

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Postoj ke smrti a psychická zátěž sester na odděleních
se zvýšeným rizikem úmrtí**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Petra Vonešová, R.N.
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15.08.2013

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou umírání a smrti v profesi sestry. S umíráním a smrtí se sestry setkávají velmi často. Četnost úmrtí je závislá i na typu oddělení. Zdravý člověk nad smrtí většinou nepřemýšlí, ale v době nemoci čelí mnohdy nejistotě, začne řešit mnoho otázek a jednou z nich může být umírání a smrt. Setkání s umírajícím je psychickou zátěží jednak pro zdravotnický personál, ale i pro rodinu, přátele i blízké.

Člověk by v době umírání neměl být sám. Pro sestru je důležité umírajícímu porozumět a umět se vcítit do jeho pocitů. V neposlední řadě je pro ošetrovatelský personál důležité zvládnout komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. K tomu přispívá vyjasnění si vlastních postojů k otázkám smrti. V praxi pracují sestry, které získaly kvalifikaci na různých typech škol. Vzdělání ovlivňuje jejich vědomosti, ale může částečně ovlivnit jejich myšlení a postoje.

Od zdravotníků se očekává profesionální přístup a určitá dávka empatie. Otázkou je, zda jsou sestry na konfrontaci se smrtí připraveny a dokážou-li se s fyzickou a psychickou zátěží vyrovnat. Dlouhodobé působení nadměrné psychické zátěže a stresu může vyústit v celou řadu nemocí. Důležité je, aby sestra věděla, jak se takovým negativním dopadům vyhnout.

Teoretická část práce popisuje současný stav, objasňuje specifika paliativní péče v intenzivní péči, při ošetrování chronicky nemocných a v pediatrii, charakterizuje postoje a jejich funkci v souvislosti s náročnými životními situacemi. Dále se teoretická část zabývá psychickou zátěží sester v souvislosti s umíráním a pravidly komunikace multidisciplinárního týmu v paliativní péči.

Práce má čtyři cíle. Prvním cílem je zjistit, zda se sestry cítí po zakončení kvalifikačního studia připravené na konfrontaci se smrtí. Dalším cílem je zjistit, zda četnost úmrtí na pracovišti ovlivňuje psychickou zátěž sester a postoj ke smrti. Třetím cílem je zjistit, zda z pohledu sester informace a zkušenosti získávané během studia ovlivnily jejich postoj ke smrti a odborné dovednosti v péči o umírající. Ve výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník.

Respondenti odpovídali na 35 otázek. Z nichž 17 otázek bylo uzavřených a 18 otázek polouzavřených. Výzkumné šetření je doplněné statistickým šetřením. Osloveny byly sestry pracující na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí. Sběr dat se uskutečnil na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko resuscitačních odděleních, interních a chirurgických odděleních. Dále v zařízení pro seniory, neonatologickém oddělení, dětských jednotkách intenzivní péče.

Stanovili jsme čtyři hypotézy. H1: Postoj sester ke smrti je závislý na stupni vzdělání nebyla potvrzena. Z výzkumného a statistického zpracování výsledků vyplynulo, že není rozdíl v postojích vzhledem k dosaženému stupni vzdělání. H2: Postoj sester ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě, také nebyla potvrzena. Z odpovědí respondentů vyplývá, že jejich postoj ke smrti nejvíce ovlivňují zkušenosti získané během praxe. H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester, byla potvrzena. Respondenti uváděli, že prožívají stále stejné pocity a dále nejvíce odpovídali, že nic nepocítují nebo o pocitech nepřemýšlí a smrt považují za součást své profese. H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe. I poslední hypotéza byla výzkumným a statistickým šetřením potvrzena.

Z výzkumného šetření a z testování hypotéz vyplývá, že při studiu není dostatečná pozornost věnována oblasti péče o umírající. Zkušenosti získávají sestry hlavně až během praxe. Dále z výzkumu vyplynulo, že je důležité učit sestry efektivní komunikaci a empatii. Znepokojující dále je závěr, že více než péče o umírající, sestry vyčerpávají konflikty na pracovišti, špatné interpersonální vztahy, nedostatečné finanční ohodnocení. Dochází tak ke zbytečnému plýtvání sil a je patrné, že práce sestry stále není příliš doceněna. Tyto faktory mají vliv na kvalitu odvedené práce a mohou být příčinou vzniku syndromu vyhoření.

Abstract

The diploma thesis deals with the issue of dying and death within the job of a nurse. Nurses very often see dying and death. Death rate also depends on type of the ward. A healthy person usually does not think about death, but being ill one is uncertain and starts to ask many questions, which may also include questions about dying and death. Meeting a dying person is psychically demanding for the medical staff as well as for the family, friends and the dearest.

A dying person should not be alone. It is a crucial thing for a nurse to understand the dying person and to be able to understand his/her feelings. Last, but not least, the medical staff must be able to communicate with the dying person and his/her family. It helps to make one's attitudes to death clear. Nurses, who gained their qualifications at different types of schools, work in practice. Education affects their knowledge, but partially it may also affect their ideas and attitudes.

The medical workers are expected to be professional and empathic. It is a question if the nurses are prepared to face the death and if they can cope with the physical and psychological stress. Long-term excessive psychological stress may result in numerous diseases. A nurse must know how to avoid such negative impacts.

The theoretic part of the thesis describes the present status, explains specificities of palliative treatment within intensive care, within care for chronically ill patients and in paediatrics, it specifies attitudes and their functions in connection with difficult life situations. Furthermore, the theoretical part deals with psychological stress imposed on nurses in connection with dying and rules of communication in a multi-disciplinary team within palliative care.

There are four objectives of the thesis. The first objective is to find out whether nurses feel ready to meet death after finishing qualification studies. Another objective is to find out whether death rate in the workplace affects psychological stress imposed on the nurses and their attitude to death. The third objective is to find out whether the nurses think that the information and experience gained during studies affected their attitude to death and professional skills of care for dying patients. The research part made use

of quantitative research. Data collection was made through anonymous questionnaires. Respondents answered 35 questions. Out of that, 17 questions were closed and 18 questions were semi-closed. The research survey was completed with statistical survey. Nurses, who work in wards with higher risk of death, were contacted. Data collection was made in intensive care units, anaesthesiological-resuscitation wards, internal and surgical wards. Furthermore, in facilities for senior citizens, in neonatological wards, child intensive care units.

We have made up four hypotheses. H1: Nurses' attitude to death depends on the level of education was not confirmed. The results of research and statistic survey showed that there is no difference in attitude in connection with the level of education reached. H2: Nurses' attitude to death depends on experience with death in personal life was not confirmed either. The respondents' answer showed that their attitude to death is mostly influenced by experience acquired in practice. H3: Death rate reduces psychological stress of nurses, was confirmed. The respondents said they had still the same feelings and at most they answered that they did not feel anything, or they did not think about their feelings and they consider the death to be a part of their occupation. H4: Subjective readiness of nurses to meet death does not depend on finishing of qualification studies, but it depends on experience acquired in practice. The last hypothesis was confirmed by research and statistic survey, as well.

The research and tests of hypothesis have revealed that sufficient attention has not been paid to the issue of care for dying patients within studies. Nurses acquire their experience mostly in practice. Furthermore, the survey showed that it is an important thing to teach the nurses to communicate effectively and to feel empathy. The conclusion, that nurses are more stressed with conflicts at the workplace, bad interpersonal relationships, low wages than with care for dying patients, is alarming. Thus the labour force is wasted unnecessarily and it is obvious that the occupation of a nurse has not been appreciated properly, yet. Such factors influence quality of the work done and may cause the burn-out syndrome.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 07.07.2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi ochotně poskytovala po celou dobu psaní mé diplomové práce.

Obsah:

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 Paliativní péče	12
1.1.1 Paliativní péče o pacienty v intenzivní péči	14
1.1.2 Paliativní péče o pacienty s chronickým onemocněním.....	16
1.1.3 Paliativní péče v pediatrii	17
1.1.4 Vzdělávání v paliativní péči	18
1.2 Postoje a jejich funkce	20
1.2.1 Člověk a jeho postoje k náročným životním situacím.....	23
1.3 Psychická zátěž a stres sester v souvislosti s umíráním	26
1.3.1 Zvládání stresu a jeho prevence.....	28
1.4 Zvláštnosti a pravidla komunikace multidisciplinárního týmu v paliativní péči	30
1.4.1 Komunikace s onkologicky nemocným.....	32
1.4.2 Komunikace s umírajícím seniorem a geriatrickým pacientem	34
1.4.3 Komunikace s umírajícím dítětem.....	35
1.4.4 Komunikace s pozůstalými.....	37
2 Cíle a hypotézy	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Hypotézy práce	39
3 Metodika	40
3.1 Použité metody	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
4 Výsledky	41
4.1 Výsledky analýzy dotazníků	41
4.2 Statistické testování hypotéz	66
5 Diskuze	69
6 Závěr	78
7 Zdroje	80

8 Klíčová slova	86
9 Přílohy	87

Úvod

„Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít“.

Henry van Dyke

Umírání a smrt je u nás v ČR stále tabuizované téma. Literatury pro odbornou i laickou veřejnost je napsáno dost, ale odborná i laická veřejnost ji sama aktivně nevyhledává. Pokud jsme zdraví, nad smrtí většinou nepřemýšlíme, ale až v době nemoci začneme řešit mnoho otázek a jednou z nich může být umírání. Smrt je buď jako přirozené zakončení dlouhého života nebo přichází náhle z plného zdraví. Umírají mladí, staří i děti. Setkání s umírajícím je velkou psychickou zátěží pro zdravotnický personál, jeho rodinu, přátele a blízké.

Většinou se lidé bojí ne tolik samotné smrti, jako spíše toho, co se bude dít před ní. Bojí se utrpení, bolesti, samoty, bezmocnosti, nesoběstačnosti. Je těžké opouštět své blízké. Dříve se často umíralo doma, v kruhu rodiny a blízkých. Smrt byla považována jako přirozená, konečná etapa života. Nyní máme tendenci se tomuto tématu spíše vyhýbat, nepřipouštíme si, že smrt se týká každého z nás, jen nevíme, kdy přijde. Je důležité umírajícímu porozumět a umět se vcítit do jeho pocitů. Člověk by v této chvíli neměl být sám. Ale je bohužel obecně známo, že se tak stále děje. Medicína často usiluje o co největší oddálení samotné smrti. Na druhou stranu si každý přeje umřít důstojně a bez bolesti. Mírnit utrpení umírajícího by mělo být na prvním místě v péči o umírajícího, ať už roli pečovatele plní zdravotnický personál či rodina (Kutnohorská, 2007). Pro ošetřovatelský personál a pro lékaře je důležité zvládnout také komunikaci s umírajícím a s jeho rodinou. K tomu přispívá vyjasnění si vlastních postojů k otázkám smrti a přijetí faktu, že každého čeká poslední cesta. V neposlední řadě i životní a pracovní zkušenosti mohou ovlivňovat postoj sester ke smrti a umírání.

Otázkou je, zda jsou sestry na konfrontaci se smrtí připraveny a zda se dokážou vyrovnat s fyzickou, ale i psychickou zátěží. Očekává se od nich profesionální přístup a jistá dávka empatie. Dlouhodobé působení nadměrné psychické zátěže a stresu se může projevit psychosomatickými potížemi a vyústit v celou řadu nemocí. Pro sestru je důležité, aby věděla, jak se těmto negativním dopadům vyhnout. To vyžaduje odborné

znalosti i dovednosti. V praxi pracují sestry, které získaly kvalifikaci na různých typech škol. Vzdělávání zvyšuje jejich vědomosti, ale může částečně ovlivnit i jejich postoje a myšlení.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda se sestry cítí po zakončení kvalifikačního studia připravené na konfrontaci se smrtí. Dále zkoumáme, zda četnost úmrtí na pracovišti má vliv na psychickou zátěž sester a zda zkušenosti získané během studia, ovlivnily postoj sester ke smrti či nikoliv.

1 Současný stav

V nemocnicích se sestry setkávají se smrtí velice často, záleží i na typu oddělení. Někdy se jedná o úmrtí, které je přirozeným zakončením dlouhého života, jindy jde o úmrtí náhlé, které přichází z plného zdraví. Umírají lidé ve vysokém věku, ale i mladí, děti i novorozenci. Péče o umírající znamená pro zdravotníky nadměrnou zátěž na jejich psychiku. Taková péče vyžaduje především patřičné znalosti a dovednosti, stejně tak i komunikační schopnosti, ať už při ošetřování umírajících nebo nevléčitelně nemocných, či při setkání s jejich blízkými nebo pozůstalými. V praxi pracují sestry, které získaly kvalifikaci na různých typech škol. Výše vzdělání může mít vliv i na jejich postoj ke smrti, z důvodu získaných informací během studia. V neposlední řadě i životní a pracovní zkušenosti mohou ovlivňovat postoj sester ke smrti a umírání. Vlastní postoj ke smrti je v práci sestry nejdůležitější, protože ovlivní její přístup k umírajícím pacientům. Poskytnout kvalitní a profesionálně provedenou ošetrovatelskou péči může jen ten zdravotník, který sám zná své pocity, umí naslouchat a nebojí se přemýšlet nad svou smrtí. Mezi hlavní priority v ošetrovatelské péči o umírající patří komunikace sestry s nemocným, ale i s jeho rodinou. Cílem komplexní ošetrovatelské péče o umírající je zmírnit utrpení a zachovat důstojnost každého jedince (Kelnarová, 2007).

1.1 Paliativní péče

Smrt člověka by měla být soukromou záležitostí, která se týká rodiny a přátel umírajícího. Dnes smrt ale spíše ztrácí na intimitě a je ovlivňována složitými medicínskými postupy a technologiemi. Technické pokroky jsou pro moderní medicínu velmi přínosné, rozšiřují možnosti léčby, ale na druhou stranu lékaři často stojí před rozhodnutím, zda má smysl prodlužovat život pacientů, kteří nemají téměř žádnou šanci na uzdravení. Při takovém rozhodnutí je nutné věnovat pozornost určitým faktorům, mezi které patří fyzický a psychický komfort, respektování individuality a osobnosti pacienta, efektivní koordinace komplexní péče, tlumení bolesti a dále i emocionální

podpora umírajícího a jeho rodiny. Rozhodnutí často komplikují klinické, etické a právní dilemata (Balogová, 2012). Sláma, Kabelka, et al. uvádějí, že paliativní péče je: „Aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (2001, s. 25)“.

Indikací k paliativní péči jsou onemocnění onkologického původu i neonkologická onemocnění, jako jsou terminální stadia chronického selhání srdečního, dýchacího, jaterního, ledvinného systému, dále syndromu demence a terminální stadia geriatrických pacientů (Marek, et al., 2010).

V paliativní péči je velký důraz kladen na multidisciplinární přístup k nemocnému, který zajišťuje multidisciplinární tým složený z lékařů různých specializací, sester, nutričních terapeutů, sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, psychologů nebo psychiatrů, duchovních a další pracovníků dle potřeby. Do týmu by měli být zařazeni i členové rodiny, přátelé, dobrovolníci. Paliativní péče vyžaduje spolupráci všech členů celého ošetrovatelského týmu (Vorlíček, Adam, et.al., 2004).

Paliativní péče usiluje o prodloužení a zachování života, který je pro pacienta svou kvalitou přijatelný, respektuje důstojnost, vychází z přání a potřeb pacientů a snaží se vytvořit takové podmínky, aby umírající poslední chvíle svého života mohl prožít v okruhu svých blízkých ve vlídném prostředí (Sláma, Kabelka, et.al., 2011). Paliativní ošetrovatelská péče je poskytována formou ošetrovatelského procesu, který představuje specifické ošetrovatelské zásahy formou systematického a racionálního postupu. Od sestry poskytování takové ošetrovatelské péče vyžaduje profesionalitu, individuální a empatický přístup, respektování osobnosti člověka, budování důvěry a uznání pacientových priorit (Cinová, Ondriová, 2012).

Mezi základní etické principy paliativní péče patří autonomie pacienta. To znamená, že každý pacient se podílí na volbě zvoleného léčebného postupu, který je proveden na základě svobodného a informovaného souhlasu. Zapojení pacienta do rozhodování je příležitost, jak posunout úroveň komunikace na kvalitativně vyšší úroveň. Dalším etickým aspektem je informovanost pacienta. Má právo být plně informován o zdravotním stavu, ale stejně tak má i právo informaci odmítnout. Má

právo si zvolit, kdo z jeho blízkých může být informován a kdo naopak ne. Dostatek informací je předpokladem pro racionální rozhodování. Princip benefice vyjadřuje závazek, že pro pacienta bude uděláno vše, co je prospěšné pro jeho dobro. Představa pacienta nemusí být v souladu s představou zdravotníka. Zde je ideálním nástrojem opět pravdivá a empatická komunikace. Princip nonmaleficence znamená neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. Ve smyslu snažit se vzdalovat od pacienta vše škodlivé od bolesti až po sociální ublížení, kdy například může jít o rodinný nátlak při rozdělování majetku. Posledním principem je spravedlnost, to je poměr mezi potřebami člověka a tím, co je společnost schopna mu zajistit. Rozdíly mohou být v dostupnosti paliativní péče v jednotlivých regionech, stejně tak se může vyskytnout různá úroveň kvality péče. V praxi se mnohdy stává, že jednotlivé principy mohou být ve vzájemném etickém konfliktu, pak je podstatné, zvolit to kritérium, které je pro pacienta aktuálně prospěšné (Sláma, Kabelka, et al., 2011). Haškovcová (2007) pokládá za alarmující a zajímavé zjištění, že zdravotníci, kteří mají opakované zkušenosti s péčí o umírající, považují kvalitu péče o nevléčitelně nemocné a umírající za nedostatečnou. Nejhuře je zdravotníky hodnocena péče o psychický stav umírajících a jejich rodin. Negativně je hodnocena i míra informovanosti nemocných vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. O důležitosti zlepšit péči o umírající, je dle výzkumu Haškovcové (2007), přesvědčeno i 91% dotázaných občanů.

1.1.1 Paliativní péče o pacienty v intenzivní péči

Na jednotky intenzivní péče jsou přijímáni pacienti s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Anesteziologicko resuscitační oddělení je určeno pacientům, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí nebo k tomuto selhání již došlo. Na všech těchto odděleních intenzivní péče je nepřetržitě sledován zdravotní stav pacientů sestrou a zaznamenáván do dokumentace (Zadák, et al., 2007).

Rozsah péče je závislý na diagnóze a zdravotním stavu, který se může neustále vyvíjet. Smrt může být zapříčiněna akutním onemocněním, úrazem, dopravní nehodou nebo může být následkem chronického onemocnění. Mohou umírat lidé v pozdním věku, ale i děti a mladí lidé, mnohdy z plného zdraví. Někteří novorozenci mohou zemřít po několika hodinách či dnech života. (Kapounová, 2007; Payenová, Seymourová, 2007).

Přestože intenzivní a paliativní péče, co se týče odbornosti, stojí na opačných stranách, mají mnohé společné. Personál často zažívá fyzicky a emočně náročné situace. Pečují o pacienty, kteří jsou velmi zranitelní a mají mnoho potřeb. Často dochází ke konfrontaci se smrtí a s touto situací se musí personál umět vyrovnat. Musí umět pomoci nejen pacientům, ale i jejich blízkým (O'Connor, Aranda, 2005).

Péče o umírající a proces umírání je v intenzivní péči ohraničen na velmi krátkou dobu. Často jen na několik dnů, či hodin. V intenzivní péči převládá technické a přístrojové vybavení. Hluk, ostré světlo a přístroje působí dojmem, že technologie převládá nad osobností člověka, nad tím co je lidské a emocionální. Seymour (2001 in O'Connor, Aranda, 2005) se domnívá, že v kontextu intenzivní péče často chybí hlavní aspekt paliativní péče, a to je uvědomění si nemocného, že umírá. Sestra by měla podporovat pacienta a umět rozpoznat a saturovat jeho potřeby. V intenzivní péči mezi nejčastější patří potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti (O'Connor, Aranda, 2005; Kapounová, 2007).

Podle studie Seymour (in O'Connor, Aranda, 2005) až 90% pacientů na odděleních intenzivní péče umírá na základě rozhodnutí o neposkytnutí nebo ukončení život prodlužující léčby. Z toho vyplývá, že je potřeba aspekty paliativní péče v intenzivní medicíně více uplatňovat. Nebrat na vědomí konečnost lidského života je dle Haškovcové (2007) projevem lidské i profesionální neodpovědnosti.

1.1.2 Paliativní péče o pacienty s chronickým onemocněním

Lidem, kterým je dnes poskytována paliativní péče, mají převážně nádorové onemocnění, ale i u celé řady chronických onemocnění lze efektivně využít principy paliativní péče. Specializovanou paliativní péči poskytují hospice. Zde pracují zdravotničtí a sociální pracovníci, kteří mají specializaci v paliativní péči, pracují v rámci multidisciplinárního týmu. Haškovcová zmiňuje nutnost integrovat paliativní péči do stávajících zdravotnických zařízení. Většinou je ale poskytována nespecifická paliativní péče, kterou zajišťují zdravotničtí pracovníci v rámci klinické praxe. Při poskytování takové péče využívají svých znalostí principů paliativní péče (Vorlíček, Abrahámová, 2006; Haškovcová, 2007).

O'Connor a Aranda (2005) uvádějí, že nemocným, kteří umírají na chronické, nezhoubné onemocnění, se nedostává takové úrovně léčby a psychické podpory jakou potřebují. Na oddělení paliativní péče nebo do hospicu jsou převážně přijímáni lidé s nádorovým onemocněním. Pacienti v konečném stadiu onemocnění nenádorového původu prožívají při umírání stejnou fyzickou, emocionální a psychickou tíseň jako pacienti s nádorovým onemocněním. Zrovna tak jsou podobné i symptomy a problémy pacientů. V terminální fázi onemocnění se může vyskytnout extrémní dušnost, bolest, únava, poruchy spánku, žízeň, nechutenství, zácpa a řada dalších.

Důležité je, aby sestry stále rozvíjely dovednosti a znalosti v oblasti o umírajícího pacienta a jeho rodinu, protože holistický přístup zahrnuje jednak péči o pacienta, ale také o jeho blízké. Sestra musí posoudit a sledovat pacientovy příznaky, péči je potřeba plánovat společně s rodinou a členy multidisciplinárního týmu. Důležité je zajistit pacientovi požadovaný komfort, provádět průběžné hodnocení a pohotově reagovat na změny ve zdravotním stavu. O průběhu léčby a postupech musí být pacient a jeho rodina neustále informováni. Je třeba poskytovat podporu a útěchu, naslouchat pacientovým obavám. Pro členy rodiny je nejdůležitější pocit a ujištění, že jejich blízký netrpí. Úkolem sestry je poskytovat rodině praktické rady a pomáhat vyrovnat se s umíráním a zármutkem (Vorlíček, Abrahámová, et.al., 2006).

1.1.3 Paliativní péče v pediatrii

Pediatrie byla tradičně zaměřena na vyšetřování, diagnostiku, péči a léčbu nemocí dětí. Pokroky medicíny a technologie přispívají k vyléčení nebo prodloužení života mnoha dětí se závažným či život ohrožujícím onemocněním. Mezi odpovědnost dětských sester patří i pomoc v umírání. Mezi nejčastější život ohrožující nemoci v dětském věku patří nádorová onemocnění, extrémní nezralost novorozence, genetické nemoci, HIV infekce, těžká mozková obrna, svalová dystrofie, cystická fibróza, progresivní onemocnění nebo vrozené vady a jiné. U těchto nemocí může být od začátku poskytována paliativní péče, která může trvat i několik let (O'Connor, Aranda, 2005; Thomson, Knapp, et al., 2009).

Paliativní péče o děti zaostává za rozvojem paliativní péče o dospělé pacienty. O'Connor a Aranda (2005) se domnívají, že existuje málo vědeckých důkazů, o které by se rozvoj paliativní péče v pediatrii mohl opřít. Také bariéry, které samotný rozvoj zpomalují, jsou jednak na straně rodičů a i na straně zdravotníků. Rodiče nejsou schopni přijmout fakt, že se z péče léčebné přejde na péči, která se označuje jako paliativní. Ze stran zdravotníků se může jednat o nedostatek vědomostí o smrtelných onemocněních v dětském věku, nedostatečných znalostí o léčbě bolesti, špatné zvládání psychického stresu, nedostatek zkušeností v péči o dětské pacienty v terminálním stadiu nemoci.

Přijetí vážné nemoci s možnou hrozbou smrti je značně limitováno věkem dítěte. Dle Haškovcové (2007) je třeba důsledně rozlišovat potřeby dětí předškolních, ve věku školní docházky, v pubertě a v adolescenci. Dále musí být brán ohled na jejich psychickou zralost, osobní zkušenosti a rozumové schopnosti.

Potřeby umírajících dětí se liší od potřeb dospělých pacientů. Dle Vickers a Carlisle (2000 in O'Connor, Aranda, 2005) tradiční nemocniční péče není vždy nejvhodnějším prostředím při poskytování paliativní péče dětem. Pokud je to možné, většina rodin volí raději domácí péči. Věk dítěte ovlivňuje, jak chápe nemoc a smrt, jak umí komunikovat a je schopno se podílet na rozhodování o péči, i to, jak reaguje na bolest. Zemře-li dítě,

fáze truchlení u pozůstalých bývá většinou delší. Pro rodinu je smrt dítěte velmi traumatizující událost.

Podle Světové zdravotnické organizace paliativní péče v pediatrii zahrnuje komplexní péči o tělo, mysl i ducha dítěte a také péči o jeho rodinu. Začíná v době stanovení závažné život ohrožující diagnózy a poskytuje se bez ohledu na to, zda dítě podstupuje nebo nepodstupuje léčbu zaměřenou na nemoc. Zdravotník musí mírnit a umět posuzovat tělesné, psychické a sociální potíže dítěte. Efektivní paliativní péče může být poskytována v nemocnicích, ale dokonce i v domácím prostředí (Heřmanová, Vácha, et.al., 2012). V České republice se pomocí rodičům a dětem věnuje dětský hospic Nadačního fondu Klíček v Malejovicích ve Středním Posázaví. Usiluje o zlepšení životních podmínek vážně nemocných dětí a jejich rodin. Pro celkový prospěch dětí jsou důležité charakterové vlastnosti sester, které mají působit nejen jako obhájkyně dětských práv, ale i jako příklad dětem a jejich rodičům. Děti, pokud jsou nemocné, v mnoha situacích přemýšlejí o smyslu života a v tomto období plném nejasností a strachu, mohou sestry podat pomocnou ruku (Heřmanová, Vácha, et. al., 2012).

1.1.4 Vzdělávání v paliativní péči

Pro stanovení cílů pro vzdělávání v oblasti paliativní péče je třeba vycházet z potřeb jednotlivých skupin. Jednou skupinou jsou nemocní a členové jejich rodin. Další skupinou jsou zdravotníci, kteří přicházejí s nemocnými do blízkého kontaktu a dále dobrovolníci z řad profesionálů i laiků, kteří s nemocnými nezdědka tráví nejvíce času. Podstatnou část nemocných v paliativní péči tvoří onkologicky nemocní, proto by mělo být hlavním cílem zlepšení medicínské a ošetrovatelské péče o tyto nemocné. Ale nelze opomíjet ani specifika ošetrovatelské péče o děti a nemocné ve vysokém věku. Dílčí cíle vzdělávání vycházejí ze zjištěných nedostatků a rezerv, které zdravotníci mají. Nespokojenost s kvalitou práce a pocit profesionálního selhávání může vést k frustraci zdravotníka (Vorlíček, Adam, 2004). Dle Vorlíčka, et al. (2004) během studia

v přípravě sester i lékařů není dostatečná pozornost věnována osvojení si profesionálně správné komunikace.

Vzdělávání v paliativní péči by mělo odrážet filosofii a celostní povahu paliativní péče. Předpokladem také je, aby zdravotníci znali své silné a slabé stránky, získali sebedůvěru a odvalu využívat své schopnosti, dovednosti a získané znalosti. To však vyžaduje otevřenost a ochotu zkoumat a poznávat osobní hodnoty, postoje a obavy.

Průzkum Kisvetrové (2011) prokázal, že mladé sestry do 35 let mají zájem o práci s umírajícími v duchu hospicového přístupu. Dle Kisvetrové to může být ovlivněno faktem, že získaly profesní vzdělání až po pádu totalitního režimu, kdy do vzdělávání zdravotníků byly opět zařazeny předměty s psycho- sociální a spirituální problematikou, které souvisí s péčí o terminálně nemocné a předměty hospicová a paliativní péče. Poznatky pak mohou zpětně ovlivnit postoj k vlastní smrti a formuje se přístup sester k umírajícím. Většina sester (99,1%) projevuje zájem o získávání informací k problematice ohledně smrti.

Klíčovou roli ve vzdělávání může hrát manažer týmu. Musí podporovat individuální a kolektivní vzdělávání, které povede ke změně chování personálu, rozšíří poznatky a celkově povede k profesnímu rozvoji celého ošetrovatelského týmu.

Prostřednictvím Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) je možné absolvovat akreditované a certifikované kurzy. V současné době NCONZO nabízí například kurz Bazální stimulace, Komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků pracujících v zařízení pro seniory, Metody stanovování nutričních potřeb pacientů v těžkém stavu, Ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí, PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací, Resuscitační a intenzivní péče o děti, Specifická péče o chronické rány a defekty, Zajištění průchodnosti dýchacích cest, Zvládnání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření, Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitační a intenzivní péči. Získané poznatky na základě absolvování kurzů lze uplatnit jistě i v oblasti péče o umírající. Kurzy paliativní péče nabízí také Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) v Praze (NCO NZO, 2013; IPVZ, 2013). Dále je možné vzdělávat se prostřednictvím seminářů

či přednášek, které pořádají hospice, soukromé společnosti, nemocnice, kliniky nebo jednotlivá oddělení. Jen vzdělaná sestra bude schopna zvládnout náročnou ošetrovatelskou péči o umírající, ovládnout strach a úzkost ze smrti, rozumět potřebám svým i pacientů, umět je včas rozpoznat. Důležité je učit se v paliativní péči dobré a efektivní komunikaci s pacientem a jeho blízkými. Podstatné je, aby všichni zdravotníci pochopili, že smrt je přirozeným zakončením života a umírající má právo na kvalitní život a péči při procesu umírání (Kelnarová,2007).

1.2 Postoje a jejich funkce

Samotným základem postojů jsou hodnoty. Postoje vyjadřují vztah k určité oblasti reality a mají těsnou souvislost s uznávanými hodnotami. Díky tomu jsou hůře změnitelné než názory. Ke změně postojů dochází vzácněji a pomaleji, mění se nejčastěji v kritických nebo emočně vypjatých událostech (Hroník, 2006).

Postoj je tvořen třemi základními složkami. Kognitivní představuje souhrn informací a z něho vyplývající názor na situaci. Složka citová dává situaci či objektu význam, který se projeví emocionálním hodnocením a prožitkem, jaký tento podnět vyvolá. Ten může být příjemný nebo nepříjemný. Konativní složka je vnějším projevem postoje. Je to tendence reagovat nebo jednat určitým způsobem, přičemž je chování ovlivněno rozumovou i emoční složkou postoje. Člověk má přirozenou tendenci udržet přijatelné vnitřní konzistence svých postojů. Pokud by došlo k rozporům mezi emočním a rozumovým hodnocením, postoj by mohl po určitou dobu kolísat. Obvykle pak převládne složka emoční. Zážitky, které vyvolávají pozitivní nebo negativní emoce, posilují určitý postoj. Emoční prožitek bývá silnějším prostředkem k vytvoření a trvalejší fixaci určitého postoje, než je tomu u racionálního hodnocení. Pokud by šlo o intenzivní emoci, může to přispět ke změně postoje (Vágnerová, 2005).

Část postojů je vrozená, ale většinu získáváme během našeho života prostřednictvím osobních zkušeností, ale i zprostředkovaně a sociálním učením (Výrost, 2008). Postoje vytvořené sociálním učením přejímáme od druhých lidí, především

od těch, kteří jsou pro nás významní nebo které považujeme za autoritu. Děje se tak nápodobou, kdy lidé imitují takové chování, které je pro ně z nějakého důvodu atraktivní, nebo identifikací, která je pokusem o posílení vlastní hodnoty a ztotožnění se s někým, koho lze obdivovat. Často lidé přejímají postoj převažující v sociální skupině, se kterou se identifikují a mají potřebu sounáležitosti se svou skupinou, ať už je to rodina nebo parta (Vágnerová, 2005). V průběhu socializace se utváří i postoj a strach ze smrti. Tento postoj ovlivní společenské klima a kulturní koncept společnosti, ve které člověk žije (Bužgová, 2010). Slováková ve své studii (2010) uvádí, že postoj ke smrti se utváří v průběhu socializace v dané společnosti a kultury. Formování postoje ke smrti je individuální a záleží na osobnostních faktorech.

Tendenci přetrvávat za všech okolností, mají zejména postoje, které vznikly v dětství. Postoj ke smrti se vyvíjí v čase a je ovlivněn mnoha okolnostmi. Člověk je ovlivněn svými rodiči a dalšími důležitými osobami, které nás provázejí během našeho života. Výrazně je postoj ke smrti ovlivněn tím, jak k setkávání se smrtí dochází. Pokud zemře někdo blízký, člověk má možnost si skutečnost smrti uvědomit a zaujmout k ní nějaký postoj. Postoj je ovlivněn i dobou, kdy dojde k prvnímu reálnému setkání se smrtí. Zda je to již v dětství nebo až v dospělosti. Důležitá je pro člověka také podpora rodiny a blízkých. Podle Markové (2010) profesionál, v jehož rodině nebylo téma o smrti tabu, bude mít pravděpodobně jednodušší a přirozenější přístup k nemocným, kteří kladou otázky spojené se smrtí.

Postoje mohou být pozitivní i negativní. Mají určitou intenzitu a délku trvání, která závisí na dalších získaných zkušenostech. Postoje mohou mít různou kvalitu vztahu jedince k objektu, ve smyslu přijímání, odmítání, sympatie, antipatie (Mikuláščík, 2010). Pro studenta či absolventku může být vzorem sestra nebo pracovní kolektiv, od kterého přejímá chování, dovednosti, zkušenosti, ale bohužel i třeba zlozvyky. Mnohé přijaté postoje se vyznačují rezistencí ke změně a obtížně se mění. Děje se tak proto, že jsou přejaty jako hotový motivační vzorec (Vágnerová, 2005).

Nezanedbatelné sociální důsledky má specifická kategorie postojů a jsou jím předsudky. Mají silný emoční náboj a slabou kognitivní složku. Takové postoje se utvářejí většinou na afektivní bázi, člověk o dané skutečnosti má málo informací

a minimální nebo žádné zkušenosti, proto jsou těžko ovlivnitelné. Na lidské chování mají spíše negativní vliv. Bývají přejímány prostřednictvím sociálního učení od ostatních lidí. Jejich typickým znakem je zaujatost a odolnost vůči rozumovým argumentům. (Vágnerová, 2005). V profesionálním rozvoji sester je velmi důležitou událostí první setkání se smrtí pacienta, které většinou zůstane v paměti se všemi detaily. Tato zkušenost může ovlivnit i postoj a strach ze smrti a následný přístup k umírajícím. Při přípravě sester k výkonu povolání by tedy měla být této problematice věnována dostatečná pozornost. Jednak v teoretické rovině, ale hlavně i při praxi a při vzdělávání. Důležitý je i rozbor problematiky vlastní smrti, strachu z ní a nebát se o smrti hovořit (Marková, 2010; Bužgová, 2010). Dle výzkumu Slovákové (2010) u sester je nejvíce zastoupený neutrální postoj ke smrti, to je takový, kdy smrt považují za přirozenou součást života a chápou ji jako nevyhnutelný fakt bez přítomnosti strachu. Tento postoj převládal u sester všech skupin vzhledem k dosaženému vzdělání.

Člověk se stává nositelem celé řady postojů, a proto ubývá improvizovaných reakcí, nerozhodnosti a váhání v určitých situacích. Chování je předpověditelné, konzistentní a jednání se stává stereotypní. Často se opakující situace mohou vést k různým deformacím, například profesionální deformaci a člověk může jednat nebo se chovat až nevhodně. Profesionální deformace brzdí spolupráci v týmu a blokuje osobní rozvoj (Mikuláščík, 2010).

Postoje slouží ke snadnější orientaci ve světě, umožňují nám kategorizovat získávané informace a dát jim určitý význam. Dodávají pocit jistoty v řešení problémů a slouží k regulaci chování, které by mělo být ve shodě s hodnotami člověka a normami v dané společnosti. Dále plní postoje i ochrannou funkci, slouží jako obrana před nepříjemnými pocity, před nejistotou i ztrátou sebeúcty. Slouží jedinci jako zdroj jistoty a potvrzení správnosti jeho orientace. Základem mnoha postojů je potřeba zachování si vnitřní vyrovnanosti (Vágnerová, 2005).

Udržet si psychickou rovnováhu je důležité i pro sestry, které se často setkávají s umírajícími. Aby mohla sestra účinně pečovat o své pacienty, musí si uvědomit jednak své vlastní potřeby, ale i vyjasnit si vlastní postoje k otázkám smrti. Jedině tak může péči o umírající a častou konfrontaci se smrtí dobře psychicky zvládnout. Setkání se

smrtí, která vstoupí do života člověk a odvede jeho blízké či přátele, vede k přehodnocení hodnot v životě. Život se pak stává smysluplnější, z chování a jednání se vytrácí povrchnost, člověk přestává řešit malichernosti (O'Connor, Aranda, 2005; Kelnarová, 2007). Z výzkumného šetření Kisvetrové (2011) vyplynulo, že ve zkoumaném souboru sester, které pracují v hospicích, v 92,2% uvedly, že jsou smířeny s vlastní smrtelností. Více pozitivních odpovědí bylo od sester, které se považují za věřící.

1.2.1 Člověk a jeho postoje k náročným životním situacím

Za běžných podmínek se člověk projevuje stabilním způsobem, který je pro něj typický. Děje se tak v situacích, které jsou pro něj známé, kterým rozumí a je na ně dostatečně adaptován. Pokud dojde k zásadní změně situace, která představuje něco nového či nezvyklého, bývá to většinou spojeno se zvýšenými nároky. Dochází k přehodnocení a k proměně emočního ladění (Vágnerová, 2010).

Emočním prožíváním je provázáno veškeré lidské chování. Čím větší změny, tím silnější jsou vyvolané emoce. Dle Mikšíka, každá výraznější změna v podmínkách životní existence vyžaduje revidovat standardní přístupy a interakční aktivity v souladu s povahou a podstatou vzniklých okolností. Každý člověk má určité psychické předpoklady a schopnosti, jak využít a transformovat vnitřní podmínky k osvojování si nových zkušeností (Slaměník, 2011; Mikšík, 2009).

„Stres je síla, která způsobuje tělesné vyčerpání a utrpení (Melgosa, 1997 in Kelnarová, 2007, str. 37)“. Stres může nastat, pokud působící podněty jsou extrémně silné, případně obtěžující faktory překračují únosnou mez nebo dojde k působení řady různých nepříjemností najednou či působí na člověka nepřiměřeně dlouhou dobu. Naopak stres mohou způsobit i nároky, které jsou pro jedince dlouhodobě minimální, které člověku neposkytují potřebnou kvantitu i kvalitu stimulace. Takové situace jsou pak prožívány jako nuda a přesycení. Člověk nezažívá pocit úspěchu, připadá si nevytížený. (Mikšík 2009; Paulík, 2010).

Celý proces uvědomování a zvládnání stresu ovlivňují osobnostní faktory, na nichž závisí i to, zda vůbec k navození pocitů stresu dojde. Způsoby zvládnání stresu pro všechny lidi nemusí být stejně přitažlivé, ani stejně zvládnutelné a přínosné (Paulík, 2010; Vágnerová, 2010). Neustále se vyrovnávat s nároky v určitém rozmezí a udržovat si vnitřní rovnováhu, nazýváme adaptací. Umožňuje hledat nové způsoby chování nebo využívat již dříve osvědčené adaptační mechanismy. Subjektivními ukazateli adaptace je to, jak se jedinec cítí, jak je spokojen sám se sebou, se svou identitou, zaměstnáním, sociálními vztahy a životem. Neúspěšnou adaptací je maladaptace, která se navenek projevuje výskytem mnoha obtíží, konflikty s druhými lidmi, v prožívání vnitřních rozporů, nízkým sebehodnocením a nespokojeností (Paulík, 2010).

Pokud vzniklé napětí končí osvojením si nových zkušeností, postojů, schopností, dovedností či schémat interakce, jedná se o zátěž optimální. Výrazně nízké či nadměrně vysoké nároky životních nebo situačních kontextů na psychiku člověka považujeme za psychickou zátěž pesimální. Nízké nároky neumožňují psychický rozvoj člověka a naopak při neúměrně vysokých nárocích na psychiku se daný jedinec není schopen vyrovnat dostatečně integrovanými a interakčními aktivitami. Narůstající nároky mohou dosáhnout hraničního limitu psychické přijatelnosti daným jedincem a dochází k hraniční psychické zátěži. S tou se člověk vyrovnává s mimořádným vypětím svých psychických sil. Při tomto procesu vznikají různé funkční poruchy, rozvíjejí se specifické únikové, obranné a kompenzační mechanismy a způsoby chování k zachování vnitřní, psychické integrity. Narušené emoční prožívání se projevuje úzkostí, vnitřním napětím, přecitlivělostí nebo naopak emoční porucha může mít podobu otupělosti, vyhaslosti, prožívání může být utlumeno. Dochází ke změnám kognitivních funkcí, objevuje se sklon ke zkratkovitému jednání a vztahovačnosti. V chování se může projevit tendence k inhibovanosti veškeré aktivity, ztráta zájmu o dění kolem sebe. Jindy se může projevit naopak neklid a sklon k nepřiměřeným reakcím (Mikšík, 2009; Vágnerová, 2010).

Jedním z mnoha zdrojů úzkosti a strachu může být umírání a smrt. Strach a úzkost ze smrti bývá běžným jevem lidského života. Většinou je smrt dospělými přijímána jako zákonitý a neodvratitelný fakt, ale pokud se týká přímo jeho nebo osob mu blízkých, je

těžké se s ní vyrovnat bez obav. Ztráta utrpěná smrtí blízkého člověka je závažným stresorem. Tak jsou označovány podněty nebo svízelné situace, které vedou k tíživé osobní situaci člověka. K jejímu zvládnutí je třeba vynaložit určité adaptační úsilí (Paulík, 2010; Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2011). Při ztrátě blízkých osob nebo po zjištění život ohrožujícího onemocnění může člověk zažívat pocit truchlení. Truchlení a ztráta nejsou oddělené události, mají svůj původ v životních zkušenostech a jsou jimi ovlivněny (Paulík, 2010). Fáze truchlení popisuje Kastová (in Paulík, 2010) takto: První fáze: *Popření*. Člověk se stává netečným, pociťuje nutkání chovat se, jako by se nic nestalo. Pokud ztrátu popírá, následuje pocit prázdnoty. Druhá fáze: *Vznik silných nekontrolovatelných emocí* jako bolest, neklid, úzkost, strach, zlost nebo pocity viny. V této fázi se často objevují poruchy spánku, hledají se viníci. Člověk je náchylný k infekcím. Třetí fáze: *Odpoutání*. Ztráta je postupně přijímána a hledá se způsob, jak nahradit něco z toho, co je ztraceno. Čtvrtá fáze: *Formování nového vztahu ke světu a k sobě*. Po přijmutí faktu a akceptování ztráty je možné vyrovnat se s bolestí a s obavami z možných dalších ztrát a obnovuje se schopnost navazovat nové vztahy.

Když se člověk dostane do závažné životní situace, kdy ztratí blízkého člověka, vždy se ptá, proč se to muselo stát, a hledá příčinu svého utrpení. Hodnocení a zvládnání zátěžových situací je složitý proces, který ovlivňuje dobrá orientace ve vlastních pocitech a schopnost jejich kontroly, která je součástí emoční inteligence. To znamená schopnost zvládat a regulovat emoce, které se navozují stresem. Člověk, který se orientuje dobře ve vlastních pocitech, může pak více pozornosti věnovat samotnému řešení problému (Firthová, Luffová, et al., 2007; Vágnerová, 2010). Ve výzkumném šetření Bužgové (2010) velmi silný strach z důvodu ztráty blízkého člověka vyjádřilo 95% respondentek. Dle výsledků mají respondentky větší strach ze samotné smrti blízkých, než z umírání.

1.3 Psychická zátěž a stres sester v souvislosti s umíráním

Každý den jsme vystavováni mnoha stresujícím faktorům. Časový tlak, zrychlené tempo, přetěžování, neuspokojivé pracovní prostředí, neustálý a nekončící proces změn, patří k hlavním stresorům nejen v zaměstnání. Stejně tak působí i rutina a monotónnost a nedostatečné pracovní vytížení (Kraska- Lüdecke, 2007). S umírajícím je v každodenním kontaktu právě sestra, která často navazuje s nemocným úzký vztah, a tím více se pro ni loučení s umírajícím může stát duševním traumatem. Po sestře se požaduje, aby odváděla práci nejen odbornou, často i fyzicky velmi namáhavou, ale i psychicky a sociálně náročnou. Mnohdy tato práce není společensky ani finančně doceněna. Je důležité, aby se sestra uměla vyrovnat s odchodem člověka, a aby umírání a smrt považovala jako přirozenou součást života. Stěžejní je v této situaci zvládnout pocit ztráty a bezmocnosti (Kelnarová, 2007).

Práce s pacienty, kteří se ocitli v poslední fázi života, klade na sestry velké psychické nároky. Péče o umírající i o jejich rodiny může být stresující záležitostí. Doprovázení pacientů v nejtěžších chvílích jejich života, mírnění jejich utrpení, může být i velmi obohacující zkušeností, a tato práce může přinášet i uspokojení. Dle Vachona (2002 in O'Connor, Aranda, 2005), velká část zátěže má původ v osobních faktorech sestry, mezi které můžeme zařadit pracovní prostředí, konflikty s kolegy, problémy v pracovním týmu, otázky vedení a řízení, konflikt rolí. Mnohem menší zátěž pak pochází ze samotné péče o umírající a jeho rodinu. Kisvetrová (2011) ve svém výzkumu uvádí, že 96,1% respondentů uvádí, že jim nedělá potíže pečovat o umírající pacienty. Některé sestry uvedly, že i přestože je práce pro ně psychicky náročná a mají s péčí problém, zároveň to vnímají i jako obohacující zkušenost.

O'Connor a Aranda (2005) uvádí, že každý pracovník zapojený do péče o pacienta si musí uvědomit své slabé i silné stránky a mít jasnou představu vlastní profesionální identity. V určitých oblastech péče je nezbytná nutná vzájemná komunikace a úzká spolupráce, aby se tak zamezilo plýtvání sil. Nevyhovující pracovní prostředí nebo konflikty na pracovišti, pracovníka zbytečně vyčerpává a může mít vliv na kvalitu odvedené práce.

Dle Kelnarové (2007), zdravotníci za svoji práci nedostávají vždy poděkování a úctu, kterou si zaslouží. Ani rodina se ne vždy chová vhodně k umírajícímu rodinnému příslušníkovi. Jsou to právě sestry, které musí zachovat klid, svoji důstojnost a nedat svoje pocity a názory najevo. Dostávají se tak často do velmi složitých a stresových situací. Neustálé vystavení utrpení a ztrátě může mít negativní dopad na psychiku sester.

V důsledku dlouhodobého působení silného stresu či v reakci na traumatizující zážitky může docházet ke změnám psychiky, ve smyslu v prožívání, uvažování i jednání, nebo alespoň ke změně subjektivního názoru na život a na sebe sama. Výsledkem adaptace na zátěžovou situaci bývá změna hodnot a postoje k životu, změna vztahu k druhým lidem a změna sebepojetí (Vágnerová, 2010).

Sestry se mohou setkat s různými příznaky stresu. Jednak se příznaky stresového stavu mohou projevit v chování. Může se objevovat nerozhodnost, problémy s usínáním a spaním, a z toho plynoucí pocit únavy. Bývá ztráta chuti k jídlu nebo naopak příjem stále většího množství jídla, zhoršená koncentrace pozornosti, dále se ztrácí chuť do práce a tak se zhoršuje i kvalita práce. Může být zvýšený příjem alkoholu a množství vykouřených cigaret. Další příznaky stresového stavu se projevují v psychice. U jedince se projevuje zvýšená podrážděnost, prudké a výrazné změny nálad, nadměrná starost o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev, člověk omezuje kontakty s druhými lidmi. A nakonec dochází k fyzickým (somatickým) příznakům. Patří mezi ně bušení srdce, bolesti hlavy a svalů, nechutenství a plynatost, zácpa, průjem, zvýšený tlak krve, sucho v ústech. Ženy mohou mít poruchy menstruačního cyklu (Křivohlavý, 2010).

Pokud mají lidé pocit, že ve své práci selhali nebo ji nedělají tak, jak by ji dělat měli, nevidí ve své práci žádný smysl, dojde k „vyhoření“. Rizikovým faktorem, který v zaměstnání může mít vliv na vzniku syndromu vyhoření, je nedostatečná zpětná vazba nebo situace, kdy nejsou jasně rozděleny úkoly a kompetence. Podstatným faktorem jsou i špatné pracovní podmínky a jednotvárná práce (O'Connor, Aranda, 2005; Kallwas, 2007).

Dle Haškovcové (2007) se u zdravotníků pravidelně setkáváme se syndromem vyhoření. Vzniká v případech, kdy je profesionál vystaven velké emotivní zátěži.

Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů, mezi které patří i nedostatek personálu. Syndrom vyhoření se projevuje výkyvy nálad, člověk není schopen opravdového odpočinku, je unavený, minimalizuje čas strávený s pacienty, objevuje se úzkost, hněv, na druhých lidech hledá jen samé špatné vlastnosti. Projevuje se mírná deprese, podrážděnost a uzavřenost. Vyhoření může zvýšit riziko psychických problémů, může přispívat i k nadměrnému užívání alkoholu, ke zneužívání drog, a dokonce může být i příčinou sebevraždy. Důsledkem syndromu vyhoření je i zhoršená kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Syndrom vyhoření je typickým příkladem zhroucení adaptačního procesu (Haškovcová 2007; Kallwass, 2007; Parkes, Relfová, et al., 2007).

Sestra, která pečuje o umírající, musí mít znalosti odborné, etické a manažerské, dále filozofický nadhled, být sociálně zralá a psychicky vyrovnaná. Sama musí vést smysluplný život, jedině pak je schopna pracovat beze strachu a stresu o nemocné v terminálním stadiu (Kelnarová, 2007).

1.3.1 Zvládání stresu a jeho prevence

Aktivní a vědomý způsob zvládání situací prožívaných jako stresujících, je označován jako coping. Uplatňuje se v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti člověka nadlimitní, a je tedy k vyrovnaní se s danou situací potřebné vyvinout zvýšené úsilí. Smyslem copingové aktivity by mělo být dosažení psychické rovnováhy a přijatelné sebedůvěry, ať už k ní dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje (Paulík, 2010; Vágnerová, 2010). V literatuře se setkáváme s dvěma základními copingovými strategiemi. Z nichž první je coping zaměřený na řešení problému, který způsobil stres. V tomto případě jde o strategii, která vychází z předpokladu, že zátěž může člověk zvládnout a dokáže ji chápat jako výzvu. Druhou strategií je coping zaměřený na udržení nebo zlepšení emočního ladění. Jedná se o redukci úzkosti nebo jiných nepříjemných pocitů. Cílem je udržet si přijatelnou pohodu a psychickou rovnováhu. Důležitá je rovnováha mezi tím, co nás zatěžuje (stresory), a tím, co nám dodává zdraví a sílu (salutory). Zátěžové události přicházejí sami, ale my se musíme

především starat o to, co nás posiluje a dělá radost ze života (Vágnerová, 2010; Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Sestra by měla umět vcítit se do pocitů nemocného, o kterého pečuje, ale stejně tak je důležité umět se od těch pocitů oprostit. Je důležité zachovat si od pacientů odstup v tom smyslu, že sestra je schopna kontrolovat své city a oddělit vlastní osobnost od té profesionální. Ale jelikož podstatou ošetřovatelství je i vyjádření emocí a citové zaujetí, je takové odosobnění složité a je těžké udržet správné hranice. Práce s těžce nemocnými je velmi namáhavá a psychicky zatěžující. Vedoucí pracovníci by měli dbát na přiměřené pracovní vytížení a dostatek personálu, jednoznačně vymezit pravomoce a zajistit dostatečný čas na odpočinek. Nejúčinnější proti syndromu vyhoření je prevence, která zahrnuje duševní hygienu, ale i kvalitní přípravu sester na specifika práce s umírajícími (Haškovcová, 2007; O'Connor, Aranda, 2005).

Povolání sestry je vnímáno jako náročné a stresující, proto by sestry neměly opomíjet péči o sebe. Jedině pokud dosáhnou osobní rovnováhy, mohou nadále a účinně pečovat o své pacienty. Prvořadý význam má prevence a velký důraz je kladen na duševní zdraví (Křivohlavý, Pečenková, 2004; Haluzíková, Římovská, 2010; O'Connor, Aranda 2005).

Duševní hygienou se rozumí systém pravidel a rad, které vedou k udržení, prohloubení a navrácení duševní rovnováhy. Při přípravě na povolání sestry se systematicky vyučuje péče o pacienty, ale péče sama o sebe je ponechána individuální iniciativě. Mezi zásady duševní hygieny patří péče o vlastní tělesný a duševní život. Důležitá je potřeba dostatečného a pravidelného odpočinku. Důležité je mít své koníčky, dále je rozvíjet a udržovat kontakt s druhými lidmi. Každý by si měl uvědomit, co je smyslem jeho života, čeho chce dosáhnout, vytyčit si reálné cíle a žít smysluplným životem. Vnitřní posilování může sestra provádět pomocí relaxačních technik a metod, jako je například reflexní terapie, masáže nebo alternativní terapie, ke které patří muzikoterapie, fototerapie, aromaterapie, autogenní trénink (Křivohlavý, Pečenková, 2004; Haluzíková, Římovská, 2010; Haškovcová, 2007). Podstatný význam má i úroveň znalostí sester, které se prohlubují průběžným vzděláváním, četbou odborných knih a časopisů. Prohlubování znalostí má velký vliv na neustálé zlepšování kvality

při ošetrovatelské péči o umírající. Dle Kelnarové (2007) v souvislosti s programem kontinuálního zvyšování kvality přichází v úvahu nové myšlení, změny v chování a postojích.

1.4 Zvláštnosti a pravidla komunikace multidisciplinárního týmu v paliativní péči

V paliativní péči by měla být cílem většiny zdravotníků efektivní komunikace. Pacienti jsou na informacích závislí a očekávají, že prostřednictvím komunikace se jim od zdravotníků dostane psychická a emoční podpora (Payneová, 2007).

Komunikovat znamená vysílat, přijímat a dešifrovat signály z okolního světa. Komunikovat ve zdravotnictví neznámá jen mluvit, ale sdělovat a získávat informace o pacientovi a jeho zdravotním stavu. Na těchto informacích závisí jeho zdraví a mnohdy i život (Janáčková, Weis, 2008).

Při ošetrování nemocných má komunikace v práci sestry výlučné místo. Prostřednictvím komunikace na profesionální úrovni může sestra získat potřebné důležité informace o pacientovi. Komunikace musí být oboustranná, která zahrnuje také aktivní vyslechnutí pacienta. Dovednost naslouchání je důležitým prvkem efektivní a úspěšné komunikace.

Při výuce sester v komunikaci je upřednostňován rogersovský přístup, který je zaměřen na člověka. To znamená mluvit tak, aby sestře druhý člověk rozuměl, nepoužívat odborné termíny, mluvit v kratších větách, mluvit konkrétně, jednoznačně a ponechat prostor druhé straně pro vyjádření. Podstatné je také získat si pacientovu důvěru a vytvořit atmosféru bezpečí, neboť jen tak ho přimějeme, aby se neostýchal ptát se, pokud je mu něco nesrozumitelné nebo se nestyděl sdělovat důležité, pro něj třeba nepříjemné a intimní informace. Sestry jsou s pacienty v každodenním kontaktu, proto se snadněji dostanou k důležitým informacím a sestra musí umět na podstatné informace včas a správně reagovat. V úzkém kontaktu při komunikaci je nejen s lékařem, ale i s ostatními členy zdravotnického týmu (fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, zdravotničtí

asistenti). Sestra je povinna chránit informace o pacientovi. Měla by umět odhadnout, komu a v jakém rozsahu může informace předat (Ptáček, Bartůněk, et.al., 2011).

V multidisciplinárním týmu je potřeba vytvořit si pocit sounáležitosti a vzájemné důvěry. Je důležité, aby všichni rozuměli svým úkolům a jasně byly vymezeny kompetence každého člena týmu. Týmový přístup napomáhá sestřám a ostatním členům rozpoznat a dobře se vyrovat s rozdílnými potřebami jednotlivých pacientů. Multidisciplinární tým se může skládat z registrovaných sester, lékařů, sester s různou úrovní praxe, sester specialistek, sanitářů. Cílem spolupráce celého týmu by mělo být poskytnutí efektivní a holistické péče (Mikuláščík, 2010).

V týmu musí být komunikace na partnerské úrovni. Sestry a lékaři mohou mít na pacienty odlišný úhel pohledu. Sestry se s pacienty setkávají častěji a v jiných situacích, mají možnost je lépe poznat, stejně tak i lépe znají jejich příbuzné. Každý člen týmu musí dostat svůj prostor a musí si být vědom, že důležitou informaci může přinést kdokoliv z pacientova okolí. Také je důležité, aby všichni členové týmu byli uvědoměni, jaké informace byly pacientovi sděleny a do jaké míry je seznámen se svým zdravotním stavem (Theová, 2002; Marková, 2010; Kelnarová, 2007) .

Informace o dignostických závěrech, možnostech léčby, postupu či prognóze podává výhradně lékař. Sestra může pacienta na špatné zprávy připravit, být mu oporou. Ale je to lékař, nikoliv sestra, kdo rozhoduje o léčbě a nese svou zodpovědnost. Sdělování špatné zprávy pacientům vyvolává u zdravotníků nepříjemné pocity, důvodem je stres, který je vyvolaný skutečností, že druhým lidem působíme trápení. Nezřídka se negativní emoce pacientů obrátí proti zdravotníkům, což celou situaci ještě více stěžuje. Dle individuálního posouzení každého jedince je nutné zvážit, jaký dopad na něho bude sdělená informace mít. Je dobré přizpůsobit rozsah informací psychickému stavu pacienta a respektovat jeho přání. Sdělení o zdravotním stavu by mělo být v takovém rozsahu, aby na základě získaných informací byl pacient schopen náležitě rozhodnout o léčbě a dalším způsobu života (Venglářová, Mahrová, 2006; Vorlíček, Abrahámová, et al., 2006; Theová 2002).

V terminálním stadiu onemocnění se u pacientů projevuje psychický stres. Může jít o známky deprese, úzkosti, smutku a problém s adaptací. Jedná se o výrazný klinický

problém, který by měl být zdravotníky včas identifikován (Payneová,2007). Při průzkumu vzdělávání paliativních sester Heaven a Maguire (in O'Connor a Aranda, 2005) zjistili, že sestry postrádají dostatek schopností, aby potřebné informace od pacientů získaly a často nedokáží problémy a potřeby umírajících včas rozpoznat. Z tohoto poznatku vyplývá, že sestry musí neustále rozvíjet svou odbornost, zvláště pokud jde o komunikaci s umírajícími a jejich příbuznými či blízkými.

O'Connor a Aranda (2005) uvádí, že ve výuce sester chybí nauka o umění a odborných znalostech komunikace. Pokud sestra bude schopna rozpoznat a včas identifikovat pacientovy potřeby, může u pacientů v paliativní péči zlepšit kvalitu jejich života.

Efektivní komunikace musí fungovat mezi sestrou, lékařem a ostatními zdravotníky, mezi ošetřujícím zdravotnickým personálem a pacientem a v neposlední řadě mezi zdravotníky a rodinou nemocného. Komunikační dovednosti vyžadují odborný výcvik, sebereflexi a nepřetržitý osobní rozvoj (Payneová, 2007; O'Connor, 2005).

1.4.1 Komunikace s onkologicky nemocným

Onkologické diagnózy jsou všeobecně považovány za špatné zprávy. Pacient má plné právo na informace o svém zdravotním stavu, ale není stanoven rozsah těchto informací. Záleží na zkušenostech, znalostech a taktu lékaře, jak podrobné informace pacientovi sdělí. Informace musí být pravdivá, ale podaná ohleduplným způsobem s ohledem na možnost léčení a prognózu onemocnění (Kissane, et al., 2010). Ptáček, Bartůněk, et al. (2011) se domnívají, že u infaustní prognózy není nutné pacientovi toho sdělovat víc, než si sám přeje. Na kladené otázky je třeba pacientovi pravdivě a srozumitelně odpovědět, ale zároveň je nutné mu ponechat naději na zlepšení. To dále ovlivní i další pacientovu spolupráci. Pacienta je třeba o nemoci co nejvíce informovat, aby pochopil, proč musí snášet nepříjemnou léčbu, ať už operací, ozářeními nebo chemoterapii. Pokud se jedná o velmi pokročilé onemocnění, není nutné tuto

skutečnost příliš zdůrazňovat, ale spíše obrátit pozornost na podpůrnou léčbu, která pomůže zmírnit jeho potíže a utrpení.

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., přednosta Interní a hematoonkologické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně ke sdělování nepříznivých zpráv zaujímá jednoznačný postoj. Vychází z přesvědčení, že o onkologické diagnóze se lidé nesmí bát mluvit, a to platí nejen pro veřejnost, ale i pro lékaře. Již samotné slovo rakovina vyvolává u lidí úzkost, ne zřídka se stává, že otevřenému jednání se snaží lékaři a zdravotníci vyhnout. Dle prof. MUDr. Vorlíčka, CSc., (in Linhartová, 2007) příčinou jsou pochybnosti, že s nemocným nebudou umět dobře komunikovat. Mnozí lidé příznaky a nemoc popírají tak silně, že nevyhledávají lékaře z obavy, aby se diagnóza nepotvrdila. To je pak příčinou toho, že nakonec přijdou s velmi rozvinutou chorobou, kdy život již nelze zachránit. „Přitom včasný záchyt je nadějí na vyléčení (Vorlíček, 2005 in Linhartová, 2007, s.106)“.

Rozhovor při sdělování špatných zpráv se zpravidla skládá ze dvou částí. V první části oznámí lékař pacientovi nepříznivou diagnózu, ve druhé části se snaží zmírnit šok ze špatné zprávy tím, že mu podá informace o možnostech léčby. Důležité je také ponechat pacientovi prostor a čas na kladení dotazů (Ptáček, Bartůněk, et al., 2011).

Významnou roli hrají i sestry, které mohou pomoci posílit nemocného. Je dobré pomoci najít nemocnému nějaký určitý cíl, aby se měl na co těšit. Motivovat nemocného k aktivitě, neboť i s ohledem na svou situaci může být v určitých činnostech soběstačný. Sestry musí nemocným pomoci zachovat si kladné sebepojetí, jehož ztráta často doprovází vážné onemocnění. Činnosti spojené s ošetřováním nemocného by měly být prováděny s úctou a s respektem k přáním nemocného (Venglářová, Mahrová, 2006; Kissane, et.al., 2010).

Dle zkušeností ze zahraničních stáží MUDr. Skácela z Interní hematoonkologické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, se v České republice většinou uplatňují při sdělování onkologické diagnózy nejcitlivější přístupy. Podobný přístup je i v Rakousku. Profesor Kristoph Zielinski z univerzitní nemocnice Allgemeines Krankenhaus ve Vídni vede své studenty i kolegy k selektivní informovanosti. To znamená, že klade důraz na odlišný postup u pacientů v produktivním věku, jiný přístup

u seniorů. Zásadní je dle něj ohleduplnost k pacientovi. V Rakousku je rozhovoru vymezen podstatně větší čas než v České republice. Ve velké Británii je zvykem přímo a pravdivě pacienta informovat, nic mu nezatajovat. Ale je důležité zmínit, že obyvatelstvo je průběžně a dlouhodobě informováno o různých nemocech, například v tisku a tedy znalosti široké veřejnosti o diagnózách, léčbě a postupech jsou na vysoké úrovni. Veký důraz na komunikaci s pacientem je kladen i ve Švýcarsku a nemocnému se také sděluje celá pravda. Nekompromisně a tvrdě se při sdělování nepříznivých zpráv postupuje ve Spojených státech amerických a tyto postoje se někdy přenáší do Evropy (Linhartová, 2007).

1.4.2 Komunikace s umírajícím seniorem a geriatrickým pacientem

Stáří je fyziologický a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka, který začíná již od narození. Dochází k postupným změnám, které omezují výkonnost člověka v jeho somatopsychické jednotě. Dochází ke snížení kognitivních funkcí, kdy je porušená paměť, myšlení a řeč. Nemocný zapomíná, ztrácí schopnost porozumět situaci. Mohou se objevovat poruchy chování ve smyslu apatie, nezájmu, nespolehlivosti. Starý člověk může mít potíže se získáváním nových znalostí, mívá špatnou orientaci v prostoru, čase a v prostoru. Často opakuje dotazy, hybnost je omezena (Šafránková, Nejedlá, 2006; Venglářová, Mahrová, 2006). Stárnoucímu člověku se může stát, že nemusí porozumět pojmům užívaných v okolní společnosti a nechápe vyjadřování mladších osob. Dochází k poruchám smyslových funkcí (sluchu a zraku), ke změnám nálad, poznávací schopnosti jsou sníženy. Senioři se musí vyrovnávat se změnami v sociální oblasti. Musí se smířovat se smrtí svých vrstevníků či životního partnera, jsou vystaveni tzv. generační osamělosti (Pokorná, 2010).

Navázat a udržet kontakt s geriatrickým pacientem je velmi těžké. Sestra by měla pomoci starému člověku pochopit, co se kolem něj děje, přiměřeně a srozumitelně s ním komunikovat. Být trpělivá a empatická (Ptáček, Bartůněk, et al., 2011). Nejlepší způsob, jak porozumět chování druhého člověka, je pokusit se představit si na jeho

místě sebe. Kontakt s geriatrickým pacientem často komplikují zraková či sluchová omezení nebo kognitivní problémy. Při komunikaci je žádoucí vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru. Je třeba eliminovat rušivé zvuky z okolí, mluvit pomalu, zřetelně a srozumitelně, v krátkých větách, nemluvit zbytečně hlasitě. Nemocný potřebuje dostatek času, aby byl schopen zareagovat. Dle potřeby je nutné požadavky opakovat (Schuller, Oster, 2008; Křivohlavý, 2011). Sestra by měla vždy primárně komunikovat s osobou, o níž pečuje a využívat efektivní komunikační techniky, mezi které patří aktivní naslouchání. Dále je vhodné sjednotit verbální a neverbální projevy a vždy se přesvědčit zpětnou vazbou, zda sdělenému obsahu pacient správně porozuměl (Pokorná, 2010).

Cílem ošetrovatelské péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost a identitu člověka. K takové péči je potřeba vytvoření důvěry a vzájemného respektu. Staří lidé, postižení demencí potřebují hlavně i emocionální podporu. Člověk spoléhá na své okolí a na lidi, kteří mu poskytují zpětnou vazbu a pocit bezpečí (Jirák, Holmerová, et al., 2009).

K životu neodmyslitelně patří i terminální stadium, které je většinou chápáno negativně jako část smrti, nikoliv jako funkční část životní etapy. Dle Langmeiera (2006) většina starých lidí je se smrtí smířena, touží po otevřeném a hlavně pravdivém dialogu, kterého se jim však zpravidla nedostává.

1.4.3 Komunikace s umírajícím dítětem

Počátek života, zrození dítěte, je většinou pro rodiče radostnou událostí. Dítě je naplněním života člověka. Onemocní-li nebo dokonce umírá-li, nastává ohromné utrpení pro rodiče, ale i pro všechny zúčastněné (Kuzníková, et al., 2011).

Pokud se u dítěte stanoví život ohrožující onemocnění, nabývá komunikace o to většího významu. Dle O'Connor a Arandy (2005) může vhodná komunikace pozitivně ovlivnit psychický stav, ale může i napomoci ke zmírnění tělesných příznaků.

Komunikace s dětským pacientem je základní a velmi specifický aspekt v pediatrii. Efektivní komunikace je nutná pro spolupráci dítěte. Je nezbytné, aby sestra znala zvláštnosti každého vývojového období od narození až po dobu adolescence. Věk a řečové predispozice určují charakter komunikace. Dále je podmíněná aktuálním zdravotním stavem, intenzitou klinických příznaků, momentálním prožíváním a psychickým stavem dítěte (Plevová, Slowik, 2010).

Děti nejlépe komunikují neverbálními cestami, jako jsou například umění, hudba, hra. Děti své pocity dokážou velmi dobře vyjádřit kresbami nebo básněmi. Sestry by měly respektovat potřebu dítěte být o samotě, stejně tak jeho touhu mít někoho na blízku. Není vhodné nutit ho k rozhovoru, ale je důležité poskytnout mu podporu. Důležité je dítěti naslouchat, pokud je aktivní v konverzaci. Při vysvětlování je důležitá srozumitelnost, specifičnost a jednoznačnost (O'Connor, Aranda, 2005).

Diskutabilní je, jak velká otevřenost v komunikaci je nemocnému dítěti prospěšná. Jednoznačně se nesmí dítěti lhát, ale zároveň není dobré dítě přetěžovat nadbytkem informací, které pak neumí zpracovat. Sláma, Kabelka, et al. (2011) se shodují, že nejvhodnější je odpovídat přímo na jejich dotazy a informace tak postupně dávkovat podle potřeby dítěte. Pozornost těch nejmenších dětí je možné od nepříjemných situací odvést jiným směrem. Větší děti se často ptají velmi konkrétně, ale spokojí se i s mírně vyhybavou odpovědí. Úplně nejdůležitější je ujištění dítěte, že může počítat s podporou a blízkostí za všech okolností.

Při paliativní péči mohou děti pokládat konfrontační otázky typu zda umírá, co se stane pokud někdo zemře. Nelze zabránit komunikaci na téma smrti, protože pak by neporozumněly situaci, nemohly by se s ní vyrovnat, což pak vede k tomu, že si děti vytvoří nepřesné představy. Většina dětí s život ohrožujícím onemocněním rozumí smrti více než ostatní děti jejich věku a svůj stav si uvědomují mnohem více, než se rodiče nebo sestry domnívají (Plevová, Slowik, 2010).

Porozumění faktu smrti, jako něčeho nevratného a konečného, v útlém věku neexistuje. Děti do pěti let smrt často spojují s představou spánku. Starší děti spojují smrt se znaky biologicky nevýznamnými. Význam slova správně chápou děti starší deseti let. Případné projevy osobní a sociální nepřizpůsobivosti plynou z nepříjemných

prožitků, kterými mohou být bolest, záchvaty, ztráta vědomí, poznání vlastní odlišnosti. Projevy mohou mít různou podobu, jako je mrzutá nálada, zármutek, strach, snížená aktivita, nezáměr o kontakt i o hru. Někdy děti volí možnost pasivní, která spočívá v regresi na nižší úroveň nebo apatickém přijímání všeho, co se kolem něj děje. Jiné děti naopak preferují alternativu útočnou, projevující se agresivitou nebo hostilitou vůči ostatním nebo vůči sobě samému (Pešová, Šmalík, 2006).

1.4.4 Komunikace s pozůstalými

Pokud člověku umírá jeho blízký, v mnoha různých podobách se objeví emoční problémy, jedním z nich je strach a druhým zármutek. Strach je běžnou lidskou reakcí na nebezpečí a zármutek je přirozenou reakcí na ztrátu. Podpora rodiny musí začít ještě v období před smrtí. Je důležité si uvědomit, že pro rodinu je toto období velmi stresující a nemusí vždy rozumět tomu, co jim říkáme. Je důležité, poskytovat jen tolik informací, kolik jsou lidé v takové situaci schopni vstřebat. Vždy je nutné se ujistit, zda sdělenému obsahu dobře porozuměli. Přítomnost sestry může být pro rodinu zdrojem útěchy. Příslušníci rodiny s největší pravděpodobností prožívají bezmoc, rozrušení, je i pravděpodobné, že se smrtí se setkávají poprvé. Velmi traumatizující je událost, pokud ke smrti dochází náhle a nečekaně. V takových případech lze udělat jen velmi málo pro to, aby trauma jedince bylo zmírněno (Parkes, Relfová, et al., 2007).

Ztráta blízkého člověka kromě emočních reakcí také naruší pocit vlastní identity, kdy pozůstalý ztratí svou roli například jako manžel a stává se z něj vdovec, nabourá se pocit vlastní integrity, člověk zažívá pocit prázdnoty, jako by ztratil kus svého já. Také se naruší mezilidské vztahy, neboť truchlícímu člověku nedělá dobře samota, ale necítí se dobře ani mezi lidmi a ztrácí přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Cítí nespravedlnost a hledá příčinu svého utrpení (Špatenková, 2008).

Sdělování úmrtí pacienta náleží lékařům. Při nepřítomnosti příbuzných by je měl lékař co nejdříve informovat o situaci. Pokud jsou rodinní příslušníci v době úmrtí přítomni a přejí si zůstat chvíli se zemřelým, je nutné jejich přání respektovat. Je vhodné, pokud

jsou pro tyto případy vymezené prostory, kde pozůstalí mají klid a soukromí (Ptáček, Bartůněk, et al., 2011). Dobré je rychlé navázání kontaktu s pozůstalými, vytvoření vhodných podmínek a atmosféry, která umožní pozůstalým ventilovat jejich emoce, které prožívají při smrti blízkého člověka. Nesmírně důležitá je pro ně emocionální podpora. Každé setkání s pozůstalými může být bolestivou konfrontací s možností, že to se týká všech bez rozdílu. Příbuzní potřebují ujistit, že jejich blízký netrpěl. Při rozhovoru s pozůstalými je na místě trpělivost, citlivost a vnímavost. Není vhodné odsuzovat emoce truchlících. Nepřerušovat pozůstalého v hovoru, aktivně naslouchat i ticho může být součástí konverzace. Je dobré ujistit pozůstalé, že pro zemřelého udělali vše co bylo v jejich silách. Je třeba soustředit se na pocity pozůstalých a ujistit je, že to co prožívají je zcela normální a přirozené (Špatenková, 2011).

Bezprostředně po smrti pacienta je důležitá citlivá komunikace s pozůstalými, vstřícnost k jejich přáním vzhledem k náboženským či jiným rituálům. Rozhovor by měl být klidný, měl by obsahovat věcné informace o průběhu zakončení života, ujištění rodiny, že nemocný netrpěl, vhodným způsobem předat osobní věci, podat informace o dalším postupu. Vhodné je předat určité informace i v tištěné formě, protože pozůstalí nejsou schopni vstřebat větší množství informací najednou. V některých případech je nutné nabídnout možnost dalšího kontaktu s psychologem, sociálním pracovníkem, pokud jsou dostupné další formy podpory, je nutné pozůstalé o nich informovat (Sláma, Kabelka, et al., 2011).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, zda se sestry cítí po zakončení kvalifikačního studia připravené na konfrontaci se smrtí.

Cíl 2. Zjistit, zda četnost úmrtí na pracovišti ovlivňuje psychickou zátěž sester a postoj ke smrti, či nikoliv.

Cíl 3. Zjistit, zda z pohledu sester informace a zkušenosti získávané během studia ovlivnily jejich postoj ke smrti a odborné dovednosti v péči o umírající.

2.2 Hypotézy práce

H1: Postoj sester ke smrti je závislý na stupni vzdělání.

H2: Postoj sester ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě.

H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester.

H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část práce byla realizována metodou kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat bylo dotazování pomocí anonymních dotazníků (viz Příloha 1). Respondenti odpovídali na 35 otázek, z nichž 17 otázek bylo uzavřených a 18 polouzavřených. Sběr dat proběhl od února do března roku 2013.

Ke zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007, kde byly vytvořeny grafy a provedeno statistické zpracování a následně vytvořeny tabulky.

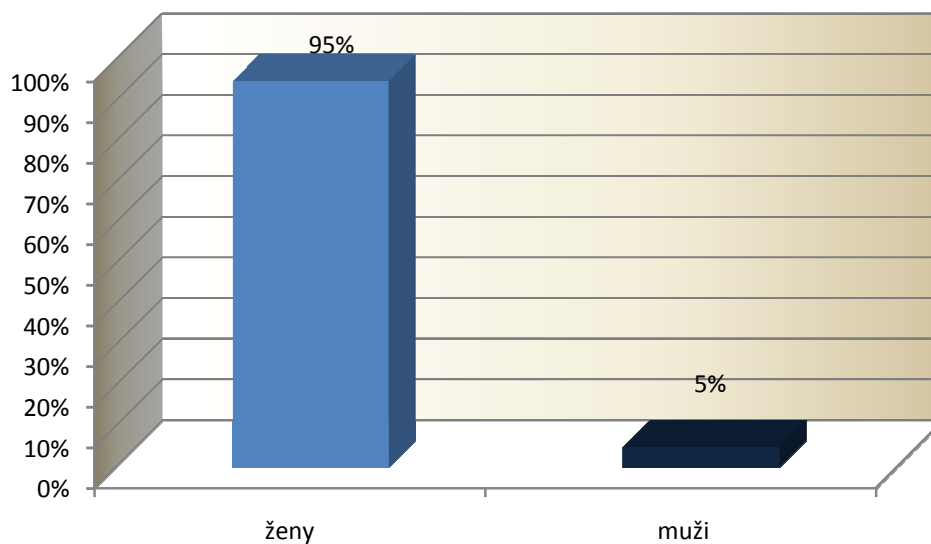
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek byl tvořen sestrami pracující v zařízení pro seniory, na odděleních intenzivní a resuscitační péče pro dospělé a děti, na neonatologickém oddělení, na interních a chirurgických odděleních a na odděleních následné péče. Dotazníky byly rozdány v oblastních nemocnicích v Jihočeském a Středočeském kraji (160), v zařízení pro seniory v Jihočeském kraji (20) a dále sběr dat proběhl mezi studenty kombinované formy studia bakalářských a magisterských programů (20). Na žádost hlavních sester a vedoucích pracovníků nejsou nemocnice a zařízení pro seniory blíže jmenovány. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Vrátilo se 164 dotazníků, z nichž 8 bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Návratnost dotazníků byla 82%. Data byla zpracována z 156 správně vyplněných dotazníků (100%).

4 Výsledky

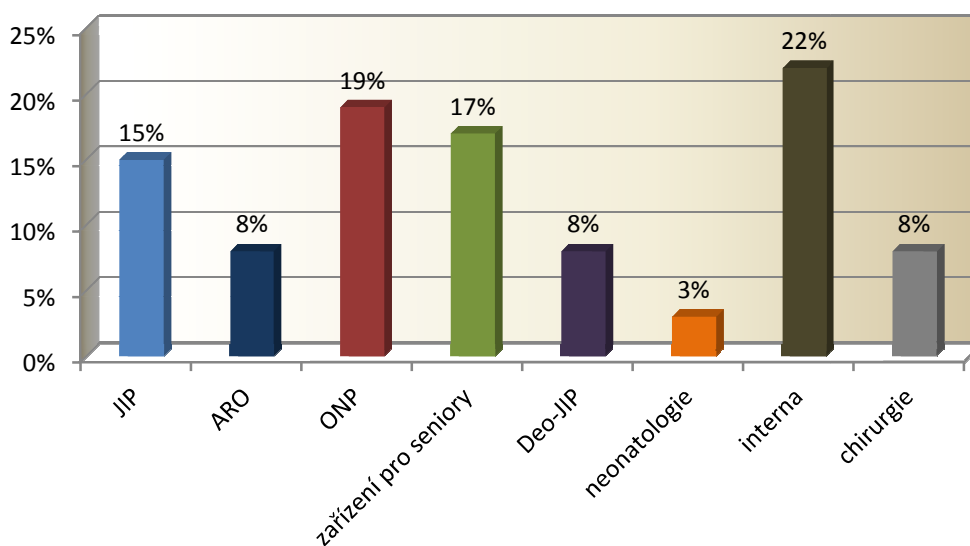
4.1 Výsledky analýzy dotazníků

Graf 1 Pohlaví respondentů



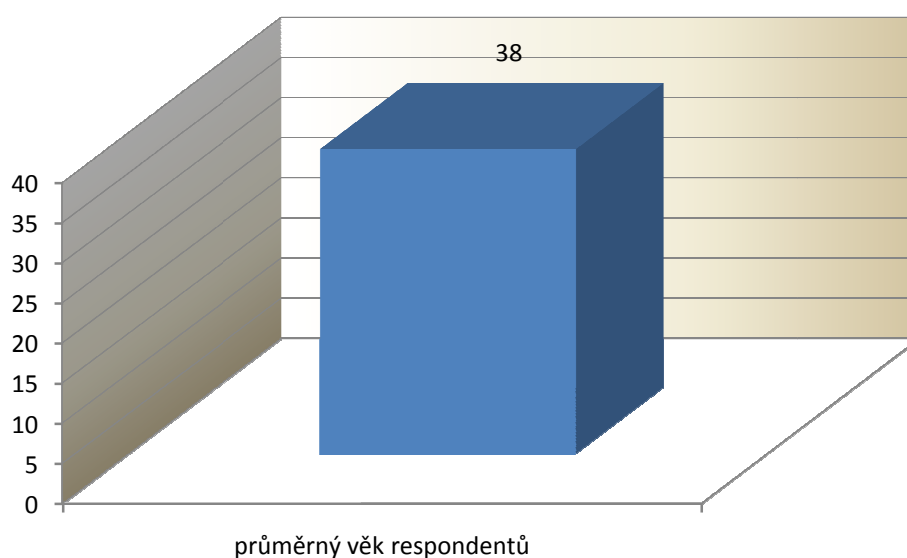
Z celkového počtu 156 respondentů (100%), bylo 148 (95%) žen a 8 (5%) mužů.

Graf 2 Pracoviště respondentů



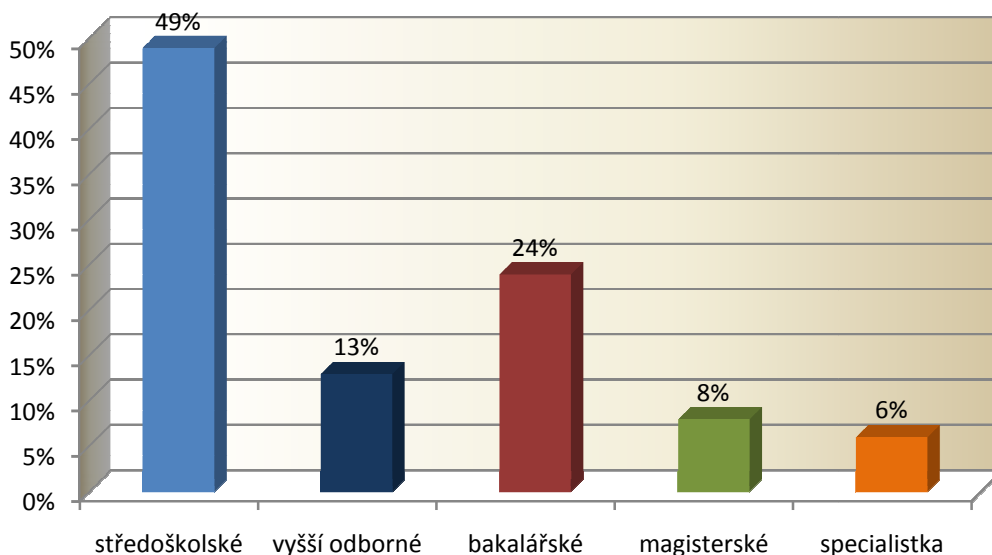
Z celkového počtu 156 respondentů (100%) pracuje 23 (15%) na jednotce intenzivní péče, 13 (8%) na anesteziologicko resuscitačním oddělení, 30 (19%) na oddělení následné péče, 27 (17%) v zařízení pro seniory, 12 (8%) na dětské jednotce intenzivní péče, 4 (3%) na oddělení neonatologickém, 35 (22%) na interním oddělení a 12 (8%) na chirurgickém oddělení.

Graf 3 Průměrný věk respondentů



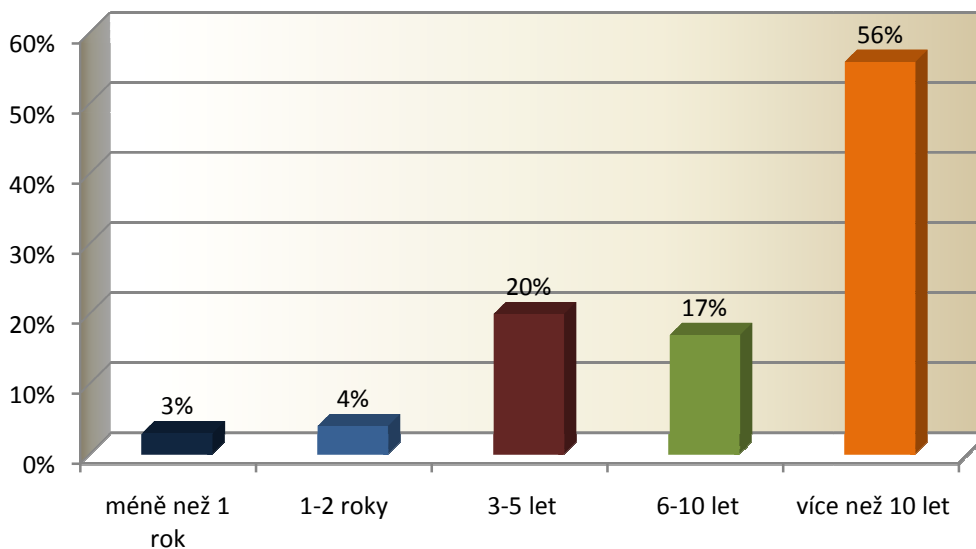
Graf znázorňuje průměrný věk dotazovaných respondentů, který je 38 let.

Graf 4 **Vzdělání respondentů**



Graf znázorňuje vzdělání respondentů. 76 (49%) respondentů má středoškolské vzdělání, 21 (13%) absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 37 (24%) je vysokoškolsky vzdělaných bakalářů, 12 (8%) dosáhlo magisterského vysokoškolského vzdělání a 10 (6%) uvedlo vzdělání specializační.

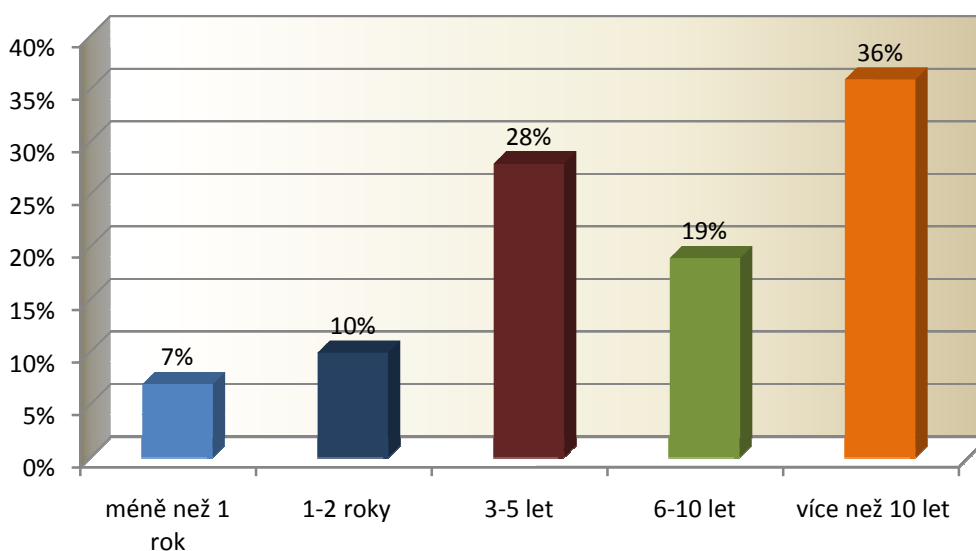
Graf 5 **Celková délka praxe**



Celkovou délku praxe ve zdravotnictví kratší než 1 rok uvedlo 5 (3%) respondentů, 1-2

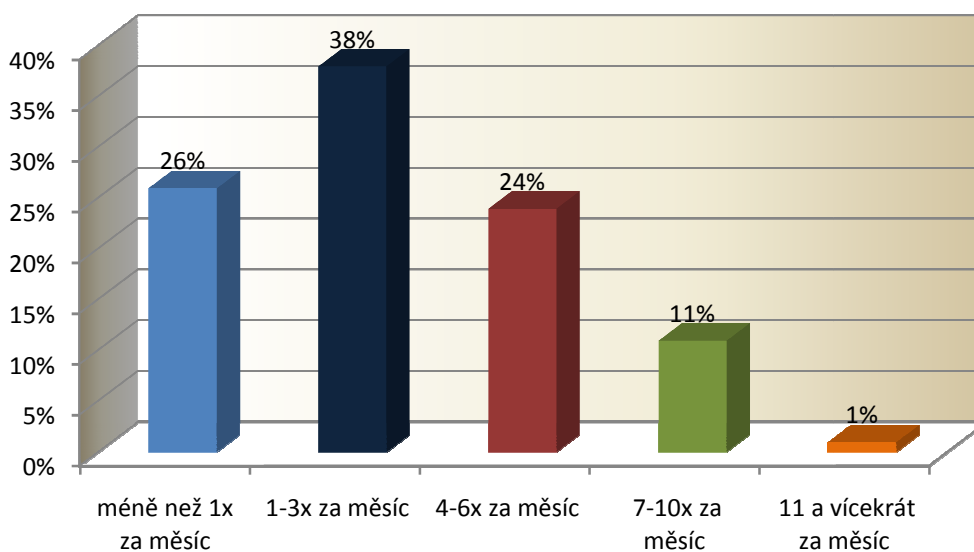
roky pracuje 7 (4%) respondentů, 3-5 let praxe uvedlo 31 (20%) respondentů, 6-10 let celkové praxe ve zdravotnictví má 26 (17%) respondentů a více než 10 let pracuje ve zdravotnictví 87 (56%) respondentů.

Graf 6 Délka praxe v současném oboru



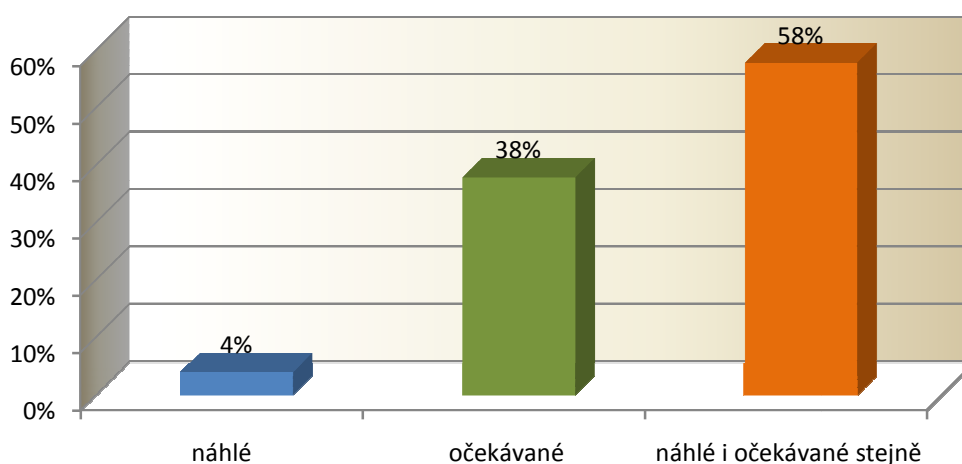
V současném oboru pracuje méně než jeden rok 11 (7%) respondentů, 1-2 roky v současném oboru pracuje 15 (10%) respondentů, 3-5 let praxe v oboru uvedlo 44 (28%) respondentů, 6-10 let praxe 30 (19%) respondentů a více než 10 let v současném oboru pracuje 56 (36%) respondentů.

Graf 7 Frekvence osobního setkání se smrtí na oddělení



40 (26%) respondentů uvedlo, že frekvence osobního setkání se smrtí je méně než 1krát za měsíc, 60 (38%) respondentů se setkává se smrtí 1- 3krát za měsíc, 37 (24%) uvedlo frekvenci 4-6krát za měsíc, 18 (11%) respondentů uvedlo počet 7-10krát úmrtí za měsíc a 1 (1%) respondent uvedl frekvenci 11krát a vícekrát za měsíc.

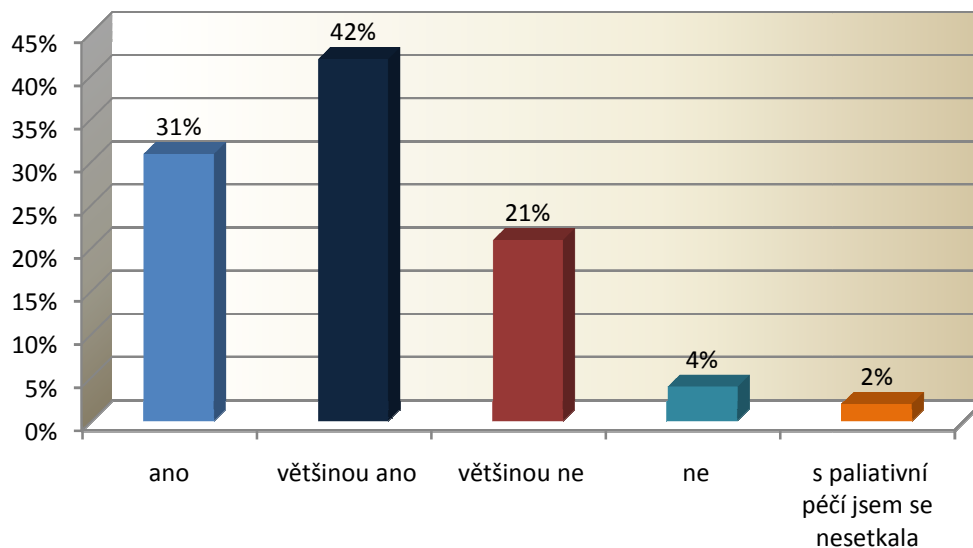
Graf 8 Setkávání s náhlým nebo očekávaným úmrtím pacienta



Z celkového počtu 156 (100%) respondentů 6 (4%) z nich uvedlo, že se setkávají více s náhlým úmrtím, 59 (38%) respondentů se domnívá, že častěji se setkávají

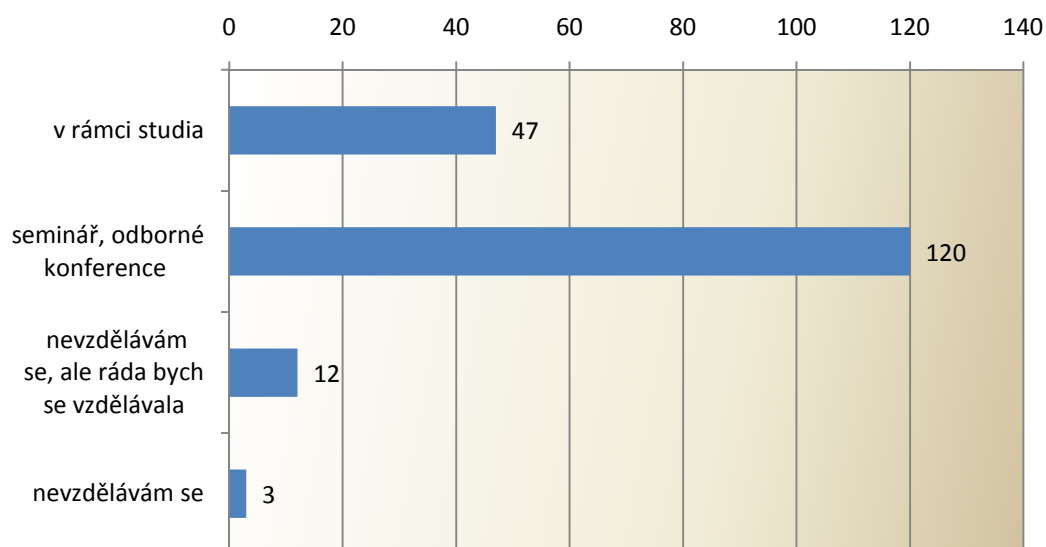
s očekávaným úmrtím a 91 (58%) respondentů považuje náhlé i očekávané úmrtí za vyrovnané.

Graf 9 Poskytování paliativní péče na oddělení



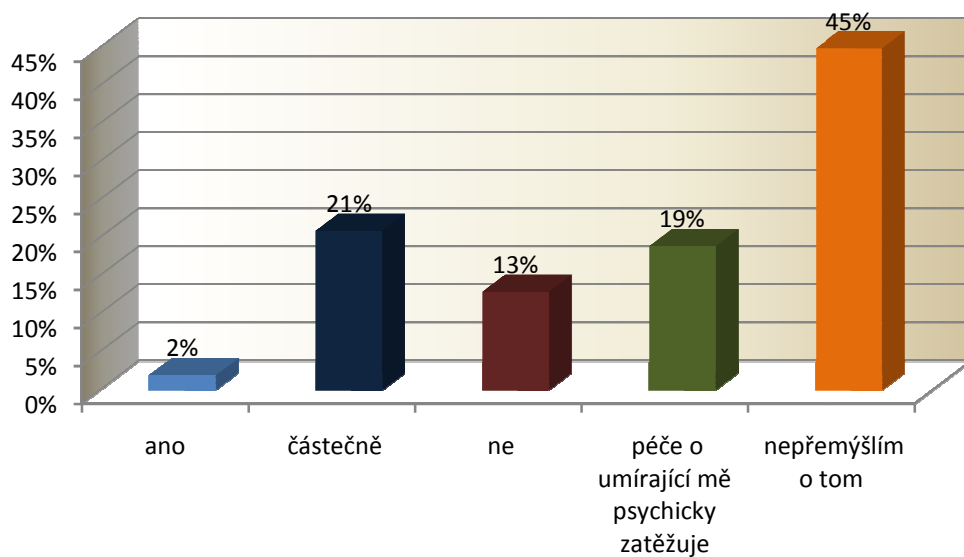
49 (31%) respondentů uvedlo, že na jejich oddělení se setkávají s poskytováním paliativní péče, jejíž cílem je mírnit bolest a další tělesná i duševní strádání a zachovat co nejvyšší kvalitu života. 65 (42%) respondentů uvedlo možnost většinou ano, 32 (21%) respondentů se domnívá, že paliativní péče poskytována většinou není, 7 (4%) uvedlo možnost ne a 3 (2%) respondentů uvedlo, že se s paliativní péčí nesetkali.

Graf 10 **Vzdělání v oblasti paliativní péče**



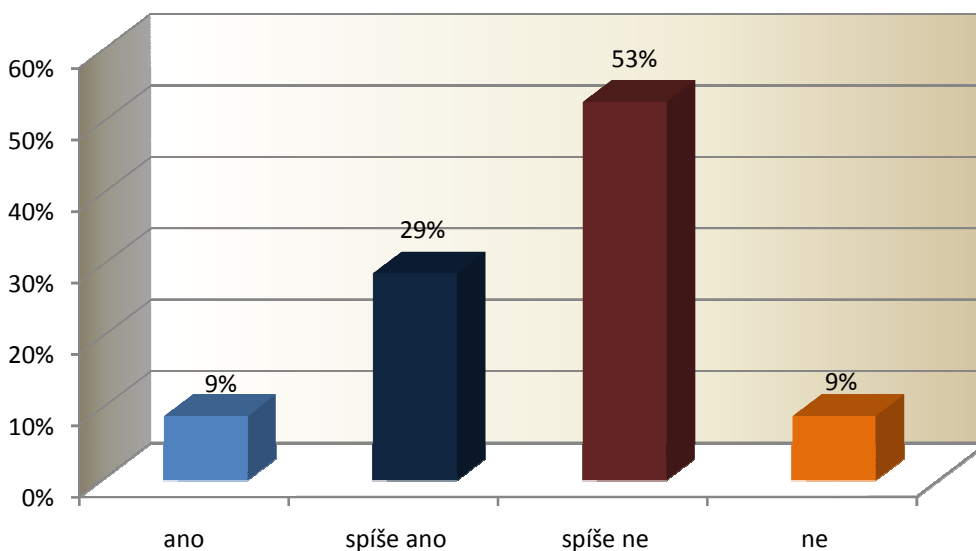
Zde mohli respondenti uvést více možností, proto jsou hodnoty uvedeny v absolutních číslech. Graf znázorňuje, jak se respondenti vzdělávají v oblasti paliativní péče. Součet všech možností je 182. 47krát respondenti zvolili odpověď v rámci studia, 120krát uvedli vzdělávání v rámci seminářů a odborných konferencí, 12krát uvedli, že se v oblasti paliativní péče nevzdělávají, ale rádi by se vzdělávali a 3krát respondenti uvedli, že se nevzdělávají, protože se domnívají, že takové vzdělání nepotřebují.

Graf 11 Osobní naplnění při péči o umírající



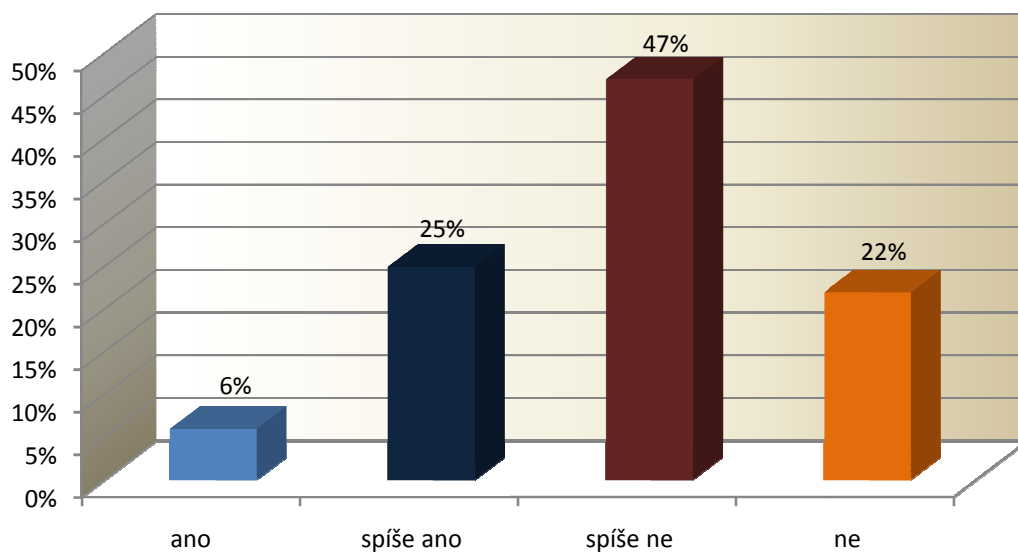
Graf znázorňuje odpověď na otázku, zda respondenti při péči o umírající pociťují osobní naplnění. 4 (2%) respondentů uvedlo odpověď ano, 33 (21%) respondentů zvolilo odpověď částečně, 20 (13%) respondentů péče o umírající nenaplnuje, 29 (19%) respondentů péče o umírající psychicky zatěžuje a 70 (45%) respondentů nad touto myšlenkou nepřemýšlí.

Graf 12 Pozornost věnovaná oblasti péče o umírající při studiu



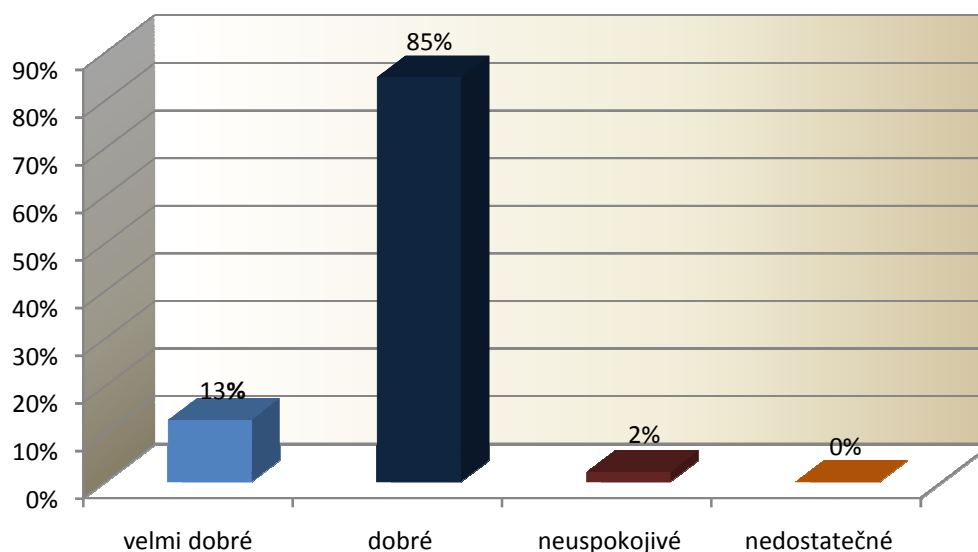
14 (9%) dotázaných respondentů si myslí, že je oblasti péče o umírající při studiu věnována dostatečná pozornost . 45 (29%) respondentů si vybralo odpověď spíše ano, 83 (53%) respondentů označilo odpověď spíše ne a 14 (9%) respondentů se domnívá, že při studiu dané oblasti není věnována dostatečná pozornost.

Graf 13 Přípravenost na konfrontaci se smrtí po zakončení studia



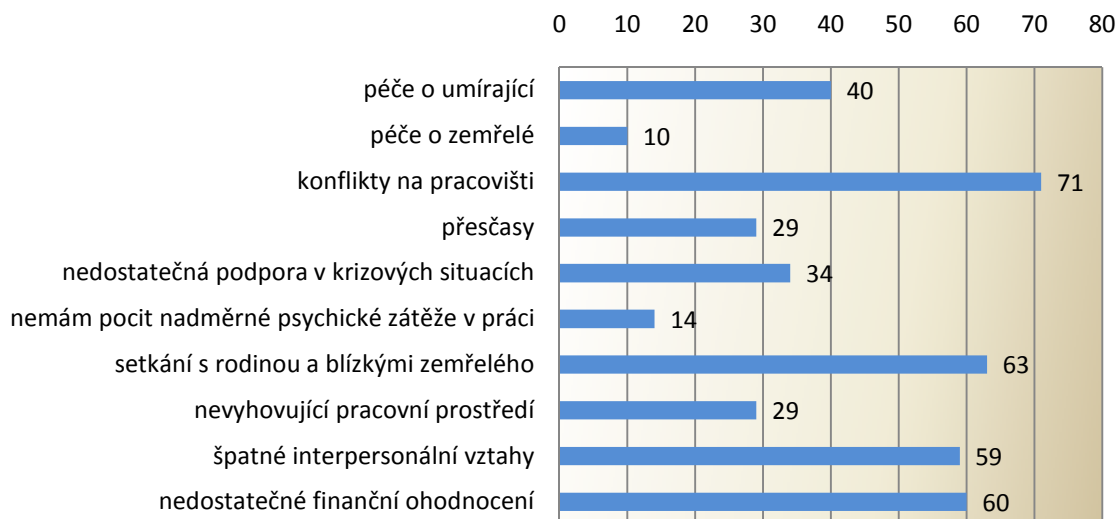
9 (6%) respondentů se cítilo být připraveno na konfrontaci smrtí po zakončení kvalifikačního studia, 39 (25%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 73 (47%) respondentů odpovědělo spíše ne a 35 (22%) respondentů se necítilo být na konfrontaci se smrtí po zakončení studia připraveno.

Graf 14 Vědomosti v oblasti péče o umírající a zemřelé



Graf znázorňuje, jak své vědomosti v oblasti péče o umírající a zemřelé respondenti hodnotí. 20 (13%) respondentů hodnotí své vědomosti jako velmi dobré, 132 (85%) považuje své vědomosti za dobré, 4 (2%) za neuspokojivé a žádný respondent své vědomosti nepovažuje za nedostatečné.

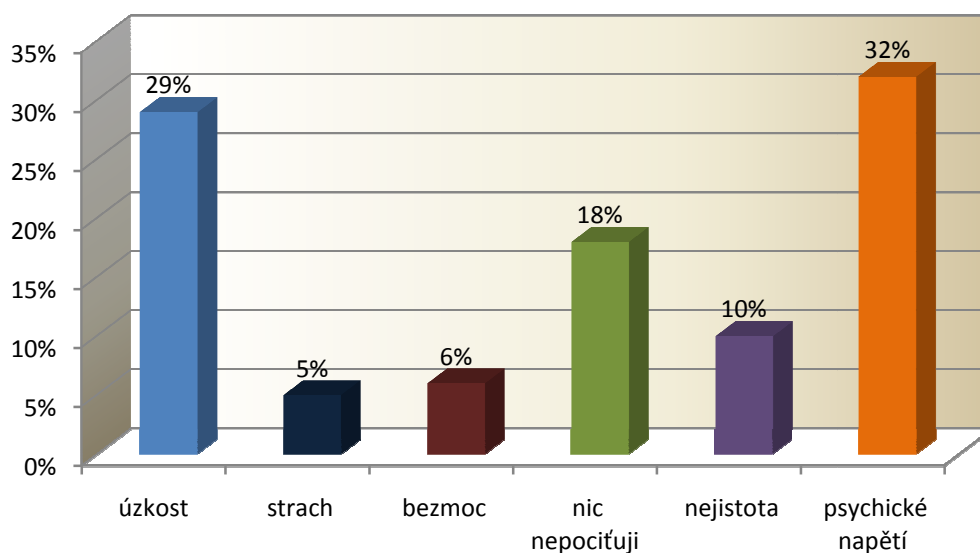
Graf 15 Důvody největší psychické zátěže v práci



Tento graf demonstruje, co způsobuje psychickou zátěž respondentů v práci. U této otázky měli respondenti možnost volit více odpovědí, proto jsou výsledky znázorněny

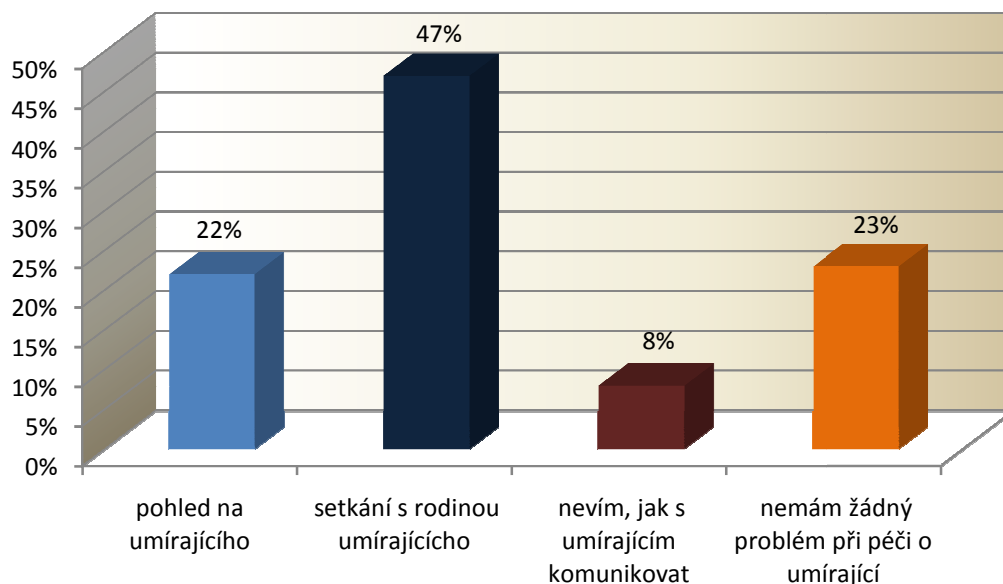
v absolutních číslech. Součet všech odpovědí je 409. 71krát volili respondenti konflikty na pracovišti, 63krát zvolili možnost setkání s rodinou a blízkými zemřelého, 60krát volili odpověď nedostatečné finanční ohodnocení, 59krát respondenti uvedli, že je psychicky zatěžují špatné interpersonální vztahy, 40krát volili péči o umírající, 34krát respondenti vybrali možnost, že cítí nedostatečnou podporu v krizových situacích, 29krát respondenti zvolili možnost přesčasy, shodným počtem také 29krát volili odpověď nevyhovující pracovní prostředí, 14krát respondenti uvedli, že nepocítují nadměrnou psychickou zátěž v práci, a 10krát respondenti uvedli, že jim psychickou zátěž působí péče o zemřelé.

Graf 16 Pocity při péči o umírající



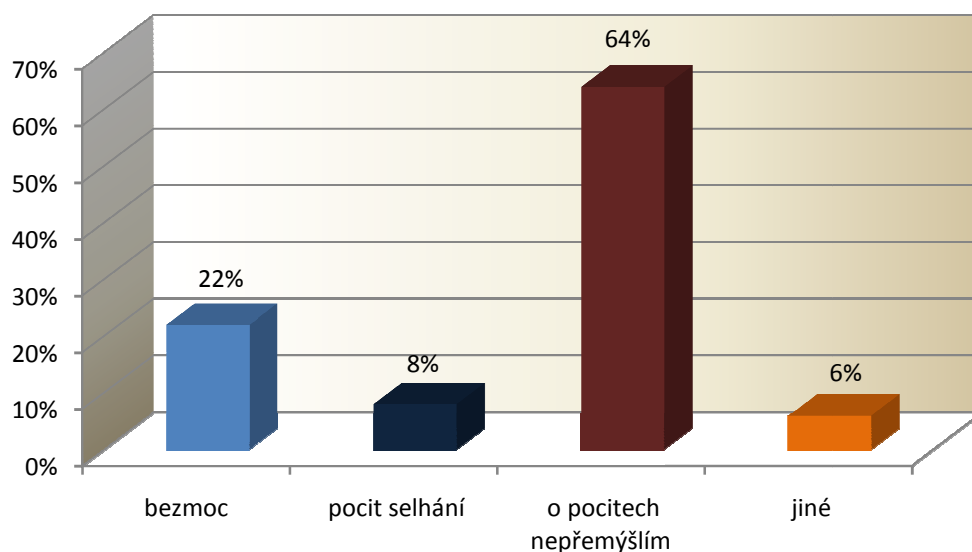
46 (29%) respondentů uvedlo, že při péči o umírající prožívají pocity úzkosti, 7 (5%) respondentů uvedlo strach, 9 (6%) bezmoc, 28 (18%) respondentů nepocítuje žádné pocity, 16 (10%) respondentů pocítuje nejistotu a 50 (32%) dotázaných pocítuje psychické napětí.

Graf 17 Nejobtížnější situace pro sestry v období umírání pacienta



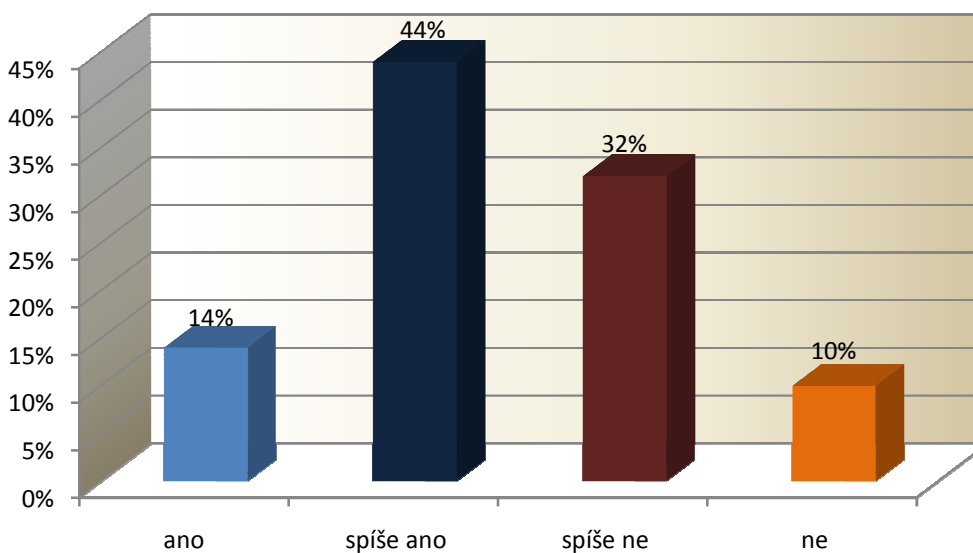
Graf znázorňuje, co je v období umírání pacienta pro sestry nejobtížnější. 34 (22%) respondentů uvedlo, že nejobtížnější je pro ně v období umírání pacienta pohled na umírajícího, 73 (47%) považují za nejobtížnější situaci setkání s rodinou umírajícího, pro 13 (8%) respondentů je obtížné, že neví, jak s umírajícím komunikovat a 36 (23%) respondentů nepocítuje žádný problém v období umírání pacienta.

Graf 18 Osobní pocity při smrti pacienta



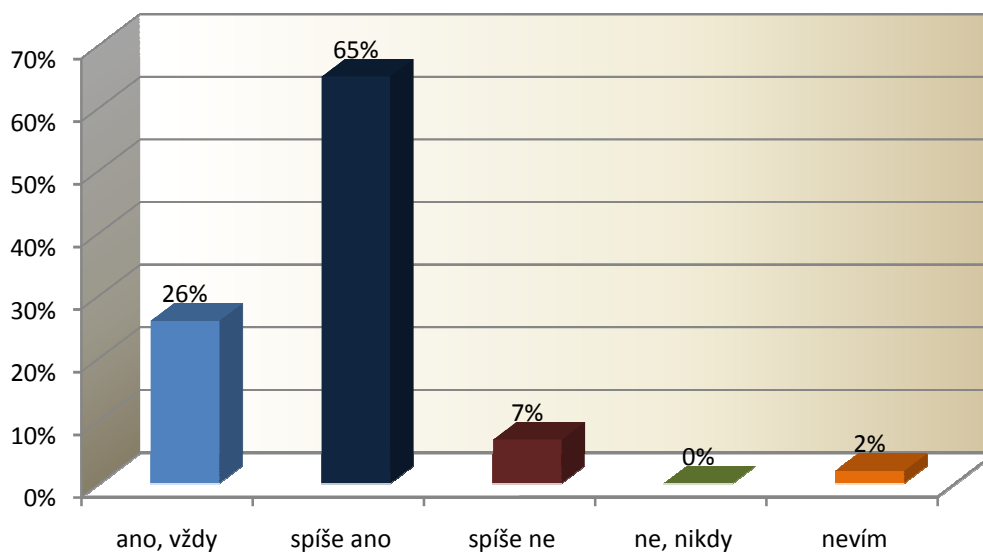
Graf znázorňuje, jaké pocity prožívají respondenti při smrti pacienta. 35 (22%) respondentů prožívá bezmoc, 12 (8%) respondentů uvádějí pocit selhání, 100 (64%) uvádějí, že o pocitech nepřemýšlí, protože považují smrt za součást své práce a 9 (6%) respondentů označilo jiné pocity, z nichž 4 respondenti uvedli smutek, 3 respondenti lítost a 2 respondenti považují smrt za ukončení trápení.

Graf 19 Ovlivnění pocitů opakovaným setkáním se smrtí



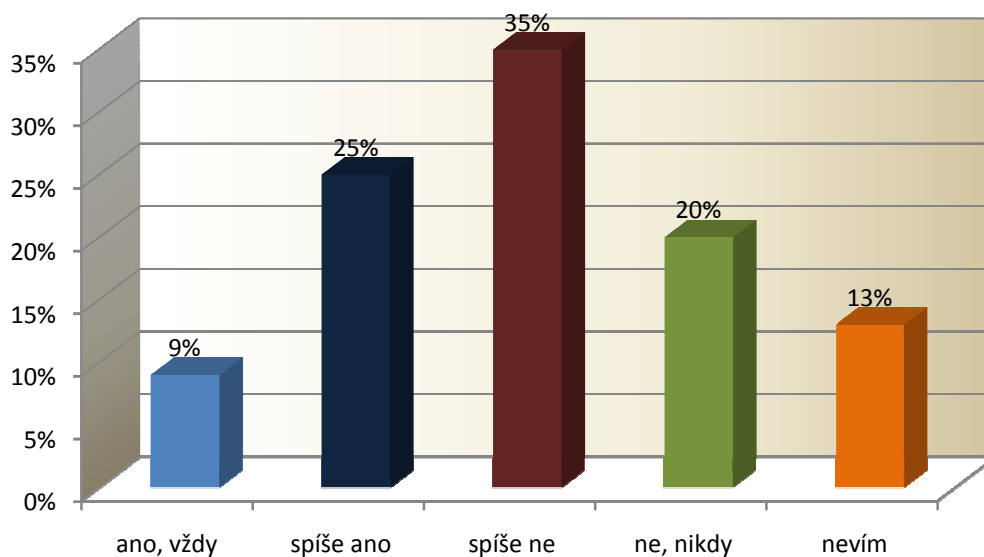
22 (14%) respondentů uvádí, že jejich pocity jsou ovlivněny opakovaným setkáním se smrtí, 69 (44%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 50 (32%) respondentů zvolilo odpověď spíše ne a 15 (10%) respondentů si nemyslí, že jejich pocity ovlivňuje opakované setkání se smrtí.

Graf 20 Zajištění důstojného umírání



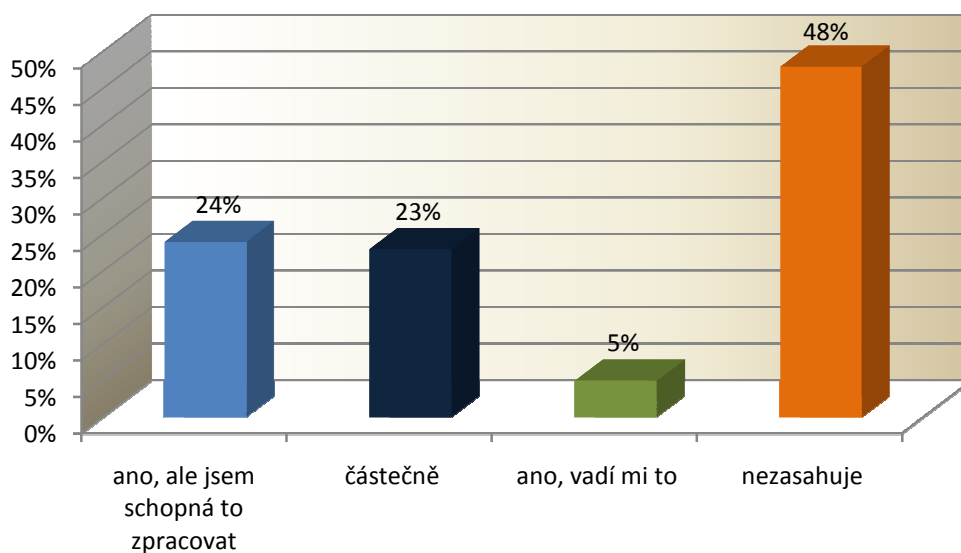
Při zjišťování, zda je možné zajistit důstojné umírání, 41 (26%) respondentů se domnívá, že je možné vždy zajistit důstojné umírání, 101 (65%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 11 (7%) zastává názor, že spíše ne, žádný respondent neuvedl odpověď ne, nikdy a 3 (2%) respondenti neví, zda je možné důstojné umírání zajistit.

Graf 21 Pocit osobní zodpovědnosti za umírající pacienty



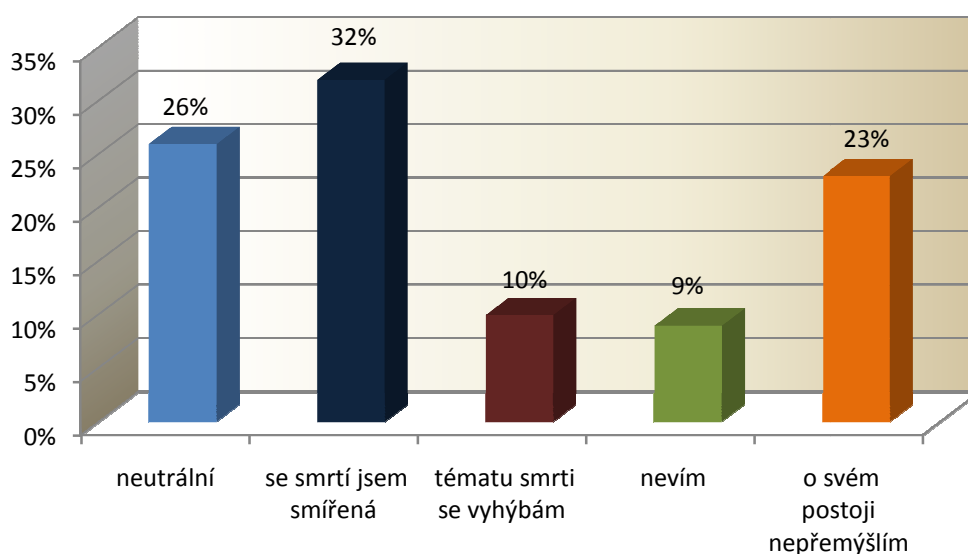
14 (9%) respondentů uvedlo, že vždy pocítují osobní zodpovědnost za umírajícího, 39 (25%) respondentů zvolilo spíše ano, 52 (35%) respondentů osobní zodpovědnost spíše nepocítují, 31 (20%) respondentů nepocítují nikdy osobní zodpovědnost a 20 (13%) uvedlo, že neví.

Graf 22 Ovlivnění osobního života umíráním pacientů



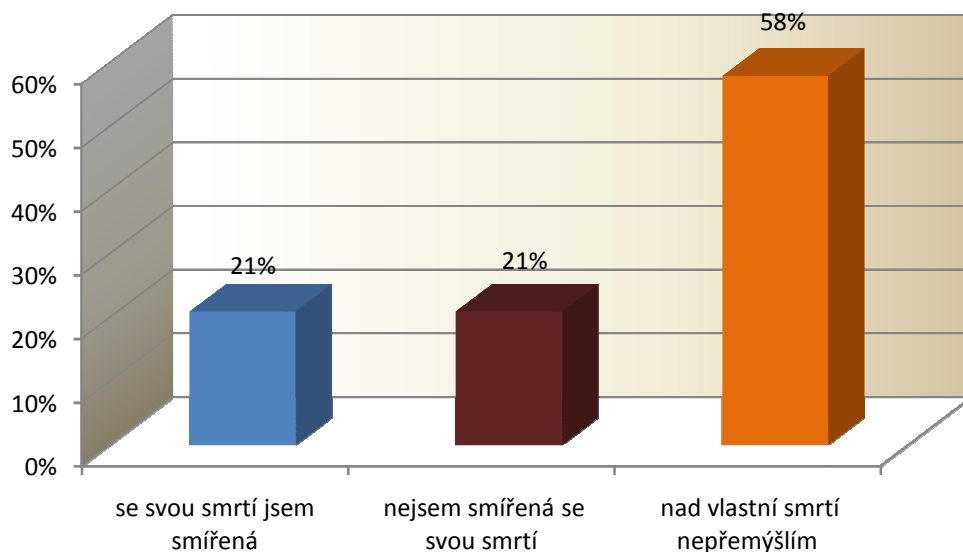
Graf znázorňuje, zda umírání pacientů zasahuje do osobního života sester. 38 (24%) respondentů uvedlo, že ano, ale jsou schopni situaci zpracovat, 36 (23%) respondentů zvolilo možnost, že umírání zasahuje do jejich osobního života částečně, 8 (5%) respondentů uvedlo, že ano a vadí jim to, 74 (48%) respondentů uvedlo, že umírání do jejich osobního života nezasahuje, oddělují pracovní a osobní život.

Graf 23 Postoj sester ke smrti



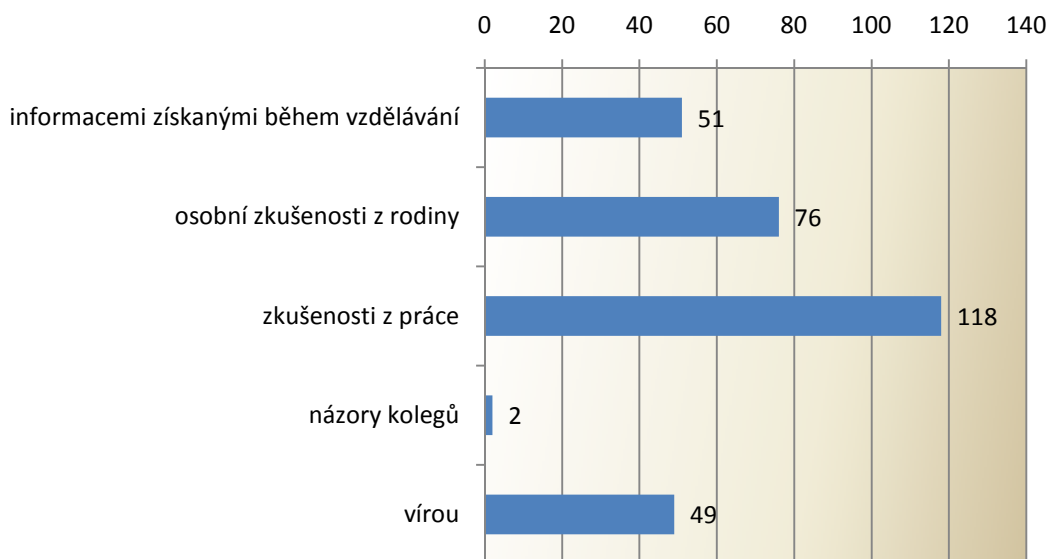
Graf demonstruje postoj respondentů ke smrti. 41 (26%) respondentů uvedlo, že ke smrti zaujímají neutrální postoj, 50 (32%) respondentů uvedlo postoj, že se smrtí jsou smířeni, 16 (10%) respondentů se tématu smrti vyhýbá, 13 (9%) respondentů neví, jaký postoj k dané problematice zaujímají a 36 (23%) respondentů uvádí, že o svém postoji ke smrti nepřemýšlí.

Graf 24 Postoj k vlastní smrti



Graf znázorňuje, jaký postoj sestry zauímají k vlastní smrti. 33 (21%) respondentů uvedlo, že jsou se svou smrtí smířeni, 32 (21%) respondentů uvedlo, že nejsou smířeni se svou smrtí a 91 (58%) respondentů nad tématem vlastní smrti nepřemýšlí.

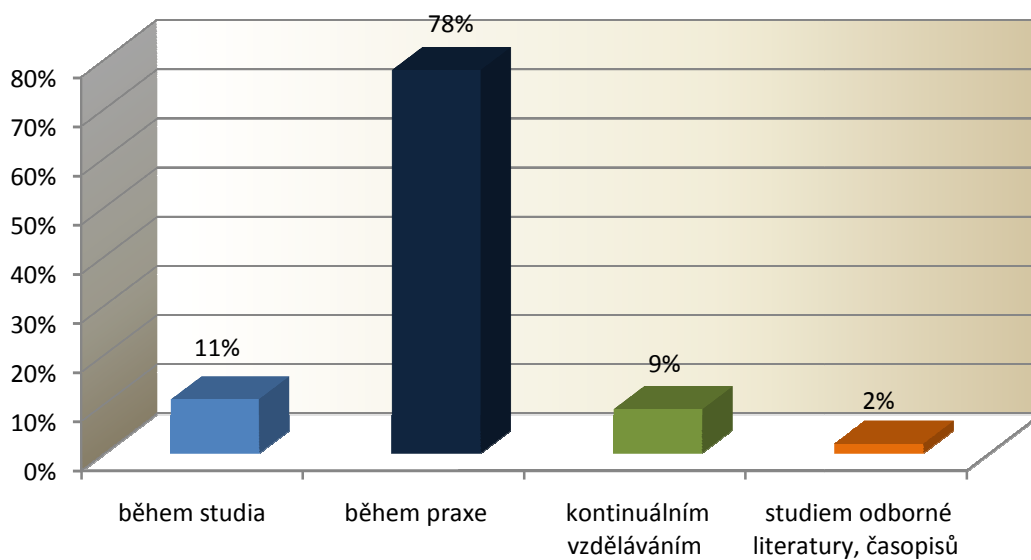
Graf 25 Ovlivnění postoje ke smrti



Graf znázorňuje, co dle respondentů může postoj ke smrti ovlivnit. Byla možnost volit více odpovědí, proto jsou hodnoty znázorněny v absolutních číslech. Celkový součet

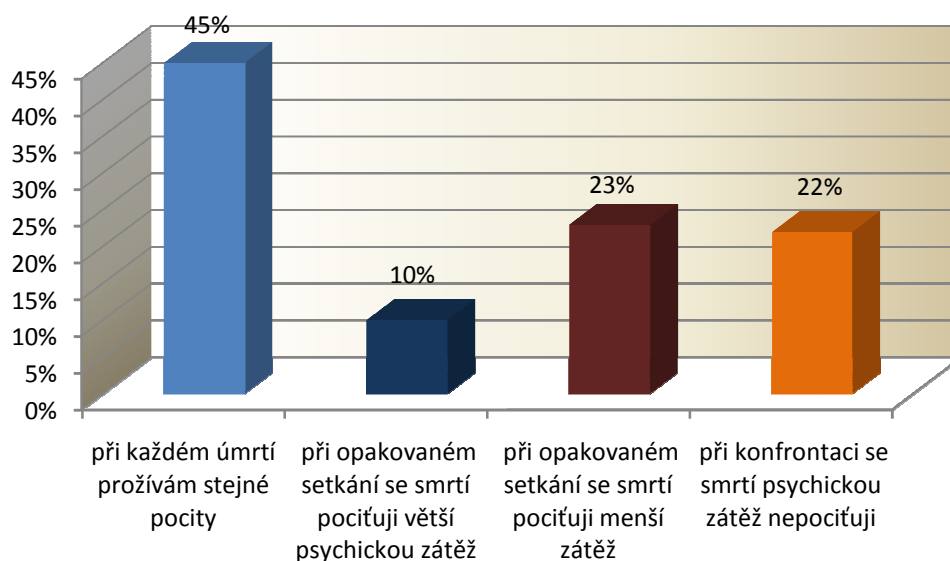
odpovědí je 296. 118krát volili respondenti, že postoj ke smrti je ovlivněn zkušenostmi z práce, 76krát se domnívají, že zkušenostmi z rodiny, 51krát zvolili odpověď, že postoj ke smrti ovlivňují informace, které získali během vzdělávání, 49krát uvedli ovlivnění postoje ke smrti vírou a 2krát uvedli vliv názorů kolegů.

Graf 26 Získání odborných znalostí a dovedností o péči o umírající



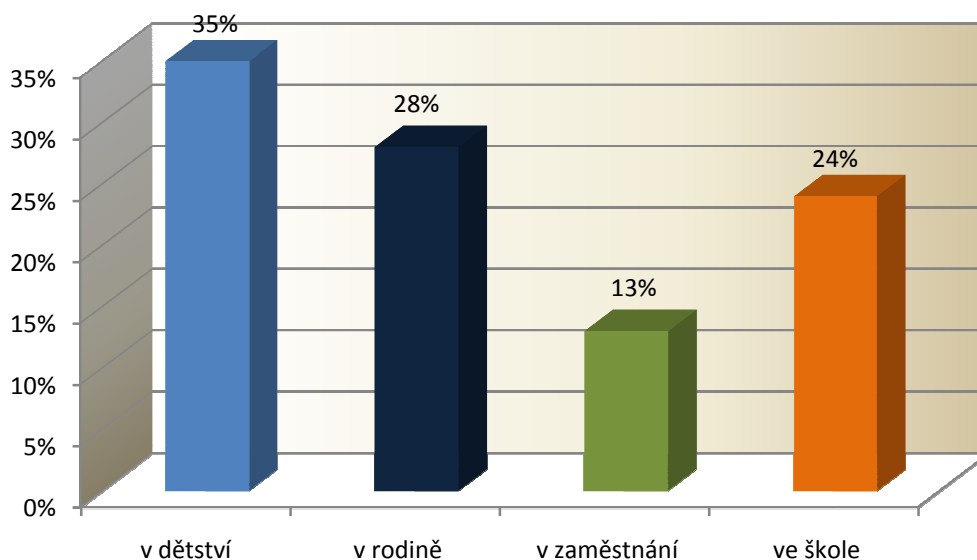
17 (11%) respondentů uvedlo, že nejvíce odborných dovedností a znalostí týkající se péče o umírající získali během studia, 122 (78%) respondentů mají pocit, že nejvíce znalostí a dovedností získali během praxe, 14 (9%) uvedlo kontinuální vzdělávání a 3 (2%) respondentů uvedlo způsob získávání znalostí v péči o umírající studiem odborné literatury a časopisů.

Graf 27 Vliv opakovaného setkání se smrtí na psychickou zátěž



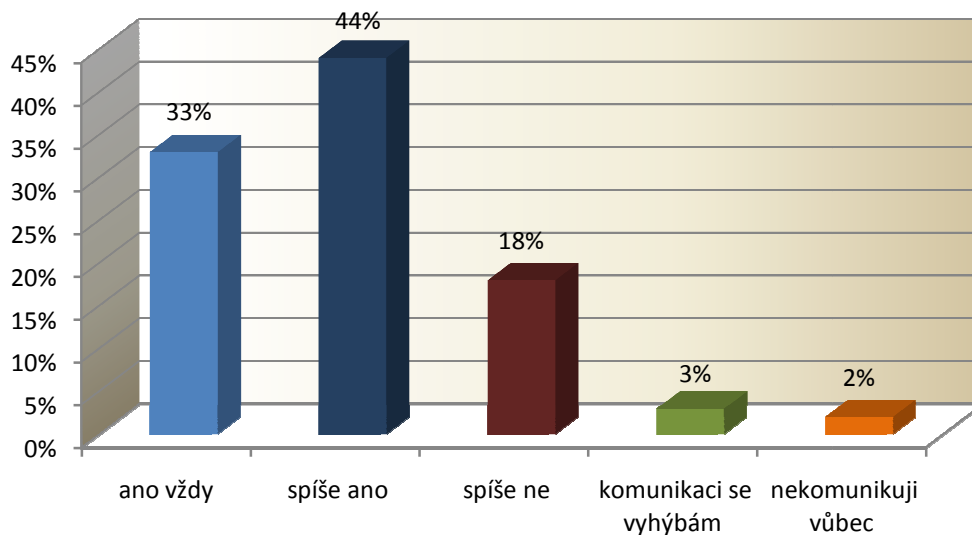
Graf znázorňuje, jak ovlivňuje opakovaná konfrontace se smrtí psychickou zátěž. 70 (45%) respondentů uvedlo, že při každém úmrtí pacienta prožívá stejné pocity, 16 (10%) respondentů uvedlo, že z důvodu opakovaného setkávání se smrtí pociťují větší psychickou zátěž, 36 (23%) respondentů při opakované konfrontaci se smrtí pociťují již menší zátěž a 34 (22%) respondentů při setkání se smrtí psychickou zátěž nepociťují.

Graf 28 První setkání se smrtí



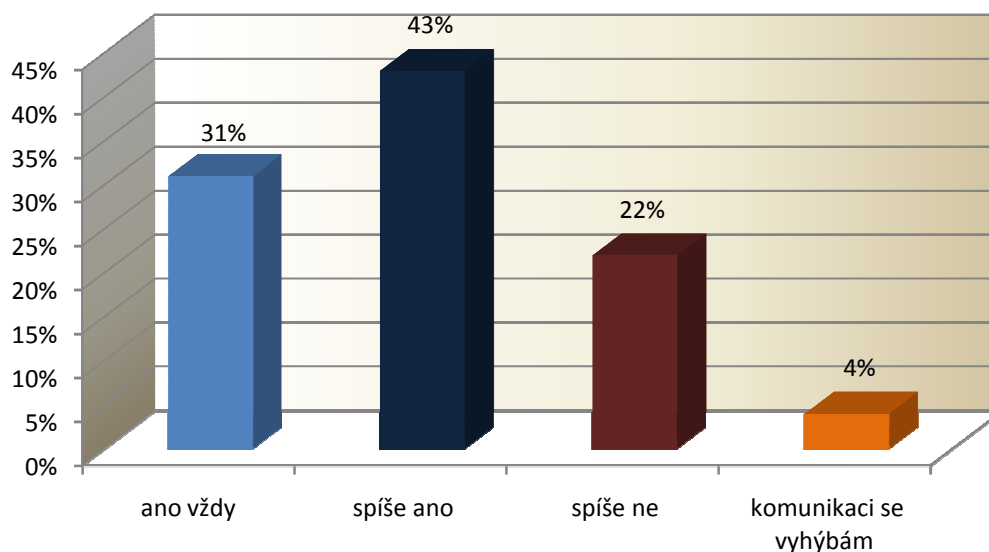
Poprvé se smrtí setkala 55 (35%) respondentů v dětství, 43 (28%) se poprvé s úmrtím setkala v rodině, 20 (13%) respondentů bylo poprvé se smrtí konfrontováno v zaměstnání a 38 (24%) respondentů mělo zkušenost ze školy.

Graf 29 Komunikace s umírajícím pacientem



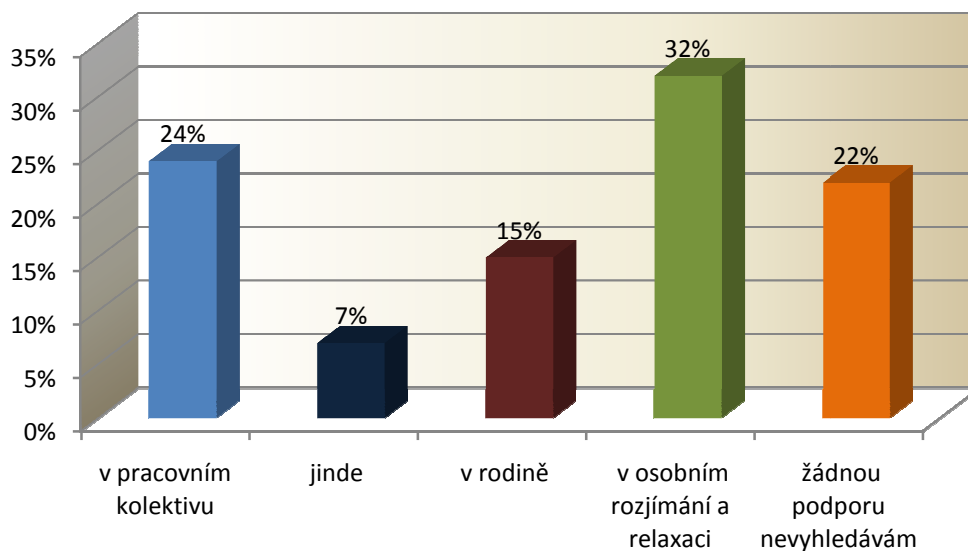
S umírajícími pacienty komunikuje vždy 52 (33%) dotázaných respondentů, odpověď spíše ano uvedlo 68 (44%) dotázaných, 28 (18%) respondentů uvedlo, že s umírajícími spíše nekomunikují, 5 (3%) respondentů se komunikaci vyhýbá a 3 (2%) respondentů s umírajícími nekomunikují vůbec.

Graf 30 Komunikace s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta



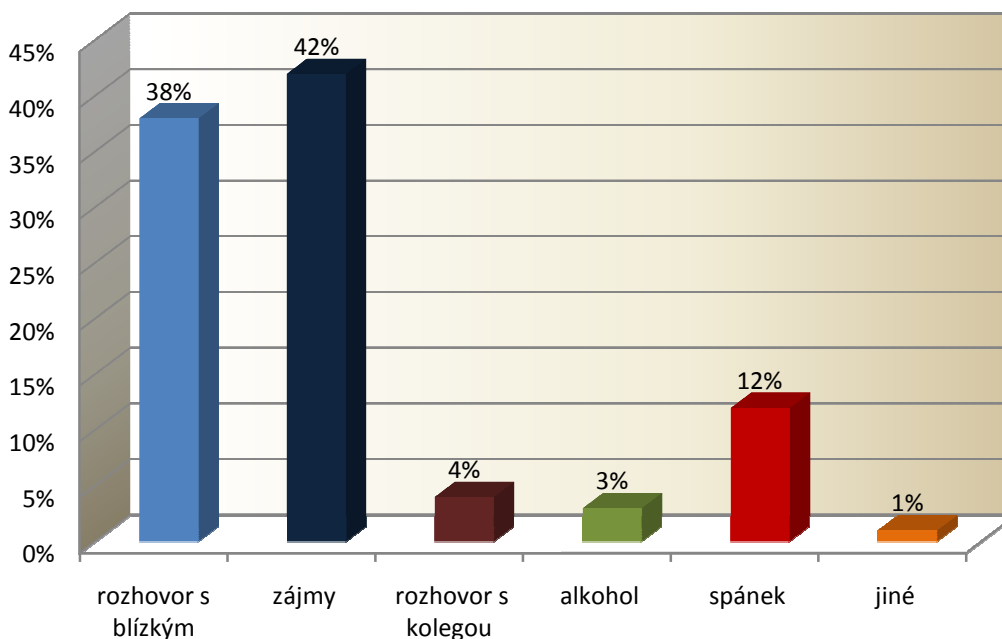
S blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta vždy komunikuje 48 (31%) respondentů, 67 (43%) uvedlo možnost spíše ano, 34 (22%) s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta spíše nekomunikují a 7 (4%) respondentů se komunikaci vyhýbá.

Graf 31 Vyhledávání podpory po úmrtí pacienta



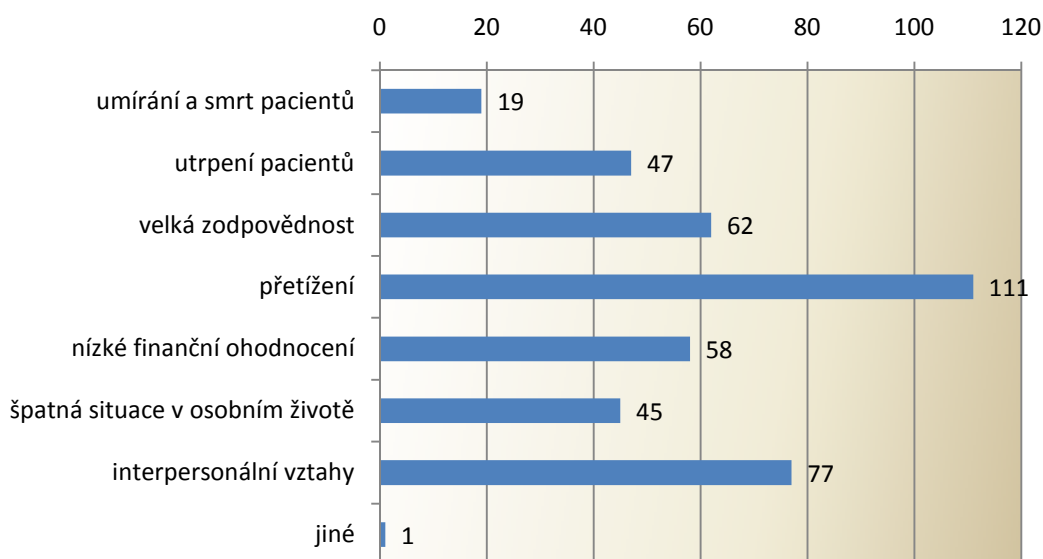
Po úmrtí pacienta 37 (24%) respondentů uvádí, že vyhledávají podporu v pracovním kolektivu, 11 (7%) respondentů zvolilo možnost jinde, z toho 5 respondentů uvedlo návštěvu kina a 4 respondenti posezení s přáteli a 2 respondenti relaxují u počítače. 23 (15%) respondentů vyhledává podporu v rodině, 50 (32%) v osobním rozjímání a relaxaci, 35 (22%) uvedlo, že žádnou podporu nevyhledává.

Graf 32 Činnosti při zvládnání zvýšené psychické zátěže



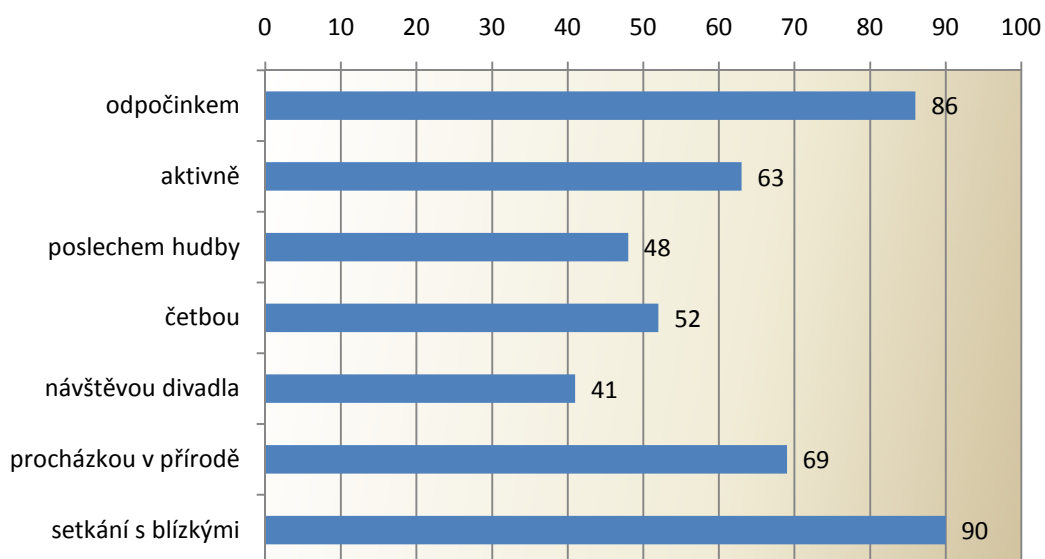
Zvládat zvýšenou psychickou zátěž 60 (38%) respondentům pomáhá rozhovor s blízkým člověkem, 65 (42%) respondentů se v době zátěže věnuje svým koníčkům a zájmům, 6 (4%) respondentů uvedlo pomoc při rozhovoru s kolegou, 5 (3%) respondentů při zvýšeném psychickém napětí užívá alkohol, 19 (12%) respondentů dává přednost spánku a 1 (1%) respondent uvedl, že se v době zvýšeného psychického napětí se uklidňuje cigaretou.

Graf 33 Důvody vzniku syndromu vyhoření



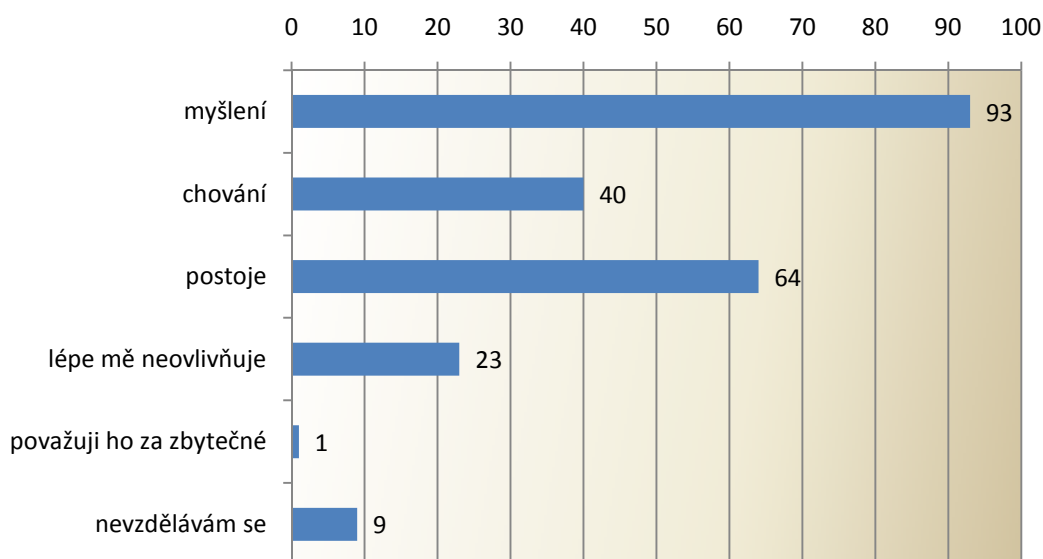
Graf demonstruje, co by dle názoru respondentů mohlo mít největší vliv na vzniku syndromu vyhoření. Mohli volit více možností, proto jsou hodnoty uvedeny v absolutních číslech. Součet všech odpovědí je 420. Respondenti se domnívají, že syndrom vyhoření může způsobit přetížení, tuto možnost volili 111krát, 77 krát zvolili respondenti jako důvod vzniku syndromu vyhoření špatné interpersonální vztahy, 62krát se domnívají že rizikem je velká zodpovědnost v práci, 58krát volili možnost nízké finanční ohodnocení, 47krát se domnívají, že syndrom vyhoření může způsobit setkání s utrpením pacientů, 45krát udali špatnou situaci v osobním životě, 19krát zvolili umírání a smrt pacientů a 1krát zvolil respondent možnost jiné a uvedl konflikty s rodinou pacienta.

Graf 34 Trávení volného času



U otázky, jak respondenti tráví volný čas, měli možnost volit i více odpovědí. Proto jsou uvedené hodnoty v absolutních číslech. Součet všech odpovědí je 449. 90krát uvedli respondenti možnost trávení volného času setkáním s blízkými, 86krát uvedli možnost trávení volného času odpočinkem, 69krát respondenti uvedli, že volný čas tráví procházkou v přírodě, 63krát uvedli možnost trávení volného času aktivně, 52krát četbou, 48krát poslechem hudby, 41krát zvolili odpověď návštěva divadla.

Graf 35 Ovlivnění kontinuálním vzděláváním



Graf znázorňuje, co dle názoru respondentů nejvíce ovlivňuje kontinuální vzdělávání. Respondenti měli možnost volit více možností, proto jsou hodnoty uvedeny v absolutních číslech. Součet všech odpovědí se rovná hodnotě 230. Dotazovaní respondenti 93krát volili možnost, že kontinuální vzdělávání nejvíce ovlivňuje myšlení, 64krát se domnívají, že kontinuální vzdělávání má velký vliv na ovlivnění postojů, 40krát zvolili možnost chování, 23krát respondenti uvedli, že kontinuální vzdělávání je lépe nepovlivňuje, 9krát respondenti uvedli, že se nevzdělávají a 1krát je kontinuální vzdělávání považováno za zbytečné.

4.2 Statistické testování hypotéz

H1: Postoj ke smrti je závislý na vzdělání

Závislost vzdělání a postoje ke smrti jsme testovali otázkami 4 a 23.

Tabulka 1

Pozorované četnosti		Postoj ke smrti				Celkem
		neutrální	se smrtí jsem smířená	tématu smrti se vyhýbám	o svém postoji nepřemýšlím	
Vzdělání	středoškolské	17	26	6	21	70
	vyšší odborné	7	7	5	1	20
	vysokoškolské	14	15	4	11	44
Celkem		38	48	15	33	134
Vzdělání	středoškolské	24%	37%	9%	30%	100%
	vyšší odborné	35%	35%	25%	5%	100%
	vysokoškolské	32%	34%	9%	25%	100%
Celkem		28%	36%	11%	25%	100%

Pro statistický výpočet byly sloučeny skupiny sester s bakalářským a magisterským vzděláním a vyloučena skupina specialistek, a to z důvodu malého množství odpovědí. Z odpovědí postoje ke smrti byli rovněž vyřazeni ti respondenti, kteří zvolili odpověď nevím, protože touto odpovědí dotazovaní nevyjadřují žádný postoj. Pro testování závislosti postoje ke smrti na vzdělání jsme stanovili H_0 : Není rozdíl v postojích podle stupně vzdělání. Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí kvadrát testu je 17,7%, $p > 5\%$, platí H_0 : Není rozdíl v postojích podle stupně vzdělání.

H2: Postoj ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě.

Závislost postoje ke smrti na zkušenostech se smrtí v osobním životě jsme testovali otázkami 23 a 28.

Tabulka 2

Pozorované četnosti		První setkání se smrtí				Celkem
		v dětství	v rodině	ve škole	v zaměstnání	
Postoj ke smrti	neutrální	13	12	7	9	41
	se smrtí jsem smířená	23	16	3	8	50
	tématu smrti se vyhýbám	4	3	3	6	16
	o svém postoji nepřemýšlím	12	10	3	11	36
Celkem		52	41	16	34	143
Postoj ke smrti	neutrální	32%	29%	17%	22%	100%
	se smrtí jsem smířená	46%	32%	6%	16%	100%
	tématu smrti se vyhýbám	25%	19%	19%	37%	100%
	o svém postoji nepřemýšlím	33%	28%	8%	31%	100%
Celkem		36%	29%	11%	24%	100%

Při statistickém šetření byli vyloučeni opět ti respondenti, kteří blíže nespecifikují svůj postoj ke smrti a volili možnost nevím. H2 byla testována pomocí chí kvadrát testu. Dosažená hladina významnosti $p=36,8\%$, $p>5\%$, nebyl prokázán vztah mezi zkušenostmi v osobním životě a postojem ke smrti. Z toho vyplývá, že H2: Postoj ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě se nepotvrdila.

H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester.

Hypotézu třetí jsme testovali pomocí otázek 7 a 27.

Tabulka 3

		Zátěž po opakovaném setkání se smrtí				Celkem
		větší	stejná	menší	nepociťuji	
Úmrtí měsíčně	méně než 1x	3	26	7	4	40
	1-3x	9	21	17	13	60
	4 a vícekrát	4	23	12	17	56
Celkem		16	70	36	34	156
Úmrtí měsíčně	méně než 1x	8%	65%	18%	10%	100%
	1-3x	15%	35%	28%	22%	100%
	4 a vícekrát	7%	41%	21%	30%	100%
Celkem		10%	45%	23%	22%	100%

Zde byli sloučeny skupiny četnosti úmrtí 4-6krát, 7-10krát a 11 a vícekrát, protože poslední dvě možnosti volilo malé množství respondentů. Pro testování hypotézy jsme stanovili H0: Míra zátěže je stejná, bez ohledu na četnost úmrtí. Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí kvadrát testu je 4,3%, $p < 5\%$. Zátěž se v závislosti na četnosti úmrtí liší, H0 zamítáme. Z testu vyplývá, že H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester, se potvrdila.

H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe.

Hypotézu čtyři jsem testovali pomocí otázky 26.

Tabulka 4

Zisk dovedností	Pozorované		Očekávané		chí kvadrát test
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	
během studia	34	22%	78	50%	<0,1%
během praxe	122	78%	78	50%	
Celkem	156	100%	156	100%	

Pro provedení testu byla stanovena H0: Sestry uvádějí, že není rozdíl v zisku dovedností praxí a studiem a HA: „Zisk dovedností se liší“. Dosažená hladina významnosti Pearsonova chí kvadrát testu je $p < 0,1\%$, $p < 5\%$. Z výsledku testu vyplývá, že míra zisku dovedností praxí a studiem se liší. Z pozorovaných četností jasně vyplývá, že zisk zkušeností praxí je mnohem častější (75%). H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe, byla tedy potvrzena.

5 Diskuze

Umírání a smrt neodmyslitelně patří k povolání sestry. Umírají lidé v každém věku. Může se jednat o úmrtí náhlé, které přichází z plného zdraví nebo je smrt jako přirozeným zakončením dlouhého života. Péče o umírající vyžaduje patřičné znalosti a dovednosti. V praxi pracují sestry, které dosáhly kvalifikace na různých typech škol. Vzdělávání může ovlivňovat myšlení a postoje. Kvalifikační příprava zdravotnických pracovníků může probíhat na středních zdravotnických školách, kde od roku 2004 byla zahájena příprava v oboru zdravotnický asistent. Kvalifikační vzdělávání nelékařských pracovníků dále probíhá na vysokých a vyšších odborných školách. Výši vzdělání našich respondentů znázorňuje graf 4. Z celkového počtu 156 (100%) respondentů má 76 (49%) středoškolské vzdělání, 21 (13%) absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 37 (24%) je bakalářů, 12 (8%) je vysokoškolsky vzdělaných magistrů a 10 (6%) respondentů uvedlo vzdělání specializační. Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se sestry cítí být po zakončení kvalifikačního studia připravené na konfrontaci se smrtí. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pouze 9 (6%) respondentů se cítilo být po zakončení studia připravené na setkání se smrtí a 39 (25%) respondentů uvedlo odpověď *spíše ano*. 73 (47%) respondentů uvedlo odpověď *spíše ne* a 35 (22%) respondentů se na setkání se smrtí necítilo být připraveno.

V našem výzkumném šetření jsem zkoumali, zda postoj ke smrti je ovlivněn stupněm vzdělání. Otázkami 4 a 23 jsme testovali H1: Postoj ke smrti je závislý na stupni vzdělání. Slováková (2010) při výzkumu zjistila, že nejvíce je u sester zastoupený neutrální postoj ke smrti, kdy je smrt považována za přirozenou součást života. Stejně tak i v našem výzkumném šetření byly výsledky velmi podobné. Nejvíce respondentů 50 (32%) volilo smíření se smrtí a neutrální postoj uvedlo 41 (26%) dotázaných. Při statistickém zpracování jsme sloučili skupinu sester s bakalářským a magisterským vzděláním. Statistickým šetřením nebyl prokázán vztah mezi vzděláním a postojem ke smrti (viz Tabulka 1). Dle respondentů je postoj ke smrti nejvíce ovlivněn zkušenostmi z práce a osobní zkušeností z rodiny (viz graf 25). Nabízí se otázka, zda je při studiu a vzdělávání zdravotníků péči o umírající a zemřelé věnována

dostatečná pozornost. Kisvetrová (2011) ve svém článku zmiňuje, že předměty s psycho- sociální a spirituální problematikou, byly zařazeny do profesního vzdělávání až po pádu totalitního režimu. Poznatky i z těchto předmětů ovlivňují kvalitu poskytované péče a mohou přimět sestru přemýšlet o svém přístupu k nemocným. Průměrný věk našich respondentů je 38 let, takže většina dotázaných získala profesní vzdělání v době, kdy předměty se spirituální a psycho- sociální problematikou nebyly do vzdělávání zařazovány a téma smrti bylo tabuizované. I v našem výzkumu byla položena otázka, zda z pohledu respondentů je při studiu dané problematice věnována dostatečná pozornost. Odpověď *spíše ne a ne*, uvedlo 97 (62%) respondentů. Z tohoto výsledku vyplývá, že nadpoloviční většina dotázaných se domnívá, že problematice umírání není věnována dostatečná pozornost při studiu i přesto, že kvalifikační vzdělávání probíhá na vysokých školách. To potvrzuje i skutečnost, že nejvíce respondentů 122 (78%) volilo možnost, že nejvíce odborných dovedností a znalostí získali až během praxe, nikoliv při studiu. Tuto možnost volilo pouze 17 (11%) dotázaných. 14 (9%) respondentů se domnívá, že své dovednosti a zkušenosti získali hlavně v průběhu kontinuálního vzdělávání a 3 (2%) respondentů uvedlo, že jako způsob získávání znalostí v oblasti péče o umírající volí studium odborné literatury a časopisů.

Vorlíček, Adam, et al. (2004) ve své publikaci uvádějí, že pro stanovení cílů pro vzdělávání v oblasti paliativní péče je třeba vycházet z potřeb jednotlivých skupin, které jsou velmi různorodé. Jednou jsou nemocní a členové jejich rodin, další dobrovolníci z řad profesionálů i laiků a v neposlední řadě zdravotníci, kteří se dostávají do blízkého kontaktu s nemocnými a tráví s nimi hodně času.

Haškovcová (2007) považuje za nutnost integrovat paliativní péči do stávajících zdravotnických zařízení. V našem výzkumném šetření 49 (31%) respondentů uvedlo, že se na jejich oddělení setkávají s poskytováním paliativní péče a 65 (42%) uvedlo odpověď *většinou ano*. Cílem paliativní péče je mírnit bolest a další tělesná i duševní strádání a zachovat co nejvyšší kvalitu života. 32 (21%) respondentů se domnívá, že paliativní péče pacientům většinou poskytována není, 7 (4%) respondentů zvolilo možnost *ne* a 3 (2%) respondentů uvedlo, že se s poskytováním paliativní péče

nesetkali. Je tedy možné polemizovat, zda je možné výsledek považovat za uspokojivý. Je časté, že medicína usiluje o co nejdelší oddálení smrti, ale každý člověk má nárok na důstojné umírání bez bolesti a utrpení. Haškovcová (2007) ve svém šetření považuje za alarmující, že zdravotníci, kteří mají opakované zkušenosti s péčí o umírající, považují kvalitu péče o nevléčitelně nemocné a umírající za nedostatečnou. Určitě za pozitivní můžeme pokládat zjištění, že z celkových 182 možností celkem 167krát respondenti uvedli, že se v oblasti paliativní péče vzdělávají. Formu vzdělávání uvedli buď v rámci studia nebo prostřednictvím seminářů a odborných konferencí. Pouze 15krát, zvolili respondenti možnost, že se nevzdělávají, ale z toho pouze 3krát byla zvolena možnost, že se nevzdělávají z důvodu, že takové vzdělání nepotřebují. Pokud zdravotníci neprojevují zájem o vzdělávání, může to být z několika důvodů. Buď je práce nenaplnuje a péči o pacienty provádějí dle svých zažitých zvyklostí nebo nejsou dostatečně motivováni vedoucími pracovníky. Rozhodně ať už je důvod jakýkoliv, tento postoj ovlivňuje nepříznivě kvalitu péče a přístup k nemocným. Vorlíček, Abrahámová, et al. (2006) ve své publikaci považují za důležité, aby sestry stále své dovednosti a znalosti o umírajícího pacienta a jeho rodinu rozvíjely. Sestra musí umět posoudit příznaky a projevy pacienta. Péči je třeba plánovat společně s členy multidisciplinárního týmu, s pacientem, ale i s jeho rodinou. V našem výzkumném šetření své vědomosti v oblasti péče o umírající a zemřelé hodnotili respondenti velmi kladně. Pouze 4 (2%) respondentů považují své vědomosti za neuspokojivé a žádný respondent nepovažuje své vědomosti za nedostatečné. Je otázkou, jak by respondenti obstáli při reálném prověřování jejich znalostí. Zájem o získávání znalostí potvrzuje i výzkum Kisvetrové (2011), který prokázal, že většina sester (99,1%) projevuje zájem o získávání informací k problematice umírání.

Vorlíček, Adam, et al. (2004) uvádějí, že v přípravě sester i lékařů, během studia není dostatečná pozornost věnována osvojení si profesionálně správné komunikace. V našem výzkumu jsme zjišťovali komunikační dovednosti respondentů. Výzkum prokázal, že 52 (33%) respondentů s umírajícími pacienty *komunikují vždy*, 68 (44%) respondentů zvolilo odpověď *spíše ano*. 28 (18%) respondentů s umírajícími *spíše nekomunikuje*, 5 (3%) respondentů se *komunikací vyhýbá* a dokonce 3 (2%)

respondentů s umírajícími *vůbec nekomunikují*, což lze považovat za velmi neprofesionální a nežádoucí přístup. Při součtu negativních odpovědí jsme zjistili, že 36 (23%) respondentů má při komunikaci s umírajícím nějaký problém. Myslím si, že toto číslo lze považovat za negativní zjištění a lze tvrdit, že komunikační dovednosti je třeba mezi zdravotníky stále zdokonalovat. Zmíněné tvrzení dále potvrzuje i další zjištění. S blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta komunikuje *vždy* 48 (31%) dotázaných respondentů, možnost *spíše ano* uvedlo 37 (43%) respondentů. *Spíše nekomunikuji a komunikaci se vyhýbám* zvolilo po součtu 41 (26%) respondentů. Kelnarová (2007) zdůrazňuje, že v paliativní péči je důležité učit se efektivní komunikaci s pacientem i jeho blízkými. Považuje za podstatné, aby zdravotníci pochopili, že smrt je přirozené ukončení života a při procesu umírání má člověk právo na kvalitní a profesionální péči. Vyhýbat se kontaktu s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta je velmi neprofesionální, u pozůstalých tím může vznikat pocit nejistoty a nedůvěra v ošetrovatelský personál. Pro zdravotníky je důležité, aby poznali své silné a slabé stránky, měli dostatek sebedůvěry a uměli využívat své schopnosti, dovednosti a převést získané znalosti z teorie do praxe. To vyžaduje sebereflexi a ochotu zkoumat a poznávat vlastní hodnoty a postoje. K tomu může přispět i jakákoliv forma celoživotního vzdělávání.

Dle Výrosta (2008) je část postojů vrozená, ale většinu získáváme během života prostřednictvím osobních zkušeností, ale také zprostředkovaně a sociálním učením. Dle Markové (2010) je postoj ke smrti výrazně ovlivněn tím, jak k setkání se smrtí dochází a dobou kdy dojde k reálnému setkání se smrtí, tedy zda dojde ke konfrontaci se smrtí již v dětství nebo až v dospělosti. Pokud má člověk zkušenosti se smrtí již v dětství, toto prožívání hodně ovlivní přístup rodičů a blízkých. Je potřeba s dítětem o situaci hovořit. Jak se s úmrtím člověka dítě vyrovná je ovlivněno také věkem dítěte, neboť dle věku se liší pochopení smrti (viz kapitola 1.4.3). H2: Postoj sester ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě, jsme testovali otázkami 23 a 28 (viz graf 23 a 28). Z výzkumného šetření vyplývá, že 41 (26%) respondentů zaujímá ke smrti neutrální postoj, 50 (32%) dotázaných uvádí smíření se smrtí, 16 (10%) respondentů téma smrti nevyhledává, vyhýbá se mu a 36 (23%) nad svým postojem nepřemýšlí.

13 (9%) respondentů uvedlo možnost nevím. Z toho je zřejmé, že nemají svůj postoj ke smrti ujasněný nebo se danému tématu zcela vyhýbají a smrt je pro ně tabu. Je tedy k zamyšlení, jak potom mohou umírající a zemřelé ošetřovat. Graf 28 znázorňuje, že nejvíce respondentů se poprvé setkala se smrtí již v dětství, a to 55 (35%) dotázaných. Při této zkušenosti respondenti pocítovali pocity jako strach, neporozumění situaci, úzkost. 43 (28%) respondentů se s úmrtím setkala poprvé v rodině, 20 (13%) při studiu, a 38 (24%) bylo poprvé konfrontováno se smrtí až v průběhu svého zaměstnání. Statistickým šetřením nebyl prokázán vztah mezi postojem ke smrti a zkušenostmi se smrtí v osobním životě (viz Tabulka 2). H2 nebyla výzkumným a statistickým šetřením potvrzena. Slováková (2010) při výzkumném šetření zjistila, že formování postojů ovlivňují hlavně osobnostní faktory. Marková (2010) dále zmiňuje, že v tíživé situaci je důležitá podpora rodiny a blízkých. V našem výzkumném šetření 23 (15%) respondentů uvedlo, že po úmrtí pacienta vyhledávají pomoc v rodině. Nejvíce respondentů 50 (32%) volilo možnost, že jim nejvíce pomáhá osobní rozjímání a relaxace. Z tohoto zjištění vyplývá, že umírání pacientů nezasahuje do jejich rodinného života. To je potvrzeno i v grafu 22, kdy nejvíce 74 (48%) respondentů uvedlo, že umírání pacientů do jejich osobního života nezasahuje, neboť oddělují pracovní a osobní život. Toto zjištění lze pokládat za pozitivní, neboť přenášení problémů z práce do osobního života a naopak, může mít negativní dopad na psychiku sestry, ale také na její výkon.

Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit, zda četnost úmrtí na pracovišti ovlivňuje psychickou zátěž sester a postoj ke smrti či nikoliv. Mikuláščík (2010) ve své publikaci uvádí, že často se opakující situace mohou mít vliv i na profesionální deformaci, která jednak brzdí spolupráci v týmu a blokuje osobní rozvoj, ale také se člověk může chovat až nevhodně. 40 (26%) respondentů uvedlo frekvenci osobního setkání se smrtí na pracovišti 1krát za měsíc, 60 (38%) respondentů volilo frekvenci 1-3krát za měsíc, 37 (24%) zvolilo 4-6krát za měsíc, 18 (11%) respondentů uvedlo počet 7-10 úmrtí za měsíc a 1 (1%) respondent uvedl frekvenci 11krát a vícekrát za měsíc. Stanovili jsme H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester. Graf 19 znázorňuje, že 91 (58%) respondentů si myslí, že pocity jsou ovlivněny četností úmrtí.

Vliv opakovaného setkání se smrtí na psychickou zátěž zobrazuje graf 27. Stejně pocity při každém úmrtí prožívá 70 (45%) respondentů. Pouze 16 (10%) dotazovaných pociťuje při opakovaném setkání se smrtí větší psychickou zátěž, 36 (23%) respondentů uvedlo, že při opakované konfrontaci se smrtí pociťují menší psychickou zátěž a 34 (22%) respondentů žádnou psychickou zátěž nepociťuje. Také statistickým šetřením bylo prokázáno, že se zátěž při opakovaném setkání se smrtí mění (viz Tabulka 3). Respondenti, kteří uvedli frekvenci setkání se smrtí alespoň 4 a vícekrát za měsíc, specifikovali svou zátěž jako buď stále stejnou, menší nebo úmrtí pacienta jejich psychickou zátěž nezpůsobuje. H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester, byla potvrzena. Za alarmující můžeme považovat zjištění, že 34 (22%) respondentů při konfrontaci se smrtí žádnou psychickou zátěž nepociťuje. I jak znázorňuje graf 16, 28 (18%) respondentů udává, že při péči o umírajícího pacienta nepociťují žádné pocity. To může být buď z důvodu přijetí faktu smrti, jako součásti své profese, ale i příznakem jisté otupělosti a vyhaslosti nebo známkou profesionální deformace. Je k zamyšlení, zda sestra v takovém nežádoucím psychickém rozpoložení je schopna kvalitně ošetřovat pacienta, být mu oporou, mít schopnost empatie nebo se péče o umírající stává pro sestru již jen pouhým stereotypem. Takový přístup může nepříznivě ovlivnit psychický stav sestry, ale i její přístup k pacientům. Mikšík (2009) se domnívá, že narušené emoční prožívání může mít podobu otupělosti, vyhaslosti a právě i prožívání může být utlumeno. Jak uvádí Vágnerová (2010), emoční porucha má vliv na kognitivní funkce, objevuje se sklon ke zkratkovitému jednání a vztahovačnosti. Tyto projevy by rozhodně neměly péči a ošetřování umírajících, ale i ostatních pacientů ovlivňovat. Stejně tak může být pak narušena i schopnost empatie, která má při ošetřování pacientů své nezastupitelné místo.

Dle O'Connor a Arandy (2005) je pro sestru podstatné, aby mohla účinně pečovat o své pacienty, uvědomit si své vlastní potřeby a ujasnit si vlastní postoje k otázkám smrti. Kisvetrová (2011) ve svém výzkumném šetření zjistila, že 92,2% sester pracujících v hospicích jsou smířeny s vlastní smrtelností. Také v našem výzkumu jsme zjišťovali postoj k vlastní smrti (viz graf 24). Z grafu vyplývá, že 33 (21%) respondentů je smířeno se svou smrtí, 32 (21%) naopak se svou smrtí smíření nejsou a nejvíce

respondentů 91 (58%) uvedlo, že nad tématem vlastní smrti vůbec nepřemýšlí. Není jistě pozitivní, že sestry pečující o umírající pacienty nemají vyjasněný postoj ke své smrti a to by dle tvrzení O'Connor a Arandy (2005) znamenalo, že nemůžou účinně pečovat o pacienty. Není tedy jasné, zda jsou schopny poskytnout kvalitní a profesionální péči umírajícím a jejich blízkým. Naopak při zjišťování, jaký postoj ke smrti sestry zauímají, pokud se téma smrti netýká jich samotných, jsou výsledky zcela odlišné (viz graf 23). 50 (32%) respondentů je se smrtí smířeno. Na druhém místě bylo zastoupení neutrálního postoje, tento postoj volilo 41 (26%) respondentů, 16 (10%) respondentů se tématu smrti vyhývá, což lze u sester považovat za zcela neprofesionální, zvláště pokud respondenti byli zastoupeni z oddělení, kde k úmrtí dochází pravidelně. Tento počet bohužel dále posilují i respondenti, kteří volili odpověď nevím, kterých bylo 13 (9%) a i zbylý počet 36 (23%) respondentů, kteří volili odpověď, že o svém postoji ke smrti nepřemýšlí, opět zvyšují záporný výsledek. Toto zjištění je velmi znepojující. Z výzkumu vyplývá, že sestry nemají vyjasněný postoj ke smrti. Slováková (2010) ve své studii uvádí, že postoj ke smrti se utváří v průběhu socializace v dané společnosti a kultury, ale také je formování postoje individuální a záleží na osobnostních faktorech.

Třetím cílem diplomové práce bylo zjistit, zda z pohledu sester informace a zkušenosti získávané během studia ovlivnily jejich postoj ke smrti a odborné dovednosti v péči o umírající. Nejvíce (118krát) zvolili respondenti odpověď, že postoj ke smrti je ovlivněn zkušenostmi, které získali až při výkonu povolání v praxi. Můžeme tedy usuzovat, že tématu umírání a smrti není při studiu věnována dostatečná pozornost. To je potvrzeno i v grafu 12, kdy jsme se respondentů ptali, zda je dle jejich názoru věnována dostatečná pozornost oblasti péče o umírající a pozůstalé. Nejvíce 83 (53%) respondentů si myslí, že *spíše není* a 14 (9%) respondentů se domnívá, že při studiu dané oblasti *není věnována* dostatečná pozornost. 76krát respondenti uvedli, že postoj ke smrti je nejvíce ovlivněn zkušenostmi z rodiny. Postoj převzatý z rodiny může být pozitivně ovlivněn v případě, že v rodině se o tématu smrti mluvilo. Marková (2010) uvádí, že profesionál, v jehož rodině téma smrti nebylo tabu, bude mít pravděpodobně jednodušší a přirozenější přístup k nemocným, kteří kladou otázky spojené se smrtí.

51krát respondenti odpověděli, že postoj ke smrti ovlivňují informace získávané během vzdělávání, 49krát uvedli ovlivnění postoje vírou a 2krát uvedli vliv názorů svých kolegů z práce. Tvzení, že tématu umírání a smrti není při studiu věnována dostatečná pozornost dále potvrzuje graf 26. Zde 122 (78%) respondentů se shodlo na tom, že nejvíce odborných dovedností a znalostí týkající se péče o umírající získali během praxe, pouhých 17 (11%) respondentů uvedlo, že nejvíce znalostí a dovedností získali během studia. Toto číslo mírně zvyšuje počet respondentů, kteří uvedli kontinuální vzdělávání, bylo jich 14 (9%). Jen 3 (2%) respondentů uvedlo jako způsob získávání dovedností a znalostí studium odborné literatury a časopisů. Na základě rozboru těchto výsledků, můžeme konstatovat, že čtvrtá hypotéza diplomové práce H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe, byla potvrzena. Dané tvrzení bylo prokázané i statistickým šetřením (viz Tabulka 4). Je logické, že v praxi a s vyšší frekvencí provedených výkonů si sestry své dovednosti osvojují a získávají větší vnitřní jistotu a zručnost.

Vachon (2002 in O'Connor, Aranda, 2005) uvádí, že péče o pacienty v nejtěžších chvílích jejich života a mírnění utrpení, může být i velmi obohacující zkušeností a práce může přinášet i uspokojení. V našem výzkumném šetření se dané tvrzení nepotvrdilo. Pouze 4 (2%) respondentů uvedlo, že je péče o umírající naplňuje a 33 (21%) dotázaných uvedlo odpověď *částečně*. Zajímavé je, že 70 (45%) respondentů nad myšlenkou, zda by pro ně péče o umírající mohla být nějakým způsobem osobně přínosná, vůbec nepřemýšlí. Zjištění můžeme považovat za znepokojující, neboť sestra by naopak nad svou prací a jednáním měla přemýšlet téměř neustále a ne pracovat stereotypně. Také graf 18 demonstruje, že při smrti pacienta 100 (64%) respondentů o pocitech nepřemýšlí a smrt považuje za součást své práce. Vachon (2002 in O'Connor, Aranda, 2005) dále ve svém výzkumu zjistil, že velká část zátěže sestry má původ v jejích osobních faktorech. Mezi ně zařazuje pracovní prostředí, konflikty s kolegy, problémy v pracovním týmu. I náš výzkum potvrdil, že hlavní příčinou psychické zátěže sester není péče o umírající, ale především konflikty na pracovišti, špatné interpersonální vztahy, nedostatečné finanční ohodnocení, setkání s rodinou

a blízkými zemřelého. Po sestře se vyžaduje, aby odváděla práci na odborné úrovni, mnohdy psychicky a fyzicky náročnou. I přesto se očekává, že péče bude poskytována na co nejvyšší možné úrovni kvality. O'Connor a Aranda (2005) uvádějí, že nevyhovující pracovní prostředí a konflikty na pracovišti pracovníka zbytečně vyčerpávají a plýtvají jeho energií. Kvalita odvedené práce pak může být negativně ovlivněna.

Sestra by neměla opomíjet pečovat sama o sebe a starat se o své duševní zdraví. Dle Kelnarové (2007) má podstatný význam i úroveň znalostí sester, které se prohlubují vzděláváním, studiem odborných knih a časopisů. Z našeho výzkumu vyplývá, že kontinuální vzdělávání, dle názoru respondentů, nejvíce ovlivňuje myšlení, chování a postoje. Za pozitivní zjištění lze považovat, že pouze 1krát bylo kontinuální vzdělávání považováno za zbytečné. Z grafu 34 vykplývá, že sestry nezapomínají pečovat o své duševní zdraví. Při zvýšené psychické zátěži dávají respondenti přednost rozhovoru s blízkým člověkem, svým koníčkům a zájmům před alkoholem či jinými návykovými látkami. Ale i přesto může skryté nebezpečí znamenat to, že 5 (3%) respondentů se neostýchalo uvést, že při zvýšeném psychickém napětí užívají alkohol.

Sestry se musí dokázat vyrovnat s fyzickou i psychickou zátěží při péči o umírajícího pacienta. Očekává se od nich profesionální přístup a potřebná dávka empatie. Více než samotné smrti se lidé obávají toho, co je před ní. Každý si přeje umřít důstojně a bez bolesti. V této chvíli by člověk neměl být sám. Jak uvádí také Kutnohorská (2007), mírnit utrpení umírajícího by mělo být na prvním místě v péči o umírající. Péče o umírající vyžaduje znalosti a dovednosti, ale také komunikační schopnosti. Kelnarová (2007) uvádí, že poskytnout kvalitní a profesionálně provedenou ošetrovatelskou péči může pouze takový zdravotník, který zná své pocity při setkání s umírajícím, umí naslouchat a nebojí se přemýšlet nad svou smrtí. Mezi hlavní priority ošetrovatelské péče patří také komunikace a spolupráce s rodinou umírajícího, neboť holistický přístup znamená pečovat o pacienta, ale také o jeho rodinu a blízké.

6 Závěr

Příčinou strachu a úzkosti může být umírání a smrt. Péče o umírající pacienty je pro ošetřující personál psychicky i fyzicky náročná. Pro zdravotníky je důležité vyjasnění si svých postojů ke smrti, neboť jen tak mohou efektivně ošetřovat umírající pacienty. Dlouhodobé působení stresujících faktorů může způsobovat psychosomatické potíže a zapříčinit celou řadu nemocí.

Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle a čtyři hypotézy. Prvním cílem bylo zjistit, zda se sestry cítí po zakončení kvalifikačního studia připravené na konfrontaci se smrtí. Z výsledků vyplynulo, že sestry se necítí být po ukončení kvalifikačního vzdělání připravené na setkání se smrtí a nehraje roli ani výše vzdělání. Druhým cílem bylo zjistit, zda četnost úmrtí na pracovišti ovlivňuje psychickou zátěž sester a postoj ke smrti, či nikoliv. Zjistili jsme, že četnost úmrtí psychickou zátěž sester snižuje a postoj ke smrti je z pohledu sester nejvíce ovlivněn až zkušenostmi ze zaměstnání. Dále z výzkumu vyplynulo, že podstatná část respondentů nemá zcela vyjasněný svůj postoj ke smrti, přestože se často se smrtí setkávají a pečují o umírající pacienty. Posledním třetím cílem bylo zjistit, zda z pohledu sester informace a zkušenosti získávané během studia ovlivnily jejich postoj ke smrti a odborné dovednosti v péči o umírající. Zjistili jsme, že postoj ke smrti studium příliš neovlivňuje a oblast péče o umírající není při studiu věnována dostatečná pozornost.

Kvantitativní šetření bylo realizováno pomocí anonymních dotazníků. Bylo položeno 35 otázek, 17 z nich bylo uzavřených a 18 polouzavřených. Výzkumným šetřením jsme testovali čtyři hypotézy. H1: Postoj sester ke smrti je závislý na stupni vzdělání, nebyla potvrzena. Zpracováním výsledků a statistickým zpracováním bylo prokázáno, že postoj ke smrti neovlivňuje výše vzdělání. H2: Postoj sester ke smrti je závislý na zkušenosti se smrtí v osobním životě, také nebyla potvrzena. Nejvíce je dle respondentů postoj ke smrti ovlivňován zkušenostmi z praxe. H3: Četnost úmrtí snižuje psychickou zátěž sester, byla potvrzena. Respondenti nejvíce uváděli, že při úmrtí pacientů prožívají stále stejné pocity, menší psychickou zátěž, někteří respondenti při konfrontaci se smrtí žádnou psychickou zátěž nepocítují a pouze u 10%

respondentů opakovaná smrt psychickou zátěž zvyšuje. H4: Subjektivní připravenost sester na konfrontaci se smrtí není závislá na zakončení kvalifikačního studia, ale na získání zkušeností z praxe, byla potvrzena. Po zakončení studia se sestry necítí být na konfrontaci se smrtí připravené a nejvíce zkušeností a dovedností získávají až během praxe v zaměstnání.

Ze získaných výsledků vyplývá, že při vzdělávání není výrazně ovlivňován postoj sester ke smrti a více poznatků a dovedností získávají sestry až při výkonu svého povolání. Oblasti péče o umírající a jejich pozůstalé by mělo být v osnovách při vzdělávání věnováno více prostoru a předměty se spirituální problematikou by měly mít při výuce nezastupitelné místo. Nelze opomíjet ani předměty psycho- sociální, které mohou naučit sestry empatii, která zkvalitní přístup k pacientovi. Také se sestry musí učit pečovat samy o sebe. Jen sestra psychicky vyrovnaná s nenarušeným emočním prožíváním může umět saturovat pacientovi potřeby. Rovněž je zapotřebí rozvíjet komunikační dovednosti a učit sestry efektivně použít teoretické znalosti v praxi. Je nutné motivovat sestry ke kontinuálnímu vzdělávání nejen v oblasti péče o umírající. Doporučujeme vzdělávacím institucím nepodceňovat přípravu sester na ošetřování o umírající a zaměřit více pozornosti na tuto problematiku.

7 Zdroje

BALOGOVÁ, Eva, 2012. Rozhodnutí na konci života. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. **22**(10), 36-37. ISSN 1210-0404.

BUŽGOVÁ, Radka, 2010. Měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetrovatelství. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JČU. **12** (3), 264- 271. ISSN 1212-4117.

CINOVÁ Jana a Iveta ONDRIOVÁ, 2012. Sestry a ošetrovatelský proces v praxi. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. **22** (10), 40-41. ISSN 1210-0404.

FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill a OLIVIERE, David, ed., 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-21-3.

HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ, 2010. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. **20** (4), 26- 27. ISSN 1210-040.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek a SVOBODOVÁ, Hana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-2.

HRONÍK, František, 2006. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1457-8.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [online]. Ruská 85, 100 05 Praha 10: IPVZ, 2013 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/akce/hledani-vzdelavaci-akce.aspx?laststate=1>

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr Weiss, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia, et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci i osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-247-2831-5.

KISSANE, David W., et al., 2010. *Handbook of communication in oncology and paliative care*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-923836-1.

KISVETROVÁ, Helena, 2011. Náhled sester z hospiců na vlastní smrtelnost. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: Solen. 4 (2), 69-71. ISSN 1337-6896.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin, 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Grada. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.

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

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

KUZNÍKOVÁ, Iva, et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

LANGMEIER, Josef a Dana Krejčířová, 2006. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAREK, Josef, et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

MIKŠÍK, Oldřich, 2009. *Psychika osobnosti v obdobích závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum. ISBN 978-246-1600-1.

MIKULÁŠTÍK Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů [online]. Vlnařská 6, 603 00 Brno : NCO NZO, 2013 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/seznam-vzdelavacich-programu-central>

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

PARKES, Colin Murray, RELFOVÁ, Marilyn a COULDRICKOVÁ, Ann, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.

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

PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav Šmalík, 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1216-4.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

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

PTÁČEK, Radek a Petr Bartůněk et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2008. *Geriatric von A bis Z*. Stuttgart: Schattauer. ISBN 978-3-7945-2553-2.

SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3311-1.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLOVÁKOVÁ, Jana. Vztah mezi dosaženým vzděláním sestier a ich postojmi k smrti. *Profese on-line* [online]. 2010, 3(2), 91-102 [cit. 2013-01-28]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://www.pouzp.cz/data/File/Casopis-online-pdf/cislo2-2010/Slovakova_06_09_tisk-1.pdf

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

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1740-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.

THEOVÁ, Anne-Mei, 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.

THOMSON, Lindsay A., KNAPP, Caprice, MADDEN Vanessa and SHENKMAN, Elizabeth. Pediatricians' Perceptions of and Preferred Timing for Pediatric Palliative Care. *Pediatrics* [online]. 2009, vol. 123, no. 5, p. e777-e782 [cit. 20.5.2012]. ISSN 1098-4275. Dostupné z:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/5/e777.full.pdf+html>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

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

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda, et. al., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona, et al., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

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

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, et al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ- ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-4062-1.

8 Klíčová slova

sestra

postoj ke smrti

dosažené vzdělání

důstojné umírání

psychická zátěž

paliativní péče

syndrom vyhoření

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 1

Dotazník

jmenuji se Petra Vonešová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studijního programu. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku pro šetření k diplomové práci na téma: **Postoj ke smrti a psychická zátěž sester na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí**. Dotazník i výsledky tohoto šetření jsou zcela anonymní a budou použity jen v diplomové práci. **Není-li uvedeno jinak, označte prosím vždy jen jednu odpověď**.

Předem děkuji za vyplnění.

S pozdravem Petra Vonešová

1. Vaše pohlaví?

- žena muž

2. Typ oddělení, kde pracujete?

- JIP ONP DEO-JIP
 ARO zařízení pro seniory Neonatologie
 Interna Chirurgie

Jiné: uveďte.....

3. Váš věk?

4. Uveďte prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- středoškolské
 vyšší odborné
 vysokoškolské bakalářské
 vysokoškolské magisterské
 jiné – uveďte

5. Celková délka Vaší zdravotnické praxe?

- méně než 1 rok 6-10 let
 1-2 roky více než 10 let
 3-5 let

6. Délka Vaší praxe v současném oboru?

- méně než 1 rok 6-10 let
 1-2 roky více než 10 let
 3-5 let

7. Jak často se osobně setkáváte se smrtí na Vašem oddělení?

- méně než 1x za měsíc 7-10x za měsíc
 1-3x za měsíc 11 a vícekrát za měsíc
 4-6x za měsíc

15. Co nejvíce způsobuje Vaši psychickou zátěž? (můžete označit více možností)

- péče o umírající
- setkání s rodinou a blízkými zemřelého
- péče o zemřelé
- nevyhovující pracovní prostředí
- konflikty na pracovišti
- špatné interpersonální vztahy
- přesčasy
- nedostatečné finanční ohodnocení
- nedostatečná podpora v krizových situacích (nebo při řešení problémů)
- jiné:
- nemám pocit nadměrné psychické zátěže v práci

16. Při péči o umírající pacienty především pocítujete:

- úzkost
- nejistotu
- strach
- psychické napětí
- jiné – uveďte:
- nic nepocítuji

17. V období umírání pacienta je pro vás nejobtížnější:

- pohled na umírajícího
- setkání s rodinou umírajícího
- nevím, jak s umírajícím komunikovat
- nemám žádný problém při péči o umírajícího

18. Jaké prožíváte pocity při smrti pacienta?

- bezmoc
- pocit selhání
- o pocitech nepřemýšlím, považuji smrt za součást své práce
- jiné pocity (uveďte):

19. Jsou Vaše pocity ovlivněny opakovaným setkáním se smrtí?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Je podle Vás možné zajistit důstojné umírání?

- ano, vždy
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nikdy
- nevím

21. Cítíte osobní zodpovědnost za umírajícího?

- ano, vždy spíše ano spíše ne ne, nikdy nevím

22. Zasahuje umírání pacientů do Vašeho osobního života?

- ano, ale jsem schopná to zpracovat ano, vadí mi to
 částečně nezasahuje, odděluji pracovní a osobní život

23. Jaký je Váš postoj ke smrti?

- neutrální
 se smrtí jsem smířená nevím
 tématu smrti se vyhýbám o svém postoji nepřemýšlím
 jiný – uveďte:

24. Jaký máte postoj k Vaší vlastní smrti?

- se svou smrtí jsem smířená
 nejsem smířená s pocitem vlastní smrti
 nad vlastní smrtí nepřemýšlím
 jiný – uveďte:

25. Dle Vašeho názoru je postoj ke smrti ovlivněn: (můžete označit i více možností)

- informacemi získanými během vzdělávání
 osobní zkušeností z rodiny
 zkušeností z práce
 názory kolegů
 vírou (náboženský vyznáním)
 jiné – uveďte:

26. Nejvíce odborných dovedností a znalostí týkající se péče o umírající, jste získala:

- během studia
 během praxe
 kontinuálním vzděláváním

- studiem odborné literatury, časopisů
- jinak – uveďte:

27. Jaký vliv má opakované setkání se smrtí na Vaši psychickou zátěž?

- při každém úmrtí pacienta prožívám stejné pocity
- při opakovaném setkání se smrtí pociťuji větší psychickou zátěž
- při opakovaném setkání se smrtí se pociťuji již menší psychickou zátěž
- při konfrontaci se smrtí psychickou zátěž nepociťuji

28. Kdy jste se poprvé setkala se smrtí?

- v dětství
- v rodině
- ve škole
- v zaměstnání

Vaše pocity?

29. Komunikujete s umírajícím?

- ano vždy
- spíše ano
- spíše ne
- komunikaci se vyhýbám

nekomunikuji vůbec – uveďte důvod:

.....

30. Komunikujete s blízkými umírajícího nebo zemřelého pacienta?

- ano, vždy
- spíše ano
- spíše ne
- komunikaci se vyhýbám

nekomunikuji vůbec – uveďte důvod:

.....

31. Po úmrtí pacienta vyhledáváte podporu:

- v pracovním kolektivu
- v rodině
- v osobním rozjímání, relaxaci

jinde – uveďte:

žádnou podporu nevyhledávám – uveďte důvod:

.....

32. Co Vám nejvíce pomáhá při zvýšené psychické zátěži?

- rozhovor s blízkým člověkem
- rozhovor s kolegou
- spánek

koníčky, zájmy

- alkohol
- sedativa

jiné – uveďte:

33. Co by u Vás podle Vašeho názoru mohlo způsobit syndrom vyhoření?

(můžete označit více možností)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> umírání a smrt pacientů | <input type="checkbox"/> nízké finanční ohodnocení |
| <input type="checkbox"/> utrpení pacientů | <input type="checkbox"/> špatná situace v osobním životě |
| <input type="checkbox"/> velká zodpovědnost | <input type="checkbox"/> interpersonální vztahy |
| <input type="checkbox"/> přetížení | |
| <input type="checkbox"/> jiné – uveďte(konflikty s rodinou)..... | |

34. Jak trávíte volný čas? (můžete označit více možností)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> odpočinkem | <input type="checkbox"/> návštěvou divadla, kina |
| <input type="checkbox"/> aktivně | <input type="checkbox"/> procházkou v přírodě |
| <input type="checkbox"/> poslechem hudby | <input type="checkbox"/> setkáním s blízkými |
| <input type="checkbox"/> četbou | |
| <input type="checkbox"/> jiné – uveďte: | |

35. Kontinuální vzdělávání nejvíce ovlivňuje Vaše: (můžete označit více možností)

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> myšlení | <input type="checkbox"/> lépe mě neovlivňuje |
| <input type="checkbox"/> chování | <input type="checkbox"/> považuji ho za zbytečné |
| <input type="checkbox"/> postoje | <input type="checkbox"/> nevzdělávám se |