

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Jana Drhovská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jana Drhovská

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**JAK VŠEOBECNÉ SESTRY ZVLÁDAJÍ PÉČI O UMÍRAJÍCÍ
NEMOCNÉ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a trpělivost. Dále děkuji všem sestrám, které se zúčastnily mého výzkumu, za ochotu a otevřenost.

Anotace

Příjmení a jméno: Drhovská Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající pacienty

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 6

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: umírání – smrt – přechodové rituály – hospicová péče – paliativní medicína – prožívání nemoci – péče o pečující – syndrom vyhoření

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na sestry, které pečují o umírající pacienty. Záměrem bylo zjistit, jak zvládají tuto náročnou péči, kde nabírají pro svou profesi sílu a podporu.

V teoretické části jsou popsány základní pojmy smrti a umírání, jsou zmíněny přechodové rituály v neznámějších náboženstvích, dále se práce zabývá paliativní a hospicovou péčí, poukazuje se na osobnost pečujícího a problematiku péče o pečující. V praktické části bylo snahou zjistit, pomocí rozhovorů, jaké mají sestry možnosti podpory v pracovní sféře, zda mají zdroje k obnově sil v osobní oblasti a zdali a jak jim blízkost smrti změnila náhled na život.

Annotation

Surname and name: Drhovská Jana

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: How nurses cope with carrying for patients in the End-of-life Care

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 6

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 27

Keywords: dying – death – transitional rituals – hospice care – palliative medicine – experiencing of illness – taking care of caring person – burn out syndrome

Summary:

The Bachelor thesis focuses on the issue of nurses taking care of dying patients. The main aim was to find out how do they manage to deal with such a hard work, where do they get strength and support for their profession.

The theoretical part describes basic concepts of death and dying, there are mentioned transitional rituals in the most known religions. The thesis also focusses on the palliative and hospice care, personality of the caring person. In the practical part I tried to find out using interviews which option of support the nurses have in their professional field, whether they have strength to restore sources in their personal life. I also tried to find out how or whether the daily contact with death and dying changed their attitude to life.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 THANATALOGIE	11
1.1 Pojem smrti.....	11
1.2 Pojem umírání	12
1.2.1 Období „pre finem“ (období předterminální).....	12
1.2.2 Období „in finem“ (období terminální).....	12
1.2.3 Období „post finem“ (období po smrti).....	13
2 PŘECHODOVÉ RITUÁLY VE SMRTI A UMÍRÁNÍ.....	13
2.1 Smrt v judaismu.....	14
2.2 Smrt v buddhismu.....	15
2.3 Smrt v islámu.....	15
2.4 Smrt v křesťanství	16
3 PALIATIVNÍ PÉČE	17
3.1 Formy paliativní péče	17
3.1.1 Obecná paliativní péče.....	18
3.1.2 Specializovaná paliativní péče.....	18
4 HOSPICOVÁ PÉČE.....	19
4.1 Historie hospicové péče.....	19
4.2 Formy hospicové péče	20
4.2.1 Domácí hospicová péče	20
4.2.2 Stacionární hospicová péče	20
4.2.3 Lůžková hospicová péče.....	21
5 SDĚLENÍ A PROŽÍVÁNÍ NEVYLÉČITELNÉ NEMOCI.....	22
5.1 Prožívání příchodu smrti	23
5.1.1 Stádium popírání a izolace	23
5.1.2 Stádium zlosti a vzpoury	23
5.1.3 Stádium smlouvání	24
5.1.4 Stádium deprese.....	24
5.1.5 Stádium akceptace	24
6 PEČUJÍCÍ	25
6.1 Osobnost a postoje pečujícího	25
6.2 Vyčerpání pečujícího – syndrom vyhoření.....	26
6.2.1 Co pro sebe může udělat sestra sama	27
6.2.2 Co pro sestru může udělat zaměstnavatel.....	27

6.2.3 Kde hledat pomoc	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
7 FORMULACE PROBLÉMU	30
8 CÍL VÝZKUMU	30
8.1 DÍLČÍ CÍLE.....	30
8.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	30
9 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	30
10 METODA	31
11 VÝBĚR PŘÍPADU.....	31
12 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	31
13 ORGANIZACE VÝZKUMU	31
14 VZOREK RESPONDENTEK.....	32
15 DISKUSE	55
16 ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY	63
17 ZÁVĚR	64
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Smrt. Je tak blízko a zároveň je vzdálená. V současném moderním světě ji díky médiím potkáváme často, ale pokud se objeví v naší blízkosti, jsme zaskočeni, často nevíme, jak se k ní postavit. V dřívějších dobách bylo zcela běžné, že lidi umírali doma, v kruhu svých nejbližších, kteří instinktivně věděli, jak se o svého umírajícího člena rodiny postarat. Zcela samozřejmě prováděli to, co se dnes v paliativní medicíně nazývá útěšným doprovázením. Postupem doby, kdy se umírání přesunulo z domácností za zdi institucí a nemocnic, se smrt tabuizovala, lidé k ní ztratili přirozený přístup. Smrt se stala něčím tajemným, v běžném životě nepřijatelným.

Někteří lidé si to zřejmě uvědomují. Ve svém okolí se občas setkávám s názorem, že my, zdravotníci, máme blíž k autentickému životu, protože jsme často svědky utrpení, jsme konfrontováni se smrtí, jsme s lidmi v dobách největší krize, což čas umírání bezesporu je. Často nad tímto názorem přemýšlím a sama sebe se ptám, jelikož sama pracuji na oddělení, kde se s umíráním často setkávám, jak se ke smrti stavím. Musím říci, že v profesní sféře беру smrt jako přirozenou součást života, jinak bych svou profesi nemohla vykonávat, ale přesto je to stále pro mě náročné téma. Vnímám ten těžký zápas umírajících pacientů, vnímám naše omezené limity v kvalitním doprovázení, jsem i svědkem krásných okamžiků, kdy rodina má odvahu setrvat u lůžka svého umírajícího a vidím hluboké emoce zbavené všech zábran. Vidím nefalšovaný soucit, lásku, zoufalství, smutek. Jsou to velmi těžké, ale zároveň silné okamžiky. Tak se můžeme od umírajících a jejich rodin učit, když jsme svědky toho, jak se v okamžiku smrti ukazuje hluboké, autentické lidství. Nám zdravotníkům je k tomu určitě potřeba odvahy a též podpory, abychom se k takovému učení odhodlali, ale bez podpory a sdílení s ostatními nejde toto náročné téma dobře uchopit a integrovat do našich profesionálních životů. Ze své vlastní zkušenosti vím, že v nemocničním prostředí je smrt stále trochu tabuizována, o umírání se moc nemluví a většinou je každý se svými pocity sám. Tak jsem si zvolila téma své práce, zajímalo mě, jakou podporu a zkušenosti s umírajícími mají mé kolegyně. Velmi obohacující a povzbuzující pro mě byly návštěvy hospice, kde se doprovázení umírajících děje stoprocentně, beze spěchu, kde je vždy na prvním místě pacient, a kde je i dobře zajištěna péče o pečující. A tak by to mělo být, zaslouží si to jak umírající pacienti, tak pečující sestry, aby akt umírání proběhl důstojně, v klidu, s vědomím jedinečnosti okamžiku.

V teoretické části přibližuji pojetí smrti a umírání, nahlížím na rituály, které mají pro umírající nejznámější náboženství, dále se zabývám paliativní a hospicovou péčí, zmiňuji fáze vyrovnávání se s blízcím se koncem života, a v posledních kapitolách se zabývám osobností

pečujícího a péči o něj, poukazují na syndrom vyhoření, kterým jsou sestry ohroženy, a nastiňují možnosti předcházení této hrozby.

V praktické části jsem se zaměřila na sestry, které mají zkušenosti s doprovázením umírajících pacientů, zajímalo mě, zda mají dostatečnou podporu pro svou profesi jak v pracovním, tak osobním životě, a jak zkušenosti a zážitky s blízkostí smrti dokázaly integrovat do svého života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 THANATOLOGIE

Život člověka je dán a ohraničen dvěma událostmi. Začíná narozením a končí smrtí. Avšak každá tato událost je lidmi různě přijímána. Zatímco zrození nového života je oslavováno, budoucí rodiče a široké příbuzenstvo se připravuje a s radostí se očekává narození nového člena rodiny, smrtí jsme zaskočeni, šokováni, je pro nás tragédií. Zrození života je zázrak, mysterium, ovšem i smrt je mysteriem, tajemstvím, je to velké neznámé, nicota, z které máme strach. Obrazně řečeno, od narození jdeme vstříc smrti, každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, které nelze popřít, nejde je změnit ani nad nimi zvítězit. Jediné, co lze udělat, je to respektovat, přiznat a přijmout svou konečnost a toto poznání zasadit do svého života. (Haškovcová, 2007, str. 23).

Problematikou smrti a umíráním a vším, co je s tím spojeno se zabývá věda – thanatologie. Její název je odvozen od řeckého boha Thanata, což byl bůh smrtelného spánku a smrti. Je to věda mezioborová, zahrnuje jak lékařské, tak psychologické, filozofické, teologické i právní hledisko. (Kelnarová, 2007, str. 9). Je to věda poměrně mladá, vznikla ve Spojených státech amerických, na počátku šedesátých let minulého století, kde u jejích základů stála Elizabeth Kübler-Rossová. Elizabeth Kübler-Rossová byla přední americká lékařka švýcarského původu, která zasvětlila svůj život práci s umírajícími lidmi. V České republice nejčastěji zmiňovanou osobností z oblasti thanatologie je Helena Haškovcová a především Marie Svatošová, která je velikou a stále aktivní podporovatelkou hospicové péče a zakladatelkou vůbec prvního hospice v Čechách, a to Hospice Anežky České v Červeném Kostelci.

1.1 Pojem smrti

Vymezení pojmu smrti je různorodé. Biologicky je smrt individuální zánik organismu, tudíž to platí i pro člověka. Biologové též hovoří o programu smrti, k jehož spuštění dojde, když je vyčerpán program života. (Haškovcová, 2007, str. 89). Dle lékařské terminologie se smrt vysvětluje jako biologická smrt mozku, tj. takový stav organismu, při kterém je obnovení všech životních funkcí vyloučené. Spirituální terminologie mluví o smrti jako o opuštění tělesné schránky vědomím, nebo jako o návratu ke Zdroji. Smrt můžeme rozlišovat podle rychlosti a to na smrt náhlou, rychlou nebo pomalou. Náhlou smrtí rozumíme tragickou smrt, která je zapříčiněna úrazem se smrtelnými následky, nejčastěji je spojována například s autonehodou. Zaskočí nepřipravené příbuzné, doslova se jim změní život v jedné vteřině. Rychlá smrt

následuje po nemoci, která je příčinou rychlého skonu, jako je například krvácení do mozku, infarkt myokardu. I v tomto případě smrt zaskočí nejbližší lidi z okolí nemocného, nemají dostatek času se na jeho smrt připravit. Pojmeme pomalá smrt můžeme rozumět proces umírání.

1.2 Pojem umírání

Jedná se o proces, při kterém postupně přestávají fungovat životně důležité orgány, mnohdy je toto období též nazýváno terminálním, tzv. konečným stadiem nemocného. Tato etapa života je většinou vnímaná jako bolestná, trýznivá ale nemusí tomu tak být. S podporou doprovázejících lidí, ať už profesionálních zdravotníků, rodiny a blízkých lidí umírajícího může být i obohacující a společným úsilím všech zúčastněných lze smysluplně završit jeden lidský život. Proces umírání lze rozdělit do tří období.

1.2.1 Období „pre finem“ (období předterminální)

Je to doba, kdy je nemocný seznámen se svou závažnou diagnózou. Není časově omezené, může trvat týdny, měsíce. Je to období, kdy se nemocný a jeho rodina vyrovnávají s velmi těžkou situací, mění se jejich životní hodnoty, a hlavně jejich životní styl. Zde sehrává roli osobnost pacienta, jeho psychický stav. Je velmi důležité, jakým způsobem je nemocnému sdělena diagnóza, ovlivňuje to jeho důvěru v lékaře a ošetřovatelský tým. Měla by mu být šetrně sdělena pravda o jeho nevyhléditelné nemoci. Není přínosné jak pro pacienta, tak pro lékaře taktizování a zamlčování pravdy. Je důležité v této fázi nabídnout i pomoc psychologa, nebo pastoračního pracovníka, aby nemocný mohl otevřeně mluvit o svých obavách a dostalo se mu emoční podpory. Tato podpora je důležitá i pro rodinu pacienta, psycholog jim může pomoci ohledně komunikace s nemocným. Nejvíce se cítí osamělí a izolovaní právě ti umírající nemocní, kteří nemůžou mluvit se svými nejbližšími otevřeně o své nemoci a blížícím se konci života.

1.2.2 Období „in finem“ (období terminální)

Je to období, které se vyznačuje bezprostřední blízkostí smrti. Je to období, kdy už je nemocný většinou závislý na péči svého okolí, může se nacházet v různých stavech vědomí- např. kómatu, ve stavech neklidu a zmatenosti. Důležité je, poskytnou útechu a spoluúčast a to i přesto, že se domníváme, že nás umírající už nevnímá. I přes tyto obtíže, by nemocný měl cítit lidskou blízkost, neměl by umírat sám, ale je důležité respektovat jeho potřeby. V tomto období často spí, bývá unaven, proto je někdy vděčný za chvíle samoty, není nutná stálá přítomnost blízké osoby u lůžka. Někdy je pro blízké lidi těžké přijmout to, že umírající člověk odmítá

jídlo, nejdříve těžce stravitelné potraviny, pak i ovoce a zeleninu. Také se mu můžou měnit chutě, ale je potřeba to respektovat, v určité fázi je přijímání potravy už pro tělo spíše zátěží a nemocného vysiluje. (Kupka,2014,str.107) Nemělo by se ale stát, aby nemocný trpěl pocitem žízně. Když už špatně polyká, lze mu dávat tekutiny po lžičkách nebo mu vlhčit ústa. Zvláštním jevem v tomto období je tzv. předsmrtná euforie, což velmi dobře znají profesionální zdravotníci. U některých umírajících někdy dojde ke zlepšení stavu, je náhle bdělý, může dostat chuť na své oblíbené jídlo, má sílu se posadit nebo i vstát, adekvátně komunikuje s okolím. Tato euforie se zpravidla objevuje pár dní před koncem života. Poté je obvykle vystřídána upadnutím nemocného do tzv. smrtelného kómatu, kdy už nereaguje na okolí a umírá.

1.2.3 Období „post finem“ (období po smrti)

Toto období počíná smrtí člověka. Souvisí s pietní péčí o tělo zemřelého, důležitou součástí je též péče o pozůstalé. S tím i souvisí citlivé sdělení zprávy o úmrtí a pomoc se zařizováním posledních věcí člověka, nabídnutí psychické podpory rodině a blízkým. Je třeba podpořit je v jejich bolesti a truchlení, které je nedílnou součástí odchodu blízkého člověka. Pozůstalým též velmi pomůže ujištění, že zemřelý měl veškerou možnou péči, netrpěl a zemřel v klidu a tím lze zmírnit u nich pocity viny, pokud nemocný umíral sám. (Kupka,2014,str.109)

2 PŘECHODOVÉ RITUÁLY VE SMRTI A UMÍRÁNÍ

Jak už bylo výše napsáno, život člověka je ohraničen dvěma událostmi, narozením a smrtí. A mezi tím je sám život. Ten je u každého člověka poskládán z určitých životních fází, kdy se jeho životní situace mění, mění se jeho společenská role. A v okamžiku změn může velmi pomoci přechodový rituál, který pomáhá jednotlivci nebo celé skupině lidí přechod z jednoho společenského stadia do druhého.

Přechodové rituály mají především dvě funkce. První z nich je vytvořit bezpečné prostředí pro fázi transformace, kterou jednatel prochází, druhá funkce přechodového rituálu je vědomé prožití změny společenské role a tím převzetí odpovědnosti za svůj život a převzetí funkce ve společnosti.

Mezi nejznámější přechodové rituály, známé i v dnešním moderním světě, lze zařadit:

- Křest, případně přijetí dítěte do komunity.
- Biřmování.
- Proměna dítěte v chlapce či dívku-dnes je to první nástup do školy.
- Proměna dívky v ženu, chlapce v muže – u děvčat je to první menstruace.
- Maturita, promoce – ukončené vzdělání.
- Zasnoubení, svatba.
- Moudrost – odchod dětí z domu, dříve to bylo spojené s převzetím nějaké veřejné funkce - například starosta.
- Odchod do ústraní.
- Umírání, smrt.
- Pohřeb – rozloučení se komunity se svým členem.

Bohužel, v dnešním světě rituály spíše vymizely a možná nám chybí. Některé lze znovu najít, v stále živých náboženstvích. Podívejme se na to, jak vyprovázejí umírající a zemřelí v největších a nejznámějších náboženstvích.

2.1 Smrt v judaismu

Když v židovské obci někdo vážně onemocní, mají zejména blízcí příbuzní povinnost konat návštěvy u nemocného, tzv. bikur cholim. Při návštěvách se za svého nemocného modlí, dávají mu najevo svou účast, ale nemocný by zároveň neměl být vyčerpáván a unavován. V jeho přítomnosti se nesmí sdělovat špatné zprávy, mluvit o mrtvých, aby nebyl rozrušen a nezhoršil se jeho zdravotní stav. Dnes většinou náboženskou povinnost návštěvy nemocného provádí autorita židovské obce, což je povětšinou rabín. Pokud nemocný umírá a už mu zbývají poslední okamžiky života, lze mu opatrně doporučit, pokud je při vědomí, aby odříkal viduj-to je vyznání vin. Tím umírající vyznává svou naději, že mu budou odpuštěny všechny hříchy. Rovněž je velmi důležité, aby nemocný neumíral sám, je to výraz úcty ke svému bližnímu.

Po smrti pozůstalí mrtvému zavírají ústa a oči, přikrývají obličej, obrací ho nohama ke dveřím a u hlavy nemocného zapalují svíce. K mrtvému se povolá rabín. Až do pohřbu u zemřelého někdo musí být, nesmí se v přítomnosti mrtvého jíst, pít, kouřit, zpívat, někoho pomlouvat.

(Ondračka, Kropáček, Halík, Lyčka, Zemánek, 2010, str. 89.)

Podle židovského náboženského zákona má pohřeb proběhnout 24. hod po smrti. Mrtvý se před pohřbem rituálně omyje, obleče se do rubáše, vše proběhne za přednesu příslušných, předepsaných modliteb. Pohřeb je jednoduchý rituál, mrtvý se pohřbívá v rakvi, kam se vkládá hlína ze země Izrael, pokud člověk zemře mimo tuto, pro Židy Svatou zemi.

2.2 Smrt v buddhismu

U umírajícího je velmi důležité, v jakém stavu mysli se nachází, proto je tedy důležité, aby si nejbližší lidé kolem něho zachovali klidnou, pozitivní mysl. Je nezbytné se zdržet projevů silných emocí, zdržet se připoutanosti k umírajícímu a nechat ho v klidu odejít. Pro klidné, pozitivní prostředí slouží zapalování vonných tyčinek, květiny, hudba, i chuťové vjemy z medu nebo melasy. Budhisté věří ve znovuzrození, proto by měly být umírajícímu připomínány dobré skutky, které za svého života vykonal, a tím byl ujištěn, že to povede k dobrému znovuzrození. V blízkosti lůžka je většinou umístěn obrázek nebo soška Buddhy. Příbuzní umírajícího jeho jménem vykonávají dobré skutky, jako je podarování potřebných, nebo dávání darů mnichům.

V buddhismu jsou dvě tradice, therávádová, která neuznává existenci tzv. mezistavu, to znamená, že okamžik smrti je následován okamžikem zrození. Proto je pohřební rituál jednoduchý, bez zbytečných okázalostí. Většinou se preferuje kremace, spálením těla se zdůrazňuje pomíjivost lidského života. V den pohřbu mniši provádějí závěrečný rituál, zpívají verše ze súter a obětuje se roucho tzv. pamsukula.

Mahájánová tradice uznává existenci mezistavu, duše se hned nezrodí do nového života a nějakou dobu přebývá v jakémsi meziprostoru, tzv. bardo. Duše se mezistavem rituálně provází, za obětování vonných tyčinek a jídla. Duši je vysvětlováno, kde se teď nachází a co ji čeká, jsou předčítány důležité sutry a Buddhovo učení. Součástí rituálu je koupel pro ducha. U oltáře je postaven paraván, kde je připraveno vše pro koupel, aby se duch mohl omýt, očistit se od nedobrych skutků a čistý vstoupit do ráje. Po provedení rituálu, který trvá 49 dní je urna s popelem zemřelého uložena do kolumbária nebo do rodinných pagod. (Ondračka, Kropáček, Halík, Lyčka, Zemánek, 2010, str.106).

2.3 Smrt v islámu

Islám velmi vyzvedává a zdůrazňuje rodinu. Proto se muslimové starají o své rodinné příslušníky až do konce jejich dní a neuznávají instituce typu domova důchodců. Když člen rodiny umírá, pokládá se na lůžko tak, aby měl tvář obrácenou k Mekce. Do ucha se mu pošeptá modlitba, která obsahuje i vyznání víry, tzv. šahádu. Pokud umírající může, má toto vyznání

víry sám pronést. Tělo zemřelého se omyje, zpravidla zprava doleva. Do vody se přidává vonná esence. Mrtvému se zakrývá hlava a zavírají oči. K zemřelému přicházejí pozůstalí a blízcí lidé rodiny, projevují mu úctu, tím, že chvíli postojí u jeho těla a pomodlí se s úryvkem z Koránu. Smuteční barvou muslimů je bílá, v této barvě jsou většinou oblečeni účastníci pohřbu. Pohřbu se většinou nezúčastňují ženy. Vysvětluje se to tím, že by přílišným nářkem narušily důstojnost obřadu, a tak se ženy během pohřbu modlí doma. Muslimové své mrtvé pohřbívají do země, neuznávají kremaci. Pohřeb se uspořádává rychle, vzhledem k horkému podnebí. Zemřelí se pochovávají v bílém rubáši, bez rakve, z které jsou na hřbitově vyjmuti. Ukládají se na pravý bok, aby měli tvář otočenou k Mekce. V Evropě, kde jsou mnohé muslimské komunity, nelze pochovat mrtvého bez rakve, vzhledem k místním hygienickým normám. Za 40 dní od úmrtí se koná zádušní vzpomínka. (Ondračka, Kropáček, Halík, Lyčka, Zemánek, 2010, str. 60).

2.4 Smrt v křesťanství

Křesťané mají své rituály při doprovázení umírajících, které se nazývají svátosti. Nejznámější je svátost pomazání nemocných, dříve také nazývána poslední pomazání. Tuto svátost uděluje vždy kněz a to tím, že pomáže čelo a ruce nemocného olejem nemocných a doprovází to modlitbou. Tato svátost není jen u umírajících, může být sloužena u závažných onemocnění, před operací, tudíž může být udělována opakovaně. Před svátostí pomazáním může umírající požádat o svátost smíření, kdy se knězi vyzpovídá ze svých hříchů a dostane se mu rozhřešení. Kněz též může u lůžka nemocného sloužit mši. Pokud si umírající, který není pokřtěn, přeje křest, je to možné a svátost křtu může být provedena i laikem, pokud umírajícímu hrozí bezprostředně smrt a není přítomen kněz. Křest, pomazání i rozhřešení se udělují i umírajícímu, který je v bezvědomí, pokud je pravděpodobnost, že by o tyto svátosti při plném vědomí požádal. Dříve, když se umíralo v domácím prostředí, tak patřil k tradicím i rituál požehnání, kdy umírající dával členům rodiny, především dětem, požehnání. Patřil sem i rituál loučení, kdy se u smrtelné postele sešla rodina, a umírající se loučil a žádal o odpuštění. (Serbousek, 2009, str.56). Na pohřbu se za svého zemřelého pozůstalí modlí, čtou se pasáže z Bible, za své zemřelé nechávají křesťané sloužit mše, tzv. rekviem. Svě mrtvé pohřbívají do země a již několik desetiletí se připouští kremace, které se dřív katolická církev bránila.

Zmínila jsem zde i pohřební rituály, protože jsou velmi důležité, a potřebné, pro pozůstalé lidi. Umožní jim důstojně se rozloučit se svým nejbližším a projevit bolest nad ztrátou v okruhu svých přátel. Je to pro jejich psychiku ozdravné, takže můžeme pohřeb i chápat jako určitou ochranu před zahlcujícím zármutkem, který by mohl být pro pozůstalé ohrožující. V dnešní moderní době přibývá tzv. pohřbů bez obřadu, což je prostá kremace, kdy se urna

pouze uloží do hrobu a není realizovaný rituál rozloučení. Může to být zapříčiněno tím, že, člověk má tendenci se vyhýbat všemu bolestnému a není ochoten si dovolit přímou konfrontaci se smrtí. V důsledku toho může setrvat dlouho ve fázi truchlení, kdy se nemůže smířit se ztrátou svého blízkého člověka.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní medicína, též nazývaná jako útěšná medicína, představuje komplexní péči umírajícím a jejich rodinám. Zabývá se péčí o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, nemoc je pokročilá, délka života je u nemocných omezená. Důraz je kladen na celostní přístup k nemocnému, k jeho fyzickým, sociálním, duševním a duchovním potřebám. Velmi důležitá je léčba bolesti a dalších symptomů a příznaků nemoci, kde již není možné odstranit její příčinu. Je někdy těžké rozhodnout, kdy má být přistoupeno k paliativní péči, obecně lze říci, že v případě, kdy negativní důsledky kurativní léčby jsou větší, než očekávaný přínos. (Haškovcová, 2007, str. 41)

Jak už bylo výše uvedeno, důležitou součástí paliativní péče je léčba bolesti. Proto se někdy může s kurativní péčí prolínat, pokud je přínosná pro její léčbu a zkvalitnění zbývajících částí života. Patří sem např. chemoterapie, některé operativní zákroky, ozařování, atd.

Lze tedy vyvodit, že v paliativní medicíně nejde primárně o prodloužení života, ale spíše o zachování důstojnosti člověka a zkvalitnění období života, které mu ještě zbývá. Nelze odstranit nemoc, ale můžeme pomoci k zlepšení subjektivního stavu pacienta.

3.1 Formy paliativní péče

S umírajícími pacienty se lze setkat ve všech typech zdravotnického zařízení. V České republice umírá v nemocnici zhruba 66 % nemocných, v léčebném ústavu, či sociálním zařízení zhruba 7% nemocných - (data jsou z roku 2013, údaje o místě úmrtí jsou v ČR zjišťovány od roku 2007, během let se čísla příliš nemění). (<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli/>)

Proto by se paliativní péče měla stát součástí péče profesionálních zdravotníků. Rozlišujeme dvě základní formy.

3.1.1 Obecná paliativní péče

zahrnuje základní znalosti a vědomosti, které by měli mít profesionální zdravotníci, kteří pracují na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení a pečují i o umírající nemocné.

Pro dobrou obecnou paliativní péči na lůžkových zařízeních je proto nutné:

- Rozpoznat včas, kdy pacient paliativní péči potřebuje.
- Zajistit mu soukromí, nejlépe v jednolůžkovém pokoji, aby ho mohli neomezeně navštěvovat jeho nejbližší.
- Dostatečně pacienta informovat o jeho aktuálním stavu, prognóze a možnostech léčby.
- Podporovat ho v rozhodování o možnostech léčby a péče.
- Rozpoznat psychosociální a spirituální distres a následně jej řešit.
- Připravovat pacienta na blížící se konec a informovat o tom i jeho rodinu.
- Zajistit péči dle přání pacienta a rodiny.
- Řešit všechny obtěžující symptomy jeho nemoci, obzvláště bolest.
- Zvažovat možnost hospicové péče a včas pacienta a jeho rodinu o této možnosti informovat.

(Bužgová, 2015, str. 31)

3.1.2 Specializovaná paliativní péče

Je multidisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří mají vysoké, odborné vzdělání v oblasti paliativní péče. V tomto týmu by kromě lékaře a zdravotní sestry neměl rozhodně chybět psycholog, případně duchovní, dále sociální pracovník, anesteziolog jako odborník na řešení bolesti, popřípadě rehabilitační pracovník a nutriční poradce. Tento tým by měl přebrat péči o nemocného, když na zvládnutí intenzity potíží nestačí obecná paliativní péče.

Zahraniční autoři uvádějí, že ve větších nemocnicích, převážně v USA, jsou uváděny v praxi čtyři hlavní modely specializované paliativní péče a to nemocniční podpůrný tým, ambulantní tým paliativní péče, specializované oddělení paliativní péče a jednotka akutní paliativní péče. (Bužgová, 2015, str. 26). V České republice tato péče v rámci nemocničního zařízení není obvyklá, i když by nemocnice měla být místem, kde by byly zaváděny a aplikovány principy specializované paliativní péče a to z toho důvodu, že je to místo, kde je nejčastěji zjištěna diagnóza s negativní prognózou a pacienti jsou proto opakovaně

hospitalizováni. Nejvíce se tedy s formou specializované paliativní péče setkáváme v zařízeních, které se stoprocentně zaměřují na doprovázení umírajících a tou institucí je hospic.

4 HOSPICOVÁ PÉČE

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako k jedinečné, neopakovatelné bytosti. (Svatošová,2011,str.115)

Hospicová péče je garantem, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude respektována jeho lidská důstojnost, nebude umírat v osamění. Klade se důraz na kvalitu života, až do jeho konce. Umírající by měl pociťovat klid a bezpečí, přítomnost druhých lidí a to jak své blízké rodiny, tak i ošetrovatelského personálu.

4.1 Historie hospicové péče

Slovo hospic pochází z angličtiny a v překladu znamená útulek, nebo útočiště. První formy hospice jsou zaznamenány ve středověku, kde byly známy jako tzv. domy odpočinku. Ty ještě nesloužily, nemocným, ale byly vybudovány jako azyl pro poutníky. Nejvíce byly navštěvovány těmi, kteří mířili do Svaté země - Palestiny. V těchto prostorách si poutníci mohli odpočinout, najíst se, napít a nechat se i ošetřit, protože tyto domy vedl většinou člověk, který se vyznal i v ranhojičství. Postupem času tato forma péče ubývá a středověké hospice zanikají. Jako ojedinělý počín lze chápat založení dvou nemocnic pro umírající v Irsku, v 18. století, které měly v názvu slovo hospic. Tato snaha pečovat o umírající zůstala osamocena, hospicová péče se dále nerozvíjela.

Hospicové hnutí, jak je známe dnes, vzniklo v druhé polovině dvacátého století ve Velké Británii. U jeho založení stála lékařka Cicely Mary Saundersová. Ještě dříve, než vystudovala medicínu, pracovala jako sociální pracovnice a zdravotní sestra. V roce 1967 byl otevřen Hospic Sv. Kryštofa, který Dr. Saundersová vedla a kde sama později zemřela.

V České republice je hospicové hnutí úzce spjato se jménem Marie Svatošové. Tato lékařka, původním povoláním též zdravotní sestra, po roce 1989 opustila praxi praktického lékaře a celé své úsilí nasměřovala k rozvoji hospicové péče, založila občanské sdružení Ecce homo. V roce 1995 byl za přispění tohoto sdružení otevřen první český hospic v Červeném Kostelci, další následovaly. V současné době je v České republice cca 16 hospiců, i několik mobilních hospicových jednotek. Další vznikají, např. v plzeňském kraji na začátku roku 2016 zahajují činnost dva mobilní hospice, a to v Plzni a Tachově.

Marie Svatošová je i dnes stále aktivní, vystupuje v mediích, přednáší a publikuje.

4.2 Formy hospicové péče

V určité fázi onemocnění už nemocniční pobyt ztrácí smysl a nemocný by měl být pomalu a ohleduplně informován o svém zdravotním stavu, lékaři by měli pacienta a jeho rodinu informovat i o možnostech hospicové péče. Jsou situace, kdy je nemoc dobře zvládnutelná v domácím prostředí, ale i to má své limity. A tímto se dostávám k nejobvyklejším formám hospicové péče.

4.2.1 Domácí hospicová péče

Tuto péči můžeme považovat za ideální. Zřejmě každý člověk by chtěl umírat v důvěrně známém prostředí, obklopen svou rodinou. To ovšem předpokládá dobře fungující rodinné zázemí. Za největší překážku domácí péče o umírajícího je považován strach z vlastního selhání, následuje obava z velkého zatížení rodiny. Dalšími možnými obtížemi jsou finanční důvody, nedostatek odborných dovedností a znalostí, obava ze ztráty zaměstnání, nedostatek času, strach ze smrti. (<http://data.umirani.cz/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne>). Při dobré psychické a praktické pomoci rodině, lze tyto obavy zvládnout. Některé úkony spojené s ošetřováním nemocného můžou profesionální pracovníci členy rodiny naučit, některé musí provádět sami, tím, že do rodiny dle potřeb nemocného docházejí. Jako podpůrná pomoc rodinám slouží i půjčovna rehabilitačních pomůcek, kde za měsíční poplatek lze zapůjčit např. chodítko, toaletní vozík i elektrické lůžko.

I přes veškerou podporu se rodinní příslušníci můžou cítit vyčerpaní, dochází jim síly a proto je nutno uvažovat o dalších dvou formách hospicové péče.

4.2.2 Stacionární hospicová péče

Hospicový stacionář funguje jako každý jiný stacionář. Nemocný je přijat ráno, a v odpoledních hodinách si jej vyzvedávají příbuzní, nebo jeho dopravu domů zajišťuje hospic. V určitém okamžiku je tato forma péče pro rodinu a nemocného nejvhodnější a to nejčastěji z těchto důvodů:

- **Diagnostický** – ten je podmíněn většinou tím, že se bolest doma nedaří zvládat a proto je potřeba ji korigovat a kontrolovat.
- **Léčebný** – tím se myslí např. aplikace chemoterapie a různé paliativní léčby.

- **Psychoterapeutický** – ten nastává, když se nemocný cítí osamělý, rodina z různých příčin nezvládá otevřenou komunikaci, členové rodiny neumí mluvit o svých pocitech, nechtějí slyšet o problémech nemocného i když jinak jsou schopni se o něj dobře postarat. V hospici si tak nemocný může najít někoho z personálu, ke komu má důvěru a kde cítí otevřený prostor pro komunikaci, sdílení svých obav a problémů.
- **Respitní** (odlehčovací důvod) – ten je nejčastější. Když nemoc trvá dlouho, potřebuje si rodina odpočinout, aby ze zcela nevyčerpala. A i nemocný může cítit potřebu odpočinout si od péče své milující rodiny. Obě strany mohou pociťovat stres a nepohodu a proto odlehčovací pobyt může sloužit jako dobré preventivní opatření případných konfliktů vyplývajících z náročnosti situace. (Svatošová, 2011, str.120).

4.2.3 Lůžková hospicová péče

Pokud nelze zajistit každodenní dojíždění nemocného do hospicového stacionáře, buď pro vzdálenost, nebo kvůli zdravotnímu stavu pacienta, rodina je vyčerpaná a nezvládá péči v domácím prostředí, je dobré uvažovat o lůžkové hospicové péči. Tato péče nemusí být nutně konečná, pokud se stav nemocného zlepší, může se vrátit zpátky do domácího prostředí a může být do hospice opakovaně přijímán. Do hospice jsou překládáni nemocní i z nemocničních zařízení. Jen je někdy škoda, že až na poslední chvíli, protože jak se posléze dozvíme, je hospic velmi přívětivým místem, i když u laické veřejnosti má stále někdy přídomek „dům smrti“. Je ovšem potřeba říci, že někteří nemocní si přejí až do konce setrvat v nemocnici, obzvláště když jsou na určitém oddělení opakovaně hospitalizováni a vypěstují si důvěru v ošetřující personál, který dobře znají.

Hospic bývá většinou tvořen z malé lůžkové části (25-35 lůžek) a již zmíněného stacionáře. Pokoje jsou většinou jednolůžkové, s možností přistýlky pro rodinného příslušníka. Režim je zde volný, čímž se od nemocnice dosti liší. Jeli to jen trochu možné, vše se řídí podle přání pacienta. Nemá určen žádný čas na ranní hygienu, spí a vstává podle své potřeby, čas jídla si též určuje sám. Návštěvy může přijímat dle svého uvážení 24 hodin denně. Nemocní, kteří nejsou upoutáni na lůžko, se můžou pohybovat v celém objektu hospice a s vědomím personálu i mimo něj. Všechny hospice mají společné prostory, kde se nemocní mohou scházet, součástí personálu hospice jsou i dobrovolníci, kteří za nemocnými docházejí a povídají si s nimi, nebo jim čtou z knih. V popředí všeho je snaha, aby prostředí hospice bylo domácí a příjemné a nemocným nepřipomínalo nemocniční prostředí. (Svatošová,2011,str.121). Dokonce některé hospice povolují i přítomnost domácího mazlíčka. Zvláštní péče je věnována duchovním

potřebám nemocných. Součástí ošetrovatelského týmu je, jak bylo výše uvedeno psycholog, ale i pastorační pracovník a jsou zajištěny i kněžské služby. V kaplích, které jsou součástí hospice, jsou slouženy mše, kterých se nemocní mohou zúčastnit.

Mezi aktivitami, které pomáhají zlepšovat psychickou pohodu nemocného je např. arteterapie, canisterapie a různé kulturní akce.

O tom, zda bude nemocný přijat do hospice, rozhoduje hospicový lékař. Žádost kromě rodiny vyplní a nemocného k hospitalizaci doporučí ošetřující lékař. Ovšem přednost mají ti nemocní, u kterých je předpoklad blízké smrti, protože takovými lidem je hospic především určen.

5 SDĚLENÍ A PROŽÍVÁNÍ NEVYLÉČITELNÉ NEMOCI

Sdělit pravdu či nesdělit? V dobách nedávno minulých se přiklánělo k tomu, nesdělovat pacientům závažnost jejich onemocnění, nazývá se to *pia fraus*-milosrdná lež. Zdůvodňovalo se to strachem z následků, které to u nemocného může vyvolat, obzvláště se poukazovalo na obavy ze suicidálních pokusů. Dnes se naštěstí od této praxe upouští, pacient má právo být pravdivě o svém stavu informován. Z průzkumu, který zadalo agentuře STEMMARK sdružení Cesta domů vyplynulo, že 62% respondentů by si přálo sdělit špatnou zprávu o svém zdravotním stavu i v případě konečného stadia nevléčitelné nemoci, 28% by uvítalo u tohoto sdělení přítomnost někoho z rodiny, 1% respondentů uvedlo, že by si přáli, aby byl informovaný nejdříve někdo z rodiny a jen 6% respondentů uvedlo, že by o špatné zprávě nechtěli nic vědět. Tento výzkum proběhl v roce 2013. (<http://data.umirani.cz/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne>)

Musíme zde respektovat i právo pacienta nebýt informován o svém zdravotním stavu, o to je pak obtížnější další spolupráce zdravotnického personálu a pacienta. Ale jak i z uvedeného výzkumu vyplývá, takových to nemocných je minimum.

Odpovědnost za informovanost pacienta spadá na ošetřujícího lékaře, je to v jeho kompetenci. On musí posoudit, kdy informace poskytne, jak je bude dávkovat, kolik toho nemocný unese, ale dle Haškovcové (2011, str.26) by mu neměl zásadně lhát, a zároveň by mu měl ponechat prostor pro naději. Je to určitě velmi nesnadný úkol. Předpokládá to u lékaře, empatii, soucit, komunikační dovednosti. Každý, kdo se smrtelně nemocnými pracuje, by se měl umět vcítit do situace nemocného, představit si, jak by sám reagoval. Laskavý přístup,

srozumitelné sdělení, nezahlcování informacemi a prostor pro naslouchání může poté vést k důstojnému prožívání nemoci. Ostatní zdravotničtí pracovníci by měli být informováni, že tento rozhovor proběhl, aby mohli poskytnout psychickou podporu a byli připraveni na reakce, které toto sdělení může vyvolat.

5.1 Prožívání příchodu smrti

Každý z nás jsme jedinečná osobnost, každý různorodě reagujeme na kritické situace. Závisí to na věku, předchozích životních zkušenostech, na naší duševní vyspělosti, osobním zázemí a neposlední řadě i víře. Blízkost a příchod smrti je tou nejkritičtější situací v životě, vždyť je ohroženo samo naše bytí.

Elizabeth-Kübler Rossová definovala pět základních stadií vyrovnávání se se smrtí. Je to velmi známá teorie, hojně publikovaná, nicméně ji uvádím, protože může velmi pomoci zdravotnickému personálu a zabránit mnohým nedorozuměním. Je to pouze vodítko, které nás může vést k porozumění prožitkům a chování pacienta, jak bylo uvedeno, každý jsme ve svých prožitcích individuální.

5.1.1 Stádium popírání a izolace

První, a pochopitelnou reakcí na zprávu o své krizové zdravotní situaci, je šok. Nemocný nemusí věřit této zprávě, namlouvá si, že určitě došlo k záměně výsledků. Po prvotním šoku přichází částečné přijetí situace, popírání bývá jen dočasnou strategií. V této fázi je nutná trpělivost, není dobré pacientovi nic vylouvat, jen naslouchat a získat si důvěru. Popírání reality je obranný mechanismus, funguje jako nárazník, aby nemocný postupně v sobě našel jiné, méně radikální strategie. (Kübler-Ross, 2015, str.52)

5.1.2 Stádium zlosti a vzpoury

Toto stádium je náročnější než stadium popírání. Nemocnému již dojde krutá pravda a může reagovat zlostí a výbuchy hněvu, které odnáší nejbližší lidé a zdravotnický personál. Hledá viníky své nemoci, obviňuje lékaře z nedbalosti. I když je to těžké, snažme se za to nemocného neodsuzovat, za výbuchy hněvu je schováno zoufalství a strach, neměli bychom si jeho reakce brát osobně. S pochopením a trpělivostí, když se i přes tyto negativní reakce pacientovi nebudeme vyhýbat, se může jeho chování zmírnit.

5.1.3 Stádium smlouvání

Je to hra psychiky, ustupuje agrese a vztek a nemocný se snaží oddálit svou smrt. Klade si mety, kterých chce dosáhnout, ať už jsou reálné či nikoliv. Např. se chce dožít narození vnuka, poté opět posunuje hranice a chce strávit ještě Vánoce se svou rodinou. Vyznačuje se neustálým smlouváním a posouváním hranic své smrti. I při této fázi je potřeba trpělivosti, nikdy nemocnému nebereme naději, nevíme, jestli se nevyplní, ale zároveň bychom ho neměli podporovat v nereálných přáních.

5.1.4 Stádium deprese

V tomto stadiu už nemocný svou nemoc nepopírá, příznaky nemoci jsou zjevné, ubývá mu sil.

Kübler-Rossová v této fázi poukazuje na dva typy deprese. (Kübler-Ross, 2015, str.102) První označuje jako reaktivní a druhou jako depresi přípravou. V prvním případě si nemocný uvědomuje, co ztratil, např. žena po amputaci prsu se trápí pocitem ztráty ženství. V tomto případě lze depresi zmírnit tím, že ženu podpoříme, poukážeme na některé její ženské vlastnosti, zapojíme manžela. V druhém případě dochází k depresi uvědoměním si toho, co v budoucnu nemocný ztratí, své blízké, rodinu. Zde není na místě žádné povzbuzování, nemocnému spíše prospěje, když svůj zármutek a žal bude moci projevit, za tiché, naslouchající podpory, podepřené dotykem ruky, pohlazením po vlasech, čímž mu nejlépe projevíme svou účast.

5.1.5 Stádium akceptace

V tomto stadiu již má pacient za sebou všechny emoce a chování, které se vystřídalo v předchozích stádiích. Pokud se mu dostalo podpory a mohl otevřeně dát průchod všem svým citům a emocím, dostává se do stavu klidu, který není rezignací, ale vyrovnáním se se skutečností. Boj ustal a nemocný se připravuje na blížící se smrt. Může dávat přednost samotě, přestává mít zájem o záležitosti vnějšího světa, spíše odpočívá a spí. V této fázi postačí jen krátká přítomnost, aby nemocný byl ujištěn, že není sám a zároveň, bychom ho neměli zbytečně rušit a zatěžovat. V tomto období potřebuje podporu spíše rodina, aby akceptovala a pochopila potřebu klidu svého umírajícího člena rodiny a nenutila ho k dalším zbytečným a pro něho vysilujícím bojům.

Popsaná jednotlivá stadia se mohou překrývat, prolínat se, či se opakovaně vracejí. Zároveň všemi fázemi prochází i rodina nemocného a problémy mohou nastat, pokud se

umírající a rodina nacházejí v rozdílných etapách prožívání příchodu smrti. Ideální situace nastává, když nemocný s rodinou dospějí do poslední fáze smíření.

6 PEČUJÍCÍ

Předpokladem dobré ošetrovatelské péče jsou u zdravotnického personálu odborné znalosti a dovednosti, určitá komunikační úroveň. Ovšem péče o umírající lidi má svá specifika. Požadavky na ošetřující personál jsou značné, vyžadující velkou psychickou odolnost a předpokládá se práce na sobě, na svém charakteru, protože lidé, pečující o umírající pacienty jsou postupně nuceni zaujímat své postoje ke smrti a umírání a může jim to umožnit i rozvoj své vlastní osobnosti.

6.1 Osobnost a postoje pečujícího

Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě – to je důležité, pokud člověk potlačuje a skrývá své city, i sám před sebou, znemožňuje mu to empatii, což je vcítění se do pocitů druhého a znemožní to alespoň částečné pochopení jeho chování.

Dále péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti – nemusí to nutně znamenat úvahy o své vlastní smrti, ale spíše prozkoumat své obranné mechanismy, ke kterým může patřit i proslulý černý humor zdravotnických pracovníků.

Kdo chce pomáhat umírajícímu nemocnému, musí umět být pravdivý-to znamená výše popsané pravdivě předávané informace o zdravotním stavu. Převážná většina lidí si nepřeje být obelhávána, šetrně, citlivě podávanými informacemi vyjadřujeme respekt a úctu k umírajícímu pacientovi a to mu umožní si zachovat důstojnost i v posledních okamžicích života.

Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový. Zdravotník by neměl skrývat své pocity před umírajícím pacientem, skrývat se za svým profesionálním postojem. Umírající jsou velmi citliví a vycítí, že něco není v pořádku. Proto by pečující měl umět i velmi šetrně a ohleduplně pacientovi říci, že se na něj např. pro něco zlobí, než ho nechat v pochybnostech a nejistotě. To vyžaduje od pečujícího personálu práci i se svými negativními pocity a naučit se s nimi zacházet. (Funk, 2014, str.144).

Kdo pečuje o umírající, musí umět přijmout druhého se všemi stránkami osobnosti a zřeknout se hodnocení – to znamená akceptovat osobnost nemocného, být k němu tolerantní, přijímat jeho způsoby prožívání a chování a nevnucovat mu své představy. (Funk, 2014, str.146).

6.2 Vyčerpání pečujícího – syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout), v překladu syndrom vypálení či vyhaslosti, vzniká dlouhodobým působením situací, které jsou emocionálně náročné. Nejčastěji se objevuje u lidí, kteří pracují s lidmi v pomáhajících profesích. Jeho vzniku napomáhá velké očekávání pracovníka a velké zátěže, které plynou z vysokých nároků profese a jeho postupné přesvědčení, že již těmto nárokům nelze dostát. Může ho též podpořit přesvědčení pracovníka, že vložené úsilí není adekvátně ohodnoceno. Syndrom vyhoření je proces, je třeba ho oddělit od stresu. Stres patří k běžnému životu, pokud nepřetrvává dlouho a je přiměřený, o vyhoření se mluví jako o poslední fázi stresové odpovědi organismu. (Bartošíková, 2006, str.24). Můžeme ho vnímat jako sociální problém, je vždy důsledkem náročné práce s lidmi a jeho dopady jsou rozsáhlé v sociální a osobní oblasti postiženého jedince.

Príznaky vyhoření lze rozdělit do několika oblastí. V tělesné sféře je to vleklá, chronická únava, pocit tělesné slabosti, může se objevovat zvýšená potřeba spánku. Přesto se ráno člověk cítí unavený a nevyspalý, objevují se váhové výkyvy, jak ve váhovém úbytku nebo přírůstku.

Emocionální vyčerpání se projevuje ztrátou chuti k mezilidské komunikaci, člověk cítí, že už nemá co dát, je vyčerpaný, emočně vysátý, už nechce poslouchat žádné stesky a trápení, pokud se nemůže lidem vyhnout, může reagovat podrážděně, nepřátelsky, ztrácí schopnost empatie. Nejdříve se to projevuje v práci, později se to přesouvá i do osobní sféry, mezi přátele a rodinu. (Blanař, 2012, str.22).

Psychické vyčerpání se projevuje negativními postoji vůči sobě i jiným, mění se životní postoje, život bývá vnímán jako katastrofický, jen jako balík nároků a problémů, není žádná radost ze života. Člověk vidí vše pesimisticky, je negativistický a cynický. Dochází u něj k apatii, mizí tvořivost, objevují se poruchy soustředění, zapomíná. Nechce již žádné změny, upadá do stereotypní činnosti. Nenachází smysl ve své práci, později i ve svém životě, mohou se objevit i myšlenky na sebevraždu. (Bartošíková, 2006, str.22).

Na vzniku syndromu vyhoření se podílí jak osobnostní složka, tak i pracovní prostředí.

Spíše jeho dopad pocítí ti pracovníci, kteří mají velké pracovní nasazení, vysoké cíle, motivaci a očekávají kladné ohodnocení. Dá se říci, že vyhoří ten, kdo hořel, to znamená lidi, kteří se do všeho pouštějí s nadšením, angažovaností, ale to jim dlouho nevydrží, pokud nejsou splněna jejich očekávání a pracovník není dobře ohodnocen a nároky stoupají.

Pracovní prostředí mají sestry, pracující s lidmi v terminální fázi nemoci náročné, je to zdroj velkého emočního a psychického vypětí. Pokud se k tomu přidají neharmonické vztahy na pracovišti, zatěžování administrativou, je to podhoubí pro vznik syndromu vyhoření.

Nejlepší je syndromu vyhoření už od počátku předcházet, i když se mu nelze tak úplně vyhnout, každá sestra se s ním jistě setkala. Co proto může sama udělat a co pro ni může udělat kolektiv a nadřízený?

6.2.1 Co pro sebe může udělat sestra sama

Hlavní je pečovat o sebe a nezapomínat na to. Ten kdo se hodně, vydává, potřebuje i někde nabírat, neměl by převažovat výdej nad příjmem. Pod péčí o sebe si každý představuje něco jiného. Jde především o činnosti, které nám dělají radost, to znamená pěstovat si své koníčky a záliby. I když je málo času, dlouhodobě se nevyplácí zřít se svých zálib, jsou pro nás zdrojem potěšení a doplňují nám tolik potřebnou energii. A nemusí jít o nějakou časově náročnou činnost, vždyť výborným povzbuzením je i četba knih, Křivohlavý se zmiňuje o biblioterapii, což je léčení nežádoucích psychických stavů čtením vhodné beletrie (Křivohlavý, Pečenková, 2004, str.26). Nesmíme zapomínat na svou sociální síť, to znamená na své přátele a svou rodinu. Uspokojivé zázemí, kde nás mají rádi a kam se rádi vracíme, kam patříme, je snad největším zdrojem energie. Dobrou životosprávou a udržováním tělesné kondice také mnoho napomůžeme k udržení si dobré psychické pohody. K tomu patří i odpočinek. Je třeba naučit se relaxovat, výborná jsou jógová cvičení.

Tato doporučení jsou často zmiňovaná, ale zvláště přetížené sestry na ně zapomínají.

Jde o to, udržet si v životě rovnováhu mezi tím, co nás přetěžuje (stresory) a tím, co nám dodává radost a co nás posiluje (salutory). Stres nám přináší život sám, ale o radost ze života se musíme snažit, ta samozřejmě sama nepřijde.

6.2.2 Co pro sestru může udělat zaměstnavatel

V pracovním prostředí strávíme třetinu života, proto by pracovní prostředí mělo být místem, kam se budeme těšit, kde budeme mít prostor se realizovat a kde budeme respektováni. Sestry si často stěžují, že jsou přetěžovány, využívány. Pokud se cítí jako „roboti“, jsou podceňovány, necítí respekt a uznání, nelze od nich očekávat pracovní nadšení a výkonost. Může se to změnit i projeveným zájmem nadřízených a snahou o vzájemnou spolupráci.

Pochvala a kladné ohodnocení nadřízených pracovníků také jistě motivují sestry k lepším výkonům. Nadřízení by je měli též podpořit v získávání nových vědomostí a umožnit jim účast v různých vzdělávacích seminářích, které by každá sestra měla absolvovat v rámci celoživotního vzdělávání. Zaměstnavatel by měl být obezřetný při nástupu nového zaměstnance, obzvláště do kolektivu s náročnou psychickou prací, což kolektiv sester pečujících o terminálně nemocné zajisté je. Nadřízený, který je zodpovědný za výběr zaměstnanců by měl umět zhodnotit, nakolik nový pracovník bude zvládat pracovní úkoly, jestli má vstřícné a příjemné vystupování, nakolik má dobrou psychickou odolnost, a jak tzv. zapadne do kolektivu. Je i na místě na pracovištích s vysokou psychickou náročností zvažovat možnosti supervize. Supervize je u nás ve zdravotnictví málo využívaná, málo známá, uplatňuje se spíše v sociálních službách, v léčbě drogových závislostí, nebo v privátních psychoterapeutických praxích a poradnách. Je to velká škoda, protože pod vedením zkušeného supervizora může vzniknout důvěryhodné prostředí pro sdílení názorů, problémů a jejich objasnění. Důležitým faktorem je čas pro odpočinek a regeneraci, což by měl zaměstnavatel brát v potaz při rozpisu služeb. Může podporovat regeneraci zaměstnanců poskytováním poukázek na rehabilitaci, plavání, na kulturní akce. V zahraničí je zvykem investovat do kondičních programů. Bylo prokázáno, že velkou měrou snižují stres a zmenšují fluktuaci pracovníků a jejich nemocnost. (Bartošíková, 2006, str.64).

Dnes se již sestry základům vyrovnávání se se stresem a náročnými situacemi učí na zdravotnických školách, na seminářích komunikace a psychologie, měly by být též součástí nástupní praxe na jednotlivých odděleních.

6.2.3 Kde hledat pomoc

Především se nebát o svých potížích promluvit. Požádat o pomoc může být pro někoho obtížné, obzvláště pokud zastává vyšší postavení, nebo je to problém u výkonných jedinců, kteří na vše dříve stačili sami. Nejlepší je hledat pomoc u svých přátel, v rodině mezi svými blízkými, kteří v průběhu zotavení hrají významnou roli, pokud dokáží vytvořit prostředí plné projevů lásky, podpory, důvěry a bezpečí.

V pracovním prostředí, kde panují harmonické vztahy a kde se lidé navzájem znají, většinou ostatní poznají, že se u postiženého jedince něco děje. V kolektivu může být i osoba, ke které má obzvláště důvěru a na kterou se může obrátit o radu, jak podobnou situaci řešil sám.

Mohou pomoci i nadřizení, např. úpravou směn, když je pracovník již vyhořelý, měla by být možnost ho přeložit, na oddělení s menší mírou stresu, kde by měl setrvat nejméně půl roku, pokud by se chtěl vrátit. Je prokázáno, že právě takováto dlouhá doba je zapotřebí na to, aby člověk, který je mimo traumatizující prostředí, byl schopen vidět své problémy z nadhledu.

Rozvinutý syndrom vyhoření je třeba léčit, postižený člověk už na to většinou nestačí sám. Pokud svou složitou situaci nezvládá ani s pomocí rodiny a přátel, neměl by váhat vyhledat pomoc psychologa, či psychoterapeuta.

Desatero o moudrém postoji k životu

Dělejte, mimo jiné, i něco, co vás opravdu baví.

Mějte dobrou míru smyslu pro humor a nedejte si humor nikým a ničím vzít.

Nepohrdejte skromnějším způsobem života.

Nechtějte být vždy, všude a ve všem nej, nej, nej, ale snažte se radovat se i z maličností.

Naučte se odpouštět a netrapte se do smrti s tím, co vám kdo udělal-život je krátký.

Buďte vděční a to i za věci, které považujete za zcela samozřejmé.

Mějte jednoho člověka, který je vám přítelem na život a na smrt.

Mějte několik dobrých přátel, kterým můžete důvěřovat a starejte se o ně.

Snažte se vidět věci z širšího hlediska a stát nad nimi.

Věřte ,že zlo v jakékoliv podobě nemá na světě největší sílu.

(Křivohlavý,2010,str.46).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Při své práci se sestra setkává s úspěšnou léčbou pacienta, při které jsou použity nejnovější výdobytky moderní medicíny, ale stává se, že nemoc je mocnější než moderní medicína a pacient svůj boj o život prohrává a nastupuje poslední fáze nemoci – terminální stav – umírání. A i v tomto období může sestra velmi pomoci. Postarat se nejen o fyzické pohodlí, aby pacient netrpěl bolestí, ale může mu a jeho blízkým poskytovat psychickou podporu.

Je to velmi náročné. Jak to sestry zvládají? Jakou mají podporu ve svém pracovním prostředí, ve své rodině? Dokážou i v péči o umírající a v blízkosti smrti nalézt něco pozitivního pro sebe a svůj život? Dokážou zkušenosti s blízkostí smrti aplikovat do svého života a svého životního postoje? Nebo je jim naopak jejich životní filozofie podporou pro jejich práci?

8 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zmapování postojů a zkušeností sester, které se ve své praxi velmi často setkávají s umíráním a smrtí. Naším záměrem bylo nahlédnout nejen do pracovního, ale i osobního života a zjistit, jaké mají zdroje k obnovení síly ke své práci, zda umí vyvažovat svůj pracovní i osobní život a nakolik jim jejich práce změnila a ovlivnila jejich postoj k životu.

8.1 DÍLČÍ CÍLE

Zmapovat, zda mají sestry pečující o umírající pacienty podporu ve svém pracovním prostředí.

Zmapovat, zda mají sestry pečující o umírající pacienty podporu ve svém osobním životě.

Zmapovat, zda sestrám péče o umírající pacienty změnila životní postoj, či životní filozofii.

8.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Jak zvládají všeobecné sestry péči o umírající pacienty.

9 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu a to formou rozhovoru.

Osobní setkání a kontakty na respondenty mi umožnilo i případné doplnění rozhovorů.

10 METODA

Jedná se o případovou, kolektivní studii, s výběrem šesti respondentů. Šlo mi o hlubší analýzu pomocí osobního rozhovoru, a jsem si i vědoma toho, že i díky malému počtu respondentů nelze tak úplně vyvozovat z mého výzkumu obecné závěry.

11 VÝBĚR PŘÍPADU

Vzhledem k problému jsem záměrně vybírala sestry, které mají dlouholetou zkušenost s péčí o umírající pacienty. Některé sestry jsem osobně znala, jiné jsem oslovila na doporučení. Oslovila jsem šest sester, tři z nich pracují v nemocničním prostředí, dvě pracují v hospici a jedna v agentuře domácí péče, kde se specializovala na paliativní péči.

12 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Informace jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V rámci výzkumu jsem navštěvovala hospic, kde jsem získala cenné informace o jeho fungování od jeho pracovníků. Nemocniční prostředí znám ze své osobní zkušenosti, neboť též pracuji s umírajícími lidmi. Se sestrou z agentury domácí péče jsem dělala pouze rozhovor, nechtěla jsem, aby má přítomnost rušila pacienta a jeho blízké v jejich domácím prostředí.

Některé rozhovory byly vedené v pracovním prostředí, některé rozhovory byly vedené v domácím prostředí dotyčných sester. Časová dotace byla zhruba dvě hodiny, rozhovory proběhly v klidném prostoru, který zaručoval, že nebudeme nikým a ničím rušeny.

Rozhovory byly natáčené na diktafon, přičemž respondentky byly ujištěné, že všechny údaje slouží jen pro mou bakalářskou práci, přístup k nahrávkám mám jen já, případně garant mé bakalářské práce a po obhajobě budou záznamy smazány. Byly též ujištěny, že jejich identita nebude rozpoznána, osobní údaje zůstanou v anonymitě. Toto bylo zaneseno v informovaném souhlasu, které mi respondentky podepsaly a který je jako příloha součástí bakalářské práce.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

V rámci svého výzkumu jsem navštěvovala hospic Sv. Lazara v Plzni, mluvila jsem s jeho zaměstnanci a poznávala prostředí. A to v období od listopadu 2015 až do ledna 2016.

Rozhovory jsem vedla od ledna až do února 2016. Schůzky byly sjednávány osobně a telefonicky, přičemž respondentky byly seznámeny s tématem mé bakalářské práce a s okruhy otázek. Přesné znění otázek dopředu nevěděly, chtěla jsem, aby rozhovor byl autentický, aby nebyl předem připravený. Respondentky s tímto souhlasily.

14 VZOREK RESPONDENTEK

Respondentka č. 1

Všeobecná sestra, 53 let, hospic, kde pracuje 15 let.

Respondentka č. 2

Všeobecná sestra, 52 let, hospic, kde pracuje 12 let.

Respondentka č. 3

Všeobecná sestra, 45 let, agentura domácí péče (specializace na paliativní péči), kde pracuje 6 let.

Respondentka č. 4

Všeobecná sestra, 42 let, nemocnice – onkologické oddělení, kde pracuje 6 let.

Respondentka č. 5

Všeobecná sestra, 52 let, nemocnice – plicní oddělení, kde pracuje 6 let.

Respondentka č. 6

Všeobecná sestra, 48 let, léčebna dlouhodobě nemocných, kde pracuje 5 let.

Rozhovor polostrukturalizovaný individuální

Obecně je rozhovor chápán jako komunikace s určitým záměrem a cílem. Má tři části: úvod, hlavní část a závěr. Úvodní část je často nejvýznamnější, protože ovlivňuje další průběh rozhovoru, sdílnost respondenta, utváří atmosféru. S respondentem navazujeme kontakt, sdělujeme téma rozhovoru, ujasňujeme si i délku rozhovoru. V hlavní části respondent odpovídá na otázky, které můžeme doplnit a vysvětlit, aby byly jasné a srozumitelné. V závěru rozhovoru proběhne rekapitulace řečeného a dáváme prostor respondentovi k doplnění informací a k diskusi a zamyšlení se nad proběhlým rozhovorem.

V průběhu rozhovoru dodržujeme zásady správné komunikace, to znamená např. vhodné oslovování, navození vztahu vzájemné důvěry, vnímáme i neverbální projevy, a snažíme se o nezaujaté reakce na respondentovo sdělení.

Otázky v rozhovoru jsem rozdělila do tří oblastí, do oblasti pracovní, do oblasti osobní a do oblasti duchovní.

Oblast pracovní

V pracovním prostředí strávíme třetinu života, proto je velmi důležité, jaké panují vztahy mezi kolegy, jaká je ochota ke spolupráci a vzájemné pomoci. K atmosféře na pracovišti přispívá i podpora vedoucích pracovníků. Nedílnou součástí pracovního prostředí je i možnost rozvíjení a získávání nových zkušeností a vědomostí, a to díky nabídkám vzdělávacích kurzů a seminářů. Péče o umírající lidi je velmi náročná, obzvláště po psychické stránce a proto je vzájemná podpora kolegů i podpora vedoucích pracovníků zásadní. A protože je oblast péče o umírající lidi velmi specifická, zajímalo mě, zda výběr práce byl u sester záměrný.

Věděla jste, než jste začala doprovázet umírající pacienty, co tato oblast péče obnáší?

R1 „Věděla jsem to pouze teoreticky. V té době než jsem začala pracovat v hospici, v nemocnici to doprovázení moc neprobíhalo, o umírání se nemluvilo a na mém předešlém pracovišti, což byla chirurgie, se takové věci neprovozovaly. Já jsem do hospice nastoupila po mateřské dovolené, zcela z prozaických důvodů, měla jsem to blízko do práce, bydlím přes dvůr.“

R2 „Takže, určitě jsem to nevěděla, utíkala jsem z předchozího zaměstnání, šla jsem do hospice, protože jsem věděla, že zrovna hledají sestru, chtěla jsem nastoupit na směny a chtěla jsem zkusit něco jiného. Řekla bych, že v hospici jsem asi tak půl roku chodila jako náměsíčná, byla jsem vyděšená a říkala jsem si, kam jsem to vstoupila. Ale protože mě zajímá spíš ta psychologie, tak jsem si v tom našla, že se člověk těm lidem může věnovat hlavně po psychické stránce a musím říct, že hlavně mě tady získala ta parta. Díky tomu kolektivu jsem tady začala být ráda.“

R3 „Vzhledem k osobním zkušenostem asi věděla, protože jsem už doprovázela své blízké, příbuzné, tak jsem věděla, co to obnáší, nešla jsem úplně do neznámé oblasti.“

R4 „Nevěděla, protože jsem původně na onkologii nastupovala na denní stacionář a ambulanci. Hledala jsem totiž místo na ranní směny, po mateřské dovolené, a tam jsem se přímo s umíráním našich pacientů nesešla. Setkala jsem se s umírajícími, až když jsem přestoupila na lůžkovou část. V předchozím pracovišti, na neurologii, jsem se s umírajícími setkala, ale nebylo jich takové množství, jako na tomto oddělení.“

R5 „Ano, už jsem se s tím setkala, v osobním životě, kdy jsem pomáhala doprovázet přátelům jejich blízké a i já sama své blízké, takže to spíš bylo rozšíření nějakých zkušeností, ale ztížené o to pracovní tempo, a stres, který přináší péče ještě o ty další pacienty.“

R6 „Věděla, jelikož jsem doprovázela oba své rodiče, úplně až do konce, takže vím, co to obnáší.“

Máte podporu ve svém pracovním prostředí, mezi kolegy a máte v kolektivu osobu, na kterou se můžete obrátit v případě problému, která vám poskytne radu a podporu?

R1 „Podporu ve svém pracovním prostředí určitě mám, jelikož pracuji v zařízení, které vlastně poskytuje péči, ke které doprovázení patří stoprocentně, takže tam ta podpora je jasná a daná, protože k doprovázení směřuje všechna ta snaha a práce, kterou tady provádíme. Když si nevím s něčím rady, jdu za někým druhým, kdo je zrovna na směně a nebo si počkám na někoho, o kom vím, že se s ním dobře mluví a s ním to třeba proberu. Je to i opačně, nerozlišujeme tady, jestli se ptám zdravotní sestry nebo ošetřovatelky, protože o tom to není. Jinak tu taky máme psychologku, která je jednak pro pacienty, tak se na ni můžeme obrátit. Takže se na ni obracíme, nevím, kolik lidí se na ni obrací, je to samozřejmě interní záležitost.“

R2 „Podpora je veliká, myslím, že se tady všichni podporujeme navzájem. Mám tu jednu skalní kamarádku, vždycky, když mám nějakou starost, pracovní, tak jdu za ní. Víím, že mě nikdy nepodrazí, podrží mě.“

R3 „Jestli mám podporu pro svou práci? To si myslím, že ano, mé práce si váží, ví, že je žádaná. Ale co se týče podpory nějaké osoby, hlavně podpory psychický, to teda ne, to tam nemám nikoho a souvisí to, jak se dívám, i z další otázky a to supervizi, o které žádám na vedení a o nějakou takovou podporu bych stála a to teda nefunguje.“

R4 „Myslím, že mám, mezi svými kolegyněmi. A máme tady psycholožku, která s námi řešila spoustu problémů, co se týkalo spíš pacientů a jejich rodin. Ale tím pomáhá vlastně i nám, protože se ty problémy přenášejí i na nás, protože ta rodina je řeší i s námi, své rodinné vztahy, do kterých my nevidíme a spíš pomůže ten psycholog ,který s nima promluví a pak nám nastíní stav věcí.“

R5 „Ve smyslu času je to vždycky problém, podporu u kolegů asi jo, ale je to taky na tom, jestli ten kolega má taky nějakou časovou možnost. Ale dá se říci, že by pomoc nikdy nikdo neodmítl. A jestli mám někoho, na koho se obracím? No, spíš ne.“

R6 „Tak samozřejmě, ta podpora by měla vznikat u vedoucí oddělení, u staniční sestry, což by každý předpokládal a u nás to tak není. Spoléháme se sami na sebe, víceméně je tu pár lidí, takových skalních ,s kterými se můžu poradit o problému, ale dál to prostě neprorazí, protože staniční sestra za námi bohužel nestojí. Pokud staniční sestra nestojí za svými sestrama, tak sestry těžko něco zmůžou.“

Máte podporu vedoucích pracovníků?

R1 „Máme podporu ve vedení, snaží se nás podpořit v tom, co děláme, ale jak jsem řekla, hlavně mezi sebou, což je asi nejvíc.“

R2 „Teď se hodně mluví o hospicích a mluví se o tom, že tady ten hospic v Plzni funguje docela dobře. Máme nového pana ředitele a musím říct, že po čase, kdy jsme se navzájem více poznali, že je všechno v pohodě, tak tu podporu vedení určitě máme.“

R3 „To si myslím, že je horší, oni by měli nastavit, jak by ta péče měla vypadat a jaká by měla být podpora z toho vedení a to není, nefunguje to, no.“

R4 „Já si myslím, že ano, myslím, že kdyby vznikl nějaký problém, že by nám bylo pomůženo.“

R5 „Tak to už vůbec ne.“

R6 „Ne, to teda nemáme, myslím, že už jsem to řekla v minulé otázce.“

Máte možnosti nabídky supervize?

R1 „ Supervize tady jeden čas proběhly, vlastně proběhla jedna supervize, která teda neměla nějakého valného úspěchu, a to hlavně proto, že to bylo za staré vlády, tím myslím, za jiného vedení, a ona byla v podstatě blokována ze strany vedení. Tu supervizi jsme chtěli my ze zdola a vzhledem k tomu, že tehdejší vrchní sestra, tehdejší lékaři a ředitel tomu házeli klacky pod nohy, tak ta supervize byla v podstatě k ničemu. A pak ještě lidi, co o ní nic nevěděli a přesto se jí zúčastnili, tak ty to dost odradilo, takže v současné době je hodně lidí proti supervizi. Ale já si myslím, že by byla nutná. Nebudeme si nic nalhávat, že v kolektivu, kde pracují lidi sedmnáct, šestnáct let a stále spolu, že v tomto kolektivu není nutno udělat supervizi. Už jsme o tom mluvili, a bylo to o tom, že pokud supervizi, tak teda jak. Pokud by byly ty pro jednotlivce, tak prosím, ale to nevyřeší, co bysme potřebovali řešit společně“.

R2 „Supervizi jsme prošli za bývalého ředitele před deseti lety. Ta supervize si myslím, byla špatně vedená, byl to špatný člověk, špatně to dělal, protože tam lidi nechtěli vůbec chodit. Byla tady vlna odporu proti supervizi, takže ta supervize dopadla dá se říci špatně. Proti supervizi brojila i vrchní sestra, která tady tehdy byla, plno lidí ji bojkotovalo, a nikdy jsme se vlastně nedozvěděli, jaký z toho byl výstup. Od té doby zde supervize nikdy nebyla a současný ředitel

je nakloněn na soukromé supervize a dal nám na to finanční prostředky. Takže on předpokládá, že to budeme chtít. Bude se jednat o soukromé sezení, na několik hodin. Myslím, to bude dobré.“

R3 „Tak to je neorané pole. Mám o ni zájem a pak si myslím, že by to mělo patřit ke standardu práce v pomáhajících profesích, že by to mělo být normální.“

R4 „O supervizi jsem slyšela, ale osobní zkušenost nemám. Víím, že to je člověk, který přijde a pak nahlíží na práci celého kolektivu a pak nastíní, co je v tom kolektivu dobrý a co špatný, co se dá vylepšit, ale jak říkám, osobně jsem se s tím nesetkala, není to u nás obvyklé. Ale myslím, že by to nebylo špatné. Ti kdo pracují v pomáhajících profesích, by měli mít tu možnost.“

R5 „O ničem takovém nevím a kdyby se klinika nebo nemocnice něčím takovým zabývala, tak bych byla jednou z prvních, kterou by zaujala, i možnost, myšlenka, event. diskuze o supervizi. Supervizi bych uvítala.“

R6 „Vím, co to znamená supervize, ale v naší nemocnici, během mého působení žádná nebyla. Někdy mám i pocit, že záměrně, že se nemocnice vyhýbá střetu s problémama, který by vyplavaly na povrch, záměrně se smetou nebo se nějak jakoby vyřeší. Dřív byly třeba sesterský porady, kdy si každý mohl ke všemu něco říct, dneska to není. Mně připadá, že ti vedoucí pracovníci se prostě bojí.“

Máte dostatečnou nabídku vzdělávacích seminářů a kurzů z oblasti paliativní péče?

R1 „ Tak nabídky máme, v podstatě celorepublikový semináře, ať to jsou hospicový dny, nebo semináře paliativní péče. Tak zároveň jsem spadá i péče o seniory, protože to je ve velkém případě naše věková kategorie. Tak to určitě máme, vždycky je to vyvěšený na nástěnkách.

Jakmile přijde vrchní nějaká nabídka, je toho teda mraky ,myslím, že vůbec by jsme neměli ani možnost to všechno vyčerpat. Vybíráme si samozřejmě, většina z nás se jich zúčastňuje, a myslím si, že ne jen kvůli těm bodům, které musíme sbírat, ale protože se lecos dozvíme, vyměníme si zkušenosti, protože na těch hospicových dnech se nás už vlastně hodně zná ,ta oblast je pořád ještě dost uzavřený a malý okruh lidí. Děláme i stáže, že třeba jedeme na tři dny někam do hospice mimo Plzeň, sem jezdí na stáž zaměstnanci ostatních hospiců.“

R2 „Nabídky chodí, musím říct upřímně, že v tý paliativní péči je to pořád dokola, opakují se ty témata, nás sestry okolo čtyřicítky nebo padesátky to už moc nebaví, tak se vybírají témata spíš jiný, už jsme zabrousily i do jiných oblastí. Teď nás třeba čeká seminář bazální stimulace, to se zúčastníme skoro všichni, bude tady v domě. Na to se těším a určitě nás spíš baví semináře, kde se můžeme zapojit, kde můžeme diskutovat, než jen sedět a koukat na ty slejdy, to už nikoho nebaví. Vybírá se, co jsme ještě neslyšely, i když si myslím, že z oblasti paliativní péče jsme už všechno slyšely.“

R3 „Tady musím říci, že je to dobrý, protože cokoliv si vyberu, seminář, nebo čehokoliv se chci zúčastnit, tak v tom podporu vedení mám, je to proplacený ,je mi umožněno se těch akcí zúčastnit a mohu se rozvíjet a vzdělávat neomezeně.“

R4 „Mohlo by jich být víc. Mohl by být větší výběr, zatím jsem se se seminářem paliativní péče setkala v rámci pražských onkologických dní a k jiné nabídce jsem se nedostala. Myslím si, že v rámci našeho kraje a vůbec v naší nemocnici by se to mohlo zlepšit. Myslím si, že umíme poskytovat paliativní péči, ale leccos by se mohlo zlepšit právě díky těm seminářům.“

R5 „Vím o jednom certifikovaném kurzu paliativní péče a ony probíhají i nějaký ty psychologický semináře v naší nemocnici. V tom hrubém rámci se asi dá najít, ale určitě je lepší ještě nějaký samostudium, vyhledávání nějaký literatury.“

R6 „V tomhle směru můžu říct, že nemocnice nám dala pár školicích seminářů, co se týče paliativní péče, abychom se mohli prostřídat. Bylo to ve třech termínech a bylo to v nemocnici. Tu možnost nám nemocnice dala.“

Máte pocit, že dáváte veškerou možnou péči, kterou umírající pacient potřebuje, umožňuje vám to pracovní prostředí?

R1 „Podmínky pro naše klienty jsou ve většině případů více než dostatečné. Spolupráce s fyzioterapeutem i psychoterapeutem je nadstandartní, protože jsou oba našimi zaměstnanci. Mírně vážně komunikace, respektive řešení specifických požadavků některých klientů s dietními sestrami ve FN. Taky nejsme tak zatíženi administrativou, jako sestry z nemocnice. Musím říct, že nám jsou standarty spíš k pomoci a užitku, standarty slouží nám, ne tak jako vy, že sloužíte standardům. Víím o tom, od jiných sester. Podmínky tu máme dobré.“

R2 „Myslím, že máme dostatečné podmínky. Personál by mohl být navýšen ještě o ergoterapeuta nebo ještě o jednoho ošetřovatele. Myslím, že při plné obložnosti by to bylo akorát. Máme konzultanty z řad lékařů, např. očař, neurolog, kožař, léčba bolesti. Chodí k nám dobrovolně, bez nároků na peníze. Jo, myslím, že podmínky jsou dobré.“

R3 „Myslím, že ano, že mám kontakty na lidi, kteří vždy poradí, kteří jsou schopni i do rodiny zajet a že jsem schopna zajistit komplexní péči s pomocí odborníků, psychologem, knězem, rehabilitační pracovníci a i z jiných oblastí. Tak to mám, abych tu kvalitní péči poskytla. Leží to spíše na mých bedrech, týká se to koordinace, koordinační funkce je na mně, ale s těmi lidmi mám už nějaké zkušenosti, tak se dá ta spolupráce domluvit.“

R4 „Pro péči snad ano, ale není úplně ten čas, protože pořád se musím rozhodnout mezi umírajícím a mezi lidmi, co potřebují akutní péči, tu léčbu akutnější, než ten umírající a toho personálu je málo. Kdyby nás na oddělení bylo víc, tak vždycky by se jedna mohla věnovat tomu umírajícímu. U nás je přednostnější ta akutní péče. Takže chodí oddělení a malý počet

personálu tak úplně nedovoluje, aby péče o umírajícího byla taková, jakou si představuju, na duchovní péči není vůbec čas.“

R5 „Nemám ten pocit, a to hlavně z hlediska časového, objemu pacientů, kteří potřebují mou péči a z nedostatku personálu. Člověk nemůže nic rozplánovat a dát tomu takový poklidný řád, který je velmi důležitý pro umírajícího pacienta ,který potřebuje vnímat osobní a klidný přístup beze spěchu ,bez nervozity, ať už nervozity těch blízkých, který se obávají příchodu té smrti a nebo napětí toho pečujícího člověka . Určité tempo, kvapnost ,může těm pacientům evokovat, že obtěžují ,že sestra má mnoho práce a zase to je pro ně negativní. Tam je důležitá oblast toho času a to je v nemocniční praxi problém A myslím si, že by se tady uplatnila stálá přítomnost psychologa. Je pravda, že ho můžeme zavolat, ale má na starosti několik klinik a není k ruce nám, sestřám, nelze s ním mluvit o pacientech. A vůbec, asistence při duchovním provázení by pomohla ,jak pacientům, tak rodině, tak i nám ,jak jsem uvedla ,jsme v časové tísní. Vzhledem k provozu kliniky, počtu pacientů a nedostatku personálu, náročné administrativě, nemáme na to čas.“

R6 „No, tak to teda nemám ten pocit, že by mi pracovní prostředí umožnilo dostatečnou péči. A jak by mohlo, když jsou na směnu dvě ošetřovatelky a dvě sestry, na noční směnu jen jedna sestra, a to máme na oddělení přes čtyřicet, převážně ležících lidí. To těžko zvládáme základní péči, o nějakém kvalitním doprovázení radši ani nebudu mluvit. Nezlobte se, prostě dvě sestry na víc jak čtyřicet lidí, to je prostě hrůza.“

Oblast osobní

Pro to, aby člověk mohl dobře vykonávat svou práci je důležitý i čas odpočinku a relaxace. Je důležité na to nezapomínat, myslet i na své zájmy, přes velkou pracovní vytíženost si najít čas, je to jedna z prevencí syndromu vyhoření. Zdrojem síly a odpočinku je i osobní sociální síť, čímž se rozumí nejbližší rodina a přátelé.

Poskytuje vám osobní a rodinný život psychickou podporu pro vaši náročnou profesi?

R1 „V rodině samozřejmě velkou podporu mám. Můj muž respektuje nějaký moje problémy pracovní, nebo spíš, když je člověk tak nějak vyždímanej, to jo. Akorát o tom nesmím mluvit. Ale musím říct, že podporu mám, ono by to bez té podpory v rodině asi nešlo, ono se to odráží i na tom člověku. Tady v hospicu je to náročnější v tom, že lidi, kteří jsou v terminálním stadiu, jsou hodně citlivý na výkyvy nějakých nálad, emocí, jsou na to opravdu daleko citlivější.“

R2 „Tak já nemám žádné rodinné starosti a ani jsem neměla. Měla jsem hodný děti, manžela furt jednoho ,který leží na gauči u televize, takže je to v pohodě.“

R3 „Bez mojí funkční rodiny si nedovedu představit, že bych tu práci mohla dělat. A jsem přesvědčena, že ten, kdo má poskytovat takovou péči kvalitně, tak musí mít funkční zázemí. Není možné ,aby řešil své problémy, své konflikty a ještě poskytoval kvalitní péči, takže to zázemí musí být dokonalý.“

R4 „, Poskytuje, je dostačující, nepromítá se mi pracovní část do toho osobního.“

R5 „,Asi moc ne, nemám takový pocit a to v rodině. Jinak mám přítelkyni, dlouholetou kamarádku, taky zdravotnici, takže tam je naštěstí asi ta možnost, kdy mnoha věcem zdravotník zdravotníkovi rozumí, je tam určitá důvěrnost a letitý kamarádství, člověk nemusí mít strach,

že toho druhého obtěžuje. U nás to teda s tou kamarádkou takhle funguje, to je asi moje opora. Je to velká pomoc pro mě, asi navzájem, takže si vypomáháme, vypovídat se, zavzpomínat a tak si to trochu odlehčit.“

R6 „No, vzhledem k tomu, že jsem sama a rodinu mám mimo, takový ty svý trable spíš probírám sama se sebou. Neříkám, že se rodina nezeptá, jak se máš v práci, ale je to takový to mezi řečí, ale víceméně s problémama jsem sama.“

Máte možnost s nejbližšími lidmi mluvit o své práci? Zajímají se o ní?

R1 „Ono je to hodně složitý, protože když si to vezmu, tak já se svým manželem o těch věcech, jako umírání, vůbec nemluví, protože můj muž je „nesmrtelný“, takže ten prostě o smrti nechce nic slyšet a nedej bože o nějakým lidským utrpení, takže tam ne. Ale tady v hospicu pracuje moje nejstarší dcera ,takže to řešíme i na osobní úrovni.“

R2 „Mýho muže ani výrazně nezajímá moje práce, myslím si, že ani nemá o ní představu, on sám by doktora nenavštívil, pokud by ho tam člověk nedotáhl. A tím, že má rýmu a už umírá, tak si nedovede představit, že jsou lidi, který mají veliký trápení. Já mu vždycky říkám: „Přijď se k nám projít a uvidíš.“ A on vždycky říká, že by k nám nikdy nevezl. Takže s mužem práci neprobírám, mám úžasnou snachu, která ví, kde pracuju, občas se mě zeptá, jak v práci a jestli nemám nějaký trápení. A musím říct, že mám spíš na tohle kamarádky.“

R3 „S manželem jsem schopna mluvit, nebo můžu mluvit o čemkoliv, ale tu potřebu nemám takovou. Dokážu přijít domů a ty dveře za sebou zavřít a fungovat normálně doma, ale pokud mám potřebu něco takového prodiskutovat, tak kdykoliv.“

R4 „Myslím, že ano a dokážou i naslouchat a dokážu si s nimi o práci povídat a to hlavně s partnerem, který je zaměstnán na stejném oddělení, takže k tomu máme hodně blízko a se svými rodiči si o tom můžu popovídat.“

R5 „Někdy dcera, která už nebydlí doma, studuje jinde, ale občas se zastaví, určitě má snahu se zajímat, teď se to minimalizuje, protože má svůj život, takže přímo v rodině tím pádem nic, takže zase zůstáváme zpátky u té kamarádky.“

R6 „No, myslím si, že ano, protože mám za sebou období, kdy mi nebylo tak akorát a najednou jim víc záleželo, proč se to stalo, co se děje. Byla jsem vyčerpaná. Oni ví, že když nic, když nic nepotřebuju, tak je to v pohodě, všechno funguje, ale momentálně ,když já sama nedám nějaký impuls, tak oni si myslí, že je všechno v pořádku.“

Máte nějaké koníčky, zájmovou činnost, při které si odpočínáte a máte na to čas?

R1 „Kromě loňského roku, kdy jsme opravdu měli málo sester, měli jsme dlouhodobý pracovní neschopnosti, dvě odešly do důchodu, takže jsme měli nacpaný půlrok. Jinak si nemyslím, že si můžeme na nějaký přebytek, nebo zatížení, myslím tím hodinově stěžovat. Ten loňský rok byl opravdu výjimečný, nikdy jsem to tady před tím nezažila. Za ty roky, co jsem tady, bylo toho teda dost, nicméně, já si říkám, jaký si to uděláš, takový to máš. Prostě, já když přijdu vyčerpaná z práce, což se může stát, buďto sebou řachnu do postele a to moc nedělám, protože vím, že se ráno probudím a budu otrávená, že jsem nic nestihla. Takže můj relax je práce, ono to zní divně, ale ne ledajaká práce. Ne že bych doma začala smežčit, ale já hrozně ráda vařím a pečou dorty, to je taková ta hezká práce, no, a pak samozřejmě knížky, hrozně ráda chodím do společnosti, netajím se s tím, že ráda chodím někam na pivo, ať už tady s holkama z práce nebo prostě s rodinou. Člověk vypadne nejen z té práce, ale i z bytu, ten relax si prostě vždycky dopřeju, mám čas odpočívat.“

R2 „Mám docela dost času, protože jsme lidi v určitém věku a jsme sami doma. Chodím na angličtinu a chodím cvičit. Já miluju chodit cvičit při muzice s partou ženských, to je můj koníček.“

R3 „Dokážu si ten čas udělat, i při péči o děti. Je to četba, příroda, a prostě odpočinek. Mám ten čas.“

R4 „Času právě moc není, ale teď jsem se vrátila znovu ke knížkám, při těch člověk trochu vypne. A abych měla nějakou zájmovou činnost, co by člověk při službách dělal, to dost dobře nejde, nejde to skloubit, práce, rodina a pak toho času na ty koníčky už nezbývá.“

R5 „Určitě nejzákladnější jsou procházky v přírodě, kde jsem radši sama, jdu si svým fyzickým tempem, pro někoho unavujícím, a úplný ticho, nerušený, vypuštění myšlenek, mám to vyzkoušený. Čím dýl jdu, víc se od takových až stresujících myšlenek oprostím, cítím, jak to ze sebe fyzicky vydávám, posrovnávám myšlenky, roztřídím a vyloženě se občerstvím. Nemám takový ty klasický běžný zájmy, ale jak dříve převažovalo ze zásady čtení, divadlo, tak se to mění prostě věkem, řekla bych, že pro mě je nyní nejideálnější vycházka, čím delší, tím lepší. Vypustit myšlenky, roztřídit je, najít náhled, až terapeutický, abych přišla domů a cítila se lehčí, že tam není těžkost, černota, to by člověka mohlo dohnat a zatěžovat dohnat ho k depresím, neřkuli k vyhoření.“

R6 „No, je pravda, že já už jsem ve svém věku hodně líná, a když přijdu z práce, po třech denních, nebo třech nočních jako vyšťavená, tak jako představa, že bych měla jít na kolo, nebo na spinning nebo prostě někam, tak prostě radši jdu spát. Je to teda smutný, že život utíká a práce vás devastuje, že nemáte ani partnera, protože byste na něj neměla čas. Ne, ani nečtu, nemám knihy.!

Zažila jste u sebe syndrom vyhoření, a pokud ano, jak jste to řešila?

R1 „No, těžký, Samozřejmě, že syndrom vyhoření mám pořád, no to teď může být použito proti mně. Ba ne, takhle, statistiky hovoří o nějakých rokách, kdy to vyhoření nastoupí téměř u každého, někdy před třema rokama jsme byli na semináři, kde řekli, že v hospicu je to po roce a půl. Jsem tady patnáct let, syndrom vyhoření nastal mnohokrát. My vždycky říkáme doutnám a je to poznat úplně lehce, pokud se o to zajímáte a chcete s tím něco dělat, poznáte to lehce i

na sobě .Protože se opravdu dobře známe, tak když mi někdo řekne, že neměl syndrom vyhoření ,tak prostě lže, a ten už nedoutná, ten už hoří ,protože v týhle práci to prostě tak je .Já mám jednu velkou výhodu, že mám tady zvláštní postavení ,mezi sestrama, a to je, že zastávám funkci staniční sestry. Ale já nejsem staniční sestra papírová ,já jsem sestra na oddělení ,já normálně sloužím ,píšu služby a v nepřítomnosti vrchní sestry ji zastupuji ,a musím říct, že ten zástup je pro mě velká prevence syndromu vyhoření, protože já se na týden nebo čtrnáct dní na tu práci ,na ty lidi podívám úplně z jinýho úhlu, najednou je vidím úplně jinak. Vidím, co se má dělat, vidím víc těch chyb, vidím, že když já jsem tam s nima ,tak jedu taky v těch kolejkách a vždycky, když po tom zástupu nastoupím zpátky na oddělení, tak mám zase chuť to dělat, tak jak se má. Já mám tuhle výhodu a jsem si toho vědoma, ten zástup mi opravdu hodně pomáhá.“

R2 „Nevím, jak odpovědět na tuhle otázku, myslím, že jsem to spíš zahlídla u ostatních, než u sebe. Nevím, jestli to byl syndrom vyhoření, ale taková ta nechut', podrážděnost, nepříjemný vystupování a tak. Byly tu dvě kolegyně, kterým se nabídlo, jestli třeba nechtějí delší volno, bylo vidět, že jsou takzvaně na pěst, jak se říká ,nevím, jestli to byl syndrom vyhoření. Já mám stavy, kdy mi to tady nebaví, jako asi všichni ,a kdy potom jdu do práce ráda ,ale nevím, jestli je to syndrom vyhoření .A řekněte, vy jste to zažila? Jaký to bylo?“

R3 „Díky tomu, že pracuji na poloviční úvazek, tak zatím jsem myslím k syndromu vyhoření nedošla, mám čas na rekonvalescenci, k nabrání sil, ale myslím, že se to stát může a myslím, že se to může stát v případě, kde není ošetřována péče o sama sebe a kde nefunguje supervize, kde není možnost to takhle pročišť'ovat. Myslím si, že po delší době hrozí nebezpečí, a já sama jsem se tomu díky dostatku odpočinku vyhnula. Jsem přesvědčena, že kdybych měla celý úvazek, více bych se tomu přiblížila.“

R4 „Syndrom vyhoření ,vím o co jde, ale zatím jsem ho u sebe neřešila, zatím si myslím, že se nedostavil.“

R5 „Já jsem ho zatím zaplat'pánbůh nemusela řešit, ale viděla jsem mnohdy u druhých různá stadia, a protože si v mnoha věcech snažím vzít něco z něčeho, takže pro mě některá kolegyně

byla těžko stravitelná, právě z toho důvodu, že to vyhlíželo jako syndrom vyhoření, s takovým člověkem se špatně pracuje, tak jsem se snažila z toho i pro sebe něco vzít, nějaký ponaučení. Takže když jsem pocítila, že někde znám tu práci, už mě tam nic nepřekvapí, už by to mohlo být jenom v klidu a pohodě, protože prostě už je člověk zaběhnutý, tak potom začnu víc vnímat takový ty nadstavby. Něco co mi neustále dokola vadí, a jediný řešení, já jsem zatím na nic lepšího nepřišla, je změnit místo. Zůstane profese, vztah k té práci, pacienti jsou všude, vztah k té práci je stejný, akorát je člověk mezi jinými lidmi, jiným systémem a jede se nanovo, dává to nový náboj. A myslím, že tomu vděčím za to, že syndromu vyhoření jsem zatím nepodlehla.“

R6 „Říkají, že syndrom vyhoření je taková ta vyčerpanost, tu snad zažil z nás každý. Ale já můžu ze své zkušenosti říct, že mě to dohnalo tak daleko, že práce, vyčerpávající, ubíjející, rodina, problémy, tak jsem si říkala prostě, že já už to nedám, už tu práci nedám. A já jsem si říkala, já chci prostě teď usnout a už se ráno nechci probudit, takovýhle jsem měla myšlenky, kdy mi ta práce brala sílu, energii, prostě chuť na všechno. No, tak, jako večer jsem usnula, ráno se probudila, znova jsem šla do té práce, znova rutina, znova to samý. No, tahle práce je úmorná, je vyčerpávající, nic nedává, člověk se nijak nerozvíjí, takže uvažuji o tom, že odejdu. Pokud se mi naskytne práce, kde práce bude vidět, bude mít smysl, bude motivační a budu vědět, že...Je spousta nemocnic, institucí, které jsou mnohem lepší, než ta, kde momentálně pracuju.“

Oblast duševní

Třetí oblast otázek byla zvolena, díky předpokladu, že práce s umírajícími rozvíjí a prohlubuje duchovní oblast, o kterou se zpětně můžeme opírat při náročné profesi a čerpat z ní sílu a podporu.

Jaký máte postoj k smrti a umírání?

R1 „Jako tady ta práce musí změnit každého a určitě i ten postoj ke smrti, protože pokud bych nezískala pozitivní postoj ke smrti, tak tady prostě ani být nemůžu. Pravda je, že mi to trvalo docela dlouho, byla jsem srdcem sestry z akutního oddělení. Už na zdrávce jsem věděla, že chci dělat akutní medicínu, a ještě potom, co jsem nastoupila do nemocnice, to bylo na oddělení, kde to bylo úplně nejvíc, protože jsme byli transplantační oddělení, transplantovali jsme ledviny. To byl prostě opravdu obor na hony vzdálený tady tomuhle tomu. A tam k té smrti se v podstatě nepřistupovalo. Je to tak, že tam se vlastně ani umřít nemá. A pokud někdo napsal, stav neslučitelný se životem, tak se prostě ten člověk někam uklidil, v uvozovkách, samozřejmě, na nějaký pokojíček, kam se chodilo minimálně, a pokud se tam někdo zastavil a chtěl to tomu člověku nějakým způsobem ulehčit, tak ostatní: „honem, honem, kde jsi zase, tamto už mělo být hotový.“ Takže to bylo tak. Sem jsem nastoupila a musím říct, že dlouho jsem byla chirurgická sestra. A postupně se ten postoj měnil. Dneska je to jinak, před těmi patnácti lety si nedovedu představit, že bych řekla: „Ty jo, ta paní tak hezky zemřela.“ No, a říkáme to.“

R2 „Já bych řekla, že když člověk dělá zdravotní sestru od osmnácti let, na interně, tak že máme tu chorobu z povolání, že si vypěstujeme, že umírání je normální, že z toho nic nedělám, se mnou to nějak výrazně nehne. Ale samozřejmě těžce se snáší umírání mladších lidí, to je takový nespravedlivý, je tady teď docela dost mladých lidí, a to je těžký, pro mě i pro všechny. Takže já bych řekla, že někdy to až chladně přijímám, ale to tak je, nemyslím si, že je to špatně, je to téma rokama, jak to člověk vidí tak třikrát týdně, že je to prostě tak. Ale musím říct, že tady máme případ, že tady v domě umírá jedné sestře manžel, nedávno tady zemřela dobrovolnice, co sem chodila, bylo jí 35 let. A to musím říct, že občas brečím jako želva, to mě hodně vzalo. To jsou blízký lidi, co se týče pracovně, tak vůbec, pokud to jsou blízký lidi,

člověk si vzpomene, pobřečí, a přejde to. A pokud to jsou lidi v práci, tak to беру jako součást
mojí práce.“

R3 „Dokážu smrt přijmout jako součást života, že to k životu patří, že to je přirozená část
života, nemám z ní nějaký přehnaný strach. I když, jak budu reagovat sama, až se mě osobně
bude týkat, to nevím, doufám, že budu připravena .“

R4 „O smrti přemýšlím, a čím dál si uvědomuji, že smrt prostě patří k životu, že je to něco
nevyhnutelného, беру to jako přirozenou součást života.“

R5 „Smrt беру jako přirozenou etapu, setkala jsem se s ní osobně, v nejbližším okolí, to bylo
pro mě nejbolestivější, tak až po množství pacientů, přátel, kamarádů. A smrti můžeme v těch
nejbolestivějších chvílích vzdorovat, proč ten a proč už teď, a tak, ale ve svém nitru jsem s ní
absolutně srovnaná, je to přirozený.“

R6 „No, to já právě nevím. Postoj? Tak samozřejmě, když umírá pacient, je tam jakoby lítost,
protože jsem s tím člověkem nějakou dobu byla, starala se o něj, dávala jsem mu svůj čas i svou
energii, třeba i to pohlazení, na který čekal, ale já nevím... Já sama za sebe můžu říct, že o smrti
nepřemýšlím, jo, nebojím se jí, pokud by ta smrt byla rychlá, samozřejmě, lidi umírají, takový
to prodlužování, kdy lidi trpí bolestma, tak toho bych se bála i já. Já už nevím, co říct.“

Co vám tato práce vzala a co vám přináší, změnila se vaše životní filozofie, váš životní postoj?

R1 „To ale bude znít blbě, já mám totiž pocit, že mi tato práce nic nevzala, já si myslím, že
problémy pracovní má každá zdravotní sestra, na jakémkoliv oddělení, může tam být situace
vypjatá, nároční pacienti, někdy přijдете domů a řeknete si, že jste úplně vytřískaná, ale to tak
beru. Je to právě to, že ačkoliv nejsem věřící, tak přesto si myslím, že se nebudu bát jednoho
dne zemřít. Samozřejmě se budu bát tý bolesti a těch věcí okolo, ale když na svůj konec myslím,

tak myslím, že bych to mohla zvládnout daleko lepší, než pokud bych sem nikdy nepřišla. Jinak, další věcí je to, že se vám vůbec změní náhled na celý život, a já díky týhle práci mám třeba pořád kompletní rodinu. Vím naprosto přesně, že pokud bych nepřišla sem tak nejsem se svým mužem tak dlouho, protože jsem se hodně zklidnila. A pořád se ještě učím, já jsem člověk, který je tvrdohlavý, a proto se tady učím a už jsem se hodně naučila, jednak nějaký trpělivosti, jednak toho, že názor toho druhého může být i lepší. Možná, že by to čas a věk přinesl, ale já si myslím, že je to o zkušenostech tady, je to o tom, že vidíte, jak ty lidi komunikují na konci života, jak komunikují s příbuznými, přáteli, a jak potom z nich sálá to, že jsou buď spokojený, protože si všechno řekli, a dokázali si odpustit a nebo jsou bohužel nespokojený, protože se jim to nepovedlo, hlavně proto, že ty lidi na to nemají čas, protože někteří lidé nevědí, že jsou v terminálním stadiu, a rodina si nepřeje, aby to věděli. Je to těžký. To je jedna z nejnáročnějších věcí, které tady můžete zažít. Tím jsem chtěla říct, že ty lidi si nemají čas srovnat všechny své věci. No, a tím se chci dostat k tomu, že prostě si má člověk své věci urovnat, dělat si v nich pořádek, i když se mu do toho úplně nechce. Čím víc toho máme srovnaného v těch vztazích, i v těch majetkových věcech, ono i tohle je důležitý, tak tím to tady tak nějak jednodušeji můžeme ponechat.“

R2 „Já si myslím, že spíš přináší, než bere. Přinesla mi výbornou partu lidí kolem mě, přinesla mi posun hodnotového žebříčku, přinesla mi to, že se nezabývám prkotinama, zajímáme se tady vzájemně o sebe, o pomoc i těm druhým, ten kolektiv a ta parta, je to co mi dala tahle práce. Nevím, co by mě měla vzít, to ne. Rozhodně se mi změnil životní postoj, nad každým jiným problémem dneska mávám rukou, to se vyřeší, to nic není, to bude dobrý, zjistila jsem, že po letech tady jsem schopna dělat všechno v klidu. Mám všeobecně ráda lidi, vždycky jsem měla ráda lidi a mám je pořád ráda, ale myslím si, že mám ráda lidi ještě víc, jsem víc tolerantní k chování jiných lidí, protože nevím, co zrovna oni prožívají a proč se takhle chovají.“

R3 „Nedokážu říct, co mě vzala, to ne, a dala mi opravdu jiný pohled na životní hodnoty, dala mi zkušenost z rodin, vztahů, různého přijímání lidí jejich nemoci a je to pro mě pokaždé něco nového. Změnily se mi životní hodnoty, spoustu věcí vidím ne jako podstatný a naopak se soustřeďuji na důležité věci, jako jsou vztahy, určitě mi zkušenost se smrtí proměnila mou životní filozofii, můj životní postoj.“

R4 „Já nemůžu říct, že by mi něco vzala, to zase ne, hůř sice člověk nese smrt mladého člověka, který měl život před sebou, líp nese smrt člověka, který má svým způsobem ten život už odžitéj, je na tu smrt líp připravenej, než ten mladej člověk, i ta rodina. Špatně třeba snáším matky od malých dětí, to si říkám, ty mámy by těm dětem neměly umírat, samozřejmě, u těch malých dětí je to horší. A co mi práce s umírajícími lidmi dala? Říkám si, že je zbytečný kolikrát se zaobírat malichernostmi, že člověk neví, jak dlouho tady bude, dneska tu můžu být a zítra to může být úplně jinak, že život je tak strašně relativní, že kolikrát se zabýváme naprostýma zbytečnostma, místo toho, abychom si užili to, že jsme prostě tady a že žijeme. A pokud se mi něco nelíbí, nebo se mi nevede, je lepší to změnit, než čekat, protože ten život je opravdu tak relativně krátkej, že je škoda každého dne.“

R5 „Práce s umírajícími mi nic nevzala, a postupem let a množstvím zkušeností mi dala větší nadhled nad životem, víc síly překonat takový to každodenní, což se ve srovnání s tou smrtí jeví jako malicherný, a mnohdy, ne nebudu říkat moudrost, to určitě ne, ale určitou osobní vyrovnanost.“

R6 „Tak co mi dala? Dala mi to, že jsem poznala spoustu nových lidí, dobrých, kvalitních lidí, poznala jsem i lidi nekvalitní, neprofesionální, a to je jeden z důvodů mého plánovaného odchodu. Já se nedokážu sžít s tím, že moje nemocnice je taková, že nedokáže lidi motivovat a prostě to, jak se chová, zdravotnickou péči u lůžka dělá neprofesionál, člověk, který se nechová hezky. Důvod mého odchodu je ten, že už nemůžu snášet kritiku, dopisy, které chodí, jako že si stěžují ty rodiny na péči, a vím, že my s tím nic neuděláme, nezlobte se, dvě sestry na čtyřicet lidí nedokážou tu péči obsáhnout. Já si myslím, že mi ta práce hodně odnesla, ty roky, co jsem zde strávila, to mi nedalo pracovně nic, žádný rozvinutí, žádný nový impulsy, ne, mně naopak to vzalo sílu, psychiku i partnera.“

Využily jste zážitky a zkušenosti s péčí o umírající i ve svém osobním životě?

R1 „Mám štěstí, že mám hodně mladou maminku, otec mi zemřel, to už je hodně dlouho a prarodiče zemřeli před tím, než jsem tady začala pracovat. Jediné, kde jsem mohla uplatnit mé zkušenosti a kde jsem nemohla, díky ostatní rodině, bylo, když umírala tchýně. Umírala bohužel

v nemocnici, než jsme ji stačili přivést sem, no to teda bylo špatně. Tam teda byl velký boj mezi mnou a rodinou, protože ji prostě nechtěli nechat zemřít a bylo to hrozně těžký. Tlačili na ty doktory a já jsem byla ta nejhorší. Tak tam jsem to bohužel zažila z toho negativního, nebo spíš s tím bojem, kdy ostatní rodina chtěla tchyni léčit, i za cenu totálního diskomfortu.“

R2 „Já jsem doprovázela svoji tchýni, můj muž je jedináček, tak to zbylo na mě,

ležela na plicním oddělení, já jsem tam za ní chodila a říkala jí: „Mami, pojdte už k nám.“ A ona mi říkala: „Víš, zítra mi ještě něco zataknou, a slíbili mi vyšetření.“ A já opakovaně do nemocnice volala, aby nám už tchýni dali do hospice, ale tím, že jí něco slíbili při vizitě, a jak ty lidi pořád chtějí něco zkusit a chtějí žít a do hospice nechtějí jít, protože vědí, že hospic je to poslední. A ona to věděla, chodila sem za mnou a znala to tady. Nakonec jsem ji sem dostala, asi na tři dny, tak si to tady s náma neužila. Akorát jsem jí mohla pozvat kadeřnici, dát jí perličkovou koupel, chvíli poseděla na terase a pak zemřela. Ale bylo to těžký, bylo na mně jí říct, že už je čas, aby sem šla, tak jsem si dala panáka, sedla jsem si s ní a teď jsem hledala ty slova, jak jí říct, že už nemá čekat, na nějakou další záchranu. Bylo to těžký a od té doby, co jsem to takhle sama zažila, vím, že to mají hodně těžký, ty rodiny, nedivím se vůbec, že ty lidi sem chodí neinformovaný. Rodiny jim říkají, že se sem jdou vylepšit, zotavit, že se tady dobře pečuje a takhle je sem nalákají, protože se to asi nedá říct hned úplně narovinu, když se ten člověk nerozhodne sám.“

R3 „To spíš opačně, že to co opravdu člověk zažil v osobním životě, mohl potom použít při péči o umírající a rodiny.“

R4 „Zatím ne, zaplaťbáňbůh, a myslím, že do budoucna toho bude hodně, co budu moci využít, v péči o rodiče, doufám, že se o ně dokážu dobře postarat, své zkušenosti zúročit.“

R5 „Já jsem měla ve svém osobním životě těch zkušeností se smrtí dřív, než v pracovním životě. Takže já jsem si nejdříve prožila to setkání se smrtí, tu nezměrnou bolest, nepředstavitelnou, na kterou jsem v mládí nebyla vůbec připravena. V tom věku se se smrtí

člověk nezabývá vůbec, neumí si to vůbec představit. A když ho to zasáhne nečekaně, tak jsem prožívala bolest duševní, takovou, že to byla až fyzická bolest. To si pamatuju a všechno, co s tím souvisí, beznaděj, bezmoc, absolutní, že to není možný, zoufalství, úplně na dně. A tím, že jsem si tímto prošla osobně, protože to všechno zůstane v člověku, jaksi se to roztřídí, usadí, už se to zklidní, přijde vstřebání těch zkušeností a můžu říct, že už jsem potom jenom vlastně svým způsobem využívala ty osobní zkušenosti k tomu, že aniž bych o tom musela přemýšlet, tak vždycky jsem vnímala, když se setkám u lůžka s blízkým člověkem toho umírajícího, tak zcela přirozeně cítím, co jsem cítila já, když mi někdo odcházel. A moje vnímání toho člověka je absolutně jednoduchý, vím to, prožívám to částečně s ním, s tím blízkým toho umírajícího a mám pocit, že i ty lidi to vnímají, že je mezi námi takový to spojení. Takže na druhý straně, má člověk pocit, že práci dělá dobře, takže možná trochu pomůže i tomu blízkému toho umírajícího. Ačkoliv nejsme klasický hospic, a nelze to stačit, na druhý straně, mám-li pocit nějakého naplnění, i když je to třeba náročný, je tam ten pocit, že jestli jsem mohla něco udělat pro toho umírajícího, tak pro jeho blízkého, tak jsem za to ráda.“

R6 „Asi ano, v době, když se vrátím k rodičům, k mami, tam to vlastně začalo, když moje mami onemocněla rakovinou prsu, tak byla hospitalizovaná v léčebně na ..., a já jsem tam v té době dělala, v prádelně, takže jsem ji vídala denně, několikrát denně. Setkala jsem se tam s personálem, který nechtěl, abych tam tak často chodila, že narušuju chod oddělení, že narušuju práci sester. A jako jsou sestry, který chtějí a dělají to dobře, tak jsou sestry z jiného soudku, tak jsem prostě zjistila, že moje mami tam byla celý den o žízni, měla meta v mozku, bylo jí špatně, už se sama nenapila a ta flaška, kterou jsem jí tam přinesla ráno, tam v poledne byla celá, i večer. Někdy ta péče prostě nebyla taková, jakou bych si představovala. Tak tam to začalo a tam se zrodilo, že si prostě tu zdrávku chci udělat a chci tuhle práci dělat.“

Máte blízký vztah k duchovním věcem, nemusí se jednat o víru ve smyslu náboženství, můžete z toho čerpat sílu a podporu pro vaši práci?

R1 „Já jsem ateista, ale myslím, že každý člověk má svou víru, v Boha, lásku, spravedlnost. Já věřím v lásku a spravedlnost a toleranci, tomu poslednímu mě naučil hospic. Z toho určitě při své práci čerpám, ale tento proces je oboustranný, při doprovázení mě umírající a jejich blízcí v mé víře utvrzují a podporují.“

R2 „Nejsem věřící, ale mám ráda duchovní, kteří k nám za pacienty chodí. Jejich přítomnost je potřebná, respektuji to a beru to jako samozřejmost. Jsem ráda, že na tu práci nejsem sama, že se mám ohledně duchovních věcí s kým poradit.“

R3 „Pro mě osobně je tato oblast důležitá, nedokážu si představit, že bych bez svého duchovního rozměru, což v mém případě znamená víru, víru v Boha, dokázala tu práci dělat. Protože pro mě by ta smrt byla opravdu něčím konečným a jakoby marným, celý ten život, kdežto můj postoj k umírání a smrti je, že lidi doprovázím někam, kde to smrtí nekončí a proto je to pro mě nadějný a v té práci vidím smysl. A kdyby to smrtí mělo končit, tak by mi to přišlo trochu depresivní. Takže duchovno, vztah k Bohu a víra, je k péči, kterou poskytují lidem, teda zásadní, asi bych to bez víry nedokázala dělat.“

R4 „Nejsem vyznavačem náboženství, ale vnitřně věřím, že existuje něco mezi nebem a zemí a tak to prezentuji i v rozhovorech s umírajícími pacienty. Jejich víru nebo přesvědčení jim nevyvracím, spíš si myslím, že věřící lidé se se smrtí smiřují snadněji.“

R5 „Jsem věřící, ale duchovní život vnímám i v obecnější rovině, je důležitý jak pro mou práci, a tak vůbec pro můj život. Nedovedu si představit, že bych k této oblasti neměla přístup. Dává mi sílu a zároveň mi pomáhá v přístupu k lidem, že snad nevystupuji formálně a jen profesně, ale snad lidé i vycítí soucit a lidskost.“

R6 „Promiňte, ale já vůbec nevím, jak na tuhle otázku mám odpovědět. Ne, opravdu nevím, nerozumím tomu, nepřemýšlela jsem takhle o tom.“

15 DISKUSE

Rozhovor – oblast pracovní, oblast osobní, oblast duchovní.

Péče o pacienty v terminální stadiu je neodmyslitelná součást práce zdravotnických pracovníků. Za svůj profesní život je se smrtí konfrontována téměř každá všeobecná sestra.

Jsou oddělení, kde se téměř nevyskytují umírající pacienti, až po oddělení, kde je smrt častou společnicí zdravotníků. Je neoddiskutovatelným faktem, že práce s těžce nemocnými a umírajícími je velmi psychicky náročná. Poslední léta se zaměřuje pozornost na tzv. respitní péči, tedy péči o pečující. Je zde předpoklad, že psychicky vyrovnaný pečující, poskytne kvalitnější péči umírajícímu a bude umět podpořit a vést k duševní hygieně i nejbližší rodinu nemocného. (Haškovcová, 2007, str.187) Protože já sama pracuji několik let na oddělení, kde se velmi často setkáváme s umíráním a smrtí, a bylo to pro mě zpočátku velmi náročné, tak mě zajímalo, jak se ostatní kolegyně vyrovnávají s tímto náročným tématem, kde hledají sílu a podporu, zda ji mají jak v pracovním kolektivu, nebo v osobním životě, v rodině a mezi přáteli, protože bez podpory ostatních lidí se tato náročná práce těžko zvládá. Samozřejmě zde i sehrává roli osobnost pečujícího, jeho postoj ke smrti a své smrtelnosti, který se ale může během práce s umírajícími rozvinout a prohloubit. Svůj výzkum jsem tedy zaměřila na sestry, které se starají o umírající pacienty, a díky tomu jsem se setkala s kolegyněmi z různých pracovišť. Vyprofilovaly se dvě skupiny sester, přičemž první skupina (R1,R2,R3) pracuje výhradně s umírajícími lidmi, ať už v hospici, či v domácí péči a druhá skupina sester (R4,R5,R6) pracuje v nemocnici, na odděleních, kde se velmi často setkávají se smrtí a umíráním, ať už je to při péči o staré, dlouhodobě nemocné lidi, či při péči o onkologické pacienty.

Otázky, které byly pokládány při osobních rozhovorech jsem se snažila poskládat tak, aby mi odpověděly na mou výzkumnou otázku:

Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající pacienty?

Zpracované údaje jsem rozdělila do tří oblastí.

Oblast pracovní byla v rozhovoru zastoupena otázkami mapující pracovní kolektiv, podporu vedoucích pracovníků, zajímala mě možnost supervize a i možnosti dalšího vzdělávání, při nabídce vzdělávacích seminářů a kurzů v oblasti paliativní péče. Protože je péče o umírající velmi specifická, v první otázce z této oblasti mě zajímalo, zda si péči o umírající respondentky vybraly záměrně a zda věděly, co tato oblast péče obnáší. Velkým překvapením

pro mě bylo, když R1 a R2, které pracují v hospici, uvedly, že pracovat zde nebyl jejich záměr, hledaly nové pracovní místo, přičemž R1 se na předchozím pracovišti s umíráním téměř nesešla, neměla velké zkušenosti. R3 si tuto oblast vybrala záměrně, věděla, co péče o umírající obnáší, setkala se s umíráním v osobním životě, stejně se vyjádřila i R5 a R6. R4 hledala místo na ranní směnu, s umíráním se setkala, ale ne v takové míře, jako na nynějším pracovišti.

Velkou devízou a výhodou je fungující pracovní kolektiv, kde jsou harmonické vztahy, kde máme někoho, na koho se můžeme obrátit v případě nouze, pro pomoc, či radu. Pracuje se lépe tam, kde jsou dobré vztahy, kdy spolupráce převažuje nad rivalitou a soupeřením. Dle Bartošíkové (2006, str.51), je týmová spolupráce podmínkou pro dobrou a efektivní ošetrovatelskou péči, výsledkem takové spolupráce je atmosféra důvěry, pocit sounáležitosti. R1 i R2 velmi pozitivně hodnotí atmosféru na pracovišti, udávají velkou podporu ostatních kolegyn, nedělají si rozdíly mezi sestrou a ošetrovatelkou, je zde velmi přítomný jasný záměr kolektivní spolupráce a to je péče, která vede ke stoprocentnímu doprovázení umírajících pacientů. R3 si myslí, že podporu má, její práce je oceňovaná, jen nemá konkrétní osobu, na kterou by se v případě potíží obrátila, R4, též udává dobrou týmovou spolupráci, oceňuje přítomnost psycholožky, která spíše řeší problémy co se týče pacientů, a je to vnímáno velmi pozitivně, protože to odlehčí práci sester, R5 si myslí, že podporu u kolegů má, ale udává velmi omezené časové možnosti při řešení svých pracovních problémů, poukazuje na to, že ostatní kolegyně jsou též velmi časově zaneprázdněny, na konkrétní osobu se s prosbou o radu neobrací. R6 udává pomoc od několika kolegyn, ale nemyslí si, že by u nich v kolektivu obecně panovala týmová spolupráce, dává to hodně za vinu staniční sestře, která nestojí za svým týmem, neřeší problémy.

Vedoucí pracovníci mohou udělat hodně pro fungování týmu a to tím, že vyjádří zájem o své podřízené, podpoří týmovou spolupráci, budou nestranně, spravedlivě a konstruktivně řešit případné konflikty, a tím si vybudují přirozenou autoritu a respekt u svých podřízených pracovníků.

Na otázku ohledně podpory vedoucích pracovníků reagovaly respondenty různorodě. Některé neměly problém na toto téma mluvit, některé se nechtěly moc vyjadřovat a své nadřízené rozebírat. R1 pozitivně hodnotí pracovníky ve vedení, ale víc si považuje podpory svých kolegyn. R2 se zmiňuje o novém vedení, ocenila zájem nového ředitele o poznání nových spolupracovníků. R3 si stěžuje na to, že nemá přesně nastaveny parametry pro svou práci,

spolupráce s nadřízenými pracovníky nefunguje. R4 si myslí, že v případě jakéhokoliv problému se může na vedoucí pracovníky obrátit a dočkala by se pomoci. Odpovědi R5 a R6 byly striktně zamítavé.

Supervize ve zdravotnictví je stále u nás bohužel velmi málo využívaná, v České republice je rozšířena především v oblasti sociálních služeb. Supervize je o všem, co práce přináší, může být nápomocná při objasnění spletitých vztahů na pracovišti, na porozumění vztahům k pacientům, může se týkat pocitů spojených s náročnou prací, je udávaná jako významná podpora a prevence syndromu vyhoření.

R1 udává, že v minulosti na jejím pracovišti supervize proběhla, byla vynucena zaměstnanci, ale neměla podporu vedení, hodnotí její průběh negativně. V současné době by supervizi nakloněna byla. R2 též udává negativní dopad supervize, myslí si, že byla špatně vedena, nyní se uvažuje o soukromých supervizích, myslí si, že to bude dobré. R3 by velmi stála o supervizi a marně se to snaží prosadit u vedoucích pracovníků. R4 osobní zkušenost se supervizí nemá, na svém pracovišti ji nezažila a myslí si, že by k ní lidé, kteří pracují v pomáhající profesi měli mít přístup. R5 též na svém pracovišti se supervizí nesešla, velmi by ji tato možnost zaujala, supervizi by uvítala. R6 taktéž udává, že na jejím pracovišti supervize neprobíhají, myslí si, že se její vedoucí pracovníci vyhýbají střetu s problémy. Na uvedených odpovědích je zřejmé to, co bylo řečeno výše, supervize není obvyklá ve zdravotnických zařízeních, přesto by o ní téměř všechny respondentky stály. Je velmi důležité, kdo supervizi provádí, neměla by být vnímaná jako způsob kontroly a měla by být podporovaná vedoucími pracovníky, i v jejich zájmu je, aby se v pracovním kolektivu minimalizovali konflikty. Jako častý důvod, proč nejsou supervize nabízeny, je údajný nezájem ze stran zaměstnanců. S tím tak úplně nesouhlasím a rozhovor s respondentkami mi to potvrdil.

Vzdělávání znamená učit se něčemu novému, rozšiřovat si obzory. Naše práce a naše sebevědomí se díky nabytým znalostem a zkušenostem posune na vyšší stupeň a čerpat z toho můžou naši kolegové, ale především pacienti, protože to může přinést zlepšení péče, zlepšení komunikace s nimi. Když si uvědomíme, co prožívají, jakými stadii přijetí své nemoci procházejí, můžeme jim dát dostatečnou podporu.

R1 udává dostatečné možnosti vzdělávání se v oblasti paliativní péče, nabídek je tolik, že musí pečlivě vybírat. Pozitivně hodnotí možnosti výměny zkušeností s ostatními kolegyněmi z oblasti hospicové péče, ať už na hospicových dnech nebo na výměnných stážích. R2 dokonce udává přesycení semináři o paliativní péči, nyní raději zabrousí do jiných oblastí

ošetřovatelství. R3 je velmi potěšena nabídkou seminářů, velmi ji to baví, vedoucí pracovníci jí vzdělávání umožňují, může se vzdělávat neomezeně. R4 si myslí, že by seminářů mohlo být více, k mnoha nabídkám se nedostane a uvítala by to pro zlepšení paliativní péče o nemocné. R5 si myslí, že se dají v rámci nemocnice nějaké semináře najít, ale zmiňuje i důležitost samostudia. R6 absolvovala několik školících seminářů v rámci nemocnice. Při pokládání otázky ohledně vzdělávacích seminářů mě nepřekvapilo, že sestry pracující v hospicové péči udávaly velké množství nabídek seminářů i nemocnice se snaží svým pracovníkům vzdělávání v oblasti paliativní péče zajistit, i když se minimálně jedna respondentka vyjádřila v tom smyslu, že by uvítala více možností. A dnes už je na trhu mnoho knih o paliativní péči, takže kdo má zájem, jak uvedla další respondentka, má možnosti se sám vzdělávat. I když si myslím, že přednášky s odborníky to tak zcela nenahradí.

Péče o umírající lidi je velmi náročná, komunikace s nimi a s jejich rodinami vyžaduje trpělivost a čas. A právě čas je veličina, kterého se sestrám nedostává. Priority pacienta se v průběhu nemoci mění. Na začátku onemocnění jsou prioritami potřeby tělesné, v terminálním stadiu, jsou to více potřeby spirituální, duchovní, kdy nemocní bilancují svůj život, můžou se trápit výčitkami svědomí, potřebují se vyzpovídat, ulehčit si. Tady je potřeba spolupráce odborníků z oblasti „duše“, psychologa, pastoračního pracovníka. I když někdy pomůže nemocným i trpělivé naslouchání, projevení soucitu. Ale to už se opět vracíme k času, kterého sestry mají málo. Jiná kapitola je péče v hospici, kde se denní režim a práce sester podřizují potřebám nemocných, na prvním místě je vždy umírající.

R1 si myslí, že podmínky pro klienty hospice jsou více než dostačující, sestry mají podporu v ostatních členech týmu, jako je fyzioterapeut a hlavně psycholog. R2 taktéž udává dobré podmínky k práci, jen by počet personálu navýšila o jednoho ošetřovatele. R3 chválí spolupráci s ostatními odborníky, psychologem, knězem, musí pomoci lidem koordinovat, ale má už zkušenost. R4 udává malý počet personálu a tudíž neschopnost zajistit dostatečnou podporu umírajících, vždy je prvotní akutní péče, na duchovní péči nezbývá čas. R5 taktéž udává problém v dostatečném doprovázení umírajících pro nedostatek personálu, velký počet pacientů na jednu sestru a s tím spojený stres a nervozitu. R6 udává opět malý počet personálu, kdy se sotva stíhá základní péče, na kvalitní doprovázení umírajícího vůbec nedojde.

Na kvalitní doprovázení by sestra neměla být sama, v časové tísní, bez podpory ostatních odborníků, jako je psycholog, popřípadě pastorační pracovník. Nedostatek personálu a málo času na pacienty a naopak velký počet pacientů na jednu sestru, to je velmi bolavé místo

většiny sester pracujících v nemocnici, což potvrzuje výpověď R4,R5,R6. Jedna respondentka se zmiňuje i o velkém zatížení administrativou v nemocničním prostředí.

Oblast osobní byla v rozhovoru zastoupena otázkami mapující osobní zázemí respondentek, jejich vztah k relaxaci a odpočinku od pracovních povinností a zajímalo mě, zda sestry u sebe pozorovaly příznaky syndromu vyhoření a jak se s tím vypořádaly.

Každý žijeme kromě své práce i svůj osobní život, uspokojivé rodinné zázemí, přátelé ,kteří nás vyslechnou, sdílí s námi náš život ,jsou zdrojem naší životní energie. A proto bychom neměli i přes velké pracovní vytížení zapomenout na svou sociální síť, vždyť mezi svými se můžeme „vysvléknout ze svých profesních rolí“ a být uvolnění a sami sebou, což je velmi osvěžující.

R1 má velkou podporu rodiny, její muž respektuje její práci, ale více komunikují s dospělou dcerou, která též pracuje v hospici. R2 si pochvaluje klidné rodinné zázemí, nebylo nikdy zdrojem problémů a konfliktů, o práci s mužem nemluví, to spíše se svými kamarádkami. R3 též udává velmi dobré rodinné zázemí, se svým mužem o pracovních záležitostech nemluví, nemá tu potřebu. R4 si myslí, že má dobré zázemí v rodině, může se svým přítelem mluvit i o pracovních záležitostech, pracují na stejném pracovišti, o její práci se zajímají i rodiče. R5 udává, že podporu v rodině spíše nemá, ale setkává se s dobrou kamarádkou, s kterou probírají i pracovní problémy, protože též pracuje ve zdravotnictví. R6 má podporu v rodině, ve svých dětech, které jsou mimo domov, ale s problémy je spíš sama, chybí jí partner, je rozvedená. Všechny respondentky se shodly v tom, že rodinné zázemí je pro ně velmi zásadní, bez toho by nedokázaly svou práci kvalitně dělat. Respondentka, která žije sama, to hůře nese, neudává ani žádné přátele, hodně mluví o vyčerpanosti z práce, v osobním životě má málo zdrojů k obnovení svých sil. Se svými rodinami respondentky spíše o své práci nemluví, některá nemá tu potřebu, dvě udávají, že se trápení jejich blízcí obávají, proto doma o své práci nehovoří. Bartošíková(2006,str.46) spíše doporučuje nenosit si pracovní záležitosti domů, nechat práci za dveřmi, což většina respondentek dělala, ať už z důvodu, že rodina se s nimi o práci nechtěla bavit, nebo neměly potřebu sdílet své pracovní záležitosti. Z jejich odpovědí a reakcí však bylo zřejmé, že nejvíce v rodině a mezi přáteli oceňují klid a možnost obnovy sil. Na odpovědi jedné respondentky bylo znát, že jí chybí nejbližší člověk, poukázala na to, že je na vše sama, zde bylo citelné, jak je kvalitní osobní zázemí velmi důležité. Člověk by neměl zůstat sám, je zde potom vyšší riziko vyčerpanosti a možnosti rozvinutí syndromu vyhoření.

Mimo pracovních a rodinných povinností je důležité najít si i čas pro sebe, pro činnosti, které nám dělají radost, zájmy obohacují náš život, ztrácet je kvůli vytíženosti se nevyplácí. To co děláme rádi, a s potěšením, je zdrojem osobní energie.

Téměř všechny respondentky uvedly nějaký zdroj k obnovení sil, i přes rodinné povinnosti si na sebe udělají čas. Jedna respondentka připomíná, že s nepravidelným životním rytmem, který je důsledkem střídavých směn, nemá na pravidelný koníček čas, ale nakonec zmiňuje obnovený zájem o knihy. Mezi uvedenými zájmy převládaly četba knih, procházky v přírodě, jedna respondentka má ráda vaření a pečení, další miluje cvičení při hudbě. Téměř u všech jsem zaznamenala zájem o dění mimo práci, zájem o činnosti, při kterých se zrelaxují. Jen jedna neudává žádnou činnost, relaxuje spánkem, i když dle mého názoru, je to spíš únik, neudala žádnou činnost, které by se s radostí věnovala.

Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu než u většiny povolání. Sestry jsou vystaveny nejen fyzické zátěži, ale mnohem více emocionálnímu a psychickému vypětí, uvádí se, že za svůj profesní život je alespoň jednou konfrontovaná se syndromem vyhoření každá sestra. Zajímalo mě tedy, jestli mé respondentky už syndrom vyhoření ve svém životě řešily.

Odpovědi byly pro mě velice překvapivé, čtyři respondentky uvedly, že se jich syndrom vyhoření nedotkl, jedna se s ním setkala a u jedné mi přišlo, že už hoří. Ale z výše uvedených odpovědí lze vyvodit, proč je tomu tak. Většina, kromě jedné, má dobré rodinné zázemí, nebo alespoň, důvěrného přítele, udělá si čas na sebe, a činnost, která je baví, i když se jedná jen o čtení knihy.

A jsme opět u poslední respondentky, která svou práci vnímá jako nenaplňující, rutinní, vyčerpávající, neudává přátelské kontakty. Má děti mimo domov, kteří v případě nouze sice pomohou, ale jak respondentka udala, žijí už svým životem, a neprovozuje žádnou činnost, která by jí dělala radost. Opět se opakují, ale ukazuje se, jak je velmi důležité osobní zázemí a to, že si člověk najde v každodenních pracovních a rodinných povinnostech chvíli jen pro sebe a pro věci, které mu přinesou relaxaci a obnovení energie.

Oblast duševní byla v rozhovoru zastoupena otázkami mapující duševní oblast. Zajímalo mě, jaký mají respondentky postoj k smrti a umírání, jak jim práce s umírajícími změnila život, co jim dala a co jim vzala. Zda zkušenosti s umírajícími uplatnily ve svém životě a jestli mají vztah k duchovním věcem a zda jim tato oblast může přinášet sílu a podporu.

Ten kdo chce kvalitně a dobře doprovázet umírající nemocné, musí být smířen s vlastní smrtelností a smrtelností svých blízkých. Konfrontace se smrtí nám i pokládá otázky o smyslu života, jak dokážeme naplnit svoje bytí. V tomto nás umírající mohou velmi učit. Vidíme, že umírají pokojně, protože vše zde zanechali v pořádku, nebo se trápí výčitkami a pocity viny, nechtějí odejít, protože mají pocit, že není vše vyřešené.

R1 se náhled na smrt a umírání během let v hospici změnil v pozitivním slova smyslu, je ráda, když lidé v pokoji a klidu umřou. R2 má k umírání profesionální přístup, bere to jako součást života, ale hůře snáší umírání blízkých lidí a mladých lidí. R3 dokáže smrt přijmout jako součást života, a doufá, že sama na ní bude připraven. R4 o smrti přemýšlí a bere ji jako přirozenou součást život. R5 též bere smrt jako přirozenou životní etapu, je s ní ve svém nitru smířena, i díky tomu, že se s ní setkala v řadách svých blízkých lidí. R6 nejdřív nevěděla jak na tuto otázku odpovědět, o smrti nepřemýšlí, ale bojí se pomalé a bolestivé smrti. Musím říci, že odpovědi mě nepřekvapily, předpokládala jsem, že sestry budou brát smrt jako přirozenou součást života, jinak by svou profesi nemohly vykonávat.

Práce s umírajícími bere sílu, ale přidává kus moudrosti a zralosti, můžeme si při nahlédnutí smrti do tváře přehodnotit svůj žebříček hodnot, prohloubit svůj život, upevnit své vztahy. Tomu všemu nás mohou umírající naučit, pokud budeme jen trochu vnímat a chtít.

Na otázku ohledně zisku a ztrát z práce s umírajícími respondentky téměř všechny, kromě jedné udávají jen zisky. R1 je přesvědčena, že jen díky práci zůstala se svým mužem, naučila se díky umírajícím trpělivosti. Vidí i jak je důležité mít své věci srovnané, aby člověk mohl v klidu odejít. R2 udává posun hodnotového žebříčku. Dle svých slov neřeší prkotiny, více se prohloubila láska k lidem a její pochopení pro jejich chování. R3 se změnil v pozitivním slova smyslu životní hodnoty, soustřeďuje se na podstatné věci, což jsou u ní vztahy, je to i díky zkušenosti z rodin, kam dochází. R4 se díky zkušenostem nezabývá malichernostmi, uvědomuje si, jak je život relativně krátký, že je třeba užít si každého dne a nevyhovující věci pokud možno měnit a nečekat. R5 si myslí, že má díky své práci větší nadhled nad životem, více síly překonávat každodenní rutinu a udává i určitou osobní vyrovnanost. R6 je vyčerpaná, nedovede na své práci momentálně vidět něco pozitivního, kromě poznání nových lidí. Odpovědi respondentek mě utvrdily v tom, že člověk se v kontaktu se smrtí musí zákonitě změnit. Pokud překoná strach, obavy a nastavené zrcadlo, které mu smrt nabízí, pak už může přijímat dary, které nám umírající předávají, jak o tom píše hospicové sestry ve svých knihách. (M.Callananová ,P.Kelleyová -Poslední dary, B.Ware -Čeho před smrtí nejvíce litujeme)

Sestry, které doprovázejí umírající, dostávají velikou příležitost k tomu, být připraveny na odchod svých blízkých a poskytnout jim co nejlepší péči. Zajímalo mě, zda péče o umírající připravila respondentky na odcházení svých blízkých, pokud taková situace nastala.

R1 měla možnost doprovázet maminku svého muže, její nejbližší rodina se nechtěla s umíráním smířit, zažila nátlak na lékaře, aby bylo tchýni pomůženo, bohužel nemohla přes odpor rodiny uplatnit své zkušenosti a pomoci k důstojnému odcházení. R2 též doprovázela manželovu matku, která ležela v nemocnici a i přes pokročilý a nezvratný stav se chtěla léčit, nebyla o své nemoci náležitě informována, díky tomu si respondentka uvědomila, jak je těžké nejbližším lidem sdělovat jejich blízcí se konec. R4 zatím v osobním životě nikoho nedoprovázela a doufá, že se o své blízké dokáže díky zkušenostem ze své práce dobře postarat. R3, R5 a R6 mou otázku obrátily, zažily umírání svých blízkých před tím, než začaly pracovat s umírajícími pacienty a ve své práci osobní zkušenosti zúročily. R6 doslova udává, že ji zážitky, kdy se starala o svou matku, která ležela v léčebně a kdy byla bohužel svědkem ne vždy dobré péče, nasměrovaly na její profesní dráhu.

I když v profesním životě nabudeme mnoho zkušeností, ne vždy je nám dovoleno je uplatnit i v osobním životě, pokud se rodina, i sám umírající člen rodiny, nesmíří s blízcím se koncem, jak je patrné z odpovědí R1 a R2. Naopak své zkušenosti s doprovázením svých blízkých, můžeme zúročit ve svém profesním životě, tím, že se více dokážeme vcítit do pocitů umírajícího a jeho nejbližších a mimo profesního postoje můžeme nabídnout i nefalšovaný soucit a lidskost.

K položení poslední otázky mě vedla domněnka, že v práci s umírajícími se nám otevírají a prohlubují duchovní obzory, už jen tím, že v konfrontaci se smrtí se ptáme i po smyslu života a můžeme nalézt jeho hloubku a hodnoty, o které se můžeme opřít a čerpat z nich sílu. Duchovními hodnotami se nerozumí jen náboženské přesvědčení, ale i morální postoje a životní hodnoty, kterým z hloubi duše věříme, které vyznáváme a které nám jsou zdrojem síly a podpory.

Téměř všechny respondentky se shodly, že je duchovní oblast pro ně důležitá. R1 udává, že je ateista, ale věří v lidské hodnoty, jako je láska, spravedlnost a tolerance. Hodně se toho naučila v hospici, čerpá z toho pro svou práci. R2 udává, že není věřící, ale ráda se radí o duchovních věcech s duchovními, kteří do hospicu za umírajícími docházejí. Pro R3 je duchovní oblast důležitá, je věřící, nedokáže si představit, že by bez své víry mohla doprovázet umírající lidi. Brala by smrt jako něco marného, její víra jí dává naději. R4 nevyznává žádné

náboženství, ale věří na něco mezi nebem a zemí a myslí si, že věřící lidé se se smrtí snadněji smírují. R5 je věřící, ale duchovní život vnímá i v obecnější rovině, nedovede si představit, že by k duchovní oblasti neměla přístup, dává jí to sílu a pomáhá jí to v přístupu k umírajícím lidem. R6 nevěděla, jak na tuto otázku odpovědět.

Možná se zdá, že duchovní oblast je jakási nadstavba, dlouho byla přehlížena, ale jak je vidět z odpovědí některých respondentek tato oblast je pro ně velmi důležitá, pomáhá jim v jejich těžké profesi.

16 ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY

Jak odpovědět na výzkumnou otázku – Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající pacienty?

K tomu mi napomohlo i stanovení dílčích cílů, podle kterých jsem se snažila zmapovat různorodé oblasti oslovených sester a to oblast pracovní, osobní a duševní.

Na předním místě je zajisté samotná osobnost sestry a její osobní zázemí. To jsou faktory, které můžeme hodně ovlivnit. Z provedeného výzkumu je zřejmé, většina respondentek si toto uvědomuje, a udržuje si své zájmy, při kterých se dokáží zregenerovat, a uvědomují si veliký význam rodiny a přátel.

Další oblastí, kterou jsem zkoumala, je pracovní prostředí, to už můžeme ovlivnit jen částečně. V hospicovém prostředí respondentky pozitivně hodnotily multidisciplinární tým, zvláště přítomnost psychologa na pracovišti, což v nemocničním prostředí většinou chybí, i když na některých pracovištích existují výjimky, jak se vyjádřila sestra pracující na onkologii. Další kapitolou je personální obsazení. Jak z výzkumu vyplývá, sestry pracující v nemocničním prostředí udávají několik problematických faktorů, které jim brání dostatečně pečovat o umírající. Jedná se o velký počet pacientů, které má sestra na starosti, náročný provoz oddělení, velkou zatíženost administrativou. Důležitá je i psychická podpora pracovníků, která je kvalitnější v hospici, v nemocničním prostředí často chybí, jako vhodné se jeví nabídka supervize, kterou by uvítaly všechny oslovené sestry.

Oblast duševní a otázky s ní spojené byly zvláštní kapitolou. Očekávala jsem, že častá zkušenost sester, se smrtí a umíráním, je nenechá lhostejnými, že je přiměje minimálně k přehodnocení svého života a svých životních hodnot. Tento předpoklad se mi víceméně potvrdil.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI: Je zde určitě na místě pobídka k zaměstnavatelům pro zlepšení a zavedení programů psychologické podpory všeobecných sester. Nabízet a podporovat možnosti supervize. Zajistit dostatečné personální obsazení pracovišť.

17 ZÁVĚR

Mou snahou bylo přiblížit práci sestřiček, které pečují o umírající pacienty a podívat se na podmínky, které k své práci mají. K tomuto tématu mě přivedla má vlastní profese, též pracuji na oddělení, kde se se smrtí častěji setkávám.

Jako metodu jsem zvolila kvantitativní výzkum a to pomocí rozhovoru. Zvolila jsem si osobní kontakt, je mi lidsky bližší, než neosobní dotazníky a velmi ráda jsem se setkávala a hovořila se svými kolegyněmi. Není obvyklé, aby sestřičky, byť jsou na jednom pracovišti, mluvily o smrti a umírání, takže tímto pro mě rozhovory byly inspirativní. Jsem velmi ráda, že jsem se díky přípravě bakalářské práce dostala do hospice, který jsem měla v plánu už delší dobu navštívit a teď jsem to uskutečnila. Je to opravdu oáza klidu a bezpečí a dokáží si představit, že bych zde ukončila svou životní pouť

Pro porovnání výsledků svého výzkumu jsem se snažila vyhledat bakalářské práce, s kterými bych mohla konzultovat některá má zjištění. Téma doprovázení umírajících pacientů zpracoval například:

Bohuslav Hájek, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství.

Název práce: *Vliv smrti pacienta na psychiku všeobecných sester.*

Práce z roku 2014 je spíše teoretická, autor vychází z bohaté bibliografie, ke své práci vyhledal a použil 60 článků z odborných periodik a slovníků. Jeho práce mapuje psychickou zátěž všeobecných sester pečujících o umírající pacienty a možnosti zmírnění jejich stresu spojený s uvedenou péčí.

Shodné výsledky panují v důležitosti osobní psychohygieny sester, možnosti relaxace, důležitosti osobního zázemí. Hájek též poukazuje na nevyužité možnosti supervize ze stran zaměstnavatele, poukazuje na propracovanější systém práce a péče o zaměstnance z prostředí hospiců.

Práce sester pečující o umírající pacienty je velmi náročná. Myslím si, že si sestry zaslouží velkou podporu, pro to, aby své povolání mohly vykonávat co nejlépe. A nemyslím si to jen z pozice své profese, ale i z pozice budoucího pacienta. Vždyť všichni bychom chtěli odcházet z tohoto světa v okruhu svých nejbližších, za podpory sestřiček, které na nás budou mít vždy dostatek času a povedou nás vlídně a laskavě až k poslední bráně našeho žití.

Zpracované údaje použiji ve formě prezentace. Po domluvě se svými nadřízenými pracovníky kliniky (Fakultní nemocnice v Plzni, klinika pneumologie a fizeologie), tuto prezentaci přednesu v rámci odborného sympozia, a to na Dnech pneumoonkologie, v sekci přednášek nelékařských zdravotnických pracovníků. Toto sympozium se bude konat na podzim, roku 2016.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření – pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BLANAŘ, Vít. *Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečující o těžce a terminálně nemocné*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání – možnosti pokojného konce života*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013, 322 s. ISBN 978-80-7429-134-0.

CALLANANOVÁ, Maggie a Patricia KELLEYOVÁ. *Poslední dary – jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, 224 s. ISBN 80-7021-819-3.

FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním*. 1.vyd. Praha: Malvern, 2014, ISBN 978-80-87580-70-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-471-3.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Život je boj – praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. 1.vyd. Brno: Grifart, 2014, 288 s. ISBN 978-80-905337-4-5.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Littera, 2007, 112s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání-co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2.vyd. Praha: Portál, 2015, 320s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu-úvahy o životě a umírání*. 1.vyd. Brno: JOTA, 2012, 262s. ISBN 978-7462-145-1.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014, 216s. ISBN 978-80-247-4650-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PĚČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 80s. ISBN 80-247-00784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres-příručka pro duševní pohodu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 128s. ISBN 978-80-247-3149-0.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1.české vyd. Praha: Grada,2005, 324s. ISBN 80-247-1295-4.

ONDRAČKA, Lubomír a Luboš KROPÁČEK a Tomáš HALÍK a Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1.vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010, ISBN 978-80-904516-3-6.

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

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3976-2.

SLAMKOVÁ, Alica a Lubica POLEDNÍKOVÁ. *Klinické ošetrovatelské aspekty paliatívnej starostlivosti*. 1.vyd. Bratislava: Osveta, 2013, 146s. ISBN 978-80-8063-379-0.

SERBOUSEK, Pavel. *Přechodové rituály v postmoderní společnosti*. Zlín, 2009. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně .Fakulta humanitních studií.

SMITH, Rodney. *Lekce smrti a umírání*. 1.vyd.v českém jazyce. Praha: Maitrea, 2013. 240s. ISBN 978-80-87249-55-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

VANČOVÁ, Mária. *Burn – out syndrom u sestier pracujúcich s geriatrickými pacientami*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta lékařská-katedra ošetřovatelství.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-247-1262-8.

Zdravotnická statistika-zemřelí (online). 2013 (cit.2015-12-09).Dostupné z <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli/>

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné (online) 2015 (cit.2015-12-09). Dostupné na <http://data.umirani.cz/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne/>

Poslední dny a týdny (online) 2015 (cit.2015-12-08).Dostupné na <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Výzkumné otázky

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Výzkumné otázky

Oblast pracovní

1. Věděla jste, než jste začala doprovázet umírající pacienty, co tato oblast péče obnáší?
2. Máte podporu ve svém pracovním prostředí, mezi kolegy, máte v kolektivu osobu, na kterou se můžete obrátit v případě problému, která vám poskytne radu a podporu?
3. Máte podporu vedoucích pracovníků?
4. Máte možnosti nabídky supervize?
5. Máte dostatečnou nabídku vzdělávacích seminářů a kurzů z oblasti paliativní péče?
6. Máte pocit, že dáváte veškerou možnou péči, kterou umírající potřebuje, umožňuje vám to pracovní prostředí?

Oblast osobní

1. Poskytuje vám osobní a rodinný život psychickou podporu pro vaši náročnou profesi?
2. Máte možnost s nejbližšími lidmi mluvit o své práci? Zajímají se o ní?
3. Máte nějaké koníčky, zájmovou činnost, při které si odpočinete a máte na to čas?
4. Zažila jste u sebe syndrom vyhoření, a pokud ano, jak jste to řešila?

Oblast duševní

1. Jaký máte postoj k smrti a umírání?
2. Co vám tato práce vzala a co vám přináší? Změnila se vaše životní filozofie, váš životní postoj?
3. Využily jste zážitky a zkušenosti s péčí o umírající i ve svém osobním životě?
4. Máte vztah k duchovním věcem, nemusí se jednat o víru ve smyslu náboženství, můžete z toho čerpat sílu a podporu pro vaši práci?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

Jméno : Jana Drhovská
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : jana.drnda@centrum.cz

VEDOUcí BP:

Jméno : Mgr. Simona Šípová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : boudovas@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat, jak zdravotní sestry zvládají péči o umírající pacienty, jakou mají podporu v pracovním a osobním prostředí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována. Potvrzuji, že jsem rozhovor poskytovala pouze za svoji osobu, nebyla jsem nikým ovlivňována.

Podpis účastníka výzkumu:.....D atum:

Podpis studenta:..... Datum: