

OBSAH

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Úzkost a strach	10
1.1 Vymezení pojmů úzkost a strach.....	10
1.2 Vznik úzkosti a strachu.....	14
1.3 Druhy úzkosti	15
1.4 Projevy úzkosti.....	15
1.5 Léčba úzkosti	16
1.5.1 Jednání s nemocným prožívajícím strach a úzkost	17
2 Problematika umírání a smrti	18
2.1 Pojmenování smrti.....	18
2.2 Pojetí smrti	19
2.3 Smrt a zdravotnická profese	20
2.4 Úzkost, strach ze smrti	21
2.5 Ošetrovatelská diagnóza „Úzkost ze smrti“	23
2.6 Psychologické aspekty péče o umírající.....	26
2.6.1 Sdělování pravdy	27
2.6.2 Proces adaptace na umírání	28
2.6.3 Zásady přístupu k umírajícím lidem.....	29
2.6.4 Rozhovor s umírajícím člověkem.....	32
3 Akutní infarkt myokardu	32
3.1 Příčina vzniku AIM	33
3.2 Klinický obraz	33
3.3 Diagnostika	34
3.4 Terapie AIM.....	34
3.5 Psychologická problematika akutního infarktu	35
myokardu	35
4 Jak člověk chápe změny zdravotního stavu	38
5 Profese všeobecné sestry	42
5.1 Profesionální chování	42

5.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným	44
5.2.1 Chování zdravotníků	48
5.3 Fyzická a psychická zátěž v profesi všeobecné	50
zdravotní sestry	50
5.3.1 Příčiny fyzického a psychického zatížení sestry	50
5.4 Pozitivní vliv povolání sestry	51
5.5 Psychohygiena	52
6 Etika v ošetrovatelství.....	58
6.1 Historické kořeny ošetrovatelské etiky.....	59
6.1.1 Holismus	61
6.2 Etické jednání a sestra	62
6.2.1 Profesní kodex a normy sester	63
6.2.2 Práva nemocných	63
6.3 Etika umírání a smrti	65
PRAKTICKÁ ČÁST.....	66
7 Průzkumné šetření	66
7.1 Cíl práce	66
7.2 Metodika dotazníkového šetření	67
7.2.1 Zdroje odborných poznatků	67
7.2.2 Zkoumaný soubor.....	67
7.2.3 Užitá metoda šetření	68
7.2.4 Pilotní studie	68
7.2.5 Organizace výzkumného šetření	68
7.2.6 Zpracování výsledků šetření	69
7.3 Výsledky výzkumného šetření	70
Diskuse	100
Závěr	110
Seznam použité literatury.....	114
Seznam zkratk	119
Seznam tabulek.....	120
Seznam grafů.....	122
Seznam příloh.....	123

Úvod

Úzkost a strach patří mezi časté prožitky a stavy nemocného a zároveň tvoří i dobrý příklad psychosomatické jednoty člověka. Úzkost je reakcí na tušené nebezpečí a přináší s sebou pocit bezmoci, prožitek bezradnosti a děsu.

Infarkt myokardu patří mezi somatické choroby, u kterých není úzkost psychickou reakcí, ale primárním příznakem morbidity vyplývajícím z přímého biologického ohrožení organismu. Úspěšná obrana proti úzkosti poskytuje pacientům po infarktu myokardu naději na lehčí průběh choroby. Naproti tomu extrémní popření jakéhokoliv nebezpečí se uplatňuje negativně ve smyslu špatné spolupráce pacienta.

Úzkost ze smrti provází řadu onemocnění, jde vlastně o strach z neexistence. Nejruznější filozofové řeší ve svých úvahách úzkost ze smrti, hovoří o uvědomění si „křehkosti bytí, o děsu z „nebytí“, o „nemožnosti dalších možností“ nebo o ontologické úzkosti (Portál, 2005, [online]).

Většina zdravých lidí o smrti raději ani nepřemýšlí. Skutečnost smrti je pro naši společnost tak bolestivá, že se snažíme zahladit veškeré stopy, ve kterých se naše konečnost připomíná a smrt se tak stává společenským tabu. Můžeme říci, že vytěsňujeme myšlenku na smrt, neboť by pro nás znamenala velmi bolestný prožitek a ohrožovala by náš pocit pohody.

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu (AIM). Vybrali jsme toto téma, protože zdravotníci se často setkávají při svém povolání se smrtí a tím pádem s úzkostí ze smrti u nemocných. AIM patří mezi akutní onemocnění, kde se s úzkostí ze smrti setkáváme téměř pravidelně.

V dnešní uspěchané době je tendence i ve zdravotnictví zaměřovat se zejména na somatické problémy. Důležité je také nezapomínat na péči o psychiku člověka a prožívání jeho současné životní situace. Člověk je předmětem našeho zájmu ve zdraví i nemoci, je proto důležité chápat jej jako neustálou interakci činností somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak se všeobecné sestry vyrovnávají s prožíváním úzkosti u pacientů s AIM a zda na ně tato úzkost působí. Zda-li pomáhají pacientům překonávat úzkost ze smrti a jakým způsobem. Dále nás zajímalo, co pro sestry vlastně znamená slovo smrt a strach z ní. A také to, zda se sestry ve svém běžném životě dokáží odpoutat od své práce, nebo jestli si přináší pracovní zážitky a potíže domů.

Teoretická část práce pojednává o úzkosti a strachu, o problematice umírání a smrti, je také řešena problematika akutního infarktu myokardu a jak člověk vnímá změny zdravotního stavu. Dále se věnujeme profesi všeobecné sestry a etice v ošetrovatelství.

Praktická část je zaměřena na šetření provedené pomocí dotazníku (viz příloha č. 1) v oblasti problematiky úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úzkost a strach

Úzkost a strach jsou psychické jevy, které běžně doprovázejí náš život a známe je z vlastní zkušenosti. Jde o silně emočně zabarvené prožitky vycházející z pocitu ohrožení. V podstatě se jedná o jednu z obranných forem organismu, jehož pozadí tvoří pud sebezáchovy.

1.1 Vymezení pojmů úzkost a strach

Zdravotník se s pojmy úzkost a strach denně setkává při kontaktu s nemocnými a jejich příbuznými. Úzkost a strach se totiž vyskytují všude tam, kde se člověk cítí být nějak ohrožen a vnímá možné nebezpečí.

Víme, že úzkost a strach nemusí být vždy funkční a přiměřené situaci, pak se samy stávají problémem a důvodem k terapeutické intervenci.

Mezi pojmy úzkost a strach neexistuje přesná hranice, jejich používání je otázkou jazykového citu.

Strach je nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci (Vymětal, 2003, s. 235).

Ohrožení může být vnější (např. plánované vyšetření) či vnitřní (obava, že něco nedokážu). Často vnější a vnitřní faktory splývají, protože lidská představivost, schopnost předvídat a zkušenosti způsobují, že se oba světy propojují (subjektivní i objektivní).

Strach může být reálný (u druhých pochopitelný, např. o život terminálně nemocného pacienta) nebo nereálný (nepochopitelný pro druhé, iracionální, často u lidí s duševním onemocněním).

Strach vyvolává fyziologické změny (zvýšení tlaku a zrychlení pulzu, zvýšené prokrvení mozku a snížené prokrvení splachniku, zlepšení orientace apod.), ale také různé projevy v chování. Za užitečný považujeme kladný význam strachu, který nás chrání před zbytečným rizikem (zdravé stravování z obavy před zdravotními následky). Opakem je nadměrný strach, který člověka vede ke škodlivým reakcím, ukvapenému neuváženému jednání. Mnohdy pak dochází k chování, za které se člověk později stydí nebo trpí pocitem viny. Strach mobilizuje organismus, dochází především ke zvýšení krevního tlaku, což člověku dává sílu k obraně, či útěku.

Ovšem tam, kde se nelze fyzicky bránit, je tato reakce organismu zbytečná a vlastně poškozující. Reakce organismu na ohrožení je úplně stejná, utíkáme-li například před zvířetem, které nás napadlo, nebo máme-li podstoupit nepříjemné vyšetření. V prvním případě je reakce užitečná, pomáhá nám v boji nebo útěku, ale v druhém případě je neúčelná a organismus pouze zatěžuje. Záporný význam strachu je znát, když dochází k zatížení organismu druhotnými vegetativními reakcemi, jako je pocení, zvýšení krevního tlaku, poruchy zažívání atd.

Předmětem strachu může být:

- ztráta životních možností,
- bolest,
- strach z léčení,
- strach ze smrti a umírání,
- vzhled,
- odloučení od svých bližních,
- nutnost změny dosavadního způsobu života.

Strach vyvolávají signály ohrožení a těch se u nemoci vyskytuje celá řada. Pozorujeme je na sobě jako takzvané příznaky (např. zhoršení hybnosti, zraku, různé kožní změny, příměsi v moči, stolici atp.). Tyto obtíže jsou signálem možného rozvoje nemoci a jiných vážnějších obtíží, proto máme strach. Signálem ohrožení může být i nepříznivá zpráva zdravotníka nebo výsledek vyšetření.

Zdroje strachu:

- úzkostlivá hyperprotektivní výchova,
- strašení lékařem, injekcemi,
- popisování lékařských úkonů,
- pobyt v nemocnici,
- sdělování nepříjemných zážitků a zkušeností s léčbou,
- přehnané zdůrazňování zdravotních rizik,
- vrozená přecitlivělost na silnější zevní podněty,
- sledování nevhodných filmů,
- vyprávění strašidelných historek (hlavně před spaním a u dětí) (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 48-50).

Úzkost je nepříjemný stav a prožitek. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou situaci či předmět, které ji vyvolávají. Je reakcí na neznámé a tušené nebezpečí a bývá většinou nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána (Vymětal, 2003, s. 236).

Úzkost je vlastně blíže neurčené zlo, blokující aktivitu.

Rozlišuje se také termín **úzkostný stav** (úzkostná neuróza), kdy dochází k sebepodceňování, katastrofickému očekávání a k přecitlivělé reakci nejen na kritiku, ale i na běžný nesouhlas. Postižený žije v obavách, že se něco strašného přihodí. To může

směřovat až k panice. Dochází ke vzniku řady úzkostných příznaků (ledový pot, třes, pocit odcizení až obavy ze smrti) (Novák, 2001).

Úzkost v nemoci má ráz neurčitého ohrožení, je bezpředmětná. Nemusí být psychickou reakcí, ale takzvaným primárním příznakem (např. u anginy pectoris, infarktu myokardu, plicní embolie). Nejsme si vědomi, co úzkost působí, vzhledem k tomu, že nemá předmět, je neurčitá, i když někdy velmi silná. Častá je úzkost u duševních poruch.

Úzkost běžně přechází ve strach a naopak, vzájemně se podmiňují a splývají.

Mezi somatické a psychické projevy úzkosti patří například:

- ustaraný, ustrašený výraz,
- tendence k zapomínání, roztržitost,
- útlum, rozčílení, podráždění,
- nervozita, pocení,
- překotná, zajímavá, rychlá řeč,
- vyhýbavé chování, perfekcionismus v chování,
- odkládání nepříjemné činnosti,
- vyhledávání pomoci a ujištění,
- únik z nepříjemné situace,
- zblednutí, sucho v ústech, rozšířené zornice, zrychlený dech, tep,
- svalové napětí, nekoordinované, nejisté pohyby, tep, dech (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 50).

Úzkost i strach zasahují celý organismus. Reagujeme na ně psychicky (myšlenky a emoce), tělesnými příznaky (bušení srdce, červenání) i chováním (útěk ze situace, strnutí).

1.2 Vznik úzkosti a strachu

Je známa celá řada teorií vzniku úzkosti a jejího udržování. O vzniku úzkosti a strachu jedince lze uvažovat v souvislosti s těmito proměnnými:

- **vnější nebo vnitřní podněty** (např. stimuly psychické, fyzikální, sociální),
- **osobnost člověka:**
 1. aktuální stav (např. stav aktivace, zdravotní a psychofyzický stav organismu),
 2. biologické dispoziční proměnné (např. genetická výbava),
 3. psychosociální dispoziční proměnné (např. sebepojetí, převažující psychické obranné mechanismy),
 4. vývojové období (věk),
- **situace** (např. neznámé prostředí).

Tyto zmíněné oblasti jsou ve vzájemné interakci, nepůsobí jednosměrně. Kvalita a intenzita úzkosti je výsledkem této interakce.

Vnímá-li člověk podněty v rámci určité situace jako ohrožující a znamenají pro něj nebezpečí, dostaví se změna pocitů (limbického systému) a aktivizuje se CNS a dostaví se fyziologické změny v periférii (tachykardie, svalové napětí atd.)

Pro rozvoj úzkosti a strachu platí, že mají sklon ke *generalizaci* (rozšiřování strachu a úzkosti na obdobné situace a podněty), pak nastává jejich *posilování* další negativní zkušeností a nebo zeslabování *neposilováním* (je-li nová zkušenost pozitivní). Neposilováním se vysvětluje *spontánní* remise (zeslabení a následně vymizení příznaků vázaných na úzkost a strach). Může se zde uplatňovat také mechanismus *překrývání*, kdy starší a nežádoucí zkušenosti jsou nahrazeny novými a žádoucími zkušenostmi (Vymětal, 2003, s. 239-241).

1.3 Druhy úzkosti

Můžeme rozlišovat tyto druhy úzkosti:

- **existenční úzkost**, kterou můžeme dále dělit na:
 1. *úzkost ze smrti*, která zahrnuje mnoho dalších úzkostí (např. úzkost ze stárání, z nemoci),
 2. *úzkost ze zranění* (úzkost z nehody, z výšky apod.),
 3. *úzkost z cizoty*, mohou se zde řadit také úzkost ze tmy, z války, z otevřených míst atd.,
- **sociální úzkost**
 1. *stud* (úzkost z druhého pohlaví, sexuální úzkost),
 2. *rozpaky*,
 3. *ostýchavost*,
 4. *úzkost z publika* (úzkost z nadřízených),
- **výkonová úzkost**
 1. *úzkost z hodnocení* (úzkost ze zkoušky, z nadřízených, školní úzkost, úzkost vztahující se ke sportu, úzkost ze zaměstnání).

1.4 Projevy úzkosti

Vegetativní nervový systém, odpovídající za automatickou činnost organismu, má dvě složky – sympatikus a parasympatikus, které se vzájemně doplňují a v řadě tělesných systémů mají opačné účinky.

Tabulka č. 1: Účinky sympatiku a parasympatiku.

SYMPATIKUS	PARASYMPATIKUS
Zrychluje srdeční činnost	Zpomaluje srdeční činnost
Zvyšuje pocení	Snižuje pocení
Zrychluje dýchání	Zpomaluje dýchání
Zvyšuje napětí ve svalech	Snižuje napětí ve svalech

Ve stavu úzkosti se rychle aktivuje sympatikus a rozbíhá se stresová reakce. Začneme zrychleně povrchně dýchat, rozbuší se nám srdce, cítíme rostoucí napětí ve svalech, mravenčení a teplo v žaludku, začneme se potit a někdy musíme náhle na toaletu. Sympatický nervový systém mobilizuje z organismu energii a připravuje tělo na „boj nebo útěk“. Ustane-li pocit ohrožení, funkce se po nějaké době normalizují. Reakce „boj nebo útěk“ je důležitá pro náhlá fyzická ohrožení a vede k rychlé automatické reakci úniku ze situace. Stejně však reagujeme, i když na něco nepříjemného myslíme nebo když se odsuzujeme v nějaké mezilidské situaci. Automatická stresová reakce nás pak svazuje, místo aby nám pomáhala. Brání nám v daných situacích jasně myslet a chovat se přiměřeně (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2005).

1.5 Léčba úzkosti

Úzkost lze mírnit či odstranit několika způsoby:

- *použitím psychofarmak,*
- *psychologickým přístupem,*
- *duševní hygienou* (pozitivní myšlení, dostatek spánku, pravidelná životospráva apod.),
- *relaxací* (např. autogenní trénink, biologická zpětná vazba atd.),
- *psychoterapií* (např. pravdivé sebepoznání člověka, učení a poznávání – zvláště myšlení),
- *pohybem* (řada lidí, kteří pravidelně cvičí se cítí volnější, svěžejší a méně úzkostní; může jít např. o aerobní druh cvičení, chůzi, procházky atd.).

1.5.1 Jednání s nemocným prožívajícím strach a úzkost

Projevy úzkosti a strachu mohou mimořádně zhoršit průběh choroby. Úzkostné prožívání a chování doprovází nebo je příčinou celé řady poruch zdraví. Je primárním příznakem např. při infarktu myokardu nebo u některých mozkových nádorů. Úzkost a strach se obvykle rozvíjejí kromě somatické oblasti na psychickém podkladě. Zdravotník by měl vědět, že nemocnému nelze neustále opakovat, že se nemusí ničeho obávat, nýbrž je nutné při silných projevech úzkosti brát v potaz celou premorbidní osobnost.

Při jednání s nemocným, který prožívá strach a úzkost, je důležitý profesionální přístup zdravotnických pracovníků, ale také rodinných příslušníků.

Základem je psychologická péče o nemocného týkající se rozptýlení úzkosti a strachu. A to osobní přítomností zdravotníka, klidem, trpělivostí, vlídností a takovým chováním a jednáním, kterým si získáme důvěru.

Velmi dobře působí rozhovor, kdy ukazujeme nemocnému pochopení, nepovyšujeme se, nepohrdáme jím. Dáme mu možnost mluvit o své úzkosti, jelikož tak dochází k úlevě. Často jsou problémy vyvolávány neinformovaností o diagnostických a terapeutických metodách. Správné informace potlačují úzkost z budoucnosti. Zdravotnický personál samozřejmě musí vědět, které informace může poskytnout sestra a které má v kompetenci lékař.

Vhodné zaměstnání snižuje úzkost a strach a přenáší myšlenky jinam. Ale i přes snahu personálu odpoutat nemocného od reality, obrací nemocný svou mysl neustále k obtížím a svým obavám. Avšak naprostá nečinnost a zákaz pohybu duševní a tělesný stav zhoršují.

Významnou roli při snižování úzkosti a strachu může hrát také omezení čekací doby na vyšetření, ošetření či přijetí do zařízení. A to formou objednávek na určitou hodinu, volbou pořadového čísla a příjemným jednáním sestry.

S nemocnými jednáme trpělivě, chováme se profesionálně a nedáváme najevo svou případnou nechuť, rozladění, netrpělivost.

Příčinou úzkosti nemocného mohou být také různé nevhodné výroky zdravotníků, chybné postupy při stanovení diagnózy či léčbě. Škodlivé psychické působení zdravotníka na nemocného se nazývá *psychická iatrogenie*. Její příčinou může být nedostatečná znalost psychologických faktorů a zákonitostí v jednání s nemocným, nezkušenost zdravotníka nebo nedostatek vcítění (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 51,52).

2 Problematika umírání a smrti

Lidská existence končí smrtí. Tato jistota je zastřena nejistotou. Nikdo netuší, kdy a jak přijde. Člověk by si měl ujasnit vztah k vlastní smrti. Měli bychom přijmout tuto pravdu: „Smrt je jediná jistota, kterou člověk od chvíle svého zrození má“ (Čechová, 2004, s.125).

2.1 Pojmenování smrti

Smrt většinou spojujeme s vyšším věkem, kdy člověk prožil podstatnou část doby, která mu byla předurčena. Smrt ale nepatří jen ke stáří. I když v dnešní době očekáváme, že nás čeká pokud možno zdravé stáří a potom teprve v dalekém nedohlednu smrt, kterou však nebereme vážně.

Smrt je záhadou, a přitom se týká každého člověka, může přijít kdykoliv, je neustále v naší blízkosti. Vědomí smrti nezískáváme z vlastní zkušenosti, ale jen z umírání ostatních lidí, tedy teoreticky. Smrt je pro člověka něčím cizím, neznámým, představovaným jako ohrožení a doprovázeným úzkostí. Tomuto neznámu, doprovázenému úzkostí, se snažíme vyhnout různými

racionalizacemi a především **popřením**, kdy žijeme bez ohledu na naši konečnost. Druhá možnost postoje ke smrti je, že ji **přijmeme**. Vědomá akceptace smrti bývá u lidí, kteří již jsou v její blízkosti a „neuhýbají“. Smrti se přestávají bát a stávají se vnitřně svobodnějšími.

Autonomně být a žít předpokládá přijmout vědomí vlastní konečnosti, smrt. (Vymětal, 2003, s. 268)

Problém smrti patří mezi stálá témata, která se řeší po celou dobu historie lidského rodu. Jsou o tom doklady v mýtech, v pohádkách a bájích, kdy člověk řeší otázku smrti a svůj vztah k ní. Také existenci náboženství je možno vidět jako snahu pochopit a vyrovnat se s fenoménem smrti. Máme proto potřebu zjistit její smysl jako součást řádu (Vymětal, 2003, s. 267,268).

2.2 Pojetí smrti

Dříve se zpravidla umíralo v rodinném kruhu a všechny záležitosti týkající se smrti byly ritualizované – držení smutku, oplakávání, církevní obřady, pohřební hostina atd. Umírání a smrt patřily k životu, lidé se odmalička setkávali se smrtí, a tak se na ni vlastně připravovali. V dnešní době převládá tendence smrt a utrpení vytěsňovat. Do dnešního trendu mládí, síly a úspěchu se stáří, utrpení a smrt nějak nehodí. Proto většina lidí dnes umírá v nemocnici, i když to není z důvodu léčby nutné. A mnozí lidé si to dokonce přejí, nechtějí být na obtíž. Smrt se v představách lidí projevuje těmito charakteristikami: **nevratností** (jde o definitivní konec), **univerzálností** (týká se všech a je nevyhnutelná) a **zástavou životních funkcí** (dýchání, srdeční činnosti atd.).

Vnímání smrti od dětství do dospělosti:

1) *Děti ve věku do tří let* – nerozlišují mezi živým a mrtvým.

- 2) *Děti ve věku od tří do šesti let* – začínají více rozeznávat život a smrt, pojem „mrtvý“ bývá spojován se spánkem a nehybností. Smrt je jimi považována za přechodný a reverzibilní stav.
- 3) *Děti ve věku od šesti do deseti (jedenácti) let* – začínají postupně chápat smrt jako něco konečného, nevratného a nevyhnutelného. V tomto věkovém období je důležitá vlastní zkušenost se smrtí. Ani u dětí vážně a letálně nemocných nepřichází strach ze smrti v pravém slova smyslu. Jsou ještě závislí na rodičích, které vnímají jako mocné, až všemocné.
- 4) *Od počátku dospívání do dospělosti* – se postupně vytváří pojem smrti. Strach ze smrti se dostavuje s tím, jak se člověk osamostatňuje a vnímá sebe jako individualitu.
- 5) *U dospělých lidí* – bývá smrt spojována s neznámem, nebytím, prázdňem, tedy s nicotou a úzkostí, nebo s klidem a pokojem. Buď je představa definitivního konce, nebo naopak bývají časté představy o dalším pokračování existence v jiné podobě (např. reinkarnace, křesťanský pohled) (Vymětal, 2003, s. 270, 271).

2.3 Smrt a zdravotnická profese

Obvykle v životě na smrt nemyslíme a spíše ji vytěsňujeme. Bylo by ovšem těžké žít s myšlenkou, že náš život může kdykoliv skončit. Tyto myšlenky by narušovaly pocit klidu, jistoty a štěstí. Lidská psychika proto přirozeně vytěsňuje fakt časové omezenosti existence.

Nemůžeme ale vytěsňovat smrt ze svého života, pokud jsme si vybrali povolání, kde přicházíme denně do styku s umírajícími. Každý zdravotník by měl přemýšlet o filozofické i psychologické problematice života a smrti. U zdravotníka, který není připraven na konfrontaci se smrtí, hrozí tato nebezpečí:

- psychická traumatizace (může dojít až k opuštění povolání),

- profesionální deformace (projevuje se psychickým i fyzickým vzdalováním se od umírajícího nemocného).

Profesionální příprava v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je bohužel nedostatečná. Výuka a vědomosti jsou zaměřeny hlavně biologicky (Čehová, 2004, s. 125,126).

2.4 Úzkost, strach ze smrti

Již v dávné historii lidstva se vědělo o úzkosti před smrtí. Známé jsou přístupy antických filozofů, jež se snažili přemoci úzkost ze smrti silou vůle a racionálním přístupem. Známý výrok Epikurův je ukázkou toho, jak se snažili tuto otázku rozumově řešit: „Jsem-li, není smrt, nejsem-li, je smrt.“

Úzkost před smrtí ovlivňuje řada skutečností. Za prvé jde o naši biologickou existenci. Je třeba počítat s tím, že člověk se děsí smrti, bolesti. Jde o strach z utrpení. Úzkost ovlivňují také naše představy. Není možné přehlédnout také negativní vliv kognitivních momentů na úzkost. Vzpomeňme například na středověká barvitá líčení pekelných muk zatracených a zavržených lidí. Je samozřejmé, že takováto líčení probouzela v lidech úzkost a strach.

V dnešní době může mít ovlivňování úzkosti nemocných moderní formu, a to v podobě soudobých vyšetřovacích přístrojů a metod. Není nic zvláštního na tom, že když pacient spatří moderní přístrojové vybavení nemocnice, má strach a prožívá úzkost.

Také víra ovlivňuje vznik a míru úzkosti ze smrti. Věřící lidé upínající se k naději, jež přesahuje fakt tělesné smrti, prožívají před smrtí podstatně menší míru úzkosti nežli ti, kteří se upínají k utrpení z umírání (Křivohlavý, 2002, s. 157,158).

Se strachem ze smrti se běžně setkáváme a pokládáme jej za něco biologicky daného, zcela přirozeného a nutného. Z psychologického hlediska má strach ze smrti několik dalších zdrojů. Jednak je daný lidskou autonomií a individualitou a bývají doprovázeny prožitkem osamělosti. Dalším důvodem je to, že lidé postrádají kvalitní hodnotovou orientaci, která by smrti dala smysl. Výraznější strach ze smrti se vyskytuje u lidí, kteří neprožívají žádnou duchovní dimenzi. Z jiného hlediska je nepřiměřený strach ze smrti určen také jejím tabuizováním. Člověk tak nemá možnost se na ni připravovat.

Pro mnohé splývá strach ze smrti se strachem z umírání, což je spojováno s obavou z bolesti a utrpení, s bezmocí, izolací a osamělostí, závislostí a ztrátou důstojnosti a osobní identity.

O **vědomém strachu** lze otevřeně hovořit. Bylo zjištěno, že zdravotníci s vědomým a reálným strachem ze smrti se více a lépe starají o nemocné. Klidněji a přiměřeněji snášíme to, co si pravdivě uvědomujeme a co se tak dostává pod naši rozumovou kontrolu.

Neuvědomovaný strach se projevuje úzkostí nebo vyšší úzkostností a jedinec se s nimi vyrovnává pomocí psychických obranných mechanismů.

Nejčastějším způsobem, kterým se zdravotník s touto problematikou vyrovnává je **minimalizování a vyhýbání se kontaktu** s umírajícím a jeho nejbližšími. U nemocného pak dochází dříve k „sociální smrti“ než ke smrti biologické. Minimalizace a vyhýbání se kontaktu je normální obrannou reakcí člověka na situaci umírání. Pro péči o nemocného to však není dobré.

Druhý častý způsob je, že zdravotník má tendenci celou záležitost kolem umírání **objektivizovat** a zacházet s umírajícím nemocným jako s věcí. Důsledkem je pak opomenutí psychiky člověka a péče o ni.

Další častou strategií je **únik do hyperaktivity** (nadměrné činnosti). Znamená to, že v praxi zdravotník zbytečně vykonává celou řadu věcí.

Pro věřící zdravotníky bývá menším problémem vyrovnávání se se smrtí a umíráním. Mají totiž vlastní hodnotovou orientaci pro mezní životní situace. Ovšem i u nich hrozí syndrom vyhoření. Horší je kontakt s umírajícími pro ty zdravotníky, kteří se sami smrti obávají, a proto jsou více znepokojeni při setkávání se smrtí.

Úlevu přináší volná a otevřená komunikace, při níž dochází k vyjasnění situace. Měla by být součástí práce všech zdravotníků, kteří se setkávají s těžce a terminálně nemocnými lidmi (Vymětal, 2003, s. 271-274).

2.5 Ošetrovatelská diagnóza „Úzkost ze smrti“

Úzkost ze smrti je ošetrovatelským problémem, kterému by se sestry v rámci svých kompetencí měly věnovat. Úzkost ze smrti prožívají také sestry samotné a to významně ovlivňuje jejich postoj k ošetrování umírajících (Rooda, Clements, et al., 1999, s. 1683). Vztah mezi úzkostí ze smrti a postojem sestry k péči o umírající je postupně formován a to primární zkušeností, profesní přípravou a profesionální zkušeností. Vytváření individuálního postoje sester ke smrti, umírání a s tím související úzkosti ze smrti, je podmiňováno kulturními, sociálními, filozofickými a náboženskými determinanty a dále také osobnostními a kognitivními charakteristikami (Dunn, Otten, Stephens, 2005, s. 97).

V dnešní době v ošetrovatelství dochází k vyhledávání, odstraňování, zmírňování a předcházení problémům v oblasti lidských potřeb. Asociace *NANDA – International* vyvinula diagnostický systém, z něhož mohou čerpat všechny ošetrovatelské specializace. Názvy ošetrovatelských diagnóz s číselným kódem jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz

(NANDA – International). Klasifikace se neustále vyvíjí, přibývají nové ošetrovatelské diagnózy, dochází k upřesňování a vytváření souvisejících faktorů a určujících znaků (Marečková, 2006, s. 17).

Ošetrovatelská diagnóza úzkost ze smrti (00147) patří pod 9. doménu (ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU) a spadá pod 2. třídu – REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE.

Úzkost ze smrti je standardizovaný název oš. problému člověka, který v souvislosti s umíráním (se smrtí) prožívá strach nebo znepokojení. Jde o nejasný, nepříjemný pocit znepokojení nebo o obavu zapříčiněnou vnímáním skutečného nebo domnělého ohrožení vlastní existence.

Mezi určující znaky této diagnózy patří:

- obavy z dopadu vlastního úmrtí na blízké osoby,
- bezmocnost vůči problémům souvisejícím s umíráním,
- strach ze ztráty tělesných a/nebo duševních schopností v období umírání,
- strach z bolesti při umírání,
- veliká sklíčenost,
- strach z umírání,
- starosti klienta o přepracovanost pečovatele (blízké osoby) v období nemohoucnosti a v terminálním stadiu onemocnění,
- obavy ze setkání se Stvořitelem nebo pochybnosti o existenci Boha nebo vyšší bytosti,
- totální ztráta kontroly nad svými stanovisky směrem ke své smrti,
- negativistické představy o smrti nebo nepříjemné myšlenky o událostech souvisejících se smrtí nebo umíráním,
- strach z protahovaného umírání,
- strach z předčasné smrti, která zabrání uskutečnění důležitých životních cílů,
- obavy z vyvolání smutku a utrpení blízkých osob,
- strach o život rodiny po úmrtí,

- strach z vývoje nevléčitelného onemocnění,
- popření vlastní smrtelnosti nebo hrozící smrti (Marečková, 2006, s. 183).

Jako související faktory označujeme:

- očekávání nepříznivých následků celkové anestézie
- očekávání vlivu smrti na druhé lidi
- očekávání bolesti
- očekávání utrpení
- konfrontace s realitou smrtelného onemocnění
- rozhovory na téma smrti
- zkušenost s průběhem umírání
- zkušenost se stavem blízko smrti
- odmítnutí vlastní smrtelnosti
- postřehy související se smrtí
- vnímání blízkosti smrti
- nejistota ze setkání s vyšší mocí
- nejistota o existenci vyšší moci
- nejistota o životě po smrti
- nejistota s prognózy (NANDA International, Mosby, 2008, s. 244)

Klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC definuje 25 intervencí k oš. diagnóze Úzkost ze smrti. Dvě intervence jsou označeny jako prioritní. Je to **péče o umírající** (podpora tělesného komfortu a psychologického klidu v konečné fázi života) a **duchovní podpora** (pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí).

Doporučené sesterské intervence k vyřešení problému: péče o umírající, duchovní podpora, zmírnění úzkosti, podpora pečovatele, zvládání léčby (organizace podávání léků), podpora pacientem regulované analgezie, řízená tvorba představ, podpora

rozhodování, ulehčení odpuštění, ulehčení průběhu zármutku, nastavení společných cílů, relaxační terapie, objasnění hodnot.

Další volitelné intervence: aktivní naslouchání, léčba pomocí zvířat, léčba pomocí četby, kulturní poradenství, zachování (udržení) chodu rodiny, léčba pomocí hudby, ochrana pacientových práv, podporování rodinné integrity, podpora rodiny, léčba pomocí vzpomínání, usnadnění návštěv (Mc Clucky, Bulechek, 2004).

2.6 Psychologické aspekty péče o umírající

Nalézt správný přístup k umírajícímu člověku je velmi obtížné a patří mezi vrcholné profesionální dovednosti zdravotníků. Důležité je respektovat právo pacienta na pravdivé informace. Práce s nemocným, který cítí ohrožení svého života, by pro zdravotníka bez odpovídající přípravy byla psychicky i časově neúnosná (Čechová, 2004, s. 133).

Základem a podmínkou psychologické péče o nemocné v závěrečném období života je *dobrá ošetrovatelská péče* a snaha o co možná *nejvyšší kvalitu života*, a to zejména zajištěním fyzické pohody (např. odstraňování a tlumení bolesti). Péče o umírající a jejich blízké osoby se uskutečňuje společně, ať v nemocnici nebo v domácím prostředí.

Psychologická péče je ovlivněna zdravotním stavem umírajícího, věkem a celkovou životní situací. Musíme vzít v potaz také intelekt a zkušenosti umírajícího. Nejvíce zaskočení blízcí se smrtí bývají zejména mladí lidé a dospělí středního věku. Smrt totiž přichází velmi brzy. Tyto nemocné trápí starost o nezaopatřené děti, o nedokončenou práci apod. U starých lidí je konec života něčím přirozeným, strach ze smrti nebývá tak velký, spíše se obávají těžkého umírání.

Lépe přijímají smrt lidé, kteří delší dobu fyzicky trpí. Klidnému umírání naopak brání pocit osamělosti a opuštění, a také

zápas nemocného o život, když na smrt není připraven, neakceptuje ji a nestačil se rozloučit s nejbližšími (Vymětal, 2003, s. 277,278).

2.6.1 Sdělování pravdy

Již dlouho se diskutuje, zda pravdu říci nebo ne.

Když nemocný informace požaduje, jsou mu samozřejmě lékařem poskytnuty. Nemocný má právo na pravdivé informace. Neřeší se pak otázka, zda ano či ne, ale kdy, kdo, kde a jak. **Kdy** – v které fázi onemocnění je nejlepší nemocného informovat. **Kdo** má pacientovi nepříznivou zprávu říci, jestli lékař, sestra, rodinný příslušník, nebo například kněz u věřících. **Kde** – v jakých podmínkách (měla by být k dispozici místnost s dostatkem klidu a intimity pro tolik závažný rozhovor). **Jak** – důležitá je technika rozhovoru.

Osvědčuje se *nedirektivní rozhovor*, který však není jednoduchý a vyžaduje nácvik.

Ovšem ne každý nemocný chce slyšet pravdu. Jsou lidé, kteří se brání náročné situaci popřením. Popření lze definovat např. takto: když je vnější realita příliš nepříjemná, jedinec může popřít její existenci (Praško, 2003, s. 40-43). Nemocný se tak raději uchyluje do nevědomosti, než aby znal pravdu. Ale popření vážné choroby nedává možnost hovořit o úzkosti a strachu a nedochází tak k potřebnému psychickému uvolnění. Nemocný pak zůstává sám se svými pocity (Čechová, 2004, s. 133).

Informace podává lékař. Lékař s nemocným hovoří o jeho chorobě (sděluje diagnózu, prognózu atd.). V etickém kodexu České lékařské komory je uvedeno: Lékař je povinen, pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení

mohou nastat. Dále je uvedeno: Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké (Kutnohorská, 2007, s. 53).

Sestra pak s pacientem probírá jeho pocity, které z toho vyplynuly. Sestra sleduje, jakým způsobem sdělení na nemocného zapůsobilo, dává mu prostor ke sdělení negativních emocí a dává nemocnému možnost abreakce.

Velmi důležité je nemocnému vždy poskytnout **naději**. Pacient s klidem přijme i nepříznivou zprávu o svém stavu, jestliže je mu ponechána naděje na zlepšení nebo pozastavení choroby.

Během profesionální přípravy by měli být všichni zdravotničtí pracovníci seznámeni při nejmenším se zákonitostmi a prožitky průběhu vážné choroby.

Každý nemocný je neopakovatelnou osobností s jedinečnými vlastnostmi a rysy. A také způsob, kterým se vyrovnává se závažným sdělením, je různý (Čechová, 2004, s. 133, 136).

2.6.2 Proces adaptace na umírání

Nemocní lidé reagují na blížící se smrt různým způsobem. Bouchal (1993) uvádí různé reakce umírajících:

- vyrovnání a smíření,
- pasivní rezignace (nezájem, netečnost),
- únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti,
- únik do vzpomínek (jaké to bylo kdysi),
- pozitivní kompenzace (snaha o dokončení rozdělaného díla),
- negativní forma kompenzace (propadnutí alkoholu, drogám, přejídání apod.) (Křivohlavý, 2002, s.155).

Americká lékařka Elizabeth Kübler – Rossová je autorkou nejznámější periodizace umírání. Upozornila na jisté zákonitosti, se kterými lze počítat u závažně nemocných. Byla to lékařka s psychiatrickou specializací a pracovala s umírajícími, během let s nimi zrealizovala stovky rozhovorů. Popsala *pět základních fází*, kterými většina vážně nemocných prochází:

1. **Šok** - často jej doprovází bouřlivé emoce, vztek, pláč. Dochází k popírání hrozící skutečnosti.
2. **Negace** (vzpoura) – dochází k popírání skutečnosti. Jsou přítomny myšlenky typu: „to přece není možné“, „já přece nemohu být tak vážně nemocen“, „je to vše nesmysl“. Typické jsou projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti skutečnosti.
3. **Vyjednávání** (oddalování) – je zde přítomna snaha smlouvat, ochota dát vše za uzdravení. Nemocný se snaží o oddálení smrti.
4. **Smutek a deprese** – projevy zármutku, lítosti, pláč. Nemocný klade sobě i ostatním otázky typu: „proč zrovna já“, „co to je na světě za spravedlnost“. U deprese je riziko možného suicidia.
5. **Přijetí** (vyrovnání) – smíření se, můžeme vidět odevzdání se osudu a přijetí faktu blízké smrti bez negativních emocí. Jde o aktivní smíření s ukončením života. Nemocný přijímá s klidem svůj konec (Křivohlavý, 2002, s. 155; Čechová, 2004, s. 133, 134).

2.6.3 Zásady přístupu k umírajícím lidem

Průběh umírání a to, jak jej pacient vnímá a prožívá, velice závisí na psychologické péči a na jednání jeho nejbližších. Lidé si obvykle přejí zemřít doma, pokud je to možné, snažíme se nemocnému v tomto přání vyhovět (Vymětal, 2003, s. 279).

Hlavní zásady doprovázení umírajícího:

- Pravdivě informovat, pokud nemocný informace požaduje.
- Informace o zdravotním stavu má v kompetenci ošetřující lékař.

- Nemocný má mít naději na zlepšení nebo vyléčení, nelze se s chorobou smířit bez naděje.
- Neodhadovat čas, který ještě nemocnému zbývá.
- Neužívat slov podporujících strach a úzkost (nádor, bolest, zhoubné onemocnění apod.).
- Usilovat o každodenní psychickou pohodu nemocného. A to upřímnou a empatickou mluvou a umožněním, co nejčastějšího kontaktu s příbuznými.
- Myslet na to, že v první řadě je potřebou umírajících přítomnost nejbližších a přímý tělesný kontakt s nimi.
- Brát samozřejmě, že nemocný i jeho rodina potřebují určité množství času k rozhovoru. Rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním nežli mluvením.
- Respektovat přání a prožívání umírajících.
- Zprostředkovat umírajícímu návštěvu duchovního, pokud si to přeje.
- I po úmrtí nemocného podat rodině pomocnou ruku, přiznat čas na truchlení (Čechová, 2004, s.134).

Tabulka č. 2: Doprovázení umírajících. Zpracováno podle Čechové, V., In Speciální psychologie, 4. vyd., Brno: NCO NZO, 2004. s. 135, ISBN 80-7013-386-4

pocity + potřeby umírajících	hlavní role zdravotníků
úzkost a strach z umírání a ze smrti	naslouchat a slyšet
dokončit práci + plány - ve vztahu k lidem - ve vztahu k věcem	pocitivě informovat (fakta)
splnit si svá nesplněná přání a sny	identifikovat potřeby a snažit se o jejich naplnění
zaranžovat a zorganizovat - vlastní smrt - pohřeb	zajišťovat největší možný komfort (bolest!)
prožít v nejlepší možné kvalitě zbytek života	pomáhat rodině
neztratit kontrolu nad sebou a okolím	dbát na sebekontrolu nemocného

U lůžka umírajícího člověka se i my sami připravujeme na vlastní smrt a smrt našich blízkých. Právě takovéto chvíle přispívají k lepšímu pochopení sebe i života, protože pak lépe rozlišujeme podstatné od nepodstatného.

Péče o umírající vnitřně obohacuje a vede k osobnímu zrání. Nežádoucí je, když se ošetřující lékař vyhýbá kontaktu s umírajícími a brání se komunikaci s ním tak, že ordinuje tlumící psychofarmaka. Pak dochází k tomu, že člověk umírá psychicky a sociálně dříve než biologicky a nemá možnost akceptovat konec svého života a rozloučit se s nejbližšími. Z etického a psychologického hlediska umírá nedůstojně (Vymětal, 2003, s. 279,280).

2.6.4 Rozhovor s umírajícím člověkem

Neverbální stránka rozhovoru

Zkušenost mnohých lidí naznačuje, že často je důležitější to, co se vyjádří beze slov – autentickým přátelským (spolupodílnickým) postojem. Jedná se o celý komplex neverbálních projevů, od mimiky a pohledu očí, po doteky (držení nemocného za ruku, pohlazení), až po celkový postoj a trpělivost.

Verbální stránka rozhovoru

Dokud zabírá kauzální terapie, měl by být rozhovor veden ve smyslu snahy zvládnout těžkou situaci a ve smyslu posílení důvěry ve zdravotnický personál. Velmi důležitá je důvěra nemocného ve zdravotníky, kdy je přesvědčen, že mu bude pomáháno, že mu bude tišena jeho bolest a utrpení, že nezůstane osamocen.

Když terapie přestává být účinná a stav se neustále zhoršuje, je čas na rozhovor vedený ve smyslu akceptace – přijetí nepřijatelného (Křivohlavý, 2002, s. 160).

3 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu (AIM) je častým kardiovaskulárním onemocněním. Jde o náhlou srdeční příhodu. Vyznačuje se náhlým začátkem a často dramatickým průběhem. Častěji postihuje mužskou část populace a setkáváme se s tímto onemocněním stále více u pacientů nižších věkových kategorií. Ovšem v posledních letech prevalence AIM klesá, je to zapříčiněno nejspíš díky zdravějšímu způsobu života obyvatelstva (Vymětal, 2003, s. 216).

3.1 Příčina vzniku AIM

Infarkt nastává, pokud dojde k **obstrukci, uzávěru** jedné z věnčitých tepen. Pak část srdce, kterou tato tepna vyživuje, je ochuzena o kyslík. A při nedostatku kyslíku rychle odumírá část srdce, kde se krev nedostává. Jde o **nekrózu myokardu**.

Tepnu ucpává krevní sraženina, jež vzniká na cholesterolovém plátu zvaném **aterom** (aterosklerotický plát). Po léta se zužuje průsvit tepny ukládáním cholesterolu a následně dochází k vytvoření trhlin na plátu. Do trhliny se dostává krev, zaplní ji a srazí se, poté dojde k ucpání tepny a krev nemůže protékat. Koagulující krev v cévě vytváří **trombus** neboli krevní sraženinu.

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku AIM patří:

- kouření,
- vysoká hladina cholesterolu,
- vysoký tlak (hypertenze),
- zvýšená hladina cukru v krvi,
- pozitivní rodinná anamnéza (Danchin, 2006),
- psychosociální vlivy (např. emoční stres, chování typu A, zvýšený počet stresorů a zátěžových životních událostí atp.).

3.2 Klinický obraz

Klinicky se AIM projevuje **sternálními bolestmi**, laboratorně změnami na EKG, v séru jsou patrné projevy zvýšené enzymatické aktivity. Velmi často pozorujeme dyspnoe, neklid, při kterém nemocní trpí úzkostí a strachem ze smrti (Vymětal, 2003, s. 216). Dále se toto onemocnění projevuje palpitacemi nebo vegetativními projevy, jako je pocení, bledost, nauzea a zvracení.

3.3 Diagnostika

Diagnostika AIM je založena na třech znacích:

- typická anamnéza,
- elektrokardiografické změny,
- biochemické vyšetření (svědčící o myokardiální nekróze).

Pro stanovení diagnózy AIM je nutná pozitivita minimálně dvou z těchto tří projevů. Rutinním a velmi užitečným se ukazuje echokardiografické vyšetření, které informuje o lokalizaci infarktu, jeho rozsahu, funkci levé komory a o možných komplikacích. Někdy je nutné také hemodynamické monitorování, zejména u pacientů v kardiogenním šoku.

Základním vyšetřením při podezření na AIM je EKG, které je nutno opakovat s odstupem několika hodin (pro možný rozvoj AIM) (Klener, 2001, s. 65).

3.4 Terapie AIM

Riziko úmrtí je největší v prvních minutách po uzávěru věnčité tepny. Tato časná úmrtí jsou způsobena arytmiemi, které ovšem lze úspěšně léčit. Hraje zde roli čas příjezdu rychlé záchranné služby. A také doba, po kterou se nemocný rozhoduje zavolat lékařskou pomoc (Zentiva, Projekt Zdravcentra, 2009, [online]).

Předhospitalizační léčba je zaměřena na snížení vysokého rizika náhlé smrti následkem maligních arytmií. Základem je dopravit nemocného včas na nejbližší koronární jednotku a zachránit co možná největší část myokardu. Do 40 minut od uzávěru věnčité tepny je možné její úspěšnou rekanalizací, ať trombolýzou, nebo PTCA (per cutanní coronární angioplastikou), zachránit až 60% ischemizovaného myokardu.

Farmakoterapie je zaměřena na:

- podání nitroglycerinu,
- podání kyseliny salicylové (antiagregační léčba),
- zvýšení fibrilačního prahu komor (např. beta blokátory),
- odstranění bolesti a úzkosti (analgetika, benzodiazepiny).

Dále je nutná oxygenoterapie zvlhčeným kyslíkem (Klener, 2001, s. 72,73).

Infarkt ohrožuje život, existuje reálné riziko, že se znovu zopakuje v ještě těžší formě. Ke snížení takového rizika je nutné, aby se nemocný podřídil léčbě a zásadně změnil životní návyky.

3.5 Psychologická problematika akutního infarktu myokardu

Podle statistik umírá asi čtyřicet procent lidí do jedné hodiny po vzniku iniciálních příznaků, aniž by přišli do kontaktu s lékařem. Přestože je populace poměrně dobře informována o projevech AIM, dochází k této zarážející skutečnosti. „Špatnou“ interpretaci symptomů je možno přičíst *masivnímu popření příznaků* za účelem snížení úzkosti a strachu ze smrti, jež se často vyskytují jako první odezva na pociťované obtíže. Po přijetí pacienta na jednotku intenzivní koronární péče bývají nemocní zřetelněji úzkostní. Což je podporováno bolestí, dušností, strachem ze smrti, tělesnou slabostí, nuceným klidem na lůžku. Pomocí intenzivní léčby ,podávání anxiolytik, přítomnosti zdravotního personálu a přístrojového vybavení dochází již první den k výraznému poklesu silné úzkosti a obav, až do jejich úplného vymizení. Následují psychické obranné mechanismy typu *popření*. Proto v několika dalších dnech je možno si všimnout až nepřiměřeného a nebezpečného chování nemocných (např. žádají propuštění, chodí tajně kouřit). Po několika dnech hospitalizace bývá popření postupně nahrazováno *obavami a depresivními*

náladami v souvislosti s budoucností. Nemocný začíná přemýšlet o délce svého dalšího života, o dalším pracovním uplatnění, o intimním životě, převládá u něj pesimismus. Tyto reakce jsou projevem *ohrožení sebepojetí pacienta*.

Stává se pravidlem, že pacienti s lékařem při udržovací léčbě a rehabilitaci hůře spolupracují. U větší části nemocných totiž nastupuje psychický obranný mechanismus popření, nedodrží doporučení zdravotního personálu týkající se životního stylu a zákazů týkajících se rizikových faktorů vzniku a recidivy onemocnění. Menší část pacientů reaguje hypochondricky a úzkostně-depresivně. Tyto nemocné je těžké přiměřeně aktivizovat.

Vyrovňávání se s onemocněním zpravidla odpovídá premorbidní osobnosti a způsobu jejího zvládnání zátěže. Pacienti reagující popřením patří většinou tzv. **typu A**, který náleží mezi rizikové faktory vzniku AIM. Tito lidé se vyznačují zvýšenou ctižádostivostí, orientací na výkon (touhou po úspěchu), konkurenčním postojem (soutěživostí až soupeřivostí), podrážděností a častou tenzí, netrpělivostí, latentní a vytěsňovanou agresivitou a vůbec hektickým a hostilním (postoji a projevy nepřátelství) životním stylem. Neumějí odpočívat. Opakem těchto osobností je **typ B**. Tito lidé jsou uvolnění, vyrovnaní, klidní, zaměřeni na kvalitu života, výskyt AIM je u nich méně pravděpodobný.

K přijetí nemoci a snížení úzkosti je nutná akceptace choroby, což znamená plně si uvědomit a zároveň prožít skutečnost. Ovšem je to možné pouze za předpokladu „chráněného prostředí“, které je dáno vztahem lékař-pacient. Je pravděpodobné, že vyrovňávání se s nemocí proběhne rychleji, když lékař k nemocnému zaujme psychologický postoj. Pak negativní myšlenky a pocity pacienta netrápí příliš dlouho.

Také bychom měli vědět, že při přeložení z jednotky intenzivní péče (JIP) na standardní oddělení, mnohdy nemocní

reagují subdepresivně a s obavou, že zde není tak dobrá péče jako na JIP. Je proto důležité každého pacienta na překlad připravit rozhovorem (a ne pouhým oznámením). Ze začátku je také dobré, když jej přijde navštívit zdravotní personál z JIP.

Vytvoření dobrého pracovního společenství je základnou psychologického vedení pacientů s AIM. Základem by mělo být dosažení plné důvěry pacienta a také stát se pro něj autoritou (navodit pocit bezpečí a jistoty).

V akutní fázi infarktu, pokud je to možné, s nemocným hovoříme a objasňujeme jeho stav a pocity, které jsou přechodného charakteru a dá se říci, že „normální“. Pokud pacient potřebuje, necháváme ho případně ventilovat své negativní prožitky. Při kvalitativní poruše vědomí a případných stavech zmatenosti vysvětlíme situaci spolupacientům a když se nemocnému navrátí vědomí, pomáháme mu získat orientaci v situaci (vlídným způsobem sdělíme, kde se nachází, co se stalo a hlavně jej uklidníme, že už je vše v pořádku).

Po odeznění akutní fáze vedeme pacienta způsobem používaným při psychologické péči o psychosomaticky nemocné. Specifikem u nemocných s infarktem bývá jejich životní styl a osobnost. Následně je vedeme k pochopení stavů, které by mohly být pro jejich život ohrožující. A také je nabádáme ke změně hektických a konkurenčních návyků zaměřených na výkon, kdy je nutná změna pacientových postojů a životních hodnot. Velmi výhodnou se stává spolupráce i s rodinnými příslušníky, kdy se celá rodina stává pacientem.

U pacientů po prodělaném AIM se ukazuje jako žádoucí jejich zapojení do svépomocných patientských skupin, kde mohou rozvíjet a upevňovat zdravé sloužící návyky (Vymětal, 2003, s. 216-219).

4 Jak člověk chápe změny zdravotního stavu

Pacientovy představy o tom, co s ním je, jej ovlivňují při vnímání vlastního zdravotního stavu. A zároveň nemocného ovlivňují při interpretaci toho, jak na tom zdravotně je a co se s ním ze zdravotního hlediska děje. Z odborného hlediska se zde hovoří o dvou základních úkolech:

- vnímání příznaků a jejich rozpoznávání jako závažných příznaků nemoci;
- porozumění, pochopení a výklad toho, co dané příznaky znamenají.

Vnímání příznaků je ovlivňováno: rozdíly mezi lidmi, rozdíly v typu osobnosti, osobním zaměřením (typ chování A, B), nervozitou, negativním emocionálním stavem, obrannými mechanismy (např. represí – potlačení, agresí apod.), náladou, osobnostním zaměřením (introvert, extrovert), vlivem situačních faktorů, zintenzivněním příznaků v důsledku zvýšeného zájmu, vlivem informací (Křivohlavý, 2002, s.23-25).

Moos a Schaefer (1984) popisují změny, s nimiž se musí nemocný vyrovnat při změně zdravotního stavu:

- změna osobní identity,
- změna role pacienta,
- změna prostoru, v němž se nemocný nachází,
- změna osob, které mohou poskytovat sociální oporu,
- změna perspektivy (co může nemocný očekávat od budoucnosti).

Tito autoři popsali také faktory, které nemocnému zhoršují jeho psychický stav:

- nepředvídatelnost změny zdravotního stavu,
- nejasnosti v diagnóze,

- postoje lékaře,
- nejasnosti v souvislosti s příčinami nemoci, jejího dalšího průběhu a následků,
- požadavek rychlého rozhodování v závažných věcech (např. vyšetření, operace),
- nezkušenost pacienta v situaci, která je pro něj zcela nová.

Moos a Schaefer (1984) rozlišují tyto dílčí aspekty v procesu boje s nemocí:

1. **Kognitivní zhodnocení situace** – Nemocný se nejprve musí orientovat v situaci, v níž se nachází. Prvním krokem je zjištění závažnosti onemocnění. Přemýšlení o tom, co vše se změní v důsledku jeho nemoci. Při tomto zvažování jsou nápomocny jednak vlastní schémata nemocí (pacientovy zdravotnické znalosti), jednak posbírané informace pacientem (např. od zdravotníků, spolupacientů apod.) v průběhu nemoci.
2. **Proces adaptace** – Moos a Schaefer (1984) uvádějí sedm úkolů v rámci adaptace a rozdělují je do dvou skupin:
 - a) úkoly vztahující se k nemoci:
 - zvládnání bolesti,
 - zvládnání pacientových osobních problémů souvisejících s lékařským vyšetřením,
 - zvládnání sociálních (mezilidských) vztahů v prostředí nemocnice,
 - b) úkoly širšího – obecnějšího rozsahu:
 - nutnost zachovat klid (vyrovnaný citový stav),
 - nutnost zachovat si tvář (důstojný obraz sebe sama),
 - nutnost neztratit sociální oporu nejbližších lidí,
 - nutnost připravit se na věci, které pravděpodobně nemocného čekají v rámci další léčby (popřípadě i odchodu).
3. **Dovednosti zvládnání těžkostí** – Moos a Schaefer (1984) dělí tyto dovednosti do třech skupin:
 - a) Dovednosti zvládat rozbouřený emocionální stav:

Nemocný potřebuje vnitřní klid, aby dokázal zvládnout zdravotní krizi. Zde se dostávají do popředí tři úkoly:

- nepropadat beznaději a zachovat si naději uprostřed všech úzkostí a strachů,
- učit se uvolňovat vnitřní emocionální napětí – tedy stav obav, zoufalství, napětí, strachu, zloby atd.,
- naučit se přijímat nepřijatelné.

b) Dovednosti řešení a zvládnání problémů:

Nemoc se stává pro pacienta problémem, který musí být řešen a vyřešen. Nemocný zde řídí běh dění. Jsou zaznamenány tyto tři druhy potřebných dovedností:

- dovednosti získávání a zpracování nových informací,
- dovednosti řešení problémů (naučit se nové způsoby a postupy chování apod.),
- dovednosti nacházet kladné pocity v jinak pro nemocného negativní situaci (radovat se z maličností apod.).

c) Dovednosti nacházení smysluplnosti v situaci, která je pro pacienta chaotická:

Při onemocnění může mít pacient pocit, že se ocitl v neznámém a nesrozumitelném prostředí. K tomu, aby nemocný našel smysl v tom, co se s ním děje, jsou zapotřebí určité dovednosti:

- dovednosti restrukturační situace (reframing) – redefinovat situaci, aby byla viděna v jiných než beznadějných souvislostech,
- dovednosti rozdělit celek nemoci na řadu dílčích zvládnutelných úkonů (na řešitelné etapy),
- dovednosti nezlehčovat vážnost situace (nebagatelizovat).

Teorie krize vyjadřuje zvládnání těžkostí, ale také podobu výsledků tohoto procesu. Vidí dva extrémy, ke kterým může dojít při zvládnání krize:

- **zdravá adaptace** – projevuje se vnitřním klidem nemocného (smířením, přijetím stavu, zdravým nadhledem), je ukázkou osobnostní zralosti pacienta,
- **maladaptace** – nezvládnutí situace, projevující se stupňující beznadějí, bezmocí a dalšími projevy nezralosti osobnosti. Např. teorie kognitivní adaptace se zabývá otázkou, jak se vyhnout maladaptaci a dosáhnout zdravé adaptace. Jde o hledání smysluplnosti v tom, co se člověku děje. Snaží se poznat příčiny toho, co se stalo a o ujasnění pohledu do budoucnosti (Křivohlavý, 2002, s. 37-39).

Taktiky, které je možné využít při zvládání těžkostí nemoci a utrpení:

- *Relaxace* (uvolnění) – jde o uvolnění určitých svalů, uvolněné napětí se poté rozšiřuje na celé tělo a vede i k uklidnění psychiky (např. autogenní trénink, progresivní relaxace, ale také jóga a uvolňovací rehabilitační cviky).
- *Dechová cvičení* – mají kladný vliv nejen na uklidnění dechu, ale i psychiky.
- *Imaginace* – jde o formu psychického soustředění s klidovou atmosférou (letní krajina, moře apod.) nebo představa barvy (např. barva letní oblohy).
- *Meditace* – jde o hlubší zamyšlení nad určitou myšlenkou, může vést k povzbuzení pacientů.
- *Hudba* – uklidňující vliv na nemocného může mít jak klasická hudba, tak takový druh hudby, který pacient upřednostňuje. Existují i speciální nahrávky s uklidňující hudbou.
- *Beletrie* – již dávno byl zjištěn její léčebný vliv (čtení, naslouchání, předčítání).
- *Humor* – má také nezanedbatelný vliv na psychiku.
- *Poskytování sociální opory* – je známo, že nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je udělat někomu radost. Stačí

maličkost – úsměv, vlídné slovo, tedy dát najevo pochopení a lásku (Křivohlavý, 2002, s. 104,105).

5 Profese všeobecné sestry

Sestra byla vždy v očích nemocných viděna jako člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá řešit s laskavostí a tolerancí.

5.1 Profesionální chování

Jako profesionální chování označujeme takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání (profesionální roli). Čím je profese historicky starší, tím je jednoznačnější představa lidí, jak by se profesionálové měli při výkonu svého povolání projevovat.

Chování je možno chápat jako objektivně pozorovatelné projevy nebo aktivity. Můžeme rozlišit dvě formy chování:

- *Expresivní chování* je spontánním a bezprostředním vyjádřením toho, co člověk v daném okamžiku prožívá a cítí.
- *Adaptivní chování* neodpovídá prožívání. Je upraveným, zvládnutým projevem, kdy člověk nedá na sobě znát, co právě prožívá nebo co si myslí.

Zdravotník by se měl chovat převážně adaptivně. Expresivně se sestra může chovat pouze tehdy, když prožívá nějakou pozitivní emoci ve vztahu k nemocnému.

Naopak nemocný by měl být k expresivnímu chování podněcován (Čechová, 2004, s. 78,79).

Profesionální role sestry zahrnuje tři významné charakteristiky:

1. Kolektivní orientaci (sociocentrismus)
2. Universalismus

3. Emocionální neutralitu

Kolektivní orientace znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, nýbrž z potřeb nemocného. Pro všechny zdravotníky by měla být orientace na druhého a jeho potřeby samozřejmá. Tento přístup je spojen s výraznou motivací, schopností sebezapření a nezištností a usnadňuje nositeli ztotožnění s požadavky role. *Universalismus* předpokládá schopnost sestry zaujímat svou roli vůči všem pacientům stejně, bez ohledu na osobní postoj k nim. Totéž platí o vztahu ke spolupracovníkům. *Emocionální neutralita* znamená, že sestra je schopna svou emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Povolání sestry vyvolává mnohdy intenzivní napětí, jehož zdrojem se často stává i vysoká odpovědnost za zdravotní stav a život nemocného. Emocionální neutralita umožňuje výkon profese bez vnitřních a vnějších konfliktů (Čechová, 2004, s. 79,80).

Mezi osobnostní předpoklady zdravotnického pracovníka patří například:

- Tvůrčí přístup, který zdravotník používá při řešení svěřených úkolů, dokáže vnímat a realizovat nové podněty.
- Porozumění problémům nemocných.
- Dávka empatie (vcítění se).
- Dostatečná kritičnost a sebekritičnost.
- Vystupování – ne povýšené, klidné, rozvážené, s pohotovými reakcemi, přiměřeně sebevědomé. Základ tvoří trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých potřeb a zájmů.
- Hodnotová orientace – je důležité, aby byla v popředí každodenní činnosti, v motivaci, v zájmu o člověka a práci. Posláním zdravotníka pomáhá dosáhnout dobrý vztah k lidem a smysl pro povinnost a odpovědnost.
- Humánní vztah k nemocnému – je projevem zralé a vyrovnané osobnosti.
- Smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus.

- Zdravotník by měl být vyrovnaná osobnost, která vystupuje klidně, rozvážně, trpělivě, přiměřeně sebevědomě a umí se ovládat (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 63).

Kvalita profesionálního chování sestry je zásadně ovlivňována faktory vnějšími a vnitřními. **Faktory vnější** jsou dány sociálním prostředím a určují profesionální chování sestry. Patří zde profesní morálka, která se opírá o dodržování dvou základních dokumentů: *Práva pacientů a Etický kodex sestry*. Mezi další vnější faktory patří *prestiž povolání, vzdělání, které nabízí naše společnost a také zařízení, kde sestra pracuje*. Zcela specificky působí na chování sestry a jeho utváření skupina spolupracovníků.

Druhou velkou skupinu faktorů, které ovlivňují výslednou kvalitu profesionálního chování, tvoří **faktory vnitřní**. Vztahují se přímo na nositele profese. Povolání všeobecné zdravotní sestry patří mezi profese, které kladou zcela specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti a psychické předpoklady, na schopnosti a dovednosti a na míru sociální zralosti (Čechová, 2004, s. 80-84).

Povolání sestry vyžaduje značnou osobní a zejména emoční odolnost, kterou získává praxí, kdy se na lidské utrpení musí adaptovat. Pokud však dojde k otupění a netečnosti vůči druhému, mluvíme pak právem o profesionální deformaci a anetických postojích (Vymětal, 2003).

5.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Pro vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným jsou potřebné nejen psychologické znalosti, ale také schopnost empatie, osobní angažovanost, pohotovost a postřeh.

Vedle obecného postoje k nemocnému, musí být brán zřetel na profesionálně terapeutický postoj. Ten nutí zdravotníka, aby se zamyslel nad vnitřní i vnější náplní své role.

Čím více je pacient přesvědčen o vážnosti své choroby, tím komplikovanější je vztah ke zdravotníkovi. Je známo, že vztahy mezi nemocným a zdravotníkem jsou dány vzájemným dobrým osobním kontaktem. Vhodná komunikace může zamezit vzniku mnohých konfliktních situací. Příznivě působí také na účinnost terapeutických zásahů a vůbec příznivě ovlivňuje průběh nemoci.

Postavení sestry ve vztahu k nemocnému je velmi složité, pacient ji bere jako součást celého zdravotnického týmu (to znamená v úzké spolupráci s lékařem a také samostatně). Sestra musí získat důvěru nemocného ve své odborné znalosti, musí projevit trpělivost a taktnost, je zasvěcována do starostí a problémů nemocného, do jeho nálad, depresí a osobnostních zvláštností. Role sestry vyžaduje hojnost laskavosti a porozumění.

Vztahy mezi zdravotníkem a nemocným by se měly zakládat na vzájemné důvěře a respektu. Všichni zdravotníci jsou vázáni povinnostmi mlčenlivosti.

Nemocný člověk má právo na informace týkající se jeho osoby a onemocnění. Ovšem všichni nemocní je nedokážou pochopit, přijmout a vyrovnat se s nimi. Každý člověk může v takovém okamžiku reagovat jiným způsobem. Nález zásadně sděluje lékař.

Ostatní personál by měl podporovat lékařovo působení a sledovat reakce nemocného, které mohou vypadat takto:

- naprostý klid,
- zdánlivý klid,
- obavy, strach, deprese,
- panika,
- sebevražedné tendence.

Také rodina a nejbližší mohou mít pozitivní roli v psychické podpoře nemocného.

Zdravotník vlastně vytváří nemocnému příznivý psychosociální terén, na kterém se pak léčebné zákroky mohou optimálně uplatnit.

Povolání sestry je velmi náročné. Objektem její práce se stává člověk. Očekává se od ní, že vedle řady činností působí navíc na prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky profese a dokáže se vypořádat s ostatními nároky spojenými s výkonem tohoto povolání. V dnešní době dochází k přehodnocení postavení sestry do role odborného pracovníka, plně odpovědného za své jednání a rozhodování. Sestra by měla brát v potaz zejména a především morální hodnoty. Úcta k člověku patří mezi ty nejdůležitější. Mezi základní povinnosti sestry patří:

- podpora zdraví,
- předcházení nemocem,
- navrácení zdraví,
- zmírnění utrpení.

Ve vztahu k pacientovi má sestra tyto **základní povinnosti**:

- poskytovat péči člověku, který ji potřebuje,
- jednat s úctou k lidské důstojnosti a respektovat právo nemocného na sebeurčení,
- nenechat se ovlivnit věkem, pohlavím a osobností pacienta a zachovávat úctu k životnímu stylu a hodnotovému systému,
- chránit pacienta a veřejnost, když zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protiletickými nebo protiprávními zákroky kohokoliv,
- ochraňovat veškeré informace důvěrné povahy a hájit tak pacientovo právo na soukromí.

Nemocný vidí sestru jako:

- člověka, který je pro něj oporou a má pro něj vždy porozumění,
- prostředníka mezi lékařem a nemocným,

- osobu tlumící napětí mezi lékařem a nemocným,
- člena zdravotnického týmu, který utvrzuje důvěru nemocného v terapeutický proces,
- uklidňující prvek starající se o emocionální stav nemocného.

Sestry při svém povolání procházejí mnoha svízelnými situacemi, proto mohou být jejich projevy nálady i chování jistým způsobem negativně ovlivněny. Jde o neadaptivní povahové projevy, kdy jsou sestry náladové, psychastenické (nemají rády změny), schizotymní (vystupují jako odbornice), citově chladné, podezíravé, přecitlivělé, hysterické nebo popudlivé.

Zdravotníci s těmito neadaptivními rysy jsou zdrojem problémů a neklidu pro nemocné i spolupracovníky. Nemocní se mohou cítit poškozeni nebo dotčeni takovýmto přístupem zdravotníků. Takové chování má charakter profesionální deformace.

Na profesionální deformaci může ukazovat:

- dlouhodobý negativní návyk,
- omezení kontaktu s nemocnými a neřešení jejich problémů,
- zvětšující se odstup od nemocných,
- stereotypní, každodenní opakování činnosti,
- emocionální opotřebování zdravotníka, únava z profese, také vlastní těžkosti,
- neuspokojení z vlastní práce,
- zjednodušení pohledu na utrpení a potíže nemocných,
- nevhodná motivace pro práci,
- pracovní přetížení,
- nevhodné profesní vzory,
- nižší rozumová úroveň a odbornost zdravotníka (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 64-68).

5.2.1 Chování zdravotníků

Každodenní chování sestry k nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup. Jde o produktivní chování sestry. Sestra se zde opírá o skutečnost jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů. Ve smyslu chápání komplexního charakteru nemoci má sestra brát v úvahu:

- objektivní stránku nemoci,
- psychickou a sociální stránku nemocného,
- osobnostní zvláštnosti nemocného,
- prožitky nemocného,
- vliv léčebného prostředí,
- prognózu onemocnění,
- rozhodnutí lékaře při provádění záměru léčby.

Pravidla produktivního chování obsahují:

- uvedení nemocného do prostředí zdravotnického zařízení, vysvětlení a poučení napomáhající celkové orientaci,
- snahu o redukci záporných emocí (úzkosti, strachu, studu, beznaděje),
- upozornění a varování, jak se vyhnout nepříjemnostem,
- projevování zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatie ve vztahu k nemocnému (zainteresovaný osobní vztah),
- podporu a pomoc nemocnému, ať nestojí proti svým potížím osamocen,
- aktivní snahu o spolupráci, aktivizaci nemocného, dodávání odvahy,
- průběžné udržování kontaktu, vzájemnou výměnu informací mezi sestrou a nemocnými,
- vytváření optimistického ovzduší (smysl pro humor),
- trpělivost a zájem vyslechnout nemocného,
- ocenění úsilí a snahy nemocného.

Tato pravidla produktivního chování vůči nemocným jsou potřebná k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a bezproblémových mezilidských vztahů.

V práci zdravotníků se ovšem mohou vyskytnout určitá negativa (např. nedostatek odborných znalostí, nevhodná motivace pro práci, přetížení a únava sester apod.), která ovlivní spolupráci s nemocným a ošetrovatelské chování se stává neproduktivním. Toto chování není záměrné, sestry si ho většinou neuvědomují a nerady si ho u sebe připouštějí. Některé jej omlouvají nedostatkem času a prostoru, jiné si myslí, že je vše v pořádku. Základem problému se stává přístup k nemocnému a v lepším využívání možností, které sestry při své práci mají.

K neproduktivnímu chování patří:

- sdělování nepravdivých nebo polopravdivých informací nemocným (pozor, vyvolávají strach nebo nerealistické očekávání),
- nezájem, neochota ke spolupráci,
- projevy nepřátelství,
- škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, nelítostná kritika, pomluvy,
- stereotypní poučování, komandování,
- zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus, vymáhání projevů vděčnosti,
- nedostatek uznání, snižování úsilí nemocného,
- nesdílnost a uzavřenost,
- neproduktivní utěšování a litování,
- odmítnutí citové vazby, strohá věcnost, odcizení se nemocnému, cílům zdravotnictví i zdravotnickému povolání.

Je pravdou, že především sestra zodpovídá za příznivý zdravotní stav nemocného. Není-li úspěšně zvládnuta role sestry, může dojít k negativnímu ovlivnění nemocného, až k jeho poškození. Dosažení profesionality v práci sestry je možné při

sebevýchovné práci, osobní zralosti a dlouhodobé zkušenosti (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 69-71).

5.3 Fyzická a psychická zátěž v profesi všeobecné zdravotní sestry

Člověk je denně konfrontován s různými zátěžovými situacemi, které mívají až charakter stresu. Zdravotnická profese se vyznačuje významným psychickým zatížením. Povolání sestry, pracující u lůžka nemocného, patří mezi profese, při nichž je také fyzické zatížení značné.

5.3.1 Příčiny fyzického a psychického zatížení sestry

Sestra během pracovní doby převážně zatěžuje dolní končetiny, zatěžována je také páteř (při ošetřování ležících nemocných, při úpravě lůžek apod.). Při zvedání a přenášení pacientů je zatížen navíc svalový a kloubní systém. Výsledkem opakovaných fyzických zátěží je únava, bolesti nohou a páteře a později i poruchy páteře a kloubů. Sestry trpí také vznikem křečových žil, mají větší riziko vzniku infekce než jiní.

Potíže fyzického charakteru bývají zhoršovány také zvýšeným psychickým napětím. Stává se to zejména při činnostech, které jsou spojeny s nepřetržitým stykem s lidmi.

U psychického zatížení můžeme rozlišovat dvě skupiny příčin:

a) Příčiny vyplývající z vlastní práce sestry – jde o nepřetržitě vysoké nároky na psychické stavy a procesy. V práci sestry je nutné neustálé intenzivní vnímání a aktivace organismu, neustálá potřeba zapojovat paměťové procesy a používat různé druhy paměti, opakovaná potřeba pružného a logického myšlení, ustavičná potřeba komunikace s nemocným, opakující se silné

citové prožitky, zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti. Vlastní obsah práce sestry je vůbec psychicky velmi zatěžující.

K psychickému vypětí vede také zvýšený pocit odpovědnosti za zdravotní stav nemocných a mnohdy také za práci mladších a podřízených pracovníků. Na pocit odpovědnosti je nutno si postupně zvykat.

b) Příčiny mající původ v osobním životě sestry – k psychickému zatížení vedou i osobní starosti sestry. Někdy se sestře nemusí dařit odpoutat se od vlastních problémů a starostí a plně se soustředit na práci. Zneklidňující bývají mimořádné události (např. vážné existenční starosti, onemocnění dítěte, vážný rozpor mezi partnery, nutnost starat se o nesoběstačného příbuzného, vlastní zdravotní problémy apod.). Tímto se zvyšuje psychické i fyzické vyčerpání. A vyčerpání se stupňuje, pokud se situace neřeší a nevyřeší (Čechová, 2004, s. 141-143).

5.4 Pozitivní vliv povolání sestry

Není málo toho, co může sestra při výkonu povolání získat pro sebe. Jde jen o to, umět se rozhlédnout, být pozorný k projevům druhých a dovolit vstoupit příjemným věcem.

Péče o nemocné může být zdrojem nových *poznatků o lidské činnosti a různých zájmech*. V nemocnicích jsou lidé s velkými vědomostmi a s bohatými životními zkušenostmi a od jednotlivců můžeme získat mnoho nových a zajímavých poznatků.

Setkáváme se se *statečným postojem lidí k nemoci*. Jsou nemocní, kteří i přes veškerá trápení dokáží vytrvale čelit nástrahám osudu a snaží se získat nad ním převahu. Jsou příkladem hodným následování. Pak si uvědomíme, že naše starosti přece jen nejsou tak těžké, aby se nedala najít cesta k jejich řešení.

Optimističtí nemocní s radostným postojem k životu nám přinášejí potěšení. Jejich dobrá nálada se přenáší na personál i druhé nemocné. Lidé naplnění optimismem se i rychleji uzdravují.

Pochvala je pro člověka velkou posilou. Nemocní jsou vděční za vlídné slovo a ocení, že je vyslechneme, poradíme jim, vysvětlíme požadavky léčebného režimu, dobře usteleme, pečlivě omyjeme, šetrně ošetříme ránu apod. Pak můžeme pociťovat radost z ocenění práce. Taková morální odměna je mnohdy cennější než odměna materiální a je větší motivací do další práce.

Důležité je také *uspokojení z dobře vykonané práce*. Tento pocit přichází při provádění ošetrovatelských úkonů s profesionální dovedností. Radost se dostaví při úspěších v léčbě nemocného a zejména při záchraně života člověka společným úsilím zdravotníků.

Sestra může *použít získané zkušenosti z praxe v životě*. Většina sester získá praxí a studiem takový životní rozhled, že může svých zkušeností využít v domácnosti, při výchově dětí i v jiném povolání.

Člověk neustále zraje a vyvíjí se a časem se naučí vyrovnávat se s těžkostmi a problémy (Čechová, 2004, s. 143-145).

5.5 Psychohygienu

Psychohygienu se zabývá tím, jak si poradit s různými těžkostmi co nejlépe. Následující techniky nás mohou naučit zklidnit se a získat sebedůvěru:

- odpoutat se od starostí,
- bojovat proti denní všednosti,
- učit se řešit starosti a problémy,
- pustit k sobě radost,
- pokojně spát,
- věnovat pozornost stravě.

Odpoutání se od starostí

Základem je odpoutat se od starostí. Při odchodu ze zaměstnání, ale také při odchodu z domova) je důležitá snaha odpoutat se od starostí, které člověka tíží. I krátké přerušení plynutí tíživých myšlenek snižuje napětí. Důležitá je ovšem snaha uvolnit se a soustředit pozornost jinam.

Několik příkladů k odpoutání pozornosti:

- Všimněte si květinového záhonu nebo květů na louce (jaké květy, jakou mají barvu, listy...), pozorujte třeba motýla, čmeláka (jak létá, kam odlétá a usedá...) apod.
- Podrobně a pozorně si prohlédněte nejbližší strom (jakou má kůru, jak je vysoký, jaké má listy a jaké barvy...). Při pozorování buďte trpěliví.
- Počítejte, kolik lidí potkáte po cestě z práce domů, kteří mají např. černé boty, něco proužkovaného na sobě nebo nosí brýle apod.
- Vyberte si nějaký nápis z okolí a tvořte z jednoho slova nová slova.

Něco proti denní všednosti

Po příchodu z práce domů všeho nechte a celí se umyjte (vysprchujte). Představte si, že proud vody odnáší vaši únavu, vyčerpání, starosti. Poté se lehce oblékněte a na chvíli se pohodlně posadíte do křesla nebo se položte, zavřete oči a klidně a pomalu dýchejte nosem. Během této doby nemyslete na žádné starosti. Teprve potom začněte dělat, co potřebujete. Uvidíte práce půjde sama.

Učit se řešit starosti a problémy

U velkých starostí a problémů je jediná cesta, jak je překonat a to rozebrat je, podívat se na ně jakoby z druhého břehu a pokusit se je řešit. Můžeme to udělat například takto:

Posaďte se, zavřete oči, pomalu a klidně dýchejte. Udělejte asi 10-15 dechů, pak se pokuste o vybavení příčiny vašich starostí a problémů. Příčinu konkrétně pojmenujte, řekněte ji nahlas nebo napište na papír. *Zhmotnění* příčiny starostí má velký význam. Pokuste se navrhnout a vybrat nějaký způsob řešení situace. Určete si, kdy řešení uskutečníte. Chcete-li dojít k opravdovému uvolnění, je nutné řešení problému v co nejbližší době. Popovídejte si o potížích s někým, kdo vás nezaujatě a pozorně vyslechne. Ale nemyslete si, že za vás někdo problém vyřeší. Už samo utřídění myšlenek a jejich vyjádření, může vést k nápadu, jak postupovat dál. Když se vám podaří problém vyřešit, dostaví se pocit úlevy a uklidnění.

Pustit k sobě radost

Radujte se ze všeho, co vám život přinese. Nepoddávejte se negativním pocitům. Příkladem může být:

Pohodlně se posaďte, zavřete oči a chvíli pomalu a klidně dýchejte nosem. Myslete na to, co pěkného jste dnes zažili, co vám udělalo třeba jen sebemenší radost. Při vzpomínání se zastavte u maličkostí, nehledejte nic velkolepého (např. vás někdo pohládl, nebo se usmál, zahlédli jste kousek modrého nebe mezi mraky, pohládilo vás teplo slunečního paprsku, udělali jste pro někoho malou laskavost a on vám vděčně poděkoval...). Příjemných věcí kolem nás není vůbec málo. Většinou máme tendence zdržovat se déle u nepříjemných věcí, a proto často převládá negativní hodnocení života nad tím pozitivním. Občas se také s chutí zasmějte a uvidíte, že se hned ucítíte lépe a lehčeji.

Pokojně spát

Ke spokojenosti samozřejmě patří klidný a vydatný spánek. Někdy ovšem nastanou takové okolnosti, které nám nedají spát (nemůžeme usnout, nebo se brzy po usnutí vzbudíme a nemůžeme

znovu usnout apod.). Nejčastějšími příčinami narušující spánek jsou:

- nedostatečně vyvětraná místnost,
- hluk a neklid,
- přílišná zima nebo teplo,
- velké tělesné vyčerpání,
- káva nebo čaj vypité po 17. hodině,
- prázdný nebo naopak přeplněný žaludek,
- neustálé přemýšlení nad nepříjemnostmi, které se nám ten den přihodily,
- přemýšlení o tom, co nás čeká, co musíme zařídit a na co nesmíme zapomenout.

Nemusí jít vždy jen o tyto příčiny špatného spánku. Může jít např. o změny atmosferického tlaku vzduchu, nebo mohou probíhat jiné neznámé změny v našem těle atd. Nyní několik, snad užitečných, rad:

Jste-li tělesně vyčerpáni, věnujte trochu pozornosti svému tělu, než půjdete spát. Pečlivě se umyjte, osušte a namasírujte namáhané svaly masážním krémem s mentolem nebo jen alpou (francovkou). Při ulehnutí se pochvalte za provedenou práci.

Trápí-li vás nepříjemnosti nebo nevyřešený problém, rozsviňte, vezměte tužku a papír, a napište, co vás trápí. Tyto přenesené vtíravé myšlenky, ať zůstanou na papíře až do rána. Ráno možná zjistíte, že to, co je napsáno na papíře, není zdaleka tak těžké, jak jste si včera mysleli. Jak se říká: „Ráno moudřejší večera.“

Podobně se dá postupovat, když přemýšlíte o tom, co vás zítra čeká. Napište si několik bodů, hlavně to, co nemáte zítra zapomenout. Vzpomenete-li si, že máte s sebou něco vzít (např. doklady, peníze apod.), vstaňte a připravte si je hned. Zbavíte se nutkání, že na ně zítra zapomenete.

Nemůžete-li usnout nebo probudíte-li se během noci a už nemůžete spát, zkuste sledovat svůj dech, dýchejte klidně nosem

a sledujte, jestli se zvedá a klesá stěna břišní. Nezapomínejte se ničím jiným. Nebo se pokuste představit si *obkreslování* svého těla (ležte pohodlně na zádech, klidně dýchejte, po chvíli si začněte představovat, že ležíte v teplém, jemném písku a pomalu si obkreslujete celé tělo, sledujte v duchu pomalu *kreslený* tah křivky). Tato metoda je účinná zvláště tehdy, vytvoří-li se určitý návyk k jejímu použití.

Pokud máte rádio, které se po určité době samo vypne, pusťte si uklidňující hudbu (lépe bez zpěvu) a nechte ji volně plynout, až vás uklidní a uspí.

Nezapomínejte se tím, že budete druhý den nevyspaní, jednou to vydržíte a některou další noc spánek doženete.

Nevytvořte si návyk na léky na spaní, postupně je totiž třeba dávky zvyšovat a vzniká závislost. Vypijte raději asi hodinu před spaním například čaj z mateřídoušky a meduňky.

Věnovat pozornost stravě

Pár rad ohledně stravování vedoucích ku prospěchu:

- Jezte pravidelně, raději častěji a v menších dávkách.
- Nezapomínejte na snídani, jde o posilu na celý den. Večeře může být lehčí.
- Myslete na to, co jíte, jezte pomalu a jídlo si vychutnejte (žaludek pak má dostatek času vyloučit potřebné množství šťáv pro dobré trávení).
- Jezte v klidu, zásadně neřešte při jídle různé problémy a odmítněte poslouchat nepříjemnosti.
- Zásobujte tělo dostatečným množstvím tekutin během dne (min. 1½ - 2l tekutin denně).
- Omezte pití kávy, pokud možno vynechte ji úplně.
- Omezte ve své stravě uzeniny, dráždivá jídla, sladká jídla, zejména tučné maso a různé druhy lahůdkových salátů.
- Omezte pití alkoholu nebo jej zcela vynechte.

- Snažte se jíst co nejvíce čerstvé zeleniny a ovoce, obilovin, luštěnin, doporučují se také ořechy a med.
- Nepřejídejte se, ale ani nehladovte. Pravidelně kontrolujte svou váhu.

Na závěr několik užitečných doporučení

Hledejte si k sobě partnera, se kterým vám bude dobře každý den, nejen o nedělích a svátcích, a také v době, kdy se vám zrovna nedaří, nebo jste nemocní.

Vyhledávejte kontakt s lidmi, kteří vás dokáží vždy potěšit a při každém setkání ze sebe vydávejte to nejlepší. Pak setkání s nimi obohatí i vás.

Aby se vytvořilo opravdové přátelství, je zapotřebí dobré vůle z obou stran. Jde o cenný životní dar – zmírní naši zlost a obavy, dokáže potěšit. Dobří přátelé stojí vždy při nás, ale umějí nám také vytknout chyby, opravit naše názory a chování.

Poslouchejte hudbu a snažte se ji přijímat celou duší a srdcem. Pak přijde nepopsatelně krásný pocit.

Vybírejte si takové programy v televizi, v kině, divadle, které vám přinesou radost, poučení, uvolnění napětí.

Se známými nebo s dětmi si občas zahrajte nějakou hru. Uvidíte, že vám přinese uvolnění a radost.

Hodně čtěte, zejména to, co je moudré, poučné a laskavé. Velmi vás to obohatí.

Snažte se pravidelně cvičit. Pravidelným pohybem napravujete důsledky jednostranného fyzického zatížení. Kdykoliv to jde, choďte do přírody.

Osvojte si některý druh relaxační techniky a používejte ji vždy při velké únavě a vyčerpání (Čechová, 2004, s. 145-151).

6 Etika v ošetrovatelství

Za zakladatelku ošetrovatelství i ošetrovatelské etiky je považována anglická ošetrovatelka Florence Nightingale (1820-1910). Popisuje důležitost ošetrovatelské péče a duševního stavu nemocného pro léčbu nemoci.

Základy českého ošetrovatelství a ošetrovatelské etiky, jako jedna z mnoha, položila Alice Masaryková (1879-1966). Usilovala o vysoký morální základ československých ošetrovatelek (Kutnohorská, 2007, s. 24,25).

Lékařská a ošetrovatelská etika má být v interaktivním stavu. Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské.

Stát se sestrou znamená svobodné rozhodnutí pro službu jinému člověku.

Postoje a chování sester se projevují etickým chováním a verbální i neverbální komunikací mezi sestrami a pacienty, mezi sestrami navzájem a mezi sestrami a lékaři. V ošetrovatelské etice patří mezi základní komunikační schopnosti umění naslouchat a empatie.

Naslouchat znamená aktivně vnímat a vycítit, co druhý říká, ale také jakým způsobem to říká, vnímat mimiku a gesta. K naslouchání musí být sestra soustředěná, důvěryhodná, musí jevit zájem, úctu a sympatie, používat oční kontakt, mít dostatek času a klást správně formulované otázky. Sestra by si měla všimnout, že nemocný má potřebu něco sdělit a měla by zabezpečit podmínky k rozhovoru (klid, čas, soukromí).

Naslouchání je projevem skutečné **empatie**. Empatie znamená umění vcítit se do vnitřního světa druhého a vidět vnější svět jeho očima. Sestra se plně věnuje obsahu rozhovoru, pocitům vyplývajícím z rozhovoru, je tolerantní a akceptuje nemocného bez jeho hodnocení (Kutnohorská, 2007, s. 46,47).

Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství a z profesionální role sestry.

Mezi cíle současného ošetrovatelství patří:

- Pomáhat jednotlivci, rodině i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody.
- Vytvořit z člověka aktivního účastníka v péči o zdraví.
- Maximalizovat soběstačnost u člověka.
- Provádět prevenci onemocnění.
- Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka.
- Nacházet a uspokojovat potřeby nemocných lidí.

Cíle ošetrovatelské etiky:

- humanizace mezilidských vztahů,
- usměrnění chování a jednání při profesionálních výkonech (porozumět člověku, pochopit tíživost situace, dle možností pomoci),
- usilovat o uspokojení potřeb (psychických, sociálních, terapeutických, kulturních, duchovních), pomáhat nalézt smysl osobní existence (Kutnohorská, 2007, s. 21, 22).

6.1 Historické kořeny ošetrovatelské etiky

Ošetrovatelská etika vycházela z principů a tradic lékařské etiky. Babylónský král Chammurabi asi 1760 let před Kristem nechal vytesat do kamenné stély *Chammurabiho zákoník* (lékařství se týkalo 9§, stanovovaly např. odměny za práci lékaře, lékaři ručili za provedení nebo neprovedení výkonu vlastním zdravím).

V Egyptě byly vytvořeny *papyrasy* popisující předpisy a návody na léčbu různých chorob.

Novodobá zdravotnická etika, která se skládá z etiky lékařské, ošetrovatelské a etiky ostatních zdravotnických pracovníků, vychází ze tří zdrojů:

- z Hippokratovy přísahy (viz příloha č. 3),
- z židovské a křesťanské tradice,
- z novodobých filozofických směrů.

Hippokratova přísaha

Starořecký lékař Hippokrates (460-370 let př. n. l.) napsal spis Corpus Hippocraticum. Jde o ucelený a systematický výsledek nejstarší lékařské školy starověku.

Hippokratova přísaha (viz příloha č. 3) představuje dodnes uznávaný základ etických kodexů. Hippokrates ji sám nenapsal, ale pravděpodobně vyjadřuje jeho morální zásady. Přísaha se skládá ze tří částí: úcta k učiteli a bratrství s kolegy, důraz na dodržování lékařského tajemství a úcta k lidskému životu.

Od starověku se mezi pacientem a lékařem vyvíjel paternalistický vztah. Za pacienta v době nemoci rozhodoval lékař s čistým úmyslem.

Dnes je již paternalistický vztah překonán a je nahrazován vztahem partnerským. Lidé jsou vzdělanější a uplatňují právo na informace a spolurozhodování o svém zdraví.

Židovská tradice

Židé jsou velkými zastánci práva na život. Jejich etika stanovila tyto principy: posvátnost a důstojnost lidského života, povinnost člověka pečovat o zdraví, nesouhlas s pověrami a nesprávným způsobem léčení, kodex hygienických a dietetických opatření a kodex sexuální morálky.

Křesťanská tradice

Etika křesťanství obohatila lékařskou etiku zejména o vztah k trpícímu člověku založený na principu milosrdné lásky. Morálním zákonem věřících lidí je *desatero božích přikázání*, jež se dělí na tři zákony:

Zákon přírody (lex naturalie) – vše je řízeno pevným přírodním zákonem.

Zákon mravní – jde o zákon vyššího druhu. Rozum a svobodná vůle člověka umožňuje podrobit tělesné potřeby vyššímu zákonu.

Zákon pozitivní – ideální je stav, když právo tvoří odraz zákona mravního.

Novodobé filozofické směry

Pro ošetrovatelství a zdravotnictví mají význam tyto filozofické směry:

- Existencialismus – tato filozofie se soustřeďuje na problémy člověka. Vyjadřuje obavu z technizace člověka. Předmětem je subjektivně prožívaná individuální reakce lidské existence na svět a jiné lidi.
- Fenomenologie – sleduje postup lidského poznání, pomocí smyslového vnímání.
- Hermeneutika – je možno ji chápat jako snahu o poznání skutečnosti, hledání pravdy a porozumění sobě i druhým lidem, jejich názorům a postojům (Kutnohorská, 2007, s. 27-34).

6.1.1 Holismus

Vychází z řeckého slova *holos* = *celek*. Jde o filosofii celistvosti a je základem etického přístupu sestry k nemocnému. Celek je souhrnem jednotlivých částí, jež se spojují v jednotný celek. Člověka zde vnímáme jako bio-psycho-sociální bytost.

Jsme částmi celku a jsme také celek, který tvoří tyto části: tělo, emoce, mysl. Jejich soulad je důležitý pro osobní růst i terapii (Kutnohorská, 2007, s. 34, 35).

Holismus je jedinečnou a autonomní funkcí ošetrovatelské profese a stal se základní metodou ošetrovatelského procesu. Ve vzájemné interakci se nachází somatická a psychická nerovnováha. Ošetrovatelská péče určuje také psychické diagnózy (např. strach, úzkost, úzkost ze smrti atd.) (Mastiliaková, 2007, s. 10-13).

6.2 Etické jednání a sestra

Etické jednání sestry určují:

- filozofické, ideové, náboženské názory a postoje,
- teorie ošetrovatelství a ošetrovatelská etika,
- právní systém a zákonné normy,
- vědecko-technická úroveň, personální a materiální zázemí pracoviště,
- postavení sestry, její povinnosti a zodpovědnost,
- osobní vlastnosti a úroveň mezilidských vztahů na pracovišti.

Pod etické povinnosti sestry spadá zejména **pečování**, dále mezi ně patří: **obhajoba**, **odpovědnost**, **povinnost** a **spolupráce**.

Jako **obhajobu** můžeme chápat popis vztahu mezi sestrou a pacientem. Zahrnuje ochranu práv, rozhodování založené na hodnotách a respekt vůči lidem. Koncepce obhajování vyjadřuje dva etické principy a to *poctivost* a *respekt k lidské důstojnosti*.

V rámci **odpovědnosti** ošetrovatelská praxe zahrnuje vlastní péči a vztahy mezi sestrou a pacientem.

Mezi **povinnosti** sestry patří: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a mírnit utrpení.

Jako **spolupráce** je chápána aktivní účast sester při zajišťování kvalitní péče.

Sestra v praxi řeší velmi náročné situace a ty musí zvládat odborně a zejména lidsky. Sesterské profesní ctnosti zahrnují: cílevědomost, diskrétnost, důvěryhodnost, kolegiální, lásku

k nemocnému, nezištnost, obětavost, odpovědnost, ohleduplnost, ochotu, optimismus, otužilost, poctivost, radost, sebeovládání, sociální citění, spolehlivost, taktnost, trpělivost, tvořivost, vlídnost, velkorysost (Kutnohorská, 2007, s. 37-45).

6.2.1 Profesionální kodex a normy sester

Kodex ICN (viz příloha č. 4) schválila Rada národních reprezentací v Mexico City v květnu 1973. Na zasedání Rady národních reprezentací v roce 1989 byly přijaty zásady etického chování sester. V Československé republice vznikly v roce 1991 dvě verze etického kodexu a obě verze respektují požadavky ICN (Haškovcová, 2002, s. 85-94).

Etická komise a ČAS (česká asociace sester) přijali návrh kodexu Růženy Wagnerové 29.3.2003. Informuje sestry, zdravotnické pracovníky i laickou veřejnost o požadavcích a potřebách etiky při poskytování ošetrovatelské péče. Povolání sestry je psychicky i fyzicky náročné a vyžaduje celoživotní vzdělávání a profesionální přístup. Kodex poskytuje základní etickou normu pro etické rozhodování sester, jež je ovlivňována zejména vnitřními morálními postoji sestry.

Kodex sester předpokládá, že sestra je osobnost s morálním hodnotovým systémem, je založen na víře v ošetrovatelství, zdraví a společnost (Kutnohorská, 2007, s. 40,41).

6.2.2 Práva nemocných

První Charta práv nemocných pochází z USA a byla vyhlášena v roce 1985. Uplatňují se zde práva lidské svobody a práva občanské svobody. Reakcí na platnost *Charty práv nemocných* začaly vznikat standardy zdravotní péče určující kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče.

Česká verze *Práv nemocných* byla sepsána Centrální etickou komisí MZČR (viz příloha č. 5), byla přijata 25.2.1992. Vycházela ze *Vzorových práv pacientů* zveřejněných Americkým svazem občanských svobod z roku 1985.

V roce 1993 byla v ČR přijata *Charta práv dětí v nemocnici*, která se opírala o *Chartu práv hospitalizovaných dětí* z roku 1988 (Ivanová, Klos, 2004, s. 140-143).

Z práv nemocných vyplývá respektování práv jednotlivce na svobodné rozhodování o své osobě.

Pacient má právo na:

- úcty a důstojnost,
- rovnocennou a optimální zdravotní péči a léčení,
- úplnou a citlivou informaci o chorobě,
- mlčenlivost ošetřujícího personálu,
- souhlas k léčbě a diagnostickým výkonům,
- souhlas při zařazení do klinické studie nebo k výukové demonstraci,
- odmítnutí léčby a možnost konzultace jiného lékaře,
- zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem,
- možnost návratu do zaměstnání.

Pacient má povinnost:

- dodržovat léčbu, dá-li k ní souhlas,
- dbát na doporučenou životosprávu,
- dodržovat provozní řád zdravotního zařízení (Kutnohorská, 2007, s. 57-59).

6.3 Etika umírání a smrti

V etice umírání a smrti mají být brány v úvahu objektivní lidské faktory, mezi které řadíme věk, pohlaví, příbuzenské vztahy, vzdělání, diagnózu nemoci.

Amsterodamská deklarace z roku 1994 uvádí: „Pacienti mají právo na ulehčení svého utrpení podle posledních vědeckých poznatků.“ A také: „Pacienti mají právo na humánní terminální péči a na důstojné umírání.“

Eticky řeší tuto problematiku zejména *Charta umírajících* (viz příloha č. 6). Od sestry se žádá především empatie a mít pochopení pro potřeby nemocného.

Hlavní úkoly sestry při pečování o umírající:

- Udržovat u nemocného pocit důstojnosti a sebeúcty, jistoty a sebedůvěry.
- Pomocť nemocnému zbavit se pocitu osamělosti, úzkosti, strachu a deprese.
- Udržovat u nemocného naději.
- Pomáhat nemocnému při akceptování vlastní ztráty.

Umírání ukládá člověku určité etické úkoly:

- Umírající je eticky odpovědný.
- S umírajícím by se mělo jednat jako se svéprávnou bytostí až do konce.
- Umírání dává možnost zjistit smysl uplynulého života jako celku.
- Věnovat čas tomuto objevování.
- Umírající člověk chce dojít ke smíření se svým uplynulým životem.
- Věřící touží dát do pořádku svůj vztah k Bohu (Kutnohorská, 2007, s. 74, 78, 79).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Průzkumné šetření

V rámci této bakalářské práce bylo provedeno výzkumné šetření pomocí anonymního dotazníku (viz příloha č. 1) na interním oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

7.1 Cíl práce

Cíle této bakalářské práce byly stanoveny na základě výzkumnické otázky, zda a jakým způsobem všeobecné sestry řeší problematiku úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu, jak se s ní vyrovnávají a zda na ně působí .

Cíle bakalářské práce:

1. Zjistit, zda na všeobecné sestry působí prožívání úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu a jak se vyrovnávají s pocity, které je při tom provází.
2. Zjistit, zda a jak všeobecné sestry pomáhají pacientům s akutním infarktem myokardu překonávat úzkost ze smrti.
3. Zjistit, co pro všeobecné sestry vlastně znamená slovo smrt a jak se k ní staví.
4. Zjistit, jestli se všeobecné sestry dokáží ve svém běžném životě odpoutat od své práce, nebo jestli si nosí své pracovní zážitky a potíže domů.

7.2 Metodika dotazníkového šetření

Všeobecné sestry, zejména v rámci interního oddělení, se každodenně setkávají s pacienty s akutním infarktem myokardu, kteří jsou ohroženi na životě. Tato situace je těžká jak pro pacienta samotného, tak pro sestry, které často prožívají úzkost ze smrti společně s nemocnými. V praxi všeobecných sester se tak objevují profesně-etické dilematické situace, které je nutí zamyslet se nad důležitostmi etické stránky své profese a zaujmout postoj ke smrti samotné.

7.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a údaje potřebné k vytvoření dotazníku byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů a zdrojů uvedenými na internetové síti. Pomocí rešerže Národní lékařské knihovny byly získány odborné články, za pomoci zdrojů MEDLINE a BIBLIOMEDICA.

7.2.2 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor je charakterizován takto: 60 oslovených respondentů, žen i mužů různého věku, pracujících jako všeobecná sestra v rámci interního oddělení, v různých diferenciacích poskytování zdravotní péče (akutní, standardní, ambulantní péče). Mající různou délku praxe u lůžka a s problematikou úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu se setkávají velmi často.

7.2.3 Užitá metoda šetření

K zjištění „*Problematiky úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu*“ bylo použito výzkumné šetření formou anonymního dotazníku (viz příloha č. 1). Dotazník byl vytvořen formou uzavřených a polootevřených otázek a jedné otázky otevřené.

7.2.4 Pilotní studie

Výzkumnému šetření předcházelo pečlivé sestavení a schválení dotazníku. Pilotní šetření bylo provedeno dotazníkem u 5 respondentů. Jeho hlavní úlohou bylo zjistit názory formou uzavřených a polootevřených otázek a 1 otevřené otázky. Dotazník se ukázal jako dobře a srozumitelně formulovaný. Nebylo nutné provádět žádné změny.

7.2.5 Organizace výzkumného šetření

Před provedením vlastního výzkumného šetření byla osobně podána žádost (viz příloha č. 2) o umožnění jeho provedení na Interním oddělení. Písemná žádost byla schválena Náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a grémium Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. povolilo provést výzkumné šetření v jejich zařízení. Distribuce dotazníku byla provedena za pomoci vrchní sestry interního oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 respondentů dle charakteristiky zkoumaného souboru, přičemž se nevrátilo 5 dotazníků.

7.2.6 Zpracování výsledků šetření

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány manuálně a poté pomocí tabulkového počítačového programu Microsoft Excel 2000. Získané údaje byly zaneseny do tabulek, kde byla vyjádřena absolutní četnost (N) a relativní četnost, která byla vyjádřena v procentech (%). Data uvedená v tabulkách byla graficky znázorněna pomocí koláčových grafů.

7.3 Výsledky výzkumného šetření

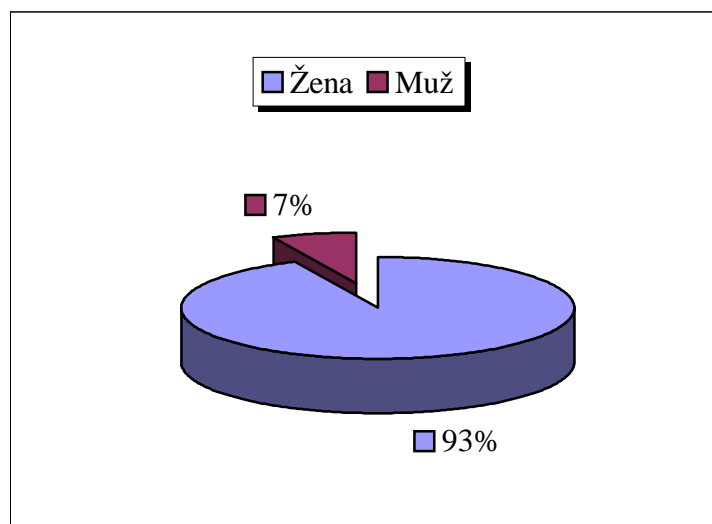
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů:

Výzkumného šetření na téma: „*Problematika úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu(AIM)*“ se zúčastnilo z 60 oslovených respondentů 55 (92%). 51 (93%) žen a 4 (7%) muži, kteří splňují všechny charakteristiky zkoumaného vzorku.

Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů

Pohlaví	N	Relativní četnost
Žena	51	93%
Muž	4	7%

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



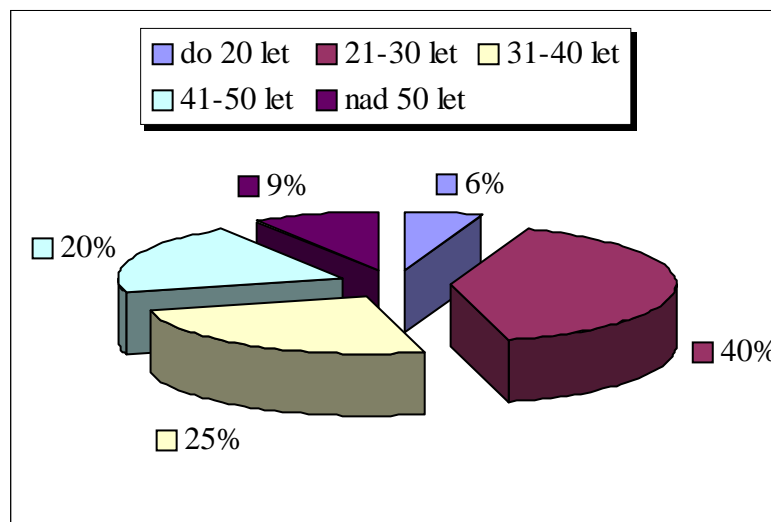
Otázka č. 4: Věk respondentů:

Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 respondentů ve věku: do 20 let 3 (6%) respondenti, ve věku 21-30let 22 (40%) respondentů, 31-40 let mělo 14 (25%) respondentů, 41-50let uvedlo 11 (20%) respondentů a nad 50 let 5 (9%) respondentů.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	N 55	Relativní četnost 100%
do 20 let	3	6%
21-30 let	22	40%
31-40 let	14	25%
41-50 let	11	20%
nad 50 let	5	9%

Graf č. 2: Věk respondentů



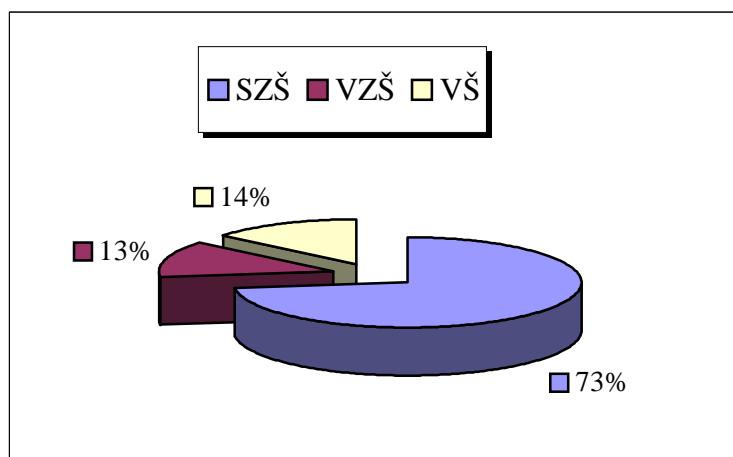
Otázka č. 5: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

40 (73%) respondentů ze zkoumaného souboru uvedlo středoškolské vzdělání, 7 (13%) respondentů vystudovalo vyšší zdravotnickou školu a 8 (14%) respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	N	Relativní četnost
SZŠ	40	73%
VZŠ	7	13%
VŠ	8	14%

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



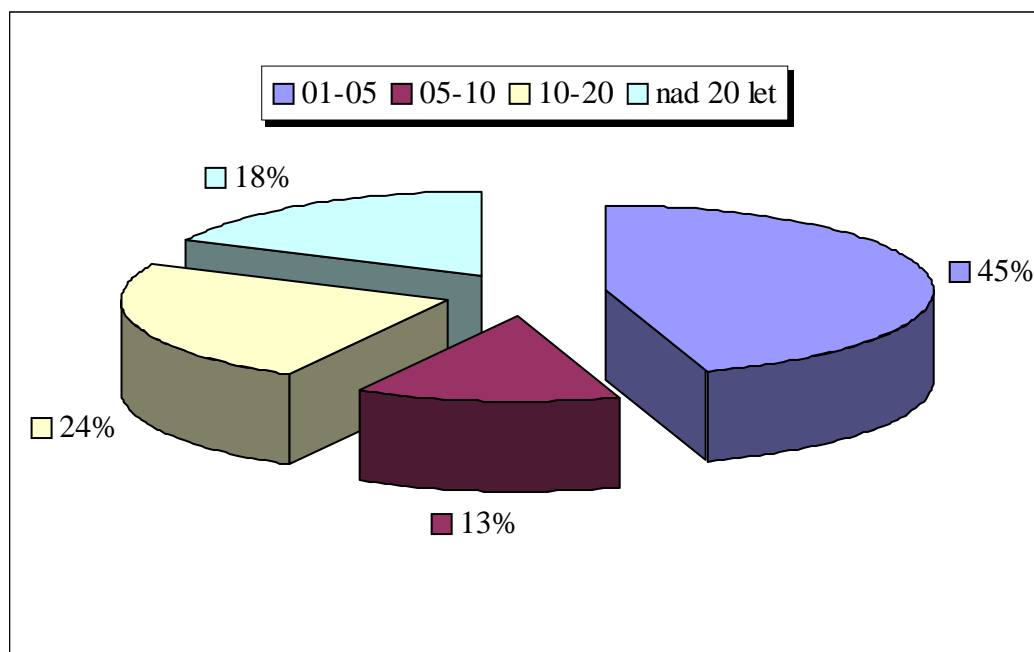
Otázka č. 6: Kolik let pracujete na Vašem současném pracovišti:

25 (45%) respondentů zkoumaného souboru pracuje na svém pracovišti 1-5 let, 5-10 let praxe uvedlo 7 (13%) respondentů, 13 (24%) respondentů mělo 10-20 let praxe a 10 (18%) respondentů nad 20 let praxe.

Tabulka č. 4: Odpracované roky respondentů

Léta praxe	N	Relativní četnost
01-05	25	45%
05-10	7	13%
10-20	13	24%
nad 20 let	10	18%

Graf č. 4: Odpracované roky respondentů



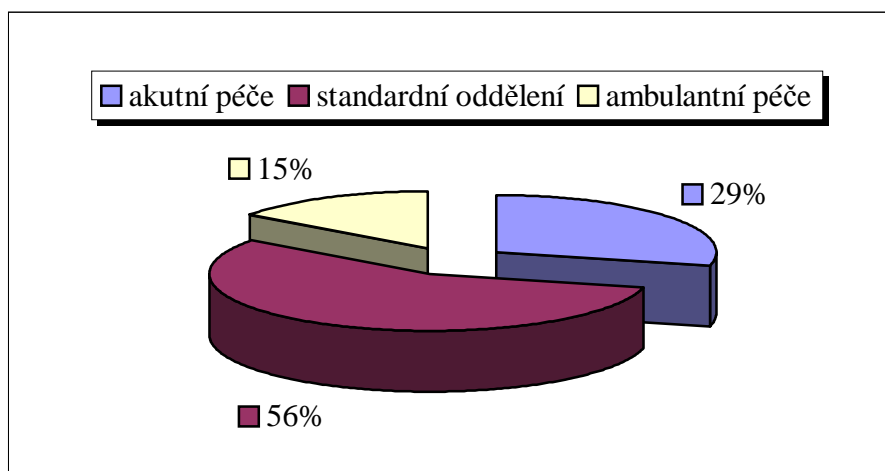
Otázka č. 5: V jaké diferenciaci poskytované zdravotní péče pracujete:

16 (29%) dotázaných respondentů pracuje na oddělení akutní péče, 31 (56%) respondentů na standardním oddělení a 8 (15%) respondentů spadá do ambulantní sféry.

Tabulka č. 7: Diferenciace poskytované zdravotní péče respondenty

Diferenciace péče	N	Relativní četnost
akutní péče	16	29%
standardní oddělení	31	56%
ambulantní péče	8	15%

Graf č. 5: Diferenciace poskytované zdravotní péče respondenty



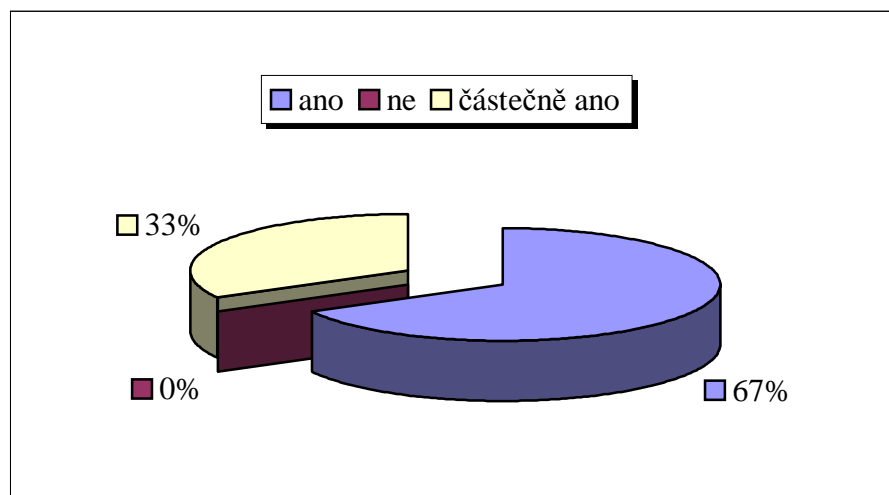
Otázka č. 6: Myslíte si, že průběh nemoci je ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, znalostmi o průběhu choroby:

37 (67%) respondentů zkoumaného souboru se domnívá, že psychický stav nemocného má vliv na průběh choroby, 18 (33%) respondentů si myslí, že jen částečně. Žádný z respondentů neuvedl zápornou odpověď.

Tabulka č. 8: Vliv psychického stavu na nemoc

Vliv psychického stavu na nemoc	N	Relativní četnost
ano	37	67%
ne	0	0%
částečně ano	18	33%

Graf č. 6: Vliv psychického stavu na nemoc



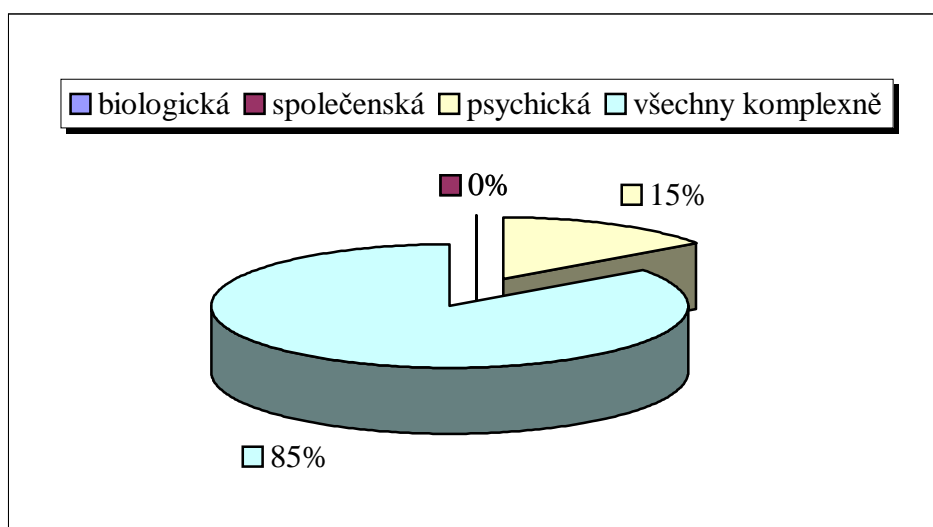
Otázka č. 7: Aby byl nemocný dobře ošetřován a bylo mu porozuměno, o kterou dimenzi osobnosti je potřeba nejvíce pečovat:

47 (85%) respondentů se domnívá, že je zapotřebí pečovat o všechny dimenze osobnosti (biologickou, psychickou, společenskou) komplexně, 8 (15%) uvedlo jako nejdůležitější psychickou dimenzi.

Tabulka č. 9: Dimenze osobnosti

Důležitost dimenzí osobnosti při ošetřování	N	Relativní četnost
biologická	0	0%
společenská	0	0%
psychická	8	15%
všechny komplexně	47	85%

Graf č. 7: Dimenze osobnosti



Otázka č. 8: Podle čeho se domníváte, že pacient trpí úzkostí ze smrti /respondenti měli dopsat ve třech bodech/:

5 (9%) respondentů uvedlo: vystrašenost, bagatelizování nemoci a neklid; 3 (5%) z respondentů doplnili: úzkostlivost nebo agresivita, plačtivost, neustálé vyptávání, nemocný se bojí smrti a nespolupracuje; 13 (24%) neodpovědělo vůbec; 1 (2%) z respondentů napsal: pocit nedostatku kyslíku, mluví o smrti, vyděšený výraz obličeje, opocenost; další 1 (2%) uvedl: z rozhovoru, nemocný zná diagnózu, je opocený a negativistický; 5 (9%) respondentů se shodlo na: strach a nervozita, změny psychiky a znalost své diagnózy; 3 (5%) respondenti vyplnili: výraz tváře, chování, reakce a slovní vyjádření; 4 (7%) z respondentů napsali: z rozhovoru, z celkového postoje nemocného (z chování, výrazu tváře), dožaduje se častého kontaktu s personálem; 1 (2%) uvedl: klade otázky o smrti, nechce být sám, bojí se, co bude; další 2 (4%) odpověděli: je vyděšený, hyperventiluje, nelze slovem uklidnit; 1 z respondentů uvedl: klade otázky týkající se smrti, nechce být sám (kontakt ruky), výraz v obličeji; 1 (2%) doplnil: výraz ve tváři (strach, úzkost, vyděšený), opakované dotazy („Co bude dál?“, „Nezemřu?“, „Pomůžete mi?“), silný fyzický kontakt s personálem (pevný stisk ruky, tahání oděvu apod.); další 2 (4%) respondenti se shodli na: pacient o strachu sám hovoří, je depresivní a uzavřený, dožaduje se neustálé přítomnosti druhé osoby (nechce být sám); 1 (2%) z respondentů uvedl: neustále opakuje „nechci zemřít“, vše se snaží dořešit (pozůstalost), loučí se s rodinou, ztrácí naději; 1 (2%) napsal: stále zvoní, má strach, potí se, necítí se dobře, viditelné v jeho tváři; 3 (5%) respondenti doplnili: úzkostné chování a depresivní ladění, neustálé mluvení o smrti, psychomotorický neklid; 1 (2%) uvedl: akutní bolest a změna zdravotního stavu, neznalost o nemoci, pocit samoty; další 1 (2%) dopsal: pacient je neklidný, úzkostlivý, plačtivý, někdy zmatený, opocený; 2 (4%) respondenti doplnili: ztráta rodiny,

přátel, strach z bolesti, strach z toho, co bude po smrti; 1 (2%) napsal: verbální vyjádření úzkosti ze smrti, dožaduje se rychlého odstranění svých tělesných potíží, vegetativní projevy úzkosti a strachu (pocení, tachykardie, tachypnoe, nechut' k jídlu ...), psychomotorický neklid; 3 (5%) respondenti se shodli na odpovědi: bolest, závažnost onemocnění, nemocniční prostředí.

Tabulka č. 10: *Názory respondentů, podle čeho se domnívají, že pacient prožívá úzkost ze smrti*

Příznaky úzkosti ze smrti	N 55	Relativní četnost 100%
vystrašenost, bagatelizování, neklid	5	9%
úzkostlivost nebo agresivita, strach ze smrti, neustálé vyptávání, nespoupráce	3	5%
bez odpovědi	13	24%
pocit nedostatku kyslíku, mluví o smrti, opocnost, vyděšený výraz	1	2%
z rozhovoru, pacient zná diagnózu, opocný, negativistický pacient	1	2%
strach a nervozita, změny psychiky, znalost diagnózy	5	9%
výraz tváře, chování, reakce a slovní vyjádření	3	5%
z rozhovoru, z celkového postoje, dožadování častého kontaktu s personálem	4	7%
pacient klade otázky o smrti, nechce být sám, bojí se	1	2%
pacient je vyděšený, hyperventiluje, nelze slovem uklidnit	2	4%
klade otázky o smrti, nechce být sám, výraz obličeje	1	2%
výraz ve tváři, opakované dotazy, silný fyzický kontakt s personálem	1	2%

pacient o strachu hovoří, je uzavřený a depresivní, dožaduje se neustálé přítomnosti 2. osoby	2	4%
neustále opakuje "nechci zemřít", řeší pozůstalost, loučí se s rodinou, ztrácí naději	1	2%
pacient stále zvoní, má strach, potí se, necítí se dobře; viditelné ve tváři	1	2%
úzkostné chování a depresivní ladění, neustálé mluvení o smrti, psychomotorický neklid	3	5%
akutní bolest a změna zdravot. stavu, neznalost o nemoci, pocit samoty	1	2%
pacient je neklidný, úzkostlivý, plačtivý, někdy zmatený, opocení	1	2%
ztráta rodiny, přátel; strach z bolesti a z toho, co bude po smrti	2	4%
verbální vyjádření úzkosti ze smrti, dožaduje se odstranění tělesných potíží, vegetativní projevy úzkosti a strachu, psychomotor. neklid	1	2%
bolest, závažnost onemocnění, nemocniční prostředí	3	5%

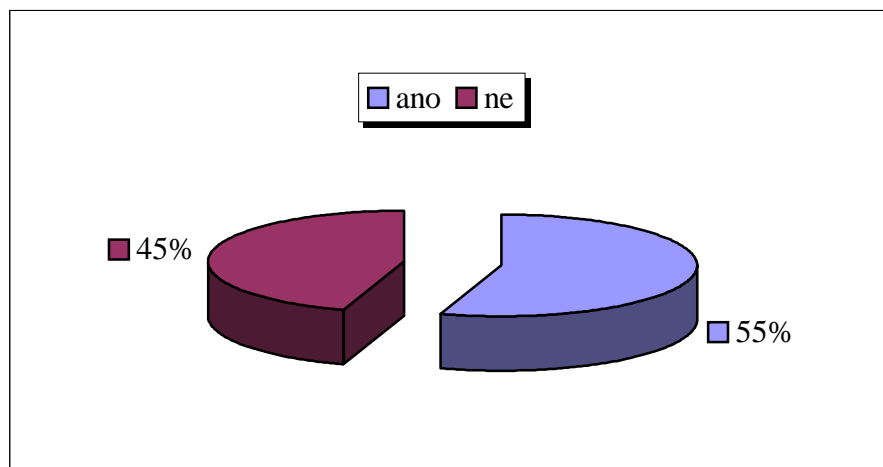
Otázka č. 9: Setkáváte se často s úzkostí ze smrti u pacientů s AIM:

30 (55%) dotázaných respondentů uvedlo, že se setkávají často s úzkostí ze smrti u pacientů s AIM, 25 (45%) respondentů odpovědělo, že ne.

Tabulka č. 11: Setkávání se s úzkostí ze smrti

Setkávání se s úzkostí ze smrti	N	Relativní četnost 100%
ano	30	55%
ne	25	45%

Graf č. 8: Setkávání se s úzkostí ze smrti



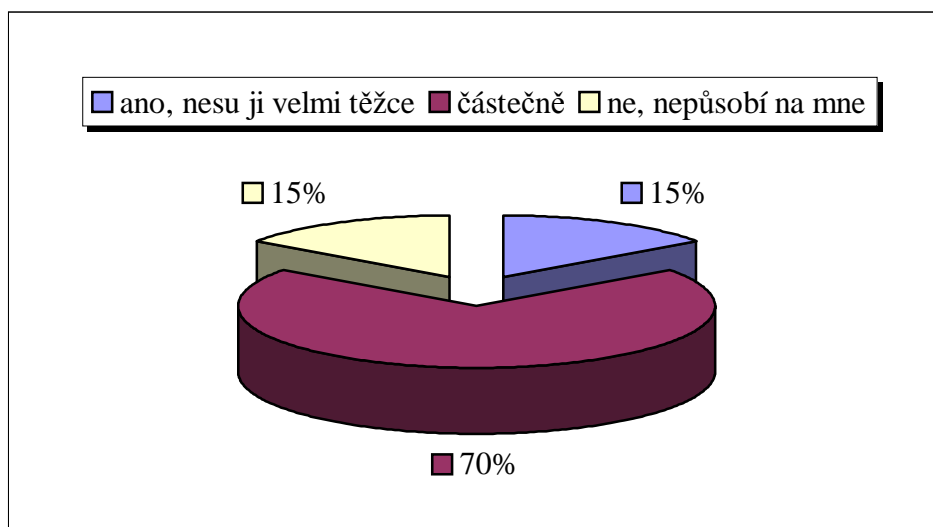
Otázka č. 10: Působí na Vás tato úzkost Vašich pacientů:

8 (15%) respondentů uvedlo, že úzkost pacientů nese velmi těžce, 39 (70%) respondentů odpovědělo, že na ně úzkost pacientů působí částečně, snaží se zachovat profesionálně a nebrat si ji osobně a 8 (15%) jich uvedlo, že na ně úzkost pacientů nepůsobí.

Tabulka č. 12: Působení úzkosti pacientů na respondenty

Působení úzkosti pacientů	N 55	Relativní četnost 100%
ano, nesu ji velmi těžce	8	15%
částečně	39	70%
ne, nepůsobí na mne	8	15%

Graf č. 9: Působení úzkosti pacientů na respondenty



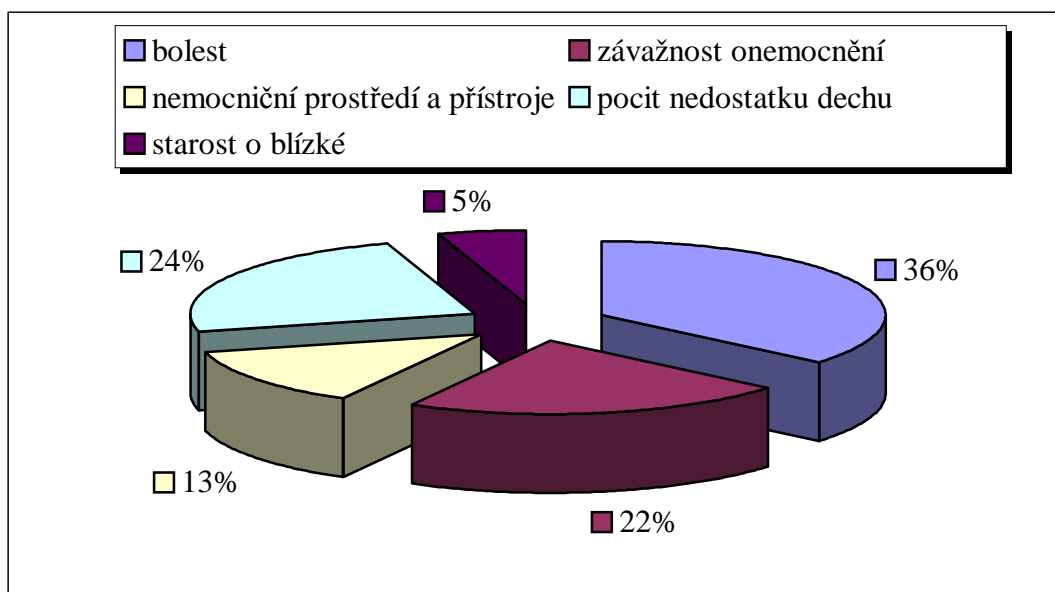
Otázka č. 11: Co si myslíte, že nejvíce ovlivňuje úzkost ze smrti u pacientů s AIM:

20 (36%) respondentů se domnívá, že nejvíce ovlivňuje úzkost ze smrti u pacientů s AIM bolest, 12 (22%) respondentů se domnívá, že je to závažnost jejich onemocnění, 7 (13%) uvedlo, že jde o nemocniční prostředí a přístroje, 13 (24%) si myslí, že je to pocit nedostatku dechu, 3 (5%) respondenti označili starost o své blízké.

Tabulka č. 13: Hlavní faktor ovlivňující úzkost ze smrti u AIM

Hlavní faktor ovlivňující úzkost ze smrti	N 55	Relativní četnost 100%
bolest	20	36%
závažnost onemocnění	12	22%
nemocniční prostředí a přístroje	7	13%
pocit nedostatku dechu	13	24%
starost o blízké	3	5%

Graf č. 10: Hlavní faktor ovlivňující úzkost ze smrti u AIM



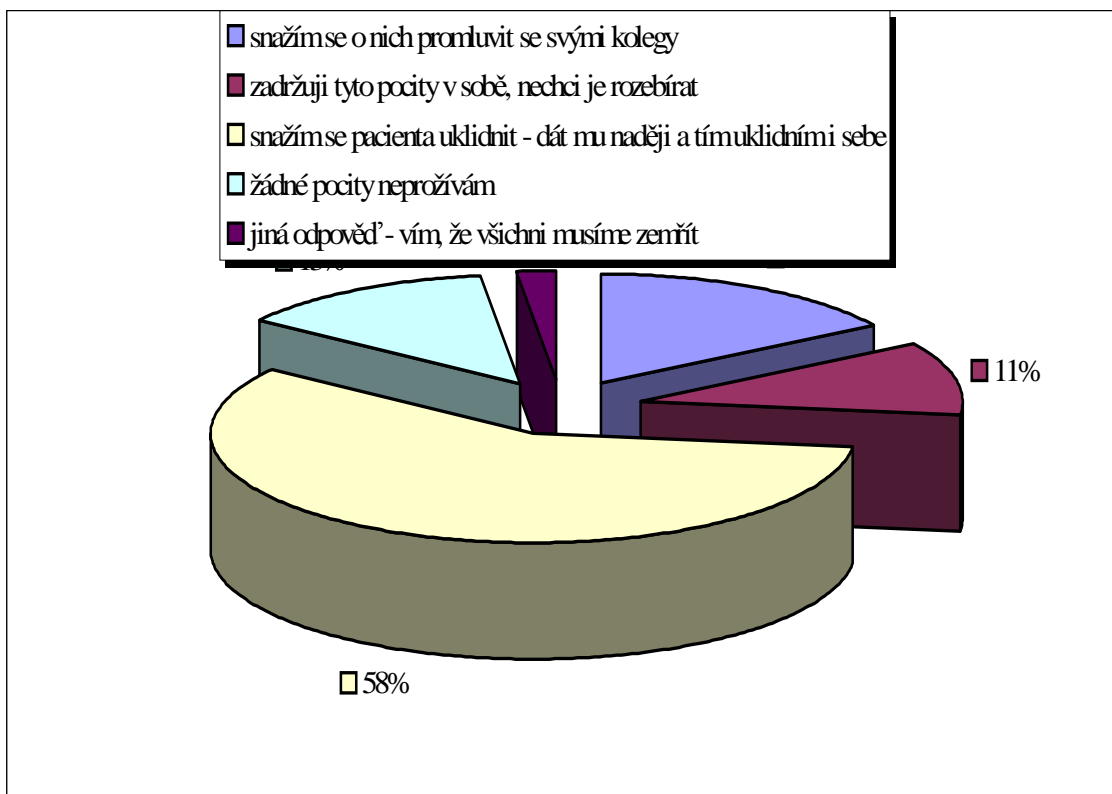
Otázka č. 12: Jak se vyrovnáváte s pocity, které Vás provází při prožívání úzkosti ze smrti u pacientů s AIM:

9 (16%) z dotázaných respondentů se snaží o svých pocitech promluvit se svými kolegy, 6 (11%) respondentů uvedlo, že zadržují tyto pocity v sobě a nechtějí je rozebírat, 32 (58%) respondentů se snaží pacienta uklidnit – dát mu naději a tím uklidní i sebe, 7 (13%) odpovědělo, že žádné pocity neprožívají. Byla možnost ještě jiné odpovědi – 1 (2%) z respondentů uvedl, že ví, že všichni musíme zemřít.

Tabulka č. 14: Vyrovnávání se s úzkostí

Pocity při vyrovnávání se s úzkostí	N	Relativní četnost 100%
snažím se o nich promluvit se svými kolegy	9	16%
zadržuji tyto pocity v sobě, nechci je rozebírat	6	11%
snažím se pacienta uklidnit - dát mu naději a tím uklidním i sebe	32	58%
žádné pocity neprožívám	7	13%
jiná odpověď - vím, že všichni musíme zemřít	1	2%

Graf č. 11: *Vyrovňávání se s úzkostí*



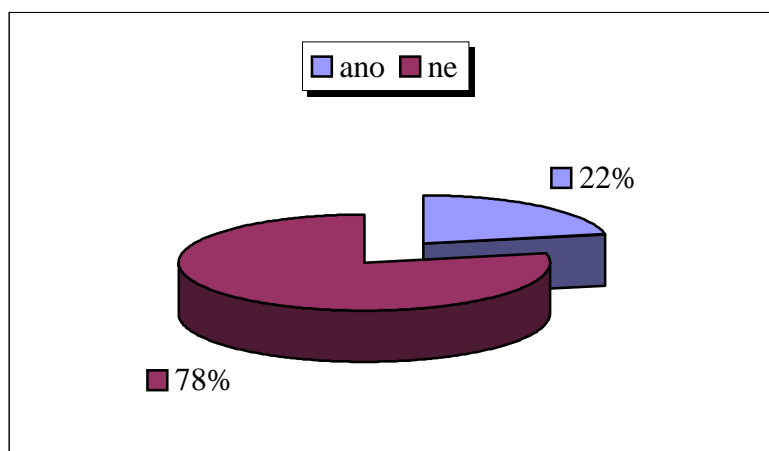
Otázka č. 13 A: Hodnotíte na Vašem oddělení nějakým způsobem prožívání úzkosti pacienta:

12 (22%) respondentů zkoumaného souboru odpovědělo, že hodnotí prožívání úzkosti pacienta na svém oddělení, 43 (78%) respondentů odpovědělo, že ne.

Tabulka č. 15: Hodnocení úzkostí pacienta

Hodnocení úzkosti pacienta	N	Relativní četnost 100%
ano	12	22%
ne	43	78%

Graf č. 12: Hodnocení úzkostí pacienta



Otázka č. 13 B: Pokud jste zakřížkoval(a) ano, napište prosím jakým způsobem:

Z 12 (22%) respondentů, kteří odpověděli kladně: 3 (25%) respondenti uvedli, že hodnotí pouze – je, není, 8 (67%) respondentů uvedlo, že provedou záznam v hlášení sester o psychickém stavu a v plánu oš. péče, 1 (8%) uvedl, že pacienta uklidní slovem, pohlazením.

Tabulka č. 16: Způsob hodnocení úzkosti

Způsob hodnocení úzkosti pacienta	N 12	Relativní četnost 100%
je, není	3	25%
záznam psych. stavu v hlášení sester a v plánu oš. péče	8	67%
sám; pacienta uklidnit slovem, pohlazením	1	8%

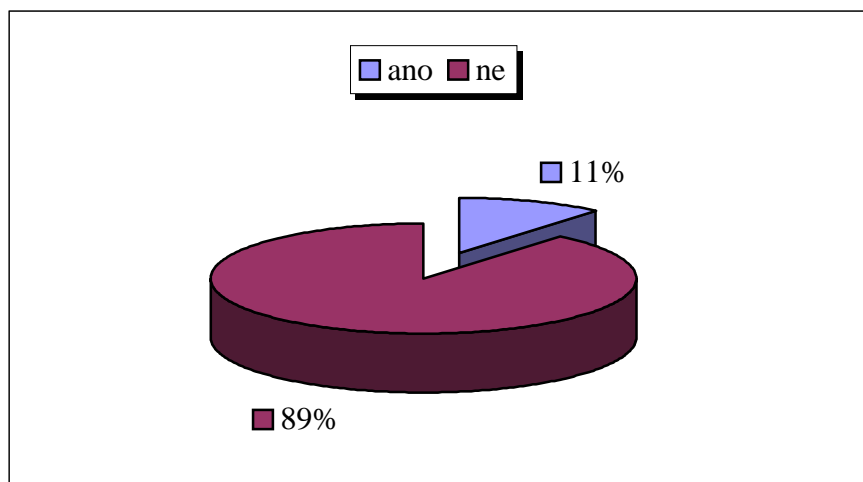
Otázka č. 14 A: Používáte v rámci diagnostiky ošetrovatelskou diagnózu „Úzkost ze smrti“:

6 (11%) respondentů používá ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti, 49 (89%) respondentů tuto diagnózu nepoužívá.

Tabulka č. 17: Používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti

Používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti	N	Relativní četnost
ano	6	11%
ne	49	89%

Graf č. 13: Používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti



Otázka č. 14 B: Pokud jste zakřížkoval(a) ano, napište jaké intervence používáte k vyřešení této ošetrovatelské diagnózy:

6 (11%) respondentů odpovědělo kladně, 1 (17%) z nich uvedl, že posuzuje příčiny a vyvolávající faktory, 4 (66%) respondenti odpověděli, že pomáhají pacientovi zvládnout jeho situaci a 1 (17%) respondent napsal, že záleží na stavu pacienta (akutní, chronický ...) a individuálním postoji pacienta.

Tabulka č. 18: *Oš. intervence k diagnóze Úzkost ze smrti*

Oš. intervence	N 6	Relativní četnost 100%
posuzování příčin a vyvolávajících faktorů	1	17%
pomáhání pacientovi zvládnout jeho situaci	4	66%
jiná odpověď – záleží na stavu a individuál. postoji pacienta	1	17%

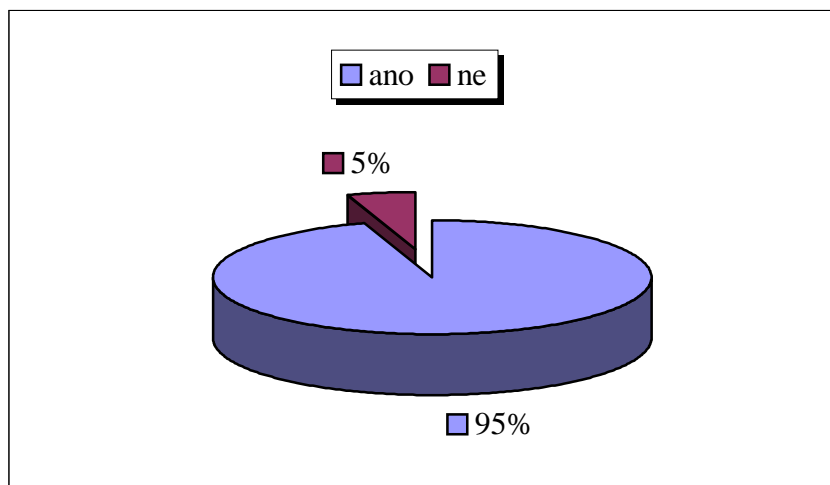
Otázka č. 15 A: Snažíte se na Vašem pracovišti pomoci překonat pacientům s AIM jejich úzkost ze smrti:

52 (95%) respondentů odpovědělo, že se snaží na svých pracovištích pomoci pacientům s AIM překonat úzkost ze smrti, 3 (5%) respondenti odpověděli záporně.

Tabulka č. 19: Snaha o překonání úzkosti

Snaha o překonání úzkosti ze smrti	N	Relativní četnost
ano	52	95%
ne	3	5%

Graf č. 14: Snaha o překonání úzkosti



Otázka 15 B: Pokud ano, jakým způsobem /respondenti uváděli i více odpovědí/:

Kladně odpovědělo 52 (95%) respondentů a uvedli celkem 98 odpovědí na tuto otázku v dotazníku, z nichž 30 (58%) respondentů uvedlo, že se snaží pacientům pomoci překonat úzkost ze smrti podáváním farmak, 38 (73%) respondentů uvedlo, že se snaží pomoci rozhovorem a informovaností pacienta, 28 (54%) respondentů odpovědělo, že se snaží pomoci nasloucháním a pochopením situace pacienta. Pokud respondenti pomáhají jiným způsobem, měli to uvést – 2 (4%) napsali, že se snaží kontaktovat rodinu a zajistit návštěvu blízkých lidí.

Tabulka č. 20: *Způsob pomoci k překonání úzkosti ze smrti*

Způsob pomoci	N 52	Relativní četnost 100%
podáváním farmak	30	58%
rozhovorem a informovaností pacienta	38	73%
nasloucháním a pochopením jeho situace	28	54%
jiný způsob – kontaktovat rodinu a zajistit návštěvu blízkých	2	4%

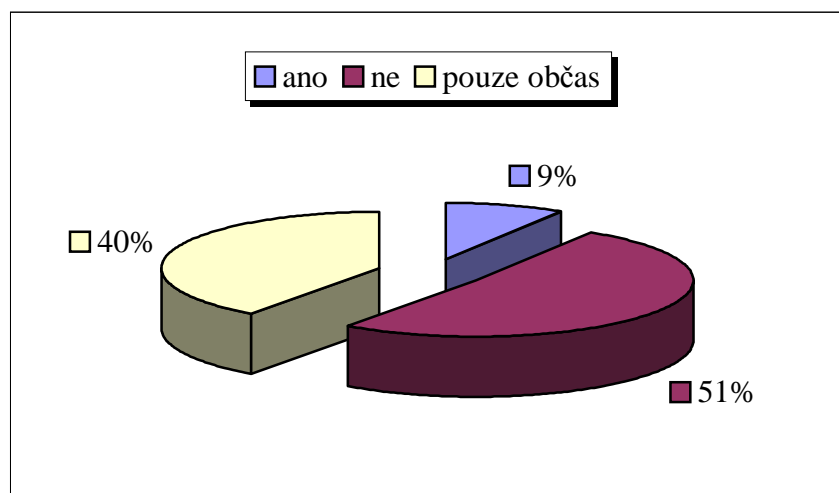
Otázka č. 16 A: Myslíte si, že máte dostatek času na řešení pacientovy úzkosti v rámci své pracovní doby:

5 (9%) respondentů odpovědělo, že má dostatek času na řešení pacientovy úzkosti v rámci své pracovní doby, 28 (51%) odpovědělo, že nemá dostatek času na řešení pacientovy úzkosti, 22 (40%) respondentů odpovědělo pouze občas.

Tabulka č. 21: Čas na řešení pacientovy úzkosti

Dostatek času	N	Relativní četnost
ano	5	9%
ne	28	51%
pouze občas	22	40%

Graf č. 15: Čas na řešení pacientovy úzkosti



Otázka č. 16 B: Pokud jste zakřížkoval(a) odpověď ne, proč si myslíte, že ne:

28 (51%) respondentů odpovědělo záporně, z toho 19 (68%) si myslí, že nemá dostatek času na řešení pacientovy úzkosti v rámci pracovní doby pro nedostatečný počet všeobecných sester na jejich oddělení, 2 (7%) respondenti si myslí, že je to pro nedostatečné finanční ohodnocení všeobecných sester, 6 (21%) si myslí, že je to způsobeno nízkou motivací sester; bylo možno uvést i jinou odpověď – 1 (4%) respondent uvedl, že je to pro nedostatek času.

Tabulka č. 22: Nedostatek času k řešení úzkosti

Nedostatek času	N 28	Relativní četnost 100%
pro nedostatečný počet sester na oddělení	19	68%
pro nedostatečné etické cítění a vzdělání sester	0	0%
pro nedostatečné finanční ohodnocení sester	2	7%
pro nízkou motivaci sester	6	21%
jiná odpověď - pro nedostatek času	1	4%

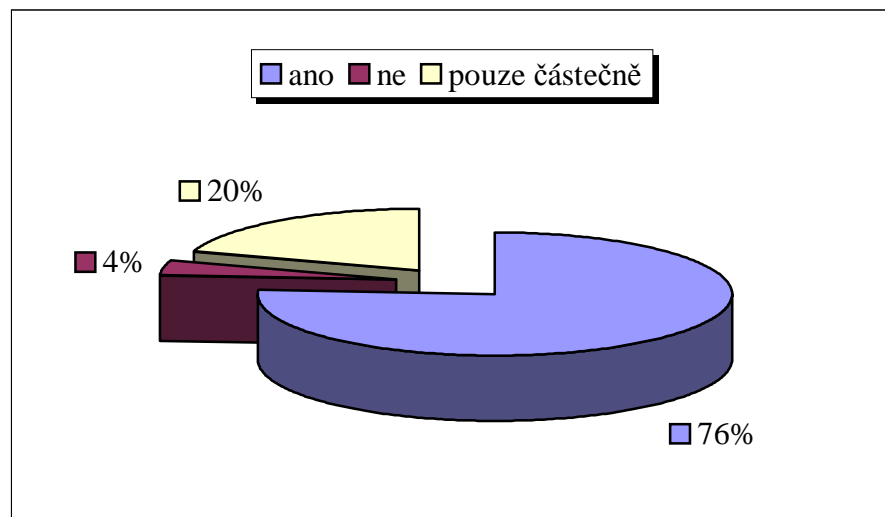
Otázka č. 17: Je podle Vás na Vašem pracovišti dodržováno právo pacienta na informace:

42 (76%) respondentů se domnívá, že je dodržováno právo na informace na jejich pracovišti, 2 (4%) respondenti uvedli, že ne, 11 (20%) se domnívá, že pouze částečně.

Tabulka č. 23: Dodržování práva pacienta na informace

Právo na informace	N	Relativní četnost
ano	42	76%
ne	2	4%
pouze částečně	11	20%

Graf č. 16: Dodržování práva pacienta na informace



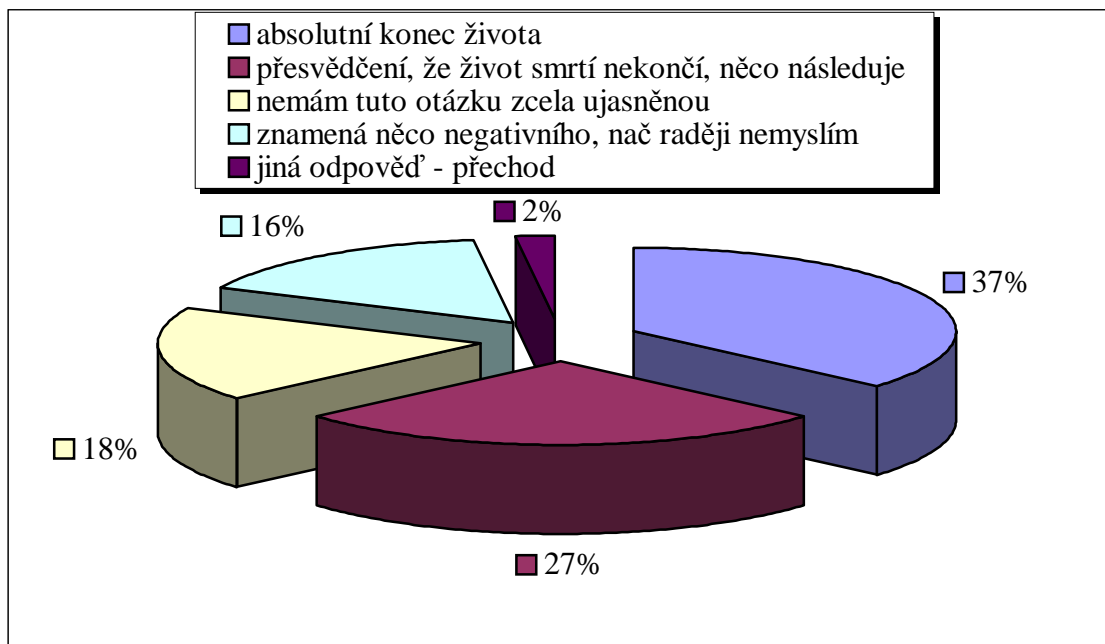
Otázka č. 18: Co pro Vás znamená slovo smrt:

20 (36%) respondentů uvedlo, že slovo smrt pro ně znamená absolutní konec života, 15 (27%) respondentů odpovědělo, že podle jejich přesvědčení život smrtí nekončí a něco následuje, 10 (18%) nemá tuto otázku zcela ujasněnou, 9 (16%) respondentů odpovědělo, že smrt pro ně znamená něco negativního, nač raději nemyslí; byla možnost jiné odpovědi – 1 (2%) respondent uvedl, že smrt pro něj znamená přechod.

Tabulka č. 24: Chápání slova smrt

Chápání slova smrt	N 55	Relativní četnost 100%
absolutní konec života	20	36%
přesvědčení, že život smrtí nekončí, něco následuje	15	27%
nemám tuto otázku zcela ujasněnou	10	18%
znamená něco negativního, nač raději nemyslím	9	16%
jiná odpověď – přechod	1	2%

Graf č. 17: *Chápání slova smrt*



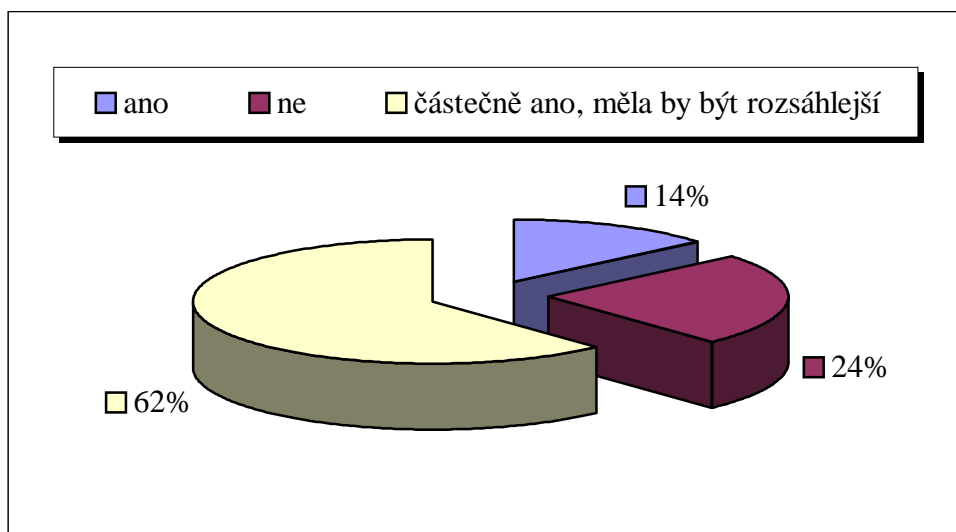
Otázka č. 19: Myslíte si, že profesní příprava všeobecných sester v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je dostatečná:

8 (14%) respondentů, si myslí, že profesní příprava sester v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je dostatečná, 13 (24%) respondentů se domnívá, že není dostatečná a 34 (62%) si myslí, že částečně ano, ale měla by být rozsáhlejší.

Tabulka č. 25: Profesní příprava

Profesní příprava	N	Relativní četnost
ano	8	14%
ne	13	24%
částečně ano, měla by být rozsáhlejší	34	62%

Graf č. 18: Profesní příprava



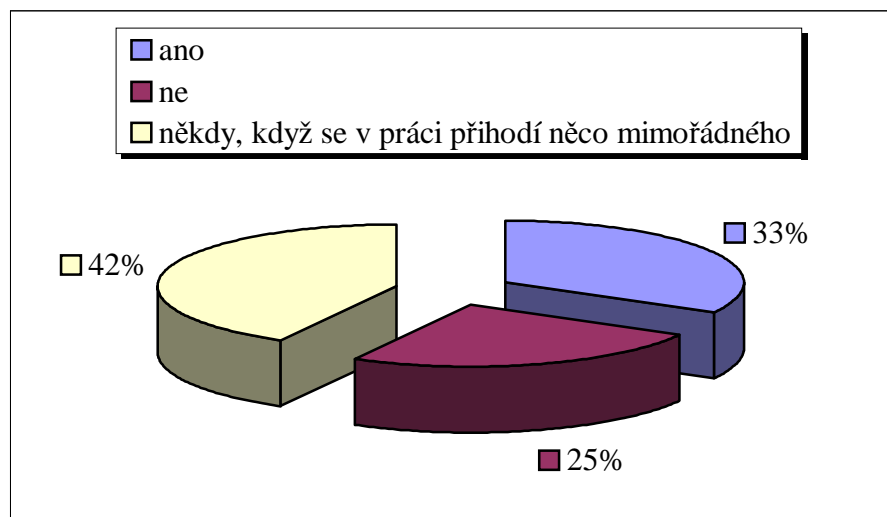
Otázka č. 20: Nosíte si sebou domů starosti z práce:

18 (33%) respondentů si nosí starosti domů z práce, 14 (25%) respondentů uvedlo, že ne, 23 (42%) odpovědělo, že si nosí starosti z práce domů někdy, když se v práci přihodí něco mimořádného.

Tabulka č. 26: Přenášení starostí z práce domů

Starosti z práce domů	N	Relativní četnost 100%
ano	18	33%
ne	14	25%
někdy, když se v práci přihodí něco mimořádného	23	42%

Graf č. 19: Přenášení starostí z práce domů



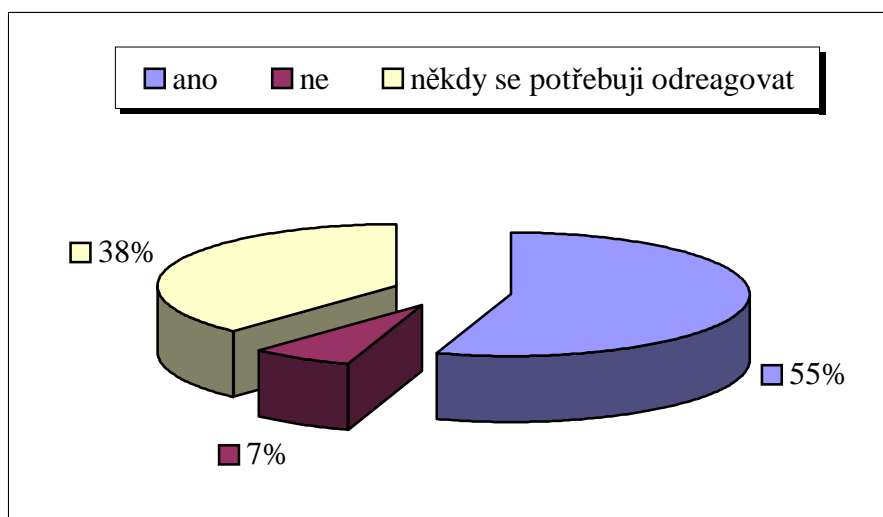
Otázka č. 21: Snažíte se po příchodu z práce domů uvolnit a upoutat pozornost jinam:

30 (55%) respondentů se po příchodu domů z práce snaží uvolnit a upoutat pozornost jinam, 4 (7%) respondenti uvedli, že ne a 21 (38%) respondentů odpovědělo, že se někdy potřebují odreagovat.

Tabulka č. 27: Snaha o uvolnění a upoutání pozornosti

Snaha o uvolnění po práci	N	Relativní četnost 100%
ano	30	55%
ne	4	7%
někdy se potřebuji odreagovat	21	38%

Graf č. 20: Snaha o uvolnění a upoutání pozornosti



Otázka č. 22: Jaké činnosti Vám pomohou k odpoutání pozornosti od pracovních starostí /respondenti uváděli i více odpovědí/:

55 respondentů uvedlo na tuto otázku v dotazníku celkem 149 odpovědí, z toho 19 (34%) respondentů uvedlo, že jim stačí, k odpoutání pozornosti od pracovních starostí, dívat se kolem sebe při cestě domů (stromy, květinový záhon, pozorují kolemjdoucí lidi atd.), 21 (38%) odpovědělo, že si jdou zacvičit zaspportovat, 19 (34%) respondentů relaxuje, 32 (58%) respondentů se věnuje domácím pracím, 32 (58%) poslouchá hudbu, dívá se na televizi, čte apod., 23 (42%) respondentů je se svými přáteli; byla možnost ještě jiné odpovědi – 1 (2%) respondent uvedl, že mu pomáhá k odpoutání pozornosti od práce spánek, 4 (7%) respondenti uvedli rodinu a děti.

Tabulka č. 28: Činnosti k odpoutání pozornosti

Odpoutání pozornosti	N 55	Relativní četnost 100%
stačí dívat se kolem sebe při cestě domů	19	34%
zacvičit si, zaspportovat	21	38%
relaxovat	19	34%
věnovat se domácím pracím	32	58%
poslouchat hudbu, dívat se na televizi, číst apod.	32	58%
být se svými přáteli	23	42%
spánek	1	2%
rodina a děti	4	7%

Diskuse

V bakalářské práci se zabýváme problematikou úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu (AIM). Zaměřily jsme se na všeobecné sestry a na to, jak vnímají tuto problematiku a zda a jak svým pacientům s AIM pomáhají překonávat úzkost ze smrti. Zajímalo nás také jaké stanovisko všeobecné sestry zaujímají ke smrti a zda se ve svém běžném životě dokáží odpoutat od pracovních záležitostí a starostí.

Při získávání a studiu materiálů k bakalářské práci jsme zjistily, že k této problematice nebylo mnoho napsáno. V článkách doporučených rešerší z Národní lékařské knihovny (ze zdrojů Medline a Bibliomedica) jsme našly informace o úzkosti v souvislosti s infarktem myokardu, o úzkosti ze smrti a také o postojích sester k ošetřování umírajících.

Výzkumné šetření dotazníkovou metodou bylo provedeno na Interním oddělení Nemocnice ve F-M. Interní oddělení je v této nemocnici největší jednotkou a všeobecné sestry se zde nejčastěji setkávají s pacienty s AIM.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 93% žen a 7% mužů. Je znát, že ošetrovatelská profese je stále doménou žen.

Vzhledem k věku představovali nejpočetnější skupinu respondenti od 21 do 30 let 40%, ve věku do 20 let bylo 6% respondentů, 31 – 40 let mělo 25% respondentů, 41 - 50 let uvedlo 20% respondentů a nad 50 let 9% respondentů.

Při vyhodnocování dotazníku bylo zjištěno dosažené vzdělání respondentů. Se středoškolským vzděláním bylo 40 (73%) respondentů, VZŠ vystudovalo 7 (13%) respondentů a 8 (14%) vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Zajímala nás také délka odpracovaných let na současném pracovišti a v jaké diferenciaci poskytované zdravotní péče pracují. 1-5 odpracovaných let uvedlo 25 (45%) respondentů, 5-10 let 7 (13%) respondentů, 10-20 let 13 (24%) respondentů a 10

(18%) respondentů uvedlo délku nad 20 let. Na oddělení akutní péče pracuje 16 (29%) respondentů, 31 (56%) na oddělení standardní péče a 8 (15%) respondentů uvedlo ambulantní péči.

V naší práci jsme zjišťovaly, zda se respondenti často setkávají z úzkostí ze smrti u pacientů s AIM, 30 (55%) respondentů uvedlo, že ano a 25 (45%) odpovědělo záporně. Dále jsme se ptaly, zda na respondenty tato úzkost působí. 8 (15%) jich odpovědělo, že ano a nesou ji velmi těžce, 39 (70%) respondentů, tedy většina, uvedlo, že na ně působí částečně, snaží se zachovat profesionálně a nebrat ji osobně a 8 (15%) z respondentů odpovědělo, že na ně nepůsobí. Zajímalo nás také, jak se respondenti vyrovnávají s pocity, které je provází při prožívání úzkosti ze smrti u pacientů s AIM. 9 (16%) respondentů uvedlo, že se snaží promluvit se svými kolegy, 6 (11%) respondentů odpovědělo, že zadržují tyto pocity v sobě a nechtějí je rozebírat, 32 (58%) z respondentů se snaží pacienta uklidnit – dát mu naději a tím uklidní i sebe, 7 (13%) uvedlo, že žádné pocity neprožívá a 1 (2%) respondent odpověděl, že ví, že všichni musíme zemřít. Je znát, že sestry prožívají úzkost ze smrti spolu s pacienty a že se většinou snaží se svými pocity, jež prožívají při této úzkosti vyrovnat.

Ve studii „Levels of death anxiety: a comparison of American and Lithuanian health and social service personnel“ se autoři Roff, Simon, Klemmack a Butkeviciene zabývali úrovní úzkosti ze smrti u personálu ošetřujícího terminálně nemocné v USA a Litvě. Bylo zjištěno, že američtí respondenti měli větší úzkost ze samotné smrti a u litevských respondentů byla vyšší úzkost z procesu umírání a strach z neznáma. Strach z neznáma považují autoři za důsledek násilného potlačení náboženských tradic a rituálů spojených s umíráním a se smrtí během totalitního režimu, i když v současné době se 79% obyvatel Litvy hlásí ke katolické víře. A vyšší úroveň úzkosti z procesu umírání je podle autorů v souvislosti s tím, že litevský zdravotní systém teprve rozvíjí

paliativní péči a efektivní management bolesti (Roff, Simon, et al., 2006, s. 672).

V porovnání s výše uvedenou studií je možno říci, že respondenti prožívají úzkost ze smrti, většina uvedla, že na ně tato úzkost působí částečně (70%) a na 15% respondentů působí hodně. A na druhé straně prožívají zřejmě také úzkost z procesu umírání, když si myslí, že život smrtí končí, mají strach z toho, co jí předchází, tedy z umírání. Většina respondentů 36% totiž považuje smrt za absolutní konec života, někteří z respondentů nemají tuto otázku ujasněnou nebo smrt jednoduše vytěsňují a pouze 27% respondentů věří, že po smrti něco následuje. Respondenti zřejmě prožívají úzkost ze smrti i umírání zároveň. Je zřejmé, že nemají zcela ujasněný vztah k této problematice.

Abdel-Khalek a Tomás-Sábado se ve své studii „Anxiety in Egyptian and Spanish Nursing Students“ zabývali problematikou úzkosti ze smrti u egyptských a španělských studentů ošetrovatelství. Zjistili, že rozdílnost kultur byla jedním z faktorů ovlivňujících úzkost ze smrti. Kdy u španělských respondentů byla prokázána nižší úroveň úzkosti ze smrti a to proto, že Španělsko představovalo západní křesťanskou kulturu zatímco v Egyptě se setkává arabská islámská kultura s odkazem kultury starověkého Egypta (Abdel-Khalek, Tomás-Sábado, 2005, s. 157). V porovnání s touto studií je možno říci, že respondenti prožívají úzkost ze smrti na vyšší úrovni. Je to znát z odpovědí respondentů na otázku, co pro ně znamená slovo smrt. 20 (36%) respondentů uvedlo absolutní konec života, 10 (18%) respondentů nemá tuto otázku zcela ujasněnou, 9 (16%) respondentů uvedlo, že pro ně znamená něco negativního, nač raději nemyslí, 1 (2%) respondent doplnil, že pro něj smrt znamená přechod a 15 (27%) respondentů je přesvědčeno, že život smrtí nekončí, něco následuje. Pouze 27% respondentů lze pokládat za věřící, je patrné že český národ nepatří zrovna mezi národy křesťanské.

Roman, Sorribes a Ezquerro (2001, s. 341) ve své studii „Nurses' attitudes to terminally ill patients“ mezi španělskými sestrami v 5 všeobecných nemocnicích a 13 zařízeních hospicové nebo paliativní péče prokázali, že starší sestry, sestry pracující v denních směnách a sestry se 17 až 21-letou praxí měly kladnější postoj k ošetřování umírajících pacientů a menší úzkost ze smrti než sestry mladší, sloužící jen noční směny a s menší sesterskou zkušeností. V našem šetření nejvíce respondentů bylo ve věku 21-30 let (40%) a nejčastější délka praxe 1-5 let (uvedlo 45% respondentů), největší část respondentů pracuje na oddělení standardní péče (56%). Tyto aspekty zřejmě přispěly k zjištění, že na respondenty působí úzkost ze smrti pacientů s AIM – 8 (15%) respondentů uvedlo, že ji nesou velmi těžce a na 39 (70%) respondentů působí částečně.

Všeobecné sestry prožívají při své práci velmi náročné situace, téměř denně se setkávají s utrpením nemocných a také se smrtí, a proto nás zajímalo, jestli se dokážou ve svém běžném životě odpoutat od svých pracovních starostí a zážitků. Zjišťovali jsme, zda si respondenti nosí domů starosti z práce, 18 (33%) respondentů odpovědělo, že ano, 23 (42%) respondentů uvedlo, že někdy, když se v práci přihodí něco mimořádného a 14 (25%) respondentů odpovědělo záporně. Je vidět, že se práce respondentů odráží v jejich životě a je těžké se od pracovních starostí sester odpoutat. Dále nás zajímalo, snaží-li se respondenti po příchodu z práce domů uvolnit a upoutat pozornost jinam. 30 (55%) respondentů odpovědělo, že ano, pouze 4 (7%) respondenti odpověděli záporně a 21 (38%) respondentů uvedlo, že se někdy potřebují odreagovat. Je zajímavé, že 25% respondentů si nenosí domů starosti z práce, ale pouze 7% respondentů uvedlo, že se nesnaží uvolnit po příchodu z práce domů. A v návaznosti na tuto otázku v dotazníku jsme zjišťovaly, jaké činnosti respondentům pomáhají k odpoutání pozornosti od pracovních starostí. Nejvíce respondenti uváděli, že se věnují domácím pracím, poslouchají

hudbu, dívají se na televizi, čtou apod., následovali přátelé, cvičení a sport a také relaxování, některým se stačí dívat kolem sebe při cestě domů, několik respondentů uvedlo také rodinu a děti a 1 respondent uvedl spánek. Je zde patrná snaha o odpoutání pozornosti, stačí jen málo a člověk se může cítit lépe. Psychohygiena je při ošetrovatelském povolání velmi důležitá, jelikož profese sestry sebou přináší značné fyzické a psychické zatížení.

Ve výzkumném šetření jsme se dále pokusili zjistit, zda respondenti na svých odděleních hodnotí nějakým způsobem prožívání úzkosti pacienta. Pouze 12 (22%) respondentů odpovědělo, že ano, 43 (78%) respondentů odpovědělo záporně. Z těchto 12 respondentů 3 respondenti hodnotí pouze, zda je nebo není úzkost u pacienta přítomna, 8 respondentů zaznamenává psychický stav pacienta v hlášení sester a v plánu oš. péče a 1 respondent uvedl, že si úzkost hodnotí sám a pacienta uklidní slovem a pohlazením. Zde je znát, že se zapomíná na psychosociální stránku nemoci. Alespoň 1 z respondentů uvedl, že si sám zhodnotí stav pacienta a použije oš. intervenci - pacienta uklidní slovem a pohlazením. Tuto intervenci můžeme přirovnat k intervenci *Zmírnění úzkosti (5820)*, pod kterou spadá – být s pacientem a držet ho za ruku, mluvit s ním o posledních věcech člověka a uklidnit ho, ptát se pacienta, z čeho má strach, snažit se na úzkost přijít i sama(sám) apod., která je uvedena v článku „Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči“ H. Kisvetrové (2009, s. 3, 6).

Zajímavé pro nás bylo zjištění ohledně používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti v rámci diagnostiky. 49 (89%) respondentů odpovědělo, že tuto diagnózu nepoužívají a 6 (11%) respondentů uvedlo, že ano. Z těchto 6 respondentů uvedl 1 respondent, že k vyřešení diagnózy Úzkost ze smrti posuzuje příčiny a vyvolávající faktory, 1 respondent uvedl, že záleží na stavu a individuálním postoji pacienta, 4 respondenti odpověděli,

že pomáhají pacientovi zvládnout jeho situaci a tady by mohly patřit intervence – duchovní podpora (5240), péče o umírající (5260), zmírnění úzkosti (5820), zvládání léčby (2380), podpora rozhodování (5250), objasnění hodnot (5480), aktivní naslouchání (4920), ochrana pacientových práv (7460), usnadnění návštěv (7560), jež jsou uvedeny v článku H. Kisvetrové (2009, str. 3, 4) „Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči“. Je zarážející, že 11% respondentů uvádí, že používá oš. diagnózu Úzkost ze smrti a pouze 7% dokáže napsat alespoň nějakou intervenci. Z tohoto výsledku šetření je vidět, že ještě není zvykem a respondenti ani neumí používat oš. diagnózu Úzkost ze smrti a nejspíš ani ostatní psychosociálně zaměřené oš. diagnózy. Oš. diagnózy, které se používají většinou souvisí s fyzickými problémy než s psychosociálními. Je důležité nezapomínat, že člověk tvoří jednotu, která se skládá z více dimenzí (biologické, společenské, psychické) a je potřebné vnímat je komplexně, jako celek. Ve studii „Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening?“ autorů Ziegelstein, R.C., et al. (2005, s. 395) bylo zaznamenáno, že poskytovatelé péče ženského pohlaví se věnují více psychosociálnímu dotazování než jejich mužské protějšky. Z našeho šetření ovšem vyplývá, že se zapomíná na psychosociální problémy pacientů, přestože je většina respondentů (93%) ženského pohlaví. Dále jsme zjistili v našem dotazníkovém šetření, že 37 (67%) respondentů si myslí, že průběh nemoci je ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, znalostmi o průběhu choroby a 18 (33%) respondentů si myslí, že částečně ano. V článku „Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction“ autorů Moser, D.K., et al. (2007, str. 10) je uvedeno a bylo zjištěno, že psychologické a sociální faktory ovlivňují nemocnost a úmrtnost jedinců s koronárním onemocněním srdce. V porovnání s našim

šetřením je možno říci, že respondenti si jsou ve většině případů vědomi důležitosti psychologických faktorů a jejich vlivu na onemocnění. Dále 8 (15%) respondentů uvedlo, že je důležité pečovat nejvíce o psychiku nemocného a 47 (85%) respondentů odpovědělo, že je potřebné pečovat o všechny dimenze osobnosti nemocného komplexně. Z tohoto vyplývá, že respondenti si jsou vědomi důležitosti nejen fyzických problémů, ale také psychosociálních, ovšem většinou na to zapomínají. Pravděpodobně se těmto problémům pacienta raději vyhýbají, je pro ně náročné je řešit nebo je neumějí řešit. Tato otázka by mohla být předmětem dalšího zkoumání.

V Japonsku proběhla studie, která se zabývá souvislostí mezi úzkostí ze smrti a postojem ke smrti. Ogasawara, Hasegawara a Kume v rozsáhlé studii „Nursing Diagnose and Interventions of Japanese Patientes with End-Stage Brest Cancor Admitted for Different Care Purposes“, která proběhla u pacientek v konečném stádiu rakoviny prsu, zjistili, že japonské sestry nestanovovaly ošetrovatelskou diagnózu vztahující se ke smrti a umírání – Úzkost ze smrti nebo Duchovní nouze. Oš. diagnózy souvisely zejména s fyzickými problémy než s psychosociálními. Postoj japonských sester ukazoval tradiční názor východních kultur na konec života – přijetí smrti klidně a neprojevení úzkosti. Výsledky byly porovnány s podobnou studií u sester v USA. Americké sestry častěji stanovovaly psychosociální ošetrovatelské diagnózy, i když počet pacientů s psychosociálními problémy byl ve zkoumaném souboru menší (Ogasawara, Hasegawara, a kol., 2005, s. 61). Při porovnání s naším šetřením respondenti jen v malém množství (11%) stanovují oš. diagnózu Úzkost ze smrti a není to dáno tím, že by neprožívali úzkost ze smrti, ale zřejmě tím, že se tuto diagnózu ještě nenaučili používat, nebo ji ani neznají. Také zapomínají na psychické problémy pacientů a neřeší je, přestože si jsou vědomi důležitosti komplexního pohledu na člověka.

Zjišťovali jsme také, zda se respondenti na svých pracovištích snaží pomoci překonat pacientům s AIM jejich úzkost ze smrti a pokud ano, jakým způsobem. Pouze 3 (5%) respondenti odpověděli, že se nesnaží o překonání úzkosti ze smrti u pacientů s AIM, 52 (95%) respondentů odpovědělo, že ano, přestože většina odpovídala záporně na to, jestli hodnotí prožívání úzkosti pacienta (78%) a jestli používají oš. diagnózu Úzkost ze smrti (89%). Je to zarážející, jelikož se tyto odpovědi navzájem vylučují, zde je otázkou, zda respondenti odpovídali pravdivě. Těchto 52 respondentů odpovídalo, jakým způsobem řeší úzkost ze smrti svých pacientů, nejčastěji odpovídali, že rozhovorem a informovaností pacienta, poté následovalo podávání farmak a také naslouchání a pochopení pacientovy situace, 2 respondenti uvedli, že kontaktují rodinu a zajišťují návštěvy blízkých. Tyto činnosti by se daly brát také jako součásti intervencí k oš. diagnóze Úzkost ze smrti a respondenti je uvedli, přestože nepoužívají tuto oš. diagnózu. Je vidět, že tuto oš. diagnózu neznají.

Dál jsme se ptaly, zda je podle respondentů dodržováno právo pacienta na informace na jejich pracovišti. 42 (76%) respondentů odpovědělo, že ano, 11 (20%) respondentů uvedlo, že pouze částečně a 2 (4%) respondenti uvedli, že ne. Je znát, že je snaha o dodržování práv pacientů, i když by výsledky mohly být lepší.

Zajímá nás také názor respondentů, jestli mají dostatek času na řešení pacientovy úzkosti v rámci své pracovní doby. 28 (51%) respondentů odpovědělo záporně, 22 (40%) uvedlo pouze občas a jen 5 (9%) respondentů uvedlo, že ano. Pokud respondenti odpověděli záporně měli uvést, proč si myslí, že nemají dostatek času na řešení pacientovy úzkosti. 19 respondentů odpovědělo, že je to pro nedostatečný počet všeobecných sester na jejich oddělení, 6 respondentů si myslí, že je to pro nízkou motivaci sester, 2 respondenti uvedli, že je to dáno nedostatečným finančním ohodnocením sester a 1 respondent uvedl nedostatek času.

V Nemocnici F-M se zatím stále pracuje funkčním systémem, pouze na jednotce intenzivní péče se používá skupinová péče. I když je snaha o zavedení skupinové péče na všech odděleních, stále chybí ošetrovatelský personál, sestry mají nadměrné množství práce a nemohou vše stihnout tak, jak by měly, ačkoliv se o to snaží, také motivace sester a finanční ohodnocení je podle našeho názoru nedostatečné. Přesto by práce ošetrovatelských profesionálů měla být co nejkvalitnější. Sestry by se měly snažit pacientům co nejvíce ulehčit jejich utrpení po všech stránkách i přes nedostatek času, personálu, nízkou motivaci nebo nedostatečné finanční ohodnocení.

Profesní příprava sester v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je ovlivněná úrovní teoretických znalostí a rozsahem praktické výuky ošetrování umírajících. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 8 (14%) respondentů si myslí, že profesní příprava všeobecných sester v oblasti péče o vážně nemocné a umírající je dostatečná, 13 (24%) respondentů si myslí, že ne a 34 (62%) respondentů uvedlo, že částečně ano, ale měla by být rozsáhlejší. Dnes se již začíná dbát i na vzdělávání sester v oblasti etiky a paliativní péče, je potřebné, aby všeobecná sestra byla připravená teoreticky i prakticky na péči o umírající a vážně nemocné a také na to, že se bude setkávat s náhlým a nečekaným úmrtím nemocných. Chen, Den Ben, Fortson a Lewis ve své studii „Defferential Dimensions of Death Anxiety in Nursing Students with and without Nursing Experience“ dokázali, že úzkost ze smrti se u studentů může rozvíjet již v počátečních fázích výuky ošetrovatelství. Pak tato úzkost ze smrti může ovlivňovat postoj k ošetrování vážně nemocných v průběhu další profesní praxe sester (Chen, Den Ben et al., 2006, s. 919). Vzhledem k našemu šetření je možno říci, že respondenti si jsou ve většině vědomi, že by profesní příprava ohledně péče o umírající a vážně nemocné měla být rozsáhlejší. Úzkost ze smrti je zřejmě ovlivňuje při

výkonu povolání. Mají již vlastní zkušenost a mohou posoudit, jak dalece byli připraveni vykonávat svou náročnou profesi.

V další položce dotazníku nás zajímaly názory respondentů, co podle nich nejvíce ovlivňuje úzkost ze smrti u pacientů s AIM. 20 (36%) respondentů uvedlo, že jde o bolest, 12 (22%) respondentů si myslí, že je to závažnost onemocnění 7 (13%) respondentů odpovědělo, že jde o nemocniční prostředí a přístroje, 13 (24%) respondentů uvedlo pocit nedostatku dechu a 3 (5%) respondenti si myslí, že je to starost o blízké. Červený (2005) uvedl ve své studii „Deprese jako následek infarktu myokardu“, že během úzkosti (strachu) ze smrti jde především o bolest na hrudi (Červený, 2005, s. 16). Myslely jsme, že více respondentů odpoví bolest, i když jich takto odpověděla největší část (36%). Zjišťovaly jsme také podle čeho se respondenti domnívají, že pacient trpí úzkostí ze smrti. Odpovědi byly různorodé, respondenti se shodovali v těchto bodech: vystrašenost, bagatelizování nemoci, neklid, strach a nervozita, změny psychiky, znalost diagnózy, dožadování častého kontaktu s personálem, bolest, úzkostlivost nebo agresivita, úzkostné chování a depresivní ladění apod. Ovšem 13 respondentů (24%) neodpovědělo vůbec. Buď se touto problematikou nechtějí zabírat, nebo může jít také o neznalost. Stávalo se také při vyhodnocování této položky dotazníku, že některé odpovědi byly naprosto stejné u dvou nebo i tří respondentů, neuměli si zřejmě s touto položkou poradit, nebo se jim nechtělo chvíli zapřemýšlet.

Je v tomto tématu ještě spoustu nevyřešených a sporných otázek, kterými by se bylo možno zabírat v dalších výzkumných šetřeních a věnovat se jim podrobněji.

Závěr

Bakalářská práce měla za cíl zmapovat problematiku úzkosti ze smrti u pacientů s AIM vzhledem k tomu, jak se na ni dívají všeobecné sestry a zda se ji snaží řešit. Teoretická část obsahuje problematiku úzkosti a strachu, problematiku umírání a smrti, úzkosti ze smrti, kapitolu o akutním infarktu myokardu a jeho psychologické problematice a o tom, jak člověk chápe změny zdravotního stavu, dále jsme se zabývaly sesterskou profesí a také etikou v ošetřovatelství. V praktické části byla provedena analýza výsledků kvantitativního výzkumného šetření, které proběhlo v Nemocnici F-M, p.o. na Interním oddělení.

Cílem práce bylo zjistit, zda na všeobecné sestry působí prožívání úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu a jak se vyrovnávají s pocity, které je při tom provází. Výzkumné šetření prokázalo, že na 8 (15%) respondentů úzkost ze smrti u pacientů s AIM působí a nesou ji velmi těžce, na 39 (70%) respondentů působí částečně, snaží se zachovat profesionálně a nebrat ji osobně a na 8 (15%) respondentů tato úzkost nepůsobí. Bylo zjištěno, že 9 (16%) respondentů se vyrovnává s pocity, které je provází při prožívání úzkosti ze smrti u pacientů s AIM tak, že se snaží o nich promluvit se svými kolegy, 6 (11%) respondentů zadržuje tyto pocity v sobě a nechtějí je rozebírat, 32 (58%) respondentů se snaží pacienta uklidnit – dát mu naději a tím uklidní i sebe, 7 (13%) respondentů žádné pocity neprožívá a 1 (2%) respondent uvedl, že ví, že všichni musíme zemřít (kapitola 7.3). **Cíl č. 1 byl splněn.**

Dalším cílem práce bylo zjistit, zda a jak všeobecné sestry pomáhají pacientům s akutním infarktem myokardu překonávat úzkost ze smrti. Výzkumné šetření prokázalo, že 12 (22%) respondentů hodnotí na jejich oddělení prožívání úzkosti pacienta, z nichž 3 (25%) hodnotí, zda je nebo není, 8 (67%) respondentů zaznamenávají psych. stav pacienta do hlášení sester a do plánu oš.

péče a 1 (8%) respondent uvedl, že si to hodnotí sám a snaží se pacienta uklidnit slovem, pohlazením; 43 (78%) respondentů nehodnotí na svém oddělení prožívání úzkosti pacienta.

Zjistilo se, že 6 (11%) respondentů používá v rámci oš. diagnostiky oš. diagnózu „Úzkost ze smrti“ a používají přitom tyto intervence: 1 (17%) respondent posuzuje příčiny a vyvolávající faktory, 4 (66%) pomáhají pacientovi zvládnout jeho situaci a 1 odpověděl, že záleží na stavu a individuálním postoji pacienta; 49 (89%) respondentů tuto diagnózu nepoužívá.

Dále 52 (95%) respondentů uvedlo, že se snaží na jejich pracovištích pomoci překonat pacientům s AIM úzkost ze smrti, z nichž 30 (58%) respondentů uvedlo, že na jejich pracovištích se o to snaží podáváním farmak, 38 (73%) respondentů uvedlo rozhovor a informovanost pacienta, 28 (54%) uvedlo naslouchání a pochopení pacientovy situace a 2 (4%) respondenti napsali, že kontaktují rodinu a zajišťují návštěvy blízkých; 3 (5%) z respondentů uvedli, že se nesnaží překonat tuto úzkost pacientů s AIM na svém pracovišti.

Také byly zjištěny názory respondentů na to, zda mají dostatek času na řešení pacientovy úzkosti v rámci své pracovní doby, 5 (9%) respondentů uvedlo, že má dostatek času, 22 (40%) odpovědělo pouze občas a 28 (51%) respondentů uvedlo, že ne, z nich 19 (68%) uvedlo svůj názor, že je to způsobeno nedostatečným počtem všeobecných sester na jejich oddělení, 2 (7%) respondenti uvedli, že se tak děje pro nedostatečné finanční ohodnocení sester, 6 (21%) si myslí, že je to způsobeno nízkou motivací sester a 1 (4%) respondent uvedl nedostatek času (kapitola 7.3). **Cíl č. 2 byl splněn.**

Cílem práce bylo také zjistit, co pro všeobecné sestry vlastně znamená slovo smrt a jak se k ní staví. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pro 20 (36%) respondentů znamená slovo smrt absolutní konec života, 15 (27%) respondentů uvedlo, že dle jejich přesvědčení smrtí život nekončí, něco následuje, 10 (18%)

respondentů nemá tuto otázku ujasněnou, pro 9 (16%) respondentů znamená něco negativního, nač raději nemyslí a 1 (2%) odpověděl, že slovo smrt pro něj znamená přechod (kapitola 7.3). **Cíl č. 3 byl splněn.**

Posledním cílem bylo zjistit, jestli se všeobecné sestry dokáží ve svém běžném životě odpoutat od své práce, nebo jestli si nosí své pracovní zážitky a potíže domů. Výzkumné šetření prokázalo, že 18 (33%) respondentů si nosí starosti z práce domů, 14 (25%) respondentů si starosti z práce domů nenosí a 23 (42%) někdy, když se přihodí něco mimořádného.

Dále bylo zjištěno, že 30 (55%) respondentů se po příchodu z práce domů snaží uvolnit a upoutat pozornost jinam, 4 (7%) respondenti se o to nesnaží a 21 (38%) respondentů se někdy potřebuje odreagovat.

Také se zjistilo, že 19 (34%) respondentům k odpoutání pozornosti od pracovních starostí stačí dívat se kolem sebe při cestě domů (stromy, květinový záhon, kolemjdoucí lidé atd.), 21 (38%) respondentů uvedlo, že si jdou zacvičit, zaspportovat, 19 (34%) uvedlo, že relaxuje, 32 (58%) se věnuje domácím pracím, 32 (58%) respondentů uvedlo, že poslouchá hudbu, dívá se na televizi, čte apod., 23 (42%) je se svými přáteli, 1 (2%) respondent uvedl spánek a 4 (7%) uvedli rodinu a děti (kapitola 7.3). **Cíl č. 4 byl splněn.**

Úzkost ze smrti je ošetrovatelským problémem, kterému se všeobecné sestry v rámci svých kompetencí musí věnovat. Úzkost ze smrti prožívají samozřejmě i sestry a tento fakt významně ovlivňuje jejich postoj k ošetřování vážně a akutně nemocných, kteří jsou ohroženi na životě. Mezi takto nemocné samozřejmě patří také nemocní s akutním infarktem myokardu.

Zabývaly jsme se tímto tématem, jelikož se často zapomíná na psychosociální stránku nemoci (jako je např. zrovna úzkost). A málo kdo se touto problematikou zabývá. Naše snaha směřovala k tomu, aby se všeobecné sestry dověděly něco o tomto málo

diskutovaném tématu a vzaly si z něj něco do své praxe a také chceme podotknout, že je potřebné začít sestry více vzdělávat a informovat v této problematice, pořádat více seminářů s tímto a podobným zaměřením. 14.10. 2009 bude v rámci celoustavní ošetrovatelské konference Interního oddělení Nemocnice Frýdek-Místek přednesena prezentace této bakalářské práce.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že na sestry působí úzkost ze smrti u pacientů s AIM a že se obvykle snaží těmto pacientům pomoci překonat jejich úzkost ze smrti, ovšem hodnocení úzkosti je nedostatečné a nepoužívá se, nebo jen sporadicky, oš. diagnóza Úzkost ze smrti. I když sestry ví, že mají pečovat o potřeby nemocného komplexně, je znát, že péče o psychosociální stránku nemocného je nedostatečná. Sestry také uvedly nedostatek času na řešení pacientovy úzkosti, což je alarmující a mělo by se s tím něco dělat, aby péče o pacienta byla kvalitní a komplexní po všech stránkách. Také jsme zjistily, že většina sester si nosí pracovní starosti domů, ovšem snaží se o psychohygienu, která je pro ošetrovatelskou profesi samozřejmě velmi důležitá.

Seznam použité literatury

ABDEL-KHALEK, A., TOMÁS-SÁBADO, J. Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spanish Nursing Students. *Death Studies*, 2005, roč. 29, č. 2, s. 157-167. ISSN 0748-1187.

ČECHOVÁ, V. *Speciální psychologie*. 4. vydání – Dotisk, Brno: NCO NZO, 2004. 155 s. ISBN 80-7042-546-6.

ČERVENÝ, R. Deprese jako následek infarktu myokardu. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, Abstrakt. Sympozium praktických psychiatrů, Olomouc, 15.-16.9. 2005, s. 15-17. ISSN 1213-0508.

DANCHIN, N., CUZIN, E. *Srdeční infarkt, Jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. 1. vydání, Praha: Portál, 2006, 119 s. ISBN 80-7367-077-1.

DUNN, K. S., OTTEN, C., STEPHENS, E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 2005, roč. 32, č. 1, s. 97-104. ISBN 0190-535.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání, Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 1. vydání, Praha: Portál, 2004. 583 s. ISBN 80-7178-820-1.

CHEN, Y., DEN BEN, K., FORTSON, B., et al. Defferential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nurins experience. *Death Studies*, 2006, roč. 30, č. 10, s. 919-929. ISSN 0748-1187.

IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vydání, UP v Olomouci, 2004. 146 s. ISBN 80-244-0892-9.

KISVETROVÁ, H. Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči. In *Sborník příspěvků 5. mezinárodní konference sester domácí péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, s. 37-42. ISBN 978-80-7013-494-8.

KISVETROVÁ, H. Úzkost ze smrti – determinanta postoje sester k ošetrování umírajících v mezinárodních výzkumných studiích. In *Sociokulturní – právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Ed. Pavla KUDLOVÁ et al. Olomouc: VUP, 2008, s. 152-158. ISBN 978-80-244-2105-6.

KLENER, P., et al. *Kardiologie, angiologie; vnitřní lékařství*. Svazek II., 1. vydání, Praha: Galén, 2001. 353 s. ISBN 80-7262-106-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 80-247-2069-2.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

MC CLOCKY, J.C., BULECHEK, G.M. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Fourth Edition. Iowa: Mosby, 2004, 1062 s. ISBN 0-323-02392-4.

MOSER, D.K., RIEGEL, B., MCKINLEY, S., et al. Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatic-medicine*, 2007, vol. 69, no. 1, p. 10-16. ISSN 1534-7796.

NANDA International. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classifications 2009 – 2011*. Iowa: Mosby, 2008. 496 s. ISBN 978 1405187183.

OGASAWARA, C., HASEGAWARA, T., KUME, Y., et al. Nursing Diagnose and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. *International Journal of Nursing Terminologie and Classifications*, 2005, roč. 16, roč. 3/4, s. 54-64. ISSN 1541 5147.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 1. vydání, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.

PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J. a PRAŠKOVÁ, J. *Nadměrné obavy a úzkost a jak je překonat*. 1. vydání, Praha: TNM PRINT, 2005. 95 s. ISBN 80-903539-1-6.

ROFF, L., SIMON, C., KLEMMACK, D., BUTKEVICIENE, R. Levels of death anxiety: a comparison of American and Lithuanian health and social service personnel. *Death Studies*, 2006, roč. 30, č. 7, s. 665-675. ISSN 0748-1187.

ROMAN, E.M., SORRIBES, E., EZQUERRO, O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, vol. 34, no. 3, p. 338-345. ISSN 0309-2402.

ROODA, L.A., CLEMENTS, R., JORDAN, M.L. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 1999, vol. 26, p. 1683-1687. ISBN 0190-535 X.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vydání, Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZIEGELSTEIN, R.C., KIM, S.Y., KAO, D., et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosomatic-medicine*, 2005, vol. 67, no. 3, p. 393-397. ISSN 1534-7796.

Elektronické zdroje:

BYSTRICKÝ, Z. *Charta práv umírajících* [online]. c2009 [cit.2009-02-20]. Dostupný z: <http://www.umirani.cz/>.

ČAS. *Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester* [online]. c2000 [cit.2009-02-20]. Dostupný z: <http://www.cna.cz/>.

PORTÁL 2005. *Úzkost ze smrti* [online]. c2005 [cit.2008-11-25]. Dostupný z: <http://www.portal.cz/>.

SVAZ PACIENTŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Etický kodex práv pacientů* [online]. MZČR, 1.1.2007 [cit.2009-02-20]. Dostupný z: <http://www.pacienti.cz/>.

VONDRÁČEK, L. *Hippokratova přísaha* [online]. 23.5.2001 [cit.2009-02-20]. Dostupný z: <http://www.clkno.cz/>.

ZENTIVA, Projekt Zdravcentra. *Infarkt myokardu* [online]. Poslední aktualizace 2.2.2009 [cit.2009-02-10]. Dostupný z: <http://www.zdravcentra.cz/>.

Seznam zkratek

AIM – akutní infarkt myokardu

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

EKG – elektrokardiografické vyšetření

ICN – Mezinárodní rada sester

NANDA – Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou
diagnostiku (North American Association for Nursing
Diagnosis)

např. – například

NIC – klasifikace ošetrovatelských intervencí (Nursing
Interventions Classification)

s. – strana

oš. – ošetrovatelská

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: <i>Účinky sympatiku a parasympatiku</i>	str. 15
Tabulka č. 2: <i>Doprovázení umírajících</i>	str. 31
Tabulka č. 3: <i>Pohlaví respondentů</i>	str. 65
Tabulka č. 4: <i>Věk respondentů</i>	str. 66
Tabulka č. 5: <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů</i>	str. 67
Tabulka č. 6: <i>Odpracované roky respondentů</i>	str. 68
Tabulka č. 7: <i>Diferenciace poskytované zdravotní péče respondenty</i>	str. 69
Tabulka č. 8: <i>Vliv psychického stavu na nemoc</i>	str. 70
Tabulka č. 9: <i>Dimenze osobnosti</i>	str. 71
Tabulka č. 10: <i>Názory respondentů, podle čeho se domnívají, že pacient prožívá úzkost ze smrti</i>	str. 73,74
Tabulka č. 11: <i>Setkávání se s úzkostí ze smrti</i>	str. 75
Tabulka č. 12: <i>Působení úzkosti pacientů na respondenty</i>	str. 76
Tabulka č. 13: <i>Hlavní faktor ovlivňující úzkost ze smrti u AIM</i>	str. 77
Tabulka č. 14: <i>Vyrovňávání se s úzkostí</i>	str. 78
Tabulka č. 15: <i>Hodnocení úzkostí pacienta</i>	str. 80
Tabulka č. 16: <i>Způsob hodnocení úzkosti</i>	str. 81
Tabulka č. 17: <i>Používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti</i>	str. 82
Tabulka č. 18: <i>Oš. intervence k diagnóze Úzkost ze smrti</i>	str. 83
Tabulka č. 19: <i>Snaha o překonání úzkosti</i>	str. 84
Tabulka č. 20: <i>Způsob pomoci k překonání úzkosti ze smrti</i>	str. 85
Tabulka č. 21: <i>Čas na řešení pacientovy úzkosti</i>	str. 86
Tabulka č. 22: <i>Nedostatek času k řešení úzkosti</i>	str. 87
Tabulka č. 23: <i>Dodržování práva pacienta na informace</i>	str. 88

Tabulka č. 24: <i>Chápání slova smrt</i>	str. 89
Tabulka č. 25: <i>Profesní příprava</i>	str. 91
Tabulka č. 26: <i>Přenášení starostí z práce domů</i>	str. 92
Tabulka č. 27: <i>Snaha o uvolnění a upoutání pozornosti</i>	str. 93
Tabulka č. 28: <i>Činnosti k odpoutání pozornosti</i>	str. 94

Seznam grafů

Graf č. 1: <i>Pohlaví respondentů</i>	str. 65
Graf č. 2: <i>Věk respondentů</i>	str. 66
Graf č. 3: <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů</i>	str. 67
Graf č. 4: <i>Odpracované roky respondentů</i>	str. 68
Graf č. 5: <i>Diferenciace poskytované zdravotní péče respondenty</i>	str. 69
Graf č. 6: <i>Vliv psychického stavu na nemoc</i>	str. 70
Graf č. 7: <i>Dimenze osobnosti</i>	str. 71
Graf č. 8: <i>Setkávání se s úzkostí ze smrti</i>	str. 75
Graf č. 9: <i>Působení úzkosti pacientů na respondenty</i>	str. 76
Graf č. 10: <i>Hlavní faktor ovlivňující úzkost ze smrti u AIM</i>	str. 77
Graf č. 11: <i>Vyrovnávání se s úzkostí</i>	str. 79
Graf č. 12: <i>Hodnocení úzkosti pacienta</i>	str. 80
Graf č. 13: <i>Používání oš. diagnózy Úzkost ze smrti</i>	str. 82
Graf č. 14: <i>Snaha o překonání úzkosti</i>	str. 84
Graf č. 15: <i>Čas na řešení pacientovy úzkosti</i>	str. 86
Graf č. 16: <i>Dodržování práva pacienta na informace</i>	str. 88
Graf č. 17: <i>Chápání slova smrt</i>	str. 90
Graf č. 18: <i>Profesní příprava</i>	str. 91
Graf č. 19: <i>Přenášení starostí z práce domů</i>	str. 92
Graf č. 20: <i>Snaha o uvolnění a upoutání pozornosti</i>	str. 93

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 3: Hippokratova přísaha

Příloha č. 4: Etický kodex sester

Příloha č. 5: Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 6: Charta práv umírajících