

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ
PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT**

Bakalářská práce

Autor práce: **Hana Žváčková**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2011

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**WORKLOAD OF THE NURSES, CARING FOR GERIATRIC
PATIENTS, THEIR POINT OF VIEW AT AN OLD AGE, DYING AND
THE DEATH**

Bachelor's thesis

Author: **Hana Žváčková**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2011

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

V Hradci Králové

.....

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní Jaroslavě Pečenkové za odborné vedení, za cenné rady, které mi v průběhu psaní práce poskytovala, za její trpělivost a přátelský přístup. Rovněž děkuji své rodině, především mamince, že mi svou nezměrnou podporou umožnila studovat a napsat tuto práci. Poděkování také patří všem respondentům za spolupráci při vyplnění dotazníků.

OBSAH:

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	10
1.1 Gerontologie, geriatrie	10
1.1.1 Gerontologie	10
1.1.2 Geriatrie	11
1.2 Stárnutí a stáří	13
1.2.1 Stárnutí.....	13
1.2.2 Stáří.....	13
1.3 Životní etapy	15
1.3.1 Biologické stáří	15
1.3.2 Psychologické stáří	16
1.3.3 Sociální stáří	16
1.4 Periodizace stáří.....	18
1.4.1 Stáří z pohledu kalendářní věku.....	18
1.4.2 Věk z pohledu individuality stárnoucích	18
1.5 Dlouhověkost	20
1.6 Projevy stárnutí	21
1.6.1 Změny tělesné	21
1.6.2 Změny psychické	22
1.7 Geriatrický pacient.....	23
1.7.1 Rizikový senior	25
1.7.2 Potřeby ve stáří	25
1.8 Vztah ke stáří	27
1.9 Stárnutí populace	28
1.10 Péče o seniory	29
1.10.1 Péče v historii.....	29
1.10.2 Současné formy péče	30
1.11 Sestra a geriatrický pacient	34
1.11.1 Ošetřovatelská péče o seniora.....	34
1.11.2 Rizikové oblasti péče o geriatrického pacienta.....	35

2	PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI	37
2.1	Umírání a smrt	37
2.1.1	Umírání	37
2.1.2	Smrt.....	38
2.2	Smysl života a smrti.....	40
2.2.2	Postoj ke smrti, strach ze smrti	41
2.2.3	Fenomén tabuizované smrti	42
2.2.4	Umírání a smrt v historii	43
2.2.5	Uvědomování si blízcího se konce	44
2.2.6	Proces umírání	45
2.2.7	Statistický pohled na umírání	46
3	PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER	47
3.1	Sestra a její profese	47
3.1.1	Náplň práce sestry.....	48
3.1.2	Role sestry.....	48
3.2	Zátěž ve zdravotnictví.....	50
3.2.1	Zátěž v práci sestry	50
3.2.2	Specifika zátěže práce na geriatrických odděleních	52
3.3	Teorie stresu.....	54
3.3.1	Stres a zátěž	54
3.3.2	Stresory a salutory	56
3.4	Druhy zátěže (stresu)	58
3.4.1	Příznaky stresu.....	59
3.5	Zvládání a prevence stresu.....	61
3.5.1	Strategie pro zvládání stresu	61
3.5.2	Adaptace a coping.....	61
3.6	Pracovní zátěž (stres)	62
3.6.1	Stres u zdravotníků	62
3.7	Syndrom vyhoření.....	64
3.7.1	Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření	65
3.7.2	Stádia syndromu vyhoření	66
3.7.3	Hlavní projevy syndromu vyhoření	67

3.7.4 Diagnostika syndromu vyhoření.....	67
3.7.5 Prevence syndromu vyhoření.....	68
3.8 Duševní hygiena	69
II. EMPIRICKÁ ČÁST	70
4 CÍL PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	70
4.1 Cíle práce	70
4.2 Pracovní hypotézy.....	70
4.3 Metodika vlastního šetření.....	71
4.4 Organizace výzkumu	72
4.5 Zpracování získaných dat	73
4.6 Prezentace výsledků.....	74
DISKUZE	116
ZÁVĚR	122
ANOTACE	124
POUŽITÉ ZDROJE.....	125
SEZNAM ZKRATEK	131
SEZNAM TABULEK.	132
SEZNAM GRAFŮ.	133
SEZNAM PŘÍLOH.....	134
PŘÍLOHY	135

ÚVOD

Stárnutí, stáří, umírání a smrt vždy byla a neustále jsou témata, která znepokojují nejen lidstvo samo, ale i odborníky různých oborů. Medicína, alchymie, filozofie i náboženství hledaly po celá staletí příčiny stárnutí člověka. Ve snaze tuto etapu života usnadnit, ulehčit či přinejmenším odsunout dál v čase však cestu k nesmrtelnosti nenalezly. Tisíciletými marných snah prostupuje moudrost ducha vyrovnání se s fyzickým skonem člověka.

Několik let pracuji jako všeobecná zdravotní sestra¹ na oddělení poskytujícím ošetrovatelskou péči převážně pacientům starších ročníků, pacientům, kteří nepotřebují péči akutní, ale „jen“ doléčení, nesoběstačným imobilním pacientům, lidem na sklonku života, ale také mladším s fatální diagnózou v čase ukončené kurativní léčby. Denně se setkávám s lidskými osudy, s bolestí fyzickou i duševní, s umíráním a smrtí. Práce mě natolik ovlivnila a ovlivňuje, že jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila **„Pracovní zátěž sester pečujících o geriatrické pacienty, jejich pohled na stáří, umírání a smrt“**. Dalším motivem pro vypracování této práce bylo pro mne i určité tabu této látky. Aktuálnost tématu je při dnešních demografických změnách a změnách ve zdravotnictví neoddiskutovatelná.

Při studiu na SZŠ jsem při praxi na geriatrické části jednoho lůžkového oddělení vyjádřila, že nikdy na podobném oddělení pracovat nechci. Po nástupu do praxe na chirurgické oddělení jsem po zhruba ročním zapracování byla „za trest“ přeložena na geriatrické oddělení. Před prvním pracovním dnem jsem přeložení na „horší“, mezi sestrami neatraktivní a dalo by se říct opovrhované pracoviště, obřečela. Ovšem samotná práce byla stejně tak zajímavá jako práce na jiných odděleních, kam jsem se v průběhu své pracovní pouti dostala. Z předchozího pracoviště jsem byla od kolegyň vybavena poučením, že se nemusím bát: „Geriatric je pohoda, tam o nic nejde, na všechno je čas.“ A také, že dokonce není potřeba zvláštních znalostí a dovedností: „To může dělat každý.“

První den na novém oddělení byla má, od „dobrých“ kolegyň získaná představa konfrontována s realitou. Práce nebyla tak „v pohodě a klidu“. Už v prvních dnech jsem poznávala, že pohlazení, úsměv či pouhá přítomnost člověka znamenají pro některé pacienty mnoho. Poprvé jsem se setkala s umíráním a smrtí. Práce byla náročná jak

¹ V práci používám více vžitě a obecně používané označení pro všeobecnou zdravotní sestru „sestra“. Pro popis týkající se všeobecných zdravotních sester používám v této práci výhradně ženský rod, i když v současnosti je běžné, aby toto povolání vykonával stejně dobře muž. Všeobecným ošetrovatelům, jak zní oficiální název pro mužské zástupce sesterského povolání, se omlouvám, ale doufám v jejich pochopení.

fyzicky, tak psychicky, a často jsem odcházela domů absolutně vyčerpaná. Naštěstí pracovní kolektiv na oddělení byl natolik dobrý, že mi pomáhal vyrovnávat se s tak stresujícími zážitky, jako je doprovázení umírajících v posledních fázích života a setkávání se se smrtí. Na pracovišti jsem poznala personál se známkami psychického i fyzického vyčerpání, ale také sestry plné optimismu a energie, milé, vstřícné, usměvavé.

Povolání zdravotní sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzicky náročné, ale především s sebou nese velkou zátěž psychickou.

Od nástupu na geriatrické oddělení se můj pohled na práci sester poskytujících péči starým lidem hodně změnil. Prestiž této práce mezi laiky i mezi zdravotníky není vysoká. Z vlastní zkušenosti vím, že mnohé sestry, které, ač tuto práci nezkusily, považují ji za nezajímavou, méněcennou, mnohdy dokonce až podřadnou. Často zastávají názor, že tuto práci zvládne vykonávat každý bez větších odborných znalostí či charakterových vlastností.

Zdravotnická profese přináší celou řadu velmi náročných situací. Aby byla vykonávána úspěšně, je třeba se na tyto situace adaptovat. Právě konfrontaci s umíráním a smrtí a časté připomínání si vlastní smrtelnosti považuji za jeden z nejnáročnějších úkolů, které práce ve zdravotnictví přináší.

Ve své bakalářské práci se věnuji sestrám, které pečují o geriatrické pacienty. Sestrám pracujícím u lůžka na ošetrovatelských odděleních následné péče Šumperské nemocnice a Interny Zábřeh, sestrám pracujícím v terénu, tj. sestrám ošetrovatelské služby domácí péče Charity Zábřeh a Šumperk a sestrám z Hospice na Svatém Kopečku. Chtěla bych ukázat, jak tato náročná a společností nedocenená práce se starými lidmi působí na nás, zdravotní sestry, které se mezi těmito lidmi každodenně pohybujeme.

I. TEORETICKÁ ČÁST

„Existuje mnoho nemocí - a vedle nich i stáří, které v medicíně vyčerpávají všechny možnosti. Není ale žádná nemoc, která by vyčerpala možnosti lidské blízkosti. Pro toho, kdo chápe hodnotu mlčení a najde v sobě dostatek sil a lásky k tomu, aby se k umírajícímu posadil, není pohled na něho ani trapný, ani nevzbuzuje hrůzu – vidí jen pomalé vyhasínání tělesných funkcí. Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi milióny světél na vzdálené obloze – zapadne a zmizí navždy...“

E. Kübler-Ross

1 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.1 GERONTOLOGIE, GERIATRIE

Počátky gerontologie a geriatrie sahají až do starověku. Již ve starém Řecku měli své představy o stárnutí a stáří. Aristoteles a Seneca se domnívali, že stáří je nevyлéčitelná choroba, naopak Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je proces fyziologický, přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických. V průběhu staletí nalézáme v literatuře, umění a vědě představy, snahy a pokusy zjistit příčinu stárnutí, stáří a délky života. Odnepaměti lidstvo touží ovlivnit proces stárnutí a délku života a najít elixír věčného mládí. (Jedlička et al., 1991, s. 6)

1.1.1 Gerontologie

(gerón, gerontos - starý člověk, stařec; logos - nauka) je integrovaná vědní disciplína, souhrn poznatků o stárnutí a stáří, problematice starých lidí a života ve stáří. Zahrnuje vše, co patří ke zdravému či nemocnému starému člověku, široké spektrum aspektů procesu stárnutí, především lékařské, sociální a demografické. Sleduje člověka z biologické, fyziologické, patologické, sociální a sociálně-psychologické roviny. (Šimíčková Čížková et al., 2005, s. 128-129) Dělí se do tří tradičních větví:

1. gerontologie **teoretická** – zabývá se mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a procesy biologického a psychického stárnutí člověka. Vytváří teoretický základ, hledá a třídí poznatky o hlavních mechanismech stárnutí, formuje hypotézy a teorie stárnutí. Její součástí je experimentální gerontologie. (Pacovský, 1990, s. 15)

2. gerontologie **sociální** – zabývá se sociálními dopady stárnutí a stáří na člověka, zjišťuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí a také se zabývá prevencí s cílem udržení soběstačnosti seniorů; (Kalvach et al., 2004, s. 48)

3. gerontologie **klinická** – zabývá se zvláštnostmi a specifiky chorob ve stáří, funkčním stavem a zdravím podmíněnou kvalitou života ve stáří. Gerontologie klinická bývá označována za geriatrii. (Haškovcová, 2002, s. 9)

Cílem „nové gerontologie“ není zabývat se jen degenerativními onemocněními ve stáří, ale zejména základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince. (Weber et al., 2000, s. 10-11)

1.1.2 Geriatrie

(iatró - léčím) nauka o chorobách ve stáří. Geriatrie je samostatný lékařský obor² poskytující specializovanou zdravotní péči pacientům vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70 -75 let. V širším slova smyslu je geriatrie označením pro celou geriatrickou medicínu, která prostupuje napříč všemi klinickými obory dospělého věku. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7; Topinková, 2005, s. 3)

Předmětem zájmu geriatrie je stárnoucí starý člověk ve zdraví a především v nemoci, v níž mu pomáhá specifický geriatrický režim léčby a péče. Cílem geriatrie je zvyšování šance pacientů vyššího věku na uchování zdraví a to včasným rozpoznáním akutních onemocnění, zlepšováním jejich prognózy, sledováním a léčbou chorob chronických. Geriatrie se snaží o udržení kvality života, udržení co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí pro seniora obvyklém. Moderní geriatrie má intervenčně preventivní charakter. Od ostatních oborů medicíny se odlišuje, kromě specifických metod péče, šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče a akceptováním zdravotně-sociální povahy nemoci ve stáří. (Topinková, 2005, s. 3)

Geriatric cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštnostech patogeneze a projevech chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální stability a integrace s prostředím. U křehkých geriatrických pacientů aplikuje specifický geriatrický režim podporující „*adaptaci*,

² v ČR od roku 1983.

autosanaci, rekonvalescenci a bránící specifickým komplikacím včetně iatrogenních“. Pozornost je věnována také rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství. (Holmerová et al, 2007, s. 12-13)

1.1.3 Gerontopsychologie

je součástí vývojové psychologie. Studuje psychické změny v průběhu stárnutí a stáří. Zaměřuje se na stárnutí po stránce duševní, sleduje psychické funkce ve spojitosti s funkcemi biologickými a sociálními. Jejím cílem je najít způsob k udržení duševního zdraví stárnoucího člověka a jeho příprava na příchod involučních procesů. Jde o tzv. psychologii životní cesty, snahu vidět proces stárnoucího člověka v záběru jeho celého života. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 128-130; Krivohlavý, 2002, s. 136)

1.2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní“ nebo ten „který žil déle než většina v té době žijících lidí“. (Pichaud, Thareautová, 1998, s. 25)

1.2.1 Stárnutí

Stárnutí (ivoluce) je zákonitý a fyziologický proces postihující živou hmotu, kterému se nelze vyhnout a jehož výsledkem je stáří (senium). Stárnutí je *„působení času na lidskou bytost“*, jak jednoduše a přitom výstižně pojem stárnutí definovala Dr. Françoise Forettová.³ (Pichaud, Thareautová, 1998, s. 25)

Stuart-Hamilton říká: *„Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny.“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18)

Pacovský popisuje stárnutí jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. Říká, že stárnutí a stáří jsou *„geneticky nakódovány“* a *„řídí se druhově specifickým časovým zákonem“*. (Pacovský, 1990, s. 30)

Stárnutí je celoživotní proces, jehož projevy se stávají zřetelnější na přelomu 4. a 5. decennia, v závislosti na náročnosti prostředí. Je třeba brát v úvahu individuální rozdíl každého jedince, kdy toto období vývoje nastupuje u různých jedinců v nestejném věku a probíhá u jednotlivých lidí odlišně. (Mühlpachr 2004, s. 18; Křivohlavý, 2002, s. 137)

1.2.2 Stáří

(sénium) je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Definovat stáří⁴ je poměrně složité. Moment, kdy se člověk stává starým nelze přesně vymezit. Každý člověk stárne již od narození, a každý člověk stárne jinak. *„Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, tzn., že v některých obdobích svého života stárne člověk rychleji než v jiných.“* (Haškovcová, 2002, s. 10)

Bromley nazývá stáří *„postvývojovou fází, v níž již byly realizovány všechny latentní schopnosti vývoje a zůstávají pouze nově působící možnosti poškození“* (Stuart-Hamilton 1999, s. 22)

Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav jedince, životní styl,

³ Definice Dr. Françoise Forettové, předsdkyně Fondation nationale de gérontologie (Národní gerontologické nadace)

⁴ Stáří však může chápáno též ve významu časovém, tj. jako čas, který uplynul od vzniku, zrodu určitého objektu (Velký sociologický slovník 1996, s. 1218).

vlivy sociálně ekonomické a psychické. Samotný pojem stáří často vyvolává negativní pocity. Stáří bývá synonymem pro nemoc, samotu a je automaticky spojováno s nemohoucností, nemocí, umíráním a smrtí. Problematika stáří je komplexní a je tedy nutné brát ohled na všechny její složky – biologickou, psychologickou a sociální. (Pacovský, 1990, s. 11)

Obecně se vžila představa, že lidský organizmus se časem opotřebuje nevhodnou stravou, nepříznivým životním prostředím, přetěžováním či nepoužíváním některých částí organismu, radioaktivním zářením, působením bakterií a virů. Na délku a kvalitu života mají velký vliv také nemoci a úrazy. Avšak dnešní moderní věda, která se rychle posouvá kupředu, nemá moc nad stářím a stárnoucím tělem. Farmakologie nabízí seniorům pouze tzv. geriatrika, podpůrné látky dodávající organismu vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony, látky, které si tělo starého člověka buď vůbec neumí vytvořit či je neumí získat z potravy. Geriatrika ale nejsou „elixír věčného mládí“, pouze podporují či zlepšují stav organismu. (Mühlpachr, 2004, s. 22)

1.3 ŽIVOTNÍ ETAPY

Život jedince se skládá z vývojových stádií. Každé stádium je typické charakteristickými znaky a změnami ve vztahu mezi organismem a přírodním či sociálním prostředím. Soubor takových specifických charakteristik od sebe odlišuje jednotlivá vývojová stadia, např. období nitroděložního života, dětské, dospělosti a také stáří. (Pacovský, 1990, s. 29)

S členěním lidského života na určité úseky se setkáváme v dávné minulosti. Odborníci se neustále pokoušejí co nejdůstojněji popsat a definovat jednotlivé etapy. Plevová píše o lidském životě, který „*Je možné znázornit jako plynule vzestupnou nebo sestupnou křivku.*“ Udává, že vývoj člověka probíhá v kvalitativně odlišných vývojových fázích. (Plevová, 2006, s. 9)

Hippokrates dělí lidský život do sedmi období a každému připisuje sedmileté trvání. Pražský lékař 19. století K. S. Amerling spojuje vždy tři sedmileté období do jednoho cyklu a maximální lidský věk 84 let dělí na čtyři období: životní jaro, léto, podzim a zimu. J. A. Komenský ve svém díle *Orbis Pictus* člení lidský věk na sedmiletí: dítě, pacholet, mládenec, jinoch, muž, starý muž, kmet. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 7-8)

E. Erikson ve své teorii, která psychoanalyticky rozpracovává periodizaci lidského života, vychází z předpokladu, že jedinec musí v každém stadiu života řešit určitý hlavní problém či „*psychosociální konflikt*“. Podaří-li se mu to, může postoupit zdárně do další etapy. Lidský život a jeho krize dělí do osmi vývojových etap. Posledním stadiem je stadium osmé – stáří, v němž je úkolem člověka postavit se strachu z konce života, překonat ho dosažením vlastní moudrosti a přijetím vlastního života. (Baštecká, Goldman, 2001, s. 161)

V odborné literatuře najdeme diferenciaci stárnutí a stáří ve třech základních oblastech: v rovině biologické, psychologické a sociální.

1.3.1 Biologické stáří

Biologické stáří vyjadřuje hypotetické označení konkrétní míry involučních změn organismu, jako jsou např. atrofie, pokles zdatnosti a výkonnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů, které jsou obvykle úzce propojeny se změnami způsobenými chorobami, výskytem a frekvencí typickými pro vyšší věk (např. hypertenze, ateroskleróza). Pacovský uvádí, že „*u většiny lidí probíhá biologické stárnutí v období 65 –*

75 let věku, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let.“ (Pacovský, 1990, s. 29-30; Mühlpachr, 2004, s. 19)

1.3.2 Psychologické stáří

Při fyziologickém stárnutí se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě větší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. Stárnutí se projevuje změnami některých psychických kvalit, jde o změny regresivního charakteru, např. snížení poznávacích schopností, zpomalení psychomotorického tempa, snížení koncentrace pozornosti nebo zhoršení paměti. Všechny změny však nejsou negativní, například se stupňuje trpělivost, větší stálost v názorech a vztazích, rozvaha a obezřetnost. Není jasně definována žádná norma, která by určovala, co je v psychice starých lidí „normální“ a co nikoliv. (Pacovský, 1990, s. 39-40; Haškovcová in Jedlička et al., 1991, s. 13)

1.3.3 Sociální stáří

„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“

Stáří je tak chápáno jako sociální událost. (Mühlpachr 2004, s. 19) Mezníkem bývá odchod do starobního důchodu. Ztráta profesní role a tím určité sociální prestiže, představuje jednu z typických změn ve stáří. Jedinec se stává anonymním důchodcem, je oddělen od společenského dění, náhle má spoustu volného času, mnohdy ale neví, jak s ním naložit. Trpí pocity samoty, prázdna, zbytečnosti a méněcennosti. Mění se jeho životní styl a ekonomická situace. Důchodce musí šetřit, musí omezit finančně náročné aktivity a požitky. (Vágnerová, 2000, s. 443-491)

Starý člověk ztrácí roli životního partnera (manželka, manžel) a získá roli vdovce či častěji vdovy. Může onemocnět a získat roli nemocného, roli pacienta nebo obyvatele domova důchodců. Dochází také ke změně role rodinné. V tomto období zastává již většina seniorů roli prarodiče. Nabízí se i nová role průvodce a učitele. Vztah mezi prarodiči a vnoučaty má cenný význam. *„Díky vnoučatům nabývají prarodiče pocitu, že mohou ostatním stále pomáhat, že jsou na světě užiteční“* (Balogová, Žumárová, 2009, s. 81)

Stáří se často nesprávně ztotožňuje právě se zákonitým nárokem na starobní důchod, respektive s odchodem do starobního důchodu v tzv. důchodovém věku. Stuart-Hamilton popisuje, že sociální věk se vztahuje ke společenskému očekávání určitého

chování adekvátně k biologickému věku. Západní společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 20)

Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a stárnoucí populaci jako svou nedílnou součást. Cílem je nikoliv segregace, ale integrace. Při poruše této strategie může vzniknout mnoho klinicky významných problémů.

1.4 PERIODIZACE STÁŘÍ

Stáří je podmíněno věkem jedince, ovšem věk samotný není dostatečným kritériem. Odborníci se doposud neshodli na jednotném a všeobecně uznávaném měřítku stáří. Etapy stáří lze určovat dle několika různých pohledů, např. kalendářní (chronologický věk), funkční, fyziologický věk, či sociální stáří.

1.4.1 Stáří z pohledu kalendářní věku

Nejčastěji používaným měřítkem pro určení stáří je kalendářní neboli chronologický věk. Vychází z data narození, lze jej tedy přesně vymezit. Experty Světové zdravotnické organizace (WHO) byla stanovena základní klasifikace vyššího věku, základem je tzv. patnáctiletá periodizace lidského života, dle které je:

45 – 59 let - střední, zralý věk,

60 – 74 let - vyšší věk, rané stáří,

75 – 89 let – stařecký věk, senium (vlastní stáří),

90 let a více – dlouhověkost. (Haškovcová, 2002, s. 10)

Podobné je dělení na období:

mladší stáří (třetí věk) 60 – 75 let, kdy dochází viditelným změnám vlivem stárnutí, ale ty zatím nejsou tak významné, aby znemožnily aktivní a nezávislý život,

pokročilé stáří – 75 a více let, v tomto období se prohlubují tělesné obtíže, často také dochází k mentálnímu poklesu a člověk začíná být nedostatečně soběstačný. Variant pro dělení kalendářního věku v odborné literatuře najdeme několik. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 20)

1.4.2 Věk z pohledu individuality stárnoucích

Protože každý jedinec stárne jinou rychlostí, odborníci jsou k věkové periodizaci skeptičtí a k posuzování stáří používají i jiná kritéria: funkční, subjektivní nebo fyziologický věk.

Subjektivní věk – označuje, jak starý se člověk cítí. Projevuje se v jednání, názorech a postojích.

Funkční věk – relativní věk, ve kterém se objevují jisté funkční možnosti a schopnosti, soubor určitých schopností a z nich odvozených dovedností, jejich provedení ukazuje, jak

dobře si jedinec vede v porovnání s vrstevníky. Zahrnuje aspekty jak biologické, tak psychologické a sociální.

Fyziologický věk – „*odhad úrovně fyziologických funkcí vzhledem k danému chronologickému věku. Měří se metabolické pochody, hladiny hormonů, žlázová sekrece, rozvoj a funkčnost nervové soustavy.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 667)

Autoři, zabývající se problematikou stáří a stárnutí se však shodují na tom, že žádné rozdělení nemůže být pokládáno za spolehlivý ukazatel stavu konkrétního jedince, může jen naznačovat stav průměrného člověka. Weber uvádí: “*V rozmezí 65 až 75 roků nemá dokonce 85 % jedinců žádné významně handicapující nebo běžný život omezující onemocnění. I ve věku nad 85 let je ještě 40 % osob schopno vést samostatný normální život.*“ (Weber et al., 2000, s. 11)

1.5 DLOUHOVĚKOST

Dlouhověkost znamená dožití se vyššího biologického věku, pokročilého stáří. Je to něco, po čem lidstvo odpradávná prahne. Psychologický slovník označuje dlouhověkost jako „*období lidského života nad devadesát let*“, někdy nad 85 let. (Hartl, Hartlová, 2000)

Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ovšem jejich počet stoupá nejen díky pokrokům medicíny, ale také díky zvyšování životní úrovně a snižování nároků na tělesnou zdatnost. Důležitou roli hraje dobrá výživa a potlačení nemocí. (Mühlpachr, 2004, s. 21)

Mezi lidmi jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí, částečně je můžeme vysvětlit environmentálními faktory, částečně genotypem. Přesto ještě neznáme bezpečně všechny mechanismy. Při zkoumání zdravých stoletých lidí se zjistilo, že: *„většina z nich vyniká vysokou vrozenou inteligencí, projevují živý zájem o současné dění, mají dobrou paměť a málo nemocí. Vstávají brzy, spí průměrně šest až sedm hodin denně. Většinou pijí kávu, nedrží žádnou zvláštní dietu, ale všeobecně dávají přednost stravě bohaté na bílkoviny a s nízkým obsahem tuků. K pití alkoholu přistupují různě, ale během celého života užívají méně léků, než mnoho starých lidí spotřebuje za týden. Dávají přednost životu v přítomnosti, nevadí jim změny a obvykle jsou v širokém slova smyslu nábožensky založení. Všichni mají určitou míru optimismu a dobrý smysl pro humor. Život jim připadal jako velké dobrodružství.“* (Sheehyová, 1999, s. 398)

1.6 PROJEVY STÁRNUTÍ

„Stárnutí zvyšuje výskyt chyb, zhoršuje spolehlivost fungování organismu, odolnost, adaptabilitu i regulační schopnosti.“ Po stránce fyzické dochází ke změnám, z nichž některé poznáme „na první pohled“ a jiné probíhají skrytě – uvnitř těla. Kalvach uvádí: *„Tělesné změny a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako genotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah a úplnost vyjádření jsou velmi individuální. Výrazně se projevují i fylogenetické vlivy – dlouhodobě nové generace stárnou v lepší tělesné kondici, v lepším zdravotním stavu.“* (Kalvach et al., 2004)

1.6.1 Změny tělesné

Jde zejména o úbytek fyzické zdatnosti a výkonnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Jak uvádí Říčan, k zevním činitelům, které spolupůsobí při stárnutí, patří mimo jiné i zemská přitažlivost, vlivy kosmické, magnetické pole, zeměpisné prostředí, činitel podnebí. Úlohu hraje také místo a způsob bydlení, společnost a životní prostředí, obraz stáří závisí i na tom, co jíme a pijeme. Nelze však jednoznačně říci, které změny jsou příčinou a které následkem stárnutí. (Říčan, 1990, s. 372)

Fyzická degradace nastupuje sice již zhruba od třicátého roku života, ale kolem šedesátého roku se výrazně zrychluje. Změny ve stáří jsou přitom zcela individuální, organismus stárne nerovnoměrně. To ovlivňují především genetické dispozice i životní styl, prodělané choroby atp. Rozhodující roli hraje i pohlaví. Muži mají značně nižší naději na dožití než ženy, po 45. roce života umírají častěji než jejich protějšky. *„Ve skupině sedmdesátiletých je zhruba šest žen na pět mužů a s ve skupině lidí starších osmdesáti let se tento poměr zvýší přibližně na 4:1.“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 14)

Navzdory obecné domněnce, že muži umírají dříve kvůli jejich těžkému a namáhavému životu, lze vysvětlení hledat spíš v jejich genetických dispozicích.

V našich představách odpovídá představa starého člověka jako sehnutého, slabého, pomalu se pohybujícího, nepružně reagujícího a zapomínajícího. V podvědomí veřejnosti se k tomuto obrazu pojí ještě přítomná nebo hrozící hluchota, slepota, demence a inkontinence. (Haškovcová, 1989, s. 25)

Stárnutí s sebou přináší podstatné změny ve vzhledu, ať jde o změny postavy, atrofii kůže či o zседivění nebo vypadání vlasů. Člověk nejenže už je starý, ale jako starý také vypadá a je k němu také tak přístupováno. Navíc se stále zhoršují funkce jeho orgánů.

Zrak slábne stejně jako sluch a ostatní smysly. Svaly ochabují, tělo chřadne, u jednotlivých orgánů dochází k utlumení jejich funkcí a dalším nepříjemným změnám, se kterými je třeba se vyrovnat a naučit se s nimi žít. „*Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí.*“ (Vágnerová, 2000, s. 449)

1.6.2 Změny psychické

„*Stáří lidé si podle tradičních představ zachovávají svoji moudrost (krystalickou inteligenci), ale ztrácejí důvtip či bystrost (fluidní inteligenci).*“ Určité procento starých lidí si svou fluidní inteligenci zachová. (Stuart-Hamilton 1999, s. 87)

Psychické změny starších lidí v kognitivní oblasti shrnuje Křivohlavý do následujících bodů:

- s rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty,
- je oslabena schopnost učit se novým věcem,
- je snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobit se),
- je snížena flexibilita (schopnost měnit stávající způsob života, své životní zvyky, postoje a stereotypy),
- je zvýšena fixace (soustředění se na to, co bylo již dříve zažito).

Křivohlavý (2002, s. 141-143)

Lze tedy říci, že člověk je mladý, dokud je ještě schopen učit se, snášet nové a odlišné názory, získávat nové zkušenosti a dát se jimi ovlivňovat „*jinak řečeno, člověk je mladý dokud je schopen divit se, žasnout a radovat se z nových zážitků a zkušeností*“ (Smékal, 2005, s. 56)

1.7 GERIATRICKÝ PACIENT

Vyzrálé, jasné stáří má své typické poznávací znaky, které nelze zakrýt ani přehlédnout. Odborně se vyzrálým stářím – seniem – rozumí kategorie 75 – 89 let, tj. kategorii pokročilého neboli stařeckého věku. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech i chůzi. Ani psychika není ušetřena procesem stárnutí, starý člověk už okolí nevnímá tak ostře, vyžaduje pomalý, zřetelný a dostatečně hlasitý projev, aby rozuměl, co mu říkáme. Nerozumí často tomu, co říkáme a děláme a „*my mladší nemáme zase mnoho chuti porozumět jeho zastaralému světu. Typicky vyhlížející stařec nám nahání strach: takhle budeme, dožijeme-li se toho, vypadat jednou všichni.*“ (Haškovcová, 1989, s. 21)

Slovem **geront**, geron se označuje osoba, která překročila určitý věk, stařec, stařena. Samotné překročení hranice stáří však neznamena, že se člověk automaticky stává geriatrickým pacientem. Indikátorem by neměla být sama věková hranice, ale především křehkost starého organismu a prospěch ze specifického geriatrického režimu s prevencí geriatrického hospitalismu, z koncentrace geriatricky vyškoleného personálu, ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 15)

„*Geriatrické pacienta lze chápat jako „křehkého“ seniora se sníženými funkčními rezervami a horší adaptabilitou.*“ Takový jedinec je ohrožen dekompenzací funkčního stavu a vyžaduje specifickou volbu odborného přístupu při volbě léčebného postupu. (Weber et al., 2000, s. 25)

Stařecká křehkost (z anglického frailty) nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty v důsledku ztráty kondice (dekondicionace), úbytkem kostní hmoty, a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Tito nemocní jsou ohroženi distabilitou v provádění běžných činností nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. Akutní dekompenzace vedou k opakovaným hospitalizacím, zvyšují spotřebu zdravotních a sociálních služeb i dlouhodobé péče. (Topinková, 2005, s. 9)

Dle WHO - Světové zdravotnické organizace je zdraví definováno jako stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody. Kvalita života jedince je však spíše subjektivní, proto za

zdravého seniora považujeme spokojeného jedince bez zjevné choroby, sociálně adaptabilního a s neporušenou zdravotně sociální homeostázou.

Významným ukazatelem zdravotního stavu seniora je tedy stupeň funkčního postižení tzv. dysaptibility, která je definována jako neschopnost jedince vykonávat aktivitu, která je přiměřená věku, zvyšuje se s věkem. (Jarošová, 2006, s. 34-36)

Celkový postup stárnutí má za následek rozvrstvení populace seniorů na několik kategorií, vzájemně se od sebe lišících:

elite - senioři s vynikající kondicí, schopni i ve vysokém věku sportovních aktivit,

fit – senioři schopni postarat se o sebe sama, věnovat se svým zálibám a koníčkům a přitom ještě vypomáhat svým dětem v péči o vnoučata,

independent – senioři v relativně dobré kondici, schopni pečovat o sebe a svůj majetek bez pomoci,

dependent – senioři trvale závislí na pomoci zvenčí schopní žít ve svém vlastním sociálním prostředí,

disabled – senioři trvale odkázáni na pomoc jiné osoby a to i v základních úkonech soběstačnosti a sebezpěče.

Stáří není nemoc, samo o sobě není chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází ke kumulaci nepříznivých vlivů a narůstá počet nemocných lidí.

Základními znaky nemocnosti ve stáří jsou:

- polymorbidita, tj. současný výskyt několika chorob,
- řetězení komplikací, tj. jedna nemoc podmiňuje vznik nemoci další,
- polypragmázie, tj. užívání více léků současně,
- sklon ke chronicitě, tj. sklon k protrahovanému průběhu chorob,
- mikrosymptomatologie, tj. nepatrné klinické příznaky choroby,
- fenomén vytlačení, tj. komplikace potlačí původní klinický obraz a zcela jej zastíní,
- specifický klinický obraz.

(Jarošová, 2006, s. 34-35; Mnibergerová, Dušek, 2006, s. 18-21; Kalvach et al., 2004)

1.7.1 Rizikový senior

Rizikový starý člověk (rizikový geront) není schopen se rychle a účelně přizpůsobovat aktuálním změnám ve svém životě a není ani schopen adaptovat se na změnu svého zdravotního stavu. V důsledku toho hrozí komplikace – např. další zhoršení fyzického nebo psychického stavu, celková dekompenzace sociální situace apod. Do skupiny rizikových seniorů patří především:

- osoby starší 80 let a osoby dlouhověké (nad 90 let),
- osoby vyššího věku, které žijí ve svém sociálním prostředí osaměle,
- osoby osamělé nebo ovdovělé ženy,
- staří lidé v dlouhodobé ústavní péči. (Haškovcová, 2002, s. 31, Jarošová, 2006, s. 35)

1.7.2 Potřeby ve stáří

Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince. Nejrozšířenější členění hierarchie potřeb je hierarchická teorie potřeb dle Maslowa.

Potřeby fyziologické: objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu, např. potřeba dýchání, spánku, pohybu, hygieny, výživy, vylučování.

Potřeba bezpečí a ochrany: která se objevuje v situacích ztráty pocitu životní jistoty, finančního zabezpečení a jakéhokoliv nebezpečí. Potřeba fyzického a sociálního bezpečí a ekonomického bezpečí.

Potřeby sociální: vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny. Je to například potřeba lásky, sounáležitosti, informovanosti, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut.

Potřeba uznání a sebeúcty: vznikají v situaci ztráty důvěry, respektu, kompetencí a projevují se snahou získat zpět ztracené sociální hodnoty.

Potřeba sebeaktualizace: projevuje se jako snaha realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života.

Ve stáří dochází ke změně v hodnotové orientaci potřeb. Dochází k větší fixaci na rodinu, senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky a sounáležitosti – existence citového vztahu a své pozice v rodině. Mezi hlavní potřeby seniora patří především přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení, místo kam patří, kde je doma, kde se cítí být váženým a uznávaným, kde ho mají lidé rádi a kde on sám má někoho rád. Starý člověk je citově poután k místu, kde je doma, ke své rodině kam náleží. Stoupá potřeba jistoty, stability a bezpečí, klesá potřeba změny.

Staří lidé se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s věkem zvýrazňují. U starých lidí je primární uspokojovat potřeby jako je příjem potravy, vyprazdňování, spánku a odpočinku, tepla a pohody. Je oslabeno uvědomování si potřeby hydratace. Senioři se celkově cítí více ohroženi, smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech, do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí, tato potřeba může být naplněna rodinou, pečovatelkou, případně jiným důležitým člověkem v životě starého člověka. Péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů, kritériem posuzování kvality poskytované péče je sám senior, jeho spokojenost a prospěch. (Jarošová, 2006, s. 32 – 33)

1.8 VZTAH KE STÁŘÍ

Senioři tvoří přirozenou a důležitou součást společnosti. Představují pokladnici moudrosti a zkušenosti. Dnešní konzumní společností jsou však často zobrazováni a chápáni jako nutné zlo. Jako ti, kteří jen něco potřebují a čerpají společenské zdroje a nikoli jako ti, kteří je dlouhá léta vytvářeli a budovali, a kteří i nadále jsou významným přínosem společnosti. Samotný pojem stáří často vyvolává negativní pocity. Stáří bývá synonymem pro nemoc, samotu a je automaticky spojováno s nemohoucností, nemocí, umíráním a smrtí. Ve stáří jsme se bohužel stále nenaučili vidět studnici moudrosti a zkušenosti. Obdivujeme zdravé mládí a krásu, dravost a výkon.

Mýtus, že stáří je nemoc, která se mimo jiné vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již našťastí překonáván. Společnost na sobě ale musí hodně pracovat. Náš vztah ke stáří se vytváří již od dětství a v průběhu celého života je ovlivňován nejen kulturou celé společnosti, ale především výchovou a přístupem vlastní rodiny ke stáří. Dítě přebírá postoje svých rodičů v chování k prarodičům. Na jedné straně chceme stáří uctívat a milovat, na straně druhé nás popouzí svým zevnějškem, pomalostí, staromódními názory či svou zdánlivou neschopností. Stáří nám připomíná naši vlastní budoucnost, se kterou se odmítáme ztotožnit, které se podvědomě bojíme.

Péče o ty, kteří se z jakéhokoli důvodu nemohou o sebe sami postarat, patří k morálním povinnostem zdravých a celé společnosti. U všech kulturních národů tomu tak bývalo celá staletí. Stáří byla prokazována úcta a náležitá péče. Bylo běžné, že staří dožívali na výměnku v péči svých dětí, zatímco ty už vychovávaly potomky své. Starší generace se těšila zasloužené vážnosti a úctě. Toto se v průběhu let změnilo společně se změnami životního stylu a zvyků. Dnes žijeme jinak. Není zvykem, aby několik generací žilo v jednom domě a děti automaticky, až přijde čas, postarali o své rodiče. Je dáno dobou, že mladí, ač by mnohdy chtěli, nejsou schopni se o své už nesoběstačné předky postarat, a v domácím prostředí jim zajistit dostatečnou péči. Najdou se bohužel i tací, pro něž je vlastní nemohoucí rodič přítěží a veškeré starosti se zříkají. Pak přichází na řadu v péči o staré a nemohoucí instituce a služby zajišťující základní lidské potřeby. Bohužel lásku a úctu dětí zajistit nedokáží. (Rheinwaldová, 1999, s. 8-11)

1.9 STÁRNUTÍ POPULACE

V roce 1850 žila na Zemi přibližně 1 miliarda obyvatel, v roce 1930 2 miliardy a v roce 2004 necelých 6 miliard. Prognostici předpovídají, že v roce 2025 to může být více než 8 miliard obyvatel. (Mühlpachr, 2004, s. 5, 30) Problémem lidstva však není jen populační růst, ale především stárnutí populace. Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti pěti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let. Lidský život se prodlužuje, populace stárne. Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby. V celosvětovém měřítku se stává problémem 21. století. (Jarošová, 2006, s. 15-16)

Ke zvyšování počtu obyvatel starších 65 let dochází i u nás. Nejvýraznějšími změnami prochází nejstarší věkové skupiny. Počet obyvatel ve věku 75 a více let bude v horizontu prognózy, tj. v roce 2065 více než trojnásobný, nejstarších seniorů by mělo být dokonce osmkrát více než v roce 2002. (Burcin, Kučera, 2004, s. 100-111)

Dle statistik po 45. roce roku života umírají muži častěji než ženy. Zatímco většina mužů ve stáří žije a umírá v manželství, přibývá osamělých žen, které dožívají jako vdovy. S prohlubujícím se stářím tedy roste procento osamělých žen. Ve skupině lidí starších osmdesáti let je poměr žen a mužů 4:1. V Evropské unii bylo počátkem devadesátých let 37 – 51 % vdov ve věku nad 60 let, zatímco vdovců jen 12 – 17 %.

Zvýšení procenta seniorů v populaci mění jejich životní podmínky a tím je ovlivněn život všech jedinců v populaci. Senioři se stávají silnou skupinou, která chce mít společenské uplatnění a má i své nároky. Do budoucna hrozí socioekonomický a generační kolaps. Celosvětovým problémem je tedy zajištění potřeb starší generace v zájmu zaručení rovnoprávnosti všech generací. (Mühlpachr, 2004, s. 5-38)

Nárůst starých lidí v populaci s sebou přináší zvyšující se nároky a poskytování zdravotní péče. Dochází ke geriatrizaci medicíny, což znamená, že se zvyšují počty geriatrických pacientů ve všech medicínských oborech. Současně také stoupají nároky na kvalitu zdravotních služeb pro seniory a výrazně roste jejich finanční nákladnost. (Jarošová, 2006, s. 20)

1.10 PÉČE O SENIORY

Veškeré zdravotnické služby mají za cíl co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, integraci ve společnosti, a to i při zhoršeném zdravotním stavu. Žádoucí je co nejdříve setrvání v domácím prostředí. V období nemoci je cílem šetrná léčba a rehabilitace v přiměřené intenzitě, se zřetelem na potřeby seniorů. Uvedené cíle předpokládají takový systém služeb na sebe plynule navazujících i přes hranice oborů. Jsou vytvářeny dle potřeb seniorů, co nejdříve pacientovi a jeho rodině. (Holmerová, 2003, s. 30)

1.10.1 Péče v historii

„Systém péče o staré lidi se postupně vyvíjel od středověké laické, dobročinné a nesoustavné péče až k péči garantované státem, městem či příslušnou obcí.“

Péče o starou populaci a její možnosti se v průběhu času měnily, úroveň poskytované péče vypovídala o kultuře společnosti. V minulosti pečovala o staré a nemohoucí zejména rodina, mnohdy pomohli bohatí, často tento úkol převzala církev. Z iniciativy bohatých se začala rozvíjet charitativní pomoc a péče (charita – *charis* – láska k bližnímu). Vznikaly první církevní instituce poskytující pomoc starým lidem, postupně byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, špitály. Jejich organizace a vedení spadala většinou pod kláštery, později pod městské a obecní rady. Středověké špitály byly první zařízení pro dlouhodobý pobyt starých lidí. V 15. a 16. století vznikají první obecní ústavy pro staré občany na území hlavního města. Od 17. století jsou v Čechách zakládány klasické nemocnice, kde s rozvojem medicíny mizí azylový charakter zařízení a nastupuje léčebná složka. Péče o staré zajišťují starobince a chudobince. V 18. století se začala rozvíjet i na našem území cílená péče o staré občany. Vznikaly farní chudinské instituty na základě farní chudinské ústavy, kde chudinské právo označovalo jako chudého toho „*kdo nemá prostředků potřebných k obživě a nemůže se uživit vlastním přičiněním.*“ Podle tzv. domovského práva z roku 1863, byla domovská obec povinna zajistit potřebným náležitou péči. Tato dvě práva se stala základem systému sociální péče. Města a obce budovaly a provozovaly chudobince a starobince. Během první republiky pod ministerstvem sociálních věcí, byla ustavena správa pro otázky sociální péče. Vznikala nová zařízení pro staré lidi. Péči poskytovaly jak státní instituce, tak dobročinné organizace. Následně byla péče o staré lidi rozdělena na péči zdravotní a sociální. Významným mezníkem je založení první specializované instituce pro seniory na světě Kliniky nemocí stáří. Po roce 1954 vznikají domovy důchodců,

dochází k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. Později jsou budovány domy s pečovatelskou službou, dále vznikají léčebny dlouhodobě nemocných. V 80. letech jsou zřizovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Po roce 1989 vznikají v České republice nové instituce a služby určené seniorům. V roce 1990 domácí ošetrovatelská péče a 1995 první hospicová zařízení. (Jarošová, 2006, s. 35-43)

1.10.2 Současné formy péče

Současné formy péče o staré lidi se realizují v rodině a v resortech zdravotnictví a sociálních služeb. Veškeré zdravotnické služby mají za cíl, co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, integraci ve společnosti a to i při zhoršeném zdravotním stavu. Významně stoupá úloha občanských sdružení, církevních iniciativ a dobrovolnictví. Vzhledem k zvyšujícím se nákladům na zdravotní a sociální péči a k rostoucímu počtu seniorů v populaci vyžadujících péči, je důležitá existence a koordinace služeb pro seniory, která by měla vycházet z demografických dat a aktuálně zjištěných potřeb. Úlohou je podpořit a udržet soběstačnost seniora na takové úrovni, aby byl co nejdéle schopen setrvávat ve svém sociálním prostředí. Péče by měla zahrnovat i rodinu, případně ty, kteří o daného seniora pečují. Uvedené cíle předpokládají takový systém služeb, které na sebe plynule navazují i přes hranice oborů. Jsou vytvářeny dle potřeb seniorů, co nejbližší pacientovi a jeho rodině. (Holmerová, 2003, s. 30; Zamboriová, Simočková In Archalousová et al., 2007, s. 161-164)

Podle odhadů je až 80 % seniorů starších 65 let soběstačných s pomocí rodiny, 13 % potřebuje dopomoc v domácnosti, asi 7 % vyžaduje soustavnější domácí péči a 2 % seniorů potřebují ústavní péči. (Holmerová, 2007, s. 1)

Při koncipování péče pro seniory je potřeba brát v úvahu velkou heterogenitu této populace. Institucionální i neinstitutcionální formy péče by měly vycházet z individualizovaného přístupu k potřebám seniorů. V oblasti péče o seniory dominují především sociální a zdravotní služby. Patří do komplexů zdravotně sociální péče, kde je zakomponována akutní, následná i dlouhodobá péče. Primární odpovědnost za dostupnost služeb dle individuálních potřeb občana má stát. Koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní nebo regionální úrovni. (Jarošová, 2006, s. 44)

Rodina

Za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle ve svém domácím prostředí. Předpokládá se podpora a péče jeho rodiny. Pečovatelem se stává buď druhý z partnerů (manžel, manželka), nebo dospělé děti. Žádoucí je co nejdelší setrvání v domácím prostředí. V období nemoci je cílem šetrná léčba a rehabilitace v přiměřené intenzitě, se zřetelem na potřeby seniorů.

Zdravotní služby pro seniory

Nejdůležitější součástí zdravotní péče je péče primární, založená na integraci služeb. U nás představovaná praktickým lékařem pro dospělé, gynekologem a stomatologem, užívá se pojem komunitní péče.

Geriatrická ambulance

Ambulance při nemocničním geriatrickém oddělení, zahrnuje komplexní přístup léčby patologických forem stárnutí a stáří, diagnostika a léčba specifických syndromů vázaných na věk, prevence, dispenzarizace rizikových geriatrických pacientů. Koordinuje vzájemnou návaznost akutní a následné léčebné péče.

Geriatrické oddělení

Akutní oddělení nemocničního typu, specializované k péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Což zahrnuje stavy bezprostředně ohrožující život, které ale nejsou indikací k hospitalizaci na jiném nemocničním oddělení. Základní metodou práce oddělení je rehabilitativní přístup multidisciplinárního teamu, diagnostika a speciální geriatrický režim.

Zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení)

Je to oddělení určené pro pacienty, kteří potřebují časově delší léčebně rehabilitační program s reálnou perspektivou doléčení, pro pacienty ve stabilizovaném stavu, pacienty se stanovenou diagnózou, po odeznění akutní fáze. Cílem je návrat či zlepšení soběstačnosti, schopnost nezávislého života.

Ošetrovatelské oddělení

Oddělení krátkodobé, dlouhodobé i trvalé převážně ošetrovatelské péče. Indikací je potřeba ošetrovatelské péče, za předpokladu, že je stanovena diagnóza a léčebný postup s těžištěm v základním ošetrovatelství. Stav pacienta je stabilizovaný, nebo neovlivnitelně progredující. Cílem je udržení či zlepšení stávajícího stupně soběstačnosti a kvality života, zachování důstojnosti.

Hospic

Je zvláštní formou ošetrovatelského ústavu. Posláním hospice je péče o nevléčitelně nemocné. Snahou je poskytnutí individuální péče v příjemném prostředí, zachování důstojnosti v umírání a smrti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane opuštěn. Hospicová péče může být poskytována třemi základními formami, tj. lůžkovou formou, formou stacionáře, kdy je nemocný k denní péči přivážen a formou domácí hospicové péče. Na péči se podílí multidisciplinární tým tvořený lékařem, zdravotními sestrami a pečovatelkami, sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním případně i dobrovolníkem.

Geriatrické denní centrum

Semimurální forma péče pro pobyt 6 – 12 hodin denně den či noc). Obsahem péče je léčebná, ošetrovatelská i rehabilitační péče. Indikací je potřeba zdravotní péče, která není kontinuální, ale trvá déle než možnost ambulantního ošetření.

Domácí péče – „home care“

Péče, jejíž hlavní filozofií je náhrada nebo oddálení hospitalizace. Předpokladem domácí péče je denní dostupnost po nejméně 14 hodin denně, včetně víkendů, spolupráce s rodinou a sociálními službami. Obsahem je ošetrovatelská péče prováděná kvalifikovanou sestrou v domácím prostředí. Cílem je zachování či zlepšení soběstačnosti a kvality života.

V České republice jsou sociální a zdravotní služby terénního charakteru na území měst a obcí, zabezpečovány především formou pečovatelské služby a domácí zdravotní péče.

Sociální služby pro seniory

Sociální služby pro seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče je realizována státními (sociální dávky) ale i nestátními subjekty (terénní péče o seniory). Sociální služby zahrnují ústavní, terénní a komunitní formy péče o seniory:

- domovy důchodců,
- domovy - penzióny pro důchodce,
- domovy pro seniory,
- pečovatelská služba,
- zařízení pro denní pobyty - domovinky,
- domy s pečovatelskou službou,
- kluby důchodců,
- přechodné pobyty,
- sociální hospitalizace,
- osobní asistence. (Jarošová, 2006, s. 43–51)

1.11 SESTRA A GERIATRICKÝ PACIENT

Geriatrické ošetřovatelství je zaměřené na zkvalitnění života člověka v jeho posledních etapách. Péče o geriatrické pacienty vyžaduje, aby sestra respektovala nejen osobnost a individualitu pacienta, ale i jeho duševní a tělesnou křehkost a vážnost stáří. U starých nemocných se setkáváme s polymorbiditou, poruchami kognitivních funkcí, tendencí ke zhoršování zdravotního stavu, sníženou schopností sebezpečí a sebeobsluhy, sníženou schopností adaptace na nové situace, citovou labilitou a zranitelností. Sestra si musí uvědomit, že narušení stereotypu, pobyt v cizím prostředí, odloučení od nejbližších a také změna stravovacích návyků mají na pacienta negativní vliv. Žádoucí je udržení či znovuzískání mobility a schopnosti sebezpečí. Důležitá je každodenní tělesná i duševní aktivita seniora s ohledem na jeho schopnosti. Podpora sebedůvěry a chuti do života je jedním z hlavních úkolů, protože mnozí, dle vlastních slov, přicházejí do nemocnice „zemřít“ a uchylují se k odmítavé pasivitě. Je nutný individuální přístup, klidný milý vstřícný.

Každodenní péče o seniory v domácí péči, zdravotnickém či sociálním zařízení vyžaduje profesionální přístup. Sestra by měla znát zvláštnosti, které se ke stáří pojí a snažit se je respektovat. Je třeba věnovat pozornost samotné komunikaci se seniorem, která se stává základem dorozumívacího procesu. Na rozhovor se starým pacientem je třeba vytvořit si časový prostor, nespěchat, naučit se naslouchat, využívat metody nonverbální komunikace, hovořit klidně, dostatečně hlasitě a srozumitelně, brát ohledy psychomotorické tempo a osobnostní zvláštnosti pacienta. Trpělivě naslouchat, vyslechnout problémy a projevit upřímnou snahu pomoci. (Zacharová, 2010)

1.11.1 Ošetřovatelská péče o seniora

Geriatrické ošetřovatelství se orientuje na starého a nemocného člověka a respektuje zvláštnosti stáří. Uplatňuje holistický přístup, systematicky vyhledává somatické, psychické, sociální i spirituální potřeby seniora. Ošetřovatelská péče o staré lidi má svá specifika a měla by být poskytována sestrou se speciálním vzděláním – gerontologickou (geriatrickou) sestrou. Potřeby seniorů jsou individuální a specifické, nestačí jen rozumět potřebám starých lidí, ale je potřeba si vytvořit k nim adekvátní profesní ale i lidský a vstřícný vztah. (Haškovcová, 1990; Jarošová, 2006, s. 32 - 33)

Sestra musí respektovat pacientovu osobnost a vůli, posilovat pacientovu zodpovědnost, nepodceňovat jeho schopnosti, velice důležitá je komunikace se starým pacientem. Dle Kalvacha se od teorie potřeb vyvinuly všeobecně platné principy v přístupu ke starým lidem, k nimž patří:

- autonomie,
- důstojnost,
- smysluplnost,
- zabezpečení,
- participace - zapojení do společenského života, podíl na rozhodování.

Při identifikaci potřeb seniorů je doporučeno použít komplexní geriatrické hodnocení (včetně hodnocení soběstačnosti, rizika dekubitů, kognitivních funkcí, škály pro hodnocení deprese, hodnocení nutričního stavu, nezávislosti, bolesti, poruch mobility, rovnováhy, rizika pádu, apod.). (Kalvach, Onderková, 2006, s. 16 – 25)

1.11.2 Rizikové oblasti péče o geriatrického pacienta

Při péči o starého pacienta sledujeme mimo jiné také stupeň soběstačnosti, stav hydratace, vznik dekubitů a prevenci pádů.

Dehydratace

U starého člověka je potlačen pocit žízně, často se setkáváme i s odmítavým postojem nabízených tekutin i potravy. Dehydratace vzniká v důsledku vyšší potřeby nebo nižšího přívodu tekutin. Sestra musí sledovat charakteristické příznaky pro dehydrataci, která se potřebuje suchou kůží, sníženým kožním turgorem, suchými sliznicemi, vpadlými očními bulvami, ztrátou hmotnosti, dezorientací, apatií, závratí, kolapsovými stavy, ale také se může objevit tachykardie, tachypnoe, hypotenze nebo horečka. Důležité je sledovat vliv léčiv jako jsou diuretika, ztráty tekutin gastrointestinálním traktem.

Dekubity

Jde o narušení kožní integrity – kůže, tkáně a později i hlubších struktur. Počíná zarudnutím a ani sebelepší ošetrovatelská péče nezabrání jeho vzniku. Dekubity vznikají na tzv. predilekčních místech, kde se uplatňuje zvýšený tlak podložky vůči kůži, čímž je narušeno cévní zásobování. Imobilní, ležící pacienty je třeba polohovat a používat

antidekubitní pomůcky a pečovat o pokožku, kterou je třeba udržovat suchou a čistou. Dekubit se může vyvinout i během několika hodin. Důležitá je nejen hydratace, ale i výživa pacienta.

Pády

Ve stáří jsou běžné poruchy stability proto dochází k pádům, je narušena rovnováha, pacient je nestabilní ve stoji. Příčiny pádů jsou cerebrální, sem patří ischemická ataka, nebo extracerebrální, sem patří například ortostatická hypotenze a kardiální synkopa. Pádům seniorů nelze zcela zabránit, lze jim však vhodnou prevencí předcházet. (Kalvach et al., 2004)

2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Každá člověk s jistotou podstoupí ve svém životě dvě události – zrození a smrt. Lidský život zrozením začíná a smrtí končí. Kdo se narodí, musí také zemřít. Smrt je nám dána do vínku. Je přirozeným vyústěním života, jeho neoddelitelnou součástí.

„Vědomí sama sebe je největší dar, poklad stejně cenný jako život. Dělá z nás lidské bytosti. Cena je ale vysoká: rána smrtelnosti. Naše existence je navždy ve stínu poznání, že rosteme a vzkvétáme a poté nevyhnutelně slábneme a umíráme.“ (Yalom, 2006)

Vědomím vlastního JÁ a uvědomováním si smrtelnosti a tedy konečnosti života se lišíme od ostatních živých forem. Jedině lidé pohřbívají a oplakávají své mrtvé a na své mrtvé vzpomínají. Označení „smrtelník“ bylo v dobách starověkého Řecka používáno téměř jako synonymum pro člověka, v určitých situacích je používáno také dnes. Stejně stará jako vědomí konečnosti je i touha po nesmrtelnosti a věčném životě. Touhu lidí od pradávna smrtelnosti uniknout můžeme vysledovat ve všech lidských společnostech, civilizacích a kulturách. Avšak smrt patří do života stejně jako zrození. Člověk je jako každý živý tvor podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít ani nad nimi zvítězit. Jediné, co člověk může udělat, je, že bude svoji konečnost akceptovat. Smrt je jedinou jistotou v jinak nejistém světě. V jistém smyslu je spravedlivá – každého jednou potká, nikoho nevynechá, nikoho nemine a nikdo se jí nevyhne. (Haškovcová, 2007, s. 23; Honzák, 1989, s. 101; Munzarová, 2002, s. 3)

Člověk si je vědom své smrtelnosti, *„tímto vědomím platí za vědomí své existence, za lidskou tvořivost, za štěstí, jímž je lidský vztah, za řeč a poezii, za kulturu a za všechno co zakládá jeho lidství. A toto vědomí smrti zároveň hluboce ovlivňuje – ať chceme, nebo nechceme – všechno naše jednání, cítění a myšlení. Smrt se nám jeví především jako hrozba, máme z ní strach zakódovaný už v naší instinktivní výbavě.“* (Říčan, 1990, s. 403)

2.1.1 Umírání

Umírání je nepřesně ohraničeným dějem, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se jeho poslední fáze označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí. Zjednodušeně lze říct, že

v chronologickém členění životních etap nastává umírání po etapě stárnutí, je poslední životní etapou před smrtí. (Kelnarová, 2007, s. 10)

V lékařské terminologii je umírání synonymem pro terminální stav, který je definován jako: „*postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua*“. (Vorlíček et al., 1998, s. 369) Haškovcová však dodává, že označení „terminální stav“ můžeme chápat jako označení vlastního umírání. „*Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.*“ (Haškovcová, 1994, s. 181-182)

Umírání je neoddělitelnou součástí života stejně jako zrození. Je to postupný proces, na jehož konci nastává definitivní konec fyzické lidské existence.

Před smrtí se rozdílně uplatňuje časový faktor umírání jako proces, který má různou délku a podobu a je různě prožíván. Je zcela jedinečný a osobní. Ve smrti nemůžeme být zastoupeni. Dle Křivohlavého nejsou umírání a smrt jevem, který by do našeho povědomí přicházel jako blesk s čistého nebe. Na tuto životní pravdu konečnosti života se připravujeme v průběhu celého života, i když ve stáří je tato příprava nejintenzivnější. Není tomu tak bohužel vždy, umírání a smrt může přijít kdykoli, není pravidlem, že přichází až po stáří. V této práci pohlížím na umírání a smrt jako na završení prožitého života. (Křivohlavý, 2002, s. 155)

2.1.2 Smrt

Definovat smrt není vůbec jednoduché. Smrt je velmi široký pojem a lze na něj nahlížet v rovině biologické, filozofické, psychologické, teologické, etické i dalších. Pro účel mé bakalářské práce, výzkum v rámci tématu používám pohled v rovině smrti jako konce fyzického bytí.

„*Smrt je neodvratným koncem každého života, je vepsána v každém zrození, patří k univerzální lidské zkušenosti a je nejpředvídatelnější okolností našehožití; okolností, jejíž jistota je stoprocentní.*“ Smrt je od života neoddělitelná, ve své jedinečnosti neopakovatelná. (Honzák, 1989, s. 101)

Za dávných dob se okamžik smrti často ztotožňoval se zástavou dýchání. Dech byl pokládán za životní princip, za duši. Když ustal dech, život byl u konce. (Rotter, 1999, s. 86)

Praktický slovník medicíny definuje smrt (mors) jako stav, kdy dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídicích

krevní oběh a dýchání. Smrt je individuální zánik organismu, zánik člověka, konec jeho fyzické existence. (Vokurka et al., 2000, s. 408)

Podobně definuje smrt Janáčková: „*Smrt je z biologického a lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu spojené s nezvratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují.*“ Je to tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. „*Smrt je stav organismu po ukončení života.*“ (Janáčková, 2008, s. 61)

Lze rozlišit smrt náhlou, rychlou a pomalou. Náhlá smrt je nejčastěji spojována s tragickou událostí, jako je například smrt při autonehodě. Pojem rychlá smrt označuje nemoc s velmi rychlým průběhem, která je příčinou smrti, například smrt následkem infarktu myokardu. V každém případě ale vždy zaskočí a to nejen samotného umírajícího, ale i jeho blízké. Pomalá smrt, smrt avizovaná se v určitém, relativně dlouhém čase ohlašuje prostřednictvím stupňujících se obtíží. Umírající slábne a jeho okolí má čas připravit se na ztrátu. Lze také rozlišovat smrt dle toho, ve kterém věku přichází. Rozlišujeme smrt předčasnou nebo přiměřenou, která je označována jako smrt v „požehnaném věku“. (Haškovcová, 2007, s. 89-90)

Smrt konstatuje lékař, nebylo tomu tak ale vždy. V dřívějších dobách byla smrt určována pouze na základě předchozí zkušenosti se smrtí. Byla konstatována, ustalo-li dýchání a srdeční činnost a objevily se další posmrtné znaky - ztuhlost, posmrtné skvrny, vrcholící rozkladem celého těla. „*Když přestalo bít srdce, když se zastavil krevní oběh a člověk přestal dýchat, bylo zřejmé, že je mrtvý.*“ (Munzarová, 2002, s. 14; Virt, 2000, s. 57)

2.2 SMYSL ŽIVOTA A SMRTI

Otázkou smyslu života a smrti se lidé zabývají odnepaměti. Je to jedna z nejzákladnějších a nejtěžších otázek, které si klademe. Smrt patří neoddělitelně k životu. Nečiní život nesmyslným, naopak umožňuje nám dát životu smysl, využít „přidělený“ čas smysluplně.

Rakouský lékař s českými kořeny Viktor Emanuel Frankl⁵ se zabýval otázkou smyslu života. Vycházel z předpokladu, že člověk je bytost, která hledá smysl. V průběhu 2. světové války byl vězněn nacisty v několika koncentračních táborech. Pozorováním každodenního života a psychiky vězňů zjistil, že někteří z vězňů čelí útrapám koncentračního tábora lépe než jiní. Na základě sledování těchto odolnějších jedinců došel k závěru, že tajemství snáže se vyrovnat s otřesnými životními podmínkami tkví ve smysluplnosti života. Podle Frankla smysl života nelze do situace vložit, musí být hledán. Svá tvrzení zakládá na předpokladu, že v každé situaci je nějaký smysl přítomen, a úkolem člověka, jemuž i smysl života není dán, je ho nalézt. „*Smysl nemůže být dán, nýbrž musí být nalezen.*“ (Frankl, 1994, s. 18) Stejně jako se člověk mění, mění i smysl jeho života. Mění se, ale nikdy nemizí. Podle Frankla lze najít smysl života třemi odlišnými způsoby:

- vytvořením díla, vykonáním činu, prací, která přesahuje nás samotné a je prožívána; vše obsahuje nějaký smysl,
- prožitím hodnoty, hlubokého zážitku, který člověka obohacuje a povznáší; největší hodnotou je láska,
- utrpením, které pomáhá člověku vyrůst a dozrát; ve schopnosti člověk proměnit utrpení ve své morální vítězství. „To je právě tajemství bezpodmínečné smysluplnosti života: že člověk je právě v mezních situacích vyzýván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen.“ (Frankl, 1994, s. 167)

2.2.1 Fenomén smrti a umírání

Otázkami umírání se zabývá nejen thanatologie⁶ - interdisciplinární vědní obor zabývající se smrtí a fenomény s ní spojené, ale také eschatologie⁷ - teologická disciplína

⁵ Viktor Emanuel Frankl (1905- 1997) rakouský lékař židovského původu, neurolog a psychiatr, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie

⁶ Název odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti Thanata. Thanatos (latinsky Mors) je znázorňován jako černými křídly okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Přicházel si pro smrtelníky, když vypršel jejich čas určený osudem, a odnášel je do podsvětí, kde je odevzdával Hádrovi. Dvakrát se

zabývající se posledními otázkami člověka. Každá s cílem pomoci, i když každá z trochu jiného úhlu. Obsah oboru thanatologie zasahuje do mnoha oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. (Haškovcová, 2007, s. 178)

2.2.2 Postoj ke smrti, strach ze smrti

„Smrt. Tou nejzřejmější, nejsnáze představitelnou základní záležitostí je smrt. Teď existujeme, ale jednoho dne existovat přestaneme. Smrt přijde a není před ní úniku. Je to strašná pravda a my na ni reagujeme smrtelnou hrůzou. Klíčovým existenciálním konfliktem je napětí mezi vědomím nevyhnutelnosti smrti a přáním nadále existovat.“ (Yalom, 2006, s. 16)

Frankl ve své autobiografii popisuje moment, kdy jej ve věku asi čtyř let před usnutím vyděsila myšlenka, že jednou musí i on zemřít. *„Ale strach ze smrti mne vlastně nikdy v životě netížil; tížilo mne jen jedno: otázka, zda pomíjivost života nezničí jeho smysl. A odpověď na tuto otázku, k níž jsem se posléze probojoval, byla tato: Z mnoha hledisek teprve smrt činí život vůbec smysluplným. Především však nemůže pomíjivost ukončit smysl bytí z toho prostého důvodu, že v minulosti se nemůže nic nenávratně ztratit, spíše vše zůstává trvale uchováno. Minulost je tedy dokonce uchráněna a zachráněna před pomíjivostí. Cokoli jsme vykonali a vytvořili, cokoli jsme prožili a zakusili – to jsme zachránili jako minulost, a nic a nikdo už to nemůže odstranit ze světa.“* (Frankl, 1997, s. 10)

Fakt konečnosti si lidé uvědomovali vždy. Současný člověk se setkává se smrtí poměrně často. Denně média ukazují smrt v různých podobách, je to však smrt zprostředkovaná, vzdálená. Tuto smrt bereme na vědomí, ale nijak se nás nedotýká, prostě jen víme, že patří k životu. Jsme rádi, že se netýká nás samotných, vytěšňujeme ji. Změna nastává až v případě, že zemře někdo z našich blízkých. Najednou si nevíme rady, jsme zaskočení v nepřipravenosti a nevíme jak se chovat. Na tuto situaci nelze speciálně připravit.

povedlo smrtelníkům na Thanata vyvrát. Jednou se Héraklés ukryl za hrobku, kde měla být pohřbena Alkéstis, a když si pro ni Thanatos přišel, v urputném zápase ho přemohl a vymohl si na něm slib, že vrátí Alkéstidě život. Podruhé ho oklamal Sisyfos, který dokonce osvobodil na přechodnou dobu lidstvo od břemene smrti.

⁷ Z řeckého eschatos, „poslední“; gos, „slovo, nauka

Vztah člověka ke smrti se vyvíjí, stejně jako každý jiný vztah. Utváření tohoto vztahu začíná už ve velmi raném věku a je ovlivněn mnoha okolnostmi – příklad okolí, rodičů a prarodičů, setkávání se smrtí, zda je setkání reálné nebo zprostředkované. Zasáhne-li nás smrt někoho blízkého, máme možnost si skutečnost smrti uvědomit a zaujmout k ní nějaký postoj, rodiče jsou zde velkým vzorem. Dítě na smrt myslí, „*smrti se bojí, je zvědavé, v souvislosti se smrtí zaznamenává vjemy, které s ním zůstávají celý život, a staví si proti smrti čarovné obrany*“ (Marková, 2010, s. 29)

Každá smrt znamená loučení, loučení se vším, co měl člověk rád, se všemi, které měl rád. I v minulosti se lidé smrti báli, báli se ale jinak. „*Oni prostě odcházeli z tohoto slzavého údolí s přesvědčením, že je už »nic horšího« nemůže potkat.*“ Smrt byla přijímána s pokorou a smířením. Relativní útěchou byla všeobecně sdílená víra v lepší posmrtný život. (Haškovcová, 2007, s. 23-24)

2.2.3 Fenomén tabuizované smrti

Smrt je tématem, které se týká každého z nás bez rozdílu, přestože se mu často snažíme všemožně vyhýbat a dělat, že se nás netýká. Celé generace byly srozuměny se smrtí, smrt byla v centru života, tak jako v centru vesnice hřbitov. Smrt byla členem rodiny. Dnes je středem zájmu honba za štěstím, úspěchem, majetkem a mocí. Ve „slušné“ společnosti není vhodné o smrti hovořit. Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho, šťastně a pokud možno úspěšně. Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou a zázračnou medicínu. Často je pak smrt v tomto ohledu posuzována jako zbytečná, předčasná a nespravedlivá. Na smrt je pohlíženo jako nutný, ale nepatřičný fenomén. Každý dospělý člověk připouští fakt, že jednou bude muset z tohoto světa odejít. Nikdo zatím neobjevil elixír mládí a věčného života, tak alespoň toužíme po tom, aby smrt nastala na konci plodné a dlouhé životní cesty a nejlépe rychle a bezbolestně. Smrt je povětšinou vnímána jako prohra. Je pokládána za selhání techniky i medicíny, jako něco, co se do dnešního technicky vyspělého, mládím, krásou a úspěchem posedlého, světa nehodí. (Haškovcová, 2007, s. 22-23)

Většina dnešní populace redukuje své pojetí smrti na intenzivní subjektivní pocit strachu z konečna, prázdnoty a nejistoty. Etnografové, psychologové, filozofové se shodují v tom, že základem je strach ze smrti. Lékaři, zdravotníci obecně, se v poslední době více zajímají o problematiku umírání a smrti. Důvodem je především nejistota, jak se chovat vůči umírajícím. (Kelnarová, 2007, s. 26-27)

V západním světě byl zahájen proces postupné detabuizace problematiky umírání a smrti zhruba počátkem sedmdesátých let. U nás přetrvávala snaha odstranit umírání a smrt z očí veřejnosti až do sametové revoluce. Poté dochází i u nás uvolnění a k zvýšenému a otevřenému zájmu o tuto složitou a naléhavou problematiku. Nejvíce diskutovanými tématy jsou etické problémy umírání, dystanazie a eutanazie. (Haškovcová, 1994, s. 170-180)

2.2.4 Umírání a smrt v historii

V historickém kontextu můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána různě, například jako předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a životem věčným. V jistém smyslu bylo samozřejmější zemřít než žít. Celá pokolení byla srozuměna se smrtí. Lidé se v průběhu svého nedlouhého života se smrtí stále setkávali, učili se umírat pozorováním smrti v okolí. Smrt byla běžnou součástí života, byla viditelná. Umíralo se nejen doma, ale často na veřejných prostranstvích, v bídě, špíně o hladu a bez jakékoli pomoci či útěchy. Umírání bylo relativně krátké a nebylo prodloužováno léčebnými zásahy. „*Lidé krátce stonali a rychle umírali.*“ Pouze mocní a bohatí měli jistou výsadu v podobě lékaře u svého lůžka. Nemajetní lidé umírali po staletí v neutěšených podmínkách a často v bolestech, které se zmírňovaly pouze lidovými postupy. (Haškovcová, 2007, s. 24; Kelnarová, 2007, s. 15)

Ještě koncem 19. století bylo běžné umírat doma. Také tzv. přirozená smrt, označovaná jako sešlost věkem, byla častější. Ti šťastnější, kteří měli rodinu, neumírali opuštěni. Postarat se o své staré a umírající bylo přirozené. O umírajícího se starala rodina, měl kolem sebe své blízké a známé. Umírání bylo sociálním aktem, kde každý, včetně umírajícího, měl svou roli. Umírající byl ve svém prostředí, kde zpravidla prožil podstatnou část života. Každý člen rodiny se v průběhu života opakovaně setkal s umíráním a smrtí, věděl, jak vypadá smrt z blízka. Díky tomu lidé věděli o umírání mnoho a uměli umírajícímu pomoci jednoduchými ošetrovatelskými úkony. Důležitá byla přítomnost blízkých, vlídnost a útěcha. V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. S dostupností lékařské péče a rozvojem medicíny se jak začátek lidského života, tak také jeho konec přesunul do institucí. V současnosti je smrt zpravidla konečným stadiem patologického procesu - nemoci, označovaná jako tzv. lékařská smrt. Samo označení napovídá, že smrt nastává v důsledku

nemoci za podpory lékařské vědy ve zdravotnické instituci. (Haškovcová, 2007, s. 26-31, s. 89–90; Kelnarová, 2007, s. 24-25)

Institucionální model umírání

S dostupností lékařské péče a rozvojem medicíny se jak začátek lidského života, tak také jeho konec přesunul do institucí, nejprve chorobinců, později nemocnic, léčeben a sociálních zařízení. To nejprve představovalo pro každého vážně nemocného a umírajícího zajištění čistého lůžka, tepla, výživy, základního hygienického zázemí a ošetrovatelské péče. Charakteristické byly velké pokoje s velkým počtem lůžek a nulovým soukromím. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být ušetřeni pohledu na umírajícího, vznikla praxe bílé plenty – zástěny. Postupem času se pokoje zmenšovaly a nastoupily tzv. pokoje pro umírající. Při uplatňování milosrdné lži⁸ umírající až s převozem do tohoto pokoje pochopil, že nastává konec. V pokoji pak umíral většinou v naprostém osamění. Vše dovršovalo přesvědčení, že umírající potřebuje přísný klid a pořádek. Rodina byla z péče o své blízké vyloučena. A tak je těžce nemocný přesunut do nemocnice s vírou v zázraky medicíny, která zabrání smrti nebo alespoň zajistí důstojný odchod ze života. Moderní člověk tak umírá sám v péči profesionálů.

„Smrt na nás při životě vrhá dlouhý stín, ale lidé v naší kultuře to ve své většině odmítají vzít na vědomí. Kráčíme vpřed, hledíme vstříc světlé budoucnosti, soustředíme se na zdraví a plnohodnotný život. Cvičíme, jíme vlákniny, víme přesně, kolik a jakého tuku sníme. Kontrolujeme se, jestli někde na svém těle nenahmatáme podezřelé boule. O smrti žertujeme, abychom ji oslabili, používáme smích, abychom se vymanili ze strachu. Když se ale potom smrt přiblíží, jsme zaskočení a máme pocit, že nejsme připravení vyrovnat se se situací, již stojíme tváří v tvář. Nevíme, co máme dělat a říkat, a tak se možná spíš stáhneme do pozadí a přenecháme vše profesionálům. V reflexivním uhýbání před připomínkou smrti se bezděčně odvracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují, a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti. Na společenské úrovni za to draze platíme a kulturně se ochuzujeme, neboť opomijíme nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním.“
(Byock, 2005, s. 13)

2.2.5 Uvědomování si blížícího se konce

Na blízkost neodvratného konce, blížící se smrt reaguje každý člověk svým způsobem:

- pasivní rezignací, netečností a nezájmem o cokoliv,

⁸ Pia fraus – milosrdná lež, dávání naděje k uzdravení při vědomí, že pacient umírá.

- smířením se a vyrovnáním, přijetím nevyhnutelného,
- únikem do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo,
- únikem do fantazie a úvah o nesmrtnosti,
- pozitivní kompenzací, snahou o dokončení rozdělaného díla,
- negativní forma kompenzace tj. např. propadnutí alkoholu, drogám, výstřelkům.

Umírání není jen loučení s tím, co jsme měli rádi. Obvykle znamená i konstatování, že to, co jsme dělali a oč jsme v životě usilovali, zůstává nedokončené. V historii je tato situace obrazně přirovnávána k příběhu oráče, který oral, ale nedokončil brázdu. Člověk má v životě obvykle celou řadu takových nedokončených úkolů, věcí, které nestihl prožít, dokončit nebo dokonce ani začít, i přesto, že chtěl. *„Tak je možné se domnívat, že všechny nedodělané činnosti, neuzavřené účty, nesplněné sliby apod. jsou mementem toho, že jednou budeme odvoláni od všech svých brázd, které nebudeme s to dokončit.“* (Křivohlavý, 2002, s. 155-157)

2.2.6 Proces umírání

Odborníci rozdělují proces umírání na tři období – pre finem, in finem a post finem.

Pre finem – období uvědomování si nemoci, pacient si uvědomuje, že je jeho nemoc vážná a smrtelná. Smrt je v této fázi vysoce pravděpodobná.

In finem – období samotného umírání. V tomto období může nastat u umírajícího euforie, poslední rozkvět sil, který je však vystřídán apatií a smrtelným kóma.

Post finem – období po smrti. Zahrnuje nejen péči o mrtvé tělo, ale také péči o pozůstalé.

Proces umírání je bolestná kapitola lidského života. Umírání většinou lépe zvládají lidé věřící. (Ulrichová, 2009, s. 57)

Americká lékařka E. Kübler-Rossová popsala na základě svých zkušeností s umírajícími pět základních fází prožívání procesu umírání. Jsou to fáze šoku, zloby a hněvu, smlouvání, deprese a žalu, akceptace pravdy a přijetí nemoci. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, ale ne vždy se dostávají v popsáném sledu. Mohou se měnit, střídát a některá fáze nemusí nastat vůbec. Fáze, které už proběhly, se mohou znovu objevit, některé se nemusí vyskytnout vůbec, jejich pořadí se může změnit. Průběh fází určuje hlavně druh a charakter onemocnění. Těmito fázemi prochází nejen pacient, ale i jeho blízcí.

Fáze **šoku**, která nastává při sdělení diagnózy. Nemocný reaguje zděšením, výkřikem, panikou, odmítá přijmout realitu, snaží se nemoc odehnat, popírá hrozbu pro něj nepřijatelné skutečnosti.

Fáze **zloby**, vzpoury a agrese, v této fázi ztrácí pacient reálný pohled na situaci, obviňuje okolí, bouří se proti tomu, co se děje.

Fáze **smlouvání**, vyjednávání, ve které se nemocný snaží smlouvat se životem a smrtí, slibuje, je ochotný dát cokoli za uzdravení. Tato fáze je kratší než ostatní.

Fáze **deprese**, smutku, kdy ustupuje zlost a nastupují pocity zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč.

Fáze **akceptace**, kdy nemocný přijímá svůj osud, vyjadřuje souhlas s neměnným děním, do jisté míry nastupuje rezignace a únava. (Křivohlavý, 2002, s. 155; Kübler-Ross, 1973)

2.2.7 Statistický pohled na umírání

Od roku 2007 Český statistický úřad sleduje nejen příčiny úmrtí, ale také údaje o místě úmrtí. Dle statistik v roce 2008 zemřelo 75 % osob v léčebném či sociálním zařízení (tzv. institucionalizovaná smrt) a pouze 20 % osob zemřelo doma. V roce 2010 se procento osob zemřelých v léčebném či sociálním zařízení změnilo o jediné procento (74 %) a to na úkor zemřelých na jiném místě tj. při převozu, na veřejném místě. Procento osob zemřelých doma (20 %) se nezměnilo.

Statistické údaje ovšem neříkají nic o tom, jak dlouhou dobu pacient v místě před úmrtím strávil. Někdy jsou to hodiny, jindy dlouhé měsíce. Dochází také ke zkreslení statistik tím, že obyvatelé sociálních zařízení mají v těchto zařízení trvalé bydliště. Při úmrtí je pak lékařem konstatujícím smrt do „listu o prohlídce mrtvého“ uvedeno místo úmrtí „doma“. Nelze proto jednoznačně říci, že místem, kde lidé nejčastěji umírají a nakonec i zemřou, je instituce a také ani to, že doma se umírá jen ve 20 %. (Zemřelí, 2011)

3 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER

3.1 SESTRA A JEJÍ PROFESE

Vývoj ošetrovatelství a s ním spojené povolání sestry prodělalo dlouhou cestu. Prvotně se role sestry formovala na půdě charitativních institucí, středověkých hospitálů, kdy k ošetřování nemocných vedly především náboženské pohnutky, a charakter péče nevyžadoval odbornou přípravu pečovatelek. V druhé polovině 19. století proniká do špitálů lékařská věda, čímž je dán základ ke vzniku novodobé profese sestry. Lékař potřeboval ke své práci pomocníka schopného odborné komunikace a jednání při péči o pacienty. (Bártlová, 1996, s. 90)

V minulosti byla sestra vnímána spíše jako pouhý vykonavatel příkazu lékaře, v posledních letech se však role sestry významným způsobem změnila. Sestra se stala partnerkou a pomocníkem, a to jak lékaře, tak i pacienta. Sesterská profese se vyvinula z nekvalifikovaných ošetrovatelek až k dnešní moderní a vzdělané sestře mající nezastupitelné místo v ošetrovatelské péči. Dnes již sestra není pouze poskytovatelkou základní péče, jak tomu bylo v historii. Kvalifikovaná sestra nečeká na pokyny, vyžaduje se od ní, aby posuzovala, předvíдалa, hodnotila stav pacientů a reagovala tak, aby péče o nemocného byla maximálně účinná a koordinovaná.

Ošetrovatelská profese a povolání zdravotní sestry je velmi specifická a náročná činnost. Ošetrovatelství je nejen mimořádně náročné povolání, ale také radostné poslání, ve kterém se spojují odborné znalosti a praktické dovednosti s ochotou pomáhat druhým lidem a s láskou k bližnímu. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky v oblasti morální, charakterové, a to nejen na poli profesním, ale i osobním. Nové trendy ve zdravotnictví vyžadují nové přístupy, vědomosti a dovednosti zdravotníků, ale i nový pohled na profesi všeobecné sestry a její profesní image. Povolání všeobecných sester má dnes mezi jednotlivými profesemi výjimečné postavení. (Zacharová, Gulášová, 2010)

V letošním roce proběhl rozsáhlý výzkum organizovaný Centrem pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky, s výzkumným vzorkem v počtu 1006 respondentů ve věku od 15 let. Profese zdravotní sestry se umístila na 3. místě žebříčku z 26 nabízených profesí, za povoláním lékaře a vědce. Nově zařazené povolání zdravotní sestry v tomto výzkumu odsunulo vysokoškolského pedagoga a učitele základní školy. (Kůt, 2011, s. 1)

3.1.1 Náplň práce sestry

Všeobecná sestra je dnes uznávanou odbornicí v oblasti svého samostatného působení, má povinnost iniciovat a podporovat činnosti, jež napomáhají upevňovat zdraví a uspokojovat sociální potřeby jednotlivce i celé společnosti. Náplň činnosti práce sestry stanovuje MZ ČR a podrobněji bývá rozpracována zaměstnavatelem konkrétního zdravotnického zařízení. Všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelskou péči v rozsahu vymezeném zákonem. Profese zdravotní sestry je tedy podřízena zákonným a podzákonným normám, které se týkají oprávnění k výkonu povolání, vzdělání a dalšího vzdělávání a také odborné náplně práce.

Sesterské činnosti lze rozdělit z hlediska obsahu:

Základní ošetrovatelská péče zahrnuje činnosti zaměřené na identifikaci a plánované uspokojování základních potřeb nemocného, které mohou být v důsledku nemoci pozmeněny, nebo nemocný není schopen si je zajistit vlastními silami.

Diagnosticko-terapeutická činnost zahrnuje všechny úkony týkající se sledování stavu a léčení nemocného a s tím spojené úkony. Do této skupiny spadají odběry biologického materiálu a činnosti spojené s přípravou a provedením různých vyšetření včetně sledování pacienta a jeho ošetření před, během a po vyšetření.

Psychosociální činnost je nezbytná pro ošetrovatelskou diagnostiku a pro spolupráci s pacientem a jeho rodinou na sestavování a realizaci ošetrovatelského plánu. Zahrnuje různé formy komunikace, poskytování informací a instrukcí, edukační práce, ochranu oprávněných zájmů pacienta, pomoc při kontaktu a dorozumívání s okolím apod.

Administrativní práce zahrnuje vedení ošetrovatelské dokumentace, záznamů o nemocném, vyplňování žádanek a hlášení a podobně. Je to činnost nezbytná, ale nesmí sestru odvádět od její hlavní povinnosti ošetrovat nemocné.

Přípravné a dokončovací práce zahrnuje činnosti spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a terapeutických výkonů, péče o pomůcky včetně jejich dekontaminace, doplňování materiálů a podobně. (Staňková, 2002, s. 13-14)

3.1.2 Role sestry

Zdravotní sestra – povolání, které patří „z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu mezi povolání velmi náročná.“ Hlavní náplň práce sestry tkví v ošetrovatelské péči o nemocné, postižené, osoby staré a nemohoucí. Objektem jejího

zájmu je nemocný člověk. Vydat se na profesní dráhu sestry znamená svobodně a dobrovolně se rozhodnout pro službu druhému člověku. Tato služba spočívá v poskytování podpory a pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Při své profesi sestra vstupuje do mnoha různorodých mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi. Dalšími vztahy jsou vztahy k lékařům, k nadřízeným, ke kolegům a jiným. Sestra také zastává mnoho profesních rolí: roli ošetřovatelky, důvěrnice, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, obhájkyně a advokátky, manažerky, výzkumnice, nositelky změn. (Kutnohorská, 2007, s. 21-22, Vitošová, 2007)

Od sestry se také očekává zvládnutí mnoha činností týkajících se přímo ošetřovatelské péče a odborné práce. Navíc se předpokládá manuální a technická zručnost při práci se zdravotnickými prostředky či zvládnutí administrativní agendy. Očekává se, že ovládá umění komunikace, je milá a empatická. Nikdo nepochybuje o tom, že unese veškerou zátěž se sesterskou profesí spojenou, vyrovná se s problémy jak pracovními, tak svými osobními, bude se chovat profesionálně a u toho všeho se bude mile usmívat a skvěle vypadat. O požadavcích na dokonalou sestru profesionálku by se dalo dlouze diskutovat. Obecně se od sestry očekává vysoká profesionalita a milý lidský přístup. Veškeré požadavky jsou vysoce náročné na osobnost sestry.

3.2 ZÁTĚŽ VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Pracovní zátěž je daná mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje, na straně druhé. V případě, že jsou obě dvě složky v rovnováze, je pracovní zátěž přiměřená.“
(Komačeková, 2009)

Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu než je tomu u jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybování, pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění. Je častým důvodem, proč zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví. (Bartošíková, 2006, s. 10)

Práce zdravotních sester patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska nejrizikovějším. Dle statistických údajů zaujímá zdravotnictví ve většině zemí první příčky nemocí z povolání, předstihuje i stavebnictví a hutní průmysl a v České republice, dle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky zdravotnictví, jednoznačně vede. Drtivou většinu postižených tvoří ženy.

Vzhledem k různorodosti zátěží v profesi (fyzická i psychická zátěž, riziko infekce) se dopady na zdraví posuzují obtížně. Mnohá rizika ve zdravotnictví působí dlouhodobě a skrytě. (Bartošíková, 2006, s. 10)

3.2.1 Zátěž v práci sestry

Povolání zdravotní sestry je všeobecně hodnoceno jako velice náročné psychicky i fyzicky. Sestra se v průběhu jedné směny setká s mnoha stresovými situacemi, které při nedostatečné kompenzaci pozitivními faktory vedou k psychickému a fyzickému zatížení, později ke vzniku pracovního stresu. Zátěž je dána nejen náročností pracovních činností, které vyplývají z povinností a kompetencí sestry, ale i z náročnosti péče o pacienty s rozdílnými diagnózami.

Sesterský personál je podřízen dvojím způsobem, tj. lékaři, dle medicínských řádů a pravidel a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Už sama tato vícenásobná podřízenost může být stresující.

Sestra pracuje s lidmi a mezi lidmi. Je obecným faktem, že není jednoduché s každým člověkem najít společnou řeč. Sestra s pacienty obvykle tráví více času než lékař a mnohdy se stává prostředníkem v komunikaci pacient lékař. Zdravotní sestry spoluvytváří atmosféru v procesu léčení, která může ovlivňovat nejen pacientovu spokojenost s léčbou, ale i proces uzdravení. (Bartošíková, 2006, s. 6-7)

Zátěžové faktory působící v práci sestry můžeme dělit do několika skupin:

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- statické zatížení (při práci a asistenci u lůžka, u výkonů),
- dynamické zatížení (přecházení, pochůzky mezi stanicemi),
- zatížení páteře (veškerá manipulace s pacienty, úpravy lůžka),
- zatížení svalového a kloubního systému,
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, zápach, deformity, vyrážky),
- rizika infekce,
- narušení spánkového rytmu při směnování,
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami,
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření.

Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi,
- nároky na paměť,
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny,
- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce,
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel,
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací,
- nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce,
- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech,
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci,
- zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí),

- působení bolesti druhým lidem,
- otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin,
- provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor,
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích,
- komunikace s příbuznými pacientů,
- konflikt rolí,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- nároky na neustálé učení se a vzdělávání. (Bartošíková, 2006, s. 10 - 12)

Většina těchto zátěží je na zdravotnických pracovištích přítomna stále, vyplývají z charakteru práce a nedají se odstranit. Některé zátěžové faktory odstranit lze, nebo je lze alespoň zmírnit. Jsou ale také pracoviště, kde se tomu děje naopak.

3.2.2 Specifika zátěže práce na geriatrických odděleních

Sestra je významným článkem v péči o seniory. Náplň práce sestry pracující s geriatrickými pacienty představují v hlavní míře výkony zaměřené na základní ošetrovatelskou péči a uspokojování potřeb pacienta. Geriatrický pacient je často značně pohybově omezen, nebo úplně imobilní, inkontinentní, trpí polymorbiditou. Fyzická náročnost práce s geriatrickými pacienty je tedy značná. U některých pacientů geriatrických oddělení jsou více či méně patrné psychické změny ve stáří, u některých jsou přítomny psychické poruchy charakteru psychiatrické nemoci, což zvyšuje nároky na psychiku sestry. Umírání a smrt pacientů je při této práci častější než na jiných odděleních, doprovázení umírajícího je pro sestry zátěžovou situací. Pacienti jsou často nespolupracující, komunikace a spolupráce s těmito pacienty klade zvýšené nároky na trpělivost a emoce sestry. Perspektiva zlepšení zdravotního stavu zde bývá často mizivá, což je mimořádně vyčerpávající, protože sestra nezažívá pozitivní zpětnou vazbu. Při zhoršení stavu pacienta či úmrtí pak nastupují pocity neužitečnosti, zbytečnosti a marné práce.

Sestry jsou každý den svědky obyčejných a šťastných lidských příběhů, ale také neštěstí a trápení. Setkávají se s bolestí, a utrpením. Bývají svědky samoty a opuštěnosti rodičů, ke kterým se neznají děti, neutišitelných bolestí. Křehkost a konečnost života se jim denně staví na odiv. Je proto nejen fyzicky, ale především psychicky náročné, zvládat práci

na podobných odděleních. Nedostatek personálu a z toho plynoucí neschopnost sestry „dopřát“ každému pacientovi o trošku víc obvyčné lidské pozornosti je velmi stresující.

Sestry v rámci své profese navazují s pacienty vztahy, do kterých investují mnoho energie. Na jedné straně se od nich vyžaduje, aby jejich péče byla lidská, na straně druhé jsou vedeny k tomu, aby si utvářely profesionální odstup.

Nedostatek zkušeného a dobře zapracovaného personálu, vysoká fyzická a psychická náročnost práce, nedocení společnosti stejně jako neodpovídající finanční ohodnocení mohou vést k psychickým problémům, chronické únavě a vyčerpání.

3.3 TEORIE STRESU

Pojmem **stres** lze označit soubor charakteristických fyziologických projevů, kterými organismus reaguje na různé zátěže. Z psychologického hlediska je takto označován stav nadměrného zatížení či ohrožení. (Vágnerová, 1999, s. 33)

Pojem stres poprvé použil kanadský lékař Hans Selye, který vyzoroval u lidí vystavovaných zátěžovým situacím podobné nespecifické příznaky (nechuť k jídlu, hubnutí, skleslost, ochablost svalů, únava). Tyto nespecifické změny biologického systému označil jako **obecný adaptační syndrom** (general adaptation syndrome - GAS). Je to vlastně reakce organismu na utrpěný a neochabující fyzikální (tělesný nebo hmotný) tlak.

Probíhá ve třech stádiích.

Poplachová reakce: doprovázená sníženou rezistencí, má dvě fáze – šok a protišoková reakce; aktivován je autonomní nervový systém, nastává mobilizace všech obranných možností organismu.

Stav zvýšené rezistence (odpor, odolnost), charakterizovaný úsilím udržet adaptaci; organismus se s přetrvávajícím stresem vyrovnává dostupnými prostředky, závisí jak na schopnostech člověka reagovat, tak na síle samotné zátěže.

Stav vyčerpání adaptační energie, stresor přetrvává, organismus už není schopen účinně reagovat, následuje celkové vyčerpání a organismus umírá, nebo je nevratně poškozen.

Stres tedy vzniká při porušení homeostázy a jeho charakteristickým znakem je proces adaptace k obnovení homeostázy. (Baštecká, Goldman, 2001, s. 241; Hladký et al., 1993, s. 10)

3.3.1 Stres a zátěž

„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dost silná.“ (Křivohlavý, 1994, s. 10)

Zátěž

Pojmem zátěž neboli stres obecně vymezuje stav duševní tísně, napětí a tlaku. Slovo stres se používá k vyjádření stavů napětí, tlaku a tísně. Stres lze definovat jako proces vznikající odpovědi organismu na nadměrné požadavky kladené na tělesné a duševní rezervy jedince. Je to vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Obě síly jsou subjektivně definovány, což znamená, že záleží na subjektivním hodnocení

konkrétní osoby. Co se jednomu zdá těžké či neúnosné, druhému se tak těžké zdát nemusí. Nesoulad mezi požadavky a schopnostmi jedince tyto požadavky zvládat je prožíván jako ohrožení rovnováhy organismu. Lidské tělo na takovou situaci okamžitě reaguje aktivací v oblasti hormonální, vegetativní a psychické. (Bártlová et al., 2008, s. 32; Křivohlavý, 1998, s. 27)

Eustres a distres

Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej označit za pozitivní či negativní. Rozlišujeme eustres a distres.

Eustres je kladně působící stres, příjemný, radostný a zvládnutelný. Může při něm také dojít k přetížení organismu, výsledkem je však zvládnutí situace a dodání pozitivní energie a posílení organismu.

Distres je stres nepříjemný, nadlimitní zátěž, která vede, při větší míře působení, k přetížení. Výsledkem je nezvládnutí adaptace a poškození. (Křivohlavý, 1994, s. 12; Venglářová et al., 2011, s. 49)

Frustrace a deprivace

Stres lze také chápat jako silnou frustraci.

Frustrace je stav zklamání, zmaření, kdy jedinec nemůže dosáhnout vytčeného cíle. Jde o chronické neuspokojení potřeb, které může mít i zdravotní následky.

Deprivace, strádání je stav dočasného neuspokojování potřeb, při kterém má jedinec nedostatek určitých podnětů ať už smyslových nebo citových.

Konflikt, střetnutí, neshoda, rozpor. Trvá-li příliš dlouho, stává se vážným v případě, že jej jedinec není schopen řešit a zahrnuje-li osobně důležitou oblast.

Trauma znamená úraz, poranění a to i v psychické rovině. Ztráta pocitu bezpečí a jistoty.

Krize je těžká životní situace, potíže. Je doprovázena úzkostí, zoufalstvím, beznadějí. Člověk se cítí bezradný, zoufalý, neschopný situaci zvládnout. Jeho uvažování se mění, hledá účelnější způsoby řešení. Může mít pozitivní význam ve smyslu rozvoje jedince. (Vágnerová, 1999, s. 32; Venglářová et al., 2011, s. 49)

3.3.2 Stresory a salutory

Faktory schopné vyvolat stres označujeme jako stresogenní faktory, stresory. **Stresor** je zatěžující, negativní faktor, vše, co jedinec vnímá nepříjemně, co ho, unavuje, vyčerpává, zatěžuje. Tato nepřiměřená zátěž vyvolává stres. Stresor vyvolává pocit ohrožení, strach, že se něco stane, pocit, že nad sebou ztrácíme kontrolu.

Salutory představují ochranné schopnosti, dovednosti, možnosti, sil a osobnostních zdrojů jedince umožňujících zvládat těžkosti ve formě stresu.

Je-li souhrnná síla stresorů větší nežli souhrnná síla salutorů, dochází ke stresu. Přesahuje-li tento nepoměr určitou zvládnutelnou hranici, hovoříme o distresu. Stres vnímán subjektivně a individuálně, proto jsou i reakce jedinců na stres různé. (Hladký, Židková, 1999, s. 9; Venglářová et al., 2011, s. 50)

Ministresory a makrostresory

Na člověka působí buď jeden stresor, nebo více stresorů různé intenzity. Důležitá je také délka působení stresoru v čase. Stresory mohou být malé ministresory nebo velké makrostresory, krátkodobě nebo dlouhodobě působící.

Ministresory nebo mikrostressory vyjadřují nízké až zanedbatelné faktory vyvolávající stres. Tyto faktory se sčítají. Není-li k dispozici žádná kladná kompenzační hodnota, mohou být nahromaděné ministresory zdrojem deprese.

Makrostresory tvoří druhou skupinu. Jsou to stresory velké a děsivé intenzity, přesahující určitou hranici, kterou jedinec není schopen zvládnout; překračují adaptabilitu organismu člověka a způsobují nezvládnutí nadměrné zátěže, při které dochází k poruše vlastního zdraví.

Krátkodobé stresory – působící krátce, jednorázově, například provádění resuscitace.

Dlouhodobé stresory – působí delší dobu, například chronická bolest. (Křivohlavý, 1994, s. 13; Venglářová et al., 2011, s. 51)

Rozdělení stresových faktorů:

Fyzikální – nedostatečné nebo nadměrné osvětlení, radiace, záření, hluk, vibrace.

Fyziologické – nedostatek pohybu, nevhodné stravování, směnný provoz – tj. potlačování biorytmu bdění a spánku, přetěžování páteře.

Chemické - působení škodlivých látek a jedů - ředění dezinfekčních prostředků, manipulace s cytostatiky aj.

Biologické – alergen, riziko infekce, manipulace s biologickým materiálem.

Emocionální - strach, úzkost, nenávisť, odpovědnost, zvýšená podrážděnost, přehnané obavy, odpovědnost za pacienty a podřízené.

Sociální – špatné interpersonální vztahy, neúcta, ponižování, devalvační chování, špatná komunikace, rivalita mezi personálem, nejasná kariéra, nedostatečná kvalifikace.

Traumatické – události jako rozvod, ztráta životního partnera, onemocnění. (Křivohlavý, 1994, s. 12; Venglářová et al., 2011, s. 52)

3.4 DRUHY ZÁTĚŽE (STRESU)

Definice zátěže je obecná, týká se jakéhokoliv druhu zátěže na člověka působící a ovlivňující tak jeho biologický, psychický i sociální systém. Jak zátěž přiměřená, tak nepřiměřená, ovlivňuje člověka po všech stránkách. Podle charakteru vnějších činitelů, vyvolávajících zátěžovou situaci a primárních reakcí lze rozlišit tři druhy zátěže. (Hladký, Židková, 1999, s. 8)

Biologická zátěž (stres) je vyvolána biologickými, chemickými nebo fyzikálními činiteli. Organismus primárně reaguje biologickou reakcí, psychická reakce se dostavuje až druhotně. V případě, že dojde k nadměrné zátěži, která je pro organismus těžká až neúnosná, dochází k biologickému stresu, který poškozuje zdraví jedince, může mít až fatální následky. Biologickou zátěž může představovat například setkávání se s infekcí, práce ve směnném provozu, působení dezinfekčních prostředků.

Fyzická zátěž (stres) je taková zátěž, kdy je aktivováno hlavně svalstvo, svalová činnost. Organismus je zde zdrojem energie. Působením na tento svalový aparát postupně dochází k ovlivňování dalších systémů v organismu. Je ovlivněna např. funkce srdce, dýchání a metabolismus. Nadměrné působení nadměrné fyzické zátěže, postupně vede k narušení tělesného systému, což se projevuje např. únavou svalů, bolestmi, poruchami srdečního rytmu, atd. a tím působí na psychiku člověka. Nadměrná zátěž se pak projevuje např. podrážděností, únavou, nespavostí, nesoustředěností.

Fyzickou zátěž lze rozdělit na:

dynamickou, tj. zátěž založená na stahu a relaxaci svalu střídající se v intervalu kratším než 3 sekundy, kritériem je energetický výdej.

statickou, střídání stahu a relaxace svalu je delší než 3 sekundy, sval nemění svou délku, ale roste jeho napětí, kritériem se stává podíl maximální síly kontrakce.

- zátěž působící nevhodnou pracovní polohou

Fyzickou zátěž představují výkony spojené s ošetrovatelskou činností a péčí o pacienty, například manipulace s imobilními pacienty, polohování, úprava lůžka.

Psychická zátěž (stres) – při této zátěži je primární proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky situací. Tělesná reakce se projevuje až jako druhotná. Psychickou zátěž (stres) rozdělujeme na:

senzorickou, tj. týkající se požadavků na periferní smyslové orgány a jim odpovídajících struktur CNS.

mentální, tj. vychází z nároků na příjem a zpracování informací, kladoucích nárok na pozornost, rozhodování, paměť, myšlení a představivost.

emoční, tj. vyplývá ze situací a požadavků, vyvolávajících afektivní (citovou) odezvu.

Psychickou zátěž například představují situace jako úmrtí pacienta či jeho smířování se s nemocí. (Hladký, Židková, 1999, s. 8)

3.4.1 Příznaky stresu

Hormonální, vegetativní, nervová i psychická aktivace organismu vede k příznakům stresu. Tyto příznaky lze rozdělit do tří skupin – behaviorální, psychické a somatické. Dochází k nim převážně vlivem chronického stresu.

Stres ovlivňuje negativně na každý systém v těle. V současnosti víme, že stres působí jako startér mnoha nemocí. Při dlouhodobém a neúměrném působení stresu vzniká somatických a psychických potíží. (Křivohlavý, 2010, s. 22-26)

Behaviorální příznaky

Tyto příznaky se objevují nejdříve. Jsou to příznaky, které se objevují v našem chování a jednání, při působení stresu. Je to nerozhodnost, zvýšená absence a pomalé uzdravování, sklon ke zvýšené osobní nevhodnosti a nepozornosti, zhoršená kvalita práce, vyhýbání se odpovědnosti, zvýšená konzumace alkoholu, nadužívání tablet na uklidnění a léků na spaní, zvýšená intenzita kouření, ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání, změněný denní rytmus – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a následně pozdní vstávání s pocitem velké únavy.

Psychické potíže navozené stresem

Vlivem působení stresu dochází také ke změnám psychickým. Jsou to především prudké a výrazné změny nálad, zvýšená podrážděnost, nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění a zapamatování si. Nadměrné trápení s maličkostmi, neschopnost projevit emoce a sympatie k druhým lidem, nadměrné starosti o svůj zdravotní stav a fyzický

vzhled, omezení kontaktu s druhými lidmi a nadměrné snění. U jedinců, kteří dlouhodobě prožívají stres, dochází často ke vzniku depresí či úzkostí. V případě zdravotních sester se pak může objevit i známý syndrom vyhoření.

Somatické potíže navozené stresem

Somatické potíže navozené stresem mohou být různého charakteru. Stres ovlivňuje svým působením všechny orgánové soustavy lidského těla. Zahrnují bušení srdce, bolest a sevření za hrudní kostí, průjem, nechutenství a plynatost, křečové a svíravé bolesti břicha, u žen změny menstruačního cyklu, poruchy v sexuální oblasti, zažívací obtíže, časté nucení na močení. Dále jsou to například úporné bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí, dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod. (Bartlová et al., 2008, s. 32-33; Křivohlavý, 1994, s. 29-31; Venglářová et al., 2011, s. 53-54)

3.5 ZVLÁDÁNÍ A PREVENCE STRESU

Při zvládání stresu jde o to, co děláme, jak se chováme, jak jednáme, pro kterou činnost se rozhodneme, když se dostaneme do stresové situace. Cílem tohoto chování mohou být různé, například snížení úrovně stresoru, zachování si emocionálního klidu a duševní rovnováhy, zachování si tváře a pozitivního obrazu sama sebe, zlepšení podmínek, odpočinek a relaxace.

3.5.1 Strategie pro zvládání stresu

Ocitneme-li se v ohrožující situaci, reagujeme dvojitým způsobem. Buď bojem, nebo útokem. Pokud budeme bojovat, strategii boje můžeme rozdělit na dva druhy, strategie **defenzivní** - obranná, a strategie ofenzivní - útočná. **Ofenzivní** strategii dále dělíme na primární, která vychází z vlastní iniciativy útočníka, to znamená, že nečeká na útok, ale útočí první. A sekundární, kdy odpovídá na útok útočníka svým útokem. (Křivohlavý, 2010, s. 27-30)

3.5.2 Adaptace a coping

Tyto termíny označují připravenost, odhodlání k boji, či těžké zkoušce. **Adaptace** je proces zvládání obvyklé a běžné zátěže s dobrou tolerancí organismu. Adaptaci dáváme do souvislosti s aktivitou člověka, jde o zátěž sice těžkou, ale člověkem zvládnutelnou, zátěž pro organismus v přijatelných mezích.

Coping, počeštěně „*koupink*“, slovo bylo přejato z angličtiny a znamená zvládání. Termín se stejně jako adaptace vztahuje k aktivitě. V tomto případě jde o nadlimitní zátěž. Coping je zvládání mimořádně silné a mimořádně dlouhé zátěže. Jde o překročení únosné hranice. Výsledky zvládání můžeme vyjadřovat různými termíny, vždy záleží na tom, jak moc úspěšný organismus ve zvládání zátěže byl. Je-li situace zvládnuta, používá se termín „control“ - ovládnutí. Podaří-li se problém dostat pod kontrolu a tak zvládnout situaci, používá se termín „řízený management.“ Výsledkem tohoto děje je buď, přizpůsobení - „adjustace“, nebo vyrovnání - „kompenzace.“ V opačném případě hovoříme o „dekompenzaci“ - nevyrovnání, nebo „maladaptaci“ - selhání snah o zvládnutí, nebo přizpůsobení si podmínek, s kterými jsme se vyrovnávali. Nejhorším případem je „malcoping“ či „miscoping“, vyjadřující nezvládnutí situace, prohru. (Křivohlavý, 1994, s. 39-41; Venglářová et al., 2011, s. 59)

3.6 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ (STRES)

Pracovní zátěž je zvláštní kategorie zátěže a stresu působící na člověka. Jak název napovídá, vztahuje se k pracovním podmínkám a požadavkům na práci. Vždy jde o komplex zátěže tělesné a duševní. Při některých pracovních aktivitách dominuje činnost fyzická, tj. práce svalová, spojená s výdejem energie, při jiných činnostech dominuje složka duševní, spojená s příjmem a zpracováním informací. (Hladký, Židková, 1999, s. 9)

Pracovní zátěž lze dělit na přiměřenou a nepřiměřenou:

Přiměřená pracovní zátěž je taková zátěž, takové podmínky a požadavky, které je jedinec schopen zvládnout za použití svých adaptačních schopností. Nehrozí poškození zdraví.

Nepřiměřená pracovní zátěž je zátěž, která svými nároky a požadavky už může způsobit zdravotní obtíže. Nepřiměřenou pracovní zátěž nazýváme pracovním stresem.

Pracovní stres lze dělit ve smyslu podtížení, monotonie, jednostranná zátěže a ve smyslu přetížení a nadměrná zátěže. Přetížení dále dělit na kvalitativní, přetížení z vysoké pracovní náročnosti či obtížnosti pracovních úkolů a kvantitativní, tj. přetížení z množství, nahromadění úkolů či informací.

Pracovní zátěž je spojena s bezprostředními projevy v oblasti psychické, fyziologické a v chování jedince. V psychické oblasti je o krátkodobé stavy rozladění, únavy a únavě podobné stavy, emoční a náladové stavy. Ve fyziologické oblasti jsou to pocity tělesného diskomfortu, bolestí a lokálních potíží (např. záda, oči, hlava). V behaviorální oblasti jsou to například poruchy kognitivních funkcí, výpadky pozornosti, chybování, pokles výkonu. (Hladký, Židková, 1999, s. 9)

3.6.1 Stres u zdravotníků

Pro zjištění stresu u zdravotníků je určena řada dotazníkových technik například:

Inventář činnosti zdravotních sester – Zautra et al.

Klasifikace stresových událostí u zdravotních sester – Parkesová.

Index stresu a škály zdrojů stresu u zdravotních sester – Hrris.

Škály potíží zdravotních sester a škály náročnosti jejich práce – Janman et al.

Inventář pracovního stresu pro sestry a jiné zdravotnické pracovníky – Revicki et al.

U nás se sledování zátěže zdravotnického personálu dlouhodobě zabývá Zdeňka Židková, která využívá například dotazník pro zjišťování neuroticismu N5, Meistreův dotazník hodnocení pracovní zátěže, Grandjeanovu škálu psychické únavy, dotazník subjektivních pocitů únavy a BO dotazník k identifikaci syndromu vyhoření. (Hladký, 1993, s. 77)

3.7 SYNDROM VYHOŘENÍ

Sesterská profese je velmi vyčerpávající, zatěžující a náročná zároveň, protože je založena na vztahu dvou lidí - pacienta a sestry. Při této práci jsou sestry vystaveny mnoha zátěžovým situacím, kdy může dojít k nahromadění faktorů vedoucích ke vzniku syndromu vyhoření. „*Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců.*“ (Venglářová, 2007, s. 80-84)

Sestry bývají vystaveny zatěžujícím situacím jak ze strany klientů, tak i ze strany příbuzných. Významnou roli zde hraje i obava z kritiky, selhání, strach o zaměstnání. Sestra trpící syndromem vyhoření je hrozbou pro klienta, neboť z důvodu svého vyčerpání, může svým nevhodným chováním seniora v různých směrech omezovat a může to vyústit až projevem diskriminačním. Proto je velmi důležité, aby se předcházelo vzniku syndromu vyhoření všemi možnými způsoby.

Pojem syndrom vyhoření (burn-out syndrome) byl poprvé publikován ve Spojených státech amerických v letech 1974 - 1975. Samotný jev byl v té době dobře znám. Postupem času se syndrom vyhoření stal jednou z nejkoumanějších oblastí dopadu pracovního stresu na psychiku člověka. Tento fenomén byl různě definován, ale dodnes není jeho chápání přesně vymezeno. V současné psychologické literatuře převládá pojetí tohoto fenoménu ve smyslu psychického stavu vyčerpání, které je důsledkem chronických stresových podmínek.

Příčiny vzniku je třeba hledat v osobnostních charakteristikách jedince a v konkrétních pracovních podmínkách. Syndrom může být spojen s upřednostňováním potřeb ostatních lidí před potřebami vlastními, nízká frustrační tolerance a malá schopnost odpočívat. Tento syndrom se objevuje v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením, mezi něž profese zdravotních sester bezesporu patří. Vysoce zatěžující je zejména péče o pacienty s infaustní prognózou, péče o chronicky nemocné, péče o depresivní pacienty, léčba závislostí, gerontopsychiatrická péče, práce v krizových centrech a psychoterapeutických odděleních. (Bartošíková, 2006, s. 20-21)

Křivohlavý uvádí popis syndromu jako jevu subjektivně prožívaného, jako stav fyzického, citového (emociálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým vystavením situacím, které jsou emocionálně mimořádně náročné. (Křivohlavý 2003, s. 113-114)

3.7.1 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Rizikové faktory osobnostní:

Nevyzrálá osobnost a neschopnost se orientovat v problému. Konflikt rolí (konflikt mezi pečováním o vlastní a cizí), pocit bezmocnosti (u umírajících a nevléčitelně nemocných), časový stres, vysoká zodpovědnost, nepřetržitý kontakt s nemocnými, pocit nabouraného (volného času).

Nejvíce jsou ohroženi:

- lidé pracovití, důslední, ti, kteří se obětují pro druhé a neumí říci NE,
- ti, kterým jde o dobrou práci,
- lidé s nadšením pro svou práci,
- lidé plní energie a příliš usilovně pracující,
- ti, kteří se museli mnohého vzdát pro svou práci,
- lidé, kteří neúspěch prožívají jako osobní porážku,
- ti, kteří mají minimální zájmy mimo práci,
- ti, kteří se domnívají, že jsou nepostradatelní,
- ti, kteří netuší, že jsou ohroženi vyhořením.

Rizikové faktory pracoviště:

- nedostatečné ocenění a uznání práce,
- nevhodné chování nadřízených,
- špatné vztahy na pracovišti,
- přetížení v důsledku nedostatku personálu,
- práce v nefungujícím kolektivu,
- nevyhovující pracovní podmínky,
- špatná organizace práce,

- málo svobody k rozhodování,
- přepracování,
- nadměrná emocionální zátěž,
- přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetenci.

(Venglářová et al., 2011, s. 26-28)

3.7.2 Stádia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má několik stupňů, z nichž každý zasahuje do určité oblasti života, na počátku bývá emoční vyhoření, může docházet k psychickému vyhoření a ztrátě inspirace. Nakonec dochází k fyzickému vyčerpání, které může přejít do psychosomatického onemocnění. Jde o následek dlouhodobě potlačovaného stresu a přirozených obranných reakcí, jako jsou zlost, pláč, strach a hněv. Syndrom je popisován jako neustále se vyvíjející proces, který jednotliví autoři člení do různých fází.

Členění Kraska-Lüdecke:

Nadšení – v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování, jasný cíl, kvalita práce, smysluplnost.

Stagnace - počáteční nadšení upadá, jedinec slevuje ze svých cílů a ideálů.

Frustrace – jedinec se začíná zajímat o otázky efektivity a smyslu své práce, objevuje se tunelové vidění, to jest zaměření jen na svou práci a nezáměr o jiné věci. Jedinec se cítí osamělý se svými problémy, nastává velká deziluze a zklamání.

Apatie – jedinec vnímá svou práci jen jako zdroj obživy, dělá jen to nejnnutnější, vyhýbá se komunikaci a pracovní aktivitě. Může se vyskytnout i pocit bezmoci a beznaděje označovaný jako HH syndrom.

Vyhoření – dochází k vyčerpání, negativismu, lhostejnosti a naprostému vyhýbání se profesním požadavkům a kontaktu s lidmi.

Některé fáze mohou být na člověku více patrné, jiné nevýrazné. Syndrom vyhoření může přerůst až v profesionální deformaci, která se u zdravotníků vyznačuje citovou otupělostí vůči nemocnému a jeho osudu. (Venglářová et al., 2011, s. 29-30)

3.7.3 Hlavní projevy syndromu vyhoření

Projevy symptomů jsou spíše v rovině psychické a emocionální, na první pohled nejsou patrné, až konečná stadia se projevují viditelným snížením pracovního výkonu.

Psychické projevy:

ztráta schopnosti radovat se a těšit se ze života, ztráta empatie, emocionální problémy – rozmrzenost, výbušnost, netrpělivost, nervozita, změny nálad, ztráta profesionálního nadšení a pocitů zodpovědnosti, výrazně pesimistický pohled do budoucnosti.

(Venglářová et al., 2011, s. 30-31)

Tělesné projevy:

Únava, vyčerpání, neschopnost si odpočinout, bolesti hlavy, bolesti při pohybu, zažívací obtíže, nechutenství, přejídání se, nadužívání léků, alkoholu, drog. Zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním.

Sociální projevy:

Negativní postoje k sobě samému, k práci, k instituci, ke společnosti a životu vůbec. Cynismus, bezohlednost, ironie, nezájem o okolí (pacienty). Pasivní agrese ve vztahu k blízkým, kolegům i nadřízeným. Nekolegiální jednání, konflikty v zaměstnání i v rodině. Ztráta přátel, omezení sociálních kontaktů, omezení a ztráta zájmů.

Stav vyhoření je výsledkem souhry těchto hlavních důsledků:

- ztráta smyslu práce, nebo života,
- ztráta pozitivního vnímání sebe sama,
- pocit osamocení,
- pocit zášti a hořkosti,
- pocit že je všechno beznadějné.

3.7.4 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostikování syndromu se používá různých metod, nejběžnější metodou jsou dotazníky. Například MBI - Maslach Burnout Inventory, dotazník mapující oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a uspokojení z práce. Dalším dotazníkem je BM dotazník – Burnout Measure. (Venglářová et al., 2011, s. 29)

3.7.5 Prevence syndromu vyhoření

Zdravotní sestry mohou samy sebe chránit před nadměrnou stresovou zátěží a rozvojem syndromu vyhoření tím, že respektují a uplatňují pravidla a doporučení prevence stresu a duševní hygieny. Mezi ně patří například vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů a zvládnání potřebných pracovních dovedností, a také dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu. Sestra nesmí zapomínat sama na sebe. Je třeba, aby vnímala sebe sama nejen na tělesné, ale i na duševní úrovni. Žádoucí je také optimalizace životního stylu, pěstování zájmů a zálib nesouvisejících se zaměstnáním. Je třeba naučit se projevovat emoce a také umění své emoce zvládat, znát své možnosti, mít na sebe realistické nároky a stanovovat si dosažitelné cíle, zvládat techniky relaxace, užívat humor.

Anglická lékařka Sheila Cassidy po zkušenostech z vedení jednoho z prvních hospiců v Anglii vytvořila soubor šestnácti rad pro sestry pro boj proti psychickému vyčerpání - (viz příloha č. 4). (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 10)

3.8 DUŠEVNÍ HYGIENA

Duševní hygienu lze definovat jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovunabytí duševního zdraví, duševní rovnováhy. Jde tedy o boj proti výskytu duševních nemocí podporou a upevňováním dobrého duševního zdraví. Důraz je kladen na vytvoření optimálních podmínek pro vnitřní činnost, duševní zdraví a zdatnost a posílení vůči vlivům, které negativně ovlivňují duševní život jedince. Duševní hygiena se zabývá především lidmi duševně zdravými, ale také lidmi na hranici, u nichž je patrné narušení duševní rovnováhy i s lidmi nemocnými. (Křivohlavý, 2003, s. 143-144)

Hlavní náplní práce zdravotní sestry je péče o nemocné. V pozadí této činnosti avšak stojí jiný objekt zájmu sester a to péče o sebe sama, o vzhled, tělesné i duševní zdraví. Pokud chceme, aby někdo něco dělal dobře, je dobré zajímat se i o to, jak mu je. Je-li mu dobře, dá se očekávat, že bude dělat dobře i svou práci. Důležitá je tedy nejen péče o tělo, vizuální vzhled, ale zvláště péče o duševní pohodu. O vše uvnitř, vše, co se děje v duši člověka, v jeho psychice, o to, co si myslíme, co a jak vnímáme a prožíváme i o to, co a jak vlastně v životě chceme a kdo jsme. To následně ovlivňuje dění v našem těle a naopak. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíl práce a pracovní hypotézy

4.1 CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, které faktory působí na sestry při práci s geriatrickými pacienty jako zátěž.
2. Zjistit, jakou míru psychické a fyzické zátěže sestry při práci pocítují.
3. Zjistit, zda jsou sestry pracující s geriatrickými pacienty smířeny s konečností života.
4. Zjistit, jakou představu mají sestry o vlastním stáří, jak by chtěly prožít své stáří a kde zemřít.

4.2 PRACOVNÍ HYPOTÉZY

Na základě předběžného shromáždění údajů a svých osobních názorů jsem si stanovila několik hypotéz:

1. Hypotéza: předpokládám, že největší zátěžovou situací práce se starými lidmi je vysoká fyzická a psychická náročnost.
2. Hypotéza: předpokládám, že sestry pracující s geriatrickými pacienty hodnotí míru psychické i fyzické zátěže jako vysokou.
3. Hypotéza: předpokládám, že sestry pracující s geriatrickými pacienty jsou smířeni s konečností života.
4. Hypotéza: předpokládám, že sestry by chtěly své vlastní stáří prožít mezi svými blízkými, svou rodinou a umírat doma.

4.3 METODIKA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ

Šetření pro účely bakalářské práce jsem provedla metodou kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou sběru dat. Dotazníková metoda je způsob šetření, při kterém jsou informace od respondentů získávány písemně prostřednictvím otázek na předtištěném formuláři. Dotazník je relativně nejrozšířenější a ve zdravotnictví nejpopulárnější výzkumnou technikou. Jeho výhodou je získání velkého množství informací během krátké doby. Není nutný osobní kontakt mezi výzkumníkem a respondenty, avšak při osobním předání lze docílit až 100% návratnosti. Získaná data lze počítačově zpracovat. Mezi nevýhody dotazníkového šetření patří nízká návratnost při neosobním předání dotazníků a také zde hrozí nepochopení ze strany respondenta, což má za následek nepřesné vyplnění znění dotazníku. Další negativní stránkou dotazníkové metody je, že nezjišťuje, jaký respondent ve skutečnosti je, ale vyplývá z ní, jak se sám respondent vidí nebo chce být viděn. (Bártlová et al. 2005, s. 46-55)

Pro získání potřebných dat jsem použila vlastní anonymní dotazník sestavený z 30 otázek. Z celkového počtu bylo 16 otázek uzavřených: 13 otázek polytomických, 3 otázky dichotomické, dále dotazník obsahoval 12 otázek polouzavřených – polytomických, 2 otázky otevřené. Otázky 1 - 4 a 7 se týkají charakteristiky zkoumaného souboru, dalších 25 otázek se vztahuje k danému tématu tj. pracovní zátěži zdravotních sester a pohledu na seniory, stáří, umírání a smrt.

4.4 ORGANIZACE VÝZKUMU

Počátkem listopadu 2010 byl proveden na oddělení ošetrovatelských lůžek Šumperské nemocnice pilotní výzkum, kterého se zúčastnilo 5 zdravotních sester. Cílem předvýzkumu bylo ověřit srozumitelnost nabízených otázek. Bylo zjištěno, že otázky byly jasné a jejich zodpovězení nečinilo dotazovaným potíže. Dotazník byl použit jako definitivní verze k dalšímu výzkumnému šetření. Obsahová správnost a formulace jednotlivých otázek dotazníku byla konzultována s vedoucí práce.

Dotazníky jsem rozdala v období od počátku listopadu 2010 do konce ledna 2011 na pracoviště zabývající se péčí o geriatrické klienty, tj. ošetrovatelská lůžka Interny Zábřeh, ošetrovatelská lůžka Šumperské nemocnice, Oblastní střediska arcidiecézní charity Olomouc (dále jen charita) – pracoviště Zábřeh a Šumperk, Hospic na Svatém Kopečku. Cílem výběru pracovišť bylo zaznamenání potencionálních rozdílů v pohledech na problematiku u sester pracujících v tzv. nemocniční lůžkové péči (ošetrovatelská lůžka), terénní péči (charita) a hospicové péči.

Vlastnímu rozdáání dotazníků na daná pracoviště předcházela písemný kontakt s vedením zařízení s žádostí o povolení šetření, následovala telefonická domluva. Po obdržení souhlasů od jednotlivých pracovišť jsem osobně předala dotazníky na jednotlivá pracoviště. Předání mezi všeobecné zdravotní sestry na odděleních zprostředkovaly vedoucí sestry jednotlivých pracovišť, které jsem po vysvětlení cílů výzkumu o předání požádala. Po smluvené době jsem si vyplněné dotazníky vyzvedla. Kontakt s Hospicem na Svatém Kopečku byl zprostředkován pomocí písemné a telefonické komunikace.

K vyplnění jsem předala 70 dotazníků, ke zpracování se vrátilo 65 vyplněných dotazníků (tj. 92,9 %), z tohoto počtu jsem 7 dotazníků (tj. 16,4 %) pro neúplné nebo špatné vyplnění vyřadila. Celkem jsem tedy pracovala s 58 dotazníky (58 respondentů).

Hospic na Svatém Kopečku	14 dotazníků
Charita Šumperk	10 dotazníků
Charita Zábřeh	13 dotazníků
Ošetrovatelská lůžka, Interna Zábřeh	9 dotazníků
Ošetrovatelská lůžka, Šumperská nemocnice	12 dotazníků
celkem	58 dotazníků

4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data jsem shromáždila v tabulkách četností a graficky zobrazila pomocí výsečových a sloupcových grafů. Na otázky č. 27 a 29 odpovídali respondenti vlastními slovy, proto je nelze přehledně číselně ani graficky vyjádřit a zpracovány jsou přepisem slovních odpovědí. Každou otázku jsem doplnila slovním komentářem. V tabulkách jsou výsledky vyjádřeny pomocí absolutní četnosti prostým číslem. Hodnoty relativních četností jsou zaokrouhlené na jedno desetinné místo.

Symboly použité v tabulkách:

- n_i absolutní četnost odpovědí
- f_i relativní četnost v %

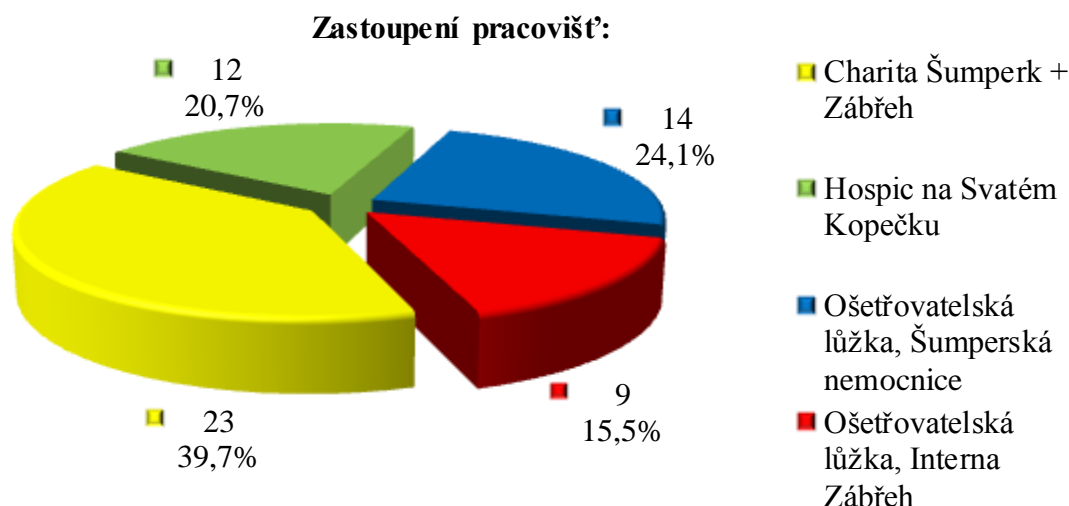
4.6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Označte prosím své pracoviště:

Tabulka č. 1.: Zastoupení pracovišť

Zastoupení pracovišť:	n_i	f_i [%]
Charita Šumperk + Zábřeh	23	39,7%
Hospic na Svatém Kopečku	14	24,1%
Ošetrovatelská lůžka, Šumperská nemocnice	12	20,7%
Ošetrovatelská lůžka, Interna Zábřeh	9	15,5%

Graf č. 1.: Zastoupení pracovišť



Komentář:

Z celkového počtu 58 respondentů pracuje 23 respondentů (39,7 %) v Charitě Zábřeh a Šumperk (13 respondentů Charita Zábřeh, 10 respondentů Charita Šumperk). 14 respondentů (24,1 %) zastupuje Hospic na Svatém Kopečku, 12 respondentů (20,7 %) představuje ošetrovatelská lůžka Šumperské nemocnice, 9 respondentů (15,5 %) ošetrovatelská lůžka Interny Zábřeh.

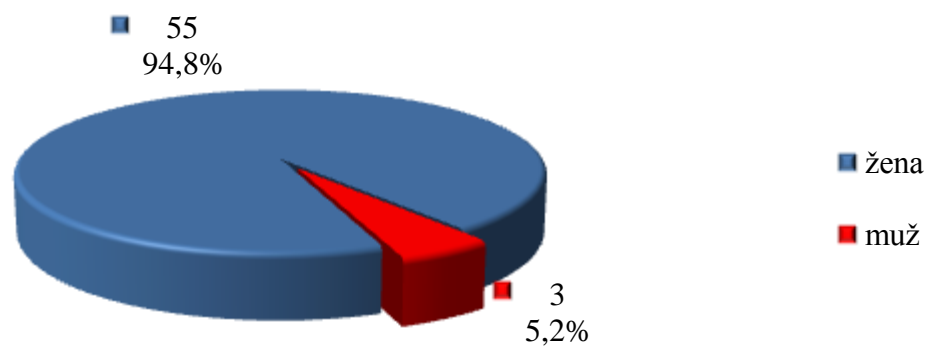
Otázka č. 2: Jste: žena / muž?

Tabulka č. 2: Zastoupení žen a mužů

Pohlaví	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
žena	55	94,8%	13	92,9%	22	95,7%	9	100,0%	11	91,7%
muž	3	5,2%	1	7,1%	1	4,3%	0	0,0%	1	8,3%

Graf č. 2: Zastoupení žen a mužů

Zastoupení žen a mužů



Komentář:

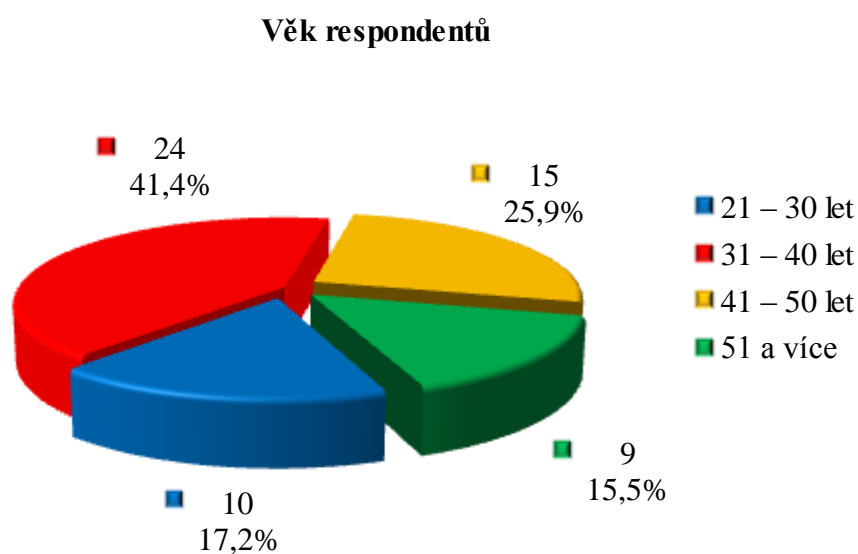
Dotazníkového šetření se účastnilo 58 respondentů, 55 žen (94,8 %) a 3 muži (5,2 %). Výraznou většinu respondentů tvořily ženy.

Otázka č. 3: Věk respondentů:

Tabulka č. 3: Věk respondentů

Věk	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
do 20 let včetně	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
21 – 30 let	10	17,2%	5	35,7%	0	0,0%	1	11,1%	4	33,3%
31 – 40 let	24	41,4%	3	21,4%	13	56,5%	3	33,3%	5	41,7%
41 – 50 let	15	25,9%	4	28,6%	6	26,1%	3	33,3%	2	16,7%
51 a více	9	15,5%	2	14,3%	4	17,4%	2	22,2%	1	8,3%

Graf č. 3: Věk respondentů



Komentář:

Z 58 respondentů jich 24 (41,4 %) zastupuje skupinu ve věku 31 – 40 let. Další početnou skupinou jsou respondenti ve věku 41 – 50 let představovanou 15 respondenty (25,9 %). Skupinu 21 - 30 let zastupuje 10 respondentů (17,2 %), skupina respondentů 51 let a starších je představována 9 respondenty (15,5 %). Výzkumného šetření se nezúčastnil žádný respondent mladší 20 let.

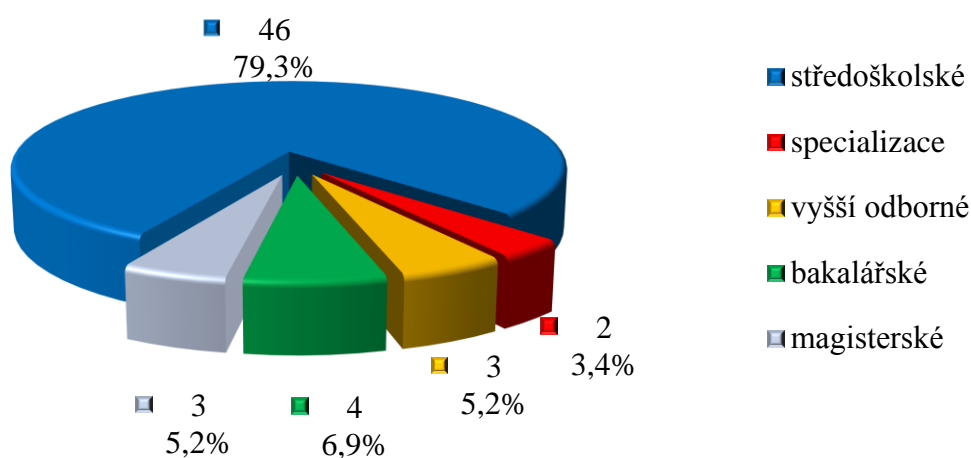
Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené zdravotnické vzdělání?

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené zdravotnické vzdělání?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
středoškolské	46	79,3%	9	64,3%	21	91,3%	8	88,9%	8	66,7%
specializace	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%
vyšší odborné	3	5,2%	1	7,1%	0	0,0%	1	11,1%	1	8,3%
bakalářské	4	6,9%	1	7,1%	2	8,7%	0	0,0%	1	8,3%
magisterské	3	5,2%	3	21,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Graf č. 4: Dosažené vzdělání

Zdravotnické vzdělání respondentů



Komentář:

Z šetření vyplynulo, že z celkového počtu 58 respondentů má nejvíce respondentů středoškolské vzdělání, a to 46 respondentů (79,3 %). Bakalářské vzdělání uvedli 4 respondenti (tj. 6,9 %), vyšší odborné vzdělání uvedli u 3 respondentů (5,2 %), stejně tak magisterské vzdělání uvedli 3 respondenti (5,2 %). Specializační vzdělání uvedli 2 respondenti (3,4 %).

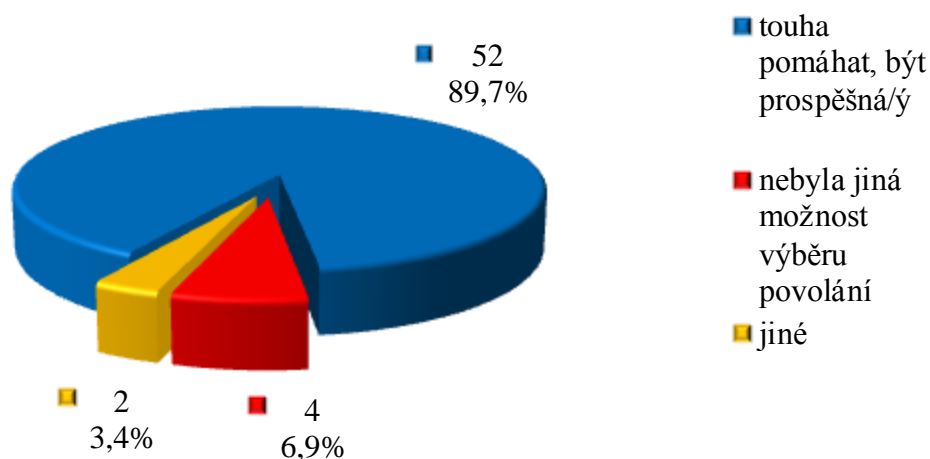
Otázka č. 5: Proč jste si vybral/a povolání sestry?

Tabulka č. 5: Proč jste si vybral/a povolání sestry?

Proč jste si vybral/a povolání sestry?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
touha pomáhat, být prospěšná/ý	52	89,7%	13	92,9%	20	87,0%	7	77,8%	12	100,0%
nebyla jiná možnost výběru povolání	4	6,9%	1	7,1%	2	8,7%	1	11,1%	0	0,0%
jiné	2	3,4%	0	0,0%	1	4,3%	1	11,1%	0	0,0%

Graf č. 5: Proč jste si vybral/a povolání sestry?

Proč jste si vybral/a povolání sestry?



Komentář:

Z celkového počtu 58 odpovídajících, 52 respondentů (89,7 %) uvedlo, že k výběru povolání sestry byli vedeni touhou pomáhat a „být prospěšná/ý“. Volbu „nebyla jiná možnost výběru povolání“ vybrali 4 respondenti (6,9 %). Dva respondenti svou odpověď vyjádřili slovně: „shodou okolností“, „na doporučení rodičů, kterému jsem se podvolila“.

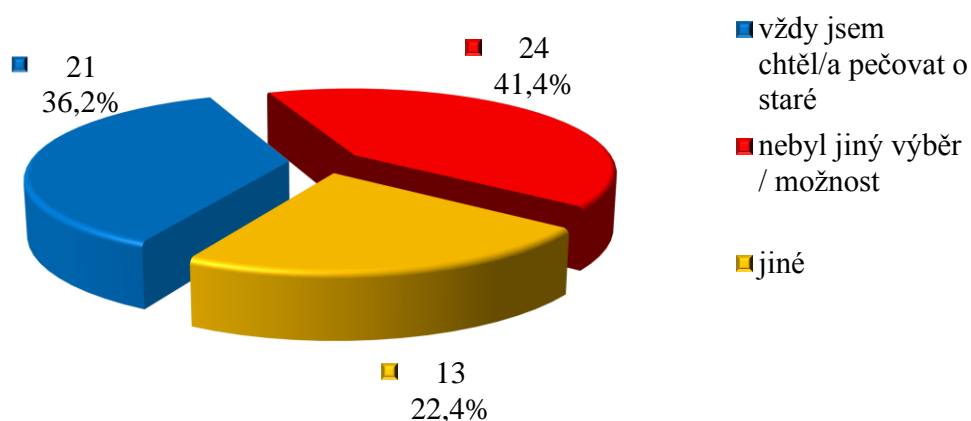
Otázka č. 6: Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?

Tabulka č. 6: Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?

Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
vždy jsem chtěl/a pečovat o staré	21	36,2%	7	50,0%	7	30,4%	2	22,2%	5	41,7%
nebyl jiný výběr / možnost	24	41,4%	4	28,6%	14	60,9%	4	44,5%	2	16,6%
jiné	13	22,4%	3	21,4%	2	8,7%	3	33,3%	5	41,7%

Graf č. 6: Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?

Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?



Komentář:

Z celkového počtu 58 respondentů možnost „nebyl jiný výběr / možnost“ označilo 24 respondentů (41,4 %). Odpověď „vždy jsem chtěl/a pečovat o staré“ vybralo 21 respondentů (36,2 %). Zbýlých 13 respondentů označilo v dotazníku možnost „jiné“ a uvedlo svou odpověď slovně. Odpověď „byla jsem na oddělení přeložena za trest“, kterou do položky „jiné“ respondenti uvedli 4 respondenti, což by, při přepočítání na relativní četnost, představovalo 6,9 %:

- náhoda, shoda okolností - 4 respondenti,
- doprovázet a pomáhat na poslední cestě,

- tato práce mi byla výzvou,
- vždy jsem chtěla pomáhat starým lidem,
- vybrala jsem si to z nabídky, nejmenší možné zlo,
- práce jako každá jiná.

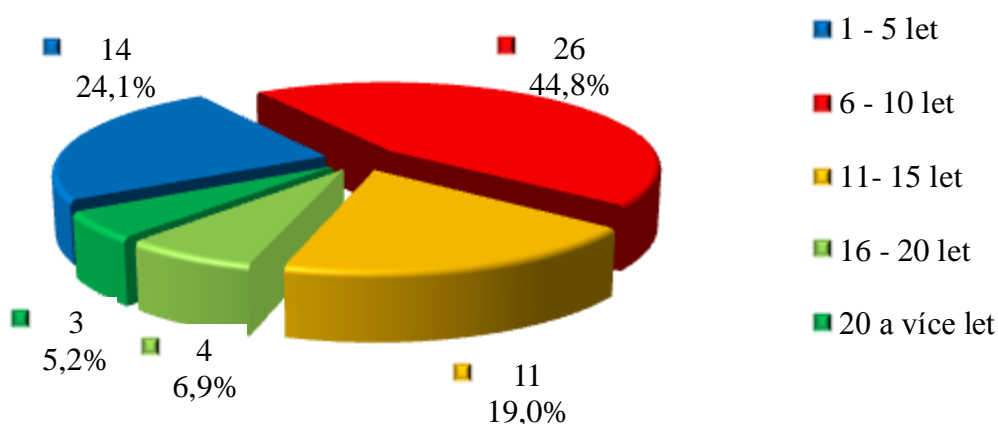
Otázka č. 7: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?

Tabulka č. 7: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?

Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
1 - 5 let	14	24,1%	5	35,7%	1	4,3%	5	55,6%	3	25,0%
6 - 10 let	26	44,8%	5	35,7%	14	60,9%	1	11,1%	6	50,0%
11- 15 let	11	19,0%	2	14,4%	5	21,8%	2	22,2%	2	16,7%
16 - 20 let	4	6,9%	1	7,1%	2	8,7%	0	0,0%	1	8,3%
20 a více let	3	5,2%	1	7,1%	1	4,3%	1	11,1%	0	0,0%

Graf č. 7: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?

Délka práce s geriatrickými pacienty



Komentář:

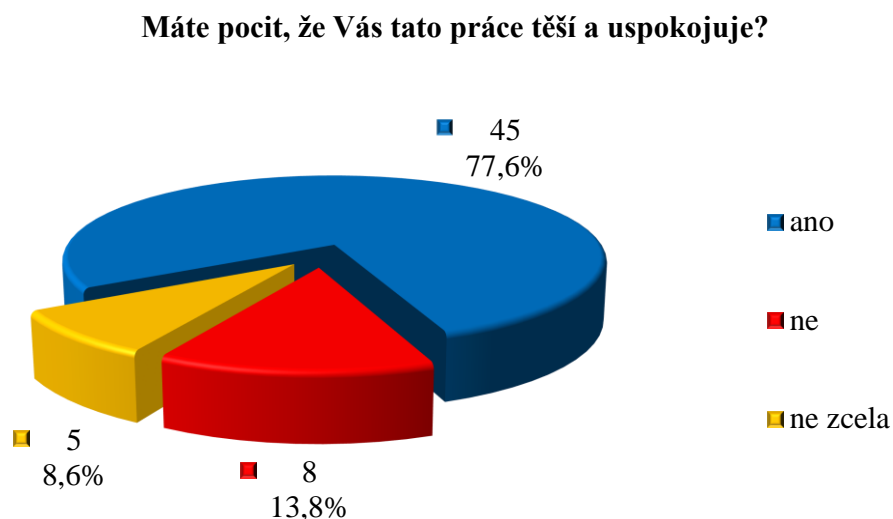
Z celkového počtu 58 respondentů je nejpočetnější skupinou respondentů pečujících o geriatrické pacienty skupina s praxí 6 – 10 let zastoupená 26 respondenty (44,8 %). Následuje skupina s praxí 1 – 5 let zastoupená 14 respondenty (24,1 %), skupina s praxí 11 – 15 let je zastoupena 11 respondenty (19,0 %). Dvě skupiny zastoupené nejmenším počtem respondentů představují 4 respondenti (6,9 %) s praxí 16 – 20 let a skupinu s praxí 20 a více let zastupují 3 respondenti (5,2 %).

Otázka č. 8: Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?

Tabulka č. 8: Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?

Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	45	77,6%	11	78,6%	21	91,4%	6	66,7%	7	58,4%
ne	8	13,8%	0	0,0%	1	4,3%	3	33,3%	4	33,3%
ne zcela	5	8,6%	3	21,4%	1	4,3%	0	0,0%	1	8,3%

Graf č. 8: Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?



Komentář:

Z předchozí tabulky a grafu je patrné, že 45 respondentů (77,6 %), z celkového počtu 58 respondentů, péče o geriatrické pacienty těší a uspokojuje, 8 respondentů (13,8 %) práce netěší a neuspokojuje, 5 respondentů (8,6 %) netěší a neuspokojuje zcela.

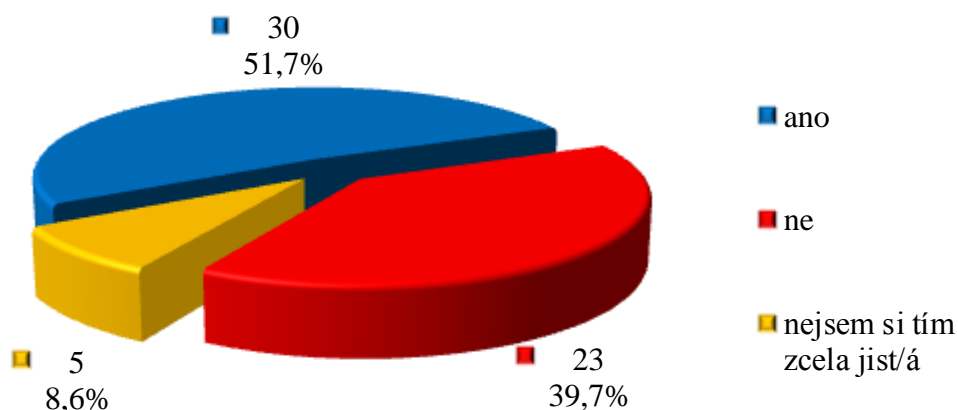
Otázka č. 9: Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?

Tabulka č. 9: Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?

Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	30	51,7%	8	57,1%	12	52,2%	4	44,4%	6	50,0%
ne	23	39,7%	4	28,6%	9	39,1%	4	44,4%	6	50,0%
nejsem si tím zcela jist/á	5	8,6%	2	14,3%	2	8,7%	1	11,2%	0	0,0%

Graf č. 9: Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?

Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?



Komentář:

Na tuto otázku odpovědělo 58 respondentů, 30 respondentů (51,7 %) uvedlo, že u práce s geriatrickými pacienty chce setrvat i po zbytek profesního života, svým setrváním u této práce si 5 respondentů (8,6 %) není zcela jisto, a 23 respondentů (39,7 %) u této práce setrvat nechce.

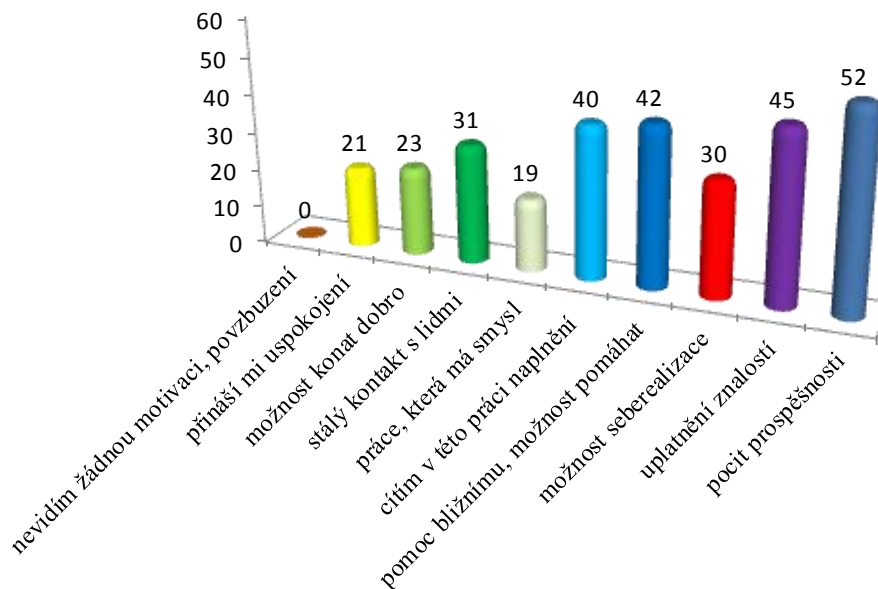
Otázka č. 10: Co Vás v této v práci motivuje, povzbuzuje?

Tabulka č. 10: Co Vás v této práci motivuje, povzbuzuje?

Co Vás v této práci motivuje, povzbuzuje?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
nevidím žádnou motivaci, povzbuzení	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
přináší mi uspokojení	21	36,2%	2	14,3%	13	56,5%	4	44,4%	2	16,7%
možnost konat dobro	23	39,7%	6	42,9%	12	52,2%	4	44,4%	1	8,3%
stálý kontakt s lidmi	31	53,4%	5	35,7%	14	60,9%	5	55,6%	7	58,3%
práce, která má smysl	19	32,8%	4	28,6%	4	17,4%	1	11,1%	10	83,3%
cítím v této práci naplnění	40	69,0%	12	85,7%	11	47,8%	8	88,9%	9	75,0%
pomoc bližnímu, možnost pomáhat	42	72,4%	6	42,9%	21	91,3%	5	55,6%	10	83,3%
možnost seberealizace	30	51,7%	6	42,9%	10	43,5%	8	88,9%	6	50,0%
uplatnění znalostí	45	77,6%	8	57,1%	20	87,0%	7	77,8%	10	83,3%
pocit prospěšnosti	52	89,7%	14	100,0%	22	95,7%	8	88,9%	8	66,7%
jiné	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Graf č. 10: Co Vás v této práci motivuje, povzbuzuje?

Co Vás v práci motivuje, povzbuzuje?



Komentář:

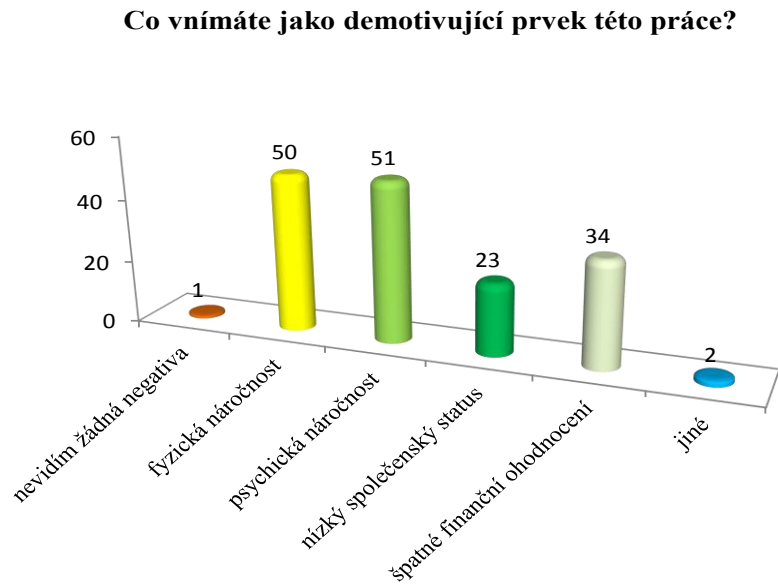
U této otázky měl respondent možnost označit více možností. Celkový počet odpovědí je 303. Pocit prospěšnosti pocítuje jako motivaci 52 respondentů (89,7 %) odpovědí, uplatnění znalostí jako motivaci označilo 45 respondentů (77,6 %), „pomoc bližnímu, možnost pomáhat“ vnímá jako pozitivum 42 (72,4 %) respondentů. Pocit naplnění z práce označilo jako motivační 40 respondentů (69,0 %), 31 (53,4 %) respondentů oceňuje stálý kontakt s lidmi, 30 (51,7 %) respondentů povzbuzuje v práci možnost seberealizace, 23 respondentů (39,7 %) zvolilo také „možnost konat dobro“. Práce přináší uspokojení 21 respondentům (36,2 %), 19 sester (32,8 %) vnímá tuto práci jako práci, která má smysl. Žádný z respondentů neuvedl slovní odpověď v možnosti „jiné“.

Otázka č. 11: Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?

Tabulka č. 11: Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?

Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
nevidím žádná negativa	1	1,7%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%
fyzická náročnost	50	86,2%	13	92,9%	18	78,3%	8	88,9%	11	91,7%
psychická náročnost	51	87,9%	13	92,9%	21	91,3%	6	66,7%	11	91,7%
nízký společenský status	23	39,7%	5	35,7%	7	30,4%	4	44,4%	7	58,3%
špatné finanční ohodnocení	34	58,6%	8	57,1%	1	4,3%	6	66,7%	19	158,3%
jiné	2	3,4%	0	0,0%	1	4,3%	1	11,1%	0	0,0%

Graf č. 11: Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?



Komentář:

U této otázky měl respondent možnost označit více možností. Celkový počet získaných odpovědí byl 161. Nadpoloviční většina respondentů tj. 51 (87,9 %) pocítuje jako demotivující psychickou náročnost práce, 50 respondentů (86,2 %) označilo jako demotivující prvek práce fyzickou náročnost, 34 respondentů (58,6 %) cítí jako demotivující špatné finanční ohodnocení, 23 respondentů (39,7 %) vnímá jako negativum práce s geriatrickými pacienty nízký společenský status této práce, 2 respondenti uvedli jako negativa jiné důvody, 1 respondent nevidí žádná negativa této práce.

Odpovědi položky „jiné“:

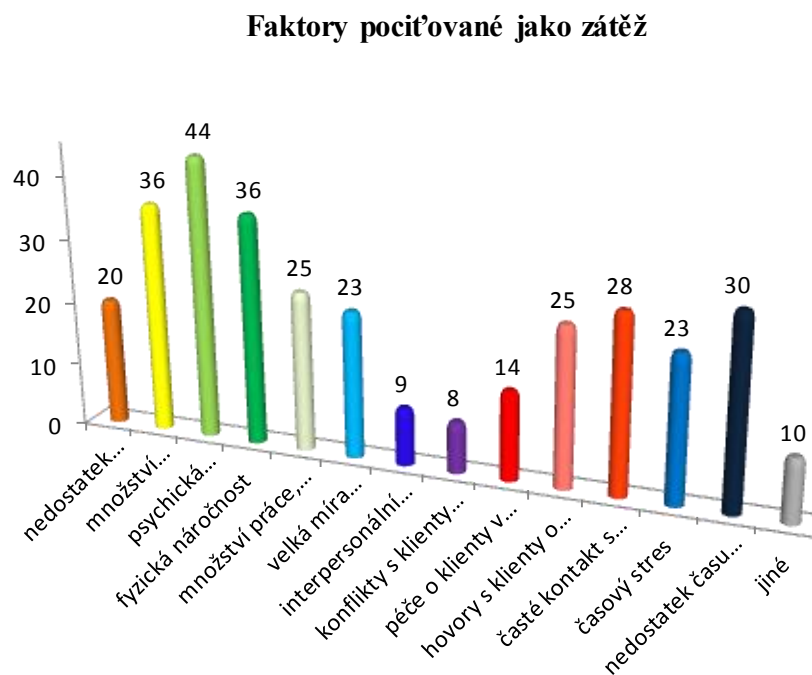
- jsem jen kolečko v soukolí,
- na práci je pohlíženo jako na podřadnou

Otázka č. 12: Které faktory, se kterými se při své práci setkáváte, pociťujete jako zátěž?

Tabulka č. 12: Které faktory při své práci pociťujete jako zátěž?

Které faktory, se kterými se při své práci setkáváte, pociťujete jako zátěž?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
nedostatek pomocného personálu	20	34,5%	5	35,7%	0	0,0%	5	55,6%	10	83,3%
množství administrativy	36	62,1%	7	50,0%	13	56,5%	7	77,8%	9	75,0%
psychická náročnost	44	75,9%	9	64,3%	16	69,6%	8	88,9%	11	91,7%
fyzická náročnost	36	62,1%	8	57,1%	13	56,5%	8	88,9%	10	83,3%
množství práce, přesčas	25	43,1%	8	57,1%	3	13,0%	7	77,8%	7	58,3%
interpersonální vztahy	23	39,7%	5	35,7%	7	30,4%	4	44,4%	7	58,3%
velká míra odpovědnosti	9	15,5%	2	14,3%	2	8,7%	3	33,3%	2	16,7%
konflikty s klienty a rodinami	8	13,8%	0	0,0%	4	17,4%	2	22,2%	2	16,7%
péče o klienty v terminálním stadiu	14	24,1%	1	7,1%	4	17,4%	2	22,2%	7	58,3%
hovory s klienty o špatné prognóze, umírání, smrti	25	43,1%	5	35,7%	3	13,0%	7	77,8%	10	83,3%
častý kontakt s bolestí, utrpením a smrtí	28	48,3%	9	64,3%	2	8,7%	7	77,8%	10	83,3%
časový stres	23	39,7%	3	21,4%	3	13,0%	7	77,8%	10	83,3%
nedostatek času na klienty	30	51,7%	0	0,0%	11	47,8%	8	88,9%	11	91,7%
jiné	10	17,2%	2	14,3%	1	4,3%	4	44,4%	3	25,0%

Graf č. 12: Faktory pociťované jako zátěž.



Komentář:

U této otázky měl respondent možnost označit více možností. Celkově bylo získáno 331 odpovědí. Nejvíce byla jako zátěž označována možnost „psychická náročnost, stresové situace“, které označilo 44 respondentů (75,9 %), následuje zátěž způsobená nadměrným množstvím administrativy spolu s fyzickou náročností práce, které za zátěž označilo 36 respondentů (62,1 %). Jako zátěž 30 respondentů (51,7 %) označilo nedostatek času na klienty. Častý kontakt s bolestí, utrpením a smrtí jako zátěž vnímá 28 (48,3 %) respondentů, „hovory s klienty o špatné prognóze, umírání, smrti“ spolu s možností „množství práce, přesčasy“ jako zátěž označilo 25 respondentů (43,1 %). Časový stres a velkou míru odpovědnosti vnímá jako zátěž 23 respondentů (39,6 %). Nedostatek pomocného personálu vnímá jako zátěž 20 respondentů (34,5 %). Péče o klienty v terminálním stadiu je vnímána jako zátěž u 14 respondentů (24,1 %). Druhý nejmenší počet odpovědí získala možnost „interpersonální vztahy“, kterou jak zátěž označilo 9 respondentů (15,5 %). Jako nejmenší zátěž z nabízených byla označena možnost „konflikty s klienty či jejich rodinami“, kterou jako zátěžovou pociťuje 8 respondentů (13,8 %), 10 respondentů (17,2 %) odpovědělo slovně v položce „jiné“

Slovní odpovědi položky „jiné“:

- špatná organizace práce - 2 respondenti,

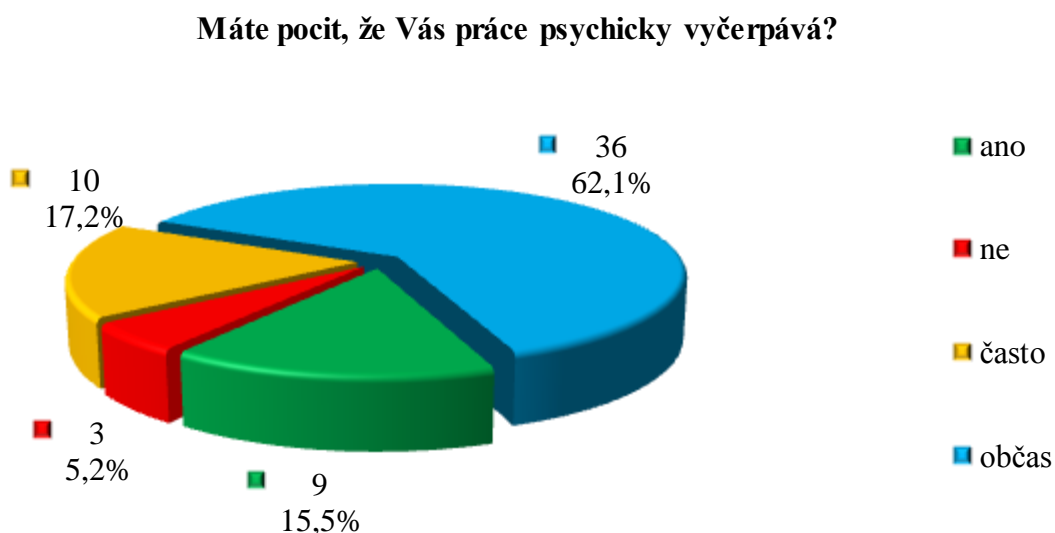
- nedostatek pomůcek a materiálu - 2 respondenti,
- nejasnost povinností sestry a ošetřovatelky - často musím dělat pomocné práce a sesterská práce stojí, pak ji dodělávám po službě - 2 respondenti,
- nedostatek pomocného personálu - 2 respondenti,
- kombinace všeho uvedeného ústí v nadměrný stres a ten snižuje kvalitu práce sestry a ta je z toho frustrovaná,
- kombinace všeho, tuto práci zvládá jen opravdu silný jedinec, slabý jedinec to nezvládne.

Otázka č. 13: Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?

Tabulka č. 13: Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?

Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	9	15,5%	2	14,3%	2	8,7%	2	22,2%	3	25,0%
ne	3	5,2%	0	0,0%	2	8,7%	1	11,1%	0	0,0%
často	10	17,2%	3	21,4%	4	17,4%	1	11,1%	2	16,7%
občas	36	62,1%	9	64,3%	15	65,2%	5	55,6%	7	58,3%

Graf č. 13: Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?



Komentář:

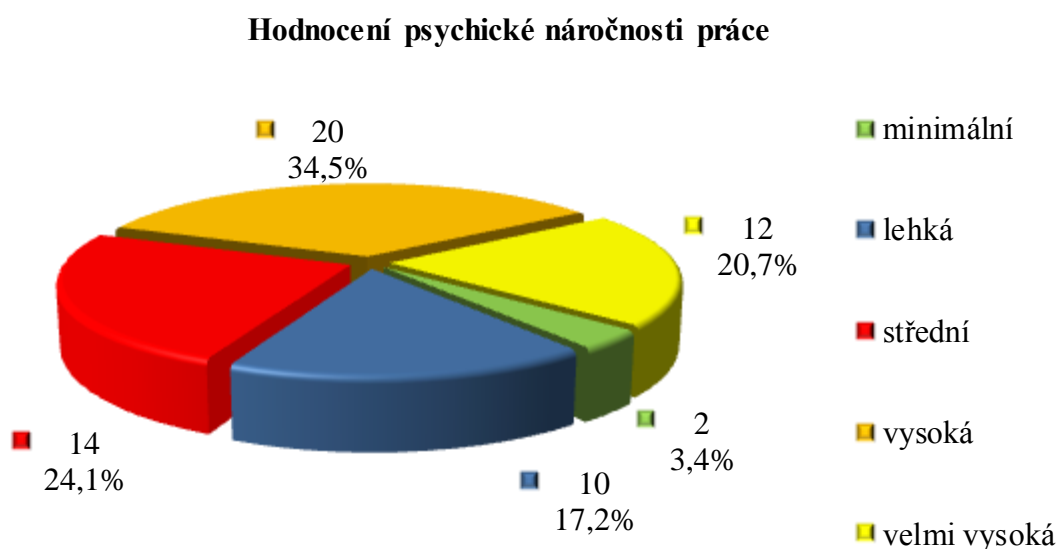
Z celkového počtu 58 respondentů odpovědělo 36 respondentů (62,1 %) „občas“, 10 respondentů (17,12 %) uvedlo „často“, 9 respondentů (15,5 %) uvedlo „ano“, zbývajících 3 respondenti (5,2 %) uvedli „ne“.

Otázka č. 14: Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?

Tabulka č. 14: Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?

Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
minimální	2	3,4%	0	0,0%	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%
lehká	10	17,2%	0	0,0%	10	43,5%	0	0,0%	0	0,0%
střední	14	24,1%	3	21,4%	7	30,4%	3	33,4%	1	8,3%
vysoká	20	34,5%	6	42,9%	4	17,4%	3	33,3%	7	58,4%
velmi vysoká	12	20,7%	5	35,7%	0	0,0%	3	33,3%	4	33,3%

Graf č. 14: Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?



Komentář:

Z celkového počtu 58 dotazovaných odpovědělo 20 (34,5 %), že psychická náročnost práce je vysoká, 14 dotazovaných (24,1 %) ji hodnotí jako střední, 12 respondentů (20,7 %) jako velmi vysokou; 10 dotazovaných (17,2 %) lehkou a 2 dotazovaní (3,4 %) hodnotí psychickou náročnost práce jako minimální.

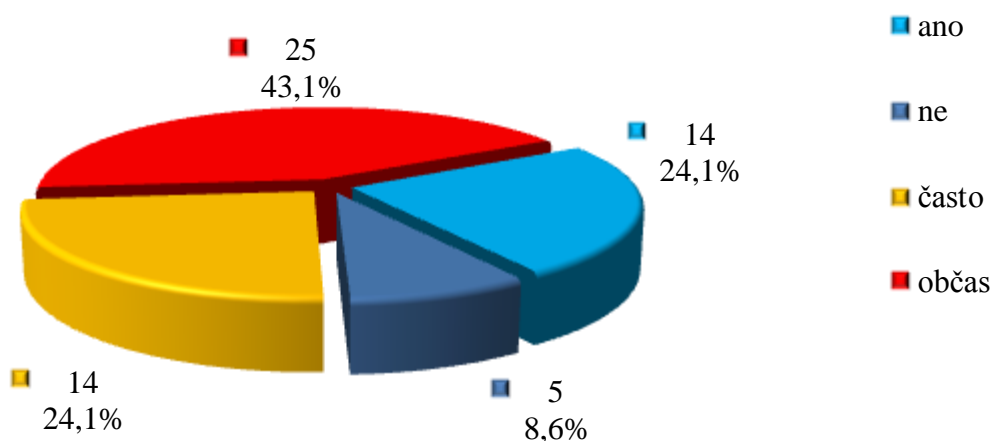
Otázka č. 15: Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

Tabulka č. 15: Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	14	24,1%	3	21,4%	2	8,7%	4	44,5%	5	41,7%
ne	5	8,6%	0	0,0%	3	13,0%	1	11,1%	1	8,3%
často	14	24,1%	2	14,3%	4	17,4%	2	22,2%	6	50,0%
občas	25	43,1%	9	64,3%	14	60,9%	2	22,2%	0	0,0%

Graf č. 15: Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?



Komentář:

V tabulce i grafu můžeme vidět, že z celkového počtu 58 respondentů, 25 respondentů (43,1 %) uvedlo, že práce s je fyzicky vyčerpává občas, 14 dotazovaných (24,1%) odpovědělo odpovědí „ano“ a „často“ Nejmenší zastoupení měla odpověď „ne“ a to u 5 respondentů (8,6 %).

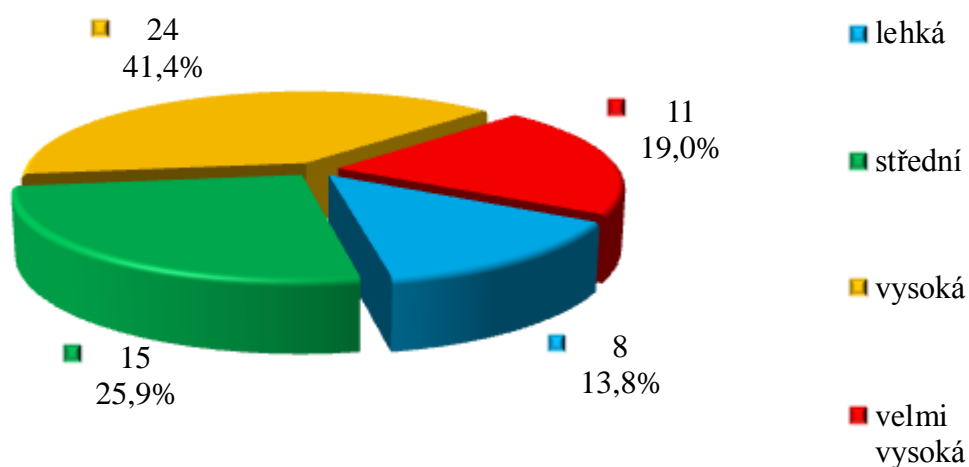
Otázka č. 16: Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?

Tabulka č. 16: Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?

Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
minimální	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
lehká	8	13,8%	0	0,0%	8	34,8%	0	0,0%	0	0,0%
střední	15	25,9%	3	21,4%	6	26,1%	3	33,3%	3	25,0%
vysoká	24	41,4%	6	42,9%	9	39,1%	4	44,5%	5	41,7%
velmi vysoká	11	19,0%	5	35,7%	0	0,0%	2	22,2%	4	33,3%

Graf č. 16: Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?

Hodnocení fyzické náročnosti práce



Komentář:

Z celkového počtu 58 respondentů 24 dotazovaných (41,4 %) hodnotí fyzickou náročnost své práce jako vysokou, 15 respondentů (25,9 %) hodnotí fyzickou náročnost své práce jako střední, 11 respondentů (19,0 %) ji hodnotí jako velmi vysokou, 8 respondentů (13,8 %) označuje fyzickou náročnost své práce jako lehkou.

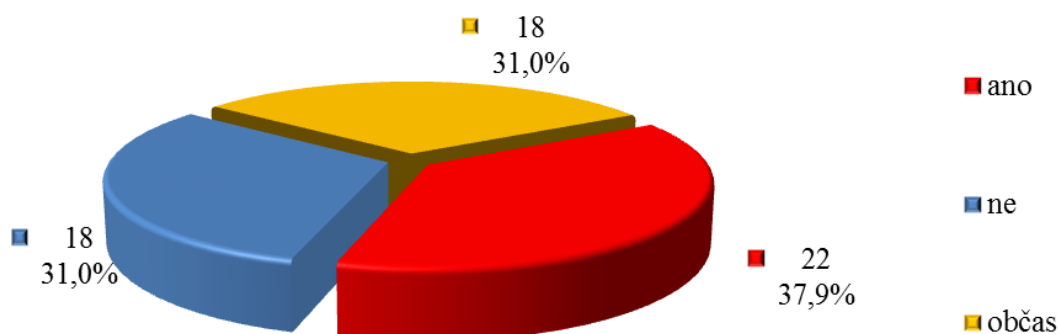
Otázka č. 17: Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?

Tabulka č. 17: Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?

Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	22	38,0%	3	21,4%	12	52,2%	4	44,4%	3	25,0%
ne	18	31,0%	7	50,0%	7	30,4%	2	22,2%	2	16,7%
občas	18	31,0%	4	28,6%	4	17,4%	3	33,4%	7	58,3%

Graf č. 17: Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?

Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?



Komentář:

Z celkového počtu 58 respondentů 22 dotazovaných (38,0%) myslí na práci i doma, 18 respondentů (31,0%) na práci doma nemyslí a 18 dotazovaných (31,0%) myslí na práci doma jen občas.

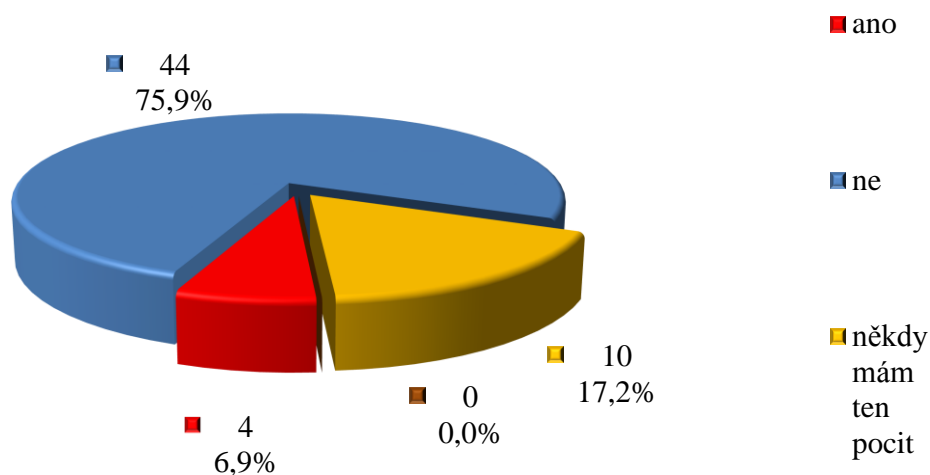
Otázka č. 18: Pociťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?

Tabulka č. 18: Pociťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?

Pociťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	4	6,9%	1	7,1%	0	0,0%	1	11,2%	2	16,6%
ne	44	75,9%	12	85,8%	23	100,0%	4	44,4%	5	41,7%
někdy mám ten pocit	10	17,2%	1	7,1%	0	0,0%	4	44,4%	5	41,7%
neznám tento pojem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Graf č. 18: Pociťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?

Pociťujete na sobě známky syndromu vyhoření?



Komentář:

Z celkového počtu 58 dotazovaných uvedlo 44 respondentů (75,9 %), že příznaky syndromu vyhoření na sobě nepociťuje, 10 dotazovaných (17,2%) „má někdy pocit“, že na sobě příznaky „syndromu vyhoření“ pociťuje, 4 respondenti (6,9%) mají pocit, že na sobě známky „syndromu vyhoření“ pociťují. Nenašel se nikdo, kdo by neznal pojem „syndrom vyhoření“.

Otázka č. 19: Co cítíte ke starým lidem? S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?

Tabulka č. 19: S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?

Co cítíte ke starým lidem? S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
láska	26	44,8%	5	35,7%	9	39,1%	5	55,6%	7	58,3%
úcta, respekt	49	84,5%	11	78,6%	22	95,7%	7	77,8%	9	75,0%
lítost	22	37,9%	2	14,3%	8	34,8%	6	66,7%	6	50,0%
beznaděj	5	8,6%	1	7,1%	2	8,7%	1	11,1%	1	8,3%
bezmoc	20	34,5%	5	35,7%	5	21,7%	5	55,6%	5	41,7%
strach	2	3,4%	1	7,1%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%
pokora	23	39,7%	6	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	17	141,7%
odpor, vadí mi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
jiné	3	5,2%	1	7,1%	1	4,3%	1	11,1%	0	0,0%

Komentář:

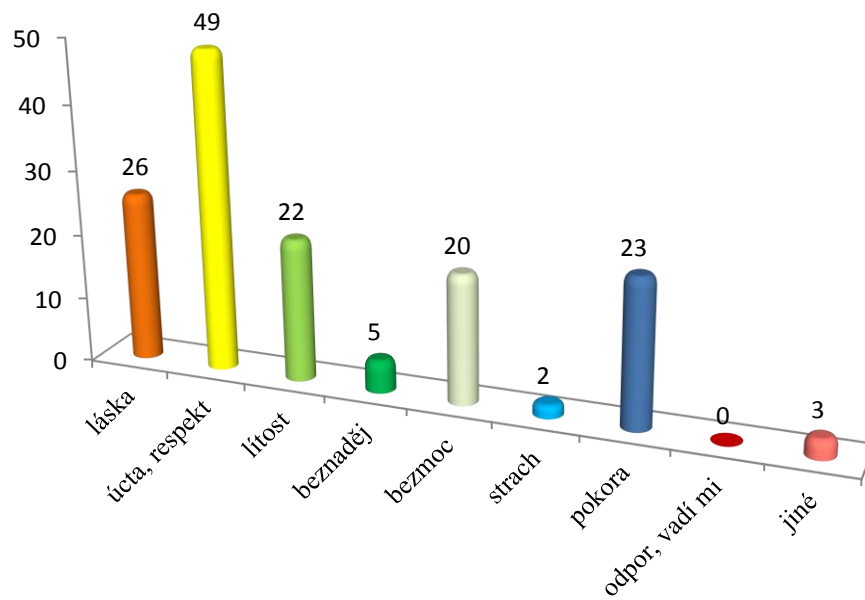
Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Jak je možné vidět v tabulce i následujícím grafu, z celkového počtu 150 odpovědí uvedlo 49 respondentů (84,5 %), že přistupuje ke starším lidem s úctou a respektem, 26 respondentů (44,8 %) přistupuje ke starým lidem s láskou, 23 respondentů (39,7 %) s pokorou, 22 respondentů (37,9 %) cítí lítost, 20 respondentů (13,3 %) přistupuje ke starým lidem s pocitem bezmoci, 5 respondentů (8,6 %) udává pocit beznaděje, 2 respondenti (3,4 %) přistupují ke starším lidem se strachem, 3 respondenti (5,2 %) uvedli slovní odpovědi.

Slovní odpovědi položky „jiné“:

- jako ke každému jinému - 2 respondenti
- obdivu

Graf č. 19: S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?

Co cítíte ke starým lidem? S jakým pocitem k nim přistupujete?



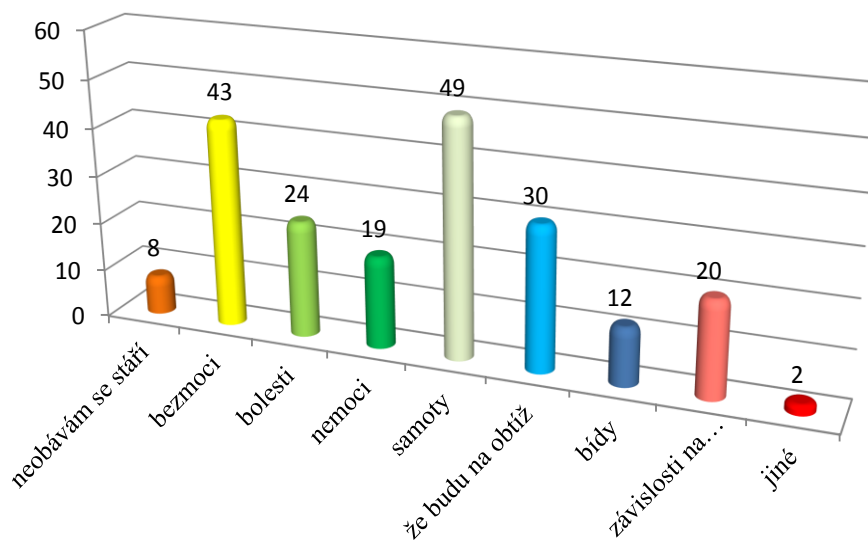
Otázka č. 20: Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?

Tabulka č. 20: Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?

Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
neobávám se stáří	8	13,8%	4	28,6%	3	13,0%	1	11,1%	0	0,0%
bezmoci	43	74,1%	9	64,3%	21	91,3%	5	55,6%	8	66,7%
bolesti	24	41,4%	8	57,1%	9	39,1%	5	55,6%	2	16,7%
nemoci	19	32,8%	3	21,4%	10	43,5%	3	33,3%	3	25,0%
samoty	49	84,5%	10	71,4%	19	82,6%	8	88,9%	12	100,0%
že budu na obtíž	30	51,7%	5	35,7%	10	43,5%	7	77,8%	8	66,7%
bídy	12	20,7%	3	21,4%	4	17,4%	2	22,2%	3	25,0%
závislosti na druhých	20	34,5%	3	21,4%	5	21,7%	7	77,8%	5	41,7%
jiné	2	3,4%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%

Graf č. 20: Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?

Bojíte se svého stáří? Čeho se obáváte?



Komentář:

Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Respondenti označili celkem 207 odpovědí. Nejčastější obavou ze stáří strachu ze samoty uvedlo 49 respondentů (84,5 %), 43 respondentů (74,1 %) se bojí bezmoci, 30 respondentů (51,7 %) má obavy, že budou ve stáří na obtíž, 24 respondentů (41,4 %) se nejvíc bojí toho, že jejich stáří bude provázet bolest, 20 respondentů (34,5 %) má strach ze závislosti na druhých, 19 respondentů (32,8 %) se obává ve stáří nemoci, 12 respondentů (20,7 %) se obává bídy, 8 dotazovaných (13,8 %) se stáří neobává, 2 respondenti (3,4 %) uvedli, že se obávají jiných, v dotazníku neuvedených, obav a vyjádřili se vlastními slovy.

Slovní odpovědi položky „jiné:

- ztráty důstojnosti
- stáří (důchodového věku) ani při dnešní skvělé medicíně nedožijeme, zemřeme v pracovním

Otázka č. 21: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími?

Tabulka č. 21: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími?

Setkání s těžce nemocnými a umírajícími ve Vás vyvolává pocit:	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
lásky	4	6,9%	0	0,0%	2	8,7%	1	11,1%	1	8,3%
úcty	24	41,4%	6	42,9%	11	47,8%	4	44,4%	3	25,0%
lítosti	35	60,3%	9	64,3%	13	56,5%	6	66,7%	7	58,3%
beznaděje	23	39,7%	4	28,6%	12	52,2%	5	55,6%	2	16,7%
bezmoci	32	55,2%	4	28,6%	16	69,6%	6	66,7%	6	50,0%
duševní tísně	17	29,3%	2	14,3%	2	8,7%	5	55,6%	11	91,7%
strachu	6	10,3%	1	7,1%	5	21,7%	0	0,0%	0	0,0%
napětí	7	12,1%	2	14,3%	4	17,4%	6	66,7%	2	16,7%
jiné	13	22,4%	4	28,6%	9	39,1%	0	0,0%	0	0,0%

Komentář:

Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Z předchozí tabulky i následujícího grafu je patrné, že z celkového počtu 161 odpovědi byl respondenty jako nejčastěji pocit, se kterým přistupují k těžce nemocným a umírajícím „pocit lítosti“, který označilo 35 respondentů (60,3 %). 32 respondentů (55,2 %) uvedlo „zažívám pocity bezmoci“, 24 respondentů (41,4 %) prožívá „pocit úcty“, 23 respondentů (39,7 %) uvedlo, že zažívá pocit beznaděje, 17 (29,3 %) respondentů má pocit duševní tísně, 7 respondentů (12,1 %) prožívá pocit napětí, 6 respondentů (10,3 %) prožívá pocit strachu, 4 respondenti (6,9 %) cítí „pocit lásky“, 13 respondentů označilo položku „jiné“.

Slovní odpovědi položky „jiné:

bez emocí - 2 respondenti;

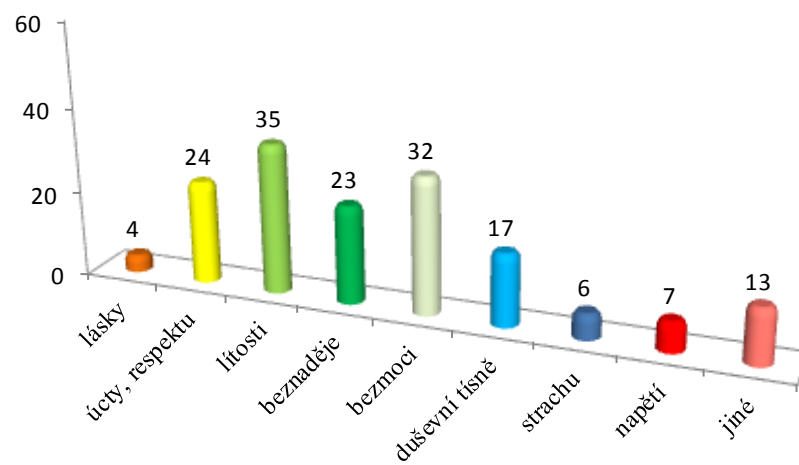
– je to hodně individuální - 4 respondenti;

– s pokorou - 4 respondenti;

- bez emocí, starám se o to, aby netrpěli;
- stejně jako k jiným;
- s respektem.

Graf č. 21: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími?

Setkání s těžce nemocnými a umírajícími ve Vás vyvolává pocit

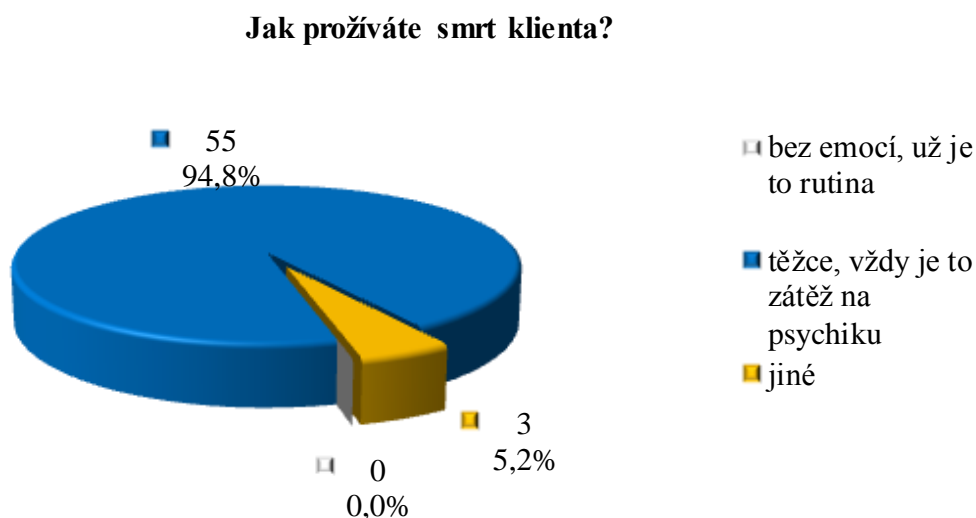


Otázka č. 22: Jak prožíváte smrt klienta?

Tabulka č. 22: Jak prožíváte smrt klienta?

Jak prožíváte smrt klienta?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
bez emocí, už je to rutina	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
těžce, vždy je to zátěž na psychiku	55	94,8%	14	100,0%	20	87,0%	9	100,0%	12	100,0%
jiné	3	5,2%	0	0,0%	3	13,0%	0	0,0%	0	0,0%

Graf č. 22: Jak prožíváte smrt klienta?



Komentář:

Z tabulky i grafu je patrné že z celkového počtu 58 respondentů převážná většina tj. 55 (94,8 %) odpověděla, že smrt pacienta je pro ně vždy zátěží, 3 respondenti zvolili možnost jiné a specifikovali svou odpověď slovně.

Slovní vyjádření položky „jiné“:

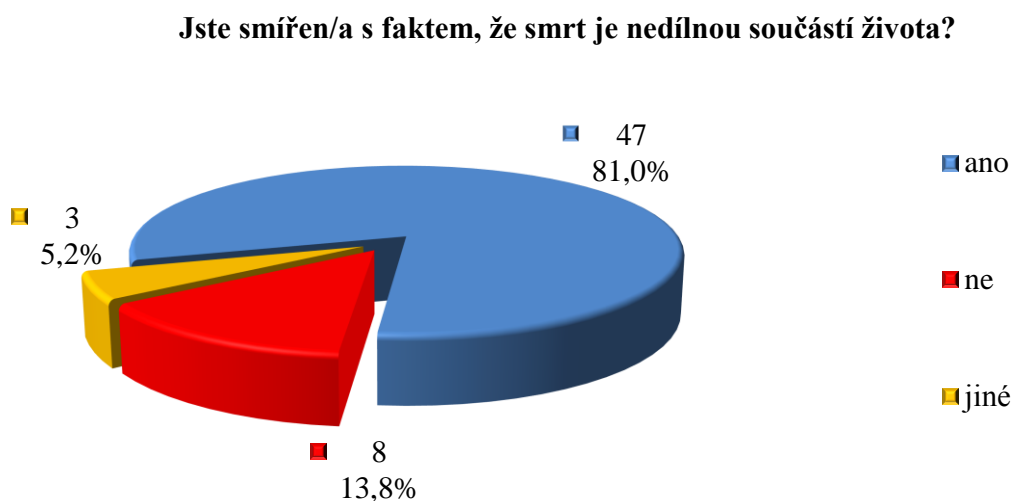
- každá smrt je individuální, záleží na okolnostech, ale nikdy to není veselá záležitost
- dle okolností, končí život a mění se životy lidí v jeho okolí, vždy jsou v tom emoce
- je to individuální, nikdy to není lehké a nikdy to není bez emocí

Otázka č. 23: Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?

Tabulka č. 23: Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?

Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	47	81,0%	13	92,9%	17	73,9%	8	88,9%	9	75,0%
Ne	8	13,8%	1	7,1%	4	17,4%	1	11,1%	2	16,7%
Jiné	3	5,2%	0	0,0%	2	8,7%	0	0,0%	1	8,3%

Graf č. 23: Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?



Komentář:

Z celkového počtu 58 odpovědí, nejvíce respondentů 47 (81,0 %) uvedlo, že je s faktem konečnosti života smířeno, možnost „ne“ vybralo 8 respondentů (13,8 %). Zbývající 3 respondenti (5,2 %) uvedli slovní odpověď: nechci o tom vůbec přemýšlet; nepřemýšlím o tom; je těžké se s tím smířit, ale nic s tím nenadělám.

Otázka č. 24: Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?

Tabulka č. 24: Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?

Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
umírání se neobávám	2	3,4%	1	7,1%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%
smrti se neobávám	6	10,3%	2	14,3%	3	13,0%	1	11,1%	0	0,0%
bolesti	33	56,9%	6	42,9%	10	43,5%	6	66,7%	11	91,7%
samoty	27	46,6%	6	42,9%	12	52,2%	2	22,2%	7	58,3%
ztráty důstojnosti	23	39,7%	6	42,9%	10	43,5%	2	22,2%	5	41,7%
ukončení mé existence	14	24,1%	3	21,4%	5	21,7%	2	22,2%	4	33,3%
délky umírání	8	13,8%	2	14,3%	3	13,0%	2	22,2%	1	8,3%
nepřipravenosti/zaskočení smrtí	13	22,4%	2	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	11	91,7%
jiné	7	12,1%	2	14,3%	1	4,3%	0	0,0%	4	33,3%

Komentář:

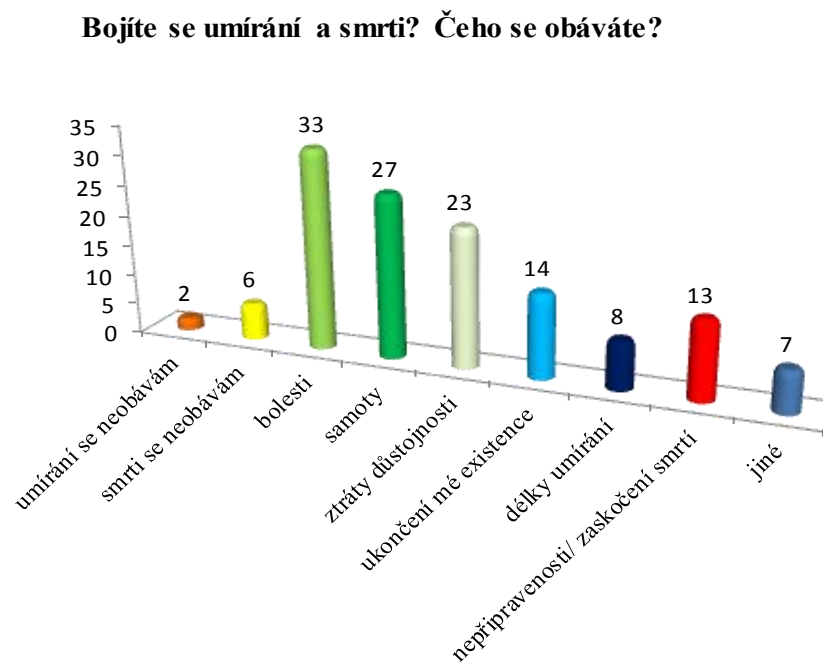
Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Celkově bylo onačeno 133 odpovědí. Z předchozí tabulky a následujícího grafu je patrné, velký počet respondentů tj. 33 (56,9 %) má obavy z bolesti při vlastním umírání, 27 respondentů (46,6 %) má strach ze samoty. Obavy ze ztráty důstojnosti má 23 respondentů (39,7 %), 14 respondentů (24,1 %) má obavu z ukončení své existence, 13 respondentů (22,4 %) se v pohledu na své umírání nejvíce obává toho, že nebudou na svou smrt připraveni, 8 sester (13,8 %) má obavu z délky umírání. Šest sester (10,3 %) se smrti neobává. Dva z respondentů (3,4 %) uvedli, že se svého umírání neobávjí, 7 sester (12,1 %) uvedlo jiné obavy.

Slovní odpovědi položky „jiné“:

- nemožnosti ovlivnit kdy, kde a jak (umírání) nastane;

- bojím se nicoty, prázdna a věčné zimy;
- nejistoty, nevím, co mě čeká - 3 respondenti
- strach z „posledního soudu“ - 2 respondenti

Graf č. 24: *Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?*



Otázka č. 25: Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?

Tabulka č. 25: Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?

Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
výchova v rodině	18	31,0%	7	50,0%	4	17,4%	4	44,4%	3	25,0%
škola, vzdělání, vědomosti	8	13,8%	2	14,3%	2	8,7%	2	22,2%	2	16,7%
víra, náboženství	18	31,0%	6	42,9%	8	34,8%	2	22,2%	2	16,7%
stálá přítomnost stáří s jeho obtížemi	32	55,2%	5	35,7%	12	52,2%	5	55,6%	10	83,3%
péče o pacienty v terminálním stadiu	30	51,7%	4	28,6%	13	56,5%	3	33,3%	10	83,3%
častá blízkost smrti, opakované uvědomování si vlastní konečnosti	45	77,6%	7	50,0%	18	78,3%	9	100,0%	11	91,7%
přístup společnosti ke stáří, umírání a smrti, tabuizace smrti	12	20,7%	3	21,4%	5	21,7%	3	33,3%	1	8,3%
jiné	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%

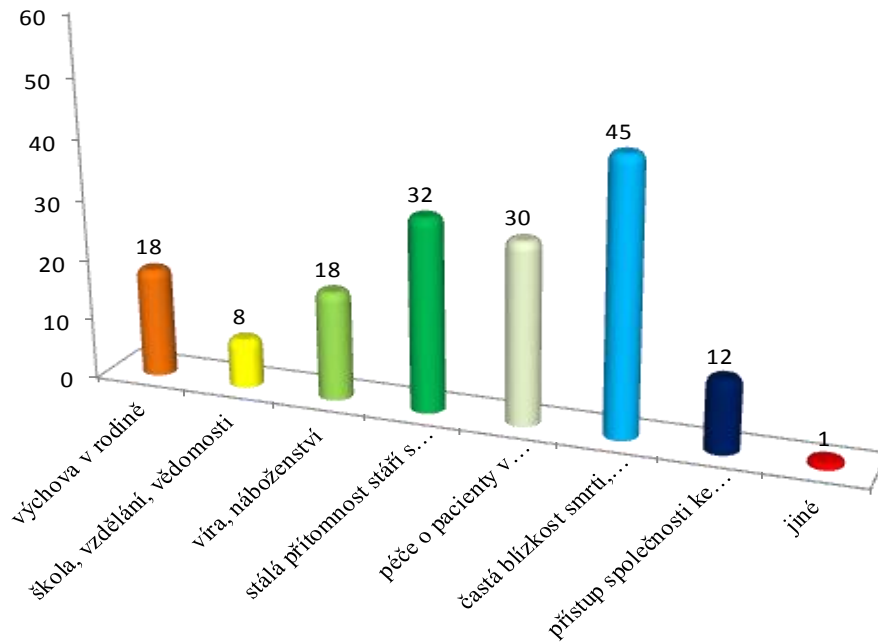
Komentář:

Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Zaznamenáno bylo 164 odpovědí. Z předchozí tabulky a následujícího grafu je patrné, že nejvíce je pohled na stáří umírání a smrt ovlivňuje častá blízkost smrti a opakované uvědomování si vlastní konečnosti, které uvedlo 45 respondentů (77,6 %), 32 respondentů (55,2 %) udává ovlivnění stálou přítomností stáří s jeho obtížemi, 30 respondentů (51,7 %) uvedlo, že jejich pohled na umírání ovlivňuje péče o pacienty v terminálním stadiu, 18 respondentů (31,0 %) v pohledu na umírání ovlivnila víra, náboženství a výchova v rodině, 12 respondentů (20,7 %) udává ovlivnění v přístupu společnosti ke stáří, umírání a smrti.

Nejméně respondentů 8 (13,8 %) uvedlo, že byli ovlivněni školou, vzděláním a získanými vědomostmi.

Graf č. 25: Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?

Co ovlivnilo (ovlivňuje) Váš pohled na stáří, umírání a smrt?



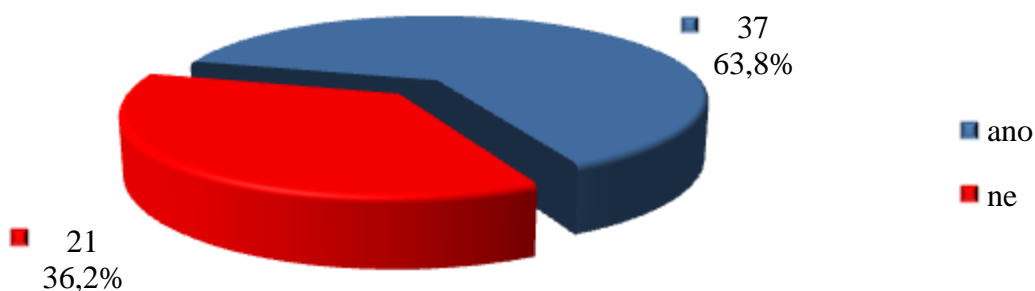
Otázka č. 26: Myslíte si, že je Váš pohled na stáří, umírání a smrt ovlivněn prací s geriatrickými pacienty?

Tabulka č. 26: Ovlivnění pohledu na stáří, umírání a smrt.

Myslíte si, že je Váš pohled na stáří, umírání a smrt ovlivněn prací s geriatrickými pacienty?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	37	63,8%	6	42,9%	15	65,2%	7	77,8%	9	75,0%
ne	21	36,2%	8	57,1%	8	34,8%	2	22,2%	3	25,0%

Graf č. 26: Ovlivnění pohledu na stáří, umírání a smrt?

Myslíte si, že je Váš pohled na stáří, umírání a smrt ovlivněn prací s geriatrickými pacienty?



Komentář:

Z celkového počtu 58 respondentů jich 37 (63,8 %) odpovědělo, že myslí, že je práce s geriatrickými pacienty ovlivnila v pohledu na smrt a umírání, 21 respondentů (36,2%) si to nemyslí.

Otázka č. 27: Jestliže Vaše odpověď na předchozí otázku byla "ano", rozved'te prosím svou odpověď. Uved'te prosím, jak je Váš pohled ovlivněn, změněn.

Tato otázka není zaznamenána do tabulky ani grafu.

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali respondenti vlastními slovy. 37 respondentů slovně vyjádřilo, jak jsou prací s geriatrickými pacienty ovlivněni v osobním životě: 28 respondentů se shodlo na změně v myšlení, chování, prožívání, 6 z nich odpověď dále specifikovalo:

- změna pohledu na svět, více si vážím života - 2 respondenti;
- změna postoje k seniorům a stáří vůbec - 2 respondenti;
- zvýšení mé úcty ke stáří, zamýšlení se nad vlastním životem a stářím;
- jsem více citlivá, mám větší úctu k životu;
- práce mě obohatila;

zbylých 9 respondentů uvedlo:

- více si vážím života, snažím se život si lépe užívat - 2 respondenti;
- vážím si více zdraví a celkové spokojenosti a rodině - 2 respondenti;
- změna v žebříčku hodnot, více si vážím života;
- mám větší pochopení pro stáří;
- jsem více citlivá, mám větší úctu k životu;
- jsem mrzutá a protivná i na rodinu;
- jsem nervózní a křičím doma na děti, protože jsem z práce unavená;

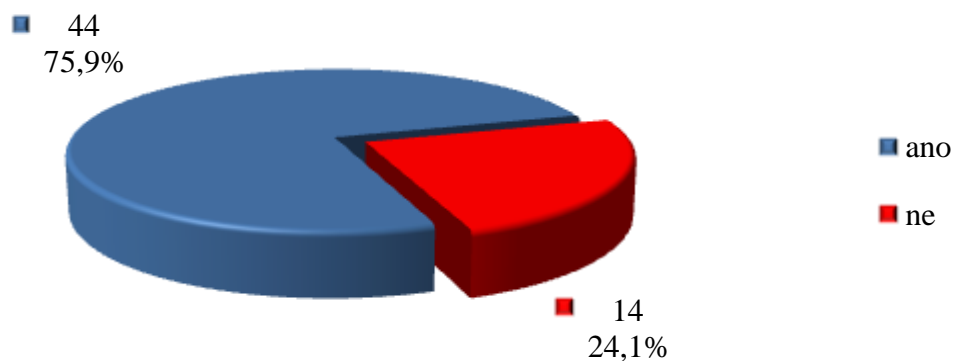
Otázka č. 28: Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?

Tabulka č. 27: Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?

Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	44	75,9%	9	64,3%	19	82,6%	8	88,9%	8	66,7%
ne	14	24,1%	5	35,7%	4	17,4%	1	11,1%	4	33,3%

Graf č. 27: Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?

Ovlivňuje Vás práce v osobním životě?



Komentář:

Z celkového počtu 58 odpovědí (100 %), 44 respondentů (75,9 %) uvedlo „ano“, práce s geriatrickými pacienty mne ovlivňuje v osobním životě, zbývajících 14 respondentů (24,1%) se v osobním životě ovlivněno necítí.

Otázka č. 29: Jak chcete prožít své stáří?

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali respondenti vlastními slovy. Odpovědi se v mnohém nelišily. Převážná většina respondentů uvedla, že ve stáří by chtěli zůstat zdraví a soběstační, u rodiny nebo v blízkosti svých rodin a přátel. V šesti případech respondenti dodávali, že by chtěli být na stáří finančně zabezpečeni. Ve čtyřech případech zněla odpověď ve smyslu „důstojného prožití stáří se nedožijeme“. Dvě odpovědi znějí: „v domově důchodců, nechci být rodině na obtíž“. Konkrétní odpovědi jsou uvedeny.

Slovní odpovědi:

- soběstačná u rodiny – uvedlo 8 respondentů;
- soběstačná v kruhu rodiny a přátel – uvedlo 6 respondentů;
- v klidu, soběstačná v blízkosti rodiny – uvedlo 6 respondentů;
- soběstačná nedaleko svých dětí a přátel – uvedlo 5 respondentů;
- ve zdraví, klidu a pohodě, s rodinou – uvedli 4 respondenti;
- doma s rodinou, soběstačná – uvedli 4 respondenti;
- zdravá a soběstačná, u rodiny – uvedli 3 respondenti;
- samostatná, soběstačná s rodinou, finančně zajištěná – uvedli 2 respondenti;
- aktivně s přáteli a blízko svých dětí a jejich rodin – uvedli 2 respondenti;
- přeji si klidné a důstojné stáří nedaleko rodiny a přátel – uvedli 2 respondenti;
- doma s rodinou, klidně, důstojně – uvedli 2 respondenti;
- aktivně, v blízkosti rodiny ve zdraví – uvedli 2 respondenti;
- stáří se nedožijeme – uvedli 2 respondenti;
- v domově důchodců, nechci být rodině na obtíž – 2 respondenti;
- v dobré fyzické a psychické kondici, finančně zabezpečená, u rodiny;
- ve svém s rodinou, schopná se o sebe postarat;
- s rodinou, nejlépe stále ve svém domově, finančně zajištěná;
- soběstačná, nedaleko rodiny a přátel, finančně zabezpečená;

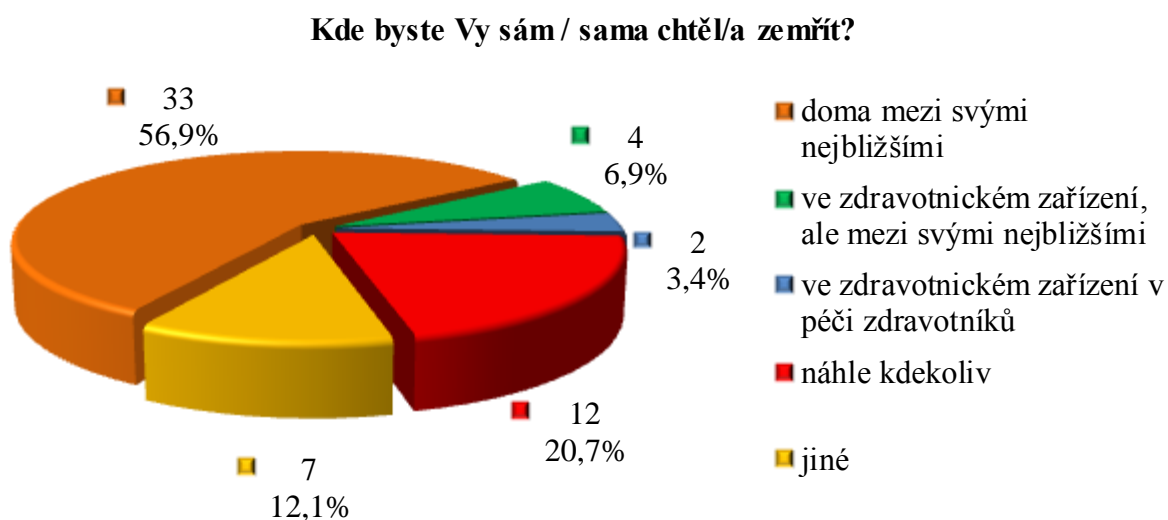
- zdravá, schopná se o sebe starat, s rodinou a přáteli, s dostatkem peněz,
- aktivně s rodinou a vnoučaty, přáteli;
- naše generace se i při současném pokroku medicíny stáří (důchodu) vůbec nedočká.

Otázka č. 30: Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?

Tabulka č. 28: Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?

Kde byste Vy sám/a chtěl/a zemřít?	všechna pracoviště		Hospic na Svatém Kopečku		Charita		Oš. lůžka, Interna Zábřeh		Oš. lůžka, Šumperská nemocnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
doma mezi svými nejbližšími	33	56,9%	6	42,9%	14	60,9%	5	55,6%	8	66,7%
ve zdravotnickém zařízení, ale mezi svými nejbližšími	4	6,9%	3	21,5%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%
ve zdravotnickém zařízení v péči zdravotníků	2	3,4%	0	0,0%	1	4,3%	1	11,1%	0	0,0%
náhle kdekoliv	12	20,7%	3	21,5%	7	30,5%	1	11,1%	1	8,3%
jiné	7	12,1%	2	14,1%	1	4,3%	1	11,1%	3	25%

Graf č. 28: Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?



Komentář:

Celkový počet odpovědí 58. Největší skupinu 33 (56,9 %) tvoří respondenti, kteří by chtěli zemřít doma mezi svými nejbližšími. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti 12 (20,7 %), kteří by v případě úmrtí volili náhlou smrt kdekoliv. Ve zdravotnickém zařízení, ale mezi svými nejbližšími by si přáli zemřít 4 respondenti. Nejmenší skupinu tvoří 2 respondenti (3,4 %), kteří by dali přednost úmrtí ve

zdravotnickém zařízení v péči zdravotníků. (12,1%) 7 respondentů by volilo jinou alternativu.

Slovní odpovědi k položce jiné:

- nepřemýšlím o tom, je mi to jedno - 2 respondenti;
- s Boží pomocí- 2 respondenti;
- nechci zemřít;
- je mi to jedno, jen se nechci rozkládat zaživa;
- nechci zůstat ležák, jinak je mi to jedno.

DISKUZE

Dotazníkovým šetřením jsem zjišťovala míru psychické, fyzické zátěže a pohled sester na stáří, umírání a smrt tak, jak je pociťují sestry pracující s geriatrickými pacienty. Šetření jsem prováděla mezi sestrami pracujícími s geriatrickými pacienty v lůžkové, terénní a hospicové péči. Do šetření byly zahrnuty sestry ošetrovatelských oddělení následné péče Šumperské nemocnice a Interny Zábřeh, sestry ošetrovatelské služby domácí péče Charity Zábřeh a Šumperk a sestry z Hospice na Svatém Kopečku.

Tuto problematiku jsem si vybrala záměrně. Počet geriatrických pacientů roste a očekává se růst i v budoucnu. Roste i náročnost práce sestry, rozšiřují se kompetence a na sestru je kladeno stále více požadavků, čímž se zvyšuje i náročnost práce.

V rámci bakalářské práce jsem si stanovila čtyři cíle společně s hypotézami ke každému z nich.

Prvním cílem mé práce bylo zjistit, které faktory působí na sestry při práci s geriatrickými pacienty jako zátěž. Hypoteticky předpokládám, že největší zátěžovou situací práce se starými lidmi je vysoká fyzická a psychická náročnost.

K tomuto cíli se váže otázka číslo 12, cituji: „Které faktory, se kterými se při své práci setkáváte, pociťujete jako zátěž?“ K této otázce bylo nabídnuto několik možností odpovědí včetně možnosti slovního vyjádření. Respondenti mohli označit více možností. Při společném vyhodnocení všech pracovišť byla nejčastěji označována „psychická náročnost“, kterou z výzkumného vzorku 58 respondentů označilo 44 (75,9 %) dotazovaných. Jako druhou nejčastěji označovanou bylo „nadměrné množství administrativy“ spolu s fyzickou náročností práce, které pociťuje jako zátěž 36 respondentů z 58, což představuje 62,1 %. Další nejčastěji udávanou zátěží je „nedostatek času na klienty“ s počtem 30 odpovědí (51,7 %), následováno zátěží způsobenou častým kontaktem s bolestí, utrpením a smrtí, které označilo 28 respondentů (48,3 %). Následuje zátěž způsobená hovory s klienty o špatné prognóze, umírání, smrti spolu s položkou „množství práce, přesčas“ které označilo 25 respondentů (43,1 %). Interpersonální vztahy a časový stres označilo 23 respondentů (39,7 %). Při srovnání jednotlivých pracovišť se výsledky různí jen v malé míře, což je dáno charakterem jednotlivých oddělení. Sestry charity například neudávají nedostatek pomocného personálu, protože pracují bez pomocného personálu. Sestry lůžkových oddělení ošetrovatelských lůžek udávají jako nejvyšší zátěž psychickou náročnost, spolu

s nedostatkem času na klienty, následované fyzickou náročností práce. Shodují se na první zátěži tj. psychické náročnosti práce. Sestry hospice udávají jako největší zátěž „psychickou náročnost“ spolu se zátěží způsobovanou častým kontaktem s bolestí, utrpením a smrtí. Výsledky jednotlivých pracovišť jsou velmi podobné.

K prvnímu cíli se vztahuje také otázka číslo 11 „Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?“. U této otázky označilo 51 respondentů (87,9 %) možnost „psychická náročnost práce“, 50 respondentů (86,2 %) označilo možnost „fyzická náročnost“, 34 hlasů (58,6 %) získala možnost „špatné finanční ohodnocení“ a 23 (39,7 %) dalo hlas pro „nízký společenský status“. Na jednotlivých odděleních se odpovědi víceméně nelišily. Jak je patrné z výsledků šetření, sestry se cítí psychicky i fyzicky zatěžovány. Dle respondentů je demotivující i fakt, že práce s geriatrickými pacienty není dostatečně ohodnocena nejen finančně, avšak, což je nejvíce zarážející, není ceněna ani společností. Což potvrzuje výzkum Heplové a Michálkové (2010).

Na základě těchto zjištění byla první hypotéza potvrzena.

Druhým cílem bylo zjistit, jakou míru psychické a fyzické zátěže sestry při práci pocítují. V hypotéze předpokládám, že sestry pracující s geriatrickými pacienty hodnotí míru psychické i fyzické zátěže jako vysokou.

K tomuto cíli, pro hodnocení míry psychické zátěže, se vztahují otázky číslo 13 až 16: „Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?“, „Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?“. Podstatná část tj. 36 respondentů (62,1 %) zhodnotila svou práci jako psychicky vyčerpávající „občas“, 10 respondentů (17,2 %) uvedlo, že je práce psychicky vyčerpává „často“, 9 respondentů (15,5 %) uvedlo „ano, práce mne vyčerpává“, 3 respondenti (5,2 %) nemají pocit, že by je práce psychicky vyčerpávala. Rozdíly při srovnání jednotlivých oddělení nejsou patrné.

Míru psychické zátěže hodnotí 20 sester (34,5 %) jako vysokou, 14 sester (24,1 %) jako střední, 12 (20,7 %) jako velmi vysokou, 10 (17,2 %) jako lehkou a 2 sestry (3,4 %) jako minimální. Zde se objevují rozdíly mezi sestrami jednotlivých pracovišť. Sestry charity ve 2 případech udávají míru psychické zátěže jako minimální, 10 sester psychickou zátěž ohodnotilo jako lehkou, 7 jako střední, 4 jako vysokou, žádná neohodnotila náročnost své práce jako velmi vysokou. Naopak sestry lůžkových oddělení možnost „minimální“ nebo „lehká“ neuvedly ani v jednom případě a spíše označují zátěž jako vysokou.

Na otázku „Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?“ odpovědělo 25 respondentů (43,1 %) „občas“. Jako druhou nejfrekventovanější odpověď uváděly sestry „občas“ 14 (24,1 %) a se stejnou frekvencí byla označována i možnost „ano“. Jen v pěti 5 případech (8,6 %) sestry udávají „ne“, „nemám pocit fyzického vyčerpání“. Při porovnání jednotlivých pracovišť stojí za pozornost jisté rozdíly. Sestry hospice i charity nejčastěji označily možnost „občas“, kdežto sestry ošetrovatelských lůžek častěji zvolily kategorické „ano“ a „často“ pro hodnocení fyzického vyčerpání z práce. Na otázku „Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?“ označilo 24 dotázaných (41,4 %) náročnost práce jako vysokou, 15 respondentů (25,9 %) udávalo střední náročnost, 11 respondentů ohodnotilo náročnost své práce jako velmi vysokou. Při pohledu na jednotlivá pracoviště opět nejsou patrné zásadní rozdíly. Sestry charity v hodnocení fyzické náročnosti své práce ani v jednom případě nepoužily hodnocení „velmi vysoká“. Což může být způsobeno častou změnou klienta. Sestra domácí péče se po určitém čase vyhrazením na vykonání návštěvy u klienta přesunuje k druhému klientu, má chvíli na regeneraci a odpočinek, i když jen krátký. Sestra pracující u lůžka je se svými pacienty po celou službu. Sestry charity fyzickou náročnost své práce v 9 případech (39,1 %) ohodnotily jako vysokou, v 8 případech (34,8 %) jako lehkou a v 6 případech (26,1 %) jako střední. Sestry pracující u lůžka tedy hodnotily fyzickou náročnost své práce stupněm „vysoká“, sestry charity na pomezí „střední a vysoká“.

Dle šetření Pečenkové, Strnada a Milky (1999, s. 12-14) sestry lůžkových pracovišť hodnotí pracovní zátěž na rozhraní pásem střední a těžké. Dle výpočtů téhož šetření je práce sester u lůžka o 30 % vyšší v porovnání s jinými provozy. Předpoklad, že sestry pracující s geriatrickými pacienty hodnotí míru psychické i fyzické zátěže jako vysokou se tedy potvrdil částečně.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda jsou sestry pracující s geriatrickými pacienty smířeny s konečností života. K tomuto cíli se vztahuje otázka číslo 23 „Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?“. Respondenti měli možnost odpovídat „ano“, „ne“ nebo uvést svou slovní odpověď. Z 58 respondentů se 47 (81 %) vyslovilo pro možnost „ano“, jsem smířen s faktem konečnosti života. Zbytek respondentů pak označil možnost „ne“ - 8 respondentů (13,8 %), nebo uvedli slovní odpověď - 3 respondenti (5,2 %). Slovní odpovědi zněly „nechci o tom vůbec přemýšlet; nepřemýšlím o tom; je těžké se s tím smířit, ale nic s tím nenadělám“. Rozdílem mezi jednotlivými pracovišti je

téměř stoprocentní smíření se s konečností života u hospicových sester a sester ošetrovatelských lůžek Interny Zábřeh. Předpoklad, že sestry pracující s geriatrickými pacienty jsou smířeny s konečností života, byl chybný.

Čtvrtým, posledním cílem bylo zjistit, jakou představu mají sestry o vlastním stáří, jak by chtěly prožít své stáří a kde zemřít. K tomuto cíli se vztahují otázky číslo 20, 29 a 30. Otázka zjištění náhledu na vlastní stáří „Bojíte se stáří? Čeho se na stáří obáváte?“. Zjišťovala, čeho se sestry obávají ve stáří. Nejfrekventovanější odpovědi byly obavy ze samoty, které označilo 49 respondentů (22,8 %). Druhou nejčastější obavou je obava z bezmoci, kterou označilo 43 sester (20,0 %). Třetí nejčastěji označenou obavou je strach „že budu na obtíž“, kterou označilo 30 respondentů (14,0 %). Při pohledu na jednotlivá pracoviště se liší jen odpovědi sester charity, které se více než samoty obávají bezmoci – 21 odpovědí (21,6 %), pro strach ze samoty se vyslovilo 19 sester (19,6 %). Z celkového vzorku se stáří neobává pouze 8 dotazovaných (3,1 %), kdy jeden respondent svou odpověď rozvedl slovy: „stáří (důchodového věku) se ani při dnešní skvělé medicíně nedožijeme, zemřeme v pracovním procesu“. Obávám se, že s tímto názorem nelze nesouhlasit, při stálém posunování hranice odchodu do důchodu a potažmo tedy i užívání si stáří.

Respondentům byla položena otázka: „Jak chcete prožít své stáří?“, na kterou mohli volně odpovídat vlastními slovy. Odpovědi se v mnohém nelišily. Převážná většina respondentů uvedla, že ve stáří by chtěli zůstat zdraví a soběstační, u rodiny nebo v blízkosti svých rodin a přátel. V šesti případech respondenti dodávali, že by chtěli být na stáří finančně zabezpečeni. Ve čtyřech případech zněla odpověď ve smyslu „důstojného prožití stáří se nedožijeme“. Dvě odpovědi zněly: „v domově důchodců, nechci být rodině na obtíž“.

Na otázku: „Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?“ bylo nabídnuto několik možností odpovědí a ponechána možnost odpovědi slovní. Více než polovina respondentů 33 (56,9 %) odpověděla, že chce zemřít doma mezi svými nejbližšími. Druhou nejfrekventovanější odpovědí je „náhle kdekoli“, kterou uvedlo 12 respondentů (20,7 %). Mezi jednotlivými pracovišti nejsou markantní rozdíly. Zajímavé jsou slovní odpovědi respondentů: „nepřemýšlím o tom, je mi to jedno“ – uvedli 2 respondenti, „s Boží pomocí“ - uvedli 2 respondenti, „nechci zemřít“, „je mi to jedno, jen se nechci rozkládat zaživa“, „nechci zůstat ležák, jinak je mi to jedno“. Z čehož lze

usuzovat, že sestry chtějí umírat doma za přítomnosti blízkých nebo by volily náhlou rychlou smrt kdekoliv. Můj předpoklad, že sestry by chtěly své vlastní stáří prožít mezi svými blízkými, svou rodinou a umírat doma, je tedy potvrzen jen v části prožívání stáří. Předpoklad, že by sestry chtěly umírat a zemřít doma je potvrzen jen částečně v 56,9 % odpovědí.

Na základě získaných dat lze říci, že výzkumných cílů v bakalářské práci bylo dosaženo, i když jednotlivé hypotézy nebyly potvrzeny.

Ráda bych zmínila další výsledky šetření. V péči o geriatrické pacienty převažují ženy. Není to nijak závažné zjištění, protože sesterská profese a převážně poskytování péče u lůžka je svou povahou souzena převážně ženám. Mužští zástupci sesterské profese se spíše věnují neodkladné a akutní péči. Účastí tří mužů v šetření jsem mírně překvapena.

Zajímavou otázkou je i ta následující: „Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty“. Celých 36 % respondentů uvádí, že vždy chtěli pečovat o geriatrické pacienty, 41 % sester se k práci dostalo, protože nemělo jiný výběr a 22 %, tj. 13 respondentů uvádí jiné důvody. Nejzajímavější z nich je důvod „za trest“, který uvedli 4 respondenti (6,9 %) - sestry ošetrovatelských lůžek. Je smutné, že tak, jak jsou ošetrovatelská lůžka stále chápána, a to nejen mezi laickou veřejností, ale bohužel i mezi zdravotníky, jako „odkladiště pro staré pacienty“ a „umírárny“, tak jsou tato oddělení chápána jako „odkladiště“ pro nepohodlný personál či personál méně schopný. Není neobvyklé, že sestra, která se „nehodí“ na akutní lůžka je přeložena ke geriatrickým pacientům. Tato sestra může být schopná a šikovná, ale stává se i to, že je na tato oddělení přeložena sestra, které do práce chodí jen „aby jí šla mzda“, bez jakéhokoliv zájmu o pacienta či chod oddělení. Je degradující jak pro sestry samotné, tak pro pacienty. Podobný přístup snižuje kvalitu péče hned dvěma způsoby. Sestra samotná neodvádí kvalitní práci v péči o pacienta a svou nekvalitní práci násobí zátěž na ostatní sestry, čímž je poznamenána zase kvalita jejich práce. Pacienti si zaslouží kvalitní péči a personál kvalitní kolegy. Řekla bych tedy, že na hodnocení a celkovém povědomí pracovišť pečujících o geriatrické pacienty se podílí nejen sestry samotné spolu s ostatním personálem, ale také management nemocnic.

I přes jinak celkem povzbudivý výsledek šetření zastávám názor, že sester, které primárně chtějí pečovat o geriatrické pacienty, není mnoho, protože tato práce není pro mladé sestry absolventky atraktivní a přitažlivá, a ne každý ji zvládne dělat. Dle mého názoru jsou výsledky také ovlivněny požadavkem na respondenty dotazníku, kde jednou

z podmínek pro validitu dotazníku byla minimálně roční praxe respondenta v péči o geriatrické pacienty. Často sestry tuto práci volí spíše jako jednu z posledních možností a pokud práci opravdu dělat nechtějí a nezvládají, rychle ji opouští. Sama jsem několikrát zažila sestru, která po první službě už do práce nepřišla s tím, že „toto tedy dělat nebudu“.

Na základě shromážděných dat je možné charakterizovat průměrnou sestru účastnicí se šetření. Respondent pečující o geriatrického pacienta je žena ve věku 31 - 40 let, středoškolského vzdělání, která se stala sestrou z touhy pomáhat a být prospěšná, s geriatrickým pacientem pracuje 6 – 10 let, práce ji uspokojuje a chtěla by u této práce setrvat po zbytek profesního života. Potěšující je odpověď na otázku „Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?“, na kterou 45 respondentů (77,6 %) uvedlo, že je práce těší a uspokojuje. Na otázku dalšího setrvání v práci s geriatrickým pacientem se 30 respondentů (51,7 %) vyslovilo, že u této práce a tedy i sesterské profese zůstat chce, a to i přes značné procento demotivujících prvků při práci (viz otázka č. 11).

Z výsledků otázky č. 18 „Pocítujete na sobě známky syndromu vyhoření?“ je patrné, že většina respondentů tj. 44 (75,9 %) na sobě nepozoruje známky syndromu vyhoření. Dlouhodobý kontakt s bolestí, strachem a dalšími emocemi pacientů včetně kontaktu se smrtí je sice dobrá příležitost k hlubšímu pochopení smyslu života a urovnání si vlastního žebříčku hodnot, avšak jak říká známé rčení, čeho je moc, toho je příliš. I sestra je jen člověk. I sestra má své problémy. Pokud na zvládání zátěžových situací není dostatečně silná a vyzrálá, nemá se komu svěřit a s kým řešit problémy, hrozí postupné vyčerpání sestry. Z přetížení vyvstávají zdravotní problémy jak psychického, tak i fyzického rázu a vyúsťují například až v opuštění profese. Sestry i přes původní touhu pomáhat bližnímu odcházejí z pomáhající profese.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci s názvem „Pracovní zátěž sester pečujících o geriatrické pacienty, jejich pohled na umírání a smrt“ se zabývám problematikou stárnutí, stáří, umírání a smrti. Snažím se poukázat na zátěž, které je sestra, pečující o geriatrické pacienty, při své práci vystavena.

Jak začátek lidského života, tak jeho konec jsou v dnešní době odsunuty do institucí. Zatímco narození dítěte je očekávanou a oslavovanou událostí, stáří se stalo nepohodlné a je stejně tak jako umírání odsunováno někam z dohledu, pryč.

Tato bakalářská práce je věnována nejen pohledu na poslední část lidského života, ale také aspektům sesterského povolání. Profese sestry je dynamicky se rozvíjícím povoláním, které během relativně krátkého časového úseku prošlo velkou řadou změn. Sestra byla vždy považována za věrnou a oddanou pomocnici lékaře. Dnešní sestra ale není jen pouhou vykonavatelkou vůle lékaře, stala se plnohodnotným členem týmu stojící lékaři po boku, ne už v jeho stínu. Díky rychlému rozvoji medicíny a specializací se rozvíjí i profese a specializace sestry. Na sestru jsou kladeny vyšší nároky a ke své tradiční roli péče o nemocné musí zastávat mnoho rolí dalších. Je nucena neustále se vzdělávat a sledovat nové trendy v oblasti své působnosti.

Sestry jsou nejpočetnější složkou pracovníků ve zdravotnictví. Tato profese je ve velkém procentu vykonávána ženami, které jako matky a manželky vedle profesionálního zvládnutí své profesní role musí zvládat i péči o svou rodinu. Tyto role se pak mohou dostávat do vzájemného konfliktu. Práce ve směnném provozu a z toho plynoucí narušený život rodiny, dlouhodobý kontakt s lidmi, kteří své strasti a problémy přenášejí na zdravotníky, nutnost dalšího vzdělávání v mimopracovní době, časté přesčasové způsobené nedostatkem sester, nenarušený režim spánku a bdění, to vše způsobuje nemalou zátěž všem sestřím.

Sesterská profese patří bezesporu mezi náročná povolání jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické a u sester pracujících s geriatrickými pacienty to platí dvojnásob. Sestry pracující v péči o starou generaci jsou denně konfrontovány s lidským utrpením, bolestí, strachem a konečností života, což je samo o sobě zátěžovou situací. Setkávají se s lidskými osudy šťastnými i tragickými a každý pacient v nich zanechá stopu.

Péče o seniory není laickou ani odbornou veřejností doceněna a není dostatečně ohodnocena ani hmotně. Avšak česká sestra dokáže i v neodpovídajících podmínkách a za neodpovídající odměnu pro svého pacienta udělat maximum. Základem je lidskost, láska

k bližnímu a také láska ke své profesi. Ovšem unavená a přepracovaná sestra nepracuje s takovým výkonem jako sestra odpočínutá a může, ač nerada, udělat chybu.

Smyslem mé práce je také ukázat, že každá jednotlivá sestra je součástí soukolí a může pozitivně, ale i negativně ovlivnit celý zdravotnický systém. Jak bude celý zdravotnický systém vypadat a jak se v něm lidé na straně zdravotníků i na straně pacientů budou cítit, je v rukách každého z nich. Sestry by měly pracovat v klidu, pocitu bezpečí, jistoty a opory při řešení problémů. Otázkou pro vedení zdravotnických organizací je využití služeb nemocničních duchovních a psychologů v péči o pomáhající. Je třeba se také zamyslet nad personálním obsazením. Je časté, že až o 30 pacientů pečuje jedna sestra za pomoci jediné ošetřovatelky či sanitářky. Sestry jsou pak přetížené a nespokojené. Spokojenost zaměstnanců má velký vliv na kvalitu péče a také na spokojenost pacientů. Naopak spokojenost pacientů ovlivňuje spokojenost zaměstnanců.

Jak ukazují výsledky šetření, sestry nachází ve své profesi značné množství demotivujících prvků, prestiž práce cítí jako nízkou a nepocítují ani mnoho ocenění ze strany společnosti. Přesto velký počet sester práce uspokojuje, těší je a nadále u ní chtějí setrvat i po zbytek profesního života. Jaká by tedy sestra pečující geriatrické pacienty měla být? Dle mého názoru by to měla být zkušená sestra středního věku, dostatečně vyzrálá osobnost s četnými životními i profesními zkušenostmi.

Má práce je jen malou sondou do problematiky pohledu na poslední část života. Výsledky šetření ukázaly, že na otázku strachu ze smrti a umírání, velký počet sester vyslovil obavou ze samoty a bolesti při umírání. Sestry samy cítí, že ne všechny možnosti současné paliativní medicíny jsou dostatečně využívány. Velké procento sester také uvedlo, že by chtěly zemřít doma mezi svými blízkými. Lze předpokládat, že i laická veřejnost zastává stejný názor. Ne každý ale ví, že i v dnešní době je možné prožít poslední dny života ve svém prostředí. Přínosné by tedy bylo zajistit větší informovanost veřejnosti o možnostech domácího hospice a agentur domácí péče, které hospicovou péči také poskytují.

ANOTACE

Autor:	Hana Žváčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Pracovní zátěž sester pečujících o geriatrické pacienty, jejich pohled na stáří, umírání a smrt
Vedoucí práce:	Jaroslava Pečenková
Počet stran:	164
Počet příloh:	10
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	sárnutí, stáří, umírání, smrt, zátěž sester
Keywords:	ageing, old age, dying, death, workload of the nurses

Bakalářská práce pojednává o pracovní zátěži sester pečujících o geriatrické pacienty, zkoumá jejich pohled na stáří, umírání a smrt. V první kapitole teoretické části je popsána problematika stárnutí a stáří. Zmíněna je péče o seniory v historii i současné době. Ve druhé kapitole se je popsán náhled na smrt a umírání v historii až do současnosti. V poslední kapitole teoretické části je zmíněn stres a zátěž sester, které mohou vyústit až v syndrom vyhoření. Empirickou část práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotní sestry pečující o geriatrické pacienty. Cílem práce je zjistit a zhodnotit pohled zdravotních sester na stáří, umírání a smrt a jejich pracovní zátěž.

This thesis deals with workload of the nurses, caring for geriatric patients, investigates their point of view at the old age, dying and the death. In the first chapter of the theoretical part, issues of the ageing and the old age is described. Mentioned is history of care for the elderly, as well as contemporary forms of care. In the second chapter is described point of view at the death and dying in history to the present. In the last chapter of the theoretical part is mentioned stress and workload of the nurses, which could end in burnout syndrome. Empirical part of my work is dealing with a quantitative research. Examined sample contains nurses caring for geriatric patients. Objective of the theses, is to determine and valorize the point of view of the nurses, at the old age, dying and death and their workload.

POUŽITÉ ZDROJE

1. BALOGOVÁ, B., ŽUMÁROVÁ, M. *Medzigenerační mosty*. 1. vyd. [Košice]: Menta media, 2009. 112 s. ISBN 978-80-89392-08-7.
2. BÁRTLOVÁ, S., et al. *Role sestry specialistky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. dopl. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. s. 117. ISBN 80-7013-233-7.
5. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
6. BAŠTECKÁ, B., Goldman, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
7. BURCIN, B; KUČERA, T. 9. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003 - 2065). *Demografie* [online]. 2004, roč. 46, č. 2, [cit. 2011-08-01]. Dostupný z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_prognozyprognozacr>. ISSN 1801-2914.
8. BYOCK, I. *Dobré umírání : možnosti pokojného konce života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad: Cesta domů, 2005. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.
9. FRANKL, V. E. *Co v mých knihách není : Autobiografie*. 1.vyd. Brno: Cesta, 1997. 117 s. ISBN 80-85319-66-7.
10. FRANKL, Viktor Emanuel. *Vůle ke smyslu*. 3. vyd. Brno: Cesta, 1994. 212 s. ISBN 80-85139-29-2.
11. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774. s. ISBN 80-7178-303-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. s. 72. ISBN 80-7013-363-5.

13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. s. 230. ISBN 80-85824-03-5.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
16. HEPLOVÁ, M.; MICHÁLKOVÁ, H. Motivační prvky v práci sestry. *Sestra*. 2010, no. 11, s. 30-31. ISSN 1214-7664.
17. HLADKÝ, A., et al. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
18. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže : metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.
19. HOLMEROVÁ, I., et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
20. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. [Praha]: Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
21. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 160.
22. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: TRITON 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
23. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
24. JEDLIČKA, V., et al. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.
25. KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
26. KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

27. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
28. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
29. KOMAČEKOVÁ, D.: Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7–8, str. 26–28. ISSN 1210-0404.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
33. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
35. KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*. New York: Routledge, 1973. 256 s. ISBN 0-415-04015-9.
36. KŮT, F. Povolání lékaře u nás stále nejprestižnější. *Zdravotnické noviny*. 8. 2011, č. 16, s. 1. ISSN 1214-7664.
37. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
38. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
39. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

40. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky : smrt a umírání*. 2. opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8.
41. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
42. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
43. PEČENKOVÁ, J.; STRNAD, L.; MILKA, D. Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetřovatelství : Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. 1999, no. 1, s. 12-14. ISSN 1212-723X.
44. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
45. PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 57 s. ISBN 80-244-1412-0.
46. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
47. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 435 s. ISBN 80-7038-078-0.
48. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.
49. SHEEHYOVÁ, G. *Průvodce dospělostí: šance a úskalí druhé poloviny života*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 454 s. ISBN 80-7178-185-1.
50. SMÉKAL, V. *O lidské povaze : krátká zamyšlení nad psychickou a duchovní kulturou osobnosti*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2005. 203 s. ISBN 80-7295-069-X.
51. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství II : Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
52. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
53. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J., et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
54. TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN- 80-7262-365-6.

55. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti. Vybrané kapitoly z thanatologie.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.
56. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky.* 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
57. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
58. VENGLÁŘOVÁ, M., et al. *Sestry v nouzi : syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
59. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247- 2170-5.
60. VITOŠOVÁ, M. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404.
61. VIRT, G. *Žít až do konce : etika umírání, smrti a eutanázie.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
62. VOKURKA, M., et al. *Praktický slovník medicíny.* 6. vyd. Praha: MAXDORF, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
63. VORLÍČEK, J., et al. *Paliativní medicína.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
64. WEBER, P., et al. *Minimum z klinické gerontologie : pro lékaře a sestru v ambulanci.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 150 s. ISBN 80-7013-314-7.
65. YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 527 s. ISBN 80-7367-147-6.
66. ZACHAROVÁ, E. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*, 2010. roč. 20, č. 12. s. 40. Mladá fronta a.s. ISSN 210-0404.
67. ZACHAROVÁ, E., GULÁŠOVÁ, I. Profesionální image sester. *Zdravotnické noviny.* 2010, no. 18, s. 25. ISSN 0044-1996.

- 68.** ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. Kompetencie sestry pri posudzovaní zdravotného stavu seniorov . In ARCHALOUSOVÁ, A, et al. *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu II : Sborník příspěvků II. Slezské vědecké konference ošetrovateľství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. s. 170. ISBN 978-80-7248-413-3.
- 69.** Zemřelí v České republice v roce 2010 : Zemřelí podle místa úmrtí. In *Zemřelí : Zdravotnická statistika*. 2011. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. s. 106. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/system/files/demozem2010.pdf>>. ISBN 978-80-7280-925-7, ISSN 1210-9967.

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dál
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
s.	strana
SZŠ	střední zdravotnická škola
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1.: Zastoupení pracovišť	74
Tabulka č. 2: Zastoupení žen a mužů	75
Tabulka č. 3: Věk respondentů	76
Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání	77
Tabulka č. 5: Proč jste si vybral/a povolání sestry?.....	78
Tabulka č. 6: Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?	79
Tabulka č. 7: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?	81
Tabulka č. 8: Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?	82
Tabulka č. 9: Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?.....	83
Tabulka č. 10: Co Vás v této práci motivuje, povzbuzuje?	84
Tabulka č. 11: Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?	86
Tabulka č. 12: Které faktory při své práci pocít'ujete jako zátěž?	88
Tabulka č. 13: Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?	91
Tabulka č. 14: Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?	92
Tabulka č. 15: Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?.....	93
Tabulka č. 16: Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?.....	94
Tabulka č. 17: Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?	95
Tabulka č. 18: Pocít'ujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?.....	96
Tabulka č. 19: S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?	97
Tabulka č. 20: Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?.....	99
Tabulka č. 21: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími? .	101
Tabulka č. 22: Jak prožíváte smrt klienta?	103
Tabulka č. 23: Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?	104
Tabulka č. 24: Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?.....	105
Tabulka č. 25: Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?	107
Tabulka č. 26: Ovlivnění pohledu na stáří, umírání a smrt.....	109
Tabulka č. 27: Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?	111
Tabulka č. 28: Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?	114

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Zastoupení pracovišť	74
Graf č. 2: Zastoupení žen a mužů	75
Graf č. 3: Věk respondentů	76
Graf č. 4: Dosažené vzdělání	77
Graf č. 5: Proč jste si vybral/a povolání sestry?	78
Graf č. 6: Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?	79
Graf č. 7: Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?	81
Graf č. 8: Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?	82
Graf č. 9: Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?	83
Graf č. 10: Co Vás v této práci motivuje, povzbuzuje?	85
Graf č. 11: Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?	86
Graf č. 12: Faktory pocíťované jako zátěž.....	89
Graf č. 13: Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?	91
Graf č. 14: Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?	92
Graf č. 15: Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?	93
Graf č. 16: Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?	94
Graf č. 17: Myslíte na práci i doma? "Nosíte" si práci domů?	95
Graf č. 18: Pocíťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?	96
Graf č. 19: S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?.....	98
Graf č. 20: Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?	99
Graf č. 21: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími?	102
Graf č. 22: Jak prožíváte smrt klienta?	103
Graf č. 23: Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?	104
Graf č. 24: Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?	106
Graf č. 25: Co ovlivnilo / ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?	108
Graf č. 26: Ovlivnění pohledu na stáří, umírání a smrt?.....	109
Graf č. 27: Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?	111
Graf č. 28: Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?	114

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Desatero komunikace se seniory

Příloha č. 3 – Evropská charta pacientů seniorů

Příloha č. 4 – Práva smrtelně nemocných a umírajících

Příloha č. 5 – Péče o pečovatelky

Příloha č. 6 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Oblastní charita Zábřeh

Příloha č. 7 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Oblastní charita Šumperk

Příloha č. 8 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Šumperská nemocnice

Příloha č. 9 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Interna Zábřeh

Příloha č. 10 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Hospic na Svatém kopečku

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové, sestry,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku.

Jmenuji se Hana Žváčková a jsem studentkou 3. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, studijní program Ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Dotazník, který se Vám dostává do ruky, je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: „PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT“. Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi budou použity výhradně ke zpracování mé bakalářské práce.

Za otevřenost a upřímnost při vyplňování dotazníku Vám předem děkuji.

Hana Žváčková

Pokyny k vyplnění: kde není uvedeno jinak, uvádějte pouze jednu odpověď. U otázek s volnou odpovědí napište prosím svůj názor. Pokud chcete kteroukoliv odpověď rozvést, upřesnit či doplnit, učiňte tak. Děkuji za spolupráci.

1. Označte prosím své pracoviště:

- a) Charita Zábřeh
- b) Charita Šumperk
- c) Ošetrovatelská lůžka, Šumperská nemocnice
- d) Hospic na Svatém Kopečku
- e) Ošetrovatelská lůžka, Interna Zábřeh

2. Jste:

- a) žena
- b) muž

3. Váš věk:

- a) do 20 let včetně
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené zdravotnické vzdělání?

- a) středoškolské
- b) specializace
- c) vyšší odborné
- d) bakalářské
- e) magisterské

5. Proč jste si vybral/a povolání sestry?

vyberte jednu možnost, nebo odpovězte vlastními slovy

- a) touha pomáhat, být prospěšná/ý
- b) nebyla jiná možnost výběru povolání
- c) jiné:

6. Jak jste se dostal/a k práci s geriatrickými pacienty?

vyberte jednu možnost, nebo odpovězte vlastními slovy

- a) vždy jsem chtěla pečovat o staré
- b) nebyl jiný výběr / možnost
- c) jiné:

7. Jak dlouho pracujete s geriatrickými pacienty?

- a) 1 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 20 a více let

8. Máte pocit, že Vás tato práce těší a uspokojuje?

- a) ano
- b) ne
- c) ne zcela

9. Chcete u této práce setrvat i po zbytek profesního života?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si tím zcela jist/á

10. Co Vás v práci motivuje, povzbuzuje?

lze označit více možností i odpovědět vlastními slovy

- a) nevidím žádnou motivaci, povzbuzení
- b) přináší mi uspokojení
- c) možnost konat dobro
- d) stálý kontakt s lidmi
- e) práce, která má smysl
- f) cítím v této práci naplnění
- g) pomoc bližnímu, možnost pomáhat
- h) možnost seberealizace
- i) uplatnění znalostí
- j) pocit prospěšnosti
- k) jiné:

11. Co vnímáte jako demotivující prvek této práce?

lze označit i více možností či odpovědět vlastními slovy

- a) nevidím žádná negativa
- b) fyzická náročnost
- c) psychická náročnost
- d) nízký společenský status
- e) špatné finanční ohodnocení
- f) jiné:

12. Které faktory, se kterými se při své práci setkáváte, považujete jako zátěž?

lze označit více možností, případně užít vlastní slova

- a) nedostatek personálu, přesčasy
- b) nadměrné množství administrativy
- c) psychická náročnost, stresové situace
- d) fyzická náročnost, množství práce
- e) interpersonální vztahy, konflikty s týmem
- f) velká míra odpovědnosti
- g) konflikty s klienty či jejich rodinami
- h) péče o klienty v terminálním stadiu
- i) hovory s klienty o špatné prognóze, blížícím se konci, smrti
- j) časté setkávání s bolestí, utrpením a smrtí
- k) jiné:

13. Máte pocit, že Vás práce psychicky vyčerpává?

- a) ano
- b) ne
- c) často
- d) občas

14. Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší práce?

- a) minimální
- b) lehká
- c) střední
- d) vysoká
- e) velmi vysoká

15. Máte pocit, že Vás práce fyzicky vyčerpává?

- a) ano
- b) ne
- c) často
- d) občas

16. Jak hodnotíte fyzickou náročnost Vaší práce?

- a) minimální
- b) lehká
- c) střední
- d) vysoká
- e) velmi vysoká

17. Myslíte na práci i doma? „Nosíte“ si práci domů?

- a) ano
- b) ne
- c) často
- d) občas

18. Pociťujete na sobě známky „syndromu vyhoření“?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy mám ten pocit
- d) neznám tento pojem

19. Co cítíte ke starým lidem? S jakým pocitem přistupujete ke starým lidem?

lze označit více možností, případně odpovědět vlastními slovy

- a) láska
- b) úcta, respekt
- c) lítost
- d) beznaděj
- e) bezmoc
- f) strach
- g) pokora
- h) odpor, vadí mi
- i) jiné:

20. Bojíte se (svého) stáří? Čeho se obáváte?

lze označit více možností, případně užít vlastní slova

- a) neobávám se stáří
- b) bezmoci
- c) bolesti
- d) nemoci
- e) samoty
- f) že budu na obtíž
- g) bídy
- h) závislosti na druhých
- i) jiné:

22. Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s těžce nemocnými a umírajícími?

lze označit více možností, případně odpovědět vlastními slovy

- a) lásky
- b) úcty
- c) lítosti
- d) beznaděje
- e) bezmoci
- f) duševní tísně
- g) strachu
- h) napětí
- i) jiné:

22. Jak prožíváte smrt klienta?

- a) bez emocí, už je to rutina
- b) těžce, vždy je to zátěž na psychiku
- c) jiné:

23. Jste smířen/a s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?

- a) ano
- b) ne
- c) ne
- d) jiné:

24. Bojíte se (svého) umírání a smrti? Čeho se obáváte?

lze označit více možností, případně užít vlastní slova

- a) umírání se neobávám
- b) smrti se neobávám
- c) bolesti
- d) samoty
- e) ztráty důstojnosti
- f) ukončení mé existence
- g) délky umírání
- h) nepřipravenosti/ zaskočení smrtí
- i) jiné:

25. Co ovlivnilo/ ovlivňuje Váš pohled na stáří, umírání a smrt?

lze označit více možností, případně užít vlastní slova

- a) výchova v rodině
- b) škola, vzdělání, vědomosti
- c) víra, náboženství
- d) stálá přítomnost stáří s jeho obtížemi
- e) péče o pacienty v terminálním stadiu
- f) častá blízkost smrti, opakované uvědomování si vlastní konečnosti
- g) přístup společnosti ke stáří, umírání a smrti, tabuizace smrti
- h) jiné:

26. Myslíte si, že je Váš pohled na stáří, umírání a smrt ovlivněn prací s geriatrickými pacienty?

- a) ano
- b) ne

27. Jestliže Vaše odpověď na předchozí otázku byla "ano", rozved'te prosím svou odpověď. Uved'te prosím, jak je Váš pohled ovlivněn, změněn.

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

28. Ovlivňuje Vás tato práce v osobním životě?

- a) ano
- b) ne

29. Jak chcete prožít své stáří?

Použijte prosím vlastní slova, např.: tam, kde mám kořeny, soběstačná nedaleko rodiny, vnoučat, přátel, ...

.....
.....

30. Kde byste Vy sám / sama chtěl/a zemřít?

- a) doma mezi svými nejbližšími
- b) ve zdravotnickém zařízení, ale mezi svými nejbližšími
- c) ve zdravotnickém zařízení v péči zdravotníků
- d) náhle kdekoliv
- e) jiné:

Děkuji za vyplnění.

Příloha č. 2

Desatero komunikace se seniory

1. Identita jedince je respektována a důsledně je osloven jménem, případně titulem. V žádném případě nelze oslovovat familiérně „babi“, „dědo“.
2. Zásadně se starým člověkem není hovořeno jako s dítětem. Nesmí dojít k infantilizaci, zdětinšťování starého člověka.
3. Při komunikaci se seniory se zdravotním postižením a při jejich ošetřování je chráněna jeho důstojnost.
4. Je respektováno zpomalení psychomotorického tempa a snížená pohyblivost.
5. Podstatné informace je nutno vícekrát zopakovat nebo napsat.
6. Komunikace je přizpůsobena seniorovi s poruchou sluchu, zraku atd.
7. Komunikace je srozumitelná, stále je udržován oční kontakt.
8. Při rozhovoru se seniorem je jiný hluk odstraněn (např. televize, rozhlas) a bez zjištění nedoslýchavosti seniora není zesilován hlas.
9. Dopomoc při pohybu nebo odkládání svršků není vnucována. Zdravotnická zařízení, která využívají i senioři, by měla být zásadně bezbariérová, lehce přístupná a s jasným značením.
10. Při ústavním ošetřování komunikace i ošetřovatelská činnost nevede k imobilizaci, ale k podpoře a k udržení soběstačnosti seniora.

(Kalvach et al., 2008, s. 324)

Příloha č. 3

Evropská charta pacientů seniorů

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti

Adresa: Gerontologické centrum Praha 8 - Šimůnkova 1600, tel. 286 883 676, 283 880 346, fax 286 882 788, e-mail: Iva.Holmerova@gerontocentrum.cz

Obsah

Úvod

1. Obecné zásady
2. Informace a komunikace
3. Podpora zdraví
4. Léky
5. Transport
6. Zdravotní problémy
 - paměť
 - pády a zhoršení hybnosti
 - inkontinence
7. Nemoc
8. Rekonvalescence a rehabilitace
9. Propuštění z nemocnice
10. Denní centra
11. Respitní péče
12. Komunitní a sociální služby
13. Změna domova

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

1. že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
2. že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
3. že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
4. že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
5. že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
6. že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
7. že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
8. že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
9. že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
10. že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
11. že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
12. že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- zdravém způsobu života
- zdravé výživě

- pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy,

například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

1. specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení

2. v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení

- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta.. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým

- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie

- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Přeložila: MUDr. Iva Holmerová

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html>

Příloha č. 4

Práva smrtelně nemocných a umírajících

(Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 /1999)

Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo po dlouhé a vzrušené debatě dne 25. června 1999 velkou většinou hlasů následující dokument, který reaguje na aktuální problém medicíny v rozvinutých zemích. Zatímco v chudých a rozvojových zemích je prvořadým cílem medicíny zabránit zbytečným a předčasným úmrtím, klade na ni sociální a technický pokrok v rozvinutých zemích paradoxně požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolestí, důstojně a obklopen citlivou péčí. Jeho blízkým by se mělo dostat kvalifikované profesionální podpory a samozřejmostí by mělo být pietní zacházení s tělem zemřelého. Aktivní eutanázie by v takových situacích byla zkratkovitým řešením, zjednodušujícím často i z ekonomických a demografických motivů celý problém konce lidského života, odporovala by základní povinnosti lékaře sloužit životu a těžce by narušila vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Zkušenosti ukazují, že by její legalizace byla spojena s velikým nebezpečím zneužití.

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby; zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, "že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel." V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení."

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu i při umírání.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.

Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.

Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.

Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.

Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.

Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.

Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.

Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.

Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

1) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

a) aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua;

b) aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;

c) aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;

d) aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně;

e) aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta;

f) aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající;

g) aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tlášení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života;

h) aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;

ch) aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii;

i) aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;

j) aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny;

2) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- a) aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;
- b) aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího;
- c) aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;
- d) aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v "pořízení" smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;
- e) aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;

- f) aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány;
- 3) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- a) uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života";
 - b) uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby;
 - c) uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

(Výňatek z oficiálního věstníku Rady Evropy, červen 1999)

Rozprava Parlamentního shromáždění Rady Evropy z 25. června 1999.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Práva smrtelně nemocných a umírajících

1. Mám právo na to, aby se mnou až do mé smrti zacházelo jako se živým člověkem.
2. Mám právo udržovat si naději, ať už je zaměřena na cokoliv.
3. Mám právo na poskytování péče lidmi, kteří dokáží udržovat moji naději, ať už se situace změní jakkoliv.
4. Mám právo vyjádřit své city týkající se blížící se smrti, a to svým vlastním způsobem.
5. Mám právo účastnit se na rozhodnutích, která se týkají péče o mě samého.

6. Mám právo účastnit se na rozhodnutích, která se týkají péče o mě samého.
8. Mám právo na to, abych nezemřel osamocený.
9. Mám právo být osvobozen od bolesti.
10. Mám právo na to, aby mi nikdo nelhal.
11. Mám právo na to, aby mi ve chvíli, když si uvědomím hrozící smrt, pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnuta i mým příbuzným.
12. Mám právo zamřít v klidu a důstojně.
13. Mám právo na svůj vlastní názor a nebýt souzen za svoje rozhodnutí, která mohou být v rozporu s názory jiných lidí.
14. Mám právo na duchovní podporu, bez ohledu na to, co znamená víra pro ostatní.
15. Mám právo očekávat, že neporušitelnost lidského těla bude respektována i po mé smrti.
16. Mám právo na to, aby se o mě starali citliví, starostliví a zkušené lidé, kteří se budou snažit porozumět mým potřebám, a kterým přinese jejich péče určité uspokojení.

Překlad z německé verze: Dagmar Pohunková

Příloha č. 5

Péče o pečovatelky

1. Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat změnám, ale ne změnit jiné lidi. Můžeš změnit svůj vztah k nim, nikoli však je.
3. Najdi si své útočiště, místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty v případě potřeby.
4. Druhým lidem, svým spolupracovníkům, buď oporou, povzbuzením a neboj se je pochválit, když si to i jen trochu zaslouhují. Stejně se to nauč přijímat od nich.
5. Uvědom si, že tváří tvář utrpení, jehož jsou sestry denně svědky, je přirozené cítit se někdy bezbranným a bezmocným. Připusť si tuto myšlenku. Být potřebným nablízku a pečovat o ně, je někdy důležitější než všechno ostatní.
6. Snaž se měnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat jinak, zkus obměňovat a vylepšovat své pracovní postupy.
7. Nauč se rozpoznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest tiší a zmírňuje.
8. Když jdeš z práce domů, soustřeď se na něco pěkného, něco dobrého, co se ti v práci podařilo udělat.
9. Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat. Například tím, že nebudeš vykonávat jen ryze technické věci, ale i sama z vlastní iniciativy se projevíš tvořivě, že si budeš vymýšlet nové věci, jako to dělá umělec.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího účinku dobrých přátelských vztahů.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku s kolegy, nauč se vypnout, vyhni se hovoru o služebních věcech a problémech v zaměstnání.
12. Naplánuj si předem chvíle úniků během týdne a nedovol, aby ti tento čas něco narušilo.
13. Nauč se říkat raději "rozhodla jsem se" nežli "musím, mám povinnost, měla bych." Podobně říkej raději "nechci" než "nemohu".
14. Nauč se říkat nejen "ano", ale také "ne." Když neřekneš nikdy "ne", jakou hodnotu pak má tvoje "ano"?
15. Netečnost a rezervovanost ve vztazích k druhým lidem jsou daleko nebezpečnější a nadělají víc zla, než připuštění si faktu, že více se dělat nedá.
16. Raduj se a směj se. Často a ráda! A hraj si! (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 10)

Příloha č. 6

Žádost o povolení výzkumného šetření – Charita Zábřeh

Vážený pan
Bc. Jiří Karger
ředitel
Charita Zábřeh
Žižkova 15
789 01 Zábřeh

Bohuslavice 26. 10. 2010.

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření - Charita Zábřeh

Vážený pane řediteli,

touto cestou si Vás dovoluujeme požádat o povolení výzkumného šetření v Charitě Zábřeh. Šetření bude součástí závěrečné bakalářské práce Hany Žváčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: „PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT“. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme. Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky oddělení ošetřovatelství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetřovatelství. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Hana Žváčková
Bohuslavice 29
789 72 Dubicko

zvackova.hana@centrum.cz

Jaroslava Pečenková
oddělení ošetřovatelství
LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové 1
tel. 495 816 165
pecenkovaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 30. 10. 2010

Přílohy: Anonymní dotazník

Podpis:

Příloha č. 7

Žádost o povolení výzkumného šetření – Charita Šumperk

Vážená paní
Ing. Marie Vychopeňová
ředitelka Charity Šumperk
Žerotínova 12
787 01 Šumperk

V Bohuslavicích 26. 10. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření - Charita Šumperk

Vážená paní ředitelko,
touto cestou si Vás dovoluujeme požádat o povolení výzkumného šetření v Charitě Šumperk.
Šetření bude součástí závěrečné bakalářské práce Hany Žváčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: „PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT“. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme. Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky oddělení ošetřovatelství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetřovatelství. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Hana Žváčková
Bohuslavice 29
789 72 Dubicko
zvackova.hana@centrum.cz

Jaroslava Pečenková
oddělení ošetřovatelství
LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové I
tel. 495 816 165
pecenkovaj@lfhk.cuni.cz

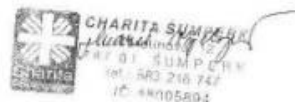
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím
Odůvodnění:

Přílohy: Anonymní dotazník

Datum: 1. 11. 2010

Podpis:



Příloha č. 8

Žádost o povolení výzkumného šetření – Šumperská nemocnice

MUDr. Radan Volnohradský
ředitel
Šumperská nemocnice a.s.
Nerudova 640/41
787 52 Šumperk

Bohuslavice 26. 10. 2010.

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Šumperské nemocnici

Vážený pane řediteli,

touto cestou si Vás dovoluujeme požádat o povolení výzkumného šetření v Šumperské nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Hany Žváčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Hana Žváčková
Bohuslavice 29
789 72 Dubicko

zvackova.hana@centrum.cz

Jaroslava Pečenková
oddělení ošetrovatelství
LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové I
tel. 495 816 165
pecenkovaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 29. 10. 2010

Podpis:



Šumperská nemocnice a.s.
Nerudova 640/41, 787 52 Šumperk
IČ: 47822796, DIČ: CZ69006990
tel.: 503 355 006, fax: 503 214 051

Přílohy: Anonymní dotazník

Příloha č. 9

Žádost o povolení výzkumného šetření – Interna Zábřeh

Vážený pan
MUDr. Jiří Černý
primář Interny Zábřeh s.r.o.
Jiráskova 24
789 01 Zábřeh

V Bohuslavicích 26. 10. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření - Interna Zábřeh s.r.o.

Vážený pane primáři,

touto cestou si Vás dovoluujeme požádat o povolení výzkumného šetření v zařízení Interna Zábřeh. Šetření bude součástí závěrečné bakalářské práce Hany Žváčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: „PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT“. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme. Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Hana Žváčková
Bohuslavice 29
789 72 Dubicko
zvackova.hana@centrum.cz

Jaroslava Pečenková
oddělení ošetrovatelství
LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové 1
tel. 495 816 165
pecenkovaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím
Odůvodnění:

Datum:

Podpis:



INTERNA ZABŘEH s.r.o.
Jiráskova 24
789 01 ZABŘEH
IČ: 583 484 231, IČI 501 407
IČO: 58774918 DIČ: CZ58774918

Přílohy: Anonymní dotazník

Příloha č. 10

Žádost o povolení výzkumného šetření – Hospic na Svatém Kopečku

Vážená paní
Mgr. Jana Vázanová
Hospic na Svatém Kopečku
Sadové náměstí 24
779 00 Olomouc

V Bohuslavicích 26. 10. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření - Hospic na Svatém Kopečku

Vážená paní ředitelko,
touto cestou si Vás dovoluujeme požádat o povolení výzkumného šetření v Hospici na Svatém Kopečku. Šetření bude součástí závěrečné bakalářské práce Hany Žváčkové, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma: „PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER PEČUJÍCÍCH O GERIATRICKÉ PACIENTY, JEJICH POHLED NA STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT“. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládáme. Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Jaroslavy Pečenkové, odborné asistentky oddělení ošetřovatelství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetřovatelství. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Hana Žváčková
Bohuslavice 29
789 72 Dubíčko
zvackova.hana@centrum.cz

Jaroslava Pečenková
oddělení ošetřovatelství
LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové 1
tel. 495 816 165
pecenkovaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím
Odůvodnění:

Přílohy: Anonymní dotazník

Datum:

26. 10. 10

Podpis:

Hospic na Svatém Kopečku
Sadové nám. 24
779 00 OLOMOUC
Tel.: 585 319 754

