

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Tereza Tichá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Strach ze smrti pacientů u všeobecných sester

Bakalářská práce

2023

Tereza Tichá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Tichá**
Osobní číslo: **Z20291**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Strach ze smrti pacientů u všeobecných sester**
Téma práce anglicky: **Fear of patient death in general nurse**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové 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:

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

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

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Bakalářskou práci „Strach ze smrti pacientů u všeobecných sester“ 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 4. 5. 2023

Tereza Tichá v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Vladislavě Semencové za její cenné a odborné rady, ochotu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem všeobecným sestřám, které byly ochotné a věnovaly svůj čas pro vyplnění mého dotazníku.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku strachu z úmrtí pacienta u všeobecných sester, což je téma v dnešní době trochu opomíjené. Teoretická část je mimo jiné zaměřena na umírání a smrt, strach, stres a duševní hygienu. Praktická část se zabývá dotazníkovým šetřením a analýzou výsledků získaných dat.

KLÍČOVÁ SLOVA

smrt, všeobecná sestra, strach, pacient, duševní hygiena

TITLE

The title of the bachelor's thesis in English.

ANNOTATION

Bachelor thesis is focused on problematics of fear of patient death among general nurses which is neglected topic nowadays. Theoretical part is apart from other topics focused on dying and death, fear, stress and mental hygiene. Practical part is dealing with questionnaire survey.

KEYWORDS

death, nurse, fear, patient, mental hygiene

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Smrt.....	14
2.1 Thanatologie.....	14
2.2 Smrt.....	14
2.3 Paliativní péče	15
2.3.1 Rodina a paliativní péče.....	16
2.3.2 Rituály.....	16
3 Umírání	17
3.1.1 Fáze umírání	17
3.1.2 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross	18
3.2 Potřeby umírajících	19
3.2.1 Léčba bolesti	20
3.2.2 Komunikace s umírajícími.....	21
3.2.3 Komunikace s rodinou	22
3.3 Péče o tělo zemřelého.....	22
4 Strach	24
4.1 Měření strachu.....	24
DAS	24
STAI.....	24
VAS	24
APAIS.....	25
Další metody	25

4.2	Strach ze smrti.....	25
4.3	Úzkost	26
4.4	Smutek.....	26
4.4.1	Pláč.....	27
4.5	Truchlení	27
4.6	Soucit.....	28
5	Duševní hygiena všeobecné sestry	29
5.1	Péče o duši.....	29
5.2	Péče o vztahy.....	29
5.3	Péče o tělo	29
5.4	Péče o myšlenky.....	30
5.5	Empatie	30
5.6	Stres.....	30
5.6.1	Syndrom vyhoření.....	31
5.7	Péče o pečující zdravotníky	31
5.7.1	Peer	31
5.7.2	Supervize	32
5.7.3	Americká iniciativa pro zdravotní sestry	32
	Průzkumná část	33
6	Desing a metodika průzkumu	34
6.1	Výzkumný nástroj	34
6.2	Pilotáž.....	35
6.3	Průběh sběru dat.....	35
6.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	35
6.5	Způsob vyhodnocení	36
7	Analýza a interpretace výsledků	37
8	Diskuze	62

9	Závěr	67
9.1	Doporučení pro praxi	68
9.2	Limity a doporučení pro další průzkum	68
10	Použitá literatura	69
10.1	Primární literární zdroje	69
10.2	Sekundární literární zdroje	70
10.3	Internetové zdroje	71
10.4	Studie	73
11	Přílohy	75

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 První setkání respondenta se smrtí. (autor, 2023)	37
Obrázek 2 První setkání respondenta se smrtí pacienta (autor, 2023).....	38
Obrázek 3 Počet úmrtí na oddělení (autor, 2023)	39
Obrázek 4 Vzpomínka respondentů na první kontakt se smrtí pacienta (autor, 2023).....	40
Obrázek 5 Pocity respondentů po smrti pacienta (autor, 2023).....	41
Obrázek 6 Vyrovnaní se se smrtí pacienta (autor, 2023).....	42
Obrázek 7 Význam smrti z pohledu respondenta (autor, 2023)	43
Obrázek 8 Obavy respondentů ze smrti pacienta (autor, 2023).....	44
Obrázek 9 Obavy respondentů z vlastní smrti (autor, 2023)	45
Obrázek 10 Ovlivnila respondenty smrt pacienta (autor, 2023).....	46
Obrázek 11 Pomoc zaměstnavatele při ztrátě pacienta (autor, 2023).....	47
Obrázek 12 Jak pomohl zaměstnavatel respondentovi (autor, 2023)	48
Obrázek 13 Pocity respondentů po smrti pacienta (autor, 2023).....	49
Obrázek 14 Vyrovnavání respondenta se smrtí pacienta (autor, 2023).....	51
Obrázek 15 Míra zátěže při péči o umírajícího (autor, 2023).....	52
Obrázek 16 Rituály po smrti pacientů na oddělení (autor, 2023).....	53
Obrázek 17 Konkrétní rituály respondentů (autor, 2023).....	54
Obrázek 18 Vlastní rituály respondentů po smrti pacienta (autor, 2023).....	55
Obrázek 19 Největší obavy respondentů (autor, 2023)	56
Obrázek 20 Respondenti a jejich strach ze smrti (autor, 2023).....	57
Obrázek 21 Respondenti a jejich péče o duševní zdraví (autor, 2023).....	58
Obrázek 22 Péče o duševní zdraví, kterou respondenti provádějí (autor, 2023)	59
Obrázek 23 Pohlaví (autor, 2023).....	60
Obrázek 24 Oddělení (autor, 2023)	61
Obrázek 25 STAI (Kabacoff, 1997)	83
Obrázek 16 VAS (Ságová, nedatováno).....	84
Obrázek 27 APAIR (Senel, 2014)	84

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APAIS	The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BAI	The Beck Anxiety Inventory
č.	číslo
DAS	Death Anxiety Scale
GAS	Graphic Anxiety Scale
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
HARS	The Hamilton Anxiety Rating Scale
HNNH	Healthy Nation Grand Challenge
event.	Eventuelně
např.	například
SPIS	system psychosociální intervenční služby
STAI	Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory
str.	stránka
tj.	to je
VAS	vizuální analogová škála
Viz	latinsky videlicet

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá důležitým a často opomíjeným tématem, a to je strach ze smrti pacienta. Je nutné si uvědomit, že strach je přirozenou součástí našeho života. Jak je známo, lidé se bojí věcí, o kterých téměř nic nevědí. Proto se bojí smrti, ale nebojí se smrti jako takové, bojí se neznámého.

Všichni, ať se jedná o zdravotnický personál nebo pacienta se bojí smrti. Blíže specifikováno se jedná o strach z bolesti a utrpení. Někdy se u pacientů může stát že, smrt z milosrdenství je nejlepší možností. (Haškovcová, 2000)

Ve zdravotnických profesích se lidé více setkávají se smrtí, než je tomu u jiných profesí. Všeobecná sestra se během svojí praxe musí vypořádávat se situacemi, které nejsou vždy příjemné. Musí být připravená navázat kontakt s umírajícím, pečovat o jeho psychickou, fyzickou, sociální a v neposlední řadě i duchovní pohodu. Výhodou je, že v mnoha zdravotnických zařízeních je možná i návštěva duchovní osoby, která pomáhá umírajícímu a ulehčuje zvládat náročnou situaci všeobecné sestře.

Při práci všeobecný sester je na ně kladen velký psychický nárok. Poslední fáze života pacienta bývají stresující nejen pro rodinu a pacienta samotného, ale také pro celý zdravotnický personál. Nejedná se pouze o negativní zkušenost tyto zkušenosti všeobecné sestry také obohatí o další cenné zkušenosti. (O'Connor, 2005)

Péči o zesnulého však práce pro všeobecnou sestru nekončí. Další úlohou je ve spolupráci s lékařem komunikace s rodinou zesnulého. V těchto těžkých chvílích je potřeba, aby byl pracovní kolektiv stabilní a uměl podpořit rodinu, ale i sebe navzájem.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak se všeobecné sestry vypořádávají se strachem ze smrti svých pacientů. Celá práce se dělí na dvě části – teoretickou a průzkumnou. Teoretická část je rozdělena na jednotlivé kapitoly (smrt, umírání, strach, duševní hygiena všeobecné sestry), které se dále dělí na podkapitoly souvisejícími s danou problematikou. Průzkumná část vyhodnocuje dotazníkové šetření. Dotazník vyplňovali respondenti, kteří splňovali kritéria popsána v metodice průzkumné části. Ke splnění hlavního a dílčích cílů byla použita metoda kvantitativního průzkumu. Diskuze v této bakalářské práci popisuje výsledky průzkumného šetření, které jsou porovnány s výsledky prací na podobné téma.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Hlavní cíl:

Zmapovat pocity strachu ze smrti pacientů u všeobecných sester.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda se strach ze smrti pacientů u všeobecných sester na standardním nemocničním oddělení.
- Zjistit, jaké jsou u všeobecných sester nejčastější pocity po úmrtí pacienta.
- Zjistit, zda existují na oddělení po úmrtí pacientů nějaké rituály.
- Zjistit, zda poskytuje zaměstnavatel všeobecným sestřám podporu v odbourání stresu ze smrti pacientů
- Zjistit, zda zaměstnavatelé respondentům dávají možnost využívat nějaké formy odreagování a odbourávání stresu ze smrti pacientů.
- Zjistit, zda mají respondenti vlastní návyky, aby se udrželi v psychické pohodě.

1.2 Metody k dosažení cíle

Pro zpracování této práce byly použity metody pomocí sběru dat. Použitý dotazník byl anonymní, dobrovolný a vlastnoručně sepsaný. Tento dotazník byl rozdán na pracoviště interních a chirurgických oborů v nemocnici krajského typu. Z obdržených dat byly sestaveny grafy, které znázorňují počty a procenta jednotlivých odpovědí respondentů.

TEORETICKÁ ČÁST

2 SMRT

Bible považuje smrt za konec pozemského života. Smrt však není brána jako trest za hřích. Někteří apoštolové pohlížejí na smrt brána jako na začátek nového života (Ulrichová,2009).

2.1 Thanatologie

V řeckém náboženství se bůh smrti a smrtelného spánku jmenoval Thanatos. Definice thanatologie je interdisciplinární vědní obor o všech fenoménech spojeným se smrtí a o ní samotné (Haškovcová,2000).

Smrt a umírání je aktuální téma, všichni bychom si měli uvědomit, že toto téma se nachází v obecně lidské, i v profesionální rovině. Pokud si budeme stále připomínat konečnost svého života, lépe poté naložíme s časem, který nám byl dán. Stále bychom měli mít na paměti, že smrt je jediná jistota v tomto nejistém světě (Haškovcová, 2000).

Pokud vám vážně onemocní člen rodiny nebo někdo z přátel je to jiné, než pokud se jedná o pacienta. Jako zdravotník se můžete opakovaně setkávat se smrtí a umírajícími. Musíme se s tím umět vypořádat a není možné smrt přehlížet nebo ji zakrývat. Zdravotnický personál by měl zvládat roli profesionální i laickou a vědět, jak podpořit nejen umírajícího a jeho rodinu (Haškovcová, 2000).

2.2 Smrt

Stav, kdy dochází k nezvratným změnám na mozku a nastává selhání životních funkcí se zánikem center pro dýchání a krevní oběh nazýváme smrt (Vokurka, 2000).

Smrt je přirozená součást každého člověka, ale chováme se jako nesmrtelní, jako by se nás toto téma netýkalo. Smrt je pro většinu lidí brána jako odchod člověka ve vysokém věku. Naopak smrt, která nastane z jiných příčin, je brána jako náhlá, nepřirozená a předčasná (Špatenková, 2014).

Smrt je pro nás něčím, co se přibližuje. Pro někoho vzdálenou budoucností pro jiného velice blízkou. Nikdo však nevíme, kdy nadejde náš čas. Smrt nás provází už od narození, není to smrt naše vlastní, ale smrt lidí v našem okolí (Vymětal, 2003).

Definovat smrt můžeme několika způsoby. Klinická smrt nastává ve chvíli, kdy dojde k selhání krevního oběhu a dýchání. Biologická smrt je nezvratná, dochází k poškození buněk tkání a orgánů. Smrt mozku je stav kdy, činnost mozkových buněk je nezvratně vyhaslá, zatím co ostatní životně důležité orgány mohou být při umělém udržování nadále funkční (Ulrichová,2009).

Pojem sociální smrt můžeme chápat jako částečnou odúmrt' mozku kdy je krevní oběh a dýchání zachováno. Ostatní funkce jako komunikace, rozum aj. jsou omezené nebo úplně zničené (Vokurka, 1995).

Často zmiňovaným tématem souvisejícím se smrtí je eutanazie. Nejčastěji je eutanázie spojovaná s milosrdným ukončením života člověka, který je nevléčitelně nemocný nebo trpí nesnesitelnými bolestmi (Haškovcová, 2000). Je to velice široké téma a existuje na ní mnoho názorů. Původním významem byla eutanázie brána jako pomoc pacientovi od všech okolností, které nesouvisí s „dobrou smrtí“ (Ulrichová,2009).

Pacienti často zažívají pocity méněcennosti, pocity nedůstojného umírání, ztráty sebedůvěry, myslí si, že jsou na obtíž. Proto opakovaně žádají lékaře a ostatní zdravotnický personál o ukončení jejich života (Munzarová,2005).

2.3 Paliativní péče

Paliativní péče má několik definic, u všech je kladen důraz na kvalitu života, zmírnění příznaků a úlevu od bolesti. Paliativní péčí rozumíme péči o nemocného, jehož nemoc je již v tak pokročilém stavu, že nereaguje na kurativní léčbu. Do popředí se tedy dostává léčba bolesti a zmírnění příznaků onemocnění. Toto období není pouze bezprostředně před smrtí, také je to období, během kterého se řeší potíže spojené s onemocněním (Marková, 2010).

2.3.1 Rodina a paliativní péče

Základem paliativní péče je určitě kvalita života pacienta. Každý jednatel si pod tímto pojmem představí něco jiného. Individuální přístup je v této části paliativní péče nezbytnou součástí. Zajistit všechny potřeby pacienta můžeme pouze tehdy, pokud dostatečně spolupracuje on i jeho rodina. Velmi důležitou součástí je podpora ze strany rodiny, zdravotnický personál by se tedy měl snažit o zajištění kontaktu (Marková, 2010).

Občas bohužel dochází k určitým neshodám mezi rodinou a lékařem. Většina příbuzných si neuvědomuje, že lékař nedokáže s určitou přesností říct „okamžik marné léčby“. Nechtějí, aby docházelo k nevyužití, i toho malého času, který může zlepšit zdravotní stav (Vorlíček, 2004).

2.3.2 Rituály

Rituály k lidskému životu bytostně patří. Pomáhají nám nakládat s něčím, co nás přesahuje, čeho se nemůžeme dotknout. Rituály každého z nás pohlcují už od dětství a napříč celou historií. (O rituálech, nedatováno).

Mezi rituály po smrti nemocného nemusíme řadit pouze přenášení těla. K materiálním postupům patří rakev, hřbitov, kremace apod. Dále k přijímajícím rituálům patří smuteční hostiny, které by měly spojit to, co smrt rozdělila (Van Gennep, 2018).

Zdravotnický personál může provádět některé rituály neboli obřady po konstatování smrti pacienta. Nejčastěji se jedná o otevření okna, tichou modlitbu nebo zapálení svíčky. O těchto rituálech se veřejně moc nemluví, spíše se tedy jedná o rituály dle zvyklostí oddělení nebo vlastního uvážení (Zbožínková, 2015).

3 UMÍRÁNÍ

Terminální stádium neboli umírání je stav, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání základních životních funkcí (Vorlíček, 2004).

Nejedná se pouze o patofyziologický proces, jedná se o konečnou fázi lidského života v několika rovinách (Sláma, 2011).

Umírání je především proces, který nedokážeme ovlivnit. V určitém slova smyslu umíráme od narození. Vnější a také vnitřní faktory ovlivňují naprogramování buněk a tkání, které mohou v konečné fázi odpovědět smrtí (Haškovcová 2015).

Sdělit či nesdělit pravdu nemocnému o jeho zdravotním stavu, případně o neblahé prognóze, je stále otevřené téma. V České republice má každý lékař povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. V těchto slovech nalezneme velký prostor pro všechny myslitelné varianty a také pro úplné zatajení (Haškovcová, 2000).

3.1.1 Fáze umírání

Umírání lze z časového hlediska rozdělit na tři části.

Pre finem

Pre finem začíná tehdy, kdy do pacientova povědomí vstoupí oznámení, že nemoc je vážná, dá se říci neslučitelná se životem. Smrt se stává být pravděpodobnější během několika týdnů a měsíců. Po dobu tohoto stádia je důležité zmírnit bolesti, utrpení a ostatní negativní projevy. Měli bychom si stále uvědomovat lidskou stránku pacienta. Pacient nepotřebuje pouze lékařskou pomoc, ale také pomoc psychologickou a lidskou. Měli bychom se snažit o to, aby u pacienta nedošlo k tzv. psychické a sociální smrti. Tento pojem si můžeme vysvětlit jako stavy, kdy člověk je vyvázan ze vztahů a vytržen ze společnosti, ale stále žije (Haškovcová 2015).

Pro pacienta je důležité si v této chvíli nastavit cíle. Tyto cíle volíme tak, aby pacienta motivovali a byli reálné vzhledem k jeho onemocnění a příznakům (Vorlíček, 2004).

„Nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky.“ (Haškovcová, 2020)

In finem

Terminální stadium neboli in finem je další fází samotného umírání. Dříve byla péče o nemocného brána jako péče v domácím prostředí. Do této péče se začleňovala většina rodiny i s dětmi, aby byly připravené, co se stane a brali smrt jako součást života. Postupně se začala přesouvat péče do nemocnice, tím se částečně vytratil kontakt s rodinou a dalšími příbuznými. Tak tomu, ale není ve všech zdravotnických zařízeních. Mnohým nemocným je poskytována profesionální péče na úkor lidského kontaktu. Přesto se může stát, že při smrti zůstane nemocný sám, ať z důvodu návštěvního řádu nemocnice nebo z osobních důvodů rodiny. Z těchto důvodů se mnohdy nemohou nejbližší členové rodiny s umírajícím rozloučit ani slyšet jeho poslední slova. Ve většině případu ani nemocný netouží být sám a chybí mu lidský kontakt. Rád proto přijme nejen svého nejbližšího, ale také zdravotnický personál. (Haškovcová 2015).

Post finem

Post finem je období po bezprostřední smrti pacienta. První, co lékař po ohledání těla a konstatování smrti je povinen udělat je informovat pozůstalé, pokud ovšem pacient nechtěl jinak. Bohužel oznamování této skutečnosti je ošemetné. Telefonáty jsou zpravidla brány jako šok i u příbuzných, kteří o zhoršeném stavu nebo špatné prognóze věděli. Zatím, ale nikdo nepřišel s jiným efektivním a rychlým způsobem. Dalším momentem bývá předávání pozůstalosti, které v některých situacích bývá časově zredukováno. Často bezproblémovou částí je péče o tělo zemřelého (Haškovcová 2015).

3.1.2 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross

Individualita lidí se projevuje i v reakcích na sdělenou vážnou diagnózu. Elisabeth Kübler - Ross proslula především definováním pěti fází smutku/umírání.

První fáze – popírání

Zprvu pacient popírá, že se ho tato mnohdy šokující situace týká. Většina pacientů reaguje negativně, snaží se vyhledat jiného lékaře který, jim toto tvrzení vyvrátí. Popírání je pouze dočasnou obranou strategií. Záhy je vystřídáno další fází (Kübler-Ross,2015).

Druhá fáze – zlost

Nemocný je v této fázi frustrován a hněvá se na vše okolo sebe. Nejčastějším terčem hněvu bývají všeobecné sestry, protože byt' udělají vše správně, pacient očekává více. Hněv pacienta se nevyhýbá ani rodinným příslušníkům. Někdy nemocný přestane cítit potřebu okolního světa a nemá o nic a nikoho zájem. V pozdějších chvíli této fáze dochází k uvědomění, že by mohl být zapomenut. Snaží se připomenout svému okolí, že je stále na živu např. křikem (Kübler-Ross,2015).

Třetí fáze – smlouvání

V této fázi se snaží pacient smlouvat ať už se zdravotníky nebo s bohem. Často se k víře obrací i nevěřící. Většinou své žádosti drží v tajnosti. Fáze je velice krátká a nemocný se často upíná na nadcházející důležité události a snaží se jich „dožít“. Mezi takové události můžeme zařadit svatbu, narození dítěte apod. (Kübler-Ross,2015).

Čtvrtá fáze – deprese

Nemocný už nemůže svou nemoc dále popírat. V některých případech podstupuje další operace, hospitalizace nebo úlevovou léčbu. Pacient mimo jiné také ztrácí svou sociální roli, nedokáže vykonávat jeho oblíbené činnosti a může začít ztrácet zájem o okolní svět. Nezbytnou částí této fáze je aktivní naslouchání, respekt a důstojnost. Nejen ze strany zdravotníků, ale také ze strany jeho nejbližších (Kübler-Ross,2015).

Pátá fáze – smíření

Posledním stádiem umírání je smíření. Pacient se nehněvá, nebojuje a je smířený se svým osudem. Tuto fázi můžeme považovat jako přípravu před dlouhou cestou. Pacient je hodně unavený, a proto je jeho potřeba spánku a odpočinku větší než během celého jeho života (Kübler- Ross,2015).

3.2 Potřeby umírajících

Při péči o umírajícího je nutná individualita. Jedinečnost každého v jeho biologickém, sociálním a psychologickém kontextu (Raudenská, 2011).

Biologické potřeby umírajícího pacienta, nejsou tolik odlišné od potřeb zdravého člověka. Můžeme mezi ně zařadit potřebu přijímání potravy i její vylučování, a to nejlépe bez katetrů a dalších pomůcek. Nedílnou součástí biologických potřeb je tišení bolesti. Může se zdát,

že v nemocnici je uspokojování této potřeby z hlediska dostupných možností snazší než v domácím prostředí. Nicméně dnešní možnosti domácí paliativní a hospicové péče dokáží tišit bolest srovnatelně, jako je tomu ve zdravotnických zařízeních. Naopak péče o spánek a odpočinek je pro mnoho pacientů lepší v domácím prostředí (Svatošová, 2012). V dnešní době je o biologické potřeby umírajících pacientů dobře postaráno. (Pfefferová, 2011).

Další důležitou součástí v péči o umírajícího je péče o jeho spirituální potřeby. Bohužel tyto potřeby jsou někdy nenaplněny, a tak může docházet až k duchovní tísní (Pfefferová, 2011). Duchovní tíseň definujeme jako stav, kdy může mít jedinec narušenou víru a hodnoty, které mu poskytují smysl života. Jako duchovní tíseň označujeme problém duchovnosti, tento pojem je samostatnou ošetřovatelskou diagnózou (Špirudová, 2006).

Definici duševního strádání můžeme chápat jako utrpení v souvislosti s narušenou schopností prožívat smysluplný život, který je spojen s nadřazenou bytostí, světem, ale také sebou samým (Herdman, 2020).

Přítomnost rodiny/příbuzných je u umírajícího člověka žádoucí. Dle výzkumu Pfefferové a Pistulkové (2011) vyplývá, že 42 % respondentů si uvědomuje, že přítomnost rodiny a blízkých umírajícího – tedy potřeba nezůstat v okamžiku umírání sám – je jednou z nejdůležitějších potřeb umírajícího člověka.

3.2.1 Léčba bolesti

Konec života je velmi často doprovázen bolestí. Bolest snižuje radost ze života. Je důležité, aby všeobecná sestra bolest vnímala. Vždy, když pacient bolesti udává, měla by mu věřit a řešit jí (Kapounová, 2020).

Bolest se léčí individuálně dle stanoveného plánu lékařem. Snahou je, aby byl pacient bez bolesti. Dle Vorlíčka tohoto stavu lze docílit jen u necelé poloviny pacientů. Zmírňuje se tedy alespoň pacientova bolest na bolest snesitelnou (Vorlíček, 2004).

Bolest je při konci života konstantní, proto je důležité zvolit vhodnou léčbu. Mezi tu se řadí opioidy s dlouhodobým účinkem nebo s řízeným uvolňováním. Mezi nejvhodnější podání řadíme subkutánní podání nebo bolusové dávky při průlomové bolesti. Důležité je pokračovat v léčbě bolesti i v době umírání, útlumu nebo pokud pacient nereaguje. Neklid a agrese mohou být známkou bolesti (O'Connor, 2005).

Bolest může být spojována i se strachem. Morfin jako opiát neovlivňuje pouze práh bolesti, ale také může mít nežádoucí účinky. Jedním z nich může být dušnost (Kabelka, 2020).

„Léčbu lze označit za úspěšnou pouze pokud prospěch z analgezie jasně převyšuje její nežádoucí účinky.“ (Sláma, 2011)

3.2.2 Komunikace s umírajícími

Učení se správné komunikaci s pacientem je pro všeobecnou sestru celoživotní proces. Sestry komunikují s pacientem od jeho narození až po jeho smrt (Ivanová, 2005).

Pro všeobecnou sestru je důležité, aby znala zásady komunikace s umírajícími. Těmto hovorům by se neměla vyhýbat. Rozhovory vedené s příbuznými umírajících pacientů vyžadují profesionální přístup. V odborné literatuře je kladen důraz na vhodně volenou komunikaci mezi umírajícím, jeho rodinou a zdravotnickým personálem. Pro pacienta ve fázi umírání je důležitá nejen fyzická přítomnost rodiny a svých blízkých, ale také profesionální přístup ze strany personálu (Pfefferová, 2011).

Mezi nejčastější obavy nemocných, patří nedostatek zájmu, pocity osamělosti, omezený kontakt s rodinou. Dalšími obavami je například strach z dalších onemocnění nebo vyšetření. Úkolem sestry je tedy vhodně reagovat na všechny tyto obavy. Klidný a vstřícný přístup je základem komunikace s umírajícím (Venglářová, 2006).

Všeobecná sestra musí respektovat přání pacienta, nesmí ale jednat v rozporu se zákonem a také by měla zůstat věrná svému morálnímu přesvědčení. Může se stát, že všeobecná sestra se během svojí praxe setká s pacienty, kteří mají odlišný názor na léčbu nebo jejich následnou péči než ona sama (O'Connor, 2005).

Všeobecná sestra se také může dostat do situace kdy ji pacient požádá o ukončení jeho života. Všeobecná sestra by měla tento signál vnímat jako „volání o pomoc“. Pacient vyžaduje aktivní naslouchání, podporu a citlivý přístup. Všeobecná sestra má za úkol být v těchto situacích odborníkem nebo eventuálně zajistit další specializovanou péči. Dalším důležitým úkolem je podpora pacienta a doprovázení na jeho další cestě (O'Connor, 2005).

3.2.3 Komunikace s rodinou

Všeobecná sestra je prostředníkem v komunikaci nejen mezi pacientem a lékařem, ale i jeho rodinou (Ivanová, 2005).

Problémy vážně nemocného pacienta se smrtí končí, avšak problémy jeho rodiny nadále pokračují. Dá se jim do jisté míry předcházet tím, že je proberme s nemocným a jeho rodinou ještě předtím, než zemře (Kübler-Ross, 2015).

Pro komunikaci s rodinou je důležitý souhlas pacienta. Poskytované informace by měly být v přiměřené míře. Je vhodné upozornit rodinu umírajícího na změny tělesné, ale i změny v oblasti chování. Na prvním místě jsou však vždy potřeby pacienta, až poté zájmy a potřeby rodiny (Bednařík, 2020).

Pro pozůstalé je důležité poskytnutí citové opory. Pouze lékaři mají povinnost oznámit úmrtí pacienta. Nikdo jiný k tomu není kompetentní. Lékaři by se při sdělování smrti příbuzným neměli obávat tělesného kontaktu – podat ruku, případně pohladit. V případě projevení zájmu je možné následně nabídnout kontakt, a to např. na psychologickou pomoc nebo sociální a duchovní pracovníky (Janáčková, 2008). Po sepsání administrativy jsou jednotlivé dokumenty rozděleny mezi matriku, pozůstalé a pohřební službu. Pokud lékař bude chtít zajistit pitvu jsou ke zprávě přidány další tiskopisy. V těchto případech je o tom rodina plně informována (Špatenková, 2014).

3.3 Péče o tělo zemřelého

S mrtvým tělem je nutné zacházet vždy s úctou a opatrností (Marková, 2021).

Ve zdravotnickém zařízení provádí ohledání těla zemřelého ošetřující lékař nebo službu konající lékař. Rodina bývá o úmrtí pacienta informována telefonicky, záleží na domluvě s rodinou, zda chtějí být informováni i ve večerních hodinách. Pokud tomu tak není, může být rodina informována ráno dalšího dne. Dle směrnic zdravotnického zařízení musí zemřelý pacient zůstat minimálně 2 hodiny na oddělení. Poté je převezen na patologické oddělení. Některá pracoviště umožňují „poslední rozloučení“, které probíhá ve speciální místnosti (Sláma, 2011).

Při péči o mrtvé tělo je nezbytné zajistit soukromí. Vždy je potřeba odstranit z lůžka všechny polohovací pomůcky, lůžkoviny a přístroje. Opatrně zemřelého svléknout, odstranit z těla

šperky, zkontrolovat, zda nemá vyjímátný chrup. Pokud ano, musí se vyjmout. Dále se musí odstranit sondy, kanyly a eventuálně stomie, nedojde-li tím k porušení kožní integrity. Všechny invazivní vstupy a dle standardu oddělení poslat jejich konce na mikrobiologické vyšetření. Na svém místě se ponechají drény, které se zastříhnou asi 1–2 cm. Proveďte se kompletní očista mrtvého těla a následuje jeho úprava do vodorovné polohy, zajistí se, aby byly zavřené oči a ústa. Na stehno zemřelého se napíše nezbytné údaje: celé jméno, rodné číslo a datum úmrtí. Tělo se následně zabalí do prostěradla nebo vloží do speciálních vaků, jedná-li se o infekčního pacienta.

Všeobecná sestra vedle péče o umírajícího a následně zemřelého, do poslední chvíle vše zaznamenává do dokumentace i s přesným časem úmrtí. Další činnosti po úmrtí pacienta se řídí předpisy daného zařízení. Jedná se zejména o naložení s osobními věcmi, které měl zemřelý s sebou na oddělení, občanským průkazem nebo platebními kartami atd. Větší obnos peněz, platební karty a šperky všeobecná sestra posílá do depozitu nemocnice (Kapounová, 2020).

Pro zdravotníky nekončí péče o zemřelého péčí o tělo. Dále se musí všeobecná sestra s lékařem připravit na rozhovor s rodinou zemřelého. Příbuzní se velmi často zajímají, jaké byly poslední chvíle jejich rodinného příslušníka (Haškovcová 2015).

4 STRACH

Strach je nepříjemný prožitek vzniklý během určité situace, která působí na jedince. Ten se poté cítí v ohrožení a následně dochází k zapojení se obranný mechanismů. Je to tedy signál na určité nebezpečí. Strach může být reálný – pro okolí pochopitelný nebo nereálný – kdy se jedinec setkává s nepochopením okolí (Vymětal, 2003).

Nejčastější příznaky strachu můžeme dělit do tří kategorií. První kategorií je fyzická bolest, kterou je např. bolest hlavy, třes, rychlé dýchání, nevolnost apod. Další kategorií jsou příznaky mentální. Mezi ty řadíme deprese, poruchy spánku a záchvaty paniky. Emocionální příznaky jsou poslední kategorií. Obsahuje pocity silného hněvu, vyhýbání se diskuzi na téma smrt (Voharčík, 2020).

4.1 Měření strachu

Na měření strachu lze v klinické praxi použít pomocné měřicí škály. Příkladem měřících škál mohou být:

DAS

Škála DAS, posuzuje úzkost ze smrti. Skládá se z 15 položek zahrnující různé oblasti života. Otázky obsahují vnitřní a vnější faktory týkající se životnostních zkušeností. Odpovědi jsou pouze ano – ne. Tento sebesposuzující nástroj je stručný a má přímočaré bodování. Literatura uvádí, že škála byla přeložena do 54 různých jazyků. Tato škála byla upravena dalšími autory kteří, přidali několik dalších otázek. (viz příloha B) (Templer Death Anxiety Scale, nedatováno; Brázda, 2019).

STAI

Jedná se o dvě samostatné škály, které obsahují 40 položek. První škála měří stav úzkosti. Úzkostné rysy osobnosti zjistíme pomocí druhé škály, která obsahuje 20 položek. (viz příloha C) (Janíková, 2013).

VAS

Jedna z nejzákladnějších škál. Nejčastěji se využívá jako pomoc při škálování bolesti, lze ale také použít jako škálování úzkosti. Na levé straně prezentuje stav, kdy pacient necítí žádnou bolest/úzkost. Na opačném konci se uvádí největší bolest/úzkost, kterou si může pacient představit (viz příloha D) (Sláma, 2020).

APAIS

Obsahuje 6 položek. Pacienti hodnotí otázky čísky od 1 do 5, kdy 1 znamená vůbec ne a 5 velmi. První čtyři otázky se týkají strachu z operace a anestezie. Následující dvě otázky se týkají potřeby informací. Celkové skóre může tvořit od 4 bodů do 20 bodů, kdy je 20 bodů vysoká úzkost (viz příloha E) (Janíková, 2013).

Další metody

GAS – jednopoložková škála pro hodnocení pacientovi úzkosti.

BAI – klasifikuje příznaky úzkosti a paniky, somatické a subjektivní příznaky. Obsahuje 21 položek.

HADS – klasifikuje nemocniční úzkosti a depresi. Obsahuje 14 položek.

HARS – klasifikuje závažnost příznaků úzkosti, každá položka je hodnocena na pětistupňové škále. Obsahuje 14 položek (Janíková, 2013).

4.2 Strach ze smrti

Pro některé lidi může být strach ze smrti tak strašlivý, že převyšuje ostatní obavy. Naopak mezi námi žijí lidé, kteří strach ze smrti vůbec nevnímají. Strach ze smrti se může stupňovat smrtí námi blízké osoby a tím uvědomění si naší vlastní smrtelnosti (Davies, 2007). Ve spojitosti s akutním infarktem myokardu je znám pojem angor mortis. Tento pojem označuje strach z blížící se smrti po infarktu myokardu, kdy se nemocný začíná bát o svůj život (Klener, 2006).

Smrt je pro všechny zúčastněné velmi citově náročná, zdravotníky nevyjímaje. Nezáleží na tom, zda člověk zemřel tragicky, nebo se jedná o smrt související se stářím člověka. V těchto situacích nelze vytvářet všeobecně platné standardy. Výjimkou je péče o biologické potřeby pacienta (Špatenková, 2014).

Úzkost ze smrti obsahuje vědomé i podvědomé prvky strachu. Nejčastěji se jedná o vlastní smrt nebo proces umírání dále se zde může promítnout fyzické utrpení při procesu smrti nebo strach z osamělosti v době umírání a okamžiku smrti (Kisvetrová, 2018).

Běžně se s ním setkáváme a bereme ho jako naši přirozenou součást. Často může být spojen s bezmocí nebo pocity selhání. Některé všeobecné sestry nebo lékaři mohou brát tyto projevy jako důkaz vlastního selhání (Vymětal, 2003).

Každý má svůj život rád, i člověk, který veřejně projevuje nechuť k životu. Pacienty, kteří vědí, že jejich život v dohledné době skončí, pronásleduje smutek, obavy a strach z neznámého (Křivohlavý, 2004).

Podstatné je, kdy se všeobecná sestra poprvé setká s umírajícím a se smrtí pacienta. Většinou k tomu dochází v období odborných praxích v rámci studia. První setkání s touto situací je v profesionálním životě všeobecné sestry velmi důležitou událostí. Setkání se smrtí si žádá správnou míru odstupů, každý si tyto hranice musí nastavit sám a také má každý hranice jiné (Marková, 2010).

4.3 Úzkost

Úzkost definujeme jako jakýsi nepříjemný pocit nebo zvětšené psychické napětí. Očekávání něčeho neznámého nebo nepříjemného je běžnou reakcí organismu. Pokud se bude člověk cítit v nebezpečí nebo pokud nepříjemná situace trvá příliš dlouho dopady mohou být stejné a člověk cítí úzkost (Praško, 2006).

Úzkost si nedokážeme uvědomit, je tedy reakcí na tušení, nebo na neznámou situaci. Pro pacienty je horší očekávání něčeho neznámého než událost sama (Vymětal, 2003).

Různé negativní prožitky mohou změnit pacientovo vnímání a jeho komunikaci s okolím. Pacienti, kteří mají život ohrožující onemocnění, zažívají spíše neurčité úzkosti než strach. Mezi projevy úzkosti nejčastěji řadíme neklid, poruchy spánku, hyperventilaci, tachykardii a další. Pacient s úzkostmi obvykle vynechává oční kontakt, v některých případech vynechává komunikaci nebo naopak zrychleně mluví (Sláma, 2011).

4.4 Smutek

Normální reakcí na ztrátu je smutek, tyto emoce jsou naprosto přirozené. Úmrtí pacienta je také ztrátou. Někdy se může stát, že všeobecná sestra přichází o iluze, začne si uvědomovat, že nedokáže pomoci všem svým pacientům. Pro vypořádání se s těmito emocemi si musí umět

žal připustit. Poté, co dokáže smutek prožít, dokáže mnohem lépe pomáhat nemocnému a jeho rodině (Marková, 2010).

Prožití smutku pomáhá jít v životě dále, proto by si i všeobecné sestry měly dovolit truchlit nad pacienty, kteří jim byli blízcí. Jedním z dalších projevů smutku je bezesporu pláč. Někteří zdravotníci mohou být více emocionálně založení a zakazují si plakat nad pacientem. Berou to jako osobní selhání a důkaz neprofesionality. I profesionál je lidskou bytostí, která má emoce (Marková, 2010).

4.4.1 Pláč

Často se s pláčem setkáváme jako s následkem smutku. Tento proces je charakterizován mimikou a produkcí slz. V slzách jsou přítomny stresové hormony, hormony štěstí a hormony podílející se na snižování bolesti. Pláč také uvolňuje vnitřní napětí a v okolí často vzbuzuje soucit a lítost (Nakonečný, 2000).

Nejčastějším důvodem může být ztráta blízké osoby. Dalšími spouštěči může být fyzická bolest, bezmoc nebo pláč který, souvisí s pozitivní situací (Voharčík, 2020).

Pláč není projevem slabosti, jak bývá často posuzován naší společností. Pláč se jistě nehodí na pracovišti, existuje však několik technik na ovládnutí emocí. Jednou z nich je např. tlačení jazykem na zuby zezadu, práce s dechem, chlazení očí vodou apod (Hlubučková, 2020).

4.5 Truchlení

Truchlení je stav, který nastává, jestliže přijdeme o něco, co pro nás mělo vysokou hodnotu. Ať už je to věc nebo lidská bytost. Je to přirozený děj, který nám pomáhá se vyrovnat se ztrátou a přijmout ji jako novou skutečnost. Truchlení jako takové není léčitelné, je však vhodné sledovat tuto skutečnost, aby nedocházelo k rozvoji deprese. Truchlení na rozdíl od deprese je založeno na reálném důvodu k tomu být smutný (Vymětal, 2003).

4.6 Soucit

Mezi další negativní emoce můžeme řadit soucit. Tento stav bereme jako nevyhnutelné smíření. Soucit nemusíme cítit pouze sami k sobě, ale také s jinou námi úzce sblíženou osobou. Stav můžeme vnímat jako osobní moudrost a vyzrállost (Hájek, 2006).

Soucit můžeme chápat jako stav, kdy na sebe střídavě dva lidé působí, ale vždy si zachovají svou identitu. Nejedná se pouze o pasivní zkušenost, která se může skládat ze zlosti, starosti, ale i z radosti druhých (Janáčková, 2008).

5 DUŠEVNÍ HYGIENA VŠEOBECNÉ SESTRY

Duševní hygienou myslíme péči o sebe samu. Jde o péči např. o stravování, vzhled, o tělesné zdraví apod. Duševní hygiena u zdravotnických pracovníků (všeobecných sester) je velmi důležitá. Má – li sestra efektivně pečovat o své pacienty a snažit se je motivovat při jejich léčbě, musí být i ona sama v psychické pohodě. (Křivohlavý, 2004).

5.1 Péče o duši

Péči o emoce, city a představy můžeme společně zařadit do péče o duši. Tyto všechny představy rozhodují o tom, jakým směrem se náš život bude ubírat. Péče o duši nám pomáhá v důležitých životních rozhodnutích, pomáhá utvářet naši osobu a naši cestu životem. Pocity štěstí a radosti bychom měli prožívat celým srdcem, tyto pocity nás obohatí. Péči o svou duši rozumíme radování se z krás života (Křivohlavý, 2004).

5.2 Péče o vztahy

Všeobecná sestra by neměla po práci zapomínat na svůj osobní život. Omezování soukromého života začíná ve většině případů na začátku kariéry. Může se stát, že všeobecné sestry začnou být velice angažované a začnou upřednostňovat práci před svým osobním životem. Je však důležité mít své koníčky a záliby, které pomáhají získávat další energii pro práci. Udržování dobrých vztahů je také nezastupitelnou částí prevence syndromu vyhoření. Ať už se jedná o vztahy na pracovišti nebo v našem osobním životě (Venglářová, 2011).

5.3 Péče o tělo

Lidské tělo je zdrojem energie, s touto energií se člověk musí naučit hospodařit. Pravidelný denní rytmus, zdravá strava, dostatečný spánek, sport nebo další pohybové aktivity jsou důležitou součástí pro duševní a tělesnou pohodu. Nejčastějším příznakem syndromu vyhoření bývá únava. Některé všeobecné sestry nedokážou aktivně odpočívat, trpí také často nedostatkem spánku (Venglářová, 2011).

5.4 Péče o myšlenky

I když se všeobecná sestra snaží myšlenky potlačit, ovlivňují její chování a postoj k dané situaci. Rozumíme tím tedy, pokud bude negativně smýšlet o dané věci nikdy si nenajde žádná pozitiva. Naopak pokud smýšlí všeobecná sestra pozitivně, z postoje a výrazu v obličeji je to zřejmé (Křivohlavý, 2004).

5.5 Empatie

Pro všeobecnou sestru je důležitá je také schopnost empatie, tedy snaha vcítit se do pocitů nebo chování pacienta. Zpočátku se snaží všeobecná sestra vybudovat důvěru u pacienta. Poté se s větší pravděpodobností pacient svěří. (Kaufman, 2010). Důležitým bodem je snaha o pozitivní přístup, a to i přes to, že si všeobecná sestra uvědomuje vážnou situaci daného pacienta. Nemocnému nelze slibovat něco, co nemůže být ovlivněno. Empatické myšlení není záležitost, kterou by se všeobecná sestra snažila někoho ovlivňovat, naopak, se jej snaží motivovat a podpořit (Kabelka, 2020).

5.6 Stres

Stav psychického napětí nebo obav je definován jako stres. I ten všeobecná sestra často prožívá. Jedná se o přirozenou lidskou reakci, která člověka nabádá k obezřetnosti před hrozbami a výzvami. Stres postihuje tělo i mysl. Do jisté míry je ale stres zdravý a napomáhá člověku při každodenních činnostech. Stres je do jisté míry zdravý a napomáhá nám při každodenních činnostech. Naučit se ovládat stres pomáhá cítit se lépe a podpořit tak fyzickou i duševní pohodu (Stress, 2023).

Mezi časté příznaky stresu, které přivedou pacienta k lékaři, jsou většinou příznaky behaviorální. Změní se denní režim, přichází ztráta chuti, nebo naopak neustálý příjem potravy, zhorší se koncentrace, mohou se objevit sklony k alkoholismu a užívání návykových látek. Po psychické stránce může docházet k nadměrným pocitům únavy, ke změně nálad, zvýšené podrážděnosti atd. Fyziologickými příznaky bývá palpitace, nechutenství, bolesti hlavy (Křivohlavý,2010).

5.6.1 Syndrom vyhoření

Obecný fenomén nazývaný syndrom vyhoření vzniká, pokud je jedinec vystaven vysoké emotivní zátěži. Nejčastěji se s tímto fenoménem setkáváme u profesí, které pracují s lidmi a vyžaduje se po nich schopnost empatie (Haškovcová, 2007). Typickým příznakem je práce všeobecné sestry.

Práce všeobecné sestry je náročná po stránce fyzické, ale také po stránce psychické emocionální. Někdy může dojít k vyčerpání, tento stav nastává, pokud dojde k většímu výdeji energie (Venglářová, 2011).

Syndrom vyhoření lze rozdělit do tří oblastí. Chronická únava je nejčastějším tělesným vyčerpáním. Dalšími projevy jsou časté nemoci, zvýšené potřeby spánku a nedostatek energie. Další částí je psychické vyčerpání. Nejčastější projevy je změna postoje k životu, pesimismus, změny nálad, negativní postoj a nechuť budovat něco nového. Poslední částí je emocionální vyčerpání, projevuje se ztrátou zájmu o ostatní lidi, nezájem o starosti druhých lidí. Člověk se uzavírá do sebe, cítí prázdno a beznaděj, zároveň se vytrácí radost ze života (Haškovcová, 2007).

5.7 Péče o pečující zdravotníky

Péče o zdravotníky je nesmírně náročná. Zaměstnavatel by měl věnovat čas, prostředky i zájem o prevenci. Zdravotníci by měli mít možnost pomoci zejména psychického rázu, pokud jim hrozí syndrom vyhoření nebo jiné psychické obtíže. Psychosociální podpora je důležitou prevencí proti syndromu vyhoření (Štěpanyová, 2019).

5.7.1 Peer

Peer je profesionální kolega. Jedná se o zdravotnického pracovníka, který se účastnil specifického výcviku psychosociální podpory. V blíže definovaném rozsahu může poskytovat psychickou podporu svým kolegům. Peer podpora může být brána jako určitý benefit, který mnoho zaměstnavatelů využívá v řadě zemí (Peer podpora, 2019).

SPIS (systém psychosociální intervenční služby) zajišťuje celorepublikové poskytování podpor. Sdružení shromažďuje jednotlivé peery a zdravotnické interventy. Sdružení zajišťuje také vzdělání a rozvoj jednotlivých peerů a interventů v dané problematice. Mezi další činnosti,

kteřé zprostředkovává, patří sjednocení postupů při poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví, pořádání konference a konzultační činnost a odborné vedení peerů a zdravotnických interventů (Štěpanyová, 2019).

5.7.2 Supervize

Jedná se o důležitou oblast profesního růstu. Součástí běžné praxe byla dříve psychoterapie nebo poradenství. V posledních letech je, hlavně u pomáhajících profesí více vyhledávanou. Na první pohled se může zdát, že se jedná o jakousi kontrolu. Dle Českého institutu pro supervizi však rozumíme supervizi jako bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Jedním z nejdůležitějších úkolů je pomoc při vnímání vlastní práce a nacházení nových řešení, a to jak ve skupině, tak i v jednotlivých případech (Co je supervize, 2006).

Supervize je součástí našeho celoživotního učení a vývoje. Řešení vlastních obtíží v práci, a nejen to je součástí supervize. Se svým supervizorem se můžeme podělit o část své odpovědnosti za práci s klienty. (Hawkins, 2016).

Supervize si za cíl dává zlepšit schopnost pomáhat lidem. V novodobé společnosti se supervize rozvinula v první řadě jako psychoterapie, kdy pomáhá supervizor svému supervidovanému řešit určité situace, se kterými se mohou v praxi setkat. Supervizi můžeme dělit na individuální, skupinovou a týmovou. Týmová supervize probíhá v rámci jednoho oddělení, skupinová probíhá u lidí, kteří mají podobnou náplň práce (Marková, 2010).

5.7.3 Americká iniciativa pro zdravotní sestry

HNHN je sociální hnutí, které si dává za cíl transformovat zdraví všech registrovaných sester. Do organizace se zapojují jednotlivci i skupiny. Podporují kvalitní život, výživu, bezpečnost, odpočinek a fyzickou aktivitu. Poskytují také webové stránky, které inspirují sestry, studenty a zaměstnavatele (American Nurse Today, 2019).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části práce bylo cílem zjistit, zda všeobecné sestry mají strach ze smrti pacientů a jak se s ním vypořádávají, zda existují na jednotlivých odděleních nějaké rituály po smrti pacienta a zda zajišťuje zaměstnavatel duševní a psychickou podporu.

Jednalo se o kvantitativní typ průzkumu.

Průzkumné otázky

1. Pamatují si respondenti první úmrtí svého pacienta?
2. Berou respondenti strach ze smrti pacientů jako svou největší obavu v životě?
3. Poskytují zaměstnavatelé respondentům možnost využívat nějaké formy odreagování a odbourávání stresu ze smrti pacientů?
4. Mají respondenti vlastní návyky, aby se udrželi v psychické pohodě?
5. Existují na oddělení nějaké rituály po úmrtí pacientů?

6 DESING A METODIKA PRŮZKUMU

Respondenty průzkumného šetření byly všeobecné sestry pracující v jedné nemocnici krajského typu. O spolupráci byly požádány vrchní sestry z interního a chirurgického oddělení. Vyplňování bylo dobrovolné a anonymní. Vyplněním dal respondent souhlas s daným průzkumem. Na oddělení v době probíhajícího průzkumu nebyla přítomna autorka dotazníku.

Před distribucí dotazníků na jednotlivá oddělení bylo vystaveno potvrzení se souhlasem k provedení průzkumného šetření, kde jsou podpisy vrchních a staničních sester z daných oddělení, které souhlasily s daným průzkumem. Souhlas svým podpisem provedl i pracovník dané krajské nemocnice. Toto potvrzení je k dispozici u autorky práce.

6.1 Výzkumný nástroj

Na základě poznatků z literatury byl vytvořený nestandardizovaný dotazník (viz příloha A).

Dotazník obsahoval 21 otázek, ty byly podkladem pro bakalářskou práci. Otázky číslo 1, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 19 jsou polootevřené, kdy měl respondent možnost vybrat odpověď z nabídnutých odpovědí nebo jednou z možností byla odpověď vlastní (možnost *Jiné*). Otázky číslo 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 18, 20 a 21 jsou uzavřené. Otevřená otázka je pouze jedna, a to číslo 5. Otevřenou otázkou je myšleno to, že sestry mohly doplnit vlastní odpovědi v celém rozsahu. V otázkách 7, 13, 17 a 19 měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. V dotazníku jsou otázky filtrační. Tyto otázky rozdělili respondenti dle odpovědí, jsou to otázky číslo 4, 10, 11, 13, 16, 17 a 18.

Dále se v dotazníku nacházejí demografické položky. Jedná se o otázku 20 a 21, které kategorizují sestry podle oddělení, na kterém pracují a pohlaví. Netýkají se tak žádné průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1 „*Budou si respondenti pamatovat první úmrtí svého pacienta?*“ se týká otázek 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Průzkumná otázka č. 2 „*Budou brát respondenti strach ze smrti pacientů jako svou největší obavu v životě?*“ se odvíjí od otázek v dotazníku s čísly 7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 18 a 19) Průzkumná otázka č.3 „*Budou existovat na oddělení nějaké rituály po úmrtí pacientů?*“ souvisí s otázkou č. 16. Poslední průzkumná otázka č. 4 „*Poskytují zaměstnavatelé respondentům možnost využívat nějaké formy odreagování a odbourávání stresu ze smrti pacientů?*“ se týká otázek 10, 11 a 12 v dotazníku.

6.2 Pilotáž

Před samotným průzkumem byla na jednom z lůžkových oddělení od 1. května 2022 provedena pilotáž. Náhodně bylo osloveno 5 všeobecných sester, které byli požádány o přečtení dotazníku, aby ověřily srozumitelnost otázek. Po dokončení pilotáže nebylo nutné dotazníky upravovat a mohly být dále distribuovány mezi respondenty na zvolená oddělení.

6.3 Průběh sběru dat

Po domluvě s vrchními sestrami a po získání potřebných povolení (viz kapitola 6) byly distribuovány dotazníky na oddělení. Následně byly ponechány na daných odděleních sběrný box pro vkládání vyplněných dotazníků. Tento box byl zapečetěný po celou dobu průzkumu. Byl vždy na viditelném místě, ale bez možnosti přístupu pacientů.

Průzkum probíhal od 1. června 2022 do 31. srpna 2022.

6.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Předpokládaný počet respondentů byl 50. Tito respondenti museli splňovat podmínku, a tou byla pozice všeobecné sestry. Všeobecné sestry jsou sestry, které mají ukončené vysokoškolské vzdělání, nebo ukončené vyšší odborné studium zakončené státní závěrečnou zkouškou. Mohou tedy používat titul Bc. a Dis. Také se sem řadí sestry, které mají středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Tyto, ale pouze za předpokladu, že bylo jejich studium zahájeno před rokem 2003/2004, a to dle zákona č. 96/2004 Sb. Tohoto výzkumu se tedy nemohly účastnit praktické sestry s ukončeným středoškolským vzděláním, které nesplňovaly výše uvedené zákonné podmínky ani záchranáři, přestože měli ukončené vysokoškolské apod.

Následující podmínkou, která musela být splněna před vyplněním celého dotazníku, bylo setkání se smrtí pacienta. Dva respondenti nesplnili zadané kritérium (vyplněno všeobecnými sestrami – uvedeno v 2. otázce v dotazníku „*Poprvé jsem se se **smrtí pacienta** setkal/a?*“ – odpověď „*Ještě jsem se se smrtí pacienta nepotkal/a*“) tyto dotazníky musely být vyřazeny.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, 25 na chirurgické a 25 na interní oddělení. Vrátilo se 50, návratnost byla tedy 100 %. Pro nedodržení podmínek při vyplňování byly tři dotazníky

vyřazeny – dva z interního a jeden z chirurgického oddělení. Mezi podmínky, které respondenti nedodrželi, bylo uvedení více nebo méně odpovědí, než bylo uvedeno v zadání dané otázky. Nadále se pracovalo se 47 dotazníky.

6.5 Způsob vyhodnocení

Data, která byla získána dotazníkovým šetřením byla zpracována v Microsoft Office Word 2020, následně zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2020. Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány pomocí obrázků (grafů).

Nejprve byla data zpracována do datové tabulky v programu Excel a byla zapsána dle předem připraveného klíče. V průběhu celého zápisu probíhala jejich kontrola a vyřazení nevhodných vzorků.

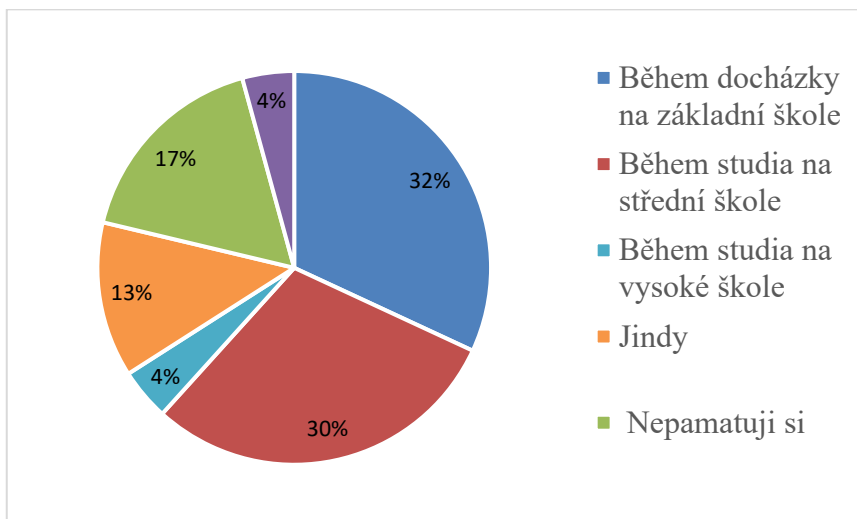
Výsledky šetření jsou vyjádřeny v absolutní četnosti (tj. celkový počet odpovědí) a v relativní četnosti (tj. procentuální zastoupení).

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dotazníková otázka č. 1

Poprvé jsem se se **smrtí** setkal/a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Během docházky na základní škole. | <input type="checkbox"/> Během studia na střední škole. |
| <input type="checkbox"/> Během studia na vysoké škole. | <input type="checkbox"/> Jindy. (<i>prosím, napište kdy</i>):..... |
| <input type="checkbox"/> Nepamatuji si. | <input type="checkbox"/> Nikdy. |



Obrázek 1 První setkání respondenta se smrtí. (autor, 2023)

V první otázce odpovídalo 47 (100 %) respondentů na jejich první setkání se smrtí.

„*Během docházky na základní škole*“ se se smrtí potkalo 15 (32 %) respondentů „*Během studia na střední škole*“ 14 (30 %) respondentů, „*Během studia na vysoké škole*“ 2 (4 %) respondenti.

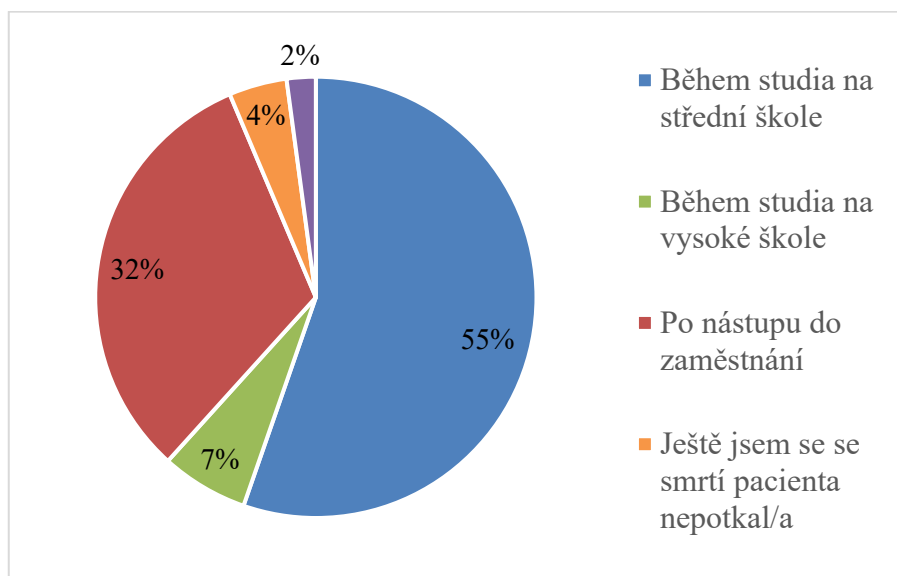
Odpověď „*Nepamatuji si*“ zvolilo 8 (17 %) respondentů. Odpověď „*Jindy*“ zvolilo celkem 6 (13 %) respondentů a z nich se dle jejich vyjádření poprvé se smrtí setkali v zaměstnání 4 respondenti, 2 respondenti se setkali se smrtí v domácím prostředí.

„*Nikdy*“ se se smrtí nesetkali 2 respondenti (4 %).

Dotazníková otázka č. 2

Poprvé jsem se se **smrtí pacienta** setkal/a:

- Během studia na střední škole.
- Během studia na vysoké škole.
- Po nástupu do zaměstnání.
- Nepamatuji si.
- Ještě jsem se se smrtí pacienta nepotkal/a . *(v případě volby této odpovědi Vám děkuji za ochotu k vyplnění dotazníku, ale dál již nepokračujte)*



Obrázek 2 První setkání respondenta se smrtí pacienta (autor, 2023)

Na tuto otázku odpovídalo všech 47 (100 %) respondentů.

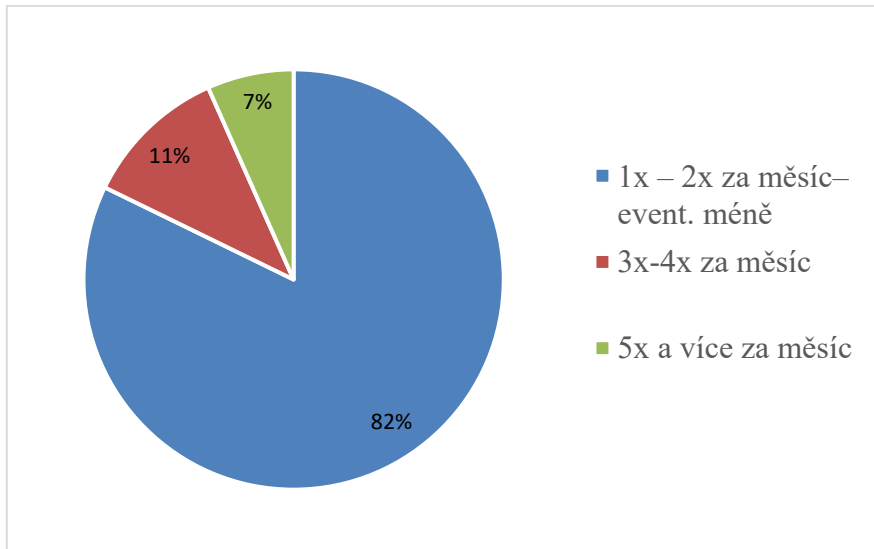
„Během studia na střední škole“ se se smrtí pacienta setkalo 26 (55 %) respondentů a „Během studia na vysoké škole“ 3 (6 %) respondenti. „Po nástupu do zaměstnání“ se se smrtí pacienta poprvé setkalo 15 (32 %) respondentů a odpověď „Nepamatuji si“ zvolil 1 respondent (2 %).

„Ještě jsem se se smrtí pacienta se nepotkal/ a“ označili 2 (4 %) respondenti. Tak, jak bylo v zadání otázky, tyto respondenti byli z průzkumu vyřazení.

Dotazníková otázka č. 3

Na oddělení se setkávám se smrtí pacienta:

- 1x – 2x za měsíc – event. méně
- 3x – 4x za měsíc
- 5x a více za měsíc



Obrázek 3 Počet úmrtí na oddělení (autor, 2023)

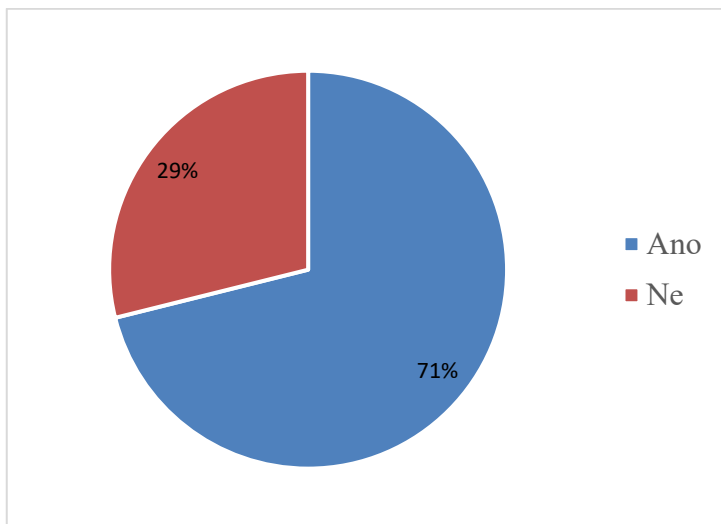
Na tuto a další dotazníkové otázky odpovídalo pouze 45 (100 %) respondentů, tedy pouze ti, kteří uvedli, že se ve svém životě setkali se smrtí pacienta.

Nejvíce, tedy 37 (82 %) respondentů uvedlo, že se se smrtí pacienta na oddělení setkávají „1x – 2x za měsíc – event. méně“, Další možnost „3x – 4x za měsíc“ uvedlo 5 (11 %) respondentů. 3 (7 %) respondenti se se smrtí pacientů na oddělení setkávají „5x a více za měsíc“.

Dotazníková otázka č. 4

Pamatujete si první smrt vašeho pacienta:

- Ano
- Ne (*pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 6.*)



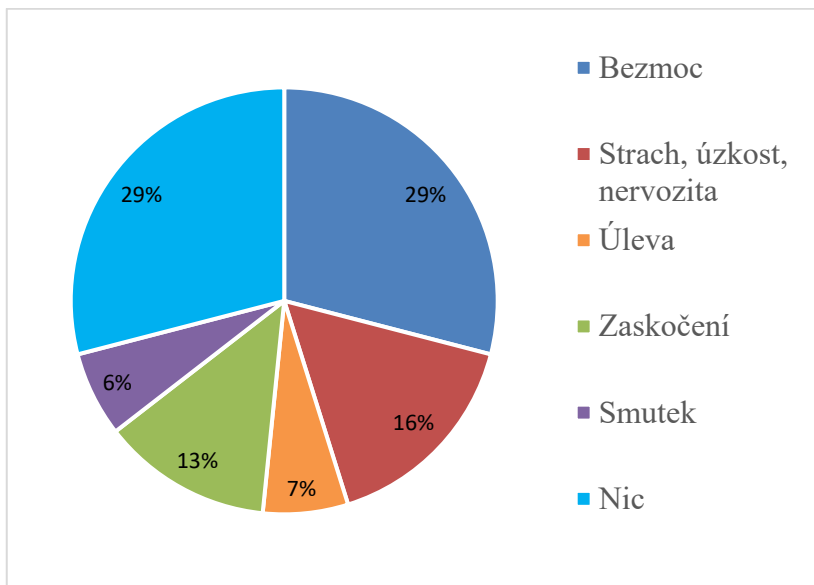
Obrázek 4 Vzpomínka respondentů na první kontakt se smrtí pacienta (autor, 2023)

Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

V otázce měli respondenti možnost odpovědi pouze „Ano“ nebo „Ne“. Odpověď „Ano“ zvolilo 32 (71 %) respondentů. Odpověď „Ne“ 13 (29 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 5

Co cítíte, když si vzpomenete na smrt vašeho prvního pacienta:



Obrázek 5 Pocity respondentů po smrti pacienta (autor, 2023)

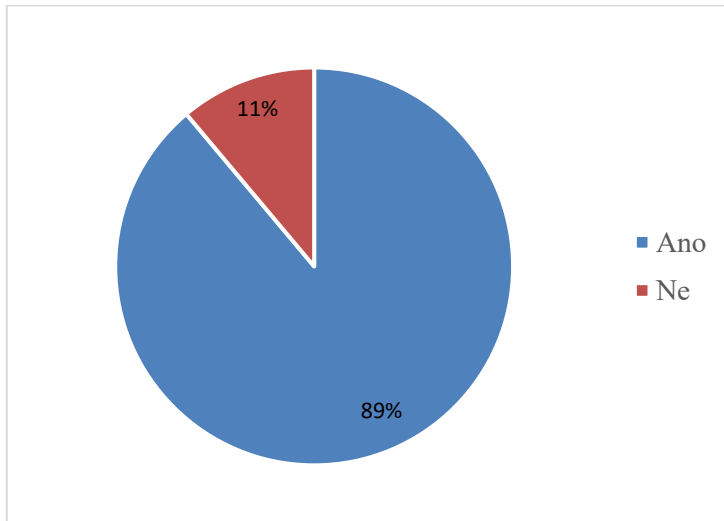
Tato otázka byla otevřená tzn. respondent musel svými slovy napsat odpověď. V otázce číslo 5 odpovídají pouze respondenti, kteří uvedli odpověď „Ano“ u otázky číslo 4. Celkem tuto odpověď zvolilo 32 (100 %) respondentů

Odpovědi byly sepsané a zařazené do šesti kategorií. „*Bezmoc*“ uvedlo 9 (29 %) respondentů, stejně na tom byla odpověď „*Nic*“ 9 (29 %), další odpovědí bylo „*Strach, úzkost a nervozita*“, kterou uvedlo 5 (16 %) respondentů. „*Zaskočení*“ uvedli 4 (13 %) respondenti. Odpověď „*Úleva*“ byla zaznamenána u 3 (7 %) respondentů. „*Smutek*“ uvedli 2 (6 %) respondenti.

Dotazníková otázka č. 6

Pocítujete, že se se smrtí dokážete v současné době lépe vyrovnat, než při Vašem prvním kontaktu se smrtí pacienta?

- Ano
- Ne



Obrázek 6 Vyrovnání se se smrtí pacienta (autor, 2023)

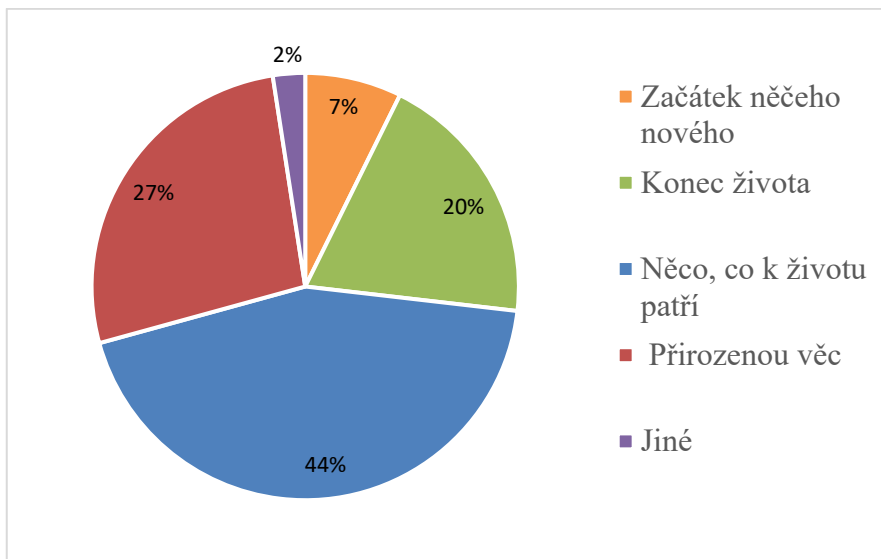
Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

Výše uvedený graf znázorňuje porovnání, kdy si respondent uvědomuje rozdíl při prvním a dalším setkání se se smrtí. 40 (89 %) respondentů uvedlo odpověď „Ano“. Zbýlých 5 (11 %) uvedlo odpověď „Ne“.

Dotazníková otázka č. 7

Smrt pro mě znamená: (můžete vybrat více odpovědí)

- Začátek něčeho nového
- Konec života
- Něco, co k životu patří
- Přirozenou věc
- Jiné (prosím, napište)



Obrázek 7 Význam smrti z pohledu respondenta (autor, 2023)

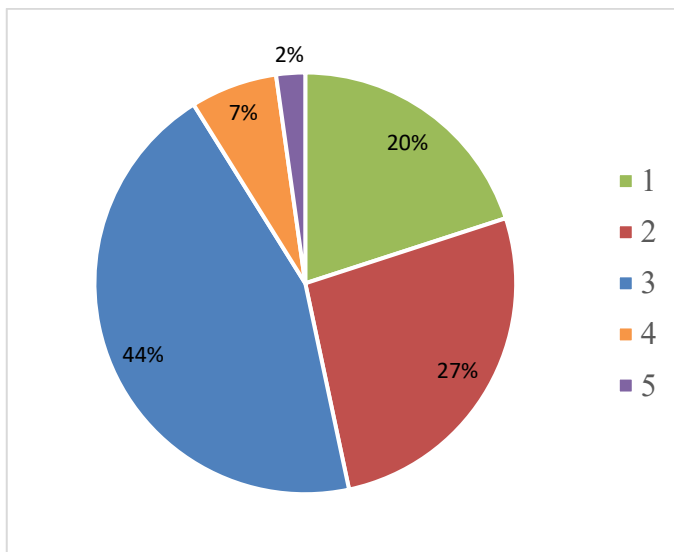
Celková vzorek byl 82 (100 %) kdy měli respondenti možnost více odpovědí.

„Něco, co k životu patří“ uvedlo 36 (44 %) respondentů. Možnost „Přirozená věc“ zvolilo 22 (27 %) respondentů. „Konec života“ uvedlo 16 (20 %) respondentů „Začátek něčeho nového“ uvedlo 6 (7 %) respondentů. Jako odpověď „Jiné“ uvedli 2 (2 %) respondenti. Jejich odpovědi byla v obou případech svoboda duše.

Dotazníková otázka č. 8

Na škále od 1 do 5 označte, jak hodně se bojíte – máte obavu ze smrti pacienta:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Obrázek 8 Obavy respondentů ze smrti pacienta (autor, 2023)

Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

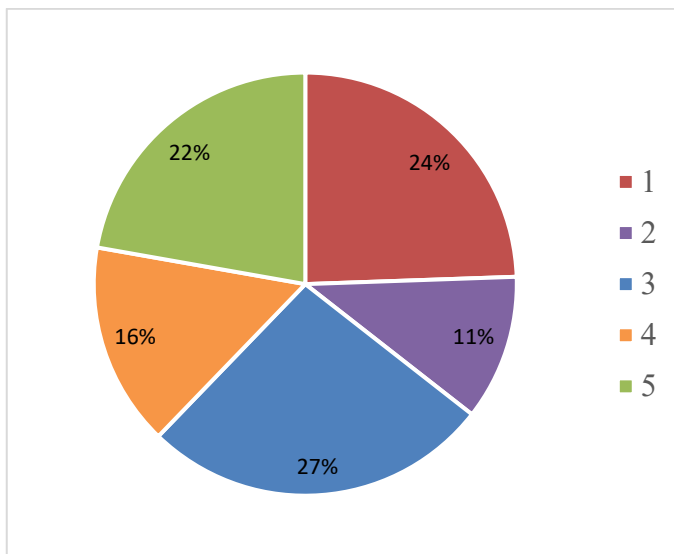
V grafu můžeme vidět obavy všeobecných sester ze smrti jejich pacienta.

Nejčastější volbou na škále od 1–5 bylo číslo „3“ kterou uvedlo 20 (44 %) respondentů, hodnotu „2“ uvedlo 12 (27 %) respondentů. Jako odpověď „1“ tedy vůbec uvedlo 9 (20 %) respondentů. Hodnotu „4“ zvolili 3 (7 %) respondentů, nejvíce se bojí „5“ 1 (2 %) respondent.

Dotazníková otázka č. 9

Na škále od 1 do 5 označte, jak hodně se bojíte vlastní smrti:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Obrázek 9 Obavy respondentů z vlastní smrti (autor, 2023)

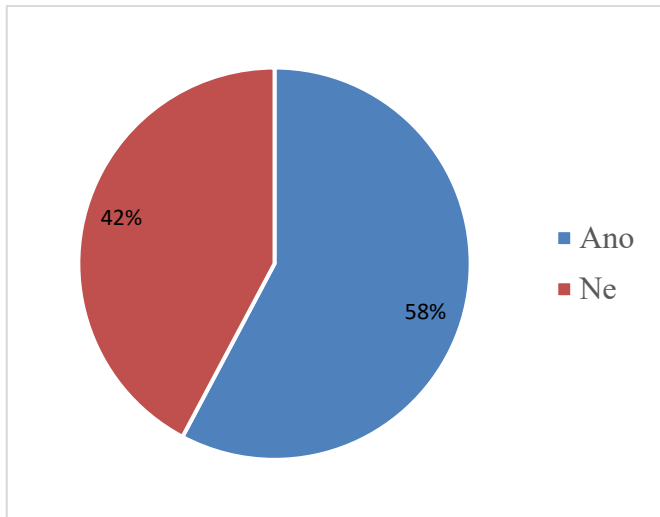
Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

Nejčastější odpovědí byla opět hodnota „3“ kterou uvedlo 12 (27 %) respondentů. Vlastní smrti se vůbec nebojí tedy hodnota „1“ 11 (24 %) respondentů, naopak nejvíce tedy „5“ se vlastní smrti bojí 10 (22 %) respondentů. Hodnotu „4“ zaznamenalo 7 (16 %) respondentů. Hodnotu „2“ uvedlo 5 (11 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 10

Zasáhla vás osobně smrt některého vašeho pacienta?

- Ano
- Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 13.)



Obrázek 10 Ovlivnila respondenty smrt pacienta (autor, 2023)

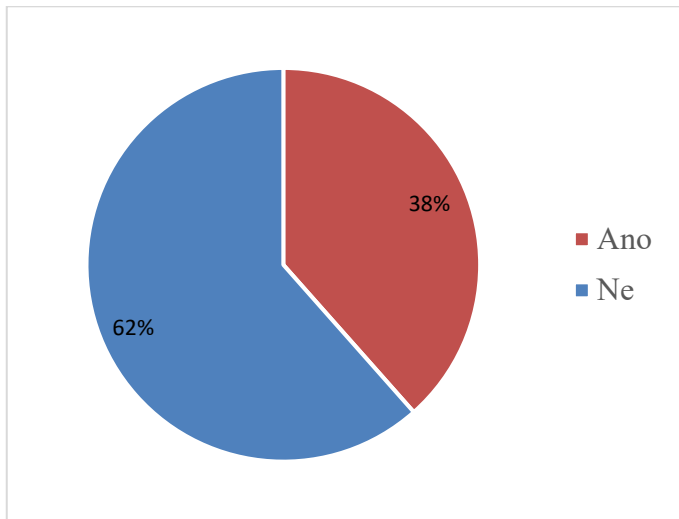
Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

Ve výše uvedeném grafu můžeme vidět, že více než polovina, tedy 26 (58 %) respondentů, uvedla odpověď „Ano“. Naopak 19 (42 %) respondentů uvedlo odpověď „Ne“.

Dotazníková otázka č. 11

Pomohl Vám v tomto případě zaměstnavatel překonat ztrátu?

- Ano
- Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 13.)



Obrázek 11 Pomoc zaměstnavatele při ztrátě pacienta (autor, 2023)

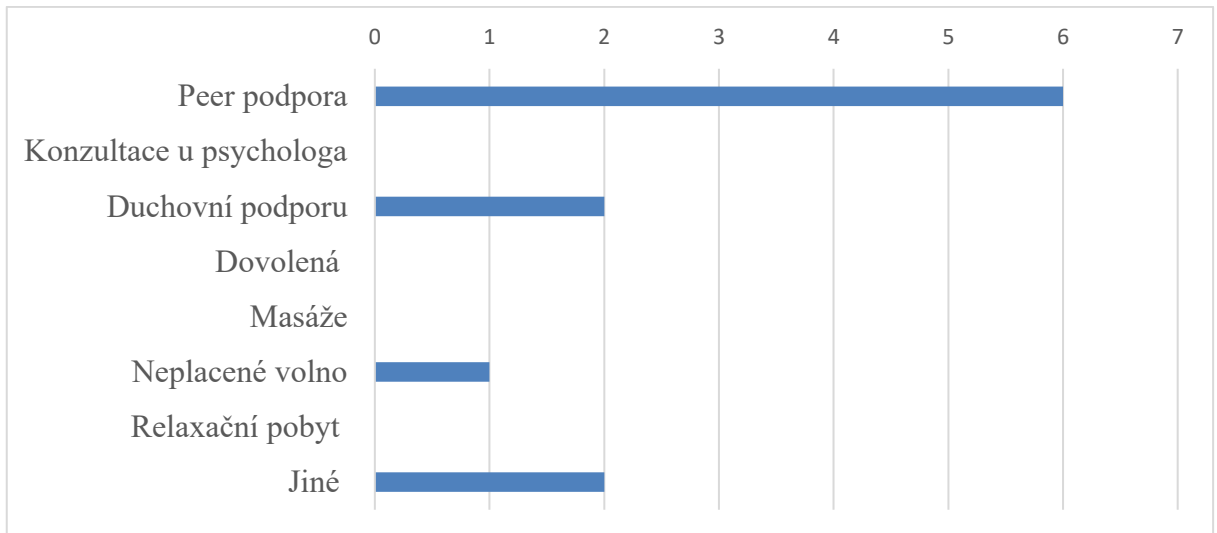
V této otázce odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce číslo 10 odpověď „Ano“. Celkový vzorek byl 26 (100 %) respondentů.

Odpověď „Ne“ uvedla většina 16 (62 %) respondentů tedy jim zaměstnavatel nepomohl. Odpovědi „Ano“ tedy, že jim zaměstnavatel pomohl ztrátu překonat uvedlo 10 (38 %) respondentům.

Dotazníková otázka č.12

Jak Vám zaměstnavatel pomohl?

- Peer podpora.
- Konzultace u psychologa.
- Duchovní podporu.
- Jiné možnosti:
 - dovolená
 - masáže
 - neplacené volno
 - relaxační pobyt
- Jiné (prosím, napište)



Obrázek 12 Jak pomohl zaměstnavatel respondentovi (autor, 2023)

V grafu číslo 12 opět hodnotíme pouze odpovědi od respondentů, kteří uvedli v otázce č. 10 odpověď „Ano“ a následně zvolili odpověď „Ano“ v otázce č. 11. Celkem bylo 11 (100 %) odpovědí od 10 respondentů. Odpovědi mohli zvolit více.

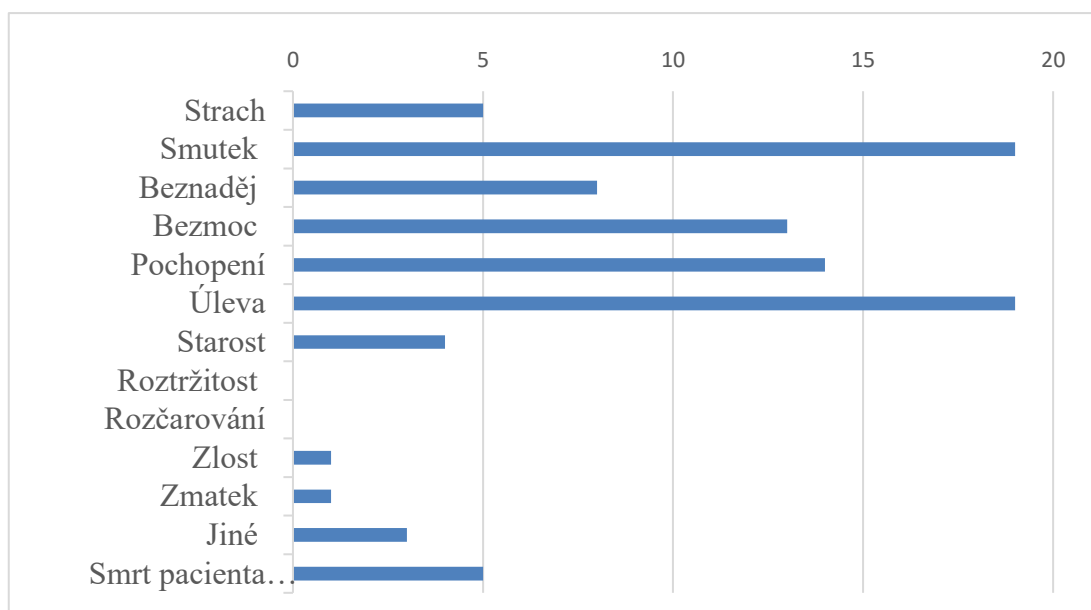
Nejčastěji zvolili „peer podporu“ 6 (55 %), „Duchovní podporu“ uvedli 2 (18 %) respondenti. Odpověď „jiná“ kde respondenti uvedli rozhovor s kolegyní 2 (18 %).

„Neplacené volno“ uvedl 1 (9 %) respondent. Odpověď dovolená, relaxační pobyt nebo masáže nezvolil ani jeden respondent.

Dotazníková otázka č. 13

Jaké pocity Vás zasáhnou po smrti pacienta?

- Strach
- Smutek
- Beznaděj
- Bezmoc
- Pochopení
- Úleva
- Starost
- Roztržitost
- Rozčarování
- Zlost
- Zmatek
- Jiné pocity
- Smrt pacienta mě dosud nijak nezasáhla (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 15.)



Obrázek 13 Pocity respondentů po smrti pacienta (autor, 2023)

Z grafu číslo 13 můžeme vyčíst jaké pocity zasáhnou respondenta po smrti pacienta. Respondenti mohli vybrat více odpovědí, maximálně však 3. Odpovědí bylo 92 (100 %).

Nejčastěji se objevila odpověď „Smutek“, a to u 19(21 %) respondentů. Také 19 (21 %) respondentů uvedlo odpověď „Úlevu“.

„Pochopení“ zaznamenalo 14(15 %) respondentů. „Bezmoc“ uvedlo 13(14 %) respondentů. „Beznaděj“ uvádí 8(9 %) respondentů. „Strach“ uvádí 5 (5 %) respondentů. „Smrt mě nijak nezasáhne“ uvádí 5 (5 %) respondentů. „Starost“ zaznamenali 4 (4 %) respondenti.

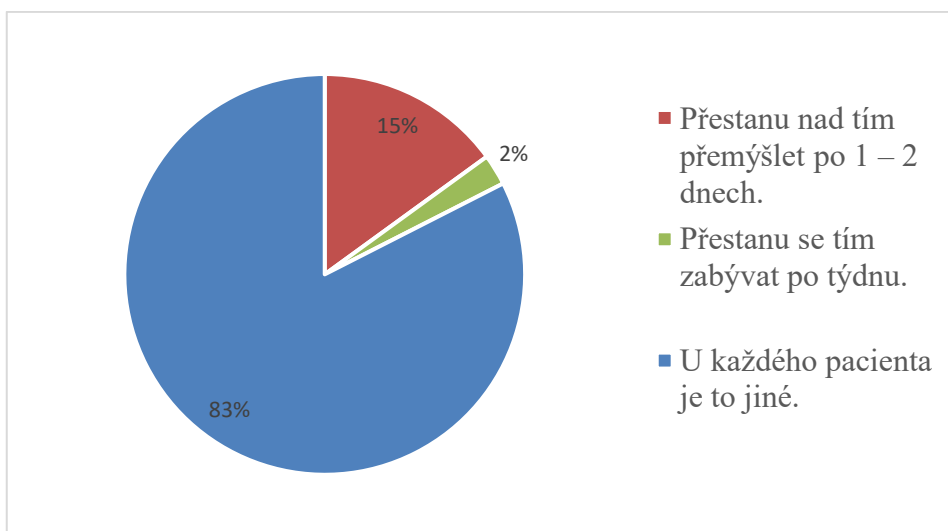
Méně častými odpověďmi byly „Zlost“ 1(1 %) respondent, „Zmatek“ 1 (1 %) respondent, „Úzkost“ 1 (1 %) respondent. Pocity jako jsou „Roztržitosť“ a „Rozčarování“ nevedl ani jeden z respondentů.

Odpověď „Jiné“ zvolili 3 (3 %) respondenti. Blíže byla specifikovaná jako vysvobození u 2 respondentů a úzkost byla zmíněna u 1 respondenta.

Dotazníková otázka č. 14

Jak dlouho se vyrovnáváte se smrtí pacienta?

- Přestanu nad tím přemýšlet po 1–2 dnech.
- Přestanu se tím zabývat po týdnu.
- U každého pacienta je to jiné.
- Jiné.(*prosím, napište*).....



Obrázek 14 Vyrovnávání respondentu se smrtí pacienta (autor, 2023)

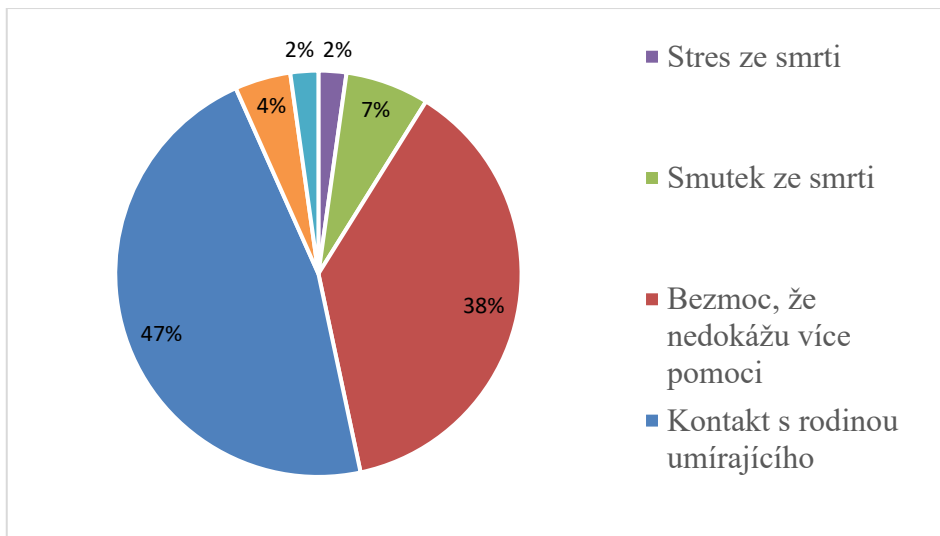
Výše uvedený graf uvádí, jak často se respondent vyrovnává se smrtí pacienta. Na otázku neodpovídali respondenti, kteří v otázce č. 13 zvolili odpověď „Smrt mě nijak nezasáhne“. Celkem bylo 40 (100 %) respondentů.

Nejčastější byla odpověď „U každého je to jiné“ 33 (83 %). „Po 1–2 dnech na to přestanu myslet“ zaznamenalo 6 (15 %) respondentů. „Po týdnu na to přestane myslet“ uvedl pouze 1 (2 %) respondent.

Dotazníková otázka č. 15

Co je pro vás v péči o umírajícího nejvíce zatěžující?

- Stres ze smrti.
- Smutek ze smrti.
- Bezmoc, že nedokážu více pomoci.
- Kontakt s rodinou umírajícího.
- Práce o umírajícího mě nezatěžuje.
- Jiné:(*prosím, napište*).....



Obrázek 15 Míra zátěže při péči o umírajícího (autor, 2023)

V této otázce odpovídají opět všichni respondenti. Celkem tedy 45 (100 %) respondentů.

Respondenti udávají jako nejvíce zatěžující „Kontakt s rodinou umírajícího“, a to ve 21 (47 %). případech „Bezmoc že, nedokážou více pomoci“ zvolilo 17 (38 %) respondentů.

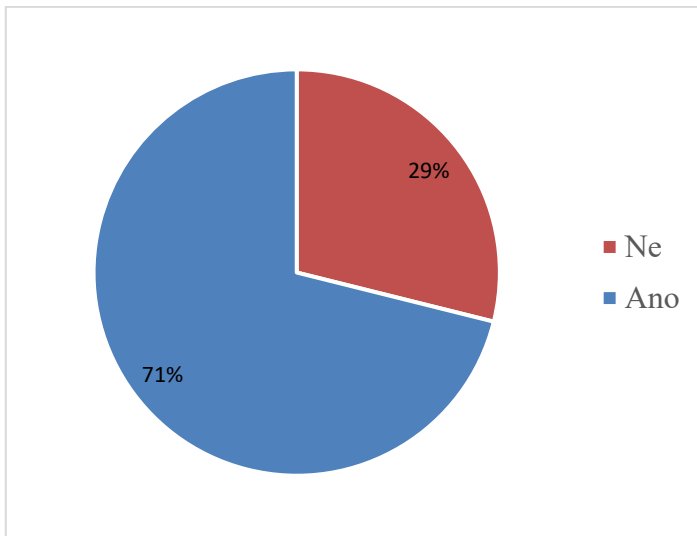
„Smutek ze smrti“ uvedli 3 (7 %) respondenti. „Práce o umírajícího pacienta nezatěžuje“ 2 (4 %) respondenti. „Stres ze smrti“ uvedl 1 (2 %) respondent.

Odpověď „Jiné“ blíže specifikovanou jako „Beru to tak jak to je“ uvedl 1 (2 %) respondent.

Dotazníková otázka č.16

Pokud zemře pacient, máte na oddělení nějaké zvyky/rituály? (můžete vybrat i více odpovědí)

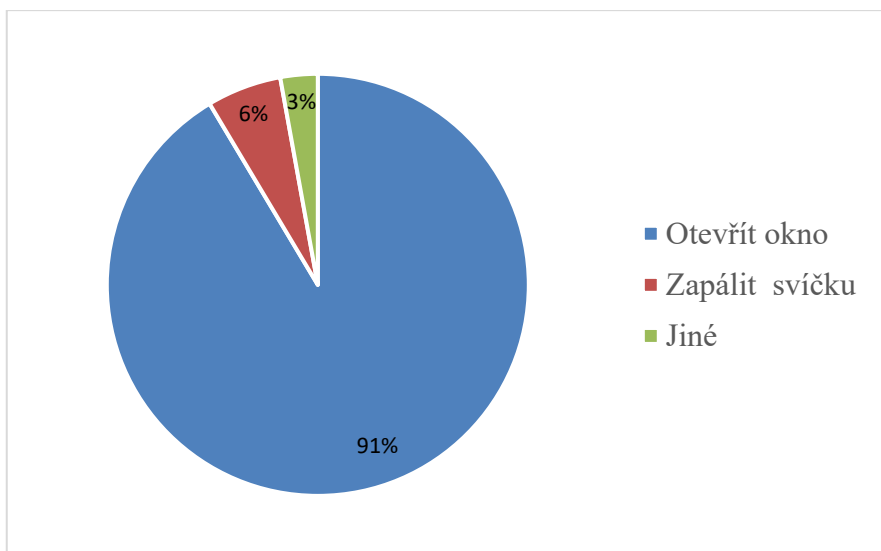
- Ano (pokud jste zvolil/a tuto odpověď, prosím, označte jaké):
 - Otevřít okno
 - Zapálit svíčku
 - Jiné (prosím, napište)
- Ne



Obrázek 16 Rituály po smrti pacientů na oddělení (autor, 2023)

Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

Graf číslo 16 uvádí rozdělení respondentů, skutečnost, zda mají na oddělení nějaké rituály. Odpověď „Ano“ uvedla většina respondentů, tedy 32 (71 %) zbylých 13 (29 %) respondentů vyplnilo jako svou odpověď „Ne“.



Obrázek 17 Konkrétní rituály respondentů (autor, 2023)

V grafu jsou vybráni pouze respondenti, kteří uvedli v otázce číslo 16 odpověď „Ano“, tedy 32 respondentů. Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkem bylo zaznamenání 35 (100 %) odpovědí.

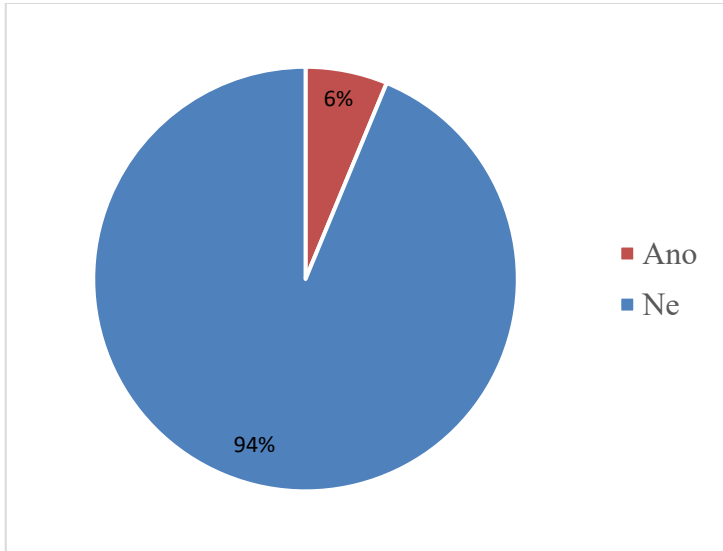
32(91 %) respondentů uvedlo jako rituál „*Otevření okna*“ po smrti pacienta. „*Zapálit svíčku*“ uvedli 2(6 %) respondenti.

Odpověď „*Jiné*“ uvedl 1 (3 %) respondent. Blíže byla specifikovaná jako rozsvícení světla na pokoji po smrti zemřelého.

Podotázka č.16

Máte vy sám/sama nějaké zvyky/rituály, které po úmrtí pacienta na oddělení uplatníte?

- Ano (*prosím, napište jaké*):.....
- Ne



Obrázek 18 Vlastní rituály respondentů po smrti pacienta (autor, 2023)

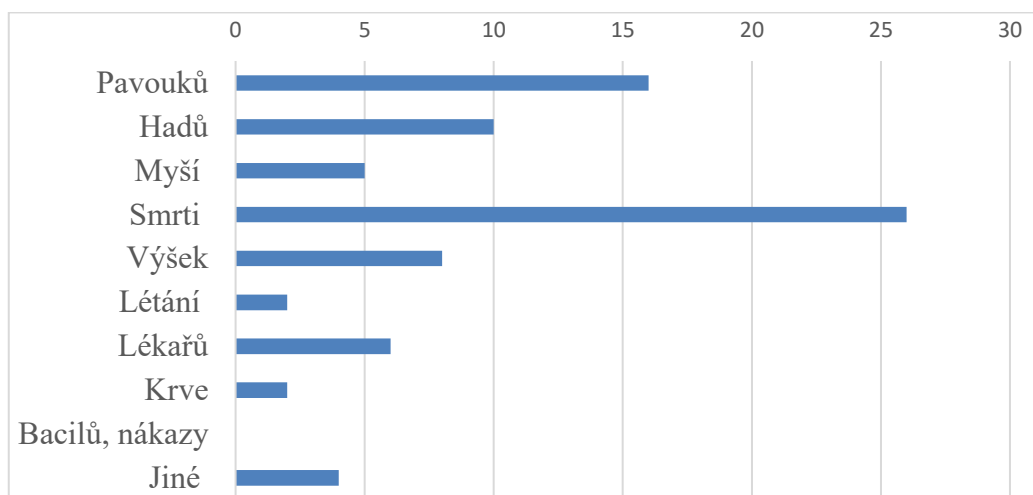
Ve výše uvedeném grafu opět odpovídají pouze respondenti, kteří zvolili v otázce číslo 16 „Ano“. Tedy 32 (100 %) respondentů.

Většina dotazovaných respondentů, tedy 30 (94 %) uvádí, že nemají vlastní rituály po smrti pacienta. Zvolili odpověď „Ne“. Odpověď „Ano“ vybrali 2 (6 %) respondenti, blíže byla uvedena jako odpověď krátká modlitba po smrti pacienta.

Dotazníková otázka č. 17

Mezi největší obavy byste zařadil/a ve vašem životě strach z:

- Pavouků
- Hadů
- Myší
- Smrti (pokud jste zvolil/a tuto odpověď, prosím, označte z jaké):
- Svoji
- Svých blízkých
- Smrti pacienta
- Výšek
- Létání
- Lékařů
- Krve
- Bacilů, nákazy
- Jiné (prosím, napište.....)



Obrázek 19 Největší obavy respondentů (autor, 2023)

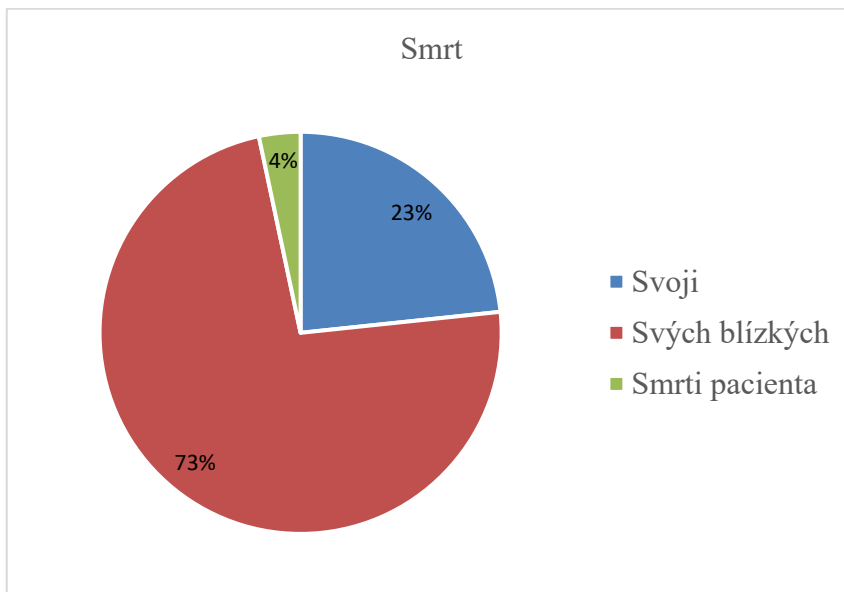
V dalším grafu můžeme vidět největší obavy v životě respondentů. Respondenti mohli uvádět více odpovědí. Celkem bylo 79 odpovědí tj. 100 %.

Nejvíce se respondenti bojí „Smrti“ 26(33 %), tyto odpovědi jsou rozebrány blíže v grafu číslo 20.

„Pavouků“ se bojí 16(20 %) respondentů. Odpověď „Hadů“ uvedlo 10(13 %) respondentů. „Výšek“ se bojí 8(10 %) respondentů. „Lékařů“ se bojí 6(8 %) respondentů. „Myší“ uvedlo 5 (6 %) respondentů. Z „Krve“ mají strach 2(2,5 %) respondenti stejně jako z „Létání“ (2,5 %). „Bacilů a nákazy“ se nebojí nikdo z respondentů.

Odpověď „Jiné“ uvedli 4(5 %) respondenti. Blíže specifikovanou odpovědí byla válka, kterou uvedli 2 respondenti. 1 respondent uvedl, že nemá strach z ničeho. 1 respondent zmínil strach z nemocnice.

Podotázka č. 17 – formy strachu ze smrti



Obrázek 20 Respondenti a jejich strach ze smrti (autor, 2023)

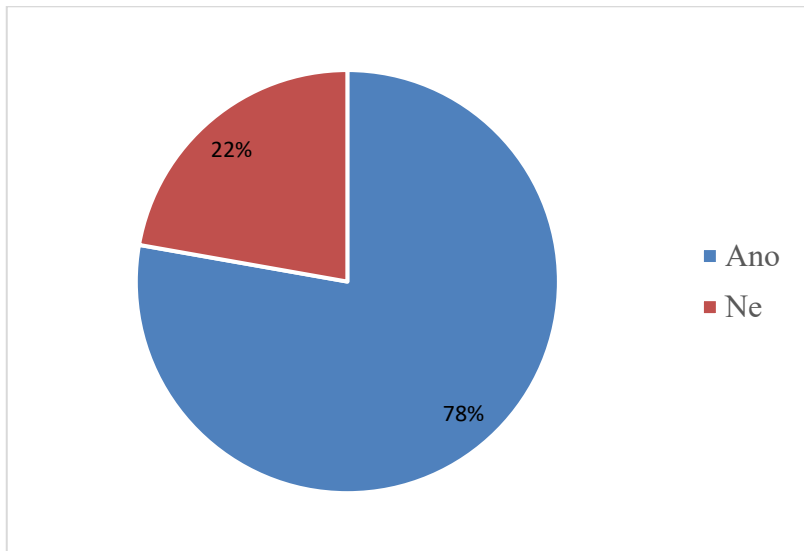
Graf číslo 20 uvádí formy strach ze smrti. Strach ze smrti uvedlo 26 respondentů. Tito respondenti měli možnost více odpovědí. Celkem bylo 30 odpovědí tj. 100 %.

Nejvíce se bojí respondenti „*Smrti blízkých*“ a to 22 (73 %). „*Svoji*“ smrti se bojí 7 (23 %) respondentů. „*Smrti pacienta*“ se bojí pouze 1 (3 %) respondent.

Dotazníková otázka č. 18

Pečujete nějak o své duševní zdraví?

- Ano
- Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 20.)



Obrázek 21 Respondenti a jejich péče o duševní zdraví (autor, 2023)

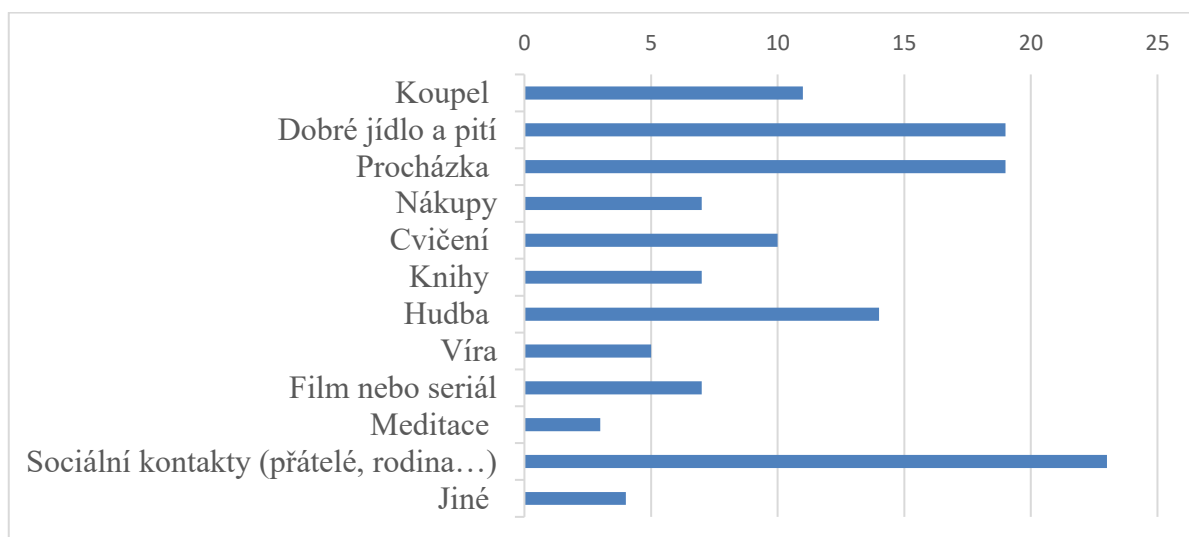
Na dotazníkovou otázku č. 18 odpovídalo 45 (100 %) respondentů. Graf číslo 21 znázorňuje, zda respondent pečuje o své duševní zdraví. Tato otázka byla filtrační.

Odpověď „Ano“ uvedla většina respondentů, a to přesně 35 (78 %). Odpověď „Ne“ zapsalo 10 (22 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 19

Co používáte k udržení nebo znovunavrácení psychické pohody?

- Koupel
- Dobré jídlo a pití
- Procházka
- Nákupy
- Cvičení
- Knihy
- Hudba
- Víra
- Film nebo seriál
- Meditace
- Sociální kontakty
- Jiné (*prosím, napište*).....



Obrázek 22 Péče o duševní zdraví, kterou respondenti provádějí (autor, 2023)

Na otázku číslo 19 odpovídali pouze respondenti kteří v otázce 18 uvedli odpověď „Ano“. Celkem odpovídalo 35 respondentů. Respondenti měli vybrat minimálně 3 odpovědi. Celkově bylo zaznamenáno 129 (100 %) odpovědí.

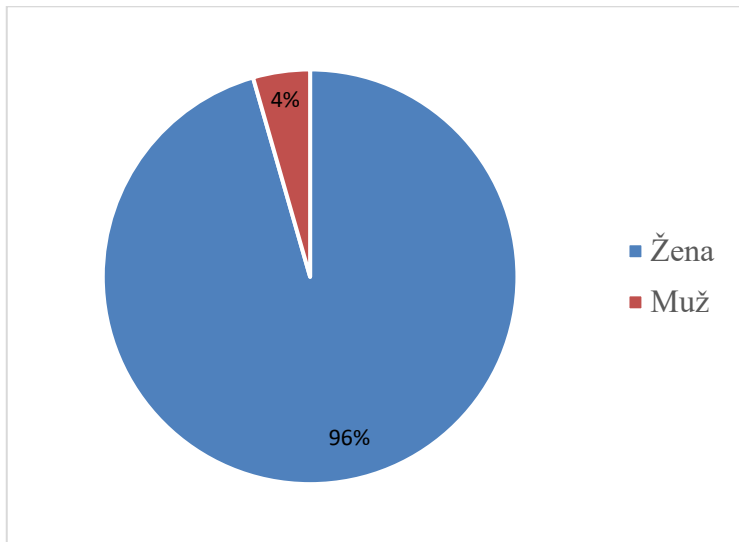
Nejpočetnější byla odpověď „Sociální kontakty“, kterou uvedlo 23 (18 %) respondentů. „Procházky“ zvolilo 19 (15 %) respondentů, stejně jako „Dobré jídlo a pití“ 19 (15 %). „Hudbu“ uvedlo 14 (11 %) respondentů. 11 (9 %) respondentů zaznamenalo „Koupel“ jako svou odpověď. „Cvičení“ uvedlo 10 (8 %) respondentů. „Nákupy“ uvedlo 7 (5 %) respondentů, taktéž je tomu u odpovědi „Knihy“, a také „Filmy nebo seriály“. K odpovědi „Víra“ se obrací 5 (4 %) respondentů. 3 (2 %) respondentů uvádí „Meditaci“.

Odpověď „Jiné“ uvedlo 4 (3 %) respondentů, 2 respondenti uvedli turistiku, 1 respondent uvádí ruční práce a 1 respondent uvádí alkohol.

Dotazníková otázka č. 20

Prosím, označte vaše pohlaví

- Žena
- Muž



Obrázek 23 Pohlaví (autor, 2023)

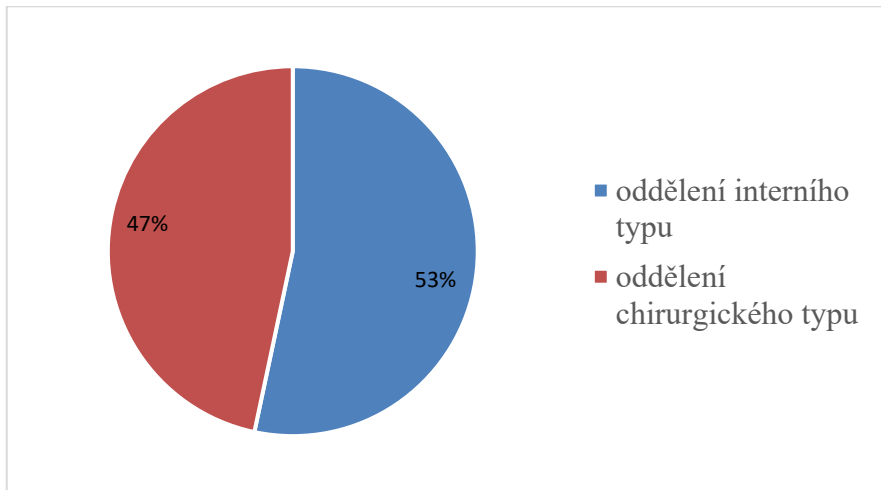
Na tuto dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

Graf číslo 23 uvádí, že většinu respondentů tvoří „Ženy“ a to 43 (96 %) respondentů. Odpověď „muž“ byla zaznamenána 2 (4 %) respondenty.

Dotazníková otázka č. 21

Prosím označte, na kterém oddělení pracujete

- oddělení interního typu
- oddělení chirurgického typu



Obrázek 24 Oddělení (autor, 2023)

Na dotazníkovou otázku odpovídalo 45 (100 %) respondentů.

V posledním grafu můžeme vidět porovnání, zda se jedná o oddělení interního nebo chirurgického typu. „*Oddělení interního typu*“ označilo 24 (53 %) respondentů. O něco méně respondentů, 21 (47 %) uvedlo „*oddělení chirurgického typu*“.

8 DISKUZE

Dotazníkové šetření a prezentace výsledků jsou v této části práce srovnány s následujícími zdroji:

Diplomová práce – *Strach ze smrti u všeobecných sester* (Macková, 2020), *Umírání a smrt na intenzivní péči z pohledu studentů* (Zemánková, 2020).

Bakalářská práce – *Sestra a strach ze smrti* (Hejská, 2012), *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení* (Snozová, 2016), *Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči* (Řehouňková 2015), *Umírání a smrt v nemocnici* (Zbožínková, 2015)

Průzkumná otázka č.1: "Pamatují si respondenti první úmrtí svého pacienta?"

K hodnocení první průzkumné otázky jsou v dotazníku položeny otázky č. 1,2,3,4,5 a 6.

Dotazníková otázka č. 1 odkazovala na vzpomínku respondentů na první úmrtí v jejich životě. Bylo zjištěno, že se nejčastěji respondenti se smrtí setkali již v dětském věku, a to během docházky na základní školu (32 %), (viz obr. 1, str 37). Pro průzkumnou otázku č. 1 byla nejdůležitější otázka z dotazníkového šetření č. 2, která zjišťovala kdy se respondenti poprvé setkali se smrtí pacienta. Nejčastěji se respondenti se smrtí pacienta poprvé setkali již během studia na střední škole 26 (55 %) respondentů. Dle mého úsudku tuto odpověď zvolili hlavně respondenti, kteří mají středoškolské vzdělání v oboru praktická sestra nebo zdravotnický asistent. 3respondenti (6 %), kteří uváděli možnost setkání se se smrtí pacienta během studia na vysoké škole, jsou zřejmě z jiného oboru. Překvapivě dva respondenti (4 %) uvedli odpověď, že se nikdy se smrtí pacienta ještě nesetkali. Tito respondenti byli z dalšího šetření vyřazeni. (viz obr. 2. str. 38) Jeden respondent (2 %) zvolil odpověď nepamatují si.

Dotazníková otázka číslo 3 blíže určovala, jak často se respondenti setkávají se smrtí pacienta na svém oddělení. Nejčastější odpovědí bylo 1 až 2x měsíčně -event. Méně, kterou uvedlo 37 respondentů (82 %). 3 respondenti (7 %) uvedlo odpověď, že se se smrtí pacientů na svém oddělení setkávají více než 5x za měsíc (viz obr. 3. str 39). Hejská (2012, str. 26) shodně uvedla, že její respondenti se se smrtí pacientů na oddělení taktéž setkávají nejčastěji 1 – 2x za měsíc (80 %). Práce Řehouňkové (2015, str. 33) potvrzuje jako nejčastější setkávání se smrtí přibližně

1x za měsíc u 59 % z jednoho celku a u 31 % z jejího druhého sledovaného vzorku. To nás tedy vede k domněnce že, je zde velký rozptyl mezi respondenty a nejedná se tedy o pravidelný děj.

Dotazníková otázka číslo 4 zjišťovala, zda si respondenti pamatují na úmrtí svého prvního pacienta. Zde byla nejčastější odpověď „Ano“, a to u 71 % respondentů (viz obr. 4, str.40).

Následující otázka č. 5 byla zaměřena právě na tyto respondenty, kteří měli označit, jaké pocity mají dnes, když si na událost vzpomenu. Nejčastěji označená odpověď byla „Bezmoc“ (29 %) a stejný počet respondentů uvedlo, že při vzpomínce na první úmrtí pacienta již nic necítí (29 %) (viz obr. 5, str. 41). Toto zjištění se téměř shoduje se zjištěním Snozové (2016, str. 42), která uvedla ve své práci, že 25 % jejich respondentů s vysokoškolským vzděláním při vzpomínce na úmrtí prvního pacienta pociťuje bezmoc a lítost, ale 39 % jejich respondentů uvedlo, že si již na svoje pocity po úmrtí prvního pacienta nepamatují. Další pocity, jako strach, úzkost a zaskočení byly také respondenty v této bakalářské práci zmíněny. Překvapivě smutek označili pouze dva (6 %) respondentů.

Otázka č. 6 uvádí ze 45 respondentů 40 (87 %), kteří mají pocit, že se se smrtí pacienta nyní dokážou lépe vyrovnat (viz obr. 6 str. 42). Pouze 5(13 %) respondentů uvedlo, že jejich pocity jsou stejné, jako byly při úmrtím prvního pacienta.

Z výše uvedených dotazníkových otázek, které se vztahují k 1. průzkumné otázce lze konstatovat, že se většina respondentů (všeobecných sester) se smrtí pacienta setkala již během studia na střední školy a také, že si většina z nich na první úmrtí svého pacienta pamatuje. Nejčastějším pocitem při vzpomínce na tuto událost byla označena bezmoc i přesto, že někteří respondenti nyní již nic nepociťují. Tak, jak uváděli respondenti, většina z nich se dnes se smrtí pacienta dokáže lépe vyrovnat.

Průzkumná otázka č. 2: Berou respondenti strach ze smrti pacientů jako svou největší obavu v životě?

Na hodnocení této průzkumné otázky se vtaňovaly otázky z dotazníkového šetření č. 7, 8, 9, 13, 14, 15 a 17.

Průzkumná otázka č. 2 zkoumala, jak berou pacienti strach ze smrti vzhledem k jiným strachům.

Dotazníková otázka č.7 přibližuje co pro respondenty znamená smrt. Nejčastěji byla zmíněna odpověď něco, co k životu patří (44 %), (viz obr. 7 str, 43). Tato odpověď nebyla nijak překvapující. Odpověď konec života a přirozenou věc byla také zmíněna vícekrát. Ostatní odpovědi byly zaznamenány pouze v jednotkách.

V otázce č. 8 respondenti uvádějí strach ze smrti pacienta na škále od 1 do 5 (1 – vůbec, 5 – nejvíce). Nejčastěji byla zmíněna odpověď 3. (44 %), (viz obr. 8 str, 44). Tuto odpověď si vysvětlují jako neutrální postoj. V otázce číslo 9. měli respondenti stejnou škálu, otázka byla položena jinak. V této otázce se ptám na strach z vlastní smrti. Nejčastěji se opět objevila odpověď číslo 3, neutrální postoj (27 %), (viz obr. 9 str, 45). Tento faktor se mi potvrdil v porovnání s prací Mackové (2020 str. 30). Dále ale bylo téměř srovnatelné, zda se respondenti nejvíce bojí smrti nebo naopak nebojí vůbec. Tyto dvě otázky nám tedy ukazují že, respondenti se nebojí smrti pacientů tolik jako se bojí smrti své vlastní.

Dotazníková otázka č. 13 pomáhá zmapovat pocity respondentů po smrti pacienta, jak je výše zmíněno strach nebyl nejčastěji zmiňovanou odpovědí. Nejfrekventovanější byla úleva (21 %) a smutek (21 %), (viz obr. 13 str, 49). Tento faktor potvrzuje i Zemánková (2020, str. 33) Nejčastěji byla zmiňována odpověď – vysvobození z utrpení, můžeme to chápat jako odpověď – úleva v tomto dotazníkovém šetření. Hejsková (2012, str. 28) uvádí smutek jako nejčastější pocit, dále také strach, který byl v tomto dotazníkovém šetření uveden v menší míře. 5 respondentů uvedlo, že je smrt nikdy nezasáhla.

Mezi časté pocity můžeme také řadit, jak dlouho se respondent vyrovnává se smrtí. Vztahovala se k tomu dotazníková otázka č. 14. Ve většině se zde ukazovala odpověď – u každého pacienta je to jiné (83 %). Ostatní odpovědi byly zaznamenány pouze v jednotkách (viz obr. 14 str, 51).

V dotazníkové otázce číslo 17 byla zmíněna odpověď strach ze smrti a v této odpovědi byl nejvíc zaznamenán strach ze smrti svých blízkých (73 %), (viz obr. 20 str, 57). Následně smrti vlastní a pouze 1 respondent uvedl strach ze smrti pacienta.

Otázka č. 15 z dotazníku uváděla, co je nejvíce pro respondenty zatěžující při péči o umírajícího. Jako nejvíce zatěžující uvádějí – komunikaci s rodinou umírajícího pacienta (47 %), (viz obr. 15 str, 52). Naopak tomu bylo v práci Hejské (2012, str. 33), kde bylo uvedeno jako největší překážkou strach z utrpení pacienta a následně komunikace s rodinou pacienta. Mezi dalšími odpověďmi dotazníkového šetření byla zaznamenána odpověď – bezmoc,

že nedokážu více pomoci. Tato odpověď navádí na to, že někteří respondenti jsou více citliví v této oblasti. Ostatní odpovědi byli zaznamenány pouze v jednotkách.

Průzkumná otázka č.3: Poskytují zaměstnavatelé respondentům možnost využívat nějaké formy odreagování a odbourávání stresu ze smrti pacientů?

Na tuto průzkumnou otázku se vztahovalo několik otázek z dotazníkového šetření byly to otázky č. 10,11,12.

V této otázce zjišťuji, zda respondenty zasáhla smrt některého jejich pacienta. 26 (58 %), (viz obr. 10 str, 46). respondentů uvedla, že je osobně smrt pacienta zasáhla, bohužel zaměstnavatel ve většině případů nepomohl ztrátu překonat.

Nejzásadnější byla otázka číslo 11 která, dělila respondenty na ty, kteří uvádějí podporu ze strany zaměstnavatele a další, kteří tuto podporu nemají. 16 (62 %), (viz obr. 11 str, 47) respondentů uvádí, že jejich zaměstnavatel nenabízí žádnou možnou kompenzaci, jak ulevit svému stresu. Nepomohl při otázkách duševní péče ani neposkytl odbornou duševní podporu ze strany peer podpory. Jinak je tomu u Snozové (2016, str. 43). Z jejího průzkumu vyplývá, že většina respondentů má na jednotlivých odděleních podporu, nejčastěji se jedná o přítomnost kolegyně nebo staniční sestry, která je jim oporou Navazující otázkou byla otázka číslo 12. zde odpovídali pouze respondenti, kteří uvádějí podporu ze strany zaměstnavatele. Nejčastější odpovědí byla peer podpora u 6 (55 %), (viz obr. 12 str, 48). Zbožínková (2015, str.47) uvádí, že téměř polovinu respondentů by potěšila pasivní podpora zaměstnavatele např. vstupenky na kulturní akce, informovanost o volnočasových aktivitách, sportovní utkání apod.

Průzkumná otázka č. 4: Mají respondenti vlastní návyky, aby se udrželi v psychické pohodě?

V dotazníkovém šetření byly otázky č.18 a 19 vztahující se k této průzkumné otázce.

Dotazníková otázka č. 18 dělila respondenty na dvě skupiny. 35 (78 %) respondentů uvádí, že pečují o své duševní zdraví (viz obr. 21 str, 58). Na otázku č. 19 tedy odpovídali pouze ti, kteří o své zdraví pečují. Jako nečastější péči o znovunavrácení do psychické pohody udávají respondenti sociální kontakty (18 %), dále respondenti zmiňovali často také procházky, dobré

jídlo a pití (15 %). Mezi další často označené možnosti byla zaznamenána koupel, cvičení a hudba. Méně častou odpovědí byly nákupy, filmy nebo seriály. Ostatní odpovědi byly vybrány pouze v jednotkách, (viz obr. 22 str, 59). Pro můj průzkum byla překvapivá odpověď respondenta, který uvedl alkohol jako nástroj, používající k udržení a znovunavrácení do pohody.

Průzkumná otázka č. 5: Existují na oddělení nějaké rituály po úmrtí pacientů?

K této průzkumné otázce se vztahovala otázka z dotazníkového šetření č. 16.

32 (71 %), (viz obr. 16 str, 53). respondentů uvádí že, na jejich oddělení provozují rituály po smrti pacienta. Všichni tito respondenti jako rituál, který se provádí uvedli otevření okna, (viz obr. 17 str, 54). Ostatní odpovědi byli zmíněny pouze v jednotkách. Dále navazuje otázka, zda mají respondenti vlastní rituály, 30 (94 %) respondentů uvádí, že nemají vlastní rituály, (viz obr. 18 str, 55). Pouze dva respondenti uvedli jako vlastní rituál modlitbu. Zbožínková (2015, str. 38) uvádí u poloviny svých respondentů otevření okna jako rituál, dále uvádí modlitbu ve větším měřítku, než tomu bylo u průzkumu.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol – smrt, umírání, strach a duševní hygiena. Kapitoly jsou dále členěny na podkapitoly, které se týkají dané oblasti.

Průzkumná část bakalářské práce je zpracována na podkladě dotazníkového šetření, které bylo uskutečněno v nejmenované nemocnici krajského typu. Probíhal od 1 5.- 31 8. roku 2022.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké pocity mají všeobecné sestry po smrti pacienta. Ke splnění hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle a průzkumné otázky.

Hlavní cíl: Zjistit jaké pocity mají všeobecné sestry po smrti pacienta.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejčastějšími pocity jsou úleva a smutek. Smutek ze smrti pacienta nebyl nijak překvapivým zjištěním tohoto cíle. Překvapením, ale bylo, že strach byl při smrti pacienta zaznamenán pouze 5krát. Respondenti také uváděli, že vzhledem k délce praxe a počtu úmrtí pacientů se mění i jejich postoj k dané problematice a nezažívají stejné pocity jako při prvním úmrtí.

První dílčí cíl: Zjistit strach ze smrti pacientů u všeobecných sester na standardním nemocničním oddělení

Na standardním oddělení pracují všeobecné sestry, které se setkávají se smrtí pacienta v průběhu své praxe. Předpoklad byl, že největší strach všeobecných sester bude tedy smrt pacienta. V průběhu průzkumu bylo zjištěno, že se respondenti bojí více smrti svých blízkých nebo své vlastní než smrti pacienta. Během šetření byl také zaznamenán častým strachem strach ze pavouků, hadů a dalších zvířat.

Druhý dílčí cíl: Zjistit, zda poskytuje zaměstnavatel všeobecným sestřím podporu v odbourání stresu ze smrti pacientů

Zdraví máme pouze jedno a v případě psychického zdraví toto platí dvojnásob. Proto je důležitá podpora ze strany zaměstnavatele a mělo by se tedy jednat o záležitost o které se bude veřejně mluvit. Bohužel v průzkumu bylo zjištěno, že ve většině případů zaměstnavatel neposkytl duševní podporu. Možným problémem může být nedostatečná informovanost ze strany zaměstnavatele o možnostech duševní podpory, kterou by mohl svým zaměstnancům poskytovat. Supervize, peer podpora a rozhovor s psychologem by měly být branné jako

samozřejmá péče a podpora o pečující osoby. Většina respondentů uvádí pouze vlastní péči o své zdraví, kterou je např. film nebo seriál, sociální kontakty apod.

Dílčí cíle a hlavní cíl byly splněny. Mohli bychom do tohoto tématu ještě mnoho otázek doplnit do tohoto tématu. Doufám, že se smrti dostane i do povědomí laické veřejnosti ta se jí nebude se jí obávat. Také doufám v návrat do doby, kdy nebylo nejčastější umírání v nemocnici, ale v domácím prostředí nebo alespoň v místech, které budou uzpůsobeny poslednímu rozloučení a důstojnému umírání. Bohužel vzhledem k ekonomické a sociální situaci ve společnosti k tomuto návratu zřejmě nepovede

Závěrem práce bych ráda zdůraznila, že je důležité věnovat pozornost tomu to tématu. V několika případech respondenti uvedli, že nedostali od zaměstnavatele možnost se svým strachem vypořádat pomocí odborné nebo jiné pomoci.

9.1 Doporučení pro praxi

Přála bych si, aby se zlepšila komunikace mezi vedením nemocnice a všeobecnými sestrami o dané problematice. Do praxe bych doporučila větší informovanost o možnosti peer podpory nebo jiné odborné pomoci z řad profesionálů. Vhodnými by například mohly být jednodenní semináře nebo supervize, ať už skupinové nebo individuální. Také bych ráda uvedla, že pokud jste v psychické pohodě, odráží se tato skutečnost i ve vaší práci. Každá všeobecná sestra by si měla najít nějakou svoji rutinu, která jí dokáže dostat zpět do psychické pohody.

9.2 Limity a doporučení pro další průzkum

Bakalářská práce se vyznačuje menším počtem zastoupených respondentů – všeobecných sester. Nelze tedy říci, zda by výsledky odpovídaly názorům většího množství respondentů a také, zda by se shodovaly výsledky, pokud by respondenty byli i všeobecné sestry z jiných oddělení. Při případné další práci, věnující se tomuto tématu, by bylo jistě zajímavé přidat k dotazníkovému šetření aspekt věku respondentů, délky jejich praxe, vzdělání a sledovat, jak se mění složení jednotlivých odpovědí

10 POUŽITÁ LITERATURA

10.1 Primární literární zdroje

1. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.
4. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
5. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. ISBN 978-80-271-0130-6.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
8. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
9. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Přeložil Jana HEŘMANOVÁ. Praha: Grada, 2005. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
10. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
11. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
12. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

13. ULRICHOVÁ Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
15. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
16. VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-27-6.
17. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
18. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

10.2 Sekundární literární zdroje

1. HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-107-7.
2. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2018-2020*. Přeložil Petra MANDYSOVÁ. Praha: GRADA Publishing, 2020, 518 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
3. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. Sestra. ISBN 80-247-1212-1.
4. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
5. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.
6. KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. Studijní texty, sv. 48. ISBN 978-80-7419-033-9.

7. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-430-X.
8. MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.
9. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
10. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.
11. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
12. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1213-X.

10.3 Internetové zdroje

1. Co je supervize. *Český institut pro supervizi* [online]. 2006 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
2. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 13. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
3. Healthy Nurse, Healthy Nation. *American Nurse Today* [online]. 2019 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/~4a6d20/globalassets/docs/ana/practice/hnhn18-19highlights.pdf>
4. HLUBUČKOVÁ, Andrea. Když pláč nepomáhá. *Psychologie.cz* [online]. Mindlab, 2020 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/kdyz-plac-nepomaha/>

5. KABACOFF, Robert. *Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric inpatients* [online]. 1997 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/figure/FACTOR-PATTERN-AND-COMMUNALITIES-FOR-STATE-TRAIT-ANXIETY-INVENTORY-ITEMS_tb11_14086224
6. O rituálech. *Cesta domů* [online]. Praha 4 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/vzorova-hodina/o-ritualech>
7. Peer podpora. *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc: FN Olomouc, 2019 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://spis.fnol.cz/peer-podpora>
8. PFEFFEROVÁ, Eva, Alena Pistulková. Smrt a umírání na ARO. *florence* [online]. 2011, 5 [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/5/>. ISSN 2570-4915
9. SÁGOVÁ, Michaela. *Chronická bolest hemodialyzovaných pacientů -základy diagnostiky a farmakoterapie* [online]. 2005 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/chronicka-bolest-hemodialyzovanych-pacientu-zaklady-diagnostiky/>
10. SENEL, Ahmet Can. *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* [online]. 2014 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/figure/Amsterdam-Preoperative-Anxiety-and-Information-Scale_fig2_260377056
11. SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ. *Nástroje k hodnocení bolesti* [online]. 2020 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_05_nastroje.html
12. Stress. *World Health Organization* [online]. 2023 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
13. ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. Ministerstvo zdravotnictví zavádí psychosociální podporu zdravotníkům. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha 2: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z:

<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-zavadi-psyhosocialni-podporu-zdravotnikum/>

14. Templer Death Anxiety Scale (DAS). *Psychological Scales* [online]. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: https://scales.arabpsychology.com/s/templer-death-anxiety-scale-das/?fbclid=IwAR1R4A4-68GIhMkKtNwxw5_Ed5Y5Qdla6Opeg3Z6DZXqIAAtUgkJ16jZagvw
15. VOHARČÍK, Zdeněk. Pláč: Proč je pro psychickou pohodu a naše oči důležitý?. *Nechci se bát* [online]. Praha 9, 2020 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.nehcisebat.cz/2020/10/29/plac-proc-je-pro-psychickou-pohodu-a-nase-oci-dulezity/>
16. VOHARČÍK, Zdeněk. Zbavte se strachu ze smrti jednou provždy. *Nechci se bát* [online]. Praha 9, 2020 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.nehcisebat.cz/2020/09/24/zbavte-se-strachu-ze-smrti-jednou-provzdy/>

10.4 Studie

1. BRÁZDA, František. *Kritické zhodnocení výzkumů vzájemného vztahu náboženství a úzkosti ze smrti* [online]. Brno, 2019 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2045ac/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Radek Kundt, Ph.D.
2. HEJSKÁ, Lucie. *Sestra a strach ze smrti* [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vjo85a/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Linda Říhová.
3. MACKOVÁ, Jana. *Strach ze smrti u všeobecných sester* [online]. Brno, 2020 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/cxfohc/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Marie Macková, Ph.D.
4. ŘEHOUNKOVÁ, Michaela. *Představy všeobecných sester pracujících na ARO o paliativní péči* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fqna27/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.
5. SNOZOVÁ, Monika. *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení* [online]. Brno, 2016 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z:

<https://theses.cz/id/oxpwbp/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D

6. ZBOŽÍNKOVÁ, Jarmila. *Umírání a smrt v nemocnici* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pm20nv/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.
7. ZEMÁNKOVÁ, Martina. *Umírání a smrt na intenzivní péči z pohledu studentů* [online]. Brno, 2020 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3j7n7n/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník	76
Příloha B – škála DAS	82
Příloha C – škála STAI	83
Příloha D - škála VAS	83
Příloha E – škála APAIR	84

Příloha A – Dotazník

Vážená paní/vážený pane,

jmenuji se Tereza Tichá, studuji na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice – obor všeobecné ošetrovatelství, 2. ročník. Zároveň jsem také praktickou sestrou na interním oddělení.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro mou bakalářskou práci na téma „*Strach ze smrti pacientů u všeobecných sester*“ Tento dotazník je určen pro všeobecné sestry. Prosim o zaškrtnutí jedné odpovědi, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je dobrovolný a zcela anonymní. Vyplnění tohoto dotazníku Vám zabere pouze pár minut. Budete-li mít zájem, ráda Vás seznámím s výsledky dotazníkového šetření.

Děkuji za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku, který je pro mě a moji bakalářskou práci cenným přínosem.

1. Poprvé jsem se se **smrtí** setkal/a? (*např. rodinný příslušník, kamarád, soused, ... – tedy mimo úmrtí pacienta*)

- Během docházky na základní škole
- Během studia na střední škole
- Během studia na vysoké škole
- Jindy (*prosim, napište kdy*):
- Nepamatuji si
- Nikdy

2. Poprvé jsem se se **smrtí pacienta** setkal/a?

- Během studia na střední škole
- Během studia na vysoké škole
- Po nástupu do zaměstnání
- Nepamatuji si
- Ještě jsem se se smrtí pacienta nepotkal/a (*v případě volby této odpovědi Vám děkuji za ochotu k vyplnění dotazníku, ale dál již nepokračujte*)

3. **Na oddělení** se setkávám se smrtí pacienta:

- 1x – 2x za měsíc – event. méně
- 3x – 4x za měsíc

5x a více za měsíc

4. Pamatujete si první smrt vašeho pacienta?

Ano

Ne (*pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 6.*)

5. Co cítíte, když si vzpomenete na smrt vašeho prvního pacienta? (*prosím rozepište se*)

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

6. Pociťujete, že se se smrtí dokážete v současné době lépe vyrovnat, než při Vašem prvním kontaktu se smrtí pacienta?

Ano

Ne

7. Smrt pro mě znamená? (*můžete vybrat více odpovědí*)

Začátek něčeho nového

Konec života

Něco, co k životu patří

Přirozenou věc

Jiné (*prosím, napište*)

8. Na škále od 1 do 5 označte, jak hodně se bojíte – máte obavu ze smrti pacienta? (1 – vůbec, 5 nejvíce)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

9. Na škále od 1 do 5 označte, jak hodně se bojíte vlastní smrti? (1 – vůbec, 5 nejvíce)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

10. Zasáhla vás osobně smrt některého vašeho pacienta?

- Ano
- Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 13.)

11. Pomohl vám v tomto případě zaměstnavatel překonat ztrátu?

- Ano
- Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 13.)

12. Jak vám zaměstnavatel pomohl?

- Peer podpora
- Konzultace u psychologa
- Duchovní podporu
- Jiné možnosti:
 - Dovolená
 - Masáže
 - Neplacené volno
 - Relaxační pobyt
- Jiné (prosím, napište)

13. Jaké pocity vás zasáhnou po smrti pacienta? (můžete vybrat i více odpovědí, maximálně však 3)

- Strach
- Smutek
- Beznaděj
- Bezmoc
- Pochopení
- Úleva
- Starost
- Roztržitost
- Rozčarování
- Zlost
- Zmatek
- Jiné pocity (prosím, napište)
- Smrt pacienta mě dosud nijak nezasáhla (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 15.)

14. Jak dlouho se vyrovnáváte se smrtí pacienta

- Přestanu nad tím přemýšlet po 1–2 dnech.
- Přestanu se tím zabývat po týdnu.
- U každého pacienta je to jiné.
- Jiné (prosím, napište)

15. Co je pro vás v péči o umírajícího nejvíce zatěžující?

- Stres ze smrti
- Smutek ze smrti
- Bezmoc, že nedokážu více pomoci
- Kontakt s rodinou umírajícího
- Práce o umírajícího mě nezatěžuje
- Jiné (prosím, napište)

16. Pokud zemře pacient, máte na oddělení nějaké zvyky/rituály? (můžete vybrat i více odpovědí)

- Ano (pokud jste zvolil/a tuto odpověď, prosím, označte jaké):
 - Otevřít okno
 - Zapálit svíčku
 - Jiné (prosím, napište)

Ne

Máte Vy sám/sama nějaké zvyky/rituály, které po úmrtí pacienta na oddělení uplatníte?

Ano (prosím, napište jaké):.....

Ne

17. Mezi největší obavy byste zařadil/a ve vašem životě strach z: (můžete vybrat více odpovědí)

Pavouků

Hadů

Myši

Smrti (pokud jste zvolil/a tuto odpověď, prosím, označte z jaké):

Svoji

Svých blízkých

Smrti pacienta

Výšek

Létání

Lékařů

Krve

Bacilů, nákazy

Jiné (prosím, napište.....)

18. Pečujete nějak o své duševní zdraví?

Ano

Ne (pokud jste označili tuto odpověď, prosím, pokračujte otázkou číslo 20.)

19. Co používáte k udržení nebo znovunavrácení psychické pohody? (vyberte minimálně 3 odpovědi)

Koupel

Dobré jídlo a pití

Procházka

Nákupy

Cvičení

Knihy

Hudba

Víra

Film nebo seriál

- Meditace
- Sociální kontakty (přátelé, rodina...)
- Jiné (*prosím, napište*).....

20. Prosím, označte Vaše pohlaví

- Žena
- Muž

21. Prosím označte, na kterém oddělení pracujete

- oddělení interního typu
- oddělení chirurgického typu

Příloha B – škála DAS

Templer [Death Anxiety Scale](#) (DAS)

1. I am very much afraid to die.
2. The thought of [death](#) seldom enters my [mind](#).
3. It does not make me [nervous](#) when people talk about [death](#).
4. I [dream](#) to think about having to have an operation.
5. I am not at all afraid to die.
6. I am not particularly afraid of getting [cancer](#).
7. The thought of [death](#) never bothers me.
8. I am often distressed by the way time flies so very rapidly.
9. I [fear](#) dying a painful [death](#).
10. The subject of life after [death](#) troubles me greatly.
11. I am really scared of having a heart attack.
12. I often think about how short life really is.
13. I shudder when I hear people talk about a World War III.
14. The sight of a dead body is horrifying to me.
15. I feel that the future holds nothing for me to [fear](#). (Templer, 1970)

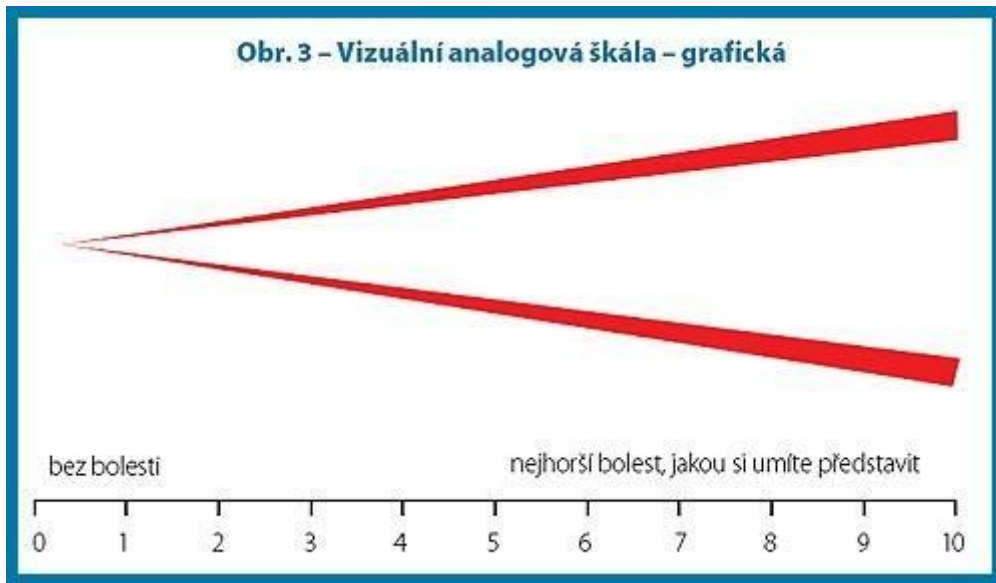
Příloha C – škála STAI

Item	Factor Loading		
	I	II	h ²
1. I feel calm	.50	-.21	.41
2. I feel secure	.61	-.10	.45
3. I am tense	.01	.63	.39
4. I am strained	.05	.59	.32
5. I feel at ease	.59	-.05	.38
6. I feel upset	.03	.78	.58
7. I am presently worrying	-.01	.57	.33
8. I feel satisfied	.57	-.10	.39
9. I feel frightened	-.03	.69	.50
10. I feel comfortable	.59	-.19	.51
11. I feel self-confident	.70	.04	.46
12. I feel nervous	.05	.76	.54
13. I feel jittery	.01	.73	.52
14. I feel indecisive	-.09	.55	.37
15. I am relaxed	.58	-.10	.41
16. I feel content	.62	.06	.35
17. I am worried	.12	.79	.54
18. I feel confused	-.10	.62	.45
19. I feel steady	.69	-.01	.47
20. I feel pleasant	.68	.05	.43
21. I feel pleasant	.64	.02	.40
22. I tire nervous and restless	-.32	.44	.44
23. I feel satisfied with myself	.79	.09	.56
24. I wish I could be as happy as others seem	-.20	.23	.14
25. I feel like a failure	-.48	.15	.32
26. I feel rested	.61	.09	.33
27. I am calm, cool, and collected	.67	.03	.43
28. I feel that difficulties are piling...	-.34	.38	.39
29. I worry too much over something...	-.06	.37	.16
30. I am happy	.70	-.05	.52
31. I am inclined to take things hard	-.20	.38	.27
32. I lack self-confidence	-.38	.17	.24
33. I have disturbing thoughts	.78	.03	.59
34. I make decisions easily	.50	.02	.27
35. I feel inadequate	-.38	.21	.27
36. I am content	.70	-.07	.55
37. Some unimportant thought runs...	-.10	.34	.16
38. I take disappointments so keenly...	-.26	.28	.22
39. I am a steady person	.52	-.08	.32
40. I get in a state of tension or turmoil...	-.38	.30	.35

Note. Interfactor correlation = -0.52. Factor loadings are standardized regression coeff

Obrázek 25 STAI (Kabacoff, 1997)

Příloha D - škála VAS



Obrázek 16 VAS (Ságová, nedatováno)

Příloha E – škála APAIR

	Not at all	1	2	3	4	5	Very much
1. I am worried about the anesthetic.							
2. The anesthetic is on my mind continually.							
3. I would like to know as much as possible about the anesthetic.							
4. I am worried about the procedure.							
5. The procedure is on my mind continually.							
6. I would like to know as much as possible about the procedure.							

Obrázek 27 APAIR (Senel, 2014)