

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Tereza Švimberská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zvládání zátěže při péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných
příslušníků

Tereza Švimberská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Švimberská**
Osobní číslo: **Z17054**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Zvládání zátěže při péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných příslušníků**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

- 1) Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
- 2) Stanovení cílů a metodiky práce
- 3) Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky
- 4) Analýza a interpretace získaných dat
- 5) Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s.
MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.* Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Zvládání zátěže při péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných příslušníků jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14. 07. 2021

Tereza Švimberská v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi za odborné vedení, a cenné rady, které mi věnoval během zpracování této bakalářské práce.

Velké poděkování patří všem komunikačním partnerům, kteří se rozhodli zúčastnit mého průzkumu, za jejich spolupráci a ochotu. Nakonec děkuji za podporu přátel a rodiny, která pro mě byla velmi cenná.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma *Zvládání zátěže při péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných příslušníků* má za cíl zjistit, co pomáhá sestřám a rodinným příslušníkům zvládat zátěž při péči o umírající nemocné, které oblasti jejich života pečováním ovlivnilo a jaké jsou mezi oběma skupinami rozdíly. V teoretické části je čtenář seznámen s paliativní péčí, s institucemi, kde je využívána paliativní péče na denní bázi a s psychickým rozpoložením umírajícího jedince. Další část je věnována roli pečujícího, jeho zátěži a možnostem zvládání zátěže – copingu. Průzkumná část byla provedena pomocí rozhovorů získaných v rámci kvalitativního průzkumu. Nástrojem průzkumu bylo polostrukturovaný rozhovor, který poskytuje subjektivní informace o míře a způsobu zvládání zátěže komunikačních partnerů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zátěž pečovatele, psychická zátěž, zvládání zátěže, coping, laický pečující, neformální pečující, domácí péče, paliativní péče

TITLE

Managing Caregiver Burden In Terminal Patients – A Comparison Of Nurse And Family Perception

ANNOTATION

The bachelor thesis on topic of *Managing Caregiver Burden In Terminal Patients – A Comparison Of Nurse And Family Perception* aims to find out, what helps nurses and family members to cope with the load of caring for dying patients, which areas of their life were affected by this caring and what are the differences between the two groups. In the theoretical part, the reader is acquainted with palliative care, with institutions where the palliative care is used on a daily basis and with the mental state of a dying individual. The next part is devoted to the role of the caregiver, his burden and the possibilities of managing the burden – coping. The exploratory part was conducted through interviews obtained in the framework of a qualitative exploratory. The exploratory tool was a semi-structured interview, which provides subjective information of the extent and a way of managing the burden of communication partners.

KEYWORDS

Caregiver burden, psychological burden, burden management, lay caregiver, informal caregiver, home care, palliative care

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Dílčí cíle.....	13
1.2 Průzkumné otázky.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Paliativní péče.....	14
2.1.1 Dělení paliativní péče.....	14
2.1.2 Specifika paliativní péče:.....	15
2.2 Hospic a léčebna dlouhodobě nemocných (LDN).....	16
2.2.1 Domácí hospicová péče.....	17
2.2.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty).....	17
2.2.3 Lůžková hospicová péče.....	18
2.3 Umírající nemocní.....	19
2.3.1 Psychika umírajícího pacienta.....	19
2.4 Role pečujícího, umění doprovázet.....	22
2.4.1 Role pečujícího – nezdravotníka.....	22
2.4.2 Role pečujícího – zdravotníka.....	24
2.5 Zátěž pečujícího.....	26
2.5.1 Zátěž pečujícího člena domácnosti.....	26
2.5.2 Zátěž zdravotníka.....	30
2.6 Zvládání zátěže.....	35
2.6.1 Obranné mechanismy.....	35
2.6.2 Coping.....	36
3 průzkumná část.....	38
3.1 Průzkumné otázky.....	38
3.2 Metodika průzkumu.....	38

3.3	Charakteristika průzkumného souboru	39
3.3.1	Bližší charakteristika komunikačních partnerů.....	40
3.4	Technika vyhodnocování dat	44
4	Prezentace výsledků průzkumu	45
4.1	Kategorie a kódy	45
4.1.1	1. kategorie – psychická rovina života.....	46
4.1.2	2. kategorie – fyzická rovina života.....	58
4.1.3	3. kategorie – sociální rovina života	64
4.1.4	4. kategorie – vliv na zvládání zátěže	69
4.2	Shrnutí výsledků.....	82
4.2.1	Schéma působení a vlivu zátěže	83
5	Diskuze	86
5.1	Průzkumná otázka č. 1: Co pomáhá sestřám zvládat zátěž při péči o umírající nemocné?	86
5.2	Průzkumná otázka č. 2: Co pomáhá rodinným příslušníkům pečujícím o své blízké zvládat zátěž?.....	86
5.3	Průzkumná otázka č. 3: Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života sester?.....	87
5.4	Průzkumná otázka č. 4: Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života rodinných příslušníků pečujících o své blízké?	88
5.5	Průzkumná otázka č. 5: Jaké jsou rozdíly mezi skupinami komunikačních partnerů v souvislosti se zátěží a jejím zvládáním při péči o umírající nemocné?	89
6	Závěr	91
7	Použitá literatura	92
8	Přílohy.....	96

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

TABULKY:

Tabulka 1 – Komparace laického a profesionálního doprovázení.....	22
Tabulka 2 – Všeobecný adaptační syndrom	30
Tabulka 3 – Následky syndromu vyhoření	33
Tabulka 4 – Charakteristika rodinných příslušníků	40
Tabulka 5 – Charakteristika sester	42

OBRÁZKY:

Obrázek 1 – Schéma průběhu metody snowball.....	39
Obrázek 2 – Schéma kategorií a kódů	45
Obrázek 3 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery N1 a N2	83
Obrázek 4 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery N3,N4,N5,N6 a S1 ..	84
Obrázek 5 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery S2,S3,S4,S5 a S6	85

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

VFN-Praha – Všeobecná fakultní nemocnice Praha

CMP – cévní mozková příhoda

IM – infarkt myokardu

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologické a resuscitační oddělení

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma zvládnání zátěže při péči o umírající nemocné. Protože péče o tyto pacienty může probíhat v nemocnici, ale i v domácím prostředí, rozhodla jsem se do této práce začlenit obě skupiny pečujících – zdravotnické pracovníky i rodinné příslušníky, kteří pečují o své blízké doma, a vzájemně je porovnat. K tématu mám velmi blízko, sama se starám o těžce nemocné pacienty a často na pracovišti vidím problémy zapříčiněné psychickou i fyzickou zátěží zdravotnických pracovníků. Profesionální péče je krásný, ale zároveň nesnadný úkol a může s sebou přinášet mnoho úskalí. Existuje mnoho prací na téma zátěže zdravotníků, nicméně je to stále aktuální téma, které i přes veškerou informovanost sester podle mého názoru nedosahuje úrovně, která by byla žádoucí.

To samé platí pro nezdravotníky – pečující rodinné příslušníky, kteří mnohdy se svou úlohou bojují ve všech směrech – v sociální, ve fyzické, a především v psychické rovině života. Dnes bohužel většina pacientů umírá v nemocnicích, ale v současné době se v České republice začíná stále více rozšiřovat domácí paliativní péče a mobilní hospice (Nováková, Kroupová, 2017, s. 134). Můžeme se tak stále častěji setkat s případy, kdy si rodina bere svého umírajícího člena domů.

Tato práce je rozdělena na dvě části – teoretickou část a průzkumnou část. Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol. První kapitola se věnuje seznámení s paliativní péčí, s dělením a se specifiky paliativní péče. Druhá kapitola popisuje zdravotnické instituce, ve kterých se paliativní péče uplatňuje na denní bázi, jako je hospic nebo léčebna dlouhodobě nemocných a jednotlivé druhy hospicové péče. Třetí kapitola přibližuje, kdo je pro tuto práci považován za umírajícího nemocného. Jsou zde popsány potřeby a přání umírajícího pacienta, stejně jako jeho emocionální stav, který je ve většině případů ovlivněn úzkostí a strachem ze smrti. Ve čtvrté kapitole je popsána role pečujícího a umění doprovázet. Tato kapitola je rozdělena do dvou částí – jedna část se věnuje roli pečujícího rodinného příslušníka a druhá část popisuje roli zdravotníka. V předposlední kapitole je rozebrána zátěž při péči o umírajícího pacienta, a to jak zátěž vnímaná rodinným příslušníkem, tak zdravotníkem. V poslední kapitole je přiblížena problematika zvládnání zátěže, obranné mechanismy a coping.

V průzkumné části bakalářské práce je popsána metodika průzkumu, charakteristika průzkumného vzorku a technika vyhodnocování dat. Dále je přiblížena charakteristika všech komunikačních partnerů. Následuje prezentace výsledků průzkumu, diskuse a nakonec závěr, který shrnuje celou bakalářskou práci a je jejím zakončením.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, co pomáhá sestrám a rodinným příslušníkům zvládat zátěž při péči o umírající nemocné.

1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak u komunikačních partnerů z jejich pohledu zasahuje zátěž při pečování o umírajícího pacienta do jejich psychické, sociální a fyzické roviny života.
2. Zjistit, jaké jsou rozdíly mezi skupinami komunikačních partnerů ve smyslu zátěže a jejího zvládnutí při péči o umírající nemocné.

1.2 Průzkumné otázky

1. Co pomáhá sestrám zvládat zátěž při péči o umírající nemocné?
2. Co pomáhá rodinným příslušníkům pečujícím o své blízké zvládat zátěž?
3. Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života sester?
4. Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života rodinných příslušníků pečujících o své blízké?
5. Jaké jsou rozdíly mezi skupinami komunikačních partnerů v souvislosti se zátěží a jejím zvládnutím zátěže při péči o umírající nemocné?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Paliativní péče

Souhrnná a jednotná definice paliativní péče neexistuje. Různé evropské státy mají ve své odborné literatuře i legislativě odlišnou terminologii, všechny se ale shodují na důležitosti kvality života pacientů a jejich rodin. Zde je příklad několika nejcitovanějších definic podle Vorlíčka a kol. (2004, s. 19):

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Světová zdravotnická organizace – WHO)

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita života.“ (Velká Británie)

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.“ (National Hospice Organisation, Arlington, Virginia, USA)

Jinými slovy, paliativní péče je velmi komplexní a multidisciplinární přístup, který slouží k péči o těžce nemocného pacienta i jeho rodinu. Může být poskytována samostatně, anebo zároveň s aktivní symptomatickou léčbou. Přestože se v tomto stádiu využívá nejčastěji, nejedná se výhradně o péči poskytovanou pacientům, kteří se nachází již ve stavu bezprostředně blížící se smrti. Může být poskytována všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním po celou dobu trvání nemoci (Kozáková, 2020, s. 57). Principy paliativní péče by se tak měly stát součástí léčby nemocného dříve než v rádech dnů či týdnů před očekávaným koncem jeho života. (Vorlíček, 2004, s. 20)

2.1.1 Dělení paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit do dvou odlišných kategorií. První kategorií je obecný paliativní přístup představující péči prováděnou ve všech zdravotnických zařízeních, která se nevěnují paliativní péči primárně. V takových zařízeních se vyskytují pracovníci působící v různých

sférách systému zdravotnictví. Jsou to například praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, agentury domácí péče, domovy pro seniory a další lůžková zdravotnická zařízení. Kvalita této péče je ovlivněna nejenom kvalitou a úrovní dosaženého vzdělání zdravotnického personálu a dostupností medikace, ale také možností pacienta vybrat si zařízení dle svých preferencí či využít duchovních a spirituálních služeb (Kisvetrová, 2018, s. 14).

Druhou kategorií je specializovaný paliativní přístup. V tomto případě je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem odborníků pod vedením lékaře s atestací v oboru paliativní péče. Kromě lůžkových oddělení a ambulancí zaměřených na paliativní péči, uplatňuje tento přístup také Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP). Ta je tvořena týmem odborníků, kteří zajišťují péči o pacienty ve velmi těžkém stavu, a to takovým způsobem, aby mohli dožít v domácím prostředí bez nutnosti hospitalizace. K zařízením poskytujícím specializovanou paliativní péči tedy řadíme dle Markové (2010, s. 21): oddělení paliativní péče, domácí hospice – mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče jako například poradny, tísňové linky a podobně.

2.1.2 Specifika paliativní péče:

Paliativní medicína podléhá stejným právním předpisům jako všechny ostatní oblasti zdravotní péče. Musí se řídit Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (372/2011 Sb.) a Zákonem o specifických zdravotních službách (373/2011 Sb.) Lékař by měl postupovat podle současných dostupných poznatků lékařské vědy a řídit se etickými pravidly. Přesto má tento obor svá specifika.

Arnoldová (2016, s. 72) uvádí, že principy paliativní medicíny odpovídají potřebám umírajících pacientů. Základní cíle paliativní medicíny jsou:

- Symptomatická léčba
- Zmírňující péče
- Efektivní terapie somatické a psychické bolesti
- Emotivní podpora
- Spirituální pomoc
- Sociální zázemí
- Aktivní nebo aktivizační program pro umírající
- Doprovodná odborná pomoc rodině umírajícího

(Arnoldová, 2016, s. 72)

Paliativní medicína uznává nevy léčitelnost některých chorob. Následná smrt u těchto pacientů je shledávána jako očekávané a přirozené vyústění této choroby, nikoli jako negativní výsledek, který má být za každou cenu oddálen nebo úplně odvrácen. Cílem tedy není ochrana, navrácení a upevnění zdraví jako u ostatních oborů. Cílem této péče je mírnění utrpení a důstojné a klidné umírání – udržení dobré kvality života v krátkém čase, který pacientovi ještě zbývá. Respektuje autonomii člověka, což znamená, že se pacient může (musí) podílet na výběru své léčby a konkrétního léčebného postupu. Vše může být provedeno pouze po jeho informovaném souhlasu. Jiná situace ale nastává, pokud pacient nebo jeho rodina vyžaduje léčebný postup, který jeho lékař považuje za neprospěšný či dokonce škodlivý. V takové situaci není lékař povinen tyto diagnostické nebo léčebné postupy provádět. (Sláma a kol., 2011, s. 323)

Lékař stojí před rozhodováním, které je často velmi komplikované z hlediska klinického, etického a právního. (Sláma a kol., 2011, s. 323)

Paliativní medicína je bohužel často nesprávně pochopena. Je považována za lacinou, méně profesionálně i ošetrovatelsky náročnou a společensky méně významnou. V současné době převládá velká snaha o zlepšení kvality péče ve všech odvětvích zdravotnictví, paliativní péče taktéž. Jsou prováděna hodnocení kvality péče, audity, udělovány akreditace a vypracovávají standardy pro zlepšení celkové úrovně našeho zdravotnictví. Paliativní péče není levnější než léčba kurativní a vyžaduje odborné vzdělání. Množství lidí, kteří v dnešní době paliativní péči potřebují, se zvyšuje a spolu s tím se zvyšují i nároky na rychlejší a důslednější ošetrovatelskou praxi. (Vorlíček a kol., 2004, s. 23)

2.2 Hospic a léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)

Hospic znamená v angličtině útulek nebo útočiště. Kupka (2014, s. 35) uvádí: „*Hospic jako zařízení i specifický typ péče pomáhá umírajícím a jejich blízkým prožít závěr života, pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí, v přítomnosti druhých lidí, mezi něž počítáme především rodinu, profesionální pracovníky, laické dobrovolníky i duchovní.*“

V léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) je poskytována lůžková péče o pacienty, u nichž je předpokládána délka hospitalizace delší než tři měsíce. LDN se specializují na léčbu starých a dlouhodobě nemocných lidí, u kterých ambulantní forma péče není dostačující pro jejich zhoršující se onemocnění nebo jeho důsledky. Péče je velmi komplexní, zahrnuje diagnostiku, léčebnou a rehabilitační péči, nácvik každodenních činností a počítá i se zvláštnostmi nemocí ve stáří – například může u pacientů probíhat více nemocí současně, mají chronické komplikace, poruchy adaptace nebo psychiky. (Kupka, 2014, s. 35)

2.2.1 Domácí hospicová péče

Tento druh hospicové péče přichází v úvahu, pokud pacient projeví přání odejít z nemocnice nebo hospice do domácího prostředí a jeho rodina se o něj chce postarat. Spolu s rodinou se poté stará o pacienta v domácím prostředí člen ošetřujícího týmu agentury domácí péče. Pokud se stav pacienta zhorší, nebo pokud rodina není nadále schopna zajistit jeho potřeby, je pacient hospitalizován. Po zlepšení stavu je možnost návratu zpět do domácího prostředí. (Haškovcová, 2000, s. 54)

Ve většině případů je tato ideální forma péče možná, ale není tomu tak vždy. Může nastat problém s vhodným prostředím – pacient má příliš malý byt nebo žádný nemá, rodina ve svém obydlí nemusí mít pro pacienta místo. Další překážkou může být rodinné zázemí, které může být malé, nebo úplně schází. Ošetřování se také může stát příliš náročné, dojde-li ke zhoršení stavu pacienta nebo k onemocnění dalšího člena rodiny. V neposlední řadě hraje velkou roli odbornost – rodina nesmí být ponechána bez praktické pomoci a psychické podpory. Některé výkony se mohou rodinní příslušníci naučit za asistence zdravotníka a některé musí zdravotníci zajistit sami. (Kupka, 2014, s. 31)

2.2.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Tento druh stacionáře funguje na principu denních pobytů. Pacient je přijat ráno, v průběhu dne jsou prováděny léčebné postupy jako například podávání infuzí, fyzioterapie, ale také psychoterapie nebo ergoterapie a večer se pacient opět vrací domů. (Vorlíček a kol., 2012, s. 234)

Kupka (2014, s. 31) uvádí několik důvodů pro tento druh péče:

- Diagnostický důvod: Je potřeba lépe kontrolovat bolest, kterou se v domácím prostředí nepodařilo zvládnout.
- Léčebný důvod: například za účelem aplikace chemoterapie a další paliativní léčby.
- Psychoterapeutický důvod: rodina nemusí být schopna otevřené komunikace, není schopna mluvit o pocitech, které jsou intenzivní na obou stranách. V hospici může pacient nalézt někoho, s kým může komunikovat otevřeně.
- Azylový důvod: rodina i pacient mohou cítit potřebu si na nějaký čas od sebe odpočinout. Stacionární hospicová péče může tímto umožněním odpočinku zabránit pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny a konfliktům. (Parkes a kol., 2007)

2.2.3 Lůžková hospicová péče

Důvody lůžkové hospicové péče mohou být podobné jako u formy stacionáře. Zpravidla jsou přijímáni pacienti, které jejich progredující onemocnění ohrožuje na životě a potřebují intenzivní paliativní péči. Hospic pacientovi garantuje, že jeho lidská důstojnost bude vždy respektována, v posledních chvílích života nebude osamocen a v žádném případě nebude trpět nesnesitelnou bolestí (Arnoldová, 2016, s. 70). Hlavní rozdíl mezi pobytem pacienta v nemocnici a v hospici je ten, že téměř každá okolnost pacientova života je v jeho režii. Návštěvy jsou zpravidla neomezené, je na rozhodnutí pacienta, zda chce být s rodinou a přáteli v kontaktu nebo kdy tyto návštěvy budou probíhat. Je samozřejmé, že přítomnost rodiny je vždy přínosem a dodává člověku větší pocit bezpečí. Také denní režim si může pacient utvářet sám. Nikdo ho nebudí v šest hodin ráno, jí, když se mu chce a v rámci možností to, na co má chuť. To samé platí pro hygienu a vždy se najde někdo, kdo si s ním může povídat o jeho pocitech, když bude chtít. V hospici je největší důraz kladen na kvalitu života. (Kupka, 2014, s. 32-33)

2.3 Umírající nemocní

Tato práce je zaměřena na péči o pacienta v závěru života. Celkové období může být chápáno v jeho širokém pojetí, to znamená časové období jednoho roku či dvou let, kdy se zdravotníci i pacient sám dozvídá, že má onemocnění, které výrazně zkrátí délku jeho života. Pro tuto práci je ale příhodnější definice v užším slova smyslu, kdy je péče v závěru života vymezena na období týdnů či několika málo měsíců a je poskytována pacientům v terminálním stádiu jejich onemocnění bez ohledu na místo, kde je péče poskytována. Mohou být tedy ošetřováni v domácím prostředí, na lůžkovém oddělení v nemocnici či v hospici.

2.3.1 Psychika umírajícího pacienta

Myšlenka na smrt, strach z ní, straší lidské zvíře jako nic jiného. Je to hnací síla lidské činnosti – činnosti určené především k tomu, aby se zabránilo neodvratnosti smrti, aby byla smrt překonána nebo aby byla nějakým způsobem popřena myšlenka, že smrt je konečný osud pro člověka.

Ernest Becker

Pacient s nevléčitelným onemocněním prochází mnoha změnami v tělesné, duševní i duchovní oblasti. Model Küblerové-Rossové popisuje pět fází umírání, kterými prochází lidé, kteří se vyrovnávají se smutkem především v případě smrtelného onemocnění. Málokdy ale tyto fáze proběhnou u jedince chronologicky, každý člověk je unikátní bytost s vlastním způsobem prožívání, fáze tedy mohou probíhat v jiném pořadí, mohou se několikrát opakovat, nebo některé fáze nemusí proběhnout vůbec. (Küblerové-Ross, 2015)

1. fáze: *Popření a izolace*. Člověk nechce uvěřit, že je to pravda. Domnívá se, že muselo dojít k omylu, že jde o chybnou diagnózu nebo zaměněné výsledky. S tímto popřením se může jedinec uzavírat do izolace.

2. fáze: *Zlost*. Objevují se silné, někdy těžko ovladatelné emoce, v jejichž popředí je zlost, závist, hněv nebo žárlivost vůči zdraví jiných. Nemocnému nic není vhod, zlobí se na celý svět, a i když je to pro okolí velmi náročné, je důležité, aby si uvědomilo, že je to projev životní krize, zoufalství, úzkosti a beznaděje.

3. fáze: *Smlouvání*. To je nejdůležitější období, kdy se s nemocným dá intenzivně pracovat. Přehodnocuje své postoje, smlouvá o čas, často se ptá lékaře, zda se může dožít nějaké pro něj osobně důležité události.

4. fáze: *Deprese*. Nemocnému v plné síle došlo, že umírá. Člověk by obecně neměl být při umírání sám a v této fázi to platí dvojnásobně. Blízkost je velmi důležitá a zároveň je nutné, aby se projevování smutku nechal volný průběh.

5. fáze: *Smíření nebo rezignace*. Přijetí smrti může mít obě tyto kvality. Nemocný ví, že spěje ke smrti a že není úniku. Smíření je bohužel méně časté.

2.3.1.1 Úzkost a strach ze smrti

Jedna z obranných forem organismu jsou silně emočně zabarvené prožitky – strach a úzkost. Vymětal (1994, s. 136) popisuje strach jako „*nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení*“. Záleží na způsobu, jakým člověk nepříjemnou situaci vnímá a jak ji hodnotí. Takzvaný přiměřený strach může být považován za užitečný, chrání jedince před zbytečným ohrožením. Nadměrný strach, označovaný i jako panický strach, je opakem užitečného strachu – vede člověka ke škodlivým reakcím a ukvapenému bezúčelnému jednání, kterého může později litovat, například projevů agrese. Předměty strachu mohou být různé, například bolest, ztráta životních možností, odloučení od svých nejbližších, strach z léčení, následky onemocnění a v neposlední řadě strach ze smrti. (Zacharová, 2017. s. 56-57)

Smrt je nevyhnutelná součást lidského života. Lidé si uvědomují svoji smrtelnost a jsou tím nuceni o smrti přemýšlet. Právě pro pacienty v pokročilé a terminální fázi nevléčitelného onemocnění jsou tyto myšlenky velmi časté a sílí a ovlivňují jejich další chování. Prožívají častěji pocity neurčité úzkosti než konkrétního strachu. Nejčastěji se tato úzkost projevuje neklidem, pocením, tachykardií, hyperventilací či poruchami spánku. Strach je také častý problém, který zahrnuje zejména strach z fyzických změn, utrpení, osamělosti, duchovní beznaděje z toho, co má přijít a strach z procesu umírání (Kissane, 2012). Sestry i zdravotníci pečující o umírající nemocné jsou tak vystaveni jejich úzkosti a strachu ze smrti a částečně i té svojí. Tato úzkost, jak popisuje Yalom (2006), je u člověka přítomna už od dětství a s postupem věku se zvyšuje. Při konfrontaci se smrtí svých blízkých nebo s ohrožením vlastního života se tato úzkost rapidně zvyšuje. V takové situaci si člověk jasně uvědomuje, že konečnost lidského života je skutečná a nelze ji změnit. (Kisvetrová, 2018, s. 60)

2.3.1.2 Potřeby a přání

V závěru života mohou být potřeby i přání lidí různé, nicméně některá přání se objevují velmi často. Stejně jako je člověk ve zdravotnictví vnímán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, i jeho přání nebo potřeby se dotýkají všech 4 oblastí. Johann-Christoph Student, (2006, s. 37)

uvádí některá z častých přání umírajících pacientů a rozděluje je dle daného bio-psycho-socio-spirituálního rozměru:

Fyzický rozměr: Člověk, který je již smířen se skutečností blízké smrti, má velké přání, a to zemřít bez bolesti. Touží po klidné a důstojné smrti bez tělesných obtíží nebo znetvoření. (Johann-Christoph Student, 2006, s. 37). Jeho další potřeby a problémy kromě bolesti mohou být dušnost, únava, ošetřování ran a podobně (Kalvach, 2011, s. 84)

Sociální rozměr: Asi největší přání umírajícího pacienta je neumírat sám. Být obklopen svými nejbližšími, svou rodinou, popřípadě přáteli a v nejlepším možném případě doma. (Johann-Christoph Student, 2006, s. 37)

Psychický rozměr: Lidská osobnost má vždy potřebu zůstat sám sebou. Být si s ostatními rovný, respektovaný a přijímaný se všemi klady i zápory i v době nemoci. (Marková, 2010, s. 64) Důležité jsou i nedořešené záležitosti. Pacient potřebuje některé věci vyřídit, urovnat si vztahy a až poté v klidu odejít. Přeje si dostatek času a prostoru (Johann-Christoph Student, 2006, s. 37). Často také může pacient trpět úzkostí, strachem, osamělostí, nejistotou nebo ztrátou sebeúcty a depresemi. (Kalvach, 2011, s. 84)

Spirituální rozměr: Na konci života je člověk postaven před otázku smyslu života i své nemoci. Odpověď může najít pouze on sám, ale i přesto doufá, že bude mít někoho, komu může o smyslu života a umírání klást otázky a také se ptát na to, co přijde po smrti. Takto dotazovaný člověk ale musí zvládnout naléhavé otázky bez utíkání od tématu a uspěchaných odpovědí. (Johann-Christoph Student, 2006, s. 37)

2.4 Role pečujícího, umění doprovázet

V tomto místě je nutné rozdělit pečující na dvě skupiny. Skupina první jsou takzvaní nezdravotníci, laici, kteří se o svoje blízké starají v domácím prostředí. Druhá skupina jsou zdravotníci, sestřičky na odděleních následné péče, LDN nebo v hospicích a domovech pro seniory.

Existuje velký rozdíl mezi profesionálním a laickým doprovázením. V následující tabulce jsou uvedeny čtyři nejdůležitější oblasti, ve kterých se oba druhy doprovázení liší.

Sledovaná kategorie	Laické doprovázení	Profesionální doprovázení
Subjekt doprovázení	Jakákoli osoba vyskytující se v sociálním okolí objektu doprovázení	Odborník z oblasti pomáhajících profesí
Objekt doprovázení	Jakákoli osoba vyskytující se v okolí subjektu doprovázení	Osoba nacházející se v určité životní etapě či situaci, s níž je proces profesionálního doprovázení spojen
Zacílení doprovázení	Bezděčné, spontánní, mnohdy nevědomé stanovení cíle	Cílené, zaměřené k dosažení předem vytyčeného cíle
Doba trvání doprovázení	Bez striktního stanovení či omezení například sociální situací či chronologickým ukazatelem	Omezena životní etapou či situací, v níž se subjekt doprovázení nachází

Tab. č. 1: Komparace laického a profesionálního doprovázení
(převzato z: Vávrová, 2012, s. 70)

2.4.1 Role pečujícího – nezdravotníka

Zde je důležité ujasnit si, co vlastně znamená pojem rodina. Není to pouze skupina lidí, kteří jsou náhodou spřízněni, ale je to sociální jednotka, která určuje, kdo její členové vlastně jsou. Rodina je součástí samotného člověka, funguje jako bezpečný podpůrný systém, který obvykle umožňuje dětem dospět a následně se vracet, pokud je jim nejhůř. Rodina a domov jsou hlavními zdroji bezpečí. V současné době vyrůstá mnoho dětí pouze s jedním rodičem, a proto množství rodinných funkcí převzala široká komunita – v případě nesnáží se členové rodiny obrací na právní systém, systém zdravotní péče nebo služby sociálního zabezpečení, které jsou obvykle schopny zajistit bezpečí a naplnit potřeby. Z toho důvodu je možné brát rodinu jako samozřejmost, dokud nenastane krize a bezpečnost jedince je v ohrožení. Poté se většina lidí

obrací právě na rodinu v očekávání, že dostanou stejnou pozornost, jako když byli ještě děti. (Parkes, Relf, Couldrick, 2007, s. 12)

Situace, kdy se rodinní příslušníci bojí převzít péči o nemocného, je poměrně častá. Nejsou si jistí, zda budou situaci zvládat jak emocionálně, tak i odborně. Je to mnohdy proto, že nemají dostatek informací o tom, jak se stav nemocného může vyvíjet, jaké mohou přijít symptomy a co s tím lze dělat. Když je ale zdravotníci dostatečně podpoří a ujistí je, že v tom nejsou sami a vždy za sebou budou mít tým odborníků, mnohdy jsou schopni pečovat o svého blízkého téměř sami až do konce. (Marková, 2010, s. 80)

V případě člověka, který prochází poslední fází života v terminálním stádiu onemocnění, je péče velmi rozsáhlá, fyzicky, psychicky i časově náročná. Odpovídá třetímu stupni péče o nesoběstačné pacienty, který popisuje Jeřábek H. a kol (2005) – takzvaná osobní péče. Je to nepřetržitá péče zahrnující péči o všechny základní potřeby pacienta – stravování, vyprazdňování, hygiena, užívání léků nebo zajišťování pohybu po domácnosti.

Počet seniorů, kteří potřebují pomoc od druhé osoby se v posledních letech zvyšuje a z důvodu nedostatku lůžek pro chronickou péči narůstá i počet rodin, které se starají o svého nemocného nebo nesoběstačného člena rodiny. Sociologické výzkumy potvrzují, že rodinná a sousedská péče zajišťuje 70-80 % veškeré poskytované péče. Podle zkušeností Topinkové z geriatrického oddělení VFN – Praha 30-40 % péče o nemocné a umírající osoby zajišťuje partner, 25 % děti a 3 % vzdálení příbuzní nebo přátelé a známí. (Bártlová, 2006, s. 3)

Pečovatel „nezdravotník“ je v návrhu Evropské charty pro rodinné pečovatele (2007) vymezen jako neprofesionální osoba, která poskytuje primární pomoc zčásti nebo úplně závislé osobě a jejímu okolí při každodenních činnostech. Rodinní příslušníci poskytují chronicky nemocnému pacientovi velkou část péče, čímž se náklady na komunitní péči snižují, ale v mnoha případech je jejich péče na úkor vlastního fyzického a psychického zdraví. (Tabaková, Zeleníková, Kolegárová, 2011, s. 28)

Poskytování péče rodinou v domácím prostředí je velmi složitý proces, který vyžaduje od pečujících velké úsilí a odpovědnost. Zároveň následná péče o člena domácnosti, který již není soběstačný, neovlivňuje pouze jednoho konkrétního pečovatele, ale celou domácnost. Rodina se dostává do krize, která může narušit chod rodinného fungování a tím snížit kvalitu života. Míru změn a celkový vliv na rodinu ovlivňuje především charakter onemocnění – od lehké formy nemoci až po kritické stavy, délka trvání nemoci a případně její trvalé následky. (Kurucová, 2016, s. 15-18)

Přes veškerou náročnost péče v domácím prostředí je právě toto prostředí pro pacienta nejvhodnější. Lidskou emocionalizovanou blízkost, kterou je schopna poskytnout rodina a domácí prostředí nemůže nahradit žádná profesionální síla. Ošetrovatelská péče zahrnující rodinu se zakládá na spojení emocionálních a sociálních aspektů. Tuto péči lze vymezit následujícími znaky (Kerres a Seeberger, 2000, s. 32):

- Péče v rodině (laická péče) se zaměřuje na ošetrovatelské potřeby jiného člověka.
- Péče se provádí na základě vzájemnosti.
- Role jsou zaměnitelné.
- Vztah mezi pečujícím a nemocným je osobní, musí mezi nimi existovat nebo vzniknout přímý a hluboký vztah.
- Je snaha v průběhu péče co nejvíce respektovat samostatnost druhého, protože se vychází z toho, že ztráta osobní nezávislosti jde ruku v ruce se ztrátou osobní důstojnosti.

2.4.2 Role pečujícího – zdravotníka

Na osobnost zdravotníka jsou kladeny vysoké nároky. Je od něj očekáváno zvládnutí velmi odborné činnosti, fyzické zátěže a administrativní práce, schopnost vést pacienty správným směrem, a především schopnost vypořádat se se všemi problémy a zátěžovými situacemi, které pracovní a rodinný život přináší. (Zacharová, 2017, s. 75)

Sestra tráví s pacientem mnoho času a její role je ve vztahu k pacientovi velmi komplikovaná. Především musí působit důvěryhodně a mít notnou dávku taktu a trpělivosti – její role vyžaduje mnoho pochopení, laskavosti a porozumění. Zacharová (2017, s. 80) uvádí role sestry v současném zdravotnictví:

- Ošetrovatelka
- Komunikátorka
- Edukátorka
- Poradkyně
- Pacientova advokátka
- Nositelka změn
- Manažerka
- Výzkumný pracovník

Velmi důležitá je i schopnost podporovat rodinu během nemoci jednoho nebo více jejích členů. Úkolem sestry je minimalizace narušení rodiny, pomoc rodině vyrovnat se s umíráním a se zármutkem a uspokojit potřeby rodiny pro snadnější péči o pacienta – předat rodině dostatek informací, ujistit rodinu o tom, že pacient netrpí velkými obtížemi, naučit členy rodiny praktické dovednosti a rodinu emočně podporovat. (Vorlíček, 2012, s. 235)

Role zdravotníka v paliativní péči tedy spočívá i v maximální podpoře a usnadnění přirozené vazby mezi pacientem a jeho rodinou. V případě, že sociální síť pacienta chybí, může nastat situace, kdy se pacient cítí hluboce opuštěný. Aby tento pocit nevygradoval a vážně neohrozil pacientův pocit důstojnosti, musí zdravotník do jisté míry chybějící rodinu nahrazovat. (Vorlíček, 2012, s. 231)

Zdravotníci si plně uvědomují, že ne všechny nemoci jsou vyléčitelné, a i pro ně je situace, kdy musí sdělit pacientovi, že trpí nevyléčitelnou nemocí, stejně bolestná jako pro samotného pacienta. Současně je důležité rozhodnutí, kdy už není vhodná kurativní léčba s velkým vynaložením energie, času a úsilí, ale kdy je čas na zahájení paliativní péče, která se zaměřuje na zmírnění utrpení a pomoc celé rodině vyrovnat se s blížícím se odchodem pacienta. (Parkes a kol., 2007, s. 26)

2.5 Zátěž pečujícího

Pečování o umírajícího člověka ať už v nemocnici nebo v domácím prostředí je velmi náročná a ovlivňuje všechny oblasti života pečujícího i jeho rodiny. V tomto bodě se opět liší zátěž zdravotníka od zátěže pečujícího člena rodiny.

2.5.1 Zátěž pečujícího člena domácnosti

Vágnerová (2002) uvádí fáze, kterými prochází pečovatel vystaven neustálé fyzické a psychické zátěži.

- *1. fáze: uvědomění si zátěže* – pečovatel interpretuje určité prožívané situace jako stresové; aktuální stav pečovatele, jeho schopnosti a sociální podpora ovlivňuje způsob, jakým vnímá stresové situace
- *2. fáze: aktivace psychických obranných reakcí* – pečovatel se např. může izolovat od situace, kterou vnímá jako příliš zatěžující
- *3. fáze: aktivace fyziologických reakcí* – psychickými podněty jsou nastartovány fyziologické adaptační mechanismy
- *4. fáze: zvládání (coping)* – pečovatel hledá strategie, které by mohly zmírňovat účinky stresu
- *5. fáze: první chorobné příznaky* – pečovatel si začíná uvědomovat, že jde o vážnější a dlouhodobější problémy
- *6. fáze: diagnóza stresem podmíněné poruchy* – pečovatel je postižen psychosomatickým onemocněním

2.5.1.1 Negativní efekt pečování

Lidé, kteří pečují o své dlouhodobě nemocné a umírající příbuzné, vykazují dle empirických výzkumů negativní efekt pečování. Často trpí zdravotními problémy, potížemi v oblasti psychického zdraví a v sociální oblasti. (Bártlová, 2002, s. 23)

Tzv. primární pečující je člen rodiny, který na sebe přebírá většinu péče. Ten je nejvíce ohrožen negativním efektem pečování. Většinou na sebe podvědomě přebírá veškerou odpovědnost za nemocného, nemá čas na sebe a své vlastní záležitosti a sebemenší změny ve zdravotním stavu blízkého chápe jako jejich osobní selhání. S tímto souvisí i syndrom vyhoření, který je častý u zdravotnického personálu a obecně u pomáhajících profesí, ale i u těchto pečovatelů. Může se poté objevit i špatné zacházení s nemocnou osobou. Zdravou formu péče o svého rodinného příslušníka, a zároveň o sebe sama, zvládají dobře pouze ti pečující, kteří mají schopnost značné sebekontroly. (Bártlová, 2002, s. 23)

2.5.1.2 Fyzická a sociální zátěž

Fyzická zátěž je způsobena především statickým zatížením – prováděním výkonů okolo pacienta vestoje, což způsobuje zatížení kosterního a svalového systému při zvedání a manipulaci s pacientem a dochází k námaze kloubů. Nepřetržitá péče má dopady na spánkový rytmus, pečující může trpět nedostatkem spánku a současně může mít nedostatek času na stravování i pitný režim. (Kurucová, 2016, s. 22)

Dlouhodobé pečování o nemocného nebo nesoběstačného člena rodiny znamená pro rodinné příslušníky velkou zátěž i ze sociálního hlediska. Onemocnění totiž nepostihuje pouze nemocného jedince, nýbrž celou rodinu. Nejčastější změnou pro rodinu je změna zaběhlých rolí, finanční problémy, konflikty z neočekávané zodpovědnosti, změny společenských zvyklostí a podobně. Ve většině případů se do pečování zapojuje více členů rodiny, ale jeden, zpravidla ten, který má k nemocnému nejbližší, se stává jeho hlavním pečovatelem. (Bártlová, 2006, s. 3)

Další problémy, které pečovatelé uvádějí jsou: provádění výkonů, které vzbuzují odpor, nedostatek volného času, konflikty rolí v rámci rodiny nebo ztrátu zaměstnání. (Kurucová, 2016, s. 22)

2.5.1.3 Psychická zátěž

Psychická zátěž je v těchto situacích velmi výrazná; na pečujícího je vyvíjen velký tlak. Nejčastěji pečovatelé popisují emocionální neklid, nervozitu, stres, strach a depresi. Stálá pozornost a sledování stavu pacienta, pružné reakce na jeho požadavky, nároky na paměť, samostatné rozhodování a odpovědnost za výsledky své práce; to vše velmi zatěžuje psychiku pečovatele. (Kurucová, 2016, s. 22)

V. Kastová (2000) popisuje fáze truchlení po zjištění život ohrožujícího onemocnění blízkých nebo po jejich ztrátě podobně, jako fáze vlastního umírání. Těmito fázemi jsou: 1. popření, 2. vznik silných nekontrolovatelných emocí jako bolest, neklid, úzkost, strach, zlost, pocit viny a podobně, 3. odpoutávání a 4. formování nového vztahu ke světu a k sobě. Nejprve člověk není schopen realitu přijmout, poté nastává emocionální výbuch spojený s poruchami spánku a hledáním viníků, následně po nějakém čase ztrátu začíná přijímat jako fakt a hledá možnosti, jak ztrátu nahradit, a nakonec je schopen se s obavami z dalších ztrát vyrovnat a může tak navazovat nové vztahy.

2.5.1.3.1 Stres

Křivohlavý (1994, s. 10) uvádí, že slovo stres, převzaté z angličtiny (stress), má latinský původ v stringo, stringere, což znamená zavřít nebo utáhnout. Být ve stresu znamená být pod tlakem, v tísní. Obecná česká definice tohoto pojmu podle Křivohlavého (1994, s. 10.) zní: „Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožovaný, nebo také ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“

Model bio-psychologické koncepce stresu popisuje stres jako stav organismu, který je obecnou odezvou na působící zátěž (stresor) a může se projevit v psychické či fyzikální oblasti. Tato odezva na stresor je řízena sympatiko-adrenálním systémem a hypotalamo-adrenálním systémem. (Vymětal, 2003, s. 329)

Zátěžové situace neboli činitelé vzniku stresu se nazývají stresory. Mohou být psychické, sociální nebo fyzické (zranění, šok, infekce). Silné stresory jsou události vnějšího původu, které jedinec nemůže ovlivnit, například dopravní nehody, živelné pohromy nebo smrt partnera. Velký vliv mají ale i vnitřní stresory, jako například těžký úraz nebo onemocnění ohrožující život. (Nakonečný, 1995, s. 33)

Míra stresu závisí na dle Hladkého a kol. (1993, s. 65-66) na expozičních a dispozičních faktorech. Expoziční faktory označují všechny požadavky, které jsou na jedince kladeny a které musí zvládnout a dispozice jsou jeho osobnostní předpoklady pro jejich zvládnutí. Čím větší je mezi nimi rozdíl, tím je tlak na člověka vyšší. Reakce na stresové situace jsou velmi individuální a závisí na posouzení situace jedincem.

Baumgartner (2001) uvádí, že stresorem nemusí být pouze takto náročné situace, které jsou na hranici lidského života, ale i méně závažné situace znamenající pro jedince změnu a vyžadující proces adaptace. Patří sem například: změna zaměstnání, nástup do školy, její dokončení, narození dítěte a podobně. Stresující jsou ovšem i každodenní starosti a těžkosti a vzájemným působením se člověk dostává do stresu. V případě zlomových událostí pak jedinec i běžné záležitosti všedního dne může vnímat jako zátěž.

Nutno dodat, že existují dva typy stresu – eustres a distres. Eustres je považován za tlak kladný, stimulující k lepšímu výkonu. Někteří lidé ho dokonce potřebují a vyhledávají, aby byli dostatečně motivovaní ke své činnosti. Oproti tomu distres, který odpovídá přemíře tlaku v situaci pečujícího, je označován za stres škodlivý. (Plamínek, 2013, s. 128)

2.5.1.3.2 Projevy stresu

Reakce lidského těla na stresor je velice komplikovaný proces. Začíná přenosem informací nervovým systémem, poté dojde k vyplavení takzvaných stresových hormonů, jako je například kortizol nebo adrenalin. Pokud stresová situace trvá, vyplaví se další hormony jako serotonin, dopamin nebo endorfiny. Je to stav vysoké aktivity – tělo se připravuje na útok nebo útěk. Tato velká stresová reakce probíhá na několika úrovních zároveň. V rovině fyziologické se zvýší vyplavování již zmíněných hormonů a důsledkem je zvýšený krevní tlak, tachykardie a svalové napětí. V rovině mentální člověku probíhají hlavou úzkostné myšlenky, zpanikaří anebo může mít v hlavě „úplně prázdnou“. V rovině emoční přichází pocity bezmoci, hněvu, úzkosti nebo vnitřního neklidu. A v rovině chování má stres rozmanité důsledky – například poruchy výživy, kouření, užívání návykových látek, rychlá mluva nebo hyperaktivita. (Lehrhauptová, 2020, s. 42)

Vystavování se dlouhodobému stresu má velmi negativní dopady na člověka – v psychické oblasti může způsobit deprese nebo syndrom vyhoření, v rovině fyzické například kardiovaskulární onemocnění, infekce a pomalejší uzdravování operů nebo revmatické artritidy. (Ayers, 2015, s. 50)

Selye (1956) jako první rozčlenil do tří fází stresovou odpověď – všeobecný adaptační syndrom.

Fáze stresové odpovědi	Reakce na stres	Symptomy
1. Poplachová	<i>Šok</i>	Změna krevního tlaku, tachykardie, trávicí obtíže, bolesti hlavy, zad a svalů, vylučování hormonů adrenalinu a noradrenalinu
2. Rezistence	<i>Stav vypětí organismu – pohotovosti</i>	Funkční nebo organické nemoci jako důsledek poškození orgánů – zvýšený cholesterol, hypertenze, žaludeční vředy, CMP, IM, diabetes, astma, alergie
3. Vyčerpání	<i>Únava, dekompenzace</i>	Chronická únava, deprese, funkční nebo organické nemoci jako důsledek poškození orgánů

Tabulka 2: Všeobecný adaptační syndrom (převzato z: Šnýdrová, 2006, s. 120)

2.5.2 Zátěž zdravotníka

Zátěž zdravotníka probíhá v mnoha rovinách. Fyzická zátěž odpovídá zátěži pečujícího rodinného příslušníka s tím rozdílem, že zdravotník nemá na starosti pouze jednoho pacienta, tudíž se námaha kloubů, kosterního a svalového systému násobí. Většina zdravotníků slouží nepravidelné dvanáctihodinové směny včetně směn nočních, které narušují spánkový cyklus. Co se týče psychické zátěže, ta je při práci ve zdravotnictví extrémní. „Zdravotníci všeobecně, ať lékaři nebo střední zdravotnický personál, ošetřovatelé, jsou lidé, jejichž povolání na ně klade vysoké nároky ve smyslu každodenních situací, se kterými se tito lidé na svých pracovištích setkávají a které nejen na základě své odbornosti, ale především z hlediska lidských kvalit musí řešit“ (Kupka, 2014, s. 36). Při rapidním zhoršení stavu pacienta mohou sestry pociťovat zvýšenou intenzitu zátěže a problémy v komunikaci s pacientem, především pokud se sestra k pacientovi více váže. Péče o umírajícího pacienta a práce s rodinnými

příslušníky zahrnuje vypjaté emoční reakce, hněv, smutek, různé formy agrese, se kterými se zdravotník musí vypořádat. Základem pro úspěšné zvládnutí zátěže při péči o terminálně nemocné je vyrovnání se s pocity souvisejícími s faktem vlastní smrtelnosti. (Kupka, 2014, s. 36)

Vyrovnání se se smrtí je nejtěžší úkol sester pracujících v nemocnicích, hospicích nebo komunitní péči. Mnohdy s pacienty navazují blízký vztah a tím se péče o nemocné stává ještě náročnější. Velkým problémem, který může nastat a rapidně zvyšuje zátěž sestry, je identifikace sestry s pacientem – pacient sestře připomíná někoho blízkého, trpí stejnou nemocí jako její blízcí, či dokonce stejnou nemocí, kterou trpí ona sama. Nezřídka se v situacích, kdy se sestra cítí zodpovědná za bolest pacienta, ale nemá nablízku lékaře, objevují pocity bezmoci a vlastní neschopnosti. (O'Connor, 2005, s. 46)

Uvedená problematika se následně promítá i do mezilidských vztahů na pracovišti i v rodině. Zvýšené napětí a stres se promítá do osobního života zdravotníka a konflikty s rodinou a přáteli mohou způsobit snížení subjektivně vnímané kvality života.

Výzkum, který realizoval Casse a Hacket (Boleloucký, 1998), vymezil okruhy problémů zdravotnických týmů vyplívajících z emocionálního stresu – stresu, který vzniká na základě velkého množství emočně náročných situací.

1. Těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností
2. Značné množství technologických zařízení
3. Velmi časté rozhodování o životě a smrti
4. Terminální péče
5. Konflikty s třetími osobami (členové rodiny, příbuzní, přátelé pacienta)
6. Konflikty mezi zaměstnanci
7. Zvládání reakcí pacientů na různé mutilace a extrémní vyčerpání
8. Zvládání suicidálních myšlenek pacientů a členů personálu
9. Uvědomování si, že léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů

Kupka (2014, s. 37) zmiňuje proměnné, které byly izolovány na základě analýzy profesionální zátěže britských praktických lékařů, jenž lze vztáhnout i na profesi sestry a lze je akceptovat jakožto faktory zátěže:

1. Zevní nelékařské vlivy (například telefonáty, vztahy na pracovišti)

2. Emoční problémy spojené s lékařskou praxí (nadměrná emoční vnímavost k utrpení pacientů, jednání s terminálně nemocnými a jejich příbuznými, denní styk s chronicky nemocnými a umírajícími)
3. Přetížení administrativou
4. Přetížení denní rutinou

To vše může vést k emočnímu vyčerpání zapříčiněnému nadměrnými psychickými a emočními nároky – k syndromu vyhoření.

2.5.2.1 Syndrom vyhoření (burn-out syndrom)

V roce 1974 použil americký psychoanalytik Herbert Freudenberger poprvé pojem burn-out, což v překladu znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. Jeho definice zní „*stav vyplenění všech energetických polí původně velice intenzivně pracujícího člověka*“. (Novák, 2010, s. 43)

U zdravotníků, učitelů a všech, kteří pracují s lidmi se syndrom vyhoření (vypálení, vyprahlosti) objevuje často. Je to fenomén, který vzniká tam, kde je profesionál vystaven mimořádné psychické zátěži a dojde k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil a člověk dochází k závěru, že již nemůže dál. U zdravotnické profese je důležitá značná schopnost empatie neboli vcítění. Kámen úrazu nastává tehdy, pokud není zdravotník schopen vymanit se z identifikace s druhým – v tomto případě umírajícím – člověkem. Zdravotník by se měl umět vcítit do pocitů druhého, ale také by se jich měl umět zbavit, protože spoluprožívání útrap, bolesti a nemoci vede k citové imunitě, lhostejnosti a k odmítání negativních ale i radostných pocitů. (Haškovcová, 2000, s. 154-155)

Příčinou mohou být kromě emoční vypjatosti také ztráta uspokojení z práce, vysoké požadavky špičkové péče, zatížení prací ve střídavých směnách, přesčasy a podobně. (Vorlíček a kol., 2004, s. 347)

Stock (2010, s. 20) uvádí, že syndrom vyhoření a stres není jedno a to samé. Burnout syndrom vzniká v důsledku chronického stresu a vyhoření je výsledek dlouhodobé dysbalance mezi zátěží a fází klidu, tedy odpočinkem.

Venglářová (s. 31) uvádí následky stavu vyhoření:

Psychické projevy	<ul style="list-style-type: none"> • Ztráta schopnosti radovat se a těšit se ze života • Ztráta empatie • Rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita • Změny nálad • Ztráta profesionálního nadšení a pocitu zodpovědnosti • Výrazný pesimismus do budoucna
Změny v sociální oblasti	<ul style="list-style-type: none"> • Negativní postoj sám k sobě, práci, instituci, společnosti a životu vůbec • Cynismus, ironie, nezájem o pacienty • Pasivní agrese ve vztahu k blízkým, nadřízeným i kolegům • Nekolegiální jednání • Konflikty v rodině, ztráta přátel • Ztráta zájmů
Tělesné příznaky	<ul style="list-style-type: none"> • Únava, vyčerpání • Bolesti hlavy, pohybového aparátu • Zažívací obtíže • Abúzus drog, alkoholu, léků • Zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním

Tab. 3 – Následky syndromu vyhoření (převzato z: Venglářová, str. 31)

Jedním ze symptomů doprovázející syndrom vyhoření je pokles výkonnosti. Ten je způsoben tím, že jedinec ztratil víru ve vlastní schopnosti. Poté potřebuje více času i energie na provedení úkonů, které dříve zvládal bez problémů. (Stock, 2010, s. 22)

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces. Model Edelwiche a Brodského rozděluje průběh do čtyř fází. První fází je idealistické nadšení. Člověk pracuje s nadprůměrným nasazením, má velké ideály a vkládá do své činnosti velké množství energie. Může ale svou energii vynakládat neefektivně a přeceňovat své síly. Také se může příliš ztotožnit se svou prací a uzavřít se před okolním světem. Druhá fáze je stagnace. Jedinec začíná přehodnocovat své prvotní ideály. Dál pokračuje ve své práci, ale jeho nadšení a vzrušení pokleslo. Dostávají se do popředí atributy, které považoval za nedůležité – mzda/plat, možnost kariérního růstu. Celý život se mu omezil na práci, ale zatím nejeví žádné známky postižení. Třetí fází je frustrace. Člověk zjišťuje, že jsou jeho možnosti omezené, pochybuje o smyslu svého snažení a uvědomuje si

vlastní bezmocnost. Narůstají problémy s byrokracií a nedostatkem uznání. Zklamání vzrůstá v důsledku propasti mezi tím, co by chtěl udělat a tím, co může reálně provést. Poslední fází je apatie. Jako obrana proti frustraci přichází vnitřní rezignace. Postižený dělá jen to, co je nezbytně nutné, vyhýbá se náročnějším úkolům a vše se snaží vyřídit co nejrychleji to jde. Nadšení, které měl na začátku, se zcela vytrácí. Přidávají se i pocity rezignace nebo zoufalství z nedostatku jiných možností uplatnění. (Stock, 2010, s. 23-24)

2.6 Zvládání zátěže

V předchozích kapitolách byly popsány způsoby vzniku a projevy stresu a syndromu vyhoření. Zde jsou přestaveny obranné mechanismy, coping a několik metod, jak lze zátěž zvládat.

Možné reakce na zátěž mohou být rozděleny do dvou skupin dle způsobu adaptace – obranné reakce a reakce zvládací. Obě skupiny ovlivňují emoce a snižují míru stresu, vyvíjí se s věkem jedince a jsou potenciálně vratné. (Paulík, 2010, s. 77)

2.6.1 Obranné mechanismy

V situacích, kdy člověk vnímá ohrožení pocitu jistoty a obrazu o sobě, je adaptace často zajišťována obrannými mechanismy. Jsou to částečně neuvědomované mechanismy zajišťující omezení úzkosti, způsobené ohrožením sebepojetí, s cílem se situaci pasivně vyhnout. Základem těchto mechanismů je změna přístupu k realitě a její prožívání. Mezi tyto mechanismy podle Paulíka (2010, s. 77-78) patří:

nevědomé vytěsnění – odstranění nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí, které může v budoucnosti (ačkoli si ho jedinec neuvědomuje) ovlivňovat jeho chování i tendence k něčemu tíhnout,

vědomé potlačení – zanechání určité záliby nebo její přesunutí na později s odůvodněním, že nyní již není důležitá a přesunutí pozornosti na jiné záležitosti,

regrese – projevy chování jsou typické pro člověka mladšího věku než je věk daného jedince,

projekce – jedinec promítá své pocity a motivy do ostatních lidí,

racionalizace – zdůvodňování prostřednictvím pochopitelných a „racionálních“ důvodů,

bagatelizace – snižování významu,

sebeobviňující chování – přičítání viny sám sobě za něco, za co nemůže a co nezpůsobil,

odčinění – snaha nahradit něčím hodnotným to, co jsme zavinili,

opačné postoje – jedinec se snaží vyhnout zodpovědnosti, a proto vědomě zaujímá opačné postoje,

sociální izolace – uzavření se do sebe před svým veškerým okolím.

2.6.2 Coping

Oproti neuvědomovaným obranným mechanismům stojí vědomý proces. Slovo „coping“ (česky „zvládání“) je převzato z angličtiny a je odvozeno od řeckého slova „colaphos“, což znamená rána uštědřená protivníkovi, tedy vypořádat se s protivníkem, zvládnout ho (Křivohlavý, 2001,). Dnes se tento termín běžně používá ve smyslu schopnosti vypořádat se a poradit si s mimořádně obtížnými psychickými situacemi – zvládat nadlimitní zátěž (Janíček a kol., 2013, s. 500). Definice je mnoho, ale většina z nich označuje coping jako aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. S. Folkman (převzato z: Paulík, 2010, s. 79.80) charakterizuje coping takto: *„Behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osoby a prostředí. Coping představuje stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody.“*

R. S. Lazarus zdůrazňuje čtyři skutečnosti (převzato z: Křivohlavý, 2001, s. 181):

- 1) Zvládání není jednorázovou událostí
- 2) Zvládání není automatickou reakcí
- 3) Zvládání vyžaduje vědomou snahu a námahu
- 4) Zvládání je snahou řídit dění

Pro utřídění základních pojmů lze použít rozlišení G. Prystava (převzato z: Paulík, 2010, s. 80-81):

- Zvládací schopnosti – soubor osobnostních dispozic ovlivňujících zvládání zátěže;
- Zvládací zdroje – aktuální psychosomatický stav jedince a prostředí (sociální opora, materiální podmínky a podobně) důležité pro zvládání;
- Zvládací procesy – psychofyziologické děje nastávající v transakcích organismu a prostředí v okamžiku vnímaného stresu;
- Zvládací strategie (styly, vzorce) – poměrně stabilní, habituální vzorce poznávání, chování a prožívání, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se na zátěž.

2.6.2.1 Copingové strategie – zvládání stresu

Od raného dětství se utvářejí copingové strategie a upevňují se sociálním učením (Cimrmannová, 2013, s. 23).

Janíček (2013, s. 500) uvádí, že copingová strategie je jinak řečeno vypracovaný plán pro snížení zátěže v případě, že jedinec nemá dostatečné znalosti a dovednosti, jako při adaptaci.

Existují tři typy copingových strategií (Janíček, 2013, s. 500):

1. *Zvládání zaměřené na problém* – snaha poznat a určit podstatu problému, který byl důvodem pro vznik vysoké zátěže organismu. Jedinec se snaží problém vymezit a najít možnosti jeho řešení.
2. *Zvládání zaměřené na emoci* – tento typ zvládání je možné použít, pokud jedinec není schopen vyřešit problém eliminací nebo minimalizací. Strategií, které spadají pod tento typ, je mnoho, zejména však tyto:
 - a. *Behaviorální strategie* – jedinec se zaměřuje na změnu chování, která zmírňuje prožívaný stres – například sport nebo přiměřené pití alkoholu
 - b. *Kognitivní strategie* – člověk přenáší pozornost a tím odsunuje problém – například přehodnocením situace
 - c. *Ruminační strategie* – jedinec se uzavírá do sebe a přemítá o událostech a zda je možnost vyrovnat se se zátěžovou situací
 - d. *Rozptylující strategie* – člověk provádí příjemné činnosti, které ho posilují a zvyšují pocit, že je jedinec schopen ovlivňovat průběh událostí
3. *Zvládání vyhýbavé* – pokud je to možné, jedinec se stresové situaci vyhýbá a odvrací od ní pozornost, snaží se přijít na jiné myšlenky. Zvládání tohoto typu je stále diskutováno.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Průzkumné otázky

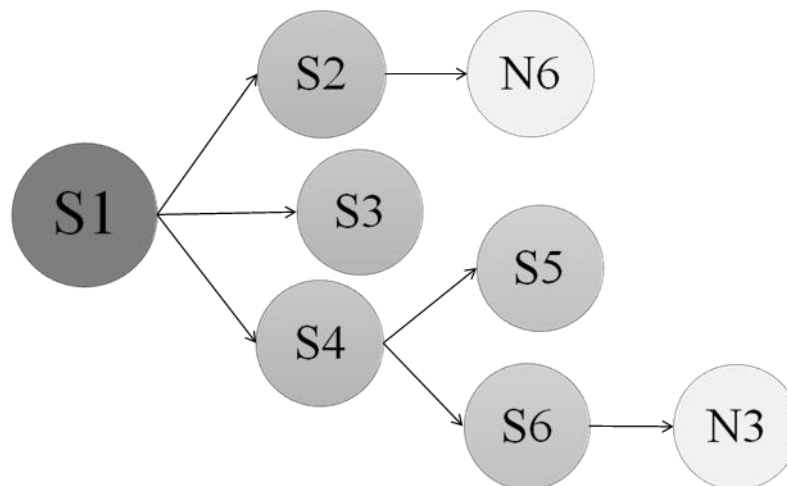
- 1) Co pomáhá sestrám zvládat zátěž?
- 2) Co pomáhá rodinným příslušníkům pečujícím o své blízké zvládat zátěž?
- 3) Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života sester?
- 4) Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života rodinných příslušníků pečujících o své blízké?
- 5) Jaké jsou rozdíly mezi skupinami komunikačních partnerů v souvislosti se zátěží a jejím zvládnutím při péči o umírající nemocné?

3.2 Metodika průzkumu

Pro zpracování průzkumné části této bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Její definici vytvořenou Creswellem (1998) uvádí Hendl (s. 165, 2016): „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ Pro získání potřebných dat byly uskutečněny polostrukturované rozhovory se dvěma skupinami komunikačních partnerů.

Před samotnými rozhovory s komunikačními partnery byly předem připraveny otázky, jejichž pořadí a znění bylo v průběhu rozhovoru pozměňováno podle aktuální situace. Metoda polostrukturovaného rozhovoru taktéž umožňuje otázky v případě potřeby doplňovat nebo některé úplně vynechat, čehož bylo během rozhovorů využito.

Komunikační partneři byli vybráni zčásti metodou snowball a zčásti záměrným výběrem. Metoda snowball je postup pro vyhledávání a výběr vhodných komunikačních partnerů prostřednictvím odkazu, získaného od právě dotazovaného komunikačního partnera. Nejprve byl vybrán ideální vstupní případ, který odpovídal kritériím průzkumu, a ten byl následně požádán o doporučení dalších lidí, kteří by mohli být zařazeni do průzkumu. Tato metoda se uplatnila především u skupiny sester, které mě odkázaly i na dva rodinné příslušníky, kteří byli do průzkumu zařazeni (viz obr. 1, s 38). Zbývající čtyři komunikační partneři ze skupiny rodinných příslušníků byli vybráni záměrně podle požadovaných kritérií a dostupnosti.



Obr. 1 – Schéma průběhu metody snowball

Komunikační partneři byli kontaktováni prostřednictvím telefonátu. Výběr prostředí pro schůzku a uskutečnění rozhovoru jsem přenechala komunikačním partnerům. Čtyři ze šesti sester preferovaly pracovní prostředí, dvě upřednostnily prostředí domácí. Všichni rodinní příslušníci projevili přání uskutečnit rozhovor u nich doma. Následně byl proveden úvodní rozhovor, ve kterém jsem stručně představila svou bakalářskou práci, co je jejím cílem a jak bude rozhovor probíhat. Všichni komunikační partneři byli ujistěni o anonymitě a byli informováni o nahrávání rozhovoru a možnosti kdykoli rozhovor přerušit či ukončit. Souhlas se zařazením do průzkumu jsem získala od dvanácti oslovených jedinců, jedna oslovená žena ze skupiny nezdravotníků souhlas neposkytla s odůvodněním, že je pro téma moc osobní a citlivé. Následně komunikační partneři podepsali informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon (viz příloha C, s. 98). Poté byl uskutečněn samotný rozhovor, jehož délka se pohybovala mezi 25-53 minutami.

3.3 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor je složen z dvanácti komunikačních partnerů rozdělených na dvě skupiny po šesti. První skupinou je skupina nezdravotníků – laiků, kteří poskytovali péči svému rodinnému příslušníkovi v období umírání a konce jeho života. Kritériem pro zařazení do průzkumného souboru bylo tedy pečování o umírajícího člena rodiny, které právě probíhá nebo probíhalo maximálně čtyři roky zpětně, a především ochota a souhlas se zařazením do průzkumu. Délka péče se pohybovala mezi čtyřmi měsíci až šesti lety. Celkem se z této skupiny průzkumu zúčastnily čtyři ženy a dva muži.

Druhou skupinou je skupina sester. Pro zařazení do průzkumu byl nutný jejich souhlas, byla požadována zkušenost komunikačního partnera s prací na oddělení, kde se sestra setkává

s úmrtím pacientů častěji a jsou zde uplatňovány principy paliativní péče a taktéž její působení na takovém oddělení/v instituci právě probíhá nebo bylo ukončeno maximálně čtyři roky nazpět. Všechny komunikační partnerky z této skupiny jsou ženy.

3.3.1 Bližší charakteristika komunikačních partnerů

Komunikační partneři byli označeni číslem a písmenem podle skupiny, do které spadají. N1-N6 jsou nezdravotníci, rodinní příslušníci pečující o své blízké. S1-S6 je označení sester.

3.3.1.1 Skupina rodinných příslušníků

Označení	Pohlaví	Věková skupina	Zaměstnání v době pečování	Délka pečování	Vztah komunikační partner – umírající
N1	Žena	40-50 let	Recepční	2 roky	Manželka – manžel
N2	Muž	50-60 let	Nezaměstnaný	6 let	Syn – otec
N3	Žena	40-50 let	Podnikatelka – na mateřské dovolené	1,5 roku	Snacha – tchán
N4	Žena	60-70 let	Důchodce	4 měsíce	Dcera – otec
N5	Muž	60-70 let	Důchodce	4 roky	Syn – matka
N6	Žena	60-70 let	Důchodce	1.5 roku	Dcera – matka

Tab. 4. – Charakteristika skupiny rodinných příslušníků

Komunikační partnerka N1

Manželka, která se do roku 2017 starala o svého sedmapadesátiletého manžela s rakovinou kůže až do jeho smrti. V té době pracovala jako recepční, její dceři bylo sedm let, měla dva psy a splácela hypotéku na rodinný dům, kde se o manžela starala. V době, kdy její muž začal vyžadovat péči se starala také o jeho matku, která byla po mozkové mrtvici a byla nechodící.

Již před začátkem rozhovoru si připravila papírové kapesníčky, které v průběhu rozhovoru použila. Když mluvila o nejtěžších chvílích plakala. Bylo vidět, že je pro ni téma stále citlivé, ale se zodpovídáním otázek neměla problém, na všechny odpověděla a sama popsala průběh manželovy nemoci. Rozhovor proběhl na zahradě u jejího domu a trval 34 minut.

Komunikační partner N2

Muž, který se do roku 2020 staral o svou pětasedesátiletou matku, která přestávala být schopná samostatně se pohybovat, a nakonec byla upoutána na lůžko. Je nezaměstnaný a žije s partnerkou a dvěma dětmi v rodinném domě, ve kterém vyhradil pokoj své matce, kde následně zemřela.

Tento komunikační partner byl při rozhovoru naprosto uvolněný, neměl s tématem sebemenší problém. Zdá se, že o pečování a o své matce povídal velmi rád. Rozhovor se uskutečnil na zahradě u jeho domu a trval 29 minut.

Komunikační partnerka N3

Vdaná žena a matka čtyř dětí, která se spolu s manželem do roku 2018 starala o svého dvaasedesátiletého tchána. Tchán bydlel hned vedle jejího domu, kam se o něj chodila starat, když se u něho začaly projevovat problémy spojené s amyotrofickou laterální sklerózou.

Komunikační partnerka byla vstřícná, energická, komunikativní, průběh rozhovoru byl plynulý. Nepocítovala jsem v průběhu rozhovoru žádné známky nervozity. Rozhovor proběhl na terase jejího domu a trval 52 minut.

Komunikační partnerka N4

Žena, která se do roku 2020 společně se svojí sestrou střídavě starala o svého devadesátiletého otce. Trpěl poruchou paměti, potřeboval dohled a kontrolu a později měl problém s chůzí. Bydlel v osmdesát kilometrů vzdáleném městě. Komunikační partnerka za ním jezdila v týdenních intervalech – sedm dní byla u něho a následujících sedm dní se o péči postarala její sestra a komunikační partnerka jela domů.

Průběh rozhovoru byl velmi pozitivní, komunikační partnerka byla komunikativní, měla veselou náladu a dokázala si dělat s náročných situací legraci. Rozhovor proběhl v jejím domě a trval 53 minut.

Komunikační partner N5

Muž, který se do roku 2020 staral spolu s bratrem o svou osmaosmdesátiletou matku, protože se zhoršovala se její pohyblivost. V té době bydlela s komunikačním partnerem v jeho bytě.

V počátku rozhovoru byla z komunikačního partnera cítit nervozita, ta se ale postupně vytratila. Když vyprávěl o smrti své matky měl slzy v očích, ale snažil se to zakrýt a mluvil dál. Jako vhodné místo rozhovoru zvolil svoji zahradu. Rozhovor trval 25 minut.

Komunikační partnerka N6

Žena v důchodu, která se do roku 2020 starala spolu s manželem o svou čtyřiaředesátiletou matku. Její matka trpěla poruchami paměti, myšlení a byla nechodící. Starala se o ni ve svém domě do doby, kdy psychickou zátěž nezvládla a musela ji umístit do pečovatelského domu.

Pro tuto komunikační partnerku byla schůzka psychicky náročná. Byla z ní cítit nervozita po celou dobu, během rozhovoru plakala a bylo nutné rozhovor na chvíli přerušit. Poté ale chtěla v rozhovoru pokračovat. Rozhovor se uskutečnil u jejího domu na zahradě a trval 33 minut.

3.3.1.2 Skupina sester

Označení	Pohlaví	Věková skupina	Délka praxe	Pracovní zkušenosti
S1	Žena	20-30	10 let	Oddělení akutní medicíny, následná intenzivní péče
S2	Žena	50-60	35 let	Dětská JIP, ARO, interní oddělení, neurochirurgie, následná intenzivní péče
S3	Žena	60-70	45 let	Oddělení akutní medicíny, interní oddělení, následná péče, následná intenzivní péče
S4	Žena	20-30	3 roky	Následná intenzivní péče, domov pro seniory
S5	Žena	50-60	25 let	Dětské oddělení, domov pro seniory
S6	Žena	30-40	7 let	Oddělení akutní medicíny, následná intenzivní péče

Tab. 5. – Charakteristika skupiny sester

Komunikační partnerka S1

Mladá žena, která má dvouletého syna a aktuálně při mateřské dovolené chodí na šest až osm směn za měsíc na oddělení následné intenzivní péče.

Ze začátku byla z komunikační partnerky cítit nervozita, která v průběhu rozhovoru vymizela. Rozhovor proběhl na její přání v nemocnici při její noční směně a trval 26 minut.

Komunikační partnerka S2

Staniční sestra na oddělení následné intenzivní péče, která má bohaté zkušenosti z oddělení JIP, ARO a interního oddělení.

Komunikační partnerka byla velice otevřená a hovorná, popisovala svoje zkušenosti velmi podrobně bez známek nervozity. Rozhovor proběhl v nemocnici po skončení její směny a trval 49 minut.

Komunikační partnerka S3

Sestra, která minulý rok odešla do důchodu. Taktéž má bohaté zkušenosti z různých oddělení, kde se často setkávala s umírajícími pacienty. V rozhovoru uvedla „...*když jsem přecházela z interny na OAM, a počítali jsme mrtvé, tak jsem jich měla asi dva tisíce. Jenom za dvacet let.*“.

Průběh rozhovoru byl plynulý, komunikační partnerka byla komunikativní a popisovala svoje zkušenosti bez známek nervozity. Rozhovor proběhl v domácím prostředí a trval 52 minut.

Komunikační partnerka S4

Praktická sestra, která momentálně pracuje na oddělení následné intenzivní péče a zároveň dálkově studuje na vysoké škole obor Všeobecná sestra.

Ze začátku byla z komunikační partnerky cítit nervozita, v průběhu rozhovoru ale vymizela. Rozhovor proběhl v domácím prostředí a trval 38 minut.

Komunikační partnerka S5

Zkušená sestra dlouhodobě pracující v Domově pro seniory.

Komunikační partnerka byla uvolněná a bez známek nervozity. Rozhovor proběhl dle jejího přání v budově Domova pro seniory a trval 34 minut.

Komunikační partnerka S6

Praktická sestra pracující na částečný úvazek na oddělení následné intenzivní péče, která dokončuje studium vysoké školy – obor Všeobecná sestra.

Komunikační partnerka byla komunikativní a uvolněná, bez známek nervozity. Rozhovor proběhl na jejím pracovišti a trval 52 minut.

3.4 Technika vyhodnocování dat

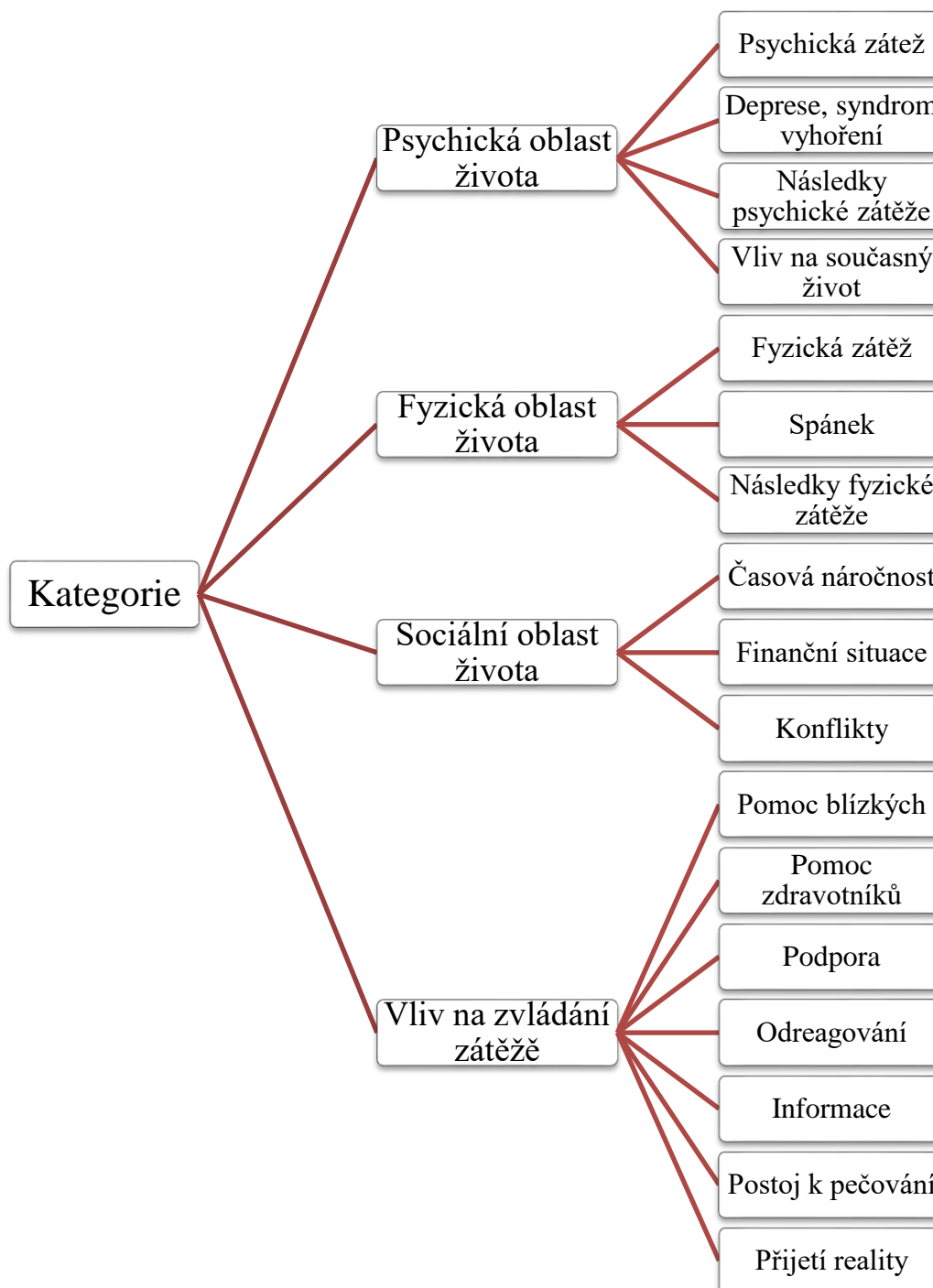
Pro vyhodnocení dat byla použita metoda zakotvené teorie jejímž cílem je nejlépe pojmenovat a porozumět zkoumanému jevu (Řiháček a kol, 2013, s. 44). Nahrané rozhovory byl doslovně přepsány do programu Microsoft Word a poté proběhlo otevřené kódování dat v programu Atlas.ti. Otevřené kódování je analytický proces, ve kterém jsou identifikovány pojmy dle jejich vlastností a dimenzí (Kutnohorská, 2009, s. 66). Následně byly vytvořeny kategorie dle průzkumných otázek a k nim přiřazeny příslušné související kódy.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V této části práce jsou prezentovány výsledky kvalitativního průzkumu.

4.1 Kategorie a kódy

Jak již bylo uvedeno výše, ke každému rozhovoru byly přiděleny kódy, které byly následně přiděleny do odpovídajících kategorií. Kódů bylo vytvořeno 17 a zastřešující kategorie 4.



Obr. 2 – Schéma kategorií a kódů

4.1.1 1. kategorie – psychická rovina života

Pečování o umírajícího člověka, ať o osobu blízkou nebo jako profesionál o pacienta, je mnohdy velmi psychicky náročné. Jedinec se musí setkat tváří v tvář s koncem života, což může jeho psychiku ovlivnit. V této kategorii jsou uvedeny kódy psychická zátěž, deprese a syndrom vyhoření, následky psychické zátěže a vliv na současný život. Přibližují tlak, který jedinec při pečování pocítuje, jeho následky a v čem se změnilo myšlení komunikačních partnerů po zkušenostech s pečováním.

4.1.1.1 Psychická zátěž

Komunikační partnerka N1

Bylo pro ni těžké nést tíhu vědomí, že už se manžel neuzdraví.

„Musím říct, že pro mě bylo strašně bolavý, když mi řekl, že až se uzdraví, že mě za to všechno bude nosit v náručí. Jenomže vy víte, že už se nikdy neuzdraví, že bude konec.“

Za velmi náročnou považuje situaci, kdy musela připravovat sedmiletou dceru na smrt otce.

„A ještě co bylo hrozný, když k tomu došlo, tak já jsem připravovala tu sedmiletou dceru, že tatínek je hodně nemocný a že na tu nemoc není lék. Snažila jsem se psychicky k jejímu věku, aby to chápala, a že jednoho dne usne jako Šípková Růženka a že už se nevzbudí. Tak jsem si myslela, že to pochopila a vlastně teď chodí k psychologovi, protože mi řekla, že to nepochopila, že nevěděla, že je takhle nemocný...“

Láska k manželovi prohlubovala její psychickou zátěž.

„Bylo to strašně náročný a ošklivý. O to víc, když toho člověka máš rád. A s dcerou byli nerozlučná dvojka. To bylo hrozný.“

Komunikační partner N2

Nejnáročnější pro něj bylo vyrovnat se se smrtí matky.

„No, nejnáročnější bylo, když umřela. Protože šest let jsem se o někoho staral a najednou jsem chodil kolem prázdné místnosti a babička už tam nebyla. Trvalo měsíc, než jsem se s tím vyrovnal. Protože když se o někoho šest let staráte, tak už to máte opravdu „zafixované“ v hlavě... Takže náročné bylo, když umřela, no... Ta smrt je nejhorší, i když se člověk na to připravuje celou dobu, ale stejně není nikdy připravený.“

Bylo pro něj těžké vyrovnat se s tím, že ho matka nepoznává.

„...jsem se jí například asi před dvěma lety – předtím, než zemřela – ptal na to, jestli ví, kdo jsem a ona mě nepoznala... Řekla mi, že jsem nějaký člověk, který jí ošetřuje, což mě mrzelo. Ale s tím jsem se už taky vyrovnal. Její mozek prostě už správně nefungoval. To mě taky mrzelo a bylo to pro mě asi taky těžké.“

Komunikační partnerka N3

Shledává nepříjemným pečování o hygienu svého tchána.

„To bylo pro mě asi to nejhorší a asi i pro něj to bylo takový potupný, nechat si, když to řeknu blbě, tu „prdel“ utírat. Pro mě to bylo svým způsobem nepříjemný, v životě jsme to nedělala, tohle bylo asi nejvíc nepříjemný.“

Skrývala před tchánem svou lítost.

„Já jsem ho strašně litovala, ale nesměla jsem tu lítost dát najevo. Já ho vždycky viděla jako takovýho velikýho urostlýho chlapa a pak to bylo takový chrastítka už... to mi ho bylo asi nejvíc líto. Jsem odtamtud přišla a byla jsem vyřízená. Já jsem to u něj nedala znát, ale přišla jsem sem a tady jsem brečela, protože mi ho bylo fakt líto a věděla jsem, že už to asi dlouho trvat nebude, no.“

Komunikační partnerka N4

Bylo pro ni náročné myslet na to, že by pro jejího otce byla smrt vysvobozením.

„O psychice ani nemluví. Ta je úplně v háji. To je člověk zoufalej. Zase chcete pomoci a nechcete myslet na to, že pro něj by bylo lepší, kdyby nebyl než takhle žít, když to teda řeknu opravdu tak otevřeně...“

Snažila se pro otce udělat to nejlepší o on to nechápal.

„...asi jsou ty starý lidi takový, že chtěj dělat všechno sami, dokud můžou. To nechci říct, že jenom on, snad nebyl horší než jiný, akorát, že vždycky našpulil tu hubu, když jsme něco řekly (smích) a nás to jako vytočilo, že jo. Protože – snažíte se udělat to nejlepší pro něj, aby to měl nejpohodlnější a on se naprdne na vás (smích).“

Popisuje nesnadnou komunikaci s otcem.

„...on když vám celej tejdén rampluje s tou postelí a vy víte, že za to nemůže, tak byste ho... tak tomu dítěti naflákáte. Ono se taky naprdne, ale dá pokoj. Aspoň chvíli. Ale tohle prostě... s ním

mluvíte hezky a nebo na něj houknete a on kouká, jak když jsem spadla z Měsíce. Tak je to psychicky náročný.“

Popisuje stres, strach o otce.

„No ale nechci říct, že se to dá zvládnout. Je to stres a od toho se neodpoutáte. Prostě zazvonil telefon a hned vám to blikne v tý hlavě. Jestli něco.“

Komunikační partner N5

Uvádí, které období pro něj bylo nejnáročnější – když hrozil pád.

„No tohle, když ještě mohla chodit, ale už to nebylo bezpečný, ona se postavila, zamotala a upadla.... Když jsem ji našel dvakrát na zemi v krvi. To jo. Protože jsem nevěděl, která bije. Jak moc to je a tak; ono to naštěstí nebylo tak hrozný, jenže když jsem v první chvíli viděl na zemi krev a jen ji tam ležet, tak co vás napadne, že jo....Jsem vždycky čekal, když přijdu domů, jak ji najdu. Ležet na zemi nebo v posteli...“

Měl špatná tušení a potřeboval uklidnit.

„Pořád jsem jezdil kamionem, tak mě to kolikrát po cestě deptalo. Volal jsem bráchovi, ať se tam jde podívat, že mám nějaký tušení špatný, aby mě prostě uklidnil.“

Jako psychicky náročnou vnímá péči o hygienu matky.

„A pořád je to to, že je to ženská a já jsem chlap. Tam to je takový... není to no. Takový ty základní věci – jo, ale třeba přes tu hygienu... Měl jsem k tomu takový odstup. Ale ty ženský, že tam chodily, tak ty to zachránily. Protože ty tam byly na to. Na tu hygienu.“

Bál se, aby se stav matky nezhoršil.

„Nás trápilo akorát to, aby se nestalo něco horšího, na co bychom nestačili.“

Popisuje lítost.

„No tak, bylo mě jí líto.“

Komunikační partnerka N6

Velmi matku litovala a svou vyšší citlivost na psychickou zátěž připisuje své povaze.

„No bylo to hrozný... já jsem i dost taková lítostivá, všechno mně je líto, takže tohle bylo dost psychicky na to, že to... kdybych byla taková, jako se říká – splachovací, tak by to třeba bylo

lepší. Ale já to ořvala třeba, nebo to... a litovala jsem ji, že jo... ta psychika na mě byla teda hrozná. Říkám, že jsem si říkala, že už to nedám...“

Náročnost zvyšoval psychický stav matky.

„No a ven když jsme ji dali, když bylo takhle krásně, tak jsme ji dali ven, ale museli jsme u ní sedět. Protože ona tady zastavovala lidi, že se o ni nestaráme. No hrozný. Jednou chtěla svlíknout svetr, tak jsem jí sundala svetr, pak šel nějaký pán a volala na něj, ať jí jde pomoci navlíknout svetr, že jí je zima, že se o ni vůbec nestaráme.“

Musela umístit matku do pečovatelského domu, psychickou zátěž přestávala zvládat.

„No já jsem ji tam pak umístila, protože už jsem na tom byla psychicky špatně, tak jsem ji už musela dát pryč. Protože ona musela mít 24 hodin někoho u sebe. A já jsem už to nezvládala.“

Umístění matky do pečovatelského domu pro ni bylo velmi náročné a stále trpí výčitkami vůči sama sobě.

„...když jsme pak za ní jezdili do domova, tak nás už třeba ani nepoznala. No ale bylo to fakt těžký, když jsem ji tam dávala, to teda... a do teďka si nemůžu zvyknout, že jsem ji tam dala (pláče). No, jak říkám, bylo to náročné.“

Komunikační partnerka S1

Popisuje pocity při smrti pacienta.

„Tak samozřejmě je to podle té individuality toho člověka. Takže k některým je to lítost, smutek, možná pocit provinění, že jsme toho mohli pro něj, třeba v rámci oddělení, udělat víc, zklamání...“

Je pro ni náročná bezmoc.

„Prostě vím, že ač těm lidem pomáhám, tak jim nedokážu pomoci a většinou to končí právě tou smrtí. Že se prostě nedostanou domů a je to pro mě takové psychicky náročné.“

Stereotypnost práce se také odráží na jejím psychickém rozpoložení.

„Tak je to prostě stereotypní práce a je to, jak jsem říkala, strašně psychicky náročné a semele vás to.“

Komunikační partnerka S2

Užší vazby mezi pacientem a jeho rodinou a sestrou přispívají k vyšší psychické náročnosti.

„Samozřejmě, že je to těžký, samozřejmě, že o to je to potom těžší, protože už se tady z nás stává taková užší jakoby... užší komunita, užší vazby. Jak na toho pacienta, tak na tu jeho rodinu. My víme o nich, jaký jsou, co dělají, kdo přijde, vidíme spoustu fotek, bavíme se s téma jejich rodina, víme, že ta manželka jde na operaci... Takový užší vazby.“

Nemůže ustát situaci při předávání pozůstalosti.

„Jako potom, když přijde prostě rodina, přijde si pro tu pozůstalost, a stane se ti, že ti ta manželka nebo maminka prostě skočí kolem krku... tak to jsou chvíle, který se nedají ustát. To se prostě nedá ustát, to prostě... a mám to před očima dlouho.“

Těžký stav mladého pacienta je pro ni mimořádně náročný.

„...i tady se nám stalo, že prostě z bouračky osmnáctiletý kluk. A jedináček a teď maminka mu tady, protože se ho snažila vrátit prostě od začátku nějakým způsobem, od té doby toho dětství a teď my se na to koukáme. Ona mu četla pohádky. To si říkáš: „Panebože, ať se to nějak zvrátí.“, hrozně dlouho si říkáš, ať se to zvrátí, ať se stane zázrak, protože to je strašný se koukat na toho mladého člověka a pak i na tu rodinu...“

Popisuje náročnost „přepínání psychiky“ mezi pacienty.

„...tohle je náročný, překopávat tu psychiku z jednoho na druhýho, protože ten druhý nemůže na mě poznat, že mně je zle, že je něco špatně. Protože v tu chvíli ublížím i jemu, což nejde. A jakoby vnitřně si přijdu v tu chvíli špatně, jako hyena, že vlastně nedržím nějakou tu úctu k tomu umírajícímu člověku, ale prostě nemám na starosti jenom jednoho. Takže pro mě je nejtěžší přepínat psychiku mezi pacientama.“

Nedokáže se vyrovnat se smrtí dítěte.

„...hodně to mám spojený s téma dětma, protože jsem si bohužel zažila víc úmrtí dítěte. A říkám, na to se nikdy nedá připravit. To si říkáš, to prostě... To prostě nemá bejt, prostě děti nemají umírat, s tím se nedá vyrovnat. S tím se prostě vůbec nedá vyrovnat. Já vůbec nevím, jak k týhle situaci přistupovat a jak s tím pracují sestry, který tam teda dělají dlouhodobě, protože já jsem se s tou situací nedokázala nikdy vyrovnat.“

Komunikační partnerka S3

Má špatný pocit z resuscitování dětí.

„Měli jsme dřív na tý JIPce i děti, utopený v rybníce, a tak to je blbej pocit. To je hrozně blbej pocit a resuscitovat děti... proto jsem nikdy nechtěla na Dětský.“

Lituje pacienty, kteří jsou dlouhodobě ve špatném stavu a lékaři je nenechají „v klidu zemřít“.

„samozřejmě, pokud ten umírající není ten na ventilátoru, kterej tam je dva tři roky, tak toho radši už lituju, když po něm skáčou doktoři každej tejden a byla bych radši kdyby ho odpojili a nechali ho v klidu zemřít.“

Komunikační partnerka S4

Je pro ni frustrující, že pacienti neodcházejí domů.

„No, a tak nějak celkově to tu je náročný, protože tu máte ty pacienty strašně dlouho, třeba i rok dva, staráte se o ně a pak vám pod rukama zemřou. V tomhle to je takový frustrující, že je prostě nemůžete poslat domů a vlastně jim pomoci.“

Je jí pacientů líto a vnímá smrt u dlouhodobě nemocných jako vysvobození.

„No tak určitě lítost. A soucit. Je mi prostě líto, že tady ti lidi musí být a už je jisté, že už se nikdy nevrátí domů. Tady to tak prostě u většiny je. A to je smutné. Kolikrát... no, když to řeknu, tak to bude znít fakt divně, ale kolikrát jim už přeju, aby zemřeli. Protože když to tady vidíte... každý den... pořád je odsáváme, to nemůže být nic příjemného, otáčíme je z boku na bok, někteří už jsou úplně spastičtí, nemůžou ty ruce a nohy natáhnout, nebo dát nohy od sebe, ale vy to potřebujete, abyste mohla udělat hygienu, že jo, takže je trápíte, je to bolí a vám je to líto... nebo když mají dekubity, to je taky hrozný...“

Péče o tělo zemřelého pacienta je pro ni nepříjemná.

„Ale pak ta péče o tělo... Nikdy mi to nebylo moc příjemné. Mám z toho vždycky takový zvláštní pocit. Když je to člověk, který byl v komatu, tak to není takové, ale když je to člověk, který s vámi komunikoval, tak je to prostě takové nepříjemné. Najednou zemřel a vy ho prostě nahradíte někým jiným“

Komunikační partnerka S5

Situace, kdy zemřelo mnoho lidí najednou, pro ni byla velmi náročná.

„To byl 21. listopad, asi pět let zpátky, to jsme tady měli víkend úplně strašnej, to nám za ten víkend zemřelo asi šest lidí. A to teda bylo opravdu deprimující, to jsme nedělali nic jiného, než že jsme volali koronera. To bylo tak vyčerpávající, že jsem v neděli večer přišla domů

a rozbrečela jsem se. I když to byli lidi, kteří mi tolik nepřiřostli k srdci, ale bylo toho tolik, že byl člověk fakt vyčerpaný. To bylo asi největší vyčerpání z celé mé práce. Ten 21. – 22. listopad, to si pamatuji přesně, byly jsme tady ještě s jednou pečovatelkou a ta taky říkala, že tady zavřela dveře a normálně se rozeřvala.“

Po navázání citové vazby s pacientem je jeho smrt psychicky náročnější.

„Když je to člověk, který je tu dlouhodobě, tak je to opravdu jako když vám odchází někdo z rodiny, kolikrát se vám chce i nad ním brečet.“

Soucití s pacientem a trápí ji jeho bolesti.

„Nejhorší je, když ten člověk sténá bolestmi. I když se snažíme ty bolesti mírnit, upozorňujeme doktora, dostávají náplasti anebo i morfin, tak stejně kolikrát ti pacienti pořád sténají a nařikají, a to je fakt těžký, to je to nejhorší. Nevíte, jak na něj šáhnout, kam šáhnout, aby ho to nebolelo, jak ho otočit... někteří pak už, ať je otočíte, kam je otočíte, tak se jim proleženiny udělají během půl hodiny, i na uších, všude, to už pak nevíte, kam byste ho otočila.“

Komunikační partnerka S6

Má strach z chyby.

„Třeba, když jsem začala v nemocnici, tak jsem byla opravdu nervózní, abych něco nespletla... Teď také samozřejmě musím kontrolovat, protože už zase zapomínám... Já jsem vždycky chodila s nějakou obavou, abych to zvládla.“

Pokud nedodrží odstup od pacienta a vcítí se do jeho rodiny, je jí ho líto.

„No, dalo by se říct, že možná úlevu. Lítost – lítost asi ani necítím. Nesmím si představovat, že by to byl můj příbuzný. Nesmím si představovat jakou mají rodinu, vnoučata... Jakmile o tom začnu myslet, tak to mě dostane... To je mi pak líto.“

Trápí ji beznadějnost péče, stereotyp.

„Beznadějně, no... Je to stereotypní, je to beznadějně... Je to rutina. Člověk nemá pocit, že pomáhá. Nemá pocit, že pomáhá tomu člověku důstojně a v klidu zemřít. Spíš má pocit, že ho trápí. A na druhou stranu, když jsou to pacienti, kteří jsou na umělé plicní ventilaci, ale mají dobrou prognózu – tak tam zase, když se s nimi nic neděje a starám se o ně – tak tam je zase takový pocit, že jim nepomůžu k tomu lepšímu... Taková bezmoc, nelze pomoci ani k jednomu cíli. Ani k tomu lepšímu, ani k tomu špatnému.“

4.1.1.2 Deprese, syndrom vyhoření

Komunikační partner N2

Pečování ho nepoznamenalo.

„Psychicky jsem velice odolný. Okolí to asi poznamenalo, ale mě ne.“

Komunikační partnerka N3

Je silná osobnost.

„Ne (rezolutně). Já jsem silnej člověk, takže já ne. Jediný co, tak jsem měla únavu, to jsem byla fakt unavená, ospalá, ale jako že bych měla nějaký deprese, myslím si, že ne.“

„...Ale já jsem silnej člověk, takže já se nestresuju a nedepresuju.“

Komunikační partnerka N4

Myslí si, že depresí netrpěla.

„Asi ne. Jakože... myslím si, že asi ne.“

Komunikační partner N5

Přijal blížící se smrt své matky jako součást života.

„To ne. My jsme to tak brali, prostě je to starej člověk. Prostě to tak je. Vždyť odcházeli mladší.“

Komunikační partnerka N6

Psychická zátěž pro ni byla příliš vysoká.

„No bylo to hrozný... ta psychika na mě byla teda hrozná. Říkám, že jsem si říkala, že už to nedám... ke konci jsem si říkala, že snad už si hodím tu mašli. Protože já už pak psychicky nemohla.“

Komunikační partnerka S2

Cítí přicházet syndrom vyhoření.

„Jo, jo, určitě. Určitě to přichází.“

Komunikační partnerka S3

Myslí si, že syndrom vyhoření čeká každou sestru.

„Já si myslím, že každá sestřička přijde do syndromu vyhoření.“

Komunikační partnerka S4

Pocit'uje změny; až na sobě pozná syndrom vyhoření, tak z nemocnice odejde.

„Ale syndrom zatím ne. Myslím si ale, že až tu budu dýl, tak to určitě přijde. Už teď po tom roce půl na sobě cítím, že to není úplně ono. Že se pomalinku přibližuju k tomu chování, které jsem vždycky odsuzovala a to nechci. Až to přijde, tak odejdu... že ta sestra nechce být u toho pacienta, utíká od toho, nebo ji to už vůbec nezajímá a tak. To mě zatím pořád zajímá (smích), ale už to není to nadšení jako na začátku. Ono vás to tady tak nějak usadí, nebo jak to mám říct.“

Komunikační partnerka S5

Nepocit'uje známky deprese nebo syndromu vyhoření.

„Tak snad ani ne. Já si myslím, že ani ne.“

Komunikační partnerka S6

Vyhovuje jí poloviční úvazek.

„Pak jsem měla zkrácený úvazek a je to takové lepší... Pro mě přijatelnější. Být tady, jako to mají některé holky – 17 služeb – totální vyhoření... V podstatě pak nežijete jinak, než v té práci... A to bych nedala. Potřebuji mít jinou aktivitu než jenom práci. Já ji mám ráda, mě to baví... Ale takhle naplno bych to nedala.“

4.1.1.3 Následky psychické zátěže

Komunikační partnerka N1

Psychická zátěž je pro ni nepopsatelná, stále ji to „nepřebolelo“.

„Já si myslím, že se to úplně popsat nedá, že pokud si to člověk neprožije, tak to nepochopí. Ale vím, že to v sobě mám furt. I když jsem se snažila to v sobě prožít a nějakým způsobem to vstřebat, tak když se o tom mluví, tak jsem taková, jaká jsem (utírá slzy). Je to bolavý a bude to bolavý pořád.... Do dneška s tím bojuju. Zanechalo to na mně stopy, to zanechá vždycky.“

Láska k manželovi zvýšila její psychickou zátěž.

„A ty následky, ty jsou myslím celý život. Protože to bylo fakt úžasný, byl to úžasnej člověk a měli jsme spolu krásnej vztah a o to to bylo horší.“

Snaží se zapomenout na negativní zážitky.

„...spíš bych to už úplně jakože... chtěla bych na to zapomenout, na to špatný a vidět jenom to hezký.“

Komunikační partnerka N6

Z důvodu depresí brala antidepresiva.

No to jo, to jsem si brala, to mi neteř nosila prášky... Jo. To jsem potřebovala. Protože jsem byla úplně...“

Psychická zátěž pro ni byla nadměrná. Vyčítá si, že matku umístila do pečovatelského domu.

„Ale ke konci jsem si říkala, že snad už si hodím tu mašli. Protože já už pak psychicky nemohla. Synovec mi pořád říká, že to byla moje povinnost, vyčítá mi to, že jsem ji dala pryč, no já vím, ale... (pláče)“

Svěřuje se, že psychické následky má dodnes.

„...vyrovnat... když třeba někdo přišel, nějaká návštěva, tak jsem se trochu odreagovala, že oni se věnovali třeba ji, ale jinak... vyrovnání nějaký... já nevím, jak bych to řekla... asi doteď nejsem úplně vyrovnaná.“

Komunikační partnerka S1

Popisuje pocity vyčerpání při syndromu vyhoření.

„Pocit totálního vyčerpání – fyzického, psychického, spousta služeb – neměla jsem na nic čas. Zнала jsem prostě jenom práci a jít z práce. Žádný osobní život, prostě totální vyčerpanost.“

Musela s prací skončit.

„Protože já už jsem, jak jsem říkala, tak jsem tady deset let a byla jsem tady na plný úvazek. Potom jsem si ho zkrátila, pak jsem úplně skončila, protože jsem řekla, že na to prostě nemám, že už jsem opravdu vyhořelá.“

Komunikační partnerka S2

Bylo pro ni čím dál těžší přijít na pracoviště.

...no, že to bylo čím dál těžší, přijít na to pracoviště.“

Komunikační partnerka S3

Při syndromu vyhoření měla vztek na pacienty.

„Když jsem byla právě v té takové depresi, tak se mi zdálo, že mi ty lidi lezou na nervy (smích).“

Vylévala si vztek na dětech a manželovi.

„Poznala jsem to, že jsem si doma vylejvala vztek na dětech a na manželovi, ti vždycky dostali, všechno bylo špatně doma, všechno jste udělali blbe, už mě nešťvete... (smích)... jo, takže to byl ten hromosvod.“

4.1.1.4 Ovlivnění psychiky

Komunikační partnerka N1

Pečování o manžela změnilo její žebříček hodnot – zdraví má od té doby na prvním místě.

„Asi žebříček hodnot. I když jsem ho i předtím měla si myslím zdravý, tak člověk to trošičku přehodnotí a uvědomí si, že to zdraví prostě není jenom fráze, když se to přeje, ale že člověk, který si to prožije, tak ví, o čem mluví, takže člověk na ten život už nahlíží jakoby trošičku jinak. Jako některý věci, který jsou naprosto banální, tak jsou mu jedno. Jestli se něco rozbije, no tak se to rozbije, tak se to koupí. Ale to zdraví se koupit nedá. Asi tak.“

Komunikační partner N2

Začal si vážit života, věnovat se rodině.

„Začal jsem si vážit života a zjistil jsem, že peníze nejsou všechno. Už jsem v té fázi, že se nehoním za penězi. Začal jsem se víc věnovat rodině.“

Změnil přístup ke svému zdraví.

„Člověk by si měl vážit toho života a zdraví. Měl by dělat preventivní prohlídky, aby předcházel těm nemocem, protože potom se to dá rychleji léčit a prodloužit život. Aby mohl být tady mezi svými přáteli, s rodinou... My chlapi tedy neradi chodíme na preventivní prohlídky, my jdeme až když nám něco je a když nás opravdu něco bolí. Takže jsem začal chodit na ty preventivní prohlídky, abych žil co nejdéle.“

Komunikační partnerka N3

Změnila pohled na smrt – více ji vnímá a zaobírá se myšlenkou, co je po smrti.

„Dívám se jinak na tu smrt. Do té doby mi to... je to strašně takový... ta smrt je taková... už mi ten člověk nezavolá. Už ho nikdy neuvidím. Do té doby mě to nijak nezasáhlo a nikdy jsem si to tak nějak neuvědomovala, ale teďka mi odchází spoustu hodných blízkých lidí a říkám si, proč? Ty „svině“ tady zůstávají a ty hodný lidi odcházejí. Tak už se trochu zabývám otázkou té smrti. Jestli je něco po, není něco po....“

Komunikační partnerka N4

Více přemýšlí nad svou smrtí a jak přichystá svůj odchod.

„No určitě vás to ovlivní, protože přemýšlíte nad svým životem a přemýšlíte, co teda bude s vámi a co těch dětem teda přichystáte nebo jak to připravíte celej ten svůj konec, aby ty děti neměly takový starosti, jako jsme měli my. Jako kam s ním, kam toho dědu dát, když nikam nechtěl.“

Komunikační partnerka S1

Uvědomila si, že je život krátký a rychle utíká.

„Tak určitě vidím v tom, že ten život je fakt stašně krátký a rychle utíká. Že bychom měli fakt užívat každou minutu toho života a nezabývat se různýma malichernostma a hádkama a věnovat se prostě těm lidem, které máme rádi... Asi v tomhle, no, že ten život je krátký. A nikdy vlastně nevíme, co se zítra stane a nikdy nevíme, kdo mi na tomhle oddělení může skončit.“

Komunikační partnerka S2

Její profese ji přiměla nedělat unáhlená rozhodnutí a dávat více najevo lásku svým blízkým.

„Takže hodně přemýšlím o tom, než něco udělám a říkám svému tatínkovi, kterýho mám, že ho mám ráda, že ho miluju. Říkám to své ségře, říkám to svejmu dětem, neříkám to jenom partnerovi, tam se to čeká, ale říkám to prostě i těm lidem okolo. Protože si říkám, co kdybych to ty ségře už nemohla říct? Prostě potřebuju, aby to věděla, že ji mám ráda. Jo, že je prostě pro mě strašně důležitá. A to si myslím, že mi dala ta práce. Možná by člověk o tom... Možná by byl jakoby... Bylo by to jednodušší. Jako proto si myslím, že nám to tu psychiku strašně ovlivňuje, ale já jsem za to ráda. Za to, že si víc vážím prostě života svého a všech okolo. Jsem ráda za to, že o tom životě přemýšlím prostě jinak. Určitě, to určitě ovlivnilo.“

Komunikační partnerka S4

Těžké situace v nemocnici zvládá lépe.

„Myslím si, že mě to změnilo celkově, protože jsem se asi proti té zátěži tak nějak obrnila. Že už věci tolik neprožívám jako dřív.“

Začala si více vážit života a raduje se z maličností.

„No v tom, že si víc vážím života. Když to vidíte, jak ti lidi dopadají... a nejsou to jen staří lidé, kolikrát je tu i někdo mladý, teď tu máme taky pacienta, kterému je teprve 21 let a spadl na něj strom... je na tom relativně dobře, ale už tu hlavu nikdy nebude mít úplně v pořádku. A taky už je hospitalizovaný asi rok. Takže si víc vážím takových těch maličností, víc se z nich raduji a užívám si je.“

Komunikační partnerka S6

Přestala si tolik vážit života a začala oddělovat „duši a tělo“.

„Ale později jsem zjistila, že jsem si jakoby přestala tolik vážit lidského života. Mně ti lidé tady připadají opravdu jenom jako těla bez duše... A když s nimi manipuluji, otáčím je, tak je to jako „kus masa“, nebo jenom tělo. V tom smyslu, jako celek – tělo, duše... Že jsem o tom začala přemýšlet. Začala jsem to hodně oddělovat a rozlišovat. Asi proto, že někteří pacienti jsou při vědomí a kontaktní a ti nekontaktní, jsou jako kdyby ta duše tam nebyla... Není to takové zrovna moc pozitivní... změnilo to určitě můj pohled na život a na smrt, protože takovýhle život neživot jsem dříve neznala. A jak jsem říkala, někdy mám pocit, že jsem si toho života přestala „vážit“.“

4.1.2 2. kategorie – fyzická rovina života

Pečování o nemocného není náročné pouze psychicky, ale také fyzicky. V následujícím výčtu jsou uvedeny kódy fyzická zátěž, spánek a následky fyzické zátěže. Osm z dvanácti komunikačních partnerů uvedlo, že cítili velkou fyzickou zátěž a pět z nich muselo následky fyzické zátěže řešit.

4.1.2.1 Fyzická zátěž

Komunikační partnerka N1

Nosila manžela na zádech.

„Poslední půlrok, protože jsem ho nosila na zádech, takže jsem se vždycky postavila zády v posteli, on se mě chytil, že chtěl na terasu, a já jsem cítila, že už to nedávám. Ani jsem vlastně nespala po těch nočních.“

Přesouvání manžela na toaletu pro ni bylo velmi náročné.

„Hlavně náročný bylo, když chtěl na záchod. Já nevím, ten člověk to chápe asi tak, že když se mu chce na záchod, tak si sundává prádlo. Tak on si sundával ty pleny. Nemohla jsem mu vysvětlit, že má plenu a mermomocí chtěl na záchod, takže já jsem zase nastavila ty svoje záda a vlekla jsem ho na záchod. Když zjistil, že nic, tak jsem ho zase dověkla zpátky a ono to za pět minut bylo znova. Takže jsem říkala, že tohle už prostě nemůžu vydržet.“

Komunikační partner N2

Musel používat pomůcky pro zmenšení fyzické zátěže.

„Cítil. Mám po operaci páteře, takže jsem si musel koupit bederní pás. Vždy, když jsem babičku zvedal, přebaloval, nebo koupal, tak jsem si musel vzít bederní pás.“

Komunikační partnerka N3

Vysoká hmotnost tchána zvyšovala její fyzickou zátěž.

„O půlnoci mě dejte spát.“ Takže to ho člověk musel převlíknout, uložit do postele a ráno já jsem ho zase tahala z postele. Jednou nebo dvakrát mi spadl na zem, nikde nikdo, tak jsem běžela naproti k sousedům, chlapi mi ho pomohli zvednout – tři chlapi ho nemohli zvednout z podlahy. On teda byl pořádný chlap. Než začal mít tu nemoc, tak měl asi 115 kilo, takže to byl pořizek, a i když měl pak tu nemoc, tak stejně měl, já nevím, osmdesát kilo, prostě to byl velkej kus chlapa. A prakticky to pak je mrtvý tělo, který proteče úplně, to je jak voda, který nijak nepomůže.“

Přesouvání tchána z postele na záchod bylo velmi fyzicky náročné.

...já už jsem ho pak z té postele nemohla ani vytáhnout ven. Nebo když jsem mu potřebovala utřít zadek, tak jsme ho musela přehodit přes pelest. A pak už jsem ho nemohla ani zvednout z toho záchodu.“

Uvádí bolesti zad a paží.

„Záda, ruce... já jsem měla 55 kilo.“

Komunikační partnerka N4

Neměla sílu otce přenést na záchod.

„...tak zas tu nohu strkal na to, tak zase „tati, tak chceš na záchod?“ no tak že jo. Tak teď jsem zas neměla sílu, ono je to dlouhý ta bočnice, a musí se to takhle vyháknout, teď jsem neměla tu sílu ho zvednout, že jo. Na tu postel jakž takž jo, ale už jsem neměla sílu ho přenést.“

Cítila, že jí docházejí síly, ale otec potřebuje péče ještě víc.

„Nejnáročnější... no celý to bylo takový náročný... nejnáročnější je asi ten okamžik, kdy si uvědomíte, že už víc nemůžete, že už melete z posledního a vidíte, že ten člověk potřebuje, abyste ještě přidala. Trošku tý pomoci. Tak to je asi nejhorší. Že už sama sotva lezete a vidíte, že se to nelepší k tomu, abyste si mohla ulevit jako. A nevíte, jak dlouho to bude trvat, to je nejhorší na tom.“

Komunikační partner N5

Necítil žádnou fyzickou zátěž.

„Fyzickou? To ne. To vůbec.“

Komunikační partnerka N6

Pomáhal jí muž, fyzickou zátěž zvládala.

„Tak tohleto jsem snad zvládala, protože co jsem nemohla, tak mi pomáhal muž jo, ale spíš ta psychická, to psychický no...“

Komunikační partnerka S1

Díky tomu, že nepracuje na plný úvazek, nepocítuje fyzickou zátěž.

„Fyzickou ani ne. Myslím si, že ne... Ale ono je to také dané tím, že jsem tady jednou za čas, že ano... Kdybych tady byla na plný úvazek, tak asi fyzicky unavená bych byla taky.“

Komunikační partnerka S2

Popisuje bolest zad a nohou.

„Fyzickou zátěž prostě vydržíš, jo. Jo, jasně, tak všechny nás bolely asi záda. Jo, to je jasný. Já nevím, když jsem byla třeba na standartu, tak mě tak strašně bolely nohy, že jsem je měla 3krát takový. Já po dvanáctce jsem musela přijít domů a dát si nohy na půl hodiny nahoru, abych vůbec mohla fungovat, jo, takže jako fyzická zátěž je jasná. Ta je jasná.“

Komunikační partnerka S3

Trpěla bolestí zad, v noci ji brněly ruce a bolely ji paty.

„Určitě. Bolely mě paty, záda, ruce, brněly mě v noci ruce, protože jsem měla vždycky záda, záda mě bolely no... Paty mě bolely asi dva roky, protože jak je zvedáš, tak vlastně ty paty namáháš, tohleto všechno, ty paty namáháš, teďka kolegyně byla na operaci s tím, takže ty paty, ty mě bolely hodně dlouho. Pak mně to nějak přestalo, asi jsem si zvykla už... (smích) no...“

Komunikační partnerka S4

Fyzická zátěž je pro ni velmi náročná.

„To sakra jo (smích). Je to šíleně fyzicky náročný, hlavně na záda. Třikrát až čtyřikrát denně ty lidi polohujeme, kolikrát to nejsou žádný peříčka, takže to je fakt náročný.... No a taky je člověk pokaždý úplně durch, než si napolohuju ty svoje pacienty, tak se můžu jít zrovna převlíknout.“

Komunikační partnerka S5

Je pro ni těžká manipulace s pacienty, trpí bolestí zad a rukou.

„No fyzicky je to náročný, když tady nejsou kluci, sanitáři. Takže ta fyzická práce s těmi lidmi tu je – přesazovat je, vytahovat je na postelích... někdy to je opravdu těžký. Čím je člověk starší, tím je to horší. Bolí záda, ruce...“

Komunikační partnerka S6

Bolest zad nepřisuzuje fyzické zátěži ze zaměstnání.

„Třeba cítím i záda, ale já na záda trpím delší dobu a nepřisuzuji to určitě polohování nebo nějaké fyzické práci tady.“

4.1.2.2 Spánek

Komunikační partnerka N1

Pracovala v noci a přes den se starala o manžela – měla velký nedostatek spánku.

„Vůbec jsem nespala, byla jsem na noční, pak jsem tady fungovala a pak šla zase na noční...“

Komunikační partnerka N3

Pro vyčerpanost prospala dva dny.

„Jednou jsme už byli tak vyflusaný a vyčerpaný, že jsme už potřebovali vypnout, tak jsme řekli, že potřebujeme odjet pod stan, tak přijela manželova sestra večer v půl šestý, my jsme v ten pátek v půl šestý odjeli do kempu, rozdělali jsme s0i tam stany a s manželem jsme celou sobotu i neděli prospali (smích).“

Poruchy spánku neměla, ale spánek jí chyběl.

„Ne, já jsem naopak furt spala (smích). Já jsem většinou přišla od toho dědy, v pět hodin jsem o nakrmila a fik a už jsem šla rychle spát. A zabrala jsem hned. Takže jako poruchy spánku, akorát mi chyběl ten spánek.“

Komunikační partnerka N4

Otec jí narušoval spánek.

„Že jsme to měli nějak od pondělka domluvený, že tam přijdou, to já jsem tam předtím spala a on tam celou noc s tou postelí zadělanou takhle ramploval, takže jsem tam musela vždycky jít, co potřebuje, on „todle chci dát dolů“, „já ti to nedám dolů, tati, protože to bys spadl.“

Cítla únavu po příjezdu od otce, ale přiznává, že to může být věkem.

„No ten tejdén, co jsem tam byla, tak jako jó, někdy jste vzteklá... unavená... no, když jsem přijela domů, po tom tejdnu, tak jsem vždycky cítila, že jsem unavená. Ale to už zas je trošku i věkem, dneska když odněkud přijedu, tak jsem vždycky unavená...“

Komunikační partnerka N6

Matka jí narušovala spánek, protože vyžadovala pozornost.

„No, únavu, já jsem se ani nevyspala, protože ona se třeba v pět hodin vzbudila a zase „Je tady někdo? Je tady někdo?“ tak jsem šla dolů, i když muž mi říkal, ať to nedělám, ať tam nechodím, ale já jsem musela, šla jsem dolů a říkám: „Mami, co je? My ještě spíme.“ „No já jsem nevolala, já nevím, co se ti zdálo.“ My jsme ji měli dole v obýváku a spali jsme nahoře a o to to bylo horší, kdybychom ji měli někde v pokoji, tak ji tam zavřeme, ať si tam řve, ale takhle to bylo hrozný. Já jsem spala furt jen napůl, abych... no už jsem neměla takový klidný spaní.“

Komunikační partnerka S4

Nedělá jí dobře střídání směn.

„Ale musím říct, že to střídání nočních a denních služeb mi teda nedělá moc dobře, vždycky mě to úplně rozhází.“

Komunikační partnerka S6

Cítí únavu po několika službách za sebou nebo po noční službě.

„...máte dvě nebo tři dvanáctky po sobě a člověk je takový vyčerpaný, no...Třeba po noční bývám unavená. Noční tolik nezvládám, jako dříve...“

4.1.2.3 Následky fyzické zátěže

Komunikační partnerka N1

Věděla, že bude mít fyzické následky z důvodu vysoké zátěže.

„Já jsem věděla, že až tohle prostě skončí, tak že se to na mně podepíše. No a taky jsem měla blokádu bederní páteře. Jakmile jsem mohla přestat fungovat, tak si tělo řeklo dost.... No, takže jsem věděla, že se to na mně nějakým způsobem podepíše, protože jsem už měla pocit, že mám ty záda jednu velkou modřinu, jak se vždycky nastavíte a on se vás chytil...“

Komunikační partnerka N3

Říká, že zátěž byla „peklo“ a v průběhu péče potratila.

„Do toho jsem přišla do jiného stavu a potratila jsem, protože to bylo peklo.“

Komunikační partnerka S3

Nechává si napsat rehabilitace.

„Jo, občas jsem si nechala napsat rehabilitaci.“

Komunikační partnerka S4

Z důvodu páteřní blokády chodí na rehabilitace.

„Musela jsem začít chodit na rehabilitace, protože mám páteřní blokádu, tak to není nic moc. Ale rehabky pomáhaj, takže...“

Komunikační partnerka S5

Bolesti kloubů i zad musí řešit na ortopedii.

„Snažím se to řešit, chodím na ortopedii už od ledna, byla jsem i na TEP palce, takže teď to řeším s ortopedem. Se žádama jsem se taky léčila na ortopedii v Semilech, byla jsem na infuzích, takže... kdo tady nemá záda, že (smích).“

4.1.3 3. kategorie – sociální rovina života

Třetí rovina života, kterou mohlo pečování ovlivnit. Týká se především rodinných příslušníků, kteří hluboce pociťovali dopad na jejich sociální život, nicméně i zdravotníků se jejich povolání v sociální rovině dotýká. Do této kategorie spadají kódy časová náročnost, finanční situace a konflikty.

4.1.3.1 Časová náročnost

Komunikační partnerka N1

Péče vyžadovala 24 hodin.

„...jsem jinak nemohla nikam 24 hodin.“

Komunikační partner N2

Věnoval se od rána až do večera matce.

„Byl jsem doma, takže jsem nikam nechodil. Věnoval jsem se od rána až do večera mamince. Nejezdili jsme nikam na výlety, maximálně na dvě hodiny, a musel jsem se vrátit, aby babička dostala léky, svačinku, přebalit...“

Komunikační partnerka N3

Popisuje, jak pro ni byla péče „rozlítaná“ a časově náročná.

„Že bychom se třeba aspoň ten víkend mohli vyspat, protože to je 24hodinová péče. Děda třeba zavolal a já jsem mu musela jít nasadit třeba brýle, nebo podat tužku do ruky, on luštil křížovky, ale nebyl schopný tu tužku vzít do ruky, sebrat ji, takže jsem mu tu tužku musela dát do ruky a on luštil. A pak přijdu domů, on vytočil telefon „potřebuju brejle“, takže jsem běžela do druhýho baráku, nandala jsem mu brýle. Nebo vysmrkat ho. Takový to bylo rozlitaný.“

Musela se omezovat.

„Já jsem byla na mateřský, ale musela jsem se svým způsobem omezovat, protože jsem nemohla odejít na dýl než na tři hodiny.“

Komunikační partnerka N4

Nemohla se starat o domácnost v běžném režimu.

„...ale doma ti to stojí, že jo, všechno.... tak trošku to zasáhlo, ale že by to narušilo, to ne.“

Komunikační partner N5

Vypověděl, že péče byla náročná na čas.

„... bylo to náročné akorát na ten čas. Že se člověk nemohl sebrat a jít, kam by chtěl. Museli jsme být doma.“

Komunikační partnerka N6

Nemohla chodit na výlety a cestovat.

„No hrozně, protože jsme nikam nemohli. A když jsem šla třeba jí na nákup, tak ji muž hlídal, nebo jel na nákup on a já jsem musela hlídat. Jinak to nešlo. Časově fakt náročný.... Dřív jsme chodili hodně po horách a tak, na houby, furt jsme předtím někde cestovali a pak už to nešlo, že jo.“

Uvádí, že její matka vyžadovala neustálou pozornost.

„Ale takhle to bylo celý den no, to jsme se museli furt starat. Člověk u ní musel pořád sedět. Když člověk odešel jen třeba na záchod, tak dělal strašnej rámus – „Je tady někdo? Nenechávejte mě tady samotnou!“ no chtěla mít společnost.“

Komunikační partnerka S1

Má spoustu služeb.

„...spousta služeb...“

Komunikační partnerka S4

Má hodně přesčasových hodin.

„...nespočet přesčasů...“

4.1.3.2 Finanční situace

Komunikační partnerka N1

Finanční situace jí nedovolila využívat pečovatelskou službu.

„Já jsem tehdy taky zkoušela nějakou pečovatelskou službu, ale byly tam nějaké limity, a i docela velké finance a v době, kdy tady zůstanete na příspěvkách na péči, tak ono to ani nejde.“

Přišla o práci, byla v těžké finanční situaci.

„...pak už jsem nemohla ani pracovat, já jsem se musela vzdát práce, a to je to co jsem ne... asi jo, asi měla za zlý, protože jsem věděla, že tu zůstanu bez peněz a bez práce. Když máte práci, tak si ty peníze vyděláte, ale když jste bez práce, tak je to neskutečný. Já jsem tady zůstala s hypotékou, s malou holkou, bez práce, bez peněz, protože to, co jsem našetřila, jsem dala za pohřeb a byli jsme úplně hotový. Úplně.... Předtím jsme měli ty dávky na ošetřování, tak z toho jsme nějakým způsobem vyšli, nebyla to žádná hitparáda, ale prostě dalo se z toho žít, ale věděla jsem, že až to skončí, tak budu úplně v háji.“

Na otázku, jak finanční situaci řešila odpověděla, že třemi brigádami.

„Třema brigádama. To bylo teda už po smrti.“

Komunikační partner N2

Děkuje za zvýšení příspěvku a zdravotním pojišťovnám na vstřícnost. Nezaznamenal žádný problém.

„Za to musím zase poděkovat ministrovi financí, panu Babišovi – tenkrát jsem totiž nepracoval a byl jsem závislý jenom na příspěvku, kdy ho z nějakých dvanácti až třinácti tisíc zvedli na devatenáct tisíc dvě stě, a z toho se dalo vyžít. A také musím dodat, že zdravotní pojišťovny nám vyšly také ve všem vstříc a zaplatily vše, co jsme potřebovali – pleny, léky... Vše fungovalo perfektně.“

Komunikační partnerka N3

Pobírala příspěvek na osobu blízkou a mateřskou, ale popisuje finanční stránku jako náročnou.

„My jsme měli 12 000 příspěvek pro dědu, já jsem byla na mateřský no a... bylo to náročný, co budu povídat, vždycky něco. Když jsme se s něčím vypořádali, tak zas nepřišlo něco dalšího.“

Komunikační partnerka N4

Její otec měl dostatečný příjem.

„...ještě my jsme měly výhodu, že otec měl poměrně pěkný důchod, takže my jsme ledacos mohly z toho jeho důchodu platit, takový ty větší věci byl on schopnej zaplatit ze svého, takže

jsme nemusely uvažovat o tom, jestli polohovací postel jo nebo ne a prostě ji objednat. Protože za tu postel platíte tisíc korun, takže ono to za ten měsíc naskáče všechno.“

Komunikační partner N5

Musel s bratrem investovat vlastní peníze.

„Ta postel stála 17 tisíc a matrace 8 tisíc. To jsme dali do kupy ze svého, to víte, tyhle věci, to je automatický.“

Komunikační partnerka N6

Pobírala matčin důchod a stačilo jí to.

„...my jsme na ni brali její důchod, takže to šlo.“

Komunikační partnerka S1

Myslí si, že by si sestry zasloužily víc peněz.

„Myslím si, že by si sestřičky zasloužily mnohem víc. Možná bych dokázala říct, že nastejno, jak mají lékaři. Protože vykonávají mnohem těžší práci a mají mnohem větší kontakt s těmi pacienty než ti doktoři.“

Na otázku „Co vás tak odradilo?“ odpověděla, že finanční ohodnocení.

„Určitě plat...“

Komunikační partnerka S4

Na otázku „Co vás pohání dopředu?“ uvedla, že peníze určitě ne.

„No tak peníze to nejsou (smích), těch je těžký nedostatek.“

4.1.3.3 Konflikty

Komunikační partnerka N3

Hádala se s manželem kvůli neochotě jeho sestry podílet se na péči.

„No trošku jo, tak občas jsme se dohadovali doma, hádali jsme se. Jako snažili jsme se, protože jsme věděli, že to asi nebude dlouho trvat, ale já jsem byla asi trošku rejpavá. Já jsem občas ryla do té sestry, že by něco mohla taky udělat ona.“

Komunikační partnerka N4

Popisuje konflikt s otcem ohledně postele.

„My už měli tu postel doma a on, že na ní spát nebude, že spí na tý svý, že je na ni zvyklej, ale nemohl z ní slízt. Tak už jsem si pak sedla a řekla jsem: „tati, prosím tě, už nás nezlob.“ To bylo poprvé, kdy já jsem se teda... říkala jsem: „vždyť je to jen postel, prosím tě, tak nemůžeš na tom spát?“ tak teda dědek se nafouk na chvíli, šel teda spát na tu postel, no, a do tejdne už na ní zůstal.“

Se sestrou se snažila nehádat.

„Jó, jako sestry se občas nafouknem, ale nehádaly jsme se. Jako je pravda, že jsem někdy položila telefon a říkala jsem „ta mě teda štve“ (smích), ale ona určitě taky (smích), ale že bysme se hádaly, to ne. Prostě jsme se snažily... já si myslím, že jsem často ustoupila, ale já nevím, jestli ona si taky nemyslí, že hodně ustupovala.“

Komunikační partnerka N6

Snažila se s matkou mluvit slušně.

„No třeba když se musela převlíkat, tak to jsem jí třeba trošku nadala, že jsem jí řekla: „mami, já už se zblázním!“ Ale jinak ne, vůbec. Abych na ni nějak řvala a mlátila, to ne.“

Komunikační partnerka S1

Stěžuje si na ponižující přístup lékařů k sestřám.

„U nás na oddělení jsou třeba takoví lékaři, kteří, mám pocit, že zesměšňují ty sestry... Já nevím, člověk se bojí na cokoli tady zeptat. Když si neví rady, tak se prostě bojí zeptat, protože hned byste byla za „tu pitomou“, která nic neví. A když se něco děje nebo když se něco dělá, tak je všechno špatně, byť ta sestra to dělá správně. Nebo si lékař něco naordinuje a Vy vlastně splníte tu ordinaci, jdete to tomu lékaři oznámit, on Vám vlastně za to ještě vynadá – ted' ho prostě ještě obtěžujete, že jo.“

Komunikační partnerka S4

Popisuje konflikty s lékaři.

„Právě tím, že se tu dělají dost odborné věci, tak než jsem si to všechno zažila a tak... to na mě pořád doktoři křičeli. To nebylo nic příjemného. Docela těžce jsem to nesla, chtěla jsem i kvůli tomu odejít, ale nakonec jsem to nějak ustála, hodně mi pomohly tady holky.“

Komunikační partnerka S6

Měla konflikty s kolegyněmi.

„Když jsem brečela kvůli práci, tak to bylo kvůli kolegyním.“

Vadí jí konflikty mezi personálem.

„...když jsou problémy mezi personálem – tak to mi vadí, protože si říkám, že už ta práce je těžká, a ještě my si to tady budeme kazit?“

4.1.4 4. kategorie – vliv na zvládání zátěže

Tato kategorie byla vytvořena na základě průzkumných otázek „*Co pomáhá sestřám zvládat zátěž?*“ a „*Co pomáhá rodinným příslušníkům zvládat zátěž?*“. Považuji za důležité zjistit, co jedinci může péči usnadnit. Do kategorie byly zařazeny kódy pomoc blízkých, pomoc zdravotníků, podpora, odreagování, informace, postoj k péči a přijetí reality.

4.1.4.1 Pomoc blízkých

Komunikační partnerka N1

Přátelé jí pomáhali s ostatními povinnostmi.

„Jeden klučina ze vsi, když jsem potřebovala dojet pro pleny, tak tady u manžela seděl, protože jsem jinak nemohla nikam 24 hodin. Pak mi bylo líto té dcery, protože byla malá a nemohla nikam, byli jsme pořád zavřený tady, takže tu si brali známí, že s ní třeba někam jeli na víkend, tak to jsem brala jako velké plus, a to jim nikdy nezapomenu... Prostě ty kamarádi a známí, musím říct, klobouk dolů. Že mi třeba přijeli pomoci, myslím jako se zahradou a takovými technickými věcmi.“

Komunikační partner N2

Pomáhala mu s péčí o matku jeho družka.

„Moje družka – starala se, když já jsem nemohl. Udělala jídlo, nakrmila, převlékla povlečení.“

Komunikační partnerka N4

Rozdělily si péči se sestrou.

„No a pak teda to bylo tak, že týden byl tady u mě, týden byl v Hradci u sestry, a tak jsme ho střídaly třeba já nevím, řeknu dva měsíce. Přes léto byl u ségry, ale když chvíli potřebovala ona zase dýchat, tak byl zas u mě, prostě jsme si ho střídaly.“

Komunikační partner N5

V péči se střídal s bratrem.

„Takže jsme se s tou péčí o maminku střídali s bráchou. Ten už byl doma, už byl v důchodu, tak ten tam chodil dopoledne, zajistil jí nákup a podobně a já odpoledne ten zbytek.“

Pomáhala mu s péčí kromě bratra i přítelkyně.

„...brácha ten úplně maximálně, ten tam byl každý den třeba dvakrát, sestra ta bydlí daleko, tak ta nemohla, ale jak to šlo, tak sedla do auta a přijela a pak moje přítelkyně, ta se o ni starala. Pak když už jen ležela, tak tam chodila hlavně odpoledne, když tam nebyla ta pečovatelská služba, tak tam vždycky šla a ty dvě hodiny tam s ní byla a prostě se o ni starala. Ta hodně.“

Komunikační partnerka N6

Díky pomoci rodiny si mohla občas odpočinout a nenamáhat se.

„Jo, pomáhali nám ji dát do sprchy. Anebo si ji někdy bral syn na chvíli, abych si trošku odpočla.“

4.1.4.2 Pomoc zdravotníků

Komunikační partner N2

Na koupání přicházely pečovatelky.

„Jednou týdně probíhalo koupání, na které sem chodily pečovatelky a ty mi říkaly co dělat.“

Na otázku, zda mu byly pečovatelky z domácí péče oporou, odpověděl, že rozhodně ano.

„Tak určitě. Těm jsem byl osobně poděkovat, protože bez nich bych to asi také nedal. Je opravdu důležité, aby tady fungovaly a byly, protože ti lidé by to sami nezvládli.“

Komunikační partnerka N3

Pomoci s hygienou se jí nedostalo, pouze s rehabilitací.

„Pečovateľská služba mi sem odmietla jezdit, pretože neměli miesto, neměli sestry, ktoré by se postarali. Takže pečovateľskou službu jsem sehnala jenom na rehabilitaci. Chodili s ním cvičit, míčkovali ho, tak to bylo dobrý. Snažili se s ním hýbat, ale stejně to bylo málo. No a prakticky na to koupání mi sem odmietli přijet, i když jsme pak už měli plošinu i závesný systém, tak stejně neprijeli. Řekli, že nemůžou, že nemaj kapacitu.“

Využívala jednodenní péči Centra bez bariér.

„A když jsme potřebovala jít třeba k lékaři, tak fungovalo to Centrum bez bariér, tam jsme ho ráno odvezli a v poledne si ho vyzvednul syn, když šel ze školy a jeli spolu na vozíčku domů.“

Komunikační partnerka N4

Uvádí, že jí i sestře hodně pomohla pečovateľská služba.

„...já si myslím, že nám hodně pomohla ta pečovateľská služba... Já bych asi doporučila nějakou takovou odlehčovací službu. Zase záleží, jestli jsou ty lidi doma nebo... to prostě nám pomohlo, že jsme prostě mohly vypnout, myslím si, že i ta ségra, když šla do tý práce a věděla, že tam je ta sociální pracovnice, tak mohla vypnout tu hlavu na ten domov a tím si odpočala. Jako nevidět v tom jenom ty peníze, ale že prostě tam někdo dělá tu společnost, to já jsem hodně kvitovala.“

Komunikační partner N5

Zajistil pečovateľskou službu z důvodu pomoci s hygienou.

„Protože ženská – chlap... je to takový... ona se tomu i bránila, ještě jí to pořád myslelo a takovýhle ty intimnosti... no nechtěla to prostě od nás. Tak se myla sama, ale víte, jak to vypadalo. Bylo to takový odfláknutý, nebylo to ono. Tak právě proto jsme zajistili tuhle pečovateľskou službu, a to byly ženský... a ty ženský se o ni staraly perfektně“

“

Uvádí, že pomoc pečovateľské služby jemu i bratrovi ulehčila péči.

„No, pak když už chodily tyhle ženský, tak jsme už v podstatě jenom přes den dávali napít, když měla žízeň, už to bylo takový jednodušší.“

4.1.4.3 Podpora

Komunikační partnerka N1

Podporovali ji přátelé.

„Měla jsem spoustu kamarádů, přátel, kteří mi pomohli.“

Hnacím motorem pro ni byla její dcera.

„Nějak jsem to zvládnout musela, měla jsem tady dceru, takže to byl pro mě takový ten hnací motor, protože jsem věděla, že musím, že se musím vzpamatovat a prostě jít dál.“

Rodina jí odmítla pomoci.

„Ani v rodině, maminka mi řekla, ať se nezlobím, ale že na to psychicky nemá.“

Podpora od rodiny – nemůžu říct, fakt ne. Ani finanční, ani jiná. Jako by se slehla zem a byla jsem na to sama. Máma mi pohlídala dceru, když přijel koroner a pak občas s výčitkami, že mi zase hlídá dítě... bylo to drsný.“

Komunikační partner N2

Je vděčný za podporu družky.

„Takže jsem měl podporu od své družky. Musím opravdu poděkovat partnerce, že to se mnou vydržela. Bylo to náročné.“

Psychicky mu pomáhaly děti.

„Mně pomáhaly děti. Mně pomohla rodina – to, že jsem byl s nimi, a hlavně se nestyděly jít k babičce, protože k ní chodily od narození, babičku hladily, přebaloval jsem malé děti do plínek, přebaloval jsem babičku do plínek... Ten kontakt tam byl, takže si myslím, že mi hodně pomáhaly děti.“

Komunikační partnerka N3

Rodina ji psychicky podporovala.

„Manžela, děti, syn byl úžasnej. Hlavně po tý psychický stránce, to jsem potřebovala, protože jsem odtamtud přišla a byla jsem vyřízená.“

Komunikační partnerka N4

Děti ji vyslechly.

„Asi děti, ale jako to spíš, že mě jako vyslechly, nepomohly teda, ale aspoň jako, že když jsem jim něco vypravovala, tak to vyslechly... asi takhle.“

Komunikační partner N5

Podporu cítil od bratra.

„To jsme se s bráchou tak nějak podporovali...“

Komunikační partnerka S1

Rodiče ji obdivují a manžel podporuje.

„Tak, bavím se o tom třeba s rodiči. Ti to obdivují – říkají například, že by to nedělali. No, a manžel, ten v tom pracuje taky, takže si máme o čem povídat.“

Komunikační partnerka S2

Cítí podporu v rodině, mezi přáteli i v kolektivu.

„Ale samozřejmě rodina, přátelé, kamarádky, prostě tohleto všechno určitě, a i prostě v práci.“

Komunikační partnerka S3

Manžel měl pochopení.

„no, manžel, na kterýho jsem se mohla vždycky se vším... jako vyřádit. Když jsem potřebovala, tak jako to bral „no jo, ty seš zase nasraná dneska, no jo (smích)...“

Po ukončení rozhovoru ještě dodala, že zapomněla říct, že jí moc pomáhalo klidné zázemí doma. Že se její děti vychovávaly samy a manžel byl opravdu chápavý a vstřícný, takže za to, že byla psychicky v pohodě vděčí rodině. Řekla, že kdyby neměla klid v rodině, tak by tu zátěž nezvládla.

Komunikační partnerka S4

Cítí podporu od kolektivu.

„...hodně mi pomáhají ty kolegyně. Skamarádily jsme se, a když mám jakýkoli problém, můžu se jim svěřit, myslím jako ohledně té péče...“

Její rodina ji obdivuje.

„rodina mě hodně podporuje, většina z nich říká, že by to nikdy dělat nemohla, že mě obdivují...“

Komunikační partnerka S5

Svůj pracovní kolektiv hodnotí kladně, cítí podporu.

„Já si myslím, že kolektiv máme dobrý... Podporujeme se navzájem.“

Komunikační partnerka S6

Cítí obdiv od okolí.

„Jak jsem již říkala, tak všichni mě obdivují. Vesměs to okolí obdivuje. Když jsem tady začínala, tak všechno bylo nové, tátovi jsem poslala fotku v roušce, jako VIP oddělení, prestižní oddělení...“

S dcerou si může o problémech v zaměstnání promluvit.

„Probrala jsem to třeba s dcerou, protože to zná, ty pacienty. Tak to mi pomáhá, probrat to s ní.“

4.1.4.4 Odreagování

Komunikační partnerka N1

Nejlépe se odreagovala prací.

„Mně strašně pomáhala práce. Já jsem vymalovala celý barák, já jsem musela pořád pracovat.“

Komunikační partnerka N3

Hodně dbala na spánek, jedla čokoládu a odreagovala se jízdou na kole.

„Jedla jsem čokoládu (smích), tu jím doted'. A já jsem se snažila vždycky hodně spát. Šetřila jsem si takový ty svoje síly na to, abych se šla vyspat. To si myslím, že je základ, dobrý spánek. Takže na to já jsem ten čas využívala maximálně, malýho jsem měla v kočárku a usnula jsem třeba tady na houpačce. Na chvíli, ono těch dvacet minut stačí a člověka to nabije. S manželem jsme se střídali, takže když třeba on přišel v 6 hodin z práce, já jsem vzala kolo, jela jsem se projet na kole na tu hodinku. Abychom se tak nějak nabili no.“

Komunikační partnerka N4

Kouřila cigarety, hrála karty a nejlépe se odreagovala s vnoučaty.

„No kouřila jsem venku na lavičce, hrála karty, abych se odreagovala, koupila jsem si kalhoty, který se mi moc líbily a vůbec mi nejdou, takže jsem je musela zahodit (smích). Jo a pak chodím s těma vnoučatama ven, oni jsou malý ještě, tak to mě hodně odreaguje, že jezdím k synovi, on má malýho hošíčka, takže s těma vnoučatama se odreaguju, jezdím s nima i na chatu, mám jich 6, ale naštěstí jich teď pojede jen 5 (smích).“

Pomáhala jí rodina, myšlenka, že život pokračuje dál.

„Mně pomohla ta rodina, že jsem zase šla k těm mladejm, k těm vnoučatům a viděla jsem, že ten život jde zase dál, že ten život pokračuje.“

Komunikační partner N5

Televize mu pomáhala přijít na jiné myšlenky.

„No, když jsem se koukal na televizi, tak jsem na všechno tak nějak zapomněl... jinak nic“

Komunikační partnerka S1

Pomáhají jí procházky se psem nebo jízda na kole.

„Tak třeba odreagování – jak jsem říkala, vysvlíct věci, zavřít dveře a jít domů a jít třeba na kolo nebo se psem.“

Komunikační partnerka S2

Pouští si oblíbené písničky, filmy, dá si něco dobrého k jídlu nebo čte knížky.

„A snažím se uklidnit svoji vlastní psychiku, abych se nezbláznila, protože se člověk jako nemůže z toho zbláznit a zhroutit, jo, takže se snažím pustit si hezkou písničku, dát si něco dobrýho k jídlu, pustit si hezkej film, přečíst knížku, jo, prožít ten den nebo prostě ten následující čas nějak jako hezky. Tak tohle třeba pomáhá mně no.“

Raduje se z maličkostí a nabíjejí ji vnoučata.

„...já se snažím opravdu – protože už mi je tolik, kolik mi je – takže já se dokážu radovat ze spousty věcí. Jako z toho, že mám doma dobrýho nanuka (smích), z toho, že prostě jo, ze spousty věcí. Z toho, že jsem viděla, já nevím, kvést pampelišky, protože je to krásný, jo, protože je miluju prostě jo, no říkám, ze spoustu věcí... film, knížka, děti, já nevím, vnoučata, a to mě prostě nabíjí doma.“

Komunikační partnerka S3

Psychicky jí pomáhal pobyt v přírodě, jízda na kole, nějaká fyzicky náročná činnost.

„...když ti můžu říct, tak já jsem se vždycky odreagovala v přírodě, na horách, na kole, vyrazila jsem vždycky někam, vyštavila jsem si fyzicky tělo a ona se vylepšila i ta psychika. To mi pomáhá do teď. Příroda je nejlepší lék. Takže vypadnout do přírody...“

Velmi ji nabíjel energií tanec.

„Jó a já jsem hodně chodila tancovat. Diskotéky, já milovala hudbu a tanec, takže mě bylo jedno jak tam jdu oblíknutá, mladý holky seděly a já třeba v elastičkách z kola jsem celý večer tancovala. Takže tam jsem nabírala taky hodně energie u toho tancování. Furt jsem trsala někde.“

Po příchodu domů z nemocnice potřebovala hodinu na vzpomínání, nikdo na ni nesměl mluvit.

„...a měli jsme zařízený, že na mě hodinu nikdo nebude mluvit, když přijdu z práce. A já jsem se z toho dostávala... musela jsem si sednout, udělat si ty své věci a nesměl na mě hodinu nikdo mluvit... já jsem vždycky potřebovala tu hodinu doma na vzpomínání. Až když jsem si to urovnala, že jsem všechno udělala v pořádku, že jsem někomu neublížila nebo někoho nějak to, tak pak jsem byla v pohodě a mohla jsem tady makat dál. Ale vždycky jsem tu hodinu potřebovala na uklidnění a na takovou tu relaxaci svoji a pak jsem zas mohla fungovat.“

Komunikační partnerka S4

S mladší sestrou, partnerem, dobrou hudbou a přáteli přichází snadno na jiné myšlenky, jezdí na výlety.

„Rodina mě vždycky podpoří, mám ještě malou ségru, no malou, teď jí je 12, ale pro mě je to malá prťka (smích), tak s ní vždycky přijdu na úplně jiné myšlenky a na práci si ani nevzpomenu. S přítelem taky jezdíme na výlety a tak, pořád se něco děje.... Dobrou hudbou a přátelé. To vždycky přijdete na jiné myšlenky (smích).“

Komunikační partnerka S5

Odreaguje se pobytem venku v přírodě.

„Snažím se to nenosit domů, teď přes léto jsem na chalupě, máme tam ovečky, takže jdu ven, na zahradu a tak.“

Potřebuje se někde vybit – „dostat to ze sebe“ fyzicky náročnější činností.

„Já se jdu někam vybít. Bud' se jdu vybít na zahradu s hráběmi, nebo cvičit. Práce, která je fyzicky náročnější, nebo to cvičení, ale pořádně, aby se člověk zpotil. Dřív jsem jezdila na kole, to už teď nejezdím, protože se na silnici už bojím v tom provozu, takže prostě se někde zpotit, abych se vybila. Nějak to ze sebe dostala.“

Komunikační partnerka S6

Přijít na jiné myšlenky jí pomáhá kontakt s přáteli a zábava bez pracovního kolektivu.

„Tak určitě soustředit se na něco jiného... Bylo to docela těžké, když byl teď covid. Aniž bych si to dřív uvědomovala, tak bych teď mohla říct, že mi pomáhá jezdit na návštěvy. Pomáhá mi popovídat si někde u grilování, přijít na jiné myšlenky... Jít někam za zábavou... To bych asi mohla říct, no... Mimo pracovní kolektiv... Zajít si do kina... Mít mimo práci jiné aktivity.“

4.1.4.5 Informace

Komunikační partner N2

Potřeboval informace, jak má o pečovat o hygienu matky. Dostal je od pečovatelek.

„Jednou týdně probíhalo koupání, na které sem chodily pečovatelky a ty mi říkaly, co dělat. Například, jak koupat ženu. Já jsem chlap a nevěděl jsem, jak mýt ženu... nevěděl jsem, že se má mýt zepředu dozadu, a ne zezadu dopředu, takže mi radily, že to je špatně a mohla by tam být infekce... Stalo se nám, že měla zánět a pravděpodobně to bylo z toho, jak jsem babičku utíral špatně. Takže i laik to potom vychytá.“

Bez pečovatelské služby by se trápil déle z důvodu nedostatku informací.

„Musel bych to zvládnout. Asi bych to zvládl, ale ne s takovou lehkostí. Trápil bych se déle, protože když jsem něco dělal, tak jsem to dělal špatně, než jsem přišel na to, že to můžu udělat jinak. A ta doba se vyvíjí tak, že už dnes jsou pánské pleny, dámské pleny... Jak polohovat...“

Komunikační partnerka N3

Na otázku, co by doporučila jiným pečujícím v podobné situaci, odpověděla, že by se nechala proškolit od sestry. Chyběly jí informace a chvaty, jak tchána zvednout a neublížit mu.

„No asi bych se nechala proškolit třeba od nějaké zdravotní sestřičky, od nějaké domácí péče, aspoň bych jela na jeden den s tou s tou sestrou domácí, abych věděla, jak se starat o takovýhleho člověka. Chyběly mi ty chvaty, chyběly mi ty informace. Copak ten PEG, to bylo

to poslední, ale jak toho člověka zvednout a neublížit mu... protože ho to bolí, on pak kolikrát vzdychal, pro něj to bylo taky náročný, nejen pro nás, ale i pro něj to bylo třeba bolestivý. Protože my nejsme zdravotníci, tak asi to bych udělala, asi bych se nechala proškolit. Jak to mám správně dělat. “

4.1.4.6 Postoj k pečování

Komunikační partnerka N1

Nechtěla si vyčítat, že by něco zanedbala.

„...já jsem nechtěla mít výčitky, že bych já něco zanedbala, protože jsem si to nechtěla vyčítat celý život. Takže vím a myslím, že s klidným srdcem můžu říct, že jsem udělala úplně všechno “

Chtěla se o manžela starat doma, protože mu to slíbila a bylo to jeho přání.

„...to bylo 12. 4., to ho hospitalizovali a já jsem jim sdělila, že jakmile ho stabilizují, tak že ho chci domů, protože zaprvé jsem mu to slíbila a zadruhé on si to tak přál. “

Přála si, aby bylo o její blízké postaráno.

„Já jsem chtěla, aby měli oba tu péči, aby se cítili dobře, abych jim to nějakým způsobem v uvozovkách zpříjemnila a aby prostě tu péči měli. “

Komunikační partner N2

Měl potřebu péči své matce oplatit.

„Když jsem se o ní staral, tak jsem nikdy nepřemýšlel, že bych ji dal „ pryč“, protože jsem myslel na to, že ona se o mě starala, když jsem byl malý... takže se o ni postarám i já. A prostě vím, že doma je doma. “

Přál si, aby zemřela důstojně.

„Opravdu jsme se snažili. Chtěl jsem, aby umřela důstojně. Pracovala celý život, vychovala dvě děti...“

Říká, že má člověk krásný pocit z toho, že se o svého blízkého postaral.

„...až odejde z tohoto světa, tak budete mít nádherný pocit, že jste s ním byli do poslední hodiny a minuty. A to vám dá všechno za tu dřinu. Na tu dřinu zapomenete. Ale budete šťastní, že umřel doma. Že jste ho neodhodili jako nějakou věc. Přebytečnou... Opravdu, budete šťastnější, že

jste toho dotyčného měli doma, že jste mu poskytli všechno. Tak, jak oni vám dali život, tak vy jim dáte důstojný odchod. A to je nade vše, i když nic nezdědíte. (Smích)“

Komunikační partnerka N3

V žádném případě neuvažovala, že by se o svého tchána nepostarala.

„Byl to skvělejší člověk a ve snu by mě nenapadlo ho někde zavřít. A on by to ani nechtěl, on byl rád, za to, že jsme se o něj postarali.“

Chtěla mu oplatit jeho láskyplný přístup.

„...já mu svým způsobem měla co vrátet, protože to byl prostě úžasnej člověk.“

Komunikační partner N5

Chtěl vyhovět matčinu přání dožít doma.

„...ona ani nikam jinam nechtěla. My jsme ji nechtěli nikam násilím tahat, chtěli jsme vyhovět tomu jejímu přání... je to matka, to vám nedá.“

Je pro něj oplácení péče matky automatické.

„A to, že jsme jí to chtěli oplatit, to je prostě automatický. Já si myslím, že když někdo dá toho svého blízkýho pryč, tak je to taková pohodlnost. Jasně, že je to daleko hezčí, když vás doma nic nečeká, netrápí, uděláte si svý a rozvalíte se. Nám tohle nevadilo, My jsme to brali tak, že to tak má být. Ta běžná starost o toho člověka... není to tak hrozný. Jak to pomalinku narůstalo, tak nám to ani tak nepřišlo.“

Komunikační partnerka N6

Cítila povinnost se o svou matku postarat.

„No, že to byla moje povinnost, se o ni postarat...“

Komunikační partnerka S2

Má pocit, že má dluh vůči společnosti za péči o její blízké.

„...mám pocit, že mám dluh, že mám prostě dluh vůči těm ostatním se o ně taky tak postarat. Protože mám pocit, že takhle bylo postarany o ty moje nejbližší, tak že mám prostě vůči těm pacientům prostě ten dluh osobní. A proto tady jsem, proto to povolání prostě dělám, proto si vždycky v životě říkám, proč tady jsem, vůbec, co mám vlastně přinýst tomu světu nebo za co

mám ten můj život, jo... nejsem dobrá ve sportech, nejsem dobrá ve zpěvu, jo, takže si říkám, tím, že prostě nějakým způsobem mně bylo dáno tohle povolání, tak jako proto tady mam bejt a proto to dělám pořádně od začátku do konce. A bejt i u tědletých situací a zvládnout je dobře a tomu člověku prostě pomoci ty poslední chvíle na tomhleto světě strávit jako důstojně. A to si беру za svůj nějaký cíl nebo za své poslání, když to řeknu takhle, protože prostě jo, mám bejt dobrá v tomhle.“

Komunikační partnerka S3

Pocit při záchraně lidského života ji naplňoval, práce ji bavila.

„Dalo mi to spoustu energie. Spoustu energie, protože tím právě, že zachrániš někoho, tak to je tak úžasnej pocit v sobě, že zase přijdeš a doma se ráda staráš o tu rodinu a o jídlo a to, normální běžný věci, protože jsi něco dokázala a celý život jsem vlastně byla ráda, že dělám něco užitečného, mě to taky naplňovalo, měla jsem z toho taky něco, ne jenom ty lidi. Opravdu jsem chodila do práce s tím, že mě to tam bavilo. Já jsem neměla žádný nervy ráno z toho, že jdu do práce. Vůbec. Já jsem se tam těšila.“

Komunikační partnerka S6

Označuje povolání sestry jako poslání, které by měly dělat lidé, kteří chtějí pomáhat lidem.

„Tahle práce je poslání a nejde ji mít ještě jako koníček, jak se to vidí u jiných povolání. Protože ne každý by to zvládl. A myslím si, že sestry by měly chtít tu práci dělat. Chtít pomáhat těm lidem. Chci, aby ti lidé měli pohodlí... Takže by to každý měl dělat, protože chce.“

4.1.4.7 Přijetí reality

Komunikační partner N2

Vnímá smrt jako součást koloběhu života.

„...beru to jako součást života. Protože když mi zahynul bratr a já jsem z toho byl úplně hotový, tak mi můj tatínek řekl: „Hele, jedeme dál. Bude v našich srdcích a takový je život.“ Je nepříjemné, když rodičům zemře dítě, ale i to se stává. A tyhle slova mám před sebou. Patří to k životu – lidé umírají a lidé se rodí. Takže jsem to tak bral, narodily se mi dvě děti – holky – takže je to koloběh života a v tomhle mám jasno. Bral, jsem to takové, jaké to je.“

Komunikační partnerka N3

Uvádí, že pro jejího tchána byla smrt vysvobozením.

„...víceméně ta smrt už pro něj byla vysvobození. Já jsem si říkala, že už pro něj je to takhle lepší. Tím jsem se já uklidňovala. Že už se dál netrápí, že už je mu tam dobře. Jak jsem se tím vyrovnala já... já jsem to brala všechno tak, jak to je, nemusela jsem se tím nějak vyrovnávat. Jako bylo mi líto, že odešel, ale věděla jsem, že pro něj je to vysvobození. Pro něj tohle byla potupa, bylo to pro něj nepříjemný, ten vozíček.“

Nepoddala se psychickému tlaku, přijímá realitu.

„Nesmí se tomu člověk poddávat. Já jsem silnej člověk, takže já se tomu nepoddávám, člověk musí nasávat tu přírodu, to zelený, ten sníh i... prostě brát to, tak jak to je.“

Komunikační partnerka N4

Bere smrt jako součást života.

„...vzala jsem to tak, že ty starý lidi prostě odcházej...“

Komunikační partner N5

Uvědomoval si matčin vysoký věk.

„To ne. My jsme to tak brali, prostě je to starej člověk. Prostě to tak je. Vždyť odcházeli mladší.“

Uvádí, že byl psychicky připravený na smrt matky.

„My jsme věděli, že ten konec přijde, na to se člověk nějak psychicky připraví, aniž by chtěl... protože pak ,když se to už opravdu stalo, tak nás to tolik nevzalo. Už jsme na to byli připravení.“

Nedělal z pečování „vědu“.

„No, každej to bere asi trochu jinak no, ale já řešil takhle. Jak to bylo, tak se to řešilo. Nedělala se z toho věda. Protože stejně to jinak nešlo. Když má člověk žízeň, tak se mu musí dát napít, proč bych měl kolem toho kroužit.“

Komunikační partnerka S2

Říká, že smrt k životu patří.

„No tak jako to, že prostě to k tomu životu patří, že je to prostě život, kterej začíná a končí.“

Komunikační partnerka S4

Uvědomuje si koloběh života.

„Jasně, je to koloběh života, já to tak i беру“

Komunikační partnerka S5

Nebojí se smrti, povznáší se nad ni.

„Prostě nebát se toho. Povznést se nad to, prostě je to tak, člověk na svět přijde a zase odejde, musíte si to hlavě tak nějak zpracovat.“

Komunikační partnerka S6

Vnímá smrt jako součást života.

„Já vím, že to patří k životu. Beru to jako život, jako součást...“

4.2 Shrnutí výsledků

Psychickou zátěž na sobě pociťují všichni komunikační partneři. Všichni popisují pocity lítosti a zármutku během péče nebo po smrti umírajícího nemocného.

Komunikační partnerka N1 uvedla, že pro ni bylo nejnáročnější nést tíhu vědomí, že se manžel neuzdraví a připravovat na jeho smrt sedmiletou dceru. N3 a N5 měli nepříjemné pocity při péči o hygienu jejich blízkého. N4 uvedla, že pro ni bylo těžké myslet na to, že by smrt jejího otce byla jeho vysvobozením. S1, S4 a S6 popisují pocity beznaděje, S2 a S3 taktéž – i v souvislosti s úmrtím dítěte. Pro S1 a S6 je zatěžující také stereotyp práce. S3 a S4 přiznávají, že vnímají smrt dlouhodobě nemocných pacientů jako jejich vysvobození.

N1 uvedla, že smrt jejího manžela na ní zanechala stopy, se kterými dodnes bojuje a přála by si na negativní zážitky zapomenout. Depresi ze skupiny rodinných příslušníků pocítila pouze jedna komunikační partnerka, konkrétně N6. Její psychický stav se natolik zhoršil, že musela začít brát antidepresiva a dodnes není vyrovnaná se skutečností, že musela matku umístit do pečovatelského domu a trpí výčitkami vůči sama sobě. Náznaky syndromu vyhoření pociťují komunikační partnerky S2 a S4, v plné síle ho pocítila S1 a S3.

Komunikační partneři N1, N2, N3, N4, S2, S3, S4 a S5 uvedli, že péče o umírajícího člověka pro ně byla / je fyzicky náročná. N1, N3, N4, N6, S4 a S6 popisují nedostatek nebo narušený vzorec spánku. Čtyři komunikační partnerky musely následky fyzické zátěže řešit rehabilitacemi nebo operací a komunikační partnerka N3 uvedla, že dokonce potratila.

Všichni komunikační partneři ze skupiny rodinných příslušníků uvedli, že pro ně byla péče velmi náročná na čas. N1 a N3 vnímaly negativní dopady péče na jejich finanční situaci. S1 a

S4 uvedly, že nejsou spokojeny s finančním ohodnocením jejich práce. Komunikační partnerky S1, S4 a S6 si stěžují na konflikty mezi personálem.

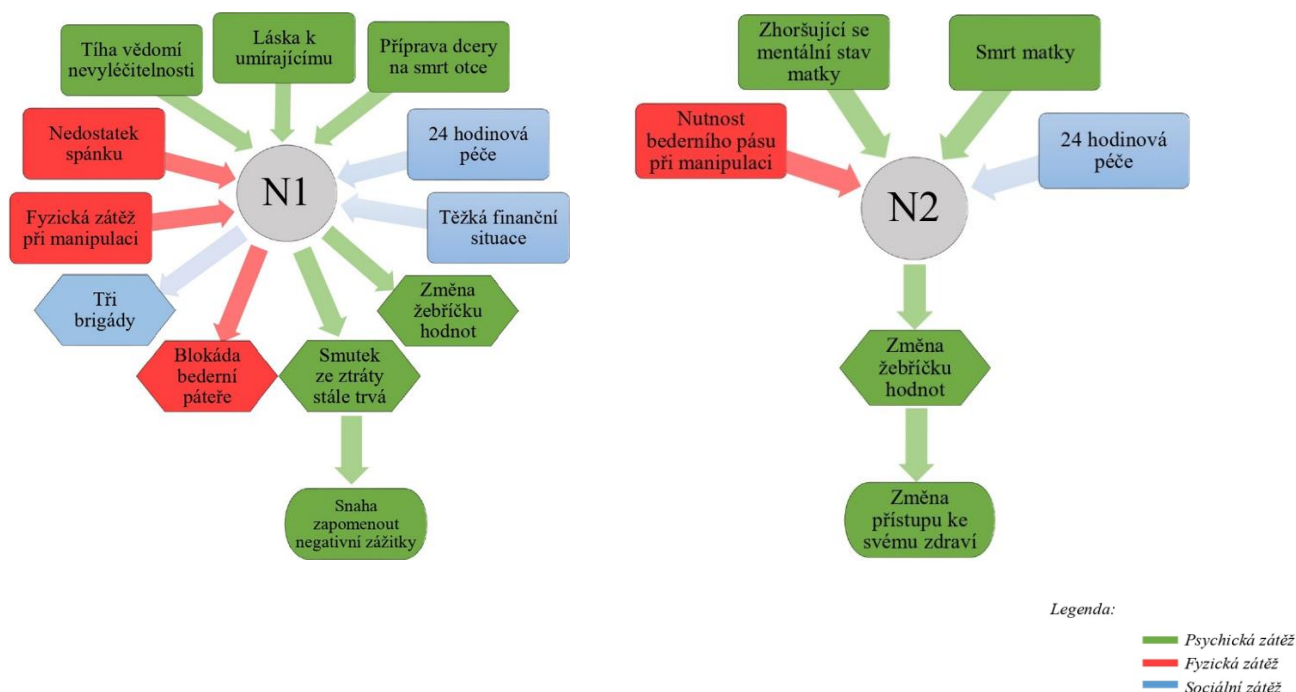
Všichni komunikační partneři uvedli, že se jim dostala / dostává podpora, jedenáct z nich cítí podporu rodiny, S5 vnímá podporu kolektivu. Sportem nebo náročnou fyzickou činností se odreaguje nejvíce komunikačních partnerů, konkrétně 5. Další nejčastější typ odreagování je pobyt v přírodě a věnování se dětem či vnoučatům. Komunikačním partnerům N2 a N3 chyběly informace ohledně péče – hygieny a manipulaci s nemocným člověkem.

Postoj k pečování měli všichni komunikační partneři ze skupiny rodinných příslušníků velmi podobný – chtěli vyhovět přání nemocného, oplácet mu jeho lásku nebo péči o ně samotné a byla pro ně péče samozřejmostí. Komunikační partnerka S2 má taktéž potřebu oplácet péči – má pocit, že má dluh vůči společnosti za péči o její blízké, kteří zemřeli v nemocnici. S3 uvedla, že ji práce sestry celý život naplňovala.

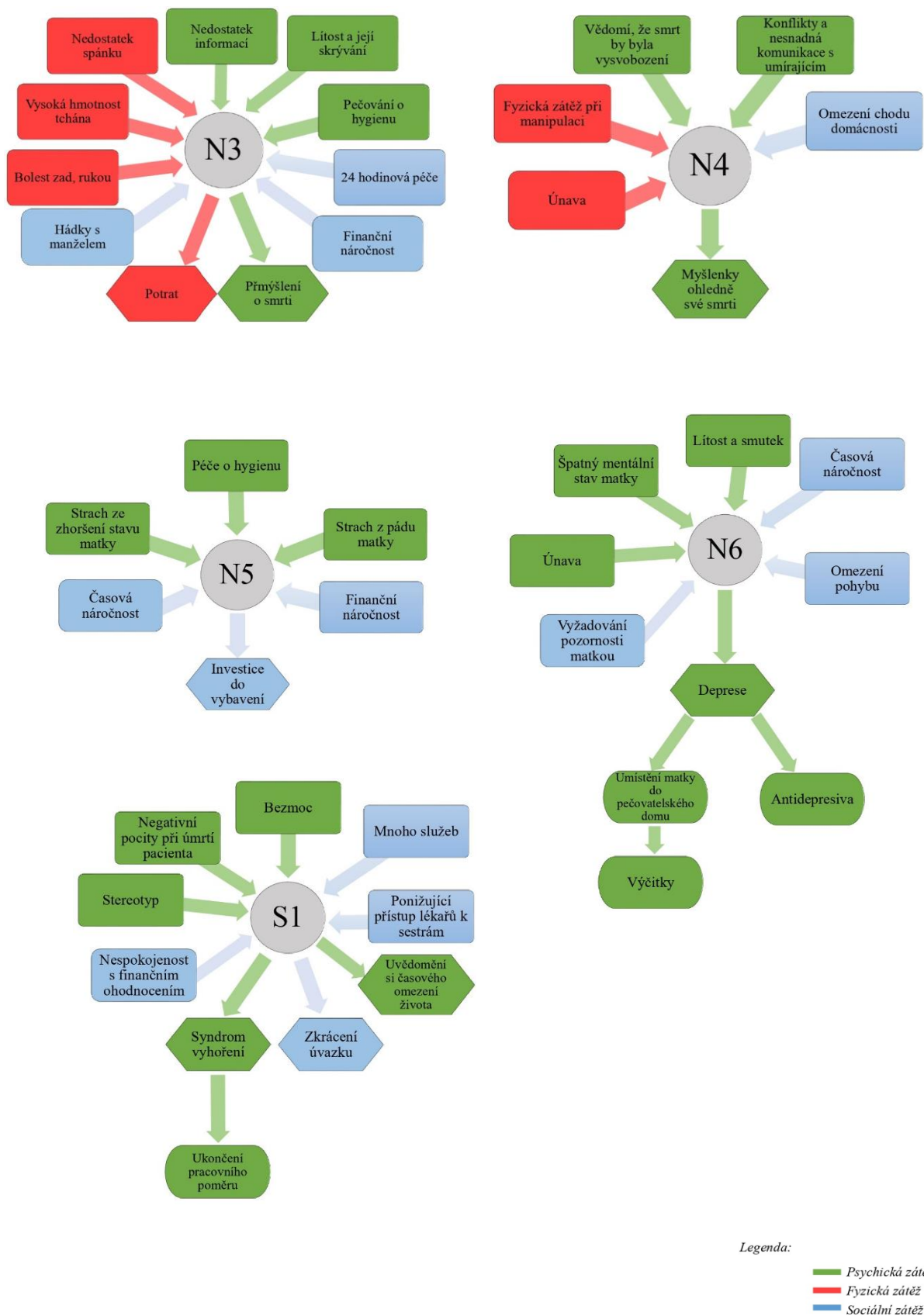
Osm komunikačních partnerů konkrétně N2, N3, N4, N5, S2, S4, S5 a S6 přijímají smrt jako součást života.

4.2.1 Schéma působení a vlivu zátěže

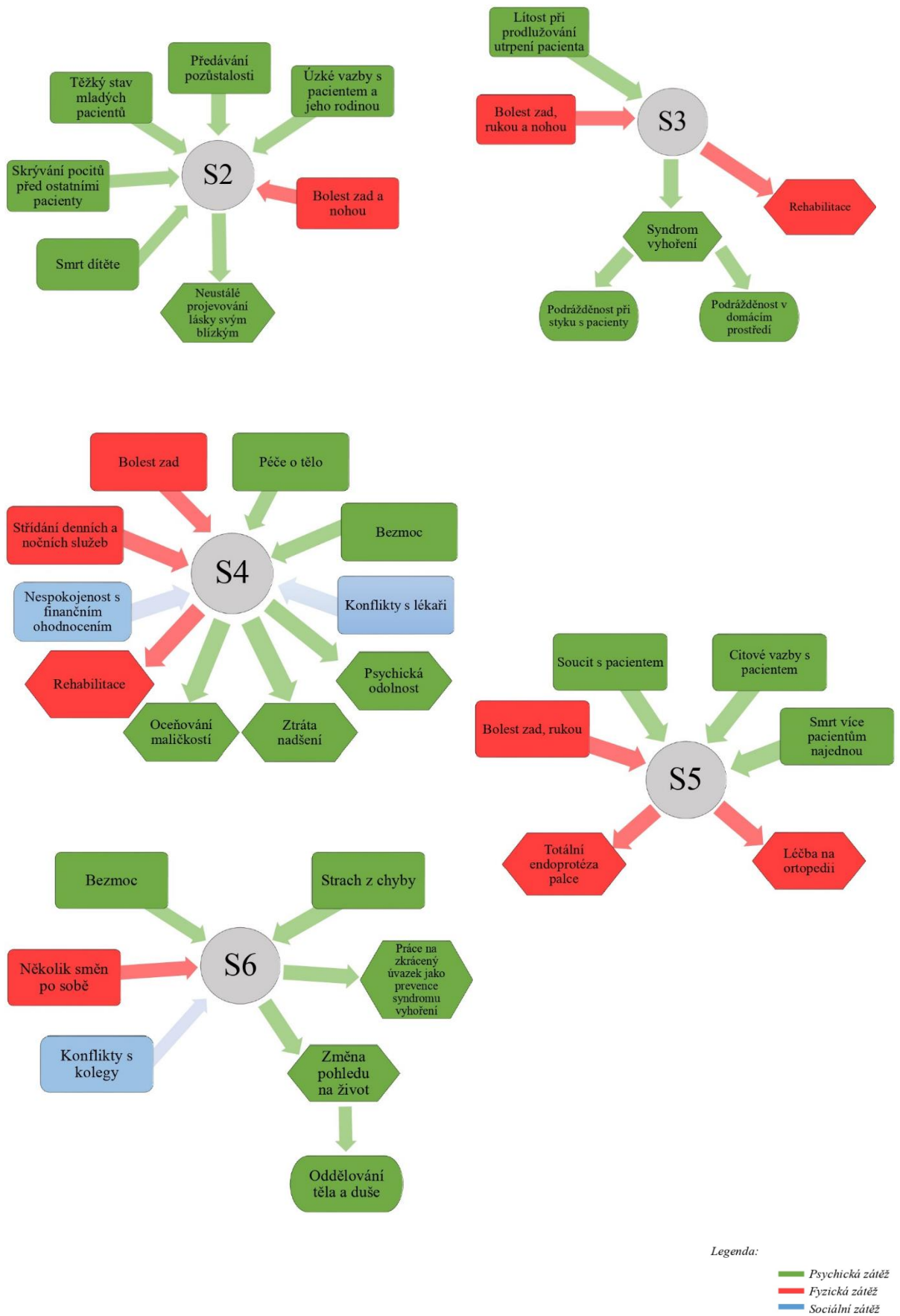
Aby bylo možné zjistit, jak psychická, fyzická a sociální zátěž ovlivňuje komunikační partnery, bylo nutné identifikovat co zátěž způsobuje. Konkrétní působení zátěže a následné ovlivnění každého komunikačního partnera znázorňují následující schémata.



Obr. 3 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery N1 a N2



Obr. 4 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery N3, N4, N5, N6 a S1



Obr. 5 – Schéma působení a vlivu zátěže na komunikační partnery S2, S3, S4, S5 a S6

5 DISKUZE

K cílům této bakalářské práce byly vytvořeny průzkumné otázky, které budou rozebírány v této kapitole. Vzhledem k poměrně nízkému počtu komunikačních partnerů, může být průzkum označen spíše jako průzkumná sonda do pocitů pečujících rodin a sester a výsledky nelze aplikovat na celou společnost.

5.1 Průzkumná otázka č. 1: Co pomáhá sestřám zvládat zátěž při péči o umírající nemocné?

Tato průzkumná otázka spolu s průzkumnou otázkou č. 2 je pro tuto práci stěžejní. Komunikačním partnerkám pomáhá zvládat zátěž především podpora rodiny, kolektivu. Dvě dotazované sestry odpověděly, že je práce naplňuje a berou ji jako své poslání. Všechny komunikační partnerky uvedly, že také potřebují pro zvládnutí zátěže v zaměstnání nějaké odreagování. Energii dotazované získávají nejčastěji (informaci uvedly čtyři) z přírody – pohybu na čerstvém vzduchu. Pro tři komunikační partnerky je pro odreagování nejvhodnější fyzicky náročná činnost, při které přijdou na jiné myšlenky. Dvěma dotázaným sestřám pomáhá pro zvládnutí pracovní zátěže kontakt s dětmi. Komunikační partnerka S2 se uvolní při poslechu hudby nebo četbě knih. Sestře S6 také pomáhá rozebrání zátěžové situace s dcerou, která pracuje ve stejném oboru. Jedna komunikační partnerka po ukončení rozhovoru dodala, že jí velmi pomáhalo klidné a chápavé rodinné zázemí, bez kterého by psychickou zátěž ze zaměstnání nevládla.

5.2 Průzkumná otázka č. 2: Co pomáhá rodinným příslušníkům pečujícím o své blízké zvládat zátěž?

Z mého průzkumu vyplývá několik skutečností. První skutečnost je, že je pro rodinné pečovatele naprosto stěžejní podpora jejich blízkých, ať už jde o rodinu či přátele. Všichni komunikační partneři ze skupiny rodinných příslušníků vypověděli, že se jim dostalo podpory od rodiny nebo přátel a jsou za ni vděční. Taktéž pomoc s péčí velmi ovlivňuje, jak moc komunikační partner podléhal tíze zátěže. Tři komunikační partneři uvedli, že využívali pečovatelskou službu, která jim významně ulehčila práci. Dvěma dalším pomáhali partneři nebo širší rodina a jedné komunikační partnerce přátelé. Ve dvou případech probíhala tzv. „střídavá péče“, kdy se komunikační partneři střídali v pečování s druhým členem rodiny a díky tomu hodnotí zátěž jako velmi ulehčenou.

Vliv na zvládání tlaku mělo i odreagování. Každý z dotazovaných upřednostňoval jinou formu, jedné komunikační partnerce pomáhala fyzická práce, druhé spánek, jízda na kole a čokoláda, dalšímu televize a další komunikační respondentce nejvíce pomáhal kontakt s vnoučaty, kdy si uvědomovala, že život jde dál.

5.3 Průzkumná otázka č. 3: Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života sester?

V průzkumu bylo zjištěno, že zátěž zasahuje do dvou rovin života komunikačních partnerek. V případě porovnání všech tří zmiňovaných rovin života, nejvíce zasáhla zátěž u komunikačních partnerek do jejich psychiky. Fyzická zátěž je na druhém místě a sociální zátěž se projevila pouze v souvislosti se syndromem vyhoření.

Všechny dotazované sestry se shodly, že cítí lítost. Následky psychické zátěže uvádí tři komunikační partnerky v souvislosti se syndromem vyhoření. První z těchto sester popisuje pocity fyzického i psychického vyčerpání, které vyústilo v podání výpovědi ze zaměstnání. Druhá sestra uvádí, že pro ni bylo čím dál těžší přijít na pracoviště a komunikační partnerka S3 projevovala podrážděnost v práci i doma.

Kolembusová (2017, s. 65) provedla průzkum četnosti syndromu vyhoření u sester, pracujících na oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče. Z tohoto průzkumu vyplývá, že 32 % dotazovaných je vyhořelých v oblasti emocionálního vyčerpání, 23 % v oblasti depersonalizace a 28 % v souvislosti s nízkou mírou osobního uspokojení.

Změna myšlení nastala u čtyř komunikačních partnerek. S1 si uvědomila, že je život krátký a že by si měla užívat každou minutu svého života. Taktéž komunikační partnerka S4 se nyní více raduje z maličkostí a začala si více vážit života. Sestra S6 naopak uvádí, že si života přestává vážit u pacientů, kteří jsou v kómatu a začala oddělovat „duši a tělo“. Pro sestru S2 nastala změna v chování, kdy nedělá unáhlená rozhodnutí, a dává mnohem více najevo lásku svým blízkým. Změnu myšlení přisuzuje právě ovlivnění ze zaměstnání, ale přiznává, že je za tuto změnu ráda.

Ve fyzické rovině života zaznamenaly změnu, kterou přisuzují zaměstnání, čtyři komunikační partnerky. Popisují bolesti zad, kloubů, rukou a nohou. Dvě z dotázaných sester chodí na rehabilitace a jedna řeší bolesti zad na ortopedii infuzemi.

5.4 Průzkumná otázka č. 4: Jak zasahuje zátěž při pečování do psychické, sociální a fyzické roviny života rodinných příslušníků pečujících o své blízké?

Stejně jako v případě sester, u pečujících laiků zasáhla zátěž do všech tří rovin života. Nejvýraznější zásah pro ně byl do psychické oblasti, kterou shledávají jako nejnáročnější všichni komunikační partneři z této skupiny. Lítost a zármutek popisují všichni tázaní jedinci.

Následky psychické zátěže popisují dvě komunikační partnerky. Tázaná žena N1 uvedla, že na ní pečování a smrt manžela zanechalo stopy a dodnes s tím bojuje. Psychický stav komunikační partnerky N6 byl již v průběhu péče o její matku velmi špatný, až do té výše, že musela začít brát antidepressiva. Přesto psychickou zátěž nezvládala a matku umístila do pečovatelského domu, s čímž se dodnes nedokáže vyrovnat.

Čtyři komunikační partneři zaznamenali změnu myšlení. Dva z nich uvedli, že se po zkušenosti s péčí o blízkého změnil jejich žebříček hodnot. Oba si uvědomili, že peníze nejsou to nejdůležitější a že zdraví je na prvním místě. Začali si více vážit života a své rodiny. Jeden s nich změnil i přístup ke svému zdraví – nyní chodí pravidelně na preventivní prohlídky, na které do té doby nechodil. Další dvě komunikační partnerky popisovaly, že je péče o umírajícího člověka dohnala k častějším myšlenkám na smrt. Žena N3 nyní smrt více vnímá a zaobírá se myšlenkou, co po smrti následuje. Komunikační partnerka N4 více přemýšlí nad svou vlastní smrtí a nad tím, jakým způsobem přichystá svůj odchod pro své děti, aby nemusely řešit stejné problémy, jako ona se svým otcem.

Jeden komunikační partner uvedl, že ho pečování do budoucna neovlivnilo v žádné z oblastí života.

Markéta Pitthardová (2016, s. 71) použila pro svou diplomovou práci, ve které se zabývala kvalitou péče a psychickou zátěží laických pečujících dotazník CarerQol-7D. Z jejího průzkumu vyplynulo, že 9,8 % pečujících má psychické problémy v souvislosti s poskytováním péče umírajícímu rodinnému příslušníkovi. 52,9 % jejích respondentů uvedlo, že má problémy do určité míry a 37,3 % problémy nemělo žádné.

Ve fyzické rovině zaznamenali zátěž čtyři komunikační partneři. Pro všechny čtyři byla náročná manipulace s nemocným. Jeden z komunikačních partnerů musel používat při zvedání a manipulaci se svou matkou bederní pás, protože měl už dříve problémy s páteří a podstoupil operaci. Také nedostatek spánku se projevil u čtyř tázaných pečujících. Následky fyzické zátěže

se projevily u dvou komunikačních partnerek – jedné fyzická zátěž způsobila blokádu bederní páteře a druhé potrat.

V sociální oblasti pocítili změnu všichni komunikační partneři. Změna nastala z důvodu časové náročnosti péče, na které se všichni tázaní shodli. Museli se omezit a být většinu času s nemocným. Komunikační partneři N2 a N3 uvádí, že mohli odejít od nemocného pouze na dvě až tři hodiny, N1 a N6 nemohly odejít vůbec, pokud nenašly někoho, kdo by jejich blízkého pohlídal. Taktéž finanční zátěž byla pro dva komunikační partnery náročná.

Eliška Matisová (2012, s. 60) ve své bakalářské práci zjišťovala, zda mají pečující rodinní příslušníci problém zkombinovat poskytovanou péči s osobním životem a svými každodenními činnostmi. Použila kvantitativní metodu výzkumu a z celkového počtu 42 respondentů 34 % odpovědělo, že v mají v tomto ohledu problémy a 66 % odpovědělo, že v tomto ohledu problémy neshledávají.

5.5 Průzkumná otázka č. 5: Jaké jsou rozdíly mezi skupinami komunikačních partnerů v souvislosti se zátěží a jejím zvládnutím při péči o umírající nemocné?

Ve spoustě uvedených aspektů zvládnutí zátěže se skupina sester a pečujících laiků shoduje. Například v problémech souvisejících s fyzickou oblastí nebo v přístupu k životu, kdy si života po zkušenosti s pečováním o umírající nemocné více váží. Rozdíly se ale samozřejmě nalézt dají.

Sestry uvádějí problémy v psychické oblasti, které způsobuje syndrom vyhoření, pečující rodinní příslušníci naopak v souvislosti s lítostí a se zármutkem ze ztráty blízkého člověka. Na sociální rovině života se zátěž projevila pouze u komunikačních partnerů ze skupiny rodinných pečujících, u sester jen minimálně, a to v souvislosti se syndromem vyhoření. Co se týče zvládnutí zátěže, každá skupina má svá specifika. Oběma skupinám velmi pomáhalo odreagování, činnost, která je přivedla na jiné myšlenky. Rozdíl je v podporování komunikačních partnerů – dotazované sestry jsou za podporu rodiny a přátel rády, ale není pro ně stěžejní. Pro skupinu pečujících rodinných příslušníků je podpora a pomoc naopak naprosto stěžejní.

Co se týče psychických následků, v mém souboru komunikačních partnerů na tom byli rodinní příslušníci lépe než sestry. Rodinní pečující uvádějí psychické následky ve dvou případech, sestry popisují syndrom vyhoření v případech třech.

Fyzické následky se taktéž více projevují u skupiny sester – popisují je čtyři komunikační partnerky. U rodinných pečujících se projevily fyzické následky ve dvou případech.

6 ZÁVĚR

Tématem, kterým se bakalářské práce zabývá je zvládnání zátěže při péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných příslušníků. Cílem práce bylo zjistit, co pomáhá sestram a laickým pečujícím zvládat zátěž, jak zátěž při pečování zasahuje do všech rovin jejich životů a jaké jsou mezi oběma skupinami rozdíly v souvislosti se zátěží a jejím zvládnáním.

Práce byla rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá problematikou paliativní péče, institucemi, ve kterých je paliativní péče využívána, psychickým rozpoložením umírajícího jedince, roli pečujícího, jeho zátěži a možnostem zvládnání zátěže – copingu.

Průzkumná část byla provedena pomocí dvanácti polostrukturovaných rozhovorů, získaných v rámci kvalitativního průzkumu. Šest rozhovorů bylo uskutečněno se sestrami a šest rozhovorů s laiky, kteří se starali o své blízké k domácím prostředí. Zpracování rozhovorů proběhlo v programu Atlas.ti prostřednictvím otevřeného kódování. Cíle diplomové práce, které jsou uvedeny výše byly splněny prostřednictvím odpovědí na průzkumné otázky v diskusi.

S určitou mírou zátěže se musel potýkat každý z komunikačních partnerů. Na některých z nich zátěž zanechala psychické následky, na některých fyzické, ale celkově se se zátěží tázané ženy i muži srovnali dobře, především díky podpoře jejich rodin a přátel a díky různým způsobům odreagování.

Co se týče zvládnání zátěže, nelze říct, kdo je schopen se s tlakem vyrovnat lépe. Skupiny jsou v tomto směru velmi rozdílné, rodinní pečovatelé se starají o osobu blízkou, což způsobuje úplně jiné rozměry psychické zátěže, než má sestra, která se stará o pacienty, ke kterým nemá dlouhodobou citovou vazbu. Na druhou stranu je na sestru vyvíjen větší tlak jak z profesionálního hlediska a související vysokou mírou zodpovědnosti, tak z hlediska narůstající psychické zátěže při vyšším počtu pacientů.

Ráda bych ještě zmínila, že pro mě bylo zpracování této práce nesmírně obohacující. Vážím si všech, kteří mi poskytli rozhovor, mnohdy se jednalo o velmi citlivá témata, o kterých je náročné mluvit. Jsem za tuto zkušenost opravdu vděčná, dozvěděla jsem se spoustu informací a názorů, které bych hledala jen těžko.

Na závěr bych ráda citovala výpověď jedné z tázaných sester, která mi utkvěla v hlavě:

„Jak říkala sestřička, která teda už je v tuhle chvíli v tom svém zaslouženém důchodu, tak na to nezapomenu, co vždycky říkala - "život není jednoduše a ani to umírání není jednoduchý".“

7 POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje:

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024751474.
- BÁRTLOVÁ, S.: Sociologická problematika laické péče o seniory a nemocné. *Sestra*. 2002. 10: 23–24.
- BAUMGARTNER, František. Zvládání stresu–coping. *Aplikovaná sociální psychologie II*, 2001, 191-208.
- BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1825-9.
- CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.
- ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.
- JANÍČEK, Přemysl a Jiří MAREK. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Praha: Grada, 2013. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4127-7.
- JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha, UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519.
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-365-X.
- KERRES, A. - SEEBERGER, B.: *Laienpflege. Situation und Perspektiven*. Heilberufe. 2000. 1: 32–34.

KISSANE, D. W. The Relief od Existential Suffering. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(19):1501-5. ISSN 0003-9926.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2896-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.

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

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

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

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X

NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada, 2010. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2956-5.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4..

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

- ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK a R. HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Přeložil Marek ZIKMUND. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Manažerka a stres*. Praha: Grada, 2006. Pro moderní ženu. ISBN 80-247-1272-5.
- TABAKOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., KOLEGÁROVÁ, V. Preťaženie opatrovateľa – obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy v Slovenskej a Českej republike. *Profese online*, 2011, roč. 4, č. 2, 27-32. ISSN 1803-4330.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. Psychoterapie. ISBN 80-901601-3-1.
- YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
- Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Edited by Aleš Hladký. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.

Internetové zdroje:

BÁRTLOVÁ, Sylva. Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt* [online]. 2006, 8(2) [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2006/02/07.pdf> .

NOVÁKOVÁ, P., KROUPOVÁ, L. Srovnání paliativní péče v České republice a subsaharské Africe. *Praktický lékař*. 2017, 97(3), 134-139. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-3/srovnani-paliativni-pece-v-ceske-republice-a-subsaharske-africe-61212> .

Kvalifikační práce:

KOLEMBUSOVÁ, Bronislava. *Syndrom vyhoření na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní péče*. Pardubice, 2017. 83 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová

MATISOVÁ, Eliška. *Kvalita života rodinných pečujících*. Pardubice, 2012. 78 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jedlinská Martina

PITTHARDOVÁ, Markéta. *Kvalita života a psychická zátěž laických pečujících*. Pardubice, 2016. 94 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Kuckir

8 PŘÍLOHY

Příloha A – otázky k rozhovoru – rodinní příslušníci.....	94
Příloha B – otázky k rozhovoru – sestry.....	95
Příloha C – Informovaný souhlas.....	96

Otázky k rozhovoru – rodinní příslušníci

1. Jak dlouho jste se o staral/a a jaký jste k sobě měli vztah?
2. Zapojoval se do péče širší okruh lidí?
3. Proč jste se rozhodl/a pečovat zrovna vy?
4. Můžete prosím popsat co nejpodrobněji, jaké to bylo pro vás?
5. Které období pro vás bylo nejnáročnější Proč?
6. Pociťoval/a jste na sobě fyzickou zátěž? Jaké konkrétní projevy jste cítil/a? Jak jste je řešil/a?
7. Pociťujete změny v sociální oblasti? (kontakt s ostatními, zaměstnání, finance)
8. Jak pečování o umírající nemocné zasáhlo váš osobní život?
9. Máte nějakou oporu? (rodina, přátelé, hospic, domácí péče, poradenství)
10. Co se týče psychické oblasti, zaznamenala jste nějaké změny při pečování o umírající?
11. Pociťujete / pociťoval/a jste na sobě známky deprese nebo syndromu vyhoření? (konkrétně: únava, podrážděnost, pocit prázdnoty, poruchy spánku nebo poruchy příjmu potravy, ztráta zájmů, ztráta motivace k vykonávání péče)
12. Pokud byste měl/a popsat vaše pocity při pečování o, co všechno by to bylo?
13. Jaké situace vám dlouho zůstaly v hlavě?
14. Byla nějaké chvíle, kdy jste si řekl/a, že se vám ulevilo?
15. Co pro vás bylo psychicky i fyzicky nejnáročnější?
16. Zažil jste nějaký konflikt? Jaký? Jak to na vás působilo?
17. Vyhledal/a jste nějakou pomoc? (psychickou, finanční, pomoc s péčí)
18. Je něco, co byste dnes udělal/a jinak?
19. Jaké strategie jste používal/a pro zvládnutí zátěže? Co jste dělala pro to, abyste to psychicky zvládla?
20. Jakým způsobem jste odpočíval/a?
21. Měl/a jste nějaký způsob, jak přijít na jiné myšlenky, odreagovat se?
22. Co konkrétně vám pomáhalo celou situaci zvládnout? Co vás nejvíce pohánělo dopředu? Je něco, co vám pomohlo se s celou situací vyrovnat?
23. Ovlivnila vaše zkušenost s pečováním o blízkého váš současný život? Jak?
24. Změnila vaše zkušenost váš pohled na život a na smrt?
25. Jaké metody zvládnání zátěže byste doporučila ostatním sestřám ve stejném oboru?

Příloha B – otázky k rozhovoru – sestry

Otázky k rozhovoru – sestry

1. Jak dlouho už se staráte o umírající pacienty?
2. Jak jste se k této práci dostala?
3. Které období vašeho zaměstnání bylo nejnáročnější (začátky nebo po delší době)? Proč?
4. Pociťujete na sobě fyzickou zátěž? Jaké konkrétní projevy vnímáte / vnímal/a jste? Jak jste je řešil/a? Povedlo se vám to nebo máte následky?
5. Pociťujete změny v sociální oblasti? (kontakt s ostatními, rodina a přátelé – názory na vaše zaměstnání)
6. Mluvíte se známými, rodinou o své práci?
7. Jak pečování o umírající nemocné zasáhlo váš život?
8. Máte nějakou oporu? (kolegy, rodinu, přátele)
9. Co se týče psychické oblasti, zaznamenala jste nějaké změny při pečování o umírající?
10. Pociťujete / pociťoval/a jste na sobě známky deprese nebo syndromu vyhoření? (konkrétně: únava, podrážděnost, pocit prázdnoty, poruchy spánku nebo poruchy příjmu potravy, ztráta zájmů, ztráta motivace k vykonávání péče, snaha trávit s pacienty co nejméně času, ztráta smyslu práce)
11. Pokud byste měl/a popsat vaše pocity při pečování o umírajícího pacienta, co všechno by to bylo?
12. Jaké to bylo, když vám zemřel váš první pacient? Připravila vás na to škola?
13. Jaké situace vám dlouho zůstaly v hlavě?
14. Jaké pro vás je mluvit s rodinou, když pacient umírá a poté co zemře?
15. Jaké máte pocity při předávání pozůstalosti?
16. Co je pro vás při péči o umírajícího psychicky i fyzicky nejnáročnější?
17. Vyhledal/a jste někdy nějakou psychickou pomoc? Proč?
18. Jaké strategie používáte pro zvládnání tak velké zátěže, jako je péče o umírající pacienty?
19. Co konkrétně vám pomáhá udržet si odstup a dobrou náladu?
20. Jakým způsobem se odreagujete?
21. Jakým způsobem odpočíváte? Máte nějakou činnost, u které relaxujete?
22. Co konkrétně vás nejvíce pohání dopředu?
23. Čeho si na své práci nejvíce vážíte?
24. Ovlivnila vaše zkušenost s pečováním o těžce nemocné pacienty váš současný život? Jak?
25. Změnila vaše zkušenost váš pohled na život a na smrt?
26. Myslíte si, že člověk musí být smířený se svou vlastní smrtelností, aby se mohl starat o umírající pacienty?
27. Jaké metody zvládnání zátěže byste doporučila ostatním sestřím ve stejném oboru?

Informovaný souhlas

Název studie (projektu):

Zvládání zátěže pro péči o umírající nemocné – komparace sester a rodinných příslušníků

Vyjadřuji souhlas s následujícími body:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat.
5. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Zvukový záznam nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, které budou volně dostupné online.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Podpis výzkumníka:

Datum:

Datum: