



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetřovatelství

**Lenka Muchová, DiS.**

**Umírání a smrt v nemocnici očima sester**  
*Death and dying in hospitals from the nurses*  
*perspectives*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2009

Autor práce: Lenka Muchová, DiS.

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Křížova, PhD.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3LF

Datum a rok obhajoby: 1.6.2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 8.května 2009

.....  
Lenka Muchová, DiS.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Evě Křížové, PhD. a konzultantce Mgr. Janě Heřmanové za odborné vedení mé práce a cenné rady a podněty při jejím zpracování. Také velmi děkuji Mgr. Marcele Kubové- Riglové za pomoc s anglickými texty.

## Abstrakt

Toto téma jsem si vybrala poté, co jsem měla možnost praktikovat na několika interních odděleních. Prakticky každý den se sestry setkávají se smrtí. V mé práci nechci hodnotit ani sledovat ošetřující personál na onkologických odděleních, hospicích nebo geriatriích. Chci se věnovat sestřím ze všeobecných interních oddělení. Mám pocit, že ačkoli se umírání a smrt v dnešní době přenesla do nemocnice, personál není na situace spojené se smrtí dostatečně školen a připraven. I ve výuce nebylo mnoho času na probrání témat, která by byla spojená s touto problematikou a nějak nás na budoucí profesi v tomto ohledu připravila.

Ve své práci bych se chtěla zaměřit na umírání a smrt očima sester na interním oddělení. Jak na ně působí přítomnost nemocného v terminálním stavu, každodenní setkávání se smrtí, zda umí a chtějí s tímto pacientem a jeho rodinou komunikovat, jaké mají strategie a způsoby zvládnání situací spojených s umíráním a smrtí.

Práce je rozčleněna na dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části se úvodem věnuji otázkám co je smrt a umírání a dále kapitolám: Psychologie prožívání nemoci a smrti, stadii umírání, zvládnání zátěžových situací týkajících se psychologie umírání a obranným mechanismům, které používáme jako obranu před vyhořením. Uvádím také kapitolu o komunikaci.

Praktická část spočívá ve vyhodnocení dotazníku rozdaného sestřím na interním oddělení ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a ve Fakultní Thomayerově nemocnici Krč. Rozdala jsem 41 dotazníků, vráceno mi bylo 26 vyplněných dotazníků. Z výzkumu jsem zjistila mnoho zajímavých informací. Mezi nejzajímavější patří například, že 46% dotazovaných sester odpovědělo, že pečují o umírajícího pacienta denně, nebo při každé směně. Největší zátěží je pro sestry splnění ordinací lékaře ( s průměrným číslem 4,06). Zátěž, vyplývající z plnění ordinace lékaře, pociťují více sestry, pracující na interních klinikách delší dobu. Komunikace s rodinou je pro sestry větší zátěž (průměrné číslo 3,27) než komunikace s umírajícím pacientem samotným (průměrné číslo 2,54). Největší důležitost a zátěž u jednotlivých výkonů uvádějí sestry, které pracují na interně více než 7 let.

## Obsah

<b>1. Úvod</b> .....	8
<b>2. Stárnutí, smrt a umírání</b> .....	9
2.1. Koncept „dobré smrti“ .....	10
2.2. Umírání v České republice.....	10-11
2.3. Dehumanizovaná, tabuizovaná a institucionalizovaná smrt .....	12
2.4. Pacient a prožívání nemoci .....	13-14
2.5. Stárnutí a změny spojené se stářím .....	14-15
2.5.1. Pacient a smrt .....	15-16
2.5.2. Příznaky umírání .....	16
<b>3. Zdravotní péče o terminálně nemocné</b> .....	17
3.1. Zátěžové situace .....	17-18
3.2. Syndrom vyhoření- burnout syndrom .....	18-19
3.3. Péče o pečující .....	19-20
3.4. Umění komunikace.....	21
3.4.1. Základní funkce komunikace.....	21-22
3.4.2. Komunikace s vážně nemocným pacientem. ....	22-23
3.4.3. Poslední rozhovor zdravotníků s rodinou.....	23-24
<b>4. Praktická část</b> .....	25
4.1. Cíle výzkumu.....	25
4.2. Metodika výzkumu.....	25-26
4.3. Charakteristika výběrového souboru a časový harmonogram.....	26
4.4. Pracovní hypotézy.....	27
4.5. Analýza výsledku výzkumu.....	27
4.6. Diskuse.....	41-43
<b>5. Závěr</b> .....	44-45
<b>6. Summary</b> .....	46
<b>7. Seznam literatury a použitých zdrojů</b> .....	47-48
<b>8. Seznam příloh</b> .....	49

## 1. Úvod

Moderní, technicky zdatná medicína se orientuje na úspěšnou léčbu somatických onemocnění. Ale v okamžiku, kdy boj s nemocí přestává být bojem a nemoc začne vítězit, si moderní medicína neví rady. Ve chvíli, kdy se boj zdá již marný, propadají zdravotníci i lékaři skepsi. To, k čemu byli vyškoleni, se nedostavuje. Mnozí prožívají marnost, rozladění, mají pocity prohry, selhání a strachu. Převládající strategie všedního dne, kdy se chováme, jako bychom tu měli být věčně, je konfrontována s realitou. Pacienti, kterým již z lékařského hlediska není pomoci, jsou většinou na běžných odděleních ponecháni sami sobě a tím pádem izolováni. Od dávných dob bylo umírání spojeno s rituály a s loučením. Smrt byla brána jako samozřejmá součást života již od narození člověka. To v dnešních nemocnicích, kam se umírání přesunulo, chybí. Z vlastního pozorování jsem usoudila, že podle nemocničních řádů nebývá příbuzným a blízkým umožněn přístup na oddělení kdykoli je potřeba. Ani pro příbuzné není lehké s umírajícím v posledních chvílích pobývat a proto většina ani pobyt na oddělení mimo návštěvní hodiny nevyžaduje.

Jak se s smrtí a umíráním vyrovnat? Máme dostatek informací? Používáme obranné mechanismy? Je smrt velkou zátěží pro sestry, které se s ní denně setkávají? Moje práce bude zaměřena na smrt a umírání v nemocnici očima sester. Na smrt, která následuje po procesu umírání.

Existují věci sdělitelné a obtížně sdělitelné. Mezi ty nesnadno sdělitelné patří i hovory o konci života a konečné diagnóze. Všechna tato témata byla po dlouhou dobu tabuizována a nyní, kdy se o nich začalo znovu velmi otevřeně hovořit se i já chci připojit do diskuze z pohledu zdravotníka.

*„Paliativní medicína zasluhuje mimořádnou pozornost, protože strategii paliativních přístupů v péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající je bezpodmínečně nutné uplatňovat nejen v hospicích, ale všude tam, kde se uvedení nemocní nacházejí“.*

/Helena Haškovcová, Lékařská etika. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80 -7262 -132 -7 /

## 2. Stárnutí, smrt a umírání

V první kapitole bych ráda objasnila pojem stárnutí, smrt a také pojem umírání. Stárnutí je proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky, snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním se různých defektů v organismu a jeho klesající schopností tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné nebo odumřelé buňky novými. Dochází k vyšší náchylnosti k různým nemocem a končí smrtí, pokud daný jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve. Stárnutí se dá těžko časově ohraničit. Začíná v podstatě po narození. Smrt je definována jako nezvratný zánik organismu. Smrt je z lékařského a biologického hlediska zastavení životních funkcí v organismu spojené s nezvratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života. Nelze ji zaměňovat s umíráním, umírání je jednou z fází života – konečnou. Přichází většinou jako závěrečné vyústění chronického onemocnění. Z patofyziologického hlediska je ho možné charakterizovat jako postupné nebo náhle vzniklé a nevratné selhávání funkčních systémů lidského organismu a poruchu regulace těchto systémů. K selhání systémů může dojít rychle, náhle a nečekaně nebo, kdy k selhávání důležitých orgánů dochází očekávaně v důsledku známé, pokročilé, kauzálně nevyhlášené nemoci. Zde je indikována paliativní péče.

Existuje řada nemocných, u kterých je rozpoznání nezvratných projevů těžké určit. Vyžaduje to od lékaře zkušenost a pozorné hodnocení klinického stavu nemocného a jeho odpovědi na podávanou léčbu. Přechod z kurativní léčby na paliativní není pouze medicínským rozhodnutím. Do hry vstupují také otázky přání pacienta, otázky etické a právní. Je-li stav pacienta zhodnocen jako umírání, mělo by se hlavním a jediným cílem léčby a péče stát , aby pacient trpěl co nejmenším dyskomfortem. (1, 3, 8, 18)



### *2.1. Koncept „dobré smrti“*

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života.

Obecně je význam tohoto slova chápán především jako péče o umírající. Takovéto vymezení je poněkud zjednodušené. Většina postupů paliativní medicíny by totiž měla být využívána i v časnějších fázích onemocnění, tedy současně s léčbou, usilující o vyléčení nebo navození dlouhodobé léčebné odpovědi. Péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci přesto od samého počátku vývoje hospicového hnutí a později paliativní medicíny představuje určitou základní modelovou situaci.

Poslední hodiny a dny před smrtí jsou bezpochyby důležité. Za klíčové však považujeme období týdnů až měsíců před smrtí, kdy postupně narůstají tíživé symptomy a potřeby nemocných i jejich rodin. Vhodně volené intervence mohou v tomto období zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Usilování o "dobrou smrt" znamená snahu, aby poslední týdny - nejen minuty - života mohly být pro pacienta jako hodnotné a smysluplné. Nejasnost cílů léčby a péče o terminálně nemocné bývá často důvodem nepřiměřených postupů. Koncept „dobré smrti“ jako cíle léčby v situaci terminálního onemocnění zde nabízí novou perspektivu. Hovořit o „dobré smrti“ znamená hovořit o posledních dnech a týdnech života, a nikoliv o posledních minutách. Neboť jsou to právě poslední dny a týdny, které určují, zda bude konec života umírajících a jejich příbuzných vnímán jako důstojný a smysluplný.

(1, 4, 24)

### *2. 2. Umírání v České republice*

„Jak se umírá v České republice?“ je název dokumentu vypracovaného Ondřejem Slámou a Ondřejem Ptáčkem pro občanské sdružení Cesta domů. Tento dokument přístupný na internetovém portálu Cesty domů obsahuje statistický výzkum o umírání v České republice. Výzkum byl provedený v roce 2000.

Vychází z dat Českého statistického úřadu (ČSÚ), Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku (ÚZIS) a Světové zdravotnické organizace (WHO). Z této práce uvádím několik dat, která jsou důležitá pro moji teoretickou část.

Podle WHO zemřelo v roce 2000 v České republice celkem 109 001 lidí. Nejčastějšími příčinami úmrtí byly kardiovaskulární choroby, cerebrovaskulární choroby, nádory, nemoci dýchací soustavy ( celkem 85%) a ve většině případů smrt nastává jako vyústění chronické nemoci.

Tento výzkum se také zabýval otázkou, kde nejčastěji naše populace umírá. V roce 2000 zemřelo v hospicích 1% všech zemřelých, doma 24,5% všech zemřelých a v nemocnicích bylo 68% všech úmrtí. Je tedy pravdou, že smrt je přesunuta do zdravotních zařízení. Nejčastější příčiny úmrtí jsou nemoci srdce, cév a zhoubné novotvary. Tyto nemoci jsou léčeny na interních klinikách a léčí se zde široké spektrum chorob vnitřních orgánů. Interní oddělení patří k základním oddělením nemocniční péče. Léčí se zde nemoci vnitřních orgánů, bez chirurgické intervence. Z oboru vnitřního lékařství se postupnou specializací vyčlenily další podobory mezi které patří například: pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, hepatologie, nefrologie a diabetologie. Často jsou v nemocnicích tzv. všeobecné interní kliniky, kde jsou lékaři různých specializací a léčí zde všechna tato onemocnění, kterými se zabývají interní podobory. Dnešními pacienty interních oddělení jsou převážně pacienti vyššího věku, a proto je nutné přihlížet v léčbě i ošetřování ke specifickým potřebám těchto pacientů. Na interním oddělení se léčí i pacienti se zhoubným nádorovým bujením, i když máme samostatný obor onkologie.

Náročnost práce na interním oddělení je vysoká. Starým a chronicky nemocným sestry zabezpečují komplexní základní ošetrovatelskou péči včetně hygieny, polohování, péče o inkontinentní, zajištění veškeré obsluhy a k tomu vysoce náročnou odbornou činnost. (19, 23)

### *2. 3. Dehumanizovaná, tabuizovaná a institucionalizovaná smrt*

Mít zvládnutý vlastní postoj ke smrti a umírání a dokázat vyprovodit osobu na její poslední cestě je veliké umění. Tyto dvě složky se ovlivňují a nazývají se mortální kompetence. Kompetence jsou záležitostí jak jedince, tak i společnosti a jejího postoje ke smrti.

Právě smrtí a problematikou jsme v dnešní době nedotčeni. Paradoxně jak je smrt podávána v médiích, kde je banalizována.

Dehumanizovaná smrt je definována jako neúcta k člověku, k lidskosti, znelidštění. Smrt je izolovaná, odsunutá za plentu.

Tabuizace smrti znamená vylučování z dohledu, odstraňování slov nebo témat smrti z řeči a komunikace vůbec.

Se skutečností, že nejsme smrtelní, bychom se měli seznamovat od dětství. V dnešní době se může zdát, že tomu tak je. Například v médiích se můžeme setkat jak se smrtí reálnou, tak i hranou. Ve skutečnosti pravá smrt je pro veřejnost tabuizována a přenesena „jinam“ - do institucí.

Proto užíváme termín institucionalizovaná smrt. Uchopení a zpracování smrti by nám mohlo pomoci k osobnostnímu vývoji a osobní zralosti a mohla by být popudem k plnějšímu životu. Chybějící kompetence a pomoc hledá většina lidí u těch, které považuje za odborníky ve věcech umírání a smrti, především u lékařů a zdravotníků, u nichž se očekává, že umí umírající doprovázet a pak u duchovních, což v České republice dnes není tak časté. Proto je na lékaře zdravotníky kladena tato velká povinnost poskytnout pomoc nemocnému i příbuzným a je důležité, jak se jí zhostí. A je velmi důležité aby se v problematice paliativní péče, smrti a umírání velmi dobře orientovali a aby v ní byli vzděláváni. (1, 3, 19, 4)

## *2. 4. Pacient a prožívání nemoci*

Abychom o nemocného mohli správně pečovat, je důležité znát jakými fázemi si může po oznámení diagnózy projít. Podrobně se této problematice věnuje Elizabeth Kübler Rossová (4). Ve stručnosti uvádím fáze, které sestavila, s projevy nemocného a také správnou zpětnou reakcí, kterou by měli poskytnout zdravotničtí pracovníci. Fáze mohou i nemusí nastat, mohou se vzájemně prolínat, být přeskakovány a nebo se nemusí dostavit vůbec.

### *1. fáze negace a šoku*

„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné“

Projeví se u pacienta odmítnutím pravdy. Pacient je v šoku, má strach, prožívá pocity nevíry, že on sám je smrtelný. Pro lékaře i sestru je důležité navázat kontakt a získat důvěru pacienta.

### *2. Fáze agrese, hněvu a vzpoury*

„Proč zrovna já, čím je to vina?“

Pacient který je v této fázi prožívá hněv, zlost na zdravé lidi i zdravotnický personál, hledá viníka, nebo vyčítá nespravedlnost. Pro zdravotnický tým by měla platit pravidla profesionality. Pacientovi umožnit odreagování, být trpělivý, nepohoršovat se.

### *3. Fáze smlouvání, vyjednávání*

Pacient hledá „záračné“ léky, léčitele. Je ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby. Zdravotnický personál musí být trpělivý a varovat nemocného před podvodníky.

### *4. Fáze deprese, smutku*

Nemocný prožívá smutek z utrpené nebo hrozící ztráty. Má strach ze smrti, o zajištění rodiny apod. Sestry a lékaři musí trpělivě naslouchat pacientovi. Důležité je také pomoci hledat řešení problémů, které mohou nemocného trápit (zajištění rodiny, vyřízení závěti apod.)

## 5. Fáze smíření, souhlasu

Tato fáze nemusí nastat. Je to pro pacienta a rodinu velmi složité. Hodně záleží na osobnosti pacienta. Je to doba smíření se smrtí, nemocný cítí konec, již nebojuje, je čas loučení. Pacientova rodina mnohdy potřebuje větší pomoc nežli sám nemocný. Je důležité zajistit důstojnost a splnit přání pacienta (návštěvy apod.) Pacient nesmí trpět. Tišíme bolest, mírníme žízeň. (4)

## 2. 5. *Stárnutí a změny spojené se stářím.*

Protože je má práce zaměřená na umírání po dlouhé nemoci a ve stáří je důležité vědět, jaké involuční procesy v tomto období probíhají. V období stárnutí, které je obecně odhadováno od 65 let a období stáří, jež je odhadováno od 75 let, se objevují změny fyzické, psychické i sociální. Involuční pochody nastupují různě rychle nebo pomalu podle aktivit daného člověka. Některé změny jsou fyziologické, ale je typické že se objevují různé patologie.

Mezi fyzické/biologické změny patří změny v pohybovém aparátu. Svalová vlákna atrofují, ubývá svalová síla. Postupem času dochází k problémům v cílení pohybů (např. navlékání jehly apod.) Některé motorické činnosti, které se jedinec během života naučil (např. psaní na stroji všemi deseti prsty a jiné) zůstávají až do vysokého věku nezměněné. Také kostra stárnoucích lidí se mění. Vzniká osteoporóza a časté zlomeniny. Činnost kardiovaskulárního systému je změněna aterosklerózou, často se objevuje hypertenze. S tím jak funguje kardiovaskulární systém je spojena i aktivita jedince, popřípadě problémy s dušností, snížení pohybu a obezita. Vysoká váha a vysoký krevní tlak prohlubuje aterosklerózu, napomáhá vzniku diabetu a vlastně vše souvisí se vším. Mění se také vzhled, prohlubují se vrásky, kůže ztrácí své napětí, vlasy pomalu šednou. Zhoršují se také zrak, sluch i chrup. Často bývají problémy se spánkem.

Změny nastávají také v psychických funkcích. Mění se intelektové vlastnosti člověka. Snižuje se schopnost učení, paměti, je snižená adaptabilita, flexibilita, snižuje se schopnost přepracovávat osvojené stereotypy, je zvýšená fixace na to co již bylo zažito.

Změna se postupně týká i životní orientace. Starý člověk se stářím často nepočítá, není připravený. Velkým mezníkem může být odchod do důchodu, kdy dojde ke ztrátě role. Lidé odcházející do důchodu mohou mít pocit, že je v životě už nic nečeká. Kariéra, která celý život byla před nimi, se uzavírá. Tyto změny jsou častější u lidí, kteří mimo zaměstnání nemají žádné koníčky. Stojí před nimi dilema zda přijmout či nepřijmout roli důchodce. Důležité je také plánování a vytváření nových cílů...mít pro co žít.

V emocionální sféře dochází k větší citové labilitě, nebo citové nezúčastněnosti. Mnohdy je nepochopitelné, proč staršího člověka nic moc nevzrušuje, nic ho nenadchne. Jedním z objevujících se jevů ve stáří je také neuróza, deprese, senilita, demence. (12, 2)

### *2. 5. 1. Pacient a smrt*

Smrt nepřichází náhle. Většinou se objevují jasné či méně jasné předzvěsti blížící smrti. Pokud je pacient tvář v tvář smrti a je při vědomí a schopen si umírání uvědomovat, může reagovat různým způsobem. Několik typů reakcí podle M. Bouchala (1993) zde uvádím. (20)

- smíření a vyrovnání
- pasivní rezignace
- únik do vzpomínek
- únik do fantazie a úvah
- snaha o dokončení rozdělaného díla
- negativní kompenzace- únik k lékům, alkoholu apod.

Mezi běžné pocity v nemoci a ve stáří patří také strach a úzkost. Zatímco strach je jasně definovatelný a nemocný nebo starý člověk zná jeho příčinu, úzkost je velmi svízelná, nejasná a neznáme jejího původce. Strach a úzkost nejsou jen u nemocných, ale velmi často a intenzivně je prožívají i příbuzní. Podle toho jak nemocný prožívá poslední chvíle a v jakém je stavu se u něho projevují i různé potřeby. Cílem zdravotníků i rodiny je tyto potřeby naplňovat. I z tohoto důvodu je péče o umírajícího velmi náročná a vyžaduje velkou profesionalitu ze strany zdravotnického personálu. Po smrti nemocného zdravotníci pracují s rodinou, která je v zármutku. I to je velmi náročné a je důležité aby sestry i lékaři byli v komunikaci a psychologii dobře proškoleni. (1, 2, 4, 9)

#### *2. 5. 2. Příznaky umírání*

Příznaky umírání se dělí na fyzické a duchovní. Nikdo by neměl zemřít psychicky, sociálně a duchovně dříve, než fyzicky. Mezi první příznaky patří chlad, usínání, změny vědomí, dezorientace, postupné vyhasínání funkce orgánů, sevření, neklid, nekoordinovaný pohyb, snížená schopnost příjmu potravy, tekutin, změny diurézy, dýchání, zežloutnutí pokožky, otoky. Spolu s těmito fyzickými znaky se objevují i duševní změny. Stažení se do sebe, změny zájmů, nepoznává některé osoby, vidění přízraků, fantazií, smyšlených zážitků, změny komunikace, loučení. (2)

### 3. Zdravotníci a péče o terminálně nemocné

Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná. Vzhledem k nedostatku sester bývá na interních odděleních jedna sestra až na 15 pacientů (z vlastní zkušenosti vím, že i více). Složení nemocných je různé, ale staří a umírající nemocní tvoří stálou skladbu na těchto stanicích. Obecně je péče o nemocné velkou zátěží a stresem. Proto u mnohých sester můžeme pozorovat využívání různých obranných mechanismů a v neposlední řadě je možnost vzniku syndromu vyhoření.

Prevencí syndromu vyhoření je péče o pečující. Vzhledem k nedostatku ošetrovatelského personálu dochází k přetěžování sester, které nemají dostatek volného času na správnou duševní hygienu a celkový odpočinek.

Při péči o terminálně nemocné i zdravotník prochází určitými fázemi, kdy se sám snaží vyrovnat se s smrtí a vlastní smrtelností a v protipólu s bezmocností druhému pomoci. Získává poznatky, prožívá úzkost, hledá smysl života a smrti. Může pociťovat úzkost, napětí, vinu z toho, že on sám je zdravý. Mohou ho provázet pocity viny, strachu, ale na druhou stranu získává reálnější pohled na smrt. (2, 9, 10, 12, 13)

#### 3. 1. Zátěžové situace

Mnoho práce, časté setkávání se smrtí a zármutkem, únava apod. To vše je zátěží, neboli stresem. Stres je definován jako vysoce zátěžová situace pro člověka, tíseň. Stres je způsoben určitým stresory. Mohou být psychické (traumatické zážitky), sociální (mezilidské vztahy), fyzikální (špatné podmínky na pracovišti, hluk, čtené kompetence apod.). Reakcí na stres jsou tělesné změny (zrychluje se tep, zvyšuje se tlak, zvyšuje se svalové napětí, zužují se cévy, snižuje se imunita, objevují se poruchy trávení) a na ně se nabalují psychické (únava, nespavost, ztráta koncentrace, vznikají neurózy, nastává psychické vyčerpání). Problematika stresu a zátěže je spjata s psychosomatikou.



Na základě psychických poruch se mohou objevit fyzické problémy (žaludeční vředy, vysoký krevní tlak aj.). Pokud stres trvá dlouho zvyšuje se riziko vzniku diabetu, infarktu, mozkové mrtvice, poruchy imunity a rakoviny.

Problémem stresu je, že ho moderní člověk neumí odbourávat, neodreagovává se a stres způsobí trvalé následky a duševní nemoci. Riziko u přepracovaných sester je veliké. Pokud dochází k dlouhodobému neuspokojování potřeb (hlavně z důvodu stresu) dojde ke strádání, nebo-li k deprivaci. Následky deprivace jsou závažné. Nedojde-li k uspokojení potřeb dochází k jevu nazvanému frustrace. Je to zklamání, nezdar na cestě k cíli vlivem překážky. Každý člověk má frustrační míru (okamžik kdy k ní dojde) jinou. Reakce na frustraci jsou agrese (vzteky, hádky, autoagrese), únik (do vysněného světa, fantazie, alkoholu apod.), apatie a rezignace, regrese (návrat ve vývoji), projekce (promítání viny a zodpovědnosti do druhé osoby) a vytěsnění (potlačení chyby, pocitu). Tyto obranné mechanismy jsou již jen krokem ke „strašáku“ jménem syndrom vyhoření. (13, 15, 11, 9)

### 3. 2. Syndrom vyhoření - burnout syndrom

Co vede k psychickému vyhoření? Nemůžeme jednoznačně říci, že k syndromu vyhoření přispívá pouze přítomnost umírajících na oddělení.

Mezi další faktory patří:

- dlouhodobý, bezprostřední a osobní styk s lidmi
- dlouhodobé neúspěšné jednání s lidmi
- dlouhodobé pracovní přetížení, kladení mimořádných požadavků na pracovníka
- příliš strohý pracovní režim, přísná pracovní pravidla a jednání
- přetěžování, tj. situace kde je příliš velké množství úkolů v poměru ke kapacitě pracovníků
- velká odpovědnost spojená s rychlým rozhodováním (práce na ARO, JIP)
- časté nečekané zvraty, události (rychlé změny stavu pacienta)

Proces „burnout“ je dle psychologů rozčleněn do několika fází, ve kterých je patrné rozdílné chování. Toto členění je podle Christiny Maslach a je citováno z publikace prof. J. Křivohlavého (2). Nejdříve je idealistické nadšení a radost. V další fázi je setkání se stresem, poté se zvyšuje rezistence vlivem mobilizace organismu a dochází k vyčerpání rezerv sil a obranných možností, k emocionálnímu a fyzickému vyčerpání. Dále dochází k dehumanizaci druhých lidí jako obrany před vyhořením a v terminálním stadiu dochází k stavění se proti všemu a všem, „sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie. (14, 10,)

### *3. 3. Péče o pečující*

Jak jsem již uvedla, práce zdravotníka je velmi náročná. Obzvláště zdravotníka, který často pracuje s umírajícími pacienty. Psychickou zátěž v určité míře pociťují všichni, proto je velká pozornost věnována i péči o pečující. Je zřejmé, že psychicky vyrovnaný ošetřující personál bude lépe zvládat každodenní zátěž a bude lépe zvládat péči o pacienta i rodinu.

Obecné zásady duševní hygieny jsou známé a patří mezi ně hlavně dostatečný a pravidelný odpočinek. Hlavními zásadami jsou: vyhnout se osobnímu prožívání - vztahování nemoci, umírání a smrti k sama sobě, hledět na problémy v časové perspektivě - s nadhledem, neprožívat neúspěch jako tragédii - cenit si vlastní snahy. Při řešení životních situací má rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme.

Aktivní přístup k životu sobě zahrnuje následující zásady:

- otevřenost okolí, ději kolem nás, všemu novému, sledování se zájmem, sledovat vše smysluplné a zajímavé
- nebát se změn, brát změny jako příležitost
- při setkání se stresem nebýt pasivní, aktivně hledat řešení
- počítat, že stresu se nelze ve zdravotnictví ani v životě vyhnout

- umět izolovat pracovní problémy a nepřenášet je do domácího prostředí
- dbát na plnohodnotné vztahy s ostatními v okolí, harmonické rodinné vztahy jsou nejlepší oporou
- vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí, kam se ráda budu vracet z práce
- osvojit si zdravý životní styl, vyloučit škodlivé návyky (2, 9, 11, 13, 15)

### *3. 4. Umění komunikace*

Velice důležitá je oboustranná komunikace, mluvit o pocitech jako je bolest, úzkost, strach. Nemocný by měl vědět, že má někoho, kdo za ním stojí, o koho se může opřít a na koho se obrátit, když strach a panika přesáhnou únosnou mez. Tato komunikace je ovšem podmíněna stavem nemocného, sdílností, vstřícností sestry apod. Nemocný musí začít mluvit sám, musí být připraven o nemoci mluvit. To samé platí i pro ostatní členy rodiny. Pokud nejsou obě strany připraveny otevřeně hovořit, mohou být takové rozhovory spíše zraňující než prospěšné a uklidňující. Mnohdy je těžké začít, a je proto nezbytné sledovat drobné náznaky - ať už ze strany pacienta nebo rodiny. Otevřená komunikace, zodpovídání otázek, možnost poradit se o postupu léčby je pozitivní pro obě strany. Nemoc v rodině je velká zátěž pro obě strany. Je třeba velké tolerance a pochopení a vydat hodně síly a energie, obrnit se, umět naslouchat, odolávat pocitům beznaděje a strachu a pokusit se hledat a prožívat naděje a štěstí. Nemocný vyžaduje více důkazů lásky a něhy a pomoc pochopit, že jeho duševní kvality se nezměnily. Léčení může vést k tomu, že nemocný své tělo vnímá nepříjemně, jako neatraktivní. Proto je velmi důležité o těchto pocitech mluvit s někým blízkým. Pokud si nemocný začne připadat neatraktivní, může to mít dopad na partnerský vztah. K obavám z nemoci a strachu z léčby se přidá ještě strach ze ztráty partnera. Proto je velmi důležité chování partnera, jeho slova, dotyky, pohlazení a všechny zdánlivé drobnosti, které ovšem mají pro nemocného obrovský význam.

#### *3. 4. 1. Základní funkce komunikace*

Komunikaci můžeme definovat jako vzájemnou interakci dvou a více osob. sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků.

Efektivní komunikace znamená, že spojení je oboustranné, oba účastníci současně sdělují i přijímají. Komunikace není jenom umění mluvit, ale i umění naslouchat, které je pro lékaře a sestry ještě více důležité. Umění naslouchat a odpozorovat neverbální projevy nám může říci mnohé o stavu nemocného, o jeho trápeních a potřebách. V interakci nemocný - lékař a sestra je velmi důležitou složkou také

porozumění. Musíme mít od nemocného zpětnou vazbu a další kroky podle toho uzpůsobit. Komunikace je ze strany lékařů podceňována na úkor technických léčebných zákroků. Důležité jsou osobnostní vlastnosti lékaře (např. komunikační dovednosti, schopnost empatie apod.), které mohou ovlivnit průběh léčby a někdy i dokonce její výsledek. Lékař sám je velmi významným léčebným prostředkem, správně vedený rozhovor je mocnou zbraní.

Komunikace má několik složek. Nepostradatelné jsou zvláště dvě z nich. První, pro nás důležitou, je složka informující. Pomocí ní informujeme nemocného, lékař podává informace o zdravotním stavu, léčbě, prognóze. Vždy se snažíme zvolit vhodný čas, místo a způsob sdělení. Druhá složka je podporující, ve které zdůrazňujeme právě naslouchání. Patří sem také vedení nemocného, být s ním a rozloučení. Vždy projevujeme osobní zájem o pacienta. Potřebné je i sladění verbálního a neverbálního projevu (pacient vždy zakrývanou neochotu pozná). Setrvávejme u tématu, které přináší pacient. V komunikaci s nemocným bychom se měli vyhýbat sugestivním manipulativním otázkám. Komunikovat bychom měli srozumitelně a citlivě. (1, 2, 17)

### *3. 4. 2. Komunikace s vážně nemocným pacientem*

Onemocnění je spojeno se změnami v oblastech sociálních, tělesných i psychických. Nemocný se často pohybuje v nemocnici, dochází k odtržení z domácího prostředí a ke změnám životního rytmu. S pobytem v nemocnici se mění životní role a často dochází i ke ztrátě kompetencí. Nemocný trpí řadou symptomů, které mohou být nepříjemné, bolestivé i závažné. Pobyt izolovaném prostředí vyvolává úzkost a nemocný prožívá i strach (z onemocnění, bolesti, výkonů, ztráty soběstačnosti, smrti...) Proto je důležitá profesionalita a velmi dobrá znalost komunikace ošetřujícího personálu. Významnou roli nehraje jen komunikace, ale způsob jakým vykonáváme všechny činnosti spojené s ošetřováním pacienta.

Na všech odděleních, kde se vyskytují nemocní, se může stát, že si pacient bude chtít pohovořit o tématech jako umírání a smrt. O diagnóze nemocného vždy informuje lékař, ale pocity a obavy může pacient sdělovat spíše sestře, protože ta

s ním tráví více času a měla by se i věnovat jeho potřebám. Přestože jde o obtížné situace a reakce, lze s úspěchem využít techniku nedirektivního vedení rozhovoru. Cílem je podpořit vůli pacienta k dalšímu životu (jde o hledání určitého cíle, např. těšit se na setkání s rodinou). Dále pak chceme pomoci přijetí současné situace a také přijetí se ve změnách. Sestra pomáhá nemocnému překonat narušení sebevědomí, které je často spojené svážným onemocněním. Konkrétně je dobré nemocného přijímat takového jaký je a pokud se stále dožaduje otázkami přítomnosti sester, vyslechnou ho. Pokud chápeme nemocného, nekritizujeme jeho chování, reakce a způsob hovoru. Při konfliktu dáme nemocnému čas aby se uklidnil a nepřipomínáme předešlé chování. Slovně vyjadřujeme pochopení, vždy je dobré přizpůsobit hovor povaze nemocného. Reflektujeme sdělení nemocného a snažíme se dobře porozumět sdělovanému. Nejen pacient má mít zpětnou vazbu, ale i zdravotní personál by se měl utvrzovat jestli pacienta dobře chápe a nevkládá vlastní představy do pocitů druhého. Posledním velmi důležitým bodem je reagovat autenticky. Neměli bychom se obávat dát najevo překvapení nebo neznalost. Nemusíme znát odpovědi a všechny otázky. (17, 18)

### *3. 4. 3. Poslední rozhovor zdravotníků s rodinou*

Pozůstalý žádá nejen potvrzení toho, co se stalo, ve většině případů nemůže uvěřit, ale chce být ujištěn, že smrt byla klidná a bezbolestná. Tuto informaci by měl poskytnout zdravotník nebo lékař, který byl přítomen na oddělení při umírání a smrti pacienta. Pokud ošetřující personál příbuzné neinformuje, je časté, že rodina hledá tyto informace od ostatních nemocných. Na tyto situace by měli být zdravotníci speciálně proškoleni a pozůstalým věnovat čas a na otázky jim odpovědět. Těchto pár slov jim může pomoci lépe se vyrovnat s krizí a pocitem ztráty. Jsou vděční také za sdělení, že lékaři dělali co mohli a že sestra byla stále u lůžka nemocného. Je také vhodné pozůstalým nabídnout důstojné rozloučení se zemřelým. Na tyto účely se speciální místnost na oddělení, kde je tělo uloženo 2 hodiny po smrti.

(Pietní místnost je na standardních interních odděleních velmi vzácně, v České republice spíše se s nimi můžeme setkat v hospicích a soukromých zařízeních). Tento akt by měl proběhnout dříve, než pozůstalí podstoupí pozůstalostní administrativu. Samozřejmostí bývá, že součástí posledního rozhovoru, je i vyjádření kondolence. (1, 6)

## 4. Praktická část

### 4. 1. Cíle výzkumu

Cílem mého pilotního výzkumu bylo zjistit jak často sestry pracují s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Pokud se setkávají sestry s umírajícím pacientem denně, tak mě zajímalo, jaké strategie používají v komunikaci s pacientem a jeho rodinou, jaké mají zkušenosti nebo jak v minulosti reagovaly, pokud s nimi pacient nebo jeho rodina chtěli mluvit na téma blížící se smrti.

V neposlední řadě jsem také chtěla zjistit co je v péči o umírajícího pacienta pro sestry důležité a co je pro ně největší zátěží a jakou úlohu hraje odborná příprava pro tuto problematiku a další vzdělávání.

### 4. 2. Metodika výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila anonymní dotazník. Výzkum byl prováděn v březnu 2009. Navštívila jsem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní Thomayerově nemocnici s Poliklinikou a ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a obě náměstkyně mi dovolily provádět výzkum na interní klinice příslušné nemocnice. Na I. interní kliniku FTNSP jsem odnesla 15 dotazníků a bylo mi vráceno 14 vyplněných dotazníků. Dále jsem odnesla 15 dotazníků na II. interní kliniku FNKV. Dotazníky z této kliniky mi nebyly navraceny. Dalších 12 dotazníků bylo odneseno na I. interní kliniku FNKV a vráceno bylo všech 12 dotazníků. Celkem bylo tedy vyplněno sestrami 26 dotazníků.

Dotazník obsahoval 24 otázek, z nichž některé měly podobu baterií (otázka 4 - 7) Otázky v dotazníku byly v naprosté většině položeny jako uzavřené (19 otázek) a pouze výjimečně jako otevřené (5 otázek). Otevřené otázky jsem použila u položek, kde jsem chtěla zjistit individuální zkušenost nebo názor. U otázek uzavřených měly dotazované na výběr z možností, kde měly označit jednu, se kterou se ztotožnily.



Otázky jsou zpracované v grafech. K vyhodnocení jsem použila sloupcové grafy a spojnicový graf. Čísla v grafech jsou vyjádřena v procentech.

#### 4. 3. Charakteristika výběrového souboru a časový harmonogram

Dotazník byl určen pro sestry pracující na standartním interním oddělení. Můj výběrový soubor tvořilo 15 sester z I. interní kliniky Fakultní Thomayerovy fakultní nemocnice s Poliklinikou (FTNsP) a 12 sester z I. interní kliniky z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV). Celkem tedy výběrový vzorek tvoří 26 sester, jeden dotazník mi byl navrácen nevyplněný. Dotazníky jsem tvořila v lednu a v únoru 2009, současně s teoretickou částí práce. Vytvořené byly v březnu 2009, kdy byly i rozdány na kliniky a posbírány v tomtéž měsíci. Rozdáno bylo celkem 42 dotazníku, navraceno 26 vyplněných dotazníků (15 dotazníků bylo rozdáno na II. interní kliniku, a žádný z těchto dotazníků nebyl navrácen).

Ze vzorku 26 sester je 14 sester z Fakultní Thomayerovy fakultní nemocnice. Věkový průměr dotazovaných z FTNsP je 24 let. Ve zdravotnictví pracuje nejvíce z nich (43%) 2-3 roky (na škále 0-1, 2-3, 4-6 a 7 a více let odpracovaných jako zdravotní sestra).

Věkový průměr sester z FNKV je 38 let. Ve zdravotnictví pracuje nejvíce z nich (75%) 7 a více let. Na interní klinice pracuje 67% více než 7 let.

**Celkem 72% sester má středoškolské vzdělání ( z toho dvě specializační doškolovací kurz), 16% vysokoškolské vzdělání a 12% vyšší odborné vzdělání.**

#### 4. 4. Pracovní hypotézy

Mou pracovní hypotézou byl předpoklad, že více než 50% sester na interním oddělení se s umírajícími pacienty setkává denně. Dále předpokládám, že komunikace s umírajícím pacientem představuje pro sestry větší zátěž než péče o základní potřeby pacienta. Dále předpokládám, že péče o umírajícího je velkou zátěží a více pro sestry, které pracují a interním oddělení méně než 3 roky.

#### 4. 5. Analýza výsledků výzkumu

Pro přehlednost jsem otázky rozčlenila do tří bloků, podle témat.

- 1) péče o umírajícího pacienta (otázka 3-5)
- 2) komunikace s umírajícím pacientem a rodinou (otázka 6-12)
- 3) odborná příprava a vzdělávání (otázka 13-19)

Všechna čísla v grafech jsou vyjádřena v procentech, bez desetinných míst. Čísla jsou zaokrouhlena směrem nahoru, proto některé výsledky mohou přesahovat 100%.

## **Blok č.1 - Péče o umírajícího pacienta**

První část otázek sledovala, jak často se sestry s umírajícím pacientem na svém oddělení setkávají a jak často o něj pečují. Sestry dále hodnotily, jakou důležitost připisují jednotlivým ošetrovatelským činnostem a jakou zátěž pro ně představují. Z výsledků vyplývá, že 46% sester „každý den, při každé směně“, 23% uvedlo „asi jedenkrát týdně“ a 31% uvedlo „asi jedenkrát měsíčně“. Z tohoto zjištění je patrné, že se sestry na interních odděleních setkávají se smrtí velmi často.

Otázky č. 4 a 5 sledovaly, jakou důležitost připisují sestry jednotlivým ošetrovatelským výkonům a hodnotí jejich zátěž. Obě baterie otázek byly hodnoceny na škále 1 (málo důležité nebo velmi nízká zátěž) až 5 (velmi důležité nebo velmi vysoká zátěž). Z výsledků hodnotíme, že:

- ošetrovatelské výkony získávají vyšší průměrné hodnoty, co se týče důležitosti, než jaké jsou průměrné hodnoty jejich zátěže pro sestru
- všechny ošetrovatelské výkony jsou vysoce hodnoceny jako důležité (nejnižší průměr je 3,93)
- **největší důležitost je kladena na tlášení bolesti** (s průměrným číslem 5), prevenci dekubitů (s průměrným číslem 4,92), a na třetím místě je zajištění důstojnosti, klidu a soukromí (s průměrným číslem 4,88)
- **nejnižší důležitost je připisována odběrům krve** (s průměrným číslem 3,93), Odběrům biologického materiálu (s průměrným číslem 3,94) a zajištění rehabilitace (s průměrným číslem 4,02)
- **nejvyšší zátěž, at' již fyzická nebo psychická, je uváděna u plnění ordinací lékaře** (s průměrným číslem 4,06), dále u hygieny pacienta (s průměrným číslem 3,96) a zajištění důstojnosti, klidu a soukromí (s průměrným číslem 3,61)
- **nejnižší zátěž, at' již fyzická nebo psychická, je uváděna u odběrů biologického materiálu** (s průměrným číslem 2,33), u odběrů krve (s průměrným číslem 2,36) a zajištění výživy (s průměrným číslem 2,48)

- z pohledu hlavního tématu práce je zajímavé, že **komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou představují podle sester položky s poměrně nízkou zátěží (2,54 a 3,27)**
- **komunikace s rodinou umírajícího pacienta je sestrami hodnocena jako větší zátěž, než komunikace s umírajícím pacientem samotným.**
- do kolonky „jiné“ byla uvedena bazální stimulace (ohodnocena v důležitosti i zátěži číslem 5) a vyplňování anamnézy (ohodnocené v zátěži číslem 5)

Z těchto výsledků je patrně nejzajímavější zjištění, že největší zátěží je pro sestry plnění ordinací lékaře. Zjistila jsem také, že čím déle sestry pracují na interně, tím větší zátěž u ošetrovatelských výkonů uvádějí. Toto zjištění vyvrací můj předpoklad, že sestry, které pracují na oddělení kratší dobu budou uvádět vyšší zátěž. Domnívala jsem se, že sestry pracující na interně do 3 let budou mít méně zkušeností a proto pro ně bude práce náročnější. **Podle mého názoru větší zátěž uvádějí sestry pracující na interně déle asi proto, že jsou více unavené nebo je to právě proto, že mají již zkušenosti a uvědomují si důsledky svého jednání. Je možné, že mají za sebou zkušenost selhání. Možností také může být, že vzorek byl příliš malý, a mohlo dojít ke zkreslení dat.**

tabulka č.1

	D	Z
Hygiena pacienta	4,48	3,96
Splnit ordinace lékaře	4,70	4,06
Tižit bolest	5,00	3,22
Zajistit rehabilitaci	4,02	2,90
Povídat si s pacientem o jeho situaci, pokud si to přeje	4,66	2,54
Prevence dekubitů	4,92	3,12
Povídat si s rodinou o situaci pacienta, pokud si to přejí	4,31	3,27
Zajistit klid, soukromí pacienta, důstojnost umírání	4,88	3,61
Zajistit hydrataci	4,85	3,46
Zajistit výživu	4,58	2,48
Zajistit péči o vyprazdňování	4,63	2,52
Kanylace	4,12	2,87
Odběry biologického materiálu	3,94	2,33
Odběry krve	3,93	2,36
Péče o mrtvé tělo	4,23	3,60
Vyplnit dokumentaci o zemřelém	4,11	3,18
Něco jiného, co?.....		

D - důležitost výkonu z pohledu sester

Z - zátěž výkonu pro sestru

tabulka č. 2

důležitost	0- 3 let N=12	4- 6 let N=3	7- x let N=11	zátěž	0- 3 let N= 12	4- 6 let N=3	7- x let N=11
Hygiena	4,41	4	4,63	hygiena	3,75	4	4,36
Ordinace	4,66	4,33	4,81	ordinace	2,66	2,33	3,90
Bolest	5	5	5	bolest	2,91	2,33	3
rozhovor s pacientem	4,66	4	4,81	rozhovor s pacientem	2,75	3,3	3,45
Důstojnost	4,91	4,66	4,9	důstojnost	3,16	2	4,09
péče o mrtvé tělo	4,25	3,33	4,45	péče o mrtvé tělo	3,5	3,33	4,45
dokumentace o zemřelém	4,08	4	4,18	dokumentace o zemřelém	3	3	3,27

N- počet sester v jednotlivé kategorii

D- důležitost výkonu z pohledu sester

Z- zátěž výkonu pro sestru

Pro zajímavost uvádím porovnání některých výkonů sester versus počet let odpracovaných na interní klinice.

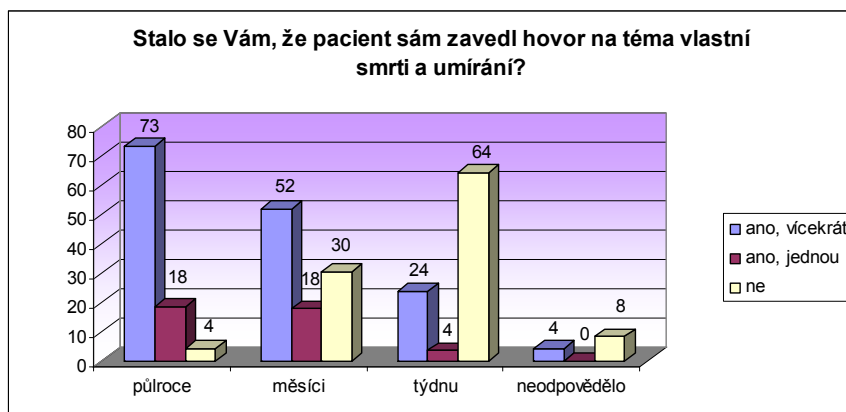
- průměrně nejvyšší důležitost u jednotlivých výkonů uvádějí sestry, které pracují na interně 7 a více let a tyto výkony jsou pro ně větší zátěží než pro ostatní dvě skupiny
- nejnižší důležitost a zátěž uvádí skupina sester pracujících na interně 4-6 let
- rozhovor s pacientem je pro sestry tím větší zátěží, čím déle na interně pracují

## **Blok č.2 - komunikace s umírajícím pacientem a rodinou**

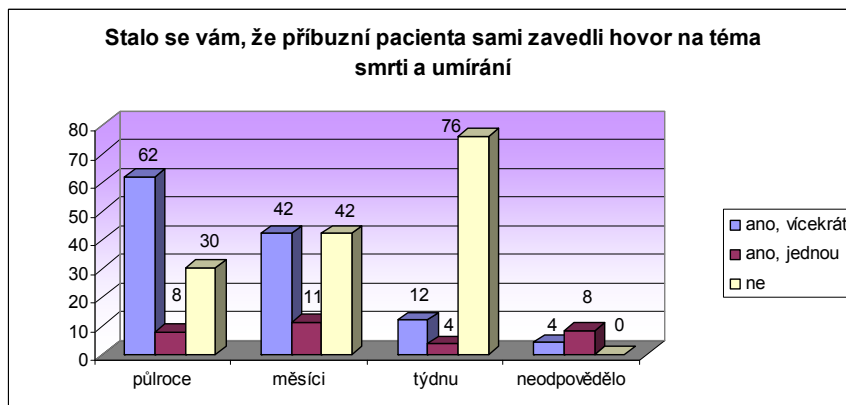
Další otázky se již zaměřily na vlastní téma práce, jímž je komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Sledovaly, jak často pacient a jeho příbuzní sami začínají hovořit na téma umírání a smrti a jakou zátěž to pro sestry představuje. Zajímalo mne také, jaké pocity sestry při této komunikaci mají, jaké strategie v komunikaci s pacientem a jeho rodinou používají a co jim komunikaci pomáhá zvládnout.

Dle grafu č.1 a grafu č.2 je patrné, že samotní pacienti vyhledávají rozhovor o smrti častěji než příbuzní pacienta. V posledním půlroce uvádí rozhovor s pacientem „vícekrát“ 73% sester a „vícekrát“ rozhovor s rodinou pacienta 62% sester.

graf č.1



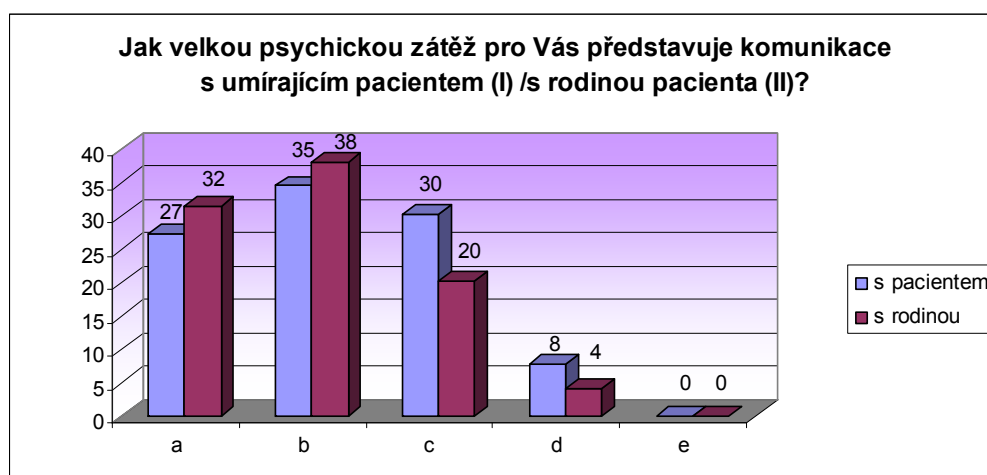
graf č.2



Co se týče psychické zátěže, kterou komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou představuje se potvrdilo, že pro sestry je větší zátěž komunikace s příbuznými než s pacientem. ( Stejně jako odpověď v baterii, kde bylo průměrné číslo rozhovoru s pacientem 2,54 a průměrné číslo rozhovoru s rodinou pacienta 3,27)

V baterii je zátěž komunikace vyjádřena číslem 2-3, což je nízká až střední zátěž, v této otázce je zátěž hodnocena více jak 50% jako silná až velmi silná. Domnívám se, že sestry se u této otázky nad odpovědí více zamýšlely a proto je hodnota zátěže vyšší.

graf č.3



- a) velmi silnou
- b) silnou
- c) někdy silnou, někdy slabou
- d) slabou
- e) velmi slabou



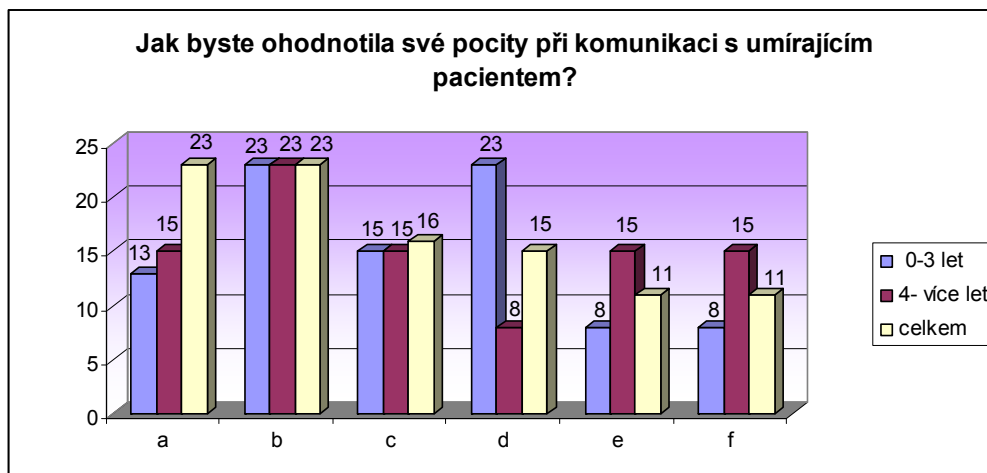
V otázkách o pocitech při komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou jsem sestry rozdělila do 2 skupin, podle let odpracovaných na interním oddělení. Obě dvě skupiny jsou zastoupeny ve stejném počtu (13 sester).

S grafu č.4 a č.5 (viz další strana) vyplývá:

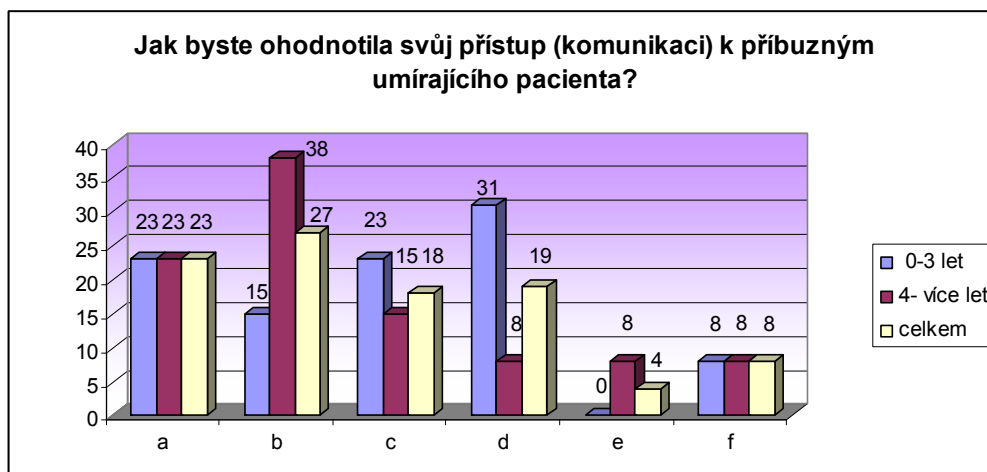
- **sestry, které jsou na interně 4 a více let uvádějí ve větší míře, že komunikace s pacientem je zmáhá a že se jí podvědomě vyhýbají**
- **v komunikaci s příbuznými si sestry věří více – a to hlavně sestry pracující na interně 4 a více let**
- **sestry které jsou na interně kratší dobu, ve větším procentu uvádějí, že mají rezervy v komunikaci s příbuznými i s pacientem**

To, že sestry, které pracují na interním oddělení více než 4 roky uvádějí, že se komunikaci s pacientem podvědomě vyhýbají, připisují dlouhodobé únavě sester. Překvapivé je, že v komunikaci s příbuznými umírajícího pacienta si věří více, je možné, že za dobu po kterou pracují na interním oddělení mají zvládnuté strategie jednání a komunikace lépe, než sestry, které pracují na interním oddělení kratší dobu (do 3 let)

graf č.4



graf č.5



- a) Domnívám se, že to zvládám perfektně
- b) domnívám se, že to zvládám
- c) ze zpětné vazby soudím, že to zvládám
- d) mám pocit, že mám rezervy
- e) někdy mě to zmáhá
- f) někdy mám pocit, že se tomu podvědomě vyhýbám

Protože jsem chtěla zjistit jaké jsou strategie zvládnání obsahoval můj dotazník otevřené otázky týkající se umírajícího pacienta a rodiny nemocného.

### **Zkušenosti z rozhovoru s pacientem:**

Ze 26 dotazovaných mi na podotázku odpovědělo 19 sester. Nejčastějším názorem, který sestry uvedly byl: „**vyslechla bych ho a podpořila**“, část sester odpověděla: „**pacienta se snažím uklidnit a převést hovor na pozitivnější téma**“ a „**reagovala jsem lidsky, život je spravedlivý, čeká nás to všechny**“

### **Níže uvádím některé zajímavé odpovědi:**

„Vždy mě toto téma zaskočí, nechávám pacienty mluvit, spíše naslouchám. Pokud to není pacient s fatální diagnózou snažím se ho povzbudit, najít nějaký cíl, pro který stojí za to bojovat.“

„ Byla jsem zaskočená, snažila jsem se hovor převést jinam.“

„ Nic jsem neřekla, držela jsem pacienta za ruku.“

„ Odpověděla jsem pravdu, nevyvracím smrtelnost člověka.“

### Zkušenosti z rozhovoru s příbuznými:

Na tuto otázku odpovědělo 15 sester.

Nejčastější odpovědí bylo: „**vyslechla jsem je a profesionálně podpořila**“, část odpověděla „**rozhovor přebírá lékař**“ a několik sester napsalo „**Poskytla jsem jim psychickou podporu, vysvětlila jsem rodině jak se o pacienta staráme na oddělení např. tlumíme bolest, pečujeme o pohodlí atd.**“

### Mezi nejzajímavější odpovědi patří:

„Vysvětlila jsem příbuzným, jak s pacientem nejšetrněji jednat a jak se nejlépe připravit na odchod jejich bližního.“

„Odpovídám, je to běžné. Příbuzní většinou chtějí vědět co mají očekávat, říkám pravdu.“

„Snažím se jim dodat pozitivnější myšlení, říkám ať berou věci tak jak jsou a berou ohled na věk pacienta.“

„Nemějte obavy, ve vašem srdíčku je tu vaše...stále s Vámi, život jde dál.“

Z těchto otevřených odpovědí je možné sledovat, že sestry často jednají intuitivně, používají empatii a snaží se pacienty i příbuzné vyslechnout. S těmito názory se sama ztotožňují. Podle mne je to také otázka zkušenosti a profesionality ( otázka č.10 viz. níže), kterou bychom měly získat již během studia. Velmi také záleží na osobnosti každé jednotlivé sestry. Jak bylo řečeno viz výše, každý pacient je jedinečný a každá situace jiná, je tudíž těžké zhodnotit, která strategie je správná a která ne.

Otázka, co sestřám pomáhá náročnou komunikaci s umírajícím nemocným a jeho rodinou zvládnout, byla otevřená. a odpovědělo 20 sester. Nejčastější odpovědí bylo: „**zkušenosti**“, dále „**empatie**“ a také několik sester vyjádřilo, že komunikaci jim pomáhá zvládat „**relaxace, volno, pohoda v soukromí**“

mezi další zajímavé odpovědi patří:

„ Pozitivní myšlení, po této době strávené na interně člověk otupí.“

„Teoretické znalosti, např. proces umírání podle Kübler- Rossové.“

„ Kolektiv zdravotnického personálu, lékaři.“

„ Nemám žádnou strategii, nejsem na interně příliš dlouho.“

„ Pomáhá mi představa, že vyrazím na kávu a cigaretu.“

„Takový rozhovor není příjemný, psychicky mě značně vyčerpává, někdy nelze zachovat profesní přístup.“

„ Pomáhá mi moje povaha.“

„ Lidský přístup.“

„Dodat jim naději, že vše je tak jak má být...i život má takovéto stránky...“

### **Blok č.3 - Odborná příprava a vzdělávání**

V posledním bloku jsou zahrnuty otázky, které jsou spojeny se vzděláváním v oblasti psychologie umírání a smrti. Zajímalo mne, jak sestry ze své zkušenosti hodnotí výuku v této oblasti, protože ji považují za velmi důležitou. Také mne zajímalo, zda mají v dosahu vzdělávací semináře na toto téma, jakou s nimi mají zkušenost, zda pro ně byly přínosné a jestli je něco důležitého, na co je kurz nepřípravil.

V této otázce jsem sestry rozdělila do 2 skupin dle věku (skupina do 30 let, skupina od 31 let). Hodnoty ukazují následující. Odpovědi na tuto otázku jsou velmi zajímavé. **Zatímco sestry nad 31 let jsou se vzděláním v oblasti psychologie umírání a smrti nespokojené z 31%, tak ve skupině do 30 let je nespokojená s výukou na zdravotnických školách více než polovina (54%)**

Je otázkou zda se nároky na vzdělání u sester v této oblasti zvýšily, nebo zda je výuka v této oblasti více povrchní.

- **ze všech dotazovaných sester má 66% pocit dostatku informací**, pouze 35% má pocit nedostatku kurzů, seminářů apod. Toto zjištění hodnotím velmi pozitivně.
- sestry z FNKV se dělí na 2 skupiny. Jedna je velmi spokojená a má dostatek informací (42%) a druhá (33%) má rozhodně pocit nedostatku. (některé sestry z této kliniky mají také negativní zkušenost z kurzem, který navštívily)- tyto negativní výsledky mohou být důsledkem nízké kvality nějakého proběhlého kurzu, nebo názorem, který ovlivnil dotazovanou skupinu při vyplňování dotazníku.
- **na semináři, kurzu nebo přednášce bylo 58% sester z FNKV** a kladně ho hodnotí 37% z těchto dotazovaných, negativně 17% ( zbytek 46% neodpověděl)
- **na semináři, kurzu nebo přednášce bylo 43% sester z FTNsP** a spokojeno s ním bylo 100% z těchto sester

Na otázku, zda existuje něco, na co kurz sestry nepřipravil, více než  $\frac{2}{3}$  (64%) z dotazovaných sester, které navštívily nějaký seminář, nebo kurz neopovědělo. To považuji za odpověď, že neví. Tudiž je kurz připravil na všechno.

Mezi uvedené názory patřily například:

„Na atmosféru při rozhovoru, každý pacient je osobnost a každý rozhovor je jedinečný.“

„Na agresivitu ze strany příbuzných.“ uvedly 2 sestry

„Ve všem doplnil mé dosavadní zkušenosti.“

„Nenaučil mě s vlastním vyrovnáním se smrtí kolem mě.“

Zajímalo mě, zda si sestry vyhledávají informace, které jsou pro ně důležité sami. Samostatně si informace vyhledala více než polovina (54% sester).

Také jsem hledala souvislost mezi péčí o blízkého rodinného příslušníka, který je v terminálním stavu a aktivním vyhledáváním informací spojených s problematikou péče o umírajícího pacienta.

Zjistila jsem, že 45 % sester pečovalo o blízkého umírajícího rodinného příslušníka. Z této skupiny si asi polovina (55%) vyhledala informace. Tudiž tato okolnost na samostudium nemá vliv.

Poslední otázka byla doplňující. Zajímalo mne, jestli je ještě něco, co by sestry chtěly k tématu sdělit.

Na tuto otevřenou otázku mi odpověděly 4 sestry takto:

„Bylo by dobré na škole trénovat prakticky rozhovor tak, aby se stal skoro automatický. Učit jako standart.“ ( 50 let/ 31 let na interní klinice)

„Nikdy, i když je člověk „otrlý“, není příjemné se setkat se smrtí a komunikace s příbuznými je velice náročná.“ (50 let/ 24 let na interní klinice)

„ Péče o umírajícího mi přijde velmi důležitá.“ (23 let/ 2 roky na interní klinice)

„Myslím že je malá informovanost nejen laické veřejnosti, ale i zdravotnického personálu.“ (45 let/ 10 let na interní klinice)



#### 4. 6. Diskuse

Výzkumem jsem zjišťovala jak sestry vnímají smrt a umírání pacientů na interních klinikách. Ráda bych zde zdůraznila nejzajímavější výsledky mého šetření.

- 1) 46% dotazovaných sester odpovědělo, že pečují o umírajícího pacienta denně, nebo při každé směně.
- 2) Největší důležitost sestry připisují tišení bolesti (s průměrným číslem 5) a **největší zátěží je pro sestry splnění ordinací lékaře** ( s průměrným číslem 4,06).
- 3) Komunikace s pacientem je pro sestry celkem nízkou zátěží (průměrné číslo 2,54). **Komunikace s umírajícím pacientem není pro sestry větší zátěží než ostatní ošetrovatelské výkony.**
- 4) Ačkoli je komunikace s s umírajícím pacientem nebo jeho rodinnou nižší zátěž než jiné ošetrovatelské výkony, uvádějí sestry, že je pro ně vysokou zátěží ( průměrně 66%)
- 5) **Komunikace s rodinou je pro sestry větší zátěž** (průměrné číslo 3,27) **než komunikace s umírajícím pacientem samotným** (průměrné číslo 2,54).
- 6) Největší důležitost a zátěž u jednotlivých výkonů uvádějí sestry, které pracují na interně více než 7 let. Nejnižší důležitost a zátěž u výkonů uvádí skupina sester pracujících na interně 3-6 let .
- 7) Nejpoužívanější komunikační strategie při rozhovoru o smrti s umírajícím pacientem a rodinou je: naslouchání a podpora, empatie, lidský přístup

- 8) Sestrám nejčastěji pomáhá zvládat komunikaci zkušenost (23,%), empatie (12%) a relaxace, volno, odpočinek (12%)
- 9) **Více než polovina (66%) sester má pocit dostatku informací v oblasti psychologie umírání a smrti.**
- 10) Zatímco sestry nad 31 let jsou se vzděláním v oblasti psychologie umírání a smrti nespokojené z 31%, tak **ve skupině do 30 let je nespokojená s výukou na zdravotnických školách více než polovina (54%)**
- 11) Počet let odpracovaných na jednotlivých interních klinikách se velmi lišil. 21% sester z FTNsP pracuje na interním oddělení 7 a více let. Ve FNKV pracuje 7 a více let na interním oddělení 67% sester.
- 12) **Průměrný věk je ve FNKV 38 let, ve FTNsP 24 let**
- 13) Z mého vzorku 26 sester má **celkem 72% sester má středoškolské vzdělání** (z toho dvě mají také PPS v Brně), 16% vysokoškolské vzdělání a 12% vyšší odborné vzdělání

### Zhodnocení hypotéz:

Mou první pracovní hypotézou byl předpoklad, že více než 50% sester se na interních odděleních s umírajícími pacienty setkává denně. Zde se moje hypotéza nepotvrdila, ale rozdíl je jen v malém procentu.

Mou druhou hypotézou byl předpoklad, že komunikace s umírajícím pacientem představuje pro sestry větší zátěž než péče o základní potřeby pacienta. Komunikace s umírajícím pacientem není pro sestry větší zátěží než ostatní ošetrovatelské výkony. Ani tato hypotéza se mi nepotvrdila. Sestry uvedly jako největší zátěž splnění ordinací lékaře. Práce sestry je velmi náročná, stresující a plnění ordinací zahrnuje všechny úkony sester, proto je podle mého názoru průměrná hodnota tohoto výkonu nejvyšší.

Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že péče o umírajícího je větší zátěží pro sestry, které pracují a interním oddělení méně než 3 roky. Největší důležitost a zátěž u jednotlivých výkonů uvádějí sestry, které pracují na interně více než 7 let. Nejnižší důležitost a zátěž u výkonů uvádí skupina sester pracujících na interním oddělení 3-6 let. Předpoklad, že péče o umírajícího je větší zátěží pro sestry, které pracují a interním oddělení méně než 3 roky, se mi nepotvrdila. Má hypotéza vycházela z předpokladu, že sestry pracující na interní klinice kratší dobu, mají méně zkušeností. Výsledek mě ale přivedl k názoru, že sestry jsou za roky ve zdravotnictví unavené a více než zkušenosti rozhoduje životní elán nebo únava. Mají za sebou jistě i několik zkušeností, kdy selhaly a proto si více mohou uvědomovat následky svého jednání.

## 5. Závěr

Má bakalářská práce byla zaměřena na umírání a smrt pacienta očima sester. Téma umírání a smrti je jistě velmi obsáhlé a můj pilotní výzkum se dotýká jen některých aspektů. Téma jsem si vybrala z osobních důvodů. Mám pocit, že problematika psychologie umírání a smrti by mohla být více zahrnuta do výuky. Z mého výzkumu je patrné, že sestry potřebují mnoho znalostí z komunikace, psychologie, etiky i ošetrovatelství, aby mohly profesionálně pečovat o pacienta a stejně tak o rodinu nemocného a umírajícího. Stejně nezbytné je, aby sestry byly schopné správně pečovat o sebe a nebyly přetěžovány. Z mé osobní zkušenosti mají sestry na interních odděleních jednu z nejtěžších prací ve zdravotnictví. Zatímco problematika onkologických oddělení a geriatrií je velmi diskutovaná, myslím, že interní oddělení jsou opomíjena. Přitom problematika interních oddělení je velmi široká a spadá do ní onkologie i geriatry spolu s mnoha dalšími odvětvími.

Pilotní výzkum jsem si vybrala proto, protože mám pocit že může přinést mnoho zajímavých informací a také cenných zkušeností. Nejtěžší se mi na celém výzkumu zdálo vytvořit správný dotazník, který bude mít výpovědní hodnotu. Za cennou zkušenost také považuji negativní přístup k mému výzkumu na jedné z interních klinik, kde mi vrchní sestrou nebyly vráceny dotazníky, přestože mi byl dán příslib spolupráce.

Ráda bych vyzdvihla ochotu sester vyplnit můj dotazník a odpovídat na složité otevřené otázky, které pro mě mají velký přínos. Po vyhodnocení dotazníku mě napadají další otázky, které zůstaly nezodpovězené a byly by tématem k další samostatné výzkumné práci (např. otázka duševní hygieny sester, problematika eutanazie, téma psychologie rodiny nemocného, problematika soukromí a důstojnosti pacienta nebo použití intervizí a supervizí ve zdravotnickém týmu).

Pokud jde o mnou navrhovaná řešení, myslím, že by do studijního plánu měla být zahrnuta ve větší míře komunikace sester s příbuznými nemocného a umírajícího. Dále pak praktický nácvik modelových situací spojených s komunikací nemocného a příbuzných. Pro doporučení do praxe si myslím, že by bylo dobré zavedení intervizí a supervizí do zdravotnického týmu. Nejenom na

interním oddělení. Tím by se myslím zefektivnila práce týmu i jednotlivých sester.

Mezi další významné faktory, které by sestřám mohly pomoci je i dostatek středního i vyššího zdravotnického personálu. Tento problém bohužel nevystává pouze na interních odděleních, ale v celém zdravotnictví v České republice.

V neposlední řadě bych ráda zmínila, že velmi důležitá je také osvěta pro laickou veřejnost. V dnešní době je mnoho neziskových organizací, které se zabývají prací se seniory, pacienty s Alzheimerovou nemocí a pacienty s demencí. Tyto organizace, mezi kterými je velká část denních stacionářů, by mohla získávat své klienty i v nemocnicích. Příbuzní by měli snazší přístup ke kontaktům a informacím. Tím by se více propojila složka sociální a zdravotnická.

## 6. Summary

The title of my final thesis is: “Death and Dying in Hospitals of the Nurses Perspectives”.

I would like to write about nurses, who work at the Internal Department. My work is divided into two parts - theoretical and practical. Theoretical part comprises chapters about Conception of death and dying, Conception “good death”, Care for the dying patient, Communication with dying patient and his family, Care for nursing person, who works with the dying patients and the last chapter is about “burnout syndrome”.

Practical part is the quantitative research. I wanted to know, how stressful is the care for the dying patient for the nurses. What strategies they use in communication with the dying patients and their families. I gave the nurses forty two questionnaires. Fifteen at the I. Internal Clinic in Fakultní Thomayerova nemocnice s Poliklinikou and I was given back fourteen. Then I gave fifteen questionnaires to II. Internal Clinic at Fakultní nemocnice Královské Vinohrady and I received back none of them, although the head nurse promised cooperation. That is why I gave other twelve questionnaires at I. Internal Clinic at the same hospital and I received back all of them.

I would like to write about the most interesting information of my research. Forty six percent of the nurses filled in, that they care for the dying patient “daily” or “at every shift”. The most stressful for the nurses is to fulfill the doctors orders (average number 4,06 at the scale null to five). The communication with the family of dying patients (average number 3,27) is more stressful than communication with dying patients (average number 2,54). The nurses, who work at Internal Department for seven and more years, feel the greatest stress

## 7. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie-nauka o umírání*,: Praha Galén, 2000. ISBN 978 – 80 – 7262 – 471 - 3
2. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*: Praha Grada, 2002. ISBN 80 – 247 – 0179 - 0
3. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*: Praha Grada, 2005. ISBN 80 – 247 – 1024 - 2
4. KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*: Turnov Arita, 1993. ISBN 80 – 900134 – 6 - 5
5. KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Hovory s umírajícími*: Hradec Králové, signum unitatis, 1992
6. KUBÍČKOVÁ, N.: *Zármutek a pomoc pozůstalým*: Praha ISV, 2001. ISBN 80 – 85866 – 82 - X
7. ELIAS, N.: *O osamělosti umírajících*: Praha nakl. Franze Kafky 1998. ISBN 80 – 85844 – 39 - 7
8. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80 – 85912 – 38 - 4
9. HOŠEK, V.: *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 1997. ISBN 80 – 7066 – 976 - 4
10. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření*: Praha, SZU, 1998. ISBN 80 – 7071 – 231 - 7
11. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak neztratit nadšení*: Praha, Grada, 1998. ISBN 80 - 7169 – 551 - 3
12. HÖSCHL, C. a kol: *Psychiatrie, učebnice pro vyšší zdravotnické školy*: Praha, Scienta medica, 1996. ISBN 80 – 85526 – 64 - 6
13. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak zvládat stres*: Praha, Grada Avicenum, 1994. ISBN 80 – 7169 – 121 - 6

14. BARTOŠÍKOVÁ, I.: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*: Brno, NCONZO, 2006. ISBN 80 – 7013 – 439 - 9
15. HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V.: *Krize v životě, život v krizi*: Praha, ROAD, 1994. ISBN 80 – 85385 – 60 - 00
16. COSTELLO, J.: *Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital*: 2006, Journal of Advanced Nursing 54 (5), 594 - 601,
17. ZACHAROVÁ, E.: *Komunikace s vážně nemocným pacientem*: 2008, Florence 6, str.31
18. VEGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*: Grada, 2006. 80 – 247 – 1262 - 8
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství I*: Grada, 2006. ISBN 80 - 247 - 1148 - 6
20. BOUCHAL, M.: *Psychologie v lékařství*: Avicenum, 1993. ISBN 80 – 210 – 0641- 2
21. www.umirani.cz, on-line 11.1.2009
22. www.avicena.cz , on-line 11.1.2009
23. www.wikipedie.cz, on-line 11.1.2009
24. <http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=13&item=15> , on-line 15.3.2009



## **8. Seznam příloh**

Příloha č.1 - dotazník

příloha č.2 – projekt

## **Příloha č.1**

### Dotazník

Vážená paní/slečno,

jmenuji se Lenka Muchová a jsem studentkou 3.lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Tato práce se věnuje složité problematice umírání a smrti pacienta pohledem zdravotní sestry. Umírání je v mé práci definováno jako poslední stadium života před smrtí, postupné selhávání životních funkcí a vyústění chronické nebo akutní nemoci.

Dotazník je anonymní a informace v něm obsažené budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Vzhledem k anonymnosti dotazníku, jej můžete bez obav pravdivě vyplnit. U většiny otázek zakroužkujte vždy jednu z uvedených možností nebo vypište údaj či vlastními slovy, tam, kde nejsou žádné navržené odpovědi. Některé otázky (jako např. 4,5,6,7) obsahují více řádků a prosím Vás o vyplnění každého z nich. Vzhledem k zaměření práce mě zajímá váš aktuální názor (tj. ne dlouhodobý pocit, ale ten, který máte právě teď). Můžete uvést to, co Vás napadne jako první nebo jaká je Vaše poslední zkušenost.

Děkuji, Lenka Muchová

Studentka oboru všeobecná sestra 3. LF UK

**1. Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?** (Uveďte počet let svého pracovního působení jako zdravotní sestry, bez mateřských dovolených či jiných dlouhých přestávek) .....let

**2. Jak dlouho pracujete na interní klinice?** (ať již této nebo jiné, uveďte v letech)  
.....let

### 3. Jak často pečujete o umírajícího pacienta na Vašem oddělení?

- a) Každý pracovní den, při každé směně
- b) Asi 1x týdně
- c) Asi 1x měsíčně
- d) Jenom výjimečně, několikrát do roka (méně než 10x)
- e) Vůbec jsem dosud nepečovala o umírajícího pacienta

4. Když se zamyslíte nad následujícími povinnostmi sestry, ohodnoťte, prosím, jejich <u>důležitost</u> ze svého pohledu a udělejte x do příslušného políčka.	1-málo důležité 2- spíše nedůležité 3- středně důležité 4- spíše důležité 5-velmi důležité				
	1	2	3	4	5
Hygiena pacienta					
Splnit ordinace lékaře					
Tižit bolest					
Zajistit rehabilitaci					
Povídat si s pacientem o jeho situaci, pokud si to přeje					
Prevence dekubitů					
Povídat si s rodinou o situaci pacienta, pokud si to přejí					
Zajistit klid, soukromí pacienta, důstojnost umírání					
Zajistit hydrataci					
Zajistit výživu					
Zajistit péči o vyprazdňování					
Kanylace					
Odběry biologického materiálu					
Odběry krve					
Péče o mrtvé tělo					
Vyplnit dokumentaci o zemřelém					
Něco jiného, co?.....					
Něco jiného, co?.....					

<b>5. Když se zamyslíte nad těmito povinnostmi sestry, ohodnoťte, prosím, jakou <u>zátěž</u>, ať již fyzickou či psychickou, pro Vás představují a udělejte x do příslušného políčka</b>	1-velmi nízká zátěž 2- nízká zátěž 3- střední zátěž 4-vysoká 5-velmi vysoká zátěž				
	1	2	3	4	5
Hygiena pacienta					
Splnit ordinace lékaře					
Tiшит bolest					
Zajistit rehabilitaci					
Povídat si s pacientem o jeho situaci, pokud si to přeje					
Prevence dekubitů					
Povídat si s rodinou o situaci pacienta, pokud si to přejí					
Zajistit klid, soukromí pacienta, důstojnost umírání					
Zajistit hydrataci					
Zajistit výživu					
Zajistit péči o vyprazdňování					
Kanylace					
Odběry biologického materiálu					
Odběry krve					
Péče o mrtvé tělo					
Vyplnit dokumentaci o zemřelém					
Něco jiného, co?.....					
Něco jiného, co?.....					

<b>6. Stalo se Vám, že pacient sám zavedl hovor na téma vlastní smrti a umírání, v posledním:</b>			
	Ano, vícekrát	Ano, jednou	Ne
půlroce			
měsíci			
týdnu			

"Jak byste řekla, že jste reagovala? Co jste udělala? Uveďte vlastními slovy svou poslední zkušenost"

.....  
.....  
.....

<b>7. Stalo se Vám, že příbuzní pacienta sami zavedli hovor na téma jeho smrti a umírání, v posledním:</b>			
	Ano, vícekrát	Ano, jednou	Ne
půlroce			
měsíci			
týdnu			

"Jak byste řekla, že jste reagovala? Co jste udělala? Uveďte vlastními slovy svou poslední zkušenost"

.....

.....

.....

**8. Jak velkou psychickou zátěž pro Vás představuje komunikace s umírajícím pacientem?**

- a) velmi silnou
- b) silnou
- c) někdy silnou, někdy slabou
- d) slabou
- e) velmi slabou

**9. Jak velkou psychickou zátěž pro Vás představuje komunikace s rodinou umírajícího pacienta?**

- a) velmi silnou
- b) silnou
- c) někdy silnou, někdy slabou
- d) slabou
- e) velmi slabou

**10. Co byste řekla, že Vám pomáhá zvládat komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou?**

.....  
.....  
.....

**11. Jak byste ohodnotila své pocity při komunikaci s umírajícím pacientem (rozhodněte se, prosím, pro 1 z odpovědí podle aktuální situace nebo poslední zkušenosti)**

- a) Domnívám se, že komunikaci zvládám perfektně
- b) Domnívám se, že komunikaci zvládám, podobně jako kolegyně
- c) Ze zpětné vazby soudím, že komunikaci zvládám
- d) Mám pocit, že mám v komunikaci rezervy
- e) Někdy mě komunikace zmáhá
- f) Někdy mám pocit, že se komunikaci podvědomě vyhýbám

**12. Jak byste ohodnotila svůj přístup (komunikaci) k příbuzným umírajícího pacienta? (rozhodněte se, prosím, pro jednu z odpovědí podle aktuální situace nebo poslední zkušenosti)**

- a) Domnívám se, že to zvládám perfektně
- b) Domnívám se, že to zvládám
- c) Ze zpětné vazby soudím, že to zvládám
- d) Mám pocit, že mám rezervy
- e) Někdy mě to zmáhá
- f) Někdy mám pocit, že se tomu podvědomě vyhýbám

**13. Když si vzpomenete na vlastní studium, myslíte, že byla problematika psychologie umírání a smrti dostatečně probíraná na zdravotnických školách? (SZŠ, VZŠ, VŠ)**

- a) Rozhodně ano
- b) Asi ano
- c) Asi ne
- d) Rozhodně ne

**14. Máte dostatek informací (semináře, školení, kurzů, přednášek apod.) na téma psychologie umírání a smrti?**

- a) Rozhodně ano
- b) Asi ano
- c) Asi ne
- d) Rozhodně ne

**15. Byla jste na nějakém kurzu, školení apod.? (pokud ne, vynechejte prosím otázky 16,17)**

- a) Ano
- b) Ne

**16. Byly pro Vás tyto informace z oblasti psychologie umírání a smrti přínosné?**

- a) Rozhodně ano
- b) Asi ano
- c) Asi ne
- d) Rozhodně ne

**17. Na jakou problematiku Vás seminář, kurz z psychologické péče o umírání a smrti nepřipravil?**

.....  
.....  
.....

**18. Vyhledala jste si nějaké informace o psychologii umírání a smrti Vy sama?**

- a) Ano
- b) Ne

**19. Pečovala jste Vy sama o blízkého rodinného příslušníka v době jeho umírání?**

- a) Ano
- b) Ne



**20. Je ještě něco, co byste chtěla k tématu sdělit?**

.....  
.....  
.....

**Váš věk:** .....

**Dosažené vzdělání:**            SZŠ            VZŠ            VŠ

Děkuji Vám za spolupráci,  
Lenka Muchová, březen 2009

## Příloha č.2

### Projekt

Vypracováno: listopad 2008

Téma:

Umírání očima sester pracujících s pacienty v terminálním stavu

Cíle:

1. Zjistit, jak na sestru působí přítomnost umírajícího na oddělení
2. Popsat charakteristik chování sester pracujících s pacienty v terminálním stavu
3. Popsat strategie a způsoby zvládnání situací spojených s umíráním

Hypotézy:

1. Předpokládám, že sestra , která má již zkušenosti s péčí o umírajícího, k němu přistupuje beze strachu
2. Předpokládám, že většina sester se nevyhýbá komunikaci o umírání a smrti
3. Předpokládám, že v celkové péči o umírajícího , dělá sestře největší problém hovořit s ním o jeho strachu ze smrti

Metodika výzkumu:

- Kvantitativní metoda, formou dotazníků

Charakteristika výběrového souboru:

- Sestry pracující na interním oddělení

Teoretická část:

- Psychologie prožívání, chování, postoje, zvládání a smrt
- Smrt, umírání dnes a dříve
- Tabuizace smrti v dnešní medicíně
- Etická problematika umírání
- Vzdělávání v oblasti terminální péče

Literatura:

- Kübler- Rossová, E.: O smrti a umírání, Turnov: Nakladatelství Arita, 1993
- Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha: Portál, 2003
- Křivohlavý, J.,Kasmaczyk,S.: Poslední úsek cesty, Praha: Návrat domů, 1995
- Ariés, P.: Dějiny smrti, Praha: Nakladatelství Argo, 2000
- Munzarová, M.: Zdravotnická etika od A do Z, Praha: Grada, 2005