

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

**Diplomová práce**

Anna Šťastná

Pohled zdravotnických pracovníků na umírání pacientů  
ve zdravotnických zařízeních

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne:

Anna Šťastná

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí rad a za čas, který věnovala našim konzultacím. Dále děkuji svým příbuzným a kolegyním za trpělivost, shovívavost a podporu, kterou mi věnovali v době mého studia.

Bc. Anna Šťastná

# OBSAH

ÚVOD .....	6
1 CÍL PRÁCE .....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY Z OBLASTI UMÍRÁNÍ.....	9
2.1 Historie umírání a pohřebních rituálů ve světě .....	10
2.2 Umírání v současnosti .....	12
2.3 Stádia umírání.....	14
2.4 Období umírání.....	19
2.5 Péče o dárce orgánů.....	20
2.6 Práce zdravotníků s ohledem na jejich psychiku při poskytování péče umírajícím .....	21
2.7 Povinnosti lékaře při práci s umírajícími a zemřelými.....	22
2.7.1 Rozhovor s nemocným o terminálnosti zdravotního stavu .....	23
2.8 Umírání a smrt z hlediska nelékařského zdravotnického personálu - sester .....	25
2.8.1 Sestra v roli obhájce pacienta.....	29
2.9 Etika související s umíráním a smrtí .....	30
2.10 Paliativní medicína .....	32
2.10.1 Bolest.....	33
2.10.2 Strach a úzkost .....	34
3 METODIKA PRÁCE .....	36
3.1 Cíle práce.....	36
3.2 Hypotézy .....	36
3.3 Pilotní šetření.....	37
3.4 Popis výzkumného vzorku .....	37
3.5 Časová organizace výzkumu .....	38
3.6 Výzkumná metodika.....	38
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	40
4.1 Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření číslo 1 až 9.....	40
4.2 Identifikace nejvíce a nejméně zatěžujících stresových faktorů při poskytování péče umírajícím .....	48

4.2.1 Identifikace stresových faktorů dle délky praxe nelékařských zdravotnických pracovníků .....	48
4.2.2 Identifikace stresových faktorů dle typu oddělení .....	54
4.2.3 Identifikace stresových faktorů dle nejvyššího dosaženého vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků .....	57
4.3 Vyhodnocení Meisterovy modifikované škály psychické zátěže.....	62
4.4 Vyhodnocení hlavního cíle výzkumného šetření .....	64
5 DISKUZE.....	66
ZÁVĚR PRÁCE .....	69
SOUHRN .....	71
KLÍČOVÁ SLOVA .....	71
SUMMARY .....	72
KEY WORDS .....	72
REFERENČNÍ SEZNAM.....	73
SEZNAM ZKRATEK.....	77
SEZNAM TABULEK.....	78
SEZNAM GRAFŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

## ÚVOD

Tématem této diplomové práce je umírání a smrt pacientů ve zdravotnických zařízeních. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že při práci všeobecné sestry ve zdravotnickém zařízení jsem se setkávala s péčí o umírající pacienty i jejich rodiny a také s péčí o zesnulého a pozůstalé. Dalším z motivů byl vlastní prožitek umírání a smrti blízkých členů rodiny, a to jednak v domácím prostředí, tak i nemocnici.

V dnešní době je často popisovaná tzv. institucionalizovaná smrt či smrt vyhoštěná. Jde v podstatě o to, že v současnosti jsme jako společnost ovlivněni rozvojem medicíny, jejích diagnostických i léčebných metod. V dobrém úmyslu poskytnout svým blízkým maximální možnou a kvalitní péči tak své terminálně nemocné necháme hospitalizovat často i na odděleních akutní medicíny. Umírání se tak stává možná až neosobním prožitkem pro příbuzné, přestože se s umíráním dnes a denně setkáváme ve sdělovacích prostředcích. Terminálně nemocný člověk zůstává při své hospitalizaci osamocen, odkázán na péči zdravotníků.

V ČR se však začíná rozrůstat povědomí o poskytování paliativní a hospicové péče. Při této péči je kladen velký důraz na kvalitu života pacienta, nikoli na jeho délku. Pacient, za pomoci speciálně vyškolených odborníků dostává šanci, na uspořádání a zhodnocení si vlastního života a důstojný odchod z našeho světa.

Významným problémem v péči o umírající pacienty je komunikace. Od stanovení diagnózy s nepříznivou prognózou, přes průběh léčby či poskytování paliativní péče, kdy nemocný prožívá různá stádia ztráty. Vhodným komunikačním technikám se dá naučit a výuka těchto technik by měla být součástí vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Hlavním cílem této práce bylo identifikovat stresové faktory, které považují nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující.

Práce je složena ze dvou částí. První část je teoretická a věnuje se jednak porovnání postojů k umírání a smrti z hlediska historického a současného. Dále se zabývá prožíváním a potřebám pacientů dle jednotlivých stádií umírání dle Kübler – Rossové, povinnostmi a prací zdravotnických pracovníků, etickými aspekty souvisejícími s umíráním a smrtí a paliativní medicínou.

Výzkumná část práce pak směřuje ke splnění hlavního cíle, dílčích cílů a ověření hypotéz. Ve výzkumné části práce bylo využito dotazníkové šetření, které probíhalo

v Uherskohradištské nemocnici a.s. u nelékařských zdravotnických pracovníků.  
Dotazníkové šetření bylo dobrovolné a anonymní.

# 1 CÍL PRÁCE

Výzkumná otázka:

Pocitují nelékařští zdravotničtí pracovníci umírání a smrt nemocných za stresující faktor při výkonu svého povolání?

Hlavním cílem je identifikovat stresové faktory, které považují nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující.

Dílčí cíle:

Zjistit, zda jsou na pracovišti realizovány supervize u pracovníků v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s poskytováním péče umírajícím pacientům a péčí o zemřelé.

Zjistit, zda a event. jakým způsobem se nelékařští zdravotničtí pracovníci zajímají o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

Zjistit, jak se nelékařští zdravotničtí pracovníci vyrovnávají nejčastěji s úmrtím pacienta.

Porovnat oblasti psychické zátěže modifikované Meisterovy škály sledovaného souboru respondentů s normou v české populaci.



## 2 TEORETICKÉ POZNATKY Z OBLASTI UMÍRÁNÍ

Insuficientní příprava na shledání se s umíráním a skonem druhého člověka, může být pro řadu zdravotníků natolik traumatizujícím zážitkem, že se od své původní profese poněkud vzdálí. Je-li někdo veškerý život vychováván tak, aby smrt vytěšňoval, těžko lze u něj přepokládat, že povede smysluplný rozhovor s umírajícím. Oddalujeme smrt, protože je krajní možností lidského bytí. Ale prodlužováním života pomocí přístrojové techniky často udržujeme pouze tělesné složku člověka, duchovní složka tak ale zůstává stranou. Na tyto traumatické zážitky se nelze vždy úplně připravit. Pomocí výcviku, tréninku, školení, seminářů aj. je možné se s touto problematikou vypořádat, protože jde o hluboce existencionální otázky, kterým se časem nevyhne nikdo z nás (Kot'a, 2013).

To, co člověka odlišuje od ostatních živočichů, je právě vědomí smrti (Šiklová, 2013). Různé představy o smrti, najdeme ve všech historických zprávách i kulturách. Smrt může být inspirací pro kulturu, aktivní tvorbu (obrazy, sochy, divadelní hry a další) (Šiklová, 2013). Problematickou umírání a smrti se zabývá interdisciplinární vědní obor – thanatologie (Vytečková, 2013). Vliv smrti na chování a prožívání člověka je především doménou thanatopsychologie. Jde o vědu, která stojí na hranici mezi psychologií a thanatologií. Zaobírá se například otázkami vypořádání se s umíráním a smrtí, a to jak ze strany nemocného, tak ze strany truchlících pozůstalých (Špatenková, 2014).

Díky pokroku vědy, životní úrovně a stylu života se postupně prodlužuje délka života. K životu však patří i umírání. Dalo by se říci, že již narozením začínáme umírat. Umírání má různou podobu a délku, může trvat měsíce či dny. Vždy je to však proces individuální. Umírající i blízcí umírajícího se potřebují vyrovnat s nadcházející ztrátou. Terminálně nemocní pacienti mohou mít různé deficity, kdy je potřeba jim zajistit pomoc či plně převzít zodpovědnost a péči v určité oblasti jejich života. Mohou mít potíže v oblasti tělesné, psychické, sociální, duchovní, a dalších oblastech. Umírání je také často spojeno s bolestí a utrpením. Pro blízké osoby nemocného, může tento proces znamenat prověření jejich trpělivosti, životní síly, lásky či například naděje. Spousta autorů se snažila nějakým způsobem definovat fáze, či stádia umírání. Nejvíce rozšířeným se stal model stádií umírání dle Elizabeth Kübler – Rossové (Kelnarová, Matějková, 2010).

Podle Šiklové (2013) není smrt chápána jako zánik druhu, ale pouze jednoho subjektu. Dle Vytečkové (2013) je smrt sociální událostí, a tudíž by se neměla týkat pouze jedné, umírající osoby.

Smrt, z medicínského pohledu lze definovat jako konec biologického života. Tedy jako nevratná ztráta všech mozkových funkcí, včetně funkcí mozkového kmene, mohou však přetrvávat funkce některých orgánů, či orgánových soustav zejména kardiovaskulárního systému. Lze ji chápat různě, dle vědních oborů, např. filozofické pojetí, medicínské, psychologické, sociologické a podobně. Dle časového horizontu WHO se smrt rozlišuje na náhlou (do šesti hodin od poškození), rychlou a pomalou. Dále úmrtí můžeme rozdělit na přirozené a násilné. U přirozené smrti převládají vlivy biologické, a to především vysoké stáří. Při násilné smrti pak dochází k neočekávanému zásahu do organismu. Dle očekávanosti pak můžeme mluvit o avizovaném či neavizovaném skonu. Smrt také můžeme popisovat jako klinickou, biologickou, sociální či zdánlivou. Při tzv. klinické smrti dochází k zástavě dechu a krevního oběhu, mozkové funkce však zatím fungují. V případě, že jsme přítomni takové události a ihned zahájíme kvalitní oživování, můžeme pacientovy zachránit život, a to i bez možného neurologického deficitu. Biologická smrt bývá označována také jako smrt mozku, kdy dochází k nevratnému poškození gangliových buněk. Při smrti sociální dochází k zachování kardiovaskulárního i dýchacího systému. Bohužel bývají poškozeny vyšší části mozkových funkcí a pacient tak není schopen verbálně komunikovat. Někdy se také setkáváme s označením kóma vigile či apalický syndrom. Při zdánlivé smrti bývají omezeny životní funkce na minimum, může nastat např. při zásahu elektrickým proudem či intoxikací (Vytejková, 2013).

## **2.1 Historie umírání a pohřebních rituálů ve světě**

Pohled na smrt se liší nejenom z pohledu společnosti, výchovy, ale také časem. V dobách starého Egyptu, věřili lidé v posmrtný život. Proto se zemřelý faraon musel mumifikovat, aby jeho tělo mohlo plavat po obloze na slunečném či měsíčním voze. Pohřební obřady vycházely z mýtu plodnosti, kdy v době smrti faraón zplodil sám sebe jako nového nástupníka a mohl tak opět panovat jako bůh. Pohřební obřady se konaly v blízkosti vystavěných pyramid, kde byly zřízeny chrámy mrtvých a zádušní chrámy. Potomci zesnulého museli vykonávat přísně stanovené rituály a přinášet oběti, aby mrtvý nezemřel natrvalo (Pelikánová, 2011).

Staří Řekové ve svém náboženství uctívali boha Thanose, který uhasínal pochodeň života a jeho bratra Hypnose, boha spánku. Řekové byli přesvědčeni o podobnosti smrti

a spánku. V římském bájesloví se můžeme setkat s obdobným chápáním a přijímáním božstev podobného charakteru pouze s jinými jmény. V severském pojetí smrti se setkáváme s rozlišováním, zda zesnulý zemřel stářím či nemocí a zda zesnulý padl v boji. Nejchrabřejší bojovníci mohli být vybráni a přeneseni do síně padlých, kde měli čekat na poslední bitvu. Pro slovanský národ byla postavou zobrazující smrt Morana, vládkyně zimy. Ve středověku si obyvatelstvo představovalo smrt jako postavu – kostru s kosou či mečem. Znázorňování smrti například na obrazech mělo sloužit k tomu, aby lidé nezapomínali na svou smrtelnost a život prožili ctnostně a nezemřeli ve hříchu (Pelikánová, 2011).

Od roku 1775 bylo na našem území zavedeno „úřední ohledání mrtvol“. Šlo o snahu předcházet situacím, kdy se zdánlivě mrtvý člověk probral ze svého bezvědomí až v rakvi. Pro tyto případy se lidem do rakve dávali například zvonečky či kovová trubice, aby v případě svého probuzení mohli dýchat a zvonečkem zazvonit o pomoc.

Klusáková (2015) uvádí, že institucionální umírání bylo ještě v době druhé světové války jistým přínosem. V dobách přibližně před 120 lety, kdy tyto instituce vznikaly, bylo umírání pro většinu lidí velmi ubohé, a pokud měli možnost léčby v nemocnici, znamenalo to pro ně určitou výhodu z hlediska zázemí a odborné péče. V té době byli lékaři přesvědčeni o poskytování nejlepší možné péče v konci života.

Ještě v dobách našich prababiček bylo nejčastějším obdobím pro smrt, období dětství. Děti se často nedožily ani deseti let. Lidé umírající v mládí nejčastěji skonali z důvodu války, porodu, hladomoru a různých druhů katastrof. Úmrtí ve starším věku bylo výjimkou. Proto staří lidé byli velmi vážení a oceňováni (Šiklová, 2013). V tehdejších dobách se lidé se smrtí a umíráním vyrovnávali jinak, možná lépe. Více, než dnes jim pomáhali náboženské tradice, rituály a víra v posmrtný život. Nadcházející ztrátu ze smrti blízké osoby vyplňovali péčí o tuto osobu, nebo se více přikláněli ke své víře. Umírání bylo záležitostí veřejnou, kdy se u umírajícího často sešla nejenom jeho blízká rodina, ale například i sousedé (Preissova Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014, s. 187). Podobně i Kübler – Rossová (2015) poukazuje na dobu, kdy smrt byla součástí života společnosti. Nemocní lidé často umírali v důstojných domácích podmínkách, v místě, které jim bylo blízké a známé. Nemocní tak měli prostor, dostatek soukromí a snad i času, k rozloučení se, nejenom se svými blízkými, ale třeba také se sousedy. Lidé nežili osamoceni, a tak ani osamoceni neumírali. Což bylo žádoucí. K rituálům patřilo smíření nejen s Bohem, ale i smíření s okolím a se sebou. Pro umírajícího bylo také důležité

předání majetku a vyslovení posledního přání, které bylo pro blízké závazné. Pak také bylo důležité odpoutání se od tajemství a požehnání rodině. Závěť mohla mít charakter písemný i ústní. Lidé dbali na klidný odchod umírajícího. Pro umírajícího bylo důležité připravit se na smrt po duchovní i materiální stránce, a také určit jakým způsobem chce být pohřben. Umírající se snažil zaopatřit svou rodinu, dbal na jejich bezpečí i finanční zajištění (Preissová Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014). Smrt dospělého člena komunity byla významnou událostí, významnější než narození dítěte. Naši předkové také dobře chápali pojem „dobrá smrt“ – nastává po zpovědi, rozloučení přijetí svátosti (Šiklová, 2013, s. 23).

Každý člen společnosti důvěrně znal pohled na umírajícího i mrtvého člověka, a to včetně dětí. Smrt byla součástí života a lidé tak neměli důvod o tomto tématu nekomunikovat. Smrt byla považována za nezvratnou jistotu života (Preissová Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014).

Rituály, které můžeme zaznamenat z dob minulých a zachovaly se do dnes, jsou například zatlačení očí a podvázání brady. Pohled na mrtvého člověka s otevřenými oči a ústy nebylo a není příjemný (Preissová Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014).

Institucionální léčení pak v polovině 20. století znamenalo pro nemocného zabezpečení tepla, jídla a přátelské péče poskytované zkušenými ošetřovatelkami. Přežití nemocného pak záviselo na přirozeném vývoji choroby (Gavande, 2016).

## **2.2 Umírání v současnosti**

Dnes již lidé (míněno ve střední Evropě) neumírají ve válkách, při přírodních katastrofách, či infekčních onemocněních typu „černé smrti“. Lidé umírají ve stáří. Šiklová (2013) také uvádí několik zajímavých faktů: očekávaná délka života mužů před druhou světovou válkou byla 57 let, v současnosti je to až 79 let. S prodlužováním délky života lidí souvisí stárnutí populace, kdy se v učebnicích i statistikách dozvídáme nárůst exitů ve spojitosti s nádorovými a kardiovaskulárními chorobami. Vlivem rozvoje diagnostických metod a preventivních opatření také narůstá početná populace lidí trpícími degenerativními či chronickými nevléčitelnými chorobami (Hrozenská, Kasanová, 2011). Postupně s rozvojem medicíny, moderních vyšetřovacích metod, farmakologie a dalších zdravotnických oborů došlo k odcizení umírání a smrti od života lidí (Kübler – Rossová, 2015). Podobně jako Kübler – Rossová se zmiňuje i Vytejčková, Šiklová a další autoři o změně k přístupu k umírání a smrti. V současné době, dochází k dehumanizaci

a institucionalizaci smrti (Vytejšková, 2013, Šiklová, 2013). Dehumanizace by se dala přeložit, jako odlidštění. Institucionalizaci smrti pak jako smrt lidí přicházející do určité instituce. Tím je myšleno zdravotnické či sociálně-zdravotnické zařízení například typů nemocnic, lůžek následné či dlouhodobé péče, domovy pro seniory a podobně. Institucionalizací je zajištěna zdravotní i ošetrovatelská odborná péče. Chybí však láska či blízký kontakt milované osoby. Mrtví lidé jsou velmi rychle přemístěni na patologické oddělení či pohřebního ústavu a společnosti tak může chybět pohled na mrtvého a přímá konfrontace se smrtí. Tematika smrti je proto spíše tabuizována. Strach ze smrti je vytěšňován (Preissova Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014).

Průzkumy veřejného mínění ukazují, že téměř 80 % lidí v české republice si přeje umřít doma. Léčebnu dlouhodobě nemocných uvádí až 69 % populace jako nejméně vhodné prostředí pro závěr života (Klusáková, 2015).

Strach ze smrti a umírání je přirozenou reakcí, která je především ovlivněna naším podvědomím. Smrt vždy byla spjata s něčím neznámým, s obavami. A možná právě tyto obavy nás vedou k přesvědčení, že nejlepším způsobem, jak pomoci našim nemocným, umírajícím blízkým, je zavolání záchranné služby a převoz pacienta do zdravotnického zařízení. Nemocný se tak najednou ocitá v cizím prostředí, mezi cizími lidmi, kteří ve snaze zachránit jeho život „splašeně poletují“ a ještě k tomu hovoří neznámou, pro pacienta mnohdy zbytečně odbornou zdravotnickou mluvou. S rozvojem zdravotnických věd se nám tedy umírání a smrt odcizila a přesunula z domácího prostředí do institucí. Pacienti tak své poslední chvílky života mohou trávit opuštěni mezi čtyřmi stěnami, bez přítomnosti svých blízkých (Kübler – Rossová, 2015).

Šiklová (2013) ovšem také upozorňuje na vývoj rozporu mezi generacemi. V dnešní době již není moderní sdílení jednoho obydlí více generacemi. Dnešní mladší generace mají také více možností pro samostatné bydlení. Oproti tomu starší generace mají určitý jistý zdroj finančního příjmu díky penzi a nejsou tolik závislí na svých dětech – což v důsledku vede k jisté izolaci od mladších ročníků. Mladým lidem tak chybí vzor, jakým způsobem se postarat o staré a umírající členy své rodiny či komunity. A proto smrt v dnešní době označuje jako „vyhoštěnou“.

Z jiného pohledu, se v dnešní době setkáváme se smrtí častěji než v dřívějších dobách. A to především díky rozvoji komunikačních prostředků, jakými jsou rozhlas, televize, internet či počítačové hry. Díky těmto prostředkům se se smrtí v podstatě setkáváme denně. Tato smrt nás však přímo nekonfrontuje, je pro nás neosobní,

a tak se stáváme pouze pasivními příjemci těchto informací (Preissová Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014).

V současnosti můžeme slyšet nebo se dočíst o tzv. „*ochočené smrti*“ (Preissová, Krejčí, Unger, Dorková, in Cichá, 2014, s. 185). Co tento pojem však znamená? Podle Šiklové (2013) je to něco spoutaného, nedivokého, ne však neškodného. Dnes je smrt spíše „hygieničtější“ možná až „sterilnější“, než v předcházejících staletích. To ovšem neznamená, že by smrt byla najednou lepší. Pelikánová (2011) také upozorňuje na chybění rituálů a symbolů napomáhajících překlenout složité životní okolnosti.

Hrozenská a Kasanová (2011) uvádějí, že v dnešní době je období umírání charakterizováno „*izolací, dezorientací, zklamáním, bolestí, ale i důvěrou, vírou, nadějí, strachem o blízké, hledáním duchovní dimenze, strachem ze ztráty sebekontroly, úzkostí, nespavostí, nechutenstvím, žízní, strachem z ponížení a možného rozpadu či úpadku své osoby a podobně*“ (Hrozenská, a Kasanová, 2011, s. 50)

V roce 2010 podnikla skupina studentek oboru všeobecná sestra s vedoucí vyučující z 3 LF UK stáž v Nizozemsku v zařízeních sociálních služeb. Vedoucí stáže, paní Vytejšková při porovnávání svých zkušeností z českých zařízení a sociálních zařízení v Holandsku zjistila, že v Holandsku je spíše smrt vnímána jako součást života a důraz se klade na kvalitu života. Při zhoršení zdravotního stavu klienta v tomto sociálním zařízení, je okamžitě kontaktována jeho rodina, která má možnosti pobývat u svého blízkého 24 hodin denně. Po úmrtí pak mohou příbuzní a blízcí zesnulého společně s ošetřujícím personálem provádět rituální očistu těla a jeho úpravu. Při tomto obřadu nebylo výjimkou, ani účast dětí například vnoučat zesnulého (Vytejšková, 2010).

V posledních přibližně dvaceti letech se v České republice, ale i v jiných částech Evropy začal rozvíjet multidisciplinární obor paliativní péče zaměřený na přístup k pacientovi a jeho rodině.

## **2.3 Stádia umírání**

Americká lékařka Elisabeth Kübler – Rossová (2015) ve své knize *O smrti a umírání*, popisuje nejen stádia umírání u vážně nemocných pacientů, u pacientů v terminálním stádiu, ale také zmiňuje změnu postojů lidstva v rozvinutých zemích k této problematice ve vztahu k rozvoji medicíny. Doktorka Kübler – Rossová ke svým závěrům a popisu stádií umírání dospěla po studii nesčetných rozhovorů, které vedla s umírajícími

pacienty a někdy i jejich příbuznými a také zdravotníky, kteří se o nemocné starali. Celkem definovala a popsala pět stádií. První stádium pojmenovala jako stádium popírání a izolace, následují stádia zlost, smlouvání, deprese a nakonec akceptace. Tato stádia se mohou střídát a navzájem přeskakovat. Některá z těchto stádií ani pacient nemusí prožít. Podobným způsobem, jako umírající nemocný se se smrtí vyrovnávají i příbuzní pacientů. Častá první reakce pacienta po přijetí zprávy o terminálnosti zdravotního stavu bývá popírající. Pacienti nemohou nebo nechtějí uvěřit daným informacím a často jejich snahy směřují k přezkoumání jejich zdravotního stavu u jiných lékařů v jiných zdravotnických zařízeních. Toto stádium je společné pro všechny pacienty, pouze míra popření je individuální, závislá na způsobu poskytnutí prvotních informací lékařem a na psychické připravenosti pacienta se s touto informací konfrontovat. Popírání bývá většinou pouze dočasnou fází. U některých pacientů však bohužel přetrvává až do posledních chvil jejich života. Tito pacienti pak nemají prostor se se svojí smrtí vyrovnat a rozloučit se, se svými blízkými.

Po fázi popírání většinou přichází zlost, vztek, závist, rozmrzelost. Pacienti uvažují nad tím, proč daná nemoc postihla zrovna je, proč například nepostihla někoho jiného, staršího, kdo už má svůj život „odžitý“. A také závidí zdraví lidem okolo sebe, lidem v televizi apod. Tato zlost, kterou pacient prožívá, se obrací i na příbuzné nemocného a zdravotnické pracovníky. Častou chybou zdravotníků bývá, že tento pacientův hněv si berou příliš osobně. Někdy dochází až k natolik vyhroceným situacím, že zdravotníci odmítají chodit na pokoj takto nemocného pacienta, čímž se jeho hněv ještě prohlubuje a dostává se do začarovaného kruhu. Pacient se však pouze snaží dát najevo, že ještě žije, ještě je zde s námi, ještě neumřel. Pokud lidé v pacientově blízkosti dají najevo, že pacienta respektují takového, jaký je a chápou příčinu jeho zlosti, nemocný brzy zmírní své negativní postoje, nálady, výčitky a požadavky. Respekt pacientovi přitom můžeme vyjádřit velice jednoduše, pouhým nasloucháním. Důležitou okolností toho, jak zdravotníci vnímají terminálně nemocného pacienta, bývá fakt, jakým způsobem a do jaké míry jsou zdravotníci sami vyrovnáni s tématem umírání a smrti.

Poté co si pacienti projdou předešlými dvěma stádii, pokouší se o svůj život smlouvat. Nejčastěji lidé smlouvají s Bohem. Autorka toto smlouvání přirovnává ke smlouvání v dětském období, kdy například dítě vykoná nějakou práci, pomůže třeba matce s úklidem domácnosti a za to očekává od rodičů ve formě návštěvy kina, kamarádů, či zakoupení jeho vysněné hračky. Podobným způsobem smlouvají i umírající. Rádi by si svůj život prodloužili, či prožili zbytek života bez bolestí a utrpení a slibují

„dobré chování“. Tyto sliby většinou pacienti neříkají nahlas, uzavírají je mezi sebou samými a například již zmíněným Bohem, či osudem. K Bohu se často obrací i nemocní – ateisté. V případě, že u nemocného na přechodnou dobu dojde ke zlepšení jeho zdravotního stavu, přichází sliby a přání další. Tyto sliby dle Kübler – Rossové bývají spojeny s pocitem viny. Pokud k pacientovi odměna nepřichází, anebo i přišla, ale došlo k recidivě stavu, přechází takový pacient do stádia deprese.

Pacient slábne, bolesti se mohou zesilovat, přibývají mu nepříjemné příznaky a pocity, pacient se takzvaně ztrácí před očima. Kromě vyjmenovaných příznaků si pacient uvědomuje možné finanční problémy a problémy se změnou rodinných a sociálních rolí. Uvědomuje si, že spoustu svých snů již nestihne naplnit. Nemocný si také začíná uvědomovat budoucí ztrátu, tedy nejen nesplněné sny, ale také ztrátu všech svých blízkých. Okolí pacienta tento typ deprese však nechce pochopit, jelikož se sami s nadcházející ztrátou svého příbuzného nedokážou vyrovnat, a tak se ho snaží rozveselovat a ukazovat mu radostné chvíle života. Toto rozveselování však není zcela jistě přínosem pro nemocného, jelikož tímto způsobem oddalujeme jeho smíření a vyrovnání se s koncem života. Prospěšným a přínosným prostředkem pro komunikaci v této fázi bývá například dotyk, pohlazení, tichá přítomnost – tedy prostředky nonverbální komunikace. Největší nepokoj v duši pacienta přináší stav, kdy pacient se již se svým osudem vyrovnal, ale jeho blízcí tento stav zcela odmítají. V konečném, pátém stádiu je pacient již velmi vyčerpaný svou nemocí, často podřimuje a odpočívá. Do konečného stádia akceptace se pacient postupně dopracuje v případě, že má dostatek času (každý pacient je individuální a pro každého pacienta znamená pojem dostatek času individuálně dlouhý časový úsek) a v případě, že mu jeho blízcí, zdravotníci, či psycholog pomohli překonat předešlá stádia. Akceptace by neměla být milně považována za šťastné stadium – jde o dobu, jež je jakoby zbavená všech pocitů. Je to, jako kdyby bolest odešla, boj skončil a nastal čas na „poslední odpočinek“ před dlouhou cestou. Jedná se o období, kdy více podpory, porozumění a pomoci potřebuje rodina nemocného. Jakmile umírající člověk dosáhne určitého smíření a vnitřního pokoje, okruh jeho zájmů se zúží. Dává přednost samotě, nebo si přinejmenším nepřeje být rušen záležitostmi venkovního světa. Návštěvy v nemocnici u lůžka nemocného se omezují, zužují se pouze na okruh těch opravdu nejbližších a také se zkracují. V komunikaci se čím dál více uplatňují neverbální prostředky. Přítomnost někoho blízkého znamená pro umírajícího ubezpečení, že v posledních chvílích svého života, nebude osamocen (Kübler - Ross, 2015).



Pro české „sestry“, ale také pro celý zdravotnický tým, příbuzné a blízké pacienta může být dobrým rádčem pro komunikaci s takto nemocným, umírajícím člověkem publikace paní doktorky Naděždy Špatenkové (2009) *„Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry“*. V této publikaci doktorka Špatenková radí, jak bychom měli my, zdravotníci komunikovat nejen s nemocnými, ale i s jejich blízkými a kolegy na pracovišti.

Pacient, který se dozvěděl o terminálnosti svého zdravotního stavu může pociťovat ztrátu, jež následně vyvolává smutek. Doktorka Špatenková upozorňuje, že je třeba rozlišit smutek od deprese. Smutek na rozdíl od deprese je přirozenou reakcí na pociťovanou ztrátu. Pacient, který umírá si často dříve, či později své četné ztráty uvědomí. Jak již popisovala Kübler – Rossová, budoucí ztráty jsou velké, ať již finanční a materiální, tak můžeme zmínit změnu rolí v rodinném i pracovním životě. Ovšem největší ztrátou pro nemocného je ztráta lidská – nemocný po svém úmrtí ztratí všechny své milované osoby. R. H. Moos a A. Schaefer uvádějí změny, se kterými se pacient postupně vyrovnává. Jedná se o změnu identity, prostoru, sociálních rolí, souboru osob poskytující sociální oporu a perspektivy. Špatenková (2009) uvádí reakce, se kterými se u nemocných se ztrátou můžeme setkat, jsou to například naštvání, bezradnost, opuštění, zmatenost či pocit viny. Při truchlení se v pacientově nitru bijí protichůdné pocity. Na psychické úrovni se nejčastěji objevuje šok, zármutek, smutek a žal, touha, pocity viny, úzkost, strach a obavy, hněv, vztek, opuštění, ztráta smyslu života, beznaděj, bezmocnost, zmatek, dezorientace, nedůvěra, poruchy koncentrace pozornosti, halucinace atd. Na somatické úrovni můžeme pozorovat bolesti na hrudi, problémy s dýcháním, únavu a svalovou slabost, senzoricou přecitlivělost apod. Na úrovni chování a jednání se objevuje pláč, únikové reakce (alkohol, drogy, hyperaktivita, denní snění, náboženské zanícení, ale také například únik do nemoci nebo sebevražedné tendence), poruchy spánku, změna stravovacích návyků, či změny související se sexuálním životem. Tyto projevy se vyskytují při ztrátě milované osoby (osob), při sdělení či uvědomění si terminálnosti zdravotního stavu, nebo také při velkých životních změnách.

V případech infaustní prognózy pociťují stres všichni zúčastnění. Pro tyto lidi zatím neexistuje žádný správný, špatný nebo standardizovaný postup, jak by se měli s negativní zprávou vyrovnat. Důležitým faktem však zůstává, že zdravotníci by vždy měli svoji péči aktuálně přizpůsobovat potřebám pacienta a pokud je to možné i jeho příbuzným. Péče by měla být kvalifikovaná a kompletní, směřující k docílení „důstojné smrti“. Ta by měla být v souladu s pacientovými spirituálními a kulturními hodnotami. Pacient by neměl

pociťovat zbytečné utrpení a bolest. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v období umírání je potřeba, aby zdravotníci uměli vhodně komunikovat s pacientem a nebáli se této komunikace. Zároveň je potřeba, aby ošetrující personál vnímal projevy bolesti a nespokojenosti umírajícího. Ošetrovatelská péče však nekončí po úmrtí pacienta.

Ve fázi post finem je třeba důstojně provést péči o zemřelé tělo nemocného. Někdy může nastat situace, kdy příbuzní chtějí u svého zesnulého ještě chvíli pobýt a rozloučit se. Dle mého názoru je toto nejmenší, co můžeme pro pozůstalé udělat v těchto těžkých chvílích. Někteří příbuzní projeví přání v době před úmrtím, aby byli informováni o zhoršení stavu nemocného a měli tak možnost s ním strávit jeho poslední chvílky. Nebo mohou projevit přání návštěvy duchovního a vykonání tzv. „posledního pomazání“. Domnívám se, že v dnešní době má většina zdravotnických zařízení v České republice možnost kontaktovat duchovního, který tento obřad vykoná a zároveň poskytne oporu pozůstalým. Úmrtí blízké osoby je vždy zdrcující informací a prožitkem, a to i v případě, že smrt byla očekávaná. Oporou pro příbuzné v takovém období může být, jak již bylo zmíněno duchovní, nebo ošetrující personál.

Pozůstalí mohou své pocity projevovat pláčem, vzdycháním, nesoustředěním se. Mohou se cítit osamoceni, opuštěni či bezradní. Tyto projevy se mohou vyskytnout ihned po smrti blízkého, nebo někdy i s delším časovým odstupem. Proto bychom měli projevit citlivost, trpělivost, naslouchat jejich pocitům, vyhýbat se eufemismům. Pro pozůstalé je důležité ujištění, že jejich blízcí v době před smrtí a v době smrti netrpěli a že pro ně bylo vykonáno vše, co je v lidských silách vykonat. Pokud se příbuzní rozpláčou, určitě bychom jim neměli bránit. Mluvení o smrti je důležité. Příbuzní tak mohou vyjádřit své emoce.

Pro období truchlení bylo popsáno několik modelů. Žádný však není univerzální, a tak každý pozůstalí toto období prožívá individuálně. Obvykle se předpokládá, že pozůstalí mají právo na truchlení 6 až 12 měsíců. Prolongované truchlení vede k dysfunkci v aktivitách každodenního života. Nadměrné zarmoucení vede k únavě, neschopnosti vykonávat pracovní povinnosti či povinnosti spjaté s chodem domácnosti a rodiny. Frekvence a intenzita projevů „normálního“ truchlení by se měla s postupem času snižovat. Zármutek je ve svých projevech velmi podobný různým onemocněním, o nemoc se však nejedná. Jedná se o přirozenou, fyziologickou reakci na ztrátu. Truchlení se podobá depresi. Deprese je však psychiatrické onemocnění, kdy se ztráta a prázdnota týká vnitřního světa. Při truchlení však prožíváme ztrátu týkající se vnějšího světa (Špatenková, 2009).

## 2.4 Období umírání

V literatuře pro budoucí nelékařské zdravotnické pracovníky, tedy z pohledu ošetrovatelské péče se často setkáváme s dělením umírání a smrti na období „pre finem“, „in finem“ a „post finem“.

V období „pre finem“ (z latiny přeloženo jako *před koncem*) se pacient dozvídá informaci, o své závažné nemoci a terminálnosti svého zdravotního stavu. Tyto informace vždy sděluje nemocnému lékař. Důležitou úlohou sestry však je sledování projevů nemocného, jeho nálad a chování, čímž může lékaři dopomoci ve výběru času a situace za jakých bude pacientovi sdělena ona prognóza. Výhodou je, pokud u této vážné situace není pacient osamocen. Jako podpora pro pacienta může být člen/členové rodiny, klinický psycholog, duchovní, nebo právě sestra. Pacient může předem ovlivnit míru své informovanosti o zdravotním stavu při sepisování informovaného souhlasu s výkonem či hospitalizací. V tomto souhlasu má také pacient možnost zvolit si nejbližšího příbuzného či příbuzné, kteří mohou být také o jeho stavu informováni. Pacient postupně může prožívat různá stádia umírání tak, jak bylo již popsáno. Nemocnému je třeba poskytovat individuální, aktivní ošetrovatelskou péči až do posledních chvil. Sestra samozřejmě plní ordinace lékařů a zároveň nemocnému dopomáhá a poskytuje ošetrovatelskou péči. Zaměřuje se na oblasti péče o nemocného s bolestí, o vyprazdňování, hygienu, soběstačnost, výživu, spánek a odpočinek, pohybovou aktivitu a předcházení imobilizačního syndromu. V případě nutnosti pečuje o dýchací cesty, monitoruje životní funkce. Nejdůležitější potřebou je v době umírání zajištění duchovní dimenze. Důležitým činitelem je přirozená komunikace mezi personálem, nemocným i jeho blízkými.

V období in finem (z latiny přeloženo jako *konec*, období *ve smrti*) dochází k postupnému selhávání životních funkcí a pacient se postupně dostává do tzv. agónie (z řečtiny přeloženo jako *předsmrtný zápas*), která obvykle trvá něco okolo dvou hodin. V tomto stavu nemocný již nebývá plně při vědomí, postupně selhávají orgány v organismu, slábnou fyziologické funkce, vytrácí se reakce na algické podněty a může dojít k povolení svěračů. Pacient bývá studený, bledý, může být opocený, také se může objevit tzv. mramoráž na spodních částech těla. Pacient by podle Vytejškové (2013) neměl ani v tomto období zůstat sám. Pokud není rodina přítomna, lékař ji může telefonicky informovat a dopřát tak všem zúčastněným možnost posledního rozloučení, pokud možno bez přítomnosti jiných pacientů, tzn. poskytnout truchlící rodině a „odcházejícímu“ nemocnému soukromí na samostatném pokoji. Pokud u nemocného není indikována

resuscitace, zaznamená sestra do zdravotnické dokumentace datum a čas úmrtí a tuto událost oznámí lékaři, který jediný je kompetentní ke konstatování smrti.

Takzvané období po smrti bývá charakterizováno především péčí o zesnulého – o mrtvé tělo a péčí o rodinu. Pokud jsou příbuzní přítomní úmrtí svého blízkého ve zdravotnickém zařízení a chtějí s ním pobýt nějaký čas i v období post finem, měli bychom jim to umožnit. Pokud přítomni nejsou, bývají často informováni o situaci telefonicky lékařem. O informování příbuzných či opatrovníků provede lékař záznam do dokumentace. Péči o mrtvé tělo bychom měli provádět dle standardů zdravotnického zařízení. Společnými znaky těchto standardů bývá např. odstranění kanyl a katétrů, ponechání drénů, identifikace zesnulého, zavření očí, přikrytí či zabalení prostěradlem a po dvou hodinách od úmrtí transport na patologické oddělení. V tomto období musí také sestry sepsat pozůstalost po pacientovi, kterou následně mohou předat předem stanoveným příbuzným po předložení jejich občanského průkazu (Vytejková, 2013).

## **2.5 Péče o dárce orgánů**

Jelikož jsem sama několik let působila v intenzivní péči, ráda bych se v této práci také zmínila o péči o dárce orgánů.

Odběr orgánů od zemřelého můžeme provést v případě zjištění mozkové smrti. V ČR platí princip předpokládaného souhlasu s darováním orgánů. Lidé, kteří za svého života nesouhlasí s darováním orgánů, by měli být registrováni v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání či orgánů. Nebo alespoň před lékařem a jedním svědkem projevit nesouhlas s tímto dárcovstvím. Orgány a tkáně se nesmí odebírat u lidí, které nelze identifikovat, u lidí ve výkonu trestu, lidí s předcházejícím rizikovým chováním, při závažném septickém stavu, onkologické diagnóze a dále také u lidí se závažným systémovým onemocněním s dopadem na orgány. Vyloučení jsou také osoby s Creutzfeld – Jakobovou chorobou, AIDS, pozitivitou HIV, hepatitidou B a C, syfilidou, pacienti zařazení do chronického dialyzačního programu, intoxikovaní a utonutí (Kapounová, 2007).

Z výše uvedených kontraindikací je nutné pacienta důkladně prověřit a provést patřičná vyšetření. Pacienta také vyšetřujeme z důvodu kompatibility krevní skupiny a HLA antigenů s možnými příjemci orgánů dle instrukcí koordinačního transplantačního střediska. Pro určení smrti mozku jsou důležitá včasná vyšetření mozkového poškození

pomocí CT nebo NMR, musí se vyloučit vratné příčiny poškození mozku pomocí angiografie mozkových tepen, kmenová areflexie a apnoe. Po splnění veškerých právních podmínek lze přistoupit k odběru orgánů. Odběr orgánů se většinou provádí v tom zdravotnickém zařízení, kde nemocný zemřel (Kapounová, 2007). Koncem roku 2016 bylo celkem v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů zapsáno celkem 772 pacientů, za celý rok 2016 bylo registrováno celkem 242 zemřelých a 49 žijících dárců orgánů a pacientům bylo natransplantováno celkem 801 nových orgánů (Adamec, 2016).

## **2.6 Práce zdravotníků s ohledem na jejich psychiku při poskytování péče umírajícím**

Z výše uvedeného je zřejmé, že péče o umírajícího člověka a truchlící rodinu je velmi těžkým úkolem pro ošetřující personál. Proto by ošetřující personál měl splňovat určité předpoklady, jakými jsou například mentální zralost, profesionalita, měl by ovládat komunikativní dovednosti, a především lidské pochopení. V této problematice, tedy v problematice péče o umírajícího, jde více než o manuální zručnost a dovednost sester, spíše o jejich humánní postoje a individuální přístupy ke každému konkrétnímu nemocnému (Vytejková, 2013).

Profesionalita zdravotnických pracovníků se odvíjí převážně od jejich charakterových vlastností. Jde o vlastnosti, které se projevují jeho chováním a jednáním. K charakterovým vlastnostem patří např. vlastnosti morální – tedy čestnost, pravdomluvnost, dále vlastnosti pracovní, světonázorové a vlastnosti vědomí, ústy či respektu k sobě samému. Chování zdravotníků ovlivňuje řada faktorů. Mezi tyto faktory například patří vzdělání (a to odborné i všeobecné), mravní síla, moudrost, obětavost, znalost práv pacientů, etického kodexu, evaluace, altruismus, asertivita, empatie, ale také zdravé pracovní prostředí a společenská prestiž zdravotnického povolání.

Empatie je pro zdravotnické povolání neodmyslitelná. Pokud personál nebude rozumět a chápat pacientovo prožívání, chování a jednání, nebude moci dobře vykonávat ošetrovatelskou péči.

Zdravé pracovní prostředí můžeme do jisté míry ovlivnit dobrou náladou na pracovišti, týmovou prací. Nadřizený může toto zdravé prostředí podpořit například odměnou, a to nejen finanční, ale především pochvalou a vhodnou motivací k pracovnímu úsilí podřízených. Pro zdravotníky je také důležitá určitá adaptace. Pro adaptaci je důležité

zvládnání vlastních emocí, mít znalosti z oblasti psychologie a umět relaxovat (Kelnarová, 2014). Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že např. v Uherskohradištské nemocnici se vedení snaží podpořit své zaměstnance v oblasti relaxace formou benefitů – např. permanentkami do fitcentra či pořádáním víkendových poznávacích zájezdů, poukázkami na kosmetiku a podobně. S touto problematikou také souvisí motivace pro volbu povolání. V zahraničí bývá zvykem prokázání zájmu o studium zdravotnického oboru např. formou dobrovolnictví.

V České republice se však žáci a žákyně studující na středních zdravotnických školách dostávají do kontaktu s těžce nemocnými pacienty již ve věku přibližně šestnácti a sedmnácti let věku v rámci odborné praxe ve zdravotnickém zařízení.

Jelikož se práce „sestry“ či ošetřovatele řadí mezi pomáhající profese, kdy je třeba vhodným způsobem pracovat s nemocnými lidmi, měli by zdravotníci pečovat o vlastní duševní zdraví. Je tak důležité mít například nějaké koníčky, mít určitou míru sebevědomí, znát své hranice pro psychickou i fyzickou aktivitu. Pro případ, že pracovník již sám péči o své zdraví nezvládá, měl by využít pomoci klinického psychologa. V ČR je v dnešní době klinický psycholog přítomen ve velké spoustě zdravotnických zařízení (Kelnarová, Matějková, 2014). Bohužel v poměru zdravotnických pracovníků a pacientů, kteří by potřebovali tuto odbornou pomoc, je zatím klinických psychologů ve zdravotnických – zařízeních nedostatek.

## **2.7 Povinnosti lékaře při práci s umírajícími a zemřelými**

Dle některých autorů je pro lékařský (zdravotnický) personál jednou z nejtěžších činností v jejich práci právě starostlivost o umírající pacienty, a to především z důvodu, kterým je fakt, že zdravotnické studium se především zaměřovalo a zaměřuje na léčení nemocných a zachraňování jejich životů (srov. Kübler – Ross, 2015, Volandes, 2015, Špatenková et. Polzerová, in Špatenková, 2014). Spousta lékařů tak nepovažuje péči ve smyslu zlepšení kvality života umírajícího a mírnění jeho utrpení za významnou součást medicíny. Spousta lékařů si tak nedokáže připustit, že umírání a smrt může být součástí chorob jejich pacientů, což může vést např. k vědomému či nevědomému vyhýbání se terminálně nemocným pacientům ze strany zdravotníků (srov. Kübler – Ross, 2015, Špatenková et. Polzerová, in Špatenková, 2014). Při nutném střetnutí s takovým pacientem se může zdravotník snažit čas strávený s pacientem ukrátit pouze na nezbytně nutný.

Pacient v takovém případě nemá možnost s lékařem probrat všechny pro něj podstatné záležitosti související se závěrem života. Někteří pacienti tak podstupují spoustu invazivních a zatěžujících zdravotnických intervencí. K rozhodnutí o maximální lékařské péči mohou přispět také názory příbuzných nemocného. V této souvislosti Volandes (2015) popisuje tzv. „*Syndrom dcery z Kalifornie*“, který je charakterizován příchodem příbuzného, který se s pacientem již delší čas neviděl a začne vyžadovat, aby lékaři postupovali v péči za pomoci veškerých moderních možností léčby. Příčinou tohoto jednání příbuzných je často pocit viny spojený s popíráním faktu o terminálním stádiu choroby.

Lékařskou povinností je také konstatování smrti a ohledání těla s následným informováním příbuzných, které v dřívější době nemocný určil. V souvislosti s konstatováním smrti, je také zapotřebí určit pravděpodobný datum a čas úmrtí, příčinu smrti, a zda bude či nebude provedena pitva zesnulého. Pokud nemocný zesnul ve zdravotnickém zařízení, není obtížné určení času úmrtí. Lékař zplnomocněné příbuzné může kontaktovat telefonicky, nebo je informuje přímo. Nejčastější otázkou příbuzných pak bývá, zda zesnulý pacient v období svých posledních chvil netrpěl a neměl bolesti. Lékař dále musí vyplnit všechny nezbytné formuláře a ve spolupráci se sestrou zajistit jejich rozeslání na správná místa (Špatenková, 2015).

### **2.7.1 Rozhovor s nemocným o terminálnosti zdravotního stavu**

Americký lékař Angelo Volandes (2015), autor knihy „*Umění rozhovoru o konci života*“ poukazuje na důležitost komunikace mezi lékařem (zdravotníky) a terminálně nemocným pacientem. Tato komunikace je důležitá pro pacienty, aby měli dostatek informací o závažnosti svého zdravotního stavu, a aby se dokázali sami rozhodnout, zda chtějí ve zbytku života více času strávit v co nejvíce možném klidu v přítomnosti svých blízkých, nebo zda chtějí o zbývajících dny a možná o navrácení svého zdraví bojovat v nemocničním zařízení, na jednotkách intenzivní péče či anesteziologicko – resuscitačním oddělení.

Tento upřímný rozhovor by měl probíhat v klidném prostředí, vyloučení nejsou ani blízcí nemocného. Pro rozhodování o prožití konce života je důležité, aby rozhovor přišel včas, tak aby nemocný měl ještě dostatek sil pro zvážení možností další terapie. V dnešní době lze také použít, a ve Spojených státech amerických se také používá, edukační video. Toto video vykresluje možnosti péče o nemocné. Poukazuje na to, že bychom si měli

promluvit jak se svými blízkými, tak se zdravotním týmem. Lékařských ošetření může být příliš mnoho, proto by se nemocní měli dotázat na vše, co je zajímavá, a také sdělit svá vlastní očekávání. Pacient má tak na výběr převážně z následujících možností. První možností je, že se nemocný se zdravotníky pokusí o život prodlužující, intenzivní péči, druhou možností je pak poskytnutí omezené lékařské péče a zajištění paliativní, komfortní péče. Život prodlužující péče je spojena se spoustou invazivních výkonů a zákroků, a také s resuscitací. Oproti tomu komfortní péče je zaměřena co možná největší pohodlí nemocného (VOLANDES, A., [online] 4.12.2014).

Doktor Volandes (2015) také vydal doporučení, jak by tento rozhovor měl probíhat a jak tento rozhovor by mohli lékaři, ale i příbuzní nemocného začít. Pro úvod je vhodné použít nějakou pozitivní otázku, jakou je například „*Co Vám dělá radost?*“, nebo „*Na co se těšíte?*“. Poté se komunikace dostává k obtížnějším otázkám a odpovědím, kde se od nemocného chceme dozvědět, co je pro něho důležité, jakou si představuje zdravotní péči v závěru života, jaká má přání spojená se závěrem života, čeho se nemocný nejvíce obává, jaké příznaky je ochoten snášet. Při zakončení rozhovoru je doporučeno shrnutí eventuálně opravení myšlenek a závěrů. Obdobně Gawande (2016) sděluje doporučení pro možný rozhovor s vážně nemocnými pacienty. Pro pacienty je důležité, aby i oni mohly mluvit a samostatně se rozhodnout v otázkách volby možné léčby a léčebných postupů. Proto je dobré zjistit, co přesně nemocnému dělá starosti a z čeho má obavy, co je pro něj v budoucím životě důležité a co je ochoten obětovat, jaké má povědomí o prognóze, kdo bude za nemocného rozhodovat, až on sám nebude moc. Také doporučuje vyjádřit nemocnému lítost, ale zároveň ponechat určitou naději. Uvádí, že lidé chtějí znát smysl informací, které jim lékař poskytuje, nepotřebují znát pouhá fakta a čísla týkající se dané diagnózy. Dle stylu komunikace, tak lékaře můžeme rozčlenit do tří kategorií. Jednak se jedná o lékaře s paternalistickým, tedy autoritativním přístupem. Dále jsou to lékaři informativní, kteří jsou opakem paternalistických. Třetím typem jsou lékaři interpretativní, tedy vysvětlující.

Špatenková (2015) doporučuje pečlivou přípravu před rozhovorem. Příprava se může skládat z následujících úkonů: zjištění informací od nelékařských zdravotnických pracovníků o psychickém rozpoložení nemocného, zajištění psychologické spolupráce, eventuálně spolupráce blízkých, či zkušenějších kolegů, uklidnit sám sebe, zajistit co možná nejklidnější místo pro rozhovor. V průběhu rozhovoru je pak vhodné nemocnému a jeho blízkým poskytnout dostatek času k vyjádření svých pocitů, otázek, očekávání. Pacienty by lékař neměl zahltit příliš velkým množstvím informací obsahující



pro pacienta nesrozumitelnou lékařskou mluvu, ale zároveň pacientovi nezatajovat informace o závažnosti stavu a zároveň pacientovi nikdy nelhat. Lékař by měl zůstat po celou dobu klidný, lidský a empatický.

Špatenková (2009) také sepsala doporučení pro komunikaci s pacienty trpícími ztrátou. Především bychom se měli snažit být citliví, být pacientovi emocionální oporou, naslouchat pacientovi tehdy, kdy pacient projeví zájem a to i neverbální komunikací, nevyhýbat se komunikaci se smutným pacientem, akceptovat chování nemocného, dávat najevo pochopení, podporovat realistické a nadějně postoje pacienta. Pozornost musíme také věnovat sebevražedným myšlenkám a sdělením. Komunikace s pacientem s depresí však bývá ještě náročnější.

## **2.8 Umírání a smrt z hlediska nelékařského zdravotnického personálu - sester**

Zrubáková, Jadvišová a Gilanová prezentovaly v roce 2011 výsledky svého výzkumu nazvaného „*Smrt, jako stresový faktor v práci sestry*“. Jako jeden z hlavních výzkumných problémů definovali: „*Je práce s terminálně nemocnými a umírajícími pro sestru stresující?*“. Cílem výzkumu bylo: „*Zjistit, jak smrt pacienta ovlivňuje práci a psychický stav sestry. Zjistit přístup sester ke smrti a umírání. Zjistit, jak sestry vnímají smrt pacienta dle věkových kategorií. Porovnat odlišnosti a reakce sester podle věku, délky praxe vzdělání.*“ (Zrubáková, Jadvišová a Gilanová, 2011, s. 482). Z tohoto výzkumu vyplynulo, že největším stresovým faktorem pro sestry je nedostatek času (30,6 % respondentů), smrt pacienta jako stresový faktor vnímalo 14,7 % respondentů. Téměř 88 % respondentů nemá problém postarat se o mrtvé tělo, pouze 2 % respondentů uvedlo, že nejsou schopni se dotknout zemřelého. Nejčastějším pocitem při úmrtí dětského pacienta sestry popisovaly bezmoc, smutek a úzkost. U úmrtí dospělého pacienta pak popisovaly uvědomění si vlastní pomíjivost a při úmrtí starého člověka popisovaly odstranění utrpení. V rámci odpočinku v souvislosti s umíráním pacienta v této studii bylo zjištěno, že sestry nejvíce využívají pobyt s vlastní rodinou.

Cílem výzkumu Márie Sovárióvé Soósovové a Anny Varadyové (2012) bylo posouzení výskytu stresu, stresujících situací, strategií zvládání stresu a ukazatele stresu u sester pracujících na odděleních anesteziologické a intenzivní medicíny. Výzkum byl prováděn na východním Slovensku. Jako nejvíce stresující vlivy sestry označily pracovní

zátěž, nedostatek personálu, smrt a umírání pacienta a pracovní prostředí. Sestry také uvedly své nejčastější zdravotní potíže, jakými byly bolesti zad, migrény, vysoký krevní tlak a poruchy menstruačního cyklu.

Marková (2010) uvádí, že každý člověk, tedy i profesionál na smrt pohlíží dle dřívějšího tabuizování či netabuizování v primární rodině a dle předchozích osobních zkušeností s umírajícím blízkým člověkem. U sester je pak také důležité, jak se s touto problematikou setkávají v průběhu vzdělávacího procesu na středních zdravotnických školách při odborné praxi ve zdravotnickém zařízení ve třetím a čtvrtém ročníku studia, event. v průběhu odborné praxe při studiu na vyšší odborné škole či bakalářském studiu. Velmi důležitou úlohu v tomto procesu hraje vyučující odborné praxe a přístup zdravotníků na oddělení, kde se žáci/kyně a studenti/ky poprvé setkají se smrtí.

Role a kompetence sester jsou v naší republice dány platnou legislativou a normami zdravotnických zařízení. Současně jsou důležité také tradice, každodenní provoz, systém vzdělávání a další. Role sester se již několik let mění společně s přeměnou jejich vzdělávání, které úzce souvisí se vstupem České republiky do Evropské unie (Šmídová Matoušová, Tollarová, 2017).

Každý zdravotník vnímá a prožívá smrt pacienta jinak. Odlišně ke smrti přistupují záchranáři, všeobecné sestry na urgentním příjmu, intenzivní péči, na oddělení dlouhodobě ležících podobně. Smrt je od dávných dob provázána rituály. Z křesťanského úhlu pohledu je takovým rituálem otevření okna, což v moderních budovách může být problémem vzhledem k zabudované klimatizaci. Antonová uvádí, že na chirurgickém oddělení je zakořeněný stereotyp, že na chirurgickém oddělení se neumírá a smrt pacienta je brána jako osobní prohra (Antonová, 2014).

Bártlová a Jobánková v roce 2006 provedli výzkumné šetření, kde využily focus groups. Výzkum byl zaměřen na pracovní zátěž sester vztahující se k péči o umírajícího pacienta a následnému kontaktu s příbuznými zesnulého. Autorky záměrně volily sestry z rozdílných pracovišť, které však spojovala možná blízkost smrti na jejich pracovištích. Na jednom z prvních míst zátěžových situací byl zjištěn právě kontakt s umírajícím eventuelně s jeho rodinou. To, co sestry v ošetřování terminálně nemocných pacientů považují za opravdovou zátěž, není odosobněný kontakt s běžnou ošetrovatelskou péčí, ale konkrétní kontakt, kdy je sestra vystavena vlastní konfrontaci s konečností lidského života a je nucena na pacienta reagovat, spoluprožívat s ním jeho strach, bolest a opuštěnost ve smrti (Bártlová, Jobánková, 2006).

U umírajících je zapotřebí ze strany sestry zajistit převážně vyšší, tedy psychosociální, kulturní a spirituální potřeby. Cichá (in Špatenková 2014) uvádí, že právě výše zmíněné potřeby jsou opomíjeny a je spíše preferováno zajištění biologických potřeb, jakými jsou dostatek tekutin, výživy, tlumení bolesti apod. Na téma umírání mysleli i autoři ošetrovatelských diagnóz.

Pro uplatnění holistického přístupu k nemocným je nezbytné, aby sestry znaly potřeby nemocného, umírajícího pacienta. Primárním úkolem sestry tak je porozumět konkrétnímu pacientovi v konkrétních situacích ošetrovatelské péče (Cichá, in Špatenková, 2014).

Od sester se očekává empatický, vstřícný, laskavý, ohleduplný, lidský přístup k nemocným a zvláště k umírajícím. Zároveň je od sester očekávána profesionalita založená na vědomostech, schopnostech a dovednostech. Tato očekávání však mohou vést k vyčerpání pracovníků až jejich vyhoření.

Dubcová (2008) sepsala zásady pro sestry v péči o umírající. Tyto zásady jsou: *„jednat opravdově, neskrývat nejistotu a bolest, nic nepřehánět, vnímat a respektovat přání nemocného, podle situace zachovat blízkost nebo odstup, udělat si čas, umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat, naslouchat a chápat, mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly.“* (Dubcová, 2008, s. 45). Kromě toho také prezentuje hlavní úkoly sestry v péči o umírající, jakými jsou například postupy vedoucí ke snížení či odstranění pocitu osamělosti, strachu či pacientovi deprese. Podporovat jeho sebedůvěru a důstojnost, naději a napomáhat mu akceptovat jeho přicházející ztráty (Dubcová, 2008). Kromě podpory nemocného je také důležitou činností zdravotníků podpora rodiny, která již v době umírání nemocného truchlí nad jeho budoucí ztrátou. Sestry by se měli chovat jako poradci a zvláště v těchto případech umožňovat rodině kontakt s umírajícím i mimo oficiální čas určený pro návštěvy ve zdravotnickém zařízení (Dučajová, Litvínová, 2011).

Poté, co pacient skonal, následují ze strany personálu činnosti spojené s péčí o mrtvé tělo. Tato péče se provádí ve zdravotnických zařízeních dle platných standardů. Cílem standardu ošetrovatelské péče v zařízení, ve kterém pracují je ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu (Standard UHNEM: Péče o zemřelého). Zároveň toto zařízení vypracovalo organizační směrnici zaměřenou na komunikaci pracovníků. Tato směrnice se zabývá jednak komunikací s veřejností, ale také komunikací s pacienty (Směrnice UHNEM: Komunikace). Společným znakem standardů ošetrovatelské péče však zůstává, že po konstatování smrti a ohledání těla lékařem, musí tělo zemřelého být ještě dvě hodiny na oddělení, kde nemocný skonal. Toto období můžeme právě spojovat

již se zmíněnými rituály a péčí o tělo. Těmito rituály je myšleno např. otevření okna (pokud je to možné), omytí těla, odstranění invazivních vstupů, podvázání brady, zavření očí, zakrytí nebožtíka prostěradlem, eventuálně při dodržení bezpečnostních pravidel zapálení svíčky. Pokud je u umírajícího a následně zemřelého přítomna rodina, mohou u jeho lůžka ještě nějakou dobu posečkat a rozloučit se. Pokud rodina přítomna u úmrtí není, je kontaktována lékařem a spravena o situaci. Povinností sestry je poté předání osobních věcí a cenností příbuzným, poskytnutí informací (pokud možno i písemnou formou) týkajících se zajištění pohřbu a písemností potřebných pro pohřební službu a matriku. V této situaci je důležité, aby sestry nezapomněly příbuzným pokondolovat.

Stejně tak jako pro příbuzné ztráta blízké osoby vyvolává smutek, může i ztráta pacienta vyvolat smutek u sestry. Nepřijetí a popírání smutku v případě ztráty může vyústit v žal a následně v depresi. Pokud bude sestra trpět depresí, pravděpodobně nebude následně schopna vykonávat vhodným způsobem své povolání. Smutek nad ztrátou oblíbeného pacienta nás nesmí ochromit, proto je dobré v takovém případě o těchto situacích mluvit například s jinou kolegyní. Projevem smutku může být i pláč (Marková, 2010). Slzy a pláč by měly k povolání sester patřit, jelikož tak dávají najevo své vnímání a procítěnost v dané situaci, tím ovšem nemám na mysli, že všechny zemřelé a umírající musí sestra oplakávat.

Cílem výzkum Žureka, Jamrozika a Piontkowské (2014) bylo zjistit, situaci související s celostní péčí o pacienty a zachování rodin představující psychické problémy a může mít negativní vliv na mentální a emocionální pohodu sester. Jejich studie potvrdila, že sestry, které pracují s umírajícími pacienty, se mohou potýkat s mnoha psychickými problémy, bez ohledu na jejich věk a typ péče (nemocniční či domácí hospicová). Velmi negativním vlivem na duševní zdraví sester je nekontrolovatelná bolest pacientů. Dalším negativním vlivem může být nenaplněné očekávání léčby a péče příbuznými a přenášení negativních emocí na sestry, což vede ke zhoršení komunikace mezi příbuznými a ošetrovatelským personálem. Sestry se dle této studie vyrovnávají se stresem formou aktivního odpočinku či sdílením problémů se svými kolegy. Studie uvádí nejčastější stresory, které vedou u sester k syndromu vyhoření. Mezi tyto stresory patří intrapersonální konflikt, vztahy na pracovišti mezi kolegy i klienty, pocit nebezpečí, deprivace, pracovní přetížení a dále také faktory nepracovního prostředí, jakými mohou být rodinné prostředí, věk a délka praxe, životní hodnoty či motivy a další. Mezi stresory typické pro poskytování péče umírajícím patří časté setkávání se se smrtí, kontakt s příbuznými umírajícího či neustálá podpora pacienta i jeho rodiny. Emoce spojené

se syndromem vyhoření jsou bezmocnost, nevyhnutelnost smrti a soucit. Tento výzkum byl proveden formou dotazníkové dobrovolného šetření. Dotazníky byly určeny sestřím poskytující péči umírajícím pacientům v nemocnicích a v domácích hospicových agenturách.

### **2.8.1 Sestra v roli obhájce pacienta**

Hebertová, Moore a Rooneyová (2011) uvádějí, že klíčovou kompetencí pro odbornou sestru by měla být advokacie, a to i v souvislosti s poskytováním péče umírajícím a zemřelým, a také jejich rodinám. Překážkami k získání této klíčové kompetence jsou např. učební osnovy zdravotnických škol, multikulturní prostředí, politická situace státu, či systém zdravotní péče. Možným řešením tak může být používání „advokačního“ konceptuálního modelu Patricie Bennerové (viz. příloha 1), jež vede sestry k rozvíjení aktivního naslouchání a efektivních komunikačních dovedností což přispívá k navázání a upevňování důvěry mezi sestrou a pacientem. Advokacie má dvě fáze – informace a podporu. Pokud pacienti potřebují obhajobu, projevuje se jejich chování např. bezmocností, závislostí, zranitelností, neschopností mluvit či ztrátou sebeovládání. Schopnost sestry zastupovat pacienta a komunikovat jeho jménem je jádrem chování. Pokud je vztah pacienta a lékaře spíše technický, má sestra nezastupitelnou úlohu komunikátora. Cílem je vytvořit holistickou atmosféru péče, otevřenosti a soucitu. Studie zjistily, že sestry obecně postrádají znalosti a odbornou přípravu na vedení rozhovorů s velkým „R“. Poskytování péče na konci života, která je přiměřená, soucitná a v souladu s přáním pacienta, je základním prvkem role sestry. Dle autorů by sestry měly být ochotné a schopné začít složitý dialog s pacienty a jejich blízkými, pomáhat jim při porozumění jejich nemoci a zkoumat specifická doporučení pro péči na základě jejich osobních hodnot. Výzkum prováděný Agenturou pro výzkum a kvalitu v oblasti zdravotnictví (AHRQ) uvádí, že většina pacientů se nepodílela na plánování své péče s dostatečným časovým předstihem, i přesto, že byli ochotni s lékařem diskutovat o péči v závěru života. AHRQ dále uvádí, že pouze 12 % vážně nebo chronicky nemocných pacientů mělo v lékařských záznamech stanovenou směrnicí s informacemi o vývoji péče. Ošetřovatelský personál je proto nezbytný pro podporu při rozhodování pacientů v oblasti péče v závěru života. Srovnávací analýza provedená ve třech středo – atlantských regionálních nemocnicích odhalila tři nejčastější bariéry „advokátních“ sester při

poskytování péče na konci života. Těmito bariérami jsou lékaři, pacientova rodina a strach. Sestry také ohodnotily jako překážku číslo jedna nedostatečné vzdělání v péči o umírající a zemřelé pacienty. Dalším problémem je fakt, že sestry nerozpoznají stádia smutku dle Kübler – Rossové. Zdravotníci by měli zvýšit své povědomí o kulturních rozdílech a jejich dopadu na problematiku umírání, včetně procesu truchlení. Jako obhájci pacientů, musí sestry zajistit, důstojné umírání pacientů, bez ohledů na příslušnost etnika.

## **2.9 Etika související s umíráním a smrtí**

Etika v tomto případě je neoddělitelnou součástí komunikace. Předpokladem zvládnutí péče o umírající pacienty ze strany zdravotníků je vyjasnění si vlastních postojů k této problematice. Nevhodnou komunikací s pacientem v terminálním stádiu choroby je například „Musíte více jíst, abyste se brzo uzdravil/a“. Umírající pacient zcela jistě ví, že se již neuzdraví, a tak není potřeba obelhávat jeho i sebe jako pečovatele. Pro pacienta může být také nepříjemné „nutné“ polohování jeho těla, což mu může způsobovat nebo zhoršovat bolest. Nepříjemné a bolestivé může být také převazování ran a dekubitů. Dalším nepříjemným pocitem může být zápach z nehojících se ran či stolice, což může být pro umírajícího důvodem k odmítání návštěv ze strany jeho blízkých.

V souvislosti s etickým přístupem k umírajícím se do popředí dostává paliativní péče. Ta je důležitá pro nemocného i jeho rodinu z hlediska zajištění holistického přístupu, tedy zajištění potřeb biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Pro paliativní péči je cílem dosažení co možná nejvyšší kvality života, zdůrazňuje zmírnění bolesti, chápe umírání jako přirozený proces životního cyklu, tento proces neurychluje ani neprodlužuje.

V této souvislosti se také mluví o eutanazii. Její legalizace je z etického hlediska nepřijatelná, jelikož by mohla vést k ovlivnění morálních komponent zdravotníka (Dučaiová, Litvínová, 2008)

Pro zdravotníky, ale i pro příbuzné nemocných pacientů je velmi důležitý pocit bezpečí. Bohužel nemocného pacienta se však málo kdo zeptá, zda chce žít v bezpečném prostředí se zajištěnými základními potřebami, jakými jsou strava, hydratace nemocného, a podobné preventivní činnosti, jakými je například používání postranic na nemocničním lůžku či omezení pohybu z důvodu prevence pádu. Nemocný v terminálním stádiu choroby však má spíše zvýšenou potřebu spirituálních potřeb. Je pro něj důležitý kontakt s někým

blízkým, kdo mu je schopen naslouchat. Každé zdravotnické zařízení a možná i každé oddělení v tomto zařízení má zakořeněné určité zvyklosti, které jsou tvořeny návyky a představami. Často se naše práce pak stane určitou rutinou, která se bojí inovace. Doktor Gawande (2016) popisuje také souvislosti s poskytováním základních a vyšších potřeb u nemocných a starých lidí a finančními náklady na léky proti neklidu, kdy při jednom z experimentů klesly tyto náklady o 38 % a počet úmrtí klesl o 15 % v ústavu pro seniory. Tento lékař také prezentuje výsledek celonárodního amerického projektu Coping with Cancer, který proběhl v roce 2008. Výsledkem této studie bylo zjištění, že u terminálně onkologicky nemocných pacientů, kterým byla v závěru života poskytnuta vysoce specializovaná intenzivní péče, byla v posledním týdnu jejich existence, výrazně menší kvalita života. Příbuzní zemřelých, kteří tuto intenzivní péči odmítli, pak trpěli třikrát méně depresemi v období půl roku po smrti nemocného. Co je tedy více etickým přístupem? Zajištění maximálně možné zdravotní péče, či zabezpečení co možná nejvyšší kvality života umírajícího?

Gawande (2016) také popisuje změnu v jednání jedné z amerických pojišťoven v roce 2004, která pro své terminálně nemocné klienty začala rozšiřovat možnosti léčby v oblasti paliativní medicíny namísto toho, aby omezovala invazivní intenzivní péči. Výsledkem programu bylo zvýšení využívání hospicových intervencí z 26 % na 70 %, přičemž nemocní netrpěli pocitem vzdávání se, i když počet hospitalizací těchto nemocných klesl o více než dvě třetiny a náklady na léčbu klesly o čtvrtinu. V roce 2010 v nemocnici Massachusetts General Hospital proběhla studie u onkologických pacientů. Jedné části pacientů byla poskytována standardní onkologická péče a druhé části byla poskytována péče onkologická i paliativní. Pacienti z druhé skupiny dříve ukončili chemoterapii, v závěru života prožili méně strastí a žili o 25 % déle. Nicméně Gawande také uvádí, že některé studie nejsou tak přesvědčivé a rozdíly v péči nemají téměř žádný vliv na délku života a jeho kvalitu.

Ornsteinová (2017) uvádí ve své studii významný nárůst depresivních symptomů u partnera zemřelé osoby, při využití jedné a více intervencí intenzivní péče v posledním měsíci života umírajícího. Z celkového počtu zemřelých jich měla téměř čtvrtina intenzivní – „život prodlužující“ intervenci provedenou v posledním dni jejich života. Tato autorka v roce 2015 uveřejnila výsledky jiné studie, kde závěrem bylo, že pozůstalí partneři trpí méně často depresivními symptomy, pokud v době umírání partnera bylo využito hospicových služeb.

Profesorka sociologie v medicíně Holly G. Prigerson, Ph.D a psycholožka Kelly Trevino, Ph.D v roce 2015 publikovaly výsledky svého šetření, kde se také (podobně jako Obstein, 2017) zmiňují o rozvoji depresivního syndromu u pozůstalého v závislosti na intenzivní péči zemřelého. Sdělují, že hospicová péče může kompenzovat emocionální tíhu blízké, pečující osoby tím, že vytvoří prostředí, které je méně depresivní. Hospicová péče může zmírnit zátěž pečujícího tým, že se řídí fyzickými a emocionálními potřebami umírajícího a příbuzným nabízí čas na odpočinek a svou vlastní osobu.

Pro nemocného je kromě zachování důstojnosti a naslouchání či nonverbální komunikace často velmi důležitým aktem také akceptování jeho posledního přání.

Pro příbuzné je v dnešní uspěchané době těžké najít čas na truchlení. Aktivita související se zařizováním pohřbu jsou náročné časově i finančně.

## 2.10 Paliativní medicína

Paliativní péče je komplexní, multidisciplinární obor zaměřený na kvalitu života, nikoli na jeho prodlužování u nevléčitelně nemocných pacientů v terminálním stádiu choroby. Jedná se o souhrn postupů poskytovaných nemocným v případě, že záměrem léčby již není uzdravení. Opatření jsou cílena na tělesnou, psychickou, sociální i duchovní složku nemocného. Cílem této péče je mírnění utrpení, zajištění co možná největší kvality života, mírnit bolest, tělesné a duševní strádání, zachovat nemocnému jeho důstojnost a poskytnout podporu a útěchu blízkým osobám (Nováková, 2011). Osobou blízkou dle § 116 občanského zákoníku jsou míněny osoby příbuzné v přímé řadě, sourozenec, manžel/ka, partner/ka (Policar, 2011). Někdy je ale také potřeba poskytnout péči osobám, které nejsou dle zákona osobami blízkými. Proto je dobré, aby nemocný ještě v době, kdy mu jeho zdravotní stav umožňuje realistické vnímání, určil, komu je možné poskytovat informace o jeho chorobě a které osoby je možné zakomponovat do péče o jeho osobu.

Tento multidisciplinární model péče zaměřený jak na pacienta, tak na jeho blízké je aplikovatelný. Pacientovi by měla být paliativní péče poskytována od okamžiku stanovení nevléčitelné nemoci, nikoliv až v posledních týdnech, dnech či hodinách nemoci. Původně se paliativní péče zaměřovala na onkologické pacienty, nyní je zřetelný posun a tato péče se dostává i pacientům s chronickým neonkologickým onemocněním. Světová zdravotnická organizace ji označuje za „*přístup, jenž usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a jejich*



*rodin, a to prevencí a zmírňováním utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“* (WHO, 2002 in Sláma, Kabelka, Loučka, 2016, s. 445). Indikovaná je paliativní péče u těch pacientů, kde klesají možnosti kauzální léčby a zároveň stoupají přidružené příznaky choroby a její komplikace. Specifickou skupinu představují pacienti na odděleních poskytující intenzivní a resuscitační péči, tedy myšleno pacienti v kritickém stavu s nevratným multiorgánovým selháním. V některých státech Evropské unie je i v legislativě zakotvena dostupnost paliativní péče.

Česká republika bývá v rozvoji paliativní péče hodnocena jako průměrná až mírně rozvinutá. Sláma, Kabelka a Loučka (2016) uvádějí, že za toto hodnocení je zodpovědná neexistující národní koncepce, roztržitost této péče a nedostupnost v nemocničním prostředí, zároveň také poukazují na nedostatek vzdělávacích příležitostí. Pouze na třech českých lékařských fakultách je předmět paliativní medicína vyučován samostatně. V rozsahu kontinuálního vzdělávání zdravotnických pracovníků vznikají konference a semináře s tematikou paliativní. Otázkou je, jak moc či málo je tato postgraduální vzdělávání dostačující. U budoucích sester na zdravotnických školách je pak problematika péče o umírajícího a zemřelého pacienta probírána v rámci předmětu ošetrovatelství, psychologie a komunikace. Je třeba dále zvážit, že paliativní medicína je poměrně mladý obor, který se začal rozvíjet teprve ve druhé polovině 20. století (Bužgová, 2015).

Prioritou této péče je tedy poskytnutí úlevy od bolesti a nepříjemných projevů choroby.

### **2.10.1 Bolest**

Zacharová (2017) uvádí, že bolest je jevem, který se nachází na rozhraní fyziologie a psychologie. Hlubší pohled ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je namístě. Řada šetření ukazuje, že vztah mezi tím, jak profesionální zdravotníci hodnotí bolest nemocného člověka, a tím, jak ji hodnotí sám nemocný, je velmi problematický.

Při zjišťování kvalit a intenzity bolesti se řídíme sdělením pacienta eventuálně jeho prožíváním a nonverbální komunikací, jakou může být bolestivá grimasa a mimika obličeje, jeho bezprostřední reakce a jedná. Intenzitu bolesti pak můžeme hodnotit dle jednoduchých škál. Bolest je velmi individuální prožitek, který ovlivňuje jak pacienta,

pak i vnímání pacientovi choroby jeho blízkými. V oblasti léčby bolesti, a zvláště pak v paliativní péči je důležité pacienta upozornit, že se nesnažíme bolest vyléčit, ale zmírnit tak, aby nebyla nesnesitelná.

K tlumení bolesti jsou využívány léky ze skupiny analgetik. Pokud běžná analgetika již nemají potřebný účinek a bolest nesnižují, může lékař naordinovat opiáty. Při podávání opiátů můžeme využít několik možností jejich podávání, od neinvazivního aplikování opiátové náplasti, přes tablety, kapky či čípky až po invazivní postupy podávání injekcemi. Při léčbě opiáty pak nesmíme jako zdravotníci zapomenout na sledování nežádoucích účinků, jakými mohou být například zácpa, nevolnost, zvracení, sucho v ústech, celkový útlum až dezorientace.

Zácpu, nevolnost a zvracení můžeme ovlivnit dalšími medikamenty. Pocit sucha v ústech, v případě že nemocný již nemůže sám pít, může zmírnit podáváním tekutiny po čajových lžičkách, zvlažováním rtů nebo dát umírajícímu vycucat třeba kostku zmraženého čaje (Špinková, 2013).

Celkový útlum a ospalost jsou nejvýraznější v prvním týdnu nasazení opiátové léčby, dále po navýšení léčby a u pacientů léčených vysokými dávkami opioidů (Nováková, 2011).

V souvislosti s nefarmakologickou léčbou bolesti může být dobrá psychoterapie ve smyslu objasnění důvodů a příčin. Terminálně nemocný pacient pod vedením odborníka může také vyzkoušet metody autogenního tréninku k ovlivnění intenzity bolesti. Pokud mu jeho síly dovolí, je vhodné odreagování pomocí zaměstnání například četby, rozhovor s jinou osobou a podobně.

## **2.10.2 Strach a úzkost**

Strach a úzkost se u nemocných navzájem prolínají. Úzkost vychází z pocitů ohrožení a neznámosti. Strach je popisován ve spojitosti s bolestí, opuštěností, změny vzhledu, selhání, utrpení, regresi, ztráty samostatnosti, rodiny či nedokončené práce (Hrozenská, Kasanová, 2011).

Úzkost a strach jsou silné emoční prožitky. Strach je označován jako reakce na rozpoznané nebezpečí, úzkost jako reakce na předpokládané, vytušené nebezpečí či ohrožení. Jádrem je obranná forma organismu, kdy důležitým faktorem je pud sebezáchovy. Obava, strach je nepříjemný vjem, kterým odpovídáme na ohrožení,

obáváme se toho, co přijde nebo co by mohlo dostavit. Při rozvoji reakce strachu přicházejí v organismu fyziologické změny, ale také různé projevy v chování, snažíci se dospět k úniku ze situace vyvolávající v nás strach. Strach vede k mobilizaci organismu, zvláště pak vlivem neurovegetativního systému dochází ke zvýšení krevního tlaku, což organismu dodává energii např. při obraně, sílu při vyproštění nebo útěku z rizikového místa. V okamžiku, kdy nemocný nemůže obavám uprchnout nebo jim čelit, je tato mobilizace neúčelná a organismu škodí (Zacharová, 2017).

Úzkost vyplývá většinou ze skrytých vnitřních rozporů. Člověk nemá přesnou představu o tom, čeho se konkrétně bojí, ale přesto se cítí ohrožen. Úzkost běžně přechází ve strach a naopak. Nelze je od sebe oddělit, protože se vzájemně podmiňují a splývají. Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach a úzkost, není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnických pracovníků, ale i rodinných příslušníků.

## **3 METODIKA PRÁCE**

### **3.1 Cíle práce**

Výzkumná otázka:

Pocítují nelékařští zdravotničtí pracovníci umírání a smrt nemocných za stresující faktor při výkonu svého povolání?

Hlavním cíle výzkumu je identifikovat stresové faktory, které považují nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující.

Dílčí cíle:

Zjistit, zda jsou na pracovišti realizovány supervize u pracovníků v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s poskytováním péče umírajícím pacientům a péčí o zemřelé.

Zjistit, zda a event. jakým způsobem se nelékařští zdravotničtí pracovníci zajímají o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

Zjistit, jak se nelékařští zdravotničtí pracovníci vyrovnávají nejčastěji s úmrtím pacienta.

Porovnat oblasti psychické zátěže modifikované Meisterovy škály sledovaného souboru respondentů s normou v české populaci.

### **3.2 Hypotézy**

Pro výzkum byly stanoveny následující hypotézy:

H<sub>01</sub>: Neexistuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a délkou praxe pracovníků ve zdravotnictví.

H<sub>A1</sub>: Existuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a délkou praxe pracovníků ve zdravotnictví.

H<sub>02</sub>: Neexistuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a typem zdravotnického oddělení, na kterém zdravotničtí pracovníci pracují.

H<sub>A2</sub>: Existuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a typem zdravotnického oddělení, na kterém zdravotničtí pracovníci pracují.

H<sub>03</sub>: Neexistuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a dosaženým vzděláním zdravotnických pracovníků.

H<sub>A3</sub>: Existuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím a dosaženým vzděláním zdravotnických pracovníků.

### **3.3 Pilotní šetření**

Pilotní studie probíhala v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. na neurologickém oddělení, které se skládá ze dvou standardních oddělení a jednotky intenzivní péče v období od 19. do 26. října 2018. Dotazníky byly rozdávány osobně po předchozím souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče v KNTB a.s. a vrchní sestry neurologického oddělení.

Při pilotní studii bylo rozdáno celkem 28 dotazníků, z čehož bylo 12 dotazníků předáno staniční sestře neurologické jednotky intenzivní péče KNTB a.s. a celkem 16 dotazníků staničním sestrám standardních neurologických oddělení.

Navráčeno bylo 21 dotazníků, což odpovídá 75 %. Dva dotazníky však musely být vyřazeny z důvodu neúplného vyhodnocení.

Z výsledků pilotní studie vyplynulo, že někteří respondenti neznají význam slova supervize, proto jim bylo písemně toto slovo vysvětleno a následně bylo toto vysvětlení vloženo i do dotazníku pro vlastní výzkum.

### **3.4 Popis výzkumného vzorku**

Vlastní výzkum následně probíhal v Uherskohradištské nemocnici a.s., kdy byly dotazníky osobně rozdány na odděleních intenzivní péče (konkrétně na lůžkové části anesteziologicko resuscitačního oddělení, následné intenzivní péče, neurologické JIP, interní JIP a JIP chirurgických oborů), standardních odděleních (konkrétně na lůžkových odděleních interny, neurologie a chirurgie) a na odděleních následné ošetrovatelské péče. Celkově bylo na těchto odděleních rozdáno 291 dotazníků, z čehož na intenzivní oddělení bylo rozdáno 100 dotazníků, na standardní oddělení 136 a na oddělení následné ošetrovatelské péče 55 dotazníků. Návratnost plnohodnotných dotazníků byla z oddělení intenzivní péče 34 %, ze standardních odděleních 47 % a z oddělení následné ošetrovatelské péče 19 %. Celkem bylo navráčeno 214 plnohodnotně vyplněných

dotazníků (3 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění). Dotazník byl určen nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

### **3.5 Časová organizace výzkumu**

Výzkum probíhal v období od 29. října do 13. listopadu 2018. Dotazníky byly rozdávány osobně po předchozím souhlasu hlavní sestry v Uherskohradištské nemocnici na odděleních interních i chirurgických oborů, a to na intenzivní, standardní i následné ošetrovatelské péči do rukou staničních sester. Staniční sestry jednotlivých oslovených oddělení pak samy stanovily počet dotazníků, které mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci vyplnit v daném časovém období s ohledem na dlouhodobé pracovní neschopnosti a řádné dovolené pracovníků.

### **3.6 Výzkumná metodika**

Pro získání potřebných dat, vzhledem ke stanoveným cílům byl využit kvantitativní průřezový výzkum pomocí nestandardizovaného dotazníku, jehož součástí byla také modifikovaná Meisterova škála hodnocení psychické zátěže při poskytování péče umírajícím pacientům. Standardizované otázky, které jsou součástí výše zmíněné škály, jsou dle Vévodové a Ivanové (2015) nejvhodnějším způsobem sběru dat. „Dotazník je metoda založená na subjektivní výpovědi zkoumané osoby o jejích charakteristikách“ (Vévodová a Ivanová, 2015, s. 56).

V dotazníku bylo použito osm otázek s možností uzavřených odpovědí, jedna otázka s možností polootevřené odpovědi a jedna otázka škálová Likertova typu. Pro kategorizaci respondentů dotazníkového šetření byly zvoleny otázky číslo 1 až 5.

Jako nezávisle proměnné kategorie byla stanovena délka praxe, typ zdravotnického oddělení a dosažené vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků. Jako závisle proměnná kategorie, pak byla stanovena kategorie stresových faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a zemřelým.

Dotazníky byly nejdříve překontrolovány, zda jsou plnohodnotně vyplněny. Tři dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění škálové otázky číslo 10 a Meisterovy modifikované škály. Následně byly dotazníky očíslovány a odpovědi respondentů převedeny do kódů v číselné podobě, jež byly zaznamenány v programu Microsoft Excel.

Nejdříve byly zpracovány otázky z dotazníku číslo 1 až 9, kde byl zjišťován absolutní a relativní počet jednotlivých odpovědí. U otázky číslo 10 byly nejdříve dotazníky rozděleny do kategorií dle dosaženého vzdělání pracovníků, jejich délky praxe ve zdravotnictví a typem oddělení, na kterém pracují. Následně bylo určeno průměrné vážené skóre u jednotlivých stresových faktorů, ze kterého byl zpracován Kendallův koeficient shody. Testování hypotéz probíhalo na stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Kendallův koeficient shody umožňuje kvantitativně stanovit, jak dalece jsou více jak dvě vytvořená pořadí podobná, a tím vlastně určit, jak těsná je souvislost mezi jevy, na základě nichž, byla toto pořadí vytvořena (Chráska, 2015).

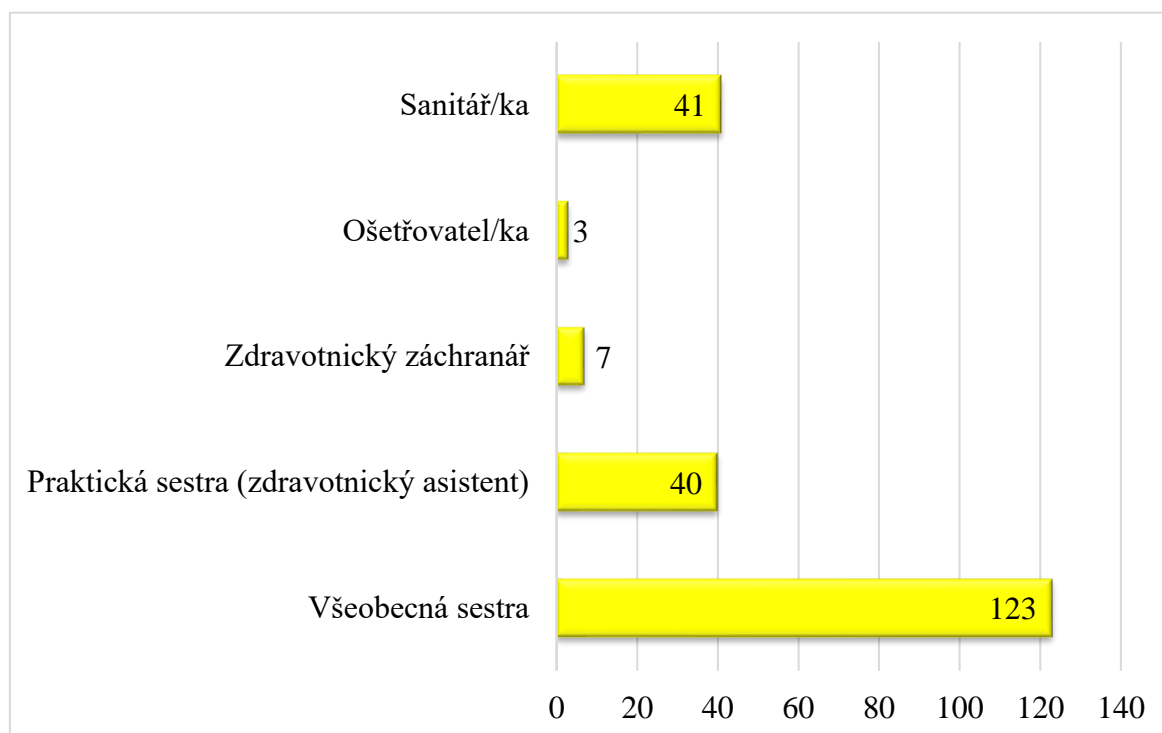
## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření číslo 1 až 9

#### Počet a pracovní zařazení respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 217 respondentů. Ze získaných dotazníků byly 3 vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění otázky č. 10 a Meisterovy škály. Hodnoceno bylo tedy 214 dotazníků. Z celkového počtu hodnocených bylo celkem 207 (97 %) žen a 7 (3 %) mužů. Na pozici všeobecné sestry pracovalo 123 (57,5 %) respondentů, na pozici praktické sestry 40 (18,7 %), na pozici zdravotnického záchranáře 7 (3,3 %) respondentů, ošetřovatelů/ek (1,5 %) byly 3 a sanitářů/ek 41 (19 %) respondentů.

#### Graf 1. Pracovní zařazení respondentů

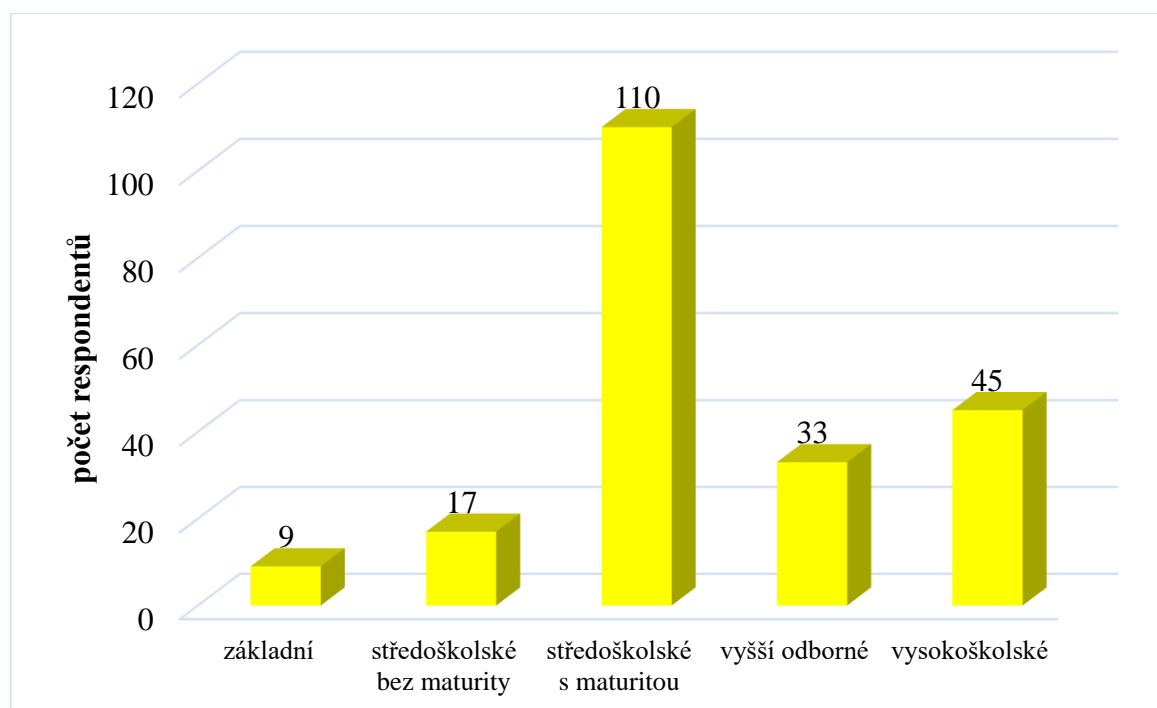




## Nejvyšší dosažené vzdělávání respondentů

Nejvíce, celkem 110 (51,4 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou, dále 45 (21 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 33 (15,4 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání, 17 (8 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání bez maturity a 9 (4,2 %) respondentů mělo základní vzdělání.

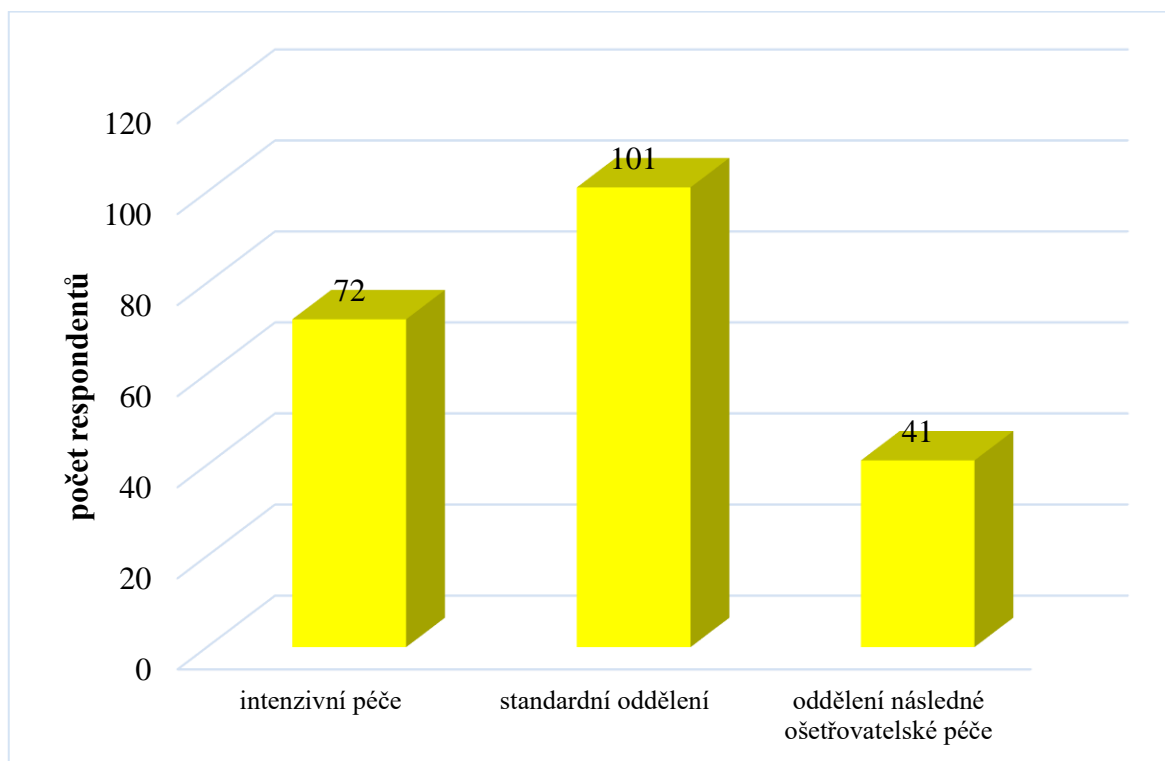
**Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



## Počet respondentů na jednotlivých typech zdravotnických odděleních

Na oddělení intenzivní péče a anesteziologicko resuscitačním oddělení pracovalo celkem 72 (33,6 %) respondentů, na standardních odděleních pracovalo 101 (47,2 %) respondentů a na oddělení následné ošetrovatelské péče 41 (19,2 %) respondentů. V příloze 5 této práce je dále graficky blíže znázorněno rozložení souboru respondentů dle oddělení, na kterém pracují.

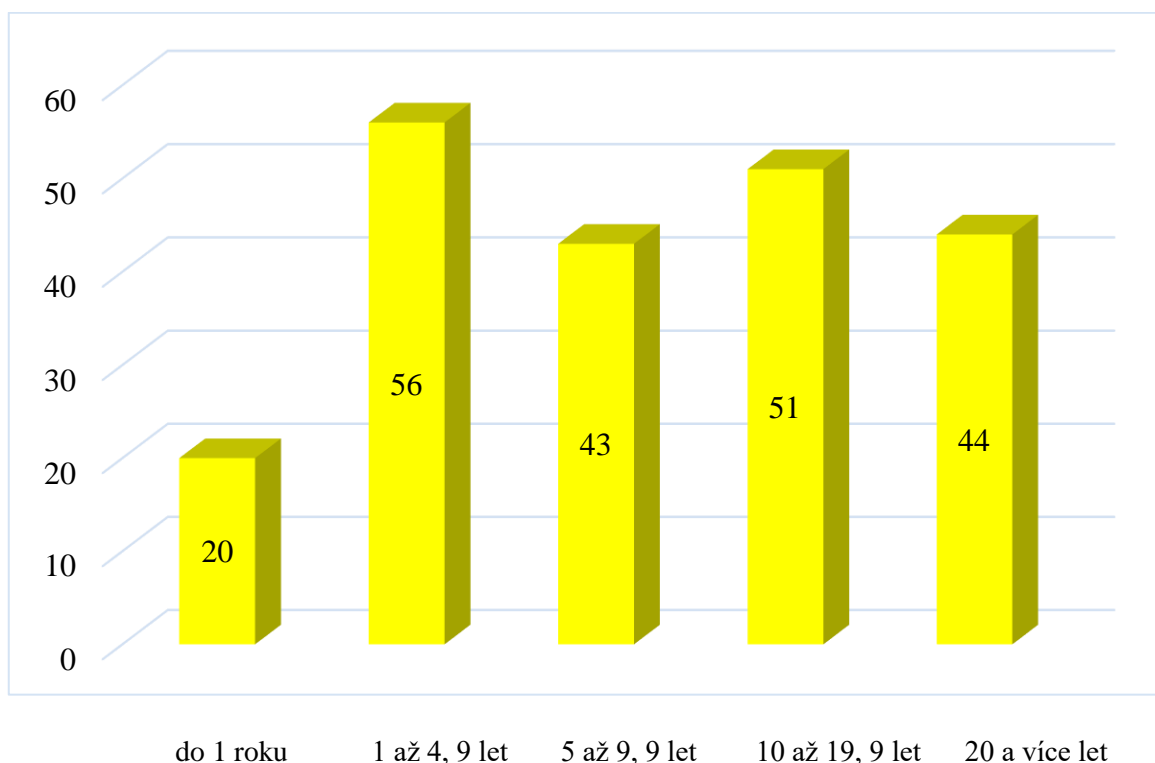
**Graf 3. Typ zdravotnického oddělení**



### **Délka praxe respondentů ve zdravotnickém zařízení**

Celkem 20 (9,3 %) respondentů uvedlo, že jsou v adaptačním procesu, 56 (26,2 %) respondentů označilo v dotazníku svou délku praxe mezi 1 až 4,9 roky, 43 (20,1 %) respondentů ve zdravotnictví pracuje v rozmezí 5 až 9,9 let, 51 (23,8 %) respondentů pak 10 až 19,9 let a 44 (20,6 %) respondentů ve zdravotnictví pracuje 20 a více let.

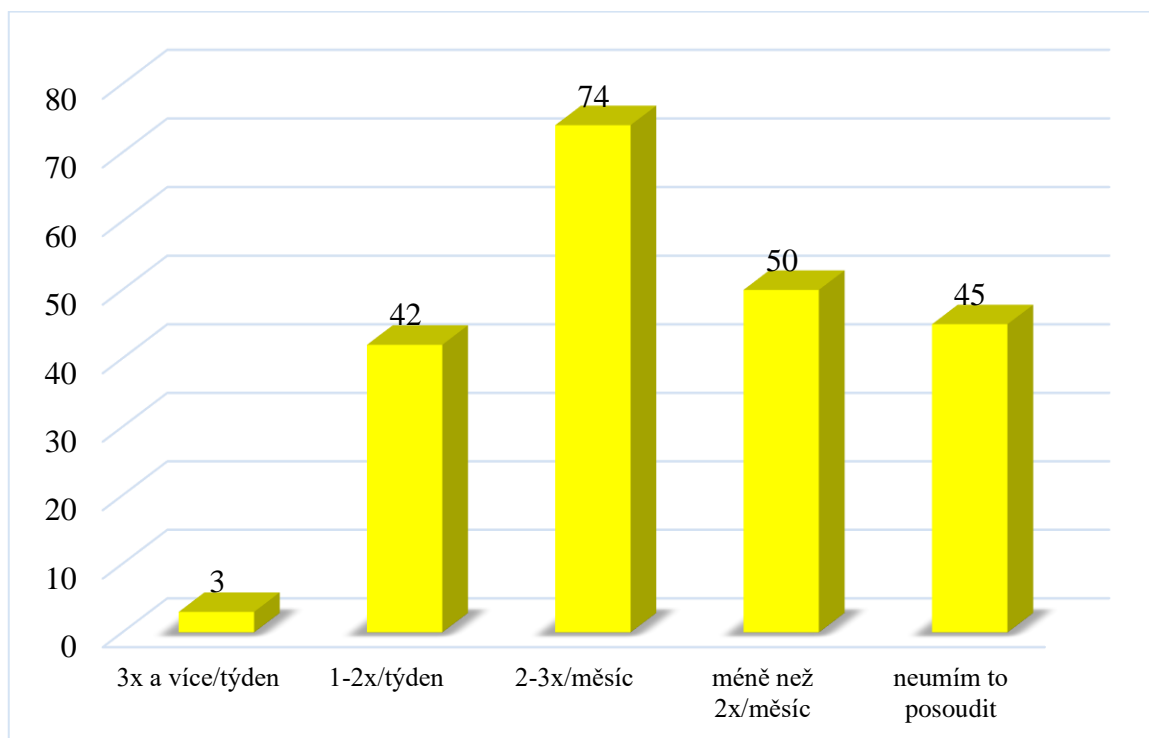
**Graf 4. Délka praxe respondentů ve zdravotnictví**



#### **Četnost setkání se se smrtí pacienta**

Na otázku č. 6 v dotazníku, která se týkala četnosti setkání se s úmrtím pacienta na oddělení, odpověděli 3 (1,4 %) respondenti, že se s úmrtím setkávají 3 a vícekrát za týden. Celkem 42 (19,6 %) respondentů pak označilo, že se s úmrtím setkávají 1 až 2x týdně, 74 (34,6 %) respondentů odpovědělo možností 2 až 3x měsíčně, 50 (23,4 %) respondentů označilo možnost méně než 2x za měsíc a 45 (21 %) respondentů označilo poslední možnost, tedy, že tuto četnost nedokážou posoudit.

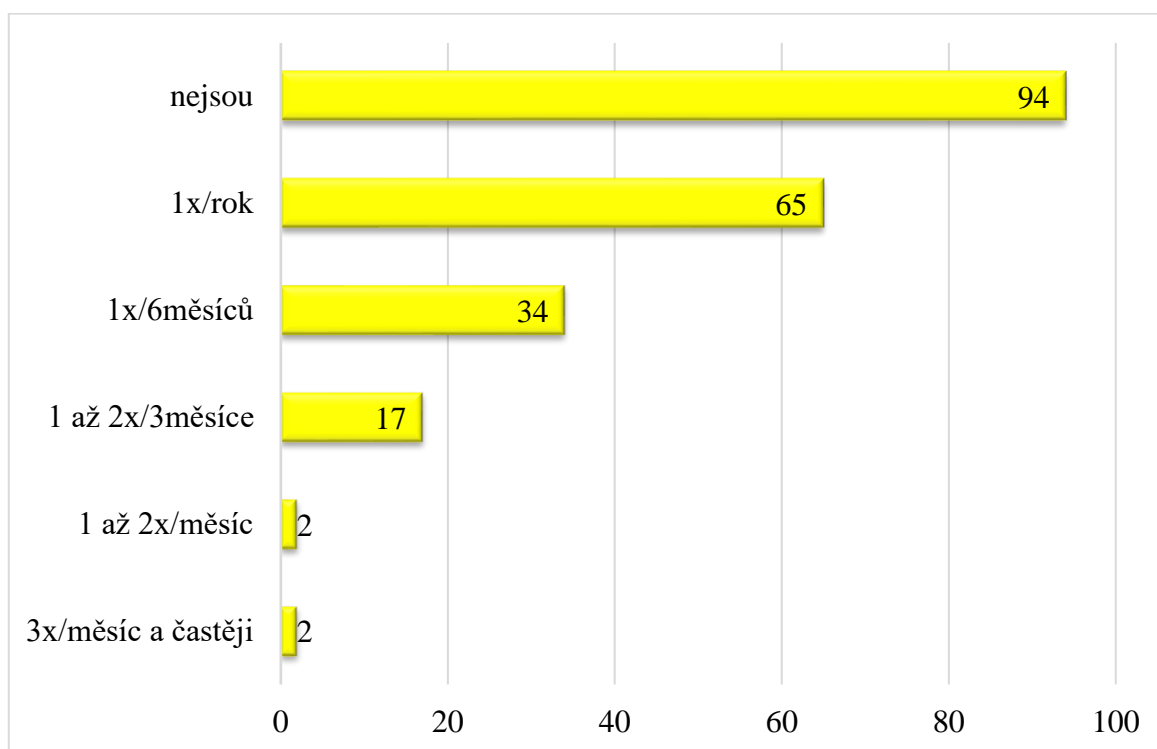
**Graf 5. Četnost úmrtí na odděleních dle subjektivního vyjádření respondentů**



### **Četnost supervizí na odděleních**

V rámci prevence stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s poskytováním péče umírajícím a zemřelým se na odděleních téměř polovina respondentů uvedla, že se na jejich oddělení neprovádí supervize, či jiné opatření. Možnost, že je supervize prováděna 1x ročně uvedlo 65 (30,4 %) respondentů. Dále uvedlo 34 respondentů, že na jejich oddělení je supervize uskutečňována 1x za půl roku, 17 respondentů uvedlo četnost supervizí 1x až 2x za čtvrt roku a čtyři respondenti uvedli, že na jejich pracovišti probíhá supervize 1x i vícekrát za měsíc.

**Graf 6. Provádění supervize na odděleních**

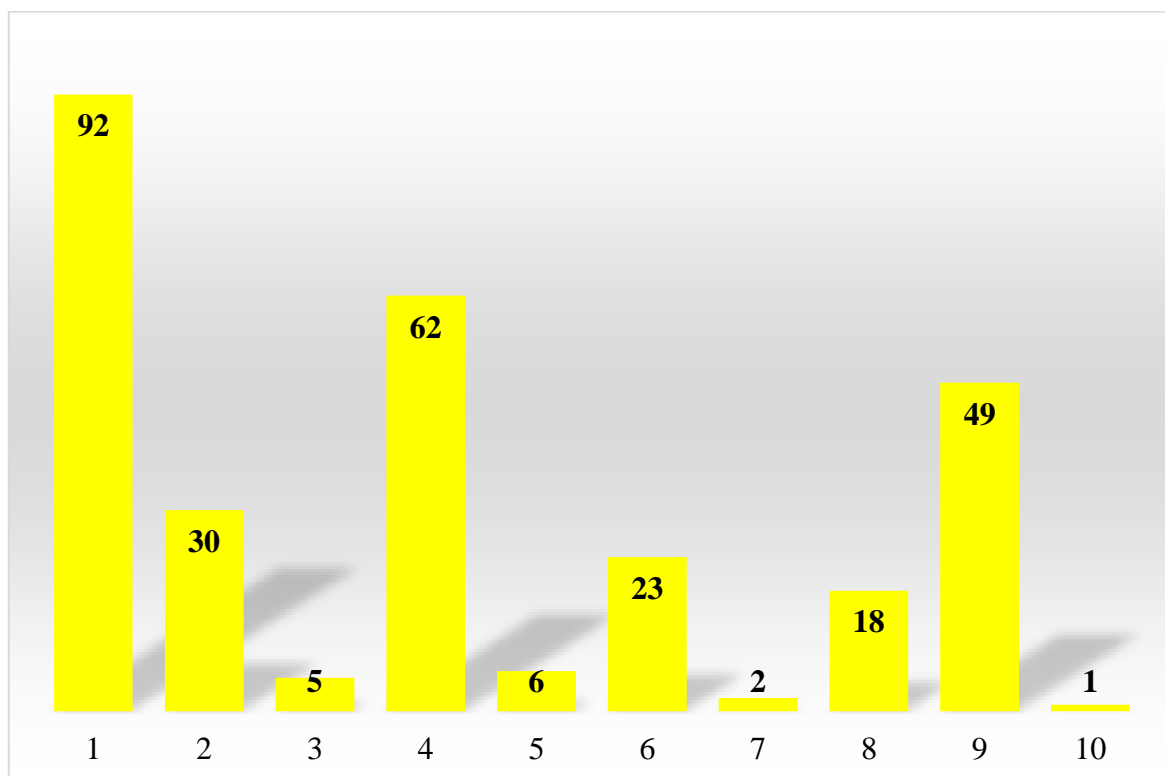


### **Druh vzdělávání respondentů v oblasti paliativní péče**

Na otázku č. 8 v dotazníkovém šetření měli respondenti odpovědět na otázku týkající se možnosti jejich vzdělávání v oblasti paliativní péče. Respondenti mohli zvolit i více odpovědí.

První možnost, tedy možnost vzdělávání formou četby odborných článků a publikací zvolilo celkem 92 (43 %) respondentů. Možnosti týkající se účasti na kurzech paliativní péče zvolilo celkem 35 (16,3 %) respondentů. Formou účasti na přednáškách a seminářích se vzdělává 68 (31,8 %) respondentů. Na konferencích zaměřených na paliativní péči se pasivně účastní 23 (10,7 %) respondentů a 2 (0,9 %) respondenti se účastní aktivně. E – learningové vzdělávání využívá 18 (8,4 %) respondentů. Jedna z respondentek označilo možnost „jiným způsobem“ a do prostoru pro volnou odpověď vepsala „od kolegyně“. Celkem 42 (22,9 %) respondentů označilo, že se v této oblasti nevzdělává. Nejčastější kombinací odpovědí, pak byla odpověď četba odborných článků a publikací společně s pasivní účastí na přednáškách a seminářích, tuto možnost zvolilo 18 respondentů.

**Graf 7. Druhy vzdělávání se respondentů v oblasti paliativní péče**



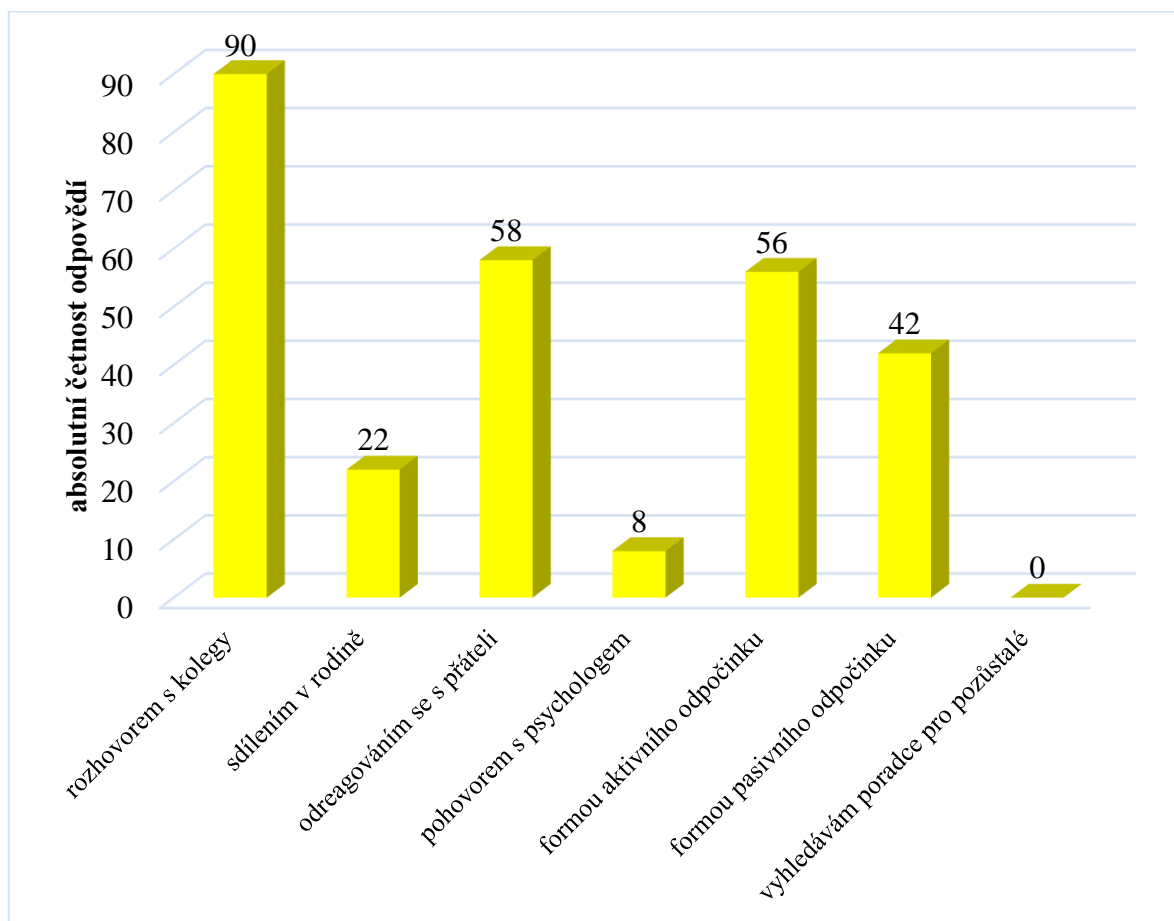
Legenda ke grafu 7: 1 - Četbou odborných článků a publikací; 2 - Pasivní účastí v kurzech paliativní péče; 3 - Aktivní účastí v kurzech paliativní péče; 4 - Pasivní účastí na přednáškách a seminářích z paliativní péče; 5 - Aktivní účastí na přednáškách a seminářích z paliativní péče; 6 - Pasivní účast na konferencích paliativní péče; 7 - Aktivní účast (sám/a přednáším) na konferencích paliativní péče; 8 - E-learningovým vzděláváním; 9 - Nevzdělávám se; 10 - Jiným způsobem: „od kolegyně“.

### **Možnosti respondentů vyrovnání se se smrtí pacienta**

U otázky číslo 9 se měli respondenti vyjádřit, jakým nejčastějším způsobem se vyrovnávají se smrtí pacienta. I v této otázce mohli respondenti zvolit více možností odpovědí. Celkem 90 (41,7 %) respondentů označilo možnost „rozhovorem s kolegy“, 22 (10,2 %) respondentů se vyrovnává s úmrtím pacienta sdílením svých pocitů v kruhu rodiny, 58 (26,9 %) respondentů se využívá odreagování se s přáteli, 8 (3,7 %) respondentů využívá služeb psychologa, 56 (25,9 %) respondentů využívá odreagování formou

aktivního odpočinku, 42 (19,4 %) respondentů využívá formu pasivního odpočinku. Nejčastější kombinace odpovědí u této otázky (celkem 10 respondentů, tj. 4,7 %), pak byla „rozhovor s kolegy“ a „formou aktivního odpočinku“

**Graf 8. Nejčastější způsoby respondentů vyrovnání se se smrtí pacienta**



## **4.2 Identifikace nejvíce a nejméně zatěžujících stresových faktorů při poskytování péče umírajícím**

### **4.2.1 Identifikace stresových faktorů dle délky praxe nelékařských zdravotnických pracovníků**

Otázka č. 10 zjišťovala intenzitu pocíťovaných stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelých pacientů. Bylo zjištěno, že nelékařští pracovníci, jejichž délka praxe ve zdravotnictví je kratší než 1 rok pocíťují jako nejvíce stresující faktor při poskytování péče umírající a zemřelým pacientům komunikaci s pozůstalými a jako nejméně stresující faktor práci s přístrojovou technikou a důstojnost procesu umírání (viz tabulku 1). Průměrná hodnota váženého skóre tohoto souboru činí 3,1.



**Tabulka 1. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví kratší dobu, než 1 rok.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 – relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 – relativní četnost	2 – absolutní četnost	1 – relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,2	4	0,1	2	0,4	8	0,15	3	0,15	3	20	3,05	6
2	0,4	8	0,15	3	0,4	8	0	0	0,05	1	20	3,85	8
3	0,5	10	0,25	5	0,2	4	0,05	1	0	0	20	4,2	10
4	0,2	4	0,2	4	0,4	8	0,1	2	0,1	2	20	3,3	6
5	0,05	1	0,15	3	0,3	6	0,25	5	0,25	5	20	2,5	5
6	0,05	1	0,05	1	0,45	9	0,35	7	0,1	2	20	2,6	8
7	0,2	4	0,15	3	0,2	4	0,35	7	0,1	2	20	3	5
8	0,15	3	0,3	6	0,4	8	0,15	3	0	0	20	3,45	8
9	0,4	8	0,25	5	0,25	5	0,1	2	0	0	20	3,95	8
10	0,05	1	0,05	1	0,25	5	0,5	10	0,15	3	20	2,35	9
11	0,2	4	0,1	2	0,4	8	0,15	3	0,15	3	20	3,05	6
12	0,15	3	0,05	1	0,3	6	0,4	8	0,1	2	20	2,75	7
13	0,1	2	0,05	1	0,5	10	0,2	4	0,15	3	20	2,75	9
14	0,05	1	0,05	1	0,3	6	0,4	8	0,2	4	20	2,35	7
15	0,15	3	0,25	5	0,25	5	0,3	6	0,05	1	20	3,15	5
16	0,1	2	0,4	8	0,3	6	0,15	3	0,05	1	20	3,35	7

U nelékařských pracovníků pracujících ve zdravotnictví 1 až 4,9 let bylo zjištěno, že jako nejvíce stresující faktor považují komunikaci s příbuznými umírajícího a jako nejméně stresující faktor práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 2). Průměrná hodnota váženého skóre u tohoto souboru činí 3,0.

**Tabulka 2. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 1 až 4, 9 let.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 – relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 – relativní četnost	2 – absolutní četnost	1 – relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,304	17	0,196	11	0,321	18	0,143	8	0,036	2	56	3,589	16
2	0,375	21	0,286	16	0,179	10	0,089	5	0,071	4	56	3,804	17
3	0,196	11	0,464	26	0,286	16	0,036	2	0,018	1	56	3,786	25
4	0,196	11	0,143	8	0,357	20	0,304	17	0	0	56	3,232	20
5	0	0	0,107	6	0,304	17	0,357	20	0,232	13	56	2,286	20
6	0,107	6	0,232	13	0,232	13	0,304	17	0,125	7	56	2,893	11
7	0,143	8	0,304	17	0,232	13	0,143	8	0,179	10	56	3,089	9
8	0,161	9	0,125	7	0,321	18	0,25	14	0,143	8	56	2,911	11
9	0,196	11	0,304	17	0,232	13	0,143	8	0,125	7	56	3,304	10
10	0,179	10	0,089	5	0,214	12	0,357	20	0,161	9	56	2,768	15
11	0,286	16	0,143	8	0,304	17	0,125	7	0,143	8	56	3,304	10
12	0,125	7	0,25	14	0,286	16	0,143	8	0,196	11	56	2,964	9
13	0,125	7	0,161	9	0,268	15	0,286	16	0,161	9	56	2,804	9
14	0,107	6	0,089	5	0,143	8	0,286	16	0,375	21	56	2,268	16
15	0,089	5	0,196	11	0,196	11	0,214	12	0,304	17	56	2,554	12
16	0,089	5	0,143	8	0,25	14	0,232	13	0,286	16	56	2,518	11

U nelékařských pracovníků pracujících ve zdravotnictví 5 až 9,9 let bylo zjištěno, že jako nejvíce stresující faktor považují komunikaci s příbuznými umírajícího a jako nejméně stresující faktor práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 3). Celkové průměrné vážené skóre je 3,1.

**Tabulka 3. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 5 až 9,9 let.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 – relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 – relativní četnost	2 – absolutní četnost	1 – relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variace šíře
1	0,279	12	0,163	7	0,233	10	0,163	7	0,163	7	43	3,233	5
2	0,419	18	0,209	9	0,116	5	0,186	8	0,07	3	43	3,721	15
3	0,302	13	0,163	7	0,349	15	0,14	6	0,047	2	43	3,535	13
4	0,14	6	0,326	14	0,279	12	0,163	7	0,093	4	43	3,256	10
5	0,116	5	0,186	8	0,163	7	0,279	12	0,256	11	43	2,628	7
6	0,116	5	0,186	8	0,349	15	0,233	10	0,116	5	43	2,953	10
7	0,233	10	0,326	14	0,186	8	0,209	9	0,047	2	43	3,488	12
8	0,209	9	0,163	7	0,233	10	0,256	11	0,14	6	43	3,047	5
9	0,209	9	0,279	12	0,163	7	0,209	9	0,14	6	43	3,209	6
10	0,093	4	0,116	5	0,256	11	0,302	13	0,233	10	43	2,535	9
11	0,419	18	0,163	7	0,163	7	0,186	8	0,07	3	43	3,674	15
12	0,279	12	0,209	9	0,14	6	0,186	8	0,186	8	43	3,209	6
13	0,326	14	0,163	7	0,302	13	0,186	8	0,023	1	43	3,581	13
14	0,116	5	0,116	5	0,163	7	0,233	10	0,372	16	43	2,372	11
15	0,116	5	0,14	6	0,186	8	0,349	15	0,209	9	43	2,605	10
16	0,07	3	0,116	5	0,256	11	0,349	15	0,209	9	43	2,488	12

U nelékařských pracovníků pracujících ve zdravotnictví 10 až 19,9 let bylo zjištěno, že jako nejvíce stresující faktor považují komunikaci s pozůstalými a jako nejméně stresující faktor pocit, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné (viz tabulku 4). Průměrné vážené skóre tohoto souboru je hodnota 3,19.

**Tabulka 4. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 10 až 19,9 let.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 – relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 – relativní četnost	2 – absolutní četnost	1 – relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,373	19	0,118	6	0,157	8	0,216	11	0,137	7	51	3,373	13
2	0,353	18	0,235	12	0,196	10	0,157	8	0,059	3	51	3,667	15
3	0,392	20	0,196	10	0,216	11	0,137	7	0,059	3	51	3,725	17
4	0,235	12	0,216	11	0,275	14	0,176	9	0,098	5	51	3,314	9
5	0,216	11	0,137	7	0,216	11	0,176	9	0,255	13	51	2,882	4
6	0,235	12	0,216	11	0,216	11	0,157	8	0,176	9	51	3,176	4
7	0,373	19	0,176	9	0,255	13	0,118	6	0,078	4	51	3,647	15
8	0,216	11	0,137	7	0,294	15	0,235	12	0,118	6	51	3,098	9
9	0,255	13	0,176	9	0,275	14	0,235	12	0,059	3	51	3,333	11
10	0,098	5	0,118	6	0,255	13	0,235	12	0,294	15	51	2,49	10
11	0,275	14	0,196	10	0,275	14	0,157	8	0,098	5	51	3,392	9
12	0,353	18	0,196	10	0,137	7	0,157	8	0,157	8	51	3,431	11
13	0,255	13	0,059	3	0,255	13	0,196	10	0,235	12	51	2,902	10
14	0,196	10	0,137	7	0,137	7	0,255	13	0,275	14	51	2,725	7
15	0,196	10	0,078	4	0,255	13	0,294	15	0,176	9	51	2,824	11
16	0,275	14	0,157	8	0,176	9	0,196	10	0,196	10	51	3,118	6

U nelékařských pracovníků pracujících ve zdravotnictví 20 a více let bylo zjištěno, že jako nejvíce stresující faktor považují komunikaci s příbuznými umírajícího a jako nejméně stresující faktor pocít, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné (viz tabulku 5). Celkové průměrné vážené skóre u tohoto souboru je 3,11.

**Tabulka 5. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 10 až 19,9 let.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 – relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 – relativní četnost	2 – absolutní četnost	1 – relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,227	10	0,114	5	0,364	16	0,25	11	0,045	2	44	3,227	14
2	0,409	18	0,136	6	0,295	13	0,159	7	0	0	44	3,795	18
3	0,409	18	0,136	6	0,295	13	0,136	6	0,023	1	44	3,773	17
4	0,136	6	0,159	7	0,386	17	0,159	7	0,159	7	44	2,955	11
5	0,182	8	0,114	5	0,25	11	0,205	9	0,25	11	44	2,773	6
6	0,159	7	0,227	10	0,364	16	0,159	7	0,091	4	44	3,205	12
7	0,295	13	0,227	10	0,25	11	0,159	7	0,068	3	44	3,523	10
8	0,25	11	0,159	7	0,227	10	0,182	8	0,182	8	44	3,114	4
9	0,205	9	0,159	7	0,273	12	0,205	9	0,159	7	44	3,045	5
10	0,205	9	0,068	3	0,159	7	0,159	7	0,409	18	44	2,5	15
11	0,205	9	0,273	12	0,318	14	0,091	4	0,114	5	44	3,364	10
12	0,25	11	0,273	12	0,114	5	0,227	10	0,136	6	44	3,273	7
13	0,205	9	0,045	2	0,318	14	0,273	12	0,159	7	44	2,864	12
14	0,205	9	0,068	3	0,159	7	0,205	9	0,364	16	44	2,545	13
15	0,227	10	0,273	12	0,136	6	0,136	6	0,227	10	44	3,136	6
16	0,159	7	0,159	7	0,114	5	0,25	11	0,318	14	44	2,591	9

## 4.2.2 Identifikace stresových faktorů dle typu oddělení

U nelékařských pracovníků následné ošetrovatelské péče je největším stresujícím faktorem komunikace s příbuznými umírajícího, naopak nejméně stresujícím faktorem je práce s přístrojovou technikou (viz tabulku 6). Celkové průměrné vážené skóre tohoto souboru je 2,86.

**Tabulka 6. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na oddělení následné ošetrovatelské péče.**

stresový faktor číslo:	5 - relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,17	7	0,12	5	0,22	9	0,37	15	0,12	5	41	2,85	10
2	0,27	11	0,27	11	0,17	7	0,22	9	0,07	3	41	3,44	8
3	0,32	13	0,17	7	0,17	7	0,27	11	0,07	3	41	3,39	10
4	0,17	7	0,07	3	0,46	19	0,22	9	0,07	3	41	3,05	16
5	0,05	2	0,15	6	0,12	5	0,32	13	0,37	15	41	2,2	11
6	0,1	4	0,22	9	0,29	12	0,2	8	0,2	8	41	2,83	8
7	0,17	7	0,24	10	0,29	12	0,2	8	0,1	4	41	3,2	8
8	0,2	8	0,12	5	0,27	11	0,29	12	0,12	5	41	2,98	7
9	0,12	5	0,2	8	0,44	18	0,2	8	0,05	2	41	3,15	16
10	0,15	6	0,17	7	0,22	9	0,32	13	0,15	6	41	2,85	7
11	0,2	8	0,2	8	0,22	9	0,27	11	0,12	5	41	3,07	6
12	0,15	6	0,2	8	0,15	6	0,27	11	0,24	10	41	2,73	5
13	0,07	3	0,05	2	0,24	10	0,41	17	0,22	9	41	2,34	15
14	0,15	6	0,02	1	0,1	4	0,32	13	0,41	17	41	2,17	16
15	0,12	5	0,24	10	0,07	3	0,34	14	0,22	9	41	2,71	11
16	0,15	6	0,29	12	0,05	2	0,29	12	0,22	9	41	2,85	10

Ve skupině pracovníků pracujících na standardních odděleních byl jako nejvíce stresující faktor vyhodnocen faktor komunikace s příbuznými umírajícího a pozůstalými, jako nejméně stresující faktor byl vyhodnocen faktor pocitu, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné (viz tabulku 7). Průměrné vážené skóre tohoto souboru je 3,2.

**Tabulka 7. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků na standardních oddělení.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variace šíře
1	0,347	35	0,149	15	0,277	28	0,139	14	0,089	9	101	3,525	26
2	0,356	36	0,267	27	0,188	19	0,139	14	0,05	5	101	3,743	31
3	0,277	28	0,317	32	0,307	31	0,069	7	0,03	3	101	3,743	29
4	0,168	17	0,248	25	0,287	29	0,248	25	0,05	5	101	3,238	24
5	0,119	12	0,168	17	0,257	26	0,238	24	0,218	22	101	2,733	14
6	0,188	19	0,168	17	0,257	26	0,238	24	0,149	15	101	3,01	11
7	0,277	28	0,287	29	0,198	20	0,139	14	0,099	10	101	3,505	19
8	0,257	26	0,158	16	0,238	24	0,248	25	0,099	10	101	3,228	16
9	0,327	33	0,218	22	0,168	17	0,198	20	0,089	9	101	3,495	24
10	0,119	12	0,099	10	0,218	22	0,218	22	0,347	35	101	2,426	25
11	0,277	28	0,208	21	0,307	31	0,119	12	0,089	9	101	3,465	22
12	0,248	25	0,188	19	0,228	23	0,188	19	0,149	15	101	3,198	10
13	0,277	28	0,129	13	0,267	27	0,188	19	0,139	14	101	3,218	15
14	0,198	20	0,139	14	0,188	19	0,287	29	0,188	19	101	2,871	15
15	0,178	18	0,119	12	0,218	22	0,327	33	0,158	16	101	2,832	21
16	0,198	20	0,119	12	0,267	27	0,238	24	0,178	18	101	2,921	15

Pro nelékařské zdravotnické pracovníky na odděleních intenzivní péče a anesteziologicko resuscitačním oddělení pak je považován jako nejvíce stresující faktor komunikace s pozůstalými a jako nejméně stresující faktor při poskytování péče umírajícím práce s přístrojovou technikou (viz tabulku 8). Průměrné vážené skóre tohoto souboru respondentů činí 3,1.

**Tabulka 8. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků intenzivní péče.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,292	21	0,153	11	0,319	23	0,153	11	0,083	6	72	3,417	17
2	0,5	36	0,111	8	0,278	20	0,069	5	0,042	3	72	3,958	33
3	0,528	38	0,111	8	0,292	21	0,056	4	0,014	1	72	4,083	37
4	0,208	15	0,222	16	0,319	23	0,111	8	0,139	10	72	3,25	15
5	0,153	11	0,083	6	0,292	21	0,25	18	0,222	16	72	2,694	15
6	0,111	8	0,236	17	0,361	26	0,236	17	0,056	4	72	3,111	22
7	0,264	19	0,194	14	0,236	17	0,208	15	0,097	7	72	3,319	12
8	0,125	9	0,181	13	0,361	26	0,153	11	0,181	13	72	2,917	17
9	0,167	12	0,278	20	0,222	16	0,167	12	0,167	12	72	3,111	8
10	0,153	11	0,042	3	0,236	17	0,375	27	0,194	14	72	2,583	24
11	0,347	25	0,139	10	0,278	20	0,097	7	0,139	10	72	3,458	18
12	0,278	20	0,264	19	0,153	11	0,167	12	0,139	10	72	3,375	10
13	0,194	14	0,097	7	0,389	28	0,194	14	0,125	9	72	3,042	21
14	0,069	5	0,083	6	0,167	12	0,194	14	0,486	35	72	2,056	30
15	0,139	10	0,222	16	0,25	18	0,097	7	0,292	21	72	2,819	14
16	0,069	5	0,167	12	0,222	16	0,222	16	0,319	23	72	2,444	18



### 4.2.3 Identifikace stresových faktorů dle nejvyššího dosaženého vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků

Nelékařští zdravotničtí pracovníci, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je základní, hodnotili jako nejvíce stresující faktor vlastní prožitky ze smrti velmi blízké osoby a jako nejméně stresující faktor nedostatek informací v oblasti paliativní péče a práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 9). Jelikož absolutní četnost těchto respondentů byla 9, nemají výsledky vypovídající váhu. Průměrné vážené skóre souboru činí 2,58.

**Tabulka 9. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – základním.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variální šíře
1	0,333	3	0	0	0,222	2	0,333	3	0,111	1	9	3,111	3
2	0,222	2	0,222	2	0,222	2	0,222	2	0,111	1	9	3,222	1
3	0	0	0,222	2	0,444	4	0,333	3	0	0	9	2,889	4
4	0	0	0,111	1	0,333	3	0,222	2	0,333	3	9	2,222	3
5	0	0	0	0	0,222	2	0,444	4	0,333	3	9	1,889	4
6	0	0	0,111	1	0,222	2	0,444	4	0,222	2	9	2,222	4
7	0,333	3	0	0	0,222	2	0,222	2	0,222	2	9	3	3
8	0,111	1	0	0	0,222	2	0,333	3	0,333	3	9	2,222	3
9	0,111	1	0,111	1	0,444	4	0,222	2	0,111	1	9	2,889	3
10	0	0	0	0	0,333	3	0,444	4	0,222	2	9	2,111	4
11	0,222	2	0,222	2	0,222	2	0,333	3	0	0	9	3,333	3
12	0,222	2	0,111	1	0,222	2	0,111	1	0,333	3	9	2,778	2
13	0,111	1	0	0	0,333	3	0,222	2	0,333	3	9	2,333	3
14	0,111	1	0	0	0	0	0,444	4	0,444	4	9	1,889	4

15	0,111	1	0	0	0,111	1	0,444	4	0,333	3	9	2,111	4
16	0,222	2	0,222	2	0	0	0,444	4	0,111	1	9	3	4

Nelékařští zdravotničtí pracovníci, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity, hodnotili jako nejvíce stresující faktor komunikaci s příbuznými umírajícího a jako nejméně stresující 3 faktory, kterými je pocit, že pacient není dostatečně informován o své diagnóze, dále pocit, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné a práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 10). Celkové průměrné vážené skóre souboru činí 3,2.

**Tabulka 10. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – středoškolským bez maturity.**

stresový faktor číslo:	5 - relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variační šířka
1	0,353	6	0,176	3	0,176	3	0,118	2	0,176	3	17	3,412	4
2	0,529	9	0,118	2	0,176	3	0,118	2	0,059	1	17	3,941	8
3	0,353	6	0,176	3	0,294	5	0,118	2	0,059	1	17	3,647	5
4	0,176	3	0,118	2	0,471	8	0,176	3	0,059	1	17	3,176	7
5	0,176	3	0,235	4	0,118	2	0,118	2	0,353	6	17	2,765	4
6	0,059	1	0,235	4	0,118	2	0,294	5	0,294	5	17	2,471	4
7	0,294	5	0,294	5	0,176	3	0,118	2	0,118	2	17	3,529	3
8	0,235	4	0,118	2	0,294	5	0,235	4	0,118	2	17	3,118	3
9	0,353	6	0,059	1	0,235	4	0,235	4	0,118	2	17	3,294	5
10	0,176	3	0,059	1	0,118	2	0,353	6	0,294	5	17	2,471	5
11	0,412	7	0,118	2	0,235	4	0,235	4	0	0	17	3,706	7
12	0,471	8	0,176	3	0	0	0,059	1	0,294	5	17	3,471	8
13	0,529	9	0,059	1	0,235	4	0,118	2	0,059	1	17	3,882	8

14	0,059	1	0,176	3	0,176	3	0,353	6	0,235	4	17	2,471	5
15	0,235	4	0,059	1	0,176	3	0,471	8	0,059	1	17	2,941	7
16	0,294	5	0,059	1	0,176	3	0,176	3	0,294	5	17	2,882	4

Nelékařští zdravotničtí pracovníci, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, hodnotili jako nejvíce stresující faktor komunikaci s pozůstalými a jako nejméně stresující faktor práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 11). Průměrné vážené skóre souboru je 3,12.

**Tabulka 11. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – středoškolským s maturitou.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variační šíř
1	0,264	29	0,155	17	0,3	33	0,182	20	0,1	11	110	3,3	18
2	0,4	44	0,218	24	0,209	23	0,127	14	0,045	5	110	3,8	39
3	0,4	44	0,227	25	0,255	28	0,1	11	0,018	2	110	3,891	43
4	0,182	20	0,182	20	0,355	39	0,209	23	0,073	8	110	3,191	31
5	0,109	12	0,127	14	0,282	31	0,227	25	0,255	28	110	2,609	16
6	0,164	18	0,209	23	0,318	35	0,209	23	0,1	11	110	3,127	24
7	0,236	26	0,264	29	0,273	30	0,155	17	0,073	8	110	3,436	22
8	0,218	24	0,155	17	0,255	28	0,273	30	0,1	11	110	3,118	19
9	0,227	25	0,218	24	0,227	25	0,209	23	0,118	13	110	3,227	12
10	0,164	18	0,127	14	0,209	23	0,236	26	0,264	29	110	2,691	15
11	0,273	30	0,209	23	0,282	31	0,118	13	0,118	13	110	3,4	18
12	0,227	25	0,155	17	0,218	24	0,236	26	0,164	18	110	3,045	9
13	0,191	21	0,127	14	0,327	36	0,209	23	0,145	16	110	3,009	22

14	0,164	18	0,073	8	0,182	20	0,3	33	0,282	31	110	2,536	25
15	0,164	18	0,2	22	0,182	20	0,273	30	0,182	20	110	2,891	12
16	0,155	17	0,136	15	0,2	22	0,264	29	0,245	27	110	2,691	14

Nelékařští zdravotničtí pracovníci, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, hodnotili jako nejvíce stresující faktor vlastní prožitky ze smrti blízkého člověka a jako nejméně stresující faktor pocit, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné (viz tabulku 12). Průměrné vážené skóre souboru je 3,06.

**Tabulka 12. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – vyšší odborné.**

stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variační šíře
1	0,333	11	0,152	5	0,242	8	0,212	7	0,061	2	33	3,485	9
2	0,333	11	0,212	7	0,182	6	0,182	6	0,091	3	33	3,515	8
3	0,333	11	0,091	3	0,394	13	0,091	3	0,091	3	33	3,485	10
4	0,242	8	0,273	9	0,182	6	0,182	6	0,121	4	33	3,333	5
5	0,182	6	0,091	3	0,212	7	0,242	8	0,273	9	33	2,667	6
6	0,182	6	0,212	7	0,212	7	0,242	8	0,152	5	33	3,03	3
7	0,242	8	0,182	6	0,273	9	0,182	6	0,121	4	33	3,242	5
8	0,121	4	0,182	6	0,273	9	0,182	6	0,242	8	33	2,758	5
9	0,182	6	0,242	8	0,273	9	0,121	4	0,182	6	33	3,121	5
10	0,061	2	0,061	2	0,303	10	0,333	11	0,242	8	33	2,364	9
11	0,303	10	0,212	7	0,333	11	0,121	4	0,03	1	33	3,636	10
12	0,152	5	0,364	12	0,242	8	0,091	3	0,152	5	33	3,273	9
13	0,212	7	0,061	2	0,303	10	0,303	10	0,121	4	33	2,939	8

14	0,182	6	0,121	4	0,182	6	0,152	5	0,364	12	33	2,606	8
15	0,061	2	0,182	6	0,364	12	0,152	5	0,242	8	33	2,667	10
16	0,121	4	0,182	6	0,303	10	0,212	7	0,182	6	33	2,848	6

Nelékařští zdravotničtí pracovníci, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, hodnotili jako nejvíce stresující faktor komunikaci s pozůstalými a jako nejméně stresující faktor práci s přístrojovou technikou (viz tabulku 13). Celkové průměrné vážené skóre souboru je 3,14.

**Tabulka 13. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – vysokoškolské.**

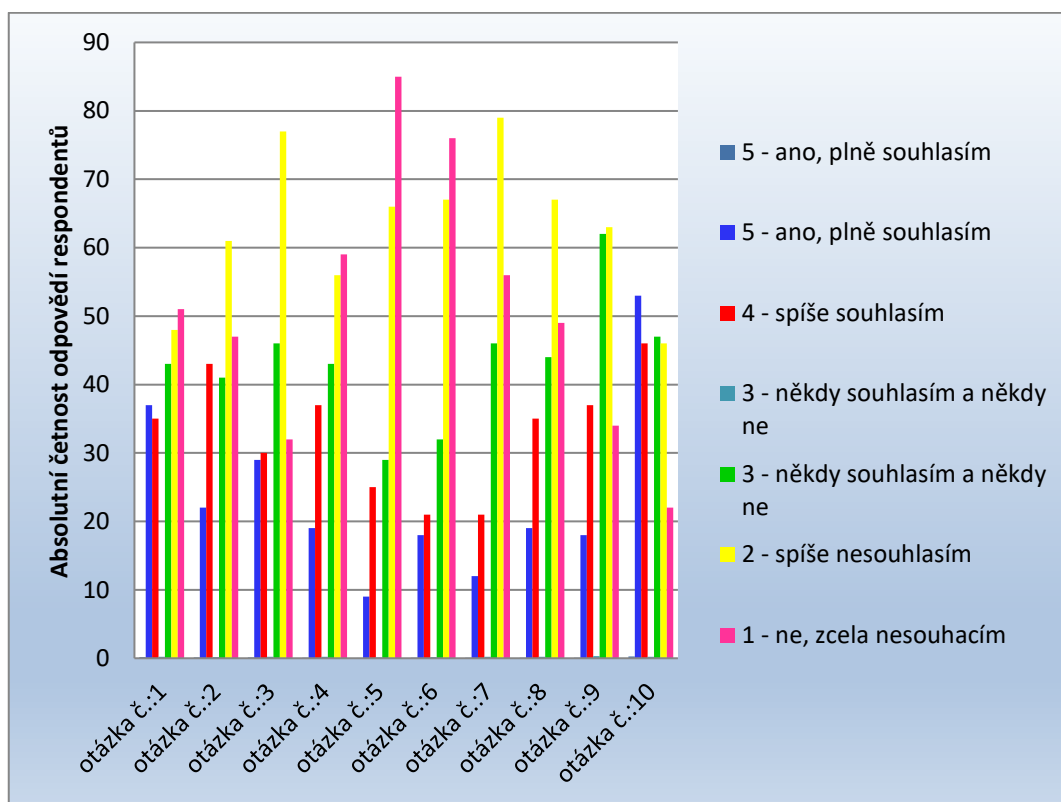
stresový faktor číslo:	5 – relativní četnost	5 - absolutní četnost	4 - relativní četnost	4 - absolutní četnost	3 - relativní četnost	3 - absolutní četnost	2 - relativní četnost	2 - absolutní četnost	1 - relativní četnost	1 - absolutní četnost	součet absolutních četností	průměrné vážené skóre	variační šíř
1	0,289	13	0,133	6	0,311	14	0,178	8	0,089	4	45	3,356	10
2	0,378	17	0,244	11	0,267	12	0,089	4	0,022	1	45	3,867	16
3	0,4	18	0,311	14	0,2	9	0,067	3	0,022	1	45	4	17
4	0,178	8	0,267	12	0,333	15	0,178	8	0,044	2	45	3,356	13
5	0,089	4	0,178	8	0,222	10	0,356	16	0,156	7	45	2,689	12
6	0,133	6	0,178	8	0,4	18	0,2	9	0,089	4	45	3,067	14
7	0,267	12	0,289	13	0,111	5	0,222	10	0,111	5	45	3,378	8
8	0,222	10	0,2	9	0,378	17	0,111	5	0,089	4	45	3,356	13
9	0,267	12	0,356	16	0,2	9	0,156	7	0,022	1	45	3,689	15
10	0,133	6	0,067	3	0,222	10	0,333	15	0,244	11	45	2,511	12
11	0,267	12	0,111	5	0,267	12	0,133	6	0,222	10	45	3,067	7
12	0,244	11	0,289	13	0,133	6	0,244	11	0,089	4	45	3,356	9
13	0,156	7	0,111	5	0,267	12	0,289	13	0,178	8	45	2,778	8

14	0,111	5	0,133	6	0,133	6	0,178	8	0,444	20	45	2,289	15
15	0,178	8	0,2	9	0,156	7	0,156	7	0,311	14	45	2,778	7
16	0,067	3	0,267	12	0,222	10	0,2	9	0,244	11	45	2,711	9

### 4.3 Vyhodnocení Meisterovy modifikované škály psychické zátěže

Z hodnot vypočítaných pro jednotlivé položky Meisterovy modifikované škály vyplývá, že nelékařští zdravotničtí pracovníci spíše volili pozitivní hodnocení daných otázek zaměřených na časovou tíseň, malé uspokojení, vysokou odpovědnost, otupující práci, problémy a konflikty, monotonii, nervozitu, přesycení, únavu při práci s umírajícími. S výjimkou otázky 10, která se týkala dlouhodobé únosnosti práce s umírajícími (viz graf 9). Po vypočtení váženého skóre a kritických hodnot jednotlivých položek, byly vypočteny také průměrné hodnoty jednotlivých faktorů (oblastí) a následně porovnány s výsledky hodnot hygienické služby pro českou populaci (viz tabulku 14). Překročení hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti. Oblast I. „Přetížení“ je součtem položek 1, 3 a 5. Oblast II. „Monotonie“ je součtem položek 2, 4 a 6. Oblast III. „Nespecifický faktor“ je součtem položek 7, 8, 9 a 10. Hrubý skór je součtem faktorů I, II a III.

**Graf 9. Absolutní četnosti odpovědí respondentů v Modifikované Meisterově škále psychické zátěže**



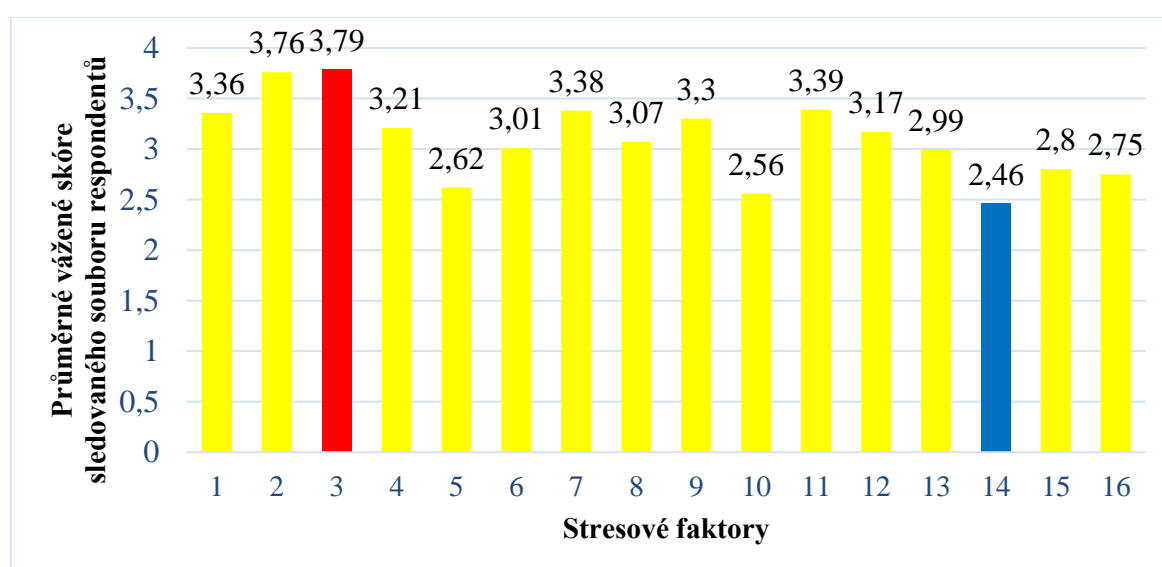
**Tabulka 14. Porovnání výsledků kritických hodnot pro českou populaci s výsledkem souboru respondentů.**

Faktor	Název faktoru	norma, n= 867			výzkumný soubor, n = 214		
		Ø	s.d.	krit.hod.	Ø	s.d.	krit.hod.
I.	Přetížení	8,4	3,2	10	7,7	6,2	10,8
II.	Monotonie	7,6	3	9	7,5	6	10,5
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,9	5,6	12,8
HS	Hrubý skór	25	8,1	29	26,028	3,8	28

## 4.4 Vyhodnocení hlavního cíle výzkumného šetření

Ve sledovaném, celkovém souboru respondentů bylo zjištěno, že nelékařští zdravotničtí pracovníci považují za nejvíce stresující faktor při poskytování péče umírajícím pacientů komunikaci s pozůstalými. Naopak za nejméně stresující faktor při poskytování této péče považují práci s přístrojovou technikou (viz graf 10).

**Graf 10. Průměrné vážené skóre stresových faktorů u sledovaného souboru respondentů**



Legenda ke grafu 9:

Název stresového faktoru	Číslo faktoru
Komunikace s umírajícím	1
Komunikace s příbuznými umírajícího.	2
<b>Komunikace s pozůstalými.</b>	<b>3</b>
Projevy umírajícího v období agónie.	4
Nedostatek informací v oblasti paliativní péče.	5
Pocit, že pacient není dostatečně informován o své diagnóze.	6
Pocit, že pacientova bolest není účinně tlumena.	7
Pocit, že nejsou dostatečně saturovány spirituální potřeby umírajícího.	8
Pocit, že umírající a jeho blízcí nemají dostatek času a prostoru pro rozloučení.	9
Pocit, že umírání pacientů na Vašem oddělení je nedůstojné.	10



Vlastní prožitky ze smrti velmi blízké osoby.	11
Pocit, že umírajícím pacientům je poskytována intenzivní a resuscitační péče.	12
Pocit, že Vaším posláním ve zdravotnictví je záchrana lidských životů.	13
Práci s přístrojovou technikou.	14
Administrativu spojenou s péčí o zesnulého a pozůstalé.	15
Péči o zesnulého.	16

## 5 DISKUZE

Ve výzkumném šetření, jehož hlavním cílem bylo identifikovat, který ze stresových faktorů nelékařští zdravotničtí pracovníci pocítují jako nejvíce a nejméně zatěžující. Bylo zjištěno, že jako nejvíce zatěžující je faktor komunikace s pozůstalými zemřelého pacienta. Dále bylo zjištěno, že nelékařští zdravotničtí pracovníci jako nejméně stresující faktor při poskytování péče umírajícím hodnotí práci s přístrojovou technikou.

S tímto cílem souvisely také hypotézy, které byly zaměřeny na závislost mezi stresovými faktory při poskytování péče umírajícím a délkou praxe, typem zdravotnického oddělení a dosaženým vzděláním zdravotníků. Při zkoumání hypotéz pomocí výpočtu průměrného váženého skóre a Kendallova koeficientu shody bylo zjištěno, že u většiny skupin byla nevýznamnějším stresovým faktorem komunikace, a to buď s příbuznými umírajícího, či s pozůstalými. K podobnému výsledku dospěly i autorky Bártlová a Jobánková (2006), kdy při výzkumu pomocí metody focus group zjistily, že kontakt s pozůstalými a předávání pozůstalosti rodině je pro sestry zátěžovou situací, bez ohledu na typ oddělení, na kterém sestry pracovaly (ARO, JIP, onkologie, dialyzační centrum, léčebny dlouhodobě nemocných). Autorky Pfefferová a Pistulková (2011) uvádějí, že v 41 % je frustrujícím momentem při péči o umírají a zemřelé z hlediska sester na ARO přítomnost rodiny.

Výjimku tvořila skupina respondentů se základním vzděláním. Tento výsledek však mohl být ovlivněn četností respondentů, jelikož absolutní četnost této skupiny činila pouze devět respondentů. Druhá skupina, která nepocítovala komunikaci jako nejvýznamnější stresový faktor, byla skupina respondentů s vyšším odborným vzděláním. Tato skupina zahrnovala celkem 33 respondentů. Ovlivňujícím faktorem této skupiny může být předmět Psychologie a Komunikace, který je zařazen ve studijním programu diplomovaných všeobecných sester na vyšších odborných zdravotnických školách. Týdenní hodinová dotace dle RVP je celkem 13 hodin předmětů psychologie (obecná a osobnosti, vývojová, sociální a zdravotnická) a čtyři hodiny Komunikace v ošetrovatelství za dobu studia. Stejný počet výše zmíněné hodinové dotace má např. i studijní plán Diplomované všeobecné sestry na SZŠ a VOŠZ ve Zlíně (viz přílohu 5). Oproti tomu např. učební plán téže školy oboru „Zdravotnický asistent“ má pouze šest hodin dotace předmětu Psychologie a komunikace. Obor ošetrovatel má pak šestihodinovou dotaci předmětu Psychologie a dvouhodinovou dotaci Komunikace. Limitem dotazníkového šetření je fakt,

že dotazník zjišťoval nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, nikoliv však nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání. Nejméně stresující faktor při poskytování péče umírajícím pacientům ve sledovaném souboru respondentů byl zjištěn faktor práce s přístrojovou technikou. Skupiny respondentů pracující ve zdravotnictví méně než rok, dále 10 – 19,9 let, 20 a více let, skupina respondentů s vyšším odborným vzděláním, středoškolským vzděláním bez maturity a pracovníci na standardním oddělení však nejvíce označovali jako nejméně stresující faktor pocit, že umírání pacientů na daném oddělení je nedůstojné. Jinými slovy považují umírání pacientů na svých pracovištích za důstojné.

Dle vzorce (Chráška, 2007) pro výpočet Kendallova koeficientu shody bylo zjištěno, že tento koeficient pro soubor respondentů rozčleněný dle délky praxe nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví je 0,753, čímž bylo dokázáno, že existuje vztah mezi srovnávanými pořadími (čím je výsledek blíže k 1, tím je vztah mezi pořadími těsnější). Pro posouzení statistické významnosti bylo použito testové kritérium chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05, které odpovídá 24,996. Výsledek kritické hodnoty pro tuto skupinu je 56,497, čímž je odmítnuta  $H_{01}$  a přijata  $H_{A1}$ .

V souboru respondentů, rozčleněných dle druhu oddělení, na kterém pracují, byl Kendallův koeficient shody 0,817, čímž bylo dokázáno, že existuje vztah mezi srovnávanými pořadími. Pro posouzení statistické významnosti bylo použito testové kritérium chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05, které odpovídá 24,996. Výsledek kritické hodnoty pro tuto skupinu je 36,765, čímž je odmítnuta  $H_{02}$  a přijata  $H_{A2}$ .

V souboru respondentů rozčleněných dle dosaženého vzdělání byl vypočítán Kendallův koeficient shody 0,805, čímž byl dokázán vztah těsnosti mezi pořadími jednotlivých skupin. Pro posouzení statistické významnosti bylo použito testové kritérium chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05, které odpovídá 24,996. Výsledek kritické hodnoty pro tuto skupinu je 60,349, čímž je odmítnuta  $H_{03}$  a přijata  $H_{A3}$ .

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda jsou na pracovištích prováděny supervize či jiné aktivity v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s poskytováním péče umírajícím pacientům a péči zemřelým. Na zdravotnických odděleních Uherskohradištské nemocnice, na kterých bylo prováděno dotazníkové šetření, bylo zjištěno, že u 43,9 % nelékařských zdravotnických pracovníků, jež se dobrovolně zúčastnili výzkumu, nejsou prováděny supervize, či jiná opatření zabraňující rozvoji syndromu vyhoření v rámci poskytování péče umírajícím pacientům. Toto zjištění může vést k dalšímu výzkumu, který by zjišťoval přetížení pracovníků v souvislosti s poskytováním supervizí, a to v obecné rovině u zdravotnických pracovníků i specificky

v souvislosti s paliativní péčí. Výzkumné šetření Novotné a Valentové (2011) zjistilo, že až 90 % respondentů pracujících v hospici uvádí, že na jejich pracovištích jsou prováděny aktivity a programy zaměřené na duševní hygienu a prevenci syndromu vyhoření. Tento výzkum také poukázal na to, že na geriatrickém oddělení tyto programy neprobíhají, což uvedlo 78 % respondentek.

Další z dílčích cílů pak zjišťoval možnosti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní péče. Bylo zjištěno, že nejčastějším způsobem vzdělávání pracovníků v této oblasti je četba odborných článků a publikací, pasivní účast na přednáškách a seminářích. Celkem 49 (22,9 %) respondentů také uvedlo, že v dané oblasti se nevzdělávají. Cínová, Ondriová a Novotná (2015) uvádějí, že 89 % sester a 85 % lékařů považuje vzdělávání v oblasti paliativní péče za nepotřebné. Dubcová a Ralbovská (2011) uvádějí, že dle subjektivního hodnocení, zda jsou sestry v našich nemocnicích dostatečně vzdělané, uvedlo 47,8 % všeobecných sester v dotazníkovém šetření odpověď ne.

Nejčastěji se pak respondenti vyrovnávají s úmrtím pacienta rozhovorem s kolegy, odreagováním se s přáteli, či využívají formy aktivního odpočinku.

Poslední dílčí cíl pak porovnával psychickou zátěž dle modifikované Meisterovy škály u sledovaného souboru respondentů s normou této škály pro ženskou populaci v ČR, vypracovanou hygienickou službou ČR. Při porovnávání výsledků kritických hodnot bylo zjištěno, že ve faktoru I („Přetížení“) a II („Monotonie“) vykazují respondenti vyšších hodnot, tedy oproti normě dochází k negativním vnímání daných faktorů a zvýšení psychické zátěže. Naopak ve faktoru III („Nespecifický faktor“) a „Hrubém skóre“ výsledek prokázal mírnou pozitivní odchylku. Cínová, Ondriová a Novotná (2015) zveřejnily výsledky výzkumu, kde bylo zjištěno, že zdravotnická veřejnost vnímá poskytování paliativní péče v praxi jako velmi náročnou po psychické i fyzické stránce pracovníků.

Z výše uvedených faktů, doporučuji navýšení hodinových dotací předmětů Psychologie a komunikace na Středních zdravotnických školách, především se zaměřením na výuku a nácvik komunikačních metod a prostředků. Možností pro zmírnění stresového faktoru komunikace s příbuznými umírajícího pozůstalými je pravidelné provádění supervizí, či programy pro zdravotníky pořádané jejich zaměstnavatelem ve smyslu výcviku zaměstnanců v komunikaci psychologem, interventem či poradcem pro pozůstalé. Dále doporučuji zřízení jednotek paliativní medicíny na klinikách a oddělení dlouhodobé péče, kde by pracovali speciálně vyškolení zdravotničtí pracovníci v oboru paliativní péče.

## ZÁVĚR PRÁCE

Umírání a smrt nemocných od období 2. světové války je přesouváno z domácího prostředí nemocného do institucí, jakými jsou nejčastěji nemocnice event. do sociálních zařízení pro seniory. V období po „Sametové revoluci“ se i v České republice rozvíjí paliativní a hospicová péče, kde je poskytována péče nemocným v závěru jejich života. Součástí této péče je také zapojení rodinných příslušníků.

Tzv. institucionalizované umírání vede k odsunutí smrti do pozadí běžného života. Péče v nemocnicích je na vysoké úrovni z pohledu moderních vyšetřovacích či léčebných metod. Někdy je však opomíjena lidská stránka nemoci a na pacienta se pohlíží jako na diagnózu.

Cílem práce bylo identifikovat stresové faktory, které považují nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující. Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotní studie, která probíhala v KNTB a.s. na neurologickém oddělení. Po úpravě dotazníku byl tento dotazník osobně rozdán staničním sestřám na odděleních Uherskohradištské nemocnice. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Zúčastnilo se ho celkem 217 respondentů, nicméně hodnoceno bylo 214 dotazníků, a to z důvodu neúplného vyplnění třemi respondenty. Celkem bylo rozdáno 291 dotazníků, z čehož vyplývá, že návratnost byla téměř 75 %.

Po zpracování dotazníků bylo zjištěno, že za nejvíce stresující faktor nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající a zemřelé pacienty považují komunikaci s příbuznými umírajícího a pozůstalými. Za nejméně stresující faktor pak považují práci s přístrojovou technikou. S hlavním cílem práce také souvisely hypotézy. Také bylo zjištěno, že existuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím nelékařskými zdravotnickými pracovníky a délkou jejich praxe ve zdravotnictví, dosaženým vzděláním i typem zdravotnického oddělení, na které pracují.

Téměř 44 % nelékařských zdravotnických pracovníků uvedlo, že se na jejich oddělení neprovádí supervize, či jiná opatření v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření v souvislosti s poskytováním péče umírající a zemřelým pacientům.

Nejčastějším způsobem vzdělávání respondentů v oblasti paliativní péče je četba odborných článků a publikací.

Při potřebě vyrovnání se s umíráním a úmrtím pacienta nejvíce respondenti využívají rozhovor s kolegy či odreagování se s přáteli.

Při porovnávání kritických hodnot modifikované Meisterovy škály vyplněné respondenty s normou pro ženskou populaci v ČR, byly zjištěny mírné odchylky negativní v oblasti I a II, pozitivní v oblasti III a hrubém skóre.

Přínosem této práce je zjištění, že při porovnávání výsledků psychické zátěže nelékařských zdravotnických pracovníků v souvislosti s poskytováním péče umírajícím v Uherskohradištské nemocnici nedošlo k výrazně negativnímu hodnocení jednotlivých oblastí dle Meisterovy škály. Dále pak zjištění, který ze stresujících faktorů pociťují zdravotničtí pracovníci za nejvíce zatěžující při poskytování péče umírajícím a zemřelým pacientům. Tento faktor by mohl být pomocí vhodné edukace zdravotníků zmírněn. V období studií zdravotnických oborů jsou důležitými vyučovacími předměty psychologie a komunikace. Na lékařských fakultách se také začínají rozvíjet semináře paliativní medicíny. V průběhu praxe a celoživotního vzdělávání pracovníků pracujících ve zdravotnictví je pak možné absolvování různých kurzů, přednášek, seminářů či konferencí, a to jak pasivní formou, tedy jako posluchač, tak i formou aktivní. Ze strany zaměstnavatelů je vhodné nabídnout zaměstnancům vhodnou motivaci, ale také např. supervize, konzultace s psychologem či poradcem pro pozůstalé nejen v rámci duševní hygieny, ale také v rámci vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace.

## **SOUHRN**

Diplomová práce se věnuje problematice umírání a smrti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Teoretická část především popisuje historickou a současnou rozdílnost v této problematice, stádia umírání dle Kübler – Rossové, a také role zdravotnických pracovníků při poskytování péče pacientům na konci života a zemřelým.

Výzkumná část práce se zaměřuje na zjištění nejvíce a nejméně zatěžujících stresových faktorů u nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování péče umírajícím a zemřelým. Pomocí anonymního dotazníkového šetření bylo zjištěno, že za nejvíce stresové faktory je považována komunikace s příbuznými umírajícího a zemřelými. Dále bylo zjištěno, že existuje souvislost mezi stresovými faktory při poskytování péče v závěru života pacienta a délkou praxe zdravotníků, jejich vzděláním a typem zdravotnického oddělení.

Při srovnávání výsledků kritických hodnot modifikované Meisterovy škály s normou této škály pro ženskou populaci v ČR byly zjištěny drobné negativní a pozitivní odchylky, což může být ovlivněno množstvím respondentů a také modifikací škály.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Umírající, zemřelý, komunikace s umírajícími, stádia umírání, stresové faktory, supervize, paliativní péče.

## **SUMMARY**

The thesis deals with the issue of dying and death of patients in health care facilities. The theoretical part mainly describes the historical and current differences concerning this issue, the Kübler - Ross stages of dying, and the role of healthcare staff in providing care to dying and deceased patients.

The research part of the thesis focuses on finding the most and least demanding stress factors in non-medical health workers when providing care to the dying and deceased. The results of the anonymous questionnaire survey reveal, that communication with the relatives of the dying and the deceased patient was considered the most stressful factor. It was also found that there is a correlation between the stress factors in providing care at the end of the patient's life and the length of professional experience and education of the staff, and the type of medical department.

When comparing the results of the critical values of the modified Meister scale with the standard of this scale for the female population in the Czech Republic, minor negative and positive deviations were found, which may be caused by the number of respondents and by the modification of the scale.

## **KEY WORDS**

Dying, dead, deceased, communication with the dying, stages of dying, stress factors, supervision, palliative care



## REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADAMEC, Miloš. Výroční zpráva 2016. Koordinační středisko transplantací. Praha. 2017, dostupné [online] [www.kst.cz](http://www.kst.cz), [cit.: 28. 12. 2017]
2. ANTONOVÁ, Monika. Umírání a smrt očima chirurgické sestry. *Sestra (Praha)*, 2014, roč. 24, č. 6, s. 28. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTL OVÁ, Sylva a Marta JOBÁNKOVÁ. *Umírající pacient – dopad na prožívání a jednání zdravotních sester z pohledu opakované psychosociální zátěže*. In: Sborník: Trendy v ošetrovatelství IV. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006, 280 s. ISBN 80-7368-182-X
4. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. CICHÁ, Martina. *Integrální antropologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014, 421 s. ISBN 978-80-7387-816-0.
6. CÍNOVÁ, Jana, ONDRIOVÁ, Iveta, a NOVOTNÁ, Zuzana. Zdravotnická veřejnost versus paliativní péče. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, 2015, roč. 2015, č. 3, s. 2. ISSN 2336-2987.
7. DUBCOVÁ, Iva. Etika umírání a smrti. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 10, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
8. DUBCOVÁ, Iva a RALBOVSKÁ, Dana Rebecka. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence (Praha)*, 2011, roč. 7, č. 4, s. 24-30. ISSN 1801-464X.
9. DUČAIOVÁ, Jarmila a LITVÍNOVÁ, Blažena. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 10, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
10. GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Přeložil Bronislava BARTOŇOVÁ. Praha: Dokořán, 2016, 237 s. ISBN 978-80-7363-702-6.
11. HEBERT, Kathy, MOORE, Harold and ROONEY, Joan. *The Nurse Advocate in End – of – Life Care*. The Ochsner Journal, 2011. [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>, [cit. 2018-11-19]
12. HROZENSKÁ, Martina a KASANOVÁ, Anna. Úcta k životu a k umírání. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 4, s. 50-51. ISSN 1210-0404.
13. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

14. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
15. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2010, 162 s. Sestra. ISBN 9788024732701
16. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2014, 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3600-6.
17. KLUSÁKOVÁ, Petra. Vztah ke smrti a umírání vypovídá o kultuře společnosti. *Zdravotnictví a medicína*, 2015, roč. 2015, č. 3, s. 1-3. ISSN 2336-2987.
18. KOŤA, Jaroslav. Mezní situace v ošetřovatelské profesi [elektronický zdroj]. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2013, s. 6-11.
19. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015, 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
20. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s.: il., tab.; 21 cm. ISBN 978-80-247-3171-1.
21. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. díl, Zdraví a nemoc - vybrané skupiny onemocnění a zdravotních postižení - stárnutí a stáří - paliativní péče - sociální služby. Praha: Grada, 2011, 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
22. NOVOTNÁ, Lenka a VALENTOVÁ, Markéta. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra (Praha)*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
23. ORNSTEIN, Katherine. The use of life-sustaining procedures in the last month of life is associated with more depressive symptoms in surviving spouses. *HHS Public Access*, 2017, [online]. [cit. 218-05-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253251/>
24. ORNSTEIN, Katherine. The association between hospice use and depressive symptoms in surviving spouses. *HHS Public Access*, 2015, [online]. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494882/>
25. PRIGERSON, Holly G., and Kelly TREVINO. The Antidepressant Effect of Hospice: Need for a More Potent Prescription. *HHS Public Access*. 2015, [online]. [cit. 2018-05-22]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2296007>

26. PELIKÁNOVÁ, Iva. Holistický pohled na umírání. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 6, s. 30-32. ISSN 1210-0404.
27. PFEFFEROVÁ, Eva a PISTULOVÁ, Alena. Smrt a umírání na ARO. *Florence* (Praha). 2011, roč. 7, č. 5, s. 9-11. ISSN 1801-464X.
28. POLICAR, Radek. Poskytování informací po smrti pacienta [[elektronický zdroj]]. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2011, roč. 1, č. 1, s. 14-24. ISSN 1804-8137 (elektronická verze).
29. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a LOUČKA, Martin. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*, 2016, roč. 155, č. 8, s. 445-450. ISSN 0008-7335.
30. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária a Anna VARADYOVÁ. *Stres v práci sestry v anesteziologické a intenzivní starostlivosti*, [elektronický zdroj], In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2012, roč. 3, č. 1, s. 340-347. ISSN 1804-2740.  
Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-01/3\\_sovariova\\_varadyova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-01/3_sovariova_varadyova.pdf) , [cit. 2018-11-18].
31. Světová zdravotnická organizace (WHO). National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines (2.ed.). WHO, Ženeva, 2002.
32. www.szszlin.cz, *Studijní plán DVS*. [online]. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <http://www.szszlin.cz/resources/file/12dokumenty/ucebniastudijniplany/OS-ucebni-plan-2017.pdf>.
33. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, 127 s. ISBN 978-80-7017-197-4.
34. ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ, Olga a Blanka TOLLAROVÁ. „To si člověk nemůže brát osobně“: Management emocí jako součást profesionálního výkonu role zdravotní sestry. In: *Po stopách moci v nemoci*. Vydání první. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON), 2017. 2017, s. 173 - 207. ISBN 978-80-7419-250-0.
35. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014, 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
36. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
37. ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vydání. Praha: Cesta domů, [2013]. 26 stran: ilustrace; 21 cm. ISBN 978-80-904516-5-0.

38. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro lékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.
39. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013, 272 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
40. VYTEJČKOVÁ, Renata. Prázdninová stáž v Nizozemsku. *Florence (Praha)*, 2010, roč. 6, č. 3, s. 14-15. ISSN 1801-464X.
41. VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. Přeložil Lenka KAPSOVÁ. Praha: Cesta domů, 2015, 203 s. ISBN 978-80-88126-03-4.
42. VOLANDER, Angelo. *The Conversation by Angelo E. Volanders, M.D.* <https://www.youtube.com/watch?v=TR7MEZbhuJs#t=38> [cit.: 2018-05-07]
43. WIKIPEDIA. Supervize (personalistika). [online]. [cit. 2018-10-26]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Supervize\\_\(personalistika\)](https://cs.wikipedia.org/wiki/Supervize_(personalistika))
44. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 264 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0155-9.
45. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, JEDVIŠOVÁ, Jana a GILANOVÁ Viera. *Smrt' jako stresoidný faktor v práci sestry*. In: ČÁP, Juraj a ŽIAKOVÁ, Katarína. *Teória výskum a vzdelanie v ošetrovatel'stve*. Vyd. 1.. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011. 2011, s. 479-491. ISBN 978-80-89544-00-4.
46. ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. *Webnode.cz* [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>
47. ŽUREK, A Remn, JAMROZIK, P., PIONTKOWSKA, M. *Psycho - Emotional Problems of Nurses Working in Palliative Care Units and Home – Based Hospices*. In: *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*: 2014, č. 4, str. 51 – 58 [online]. Dostupné z: [http://pzpr.eu/numery/2014\\_4/201449.pdf](http://pzpr.eu/numery/2014_4/201449.pdf), [cit. 2018-11-20]

## **SEZNAM ZKRATEK**

AHRQ – Agentura pro výzkum a kvalitu v oblasti zdravotnictví

AIDS – Syndrom získaného deficitu imunity

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

CT – Počítačová tomografie

ČR – Česká republika

HIV – Virus lidské imunitní nedostatečnosti

JIP – Jednotka intenzivní péče

KNTB a.s. – Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s.

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

NMR – Nukleární magnetická rezonance

RVP – Rámcový vzdělávací program

SZŠ – Střední zdravotnická škola

UHNEM – Uherskohradištská nemocnice a.s.

VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická

WHO – Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví kratší dobu než 1 rok

Tabulka 2. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 1 až 4,9 let

Tabulka 3. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 5 až 9,9let

Tabulka 4. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 10 až 19,9 let

Tabulka 5. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve zdravotnictví 20 a více let

Tabulka 6. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na oddělení následné ošetrovatelské péče

Tabulka 7. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na standardních odděleních

Tabulka 8. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků intenzivní péče

Tabulka 9. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – základním

Tabulka 10. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – středoškolským bez maturity

Tabulka 11. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – středoškolským s maturitou

Tabulka 12. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – vyšším odborným

Tabulka 13. Hodnocení stresových faktorů při poskytování péče umírajícím a zemřelým u nelékařských zdravotnických pracovníků s nejvyšším dosaženým vzděláním – vysokoškolským

Tabulka 14. Porovnání výsledků kritických hodnot pro českou populaci s výsledkem souboru respondentů

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pracovní zařazení respondentů

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 3. Typ zdravotnického oddělení

Graf 4. Délka praxe respondentů

Graf 5. Četnost úmrtí na odděleních dle subjektivního vyjádření respondentů

Graf 6. Provádění supervizí na odděleních

Graf 7. Druhy vzdělávání se respondentů v oblasti paliativní péče

Graf 8. Nejčastější způsoby respondentů vyrovnání se se smrtí pacienta

Graf 9. Absolutní četnosti odpovědí respondentů v Modifikované Meisterově škále psychické zátěže

Graf 10. Průměrné vážené skóre stresových faktorů u sledovaného souboru respondentů

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. Schéma konceptuálního modelu Patricie Bennerové

Příloha 2. Souhlas s provedením dotazníkového šetření v rámci pilotní studie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s.

Příloha 3. Souhlas s provedením dotazníkového šetření v Uherskohradištské nemocnici a.s.

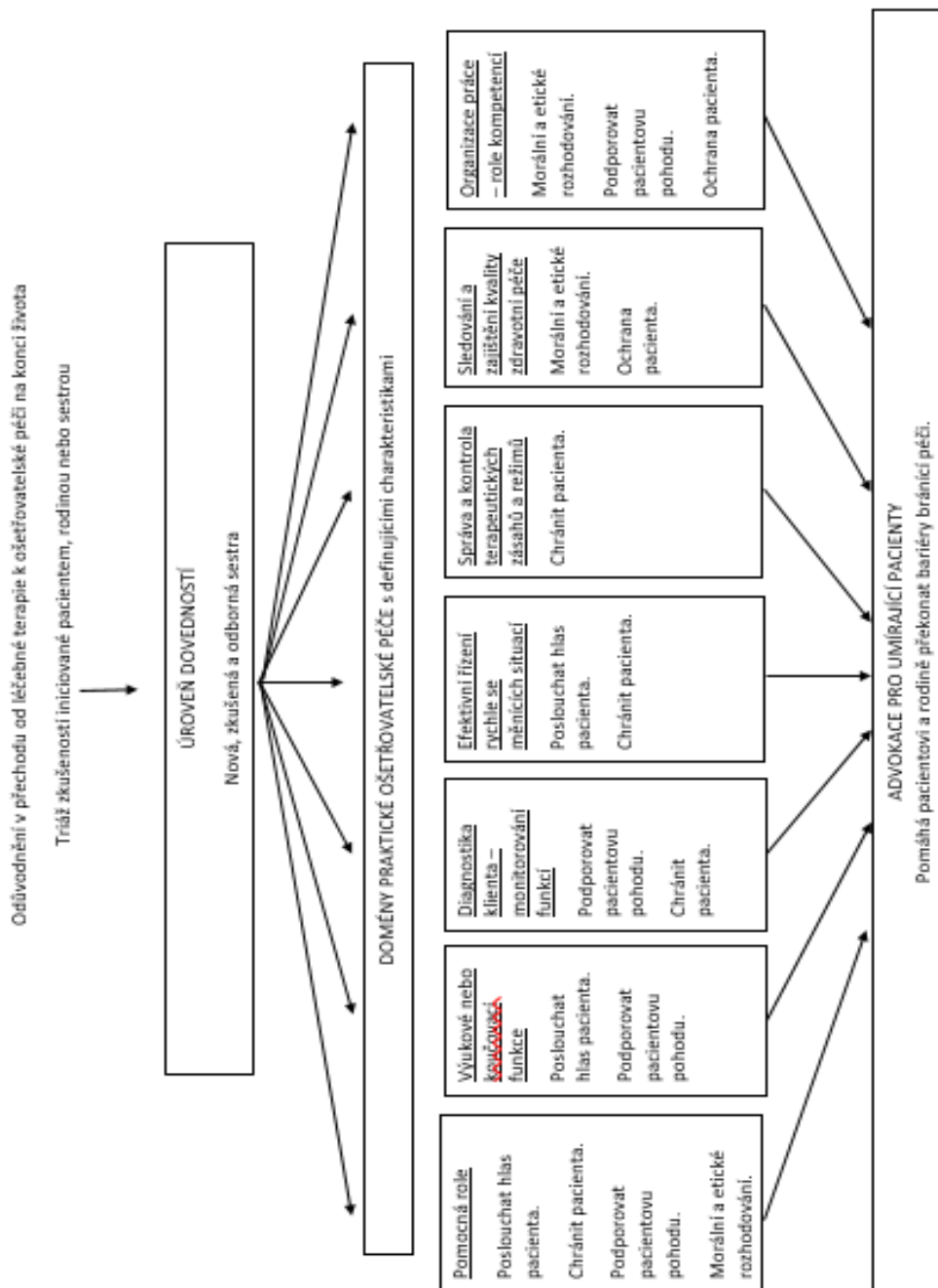
Příloha 4. Dotazníkové šetření

Příloha 5. Studijní plán Diplomovaná všeobecná sestra na SZŠ a VOŠZ Zlín



# PŘÍLOHY

Příloha 1. Konceptuální model Patricie Bennerové, [online], [cit. 2018-11-19] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>.



**Příloha 2.** Souhlas s provedením dotazníkového šetření v rámci pilotní studie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s.

**Žádost o provedení pilotní studie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s.**

(Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín, 762 75)

Vážená paní náměstkyně ošetrovatelské péče,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění provedení pilotní studie ve Vašem zařízení. Jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, který ze stresových faktorů pocítují zdravotníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující. Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného dotazníku v českém jazyce, distribuovaného nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu.

Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

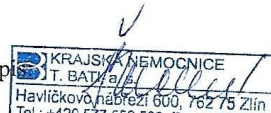

Jméno, Příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Anna Št'astná, DiS

**Vyjádření vedení KNTB a.s.**

S provedením výzkumného šetření:

- Souhlasím bez výhrad
- Souhlasím po doplnění
- Nesouhlasím

Datum: 22.10.2018

Podpis:   
  
KRAJSKÁ NEMOCNICE  
T. BATI a.s.  
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín  
Tel.: +420 577 552 509, Fax: +420 577 552 107  
Helena Šmakalová  
náměstkyně ošetrovatelské péče

Příloha 3. Souhlas s provedením dotazníkového šetření v Uherskohradišťské nemocnici a.s.

**Žádost o provedení výzkumného šetření v Uherskohradišťské nemocnici a.s.**

(J. E. Purkyně 365, Uherské Hradiště, 686 68)

Vážená hlavní sestro, paní Vázanová,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění provedení výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na PdF Univerzity Palackého v Olomouci. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, který ze stresových faktorů pocítují zdravotníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující. Vedoucí mé diplomové práce je Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Výzkum bude probíhat formou vyplnění tištěného dotazníku v českém jazyce, distribuovaného nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu.

Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, Příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Anna Šťastná, DiS

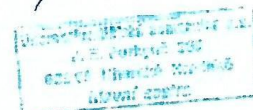
**Vyjádření vedení Uherskohradišťské nemocnice a.s.**

S provedením výzkumného šetření:

- Souhlasím bez výhrad
- Souhlasím po doplnění
- Nesouhlasím

Datum: 25.10.2018

Podpis:



#### Příloha 4. Dotazníkové šetření

Dobrý den,

jmenuji se Anna Šťastná a jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na PdF, Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou, o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „*Pohled zdravotnických pracovníků na umírání pacientů ve zdravotnických zařízeních*“. Dotazník je určen pro zdravotnické pracovníky Uherskohradištské nemocnice a je zcela anonymní. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který strávíte při jeho vyplňování. Vámi vybrané odpovědi prosím zakřížkujte

1. Jste:
  - a) Muž
  - b) Žena
  
2. Ve zdravotnickém zařízení pracujete jako:
  - a) Všeobecná sestra
  - b) Praktická sestra (zdravotnický asistent)
  - c) Zdravotnický záchranář
  - d) Ošetřovatel/ka
  - e) Sanitář/ka
  
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
  - a) Základní
  - b) Středoškolské bez maturity
  - c) Středoškolské s maturitou
  - d) Vyšší odborné
  - e) Vysokoškolské
  
4. Pracujete na oddělení:
  - a) Intenzivní péče
  - b) Standardním oddělení
  - c) Oddělení následné ošetrovatelské péče

5. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví je:
- a) Jsem v adaptačním procesu, do 1 roku
  - b) Od 1 – 4,9 let
  - c) 5 – 9,9 let
  - d) 10 – 19,9 let
  - e) Více než 20 let
6. Jak často se setkáváte osobně s úmrtím pacienta na pracovišti?
- a) 3x za týden a častěji
  - b) 1 – 2x týdně
  - c) 2x – 3x měsíčně
  - d) Méně než 2x za měsíc
  - e) Neumím to posoudit
7. Jak často jsou na Vašem pracovišti prováděny supervize, či jiné aktivity pracovníků v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření?
- a) 3x za měsíc a častěji
  - b) 1 – 2x za měsíc
  - c) 1 – 2x za 3 měsíce
  - d) 1x za 6 měsíců
  - e) 1x za rok
  - f) Nejsou

Vysvětlivka:

*„Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti supervidovaných, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací. V procesu supervize poskytuje supervizor supervidovanému zpětnou vazbu k jeho práci. Supervize má většinou formu rozhovoru mezi supervizorem a supervidovaným (supervidovanými). Supervize zvyšuje účinnost práce zaměřením se na její cíle, zvyšuje i kvalitu práce zaměřením se na průběh (proces). Ústřední pozornost je věnována vztahům, které jsou v pomáhajících profesích snad nejdůležitějším prostředkem k dosahování cílů a nejvýraznější známkou kvality práce.“*

WIKIPEDIA. Supervize (personalistika). [online]. [cit. 2018-10-26]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Supervize\\_\(personalistika\)](https://cs.wikipedia.org/wiki/Supervize_(personalistika))

8. Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti paliativní péče? (možno více odpovědí)

- a) Četbou odborných článků a publikací
- b) Pasivní účastí v kurzech paliativní péče
- c) Aktivní účastí v kurzech paliativní péče
- d) Pasivní účastí na přednáškách a seminářích z paliativní péče
- e) Aktivní účastí na přednáškách a seminářích z paliativní péče
- f) Pasivní účast na konferencích paliativní péče
- g) Aktivní účast (sám/a přednáším) na konferencích paliativní péče
- h) E-learningovým vzděláváním
- i) Nevzdělávám se
- j) Jiným způsobem: (prosím napište jakým)

.....

9. Jakým způsobem se nejčastěji vyrovnáváte s úmrtím pacienta? (možno více odpovědí)

- a) rozhovor s kolegy
- b) sdílení v rodině
- c) odreagování se s přáteli
- d) pohovor s psychologem
- e) formou aktivního odpočinku (např. sport)
- f) formou pasivního odpočinku (např. spánek)
- g) vyhledávám poradce pro pozůstalé

10. Při poskytování péče umírajícím pacientům pociťujete jako stresový faktor:

Vaším úkolem je zakřížkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

		5 - ano, plně souhlasím	4 - spíše souhlasím	3 - nevím, někdy souhlasím, někdy ne	2 - spíše nesouhlasím	1 - ne, vůbec nesouhlasím
1.	Komunikaci s umírajícím.					
2.	Komunikaci s příbuznými umírajícího.					
3.	Komunikaci s pozůstalými.					
4.	Projevy umírajícího v období agónie.					
5.	Nedostatek informací v oblasti paliativní péče.					
6.	Pocit, že pacient není dostatečně informován o své diagnóze.					
7.	Pocit, že pacientova bolest není účinně tlumena.					
8.	Pocit, že nejsou dostatečně saturovány spirituální potřeby umírajícího.					
9.	Pocit, že umírající a jeho blízcí nemají dostatek času a prostoru pro rozloučení.					
10.	Pocit, že umírání pacientů na Vašem oddělení je nedůstojné.					
11.	Vlastní prožitky ze smrti velmi blízké osoby.					
12.	Pocit, že umírajícím pacientům je poskytována intenzivní a resuscitační péče.					
13.	Pocit, že Vaším posláním ve zdravotnictví je záchrana lidských životů.					
14.	Práci s přístrojovou technikou.					
15.	Administrativu spojenou s péčí o zesnulého a pozůstalé.					
16.	Péčí o zesnulého.					
17.	Jiný faktor: (pokud pociťujete jiný stresový faktor, napište jaký) .....					

**Hodnocení psychické zátěže dle Meistera – modifikovaná škála ve vztahu k péči o umírající** (ŽÍDKOVÁ, Z., *Webnode.cz* [online]. [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>)

Vaším úkolem je zakřížkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci s umírajícími.

		5 – ano, plně souhlasím	4 – spíše souhlasím	3 – nevím, někdy souhlasím, někdy ne	2 – spíše nesouhlasím	1 – ne, vůbec nesouhlasím
1.	Při práci s umírajícím mívám často pocit časového tlaku.					
2.	Práce s umírajícím mě neuspokojuje, pečuji o ně nerad/a.					
3.	Práce u umírajících mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.					
4.	Práce u umírajících je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.					
5.	V práci u umírajících mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.					
6.	Při práci u umírajících udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.					
7.	Práce s umírajícími je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.					
8.	Po několika hodinách u umírajících mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.					
9.	Práce s umírajícími je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.					
10.	Práce s umírajícími je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.					



Příloha 5. Studijní plán Diplomovaná všeobecná sestra na SZŠ a VOŠZ Zlín

## STUDIJNÍ PLÁN

Obor vzdělávání: 53-41-N/1. Diplomovaná všeobecná sestra

Ročník		1. ročník		2. ročník		3. ročník		Celkem týdnů/ hodin
Období		zimní	letní	zimní	letní	zimní	letní	
Týdny teorie		14	14	8	8	6	6	56
Povinné předměty /počet hod. týdně/		35	35	37	38	28	33	P/C*
Cizí jazyk **	ANJ NEJ	3 Z	3 KZ	3 Z	3 KZ	4 Z	4 ZK	0/180
Latinský jazyk	LAJ	2 ZK						0/28
Filozofie a etika v ošetrovatelství	ETF		1 Z	2 Z				22/8
Psychologie: **								
	Psychologie obecná a osobnosti	POO	2 ZK					14/14
	Vývojová psychologie	VYP		2 ZK				14/14
	Sociální psychologie	SOP			2 KZ			10/6
	Zdravotnická psychologie	ZDP		1 Z	3 KZ	2 Z	1 ZK	26/24
Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství		PEO			3 KZ			12/12
Sociologie		SOC			2 KZ			8/8
Komunikace v ošetrovatelství		KOO	2 Z	2 KZ				20/36
Informační a komunikační technologie		IKT	2 KZ					0/28
Zdravotnické a sociální právo		ZSP			2 Z	1 KZ		15/7
Veřejné zdravotnictví, pojišťovnictví a výchova ke zdraví		VZP	2 Z	1 KZ				21/21
Absolventský seminář		ASE				2 Z		0/12
Biofyzika		BFY	1 Z					7/7
Biochemie		BCH	1 Z					10/4
Základy genetiky		GEN			1 Z			8/0
Farmakologie		FAR			2 KZ			10/6
Radiologie, radiační ochrana a nukleární medicína		RAN	1 KZ					6/8
Klinická propedeutika		KLP		1 Z	2 KZ			15/15
Anatomie a fyziologie		ANF	3 KZ	3 ZK				70/14
Patologie a patofyziologie		PAP		2 Z	2 ZK			38/6
Mikrobiologie, imunologie a ochrana veřejného zdraví		MIO	2 Z	2 ZK				50/6
Výživa a dietetika		VYD		2 Z				28/0

Výzkum v ošetrovatelství	VYO				2 Z	1 KZ		16/6
Management a ekonomika ve zdravotnictví	MEZ					1 Z	2 KZ	6/12
První pomoc a medicína katastrof	PPM		2 Z	1 ZK				0/36
Ošetrovatelství**	OSE	3 KZ	2 Z	2 ZK	3 Z	2 ZK		76/46
Klinické ošetrovatelské dovednosti	KOD	4 KZ	4 KZ					0/112
Ošetrovatelství v klinických oborech:**								
Ošetrovatelství v interních oborech	OIN			4 KZ	5 KZ	8 KZ	8 KZ	80/88 + 10 seminářů
Ošetrovatelství v chirurgických oborech	OCH		1 Z	4 KZ	4 Z	6 KZ	8 ZK	70/92
Ošetrovatelství v pediatrii	OPE			3 Z	3 ZK	1 KZ		24/30
Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví	OGP			2 Z	2 ZK			16/16
Ošetrovatelství v neurologii	ONE						3 KZ	9/9
Ošetrovatelství v psychiatrii	OPS						3 KZ	9/9
Ošetrovatelství v komunitní, domácí a paliativní péči	OKP			2 Z	2 ZK			0/32
Ošetrovatelství v geriatrii	OGE			2 KZ				8/8
Ošetrovatelství v onkologii	ONK				2 KZ			8/8
Rehabilitační ošetrovatelství	RHO						4 KZ	12/12
Ošetrovatelství v oftalmologii	OOF (VYK)				1 Z			4/4
Ošetrovatelství v otorinolaryngologii	OOT (VYK)				1 Z			4/4
Ošetrovatelství v dermatovenerologii	ODE (VYK)				1 Z			4/4
Ošetrovatelství ve stomatologii	OST (VYK)				1 Z			4/4
Ošetrovatelská praxe	OSP	7 Z	7 Z					196
Odborná praxe	ODP	2 týdny Z	2 týdny Z	8 týdnů Z	8 týdnů Z	10 týdnů ZK	8 týdnů Z	1520
Odborná praxe prázdninová	OPP		2 týdny Z		2 týdny Z			160

**Poznámky:**

1. \* P – přednášky / C - cvičení
2. \*\* jsou označeny předměty absolutoria
3. Z / KZ / ZK = zápočet / klasifikovaný zápočet / zkouška

www.szszlin.cz, *Studijní plán DVS*. [online]. [cit.2018-11-27]. Dostupné z: <http://www.szszlin.cz/resources/file/12dokumenty/ucebniastudijniplany/OS-ucebni-plan-2017.pdf>.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Anna Šťastná
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotvědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zlatica Dorková, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název práce:</b>	Pohled zdravotnických pracovníků na umírání pacientů ve zdravotnických zařízeních
<b>Název v angličtině:</b>	Dying Patients in Healthcare Facilities from the Perspective of Healthcare Workers
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se věnuje problematice umírání a smrti pacientů z pohledu zdravotnických pracovníků. Soustřeďuje se na identifikaci stresových faktorů, které považují nelékařští zdravotničtí pracovníci při péči o umírající za nejvíce a nejméně zatěžující. Při výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník obsahující celkem 10 otázek. Součástí tohoto dotazníku byla také modifikovaná Meisterova škála. Dotazník byl dobrovolný a anonymní. Respondenti subjektivně hodnotily stresující faktory, které pociťují při péči o pacienty v závěru života. Díky výsledkům dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že nejvíce zatěžující je faktor komunikace a nejméně zatěžující faktor je práce s přístrojovou technikou. Zároveň také můžeme konstatovat, že existuje závislost mezi stresovými faktory při poskytování péče umírajícím a délkou praxe zdravotnických pracovníků, jejich dosaženým vzděláním a typem oddělení, na kterém pracují.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	umírající, zemřelý, komunikace s umírajícími, stádia umírání, stresové faktory, supervize, paliativní péče

<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with the issue of dying and death of patients from the point of view of healthcare workers. It focuses on identifying stress factors that are considered by non-medical healthcare workers who care for the dying as the most and least demanding. The survey used a non-standardized questionnaire containing a total of 10 questions. The questionnaire also included a modified Meister scale. The questionnaire was voluntary and anonymous. Respondents subjectively assessed the stressful factors they perceive in the care of patients at the end of their life. Due to the results of the questionnaire survey we can state that the most stressful factor is the communication factor and the least demanding factor is working with the appliances and technology. At the same time, we can conclude that there is a correlation between stress factors in providing care to the dying and length of professional experience of healthcare workers, their education and the type of department they work for.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Dying, dead, deceased, communication with the dying, stages of dying, stress factors, supervision, palliative care
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1. Schéma konceptuálního modelu Patricie Bennerové Příloha 2. Souhlas s provedením dotazníkového šetření v rámci pilotní studie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. Příloha 3. Souhlas s provedením dotazníkového šetření v Uherskohradištské nemocnici a.s. Příloha 4. Dotazníkové šetření Příloha 5. Studijní plán Diplomovaná všeobecná sestra na SZŠ a VOŠZ Zlín
<b>Rozsah práce:</b>	90 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český