

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské kombinované studium

2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Veronika Camprová

Vztah mezi dětským pacientem s nevléčitelným onemocněním a zdravotnickým personálem na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči.

Dopady na psychiku personálu a možnosti, jak je minimalizovat.

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:**

Mgr. Petra Jindrová

# **COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor / Combined (Part time) Studies

2009 - 2012

## **BACHELOR THESIS**

Veronika Camprová

The relationship between the pediatric patient with an incurable disease and medical staff of Intensive Care and Resuscitation Unit of Pediatric department of Thomayer Hospital Krc.

Impact on the psychical condition of staff and ways to minimize them.

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**

Mgr. Petra Jindrová

## Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V..... dne .....

*Jméno autorky* .....

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Petře Jindrové za trpělivost, odborné vedení a cenné rady při práci. Dále pak mé poděkování patří MUDr. Vítu Camprovi a Petře Camprové za odborné konzultace.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá otázkou vztahů mezi dětskými sestrami a pacienty s nevléčitelným onemocněním. Práce se zaměřuje na vztahy vznikající mezi sestrami a dětskými pacienty bez funkční rodiny na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči. V praktické části je využito příkladu konkrétní dětské pacientky s nevléčitelnou nemocí, která postrádá rodinné zázemí, k demonstraci toho, za jakých podmínek dochází ke vzniku jakých vztahů mezi dětskými sestrami a pacienty. Část práce je věnována tomu, zda je ze strany zaměstnavatele poskytována dostatečná psychologická podpora sestrám v psychicky náročných situacích spojených například s úmrtím jejich pacientů.

## **Klíčové pojmy**

Dítě s nevléčitelnou nemocí, dysfunkční rodina, potřeby dětí, vztah mezi sestrou a pacientem, psychologická podpora zdravotnického personálu

## **Annotation**

The bachelor thesis examines the relationship between nurses and patients with incurable disease. The work focuses on emerging relationship between nurses and patients from dysfunctional families in the Intensive and Resuscitation Care Unit of Pediatric department of Thomayer Hospital in Krč, Prague. In the practical part of the work the specific example of a girl with an incurable disease who lacks family background is used to demonstrate the types of relationships between nurses and patients and the conditions under which they develop. A part of the work is dealing with an adequacy of a psychological support provided to nurses by their employer in mentally demanding situations such as those associated with the death of their patients.

## **Key words**

Child with an incurable disease, dysfunctional family, needs of children, relationship between nurse and patient, psychological support of health care workers



# OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. PROBLEMATIKA PRÁCE V PEDIATRICKÉM OBORU	9
1.1 Definice oboru	9
1.1.1 Pediatrická péče	10
1.2 Ošetřovatelství na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči	11
1.2.1 Specifikace pracovního prostředí	11
1.3 Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu	12
1.3.1 Potřeby dítěte	12
1.3.2 Klasifikace potřeb	14
1.3.2.1 Klasifikace potřeb dítěte	15
1.3.2.1.1 Potřeby nedonošeného dítěte	19
1.3.2.1.2 Potřeby dítěte s postižením (zrakovým, sluchovým)	20
1.3.2.1.3 Potřeby dítěte v paliativní péči	21
1.3.3 Uspokojení potřeb dítěte	23
1.3.4 Blokování potřeb dítěte	24
2. PACIENT S NEVYLÉČITELNOU CHOROBOU	26
2.1 Iveta J.	26
2.1 Vstupní informace (anamnéza)	27
2.2 Syndrom krátkého střeva	28
2.3 Pěstounská péče	29
3. ZDRAVOTNÍ SESTRY	30
3.1 Nároky na dětské zdravotní sestry	30
3.1.1 Vzdělání zdravotních sester	30
3.1.2 Role dětské sestry v ošetřovatelském procesu	31
4. ODBORNÁ PSYCHOLOGICKÁ POMOC ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU	33
4.1 Psychicky náročné situace	33
4.1.1 Frustrace	33
4.1.2 Stres	34
4.1.3 Taxonomie zátěžových situací	35
4.2 Psychická zátěž zdravotních sester	37
4.2.1 Vlastnosti osobnosti	38
4.2.1.1 Schopnosti	39
4.2.1.2 Osobnostní předpoklady pro profesi zdravotní sestry	40
4.2.2 Ženská pracovní skupina	42



4.2.3 Psychologické problémy v péči o umírající	42
4.2.3.1 Umírání a smrt v dětství	44
4.3 Péče o zdravotní sestry	45
4.3.1 Syndrom vyhoření	45
PRAKTICKÁ ČÁST	
5. POPIS VÝZKUMU	48
5.1. Cíl a hypotézy výzkumu	48
5.2 Výzkumný vzorek	49
5.3 Metody sběru dat a jejich zpracování	49
5.3.1 Dotazník	49
5.3.2 Rozhovor	50
5.4 Výsledky	51
5.4.1 Výsledky dotazníku	51
5.4.2 Výsledky rozhovoru	52
5.5 Interpretace výsledků	56
5.5.1 Hypotéza 1: Vztah zdravotních sester a jejich dětských pacientů se může podobat vztahu rodič - dítě.	56
5.5.2 Hypotéza 2: Vztah zdravotních sester k dětskému pacientovi, kterého se rodiče zřekli, je rozdílný od vztahu k pacientům s funkční rodinou.	56
5.5.3 Hypotéza 3: Psychologická podpora zdravotníků, kteří ztratí pacienta, je potřebná, ale ze strany zaměstnavatele nedostatečná.	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	60
SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ	61
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	62
SEZNAM PŘÍLOH	63

## ÚVOD

Duše člověka je velice křehká a my všichni bychom si měli uvědomit, že o ni musíme pečovat. Pokud člověk očistě své vlastní mysli nevěnuje dostatečnou pozornost, může se stát, že dojde k nestabilitě celého organismu a tyto změny mohou mít až fatální následky. V krajních případech může docházet až k takzvanému syndromu vyhoření, kdy je cesta k nápravě velice zdlouhavá a ne vždy úspěšná. V dnešní uspěchané době, kdy jsou na nás kladeny vysoké nároky, jsme v podstatě každý v ohrožení a umění odpočinout si, zrelaxovat a zapomenout na starosti běžného života by mělo být nedílnou součástí všedních dní každého z nás. Existují skupiny lidí, které jsou ohroženy ve větší míře. Na mysli máme především pracovníky ve zdravotnictví, v sociálních službách apod., tedy lidi, kteří přicházejí do kontaktu s těžkými životními situacemi a osudy druhých a je tedy nezbytné, aby byli vůči tomuto psychicky odolní. Tito lidé by měli o své duševní zdraví dbát obzvláště pečlivě, jelikož na nich závisí zdraví a často i životy mnoha dalších lidí.

Bakalářská práce se podrobněji zaměřuje na konkrétní skupinu lidí, zdravotní sestry na pracovišti dětského oddělení v Thomayerově nemocnici v Krči. Pokouší se upřesnit, jakou péči o duševní zdraví vyžaduje práce zdravotních sester, které denně přicházejí do kontaktu se smrtelně nemocnými dětmi. Jak prožívají konkrétní situace a zda je vůbec možné, aby se případná úmrtí či kterékoli jiné osudy dětí nepodepsaly na psychickém stavu sester, které jsou v danou chvíli těmto malým pacientům nejbližší.

Práce se pokouší nalézt odpověď na otázku, zda je o zdravotní sestry postaráno, co se týče jejich duševního zdraví natolik, aby mohly svou práci vykonávat na sto procent a samy tím nepřišly o své vlastní psychické zdraví.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PROBLEMATIKA PRÁCE V PEDIATRICKÉM OBORU

### 1.1 Definice oboru

Pediatric je lékařský obor zabývající se péčí o zdravé, nemocné a defektní děti od jejich narození do devatenácti let. Pediatrická péče se zabývá preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační a sociální oblastí.

V každém období dětského věku se vyskytují typická onemocnění pro dané období, zvláštnosti ve vývoji motorickém, mentálním a citovém. Těmto zvláštnostem odpovídá rozdělení dětského věku:

**Novorozenecké období:** do 28 dnů života

V tomto raném věku se dítě přizpůsobuje okolnímu prostředí. Typickými zdravotními problémy jsou v tomto období vrozené vývojové vady, projevují se následky perinatální (období kolem narození) patologie, náklonnost k infekcím v celém organismu.

**Kojenecké období:** do 1 roku života

V kojeneckém období dítě intenzivně roste a převažuje vývoj psychomotorický. Typickými zdravotními problémy jsou vrozené vývojové vady, infekce, důsledky perinatální asfyxie (dušení způsobené nedostatkem vzduchu).

**Batolecí období:** 1-3 roky

V tomto věku se u dítěte rozvíjí řeč, myšlení, jemná motorika a dítě se začíná osamostatňovat. V batolecím věku je dítě nejvíce ohroženo úrazy spojenými se snahou začít chodit. Největším rizikem je však otrava organismu, kdy dítě spolýká vše, na co přijde.

**Předškolní věk: 3-6 let**

Dítěti se rozvíjí abstraktní myšlení, probouzí se v něm talent a jedinec se zařazuje do kolektivu.

**Časný školní věk: 6-10 let**

Dochází k socializaci a rozvoji intelektu každého dítěte.

**Pozdější školní věk: 10-15 let**

Dochází k pohlavní diferenciaci a k nástupu s tím spojené puberty.

**Dorostový věk: 15-19 let**

Mladý člověk psychosociálně dozrává a fyzicky dospívá.

**1.1.1 Pediatriká péče**

Pediatriká péče je poskytována ambulantně, jako nemocniční zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních na lůžkových odděleních nebo je o děti pečováno ve zvláštních dětských zařízeních.

Ambulantní péčí rozumíme ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, specializované dětské poradny apod. Nemocniční zdravotní péče se týká pobytu dětí v nemocničních zařízeních při různě závažných onemocněních, úrazech a potížích. Jde o novorozenecká a dětská lůžková oddělení, která dělíme na standardní, intermediární, intenzivní a resuscitační. Dlouhodobou péčí o děti a dorost zajišťují zvláštní dětská zařízení, tedy dětské léčebny a ozdravovny, stacionáře, kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle a ústavy sociálního zabezpečení.

## **1.2 Ošetřovatelství na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči**

Na tomto oddělení dětské kliniky se léčí děti a dorost s interními onemocněními a potřebou zajištění resuscitační péče. Jedná se o onemocnění kardiovaskulárního systému, respiračního systému, gastrointestinálního systému, periferního a centrálního nervového systému, endokrinního a hematologického systému. Jedná se o celou řadu vážnějších i méně vážných onemocnění, která vyžadují akutní léčbu a neustálý lékařský dohled.

### **1.2.1 Specifikace pracovního prostředí**

Pediatrická klinika Thomayerovy nemocnice v Krči je zařízením pro komplexní ambulantní a nemocniční péči pro děti od narození do věku 19 let. Součástí kliniky je Jednotka intenzivní a resuscitační péče (JIRP), lůžková a ambulantní část. Klinika disponuje celkem 53 lůžky – z toho je 47 lůžek standardních (ty jsou rozděleny do dvou stanic) a 6 lůžek pro nejvyšší stupeň intenzivní péče, včetně té resuscitační.

Standardní lůžka jsou rozdělena do dvou stanic, kdy na první stanici jsou přijímáni pacienti akutní a na druhou děti k plánovaným vyšetřením nebo k chirurgickým zákrokům. Nejčastěji se zde léčí pacienti s respiračními onemocněními, s neuroinfekcemi, neurologickými onemocněními (jako jsou například febrilní křeče), s poruchou výživy, s chorobami ledvin a močových cest, dědičnými chorobami metabolismu a s alergickými a imunologickými obtížemi. Pediatrická klinika Thomayerovy nemocnice jediná v České republice poskytuje léčbu a ošetřovatelskou péči dětem s TBC. Velký důraz je kladen i na přednemocniční pediatrickou péči a praktickou pediatrii. Jde o jediné pracoviště u nás, které se praktickým dětským lékařstvím zabývá.

Velmi důležitou součástí kliniky je Jednotka intenzivní a resuscitační péče. JIRP zajišťuje multidisciplinární komplexní resuscitační a intenzivní péči o děti od věku 1 týdne do 19 let. Poskytuje dětem v kritickém stavu intenzivní monitoring, podporu

nebo náhradu selhávajících životních funkcí (včetně umělé plicní ventilace) a intenzivní diagnostickou a léčebnou činnost. Léčí se zde děti se závažným průběhem respiračních onemocnění, intoxikace, neurologická onemocnění, neuroinfekce, závažné horečnaté stavy, dehydratace, průjemová onemocnění a zvracení, závažné poruchy výživy (mentální anorexie), oběhová selhání, dysrytmie a stavy po tonutí.

Na JIRP se provádí celá řada specializovaných výkonů a vyšetření, např. renální biopsie (odběr vzorku tkáně ledviny) nebo bronchoskopie, a to v celkové anestezii nebo v analgosedaci tak, aby bylo dítě ušetřeno bolesti. Dále se zde provádí monitorace po závažných diagnostických výkonech a je zde poskytována akutní nebo chronická (dlouhodobá) resuscitační péče u dětí s těžkým neurologickým postižením (apalický syndrom, vrozené vývojové vady centrální nervové soustavy, transverzální léze míšni apod.)<sup>1</sup>

## **1.3 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu**

### **1.3.1 Potřeby dítěte**

Děti zdravé i nemocné mají většinu potřeb společných, a to ať se jedná o potřeby tělesné či psychické. Všechny tyto potřeby by měly být naplňovány tak, aby docházelo k optimálnímu vývoji s ohledem na maximální možnosti dětí. Ve vývoji každého jedince je prvních pár let života klíčovými a je tedy prvořadým úkolem všech, kteří o děti pečují, jejich potřeby uspokojovat, protože v žádné jiné životní fázi nedochází k tak rychlému vývoji a změnám jako právě v dětství.

Dítě se ve svém vývoji postupně osamostatňuje a vymaňuje ze závislosti na nižších potřebách spjatých s jeho pudovým založením a ze závislosti na pomoci a péči ze strany druhých (rodičů, poručníků). Dětem se začínají vyvíjet potřeby vyššího řádu, které více vyjadřují jejich autonomii. Vývoj těchto vyšších potřeb však může být

---

<sup>1</sup> Petra Camprová, Bakalářská práce: Syndrom vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. Porovnání pracoviště s chirurgickou a interní problematikou, srovnání se stavem na Klinice popáleninové medicíny před osmi lety. UJAK, Praha 2012

zpomalen nebo zcela zastaven deprivací, tzn. neuspokojováním potřeb nižších. Při vývoji a následném rozvoji potřeb vyšších je tedy nezbytně nutné, aby zejména v raných obdobích dítěte byly nižší potřeby uspokojivě plněny. Pokud nebudou nižší potřeby uspokojovány dostatečně, dítě strádá, je traumatizováno a na tyto potřeby se fixuje i v pozdějším věku, v horším případě je k nim trvale poutáno. S názorem Komenského, který se shoduje s tvrzením Dunovského, a to že dětská úvodní potřeba je „potřeba dobře se narodit“, souhlasím i já. Tímto tvrzením je myšleno, že se dítě má narodit zdravé, chtěné a vítané, nadané všemi předpoklady a schopnostmi pro správný a všestranný vývoj. Okamžitou potřebou novorozence při prvních minutách na světě je potřeba kyslíku a tepla. Postupně navazují další potřeby biologické, psychické a sociální, které se navzájem prolínají. Tyto potřeby zajišťuje, nebo by měla zajišťovat, rodina. Funkční rodina se stará o naplnění všech potřeb dítěte, vytváří pro něj zázemí, buduje pocit bezpečí a jistoty a stará se o rozvoj schopností dítěte. Tyto všechny aspekty jsou nesmírně důležité k dalšímu správnému vývoji dítěte. Kromě rodiny se na uspokojování potřeb podílí mimo jiné i škola, která klade důraz na uspokojování potřeb poznání, seberealizace a budování hodnot. Pokud není zanedbána ani oblast potřeb citových a sociálních, odrazí se tento stav na dítěti v oblasti emocí, sebehodnocení, motivace, v oblasti komunikace a sociálních vztahů:

- dítě je veselé, projevuje zájem o činnosti, má spontánní a otevřený projev, má smysl pro humor, dítě je empatické ve vztahu k druhým, nebojí se nových situací a úkolů;
- dítě si věří, respektuje druhé, dokáže přijmout kritiku, umí uznat chybu a věří, že se chyby dají napravit, prosazuje svá práva, dítě dokáže převzít odpovědnost za své chování a má realistickou představu o sobě samém;
- dítě volně komunikuje, vyjadřuje se bez větších zábran, je bezprostřední, dokáže vést dialog, argumentuje, pomáhá druhým a zároveň dokáže pomoc přijímat, je vstřícné;
- dítě je soustředěné, pracuje klidně, vyjadřuje se věcně a plynule, podává výkon v mezích svých možností, dítě je zvědavé, nápadité, má svůj názor a úsudek.

### 1.3.2 Klasifikace potřeb

Potřeby každého z nás, nejenom u dětí, lze třídit mnoha způsoby, dle různých klíčů. Příkladem může být dělení potřeb dle hlediska genetického. V takovém případě rozdělujeme potřeby na primární a sekundární (pudy/motivy). Motiv je faktor, který uvádí do pohybu fyzického (přesun v prostoru) a psychického (pohyb myšlenek, přání, představy) (Říčan, 2007), jedná se o příčiny určitého chování (Vágnerová, 1999). Motivy tvoří důvody k rozličnému chování každého jedince. Primární potřeby jsou takové, které vycházejí z potřeb vrozených tělesných mechanismů. Jsou označovány jako potřeby vrozené. Podle Říčana (2007) mohou být k primárním potřebám z hlediska psychologie řazeny i sekundární potřeby vzniklé na základě návyku (drogy, alkohol), protože dojde-li k návyku, jsou tyto potřeby stejně silné, jako například potřeba jídla a pití.

Sekundární potřeby spočívají převážně v procesu učení. Jsou děleny na sekundární potřeby a zájmy. Zájem je spojen se snahou seznámit se co nejlépe předmětem, který nás zaujal, co nehlouběji, nejpodrobněji. Zájem uspokojíme jeho provedením v praxi.

Dle Vágnerové (1999) můžeme potřeby dělit z hlediska aktuálnosti. Potencionální potřeba existuje, a pouze za určitých okolností se může oživit a uplatnit jako reálný motiv. Dle Berelsona a Steinerja (1964) je zase třídění primárních potřeb založeno na biologických funkcích:

- pozitivní či zaopatřovací motivy (vycházejí z nedostatků a vedou k vyhledání potřebných substancí – hlad, žízeň);
- motivy negativní nebo motivy vyhýbání (jsou vyvolávány přítomností poškozujících faktorů a vedou k vyhýbání se, k útěku – bolest, strach);
- motivy udržování druhu (vycházejí z funkce reprodukčního systému – sex, ochrana a péče o děti).

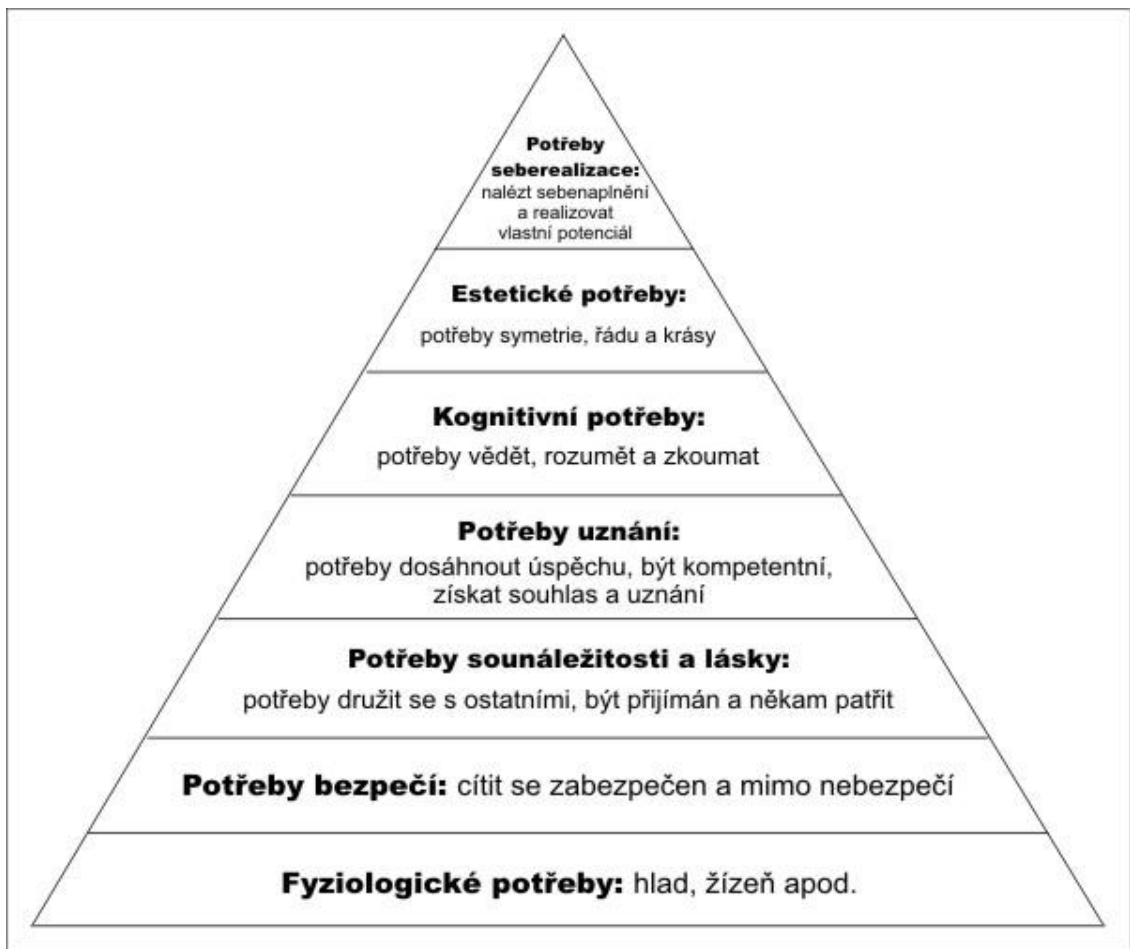
Autorů, jež se pokusili potřeby dle různých kritérií roztřídit, je nespočet. Nejznámějším a nejpopulárnějším však zůstává Maslowovo hierarchické uspořádání, Maslowova pyramida potřeb (viz obr. 1), která vychází z humanistické psychologie.



Dle Maslowa (1970) jde o pořadí prožívané naléhavosti potřeb, nejde tedy o chování. Jako základní Maslow označuje potřeby fyziologické a potřebu bezpečí. Teprve následně, po uspokojení potřeb základních, vznikají potřeby vyšší, v nichž se zrcadlí vazby jedince na sociální podmínky samotného fungování (potřeby sounáležitosti, styku apod.). Vývojově nejvýše postavil Maslow ve své pyramidě potřeby růstu, které se týkají převážně seberealizace.

#### *1.3.2.1 Klasifikace potřeb dítěte*

Maslowova pyramida potřeb, která hierarchicky uspořádává potřeby člověka, neplatí absolutně. Dospělý jedinec, když má silnou motivaci, může uspokojovat hierarchicky výše položené potřeby i bez podmínky toho, že má uspokojeny potřeby nižšího řádu. Ovšem tento princip je velice důležitý u dětí. Podle Z. Matějčka může dítě uspokojovat potřeby vyššího řádu pouze v případě, je-li vyhověno potřebám nižším. Například lásku a jistotu může dítě plně prožívat, pouze pokud je nakrmené, přebalené apod.



**Obr. 1.** Maslowova pyramida potřeb.

**Zdroj:** Chování zákazníka (J. Vysekalová)

Podle K. E. Allena a L. R. Marotze (2002) lze základní dětské potřeby rozdělit na tělesné, psychické, učení, úcty a sebevědomí.

- Tělesné potřeby
  - přístřeší, ochrana
  - jídlo přizpůsobené aktuálnímu věku dítěte
  - teplo, ošacení
  - zdravotní péče
  - čistota
  - odpočinek

- Psychické potřeby
  - láska a důslednost (výchovná péče rodičů či opatrovníků)
  - bezpečí a důvěra (rodiče či opatrovníci spolehlivě reagují na potřeby dítěte)
  - reciproční výměna (přijímání a dávání ve vzájemných vztazích, posilování schopnosti dítěte citlivě vnímat a reagovat)
  - správná očekávání dospělých (znalost rodičů daného vývojového stupně dítěte – co dítě zvládne a co ještě ne)
  - přijímání kulturních, etických a vývojových odlišností, kterými se dítě vyznačuje (kladný přístup k odlišnostem)
  
- Potřeba učit se
  - přístup ke hře dle nálady dítěte
  - přístup k adekvátním zkušenostem a hrám, aby nebylo dítě přetěžováno a podněty odpovídaly individuálním schopnostem
  - možnost dělat chyby v učení bez hrozby trestu
  - získávání komunikačních dovedností
  - potřeba vzoru chování
  
- Potřeba úcty a sebevědomí
  - vstřícné a vlídné prostředí, snaha dítěte je oceňována, dítě je povzbuzováno
  - ocenění všech, i drobných úspěchů
  - ocenění části z komplexního úkolu, jež dítě zvládlo - motivace
  - podpora kladného sebehodnocení

Dále se o rozdělení dětských potřeb pokusil J. Dunovský (1999), který je dělí jako základní biologické, základní psychické, základní sociální a základní vývojové potřeby. Stejně tak se o rozčlenění pokusila Rybářová (1988). Ta do dělení potřeb zahrnuje i kojence, u kterých je stratifikace podobná těm předchozím, nicméně potřebu sociálního kontaktu a orientaci v prostoru, v důsledku propojení s psychickými potřebami, sloučila do kategorie potřeb produktivních.

Základní potřeby biologické: jejich uspokojením se zajistí kontrola životních podmínek, odraz emocionálních reakcí dítěte.

Potřeby činnosti neboli potřeby produktivní jsou získané schopnosti, poznatky a dovednosti, které dítě upotřebí v činnostech, cílevědomé a motivované jednání, samostatnost, prohlubování sociálních vztahů.

Pro zdravotní sestry, starající se o děti v ošetrovatelském procesu, je však, dle mého názoru, nejpříznačnější dělení potřeb dítěte to, jež detailně popisuje Sikorová (2011) ve své knize Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Zdravotní sestra musí dbát i na uspokojení takových potřeb, které jsou v běžném životě zdravého dítěte samozřejmé. Jako například potřeba dýchání – zdravé dítě dýchá samo, ale dítě nemocné, s momentálním handicapem či dlouhodobým postižením, nedokáže tuto svou potřebu uspokojit samo.

- Fyziologické potřeby
  - potřeba nasycení/výživy
  - potřeba tekutin a elektrolytů
  - potřeba vyprazdňování
  - potřeba odpočinku a spánku
  - potřeba pohybové aktivity
  - potřeba dýchání
  - sexuální potřeby
  - potřeba růstu a vývoje
- Potřeby jistoty a bezpečí
  - potřeba pocitu jistoty a bezpečí
  - potřeba ochrany zdraví
  - potřeba sebezpečí
  - potřeba míru a klidu, potřeba vyhnout se ohrožení

- potřeba tepla
- potřeba ochrany před bolestí
- Potřeby psychosociální
  - potřeba lásky a sounáležitosti
  - potřeba uznání a sebeúcty
  - potřeba stimulace a učení
- Duchovní potřeby, potřeba seberealizace

Zvláštní pozornost musí sestra věnovat potřebám dětí nedonošených, potřebám dětí s postižením (zrakovým, sluchovým) a potřebám dětí v paliativní péči.

#### *1.3.2.1.1 Potřeby nedonošeného dítěte*

Rodiče, kterým se narodí nedonošené dítě, prožívají pocity úzkosti a viny, mají o dítě strach, jsou vyčerpaní z náročné péče o nedonošené novorozence a propadají depresím. To vše vede ke zhoršenému vnímání signálů, které dítě k rodičům vysílá při potřebě uspokojování svých potřeb. Rodič na tyto signály, které často ani nezaregistruje, neodpovídá anebo odpovídá nepřiměřeně a dostává se tak do začarovaného kruhu (Sobotková, Dittrichová et al., 2003). Ovšem toto chování není pravidlem a naopak mnoho rodičů s podporou svých blízkých a rodiny náročnou péči bez problémů zvládá. Zdravotní sestry by však na všechny obtíže spojené s péčí o nedonošené děti měly být připraveny a rodičům by měly být připraveny podat pomocnou ruku.

Nedonošené děti mají odlišné potřeby na rozdíl od dětí stejně starých. Při sledování růstu a vývoje dítěte je nutné počítat s tzv. korigovaným věkem dítěte (od kalendářního roku dítěte se odečtou měsíce, o které se dítě narodilo dříve). U nedonošených dětí se setkáváme se silnější potřebou pocitu jistoty a bezpečí. Po porodu jsou tyto děti často umístěny do inkubátorů, který v danou chvíli tvoří bariéry mezi dítětem a matkou a nemůže tak tedy dojít k navázání vztahu mezi dítětem a matkou, rodiči. Negativně na dítě působí také vliv trvalého umělého osvětlení, kdy dítě nemá možnost vnímat přirozené střídání dne a noci, dále je dítě vystaveno

hluku na pracovišti JIP, kam je po předčasném porodu umístěno a je podrobováno invazivním výkonům (odběr krve, zavedení umělé výživy). Pokud to podmínky dovolí, je dítě s matkou. K tomuto účelu praktikují v nemocnicích již řadu let tzv. klokaní péči (metoda pochází z Kolumbie a zde ji zavedli již v roce 1979). Při této metodě se dítě umístí mezi prsy matky a přivine se. Je tak uspokojena základní potřeba dítěte po pocitu jistoty a bezpečí a zároveň potřeba tepla, kojení, lásky a ochrany. Pokud okolnosti nedovolí tuto metodu využívat, nebo pokud o dítě rodiče nejeví zájem, a dítě je v inkubátoru, či postýlce umístěno po delší dobu, je důležité, aby byl pocit jistoty a bezpečí zajištěn pomocí speciálních polštářů, později zavinovačkou. Je vhodné vytvořit kolem dětí uzavřený prostor, „hnízdečko“, ve kterém se cítí v bezpečí. I při koupání ve vaničce je vhodné pod dítě umístit bavlněnou plenu nebo ručník, aby se dítě neztrácelo ve volném prostoru.

Nedonošené děti bývají méně aktivní než donošené děti přibližně stejného věku. Trpí nedostatkem hlubokého spánku, mnohem častěji stráví čas lehkým spánkem a ospalostí. Příznačný je též opožděný počáteční motorický vývoj dítěte a je tedy nezbytně nutné, aby se nezanedbávala rehabilitační cvičení, nácvik pohybových dovedností s motorickou instrukcí (podporovat požadované pohyby dítěte tlakem a výpomocí) a později pohybové hry. Je důležité, aby se nezanedbávala ani stimulace zrakové činnosti a sání, a to i v případě, že má dítě zavedenou žaludeční sondu.

#### *1.3.2.1.2 Potřeby dítěte s postižením (zrakovým, sluchovým)*

Děti se zrakovým postižením jsou v otázce základních fyziologických potřeb stejné jako děti zdravé. Mají však navíc speciální potřeby spojené s jejich postižením zraku. Děti se zrakovým postižením jsou už od raného věku začleňovány do kolektivu dětí zdravých a učí se tak (obě strany) vzájemnému soužití, následně pak dochází k plnohodnotnému začlenění jedince do společnosti.

Speciální potřeby dětí se odvíjejí od stupně jejich postižení. Zrakové postižení se obvykle dělí na slabozraké a nevidomé. Jakákoli z těchto poruch znamená pro dítě určitá omezení. Zrakově postižené dítě je v některých dovednostech limitováno, avšak mělo by se učit stejným dovednostem ve stejném věku jako jeho zdraví vrstevníci. Učení je ovšem náročnější na čas a vše, co dítě učíme, by mělo být doprovázeno

slovním komentářem, popisem a vysvětlením co, jak a proč děláme. Postižené děti mají výraznou potřebu rozvoje kompenzačních smyslů, tedy náhradních smyslů za ty omezené. U dětí s postižením zraku to bývá zejména rozvoj hmatu. Je nezbytné, aby si děti již od toho nejranějšího věku mohly všechno ohmatat, nechat mu předměty „ohmatat“ ústy, jelikož postižený kojeneček nepoužívá hmatu rukou tak často jako stejně starý zdravý jedinec. Je důležité podněcovat dětskou zvědavost a umožnit mu ohmatat si co nejvíce věcí nejrůznějších tvarů, velikosti, váhy, materiálů apod. Veškeré činnosti, kterým je dítě učeno, je nutno provádět za bezprostřední přítomnosti matky nebo člověka, kterému dítě věří, kvůli pocitu bezpečí. Zrakově postižené děti mívají větší potřebu lásky a péče než děti zdravé, musejí se vyrovnat se svým postižením a k tomu je potřeba i větší míra porozumění.

Děti s vrozenou sluchovou vadou, která se nedá lékařským výkonem odstranit, zaostávají především ve vývoji psychomotorickém. Nerozvíjí se řeč a omezeno je i myšlení. Postižené děti mají menší nebo žádnou slovní zásobu, vzniká problém při navazování kontaktu se slyšicím prostředím a dochází k horší orientaci v běžných každodenních situacích. Děti se sluchovým postižením bývají fixovány na matku (nebo na nejbližší osobu v sociálním kontaktu), upřednostňují potřeby haptického kontaktu. Pokud dojde k sluchovému postižení v pozdějším věku, děti se s takovou situací vyrovnávají mnohem hůř a dochází k emocionálním změnám a ke změnám v sebehodnocení.

Při komunikaci se sluchově postiženým dítětem by se měla sestra snažit odstranit nebo alespoň omezit rušivé elementy, vlivy prostředí a rušivé podněty (hluk přístroje, rádio, telefon), to samé by měla doporučit rodičům postiženého dítěte. Děti totiž mohou mít zbytkový sluch a veškeré sluchové vjemy mohou narušovat komunikaci s nimi. Při komunikaci by měl být důraz kladen převážně na mimiku, gesta, využívání názorných předmětů.

#### *1.3.2.1.3 Potřeby dítěte v paliativní péči*

V současnosti se v České republice paliativní péče rozvíjí, bohužel v pediatrii zaostává. A to i přesto, že existuje řada nemocí a postižení, která se vyskytují v dětském

věku a jsou život ohrožující. Mluvíme zejména o nádorových onemocněních, progresivních degenerativních onemocněních, vrozených anomáliích apod.

Paliativní péči rozumíme komplexní přístup rodiny a ošetřujících, který v sobě zahrnuje prvky fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Paliativní péče se zaměřuje na zkvalitnění života dítěte a podporu rodiny, obsahuje zvládnutí nepříjemných symptomů nemoci, respitní (krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu) léčbu i podporu truchlení (Department of Health and Children, the Irish Hospice Foundation, 2005). Z důvodu toho, že se v minulosti paliativní péče o umírající děti zanedbávala, jsou informace týkající se jejich potřeb nedostatečné. Jisté ale je, že se potřeby umírajících dětí liší od potřeb umírajících dospělých. Na základě současných poznatků lze k hlavním potřebám dětí v paliativní péči řadit (Himmelstein a kol., 2004):

- potřebu zvládnutí symptomů (zejména potřebu být bez bolesti, bez dušnosti)
- potřebu jistoty a bezpečí (nejlépe být v domácím prostředí)
- potřebu informací o svém stavu a jeho vývoji
- potřebu být někdy o samotě, jindy potřeba komunikace
- potřebu lásky
- potřebu autonomie při rozhodování
- potřebu činit věci jako vrstevníci
- potřebu rozvoje.

Tyto výše uvedené potřeby však nelze globalizovat. Záleží totiž na mnoha faktorech, které potřeby těchto dětí ovlivňují, zejména věk, typ onemocnění, prognostická nejistota, forma léčby apod. Nevyléčitelná nemoc a následné úmrtí dítěte má devastující, dlouhodobý a někdy i nevratný dopad na každého člena rodiny. Sourozenci umírajícího dítěte, rodiče i členové širšího rodinného kruhu se s tímto stavem těžko vyrovnávají a vznikají u nich další specifické potřeby.



### 1.3.3 Uspokojení potřeb dítěte

Maslow a jeho teorie uspokojení potřeb poukazuje na vztah mezi uspokojováním potřeb v dětství a utvářením charakteru jedince. Například uspokojení dětské potřeby lásky vede ke schopnosti jedince přijímat lásku, vede ho ke schopnosti nezávislé lásky, ke schopnosti milovat a být milován bez ztráty autonomie. Důsledkem neuspokojených potřeb (frustrace) je starostlivost, nervozita, bázlivost, úzkostnost. U dětí je výrazná tendence k vyhledávání slastí a vyhýbání se strastí. Jedná se o biologicky podmíněnou funkci, která je pro každého i dospělého jedince nezbytná, ovšem dospělí se umí i s nepříjemnými poznáními smířit a vědí, že vyhnoutí se nepříjemnému není vždy možné. Ne vždy také platí, že co je příjemné, musí být zároveň užitečné a naopak. To si děti, obzvláště v raném věku, neuvědomují.

V dětství, stejně tak jako ve stáří, je velice problematické, aby pečující osoby správně rozpoznaly aktuální potřeby a mohly adekvátně přispět k uspokojení těchto potřeb.

Při uspokojování potřeb musíme dbát na řadu faktorů, kterými je způsob uspokojování podmíněn. Jedná se především o:

- individualitu každého dítěte (osobnostní charakteristiky jedince, temperament osobnosti, individuální zvláštnosti citů – citová labilita, citová zralost apod., volní vlastnosti jedince atd.);
- vývojová stadia, ve kterých se dítě momentálně nachází (liší se potřeby a zároveň způsob uspokojování těchto potřeb u kojenců, batolat, dětí ve školním věku);
- kulturu (každá kultura má své vzorce chování, tudíž i uspokojování potřeb se řídí kulturními zvyklostmi, které se rodiče snaží dětem vštěpovat již od raného dětství);
- rodinu (veškeré potřeby zajišťuje v první řadě rodina, její příslušníci dbají o základní životní potřeby dítěte, chrání jeho zdraví a současně se stará o rozvoj schopností a zájmů dítěte, budují v něm pocit jistoty a bezpečí, citové

náklonnosti, tedy rodinné zázemí, které ovlivňuje způsob uspokojování potřeb jedince v dospělosti i ve stáří);

- onemocnění (uspokojování či naopak neuspokojování potřeb dítěte ovlivňuje ráz onemocnění – akutní či chronické, způsob léčby, bolest, pobyt v nemocnici atd. Mohou vzniknout i nové potřeby v důsledku vážných zranění a následných handicapů.)

Tyto faktory se s drobnými obměnami týkají i dospělých jedinců. Všechny tyto aspekty uspokojování potřeb dětí musejí mít zdravotní sestry při péči o děti na paměti. Všechny potřeby dítěte se vzájemně prolínají a přesahují veškerá rámcová členění, sestra tedy musí ke každému dítěti přistupovat individuálně.

#### **1.3.4 Blokování potřeb dítěte**

Pokud není některá potřeba (nebo více potřeb) intenzivně krátkodobě nebo v menší míře zato dlouhodobě uspokojována, reaguje na tento stav jedinec prožitky nouze, nedostatku, omezování. Tento stav je označován jako frustrace. Dítě cítí, že mu chybí to, co potřebuje, po čem touží a ve většině případů mu chybí i způsob, kterým mu byla potřeba doposud uspokojována. Dospělý člověk dokáže příčinu své frustrace identifikovat, ale toho dítě většinou není schopné. Je proto možné frustraci rozpoznat v důsledku změn v oblasti emocionální, komunikační, v oblasti poznávacích procesů a sociálních vztahů. Frustraci vyvolávají tři typy událostí:

- fyzické nebo psychické bariéry bránící očekávané reakci;
- odstranění zdrojů zpevnění, resp. odměn;
- vyvolání neslučitelných reakcí, konfliktních situací.

U dítěte, které je ve fázi frustrace, dochází k těmto změnám:

- na biologické úrovni - dítě projevuje únavu, vyčerpanost důsledkem výkonového přetěžování nebo naopak pasivity;

- dítě je plačtivé, lítostivé, apatické, bojí se nových situací a úkolů, bez projevu zájmu o činnost;
- v oblasti nálad – znuděnost, agresivita, popudlivost, neklid, provokativní chování;
- v oblasti sebepojetí a sebedůvěry – dítě nemá realistický obraz sebe samo, přeceňování, podceňování, vychloubání, dítě nepřijímá kritiku, nenapravuje své omyly, žárlí, žaluje;
- v oblasti komunikace a spolupráce – nekomunikuje, nespolupracuje s dospělými, odmouvá, vymlouvá se, kazí práci druhých, účastní se šikany, z osamělosti hledá vazbu na někoho mimo svůj dosavadní rámec vztahů (parta, starší kamarádi, zvířata);
- v oblasti poznávacích funkcí – nesoustředí se, nepamatuje si, nejeví zájem o učení a o poznání, snadno se nechá rozptýlit.

Pokud je tento stav dlouhodobějšího charakteru a dětské potřeby nejsou plněny a nejsou respektovány, dochází k deprivaci. Tento termín je spojován převážně s psychikou. Jde o strádání nedostatkem „něčeho“, deprivace je dle Dunovského a kol. (1995) definována jako výsledek životní situace, kdy nejsou dítěti uspokojovány jeho základní psychické potřeby v dostatečné míře a po určitou dobu, což ohrožuje jeho duševní zdraví a duševní vývoj. Může dojít až k situaci, kdy nemá dítě určitou potřebu vyvinutou v důsledku toho, že nežilo v podmínkách, které by mu umožňovaly tyto uskutečňovat. K takovému stavu dochází, například pokud žilo dítě v neúplných rodinách, v rodinách, kde nemají rodiče na děti čas nebo jsou sami citově nevyzrálí. Citová deprivace má různé projevy – opožděný vývoj, agresivitu jedince, citovou a emoční labilitu, růstové změny, obezitu, pasivitu apod.

## 2. PACIENT S NEVYLÉČITELNOU CHOROBOU

### 2.1 Iveta J.

Iveta J. byla hospitalizována v Thomayerově nemocnici v Krči na Jednotce intenzivní péče Pediatrické kliniky po dobu necelých dvou let. V jejím případě se jednalo o takřka celý její život. Na oddělení byla přijímána pouze dva měsíce po narození.

Jedná se o dítě, které důsledkem pooperačního stavu po vrozeném volvulu trpí syndromem krátkého střeva (viz kap. 2.2). Za celý svůj krátký život nepoznala nic jiného, než nemocniční prostředí, protože je odkázána na každodenní lékařskou péči. Navíc biologická matka o malou holčičku nejevila zájem a dítě bylo svěřeno do péče kojeneckého ústavu. Sestry, které si k ní vytvořily blízký vztah, se rozhodly, že jí její batolecí věk zpříjemní, snažily se jí oba rodiče vynahradiť.

Na základě rozhodnutí Ministerstva sociálních věcí byla malá Ivetka svěřována do péče sester, které projevily zájem o možnost „půjčovat si“ Ivetku a alespoň krátkodobě přiblížit tomuto dítěti normální život.

Dnes je Iveta v péči pěstounů nedaleko Brna. Ti se snaží, aby Iveta svůj život žila co nejplnohodnotněji. Prognóza je v jejím případě totiž velice nejistá. Pacienti s tímto onemocněním sice mohou, při dodržení přísných pravidel, žít s mnoha omezeními život mimo nemocnici, ale často u nich dochází ke komplikacím spojeným se zavedeným centrálním žilním katetrem, kdy může dojít k akutnímu infektu a vzniku septického stavu. Další komplikací může být únik bakterií z postiženého střeva a následný vznik sepse.

## 2.1 Vstupní informace (anamnéza)

Dívěnka se narodila 7. 2. 2010 jako dvojče B drogově závislé matce. Žena byla bez jakéhokoli dokladu totožnosti a těsně před porodem užívala Subutex. Gravidita matky, v pořadí již druhá, nebyla sledována a Ivetka se společně se svým starším dvojčetem narodila ve 34. týdnu těhotenství ve Fakultní nemocnici v Motole.

Ihned po porodu, který proběhl záhlavím, byla podána transfúze EM<sup>2</sup> z důvodu těžké anemie<sup>3</sup> a byla doporučena chirurgická revize dutiny břišní, jelikož břicho novorozence bylo nápadně vzedmuté a novorozenec subikterický<sup>4</sup>. Při zákroku byl nalezen volvulus<sup>5</sup> na tenkém střevě, byla tedy provedena resekce<sup>6</sup> nekrotického střeva a anastomóza<sup>7</sup> mezi duodenem<sup>8</sup> a 1. centimetrem terminálního ilea<sup>9</sup>, ileocékální (Bauhinská) chlopeň a celé tlusté střevo bylo zachováno.

Po tomto zákroku byla malá Ivetka hospitalizována na novorozeneckém JIRP, kde byla napojena na umělou výživu. Prospívala, avšak její stav byl i nadále komplikován protražovanou těžkou enterogenní sepsí<sup>10</sup>, kterou překonala a po rekonvalescenci byla předána na oddělení Kliniky dětské chirurgie FN Motol k provedení enteroplastiky<sup>11</sup>.

---

<sup>2</sup> Transfúzní přípravek pro převod krve.

<sup>3</sup> Úbytek červených krvinek v organismu; běžně lidská chudokrevnost. Příčinou je a) nedostatečná tvorba červených krvinek – útlum krve tvorby vrozený nebo vyvolaný chemickými jedy, radioaktivním zářením, infekcemi, nedostatkem vitamínu B<sub>12</sub> apod.; b) zvýšené ztráty červených krvinek – krvácením.

<sup>4</sup> Hraničně zvýšený bilirubin (žlučové barvivo) v krvi, který se ještě neprojevil zažloutnutím tkání.

<sup>5</sup> Přetočení části střeva vedoucí k jeho neprůchodnosti.

<sup>6</sup> Chirurgické odstranění celého orgánu, tkáně nebo jejich části (např. žaludku, střeva, zubního kořene).

<sup>7</sup> Spojení mezi dvěma dutými orgány. Anastomóza přirozená (anatomická), např. mezi cévami; anastomóza umělá (chirurgická) se provádí z léčebných důvodů.

<sup>8</sup> Duodenum = dvanáctník. Počáteční část tenkého střeva, do něhož je přes vrátník ze žaludku propouštěna natrávená potrava. Dvanáctník obkružuje slinivku břišní a přechází do lačnicku. Sliznice dvanáctníku má po celém povrchu klky a tzv. Brunnerovy žlázy, které ústí do Lieberkühnových krypt. Produkují sekret chránící střevní sliznici před kyselou žaludeční šťávou a upravují pH střevního obsahu. Do dvanáctníku ústí žlučovod a hlavní a vedlejší vývod slinivky břišní.

<sup>9</sup> Ileum = kyčelník; konečná část tenkého střeva.

<sup>10</sup> Generalizovaná zánětlivá reakce na zaplavení organismu bakteriemi; tzv. otrava krve. Závažný, život ohrožující stav charakterizovaný přítomností ložiska hnisavé infekce, ze kterého se občas nebo trvale uvolňují bakterie do krve a šíří se po celém těle. Nastává při snížení obranyschopnosti, kdy organismus nedokáže lokalizovat nákazu. Hlavními příznaky jsou horečka, schvácenost a rozvoj septického šoku.

<sup>11</sup> Plastika střeva.

Od původně plánovaného chirurgického zákroku bylo ustoupeno pro dosud nevýhodné anatomické poměry novorozenecké stavby těla a byla provedena pouze strikturoplastika<sup>12</sup>. Pooperační průběh byl bez komplikací.

25. 6. 2010 byla Iveta z FN Motol přeložena na dětskou kliniku do Thomayerovy nemocnice v Krči. Zde pacientka podstoupila řadu lékařských vyšetření a zákroků včetně psychologického vyšetření, které proběhlo ve věku jedenácti měsíců a dvou týdnů (50 týdnů, plně korigovaný věk 44 týdnů). Při tomto vyšetření dospěla lékařka k závěru, že je Ivetka dítě s lehce nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, toho času s mírně zpožděnými motorickými dovednostmi a aktivní řečí. Adaptivita (předpoklad mentálního vývoje) dosahuje úrovně korigovaného věku. V kontaktu je dítě velice milé, dobře sociálně reaktivní, s aktivním zájmem o nové podněty.

Ivetka je i nadále z větší části odkázána na umělou výživu podávanou centrálním žilním katetrem.

## **2.2 Syndrom krátkého střeva**

Syndrom krátkého střeva je jedna z nejčastějších příčin selhávání střeva, zjednodušeně řečeno se jedná o zkrácení délky střeva a tím plochy pro vstřebávání živin. Syndrom může být způsoben vrozeně krátkým střevem (často následek poruchy prokrvení střeva v průběhu nitroděložního vývoje, nebo při gastroschíze – vrozené poruše uzávěru břišní stěny). Nejčastěji je střevo zkráceno chirurgicky při odstranění chorobně změněné části.

U dětí je nejčastější vyvolávající příčinou zánět střeva nedonošených dětí, tzv. nekrotizující enterokolitida, dále porucha nervového zásobení střeva, tzv. excesivní aganglionóza, volvulus neboli zatočení střeva kolem cév a jeho následné odumření v důsledku poruchy prokrvení tkání. U dospělých je častou příčinou tzv. infarkt střeva, jedná se o uzávěr tepny zásobující tenké střevo, dále pak stavy po operaci nádoru,

---

<sup>12</sup> Úprava zúžení střev v místě anastomózy.

operace pro nespecifické střevní záněty (ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc). Tento výčet příčin syndromu krátkého střeva není však ani zdaleka úplný.

Pacienti potřebují dodat dostatek energie, tekutin, bílkovin, solí, stopových prvků apod. Pro zajištění výživových potřeb organismu potřebuje nemocný výživu zvláštního složení, buď cestou enterální - výživa podávána trávicím traktem, ale často výživovými sondami, anebo v nejtěžších případech i cestou parenterální - nitrožilní. Nemocný má zaveden katétr do velké žíly, výživa je podávána infúzní pumpou. Podle tíže postižení jsou živiny takto podávány po dobu deseti až dvaceti hodin denně. Výživu je takto možné podávat měsíce i léta a zajistit přijatelnou kvalitu života. Stejně jako v případě nevratného selhání některých jiných orgánů je i selhání střeva v určitých případech možné léčit transplantací. Program transplantace střeva je v ČR připraven na specializovaném pracovišti IKEM Praha<sup>13</sup>.

### **2.3 Pěstounská péče**

Sociální pracovníci podaná žádost o umístění Ivety do programu pěstounské péče byla i přesto, že budou na pěstouny kladeny vysoké nároky spojené s její nemocí, schválena velice rychle. Iveta byla dva měsíce po zařazení do programu umístěna do rodiny žijící nedaleko Brna. Projevili o ni zájem rodiče tří dětí ve věku od 25 do 12 let, z čehož je nejmladší dítě postiženo těžkým astmatem. Rodiče tedy mají s péčí o zdravotně postižené dítě bohaté zkušenosti, což také proces samotného přesunu Ivety do jejich péče urychlilo.

---

<sup>13</sup> MUDr. Jana Kalousová, FN Motol; 2009 Občanské sdružení Život bez střeva; <http://www.zivotbezstreva.cz/informace-o-nemoci>; 13.2.2012

### **3. ZDRAVOTNÍ SESTRY**

Obor zdravotní sestra, v našem případě konkrétně obor dětská zdravotní sestra, zaznamenal v posledních letech, zejména v českém zdravotnickém prostředí, dynamický rozvoj. Týká se to především změny systému vzdělávání dětských zdravotních sester na univerzitách v navazujících magisterských oborech a ve specializačních vzdělávacích programech, v jejichž zájmu je zajištění potřeb ošetrovatelské péče v pediatrii, a zároveň snaha o zajištění potřeb samotných dětí a dospívajících. Dětská sestra vykonává ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu.

#### **3.1 Nároky na dětské zdravotní sestry**

##### **3.1.1 Vzdělání zdravotních sester**

Kromě dalších profesionálů se na ošetrovatelské péči o děti podílejí zejména dětské zdravotní sestry, respektive všeobecné sestry se specializací „dětská sestra“. V České republice jsou dětské sestry vzdělávány formou specializačního studia navazujícího na střední odborné vzdělání. Na konci navazujícího studia, po splnění všech podmínek vzdělávání a po vykonání atestační zkoušky specializačního vzdělávání ošetrovatelská péče v pediatrii, získá sestra specializaci v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii a označení dětská sestra. Je na zvážení každé ze sester, zda chce realizovat další specializace, například intenzivní péče v pediatrii. Pole působnosti dětských zdravotních sester v péči o děti nad tři roky je velice široké. Kromě vlastní ošetrovatelské péče se zvýšená pozornost věnuje i péči preventivní. Dětská sestra se podílí na prevenci chorobných stavů u dětí jak v ambulantních, tak v lůžkových zařízeních. Pozornost je zaměřena na zvýšení emocionální podpory dětí v rámci hospitalizací, předoperačních procesů, při přípravě dětí k hospitalizaci atd. Do středu zájmů sester se kromě samotného dítěte dostává i samotná rodina každého dítěte.



### 3.1.2 Role dětské sestry v ošetrovatelském procesu

Základem znalostí každé dětské sestry by měl být detailní přehled o fyziologických, psychosociálních a spirituálních potřebách dětí a dospívajících. Při práci s dětmi, ať už zdravými či nemocnými, musí sestra vždy dbát na správné rozpoznání potřeb dítěte, na jejich respektování a rozvoj. Každá jednotlivá situace je však jedinečná a vyžaduje citlivý a individuální přístup sestry s ohledem na dané podmínky.

Pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče je vytvoření vztahu sestra – dítě, respektive sestra - rodina. Dětské sestry musí mít k ošetrovaným dětem a jejich rodinám smysluplný zdravý vztah a musí umět rozpoznat individuální potřeby jak dítěte, tak rodiny, ale zároveň nesmí zapomenout rozlišovat své vlastní pocity a potřeby. Každá sestra by si měla za všech okolností udržovat hranici profesionality, i když je to někdy velice obtížné. Úkolem sestry je mimo jiné utvářet otevřený vztah mezi ní, pacientem a rodinou a poskytnout tak rodinným příslušníkům prostor pro otevřenou komunikaci, kdy se nikdo z dotčených neobává sestře svěřit a objasnit si nesrovnalosti. V tomto případě je nesmírně důležitý profesionální přístup sestry, jelikož pouze s profesionálním přístupem je schopná včas podchytit signály upozorňujícími ji na deficitní potřeby dítěte a samotné rodiny. Pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, sestry zapojují při ošetrování rodiče do péče o dítě. Společně s rodinou vykonávají individualizovanou ošetrovatelskou péči. V tomto ohledu je však důležitá oboustranná spolupráce.

Hlavními úkoly dětské sestry (Sikorová, 2011) jsou:

- působit při prevenci onemocnění a podpoře zdraví
- působit v oblasti zdravotní výchovy
- působit v oblasti poradenství
- působit jako činitel respitní péče

- působit v oblasti zajišťování spolupráce dalších profesionálů podílejících se na péči o dítě a rodinu
- uskutečňovat etická rozhodnutí a chovat se dle etických principů
- plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči u dítěte/rodiny formou ošetrovatelského procesu.

## 4. ODBORNÁ PSYCHOLOGICKÁ POMOC ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU

### 4.1 Psychicky náročné situace

„Kvalifikovaná zdravotní sestra nečeká jen na pokyny. Rychlé tempo v současných zdravotnických zařízeních od ní vyžaduje, aby posuzovala, předvídala a hodnotila stav pacientů a během minut na něj reagovat tak, aby péče o nemocné byla maximálně účinná a koordinovaná. To je úkol obtížný a i pro tu nejzkušenější sestru, zvláště jde-li o urgentní stavy, kdy pochybení či prodlení může mít fatální následky“.<sup>14</sup> V takto vypjatých chvílích se od sestry očekává naprostá profesionalita a na pochybení zde není místo. Můžeme hovořit o psychicky náročných situacích, kterým jsou sestry vystavovány prakticky každý den.

V podstatě rozlišujeme tři druhy psychicky náročných situací, se kterými se člověk vyrovnává technikami odvozenými od agrese nebo od úniku a označujeme je termíny frustrace, stresy a konflikty (Vacínová a kol. 2008).

#### 4.1.1 Frustrace

Ne vždy člověk dosáhne všeho, po čem touží. Při dosahování svých cílů, při překonávání překážek, při časové náročnosti dosahování cílů, při volbě mezi neslučitelnými cíli má každý jedinec (nebo časem získá) určité způsoby reakce na tyto situace. Ty se postupem času stávají výrazným znakem osobnosti každého člověka a podílejí se tak na míře jeho úspěšnosti při vyrovnávání se s nároky života. Tyto situace jsou označovány jako frustrace. Frustrací rozumíme situaci, kdy nám určité překážky brání v dosažení cíle našeho snažení a současně jako vnitřní stav člověka, který vzniká v důsledku takovéto situace.

---

<sup>14</sup> Cynthia A. Blanková-Reidová, 1999

Překážky v dosahování našich cílů dělíme na pasivní a aktivní. Pasivní překážky člověka neohrožují přímo, působí pouze svou přítomností (výtah v budově je nepojízdný a já se musím dostat do posledního patra po schodech, což je méně pohodlný způsob). Zato aktivní překážky působí jako protisíla našemu snažení v dosahování cílů. Člověk je vnímá vůči sobě jako síly ohrožující. Jedná se o něco nebo někoho, kdo přímo působí v činnosti proti nám, nedovolí nám dělat to, co chceme. Překážky se dají dělit též na vnitřní a vnější. Vnitřní překážky, na rozdíl od těch působících zvenčí, vycházejí přímo z dotčeného jedince. Jedná se o vnitřní stav osobnosti, který člověku nedovolí, aby se o dosažení cíle vůbec pokusil (člověk se bojí požádat o pomoc druhou osobu, jelikož se bojí odmítnutí).

Frustrační situace jsou součástí každodenního života každého člověka, projevují se duševním napětím, zklamáním, zátěží nebo křivdou. V případě, že se míra frustrace neúnosně zvyšuje a nelze ji zvládnout běžným způsobem, přechází do stavu tísně, tedy stresu. Míra, kdy už se frustrace přeměnila na stres, není jasně vytyčena. Tato hranice se mění člověk od člověka, závisí na vlastní frustrační situaci a na osobnostní odolnosti každého jedince vůči frustraci, tzv. frustrační toleranci.

#### 4.1.2 Stres

Prvním, kdo použil termínu stres, byl H. Selye. Označil tak reakci organismu při extrémních náhlých poruchách, jako je například popáleninový šok, posttraumatický šok a mnoho dalších. Od tohoto pojmenování začali lidé zabývající se touto problematikou používat tento pojem v širším slova smyslu. Pojem stres nelze přiřadit pouze k mimořádným, náhlým situacím. Proto jsou dnes za stresové situace považovány činnosti běžného dne každého z nás, např. jízda vozem, péče o rodinu, pracovní povinnosti, apod. Pojmu stres používáme ve smyslu psychické zátěže, popřípadě stresem rozumíme „zvláštní formu zátěže, při níž musí organismus mobilizovat rezervní zdroje energie pro činnost“<sup>15</sup>. Je přitom zcela nepodstatné, co danou situaci vyvolalo. Stresový stav může být navozen i pouze psychologickým působením na člověka, nemusí se tedy bezpodmínečně jednat o působení fyzikálních nebo psychosociálních

---

<sup>15</sup> A. Hladký, 1978

činitelů, nezáleží na tom, zda stresovou situaci vyvolal podnět příjemný nebo naopak nepříjemný. Mluvíme pak tedy o psychickém stresu, který nemusí být navozen přímo, ale i v důsledku očekávání, vybavením si nějaké vzpomínky nebo předchozí zkušenosti. Na psychický stres reaguje každý organismus odlišně. Nemusí se vždy jednat nutně jen o strach, úzkost, zármutek či agresivitu, ale o celou škálu adaptačních procesů. Při zvládnání stresových situací (zátěžových situací pro organismus) záleží na dovednostech, znalostech, předchozích zkušenostech, emocionálním vybavení a na připravenosti každého z nás. To, jak budeme jednat při zátěžové situaci, záleží na situaci samotné a na osobnostní charakteristice každého člověka. Zda budeme na stresovou situaci reagovat přiměřeně, závisí na okolnostech doprovázející danou chvíli. Pokud se objeví situace nové, nepředvídatelné a pro nás v tu chvíli nečekané, budeme reagovat určitě jinak než na zátěžové situace z běžného dne. Ve svém důsledku je však každý takový stav řešitelný a zvýšenou zátěž dokážeme obvykle zvládnout.

Pokud se však tyto situace nakumulují a na organismus narůstají objektivní požadavky, začne se člověk se situace vypořádávat s vypětím všech sil a dochází tak k vnitřnímu rozkolísání. V takovýchto chvílích hledá jedinec útěchu v podpurných prostředcích - dostává se do rizikového chování (alkohol, drogy, gamblerství). V danou chvíli je na člověka vyvíjen větší tlak než je on schopen řešit a psychicky selhává. Jedná se o tzv. obranné mechanismy, za které se člověk postupem času stále více ukrývá.

#### **4.1.3 Taxonomie zátěžových situací**

Zátěžové situace dělí Mikšík (1978) z pohledu rozporu mezi požadavky, které daná situace klade na chování člověka a objektivními možnostmi člověk tyto požadavky splnit. Pěti základními typy psychické zátěže jsou:

1. *Nepřiměřené úkoly a požadavky* – znamenají přetěžování člověka množstvím požadavků na rozsah a aktuální uplatnění tělesných nebo duševních sil, které přesahují možnosti konkrétního jedince. Nepřiměřenost může vycházet z nerespektování fyziologických, neurofyziologických či psychologických možností jedince (např. reakční čas, přetížení organismu vlivem monotonie), případně nerespektování

vývojových zákonitostí (v dětském věku), nerespektování zdravotního stavu, smyslových handicapů konkrétního jedince atd. Důsledkem nepřiměřených požadavků a úkolů bývá především nechuť pokračovat v činnosti, podrážděnost až agrese nebo naopak dochází k rezignaci na činnost, k apatii, únikům od aktivit k útlumovému chování nebo náhradnímu cíli.

2. *Problémové situace* – jsou spojeny s potřebou (nezbytností) orientovat se v neobvyklých, doposud pro člověka neznámých situacích, nebo provádět zcela neznámé činnosti. Problémové situace si mohou v řadě případů vynutit změnu navyklého způsobu života a chování člověka a změnu jeho hodnotového systému. Z tohoto hlediska znamenají nutnost krátkodobě či dlouhodobě se přizpůsobit nové situaci (působení nové situace se může dotýkat např. prvních setkání se smrtí pacienta v práci sestry, účast při zvládnání následků živelných katastrof, ohrožení majetku, vlastního života nebo života blízkých ad.) Mnohé problémové situace, především v rámci pracovní činnosti, jsou výzvou pro tvořivost člověka.

3. *Překážky* – zabraňují jedinci dosažení žádoucího cíle nebo podstatně omezují jeho možnosti v tomto směru. Tyto situace rovněž vedou k významným změnám v motivaci, přičemž základním motivem se stává samo překonání překážky. S tím je spojeno velké množství aktivit jedince i významné změny v jeho prožívání. Protože překážka nám brání dosáhnout určitého cíle a dosavadní způsoby jednání nevedou k žádoucímu výsledku, je prožitek této situace charakterizován především takovými emocemi, jako je zlost, vztek, lítost, pocity bezvýchodnosti. Takovéto reakce na překážku souhrnně označujeme jako frustraci (zmaření, zmarnění). Nejhlubší stav frustrace se váže k neuspokojování základních potřeb nebo významným zásahům do průběhu jejich uspokojování (např. psychicky komponovaný pacient je nucen vyprazdňovat se na lůžku v blízkosti dalších spolupacientů, člověku v tísní se nedostává potravin a tekutin atd.). Pokud neexistuje způsob překonání překážky, vzniká chronický stav neuspokojení ve smyslu psychické deprivace.

4. *Konfliktová situace* – souvisí s procesem rozhodování se. Konflikty mohou nastávat mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince, potom hovoříme o tzv. vnějším konfliktu (konflikt mezi dvěma osobami). Vnitřním konfliktem nazýváme stav, kdy se jedná o střet protichůdných zájmů či motivů jedince, které si

navzájem odporují (člověk se necítí zdrav a přitom má nastoupit zahraniční dovolenou, zvažuje pozvání na důležitou akci, která koliduje s jeho jinými významnými osobními zájmy nebo povinnostmi). Pokud jeden motivační směr výrazněji převládá, konflikt je řešitelný. Obvykle je taková situace doprovázená váháním, nerozhodností, ambivalentními prožitky, zvýšeným napětím. Takový stav může nakonec svojí naléhavostí vést ke zkratkovému jednání, cílem se stává ukončení konfliktu za jakoukoli cenu.

5. *Stresové situace* – vznikají působením určité rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti, znemožňují zdárný průběh této činnosti. Může jít například o působení časového stresoru (např. při resuscitaci nebo vyprošťování raněného), působení atypického prostředí, v němž má být činnost vykonána (provedení výkonu před zkušební komisí na cizím pracovišti), působení faktoru rizika, kdy můžeme situaci řešit pod tlakem vlastního ohrožení, odpovědnosti za život druhé osoby (nasazení sebe sama při záchraně života nebo majetku). Nejpříznačnějším symptomem prožívání stresu je úzkost a nejistota, které narušují až destruuji činnost nebo naučené chování v takové míře, že člověk selhává a přes svoji vysokou pozitivní motivaci a dostatečnou připravenost ke zvládnutí úkolu, jeho chování se vymyká sebekontrolě (Jobánková 2002).

## **4.2 Psychická zátěž zdravotních sester**

To, jak bude každá sestra při kontaktu s okolním prostředím reagovat a jak je schopna se vyrovnat s psychickým tlakem a stresem, kterému je při každodenní práci vystavována, záleží na psychickém vybavení a vlastnostech osobnosti každé z nich. I když je prostředí, ve kterém se člověk nachází, značně rozmanité a proměnlivé, a reakce člověka na okolní svět se v důsledku toho též vyznačují určitou proměnlivostí, můžeme v chování jedinců nacházet něco stálého, relativně se neměnicího a pro danou osobu charakteristického. Tyto charakteristiky chování nám umožní částečně předvídat

chování konkrétní osoby v konkrétních situacích týkajících se například konfliktu, nemoci, náročných životních zvrátů apod.

#### **4.2.1 Vlastnosti osobnosti**

Každý je v neustálém kontaktu s okolním prostředím, které je značně proměnlivé a nestálé. Jelikož jsme nuceni na okolí reagovat, jsou i chování a reakce každého člověka rozmanité. Ovšem i přes tuto proměnlivost lze u každého jedince pozorovat něco relativně stálého, charakteristického. Trvalejší charakteristiky chování nám umožní částečně předvídat, jak se člověk v dané chvíli, v určité situaci či při řešení konfliktu, zachová. Vypozorujeme-li, že se určitý druh chování u jedince často opakuje v různých situacích, můžeme hovořit o vlastnostech nebo souboru vlastností.

Při hodnocení lidských vlastností se zaměřujeme na míru přisuzované vlastnosti, na srovnání projevů lidského chování a vyhraněnosti vlastnosti. To znamená, že se člověk může chovat odlišně v různých sociálních skupinách i situacích. Jiné vlastnosti osobnosti zase mohou souviset s věkem a s pohlavím jedince, jiné zase souvisejí s typem temperamentu. Přístup zaměřený na typologii lidí se začal používat již v dobách Hippokrata a spočívá v rozdělení lidí na sangviniky, flegmatiky, choleriky a melancholiky. Pro charakteristiku osob se nejčastěji využívá schématu, které vzniklo spojením Hippokratovy typologie a Eysenckova systému dvou faktorů; faktoru neuroticismu (s póly emoční labilita a emoční stabilita) a faktoru extroverze – introverze:



**Obr. 2.** Schéma vlastností a typů temperamentu podle Eysencka.



**Zdroj:** Úvod do studia psychologie osobnosti (K. Balcar, Praha, SPN 1983, s. 97)

Tyto základní vlastnosti osobnosti se vztahují nejen k samotné osobnosti zdravotní sestry, ale ona sama může těchto poznatků využít při své práci s pacienty. Tato typologie jí může být nápomocna při hodnocení a posuzování chování pacientů a zároveň jí může toto dělení pomoci nalézt vhodný osobní přístup k nim.

#### 4.2.1.1 Schopnosti

K vlastnostem osobnosti se řadí i schopnosti, tedy schopnostní předpoklady člověka, jak bude jednat v určitých situacích, jakým způsobem bude člověk úspěšně realizovat vnitřní a vnější činnosti. Schopnosti člověka představují možnosti, dovednosti a naučené reakce, jakými člověk oplývá a uplatňuje je v konkrétních aktivitách.

Základem schopností jsou vlohy, tyto má každý člověk vrozené. Schopnosti realizujeme prostřednictvím hry, učení se, práce apod., a schopnosti se tak odrážejí v kvalitě a výši výkonu každého z nás. Schopnosti můžeme dělit:

schopnosti senzorké (percepční) – jsou podmíněny rozlišovacími schopnostmi receptorů (citlivost sluchu, rozlišování čichové a chuťové kvality, rozlišovací schopnosti pomocí zraku), na rozvoji těchto schopností závisí profesionální zkušenosti a některá povolání (např. degustátor);

schopnosti rozumové (inteligentní) – jde o soustavu rozumových schopností, kvality myšlenkových procesů, úsudku, paměti, představivosti a řeči;

schopnosti psychomotorické – jemná a hrubá motorika, pohybová přesnost, pohybová přesnost a manuální zručnost;

schopnosti speciální – ty jsou podmíněny druhem činnosti, kterou člověk vykonává (sociální, umělecké, sportovní, estetické atd.)

Na základě vrozených vloh a následných rozvinutých schopností je každý člověk lépe přizpůsoben určitému druhu práce, ne každý se hodí k výkonu jakékoli práce.

#### *4.2.1.2 Osobnostní předpoklady pro profesi zdravotní sestry*

I v dnešní době je mnoho lidí v otázce zdravotních sester ovlivněno modelem církevních ošetrovatelských řádů, tedy sestra by tu měla být vždy pro druhé, nejprve by se měla postarat o druhé, teprve potom přijde na řadu ona sama, sestra na sobě nesmí nechat nic znát a jakékoli starosti z domova by měla nechat za dveřmi domova. Dost těžko ovšem po sestřích může někdo chtít, i když tato hesla byla vedena určitě s dobrým úmyslem, aby nedávaly najevo emoce, oddělily práci od soukromí a byly na řadě vždy jako poslední. Řeholní sestry, které ošetrovatelskou práci vykonávaly dříve, měly k tomu, aby tato doporučení dodržovaly, lepší podmínky, jelikož žily v klášteřích, a motivaci.

Současné pojetí předpokladů pro profesi zdravotní sestry je poněkud ohleduplnější k psychohygieně sester:

- poznat sám sebe – reálný pohled na svou osobu, zjištění silných a slabých stránek, poznání možností, ve kterých se dá zlepšovat;
- všímat si sebe a svých reakcí – nelze se zbavit osobních starostí, důležité je sledovat své pocity a nálady a snažit se tak řešit zdroj nepohody, práce v týmu napomáhá k vyřešení potíží;
- dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a obtížích – tento bod převádí do praxe body předešlé.

Každá osobnost je utvářena na základě biologických předpokladů, kromě genetického vlivu na nás působí i prostředí a vše, co nás v životě potká, dále je důležité i naše rozhodování, postoje a samotné chování. Profese zdravotní sestry vyžaduje navíc ještě tyto součásti osobnosti; sociální dovednosti a schopnosti neboli sociální kompetence, dnes se častěji mluví o sociální inteligenci. Jedná se o tyto schopnosti:

- sociální percepce – schopnost vnímat druhé lidi, jedná se o talent, ovšem dá se naučit z praxe, zdravotní sestry se učí vnímat nálady, emoce a stavy svých pacientů a podle toho hledají vhodný způsob, jak s nimi komunikovat;
- přívětivost, sociabilita, komunikativnost – přátelské, veselé a otevřené chování vůči lidem, z povahy komunikativní lidé mají v této profesi jistou výhodu, umění naslouchat;
- schopnost týmové spolupráce – je výhodou, ovšem ne nutností;
- řešení konfliktů – způsob reakce ve střetech mezi jednotlivci či skupinami, během života si každý osvojuje vhodné strategie (hledání kompromisů, snaha o poznání motivů protistrany).

Existují i vlastnosti, které jsou obzvláště v pomáhajících profesích problematické. Jedná se o vlastnosti jako jsou například nedbalost, orientace pouze na sebe a své zájmy, asociální rysy, bezohlednost, nesoucit apod.

#### 4.2.2 Ženská pracovní skupina

Vztahy a celkové sociální klima pracovní skupiny ovlivňují individuální duševní vlastnosti jednotlivých členů, délka praxe v daném oboru i na daném pracovišti, dále jejich rodinný stav, pohlaví a věk. Specifika pracovních skupin na Pediatrické klinice Thomayerovy nemocnice v Krči spočívají v tom, že se jedná o skupiny složené z žen – zdravotních sester.

*„Ženské skupiny se vyznačují určitými zvláštními znaky, které mimo jiné pramení z odlišné psychiky žen. Žena je proti muži vybavena větší citlivostí, což má kladné i záporné stránky. Citová složka se významně podílí na vnitřním životě, bohatosti prožitku, schopnosti vcítit se do myšlení jiného člověka, lépe pochopit důvody jeho jednání. Na druhé straně však může být příčinou menší odolnosti vůči zátěži, konfliktům, nepříjemným událostem apod.“* (Vacínová a kol., 2008, s. 182)

#### 4.2.3 Psychologické problémy v péči o umírající

Ve společnosti dnešní doby je smrt považována za něco negativního, něco, o čem se lidé bojí mluvit. Převážnou většinou kultur a společností je smrt považována za nenávratný konec existence člověka, co bude po smrti, nikdo neví. Samotná smrt, stárání a zánik nepatří mezi vyhledávaná konverzační témata, společenským ideálem současnosti je člověk v produktivním věku plný energie a mladistvého vzhledu. Dnešní společnost má ze stárání a smrti strach, ale tím, že se o těchto věcech nebude mluvit, nezmizí.

Smrt může nastat náhle, například v důsledku tragických nehod nebo automobilových havárií. V tomto případě nemá člověk dostatek času se na smrt připravit a uvažovat o ní. S následky smrti a se samotným vyrovnáním se se ztrátou někoho blízkého zůstává v takových případech na rodině a blízkých zemřelého. Ve většině ostatních případů má ale člověk dostatek času si uvědomit, že se jeho život chýlí ke svému konci.

Pro pacienta ve finálním stadiu choroby je velice důležité, aby neztratil důvěru k okolí a mezi svými blízkými a pečovateli se cítil dobře. Pro dobrý psychický stav pacienta je důležitá komunikace. Vyhýbavé odpovědi ohledně stavu nemocného ponechávají pacienta v nejistotě a on ztrácí ke svému okolí důvěru a má nejrůznější představy o tom, co před ním chtějí blízcí utajit a posiluje to jeho nejistotu.

Ve finální fázi života člověka je právě upřímnost velice důležitá. Pacient mívá obvykle potřebu zjistit o svém stavu co nejvíce informací. Existují ovšem i opačné případy, kdy by přílišná upřímnost nadělala spíše více škody než užitku, protože konfrontace se smrtí má u každého umírajícího individuální průběh. Někteří pacienti si svůj stav nechtějí připustit, popírají ho nebo smlouvají, jiní se se svým stavem smíří. Podobnými fázemi prochází i blízké okolí umírajícího, nemusí se však rovnat stavům u pacienta a v mnoha případech tak dochází ke vzájemným kolizím. Dochází i k situacím, kdy paradoxně psychickou podporu poskytuje svým blízkým právě pacient.

Ve stavu před smrtí dochází u některých pacientů, při potřebě pocitu bezpečí, k přeměně v infantilní chování, kdy se touží schoulit někomu blízkému do náruče a chtějí být utěšováni. Pacienti se vracejí v čase zpět a hodnotí svůj dosavadní život, častokrát docházejí k závěrům promarněnosti života, k odcizení se světu i svému tělu a myšlenkou smrti se stávají posedlími. Na samém sklonku života se lidé většinou uchylují k náboženským vírám, jelikož mají potřebu otevřené budoucnosti s možností jiného života někde jinde, těžko si totiž představit, že nebude nic.

Aktivním obranným prvkem v boji proti blízké smrti se stává agrese umírajícího vůči jeho okolí a blízkým. Jiní pacienti naopak začínají být přesprávně aktivními, snaží se tak zapomenout na blížící se nevyhnutelnou smrt. Pasivními obrannými mechanismy je popření celé situace, únik do fantazie nebo stav rezignace. Většina nemocných se též obává bolesti, se kterou mají svůj odchod ze světa spojen. Může se stát, že se tato samotná obava stane silnější než obava ze smrti. Tím, aby člověk při odchodu netrpěl bolestmi, se zabývá paliativní medicína. Ta samotná nedokáže s nemocí bojovat a vyléčit jí, dokáže však mírnit příznaky nemoci a pacienty alespoň zbavit bolesti.

Těsně před smrtí se lidé probouzejí z apatie, mají potřebu komunikovat, chtějí se postavit a chodit a svému okolí se zdají být zcela zdraví. U některých se může objevit euforie či motorický neklid.

V různých obdobích života člověk nahlíží na smrt rozdílně a konfrontaci se smrtí prožívá odlišně.

#### *4.2.3.1 Umírání a smrt v dětství*

Přibližně do pátého roku svého věku věří dítě, že je smrt vratným procesem. V pozdějším dětském věku mají děti smrt spojenou s jakýmsi trestem nebo s neopětovanou láskou. Přibližně kolem devátého roku věku dítěte jsou děti schopné své umírání a samotnou smrt reflektovat. Nemocné děti se často uzavrou do sebe, jsou apatické, vůči svým rodičům nepřátelské, jelikož jim svůj stav vyčítají, že je před smrtí neochránili. Některé děti v tomto stavu předčasně dospívají, dochází k procesu předčasného zrání. Děti jsou schopny používat pojmů spojených se smrtí otevřeně, bez zábran. Ve většině případů jim však samy plně nerozumí.

Dospívající děti jsou schopny již plně vnímat limity svého života. Smrt však považují za vzdálenou a je jim chápána jako určitá hrozba, tak, že jsou jí limitováni a nepodaří se jim realizovat v životě vše, co mají v plánu a nedokážou se na vše dostatečně připravit. Smrtelně nemocní adolescenti pocítují obavy z toho, že jejich život bude nekompletní, neúplný.

Pro dětské zdravotní sestry je smrt dětských pacientů vysokou psychickou zátěží, jelikož si plně uvědomují, že děti měly celý život před sebou. Nejhorší však pro sestry je bezmoc, se kterou sledují pozůstalé rodiče, a není v jejich silách jim jakkoli od jejich trápení ulehčit. Každá ze sester si uvědomuje, že přežít své vlastní dítě je to nejhorší, co se může rodiči stát. A i když sestry nahlízejí na smrt svých pacientů s určitým profesním nadhledem, každé takové úmrtí se odrazí v jejich životě, až už pracovním či soukromém.

## 4.3 Péče o zdravotní sestry

Nároky na vzdělání a výkon praxe všech zdravotních sester, ať těch dětských či všeobecných, se zvyšují. Práce sester bývá často velice podhodnocována a sestry bývají přehlíženy. Musíme si však uvědomit, že lékaři by bez zdravotních sester nemohli svou práci vykonávat natolik, aby byli schopni lidské životy zachraňovat s takovou samozřejmostí. Se zvyšujícími se nároky by však měla stoupat i péče o sestry. Bohužel tomu se zatím děje jen velmi pozvolna.

### 4.3.1 Syndrom vyhoření

Pokud není o duševní zdraví pracovníků, v tomto případě zdravotních sester, postaráno, v krajním případě může dojít až k rozvoji takzvaného syndromu vyhoření. *„Termín BURN-OUT, tedy syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.“* (Venglářová a kol., 2011, s. 23) Pro tento syndrom je charakteristické, že se nejprve projevuje na psychice postiženého a navenek je patrný mnohem později. K tomuto pracovnímu vyčerpání přispívají svým dílem i povahové rysy každého jedince. Výkonní lidé, kteří jsou tímto syndromem ohroženi v mnohem větší míře, mají společné rysy:

- pevná vůle a odhodlanost – neradi se vzdávají a neumějí si přiznat chybu, z čehož plynou časté konflikty na pracovišti

- perfekcionismus – lidé zaměřeni převážně na výkon mají pro sebe i druhé vysokou laťku, snaží se být co nejlepší, práci neodbývají, z vlastního popudu se dostávají pod tlak, aby udělali víc, než je jejich povinností;
- workoholismus – neustále usilovně pracují, neumějí odpočívat, jejich chování se může pacientům stát nebezpečným, protože snáze udělají chybu;
- přecitlivělost – problémy na pracovišti nesou těžce, zabývají se zbytečnými problémy;
- přehnaná empatičnost – nerespektování svých citových hranic, přílišné vžití se do problémů druhých;
- snížené sebevědomí – nevěří si a svou práci po sobě neustále kontrolují, tím se prodlužuje pracovní doba;
- značná cílevědomost – život má svůj řád a cíl, podle kterého jednájí, mají nereálné vysoké cíle, nesnášejí chaos;
- nadměrná zodpovědnost – neustálá kontrola toho, aby neudělali chybu a nedošlo tak k poškození pacienta;
- sklony k soběstačnosti – raději si všechno udělají sami, zabředávají do maličností, nenechají si poradit, zbytečně ztrácejí čas s něčím, s čím jim může být někdo nápomocný, ztracený čas dohánějí větším úsilím;
- značná soutěživost – musí za každou cenu vyhrávat, být nejlepší, nejsou schopni zapojit se do týmové spolupráce a v kolektivu bývají neoblíbení;
- žijí z uznání a z toho pramenícího úspěchu – sebedůvěra a pozitivní sebehodnocení zakládají na úspěších;
- častý odpor k pravidlům – potřebují volnost, jinak se cítí pod tlakem, potřeba flexibility a improvizace, nepodřizují se organizačním pravidlům.

*„Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání*



*organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu.*<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Venglářová a kol., 2011, s. 24

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5. POPIS VÝZKUMU

### 5.1. Cíl a hypotézy výzkumu

Cíle mé práce, kterých jsem chtěla dosáhnout, jsou následující:

- Stanovení současného stavu vztahů mezi zdravotními sestrami a konkrétní dětskou pacientkou na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči.
- Stanovení míry smíření se zdravotních sester s úmrtím pacienta.
- Doporučení opatření ke snížení rizika psychické újmy zdravotních sester po úmrtí pacienta.

Pracovní hypotézy, na jejichž základě byl sestaven dotazník, který byl následně rozdán a vyplněn zdravotními sestrami na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči, jsou:

- Vztah zdravotních sester a jejich dětských pacientů se může podobat vztahu rodič - dítě.
- Vztah zdravotních sester k dětskému pacientovi, kterého se rodiče zřekli, je rozdílný od vztahu k pacientům s funkční rodinou.
- Psychologická podpora zdravotníků, kteří ztratí pacienta, je potřebná, ale ze strany zaměstnavatele nedostatečná.

## **5.2 Výzkumný vzorek**

Dotazníky byly rozdány dvaceti dětským zdravotním sestřám zaměstnaným na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči.

Respondentky ženského pohlaví byly ve věku od 22 do 50 let, kdy průměrný věk byl 37,9 let. Délka praxe ve zdravotnickém oboru samozřejmě závisela na věku každé respondentky a pohybovala se v rozmezí od šesti měsíců do třiceti let, průměrná délka praxe je pak 18,3 roky.

## **5.3 Metody sběru dat a jejich zpracování**

Dotazníky byly zdravotním sestřám na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči rozdány v lednu 2012, necelé čtyři měsíce po Ivetčině odjezdu do pěstounské rodiny nedaleko Brna. Dotazník sestávající se ze sady otázek 1-20 sestry nejprve vyplnily a v plném počtu vrátily. Při zpětném výběru dotazníků jsem si se svolením každé ze sester prošla výsledky formou rozhovoru (otázky 21-28). Otázky v dotazníku byly kladeny spíše všeobecně, mým cílem bylo však získat informace ke konkrétní pacientce, o kterou sestry pečovaly. Otázky, kterých bylo v rozhovoru použito, konkretizovaly odpovědi z dotazníků.

### **5.3.1 Dotazník**

Dotazník použitý při výzkumu jsem sestavila na základě pracovních hypotéz a cílů, kterých jsem chtěla ve své práci dosáhnout (viz příloha 1). Žádný dotazník, odpovídající požadavkům na mou práci, jsem v dostupné literatuře nenalezla. Kromě dvaceti otázek, vztahujících se ke konkrétnímu pracovnímu prostředí a činnosti, jsou součástí dotazníku i údaje o věku a pohlaví respondentů a o délce praxe v daném oboru.

### 5.3.2 Rozhovor

Z důvodu přesnějších informací bylo při zpětném odběru dotazníků použito metody rozhovoru, kdy jsem, po výslovném souhlasu každé sestry, položila každé z nich osm totožných otázek. U otázky číslo 21 jsou dvě varianty, dle odpovědi v dotazníku, zda byla kladná či záporná, jsem sestrám položila konkrétní otázku. Pro orientaci a zápis jsem každé sestře přiřadila na místo jména písmeno, aby byla dodržena určitá anonymita. Bylo využito písmen abecedy počínaje písmenem A a konče písmenem S. Otázky, které jsem sestrám položila, zní:

21. Při kladné odpovědi na otázku číslo 11 v dotazníku: I když se bráníte vztahu nad rámec pracovních povinností, tedy k blízkému vztahu k pacientům, k Ivetce jste si ho vytvořila?

Při záporné odpovědi na otázku číslo 11 v dotazníku: K Ivetce jste získala blízký vztah?

22. Pokud ano, jaké byly důvody vedoucí k tomu, že jste si vztah konkrétně k této pacientce vytvořila?

23. V dotazníku se ptám na důvěru k vrchní a staniční sestře. Pokud k těmto nadřízeným důvěru chováte, je natolik veliká, že jste schopna svěřit se jim i s jinými problémy než pracovními? Například týkajícími se právě vztahů s pacienty?

24. Jaký jste měla pocit při propouštění malé Ivetky?

25. Když v průběhu léčby malé Ivetky nastaly komplikace a pacientce hrozila smrt, jak jste na tento stav reagovala? Popište jedním slovem. Lišila se pro Vás tato situace s Ivetkou od podobné situace s jinými dětskými pacienty? ANO/NE

26. Kam až necháte vztahy s pacienty zajít? Konkrétně vztah k malé Ivetce, jak byl intenzivní?

27. Pokud se máte se svými problémy na koho obrátit, kdo to nejčastěji je? Kolega v práci, rodinní příslušníci, kamarádka?

28. Kdyby byl pro Vás k dispozici psychologický pracovník, využila byste někdy jeho služeb? Myslíte si, že by byl k návštěvě tohoto pracovníka vůbec nějaký důvod?

## 5.4 Výsledky

### 5.4.1 Výsledky dotazníku

Otázky v dotazníku jsem rozdělila dle návaznosti na pracovní hypotézy. K první hypotéze se vztahují otázky číslo 7, 10 a 11. K hypotéze číslo dvě náleží pouze otázka 8 a konečně třetí hypotéza, ke které náleží otázky číslo 1 až 6, číslo 9 a otázky 12 až 20.

V okruhu otázek, vztahujících se k první hypotéze, odpovídaly respondentky následovně:

Na otázku číslo 7 odpověděly pouze tři sestry záporně, zbylých třináct sester mělo kladnou odpověď, tedy že si k pacientům vytváří vztah snadno. Na otázku číslo deset, pokud mají sestry dobrý pocit při propouštění vyléčeného pacienta, byla odpověď všech shodná, tedy ano. Otázka číslo 11 nebyla zodpovězena jednoznačně. Osm sester z dvaceti na otázku, zda se snaží o to, aby si k pacientům blízký vztah nevytvořily, odpovědělo záporně.

Na otázku číslo 8 týkající se druhé hypotézy, zda se vztah sester k pacientům s rodiči liší od vztahu k pacientům bez rodičů, odpověděly pouze dvě sestry kladně.

Ke třetí hypotéze se váže okruh s nejvyšším počtem otázek. Na otázku 1 odpověděly všechny sestry kladně, a to tak, že v pracovním kolektivu jsou spokojené. Otázku číslo dvě hodnotilo záporně šest sester. Třetí otázku zhodnotila záporně pouze jedna sestra, zbylých devatenáct odpovědělo kladně. Na otázku číslo čtyři, pokud sestry

důvěřují své staniční sestře, odpověděly čtyři sestry záporně. Pátá otázka byla hodnocena sedmnácti sestrami kladně a třemi záporně. Otázka číslo šest, zda sestry umí řešit konfliktní situace, byla zodpovězena šestnáctkrát odpovědí ano a čtyřikrát ne. Na devátou otázku odpovědělo osm sester negativně. Otázce s číslem dvanáct se dostalo šestnácti záporných odpovědí. Otázku číslo třináct týkající se úmrtí pacientů, zodpověděly tři sestry negativně. Jen jedna záporná odpověď padla při otázce číslo 14, ostatních devatenáct sester dává své práci maximum. Zda o své práci sestry někdy pochybují (otázka 15), odpovědělo jedenáct z dotázaných, že nepochybují. U otázky č. 16, zda se mají sestry komu svěřit se svými problémy, se mi od čtyř sester dostalo odpovědi, že nemají. U otázky číslo 17 a 18 odpovědělo shodně 5 sester zápornými odpověďmi. Největší shoda pak panuje u otázek posledních s čísly 19 a 20. Zde se všechny sestry bez výjimky shodly na tom, že poskytovaná psychologická pomoc ze strany zaměstnavatele je zcela nedostatečná a psycholog ani nikdo jemu podobný jim k dispozici není.

#### **5.4.2 Výsledky rozhovoru**

Z důvodu usnadnění zápisu do tabulky byly z doslovných přímých odpovědí sester vybrány pouze důležité části. Přehled odpovědí na otázky 21-23 uvádí tab. 1 a odpovědi na otázky 25, 27 a 28 jsou v tab. 2.

Na otázku 24 se až na sestřičku P vyjádřily všechny sestry vesměs stejně, a to tak, že se v nich mísily pocity lítosti, určité úlevy, že neuvidí Ivetku umírat a nebudou si tak moci vyčítat to, že pro ni neudělaly víc, nebudou se obviňovat, že selhaly, pociťovaly určitou radost z toho, že se Ivetka dostala do rodiny a nemusí tak žít v kojeneckém ústavu. Zároveň však sestry pociťovaly prázdnotu a sestry, které jsou zároveň matkami dospívajících dětí měly pocit matky, která ztrácí své vlastní dítě. Sestra P odpověděla, že nijak zvlášť neprožívala samotný odchod Ivetky, spíše reakce ostatních sester na něj.

Na otázku 26 odpovídaly sestry také shodně. Jejich vztah k Ivetce se rovnal spíše než vztahu sestra - pacient vztahu rodič - dítě. Vztah byl velice intenzivní, blízký, ochranný a hluboký, a to i přes počáteční snahy se tomuto vyhnout. Sestry

suplovaly malé Ivetce celou chybějící rodinu. Láskyplný a vřelý vztah plný porozumění s Ivetčinými stavy spojenými s její nemocí se sestrám vracel v podobě úsměvů a radosti Ivetky.

**Tab. 1.** Odpovědi na otázky 21-23 z doplňujícího rozhovoru.

<b>sestra (věk)</b>	<b>otázka 21</b>	<b>otázka 22</b>	<b>otázka 23</b>
A, 31 let	Ano.	Byla bez rodičů, ty dítě potřebuje, nahradily jsme je.	Nechovám k nim takovou důvěru.
B, 23 let	Ano.	Byla bez rodičů, nikdo o ni nestál.	Ano.
C, 39 let	Ano.	Nikdo o ni neměl zájem.	Ano.
D, 34 let	Ano.	Byla sama, bez rodičů.	Ano, vrchní sestře.
E, 36 let	Ano.	Byla bezbranné miminko bez rodičů.	Ano.
F, 45 let	Ano.	Nikdo o ni nestál, byla úplně sama.	Ano.
G, 38 let	Ano.	Potřebovala, aby ji měl někdo rád.	Spíše ano.
H, 44 let	Ano.	Rodiče o ni nestáli, byla sama, nemocná.	Ano, vrchní sestře.
CH, 45 let	Ano.	Nemocné bezbranné dítě bez rodičů.	Ano.
I, 50 let	Ano.	Nikomu nechyběla, nikdo o ni nestál.	Nevím.
J, 35 let	Ano.	Nikdo ji nechtěl, byla nemocná a potřebovala nás.	Spíše ano.
K, 43 let	Ano.	Potřebovala někoho blízkého, byla bez rodičů.	Ano.
L, 30 let	Ano.	Nemocné dítě bez rodičů, snažily jsem se ji to nahradit.	Asi ano.
M, 39 let	Ano.	Byla bez rodičovské lásky, nemocná, sama v nemocnici.	Spíše ne.
N, 40 let	Ano.	Nikdo z rodiny o ni nestál, byla úplně sama.	Ne.
O, 42 let	Ano.	Neměla nikoho, kdo by se o ni postaral.	Ano, vrchní sestře.
P, 22 let	Ano, ne tak intenzivní, jsem tu jen krátce.	Nemocné miminko bez rodičů.	Ano.
Q, 44 let	Ano.	Dítě bez rodičů, navždy závislé na lék. péči.	Ne.
R, 46 let	Ano.	Potřebovala, abychom ji měli rádi, neměla rodiče.	Ne.
S, 31 let	Ano.	Byla bez rodičů, neměla nikoho, tak alespoň nás.	Ano.



**Tab. 2.** Odpovědi na otázky 25, 27 a 28 z doplňujícího rozhovoru.

sestra (věk)	otázka 25	otázka 27	otázka 28
A, 31 let	Bezmoc, ANO.	Nemám se na koho obrátit.	Služeb bych využila, důvody by se jistě našly.
B, 23 let	Bezmoc, ANO.	Nemám se na koho obrátit.	Ano, využila, důvodů by byly spousty.
C, 39 let	Úzkost, ANO.	Kamarádka, kolegyně z práce.	Důvody by jistě byly, nevím, zda bych služeb využila.
D, 34 let	Strach, ANO.	Manžel, kamarádka.	Ano, ráda bych se poradila s odborníkem, důvody jsou.
E, 36 let	Beznaděj, ANO.	Matka, přítel, kolegyně.	Důvody by se jistě našly, ale já bych prozatím služeb nevyužila.
F, 45 let	Bezmoc, ANO.	Manžel, kamarádka, kolegyně.	Zatím jsem neměla důvod tyto služby vyhledat, ale z pracovního hlediska by se důvody k návštěvě nejspíš našly.
G, 38 let	Beznaděj, ANO.	Manžel.	Konkrétně mne by se návštěva odborníka netýkala, i když do budoucna, kdo ví. Naše práce je náročná, tedy ano, důvody jsou.
H, 44 let	Strach, ANO.	Kolegyně z práce.	Pokud by byl odborník k dispozici, navštívila bych ho i s problémy, které přímo s mou prací nesouvisejí.
CH, 45 let	Úzkost, ANO.	Manžel, kolegyně z práce.	Důvody jsou, i když zatím se netýkají konkrétně mé osoby. Zaměstnanci by služeb jistě využívali.
I, 50 let	Smutek, ANO.	Dcera, kamarádka.	Já bych služeb nejspíš nevyužila. Zda by služeb bylo využíváno ostatními, nevím, ale důvody by se našly.
J, 35 let	Strach, ANO.	Manžel, kolegyně z práce.	Každý občas potřebuje poradit s problémy, se kterými si neví rady, takže ano, služeb by se využilo, i když nevím, jestli konkrétně já bych služeb využila.
K, 43 let	Bezmoc, ANO.	Kamarádka.	Problémy byly, jsou a budou, služeb by se využívalo.
L, 30 let	Beznaděj, ANO.	Matka, přítel.	Nevím, zda bych služeb využila já, ale jiní ano. Důvody jsou.
M, 39 let	Zoufalství, ANO.	Kamarádka, manžel.	Důvody jsou, služeb by se nejspíše využívalo.
N, 40 let	Strach, ANO.	Nemám se na koho obrátit.	Ano, důvody mám a takovou službu bych využila.
O, 42 let	Bezmoc, ANO.	Manžel, kamarádka, kolegyně.	Pokud by tu psycholog byl, služeb by se využívalo, problémy má asi každý.
P, 22 let	Stres, NE.	Matka, kamarádka.	Já bych služeb psychologa nejspíš nevyužila. Jiní ovšem důvody k návštěvě mít můžou.
Q, 44 let	Úzkost, ANO.	Nemám se na koho obrátit.	Nabízené pomoci bych využila, mám důvody.
R, 46 let	Strach, ANO.	Manžel, kolegyně z práce.	Nejspíš bych služby využila, pohled někoho nestranného se občas hodí, důvody by se našly.
S, 31 let	Zoufalost, ANO.	Matka, kolegyně z práce.	Nevím, zda by služby bylo plně využíváno, ano, důvody nejspíše jsou.

## **5.5 Interpretace výsledků**

### **5.5.1 Hypotéza 1: Vztah zdravotních sester a jejich dětských pacientů se může podobat vztahu rodič - dítě.**

K ověření hypotézy 1 jsem použila údaje získané otázkami 7, 10 a 11 z dotazníku a otázkou 26 z následného rozhovoru.

Vztah k pacientům si snadno vytváří většina sester, jen tři odpověděly opačně (otázka 7). Sestry se častěji snaží, aby vztah k pacientům nebyl příliš blízký (otázka 11), ale v osmi případech tomu tak není. Když je uzdravený pacient propouštěn (otázka 10), všechny sestry mají dobrý pocit. Vztah sester k Ivetě podle jejich slov (otázka 26) se postupně, i přes zmíněnou snahu se tomu vyhnout, stal velmi intenzivní a blízký. Jak diskutuji i v rozboru hypotézy 2 (viz kap. 5.4.2), sestry se snažily Ivetě nahradit chybějící rodinu. Výsledek vztahu s pacientkou považovaly sestry za oboustranně výhodný, samy z něj vytěžily dobrý pocit a radost z každého pokroku Ivetě.

Vztah mezi dlouhodobě nemocným dětským pacientem a ošetřujícím personálem ilustrovaný příběhem malé Ivetě může přerůst čistě profesionální úroveň a přiblížit se vztahu mezi příbuznými. Hypotézu 1 považuji výsledky průzkumu za potvrzenou.

### **5.5.2 Hypotéza 2: Vztah zdravotních sester k dětskému pacientovi, kterého se rodiče zřekli, je rozdílný od vztahu k pacientům s funkční rodinou.**

K vyhodnocení platnosti hypotézy 2 jsem použila odpovědi na otázku 8 z dotazníku doplněné o odpovědi na otázky č. 21, 22, 24 a 25 z doplňujícího rozhovoru.

Na otázku č. 8, zda se jejich vztah k pacientům s rodiči liší od vztahu k pacientům bez rodičů, všechny sestry až na dvě odpověděly, že ne. V doplňujícím rozhovoru na otázku č. 21 o vztahu k Ivetě však bez výjimky všechny odpověděly, že si ho vytvořily. Odpovědi jsou tedy rozporné. Jako důvod pro vytvoření zvláštního vztahu (otázka 22) odpověděly většinou, že neměla rodiče a potřebovala někoho, kdo by jí měl rád. Tři

odpovědi byly, že o ni nikdo nestál. I z odpovědí na otázku 24 vyplývá, že reakce sester na odchod Ivetky do pěstounské péče mimo Prahu spíše připomínaly reakce blízkých příbuzných než neosobního ošetrovatelského personálu. Vztah k Ivetce popisovaly (otázka 26) jako velice intenzivní a blízký a podobně.

O pacienta jako Iveta se sestry musí starat dvacet čtyři hodin denně po dlouhou dobu. Nestačí pouze základní ošetrovatelská péče, starost o invazivní vstupy, podávání léků a základní hygiena. Jak již bylo popsáno v teoretické části, potřeby malého dítěte jsou mnohem rozmanitější než jen základní biologické požadavky. Iveta byla na Pediatrické klinice hospitalizována po celé kojenecké období a část raného batolecího věku, které jsou pro další rozvoj osobnosti velmi důležité. Úloha funkční rodiny je v tomto procesu obtížně zastupitelná. Sestry na JIRP se spontánně snažily alespoň zčásti vyplnit tento deficit. Některé z nich si dokonce vyřídily povolení sociálního úřadu a pečovatelského soudu a Ivetu si vozily na víkend domů, aby alespoň částečně poznala i jiné než nemocniční prostředí a dostala se do kontaktu i s jinými než chronicky nemocnými dětmi obvykle upoutanými na lůžko. Sestry mimo jiné Ivetě uspořádaly narozeninovou oslavu, nebo vánoční svátky s dárky od všech pracovníků JIRP. Vše nad rámec svých pracovních povinností, ve svém volném čase a za své peníze.

Domnívám se, že odpovědi potvrdily hypotézu 2 a že při dlouhodobém pobytu dětského pacienta bez vlastní rodiny si k němu sestry vytvoří vztah odlišný od vztahu k ostatním pacientům.

### **5.5.3 Hypotéza 3: Psychologická podpora zdravotníků, kteří ztratí pacienta, je potřebná, ale ze strany zaměstnavatele nedostatečná.**

Pro ověření platnosti hypotézy 3 jsem využila odpovědi na otázky číslo 1-6, 9 a 12-20 z dotazníku a otázky 23, 27 a 28 z doplňujícího rozhovoru. Přestože jsou všechny sestry v pracovním kolektivu spokojené (otázka 1) a většinou důvěřují svým nadřízeným (otázka 3 a 4) a pocítují z jejich strany podporu (otázka 2), připouštějí různé problémy. Většinou umějí řešit konfliktní situace (otázka 6) a bez větších

problémů zvládají někdy velmi obtížnou komunikaci s rodiči (otázka 5). I když úmrtí svých pacientů berou jako součást své práce (otázka 13), vyrovnávají se s ním obvykle obtížně (otázka 12). Až na jednu své práci dávají maximum (otázka 14). Poměrně často však pochybují o smyslu své práce (otázka 15).

Pracovní problémy se častěji odrážejí v jejich soukromém životě (otázka 9), jen osm sester to popírá. Pokud mají problémy, svěřují se obvykle doma příbuzným (manželovi a matce) nebo kolegyni a kamarádce (otázka 27). Dvě sestry se nemají na koho obrátit. Ve volném čase se většinou dokážou oprostít od pracovních problémů a umějí relaxovat (otázka 18), v pěti případech je tomu naopak. Všichni odpovídající se domnívají, že pomoc ze strany zaměstnavatele je nedostatečná (otázka 20). Podle všech odpovědí na otázku 19 psycholog v zaměstnání k dispozici není. Z odpovědí na otázku 28 vyplývá, že dvě sestry by služeb psychologa nevyužily a čtyři nevěděly. Ostatní by službu uvítaly nebo nevyklučují její využití v budoucnosti, i když nyní ji nepotřebují. Přestože obvykle uvádějí, že vědí na koho se obrátit (otázka 17) a komu se svěřit se svými problémy (otázka 16), podpora blízkých sestrám patrně nestačí a uvítaly by odbornou pomoc školeného psychologa.

Odpovědi na dotazník a doplňující rozhovor potvrdily platnost hypotézy 3.

## ZÁVĚR

Práce zkoumala vztah dětských sester na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky a dlouhodobě hospitalizované dětské pacientky s onemocněním, které má infaustní prognózu. Práce se snažila získané informace zobecnit a posoudit, jestli vztahy s pacienty mají negativní vliv na sestry a pokud ano, jestli jim organizace současného zdravotnictví nabízí pomoc.

První hypotéza, že vztah zdravotních sester a jejich dětských pacientů se může podobat vztahu rodič – dítě, byla průzkumem potvrzena, přestože řada sester se vzniku intenzivního vztahu k pacientům brání.

Druhá hypotéza, že vztah sester k pacientům s rodiči je odlišný od vztahu k pacientům bez rodičů, byla potvrzena. Dětským pacientům bez rodičů se sestry snaží vynahradiť chybějící rodinu a napomoci dětem k co možná nejpřirozenějšímu vývoji nejen po stránce tělesné, ale i duševní, emocionální a sociální.

Potvrdila se i třetí hypotéza, že zdravotníci by uvítali odbornou psychologickou pomoc ze strany zaměstnavatele, ale že v současnosti pro ni nejsou vytvořeny dostatečné podmínky.

Je možno se domnívat, že při vzniku vztahů sester a dětských pacientů převládají pozitivní přínosy pro obě strany. Vzniklé negativní efekty (zejména při úmrtí nevyлéčitelně nemocných pacientů) si mohou vyžádat psychologickou podporu personálu, která však v současnosti není poskytována. Je otázkou, zda by finanční a organizační náklady na tuto péči nebyly nižší než jsou důsledky případných komplikací na straně personálu včetně syndromu vyhoření sester.

## SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ADAMS, B., Harold, C. E., ed., *Sestra a akutní stavy od A do Z*, I. čes. vyd., Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-893-8
2. BALCAR, K., *Úvod do studia psychologie osobnosti*, Praha: SPN, 1983.
3. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie - nauka o umírání*, Praha: Galén, 2000. ISBN 978-80-7262-471-32
4. JOBÁNKOVÁ, M. a kol., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdrav. v Brně, 2002. ISBN 80-7013-365-1
5. KOLEKTIV AUTORŮ, *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*, I.vyd. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-2-3 (soubor)
6. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *O smrti a umírání*, Turnov: Arita, 1993. ISBN 80-900134-6-5
7. RUSH, M. D., *Syndrom vyhoření*, Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8
8. ŘÍČAN, P., *Psychologie osobnosti*, Praha: Orbis, 1975.
9. SIKOROVÁ, L., *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*, I, vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1
10. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., *Ošetrovatelství v pediatrii*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3286-2
11. VACÍNOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M., *Psychologie*, I.vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. ISBN 978-80-86723-47-1
12. VÁGNEROVÁ, M., *Úvod do psychologie*, Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0015-3
13. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., *Sestry v nouzi Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, I.vyd., Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3174-2

## SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

14. COSTELLO, J., *Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital*. Journal of Advanced Nursing 54 (5), 594-601, 2006.
15. CLAYMAN, C. B. (Ed.), *The American Medical Association Encyclopedia of Medicine*. New York: Random House, Inc., 1989. ISBN 0-394-56528-2

# SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

## Seznam obrázků

Obr. 1. Maslowova pyramida potřeb.

Obr. 2. Schéma vlastností a typů temperamentu podle Eysencka.

## Seznam tabulek

Tab. 1. Odpovědi na otázky 21-23 z doplňujícího rozhovoru.

Tab. 2. Odpovědi na otázky 25, 27 a 28 z doplňujícího rozhovoru.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník pro vypracování bakalářské práce

I

# PŘÍLOHA

## Příloha A – Dotazník pro vypracování bakalářské práce

### DOTAZNÍK PRO VYPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Veronika Camprová  
Univerzita Jana Amose Komenského Praha s.r.o.  
Roháčova 63, 130 00 Praha 3

Vztah mezi dětským pacientem s nevléčitelnou nemocí a zdravotnickým personálem na  
Pediatrickém oddělení, dopady na psychiku personálu a možnosti, jak je minimalizovat

Věk: ..... Pohlaví: Ž / M Počet let praxe: ..... Oddělení: .....

Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Krči

Odpovězte ANO – NE

1.	V pracovním kolektivu jsem spokojená	
2.	Pociťuji podporu za strany nadřízených	
3.	Důvěřuji svému nadřízenému (vrchní sestra)	
4.	Mám důvěru ke svému přímému nadřízenému (staniční sestra)	
5.	Komunikaci s rodiči zvládám bez problémů	
6.	Umím řešit konfliktní situace	
7.	Snadno si vytvářím vztah k pacientům	
8.	Můj vztah k pacientům s rodiči se liší od vztahu k pacientům bez rodičů	
9.	Má práce se negativně neodráží v mém osobním životě	
10.	Mám dobrý pocit, když propouštíme vyléčeného pacienta	
11.	Snažím se o to, abych si k pacientům nevytvořila blízký vztah	
12.	Snadno se vyrovnávám s úmrtím svých pacientů	
13.	Úmrtí pacientů beru jako součást své práce	
14.	Své práci dávám maximum	
15.	Nikdy nepochybuji o smyslu své práce	
16.	Mám se komu svěřit se svými problémy	
17.	Vím, na koho se můžu s řešením svých problémů obrátit	
18.	Ve volném čase se umím oprostit od pracovních problémů a umím relaxovat	
19.	Pro potřeby zaměstnanců naší kliniky je k dispozici psycholog	
20.	V případě psychických problémů personálu je poskytována pomoc ze strany vedení nemocnice dostatečná	

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Veronika Camprová

**Obor:** Specializace v pedagogice – vzdělávání dospělých

**Forma studia:** kombinované

**Název práce:** Vztah mezi dětským pacientem s nevléčitelným onemocněním a zdravotnickým personálem na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Pediatrické kliniky Thomayerovy nemocnice v Krči. Dopady na psychiku personálu a možnosti, jak je minimalizovat.

**Rok:** 2012

**Počet stran textu bez příloh:** 51

**Celkový počet stran příloh:** 1

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 13

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Jindrová