

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Eva Vrobelová

Fyzická a psychická zátěž sester v hospicové péči

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Milena Krislová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2014-2017

(

BACHELOR THESIS

Eva Vrobelová

Physical and psychological stress of nurses in hospice care

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Milena Krislová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 17. 2. 2017

Eva Vrobelová

Poděkování

Děkuji PhDr. Mileně Krislové za odborné vedení mé práce.

Anotace

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou hospicové péče a především pak možnými fyzickými a psychickými problémy, ke kterým může docházet u zdravotních sester v těchto zařízeních. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána samotná hospicová péče a hospic jako zařízení, ve kterých se poskytuje hospicová péče pro klienty, kteří jsou v posledním terminálním stadiu onemocnění. Zároveň jsou zde charakterizovány formy této péče, která zde není jenom pobytová, ale rovněž i terénní, nebo ambulantní, dále se práce věnuje i péči paliativní, jejím charakteristikám. V další části teoretické části se práce věnuje problematice smrti a umírání. Zásadní část práce pak je tvořena vymezením práce zdravotní sestry v paliativní péči a možné problémy, které mohou při této práci nastat. Praktická část předkládá výsledky průzkumu v hospicovém zařízení, kdy respondenty byly zdravotní sestry. Cílem výzkumu bylo charakterizovat psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester.

Klíčová slova

Hospic, hospicová péče, paliativní péče, syndrom vyhoření, umírání, zdravotní sestry.

Annotation

The bachelor thesis introduces hospice care theme, and especially the potential physical and psychological problems that may occur for nurses in those facilities. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part describes the hospice care and hospice as a facility in which hospice care for clients with final stages of terminal illness is provided. At the same time forms of care are characterized that is not only residential, but also a field or ambulatory. Furthermore, the work discusses palliative care and its characteristics. Another portion of the theoretical part deals with the issue of death and dying. A fundamental part of the work defines nurses' work in palliative care and possible problems that may arise in this work. The practical part presents the results of a survey in the hospice when respondents were nurses. The aim of the research was to characterize the mental and physical stress hospice nurses.

Keywords

Burnout, dying, hospice, hospice care, nurses, palliative care.

1 OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 HOSPIC	10
1.1 Historie hospicové péče	12
1.2 Klienti hospicové péče.....	14
1.3 Formy hospicové péče	14
1.4 Paliativní péče.....	16
1.5 Formy paliativní péče	18
2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	22
3 SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI A PSYCHICKÁ I FYZICKÁ ZÁTĚŽ....	28
3.1 Syndrom vyhoření.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 PRŮZKUM.....	34
4.1 Hospic na Svatém Kopečku.....	39
4.2 Výsledky dotazníkového šetření	40
4.3 Vyhodnocení hypotéz	54
5 ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	60
SEZNAM TABULEK.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Problematika smrti a umírání je tématem, který je stále více akutní a to vzhledem k tomu, že člověk chce stejně tak jako žil důstojně i důstojně ze světa odcházet. To, aby tato část života nebyla pro člověka jenom nějakým utrpením, bolestí a pouhým čekáním na blížící se konec, dalo vzniknout hospicové péči, která v sobě zahrnuje nejen pomoc medicínskou, ale rovněž i oblast psychickou, spirituální a sociální, které jsou i když v různé míře nedílnou součástí hospicové péče.

Hospicová péče umožňuje ve svých různých formách strávit umírajícímu člověku konec jeho života v co možná nejlepší možné kvalitě, umožňuje mu ve své ambulantní nebo terénní formě zůstat v domácím prostředí, které dobře zná a ve kterém se cítí dobře a ve své pobytové formě se mu snaží pomoci v případě, že terénní forma není možná, nebo není dostupná. Snaží se však ve svých zařízeních vytvářet taková prostředí, která budou co nejvíce připomínat domov, nikoli nemocniční zařízení. Zároveň umožňuje i důležitým osobám umírajícího člověka to, aby mohli být v posledních chvílích na blízku.

V České republice je hospicová péče stále ještě poněkud novou službou, která není samostatně ukotvena v zákonech. Často se tak jedná o různé druhy sociálních služeb a to dle formy jejich poskytování, kdy se může jednat o odlehčovací službu, která může být poskytována terénně, ambulantně ale i pobytové, nebo sociální služby, které jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, které jsou takto pobytové. Ve své podstatě se jedná o široký komplex služeb, které jsou zdravotní, sociální, psychologické a duchovní, jelikož všechny tyto oblasti potřebují být u každého člověka nějakým způsobem ošetřeny.

Nedílnou součástí multidisciplinárního týmu jsou zdravotní sestry, které hrají v týmu nezastupitelnou roli. Zdravotní sestry se nezabývají pouze zdravotním stavem klientů, monitorováním jejich zdravotního stavu a plánem léčby, ale klientovi zároveň poskytují i důležitou psychickou oporu. Zároveň přicházejí do styku i s rodinou a blízkými klienta, které rovněž informují o jeho léčbě, ale zároveň jsou rovněž i pro ně psychickou podporou. Z tohoto důvodu jsou zdravotní sestry jednak vystaveny velmi těžké fyzické zátěži a to ve vztahu k péči o klienta v terminálním stavu, tak rovněž i velké psychické zátěži, která pramení z častého setkávání se se smrtí. Oprávněně tak

v tomto smyslu lze považovat práci sester v hospicích za jednu z nejnáročnějších oblastí v tomto oboru.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou výkonu práce zdravotní sestry v hospicovém zařízení. Cílem bakalářské práce je jednak v teoretické části popsat hospicovou péči, dát ji takto do kontextu s prací zdravotních sester a na základě těchto poznatků dále v praktické části práce zjistit psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester.

Teoretickými východisky bylo studium adekvátní odborné literatury dané problematiky, zejména z oblasti psychologie, sociologie, personálního managementu a řízení lidských zdrojů. V teoretické části dochází k vymezení hospice a hospicové péče, stručně je nastíněna její historie, vymezení klienti hospicové péče a její formy. Dále dochází k popisu péče paliativní. Další kapitola se věnuje smrti a umírání a to z pohledu především psychologických věd. Následná kapitola pak popisuje práci zdravotních sester v paliativní péči, vymezuje možné psychické a fyzické obtíže, které mohou s touto pracovní pozicí souviset a dále rovněž popisuje i syndrom vyhoření jako možnou reakci na neřešené psychické obtíže, které může neustálé setkávání se ze smrtí a umíráním nastat.

V praktické části je uveden průzkum, který byl proveden v hospici na Svatém Kopečku a to mezi zdravotními sestrami. Hospic na Svatém Kopečku je unikátní tým, že se jedná o jedinou službu svého druhu v Olomouckém kraji. Metodou průzkumu byl dotazník. Hlavním cílem průzkumu bylo charakterizovat psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester. Na základě takto stanoveného hlavního cíle byly dále formulovány i dílčí cíle, kterými bylo zjistit, jaké mají nejčastěji sestry v hospicové péči zdravotní potíže, jak se sestry v hospicové péči vypořádávají s psychickou zátěží a zda sestry v hospicové péči preferují spíše aktivní fyzickou, nebo pasivní psychickou relaxaci. Data zjištěná v průzkumu byla analyzována a dále interpretována.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HOSPIC

Slovo hospic pochází z latiny a ze slova hospitium, což v překladu znamená útulek.

Hospic je dle Skály a kol (2011, s. 11) lůžkové zařízení, které poskytuje speciální paliativní péči a to především pro pacienty, kteří jsou v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Pobyt v hospici trvá přibližně tři až čtyři týdny. V současné době je rovněž i tendencí hospiců rozvíjet i domácí hospicovou péči.

Dle Tomeše (2015, s. 14) je hospic především zařízením speciální paliativní péče, která oproti zdravotnickým zařízením poskytuje významným způsobem svým klientům i sociální podporu, a to rovněž i rodinám umírajících, což výrazným způsobem zlepšuje kvalitu života těchto lidí.

Hospic není nějaký dům a už vůbec ne dům smrti. Myšlenka hospice vzniká z úcty naopak k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti a z potřeb pacienta, které jsou biologické, psychické, sociální a spirituální. Hospice ctí autonomii každého svého pacienta, a jeho individuální právo se rozhodovat, i když s ním nemusí jeho personál vnitřně souhlasit. Hospic poskytuje klientům paliativní, především symptomatickou léčbu a současně se snaží mu zajistit i jeho sociální, psychologické a spirituální potřeby. Hospice neslibují uzdravení, ale na druhou stranu ani neberou naději na uzdravení. Neslibují vyléčení, ale slibují léčitelnost. V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do jeho konce (Vorlíček a kol, 2004, s. 511).

„Důraz je kladen na kvalitu života a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli, nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Pokoje by se měly vlastně spíš nazývat ložnicemi, protože schopnějším pacientům opravdu mohou sloužit jen k přespání, nebo jako azyl, když chtějí být zrovna sami“ (Svatošová, 1995, s.193).

V hospici je kladen důraz na individuální potřeby a přání nemocných a na vytvoření takového prostředí, ve kterém může člověk zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Toho je dosahováno tím, že se hospice snaží vytvořit osobitou a především domácí atmosféru a klade se rovněž důraz na maximální soukromí klientů, kdy pokoje v hospicích bývají obvykle jednolůžkové (Skála a kol., 2011, s. 11).

Hospic svému klientovi garantuje, že: „*nebude trpět nesnesitelnou bolestí za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a především v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen*“ (Svatošová, 1995, s. 123).

Hospicová péče umožňuje blízkým osobám umírajícího, aby jej mohli navštěvovat a to po dvacet čtyři hodin denně. Na pokoji je rovněž připravena i postel, kde může osoba blízká rovněž přespat. Jedná se o běžnou postel a nikoli o nemocniční postel. Ošetřovatelský tým hospice se takto nezabývá pouze pomocí nemocnému, ale rovněž i blízkým osobám pacienta, které jsou vystaveny velmi vysoké psychické, ale i fyzické zátěži (Arnoldová, 2016, s. 72).

Režim v hospici je oproti pobytu v lékařském zařízení odlišný a člověk si svůj režim určuje sám a to pouze s ohledem k tomu, aby jím nenarušoval ostatní klienty zařízení. Do hospiců je možno umístit i pacienty, kteří ukončili kurativní léčbu. Hospic není určen pro dlouhodobý pobyt, ale je možné do něj docházet opakovaně a to dle potřeby klienta.

„*Hospic znamená především doprovázet- doprovázet nemocného a jeho rodinu na náročném a těžkém úseku životní cesty. To vyžaduje profesionální, ale také lidský přístup všech pracovníků včetně dobrovolníků, bez kterých se hospic neobejde*“ (Slezáková a kol., 2007, s. 127). Při hospicové péči se personál nezabývá pouze smrtí, ale především životem a možnostmi jej naplnit až do jeho konce a uměním v pravou chvíli člověku odejít. Všechny hospice uplatňují zásadu pomáhat v umírání, ale nikoli pomáhat ke smrti (Svatošová, in Matoušek, s. 203).

Samotný pojem hospic se používá ve spojení s paliativní péčí. Paliativní péče, jak bude ještě dále v předkládané práci popsáno, se však především zabývá péčí o nevyléčitelné po stránce lékařské, tedy zajištěním kvalitní lékařské a ošetřovatelské péče. Oproti tomu hospicová péče se rovněž stará o stránku zdravotní, ale rovněž i o stránku sociální a psychickou. Hospicová péče jak uvádí Tomeš (2015, s. 13) se snaží podpořit rodinu, respektive sociální prostředí, ve kterém člověk umírá a kvalitu života klienta, která není spojena pouze se zmírněním bolestí, ale s mnohem hlubšími potřebami. Hospicová péče se stará stejně hluboce jak o odstranění nebo zmírnění fyzického strádání, tak rovněž o odstranění duchovních strastí, které souvisejí s blížící se smrtí. Člověk obvykle není připraven na smrt a informace o tom, že se již blíží, je skličuje.

Hospicová péče doprovází člověka a jeho blízké jen v terminálním stádiu nemoci, ale v mnohem delším časovém úseku. Svatošová (1995, s. 117- 118) rozděluje takto hospicovou péči a to dle fází umírání dle Kübler-Rossově a to následujícím způsobem:

1. Období, tzv. pre finem: zde se jedná o péči a doprovázení nemocného, ale i jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu
2. Období, tzv. in finem: jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých a to během terminálního stavu, tedy v době umírání v užším slova smyslu
3. Období, tzv. post finem: jedná se mimo péči o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

1.1 Historie hospicové péče

První historická zmínka o hospici je již popsána v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi (Tomeš, 2015, s. 14).

Hospicovou péči začaly poskytovat nejprve kláštery a to již ve čtvrtém století našeho letopočtu a to poutníkům do Jeruzaléma. V hospicích tito poutníci dostali jídlo, léky, byly jim ošetřeny nohy po dlouhé cestě, mohli si zde odpočinout a dostalo se jim i péče po stránce duchovní. Později začaly kláštery pomáhat a pečovat i o lidi nemocné a to jak z přilehlých vesnic, tak rovněž z náboženských obcí. Za předchůdce hospiců, jak je známe z dnešní doby je však možno vnímat ve Velké Británii domy pro umírající, které byly v Londýně a v Irsku zřizovány křesťanskými řády v devatenáctém století. Později začaly vznikat i laické hospice. V českých zemích se o nemocné starala šlechta, obce a města, které stavěly špitály. Postupem industrializace postupně hospice zanikaly, ale myšlenka pomoci potřebným nikoli. Péče o umírající byla především prací pro rodiny umírajících a i proto vznikla na základě myšlenky filantropa Rathbona v Liverpoolu roku 1859 domácí péče o umírající (Tomeš, 2015, s. 14).

Název hospic začal být používán ve čtvrtém století, kdy křesťanské řády přijímaly poutníky – nemocné a všechny ty, kteří vyžadovali mnohostrannou pomoc. Ve spojení s umírajícími použila tento název poprvé Mme. Jeanne Garnierová, která v roce 1842 založila hospic Dames de Calvarie v Lyonu ve Francii. Poté bylo označení hospic použito v Dublinu členkami řádu Sisters of Charity, které otevřely v roce 1879 Our's

Lady Hospice. Stejným řádem byl založen i Hospic svatého Josefa v Hackney v roce 1905 při Nemocnici svatého Lukáše (Bystřický, 2001, s. 6).

Nejvýznamnějším počinem v novodobém pojetí hospicové péče je však od Cecily Saundersové, která v roce 1967 vytvořila první moderní hospic a to pod názvem Hospic svatého Krištofa. „*Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem ‚celková bolest‘ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala*“ (Saundersová in Bystřický, 2001, s. 6).

Z těchto kořenů vyrostl první skutečně moderní hospic na světě – St. Christopher’s Hospice v Londýně roku 1967. Zahájení provozu v tomto hospici se stalo impulzem rozvoje moderního hospicového hnutí na celém světě. Hlavním motivem jeho vzniku byla snaha o humanizaci medicíny u smrtelně nemocných a umírajících. V současné době představuje hospicová péče svébytný způsob přístupu k terminálně nemocným a umírajícím (Tomeš, 2015, s. 11).

Hospicová péče je reakce na potřebu důstojného umírání lidí, u kterých již není žádná naděje na to, aby se uzdravili. Narození dětí se v západní Evropě věnuje velká pozornost a to i celkovému prostředí, do kterého se v porodnicích rodí a je zde tendence co nejvíce uzpůsobit toto prostředí k tomu, aby bylo co nejvíce osobní a nepřipomínalo takto nemocniční zařízení. U péče o umírající tak tomu však nebývá, rovněž ani zařízení sociálních služeb, například domovy pro zdravotně postižené, nemají vytvořeny takové podmínky a především nemají takové vybavení, díky kterému by byly schopny vytvořit vhodné prostředí pro umírající. Služby hospiců však stále nejsou dostupné, i když se situace v České republice v tomto směru stále zlepšuje (Tomeš, 2015, s. 11-12).

Hospicová myšlenka se uchytila i v České republice. První hospic byl zřízen 8. prosince roku 1996 a byl to hospic Anežky České v Červeném Kostelci u Náchodu, který má kapacitu 30 lůžek. Druhým hospicem byl Hospic Štrasburk v Praze-Bohnicích a to s kapacitou 26 lůžek. Tento hospic 5. ledna 1998, dlešším hospicem se stal Hospici svatého Lazara v Plzni, který započal svou činnost dne 1. dubna 1998, a který disponuje 24 lůžky a dále 8. dubna 1999 zahájil na padesáti lůžkách provoz Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě (Bystřický, 2001, s. 6).

1.2 Klienti hospicové péče

O tom, zda nemocný bude přijat do hospice nebo u něj je dostatečná domácí případně stacionární péče, rozhoduje v zásadě hospicový lékař, který po dohodě s ošetřujícím lékařem zváží především jeho zdravotní indikaci, ale rovněž i možnosti hospice. Pokud má hospic naplněnou kapacitu, bezpodmínečně musí být dána přednost těm nemocným, u kterých je předpoklad, že jejich nemoc brzy povede ke smrti (Svatošová, 1995, s.118).

Dle Markové (2010, s. 27) však ne každý klient v hospici umírá, zhruba pak třetina z nich se vrací po úpravě léčby, zlepšení zdravotního stavu, anebo úpravě domácích podmínek zpátky do domácí ošetrovatelské péče. Nejčastěji jsou klienty hospiců především onkologicky nemocní pacienti, protože u nich nejčastěji dochází k jednoznačné prognóze, že již kurativní léčba nepřináší žádný profit.

K přijetí do hospicové péče jsou indikovány následující pacienti (Marková, 2010, s. 28):

1. u kterých dochází kvůli postupující chorobě k ohrožení jeho života,
2. kteří potřebují paliativní léčbu, a není u nich nutná hospitalizace v nemocnici,
3. u kterých není možná nebo dostatečně zajištěna domácí péče,
4. kteří se dobrovolně pro tuto službu rozhodnou.

1.3 Formy hospicové péče

Můžeme rozlišit čtyři typy hospicové péče a to domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči, hospicovou péči na lůžku a oddělení paliativní péče v nemocnici.

Domácí hospicová péče

Domácí, neboli rovněž mobilní hospicová péče je vykonávána v domácím prostředí za pomoci rodiny a přátel nemocného. V zahraničí se jedná o službu, která je naprosto běžná, v podmínkách České republiky se však teprve rozvíjí (Slezáková a kol., 2007, s. 7).

Domácí hospicová péče dle Svatošové (1995, s. 115) bývá pro nemocného sice ideální, protože je v domácím a tedy dostatečně známém prostředí, ale ne vždy se jedná o péči dostačující. Může se zde totiž narazit na scházející rodinné zázemí, nebo na to, že rodina je už časem vyčerpaná. Důvody však mohou být i prostorové, kdy spolu žije na menším prostoru několik generací. Dalším omezením může být i odbornost a to především v těch obcích a městech, kde schází sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo u ní chybí speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci.

Stacionární hospicová péče

Při stacionární hospicové péči je její klient do hospice tohoto typu přijat ráno a poté se odpoledne, anebo navečer zase vrací domů. Doprava klienta je zajištěna buďto od rodiny nemocného, anebo hospicem samotným, pokud takovou možnost služba poskytuje. Tato forma pomoci je vhodná jenom pro ty nemocné, kteří jsou v blízkosti takového zařízení. Na druhou stranu je v určité fázi onemocnění tento typ hospicové péče pro některé nemocné velmi vhodný a to z mnoha důvodů, ke kterým patří především kontrola bolesti, kterou se v domácích podmínkách nepodařilo zvládnout. Rovněž to může být léčebný důvod, spočívající například v aplikaci chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Psychoterapeutický důvodem vhodnosti tohoto typu hospicové péče je snížení osamění a v neposlední řadě to je i azylový důvod, kdy si potřebují občas odpočinout vzájemně od sebe jak nemocný tak i jeho milující rodina. Jedná se takto i o preventivní opatření, které zabrání nejen pozdější hospitalizaci, ale i vyčerpaní rodiny a rodinným konfliktům (Svatošová, 1995, s. 115- 116).

Lůžková hospicová péče

Důvodem lůžkové hospicové péče jsou všechny důvody, které byly uvedeny u stacionární hospicové péče. Je vhodná tam, kde již není možné každodenně dojíždět do tohoto typu zařízení pro nemocného a to nejen kvůli vzdálenosti, ale rovněž pro nepříznivý zdravotní stav. Klienti nepřicházejí do tohoto typu zařízení s tím, že by tam šli umřít, ale převážně přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, a to v době, kdy se domnívají, že je tato služba pro ně vhodná. Tedy v době, kdy vnímají, že pobyt doma již není zvládnán tak, jak by to mělo být, ale zároveň zde není nutná hospitalizace v nemocnici (Svatošová, 1995, s. 117).

Oddělení paliativní péče v nemocnici

Oddělení paliativní péče v nemocnici je službou, která je poskytována v zahraničí a nikoli v podmínkách České republiky. Často jsou na těchto odděleních hospitalizováni klienti v průběhu protinádorové terapie a to ke zvládnutí potíží, které vznikají v důsledku nemoci a při následné léčbě. Jedná se zde o spojení intenzivní podpůrné paliativní péče a péče zdravotní, která umožňuje řešit i velmi komplikované zdravotní stavy nemocných klientů (Slezáková a kol, 2007, s. 127).

1.4 Paliativní péče

Paliativní péče byla prakticky vždy stěžejní součástí lékařské a sociální péče, protože medicína si vždy uvědomovala, že její možnosti vyléčit nemocné nebo jim minimálně prodloužit jejich životy jsou vždy omezené. Rovněž si však byla medicína schopna uvědomit, že její možnosti nekončí tam, kde končí její schopnost někoho uzdravit nebo zásadním způsobem alespoň prodloužit život člověka. Uvědomovala si, že velmi důležitou a dá se říci i její nedílnou součástí je rovněž tišit bolest a i jiné formy lidského utrpení a poskytnout takto nemocnému nebo umírajícímu v tomto směru útěchu (Sláma, Špínka, 2004, s. 11).

Na druhou stranu je nutno podotknout, že dějiny moderní paliativní péče jsou poněkud krátké a vznikl v druhé polovině dvacátého století, kdy zásadními pobídkami pro její rozkvět bylo to, že lékařská věda díky novým poznatkům a technologiím dokáže prodloužit život člověka, ale paradoxem toho je to, že díky této péči déle a často nelehčeji umíráme. Moderní paliativní péče se nesnaží vyléčit člověka nebo prodloužit jeho život, ale poskytnout mu kvalitní péči při jeho umírání (Sláma, Špínka, 2004, s. 11).

„Paliativní péčí se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí. Obvykle jde o pokročilá stádia infaustních onemocnění spějících ke smrti, tedy o podporu a péči v délce několika týdnů až měsíců. Někdy se ale nemocný dostane ke kvalifikovanému poskytovateli paliativní péče až ve fázi bezprostředního umírání (agonální fáze). Jindy, zvláště u neoncologických onemocnění

s obtížným odhadem životní prognózy, jde o podporu a péči podstatně delší, někdy jen přechodnou při zhoršení stavu či v krizích“ (Kalvach, 2010, s. 12).

Paliativní péče se nezabývá pouze lidmi, kteří se nacházejí v terminálním stavu bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, v době, kdy již kurativní léčba nezabírá. Právě při paliativní péči mají být řešeny všechny problémy, které souvisejí s nemocí. Rovněž se paliativní léčba netýká pouze nemocného, ale pomoc přichází i za jeho příbuznými a osobami blízkými. Nemocný a jeho blízcí jsou vnímáni jako jedna jednotka a pokud je péče o ně řešena odděleně, pak nelze hovořit o kvalitní paliativní léčbu (Marková, 2010, s. 19).

Dle Standardů paliativní péče (Česká společnost paliativní medicíny, 2013, s. 5), paliativní péče *„chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně; vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority, je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty; nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.“*

Mezi hlavní témata paliativní péče patří dle jejich oblastí (Kalvach, 2010, s. 12):

1. tělesné obtíže: zde patří především bolest, dušnost, nechutenství, poruchy výživy a dehydratace, slabost, hygiena, poruchy s vyměšováním a močením,
2. psychické obtíže: úzkost, strach, deprese, osamělost, zmatenost ale i špatná adaptace na současný stav,
3. sociální obtíže: hmotné zabezpečení včetně zajištění různých příspěvků, vztahy v rodině, zabezpečení rodiny, převody vlastnictví a dispozičních práv, poslední vůle,
4. spirituální problémy: smysl života, smíření, posvátné hodnoty, rituály, u věřících pak komunikace s duchovním a náboženské úkony.

Paliativní péče vychází z myšlenek humanistické psychologie, především pak z uceleného pojetí lidských potřeb, které zformuloval Abraham Maslow, z vědomého chápání pacientů, jejich stonání, léčení a podporování a to v kontextu životů, zkušeností, identit a sociálních rolí, což zdůrazňoval Aaron Antonovský, dále z podpory odvahy, naděje a smyslu života, jak je uvedeno u Viktora Emila Frankla a rovněž

i myšlenky bezvýhradné a vstřícné akceptace umírajícího člověka a to v aktivně vytvářeném empatickém vztahu, jak jej chápal Carl Ransom Rogers (Kalvach, 2010, s. 13).

Paliativní péče se snaží o vytvoření důstojných podmínek u umírajících lidí a hlavní důraz klade na kvalitu jejich života. Měla by úspěšně zvládat bolest, ale i další negativní projevy daného onemocnění. Je založena na interdisciplinární spolupráci různých odborníků z nejrůznějších oborů, ke kterým patří nejen obory lékařské, ale i psychologické, sociální nebo vědy duchovní. Paliativní péče musí vždy vycházet z individuálních potřeb a přání pacienta, přičemž vždy respektuje jeho hodnoty a ochraňuje přitom právo pacienta na vlastní sebeurčení. Ví a respektuje význam rodiny a nejbližších osob nemocného, nevytrhává nemocného z jeho přirozených sociálních vazeb a naopak umožňuje umírajícímu, aby poslední zbytek svého života prožil v důstojném a vlídném prostředí ve společnosti svých blízkých. Těmto blízkým osobám nabízí paliativní péče vždy potřebnou pomoc a psychickou, ale i jinou podporu a pomáhá jim mírnit jejich zármutek i po smrti umírajícího (Sláma, Špinka, s. 10).

„Možnosti současné paliativní medicíny nejsou neomezené, jsou však nesrovnatelně větší než před několika málo lety. U některých nemocí sice zůstává prognóza nepříznivá, i smrtelná, je však možné významně ovlivnit kvalitu života těchto nemocných. Většinu tělesných symptomů je dnes možné buď zcela odstranit, nebo aspoň zvládnout do té míry, že jsou snesitelné. K hlavním zásadám paliativní medicíny patří vyloučení, nebo aspoň maximálně možné omezení všech invazivních metod, vyšetřovacích i léčebných. Důsledně nedirektivní přístup, respektující vůli pacienta a ponechávající nemocnému potřebný pocit, že má věci pod kontrolou, rovněž významně přispívá ke kvalitě jeho života“ (Svatošová, 2005, s. 199)

1.5 Formy paliativní péče

Paliativní péče není jen poskytování péče v hospicových zařízeních, jak by se mohlo zdát a můžeme ji rozdělit na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče

Obecnou formu paliativní péče by mělo poskytovat každé zdravotnické zařízení a to dle své specializace. Jeho součástí je jednak včasné vyhodnocení zdravotního stavu klienta, dále pak zhodnocení smysluplnosti pokračování další léčby, sledování, porozumění nemocnému a poskytnutí takové léčby, která umožňuje pacientovi kvalitní život. K tomuto vždy patří především respekt k pacientovi a k jeho autonomii, léčba bolesti a dalších možných symptomů, podpora rodiny, doporučení dalších odborníků, kteří by mohli mít pozitivní vliv na kvalitu pacientova života (Marková, 2010, s. 21).

Skála (2011, s. 4) jako obecnou paliativní péči vnímá dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění pacienta. Většina paliativní péče se odehrává právě v rovině obecné paliativní péče. Její součástí je *„vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora.“*

Podle Connor, Aranda (2005, s. 15) můžeme toto shrnout do pojmu paliativní přístup, který takto představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se pečují o umírající pacienty. Na této úrovni by měly být všechny osoby, které se starají o tyto pacienty, schopny rozpoznat fyzické, ale rovněž i psychické symptomy a zajistit jejich řešení. Měly by porozumět tomu, co umírající prožívají, ale i tomu, co prožívá jejich rodina nebo blízcí. Měly by se umět zapojit do komuničky k individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat vše s odborníky na paliativní péči v případech, kdy toto přesahuje jak jejich znalosti, tak ale i jejich kompetence.

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována ve specializovaných zařízeních, které se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Je zde kladen důraz na vyškolený personál s vyšší úrovní kvalifikace a i vyšší počet zaměstnanců oproti poměru pacientů než je tomu běžné. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by poskytnout pacientovi potřebnou pomoc a podporu ať je ve své domácnosti, v ambulantní péči, nemocnici nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb. Paliativní péče rovněž poskytuje pomoc i ostatním zdravotníkům, kteří poskytují paliativní péči v nemorních nebo mimo ně (Marková, 2010, s. 21).

Dle Skály (2011, s. 4) je specializovaná paliativní péče poskytována týmem odborníků, kteří se na paliativní péči specializují a mají tak potřebné znalosti a zkušenosti. Je adresována pacientům a jejich rodinám. Je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, které již svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Specializovanou paliativní péči dle Connor (2005, s. 15) „poskytují zdravotníci, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Tito specialisté mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, jako konzultanti v akutních nemocnicích nebo v hospici. Zapojení těchto pracovníků je relevantnější u pacientů s komplexními a obtížnými symptomy nebo náročnou ošetrovatelskou péčí. Specialisté zde mohou působit jako poradci, nebo mohou být primárními poskytovateli péče.“

K zařízením, které poskytují specializovanou paliativní péči, Marková (2010 s. 21) řadí následující služby: oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulantní paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče, kam zařazuje například půjčovny kompenzačních pomůcek, poradny, nebo tísňové linky.

Klienti paliativní péče

Dle Kalvacha (2010, s. 15) by na kvalitní paliativní péči měli mít právo všichni lidé, kteří očekávaně a neodvratně umírají. Obecně se tyto lidé dají zařadit do následujících tří kategorií:

1. Lidé s onkologickým onemocněním: zde se jedná o nejtypičtější klienty služby, na kterém se samo hospicové hnutí profilovalo. Při tomto onemocnění jsou časová prognóza a průběh umírání relativně přesně odhadnutelné.
2. Lidé v konečných fázích nenádorového onemocnění: jedná se především o orgánová selhání a to srdeční, respirační, jaterní, ledvinné. Trajektorie umírání je méně odhadnutelná a zhoršení stavu jsou opakovaně zvrátná, reversibilní.
3. Lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se dále zhorčuje, ale jeho časová prognóza je nejistá: zde můžeme zařadit například AIDS, pokročilá stádia demence, myopatii, terminální geriatrické deteriorace nebo pokročilá stádia imobilizačního syndromu a to zvláště s poruchou vědomí

a rozvojem dekubitů apod. U těchto osob se jedná o dlouhodobou péči a to s kolísáním animací a paliací, mezi podporou ke zlepšení funkčního i zdravotního stavu, ke zvýšení aktivity a mezi poskytnutím paliativní úlevné péče ustupující od marných snah a soustředící se na splnění „posledních přání“ – např. kontinuálního kontaktu s rodinou.

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Ačkoli je umírání a smrt nedílnou součástí každého života, o této problematice se moc často nemluví a lidé se nechtějí otázkou smrti vůbec zabývat. Toto téma je v naší kultuře tabuizováno. Problém smrti a umírání však tímto nikterak nevymizí. Většina lidí se se smrtí prakticky vůbec neseťká a tímto u nich dochází k tomu, že nemají vytvořenou žádnou přiměřenou obrannou strategii k této situaci. Umírání se neuskutečňuje v soukromí a z tohoto důvodu je chápáno jako něco, co přesahuje naše normy a co se takto netýká našeho běžného života. Smrt je takto západní společností prakticky naprosto opomíjena a to z důvodu, že nepřináší žádný pozitivní význam nebo smysl. Je koncem života, člověku něco vezme, ale nic mu nepřináší a vyrovnání se se smrtí není nic jiného než smířením s něčím, čemu není možné se nějak vyhnout (Vágnerová, 2012, s. 429-430).

V historii bylo naprosto běžné, až typické, že se o nemocné a umírající především starala rodina, kdy umírání mělo charakter sociálního aktu, na kterém se podíleli všichni rodinní příslušníci a takto člověk věděl, že nezemře v osamění. Rodina se snažila společně s duchovním o zmírnění posledních chvil umírajícího člověka. Takto byla smrt a umírání naprosto běžnou a každodenní součástí lidského života, každý si byl vědom svého konce života a připravoval se na doprovázení svých blízkých lidí. V devatenáctém století při pomoci umírajícím ještě asistoval rodinný lékař, který takto pomáhal tlumit bolest u umírajícího, ale který stále zůstával v domácí péči rodiny. Ke změně dochází v polovině dvacátého století a to se zánikem rodinných lékařů a vznikem moderních forem umírání v institucionální péči (Slezáková a kol., 2007, s. 127).

Jak upozorňuje i Holásková (2005, s. 148) smrt se stala tabuizovanou v naší společnosti. Smrt se ve dvacátém století stala v naprosté většině případů institucionalizovanou záležitostí a odehrává se v nemocnicích a ústavech, kde sice člověk umírá obklopen dobrou lékařskou péčí, ale na druhou stranu mu není nablízku jeho rodina, která je nahrazena sice profesionální, ale na druhou stranu emotivně chladným zdravotnickým personálem.

Vágnerová (2012, s. 430) rozlišuje tři základní složky postoje ke smrti, ke kterým takto řadí:

1. Citový vztah ke smrti: je vyjádřen nejčastěji strachem ze smrti a úzkostí, ale jinými emocemi může být rovněž apatie, nebo rezignace, nebo i touha po smrti

a to u osob, které jsou již velmi nemocné a z tohoto důvodu je pro ně smrt určitým vykoupením.

2. Kognitivní složka: zahrnuje vědomosti o umírání a rovněž i vlastní zkušenosti se smrtí, tato složka bývá u lidí v naprosté většině minimální, protože lidé o podobnou zkušenost moc nestojí a tedy ji ani nevyhledávají a nemají ani moc příležitostí se se smrtí setkat. Tento způsob obrany, který je vlastně únikem od problému, vede k tomu, že převládá emocionální složka hodnocení smrti nad racionální.
3. V důsledku výše uvedeného pak dochází k tomu, že chování vůči smrti bývá rovněž ovlivněno emocemi a člověk se ve vztahu ke smrti, nebo k umírajícím lidem chová tak, aby se konfrontaci s touto složkou reality vyhnul a to ať již fakticky, nebo symbolicky.

Smrt nikdy není brána jako něco pozitivního a negativní vztah ke smrti má dvě základní příčiny. Nejprve je strach ze smrti nutno vnímat jako přirozený obranný mechanismus každého člověka a rovněž se jedná o strach z umírání, které by mohlo být dlouhé a třeba i bolestivé. Z psychologického hlediska se jedná o představu nejvyšší ztráty, ztráty vlastní existence a je pravděpodobné, že právě z této příčiny byla smrt vytěsněna a rozvinula se neochota přijmout smrt jako definitivní konec všeho. Naše společnost smrt raději vytěsnila a tabuizovala ji, ale jiné kultury, které se smrti více věnují, respektují ji a pomáhají si nejrůznějšími rituály, se se smrtí mnohem lépe, rychleji a efektivněji vyrovnávají, než je tomu v naší kultuře, která s touto situací nepočítá (Holásková, 2003, s. 148).

Strach ze smrti je jistě něčím přirozeným. Dle Vágnerové (2012, s. 433) však tento strach závisí na mnoha následujících faktorech:

1. Věk: dá se říci, že s postupem času strach ze smrti ubývá, žádoucí délka života člověka se liší, především je však spojena s nějakou důležitou událostí, například až se bude vnučka vdávat a podobně. Může být na druhou stranu vnímána zcela realisticky, tedy žít dokud to půjde.
2. Gender: ženy se obecně bojí smrti méně než muži a jednodušeji se rovněž se svou smrtí vyrovnávají. Strach ze smrti rovněž umí i lépe projevit, mluvit o ní a najít si mezi svými blízkými určitou oporu. Postoj mužů k jejich vlastní smrti

bývá ambivalentní, kdy svou blížící se smrt popírají, nebo ji racionálně přijímají, ale nemluví o ní. Tímto je to pro jejich psychiku mnohem větší zátěží.

3. Osobnostní vlastnosti a dispozice k určitému naladění: sklon k depresi nebo k úzkostným stavům více posiluje strach ze smrti.
4. Míra obtížnosti současného života: čím větší je tíže života a naděje na zlepšení nižší, tím menší je strach ze smrti. Člověk, který je velmi limitován ve svých životních možnostech, ten mnohem snadněji přijme jako východisko a vykoupení smrt. Někdy se dokonce stává, že tito lidé již sami o smrt žádají. Zároveň potřebu zemřít vyjadřují častěji i lidé v domovech pro seniory, než ti, kteří žijí ve svých domácnostech, což může souviset ale s mírou zachování vlastní soběstačnosti a fyzických nebo psychických sil.
5. Vyrovnanost s vlastním životem: znamená dosažení pocitu integrity a naplněnosti vlastního života. Strach ze smrti je zvyšován tím, že člověk vnímá nenaplnění některých oblastí, některých povinností, například zabezpečení partnera, dětí.
6. Stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižující strach ze smrti: významnou roli zde hraje náboženská orientace člověka, kdy věřící se obvykle lépe vyrovnávají se smrtí, což platí i pro většinu jiných zátěží.

„Aby se umírající pacient dokázal nějak vyrovnat se svou nemocí, s faktem nadcházející smrti, musí v myšlenkách urazit dlouhou cestu a může přitom procházet mnoha „stádii“, tedy reakcemi na náhlou změnu, kterou nemoc do jeho života přinesla. Může třeba na čas všechny nepříjemné zprávy ignorovat a popírat a dál pracovat tak, „jako kdyby byl pořád tak zdravý a silný, jako dřív“. Může zoufale navštěvovat jednoho lékaře za druhým, v naději, že diagnóza nebyla stanovena správně. Může si přát uchránit svou rodinu (anebo rodina může chtít chránit jeho) před skutečností.“ (Kübler-Ross, s. 1).

Umírání je různé, může být pomalé, může trvat několik měsíců a tento proces s sebou přináší mnoho problémů, ke kterým patří především bolest, utrpení, ale i problémy pro osoby, které se o umírajícího starají, včetně rodiny, nebo ošetřujícího personálu (Kelnarová, 2010, s. 121).

Dle Kübler- Ross existují následující fáze pocitů během umírání:

1. Fáze popření: člověk v této fázi je zaskočený z informace a odmítá ji. Nikdo si nechce připustit, že umírá, přesvědčují sebe sama, že se lékaři spletli, nebo že oni sami tuto nemoc zvládnou a takto plně rozvinou obranný mechanismus popření. Člověk vždy potřebuje čas k tomu, aby se s faktem smrti smířil. To, že člověk odmítá svou smrt však může mít za následek i to, že odmítá dodržovat nutnou životosprávu, pokračovat v léčbě, anebo komunikovat na hlubší citové rovině. Rodina se snaží přizpůsobit reakcím umírajícího, chce ho ušetřit bolesti a respektuje jeho izolovanost. Tato fáze však přejde a člověk potřebuje od druhých jejich oporu a kontakt.
2. Zlost: jeho příčinou bývá frustrace, ale rovněž i závist toho, že ostatní se mohou z života radovat dále. Zlost nelze snadno zvládnout a je téměř vždy součástí umírání, ale neznamená to, že by tento člověk byl v životě nešťastný, že mu někdo ublížil. Umírající je přesvědčený, že má právo být naživu a může žít déle se svou nemocí než ten, kdo pasivně přijme fakt své smrti. Lépe se umírá těm lidem, kteří ztratili během svého života své blízké a přátelé a jejich děti nebo vnuci jsou již soběstační a to z důvodu, že miluje svou rodinu a již ví, že její právě ona již životně nepotřebuje.
3. Smlouvání: umírající se snaží prosloužit si život odkládáním smrti, snaha o toto smlouvání pochází z pocitů viny, že jsme něco udělali špatně nebo něco neučinili vůbec. Lidé se chtějí před smrtí usmířit s příbuznými, známými, píšou dopisy a domlouvají různé schůzky. Umírající mohou přicházet s nejrůznějšími nápady, myšlenkami a žádostmi. Různá přání mají pro ně znamenat naději, že si prodlouží život.
4. Deprese: jedná se o nejčastější reakci smrtelně nemocných a jejich blízkých. Jedinec si uvědomí, že mu nepomůže lékař, zlost a že je smrt nevyhnutelná. Člověk se musí vyrovnat s mnoha bolestnými ztrátami, neuvidí vyrůstat své děti nebo vnuky, nenavštíví země, které ještě chtěl vidět, neužije si důchodu, nesplní si svá přání a cíle. Během deprese může být člověk v takovém stavu, že si neuvědomuje bolest a trápení svých blízkých. V této fázi není vhodné umírajícího nutit k vyrovnání se se smrtí. Rovněž blízcí umírajícího se musí vyrovnat se svými vlastními pocity, ale i s tím, že nebudou schopni uspokojit

všechny potřeby umírajícího. Při práci s depresí je nutné umožnit člověku vyjádřit své emoce a vyjádřit podporu a blízkost.

5. Přijetí: člověk přijímá to, že se smrt týká každého člověka a je možno se s ní vyrovnat. Člověk může pociťovat určité vítězství, vnitřní klid a vyrovnanost. Člověk se již snaží být oporou svým blízkým, kteří jsou již dlouhodobě frustrovaní. Dochází ke vzájemným emočně velmi nabitým kontaktům a člověk hledá slova útěchy pro svou rodinu, aby zmírnil jejich smutek. Mnohdy umírající přenechává ve svých posledních dnech významné vzkazy a doporučení, ze kterých jeho pozůstalí čerpají po celý zbytek svého života. (Kübler-Ross, s. 16).

Potřeby umírajících lidí je možno rozdělit na potřeby biologické, sociální, psychické a spirituální, přičemž v prvních fázích nemoci jsou pro pacienty nejdůležitější potřeby především biologické, v závěru života pak však nabývají na významu potřeby spirituální (Svatošová, 1995, s. 19).

K potřebám biologickým patří všechno, co potřebuje nemocné tělo, tedy přijímání potravy a to někdy i zvláštním způsobem upravené, dále je to potřeba co možná nejpřirozenějším způsobem se zbavit produktů vlastního metabolismu, současně se musí každé buňce tělo postarat o kyslík, což nemusí být vždy snadné, pokud nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. Rovněž to může být ale i potřeba zbavit se celého nemocného orgánu a dále podstoupit další léčbu jako je ozařování, chemoterapie, hormonální léčba a podobně. Nesmí se rovněž ani zapomínat na zapojení nemocného těla k nějaké aktivitě, protože jinak předčasně zchátrá nebo se proleží. O většinu těchto biologických potřeb se dobře postaráno při kvalitní péči v nemocnicích (Svatošová, 1995, s. 19).

K psychickým potřebám nemocného a umírajícího člověka patří především respektování lidské důstojnosti a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky, protože člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí a to se svým vlastním neopakovatelným posláním a jako takového je proto nutno jej chápat a respektovat a to tím spíše v období, kdy svůj úkol završuje. Toto je poslání vlastně samotného hospicového hnutí. Nemocný zároveň potřebuje se svým okolím komunikovat, potřebuje pocit bezpečí. Sociální potřeby vycházejí ze samotné podstaty každého člověka, který je tvorem společenským a tak jako izolovaně nežije, tak ani izolovaně

nestůně ani neumírá. Nemocný i umírající člověk většinou chce být navštěvován a tyto návštěvy i potřebuje. Měl by však mít právo si sám návštěvy usměřňovat a blízcí by měli toto jeho přání respektovat (Svatošová, 1995, s. 19-20).

Spirituální potřeby byly ještě do nedávné doby naprostým tabu a i většina lidí si myslí, že se týkají jenom uspokojování potřeb lidí, kteří jsou věřící. Věřící ale dle Svatošové potřebují uspokojit své spirituální potřeby, ale na druhou stranu jim jejich víra říká, co mají dělat a podle toho se dokážou zařídit. Větší problém takto nastává u lidí, kteří žijí bez víry a právě během vážné nemoci se začínají pítit po otázkách smyslu vlastního života. Člověk potřebuje mít jistotu, že jeho život má až do poslední chvíle smysl a nenaplněnost této potřeby se rovná skutečnému stavu duchovní nouze (Svatošová, 1995, s. 20).

3 SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI A PSYCHICKÁ I FYZICKÁ ZÁTĚŽ

Sestra v paliativní péči má dle Slezákové a kol (2007, s. 128) následující povinnosti, kdy monitoruje klientovy symptomy, plánuje s ním případně s rodinou ošetrovatelskou péči, realizuje dlouhodobý plán této ošetrovatelské péče a provádí kontinuální hodnocení výsledků, dokumentuje výsledky měření a pozorování, věnuje se psychické podpoře klienta, když naslouchá jeho obavám a očekáváním. Zároveň poskytuje informace o péči rodině klienta a v neposlední řadě v případě domácí paliativní péči poskytuje dostatek praktických rad, které se týkají běžné ošetrovatelské péče o pacienta a které se takto týkají například hygienické péče, polohování a přemísťování klienta, prevence proti tvorbě dekubitů, výživy a vyprazdňování. Nezapomíná ani na psychickou podporu pečující rodině.

Sestra v paliativní péči potřebuje pracovat v kvalitním multidisciplinárním týmu, který své síly soustřeďuje ke kvalitnímu životu nemocného, jeho rodiny, zmírňování celkového utrpení klienta. Za členy multidisciplinárního týmu jsou rovněž považováni jednak rodina nemocného, tak rovněž i pacient sám, který má zásadní slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích. Složení týmu se skládá z lékařů a to odborníků na paliativní péči, ale i s dalšími odbornostmi a to dle aktuálních zdravotních obtíží pacienta. Dále jsou v tomto týmu zdravotní sestry a zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a pastorační pracovník, duchovní. Je to však právě zdravotní sestra, která má v týmu velmi důležité postavení, protože je to právě ona, která je pro pacienta nejbližším profesionálem. Ona musí umět správně vysvětlit na co se pacient ptá, stejně tak musí i dobře informovat další členy týmu o poznacích o pacientovi a to i jeho rodině. Zároveň je to opět ona, kdo monitoruje všechny potřeby nemocného a společně s ostatními hledá možnosti jejich naplnění (Marková, 2010, s. 35-36).

Kompetence sestry v paliativní péči

Sestra v paliativní péči má určité kompetence ve vztahu k péči o umírajícího člověka. Kompetenci bychom mohli charakterizovat z právního hlediska jako pravomoc nebo rozsah pravomocí a z pracovního hlediska jako soubor schopností,

způsobilosti vykonávat určitou činnost. Ke kompetencím zdravotní sestry můžeme tedy zařadit: rozvíjení účinné komunikace, orientovat se a plánovat postup, i podporovat a pomáhat ve snášení nelehké situace pacienta, zasahovat a poskytovat služby a přispívat k práci týmu a organizace (Marková, 2010, s. 51).

Rozvíjení účinné komunikace je jedna ze zásadních kompetencí sestry. Pro vytvoření účinného léčebného protřídí je nutné pro pacienta vytvořit takové podmínky, ve kterých se bude cítit dobře a necítit se zde osamocen. Sestra by měla umět navázat s pacientem dobrý kontakt, který se projevuje skutečným zájmem o nemocného, bez tohoto vnitřního postoje není možné vybudovat prostor pro další dobrou komunikaci. Jako důležitá technika vedení rozhovoru by mělo být aktivní naslouchání a ne komunikace, při které by se pacient cítil jako u výslechu, dále kladení otevřených otázek, poskytnutí zpětné vazby a především vytvoření atmosféry důvěry, při kterém je důležité, aby pacient se aktivně podílel na své léčbě a ta stála na jeho vlastních rozhodnutích. Zároveň by sestra měla umět komunikovat i s pacientem s afázií, která je velmi častá u tumorů centrální nervové soustavy. Měla by zvládat i komunikaci s rodinnými příslušníky, kdy musí umět poskytnout rodině a to citlivě správné a pravdivé informace o průběhu umírání a o tom, čím nemocný prochází, musí ale rovněž akceptovat a porozumět rodinným vazbám a hodnotám v rodině a měla by zvládat i konfliktní situace ale i projevy zármutku pozůstalých (Marková, 2010, s. 51-53).

Další kompetencí je orientovat se a plánovat postup, kdy sestra musí umět vyhodnotit fyzický a psychický stav nemocného a v rámci této kompetence se jedná především o sběr údajů o pacientovi a jejich utřídění. Jedná se takto o sběr údajů, které se týkají oblasti fyzické (bolest, dušnost, zvracení, ztráta hybnosti, inkontinence, močení, smyslové postižení, stav sliznice, chrupu, porušení kožní celistvosti), psychické a sociální oblasti (ztráta životní role, zodpovědnost, vztah k druhým lidem, rodina, přátelé, psychický stav, přání a potřeby) a oblasti spirituální (smysli bytí, víra, naděje). Sestra takto musí zjistit všechny potřeby pacienta ve všech důležitých oblastech lidského života. Rovněž by sestra měla umět i dobře hodnotit kroky, které vedou ke splnění ošetrovatelského plánu (Marková, 2010, s. 56-58).

Důležitou kompetencí je rovněž i podporovat a pomáhat ve snášení nelehké situace pacienta. K tomuto patří zachovávat důstojnost nemocného člověka, umět brát vážně

všechny pacientovy obavy, ať již jsou jakékoli a umět na ně správně reagovat. Pacient rovněž bývá zmatený a tato kompetence je klíčová při doprovázení pacienta v terminálním stádiu nemoci a jeho zvládnutí je při poskytování paliativní péče zapotřebí věnovat pozornost. Dále k této kompetenci patří rovněž i stanovit realistické cíle a umět poskytnout emoční podporu (Marková, 2010, s. 58-61).

Další kompetencí je zasahovat a nabízet služby, kdy by si sestra měla osvojit praktické dovednosti své práce a to v kontextu paliativní péče. Sestra musí znát základní postupy při léčbě symptomů, především bolesti, umět je monitorovat a předat je dále celému týmu. Rovněž musí znát nežádoucí a vedlejší účinky podávaných léků, a v rámci svých kompetencí podávat léky označené lékařem. Musí umět i odhadnout další vývoj pacientova stavu a připravit jej i jeho rodinu na další možný vývoj nemoci, což je důležité při poskytování péče v domácím prostředí pacienta. V neposlední řadě je kompetencí zdravotní sestry i přispívat k práci v týmu a organizaci, což se projevuje ve správné komunikaci a spolupráci s lidmi v týmu a porozuměním cílům a filozofii organizace (Marková, 2010, s. 61-62).

Fyzická a psychická zátěž u zdravotních sester

S výše popsanými kompetencemi zdravotních sester souvisí i psychická a fyzická zátěž, která s touto prací může souviset. Každá zdravotní sestra je jiná a má jinou odolnost vůči této zátěži při péči o umírajícího člověka.

„Péče o pacienty v poslední fázi života i o jejich rodiny může být stresující, avšak přináší uspokojení. Práce s pacienty, kteří trpí mnoha obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, klade na sestry velké psychické nároky. Doprovázení pacientů (a jejich blízkých) v nejtěžším období jejich života a účast na zmirňování jejich utrpení mohou být pro zdravotníka nesmírně obohacující zkušenosti. Na druhé straně neustálé vystavení utrpení a ztrátě může mít negativní dopad na psychiku pečovatелů, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe“ (Connor, Aranda, 2005, 43).

Fyzická zátěž u zdravotních sester souvisí především s manipulací s pacientem, který již není dostatečně mobilní a to v rámci léčebné a rehabilitační péče o něj. K této zátěži je rovněž možné ještě připočítat fyzickou zátěž při manipulaci s prádlem a zdravotnickým materiálem. V mnoha zařízeních bylo zjištěno, že sestry podstupují

značnou tělesnou zátěž a v mnoha případech jsou i překračovány limitní hodnoty pro dlouhodobou fyzickou zátěž žen (Vejvoda a kol, 2013, s. 87).

Oproti tomu psychická zátěž se týká psychického procesu zpracování a vyrovnávání se s požadavky, které na dané pracovní místo jsou kladeny. Dlouhodobě trvající zátěž se může rozvinout v poruchy zdraví, ke kterým patří především psychosomatická onemocnění, například ischemická porucha srdeční, vředová porucha nebo hypertenze, ale patří sem rovněž i poruchy mentálního zdraví. U sester působí zátěžově konflikty a to ve vztahu lékař- pacient, kdy úspěšnost léčby nemusí mít pro oba tyto stejnou hodnotu, dále je to rovněž i pociťování časové tísně, kdy vysoký počet pacientů nedovoluje sestřám si vytvořit potřebný vztah s pacientem. Nezanedbatelné je rovněž i působení lidského utrpení a bolesti, kdy může selhávat i profesionální obrana (Vejvoda, 2013, s. 89).

Zátěžovými faktory u sester, které pracují v paliativní péči patří dle Connor, Aranda (2005, s.45- 48):

1. Neustálá přítomnost smrti a umírání: jedná se o největší zátěž při práci sester s umírajícími, potíže mohou nastat tam, kde pacienti mají jinou představu o svém umírání, než mají sestry, které se o ně starají, zároveň mají s pacienty vytvořen i blízký vztah, který jim umožňuje sice dobře komunikovat a pomáhat umírajícímu, zároveň však na sestru klade vysokou psychickou zátěž.
2. Identifikace s umírajícím pacientem: pacient může sestře připomínat někoho blízkého, což pro ni představuje velkou psychickou zátěž, nemocný ji může připomínat například matku, která zemřela na rakovinu a potom může mít sestra problém pečovat o tuto pacientku. Zároveň zdravotníci, kteří měli stejnou diagnózu, mohou mít problém pečovat o pacienty se stejnou nemocí.
3. Pocit bezmocnosti a neschopnosti: tyto pocity mohou prožívat v případech, kdy se cítí zodpovědné za zmírnění bolesti u pacienta, ale nemají nablízku lékaře, který by byl ochoten předepsat potřebný lék
4. Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání: zde mohou mít sestry problémy v případech, kdy dojde k náhlému zhoršení stavu u pacientů, u kterých se počítalo s uzdravením. Je u nich těžké když nemohou kontrolovat situaci a organizovat péči v době, kdy dochází k ukončení podpory životních funkcí. Rodině chtějí dát dostatek času pro vyrovnání se s nastalou situací, ale nechtějí

ani prodlužovat utrpení pacienta. Nemohou odhadnout čas úmrtí pacienta a mají pocit viny, když pacient zemře ve chvíli krátké nepřítomnosti příbuzných.

5. Mnohočetné ztráty a zármutek: souvisí s tím, že se sestry starají o velký počet lidí, kteří velmi rychle umírají. S tímto spojený zármutek se může postupem času nahromadit a způsobit těžké deprese. Neustálý styk se smrtí může vést k přemíře zármutku a k velké tísní.
6. Problémy v týmu: jsou zdrojem stresu a konflikty s kolegy přispívají k emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci.

3.1 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření trpí profese, které se orientují především na pomoc druhým lidem. Takovou profesí je rovněž i profese zdravotní sestry, které je jak jsme již představili výše, psychicky, ale i fyzicky velmi náročné. Podkladem pro vznik syndromu vyhoření jsou dvě okolnosti (Venglářová a kol., 2011, s. 27) :

1. Osobnostní nastavení pomáhajícího: podstatou je příliš silná touha a motivace pomáhat a pečovat, která nemusí mít vždy jenom altruistický základ, ale ten může být rovněž i v egoistických potřebách a uspokojení vlastní touhy po moci.
2. Pracovní prostředí: do této oblasti patří charakter práce, její organizace, nastavení systému na konkrétním pracovišti. K těmto patří například nedostatečné ocenění, nevhodné chování nadřízených a necitlivý přístup, špatné vztahy na pracovišti, přetíženost v rámci nízkého počtu personálu, práce v rigidním prostředí, nevyhovující pracovní podmínky apod.

Hlavní znaky syndromu vyhoření jsou vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vyčerpání se projevuje celkovým pocitem emočního i fyzického vysílení, člověk je sklíčený, provází jej bezmoc a beznaděj, ztrácí sebeovládání, zmocňuje se ho pocit strachu, prázdnoty, apatie. Cítí se být osamělý. Ve fyzické oblasti se vyčerpání projevuje nedostatkem energie, chronickou únavou, svalovým napětím, náchylností k infekčním onemocněním, poruchy spánku, funkčními poruchami, poruchami paměti a soustředění a náchylnostmi k nehodám. Odcizení se v rámci syndromu vyhoření projevuje tak, že jedinec se ke svému okolí chová odosobněně, téměř lhostejně. Jedná se

o ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu, kdy počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako obtěžující osoby. Pokles výkonnosti spočívá v tom, že pracovník ztratil již důvěru ve své vlastní schopnosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného. Postižený jedinec potřebuje k výkonu práce stále více času a postupně se u něj zvyšuje i doba, která je potřebná pro jeho regeneraci, kdy mu dovolená nebo prodloužený víkend nestačí k tomu, aby si odpočinul a nabral nové síly (Stock, 2010, s. 19-22).

Nejvíce jsou syndromem vyhoření ohroženi lidé, kteří jsou pracovití, cílevědomí a neumí říci ne, jdou po dobré práci a jsou pro ni nadšení, lidé, kteří se pro svoji kariéru museli mnohého vzdát, lidé, kteří vnímají neúspěch jako svou osobní porážku, prohru, nemají žádné jiné zájmy mimo svou práci, domnívající se, že jsou naprosto nepostradatelní a lidé, kteří netuší, že jsou zranitelní syndromem vyhoření (Venglářová, 2011, s. 26)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRŮZKUM

Cíl práce a dílčí cíle práce

Cílem práce je charakterizovat psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester.

Dílčí cíle

1. Zjistit, jaké mají nejčastěji sestry v hospicové péči zdravotní potíže.
2. Zjistit, jak se sestry v hospicové péči vypořádávají s psychickou zátěží a
3. Zjistit, zda sestry v hospicové péči preferují spíše aktivní fyzickou, nebo pasivní psychickou relaxaci.

Hypotézy

Na základě stanoveného cíle a dílčích cílů průzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1.: Sestry v hospicové péči mají častěji fyzické, než psychické obtíže, neboť charakter jejich práce je fyzicky náročný.

Hypotéza č. 2.: Hospicové sestry preferují spíše aktivní fyzickou relaxaci před pasivní psychickou, neboť z hlediska fyziologie je fyzická zátěž daleko rychleji odbourávána.

Hypotéza č. 3.: Práce v hospici ovlivňuje mentalitu většiny sester, neboť jejich povolání se stává po delší době praxe jejich posláním.

Hypotéza č. 4.: Náboženské přesvědčení a filozofie nejsou u většiny respondentů hlavním motivem pro výběr zaměstnání v hospicové péči neboť se při výběru neklade věrovyznání na první místo.

Výzkumná metoda

Za výzkumnou metodu bylo použito strukturovaného dotazníku a dotazník takto obsahoval pouze standardizované otázky a to s již přesně formulovanými

možnostmi odpovědí na jednotlivé otázky. Důvodem pro výběr tohoto typu dotazníku bylo především získání relevantních dat od respondentů a to především v rovině jejich konkrétních názorů na danou problematiku. Dotazník obsahoval 25 strukturovaných otázek, čtyři otázky se týkaly demografických údajů respondentů a 21 otázek se týkalo fyzické a psychické zátěže sester. Pro větší přehlednost byly otázky v dotazníku rozděleny do kategorií: základní parametry získaného souboru (pohlaví respondentů, věk respondentů, vzdělání), rodinný stav, praxe v oboru, délka praxe v hospici na Svatém Kopečku, předešlá praxe, práce sestry a osobní život, motivace a spokojenost s prací, pracovní podmínky sester v hospici, fyzická náročnost práce sester v hospici, zdravotní problémy sester v hospici, stres v práci sester v hospici. Dotazník je uveden v příloze A. Dotazník byl vyplňován zcela anonymně a to bez udávání jakýchkoli informací, které by mohly vést k identifikaci daného respondenta. Vyplněné dotazníky byly vloženy do zalepených obálek a odevzdány vrchní sestře. Na základě předešlé domluvy došlo k osobní distribuci dotazníků, byl vysvětlen účel a postup při jejich vyplňování a tím byla navázaná osobní spolupráce a posílená motivace k řádnému vyplnění dotazníků v daném hospici.. Distribuce proběhla bez jakýchkoli problémů, jelikož vedení hospice bylo velmi pozitivní, otevřené danému průzkumu. Dotazníky byly vyplněny a kompletně navráceny. Poté došlo ke kontrole daných odevzdaných dotazníků, tedy zda byly správně vyplněny a zda bylo odpovězeno na všechny otázky. Poté byla daná data setříděna, dána do tabulek a dále analyzována.

Vymezení respondentů

Respondenty se staly zdravotní sestry, které poskytují své služby v zařízení hospice na Svatém kopečku a které jsou personálně zařazeny jako všeobecné sestry nebo jako vrchní sestry. Celkový počet respondentů takto činil 15 osob.

Základní údaje o respondentech byly zjištěny na základě předkládaného dotazníku, ve kterém se zjišťovalo pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe a osobní stav.

Základní parametry

Tabulka č. 1

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

	Počet
Žena	15
Muž	0

Zdroj: autor práce

Z dotazníku dále bylo zjištěno, že všechny zdravotní sestry byly ženy.

Z průzkumu vyplývá, že pro výběr a vykonávání tohoto povolání mají ženy větší citění předpoklad.

Tabulka č. 2

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

	Počet
18-30 let	3
31-40 let	6
41-50 let	4
nad 51 let	2

Zdroj: autor práce

Z dotazníku bylo dále zjištěno věkové vymezení respondentů- zdravotních sester, kdy tři z nich byly ve věku 18-30 let, šest ve věku 31-40 let, čtyři byly ve věku 41-50 let a dvě ve věku nad 51 let věku.

Z průzkumu bylo tedy zjištěno, že hospicovou péči poskytují většinou zralé ženy, středního věku. Je to dáno životními zkušenostmi a celkovým postojem k životu a umírání jako takovému.

Tabulka č. 3

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

	Počet
Středoškolské s maturitou	2
Vyšší odborné	8
Vysokoškolské	5
Specializace v oboru (PSS)	0

Zdroj: autor práce

Co se týče vzdělání, pak dvě zdravotní sestry měly středoškolské vzdělání, osm vyšší odborné a pět vysokoškolské vzdělání.

Z toho vyplývá, že v hospici pracuje většina sester s vzděláním vyšším, jako je středoškolské vzdělání s maturitou.

Rodinný stav

Tabulka č. 4

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

	Počet
Svobodný/á	3
Vdaný/á	8
Rozvedený/á	4
Vdovec/vdova	0

Zdroj: autor práce

V oblasti rodinného stavu bylo zjištěno, že tři byly svobodné, osm bylo vdaných a čtyři rozvedené.

Hospicovou péči tedy poskytuje většina vdaných sester a o polovinu méně sester rozvedených, což je dáno i tím, že pro tuto práci se rozhodnou většinou sestry s bohatými životními zkušenostmi.

Praxe v oboru

Tabulka č. 5

Otázka č. 7: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

	Počet
Méně než 5 let	3
5 – 10 let	4
11 – 20 let	5
21 – 30 let	3
31 a více let	0

Zdroj: autor práce

V oblasti praxe je pět respondentů s praxí ve zdravotnictví 11-20 let, čtyři s praxí 5-10 let, tři s praxí nižší než 5 let a tři s praxí mezi 21-30 lety. Z průzkumu tedy vyplývá, že většina sester, které v hospici pracují, má dlouholetou praxi ve zdravotnictví.

Délka praxe v hospici na Svatém Kopečku

Tabulka č. 6

Otázka č. 8: Jak dlouho v hospici na pozici sestry pracujete?

	Počet
méně než 2 roky	9
2 – 5 roků	6
5 a více roků	0

Zdroj: autor práce

V hospici na Svatém kopečku na pozici sestry pracují nejčastěji mezi 2-5 lety, kdy těchto bylo 9, a méně než 2 roky pracuje v hospici 6 sester. Z tohoto zjištění tedy vyplývá, že za následky fyzické i psychické zátěže v hospicové péči můžeme považovat i to, že sestry zde pracují poměrně krátkou dobu.

Předešlá praxe

Tabulka č. 7

Otázka č. 9: Z jakého oddělení (zařízení) jste do hospice přišla/přišel pracovat?

	Počet
klinické obory (interna, onkologie, dětské ...)	4
obory akutní medicíny (ARO, záchranná služba)	1
obory následné péče (LDN, DD, ...)	5
jiné obory (diagnostické obory, RHB ...)	2
po ukončení studií	3

Zdroj: autor práce

Čtyři sestry přišly do hospice z klinických oborů, pět z oboru následné péče, jedna setra přišla z oboru akutní medicíny, po ukončení studia do hospice přišly tři sestry a dvě z jiných oborů. Z průzkumu tedy vyplývá, že většina sester, které poskytují hospicovou péči, mají již ošetrovatelskou praxi z předešlých pracovišť. Pouze jedna pětina sester nastoupila do hospice krátce po ukončení svého studia a to z důvodu předešlých zkušeností s hospicovou péčí.

4.1 Hospic na Svatém Kopečku

Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Hospic byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce a to dne 28. listopadu 2002 (<http://www.hospickopecek.charita.cz>).

Jedná se o odlehčovací službu dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Posláním odlehčovací služby je umožnit nevléčitelně nemocným lidem prožít kvalitně a důstojným způsobem závěrečné období jejich života, a to na základě nepřetržitého poskytování paliativní péče, zejména s důrazem na tišení bolestí a zároveň tak umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek (<http://www.hospickopecek.charita.cz>).

Cíli hospice na svatém kopečku jsou:

1. Umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek převzetím péče o člověka se sníženou soběstačností.
2. Poskytnout uživateli po dobu pobytu v hospici nezbytnou péči se zaměřením na dosahování kvality života prostřednictvím uspokojování jeho bio-psycho-socio-spirituálních potřeb.
3. Vytváření podmínek pro zachování přirozených sociálních vazeb uživatele i po dobu pobytu v hospici, což následně ulehčuje jeho návrat do přirozeného domácího prostředí.
4. Podpora uživatele v udržení stávajících schopností.
(<http://www.hospickopecek.charita.cz>).

O uživatele pečuje odborný personál, který tvoří zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách (pečovatelky), sociální pracovníce, pastorační pracovníce, duchovní, lékař a v neposlední řadě také dobrovolníci. Celý tým se snaží poskytovat takovou péči, která zlepšuje kvalitu života uživatele (<http://www.hospickopecek.charita.cz>).

Náplní práce zdravotních sester v hospici je především poskytování paliativní péče a to v multidisciplinárním týmu, pravidelná vyšetření klientů služby, stanovení plánu péče a jeho realizace u klienta. Nedílnou náplní práce je poskytování psychické podpory klientům a jeho blízkým a rovněž i poskytování podpory pozůstalým. Zdravotní sestry spolupracují s lékaři, sociálními pracovníky a dalším personálem hospice. Zdravotní sestry mají rovněž zodpovědnost za vedení zdravotnické dokumentace a dokumentace o průběhu léčby.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření

V této části dochází k analýze výsledků dotazníkového šetření. S ohledem na specifickou práci sester v hospicové péči a nízký počet respondentů ve vzorku jsou získané výsledky pouze orientační. Pro větší přehlednost jsou otázky v dotazníku rozděleny do kategorií :

1. Práce sestry a osobní život,
2. Motivace a spokojenost s prací,
3. Pracovní podmínky sester v hospici,
4. Fyzická náročnost práce sester v hospici,
5. Zdravotní problémy sester v hospici
6. Stres v práci sester v hospici

Práce sestry a osobní život

Tabulka č. 8

Otázka č. 5: Zasahuje práce v hospici do Vašeho osobního života?

	Počet
Ano, ale nevadí mi to, chci to tak mít	3
Ano a vadí mi to, neumím to však oddělit	2
Částečně, pokouším se o úplné rozdělení	5
Nezasahuje, daří se mi odlišit osobní a pracovní život	4
Nezasahuje, striktně rozlišuji pracovní a osobní život	1

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že většině sester nějakým způsobem jejich práce zasahuje do jejich osobního života. Respondenti nejčastěji uvedli, že jim práce částečně zasahuje do osobního života, ale pokouší se o úplné rozdělení. Tři uvedli, že jim zasahuje práce do osobního života a toto jim nevadí a dva pak uvedli, že jim toto vadí, ale neumí to rozdělit. Oproti tomu u čtyř respondentů práce nezasahuje do osobního života a dokážou odlišit osobní a pracovní život a u jednoho nezasahuje, jelikož dokážou rozlišit pracovní a osobní život.

Je takto zřejmé, že práce zdravotních sester v hospici je velmi náročnou prací, která logicky zasahuje do života těchto osob, u kterých je velmi těžké, tuto práci zcela od svého osobního života oddělit a to ačkoli by si i toto ve větší míře samy přály. Není takto zcela běžné, aby takováto psychicky náročná práce se nikterak neodrážela i do osobního života člověka a zdravotní sestra takto není vůči velmi psychicky náročné práci zcela imunní.

Tabulka č. 9

Otázka č. 6: Jak ovlivňuje Vaše práce Váš osobní život?

	Počet
Nezabývám se malichernostmi	7
Změna životních hodnot	2
Změna přístupu k vlastní smrtelnosti	6
Změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem	5
Možnost setkání s různými lidmi	6

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že u sedmi respondentů osobní život je ovlivněn tím, že se nezabývají malichernostmi, u šesti pak se jedná o změnu v přístupu k vlastní smrtelnosti a rovněž možnost setkání se s různými lidmi. Pět respondentů uvedlo, že u nich došlo ke změně v přístupu v chování k nemocným a starým lidem a u dvou došlo ke změně životních hodnot.

Bylo takto zjištěno, že práce sestry v hospici ovlivňuje docela silně právě ono časté setkávání se ze smrtí, kdy může docházet k zásadním změnám v postoji k vlastnímu životu, ke své smrtelnosti. Na druhou stranu sestry nevnímají práci tak, že by jim nějakým způsobem změnila jejich životní hodnoty. Ty jsou většinou formovány v dětství a v dospívání a během života již nebývají často měněny.

Motivace a spokojenost s prací

Tabulka č. 10

Otázka č. 10: Jaký byl hlavní motiv, který Vás vedl k rozhodnutí pracovat jako sestra v hospici?

	Počet
Tato práce je pro mne posláním	4
Náboženské přesvědčení	2
Životní filozofie	1
Ztotožnění se s myšlenkou hospicové péče	8
Klidné a láskyplné prostředí	2
Ovlivnění životní zkušeností	1
Možnost uspokojení touhy pečovat o druhé	5
Jinde nebylo místo	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že motivace k práci sestry v hospicovém zařízení je velmi různá. Nejvíce respondenti uvedli, že se ztotožňují s myšlenkou hospicové péče, což uvedlo 8 respondentů a dále že dochází u nich k uspokojení touhy pečovat o druhé, což uvedlo pět respondentů. Dalším motivem je to, že je práce pro člověka posláním, což uvedli čtyři respondenti. Dva respondenti uvedli dále, že motivací je náboženské přesvědčení, stejný počet uvedl, že je to motivem klidné a láskyplné prostředí. Po jednom respondentovi pak získaly odpovědi životní filosofie a ovlivnění životní zkušeností. Odpověď, že jinde nebylo místo neuvedl žádný z respondentů.

Bylo takto zjištěno, že motivací pro práci zdravotní sestry v hospici jsou nejrůznější hluboké motivy k tomuto rozhodnutí, přičemž se především jedná o to, že se zdravotní sestry ztotožňují se samotnou myšlenkou hospicové péče, což je velmi důležité pro kvalitu jejich péče. V opačném případě by práce byla vykonávána poněkud rutinně, bez emocí, bez ohledu k dané osobě, což však v této oblasti není jistě vhodné, jelikož velmi důležitou roli kromě znalostí a dovedností sester hraje i jejich osobnost a jejich nasazení, které musí vyplývat se ztotožněním se samotnou myšlenkou hospicové péče.

Tabulka č. 11

Otázka č. 11: Chodíte do práce rád/ráda?

	Počet
Ano	10
Spíše ano	3
Spíše ne	2
Ne	0
Nevím	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že respondenti chodí do práce rádi, když deset respondentů uvedlo odpověď ano a další tři pak spíše ano. Naopak jen dva respondenti sdělili, že do práce spíše nechodí rádi.

Bylo takto zjištěno, že zdravotní sestry v hospici chodí do práce rády, což je velmi důležité pro dobrou péči o pacienty v daném zařízení a jedná se takto pravděpodobně i o to, že zdravotní sestry mají vytvořeny i dobré podmínky pro výkon jejich práce. Pokud zdravotní sestry chodí do práce nerady, pak je velmi nutné zjistit

a následně i vnímat důvody tohoto postoje k práci, kdy se může jednat jen o dočasnou nespokojenost, která může pramenit z momentálního psychického rozpoložení, nebo se může jednat o déle trvající záležitost, která by mohla ve svém důsledku vést i k syndromu vyhoření.

Pracovní podmínky sester v hospici

Tabulka č. 12

Otázka č. 12: Jak byste popsal/a Vaše vztahy na pracovišti?

	Počet
Máme kladné vztahy, rád/a se všemi spolupracuji, můžeme se na sebe spolehnout.	5
Máme smíšené vztahy, rád/a pracuji s většinou ostatních zaměstnanců, ale můžu se spolehnout na všechny.	8
Máme horší vztahy, mám užší okruh lidí, se kterými spolupracuji rád/a.	2
Máme mezi sebou špatné vztahy, s většinou ostatních spolupracuji jen z nutnosti, na ostatní se nemohu spolehnout.	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že vztahy na pracovišti v hospici jsou převážně dobré. Osm respondentů uvedlo, že mají spíše dobré vztahy, ale rádi pracují s většinou zaměstnanců, ale spolehnout se mohou na všechny. Dalších pět respondentů uvedlo, že mají kladné vztahy, že rádi se všemi spolupracují a mají na sebe spoleh. Naopak jenom dva z respondentů se domnívají, že mají horší vztahy a že mají jen užší okruh lidí, se kterými spolupracují rádi. Odpověď, že by v hospici měli zásadně jenom špatné vztahy na pracovišti, nevedl žádný respondent.

Jedním ze základních předpokladů toho, aby pracovník mohl dobře vykonávat svou práci, byl správně motivován a práce jej bavila, je to, aby na pracovišti panovaly dobré personální vztahy. Z tohoto důvodu je takto velmi důležité, že právě v hospici takové dobré vztahy převažují. V opačném případě, kdy by docházelo ke konfliktům mezi pracovníky a byla by zde vzájemná nedůvěra, by docházelo k tomu, že toto by se

odrazilo nejen na péči o pacienty, ale rovněž by tímto byla zasažena celková atmosféra zařízení, která by pravděpodobně negativně působila nejen na pracovníky, ale rovněž i na pacienty a jejich blízké.

Tabulka č. 13

Otázka č. 13: Myslíte si, že někteří z Vašich spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření?

	Počet
Ano	2
Spíše ano	4
spíše ne	7
Ne	2
Nevím	0

Zdroj: autor práce

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že respondenti spíše nevnímají u ostatních spolupracovníků známky přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření, což uvedlo celkově sedm z nich. Dva z nich pak uvedli, že toto nevnímají vůbec. Naopak čtyři respondenti uvedli, že spíše vnímají tato přetížení a dva je vnímají zcela.

Je takto zcela zřejmé, že ačkoli se sestry do práce těší, mají zde dobré vztahy, je zde vnímáno i výraznější přetížení. Je tak zřejmé, že práce zdravotní sestry a to především v hospici, je takto velmi namáhavou prací a je nutné, aby se sestrám věnovala patřičná pozornost a nedocházelo takto ke stavům, které mohou být nejen popsány jako určité pracovní přetížení, ale i chronický stres nebo dokonce syndrom vyhoření. Je tak opět velmi důležité, aby vedoucí pracovník si těchto všech projevů všiml, uměl je vyhodnotit a dále s nimi pracoval.

Fyzická náročnost práce sester v hospici

Tabulka č. 14:

Otázka č. 14: Ohodnoťte na stupnici 1-5 fyzickou náročnost Vaší práce (1=nejlehčí, 5=nejtěžší)

	Počet
1	0
2	0
3	3
4	6
5	6

Zdroj: autor práce

Z výsledků průzkumu je naprosto zřejmé, že práce zdravotní sestry v hospici je fyzicky velmi náročnou prací. Na škále od jedné do pěti, kdy jedna je nejlehčí a pět naopak nejtěžší sestry uvedly v šesti případech známku pět a ve stejném počtu známku čtyři. Tři respondenti uvedli pak známku tři.

Je takto zřejmé, že samotné sestry vnímají práci v hospici jako velmi fyzicky náročnou, kdy důvodem je především pravděpodobné různé polohování nebo zvedání pacientů, kteří jsou v terminálním stadiu nemoci. I z tohoto důvodu je proto velmi důležité, aby stav sester, ale i potřebného ošetrovatelského personálu byl dostatečný ve vztahu k množství klientů, o které se musí zařízení postarat. Zároveň je nutné, aby hospic disponoval i potřebnými pomůckami, které umožní sestřám lepší a snadnější výkon jejich práce a tyto aby byly na co nejvyšší možné úrovni.

Tabulka č. 15

Otázka č. 15: Jak často musíte vykonávat v zaměstnání těžkou fyzickou aktivitu?

	Počet
Nikdy	0
Občas	3
Často	7
Stále	5

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že respondenti musí často vykonávat těžkou fyzickou aktivitu, což uvedlo sedm z nich a pět z nich dokonce sdělilo, že jí musí vykonávat stále. Jenom tři respondenti uvedli, že těžkou fyzickou práci vykonávají jenom občas.

Tyto výsledky zcela korespondují s předešlým zjištěním, kdy sestry považují práci sestry jako fyzicky náročnou. Toto je takto dáno tím, že musí velmi často vykonávat velmi těžkou fyzickou práci. Je takto zcela zřejmé, že fyzickou aktivitu, kterou sestry hodnotí jako těžkou, vykonávají sestry prakticky neustále, každý pracovní den. Vzhledem k charakteru práce a zařízení se jí nelze nikterak vyhnout.

Tabulka č. 16

Otázka č. 16: Máte na směně dostatečný počet pomocných zdravotnických pracovníků, kteří Vám pomohou práci ulehčit? (manipulace s pacienty, hygiena, ..)

	Počet
Ano	10
Ne	5

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že počet pomocných zdravotnických pracovníků, kteří mohou sestrám práci ulehčit a to například při manipulaci s pacienty, anebo při hygieně, vnímají respondenti jako dostatečný, což uvedlo deset z nich. Naopak pět z nich vnímá počet pomocných pracovníků jako nedostatečný. Sestry se domnívají, že počet pomocných pracovníků v hospicovém zařízení je dle nich dostatečný. Zde by se mohlo zdát, že se jedná o nějaký rozpor s výše uvedenými odpověďmi na otázky, které se týkají vykonávání fyzicky náročné práce, na druhou stranu je nutno podotknout, že toto nesouvisí pouze s pomocným zdravotnickým personálem, ale přímo s místem vykonávané práce, kterým je zde hospic a jeho specifické podmínky.

Tabulka č. 17

Otázka č. 17: Máte na pracovišti pomůcky, které Vám usnadní manipulaci s pacientem a šetří Vaše síly?

	Počet
Ano	15
Ne	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že všichni respondenti se domnívají, že mají na pracovišti potřebné pomůcky, které jim mohou pomoci při manipulaci s pacienty a takto jim mohou ušetřit jejich fyzické síly.

Pracovní pomůcky, které mohou zdravotní sestry využít při manipulaci s pacienty, jsou velmi důležité jednak pro zdraví sester, které se nemusí zbytečně fyzicky namáhat a zároveň i pro pacienty, kteří takto mohou získávat i kvalitnější a profesionálnější péči, kterou je pro ně zapotřebí zabezpečit. Je takto velmi kladné zjištění, že sestry vnímají, že mají na pracovišti potřebné pracovní pomůcky. Na druhé straně zde nebylo zjišťováno, jak tyto pomocné pracovní prostředky samy zdravotní sestry hodnotí.

Tabulka č. 18

Otázka č. 19: Zúčastňujete se školení o správné manipulaci s pacienty, která šetří vaše zdraví?

	Počet
Ano	12
Ne	3

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že většina respondentů se zúčastňuje školení o správné manipulaci s pacienty, které by mělo šetřit zdraví zdravotních sester, což uvedlo dvanáct z nich. Naopak tři respondenti uvedli, že se takového školení neúčastnili.

Z tohoto vyplývá, že zdravotní sestry v hospicové péči jsou školeny v technikách manipulace s pacientem, což je důležité pro to, aby nedocházelo ke zbytečně

namáhavým postupům při manipulaci s pacientem. Ačkoli sice tři sestry uvedly, že se takového školení neúčastnily, může to být z důvodu, že jsou v zařízení jen krátce a takový kurz pro ně nebyl ještě k dispozici, anebo se může jednat o zdravotní sestru natolik zkušenou a znalou postupů, že nebylo vyhodnoceno, že by potřebovala takovýto kurz.

Zdravotní problémy sester v hospici

Tabulka č. 19:

Otázka č. 18: Pociťujete nějaké zdravotní problémy způsobené prací?

	Počet
Bolesti hlavy	3
Bolesti páteře	6
Bolesti svalů	2
Pálení očí	0
Roztřesenost	0
Alergie	0
Jiné	0
Žádné	6

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že pouze šest respondentů nemá žádné zdravotní problémy, které by souvisely s výkonem práce zdravotní sestry. Nejčastějšími problémy jsou bolesti páteře, které uvedlo šest respondentů, dále je to bolest hlavy, kterou uvedli tři a bolesti svalů, která se objevila u odpovědí dvou respondentů.

Z tohoto vyplývá, že zdravotní sestry vykonávají velmi fyzicky, ale i psychicky náročnou práci, která jim způsobuje i určité zdravotní obtíže. Na druhou stranu uvedené zdravotní problémy nemusí pouze souviset s vykonávaným zaměstnáním, ale mohou být způsobeny i jinými vlivy, například životním stylem, nemocemi, které nesouvisí s prací, problémy v rodinách a podobně.

Tabulka č. 20

Otázka č. 20: Cítíte se po službě fyzicky unaven/a ?

	Počet
Ano	8
Ne	2
Někdy	5

Zdroj: autor práce

Z výsledků průzkumu bylo zjištěno, že po službě se fyzicky unaveni cítí osm respondentů a někdy unaveno se cítí pět respondentů. Naopak unaveni se necítí pouze dva respondenti.

Opět se potvrdilo, že práce zdravotních sester v hospici je velmi fyzicky náročná a z tohoto důvodu jsou skoro všechny po pracovní službě fyzicky unavené. Zde se však může jednat nejen o únavu, která nutně musí vycházet z těžké fyzické práce, ale může se jednat o psychickou zátěž, která se může projevovat fyzickou vyčerpaností. Zároveň se může jednat i o chronickou únavu, která již nemusí souviset s náročností směny.

Tabulka č. 21

Otázka č. 21: Které z uvedených zdrojů si myslíte, že by mohly být příčinou Vašeho vyčerpání?

	Počet
Stálé setkávání se smrtí	10
Utrpení lidí	6
Moje představa o této práci neodpovídá skutečnosti	1
Příliš velká zodpovědnost	4
Nedostatek personálu – přetížení	5
Malé finanční ohodnocení	3
Potíže v mé rodině	1
Jiné	0

Zdroj: autor práce

Výsledky průzkumu bylo zjištěno, že nejčastějším zdrojem vyčerpání sester, které pracují v hospici, je stálé setkávání se smrtí, což uvedlo celkem 10 respondentů. Dalšími významnými zdroji vyčerpání jsou pak utrpení lidí, které se objevilo v odpovědích šesti respondentů, nedostatek personálu u pěti respondentů a příliš velká

odpovědnost, kterou uvedli čtyři respondenti. Za méně významné pak byly uvedeny ještě malé finanční ohodnocení, což bylo uvedeno u tří respondentů, jiná představa o práci, která neodpovídá skutečnosti a potíže v rodině.

Je takto zřejmé, že nejvíce je pro zdravotní sestry obtížné a vyčerpávající se neustále setkávat s blízkostí smrti a s utrpením lidí, což se nejčastěji projevuje v psychické oblasti vyčerpanosti u zdravotních sester. Poněkud marginálním, ale stále vnímaným problémem jsou pak jiné oblasti vyčerpání a to včetně pocitu nedostatku personálu, který může způsobit přetížení sester. Nízké mzdové ohodnocení bylo rovněž mezi odpověďmi sester zaznamenáno, nicméně nebylo vnímáno jako něco, co stojí zásadně za jejich vyčerpaností.

Stres v práci sester v hospici

Tabulka č. 22

Otázka č. 22: Pociťujete některé projevy stresu?

	Počet
Nechutenství	1
Zažívací potíže	2
Bolesti hlavy	4
Bolesti zad	5
Poruchy spánku	2
Poruchy pozornosti	0
Pocit únavy	3
Vyčerpanosti	1
Palpitace	0
Poruchy krevního tlaku	3
Úzkost	0
Poruchy nálady	0
Deprese	0
Žádné příznaky	5

Zdroj: autor práce

Z průzkumu vyplynulo, že pocity stresu mohou být různé, nicméně se projevují u deseti respondentů. Nejčastějšími projevy byly bolesti zad, kterou uvedlo 5 respondentů, dále se jednalo o bolesti hlavy, která se objevila v odpovědi 4 respondentů, dále se jednalo o pocit únavy a poruchy krevního tlaku, kdy tyto

odpovědi uvedli 3 respondenti, zažívací problémy, poruchy spánku uvedli 2 respondenti a po jedné odpovědi získalo nechutenství a vyčerpanost. Naopak poruchy pozornosti, palpitace, úzkost, poruchy nálady a deprese se neobjevily u odpovědí respondentů vůbec.

Bylo zjištěno, že se pocity stresu objevují především v určitých bolestech a to ať již hlavy, nebo zad. Naopak je velmi důležité, že nedošlo k projevům v zásadě v psychických oblastech, jako jsou poruchy nálad, deprese, úzkosti, kdy by se mohlo jednat již o projevy vážných poruch a to včetně syndromu vyhoření. Lze tak usuzovat, že pocity stresu se projevují nejčastěji na fyzické a méně na psychické stránce zdravotních sester.

Tabulka č. 23

Otázka č. 23: Co na Vás působí jako stresor?

	Počet
Fyzická náročnost	2
Psychická náročnost	3
Interpersonální vztahy na pracovišti	4
Platové ohodnocení	2
Chování pacientů	3
Pracovní doba (směny)	1
Naslouchání nemocným	0
Dotazy pacientů	0
Obava z vlastního onemocnění	3
Péče o těžce nemocné a umírající	9
Úmrtí pacienta	13

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že největším stresorem je pro respondenty úmrtí pacienta, kdy tuto odpověď uvedlo 13 z nich, dalším stresorem byla péče o těžce nemocné a umírající, kterou uvedlo 9 respondentů. Za méně vnímaný stresor byl interpersonální vztahy na pracovišti, což uvedli 4 respondenti, dále psychická náročnost, chování pacientů a obava z vlastního onemocnění, kterou uvedli 3 respondenti, za stresor byla 2 respondenty vnímána fyzická náročnost a platové ohodnocení a po jedné odpovědi získala pracovní doba. V odpovědích respondentů se naopak vůbec neobjevily dotazy pacientů a naslouchání nemocným.

Je takto zřejmé, že největším stresorem je samotné setkávání se s mnohdy velkým utrpením pacientů a se smrtí. Jiné možné stresory nejsou zdravotními sestrami vnímány tak zásadně jako právě tyto výše uvedené. Je takto naprosto pochopitelné, že většina zdravotních sester nějakým způsobem negativně prožívá to, že její klient pomalu umírá, že je těžce nemocný a mnohdy mu již vlastně není ani pomoci a že i když by se jednalo o zcela profesionální až strojově pracující zdravotní sestru, stejně je pro ní stresujícím momentem úmrtí pacienta, o kterého se nějakou dobu starala.

Tabulka č. 24

Otázka č. 24: Využíváte některý z těchto způsobů ke zmírnění Vašeho stresu?

	Počet
sociální podpora od druhých (rodina, přátelé)	11
Fyzické aktivity (sport)	6
Relaxační aktivity	4
Kouření	2
Alkohol	1
Léky	0
Jiné návykové látky	0
Nic	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že způsobem zmírnění stresu byla respondenty využívána především sociální podpora od druhých, tedy od rodiny a přátel, což uvedlo 11 z nich. Dalším významnějším způsobem zmírnění stresu pak byly uvedeny fyzické aktivity, které uvedlo 6 respondentů. Dalšími odpověďmi byly relaxační aktivity, které se objevily 4 krát, kouření, které bylo uvedeno ve 2 a alkohol, který byl uveden v jednom případě. Naopak léky nebo jiné návykové látky neuvedl žádný z respondentů.

Bylo takto zjištěno, že pro zmírnění stresu je velmi důležité sociální zázemí zdravotních sester, především pak dobré vztahy a potřebná opora poskytnutá ze strany rodinných příslušníků a přátel. Fyzická aktivita rovněž hraje ve velké míře pro správné uvolnění zdravotních sester důležitou roli. Naopak jakékoli podpůrné prostředky typu alkohol, léky nebo jiné návykové látky jako prostředek ke zmírnění stresových situací vnímány nejsou. Toto vše lze vnímat proto velmi pozitivně a je zřejmé, že sestry nemají

pocit nějaké beznaděje, který by nebylo možné řešit klasickými a zdravými způsoby relaxace.

Tabulka č. 25

Otázka č. 25: Pokud byste znovu stála před rozhodnutím, zvolit si za místo výkonu svého povolání hospic, rozhodl/a byste se stejně?

	Počet
Ano	10
Spíše ano	5
Spíše ne	0
Ne	0
Nevím	0

Zdroj: autor práce

Z průzkumu bylo zjištěno, že pokud by respondenti znovu stáli před rozhodnutím, zda si zvolit za místo výkonu svého povolání hospic, rozhodli by se kladně, když 10 z nich uvedlo odpověď ano a 5 pak odpověď spíše ano.

Je takto naprosto zřejmé, že ačkoli je práce zdravotních sester v hospicovém zařízení velmi psychicky, ale i fyzicky náročná, přesto by v tomto zařízení tyto zdravotní sestry pracovaly, kdy důvodem může být odpovědná práce, touha pomoci při doprovázení umírajících při posledních chvílích jejich života. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že práce v hospicovém zařízení přináší zdravotním sestřám určité uspokojení, je zde v návaznosti na výše uvedené i vytvořeno vhodné pracovní prostředí a dobré pracovní vztahy, což je pravděpodobně pro dobré fungování hospice velmi zásadní. Hospic musí vytvořit dobrou atmosféru a nesmí být jen místem, kam se jde umřít.

4.3 Vyhodnocení hypotéz

Cílem předkládaného průzkumu bylo charakterizovat psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester. S ohledem na specifiku práce sester v hospicové péči byl průzkum proveden na velmi malém vzorku respondentů a z tohoto důvodu mají získaná data pouze informativní charakter a výsledky šetření se takto vztahují pouze na hospic

na Svatém Kopečku a nelze jej právě z důvodu nízkého počtu respondentů zevšeobecnit na všechna hospicová zařízení. S ohledem k tomuto by pak bylo určitě vhodné, aby tato problematika byla řešena ve vícero zařízeních a na větším počtu respondentů.

Na základě stanoveného výše uvedeného cíle byly stanoveny hypotézy, které se snažil průzkum potvrdit nebo vyvrátit. Hypotézy byly vyhodnoceny následovně:

Hypotéza č. 1: Sestry v hospicové péči mají častěji fyzické, než psychické obtíže, neboť charakter jejich práce je fyzicky náročný.

Tato hypotéza se potvrdila.

Práce zdravotních sester v hospici je velmi fyzicky ale i psychicky náročná, přesto se obtíže objevují především v oblasti fyzické než psychické. Toto je dáno především tím, že se zdravotní sestry v hospici velmi často setkávají s utrpením nemocných a umírajících a se setkáváním se smrtí. Sestry musí vykonávat velmi těžkou fyzickou práci a to skoro pořád. Zároveň však uvádějí, že mají potřebné pomůcky, které jim usnadňují práci a rovněž i personál považují za dostatečný. Ve fyzické oblasti se tato zátěž projevuje především v oblasti bolesti páteře, bolesti svalů a bolesti hlavy. V oblasti psychické se pak může jednat o poruchy spánku, pocity vyčerpanosti a podobně.

Hypotéza č. 2: Hospicové sestry preferují spíše aktivní fyzickou relaxaci před pasivní psychickou, neboť z hlediska fyziologie je fyzická zátěž daleko rychleji odbourávána.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Za nejdůležitějším zdrojem odbourávání stresu byla považována především podpora rodiny a přátel, což nelze vnímat jako fyzickou relaxaci, ne druhou stranu fyzická aktivita byla rovněž vnímána jako důležitý prostředek pro odpočinek. Naopak zdravotní sestry nevyužívají žádných podpůrných prostředků typu léků, alkoholu nebo drog k odbourání stresu. Lze takto uvést, že stres se spíše zdravotní sestry nesnaží nějakým aktivnějším způsobem odstranit.

Hypotéza č. 3: Práce v hospici ovlivňuje mentalitu většiny sester, neboť jejich povolání se stává po delší době praxe jejich posláním.

Tato hypotéza se potvrdila.

Zdravotní sestry, které pracují v hospici, jsou velmi ovlivněny svou prací a to tím, že se starají o osoby v terminálním stadiu onemocnění. Z tohoto důvodu u nich dochází ke

změnám i v oblasti osobního života. Zdravotní sestry se ztotožňují s myšlenkou samotné hospicové péče, vnímají práci i jako své poslání a rovněž v případě, že by se znovu měly rozhodnout, zda by opět vykonávaly svou práci v hospici, tak odpovídají kladně. Z tohoto všeho lze takto usuzovat, že práce v hospici ovlivňuje mentalitu zdravotních sester.

Hypotéza číslo 4: Náboženské přesvědčení a filozofie nejsou u většiny respondentů hlavním motivem pro výběr zaměstnání v hospicové péči, neboť se při výběru neklade věrovyznání na první místo.

Tato hypotéza se zcela potvrdila.

Hlavním motivem pro výkon práce zdravotní sestry v hospici bylo ztotožnění se s myšlenkou hospicové péče, jen ve velmi nízké míře hrálo pak u několika jednotlivců nějakou roli náboženské přesvědčení a filozofie pro výběr zaměstnání v hospicové péči. Naopak za hlavní motiv výběru zaměstnání v hospicové péči byla považováno ztotožnění se s myšlenkou hospicové péče a touha se starat o druhé.

5 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce je koncipovaná jako teoreticko – praktická. Teoretická část obsahuje kapitoly zaměřené na hospicovou péči, její historii, vymezení a formy. Dále se věnuje paliativní péči, smrti a umírání. V praktické části je uveden průzkum, který byl proveden v hospici na Svatém Kopečku a to mezi patnácti zdravotními sestrami. Hospic na Svatém Kopečku je unikátní tým, že se jedná o jedinou službu svého druhu v Olomouckém kraji, proto byla možnost oslovit jen omezený počet respondentů. Metodou průzkumu byl dotazník. Hlavním cílem průzkumu bylo charakterizovat psychickou a fyzickou zátěž hospicových sester. Na základě takto stanoveného hlavního cíle byly dále formulovány i dílčí cíle, kterými bylo zjistit, jaké mají nejčastěji sestry v hospicové péči zdravotní potíže, jak se sestry v hospicové péči vypořádávají s psychickou zátěží a zda preferují spíše aktivní fyzickou, nebo pasivní psychickou relaxaci. Za objektivní nedostatek je považován nízký počet respondentů, proto doporučuji obdobné šetření provést i v jiných hospicových zařízeních na větším počtu respondentů.

Pro usnadnění a zkvalitnění práce sester jsou doporučení jako prevence stresových situací. Je nutné udržovat kvalitní interpersonální vztahy, pracovat s dostatkem kvalitních informací, mít dobré znalosti a dovednosti, zajišťovat kvalitní komunikaci, stanovovat si cíle, které lze dosáhnout, dokázat ovládat své emoce, provádět relaxační metody, zvládat vnímání sebe sama a to i na rovině duševní. Je nutné také dodržovat zásady, které vedou k eliminaci fyzické zátěže. Při práci dodržovat správné držení těla, vhodně manipulovat s břemeny, nepřevyšovat osobní kapacitu zátěže, práci prokládat odpočinkem, umět si vhodně rozvrhnout pracovní činnosti i fyzickou práci. Důležité je dodržování bezpečnosti práce, mít k dispozici vhodné a funkční pracovní pomůcky a používat ochranné prostředky.

Hospicová péče může osobám, které umírají, ale i jejich blízkých poskytnout potřebnou péči a podporu, která je v této oblasti zapotřebí. Ve svých třech formách umožňuje umírajícímu člověku u celé jeho rodině a blízkým nějakým co možná nejkvalitnějším způsobem umožnit člověku odejít. Zachovává přitom v co nejvyšší možné míře podmínky přirozeného domácího prostředí a to ať již to je tím, že péče probíhá přímo v domácnosti klienta nebo tím, že hospic ve své pobytové formě se snaží přiblížit přirozenému domácímu prostředí svým vybavením ale i svým přístupem ke

klientovi a k jeho blízkým osobám. K tomu, aby byla péče dostatečně kvalitní, je nutné k tomuto mít rovněž i dobře kvalifikovaný a motivovaný personál a to včetně zdravotních sester, které jsou nezbytnou součástí multidisciplinárního týmu, který pečuje o klienty.

Práce zdravotních sester v hospici je velmi namáhavá a to jak po fyzické stránce, kdy často vykonávají těžkou fyzickou práci, tak rovněž i po stránce psychické, kdy se sestry setkávají s velmi těžce nemocnými a umírajícími osobami a rovněž i se smrtí. Tyto podmínky jsou natolik specifické, že u zdravotních sester mnohdy dochází ke změnám i v osobním životě a v postoji k němu. Z důvodu výkonu velmi náročné fyzické a psychické práce je nutné to, aby zdravotní sestry vykonávaly svou práci tak, aby riziko vzniku potíží s výkonem této pracovní pozice souvisejících, se stali co nejnižší a bylo takto zabráněno negativním dopadům na fyzické i psychické zdraví zdravotních sester.

V oblasti fyzické práce se může jednat především o různé pomůcky, které mohou pomoci s odlehčením fyzické práce u sester a rovněž i dostatečně početný personál, aby takto nedocházelo k přílišnému přepínání sil zdravotních sester. Velkým problémem zde může být rovněž i to, že personál je tvořen především ženami, které takto mnohdy zastávají namáhavou práci, spočívající například ve zvedání nebo polohování osob. Z tohoto důvodu se jeví jako nezbytné to, aby práce zdravotních sester byla vykonávána i více muži. Zde by však muselo dojít možná až k odstranění zažitého, již desítky a možná stovky let aplikovaného pohledu na to, že zdravotní sestra je povoláním typickým pro ženy. Toto může tak být stále zásadním problémem, který se bude jen postupnými krůčky zlepšovat. Zároveň s tímto souvisí i mzdové ohodnocení, které nemusí být pro drtivou většinu mužů zajímavé a to vzhledem k náročnosti tohoto povolání.

V oblasti psychické zátěže, která je jistě nemalá, ale na druhou stranu každá osobnost zdravotní sestry se s touto zátěží vyrovnává lépe či hůře a různými prostředky, je důležité, aby zde byla opora ze strany vedoucích pracovníků. Tito by měli vytvořit takové pracovní prostředí a takové pracovní podmínky, které budou především podporující, kdy by zdravotní sestry měly dostávat především pozitivní zpětnou vazbu, ačkoli i kritika, která je na místě, je vždy důležitá a to s ohledem na kvalitní péči o klienta. Další důležitou oblastí, která je nutná pro dobrý výkon zdravotních sester, je

rovněž i určitá atmosféra, která na pracovišti panuje. Zde je nutné, aby vztahy mezi pracovníky byly co možná nejvíce pozitivní a otevřené a nedocházelo k různým neustálým rozepřím, stresovým situacím nebo dokonce k šikanózním praktikám. Všechny tyto negativní vztahy na pracovišti se pravděpodobně vždy odrazí na péči a vztahu s klienty služby, kteří si tato negativa mohou uvědomovat a pociťovat je více, než by si pracovníci mysleli.

Je zřejmé, že zdravotní sestry v hospicových zařízeních vnímají často svou práci jako určité poslání a zcela se ztotožňují se samotnou myšlenkou hospicové péče. Na druhou stranu je nutno dodat, že hospicová péče nemůže být vykonávána jen na základě potřeby pomáhat potřebným, ale rovněž je nutné, aby tato osoba byla i vhodným způsobem odměňována, aby existovala určitá motivační složka, určitý řád pro zvyšování platu, což mnohdy v sociálních službách chybí. S tímto souvisí i to, že pokud nebudou sestry v tak namáhavé sféře, jakou je jistě paliativní péče, dostatečně odměňovány, pak může docházet k jejich odlivu do jiných oblastí zdravotnictví a takto k poklesu kvality péče pro samotné klienty.

Je takto zřejmé, že hospicové péči se začíná věnovat stále více pozornosti, což je naprosto nezbytné pro její pozitivní vývoj a to především nejen ten, který se týká kvality péče a jejího obsahu, ale především i ten, který se týká kvantity. Počet hospicových zařízení je velmi nízký a zcela nepostačující, kdy například v Olomouckém kraji se jedná pouze o jeden hospic a to na Svatém Kopečku, což se vzhledem k velikosti tohoto kraje jeví za zcela nedostačující počet. Je nutné, aby došlo vytvářením nových hospicových zařízení k větší dostupnosti těchto sociálních služeb.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ARNOLDOVÁ A. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9308-8

BYSTRICKÝ, Z, *Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť.* Zdravotnické noviny 11, 2001.

ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie.* Olomouc: VUP, 2003. ISBN 80-244-0629-2..

DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., TOMEŠ, I., VODÁČKOVÁ, D. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty.* Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3

KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.* Hradec Králové: Jiří Královec a agentura Linqua, 1993. ISBN 80-85878-12-7

KUPKA M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.* . Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

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

MATOUŠEK O., KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80.7367-002-X.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4

SLÁMA, O. a Š. ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR* (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi). Praha: Cesta domů, 2004, 48 s. ISBN 80-239-4330-8

SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2270-20

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál 2000. ISBN, 80-71783080.

VEJVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobil, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBD 978-80-247- 3174-2

VORLÍČEK J., ADAM Z., POSPÍŠILOVÁ Y., a kol. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN ISBN 80-02797

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Standardy paliativní péče* [online].2013[cit.2017-02-02].

Dostupnéz:http://www.paliativnimediceina.cz/wpcontent/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA.[online] 2017 [cit. 2017-01-05]. Dostupné z:<http://www.hospickopecek.charita.cz>

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLRÍČEK, J., KABELKA L. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Společnost všeobecného lékařství. [online]. 2011 [cit.2017-02-04]. Dostupnéz:http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni-pece-2011pro_pl.pdf

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Odpověď na otázku č. 1 provedeného průzkumu.....	36
Tabulka č. 2: Odpověď na otázku č. 2 provedeného průzkumu.....	36
Tabulka č. 3: Odpověď na otázku č. 4 provedeného průzkumu.....	37
Tabulka č. 4: Odpověď na otázku č. 3 provedeného průzkumu.....	37
Tabulka č. 5: Odpověď na otázku č. 7 provedeného průzkumu.....	38
Tabulka č. 6: Odpověď na otázku č. 8 provedeného průzkumu.....	38
Tabulka č. 7: Odpověď na otázku č. 9 provedeného průzkumu.....	39
Tabulka č. 8: Odpověď na otázku č. 5 provedeného průzkumu.....	41
Tabulka č. 9: Odpověď na otázku č. 6 provedeného průzkumu.....	42
Tabulka č. 10: Odpověď na otázku č. 10 provedeného průzkumu.....	43
Tabulka č. 11: Odpověď na otázku č. 11 provedeného průzkumu... ..	43
Tabulka č. 12: Odpověď na otázku č. 12 provedeného průzkumu.....	44
Tabulka č. 13: Odpověď na otázku č. 13 provedeného průzkumu.....	45
Tabulka č. 14: Odpověď na otázku č. 14 provedeného průzkumu.....	46
Tabulka č. 15: Odpověď na otázku č. 15 provedeného průzkumu.....	46
Tabulka č. 16: Odpověď na otázku č. 16 provedeného průzkumu.....	47
Tabulka č. 17: Odpověď na otázku č. 17 provedeného průzkumu.....	48
Tabulka č. 18: Odpověď na otázku č. 19 provedeného průzkumu.....	48
Tabulka č. 19: Odpověď na otázku č. 18 provedeného průzkumu.....	49
Tabulka č. 20: Odpověď na otázku č. 20 provedeného průzkumu.....	50
Tabulka č. 21: Odpověď na otázku č. 21 provedeného průzkumu.....	50
Tabulka č. 22: Odpověď na otázku č. 22 provedeného průzkumu.....	51
Tabulka č. 23: Odpověď na otázku č. 23 provedeného průzkumu.....	52
Tabulka č. 24: Odpověď na otázku č. 24 provedeného průzkumu.....	53
Tabulka č. 25: Odpověď na otázku č. 13 provedeného průzkumu.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....I

Příloha B - Fotografie Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci.....IX

Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Jmenuji se Eva Vrobelová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia , oboru Management řízení lidských zdrojů, Univerzity Jana Amose Komenského v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je součástí mé bakalářské práce na téma „**Fyzická a psychická zátěž sester v hospicové péči**“. Dotazník je anonymní, dobrovolný a informace, které z dotazníku získám, budou použity pouze pro účel průzkumu mé práce. Prosím Vás proto, o pravdivé nikoliv o společensky či pracovně vhodné odpovědi. Pokud jste se rozhodli dotazník vyplnit, označte prosím nejlépe hodící se možnost, pokud nebude uvedeno jinak. Vyplněné dotazníky vložte do obálky a nechte u Vaší staniční sestry.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

Eva Vrobelová

1.Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

Žena

2. Jaký je Váš věk?

18 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 a více let

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodná/ý
- vdaná/ženatý
- vdova/vdovec
- rozvedená/ý

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- specializace v oboru (PSS)

5. Zasahuje práce v hospici do Vašeho osobního života?

- ano, ale nevadí mi to, chci to tak mít
- ano a vadí mi to, neumím to však oddělit
- částečně, pokouším se o úplné rozdělení
- nezasahuje, daří se mi odlišit osobní a pracovní život
- nezasahuje, striktně rozlišuji pracovní a osobní život

6. Jak ovlivňuje Vaše práce Váš osobní život? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím, křížkem jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)

- Nezabývám se malichernostmi
- Změna životních hodnot
- Změna přístupu k vlastní smrtelnosti
- Změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem
- Možnost setkání s různými lidmi

7. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Méně než 5 let

5 – 10 let

11 – 20 let

21 – 30 let

31 a více let

8. Jak dlouho v hospici na pozici sestry pracujete?

méně než 2 roky

2 – 5 roků

5 a více roků

9. Z jakého oddělení (zařízení) jste do hospice přišla/přišel pracovat?

klinické obory (interna, onkologie, dětské ...)

obory akutní medicíny (ARO, záchranná služba)

obory následné péče (LDN, DD, ...)

jiné obory (diagnostické obory, RHB ...)

po ukončení studií

10. Jaký byl hlavní motiv, který Vás vedl k rozhodnutí pracovat jako sestra v hospici?(lze uvést i více odpovědí)

tato práce je pro mne posláním

náboženské přesvědčení

životní filozofie

ztotožnění se s myšlenkou hospicové péče

klidné a láskyplné prostředí

- ovlivnění životní zkušeností
- možnost uspokojení touhy pečovat o druhé
- jinde nebylo místo

11. Chodíte do práce rád/ráda?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

12. Jak byste popsal/a Vaše vztahy na pracovišti?

- Máme kladné vztahy, rád/a se všemi spolupracuji, můžeme se na sebe spolehnout.
- Máme smíšené vztahy, rád/a pracuji s většinou ostatních zaměstnanců, ale můžu se spolehnout na všechny.
- Máme horší vztahy, mám užší okruh lidí, se kterými spolupracuji rád/a.
- Máme mezi sebou špatné vztahy, s většinou ostatních spolupracuji jen z nutnosti, na ostatní se nemohu spolehnout.

13. Myslíte si, že někteří z Vašich spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- spíše ne

14. Ohodnoťte na stupnici 1-5 fyzickou náročnost Vaší práce (1=nejlehčí, 5=nejtěžší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

15. Jak často musíte vykonávat v zaměstnání těžkou fyzickou aktivitu?

Nikdy

Občas

Často

Stále

16. Máte na směně dostatečný počet pomocných zdravotnických pracovníků, kteří Vám pomohou práci ulehčit? (manipulace s pacienty, hygiena, ..)

Ano

Ne

17. Máte na pracovišti pomůcky, které Vám usnadní manipulaci s pacientem a šetří Vaše síly?

Ano, jaké:.....

Ne

18. Pociťujete nějaké zdravotní problémy způsobené prací? (lze uvést i více odpovědí)

Bolesti hlavy

Bolesti páteře

Bolesti svalů

Pálení očí

Roztřesenost

Alergie

Jiné:.....

19. Zúčastňujete se školení o správné manipulaci s pacienty, která šetří vaše zdraví?

Ano

Ne

20. Cítíte se po službě fyzicky unaven/a ?

Ano

Ne

Někdy

**21. Které z uvedených zdrojů si myslíte, že by mohly být příčinou Vašeho vyčerpání?
(lze uvést i více odpovědí)**

stálé setkávání se smrtí

utrpení lidí

moje představa o této práci neodpovídá skutečnosti

příliš velká zodpovědnost

nedostatek personálu - přetížení

malé finanční ohodnocení

potíže v mé rodině

jiné.....

**22. Pociťujete některé projevy stresu? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím,
křížkem jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)**

nechutenství

zažívací potíže

bolesti hlavy

bolesti zad

poruchy spánku

poruchy pozornosti

- pocit únavy
- vyčerpanosti
- palpitace
- poruchy krevního tlaku
- úzkost
- poruchy nálady deprese žádné příznaky

23. Co na Vás působí jako stresor? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím, křížkem jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)

- fyzická náročnost
- psychická náročnost
- interpersonální vztahy na pracovišti
- platové ohodnocení
- chování pacientů
- pracovní doba (směny)
- naslouchání nemocným
- dotazy pacientů
- obava z vlastního onemocnění
- péče o těžce nemocné a umírající
- úmrtí pacienta

24. Využíváte některý z těchto způsobů ke zmírnění Vašeho stresu? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím, jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)

- sociální podpora od druhých (rodina, přátelé)
- fyzické aktivity (sport)

relaxační aktivity

kouření

alkohol

léky

jiné návykové látky

nic

25. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím, zvolit si za místo výkonu svého povolání hospic, rozhodl/a byste se stejně?

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne

Ještě jednou velmi děkuji za čas, který jste věnoval/a mému dotazníku a přeji hodně sil ve Vaší náročné a úctyhodné práci!

Příloha B – Fotografie Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci



Zdroj: autorka práce

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Eva Vrobelová

Obor: Manažerská studia – řízení lidských zdrojů

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Fyzická a psychická zátěž sester v hospicové péči

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 51

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Milena Krislová