysvětlit. Udává, že tím, jak na jejich oddělení jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě, tak k nim citově přilne a je a jejich blízké bere jako součást rodiny. Dále udává, že si těžko zvyká, pokud je na jejich oddělení hospitalizován nový pacient. Komunikaci s příbuznými pacienty zvládá celkem dobře, říká, že vše je dané stavem pacienta, většinou má s rodinou pacienta přátelský vztah, udává, že o rodinných příslušnících ví snad vše.

Nad vlastní smrtelností přemýšlí častokrát, jestli je s ní smířena nedokáže říct, práce na jejich oddělení je pro ni velká zkušenost, bojí se bolesti a situace nebo způsobu, za kterého by umírala.

Nad vykonanou prací u pacientů na jejich oddělení přemýšlí, jak udává: „ *určitě, je to běžná součást mé práce, přemýšlím nad tím, co se mi povedlo a co ne, co mě potěšilo, anebo z čeho mi bylo smutno, někdy se i pochválím, jak jsem vše zvládla.*“

Na otázku, zda si myslí, že by mohla něco udělat lépe, odpovídá, že určitě, nikdo není dokonalý a každý má právo chybovat, ona sama, jak udává, si ale není vědoma žádné zásadní chyby, kterou by udělala při ošetřování pacientů s infaustní prognózou, nebo u umírajících pacientů.

Ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ji ovlivnilo v pohledu na svět a postoji k životu. „*Na našem oddělení vidím neštěstí, pesimismus a beznaděj a ve společnosti se lidé handrkují o zbytečnosti. Zanevřela jsem na společnost, je to pro mě velká zátěž, dříve jsem byla velice společenský člověk, ale nyní už ne, mám raději svůj klid a pohodu.*“

Svůj přístup k pacientům má stále stejný, snaží se svou práci vykonávat co nejsvědomitěji a nejpečlivěji.

Na otázku co ji motivuje při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů neví, co má odpovědět, svou práci má ráda, ale někdy pocítuje beznaděj, že provádí zbytečnou práci, chtěla by to změnit, ale ví, že to nelze.

O supervizi slyšela, ale na jejich oddělení praktikována není. Ona sama by takovouto možnost přivítala. Jak udává „*držíme jedna druhou, bylo by dobré popovídat si i s nějakým odborníkem*“.

Svou práci má ráda, ale jak říká, dříve ji měla velice ráda, nyní jí vadí stále přibývající dokumentace, s kterou ubývá čas na práci s pacientem. Myslí si, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, ona sama udává, že jí prošla, nezvládala už nic, v té době jí pomohla hlavně rodina. V té době pracovala na jiném oddělení a z důvodů jejích problémů přestoupila na oddělení jiné. Nyní nad odchodem ze zaměstnání nepomýšlí.

Nároky pacienta a jeho rodiny se zvládat naučila. K relaxaci a odpočinku ji pomáhá zahraniční dovolená, kam většinou jezdí s dcerou, říká, že tam vždy přestane myslet na věci, které se dějí v zaměstnání a soustředí se jen na prožití dovolené.

Sestra 5

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1990, poté nastoupila na dětské oddělení. Po šesti letech byla „propůjčena“ na oddělení ARO, kde zůstala a pracuje již 14 let. V roce 2009 ukončila bakalářské studium, do budoucna přemýšlí i o studiu magisterském, ale jak říká, zatím jen výhledově. Přínos pro její práci ve studiu vidí ve všeobecném rozhledu, ale v odbornosti spíše ne.

Kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou navštívila jednou v Brně, týkal se spíše kontaktu s rodinou pacienta. Další kurz by uvítala, ale s touto tematikou ne příliš často.

S pacienty s infaustní prognózou se setkává relativně často, na jejich oddělení jsou přivezeni pacienti ve velmi vážném stavu většinou po těžkých autonehodách a s vážným poraněním. S umírajícím pacientem se setkává přibližně jednou až dvakrát do měsíce. Jejich oddělení funguje jako „akutní lůžka“ a většinu jejich pacientů se stav vylepší a jsou přeloženi na spádová oddělení.

V péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající pacienty problém nevidí, jen občas, jak udává, jsou problémy s rodinou pacienta, ale to ona chápe, většina příbuzných nepochopí zhoršení stavu jejich blízkého „*ráno ho vidí odcházet do práce v naprostém pořádku a odpoledne jsou u jeho lůžka a vidí kolem něj spoustu hadiček a přístrojů, je těžké pro ně přijmout jeho stav.*“

Na otázku, jak na ni působí ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů odpovídá, že se snaží, si tyto věci nebrat do hlavy, ale určitě ji to ovlivňuje, hlavně v tom, že se pak zamyslí, že ve svém životě řeší zbytečnosti a na světě je spousta důležitějších věcí.

Myslí si, že na jejich oddělení není dostatek času ani prostoru pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. Udává, že je rodinným příslušníkem pacienta po domluvě umožněn přístup i mimo návštěvní hodiny, mohou mít u sebe vlastní věci a na přání rodiny je jim zajištěn kněz.

S pacientem s infaustní prognózou a umírajícím pacientem se snaží komunikovat a přistupovat k němu, jako kdyby byl při vědomí, je si ale vědoma toho, že ne vždy tak činí, jak udává, někdy je pracovní den tak chaotický, že jedná automaticky a práci kolem pacienta vykonává bez komunikace.

S rodinou pacienta se komunikaci snaží zvládat, ale jak udává, někdy je to velice obtížné. Rodina pacienta se nechce smířit s jeho stavem, příslušníci jsou bezradní a nechtějí nic pochopit.

Nad vlastní smrtelností přemýšlela, ale většinou jen, když je na jejich oddělení přivezen pacient ve velmi vážném stavu, tak si uvědomí, co se může stát a že se to může stát i jí. Smířena však s ní není.

Nad vykonanou prací a při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů přemýšlí, většinou se i s kolegyněmi mezi sebou kontrolují, aby vše vykonaly správně. Jestli by mohla něco udělat lépe, neví, snaží se pracovat tak, jak nejlépe umí.

Na otázku, zda se setkala někdy s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů chybovala, odpovídá, že ano, ne v nějaké zásadní věci, že by ohrozila život pacienta, ale v tom, že k umírajícímu pustila studenty, za které zodpovídala, pro některé z nich to podle ní byla prý zábava a je si vědoma, že to byla chyba.

Ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ji ovlivnilo v pohledu na život, vidí ho trochu jinak, než začala na ARO pracovat, nyní je pro ni nedůležitější její zdraví a zdraví její rodiny. Do osobního života se snaží situace ze zaměstnání nevtahovat. Jak sama připouští, jsou chvíle, kdy se neubrání myslet na některé pacienty i doma, ale pouze v soukromí, se zbytkem její rodiny se o toto téma nepodílí.

Přístup a chování k pacientům s infaustní prognózou a k umírajícím pacientům nezměnila, není si vědoma žádné situace, která by měla její chování změnit. Snaží se ke všem pacientům chovat a přistupovat stejně.

Na otázku co ji motivuje při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů odpovídá, že ji baví práce na ARO, v práci je spokojená a mají i dobrý kolektiv, více se nad tím nikdy nezamýšlela.

Supervizi v paliativní péči zná ze studia vysoké školy, nikdy se s ní však osobně nesetkala a je si vědoma, že na jejich oddělení, ani v celé nemocnici není praktikována.

Psycholog ani jiná osoba, s kterou by mohla probrat svou situaci, na jejich oddělení přítomna není. Občas, jak udává, by takovouto možnost přivítala, zatím se snaží vyrovnat se vším sama.

Svou práci má ráda a baví ji. Zda je na jejich oddělení větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření odpovídá, že ano. Nad odchodem ze zaměstnání zatím nepomýšlí. Nároky pacientů a jejich příbuzných zvládá bez nějakých větších problémů. Momentálně se necítí ohrožena syndromem vyhoření. K odpočinku jí slouží relaxace a klid.

Sestra 6

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 2003, poté nastoupila na bakalářské studium, které ukončila v roce 2006. Nyní se připravuje na studium PSS ARIP. Přínos pro její práci ve studiu shledává. V roce 2006 nastoupila na oddělení ARO, jejím motivem pracovat na tomto oddělení bylo získání nejvyšší odbornosti. Práce zde ji velice baví. Kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou nikdy nenavštívila, pouze geriatricky kurz, který měl podobnou tematiku, další kurzy s tímto tématem již navštěvovat nechce.

Na oddělení ARO se s pacienty s infaustní prognózou setkává denně, s umírajícím pacientem, udává, tak jednou až dvakrát za měsíc. Problém při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů nevidí téměř žádný, pouze občas bývají problémy s rodinou pacienta, kdy se rodina pacienta nechce smířit s jeho stavem.

Na ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, jak udává, si již zvykla, nechce si to nějak moc připouštět, vidí je jako ostatní pacienty, někdy rozpoznává rozdíly mezi mladým a starým pacientem. Mladých pacientů jí bývá líto a starým pacientům s infaustní prognózou přeje, aby jejich trápení netrvalo dlouho.

Na otázku zda si myslí, že na jejich oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb pacienta, odpovídá, že záleží na dni, zda je práce hodně, nebo zda je relativně klidný den.

S pacienty na jejich oddělení komunikuje, jako kdyby byli při vědomí, vždy když k nim přistupuje, sděluje jim, jakou činnost bude právě provádět, oslovuje je většinou jejich křestním jménem, pokud je to starší pacient používá jeho příjmení. Svou práci má velice ráda, snaží se chovat profesionálně a nechce si připouštět věci, které se v jejím zaměstnání dějí. Nedělá rozdíly mezi pacienty a ke všem přistupuje stejně.

Komunikaci s příbuznými pacienta se snaží zvládat, jak jen to je možné. Jak udává, na jejich oddělení je většinou konverzace s rodinou přítomný lékař. Je radši, když lékař komunikaci s příbuznými přebere sám.

Nad vlastní smrtelností zatím nepřemýšlela, zda je s ní smířena nemůže, jak udává v této chvíli říci, jen ví, že by chtěla, aby její umírání bylo velice rychlé.

O vykonané práci při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů přemýšlí stále, v kolektivu se radí s kolegyněmi o různých postupech a možnostech. Myslí si, že vykonává svou práci, jak nejlépe umí a zda by mohla něco udělat lépe, neví.

Na otázku zda se setkala někdy s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů chybovala, odpovídá, že si není vědoma žádné chyby, která by zásadně ovlivnila stav pacienta.

Ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů na jejich oddělení ji podle ní určitě ovlivnilo a to v tom, že se snaží být na sebe opatrnější. Dopad na její psychiku zatím žádný nepocituje. Do svého osobního života se záležitosti ze zaměstnání snaží nepřipouštět.

Přístup a chování k pacientům má stále stejný, udává, že nebyla svědkem žádné situace, která by ji v přístupu a chování nějakým způsobem ovlivnila. Snaží se nedělat rozdíly mezi pacienty a ke všem přistupovat stejně.

Na otázky týkající se motivace při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů neví co odpovědět, říká, že ji baví práce na jejich oddělení sama o sobě.

Se supervizí se setkala při návštěvě hospice v Prachaticích, na jejich oddělení praktikována není, myslí si, že takováto možnost by byla určitě vítaná mnoha pracovníky. Jak udává, na jejich oddělení není k dispozici ani psycholog, ani jiná osoba, se kterou by mohla probrat svou situaci. Ona sama, jak udává, nikoho takového nepotřebuje, ale do budoucna by třeba takovou možnost i přivítala.

Svou práci má velice ráda a moc ji baví. Zda si myslí, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, odpovídá, že ano, ale zatím nikoho takového, kdo by syndrom vyhoření měl, nepoznala.

Nad odchodem ze zaměstnání přemýšlí vždy, když je náročný den, ale jak udává, to ji hned přejde a zase pokračuje v práci dál. Nároky pacientů a jejich rodiny zvládá dobře, snaží se nic si nepřipouštět. V této době se syndromem vyhoření ohrožena necítí. K relaxaci využívá pobyty v přírodě a sport.

Sestra 7

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1983. V současné době nestuduje a ani se studovat nechystá. Ve svém studiu shledává pro svou práci přínos, jak udává, měli hodně hodin praxe, další zkušenosti ji přinesla po maturitě praxe v nemocnici.

Nyní pracuje dva roky na onkologickém oddělení JIP, před tím pracovala na interním oddělení. Motivem pracovat na tomto oddělení byl kolektiv.

Kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou nikdy nenavštívila a ani žádný navštívit nechce, udává, že zkušenosti nese praxe.

S pacienty s infaustní prognózou a umírajícími pacienty se setkává často. Problém v ošetrovatelské péči na jejich oddělení vidí v nedostatečném zajištění intimity, lůžka na jejich oddělení jsou oddělena pouze plentou a pro dostačující intimitu není prostor.

Ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů je pro ni psychicky náročné. Jak udává, jsou lidé, na které nemůže zapomenout, na jejich oddělení bývají často i pacienti ve věku jejich dětí. Sama ví, že si pacienty nemůže nechat přirůst k srdci, ale jak udává, někdy to jinak nejde. Nejhorší pro ni je zhoršení stavu jejich pacientů a čekání na smrt.

Na otázku, zda si myslí, že je na jejich oddělení dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, odpovídá, že ano. Udává, že někdy bývá den náročnější, ale většinou se snaží pacientům na jejich oddělení věnovat pro jejich potřeby dostatek času.

Komunikaci s pacienty s infaustní prognózou a umírajícími pacienty se snaží zvládat, jak ale udává: „*těžko se mi lže*“ ve většině případů musí při komunikaci s pacienty použít milosrdnou lež a to, jak udává, je pro ni velice těžké. S příbuznými pacienta komunikuje bez problémů, ale uvnitř sebe s nimi jejich situaci velmi prožívá.

Pacientům s infaustní prognózou a umírajícím pacientům, se snaží ulevit dle svých možností, ať už od bolesti fyzické, tak psychické a vždy je ochotna každému naslouchat.

O své smrtelnosti nepřemýšlela a ani s ní není smířena, nechce si takovou věc připouštět, dokud nebude sama nemocná.

O své práci přemýšlí stále, i když z práce odejde a jede domů autobusem, hlavou jí probíhají myšlenky na uplynulý den, pokud si není jistá, vždy zavolá do práce a ujistí se, jestli vše udělala, tak jak měla. Jak udává, někdy je den „*tak hrozný*“, že na oddělení zůstává i po pracovní době, aby pomohla kolegyni, nebo dodělala svou práci.

Na otázku, zda se někdy setkala s tím, že při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů chybovala, odpovídá, že si žádnou takovou situaci neuvědomuje.

Ošetrování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ji ovlivnilo v pohledu na život, přehodnotila, co je pro ni v životě důležité a co ne. Její osobní život ovlivnilo ošetrování lidí z jejího blízkého okolí na jejich oddělení. Občas o problémech z práce mluví doma s manželem.

Přístup k pacientům změnila na základě vlastní zkušenosti, kdy měla na jistém oddělení v nemocnici hospitalizovanou svou babičku, a jak udává, nebylo tam o ni dobře postaráno, na základě toho se snaží být ke svým pacientům laskavá a vyhovět jim v jejich potřebách a přáních.

Na otázku, co ji motivuje, neví, co odpovědět. Udává, že ji její práce baví. Se supervizí se nikdy nesesetkala, ale už o ní slyšela, udává, že z nějakého odborného článku. Na jejich oddělení praktikována není, ale mají k dispozici psycholožku, zatím její služby nevyužila, je toho názoru, že pokud má nějaký problém, musí si ho v hlavě srovnat sama.

Svou práci má ráda. Myslí si, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, ona sama zná několik sester, které z oddělení musely odejít, protože práci po psychické stránce nezvládaly.

Nad odchodem ze zaměstnání zatím nepřemýšlí. Nároky pacientů a jejich příbuzných se snaží zvládat, i když, jak udává, někdy je na ní toho hodně.

V současné době se syndromem vyhoření ohrožena necítí. K duševní hygieně jí pomáhá její fungující rodina, spokojené manželství, šťastné děti a jejich domácí mazlíček – pes.

Sestra 8

Střední zdravotnickou školu ukončila maturitou v roce 1974. V roce 1987 ukončila specializaci PSS – všeobecná péče. V současné době nestuduje a již se ani studovat nechystá.

Přínos pro její práci ve studiu v té době shledává. Nyní pracuje na oddělení onkologie. Motivem pracovat na tomto oddělení byly pro ni určité výhody. V té době, kdy na toto oddělení nastoupila, měla možnost pracovat na zkrácenou pracovní dobu, což pro ni bylo motivující, jelikož měla malé dítě.

Kurz týkající se péče o pacienty s infaustní prognózou a o umírající pacienty navštívila asi před třemi lety v hospici v Prachaticích. Další kurz s touto tematikou by přivítala.

S pacienty s infaustní prognózou a umírajícími pacienty se na jejich oddělení setkává velmi často. Problém v péči o pacienty s infaustní prognózou a o umírající pacienty nevidí žádný, spíše, jak udává, problémy jsou individuální a vždy záleží na daném pacientovi.

Udává, že ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů jí dříve nevadilo a nijak zvlášť na ni nepůsobilo, ale čím více ona sama stárne, tím více se do pacientů vcítuje a uvědomuje si, že jí jejich osud může potkat také. Na otázku, zda si myslí, že je na jejich oddělení dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů odpovídá, že vždy záleží na sestře, nebo ostatním personálu. Někteří zaměstnanci věnují času hodně, někteří naopak málo.

Když nastoupila na toto oddělení, měla z komunikace s pacienty s infaustní prognózou a s umírajícími pacienty strach a to hlavně z toho, jak se jí budou ptát a na co se jí budou ptát. Většina jejich pacientů se však chová, jako kdyby o své nemoci nevěděla, nebo si nemoc nepřipouštěla. Baví se s nimi o běžných věcech ze života a udává, že nikdo z pacientů se nechce bavit o své nemoci.

S příbuznými pacienta, jak udává, bývá komunikace někdy obtížnější, než se samotným pacientem. Rodina pacienta se nechce smířit s jeho diagnózou a jeho stavem.

K pacientům s infaustní prognózou a k umírajícím pacientům přistupuje stejně, jako k ostatním, nedělá žádné rozdíly. Vždy se snaží s pacientem co nejdéle hovořit, pokud sám pacient chce, nechá ho vypovídat ze svých problémů a ochotně naslouchá.

Se svojí smrtelností smířena není, neumí si představit vlastní stáří a nechce nad tím ani přemýšlet.

O vykonané práci a při ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících pacientů přemýšlí, společně se radí i s ostatními kolegyněmi. Na práci myslí i při odchodu ze zaměstnání, přemýšlí, zda vše udělala správně. Pokud si není jistá, ujistí se telefonátem na oddělení. Neví, zda by mohla udělat něco lépe při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, snaží se pracovat nejlépe, jak dovede. Není si vědoma, že by někdy zásadně chybovala při ošetřovatelské péči u pacientů s infaustní prognózou a u umírajících pacientů. Přístup a chování k pacientům má stále stejný, jen jak udává, čím je starší, tím je shovívavější.

Ošetřování těchto pacientů ji ovlivnilo v postoji k životu, rozděluje věci na důležité a nedůležité. Na pacienty na jejich oddělení stále myslí i doma. Za ta léta, co pracuje na oddělení onkologie, si nezvykla, vadí jí prostředí, představuje si sebe, své děti a své rodiče v roli pacientů. Své pocity a problémy ze zaměstnání doma nechce rozebírat, spíše je drží v sobě.

Při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů, jak udává, ji nic nemotivuje, bere to jako práci, kterou někdo dělat musí.

O supervizi slyšela při návštěvě hospice v Prachaticích, na jejich oddělení praktikována není, mají ale k dispozici psycholožku, ona ji však nikdy nevyužila, říká, že pokud má nějaké problémy, vyřeší si je vždy sama.

Svou práci má docela ráda, neví, co by dělala jiného, často je však z práce unavená a nadává na ní. Není si jistá, zda na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, nikoho takového, kdo by jím byl postižen, nezná. Ona sama jím jak udává,

ohrožena není. Nároky pacientů a jejich příbuzných se snaží zvládat, říká, nic jiného jí stejně nezbyvá. K relaxaci a odpočinku využívá práce na zahrádce.

4.2 Kategorizace dat pomocí tabulek

Seznam kategorizačních skupin:

Pracoviště sester (Tabulka 1)

Častost setkávání sester s pacienty s infaustní prognózou (Tabulka 2)

Častost setkávání sester s úmrtím pacienta (Tabulka 3)

Problém v péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající dle sester (Tabulka 4)

Působení při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů z pohledu sester (Tabulka 5)

Zvládání komunikace s pacientem s infaustní prognózou a umírajícím pacientem (Tabulka 6)

Přístup k pacientům s infaustní prognózou a k umírajícím pacientům (Tabulka 7)

Zvládání komunikace s příbuznými pacienta (Tabulka 8)

Úvaha o vykonané práci při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů dle sester (Tabulka 9)

Ovlivnění sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů (Tabulka 10)

Možnosti ovlivnění sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů (Tabulka 11)

Ovlivnění osobního života sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů (Tabulka 12)

Dopady na psychiku sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů (Tabulka 13)

Pomoc psychologa na oddělení z pohledu sester (Tabulka 14)

Předpoklad vzniku syndromu vyhoření z pohledu sester (Tabulka 15)

Míra ohrožení syndromem vyhoření z pohledu sester (Tabulka 16)

Tabulka 1 Pracoviště sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Dětská onkohematologie	1	1							2
Apalická jednotka			1	1					2
ARO					1	1			2
Onkologie								1	1
Onkologie JIP							1		1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje pracoviště dotazovaných sester. Dvě sestry pracují na oddělení dětské onkohematologie, dvě sestry pracují na apalické jednotce, dvě sestry na oddělení ARO, jedna sestra na onkologii JIP a jedna sestra na onkologii – standardní oddělení.

Tabulka 2 Častost setkávání sester s pacienty s infaustní prognózou

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
denně			1	1		1			3
často					1		1		2
velmi často	1	1						1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje výsledky otázky, jak často se dotázané sestry setkávají s pacienty s infaustní prognózou. 3 z dotázaných sester uvedlo, že se s pacienty s infaustní prognózou setkávají denně. 2 z dotázaných sester uvedly, že se s pacienty s infaustní prognózou setkávají často. Odpověď velmi často uvedly 3 z dotazovaných sester.

Tabulka 3 Častost setkávání sester s umírajícím pacientem

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
často					1	1	1	1	4
Není časté	1	1	1	1					4

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V tabulce je prezentováno, jak často se dotázané sestry setkávají s umírajícími pacienty. 4 sestry odpověděly, že se s umírajícími pacienty setkávají často. 4 sestry uvedly, že na jejich oddělení není umírání tak časté.

Tabulka 4 Problém v péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající dle sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano							1		1
Ne	1	1						1	3
Ne, občas			1	1	1	1			4

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tato tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, zda vidí nějaký problém v ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající pacienty. 7 z dotázaných sester odpovědělo, že nevidí problém žádný, z toho 4 sestry uvedly, že jediný problém je občas komunikace s rodinou. Pouze jedna sestra odpověděla, že problém v péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající pacienty vidí a to konkrétně v nedostatečném zajištění intimity.

Tabulka 5 Působení při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů z pohledu sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
zvykla si	1	1	1			1			4
obtížně				1			1		2
ovlivňuje ji					1			1	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tato tabulka prezentuje, jak na sestry působí ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. 4 sestry odpověděly, že si na ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů již zvykly a nijak na ně nepůsobí. Pro 2 sestry je ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů obtížné. 2 sestry uvedly, že je ošetřování ovlivňuje.

Tabulka 6 Zvládání komunikace s pacientem s infaustní prognózou a umírajícím pacientem

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
bez problémů	1	1		1	1	1		1	6
obtížně			1				1		2

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V této tabulce je prezentováno, jak sestry zvládají komunikaci s pacientem s infaustní prognózou a umírajícím pacientem. 6 sester odpovědělo, že komunikace jim nedělá žádné problémy. 2 sestry odpověděly, že je pro ně komunikace s pacienty s infaustní prognózou a s umírajícími pacienty obtížná, z toho pro jednu sestru v problému milosrdné lži a pro druhou ve vědomí pacienta, jelikož na jejich oddělení jsou hospitalizováni především pacienti ve vigilním komatu.

Tabulka 7 Přístup sester k pacientům s infaustní prognózou a umírajícím pacientům

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
stejný jako k ostatním pacientům	1	1	1	1	1	1			6
více pozornosti							1		1
více empatie								1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje přístup sester k pacientům s infaustní prognózou a k umírajícím pacientům. 6 sester odpovědělo, že k těmto pacientům přistupuje stejně, jako k ostatním pacientům. 1 sestra uvedla, že pacientům s infaustní prognózou a umírajícím pacientům věnuje více pozornosti a obětavosti. 1 sestra uvádí, že vzhledem ke svému věku je více empatická vůči těmto pacientům.

Tabulka 8 Zvládání komunikace s příbuznými pacienta

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
obtížně	1				1	1		1	4
bez obtíží		1	1	1			1		4

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V tabulce je prezentováno, jak sestry zvládají komunikaci s příbuznými pacienta s infaustní prognózou, nebo umírajícího pacienta. 4 sestry odpověděly, že je komunikace pro ně obtížná a to zejména v tom, že příbuzní pacienta se nedokážou smířit s jeho stavem. 4 sestry uvedly, že komunikaci s příbuznými zvládají bez velkých obtíží.

Tabulka 9 Úvaha o vykonané práci při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů dle sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
radí a kontrolují se s kolegyněmi					1	1		1	3
vše kontroluje	1	1	1	1			1		5

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázky, zda a jak přemýšlejí o vykonané práci při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. Všechny 8 sester nad vykonanou prací přemýšlí, z toho 3 sestry uvedly, že se společně radí a kontrolují s ostatními kolegyněmi. 5 sester uvedlo, že po sobě vše kontrolují a ujišťují se, že konaly správně.

Tabulka 10 Ovlivnění sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano	1		1	1	1	1	1	1	7
Ne		1							1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V této tabulce je prezentováno, zda sestry ovlivňuje ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. 7 sester opověděly, že je ovlivňuje, pouze 1 sestra uvedla, že ne.

Tabulka 11 Možnosti ovlivnění sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
v ničem		1							1
postoj k životu	1		1	1	1		1	1	6
větší opatrnost						1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka uvádí odpovědi na otázky, v čem sestry ovlivňuje, nebo ovlivnilo ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. 1 sestra uvedla, že ji v ničem neovlivňuje. 6 sester ovlivnilo ošetřování těchto pacientů k postoji k životu. 1 sestra uvedla, že ji ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ovlivnilo v tom, že je na sebe opatrnější.

Tabulka 12 Ovlivnění osobního života sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
Ne					1	1			2
ano		1		1				1	3
občas	1		1				1		3

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V této tabulce je prezentováno, zda ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ovlivňuje osobní život sestry. 2 sestry odpověděly, že ošetřování těchto pacientů jejich osobní život neovlivňuje. 3 sestry ošetřování těchto pacientů ovlivňuje jejich osobní život a 3 sestry uvedly, že ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ovlivňuje jejich osobní život jen občas.

Tabulka 13 Dopady na psychiku sester při ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano	1			1				1	3
ne		1	1			1			3
občas					1		1		2

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázky, zda má ošetřování pacientů s infaustní prognózou nějaký dopad na jejich psychiku. 3 sestry udávají, že ano. 3 sestry uvádějí, že ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů nemá žádný dopad na jejich psychiku. 2 sestry udávají, že občas ošetřování těchto pacientů má dopad na jejich psychiku.

Tabulka 14 Pomoc psychologa na oddělení z pohledu sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano	1	1	1	1	1				5
Ne							1	1	2
možná						1			1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V této tabulce jsou uvedeny odpovědi sester na otázku, zda by přivítaly na svém oddělení psychologa, nebo jinou osobu, s kterou by mohly probrat svou situaci. 5 sester by tuto možnost přivítalo. 2 sestry uvádějí, že takovou možnost mají, ale nechtějí ji využívat. 1 sestra by takovouto možnost přivítala možná do budoucna.

Tabulka 15 Předpoklad vzniku syndromu vyhoření z pohledu sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
ano	1		1	1	1	1	1		6
ne		1						1	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

Tabulka prezentuje, zda si sestry myslí, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření. 6 sester si myslí, že ano. 2 sestry odpověděly, že ne.

Tabulka 16 Míra ohrožení syndromem vyhoření z pohledu sester

Odpověď sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Součet
momentálně ne	1	1	1		1	1	1	1	7
ne, ale již se s tím setkaly				1					1

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámky: S = sestra

V této tabulce jsou prezentovány odpovědi sester, zda se cítí ohrožené syndromem vyhoření. 7 sester uvedlo, že momentálně se syndromem vyhoření ohrožené necítí a ani se nikdy ohrožené necítily. 1 sestra udává, že momentálně se ohrožená necítí, ale již dříve syndromem vyhoření prošla.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňuje ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů psychiku a práci zdravotníků ve smyslu jejich sebereflexe. Jako sestra jsem se setkala při svém povolání s pacienty s infaustní prognózou a s umírajícími pacienty mnohokrát. Ne vždy je snadné, jak jsem poznala za své praxe, se s odchodem pacienta, byť to byl pro mne cizí člověk, smířit. Tyto situace jsou pro většinu zdravotníků velice náročné a těžké, zvláště vyrovnání se s pocitem beznaděje kdy těžce nemocnému nebo umírajícímu pacientovi nelze již více pomoci.

Ve svém výzkumném šetření jsem spolupracovala s osmi sestrami pracujícími na oddělení dětské onkohematologie, apalické jednotce, ARO a onkologie v nemocnici České Budějovice a.s.

Při požádání sester o rozhovor jsem se nesetkala s žádným negativním postojem, naopak všechny sestry projevily ochotu spolupracovat. Rozhovor s každou sestrou probíhal zvlášť. Při rozhovorech s některými sestrami jsem měla pocit, že byly rády, že mohou o tomto tématu s někým otevřeně hovořit.

Délka praxe dotazovaných sester je rozdílná, sestra s nejdelší praxí působí v nemocnici České Budějovice a.s. již od roku 1974, sestra s nejkratší praxí zde působí od roku 2003. Mezi dotazovanými sestrami byly tři, které mají již dokončené bakalářské studium, z toho jedna sestra přemýšlí do budoucna i o studiu magisterském. Vzdělávání sester chápu jako velké pozitivum a vidím v něm snahu sester o rozvoj a zkvalitňování ošetrovatelské péče. Je velice povzbuzující, že pro většinu dotazovaných sester bylo jejich studium přínosné a užitečné pro jejich povolání a zkušenosti ze studia mohly dále ve své praxi rozvíjet.

Velmi zajímavé bylo pro mne zjištění, že pouze čtyři z dotazovaných sester navštívily nějaký kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou, z toho pouze jedna sestra by přivítala další kurz s touto tematikou. Ostatní sestry již takovéto kurzy navštěvovat nechtějí. Sestra v kazuistice 4 uvedla, že by takovéto kurzy měli navštěvovat spíše rodinný příslušníci pacienta. Když vezmeme do úvahy článek Kelnarové (21), v

kterém uvádí, že od sester poskytující péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající pacienty je vyžadováno neustálé sebevzdělávání a účasti na odborných seminářích, beru postoj dotazovaných sester k návštěvě kurzů týkající se péče o umírající a pacienty s infaustní prognózou spíše jako obranu, kdy jak samy některé sestry uvedly, mají této tematiky ve svém zaměstnání mnoho a mimo své zaměstnání již nad tím nechtějí přemýšlet.

S pacienty s infaustní prognózou se dotazované sestry ve svém zaměstnání setkávají velmi často až denně (viz tab.2). Podle Haškovcové (13) představuje neustálý kontakt s bolestí, utrpením pacientů a opakované setkání se smrtí pro sestry pracující s pacienty s infaustní prognózou a umírajícími velkou psychickou zátěží. Což ve své podstatě potvrzuje i mé výzkumné šetření. Čtyři ze sester uvedly, že si na ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů již zvykly, ale většina z nich udává, že začátky pro ně byly hrozné a dokonce zvažovaly i odchod z oddělení. Dvě sestry uvádí, že ošetřování těchto pacientů je pro ně obtížné, nyní citují jednu ze sester, která uvádí: „*působí to na mě hrozně, snažím se na to příliš nemyslet a brát to jako práci, kterou někdo dělat musí.*“ Sestra v kazuistice 7 uvádí, že na své pacienty nemůže zapomenout, představuje si v nich i svoji rodinu, ví, že si pacienty nemůže nechávat přirůst k srdci, ale jak udává, je to pro ni psychicky náročné. Misconiová (29) ve svém článku uvádí, že sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci při ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících by měli najít rovnováhu mezi empatií a vděčností, aby nebyli sami vtaženi do deprese. Téměř všechny sestry, mimo jedné uvedly, že je ošetřování pacientů v infaustních stavech a umírajících ovlivňuje a to především v postoji k životu (viz tab.10,11). Osobně si myslím, že toto je pro zdravotnické pracovníky a sestry přirozené a pokud svou práci dělají se srdcem, citem a přesvědčením je jednoznačné, že je jejich práce v postoji k životu a světu ovlivní. Souhlasím s odpověďmi sester, které uvádějí, že v dnešním světě se lidé dohadují o věcech, které nejsou pro život příliš důležité. Podle mého názoru, každý člověk dojde jednou do stavu, kdy přehodnotí svůj život a rozdělí věci na pro něj podstatné a

nepodstatné. Jak uvádí Kelnarová (21) je pro sestru důležité, aby měla filozofický nadhled, byla psychicky vyrovnaná a sama žila smysluplný život.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že ošetřování pacientů s infaustními prognózami a umírajících pacientů ovlivňuje osobní život šesti dotazovaným sestrám (viz tab.12). Ne však všechny o svých pocitech a problémech ze zaměstnání mluví se svými blízkými, z dotázaných sester jsou to pouze dvě, které svoji situaci rozebírají doma s manželem. Ostatní sestry se snaží svou rodinu do dění v jejich zaměstnání nevtahovat. S pocity jako je smutek a úzkost se snaží vyrovnat samy. Osobně si myslím, že tímto prochází každá sestra, protože nelze z hlavy vymazat prožitky a osudy některých našich pacientů v nás zůstanou navždy. Podle Bartoškové (2) je sestra často vystavena tragickým událostem lidských osudů, kdy pro nemocného nelze udělat více a jeho smrt se blíží. Sestra by měla být připravena zabývat se sama sebou a svými potřebami, protože nedostatek těchto potřeb může vést k narůstajícímu napětí a stresu. Přikláním se, ale i k dopovědím několika sester, že ne vždy je toto možné.

Ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů má dopad na psychiku u třech sester a dvě uvedly, že občas (viz tab.13). Za zmínku však stojí odpověď sestry v kazuistice 4, cituji: „ *Na našem oddělení vidím neštěstí, pesimismus a beznaděj a ve společnosti se lidé handrkují o zbytečnosti. Zanevřela jsem na společnost, je to pro mě velká zátěž, dříve jsem byla velice společenský člověk, ale nyní už ne.*“

Podle Kelnarové (21) by sestry pracující v oblasti paliativní a terminální péče měly být vyrovnány s vlastní smrtelností a měly by si být vědomy vlastních hranic a možností. Toto ovšem se při mém výzkumném šetření nepotvrdilo, polovina z dotazovaných sester o své smrtelnosti nikdy nepřemýšlela, druhá polovina ano, ale jednoznačně sestry uvádějí, že smířeny s ní nejsou, některé z nich si ji ani nechtějí připustit.

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že přístup sester k pacientům s infaustní prognózou a umírajícím pacientům je u většiny dotazovaných sester stejný, jako k ostatním pacientům (viz tab.7). Sestra v kazuistice 8 uvádí, že k pacientům přistupuje stále stejně, ale čím je starší, je k pacientům více shovívavá a empatická. Pouze jedna sestra uvedla, že

pacientům s infaustními prognózami a umírajícím věnuje více pozornosti a snaží se jim ulevit od bolesti fyzické i psychické, jak jen to dovolují její možnosti. Špatenková a Králová (39) ve svém článku uvádí, že záleží na přístupu zdravotníků, protože právě oni mohou mít velký vliv na to, jak se pacient adaptuje na svoji situaci a vyrovná se s přicházejícími změnami a ztrátami. I když některé sestry uvedly, že k pacientům přistupují stejně, jako k ostatním, nevidím v tom, žádný problém, protože podle odpovědí sester, se snaží všem svým pacientům poskytnout tu nejlepší péči a nemyslím si, že by některá z nich byla méně či více empatictější.

Je velice uspokojivé, že na otázku, zda vidí sestry nějaký problém v ošetrovatelské péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající pacienty, sedm sester odpovědělo, že problém nevidí, jen čtyři z nich mají občas problém v komunikaci s rodinou pacienta. Sestra v kazuistice 7 uvedla, že problém na jejich oddělení vidí a to konkrétně v nedostatečném zajištění intimity (viz tab.4).

Bartošíková (2) ve svém článku uvádí, že právě sestra bývá první u konfliktu s pacientem nebo příbuznými a někdy ani vděk pacienta a jeho blízkých neodpovídá úsilí a námaze, kterou sestra vynaložila. Toto potvrdila i polovina dotazovaných sester (viz tab.8). Souhlasím s tvrzením sester, že někdy se rodina pacienta nechce smířit s jeho stavem a diagnózou. Je to ovšem pochopitelné, nyní bych chtěla citovat jednu sestru, s jejímž tvrzením naprosto souhlasím „*Rodina pacienta ho vidí odcházet ráno v naprostém pořádku a odpoledne jsou u jeho lůžka, kde kolem něj vidí spoustu hadiček a přístrojů a je pro ně těžké přijmout jeho stav.*“ Kelnarová (21) uvádí, že sestra se velmi často při kontaktu s rodinou pacienta dostává do složitých stresových situací, musí ale umět zachovat klid a důstojnost.

Jako velké pozitivum vidím i to, jak sestry zvládají komunikaci s pacienty s infaustní prognózou a s umírajícími pacienty (viz tab.6). Payneová, Seymourová a Ingletonová (33) ve svém článku uvádějí, že komunikace s umírajícím by měla být efektivní a cílem všech zdravotníků. Toto tvrzení potvrzuje i mé výzkumné šetření, kdy šest sester uvedlo, že komunikaci zvládají bez problémů, avšak pro dvě sestry je komunikace s nimi obtížná.

Sestra v kazuistice 7 uvádí, cituji: „ *těžko se mi lže*“ ve většině případů musí při komunikaci s pacienty použít milosrdnou lež a to, jak udává, je pro ni velice těžké. S příbuznými pacienta komunikuje bez problémů, ale uvnitř sebe s nimi jejich situaci velmi prožívá. Všem svým pacientům i jejich rodinným příslušníkům je vždy ochotná naslouchat. Janáčková a Weiss (17) uvádějí, že umění naslouchat bývá ve většině případech více, než umění mluvit.

Dvě sestry pracující na oddělení dětské onkohematologie při rozhovoru uvedly, že s dětmi na jejich oddělení komunikují jako s dětmi zdravými, hovoří s nimi o hračkách, zvířatech, kamarádech a běžných věcech z dětského světa. Tyto sestry shodně uvádí, že se s dětmi na jejich oddělení téměř nikdy o jejich nemoci nebaví, protože děti o nemoci mluvit nechtějí.

Tato bakalářská práce je na téma sebereflexe. Sebereflexe je schopnost přemýšlet o sobě a svém jednání. Podle Dytrtové a Krhutové (11) je sebereflexe chápána jako proces, v jehož průběhu získává sestra cíleně a systematicky zpětnovazební informace od pacienta, jeho příbuzných, kolegů a nadřízených. V mém výzkumném šetření se potvrdilo, že všechny dotazované sestry při vykonávání ošetrovatelské péče o pacienty s infaustní prognózou a umírající o sobě a svém jednání přemýšlí, což je velice pozitivní. Pět sester uvedlo, že po sobě stále vše kontrolují a ujišťují se, že konaly správně. Tři sestry uvedly, že se o postupech a provedených výkonech radí s ostatními kolegyněmi. Jejich jednání hodnotím kladně, z hlediska moderního ošetrovatelství, kdy se v ošetrovatelské péči o pacienta využívá týmové spolupráce.

Při mém výzkumném šetření jsem od sester zjišťovala, zda změnila svůj přístup k ostatním pacientům na základě nějaké jejich předchozí zkušenosti. Odpověděla mi pouze jedna sestra. Z její zkušenosti, kdy měla svou babičku hospitalizovanou na jistém oddělení a nebylo tam o ni, z jejího pohledu dobře staráno, snaží se teď být ke svým pacientům, laskavější a vyhovět jim v jejich přání. Souhlasím s tvrzením Kelnarové (21), která uvádí, že od sestry je vyžadováno, aby své povolání brala jako poslání a obětování, pracovitost a

láska k lidem jí byly vlastní. Myslím si, že bez těchto vlastností by se povolání sestry provádělo velmi obtížně.

Dnešní ošetřovatelství se zabývá pacientem a jeho potřebami, při mém výzkumném šetření jsem se ptala sester, zda si myslí, že na jejich oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb u pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů. Je velice uspokojivé, že většina sester odpověděla, že na jejich oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů. Zdá se mi pozitivní, že i přes dnešní „uspěchanou dobu“ si sestry na své pacienty umí udělat prostor a věnovat dostatek času potřebám svých pacientů. I když chápu, že na některém oddělení je práce náročnější a není vždy dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů. Například dvě sestry, pracující na oddělení ARO, uvedly, že záleží na dni, zda je náročný v četnosti příjmů, či ne.

Velmi překvapivé pro mne bylo, že dotazované sestry na otázku co je motivuje při ošetřování pacientů s infaustními prognózami a umírajících pacientů, nevěděly, jak odpovědět, většina z nich uvedla, že je baví jejich práce, ale konkrétně neodpověděly.

V bakalářské práci jsem zařadila i kapitolu o supervizi v paliativní péči. Hawkins a Shohet (14) uvádějí, že je jedním z důležitých nástrojů zlepšování kvality poskytované péče. Mé výzkumné šetření uvádí, že v nemocnici České Budějovice a.s. praktikována není, ale většina z dotázaných sester se již s ní nějakým způsobem setkala. Při rozhovoru se sestrami jsem zjišťovala, zda je na jejich oddělení psycholog, nebo nějaká jiná osoba, s kterou by mohly probrat svou situaci a zda by takovouto možnost přivítaly. Tři z dotázaných sester uvedly, že mají k dispozici psychologa, ale ještě nikdy tuto možnost nevyužily a se svými problémy se snaží vyrovnat samy. Je zajímavé, že pět sester, které uvedly, že tuto možnost nemají, by naopak na svém oddělení přivítaly kvalifikovanou osobu, s kterou by si mohly o svých problémech a pocitech popovídat (viz tab. 14).

V bakalářské práci jsem se věnovala i problematice syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je v dnešní době velmi známé a diskutované téma. Odpovědi sester na otázku, zda si myslí, že na jejich oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření, šest sester odpovědělo ano, mi připadají alarmující (viz tab. 15). Misconiová (29) uvádí, že

k syndromu vyhoření může dojít dlouhodobým prožíváním mimořádně emociálně náročných situací, kterým jsou vystaveny i sestry v péči o pacienty s infaustní prognózou a umírající. Je na druhé straně uspokojivé, že ani jedna z dotazovaných sester se v současné době syndromem vyhoření ohrožena necítí (viz tab. 16). Osobně si myslím, že syndrom vyhoření je reálné téma a mělo by se této problematice věnovat více pozornosti.

Z celkového výzkumného šetření jsem získala výsledky, z kterých je jednoznačné, že ošetřování pacientů s infaustními prognózami a úmrtími ovlivňuje psychiku sester ve smyslu jejich sebereflexe a to konkrétně v postoji k životu, přičemž téměř všechny sestry uvedly, že svůj život přehodnotily a určily si základní priority, na kterých jejich život staví. Nyní, jak sestry uvedly, je pro ně nejdůležitější pohoda a zdraví jejich rodiny. Osobně bych se chtěla k jejich postoji přiklonit, vždyť opravdu je někdy nesmyslné o čem se lidé ve světě „dohadují“ a při tom nejdůležitější je láska, porozumění, naše zdraví a zdraví našich nejbližších.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze tedy stanovit hypotézy.

H1: Zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s infaustní prognózou ovlivňují jejich životní priority.

H2: Setkávání sester s častými úmrtími ošetřovaných pacientů vede ke změnám v jejich životních hodnotách.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňuje ošetřování pacientů v infaustních stavech a úmrtí pacientů psychiku a práci ve smyslu jejich sebereflexe. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka se týkala toho, jak může ovlivnit ošetřování pacienta s infaustní prognózou psychiku zdravotnických pracovníků ve smyslu jejich sebereflexe. Druhá otázka se věnovala, problematice, jak může ovlivnit úmrtí pacienta psychiku zdravotnických pracovníků ve smyslu jejich sebereflexe.

Výzkumný soubor tvořilo osm sester pracujících v nemocnici České Budějovice na odděleních dětské onkohematologie, apalické jednotce, ARO a onkologii.

Cíl bakalářské práce byl splněn a z výzkumného šetření vyplynulo, že ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů ovlivnilo a ovlivňuje psychiku sester a to především v pohledu na život. Většina dotazovaných sester uvedla, že svůj život přehodnotily a nyní mají jiné priority. Jedna sestra odpověděla, že se snaží být na sebe více opatrnější. Jak vyplynulo z výzkumu, samotnou práci sester ošetřování pacientů s infaustní prognózou a umírajících pacientů neovlivňuje. Téměř všechny sestry přistupují k těmto pacientům, jako k ostatním a péči o ně berou jako samozřejmost, která je součástí jejich profese.

Na základě výsledků výzkumného šetření lze tedy stanovit hypotézy.

H1: Zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s infaustní prognózou ovlivňují jejich životní priority.

H2: Setkávání sester s častými úmrtími ošetřovaných pacientů vede ke změnám v jejich životních hodnotách.

Tyto hypotézy mohou sloužit jako podnět pro kvantitativní šetření. Výsledky výzkumu se mohou využít k seznámení sester s touto tematikou a být prezentovány na odborných seminářích týkající problematiky paliativní a terminální péče.

7. Seznam použité literatury

1. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů, Nejnovější trendy a postupy*. 10. vyd. Praha: Grada, 2007. 800 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1407 – 3.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80 – 7013 – 439 – 9.
3. BASTLOVÁ, H. *Péče o nemocné*. 1. vyd. Žilina: Příroda, 1993. 170 s. ISBN 80 – 07 – 00576 – 5.
4. BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: H@H, 1992. 168 s. ISBN 80 – 85467 – 43 -7.
5. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80 – 7184 – 390 – 3.
6. BLATNÝ, M.; PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2003. 150 s. ISBN 80 – 86620 – 05 – 0.
7. BRENNER, D.; BRENNER, F. *Poznej své silné a slabé stránky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2691 – 5.
8. BUCHTOVÁ, B. a kol. *Člověk – psychosomatická bytost k problému lidské sebereflexe*. 2. přep. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. 231 pp. skripta. ISBN 80 – 210 – 2238 – 8.
9. ČÁP, J.; ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. *Psychologie, obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. 4. vyd. Praha: H@H, 2002. 206 s. ISBN 80 – 7319 – 015 – x.
10. DE VITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha. Grada, 2001. 420 s. ISBN 80 – 7169 -988 – 8.
11. DYTRTOVÁ, R.; KRHUTOVÁ, M. *Učitel příprava na profesi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2863 – 6.
12. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80 – 7178 – 303 – x.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2. přep. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 471 – 3.
14. HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80 – 7178 – 715 – 9.
15. HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přep. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978 – 80 – 254 – 0179 – 8.

16. HOSKOVEC, J. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. 105 s. ISBN 80 – 7254 – 219 – 2.
17. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 477 – 9.
18. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 157 s. ISBN 80 – 7254 – 329 – 6.
19. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přep. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 225 s. ISBN 80 – 7013 – 390 – 2.
20. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 299 – 7.
21. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007. 112 s. ISBN 978 – 80 – 85763 -36 – 2.
22. KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vyd. Brno: CERM, 2000. 263 s. ISBN 80 – 7204 – 156 – 8.
23. KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 181 s. ISBN 80 – 7178 – 415 – x.
24. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2004. 147 s. ISBN 80 – 7178 – 429 – x.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978 – 80 – 7367 -568 – 4.
26. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 162 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2069 -2.
27. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1784 – 5.
28. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80 – 247 – 0650 – 4.
29. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a Magistrátem Hlavního města Prahy, 2000
30. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academie, 1997. 270 s. ISBN 80 – 200 – 0592 – 7.
31. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 225 s. ISBN 80 – 247 – 0577 – x.

32. NOVOTNÁ, J.; UHROVÁ, J. *Ošetrovatelství 1 pro střední zdravotnické školy obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. 183 s. ISBN 978 – 80 – 7168 – 978 – 4.
33. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 808 s. ISBN 978 – 80 – 87029 – 25 – 1.
34. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978 – 80 – 200 – 1499 – 3.
35. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80 – 247 – 0932 – 5.
36. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti obor v pohybu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 200 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1174 – 4.
37. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. 144 s. ISBN 80 – 902049 – 0 – 2.
38. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka, podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 234 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 369 – 7.
39. ŠPATENKOVÁ, N.; KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 599 – 4.
40. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80 – 246 – 0841 – 3.
41. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přep. vyd. Praha: Grada, 2004. 544 s. ISBN 80 – 247 – 0279 – 7.
42. VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přep. vyd. Praha: Grada, 2008. 416 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1428 – 8.
43. WIKIPEDIA [online]. 2010-06-02 [cit.2010-08-10]. [Http://cs.wikipedia.org/wiki/Kritick%C3%A9_my%C5%A1len%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kritick%C3%A9_my%C5%A1len%C3%AD). Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org>>.
44. WWW.UMIRANI.CZ [online]. 2004 [cit. 2010-08-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/>>.
45. WWW.CESTADOMU.CZ [online]. 2004 [cit. 2010-08-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/>>.

8. Klíčová slova

Infaustní prognóza

Ošetřování

Pacient

Sebereflexe

Sestra

Úmrtí

Zdravotničtí pracovníci

9. Seznam příloh

Příloha 1: Nestandardizovaný rozhovor

Příloha 2: Listina základních práv a svobod

Příloha 3: Dokument Five Wishes

Příloha 4: Interakční kruh hodnocení a sebehodnocení

Příloha 5: Schématické znázornění fází sebereflexe

Příloha 6: Etický kodex pro zdravotní sestry

Příloha 7: Charta práv umírajících

Příloha 1: Nestandardizovaný rozhovor

Rozhovor s použitím sondážních otázek týkající se sebereflexe u zdravotnických pracovníků v souvislosti s ošetřováním pacientů s infaustními prognózami a úmrtími

1. VZDĚLÁNÍ – PRAXE

Rok ukončení SZŠ?

Nejvyšší dosažené vzdělání? Studujete?

Shledáváte ve svém studiu přínos pro vaši práci?

Na jaké oddělení pracujete?

Co bylo Vaším motivem pracovat na tomto oddělení?

Navštívil(a) jste někdy nějaký kurz týkající se péče o umírající nebo pacienty s infaustní prognózou?

Pokud ne – přivítali byste nějaký?

2. PÉČE O PACIENTY S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU A UMÍRAJÍCÍ

Jak často se setkáváte s pacienty s infaustní prognózou?

Jak často se setkáváte s umírajícím pacientem?

Vidíte nějaký problém v péči o pacienty s infaustní prognózou?

Vidíte nějaký problém v péči o umírající?

Jak na Vás působí ošetřování pacientů s infaustní prognózou?

Jak na Vás působí ošetřování umírajících pacientů?

Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb pacientů s infaustní prognózou?

Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek času pro uspokojování potřeb umírajících pacientů?

3. KOMUNIKACE PŘI OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU A UMÍRAJÍCÍCH

Jak zvládáte komunikaci s pacientem s infaustní prognózou?

Jak zvládáte komunikaci s umírajícím pacientem?

Popište mi Váš přístup k pacientům s infaustní prognózou.

Popište mi Váš přístup k umírajícím pacientům.

Jak zvládáte komunikaci s příbuznými pacienta?

Přemýšlel(a) jste někdy nad vlastní smrtelností?

Myslíte, že jste s vlastní smrtelností smířen(a)?

4. SEBEREFLEXE SESTER PŘI OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ V INFAUSTNÍCH STAVECH A ÚMRTÍ

Přemýšlíte a jak o vykonané práci, či při ošetřování pacientů v infaustních stavech?

Máte pocit, že byste mohl(a) udělat něco lépe?

Přemýšlíte nad svým jednáním při ošetřování umírajících pacientů?

Máte pocit, že byste mohl(a) udělat něco lépe?

Setkal(a) jste se někdy s tím, že jste někde při vykonávání ošetrovatelské péče u pacientů s infaustní prognózou a umírajících chyboval(a)?

Pokud ano v čem?

Jak Vás ovlivňuje, nebo ovlivnilo ošetřování pacientů s infaustní prognózou?

Pokud ano – v čem?

Ovlivňuje ošetřování pacientů s infaustní prognózou i Váš osobní život?

Jaký dopad má na Vaši psychiku ošetřování pacientů s infaustními prognózami?

Jak Vás ovlivňuje, nebo ovlivnilo ošetřování umírajících pacientů?

Pokud ano – v čem?

Ovlivňuje ošetřování umírajících pacientů i Váš osobní život?

Jaký dopad má na Vaši psychiku ošetřování umírajících pacientů?

Změnil(a) jste Váš přístup a chování k ostatním pacientům na základě nějaké Vaší předchozí zkušenosti?

Pokud ano – jaké?

5. MOTIVACE

Co Vás motivuje při ošetřování pacientů s infaustními prognózami?

Co Vás motivuje při ošetřování umírajících pacientů?

6. SUPERVIZE

Víte co je supervize?

Setkal(a) jste se někdy s ní?

Pokud ano, je praktikována na Vašem oddělení?

Je na Vašem oddělení psycholog, nebo nějaká jiná osoba, s kterou můžete probrat svou situaci?

Pokud ano, využíváte ji?

Pokud ne, přivítal(a) byste takovou možnost?

7. SYNDROM VYHOŘENÍ

Máte rád(a) svou práci?

Myslíte si, že na Vašem oddělení je větší předpoklad vzniku syndromu vyhoření?

Přemýšlíte na odchodem ze zaměstnání?

Jak zvládáte nároky pacientů?

Jak zvládáte nároky příbuzných pacienta?

Cítíte se ohrožen(a) syndromem vyhoření?

Využíváte techniku duševní hygieny?

Pokud ano – jakou?

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Listina základních práv a svobod

USNESENÍ
předsednictva České národní rady
ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení
LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD
jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
Předsednictvo České národní rady se usneslo takto:

Předsednictvo České národní rady vyhláší LISTINU ZÁKLADNÍCH PRÁV A
SVOBOD jako součást ústavního pořádku České republiky.

Uhde v.r.

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

Federální shromáždění na základě návrhů České národní rady a Slovenské národní rady, uznávajíc neporušitelnost přirozených práv člověka, práv občana a svrchovanost zákona, navazujíc na obecně sdílené hodnoty lidství a na demokratické a samosprávné tradice našich národů, pamětlivo trpkých zkušeností z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší vlasti potlačovány, vkládajíc naděje do zabezpečení těchto práv společným úsilím všech svobodných národů, vycházejíc z práva českého národa a slovenského národa na sebeurčení, připomínajíc si svůj díl odpovědnosti vůči budoucím generacím za osud veškerého lidstva na Zemi a vyjadřujíc vůli, aby se Česká a Slovenská Federativní Republika důstojně zařadila mezi státy, jež tyto hodnoty ctí, usneslo se na této Listině základních práv a svobod:

Hlava první

Obecná ustanovení

Článek 1

Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.

Článek 2

(1) Stát je založen na demokratických hodnotách a nesmí se vázat ani na výlučnou ideologii, ani na náboženské vyznání.

(2) Státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví.

(3) Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.

Článek 3

(1) Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.

(2) Každý má právo svobodně rozhodovat o své národnosti. Zakazuje se jakékoli ovlivňování tohoto rozhodování a všechny způsoby nátlaku směřující k odnárodnění.

(3) Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod.

Článek 4

(1) Povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.

(2) Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod (dále jen "Listina") upraveny pouze zákonem.

(3) Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky.

(4) Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu. Taková omezení nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro které byla stanovena.

Hlava druhá

Lidská práva a základní svobody

Oddíl první

Základní lidská práva a svobody

Článek 5

Každý je způsobilý mít práva.

Článek 6

(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

- (3) Trest smrti se nepřipouští.
- (4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.

Článek 7

- (1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.
- (2) Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Článek 8

- (1) Osobní svoboda je zaručena.
- (2) Nikdo nesmí být stíhán nebo zbaven svobody jinak než z důvodů a způsobem, který stanoví zákon. Nikdo nesmí být zbaven svobody pouze pro neschopnost dostát smluvnímu závazku.
- (3) Obviněného nebo podezřelého z trestného činu je možno zadržet jen v případech stanovených v zákoně. Zadržaná osoba musí být ihned seznámena s důvody zadržení, vyslechnuta a nejpozději do 48 hodin propuštěna na svobodu nebo odevzdána soudu. Soudce musí zadržanou osobu do 24 hodin od převzetí vyslechnout a rozhodnout o vazbě, nebo ji propustit na svobodu.
- (4) Zatknout obviněného je možno jen na písemný odůvodněný příkaz soudce. Zatčená osoba musí být do 24 hodin odevzdána soudu. Soudce musí zatčenou osobu do 24 hodin od převzetí vyslechnout a rozhodnout o vazbě nebo ji propustit na svobodu.
- (5) Nikdo nesmí být vzat do vazby, leč z důvodů a na dobu stanovenou zákonem a na základě rozhodnutí soudu.
- (6) Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů.

Článek 9

- (1) Nikdo nesmí být podroben nuceným pracím nebo službám.
- (2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na:
 - a) práce ukládané podle zákona osobám ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osobám vykonávajícím jiný trest nahrazující trest odnětí svobody,
 - b) vojenskou službu nebo jinou službu stanovenou zákonem namísto povinné vojenské služby,
 - c) službu vyžadovanou na základě zákona v případě živelních pohrom, nehod, nebo jiného nebezpečí, které ohrožuje životy, zdraví nebo značné majetkové hodnoty,
 - d) jednání uložené zákonem pro ochranu života, zdraví nebo práv druhých.

Článek 10

- (1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.
- (2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.
- (3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

Článek 11

- (1) Každý má právo vlastnit majetek. Vlastnické právo všech vlastníků má stejný zákonný obsah a ochranu. Dědění se zaručuje.
- (2) Zákon stanoví, který majetek nezbytný k zabezpečování potřeb celé společnosti, rozvoje národního hospodářství a veřejného zájmu smí být jen ve vlastnictví státu, obce nebo určených právnických osob; zákon může také stanovit, že určité věci mohou být pouze ve vlastnictví občanů nebo právnických osob se sídlem v České a Slovenské Federativní Republice.
- (3) Vlastnictví zavazuje. Nesmí být zneužito na újmu práv druhých anebo v rozporu se zákonem chráněnými obecnými zájmy. Jeho výkon nesmí poškozovat lidské zdraví, přírodu a životní prostředí nad míru stanovenou zákonem.
- (4) Vyvlastnění nebo nucené omezení vlastnického práva je možné ve veřejném zájmu, a to na základě zákona a za náhradu.
- (5) Daně a poplatky lze ukládat jen na základě zákona.

Článek 12

- (1) Obydlí je nedotknutelné. Není dovoleno do něj vstoupit bez souhlasu toho, kdo v něm bydlí.
- (2) Domovní prohlídka je přípustná jen pro účely trestního řízení, a to na písemný odůvodněný příkaz soudce. Způsob provedení domovní prohlídky stanoví zákon.
- (3) Jiné zásahy do nedotknutelnosti obydlí mohou být zákonem dovoleny, jen je-li to v demokratické společnosti nezbytné pro ochranu života nebo zdraví osob, pro ochranu práv a svobod druhých anebo pro odvrácení závažného ohrožení veřejné bezpečnosti a pořádku. Pokud je obydlí užíváno také pro podnikání nebo provozování jiné hospodářské činnosti, mohou být takové zásahy zákonem dovoleny, též je-li to nezbytné pro plnění úkolů veřejné správy.

Článek 13

Nikdo nesmí porušit listovní tajemství ani tajemství jiných písemností a záznamů, ať již uchovávaných v soukromí, nebo zasílaných poštou anebo jiným způsobem, s výjimkou případů a způsobem, které stanoví zákon. Stejně se zaručuje tajemství zpráv podávaných telefonem, telegrafem nebo jiným podobným zařízením.

Článek 14

- (1) Svoboda pohybu a pobytu je zaručena.
- (2) Každý, kdo se oprávněně zdržuje na území České a Slovenské Federativní Republiky, má právo svobodně je opustit.
- (3) Tyto svobody mohou být omezeny zákonem, jestliže je to nevyhnutelné pro bezpečnost státu, udržení veřejného pořádku, ochranu zdraví nebo ochranu práv a svobod druhých a na vymezených územích též z důvodu ochrany přírody.
- (4) Každý občan má právo na svobodný vstup na území České a Slovenské Federativní Republiky. Občan nemůže být nucen k opuštění své vlasti.
- (5) Cizinec může být vyhoštěn jen v případech stanovených zákonem.

Článek 15

- (1) Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.
- (2) Svoboda vědeckého bádání a umělecké tvorby je zaručena.
- (3) Nikdo nemůže být nucen vykonávat vojenskou službu, pokud je to v rozporu s jeho svědomím nebo s jeho náboženským vyznáním. Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 16

- (1) Každý má právo svobodně projevovat své náboženství nebo víru buď sám nebo společně s jinými, soukromě nebo veřejně, bohoslužbou, vyučováním, náboženskými úkony nebo zachováváním obřadu.
- (2) Církev a náboženské společnosti spravují své záležitosti, zejména ustavují své orgány, ustanovují své duchovní a zřizují řeholní a jiné církevní instituce nezávisle na státních orgánech.
- (3) Zákon stanoví podmínky vyučování náboženství na státních školách.
- (4) Výkon těchto práv může být omezen zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu veřejné bezpečnosti a pořádku, zdraví a mravnosti nebo práv a svobod druhých.

Oddíl druhý

Politická práva

Článek 17

- (1) Svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny.
- (2) Každý má právo vyjadřovat své názory slovem, písmem, tiskem, obrazem nebo jiným způsobem, jakož i svobodně vyhledávat, přijímat a rozšiřovat ideje a informace bez ohledu na hranice státu.
- (3) Cenzura je nepřipustná.

(4) Svobodu projevu a právo vyhledávat a šířit informace lze omezit zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu práv a svobod druhých, bezpečnost státu, veřejnou bezpečnost, ochranu veřejného zdraví a mravnosti.

(5) Státní orgány a orgány územní samosprávy jsou povinny přiměřeným způsobem poskytovat informace o své činnosti. Podmínky a provedení stanoví zákon.

Článek 18

(1) Petiční právo je zaručeno; ve věcech veřejného nebo jiného společného zájmu má každý právo sám nebo s jinými se obracet na státní orgány a orgány územní samosprávy s žádostmi, návrhy a stížnostmi.

(2) Peticí se nesmí zasahovat do nezávislosti soudu.

(3) Peticemi se nesmí vyzývat k porušování základních práv a svobod zaručených Listinou.

Článek 19

(1) Právo pokojně se shromažďovat je zaručeno.

(2) Toto právo lze omezit zákonem v případech shromáždění na veřejných místech, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu práv a svobod druhých, ochranu veřejného pořádku, zdraví, mravnosti, majetku nebo pro bezpečnost státu. Shromáždění však nesmí být podmíněno povolením orgánu veřejné správy.

Článek 20

(1) Právo svobodně se sdružovat je zaručeno. Každý má právo spolu s jinými se sdružovat ve spolcích, společnostech a jiných sdruženích.

(2) Občané mají právo zakládat též politické strany a politická hnutí a sdružovat se v nich.

(3) Výkon těchto práv lze omezit jen v případech stanovených zákonem, jestliže to je v demokratické společnosti nezbytné pro bezpečnost státu, ochranu veřejné bezpečnosti a veřejného pořádku, předcházení trestným činům nebo pro ochranu práv a svobod druhých.

(4) Politické strany a politická hnutí, jakož i jiná sdružení jsou odděleny od státu.

Článek 21

(1) Občané mají právo podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců.

(2) Volby se musí konat ve lhůtách nepřesahujících pravidelná volební období stanovená zákonem.

(3) Volební právo je všeobecné a rovné a vykonává se tajným hlasováním. Podmínky výkonu volebního práva stanoví zákon.

(4) Občané mají za rovných podmínek přístup k voleným a jiným veřejným funkcím.

Článek 22

Zákonná úprava všech politických práv a svobod a její výklad a používání musí umožňovat a ochraňovat svobodnou soutěž politických sil v demokratické společnosti.

Článek 23

Občané mají právo postavit se na odpor proti každému, kdo by odstraňoval demokratický řád lidských práv a základních svobod, založený Listinou, jestliže činnost ústavních orgánů a účinné použití zákonných prostředků jsou znemožněny.

Hlava třetí

Práva národnostních a etnických menšin

Článek 24

Příslušnost ke kterékoli národnostní nebo etnické menšině nesmí být nikomu na újmu.

Článek 25

(1) Občanům tvořícím národní nebo etnické menšiny se zaručuje všestranný rozvoj, zejména právo společně s jinými příslušníky menšiny rozvíjet vlastní kulturu, právo rozšiřovat a přijímat informace v jejich mateřském jazyku a sdružovat se v národnostních sdruženích. Podrobnosti stanoví zákon.

(2) Občanům příslušejícím k národnostním a etnickým menšinám se za podmínek stanovených zákonem zaručuje též

- a) právo na vzdělání v jejich jazyku,
- b) právo užívat jejich jazyka v úředním styku,
- c) právo účasti na řešení věcí týkajících se národnostních a etnických menšin.

Hlava čtvrtá

Hospodářská, sociální a kulturní práva

Článek 26

(1) Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost.

(2) Zákon může stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností.

(3) Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje; podmínky stanoví zákon.

(4) Zákon může stanovit odchylnou úpravu pro cizince.

Článek 27

(1) Každý má právo svobodně se sdružovat s jinými na ochranu svých hospodářských a sociálních zájmů.

(2) Odborové organizace vznikají nezávisle na státu. Omezovat počet odborových organizací je nepřípustné, stejně jako zvýhodňovat některé z nich v podniku nebo v odvětví.

(3) Činnost odborových organizací a vznik a činnost jiných sdružení na ochranu hospodářských a sociálních zájmů mohou být omezeny zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu bezpečnosti státu, veřejného pořádku nebo práv a svobod druhých.

(4) Právo na stávku je zaručeno za podmínek stanovených zákonem; toto právo nepřísluší soudcům, prokurátorům, příslušníkům ozbrojených sil a příslušníkům bezpečnostních sborů.

Článek 28

Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 29

(1) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.

(2) Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.

(3) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 30

(1) Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele.

(2) Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.

(3) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Článek 32

(1) Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena.

(2) Ženě v těhotenství je zaručena zvláštní péče, ochrana v pracovních vztazích a

odpovídající pracovní podmínky.

(3) Děti narozené v manželství i mimo ně mají stejná práva.

(4) Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.

(5) Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu.

(6) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 33

(1) Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.

(2) Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách.

(3) Zřizovat jiné školy než státní a vyučovat na nich lze jen za podmínek stanovených zákonem; na takových školách se může vzdělání poskytovat za úplatu.

(4) Zákon stanoví, za jakých podmínek mají občané při studiu právo na pomoc státu.

Článek 34

(1) Práva k výsledkům tvůrčí duševní činnosti jsou chráněna zákonem.

(2) Právo přístupu ke kulturnímu bohatství je zaručeno za podmínek stanovených zákonem.

Článek 35

(1) Každý má právo na příznivé životní prostředí.

(2) Každý má právo na včasné a úplné informace o stavu životního prostředí a přírodních zdrojů.

(3) Při výkonu svých práv nikdo nesmí ohrožovat ani poškozovat životní prostředí, přírodní zdroje, druhové bohatství přírody a kulturní památky nad míru stanovenou zákonem.

Hlava pátá

Právo na soudní a jinou právní ochranu

Článek 36

(1) Každý se může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu.

(2) Kdo tvrdí, že byl na svých právech zkrácen rozhodnutím orgánu veřejné správy, může se obrátit na soud, aby přezkoumal zákonnost takového rozhodnutí, nestanoví-li zákon jinak. Z pravomoci soudu však nesmí být vyloučeno přezkoumávání rozhodnutí týkajících se základních práv a svobod podle Listiny.

- (3) Každý má právo na náhradu škody způsobené mu nezákonným rozhodnutím soudu, jiného státního orgánu či orgánu veřejné správy nebo nesprávným úředním postupem.
- (4) Podmínky a podrobnosti upravuje zákon.

Článek 37

- (1) Každý má právo odepřít výpověď, jestliže by jí způsobil nebezpečí trestního stíhání sobě nebo osobě blízké.
- (2) Každý má právo na právní pomoc v řízení před soudy, jinými státními orgány či orgány veřejné správy, a to od počátku řízení.
- (3) Všichni účastníci jsou si v řízení rovni.
- (4) Kdo prohlásí, že neovládá jazyk, jímž se vede jednání, má právo na tlumočníka.

Článek 38

- (1) Nikdo nesmí být odňat svému zákonnému soudci. Příslušnost soudu i soudce stanoví zákon.
- (2) Každý má právo, aby jeho věc byla projednána veřejně, bez zbytečných průtahů a v jeho přítomnosti a aby se mohl vyjádřit ke všem prováděným důkazům. Veřejnost může být vyloučena jen v případech stanovených zákonem.

Článek 39

Jen zákon stanoví, které jednání je trestným činem a jaký trest, jakož i jaké jiné újmy na právech nebo majetku, lze za jeho spáchání uložit.

Článek 40

- (1) Jen soud rozhoduje o vině a trestu za trestné činy.
- (2) Každý, proti němuž je vedeno trestní řízení, je považován za nevinného, pokud pravomocným odsuzujícím rozsudkem soudu nebyla jeho vina vyslovena.
- (3) Obviněný má právo, aby mu byl poskytnut čas a možnost k přípravě obhajoby a aby se mohl hájit sám nebo prostřednictvím obhájce. Jestliže si obhájce nezvolí, ačkoliv ho podle zákona mít musí, bude mu ustanoven soudem. Zákon stanoví, v kterých případech má obviněný právo na bezplatnou pomoc obhájce.
- (4) Obviněný má právo odepřít výpověď; tohoto práva nesmí být žádným způsobem zbaven.
- (5) Nikdo nemůže být trestně stíhán za čin, pro který již byl pravomocně odsouzen nebo zproštěn obžaloby. Tato zásada nevylučuje uplatnění mimořádných opravných prostředků v souladu se zákonem.
- (6) Trestnost činu se posuzuje a trest se ukládá podle zákona účinného v době, kdy byl čin spáchán. Pozdějšího zákona se použije, jestliže je to pro pachatele příznivější.

Hlava šestá

Ustanovení společná

Článek 41

(1) Práv uvedených v čl. 26, čl. 27 odst. 4, čl. 28 až 31, čl. 32 odst. 1 a 3, čl. 33 a 35 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.

(2) Kde se v Listině mluví o zákonu, rozumí se tím zákon Federálního shromáždění, jestliže z ústavního rozdělení zákonodárné pravomoci nevyplývá, že úprava přísluší zákonům národních rad.

Článek 42

(1) Pokud Listina používá pojmu "občan", rozumí se tím státní občan České a Slovenské Federativní Republiky.

(2) Cizinci požívají v České a Slovenské Federativní Republice lidských práv a základních svobod zaručených Listinou, pokud nejsou přiznána výslovně občanům.

(3) Pokud dosavadní předpisy používají pojmu "občan", rozumí se tím každý člověk, jde-li o základní práva a svobody, které Listina přiznává bez ohledu na státní občanství.

Článek 43

Česká a Slovenská Federativní Republika poskytuje azyl cizincům pronásledovaným za uplatňování politických práv a svobod. Azyl může být odepřen tomu, kdo jednal v rozporu se základními lidskými právy a svobodami.

Článek 44

Zákon může soudcům a prokurátorům omezit právo na podnikání a jinou hospodářskou činnost a právo uvedené v čl. 20 odst. 2; zaměstnancům státní správy a územní samosprávy ve funkcích, které určí, též právo uvedené v čl. 27 odst. 4; příslušníkům bezpečnostních sborů a příslušníkům ozbrojených sil též práva uvedená v čl. 18, 19 a čl. 27 odst. 1 až 3, pokud souvisí s výkonem služby. Osobám v povoláních, která jsou bezprostředně nezbytná pro ochranu života a zdraví, může zákon omezit právo na stávku.

Příloha 3: Dokument Five Wishes

**FIVE
WISHES®**

MY WISH FOR:

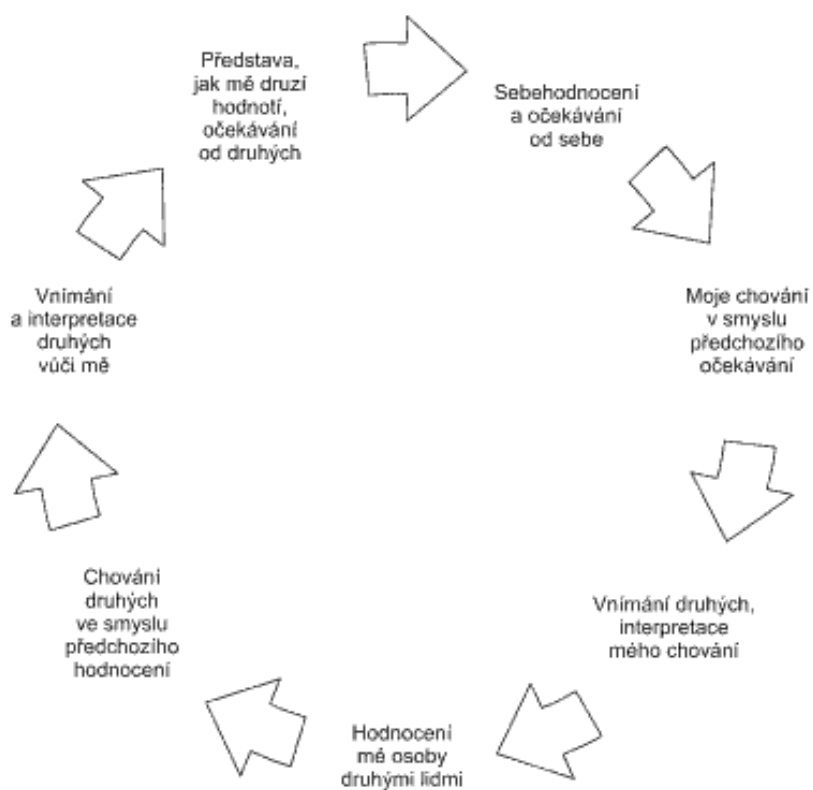
- The Person I Want to Make Care Decisions for Me When I Can't
- The Kind of Medical Treatment I Want or Don't Want
- How Comfortable I Want to Be
- How I Want People to Treat Me
- What I Want My Loved Ones to Know

print your name

birthdate

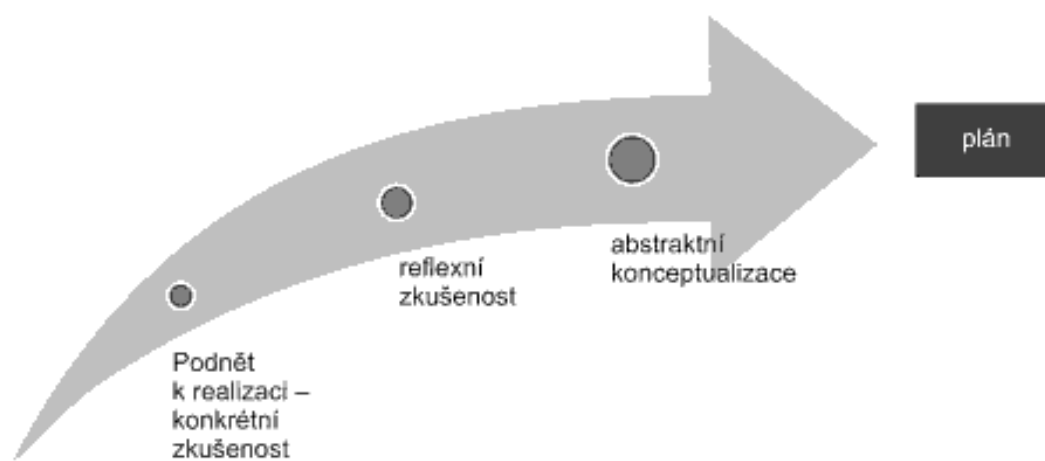
Zdroj: <http://www.agingwithdignity.org/>, HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přep. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978 – 80 – 254 – 0179 – 8.

Příloha 4: Interakční kruh sebehodnocení a hodnocení



Zdroj: VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přep. vyd. Praha: Grada, 2008. 416 s. ISBN 978 – 80 -247 – 1428 – 8.

Příloha 5: Schématické znázornění fází sebereflexe



Zdroj: DYTRTOVÁ, R.; KRHUTOVÁ, M. *Učitel příprava na profesi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2863 – 6.

Příloha 5: Etický kodex pro zdravotní sestry

Etický kodex Etický kodex pro zdravotní sestry

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdroj: <http://www.fnusa.cz/kodex.php?cla=1>

Příloha 7: Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje je zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem býti sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
 - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Zdroj: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/284-3>