

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Problematika umírání v intenzivní péči očima
všeobecné sestry**

Bakalářská práce

Autor: Hana Běhůnková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kosaková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Běhůnková, DiS
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry
Cíl práce:	1. Zjistit, jak vnímají všeobecné sestry umírání a smrt pacientů v intenzivní péči. 2. Zjistit, jak často se všeobecné sestry setkávají s úmrtím pacienta v intenzivní péči a jejich kategorizací.



Mgr. Zuzana Kosaková
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt a klíčová slova

Klíčová slova: intenzivní péče, kategorizace léčby, smrt, umírání, všeobecná sestra

Abstrakt: Tato bakalářská práce je zaměřena na „Problematiku umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry.“ Teoretická část práce je zaměřena na téma smrt, fáze umírání a obory související s touto problematikou. Teoretická část dále popisuje souhrn vybraných etických dilemat a v neposlední řadě také úlohu všeobecné sestry při poskytování péče o umírající pacienty v intenzivní péči a syndrom vyhoření. Výzkumnou část práce tvoří výsledky dotazníkového šetření pocitů a postojů všeobecných sester k otázkám subjektivního vnímání umírání a smrti. Data jsou zpracována do tabulek a grafů. Dotazníky byly rozdány všeobecným sestrám pracujícím na jednotkách intenzivní péče ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně a v Uherskohradištské nemocnici.

Abstract and key words

Key words: intensive care, end-of-life decision-making, death, registered nurse

Abstract: This bachelor thesis focuses on the end-of-life decision-making process in the intensive care from the point of view of a registered nurse. Ethical dilemmas, role of a registered nurse in the care of dying patients and burn-out syndrome are discussed in the theoretical part. The practical part involves evaluation of questionnaires on feelings and attitude of registered nurses regarding end-of-life decision-making in the intensive care. Data are summarized in graphs and tables. Questionnaires were given to registered nurses working in various intensive care units in the St. Anne's University Hospital in Brno and in the hospital in Uherske Hradiste.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Zuzaně Kosakové za metodické vedení, její cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Také děkuji svým přátelům, kteří mě po dobu mého studia podporovali. V neposlední řadě děkuji také všem všeobecným sestrám z Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně a sestrám z Uherskohradišťské nemocnice za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

Prohlášení bakalářské práce

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	9
1.1 Umírání a smrt	9
1.1.1 Historická fakta až po současnost	9
1.1.2 Thanatologie	11
1.1.3 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross	13
1.2 Právní problematika umírání versus etika	15
1.2.1 Marná léčba	15
1.2.2 Kategorizace léčby	18
1.3 Dříve vyslovená přání	20
1.4 Umírání v intenzivní medicíně.....	21
1.4.1 Paliativní terapie v intenzivní péči.....	21
1.4.2 Komunikace s umírajícím.....	21
1.4.3 Péče o umírajícího v intenzivní péči a jeho potřeby	22
1.4.4 Biologické potřeby	23
1.4.5 Potřeby psychologické	23
1.4.6 Potřeby sociální.....	23
1.4.7 Potřeby spirituální	24
1.5 Syndrom vyhoření.....	25
1.5.1 Příznaky syndromu vyhoření.....	26
1.5.2 Stádia syndromu vyhoření	26
1.5.3 Léčba a prevence.....	28
2 Výzkumná část.....	30
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30
2.2 Metodika výzkumu.....	31

2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	32
2.4	Průběh výzkumu	32
2.5	Výsledky výzkumu.....	33
2.6	Diskuze	55
2.7	Návrh řešení a doporučení pro praxi	62
Závěr.....		63
Seznam použité literatury		65
Seznam zkratk		68
Seznam grafů a tabulek		69
Seznam příloh		70

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě toho, že již třináct let pracuji na anesteziologicko-resuscitační klinice ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně, kde se celkem často setkávám s problematikou umírajících pacientů. Každý z nás jednoho dne zemře, dle některých psychologů se tato ne zrovna příjemná informace skrývá v podvědomí naší mysli, a nakonec řídí vše, co děláme, od možnosti jíst zeleninu, chodit do posilovny, motivuje nás k tomu, abychom měli děti, psali knihy a vytvářeli firmy. Na základě těchto poznatků by měl být přístup k umírajícím zejména u zdravotnického personálu co nejlepší a na nejvyšším žebříčku v ošetrovatelské péči. Pečování o umírajícího jedince, který ví, že umírá a trápí se tím, že už nikdy neuvidí svoje nejbližší, by mělo být etické, empatické a laskavé. V dnešní době je smrt převážně přesunuta právě do zdravotnických zařízení, proto se se smrtí sestry a veškerý zdravotnický personál setkává častěji než běžná populace. Z tohoto důvodu jsou smrt a utrpení vytěsněny z běžného života lidí. Dnešní medicína pokročila natolik, že jsme schopni zachránit v podstatě nezachránitelné. Ale i přes tento pokrok a velké možnosti, které nám moderní medicína nabízí, je někdy i intenzivní medicína bezmocná. A přesto, že spousta lidí umírá právě v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních, jsou právě zdravotníci neustále opomíjeni. Zapomíná se na jejich pocity a schopnost vyrovnat se s umírajícími pacienty. Přitom právě oni jsou ti, kteří se se smrtí setkávají v poměrně nízkém věku a jsou nuceni se s tím nějakým způsobem vyrovnat, a to bez jakékoliv dostatečné přípravy na tento aspekt jejich povolání. A právě toto může být jeden z důvodů, proč se nechovají dostatečně empaticky. Od umírajícího a jeho rodiny si drží odstup, nedokáží s nimi hovořit nebo jim být oporou v této těžké životní situaci. V horším případě se chovají hrubě a neprofesionálně. Umírání na jednotkách intenzivní péče se sebou nese ještě jistá specifika. Právě díky moderním technologiím jsou zde pacienti udržováni naživu za pomoci přístrojů a léků, které jsou jim podávány. Na sestry jsou kladeny čím dál větší nároky, co se týká manipulace a obsluhy těchto přístrojů. Proto se stává, že najednou pacient zůstává v pozadí. Další komplikací jednotek intenzivní péče je to, že zde dlouhodobě zůstávají chroničtí pacienti a pacienti nevyлéčitelně nemocní. A právě péče o tyto pacienty bývá pro sestry nejnáročnější. Ani ne tak z fyzického hlediska péče, jako spíše z hlediska psychického. Tráví s těmito pacienty a jejich rodinami na rozdíl od lékařů daleko více času, rodiny a i pacienti si k nim vytvářejí daleko bližší vztahy, a to platí samozřejmě i obráceně.

Obracejí se na ně s otázkami, které se lékařům buď stydí položit anebo mají pocit, že jim nebudou vysvětleny tak, aby je pochopili. Proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci zaměřit právě na to, jak tohle vidí sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Práce má dvě části teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsem se zaměřila na smrt, umírání a na to, jak se smrt a její přijímání lidmi postupně v průběhu času měnilo. Také jsem se zaměřila na fáze umírání, potřeby umírajících a komunikaci s nimi. Účelem výzkumné části bylo zjistit, jaké pocity mají sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Jaké jsou jejich pocity, když jim zemře pacient, o kterého se ať už dlouhodobě nebo krátkodobě starají. A v neposlední řadě zjistit jejich schopnosti se s danou situací vyrovnat. K tomuto účelu jsem použila dotazníkové šetření.

1 Teoretická část

1.1 Umírání a smrt

V minulosti byl umírající hlavním zájmem a pozorností celé rodiny. Dnešní doba pro umírající znamená pobyt v nemocnici a jsou jen pouhým případem. Umírajícím se sice poskytuje velká pozornost, ale je hlavně zaměřena profesionálně. Příbuzní věří, že svým blízkým pomohou nejlépe, když jim zajistí ty nejlepší léčebné postupy. Působí to, jako kdyby umírání lidí bylo odbornou věcí pouze lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. V České republice jsou lidé zvyklí, že se umírá „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní. (Kutnohorská, 2007)

Problém života a smrti je jednou z nejstarších a nejobtížnějších otázek, kterou si lidstvo klade. Přejde-li nemoc, začne člověk přemýšlet nad mnoha věcmi a mezi ně patří i myšlenka na smrt. Smrt umožňuje najít smysl života a využít zbylý čas smysluplně. (Kelnarová, 2007)

1.1.1 Historická fakta až po současnost

Postoj člověka ke smrti se v průběhu historie měnil. Bylo to ovlivňováno, jak filosofickými postoji, tak vývojem náboženských systémů. Člověk se snažil nějakým způsobem objasnit to neznámo, mezi které umírání a smrt vlastně patřily a do dnešní doby i svým způsobem nadále patří. (Kelnarová, 2007)

V nejstarším období lidských dějin, tedy někdy v době kamenné, jsou první známky úcty k mrtvým. Projevem úcty k zemřelému bylo, že byl pochován do země. Nebyli ovšem pochováni všichni zemřelí. Někteří zemřelí byli takzvaně ponecháni vlastnímu osudu. V pozdější době byli zemřelí pohřbíváni i s předměty, z toho vyplývá, že s rozvojem mentálním vzniká i kult posmrtného života. (Kelnarová, 2007)

V prvních kulturách, což byla egyptská v údolí Nilu a mezopotámská, se kult posmrtného života bral velmi vážně a měl nesmírný význam. Tyto kultury věnovaly svým zemřelým velkou péči a na cestu za posmrtným životem je velmi důkladně připravovali. Panovníci byli dokonce pohřbíváni, kromě všech věcí, které by ve svém posmrtném životě mohli potřebovat, i se svými živými sluhy a manželkami. Od tohoto rituálu bylo později upuštěno a živí lidé byli nahrazeni soškami. Těla

zemřelých v těchto kulturách nesměla být zpopelněna. Bylo to považováno za potupu. (Kelnarová, 2007)

V antickém světě se pohled na smrt dost měnil. Nebyl už tak ovlivňován náboženstvím, ale spíše názory různých filozofů. Smrt brali jako přirozenou součást života, proto se více zaobírali myšlenkou, jak zemřít, nikoliv zda. Velkou ctí pro ně bylo zemřít v boji, jelikož tato smrt byla považována za hrdinskou. Nevěřili v nesmrtelnost těla, ale v nesmrtelnost duše. Zvláštní skupinu tvořili stoicí filozofové, mezi něž patřil i Seneca. Seneca se zaobíral myšlenkou smrti a hlavně tím, jak je důležité se se smrtí vyrovnat. Myšlenky těchto stoiků jsou pro nás důležité dodnes. Opíráme se o ně v psychoterapii s umírajícími i s jejich příbuznými a blízkými. Staří Římané a Řekové také pečovali o své umírající. I když péči o umírající si mohli dovolit spíše vyšší vrstvy obyvatelstva. Proti tomuto systému se později postavilo rané křesťanství. (Kelnarová, 2007)

V křesťanském starověku a středověku začala být smrt brána jako aktivní činnost, která má pozitivní konec. (Ohler, 2001)

Mluvílo se o odchodu duše z těla, odložení křehké schránky. Pro křesťana byla smrt vyvrcholením jeho života, došel ke smíření a spojení s Kristem. V období křesťanství docházelo k zakládání nemocnic, lékaři byli často biskupové a kněží. V 6. století byl založen řád benediktinů, kteří se starali o smrtelně nemocné. O těžce nemocné se staraly také rytíři. Například maltézští rytíři, jejichž hospitály se rozšířili po celé Evropě. V roce 1234 v Praze založila Anežka Přemyslovna františkánský klášter a špitál. V tomto zařízení o nemocné pečovali rytíři, byl to řád křížovníků s červenou hvězdou. Velký počet těchto pečujících v dobách morových epidemií se taktéž nakazil a zemřel. (Kelnarová 2007)

V 19. století, kdy došlo k rozvoji sterility a k objevu očkovacích látek, došlo k poklesu epidemií a k tomu, že lidé umírali v dospělém věku. Dále bylo umírání také přirozenou součástí života lidí a bylo svým způsobem ritualizováno. O umírajícího obvykle pečovala jeho rodina doma. A protože lidé umírali v domácím prostředí v kruhu svých nejbližších, nebyla smrt nijak tabuizována. Umírající i ti, jež ho doprovázeli a byli tomu přítomni, přesně věděli, co je čeká. Děti do tohoto procesu byly taktéž zapojeny. Díky tomu se tento rituál předával z generace na generaci. Učili se smířovat a vypořádávat se smrtí již od dětství. O smrti se veřejně hovořilo, vše mělo svá pravidla, bylo

stanoveno i období smutku. Koncem 19. století se umírání přesouvá do zdravotnických zařízení. Ve druhé polovině 20. století dochází k institucionalizaci umírání. Lidé umírají v nemocnici za zavřenými dveřmi bez přítomnosti svých blízkých, pouze v přítomnosti ošetřujícího personálu. Detabuizace smrti u nás začala až po roce 1989, ve světě už ovšem v sedmdesátých letech. Dá se říci, že lidé si znovu zvykají na to, že smrt je běžná součást života. (Kelarová, 2007)

1.1.2 Thanatologie

Thanatologie (z řeckého slova thanatos = poslední dech, poslední vydechnutí, smrt) je termín používaný ve smyslu „nauky o ošetřování umírajících“, kdy sem patří lékařská péče, ale i celková (tělesná i duchovní) péče o umírajícího člověka a analýza procesu jeho umírání. Péči o umírající lidi, kteří nejsou spjati s nějakým náboženstvím, obtížně zvládá jen těžko samotný lékař, i když je v těchto stavech základní osobností. Důstojného umírání, kdy již neexistuje možnost prodloužení jeho života, by měli přispět psychologové, pracovníci se sociální erudicí, a samozřejmě nejbližší umírajícího pacienta. V moderní době se stále více umírání a smrt člověka institucionalizuje. Trendem dnešní doby je méně umírat doma, ale je častější umírání v ústavech. Umírající pacient je většinou v rukou ošetřujícího personálu. Je tedy důležité propracovávat přípravu lékaře a dalšího ošetřujícího personálu na to, jak pomoci člověku v jeho největší krizi těsně před příchodem smrti nebo v průběhu smrtelných chorob. Tato krize zasahuje samé základy osobnosti umírajícího, ale i všechny osobnosti, které se zúčastnily. Umírání tedy všechny zasahuje v oblasti psychické, emociální, s možností vzniku vážných společenských důsledků. A to ve smyslu ztráty smyslu života nebo krize životních hodnot apod. (Steindl, 2017).

Pro zdravé lidi bývá smrt obvykle skrytá v naší mysli a vyvíjí se tedy její vliv na podvědomé úrovni. Většinu času si proto člověk neuvědomuje vlastní smrtelnost, ale vyrovnává se s tím tak, že se soustředí na věci a situace, které ho čekají. (Nuwer, 2018)

Co by nastalo, kdyby jedinec náhle dostal informace o přesném datu a způsobu jeho úmrtí? V současné době je to samozřejmě nemožné, ale po pečlivém zvážení

tohoto hypotetického scénáře může osvětlit jeho motivaci jako jednotlivci a společnosti a naznačit tak, jak nejlépe strávit omezenou dobu na této Zemi. (Nuwer, 2018)

V osmdesátých letech se psychologové začali zajímat o to, jak se vypořádat s úzkostí a strachem, které přicházejí s tím, že člověk je jenom „dýchající kus masa“, který může kdykoliv zemřít. Někteří vědci se domnívají, že pokud se lidé drží určité víry, snaží se tak odvrátit strach ze smrti, jiní vědci věří, že lidé se drží určitého přesvědčení, aby odvrátili strach ze smrti. (Nuwer, 2018)

Ve více než 1000 experimentech vědci zjistili, že když si lidé připomínají, že zemřou, drží se více na základních kulturních přesvědčeních a snaží se zvýšit pocit sebehodnocení. (Nuwer, 2018)

Dokonce i velmi jemné vnímání smrtelnosti, tzn. 42,8 milisekundový záblesk slova "smrt" na obrazovce počítače nebo rozhovor, který se odehrává při pohledu na pohřební dům, stačí ke spuštění změn v chování. Myšlenky na smrt mohou vést k většímu vlastenectví a zároveň k vytvrzování sympatií vůči cizincům, jedinec se tak stává nihilističtější, má tendenci k pití, kouření, nakupování a nadměrnému stravování. Vědci, kteří se zabývají stylem myšlení nazvaným "reflexe smrti". Také žádají lidi, aby přemýšleli nejen o smrti obecným a abstraktním způsobem, ale aby přemýšleli o tom, jak přesně zemřou a jaký vliv jejich smrt bude mít na jejich rodiny a to u jedinců vyvolává velmi odlišné reakce. V takovém případě se lidé stanou více altruističtí, ochotní například darovat krev, jsou také otevřenější, aby se podíleli na rolích pozitivních i negativních událostí při formování svého života. (Nuwer, 2018)

1.1.3 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross

Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross přišla na to, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků. Podle ní je tedy mimoslovní komunikací chování umírajícího. Reakce jednotlivých občanů jsou na obtížné životní situace rozdílné. Tyto reakce závisí na řadě externích okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce, ale i přesto zde jsou určité zákonitosti. Elizabeth Kübler-Ross popsala tyto fáze, jak jdou obvykle za sebou, ale nemusejí vždy zachovávat danou posloupnost. Fáze se mohou vracet, střídat a někdy nastává situace, kdy se dvě nebo tři fáze během jednoho dne prolínají. Fáze nemusí být identicky dlouhé, některá fáze zase může chybět. Těmito fázemi prochází i nejbližší příbuzní umírajícího. (Dubcová, 2011)

Postoje umírajících ke smrti probíhají v pěti fázích, které by měl ošetřující personál a okolí nemocného respektovat. Pro první fázi je typické popírání informace o vážnosti vlastního stavu, kdy je pacient v šoku. (Steindl, 2017)

Tento obranný mechanismus vyrovnává počáteční šok a dává člověku možnost se následně z tohoto šoku zotavit. V této fázi je důležité, aby mohli umírající vyjádřit své pocity například tím, že mluví s psychologem. U věřících lidí může být psycholog nahrazen knězem nebo jiným duchovním.

Fází druhou je hněv, jedinec přestane popírat to, co se děje, a vznikají tak pocity hněvu, podráždění, žárlivosti a nesnášenlivosti. Hněv a bezmocnost jsou zaměřeny zejména na jejich prostředí. Obviňují ostatní lidi, kolegy, zaměstnance a psychology. (5 Stages of Grief, 2017)

Jedinec si uvědomuje existenci vážné choroby doprovázené strachem a ztrpkostí. (Steindl, 2017)

Třetí fází je vyjednávání (smlouvání). Umírající si stanoví své cíle, a příjem špatných zpráv je tak zmírněn. (5 Stages of Grief, 2017)

Probouzí se možná naděje, začíná komunikace s lékařem, ošetřujícím personálem a nejbližšími lidmi. (Steindl, 2017)

Čtvrtým stadiem nastává hluboká deprese, kdy se dotyčná osoba cítí bezmocná a nepochopená. V důsledku toho jedinec omezuje komunikaci s okolím. Neodpovídá na telefon nebo neodpovídá na e-maily. Existuje šance, že se může uchýlit k alkoholu

a drogám, jako jsou léky proti bolesti a léky vyvolávající spánek. (5 Stages of Grief, 2017)

Pátou fází je přijetí smrti, kdy lidé v této fázi touží po přítomnosti nejbližších, a umírající se dostávají do agonálního stavu (pouze 10 % nemocných umírá za plného vědomí). (Steindl, 2017)

Po nějaké době budou mít pocit, že se znovu začnou věnovat aktivitám a znovu začnou dělat plány. (5 Stages of Grief, 2017)

1.2 Právní problematika umírání versus etika

Pacientovi s onemocněním, či poraněním s prognózu příznivou nebo nejistou, je indikována intenzivní terapie. Jedinec s nepříznivou prognózou může být za pomoci nových technologií a moderních farmak udržován při životě i v případech, kdy patologický proces je ireverzibilní a kdy je již neetické prodlužovat ono zdání, pod rouškou poskytování tzv. plné léčby. V tomto případě se využívá moderních technologií, léků a postupů marně. (Novák, 2012)

1.2.1 Marná léčba

Pojem marné léčby (futile therapy, medical futility) se v lékařské literatuře objevil až na začátku 90. let 20. století. Kdy mravně sporné udržování neudržitelného na podkladě nových medicínských technologií začalo narůstat jak z vyššího principu etického, tak z pohledu čistě ekonomického. Otevřela se tak Pandořina skříňka, v nichž otazníky moderní medicíny vytvořily průvan. (Novák, 2012)

Marnou, neboli neadekvátní léčbou je léčba, která je nedostačující a minimálně účinná. Takže se ve výsledku lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i v tom případě, pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují. Pokud je intenzivní léčba neadekvátní, stanoví se, jakým způsobem se tato léčba změní. Stanoví se tedy nerozšiřování léčby - withholding therapy, nebo pokud i stávající léčba je neadekvátní a lékaři ji ukončí, nazývá se withdrawing therapy. Znamená to vysazování orgánové podpory, některých léků a jiných postupů, které jsou v dané situaci medicínsky nadbytečné, ale neznamená to vysazení veškeré léčby. V těchto případech jsou zajištěna opatření zlepšující komfort umírajícího s kvalitní analgezií, snaha předejít pocitu dechového a psychického strádání. Strategií a směřování léčby kriticky nemocných na konci života je každodenní součástí činnosti pracovišť intenzivní péče. Všichni zdravotničtí pracovníci podílející se na léčbě a péči o umírajícího by se měli podílet na rozhodovacím procesu o přechodu z intenzivní terapie na terapii paliativní. (Novák, 2012)

Rozhodnutí o zahájení postupů intenzivní péče se provádí u pacientů, kterým selhává jeden či více orgánů nebo u nichž orgánové selhání hrozí. Tito jedinci by bez komplexní intenzivní léčby a podpory selhávajících životních funkcí pravděpodobně zemřeli. Jejich nepříznivý zdravotní stav se podaří zvrátit a pacientovi zachránit život jak z pohledu kvantitativního, tak kvalitativního. Pacient se pravděpodobně může navrátit

do důstojného žití. Komplikace je, pokud je prognóza nemocného nepříznivá a když nemocný přes veškerou orgánovou podporu není schopen přežít nebo žít alespoň trochu kvalitní a důstojný život. K posouzení dané situace se zpravidla dostává velmi těžko. Zhodnocení tohoto stavu může někdy trvat dny nebo týdny a někdy dokonce i měsíce. Výjimku ovšem tvoří urgentní příjem, kde toto závažné rozhodnutí musí někdy padnout během několika málo hodin. A to na základě informací, které získáváme v této krátké době, ať už od rodinných příslušníků nebo z dokumentace. A samozřejmě v neposlední řadě na základě toho, jak nemocný reaguje na aktuálně poskytovanou léčbu. Prohlášení o nepříznivé prognóze je založeno na mnoha proměnných, patří sem například povaha základního onemocnění, traumatu, povaha přidružených onemocnění, povaha komplikujících onemocnění vzniklých v průběhu intenzivní léčby, míra a reverzibilita orgánových selhání, stav pacienta a kvalita života před přijetím do zdravotnického zařízení. (Novák, 2012)

Ošetřující tým v intenzivní medicíně potřebuje a musí zpracovat široké spektrum informací, na jejichž základě se může rozhodovat. Důležité jsou konziliární vyšetření vyjadřující se k nepříznivé prognóze. Důležitá je pečlivá anamnéza od příbuzných a blízkých nebo od zaměstnanců zařízení pečujících o seniory či postižené osoby k zjištění funkčního stavu pacienta před přijetím do zdravotnického zařízení, také i věk je přídatnou informací v rozhodovacím procesu. (Novák, 2012)

V rozhodovacím procesu jsou zainteresovaní i pacienti příbuzní a známí. Příbuzní a známí jsou hodně emočně zapojeni a v krátkém čase jsou pro ně všechny informace živé a zraňující. Tyto informace nedokážou tak dobře zpracovat, zažít, dosáhnout objektivního náhledu a smíření kvůli tak krátkému času na rozhodování. Pro zdravotnický personál pracující v intenzivní medicíně to znamená porozumění při komunikaci s rodinou a blízkými, trpělivost a empatii. Přenechání odpovědnosti rozhodnutí o zahájení paliativní péče na rodinu nebo nejbližší není přípustné. Zdravotnický personál je s nemocným v nejtěsnějším kontaktu, proto od personálu přichází prvotní podnět k zahájení o nerozšiřování léčby, o marnosti agresivní intenzivní péče v neřešitelných situacích. (Novák, 2012)

Za konečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště, jím určený lékař nebo ošetřující lékař. Vždy se však rozhoduje

ve spolupráci s celým ošetřujícím týmem, bere v úvahu nejširší možné spektrum informací od všech, kteří jsou v ošetřování a léčbě zainteresováni. (Novák, 2012)

1.2.2 Kategorizace léčby

Kategorizace léčby znamená, že se neodnímá terapie, ale mění se způsob a cíle léčby, kterými se přechází od postupů intenzivní medicíny k paliativní léčbě a ošetrovatelské péči. Cíl nenasazení či vysazení léčby neznamena urychlení procesu umírání či navození smrti. Rozhodnou-li se lékaři, že intenzivní péče je lékařsky neadekvátní, stanoví způsob, jak se ta léčba bude měnit. Usoudí-li, že je lékařsky neadekvátní jakékoli další rozšiřování léčby, jedná se tedy o nerozšiřování léčby – withholding therapy. Dospějí-li k závěru, že dosavadní terapie je neadekvátní, vysadí danou terapii – withdrawing therapy. (Novák, 2012)

Mezi nerozšiřování léčby je zařazeno i nepřijetí pacienta na oddělení intenzivní medicíny. Na pracoviště intenzivní medicíny by neměli být přijímáni pacienti, kteří nejsou dostatečně nemocní pro tuto úroveň péče a ani pacienti terminálně nemocní. Pacienti v terminálním stádiu jsou hospitalizováni v prostředí s kvalitní paliativní a ošetrovatelskou péčí. Nepřijetí těchto pacientů do intenzivní medicíny je primárním nerozšiřováním intenzivní péče. Sekundární nerozšiřování péče již zavedené léčby (withholding therapy) je nerozšiřování diagnostických či léčebných postupů. Daná léčba pacienta je považována s ohledem na stav a prognózu za maximální. Součástí tohoto rozhodnutí je i nezačínání kardiopulmonální resuscitace (DNR – do not resuscitate). K problematice přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní v prostředí intenzivní medicíny se významným způsobem vyjádřilo představenstvo České lékařské komory. (Novák, 2012)

Odnětí terapie a redukováná terapie zahrnuje vysazení orgánové podpory, redukování léčby antibiotiky a jiných postupů, které jsou v dané situaci terapeuticky nevhodné. Neznamena to ovšem vysazení kompletní léčby. Je zajištěn komfort pacienta v konečných fázích života, který zahrnuje kvalitní analgezii zamezující pocit dechového a psychického strádání ve spojení se zmírňujícími ošetrovatelskými postupy. (Novák, 2012)

Do not resuscitate (DNR), neboli nezačínat resuscitaci, musí být lékařem zapsáno v dokumentaci. Dává pokyn zdravotnickému personálu, aby neprováděli kardiopulmonální resuscitaci (KPR), pokud pacient přestane dýchat nebo pokud srdce pacienta přestane bít. Příkaz DNR je vytvořen nebo nastaven předtím, než dojde k nouzové situaci. Lékař napíše DNR pouze poté, co o tom mluví s pacientem (pokud je

to možné) nebo zástupcem a s rodinou pacienta. DNR může být součástí plánu hospicové péče. Tato péče je zaměřena nejen na prodloužení života, ale na léčbu bolesti a udržení psychického pohodlí. (Do-not-resuscitate order, 2018)

1.3 Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovené přání mohl sám pacient v předchozím období vyslovit na rozsah a intenzitu léčby v situaci, kdy by byl v kritickém stavu. Dříve vyslovené přání se těžko obhájí. Toto přání je nutné respektovat při rozhodování a brát i v úvahu. (Novák, 2012)

„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit“. (Zákon č. 372/2011 Sb, 2018)

Dříve vyslovená přání jsou velmi rozšířená ve Spojených státech amerických a zde jsou i právně závazná. Od roku 2012 je legislativně zakotvené dříve vyslovené přání i u nás, v České republice. Toto přání je lékaři respektováno jen v případě, že ho mají k dispozici a daná situace se přímo vztahuje k tomuto přání, a dále pacient není schopen vyslovit souhlas či nesouhlas. Pacient, který tento dokument podepisuje, musí být písemnou formou poučen o důsledcích tohoto svého rozhodnutí, a to od lékaře z oboru, s nímž přání souvisí. Dříve vyslovené přání musí mít úředně ověřený podpis pacienta. Výjimka může být učiněna pouze při hospitalizaci, kdy pacient toto přání vysloví před lékařem a ten ho zapíše do dokumentace. Tady tomuto úkonu musí být přítomen svědek. Všichni zúčastnění se pod toto vyslovené přání musí podepsat. Dříve vyslovená přání mohou podepsat pouze lidé plnoletí a svéprávní.

Koncept dříve vysloveného přání je v České republice zakotven v Zákoně o zdravotních službách 372/2011 Sb., § 36

1.4 Umírání v intenzivní medicíně

Ke smrti na jednotkách intenzivní péče dochází velmi často náhle a neočekávaně. Proto je velmi těžké, se na tuto situaci připravit. A to jak pro pacienta, tak pro jeho blízké. I z toho důvodu by lékaři a sestry, pokud je to možné a vědí, že déle již nemohou pacienta úspěšně léčit a smrt hrozí bezprostředně, by měli pacientům i jejich příbuzným a blízkým nabídnout útěchu, pohodlí a možnost se důstojně rozloučit. V tomto okamžiku by měli být schopni jim poskytnout podporu. Neměli by je již v tomto okamžiku zatěžovat odbornou terminologií. Spíše už jen pečovat o komfort a pohodlí, a to nejen umírajícího, ale i jeho blízkých. Jak lékaři, tak i sestry by si měli být vědomi, že jejich profesionální vztah s pacientem nekončí jen proto, že umírá. Právě oni by měli být schopni považovat smrt za přirozenou a nevyhnutelnou součást života. (Thomasma, 2000)

1.4.1 Paliativní terapie v intenzivní péči

Pacienti s paliativní péčí často prožívají dvě fáze myšlení. Za prvé, zpochybňují samotný předpoklad jejich diagnózy a ptají se, zda je smrt bezpochyby bezprostředně nevyhnutelná nebo zda je to něco, s čím mohou bojovat. Poté se zamyslí nad tím, jak co nejvíce využít zbytek života. Většina z nich spadá do jedné ze dvou kategorií. Buď se rozhodnou investovat veškerou svou energii do toho, aby nemoc porazili, a soustředí se pouze na to, zda udělali vše, co mohli aby, nad nemocí zvítězili. Nebo se rozhodnou přemýšlet o svém životě jako celku, jaký život žili. Snaží se urovnat si své poslední záležitosti, užít si poslední okamžiky, strávit co nejvíce času se svými příbuznými a blízkými. Dělají věci, které mají rádi a které jim přinášejí štěstí a uspokojení. (Nuwer, 2018)

1.4.2 Komunikace s umírajícím

Komunikace s umírajícím je etická péče. Aby se umírající vyrovnal s osudem, potřebuje vyjádření psychické podpory založené na empatii. Pocit pohody, podpory a sounáležitosti pomáhá vytvořit péči při vykonávání všech denních aktivit, včetně biologických potřeb. Každý umírající potřebuje někoho, kdo mu naslouchá, zachovává jeho důstojnost i v posledních hodinách života a akceptuje jeho poslední přání. Člověk, který umírá, je stále žijícím člověkem potřebujícím vnímat blízkost lidí a komunikovat

se všemi, i když jen očima a gesty. Každý jedinec, tedy i umírající, má právo na informaci o svém zdravotním stavu. U umírajícího člověka se musí postupovat citlivě a s rozvahou. Uklidňující slova, dotknutí, podání ruky napomáhají potlačit strach z osamoceního kontaktu se smrtí a usnadní přechod do bezvědomí. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.4.3 Péče o umírajícího v intenzivní péči a jeho potřeby

Všeobecná sestra by měla být především empatická a mít pochopení pro potřeby nemocného.

Všeobecná sestra pečující o umírajícího pacienta dodržuje následující zásady:

- jedná opravdově, neskývá nejistotu a bolest
- nic nepřehání, vnímá a respektuje přání pacienta
- dle stavu zachovává blízkost nebo odstup
- udělá si čas na umírajícího
- naslouchá a chápe, mluví i mlčí dle situace

Hlavní úkoly všeobecné sestry při péči o umírající:

- umožnění pacientovi zbavení se pocitu osamělosti, strachu a deprese
- udržení u pacienta pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti, úcty a naděje
- pomáhání pacientovi při akceptování vlastní ztráty (Dubcová, 2011)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. Pomáhá jim čelit problému spojenému s umíráním i s následným vyrovnáváním se se smrtí blízkého. Dále je také důležitá včasná identifikace a bezchybné vyhodnocení léčby a následné mírnění bolesti, včetně dalších problémů s tím spojených. Ať už jde o potřeby fyzické, psychosociální nebo duchovní. Kvalita života je dosažena, když se dosáhne konečného fyzického, psychického, sociálního a duchovního blahobytu. (Dobříková et al., 2018)

1.4.4 Biologické potřeby

Vzhledem k tomu, že pacienti jsou zesláblí, je stále obtížnější pro ně užívat perorální léky. Nedůležité léky by se měli vysadit a pokračovat jen v opioidech, anxiolytikách a antiemetikách. Léky se podávají v kontinuální infuzi. Přerušit se nevhodné intervence, včetně krevních testů a měření vitálních funkcí. Pokračování v podávání výživy do nasogastrické sondy nebo tekutin intravenózně u pacienta, který umírá, má omezený přínos a ve většině případů by měl být příjem přerušen. Pacienti, kteří jsou ve fázi umírání, by neměli být vystaveni "kardiopulmonální resuscitaci", neboť to představuje marné a nevhodné léčení. Pravidelné pozorování umírajícího, zda nemá diskomfort a bolesti. Pozornost se věnuje i v péči o dutinu zvlhčováním úst pacienta molitanovými štětičkami. (Ellershaw et al., 2003)

1.4.5 Potřeby psychologické

Je třeba zhodnotit znalost pacientů o jejich stavu. Otázky týkající se umírání a úmrtí by měly být vysvětleny patřičně a citlivě. (Ellershaw et al., 2003)

Psychologické potřeby jsou nerozlučně spjaty s lidskou důstojností, a je proto naprosto nezbytné její plné respektování nezávisle na stavu nemocného. Mimo to, že každého nemocného je třeba respektovat jako jedinečnou bytost, je potřeba si uvědomit i důležitost komunikace s ním. Musíme očekávat, že vážně nemocní pacienti mohou mít daleko více otázek.

1.4.6 Potřeby sociální

Je třeba posoudit rodinný pohled na stav pacienta a vhodně a citlivě vysvětlit otázky týkající se umírání a úmrtí. Rodina by měla být informována o tom, že pacient umírá a zemře. Použití nejednoznačného jazyka, jako je „nemusí být lepší“, může vést k nesprávnému výkladu a zmatku. Zdrojem frustrace a hněvu pozůstalých příbuzných je, že s nimi nikdo nediskutoval o tom, že jejich milovaný umírá. Pokud jsou příbuzní jasně informováni o tom, že pacient umírá, mají příležitost klást otázky, zůstanou u pacienta, řeknou mu sbohem, kontaktují relevantní lidi a připravují se na smrt. (Ellershaw et al., 2003)

Umírajícím se mění sociální postavení ve společnosti. Kromě bolesti mohou pacienti trpět nežádoucími účinky onemocnění, které ovlivňují vzhled pacienta (ztráta společenských, profesních a rodinných rolí, schopnost zůstat nezávislý a fungovat normálně, vnímání budoucnosti). Sociální podpora slouží k emoční podpoře, která je definována jako empatie a porozumění, má pozitivní vliv a povzbuzuje projev pocitů a zajišťuje láskyplnou podporu. Sociální vztahy kladou pacienty do lepší nálady a poskytují jim pocit identity a společnosti. Sociální podpora může ovlivnit kvalitu života a smysluplnost života umírajícím tím, že jim pomůže účinněji se vyrovnat se svým utrpením a přiměje je, aby se cítili ceněni a milováni. Čím více sociální péče pacient vnímá, tím méně trpí bolestí a tím lépe zhodnotí celkové zdraví a blahobyt. (Dobříková et al., 2018)

1.4.7 Potřeby spirituální

Citlivost na kulturní a náboženské prostředí pacienta je důležité. Formální náboženské tradice mohou být pozorovány ve fázi umírání a mohou také ovlivnit péči o tělo po smrti. Po smrti pacienta by měli být příbuzní řešeni soucitným způsobem. Leták, který vysvětluje otázky týkající se truchlení, může být užitečný. Duchovní potřeby umírajícího bývají často přehlíženy nebo ignorovány rodinnými příslušníky a oddělením, kde nemocný umírá. (Ellershaw et al., 2003)

1.5 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout) je stav spojený s duševním, fyzickým a emocionálním vyčerpáním, ke kterému dochází v důsledku nadměrného, dlouhodobého stresu. Může způsobit, že se cítí jedinec ochromen a nemůže se vyrovnat s neustálými požadavky každodenního života. Jedinec trpící syndromem vyhoření, se může cítit stále bezmocnější a prázdnější, protože jeho energie a produktivita jsou vyčerpány. Nakonec může mít pocit, že už nemá co nabízet. Většina lidí se cítí frustrovaně, ve stresu, znuřeně, rozhořčeně nebo přepracovaně. Hodně lidí zažívá i rána, kdy se velmi obtížně dostávají z postele. (Burnout treatment, 2018)

Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu na jednotkách intenzivní péče je důsledkem dlouhodobého vystavení stresovým faktorům při práci. Jelikož jednotky intenzivní péče jsou charakterizovány vysokou úrovní pracovního stresu, což je faktor, o kterém je známo, že zvyšuje riziko syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že syndrom vyhoření je přítomen přibližně u 50 % lékařů intenzivní péče a jedné třetiny zdravotních sester v intenzivní péči. Konkrétně intenzivisté, kteří mají závažný syndrom vyhoření, jsou lidé s vysokým počtem pracovních hodin. Determinanty syndromu vyhoření souvisí ale i s organizací práce na jednotkách intenzivní péče. A v neposlední řadě také s častým setkáváním se s ukončením života nemocných v kritickém stavu. (Embriaco et al., 2007)

Psychologové identifikovali 4 domény vyhoření: predispozice, precipitace, udržování a ochrana. Predispoziční faktory, s nimiž se může zaměstnanec setkat mimo pracovní prostředí jsou pocity viny, únavy, bezmocnosti a mají tendenci internalizovat stresující zážitky. Predisponující faktory, ke kterým může dojít během zaměstnání v rámci pracovního prostředí, spočívají v nedostatečné rovnováze mezi prací a rodinou. Dále souvisí se spoustou hodin strávených na pracovišti a nedostatečnou podporou na pracovišti a se stresujícími osobními událostmi, které mají negativní dopad na psychiku zaměstnanců. Ochranné faktory se skládají z dobré rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem, dobrým systémem podpory na pracovišti, zdravým životním stylem a s profesionálními úspěchy, které vedou k pocitu profesních úspěchů. Zaměstnavatel může pomoci zvýšit podporu tím, že stanoví jasně definovanou roli, popisy a charakteristiku práce, pomáhá při budování mezilidských vztahů a zlepšuje pracovní prostředí a morálku zaměstnanců. (Spradlin, 2016)

1.5.1 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje silným vyčerpáním, že jedinec ráno sotva vstane z postele. Nemá o nic zájem ani chuť něco dělat navíc. Jen myšlenka na práci může vést k fyzickému zhoršení. Nadměrná pracovní zátěž pohání stres a zabraňuje tělesnému zotavení těla a mysli. Vedou k malému spánku, špatné stravě, žádnému cvičení a k velkému stresu. Fyzická únava vede k duševnímu a emocionálnímu vyčerpání. Jedinec začíná být cynický, zdá se, že ztrácí smysl života. Ztrácí hrdost, ambice, dokonce i peníze, profesi a úspěch. Syndrom vyhoření byl poprvé identifikován u sociálních pracovníků. Stálý stres způsobuje těžkou fyzickou únavu a nedostatek obranných chemikálií ke zvládnutí stresu. Absence pozitivních emocí je jedna z charakteristických znaků vyhoření. Syndrom vyhoření vede k zoufalému myšlení. Jedinec vidí vždy nejhorší situace, má nedostatek podpory nebo odměny, která vede ke ztrátě emočních a fyzických zdrojů. Pokud jedinec pracuje dlouhou dobu bez odměny, má malou výplatu, vede to k vyčerpání a nelibosti. Ztratí sociální podporu a cítí se nepotřebný. Syndrom vyhoření se může stát v jakémkoli průmyslu, od inženýrství až po zdravotní péči, od administrativních asistentů, kteří pracují pro neziskové organizace nebo dokonce i církve. Syndrom vyhoření může vypadat jako konec, ale není to tak. (Embriaco et al., 2007)

1.5.2 Stádia syndromu vyhoření

Herbert Freudenberger a Gail jsou psychologové, kteří popisují 12 fází vyhoření:

- nátlak má tendenci zasáhnout ty nejlepší zaměstnance
- tito pracovníci nejsou schopni vypnout
- zanedbávají základní potřeby: nepravidelný spánek, narušení stravování, nedostatek společenské interakce
- vznikají konflikty mezi lidmi
- práce je pro tyto lidi jediným zaměřením a cílem v životě
- odmítají vznikající problémy, změna životních hodnot (nesnášenlivost, vnímají spolupracovníky jako hloupé, líné, náročné nebo nedisciplinované, problém

v sociálních kontaktech, cynismus, agrese), problémy jsou považovány za způsobené časovým tlakem a prací, ne kvůli životním změnám

- odstoupí od společenského života (alkohol, drogy)
- začínají se zvláště chovat
- vzniká depersonalizace
- mají pocit vnitřní prázdnoty (pocit prázdnoty překonávají přejídáním, alkoholem nebo drogy)
- trpí depresí (pocit ztráty a nejistoty, vyčerpání, budoucnost je ponurá a temná)
- syndrom vyhoření může zahrnovat totální duševní a fyzický kolaps, důležitá je včasná lékařská péče (Stillman, 2018)

Vývoj vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho probíhá v pěti fázích:

- nadšení – pracovník chrlí elánem, má obrovská očekávání, práce ho úplně naplňuje a zanedbává osobní potřeby a koníčky
- stagnace – nadšení začíná upadat, začíná brát v potaz osobní potřeby, koníčky
- frustrace – kladou se otázky efektivity a smyslu vlastní práce, vyskytují se spory s nadřízenými i začínají psychické a fyzické potíže
- apatie – navazuje na dlouhodobou frustraci, setkávají se s tzv. HH-syndromem charakterizovaném bezmocností a beznadějí („HH“ z angl. helplessness & hopelessness)
- vyhoření – emocionální vyčerpání, depersonalizace, ztráta smyslu života (Peterková, 2018)

Podle článku Psychiatric Times se stadia syndromu vyhoření zaměstnanců vyskytují ve třech fázích a je důležité účinně zahájit léčbu. K léčbě nebo prevenci syndromu vyhoření zaměstnanců, je důležité tyto příznaky rozpoznat.

První fáze se skládá z příznaků, jako je duševní únava, pocit nepohodlí, frustrace nebo fyzické příznaky, jako jsou bolesti těla. Druhá fáze se skládá z dlouhodobějších

příznaků, jako je pochybování o své práci, všudypřítomné pocity nudy, apatie, nebo že jejich život je opakuje se. Také během druhé etapy jsou psychologické příznaky, jako je agrese, podrážděnost, deprese a úzkost. Třetí fáze (konečná a nejtěžší) se skládá z více chronických příznaků, které (pokud se neléčí), se mohou projevit poruchami fyzického a duševního zdraví. Lidé trpící třetí etapou jsou náchylnější k rozvodu, vysokému obratu pracovních míst, zneužívání návykových látek a závislostí, kratší délce života a častým myšlenkám na sebevraždu. (Spradlin, 2016)

1.5.3 Léčba a prevence

Studie ukazují, že zaměstnanci a zaměstnavatelé mohou předcházet nebo snižovat účinky syndromu vyhoření prostřednictvím lepšího vzdělávání a efektivní podpory prevence syndromu vyhoření. Zlepšené a účinné vzdělávání, které identifikuje příčiny a příznaky syndromu vyhoření, může pomoci jak zaměstnancům, tak zaměstnavatelům v preventivních a léčebných strategiích. Včasné rozpoznání syndromu vyhoření je důležitým prvním krokem jak pro zaměstnance, tak pro zaměstnavatele k určení a implementaci vhodných interních a externích zdrojů, které lze využít k léčbě. Vzdělávací programy zaměřené na vzdělávání o syndromu vyhoření zaměstnanců v kombinaci s výukou adaptivních mechanismů zvládání jsou extrémně účinné při snižování příznaků a účinků syndromu vyhoření ve všech pracovních podmínkách. Všichni vedoucí pracovníci a pracovníci, kteří dohlíží na pracovní sílu, by měli pracovat na efektivním systému podpory, když zaměstnanci a spolupracovníci hledají pomoc. Reorganizace pracovních úvazků a pracovních povinností spolu se zlepšeným přístupem k odpovídajícímu školení poskytují zaměstnancům větší podporu snižování účinků syndromu vyhoření. Zaměstnanci by měli usilovat o vybudování silnější podpůrné sítě tvořené spolupracovníky, mentory, osobními přáteli a členy rodiny, které pomohou překonat spouštěče, které mohou vést k syndromu vyhoření. Studie ukázaly, že zaměstnanci, kteří mají pocit vysokého smyslu pro komunitu na svém pracovišti, zažívají méně depersonalizace, méně emocionálního vyčerpání a osobnějšího úspěchu. Je důležité si uvědomit, že zaměstnavatel nemusí být schopen eliminovat všechny stresy a tlaky zvýšených nároků, ale stále může vytvářet prostředí, v němž zaměstnanci dostávají odpovídající podporu. Aby se minimalizoval syndrom vyhoření, je třeba, aby manažeři sledovali a spojili se se zaměstnanci, aby aktivně identifikovali případné problémy s pracovním zatížením a pomohli jim najít řešení k překonání těchto

problémů. Poskytnutí pocitu sounáležitosti s "komunitou" nebo "skupinou" pomáhá při snižování syndromu vyhoření. Další prevence nebo léčba syndromu vyhoření zaměstnanců je strategie zvládnutí syndromu vyhoření zaměstnanců. Při odchodu z práce by měli jedinci dostat spoustu odpočinku, zpomalit, zhodnotit svou současnou situaci a přehodnotit své cíle a priority, jako je žádný telefon, počítače ani jiná elektronická zařízení. Jednotlivci by měli také přijmout zdravý životní styl se změnou stravovacích a cvičebních návyků. Studie ukazují, že lidé, kteří se přirozeně pohybují, jedí méně kalorií, jí méně masa, relaxují nebo si odpočinou při kvalitním spánku, jsou pak vytrvalejší, zvyšují kreativitu, zlepšují paměť a motorické dovednosti, snižují rizika srdečních onemocnění a zabraňují vyhoření. Přínos pro zaměstnance je naučit se pracovat na svém stresu nebo řídit své stresové úrovně tím, že navštěvují školení zaměřené na řízení stresu. Sociální podpůrné skupiny, které se zaměřují na techniky stresového řízení, jsou často nejúčinnější při snižování nebo prevenci syndromu vyhoření zaměstnanců. Zaměstnanci se musí ujistit, že žijí i mimo práci, dělají věci, které mají rádi, a baví se. (Spradlin, 2016)

Organizace mohou přispívat k prevenci nebo léčbě syndromu vyhoření zaměstnanců tím, že vytvoří pracovní prostředí, v němž se zaměstnanci budou cítit respektovaně a smysluplně. Organizace mohou nabídnout flexibilní pracovní dobu, která pomůže zaměstnancům vyrovnat se s vysokou pracovní zátěží. (Spradlin, 2016)

Vhodné je i používání relaxačních technik nebo využití – AVS technologií (psychowalkman). K léčbě se využívá psychologické terapie, transformační systemická terapie nebo daseinsanalýza. Nevýhoda těchto terapií je malá účinnost a trvá to delší dobu, než se projeví výsledky. AVS relaxace uvolňují svalstvo, psychickou únavu, podrážděnost, špatnou náladu, deprese, také snižují kardiovaskulární obtíže a zkvalitňují spánek. (Valuch, 2014)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

- 1. Cíl: Zjistit, jak vnímají všeobecné sestry umírání a smrt pacientů v intenzivní péči.**

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je spojitost délky praxe všeobecných sester s vyrovnáním se se smrtí pacienta v intenzivní péči?

Výzkumná otázka č. 2: Jak se všeobecné sestry v intenzivní péči vyrovnávají se smrtí pacienta a se špatnou prognózou pacienta?

Výzkumná otázka č. 3: Jak vnímají všeobecné sestry smrt a umírání pacienta v intenzivní péči?

- 2. Cíl: Zjistit, jak často se všeobecné sestry setkávají s úmrtím pacienta v intenzivní péči a jejich kategorizací.**

Výzkumná otázka č. 1: Jak často se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají se smrtí pacienta?

Výzkumná otázka č. 2: S jakou kategorizací marné léčby nemocných se všeobecné sestry v intenzivní péči nejčastěji setkávají?

2.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu a k dosažení stanovených cílů jsem použila metody dotazníku. Předvýzkum jsem provedla k ověření srozumitelnosti jednotlivých položek dotazníku. Předvýzkum byl prováděn na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, kde bylo zapojeno celkem 10 všeobecných sester. Data získaná předvýzkumem nebyla zařazena do vlastního výzkumného šetření.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají všeobecné sestry umírání a smrt pacientů v intenzivní péči. K tomuto cíli jsem si stanovila tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka ke stanovení prvního cíle je: Jaká je spojitost délky praxe všeobecných sester s vyrovnáním se se smrtí pacienta v intenzivní péči? K ověření prvního cíle a první výzkumné otázky slouží v dotazníku otázky číslo: 1, 10, 13. Druhá výzkumná otázka pro první cíl je: Jak se všeobecné sestry v intenzivní péči vyrovnávají se smrtí pacienta a se špatnou prognózou pacienta? K ověření prvního cíle a druhé výzkumné otázky jsou použity v dotazníku otázky číslo: 5, 8, 9, 12. Třetí výzkumná otázka pro první cíl se zabývá tím: Jak vnímají všeobecné sestry smrt a umírání pacienta v intenzivní péči? K ověření prvního cíle a třetí výzkumné otázky odpovídají otázky číslo: 6, 7, 11, 14, 18.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak často se všeobecné sestry setkávají s úmrtím pacienta v intenzivní péči a jejich kategorizací. Na tento cíl jsem si stanovila dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka pro druhý cíl se zabývá tím: Jak často se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají se smrtí pacienta? K získání druhého cíle a první výzkumné otázky slouží otázky číslo: 2, 3, 4. Druhá výzkumná otázka ke druhému cíli je: S jakou kategorizací marné léčby nemocných se všeobecné sestry v intenzivní péči nejčastěji setkávají? Na ověření druhého cíle a druhé výzkumné otázky jsou otázky z dotazníku číslo: 15, 16, 17. Demografické otázky v dotazníku jsou pouze dvě a jsou nečíslované.

V dotazníku byla použita otevřená otázka číslo 18 a uzavřené otázky jsou číslo: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15. Mezi polouzavřené otázky patří otázky číslo: 2, 6, 11, 16, 17 a byla použita Likertova škála u otázek číslo: 7, 14. V úvodu dotazníku je stručné seznámení s obsahem dotazníku, ujištění o anonymitě a poděkování (viz příloha č. 1).

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Distribuovala jsem celkem 100 dotazníků a všechny se mi vrátily vyplněné, návratnost tedy byla 100 %. Ke zpracování bylo použito všech 100 dotazníků. Vzdělání respondentů byla nejčastěji specializace ARIP celkem 46 respondentů, dále byli respondenti s vysokoškolským - bakalářským vzděláním (28 respondentů), se středním zdravotnickým vzděláním bylo 22 respondentů, vyšším odborným vzděláním 22 respondentů, a vysokoškolským – magisterským vzděláním bylo 22 respondentů. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně a v Uherskohradišťské nemocnici.

2.4 Průběh výzkumu

Dotazníky jsem distribuovala na oddělení intenzivní péče v období od 10. 11. 2018 do 10. 1. 2019 ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně a v Uherskohradišťské nemocnici. Dotazníky byly rozdány na těchto klinikách: Anesteziologicko-resuscitační klinika, I. chirurgická klinika jednotka intenzivní péče (JIP), II. chirurgická klinika JIP, II. interní klinika JIP, Neurochirurgická klinika JIP, I. neurologická klinika JIP, I. ortopedická klinika, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku JIP. Povolení k provedení výzkumného šetření (viz příloha č. 2).

2.5 Výsledky výzkumu

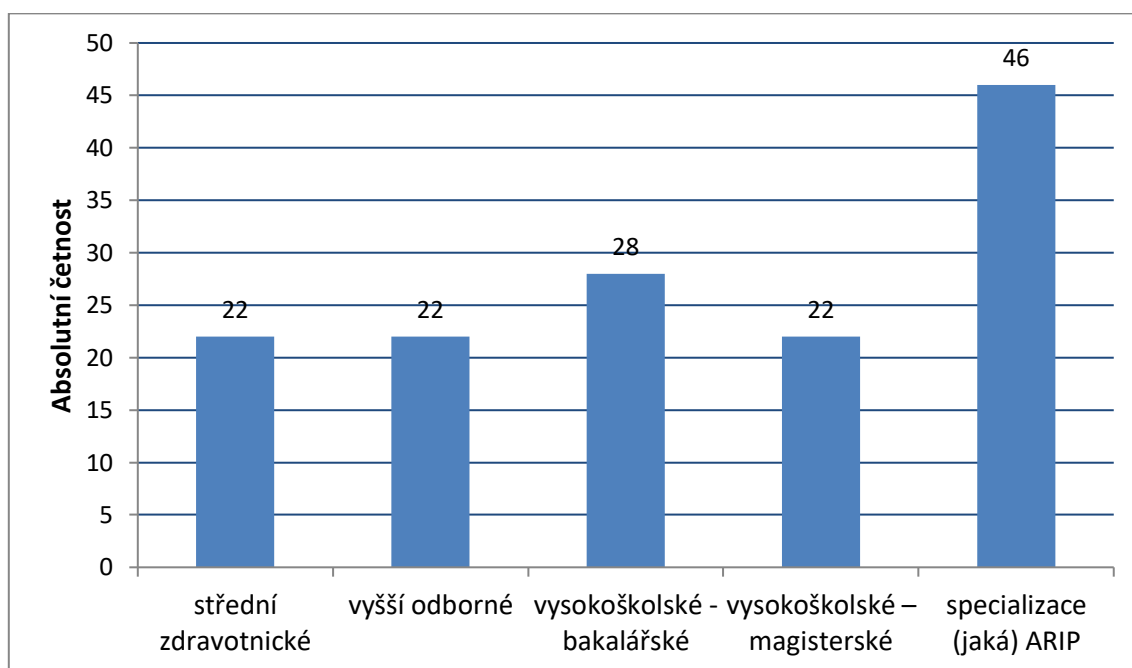
Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věkové rozdělení respondentů.

Kolik je Vám let?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
18 - 30	42	42
31 - 40	34	34
41 - 50	22	22
51 a více	2	2
Celkem	100	100

V otázce bylo zjišťováno zastoupení věkových skupin souboru respondentů. Nejvíce byli zastoupeni respondenti ve věku 18 - 30 let a to bylo 42 respondentů (42 %). Dále následovali respondenti ve věku 31 – 40 let (respondentů 34, 34 %), 41 – 50 let (22 respondentů, 22 %). Nejméně bylo respondentů ve věku 51 a více roků a to pouze 2 respondenti (2 %).

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (možnost více odpovědí)



Graf 1: Vzdělání respondentů (možnost více odpovědí)

Otázka byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejčastěji odpovídali lidé se specializací ARIP (46 respondentů). Druzí nejčastěji zastoupení byli respondenti s vysokoškolským - bakalářským vzděláním (28 respondentů). Dále následovali respondenti se středním zdravotnickým vzděláním (22 respondentů), vyšším odborným vzděláním (22 respondentů), a vysokoškolským - magisterským vzděláním (22 respondentů).

Otázka číslo 1: Jaká je délka Vaší praxe v intenzivní péči?

Tabulka 2: Délka praxe respondentů

Jaká je délka Vaší praxe v intenzivní péči?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
do jednoho roku	6	6
1 rok až 5 let	40	40
6 let až 15 let	34	34
16 let a více	20	20
Celkem	100	100

V otázce číslo jedna byla zjišťována délka praxe respondentů v intenzivní péči. Nejvíce byli zastoupeni respondenti s praxí od 1 roku až do 5 let (40 respondentů, 42 %). Dále následovali respondenti s praxí od 6 let až do 15 let (respondentů 34, 34 %) a s praxí od 16 let a více (20 respondentů, 20 %). Nejméně bylo respondentů s praxí do jednoho roku, a to bylo pouze 6 respondentů (6 %).

Otázka číslo 2: Kdy jste se poprvé setkal/a se smrtí?

Tabulka 3: První setkání respondentů se smrtí

Kdy jste se poprvé setkal/a se smrtí?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
mimo zaměstnání	26	26
v průběhu přípravy na povolání	58	58
v zaměstnání	14	14
jiná odpověď: „v dětství“	2	2
Celkem	100	100

Otázka číslo dva se dotazovala, kdy se respondenti poprvé setkali se smrtí. Téměř 58 respondentů (58 %) se setkalo se smrtí, již v průběhu přípravy na povolání. 26 respondentů (26 %) se setkalo se smrtí mimo zaměstnání a pouze 14 respondentů se potkalo se smrtí až v zaměstnání. Jen 2 respondenti (2 %) se poprvé setkali se smrtí již v dětství.

Otázka číslo 3: Jak často se na svém pracovišti setkáváte s úmrtím?

Tabulka 4: Četnost setkání respondentů s úmrtím na daném pracovišti

Jak často se na svém pracovišti setkáváte s úmrtím?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
několikrát za den	0	0
Denně	6	6
týdně	36	36
měsíčně	48	48
zcela výjimečně	8	8
zatím jsem se nesetkal/a	2	2
Celkem	100	100

Třetí otázka se zabývá tím, jak často se respondenti na svém pracovišti setkávají s úmrtím. 48 respondentů (48 %) se měsíčně setkává s úmrtím na svém pracovišti, týdně se smrtí na pracovišti setkává 36 respondentů (36 %), 8 respondentů (8 %) zcela výjimečně a 6 respondentů (6 %) denně. Jenom 2 respondenti (2 %) se zatím na svém pracovišti s úmrtím nesetkali. Na otázku, zda by se někdo z respondentů setkával na svém pracovišti s úmrtím několikrát za den, bylo 0 odpovědí.

Otázka číslo 4: S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal/a?

Tabulka 5: Počet setkání respondentů se smrtí za dobu praxe

S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal/a?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
méně jak 15 úmrtí	12	12
15-30 úmrtí	32	32
s úmrtím jsem se ještě nesetkal/a	2	2
nedovedu odhadnout	38	38
Jiná odpověď: „více než 30“	14	14
Jiná odpověď: „nelze spočítat“	2	2
Celkem	100	100

Čtvrtá otázka je zaměřena na počet úmrtí, se kterými se respondenti během své praxe setkali. Téměř 38 respondentů (38 %) nedovede odhadnout počet úmrtí, se kterými se během své praxe setkali. Celkem 32 respondentů (32 %) se setkalo s 15-30 úmrtími během své praxe. 14 respondentů (14 %) odpovědělo, že se setkalo s více jak 30 úmrtími během své praxe. 12 respondentů (12 %) udává, že se setkali s méně jak 15 úmrtími a pouze 2 respondenti (2 %) udali, že nemůžou spočítat počet úmrtí, se kterými se během své praxe setkali.

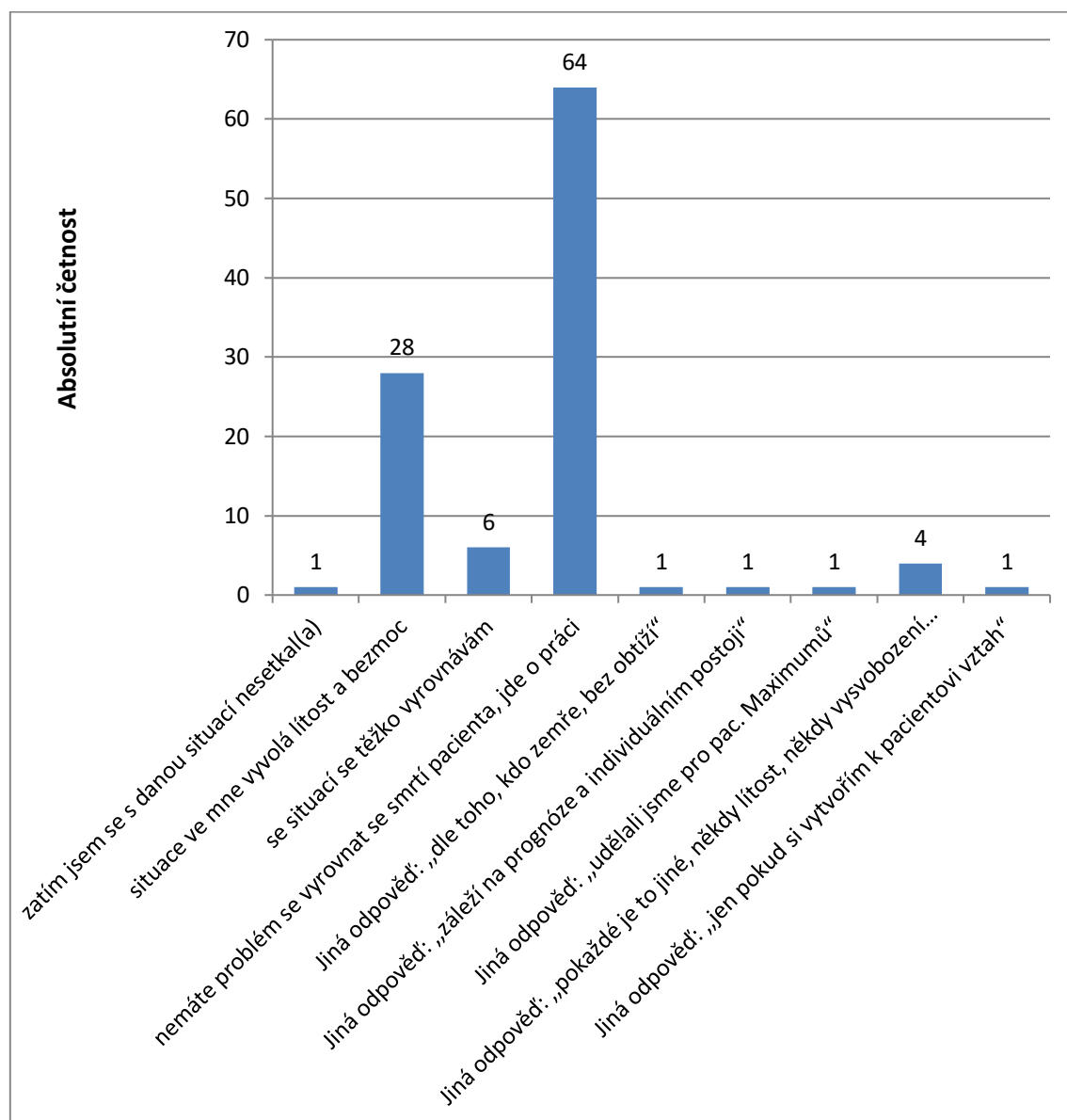
Otázka číslo 5: S jakým typem úmrtí se nejčastěji setkáváte na Vašem pracovišti?

Tabulka 6: Nejčastější typ úmrtí, se kterým se respondenti setkávají

S jakým typem úmrtí se nejčastěji setkáváte na Vašem pracovišti?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
náhlé úmrtí	8	8
očekávané úmrtí	30	30
s náhlým i očekávaným úmrtím stejně	62	62
Celkem	100	100

Pátá otázka se ptá, s jakým typem úmrtí se nejčastěji respondenti setkávají na svých pracovištích. S náhlým i očekávaným úmrtím se stejně setkává 62 respondentů (62 %), 30 respondentů (30 %) se setkává s očekávaným úmrtím a pouze 8 respondentů (8 %) se setkává s náhlým úmrtím.

Otázka číslo 6: Jak se vyrovnáváte s úmrtím pacienta na Vašem pracovišti (možnost více odpovědí)



Graf 2: Vyrovnávání se respondentů s úmrtím pacienta na pracovišti (možnost více odpovědí)

Otázka číslo šest je zaměřena na to, jak se respondenti vyrovnávají s úmrtím pacienta na svém pracovišti. Téměř 64 odpovědí bylo, že respondenti nemají problém vyrovnat se se smrtí pacienta, jde o práci. 28 respondentů odpovědělo, že tato situace vyvolává lítost a bezmoc, 6 respondentů se situací těžko vyrovnává, u 4 respondentů je to pokaždé jinak, někdy lítost, někdy vysvobození pro pacienta. Pouze 1 respondent se zatím s danou situací nesetkal, 1 respondent odpověděl, že záleží dle toho, kdo zemře,

jinak bez obtíží. U 1 respondenta záleží na prognóze a individuálním postoji. 1 respondent udal, že se udělalo pro pacienta maximum, 1 respondent odpověděl, že se vyrovnává hůře, jen pokud si vytvořil k pacientovi vztah.

Otázka číslo 7: Umře-li pacient Vaší kolegyni (Vašemu kolegovi) během Vaší společné směny, pociťujete také lítost a beznaději?

Tabulka 7: Pocity respondentů při úmrtí pacienta jejich kolegů

Umře-li pacient Vaší kolegyni (Vašemu kolegovi) během Vaší společné směny, pociťujete také lítost a beznaděj?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	8	8
spíše ano	22	22
spíše ne	48	48
ne	22	22
Celkem	100	100

Sedmou otázkou bylo zjišťováno, zda pociťuje také lítost a beznaděj, když umře pacient kolegyni (kolegovi) respondenta během jejich společné směny. Spíše ne zvolilo 48 respondentů (48 %), spíše ano 22 respondentů (22 %) a ne odpovědělo 22 respondentů (22 %). Jenom 8 respondentů (8 %) uvedlo ano.

Otázka číslo 8: Ovlivňuje věk pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?

Tabulka 8: Pocity respondentů při úmrtí spojené s věkem pacienta

Ovlivňuje věk pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	84	84
ne	16	16
Celkem	100	100

Osmá otázka prošetřuje, jak ovlivňuje věk pacienta to, co cítí respondent při jeho úmrtí. Téměř 84 respondentů (84 %) uvedlo, že věk pacienta ovlivňuje to, co cítí při jeho úmrtí a 16 respondentů (16 %) odpovědělo, že ne.

Otázka číslo 9: Ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?

Tabulka 9: Pocity respondentů při úmrtí, spojené s jeho diagnózou

Ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	64	64
ne	24	24
nevím	12	12
Celkem	100	100

Devátá otázka se zabývá tím, zda ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítí respondent při jeho úmrtí. 64 respondentů (64 %) ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítí při jeho úmrtí. 24 respondentů (24 %) neovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítí při jeho úmrtí a neví 12 respondentů (12 %).

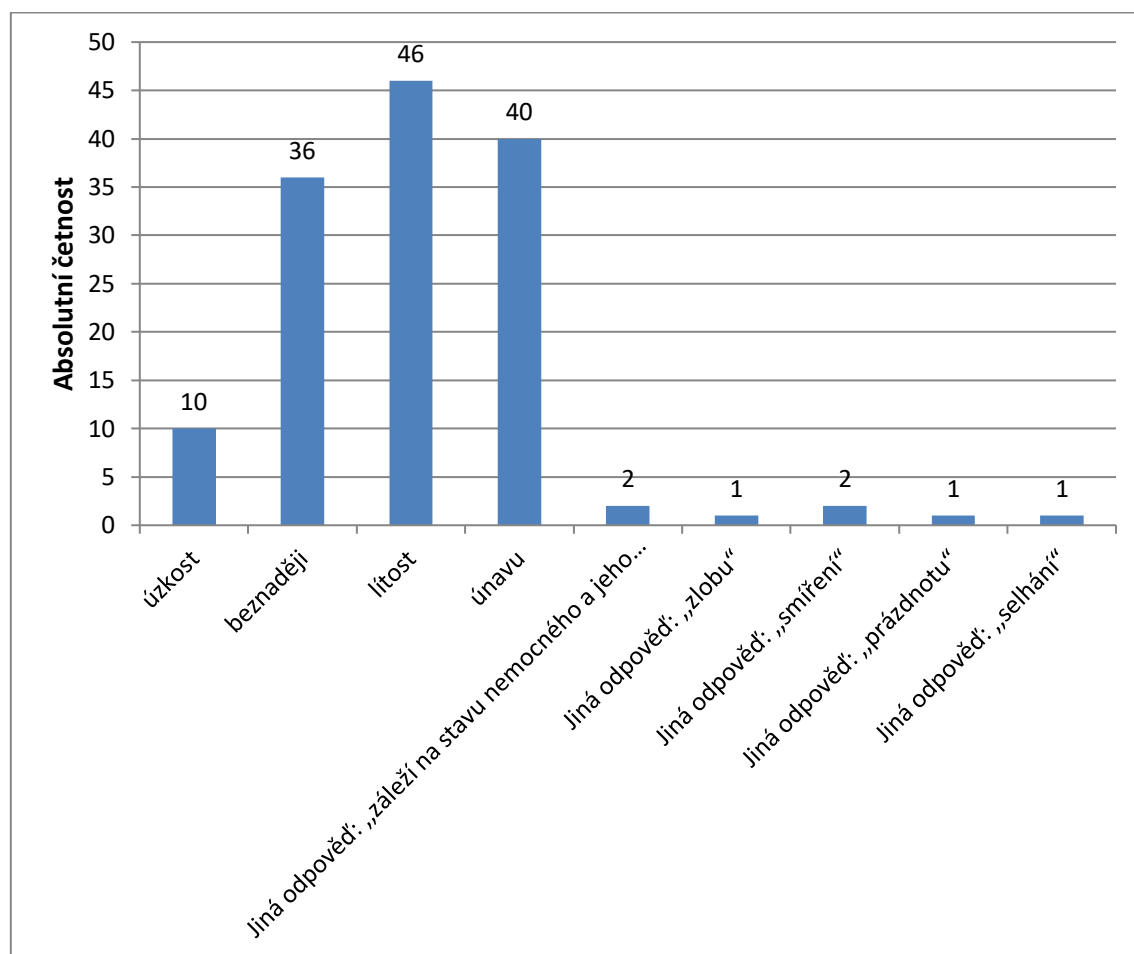
Otázka číslo 10: Máte pocit, že čím delší je Vaše praxe, tím lépe se se smrtí pacienta vyrovnáváte?

Tabulka 10: Vliv délky praxe respondentů na jejich schopnost vyrovnat se se smrtí

Máte pocit, že čím delší je Vaše praxe, tím lépe se se smrtí pacienta vyrovnáváte?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	68	68
ne	22	22
nevím	10	10
Celkem	100	100

Desátá otázka se věnuje tomu, zda má respondent pocit, že čím delší je jeho praxe, tím lépe se se smrtí pacienta vyrovnává. Prakticky 68 respondentů (68 %) má pocit, že čím delší je jejich praxe, tím lépe se se smrtí pacienta vyrovnává, 22 respondentů (22 %) odpovědělo ne a neví 10 respondentů (10 %).

Otázka číslo 11: Co nejčastěji pociťujete po neúspěšné KPR? (možno více odpovědí)



Graf 3: Pocity respondentů po neúspěšné KPR (možnost více odpovědí)

Jedenáctá otázka se zabývá tím, co nejčastěji pociťuje respondent po neúspěšné KPR. 46 respondentů pociťuje lítost, 40 respondentů pociťuje únavu, 36 respondentů beznadějí a 10 respondentů úzkost. 2 respondenti udali, že záleží na stavu nemocného a jeho věku, 2 respondenti cítí smíření, 1 respondent zlobu, 1 respondent prázdnotu, 1 respondent selhání a 1 respondent zklamání.

Otázka číslo 12: Když pacient zemře, s čím se vyrovnáváte hůře?

Tabulka 11: Vyrovnávání respondentů při úmrtí pacienta

Když pacient zemře, s čím se vyrovnáváte hůře?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
s náhlým úmrtím pacienta do 60 let	42	42
s náhlým úmrtím pacienta bez ohledu na jeho věk	44	44
se smrtí u dlouhodobě umírajícího pacienta	4	4
nemáte problém se vyrovnat se smrtí pacienta	30	30
Celkem	100	100

Dvanáctou otázkou bylo zjišťováno, s čím se vyrovnává respondent hůře, když pacient zemře. S náhlým úmrtím pacienta bez ohledu na jeho věk se hůře vyrovnává 44 respondentů (44 %), s náhlým úmrtím pacienta do 60 let se obtížně vyrovnává 42 respondentů (42 %). 30 respondentů (30 %) nemá problém se vyrovnat se smrtí pacienta a jen 4 respondenti (4 %) se hůře vyrovnávají se smrtí u dlouhodobě umírajícího pacienta.

Otázka číslo 13: Změnila práce všeobecné sestry na JIP/ARK Vaše vnímání smrti i v běžném životě?

Tabulka 12: Vnímání smrti respondentů v běžném životě

Změnila práce všeobecné sestry na JIP/ARK Vaše vnímání smrti i v běžném životě?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Ano	68	68
Ne	22	22
Nevím	10	10
Celkem	100	100

Třináctá otázka je zaměřena na to, zda změnila práce všeobecné sestry na JIP/ARK vnímání smrti i v běžném životě respondenta. 68 respondentů (68 %) odpovědělo ano, 22 respondentů (22 %) odpovědělo ne a neví pouze 10 respondentů (10 %).

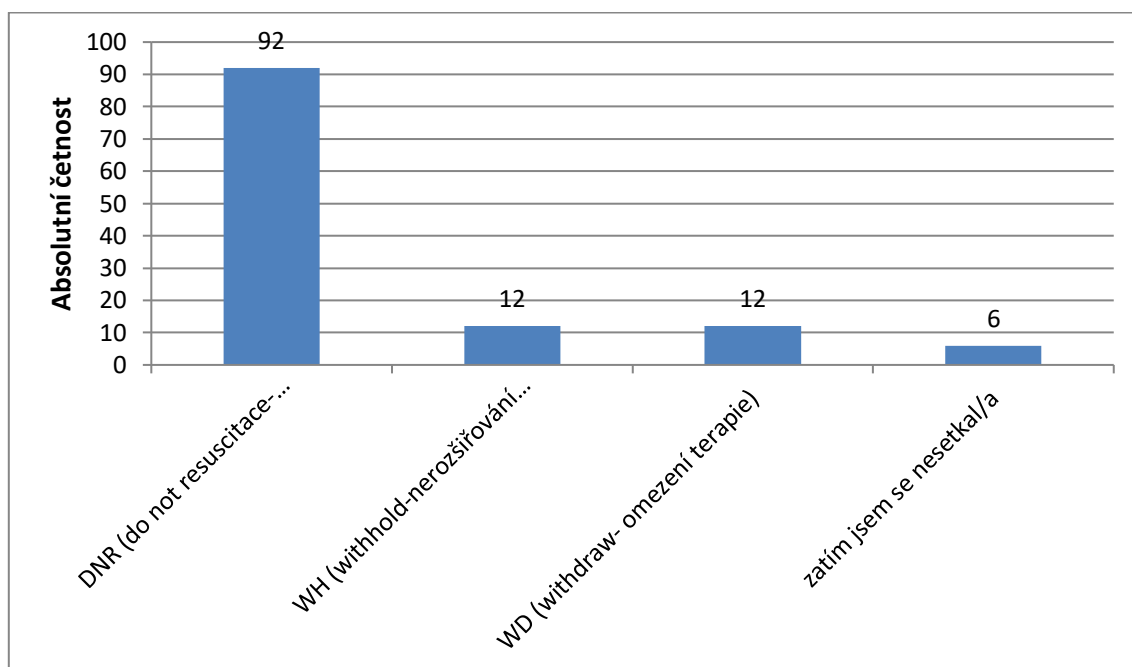
Otázka číslo 14: Pokud se staráte o pacienta, který umírá, vyvolává to ve Vás pocit bezmoci nebo lítosti?

Tabulka 13: Pocity respondentů, když jim umírá pacient

Pokud se staráte o pacienta, který umírá, vyvolává to ve Vás pocit bezmoci nebo lítosti?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano, vždy	4	4
ano, pokud je to pacient do 60 let	12	12
spíše ano	36	36
spíše ne	36	36
Ne	12	12
Celkem	100	100

Čtrnáctá otázka zjišťuje, zda u respondenta vyvolává pocit bezmoci a lítosti to, když mu umírá pacient, o kterého se stará. 36 respondentů (36 %) odpovědělo spíše ano, 36 respondentů (36 %) odpovědělo spíše ne. 12 respondentů (12 %) odpovědělo ano, pokud je to pacient do 60 let, 12 respondentů (12 %) odpovědělo ne. Ano vždy odpověděli pouze 4 respondenti (4 %).

Otázka číslo 15: S čím se v souvislosti s kategorizací nemocného, ve Vaší praxi setkáváte nejčastěji? (možnost více odpovědí)



Graf 4: Kategorizace pacientů, se kterou se respondenti setkávají (možnost více odpovědí)

Patnáctá otázka je zaměřena na to, s čím se respondent v souvislosti kategorizace nemocného v jeho praxi setkává nejčastěji. S DNR se setkává 92 respondentů, s WH se setkává 12 respondentů, s WD 12 respondentů a jen 6 respondentů se s kategorizací ještě nesetkalo.

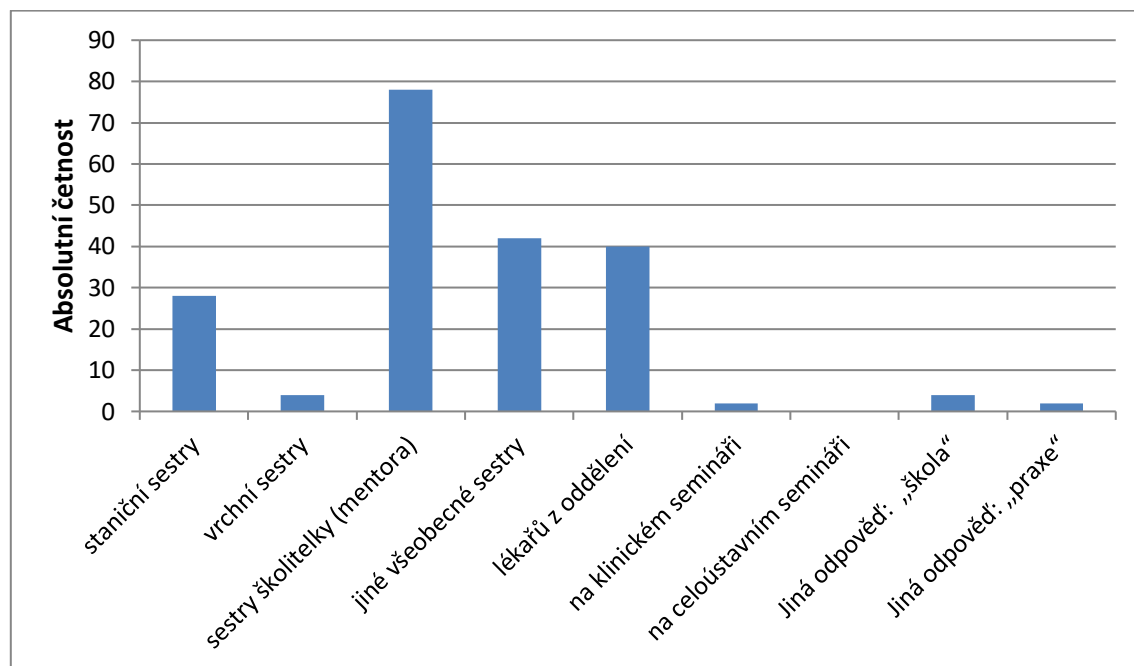
Otázka číslo 16: Myslíte si, že informace, které jste získal/a při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných jsou dostatečné?

Tabulka 14: Informace respondentů o kategorizaci pacientů při nástupu na oddělení

Myslíte si, že informace, které jste získal/a při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných, jsou dostatečné?	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	82	82
ne	2	2
nevím	16	16
Celkem	100	100

Šestnáctá otázka se věnuje tomu, zda si respondent myslí, že informace, které získal při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných, jsou dostatečné. Téměř 82 respondentů (82 %) odpovědělo ano, neví pouze 16 respondentů (16 %) a ne odpověděli jen 2 respondenti (2 %).

Otázka číslo 17: Od koho jste na nynějším oddělení získal/a informace o kategorizaci léčby u nemocných? (možnost více odpovědí)



Graf 5: Informace o kategorizaci léčby (možnost více odpovědí)

Sedmnáctá otázka se týkala toho, od koho respondent na nynějším oddělení získal informace o kategorizaci léčby u nemocných. Celkem 78 respondentů získalo informace o kategorizaci léčby u nemocných od sestry školitelky (mentora), 42 respondentů od jiné všeobecné sestry, 40 respondentů od lékařů z oddělení, 28 respondentů od staniční sestry, 4 respondenti od vrchní sestry a 4 respondenti ze školy. Jen 2 respondenti obdrželi informace z klinického semináře a 2 respondenti na praxi.

Otázka číslo 18: Slovně prosím uveďte, jak by bylo možné zlepšit vyrovnávání všeobecných sester s úmrtím pacienta?

Tabulka 15: Názory respondentů na vyrovnávání se s úmrtím pacientů

Slovně prosím uveďte, jak by bylo možné zlepšit vyrovnávání se všeobecných sester s úmrtím pacienta.	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Nevyplněno	49	49
„Psycholog.“	11	11
„Více volna.“	12	12
„Wellnes balíčky.“	3	3
„Pohoda v osobním životě.“	3	3
„Nevím.“	3	3
„Školení, semináře, video.“	2	2
„Možnost rozhovoru.“	1	1
„Praxe (pravidelné stáže na ARO a LDN).“	2	2
„Barevné prostředí.“	1	1
„Změna pracoviště.“	1	1
„Omezení přesčasů.“	1	1
„Změna životního postoje.“	2	2
„Kvalitní paliativní péče.“	1	1
„Někteří lidé umírají	3	3

<i>v nemocnici zbytečně. Bylo by fajn pacienty, kteří jsou toho schopni, nechat zemřít doma. A horší než smrt je dle mého názoru dlouhodobé umírání. A zbytečné, umělé prodlužování umírání a trápení člověka!“</i>		
<i>„Možnost supervize.“</i>	3	3
<i>„Školení o paliativní péči a pro zaměstnance relaxační techniky.“</i>	2	2
Celkem	100	100

V osmnácté otázce bylo slovně zjišťováno od respondenta, jak by bylo možné zlepšit vyrovnávání se všeobecných sester s úmrtím pacienta. Na tuto otázku neodpovědělo 49 respondentů (49 %). Celkem 12 respondentů (12 %) odpovědělo „více volna“, 11 respondentů (11 %) odpovědělo „pomoc psychologa“, 3 respondenti (3 %) sdělili „wellness balíčky“, 3 respondenti (3 %) udávali „pohoda v osobním životě“, 3 respondenti (3 %) napsali, že neví. 3 respondenti (3 %) napsali „Někteří lidé umírají v nemocnici zbytečně. Bylo by fajn pacienty, kteří jsou toho schopni nechat zemřít doma. A horší než smrt je dle mého názoru dlouhodobé umírání. A zbytečné, umělé prodlužování umírání a trápení člověka!“. 3 respondenti (3 %) navrhli „možnost supervize“, 2 respondenti (2 %) napsali „školení, semináře, video“, 2 respondenti (2 %) udávali „praxe (pravidelné stáže na ARO a LDN)“, 2 respondenti (2 %) zmínili „změna životního postoje“ a 2 respondenti (2 %) napsali „školení o paliativní péči a pro zaměstnance relaxační techniky“.

Další odpovědi, které se v této otázce vyskytly napsal vždy 1 respondent (1 %):

„Možnost rozhovoru.“

„Barevné prostředí.“

„Změna pracoviště.“

„Omezení přesčasů.“

„Kvalitní paliativní péče.“

2.6 Diskuze

Prvním cílem bakalářské práce a jejího výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají všeobecné sestry umírání a smrt pacientů v intenzivní péči. K tomuto cíli byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla, jaká je spojitost délky praxe všeobecných sester s vyrovnáním se se smrtí pacienta v intenzivní péči? Druhá výzkumná otázka je, jak se všeobecné sestry v intenzivní péči vyrovnávají se smrtí pacienta a se špatnou prognózou pacienta? Třetí výzkumná otázka je, jak vnímají všeobecné sestry smrt a umírání pacienta v intenzivní péči?

V následujícím textu jsou uvedeny zjištěné demografické údaje. Mezi respondenty byla nejvíce zastoupena věková skupina 18-30 let a to bylo 42 respondentů (42 %). Dále následovali respondenti ve věku 31-40 let 34 respondentů (34 %), 41-50 let 22 respondentů (22 %). Nejstarší respondenti byli ve věku 51 a více roků, a to pouze 2 respondenti (2 %) (viz Tabulka 1). Většina respondentů (46) uvedla za nejvyšší dosažené vzdělání specializaci ARIP. Vysokoškolské – bakalářské vzdělání absolvovalo 28 respondentů. Dále následovali respondenti se středním zdravotnickým vzděláním 22 respondentů, vyšším odborným vzděláním 22 respondentů, a vysokoškolským – magisterským vzděláním 22 respondentů (viz Graf 1). Vzhledem k práci v intenzivní péči potřebují všeobecné sestry pro vykonávání práce bez odborného dohledu mít vysokoškolské vzdělání, středoškolské, a to diplomovaná sestra pro intenzivní péči, nebo specializaci v oboru.

Velká většina všeobecných sester, 68 respondentů (68 %), má pocit, že čím delší je jejich praxe, tím lépe se se smrtí pacienta vyrovnávají, 22 všeobecných sester (22 %) odpovědělo že ne, a nesouhlasí tedy s tím, že čím delší je jejich praxe, tím lépe se smrtí pacienta vyrovnávají, a nevědělo deset všeobecných sester (10 %) (viz Tabulka 10).

Celkem šedesát osm všeobecných sester (68 %) odpovědělo, že práce všeobecné sestry na JIP/ARK změnilo jejich vnímání smrti i v běžném životě, 22 všeobecných sester (22 %) nesouhlasilo, že by změnila práce všeobecné sestry na JIP/ARK vnímání smrti i v běžném životě, a neví pouze deset všeobecných sester (10 %) (viz Tabulka 12).

První výzkumná otázka byla, jaká je spojitost délky praxe všeobecných sester s vyrovnáním se se smrtí pacienta v intenzivní péči? Na základě zjištěných odpovědí se potvrdilo, že opravdu, čím je delší praxe všeobecných sester, tím se většina

všeobecných sester lépe vyrovnává se smrtí pacienta v intenzivní péči. Domnívala jsem se, že čím je praxe delší, tím se lépe všeobecné sestry vyrovnávají s úmrtím pacienta.

K ověření prvního cíle a druhé výzkumné otázky jsou použity v dotazníku otázky číslo: 5, 8, 9, 12. Velká část dotazovaných všeobecných sester, 62 respondentů (62 %), se setkává jak s náhlým, tak i s očekávaným úmrtím na svém pracovišti ve stejné míře, 30 respondentů (30 %) se nejčastěji setkávají s očekávaným úmrtím a pouze 8 respondentů (8 %) se setkává s náhlým úmrtím (viz Tabulka 6).

Téměř všechny všeobecné sestry, 84 respondentů (84 %) ovlivňuje věk pacienta, když umírá. Daleko lépe se vyrovnávají se smrtí starších pacientů. Pouze 16 všeobecných sester (16 %) odpovědělo, že neovlivňuje věk pacienta to, co cítí při jeho úmrtí (viz Tabulka 8). Více jak polovinu dotazovaných všeobecných sester, 64 respondentů (64 %), ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítí při jeho úmrtí, neovlivňuje to jen 24 všeobecných sester (24 %) a 12 všeobecných sester (12 %) nevědělo, zda ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítí při jeho úmrtí (viz Tabulka 9).

S náhlým úmrtím pacienta bez ohledu na jeho věk se hůře vyrovnává 44 všeobecných sester (44 %), s náhlým úmrtím pacienta do 60 let se obtížně vyrovnává 42 všeobecných sester (42 %). Pouze 30 všeobecných sester (30 %) nemívá problém vyrovnávat se se smrtí pacienta a jen pár všeobecných sester, 4 respondenti (4 %), se hůře vyrovnává se smrtí u dlouhodobě umírajícího pacienta (viz Tabulka 11). V diplomové práci Bc. Ivety Kneecové bylo také zjištěno, že nejčastěji byly označeny skupiny očekávaná i náhlá úmrtí, a to u 110 respondentů. Z výzkumu logicky vyplývá, že nejčastěji byla označena varianta obojího typu úmrtí, protože na ARK/JIP jsou hospitalizováni nemocní plánovaně i akutně, pohybujeme se tedy v akutní medicíně, lze předpokládat nejčastější úmrtí obojího charakteru.

Druhá výzkumná otázka je, jak se všeobecné sestry v intenzivní péči vyrovnávají se smrtí pacienta a se špatnou prognózou pacienta? Z dotazníku vyplývá, že se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají jak s náhlým, tak i s očekávaným úmrtím. Nejlépe se dokážou vyrovnat s úmrtím pacienta vyššího věku a se špatnou prognózou, než s úmrtím pacienta nižšího věku a se špatnou prognózou. Všeobecné sestry tedy velmi ovlivňuje věk, diagnóza pacienta a to, co cítí při jeho úmrtí. Předpokládala jsem, že sestry s vyšším věkem budou mít daleko vyrovnanější pocity

při setkání se smrtí. Budou daleko víc vyrovnané a lépe se budou smířovat s úmrtím pacienta vyššího věku a se špatnou prognózou.

K ověření prvního cíle a třetí výzkumné otázky slouží otázky číslo: 6, 7, 11, 14, 18. Více jak polovina všeobecných sester (64 respondentů) nemá problém se vyrovnat se smrtí pacienta, jde jen o práci. Méně než polovina všeobecných sester (28 respondentů) má pocit lítosti a bezmoci. Jen pár všeobecných sester (6 respondentů) se se situací těžko vyrovnává, u čtyř všeobecných sester je to pokaždé jinak, někdy lítost, někdy vysvobození pro pacienta. Jedna všeobecná sestra se zatím s danou situací nesetkala, dále záleží dle toho, kdo zemře, jinak bez obtíží (1 respondent), u jedné všeobecné sestry záleží na prognóze a individuálním postoji. 1 všeobecná sestra udala, že se udělalo pro pacienta maximum, jedna všeobecná sestra odpověděla, že se vyrovnává hůře, jen pokud si vytvoří k pacientovi vztah (viz Graf 2).

Pokud umře pacient kolegyni (kolegovi) během jejich společné směny, tak spíše nepocítuje lítost a beznaděj skoro polovina dotazovaných všeobecných sester, 48 respondentů (48 %), 22 všeobecných sester (22 %) spíše pocítuje lítost a beznaděj a stejný počet všeobecných sester, 22 respondentů (22 %), nepocítuje lítost a beznaděj a jenom 8 všeobecných sester (8 %) pocítují také lítost a beznaděj, pokud umře pacient kolegyni (kolegovi) během jejich společné směny (viz Tabulka 7).

Téměř polovina všeobecných sester (46 respondentů) pocítuje lítost po neúspěšné KPR, 40 všeobecných sester udalo, že pocítují únavu, 36 všeobecných sester mají pocit beznaděje a 10 všeobecných sester má úzkost. Dvě všeobecné sestry udaly, že záleží na stavu nemocného a jeho věku, a 2 všeobecné sestry cítí smíření. Jedna všeobecná sestra má pocit zloby, 1 všeobecná sestra udala prázdnotu, 1 všeobecná sestra napsala selhání a 1 všeobecná sestra zklamání (viz Graf 3). Pocity všeobecných sester jako je lítost, únava, beznaděj, bezmoc, zloba, selhání, zklamání a prázdnota po neúspěšné resuscitaci u všeobecných sester převládají, přestože bychom mohli očekávat připravenost na situace, které souvisí s častou konfrontací s umíráním a smrtí.

Celkem 36 všeobecných sester (36 %) odpovědělo, že pokud se starají o pacienta, který umírá, tak to v nich spíše vyvolává pocit bezmoci nebo lítosti a zároveň stejný počet všeobecných sester, 36 respondentů (36 %), odpovědělo, že spíše ne. Dvanáct všeobecných sester (12 %) udalo, že pokud je pacientovi do 60 let a umírá, vyvolává to u nich pocit bezmoci nebo lítost, stejný počet všeobecných sester,

12 respondentů (12 %), nepocítuje pocit bezmoci ani lítost. Pouze 4 všeobecné sestry (4 %) napsaly, že pokaždé pocítují bezmoc nebo lítost (viz Tabulka 13). Na otázku, jak by bylo možné zlepšit vyrovnávání se všeobecných sester s úmrtím pacienta neodpovědělo celkem 49 všeobecných sester (49 %).

Odpovědi všeobecných sester, které se v této otázce vyskytly:

„Více volna.“ (12 respondentů, 12 %)

„Pomoc psychologa.“ (11 respondentů, 11 %)

„Wellnes balíčky.“ (3 respondenti, 3 %)

„Pohoda v osobním životě.“ (3 respondenti, 3 %)

„Nevím.“ (3 respondenti, 3 %)

„Někteří lidé umírají v nemocnici zbytečně. Bylo by fajn, pacienty, kteří jsou toho schopni, nechat zemřít doma. A horší než smrt je dle mého názoru dlouhodobé umírání. A zbytečné, umělé prodlužování umírání a trápení člověka!“ (3 respondenti 3 %)

„Odpověděli možnost supervize.“ (3 respondenti, 3 %)

„Školení, semináře, video.“ (2 respondenti, 2 %)

„Praxe (pravidelné stáže na ARO a LDN).“ (2 respondenti, 2 %)

„Změna životního postoje.“ (2 respondenti, 2 %)

„Školení o paliativní péči a pro zaměstnance relaxační techniky.“ (2 respondenti, 2 %)

„Možnost rozhovoru.“ (1 respondent, 1 %)

„Barevné prostředí.“ (1 respondent, 1 %)

„Změna pracoviště.“ (1 respondent, 1 %)

„Omezení přesčasů.“ (1 respondent, 1 %)

„Kvalitní paliativní péče.“ (1 respondent, 1 %) (viz Tabulka 15)

Třetí výzkumná otázka je, jak vnímají všeobecné sestry smrt a umírání pacienta v intenzivní péči. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina dotazovaných všeobecných sester nemá problém se vyrovnat se smrtí pacienta, stejně tak nepocítují

lítost a beznaděj, umře-li pacient kolegyni (kolegovi) během jejich společné směny. Po neúspěšné KPR však všeobecné sestry pociťují lítost, únavu a mají pocit beznaděje. Nejčastější pocity všeobecných sester, které se starají o umírajícího pacienta, je bezmoc nebo lítost. U této otázky jsem si myslela, že nejčastější pocity všeobecných sester pracujících v intenzivní péči jsou bezmoc a lítost.

Prvním cílem bakalářské práce a jejího výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají všeobecné sestry umírání a smrt pacientů v intenzivní péči. Všeobecné sestry vnímají umírání a smrt pacientů v intenzivní péči dobře, ale toto vnímání je ovlivněno délkou praxe, věkem a diagnózou pacienta. Bezmoc a lítost patří mezi nejčastější pocity všeobecných sester, které se starají o umírajícího pacienta. Domnívala jsem se, že není vždy jednoduché se vyrovnat s úmrtím pacienta, zejména mladšího věku. V bakalářské práci Monika Snozová také zjistila, že nejčastěji všeobecné sestry pociťují při úmrtí pacienta bezmoc a lítost. Dle studie Elperna mají všeobecné sestry pocit úzkosti, pocit bezmocnosti a beznaděje, také ve své studii popisuje, že lékaři zažívali mravní úzkost, ačkoliv celkově nižší než všeobecné sestry.

Druhým cílem bylo zjistit, jak často se všeobecné sestry setkávají s úmrtím pacienta v intenzivní péči a jejich kategorizací. K dosažení cíle výzkumného šetření byly stanoveny 2 výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou je, jak často se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají se smrtí pacienta? Druhá výzkumná otázka byla, s jakou kategorizací marné léčby nemocných se všeobecné sestry v intenzivní péči nejčastěji setkávají?

K získání druhého cíle a první výzkumné otázky slouží otázky číslo: 2, 3, 4. Více jak polovina všeobecných sester, 58 respondentů (58 %), se setkala se smrtí již v průběhu přípravy na povolání. Dvacet šest všeobecných sester (26 %) se setkala se smrtí mimo zaměstnání a pouze 14 všeobecných sester se potkalo se smrtí až v zaměstnání. Jen dvě všeobecné sestry (2 %) se poprvé setkaly se smrtí již v dětství (viz Tabulka 3). Skoro polovina všeobecných sester, 48 respondentů (48 %), se setkává měsíčně s úmrtím pacienta na svém pracovišti, týdně se se smrtí na pracovišti setkává 36 všeobecných sester (36 %). Osm všeobecných sester (8 %) se s úmrtím pacienta setkává zcela výjimečně. Šest všeobecných sester (6 %) se s ním setkává denně. Jenom dvě všeobecné sestry (2 %) se zatím na svém pracovišti nesetkaly s úmrtím, důvodem může být, že pracují v zaměstnání krátkou dobu anebo byly čerstvé absolventky ze škol

(viz Tabulka 4). Téměř třicet osm všeobecných sester (38 %) nedovede odhadnout počet úmrtí, se kterými se během své praxe setkaly, domnívám se, že tyto všeobecné sestry pracují v intenzivní péči již několik let. Celkem 32 všeobecných sester (32 %) se setkala s 15-30 úmrtími během své praxe. Čtrnáct všeobecných sester (14 %) odpovědělo, že se setkala s více jak 30 úmrtími během své praxe. Dvanáct všeobecných sester (12 %) udává, že se setkaly s méně jak 15 úmrtími a pouze dvě všeobecné sestry (2 %) udaly, že nemohou spočítat počet úmrtí, se kterými se během své praxe setkaly, i tyto všeobecné sestry pracují v intenzivní péči několik let (viz Tabulka 5).

První výzkumnou otázkou je, jak často se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají se smrtí pacienta? Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že všeobecné sestry pracující v intenzivní péči se často setkávají s úmrtím pacienta a některé dokonce každý den, i já jsem se domnívala, že sestry v intenzivní péči se velmi často setkávají s úmrtím pacientů. Velká většina všeobecných sester se poprvé setkala s úmrtím pacienta již v průběhu přípravy na jejich povolání.

Na ověření druhého cíle a druhé výzkumné otázky jsou otázky z dotazníku číslo: 15, 16, 17. Téměř všechny dotazované všeobecné sestry (92 respondentů) se nejčastěji setkávají s kategorizací DNR. S WH kategorizací se nejčastěji setkává jen dvanáct všeobecných sester a s WD kategorizací se nejčastěji setkává také dvanáct všeobecných sester. Pouze šest všeobecných sester se s kategorizací ještě nesetkalo. Myslím si, že tyto sestry byly opět čerstvé absolventky nebo pracují v intenzivní péči krátkou dobu (viz Graf 4).

Osmdesát dva všeobecných sester (82 %) si myslí, že informace, které získaly při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných, byly dostatečné. Na tuto otázku nevědělo odpověď šestnáct všeobecných sester (16 %). Dvě všeobecné sestry (2 %) si myslí, že informace, které získaly při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných, nebyly dostatečné (viz Tabulka 14). Myslím si, že je špatné, že dvě všeobecné sestry udaly, že informace byly nedostatečné, mělo by se v tomto případě lépe vysvětlovat absolventkám kategorizace léčby, aby pro ně bylo snazší se vyrovnat s úmrtím pacientů.

Celkem 78 všeobecných sester získalo informace o kategorizaci léčby u nemocných od sestry školitelky (mentora) a 42 všeobecných sester od jiné všeobecné sestry. Domnívala jsem se, že nejčastěji se informace o kategorizaci léčby všeobecné sestry dozvěděly od mentorky nebo od jiné všeobecné sestry. Čtyřicet všeobecných sester tyto

získalo informace od lékařů z oddělení a dvacet osm všeobecných sester od staniční sestry. Pouze čtyři všeobecné sestry dostaly tuto informaci od vrchní sestry a čtyři všeobecné sestry ze školy. Jen 2 všeobecné sestry obdržely informace z klinického semináře a 2 všeobecné sestry na praxi (viz Graf 5).

Druhá výzkumná otázka ke druhému cíli je: S jakou kategorizací marné léčby nemocných se všeobecné sestry v intenzivní péči nejčastěji setkávají? V této otázce bylo odhaleno, že nejčastěji se setkávají všeobecné sestry s DNR kategorizací marné léčby nemocných a informace o kategorizaci marné léčby nejčastěji získaly všeobecné sestry od mentorky anebo jiné všeobecné sestry. U této otázky jsem se i já domnívala, že nejčastější kategorizací, se kterou se všeobecné sestry v intenzivní péči setkávají, je DNR kategorizace.

Druhým cílem bylo zjistit, jak často se všeobecné sestry setkávají s úmrtím pacienta v intenzivní péči a jejich kategorizací. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry v intenzivní péči se často setkávají s úmrtím pacienta a celkem často se setkávají s kategorizací marné léčby, zejména s DNR kategorizací. Dusíková ve své diplomové práci uvádí, že u kategorizovaných pacientů se sestry nejčastěji setkávaly s pojmem DNR, a to v 51 %.

2.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

U studentů připravujících se na toto povolání bych doporučila nácvik komunikace s umírajícím a jeho rodinou, přednášky zaměřené na komunikaci s umírajícím a jeho rodinou a s kategorizací marné léčby.

Navrhovala bych semináře pro nové zaměstnance v intenzivní péči, které by se týkaly marné léčby nemocných a jejich kategorizace, dále proškolení nových zaměstnanců intenzivní péče v přístupu k umírajícím a komunikaci s rodinou umírajících. Zaměřila bych se i na provádění seminářů o syndromu vyhoření z důvodů častého setkávání se se smrtí lidí a možnosti doporučení odborné pomoci, když by nastal problém a všeobecná sestra by se nedokázala vyrovnat s úmrtím pacientů na svém pracovišti.

Dále bych doporučila, aby zaměstnavatel lidem na těchto pracovištích zajistil možnost využití Wellness nebo poukázky na nějaké sportovní aktivity, aby si tyto všeobecné sestry mohly odpočinout jak psychicky, tak i fyzicky.

Zvládnutí komunikace s umírajícím nemocným předpokládá vyjasnění si osobních postojů k umírání a smrti a zvládnout přijetí faktu, že i nás všechny čeká poslední cesta v životě, cesta, ze které není návratu.

Závěr

Každý z nás by měl vylepšit svůj postoj k umírání a ke smrti. Všeobecné sestry by tedy měly brát péči o umírající jako poslání, které jim bylo svěřeno a mělo by být vykonáváno s tím nejlepším svědomím a vědomím. Všeobecné sestry by se měly chovat k umírajícímu s láskou a porozuměním, umět se vcítit do stavu, který právě umírající má. Tak, jak se na svět přichází s láskou a velikou slávou, mělo by se tedy i odcházet s etickou důstojností, láskou celého okolí a svých nejbližších.

Smrt je nedílnou součástí života a nelze ji od života oddělit. Každý jedinec by si měl uvědomit, že umírání a smrt je součástí každého z nás a že se jednoho dne bude týkat i naší osoby. Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků JIP jsou daleko častější, a je proto důležité provádět preventivní strategie, jako jsou pracovní skupiny JIP, komunikační strategie při péči po skončení života a prevence a řízení konfliktů na JIP.

Péče o umírajícího člověka neznamena pouze fyzické symptomy a kontrolu bolesti. Význam života a smrti musí být rozpoznán a projednán jako součást procesu léčby. Lidé mají biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Zahrnutí členů rodiny jako součásti ošetrovatelského týmu je velmi důležité. Pomáhat pacientům snížit jejich negativní pocity a respektovat jejich důstojnost je zásadní pro uspokojení potřeb pacienta. Během procesu umírání zvyšuje sociální podpora, komunikace a zapojení rodiny úroveň spokojenosti s péčí.

Je důležité, aby se u absolventů začínajících pracovat v intenzivní péči více komunikovalo o marné léčbě. Zároveň by se mělo myslet i na to, pokud dojde k úmrtí na jejich směně, tak jim dát prostor v komunikaci ohledně umírání pacientů a netabuizovat toto téma. Popřípadě jim nabídnout i odbornou pomoc. Zdravotní personál pracující delší dobu v tomto oboru často opomíjí, že pro absolventy bývá opravdu velmi těžké se ze začátku vyrovnat s marnou léčbou a úmrtím pacienta jakéhokoliv věku. A to převážně v případě, že se do té doby se smrtí nesetkali. Občas to bývá jeden z důvodů, proč odchází na jiné pracoviště, například oční, ORL nebo do ambulantní sféry, kde se již tak často nebo vůbec s úmrtím pacienta nesetkávají. Pro některé je tato skutečnost tak stresující a tíživá, že opouští zdravotnický obor úplně a odchází pracovat zcela mimo něj. Většina těchto lidí při odchodu nepřiznává, že selhali po profesionální stránce. Že se ve skutečnosti nedokázali vyrovnat s faktem, že jim pacienti často umírají a že mají obtíže a velmi těžce zvládají komunikaci

i s rodinami umírajících. Raději jako důvod odchodu uvedou, že je tato práce velmi časově, fyzicky a psychicky náročná a velmi málo finančně ohodnocená.

Seznam použité literatury

Burnout treatment. 2018. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://www.paracelsus-burnout-treatment.com/BURNOUT_TREATMENT/>](http://www.paracelsus-burnout-treatment.com/BURNOUT_TREATMENT/).

DOBRÍKOVÁ, P., MACKOVÁ, J., PAVELEK, L., ALTURABI, L. K, Miller, A. a D. J WEST. 2018. *The effect of social and existential aspects during end of life care*. [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné na [www: <http://www.oatext.com/The-effect-of-social-and-existential-aspects-during-end-of-life-care.php>](http://www.oatext.com/The-effect-of-social-and-existential-aspects-during-end-of-life-care.php)

Doporučení představenstev ČLK. 2011. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html/>](http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html).

Do-not-resuscitate order. 2018. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm/>](http://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm).

DUBCOVÁ, Iva. 2011. *Etika umírání a smrti*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>](http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772).

DUSÍKOVÁ, H. *Kategorizace léčby nemocných z pohledu všeobecných sester*, Brno: Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství, 2012, 139 s.

ELPERN, E. H., B. COVERT a R. KLEINPELL. *Moral distress of staff nurses In a medical intensive care unit*. [online]. [cit. 2019-04-05]. Dostupné na [www: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/523.full.pdf+html>](http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/523.full.pdf+html).

EMBRIACO, Nathalie, PAPAIZIAN, Laurent, KENTISH-BARNES, Nancy; POCHARD, Frederic; AZOULAY, Elie. *Burnout syndrome among critical care healthcare workers*. 2007. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <https://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2007/10000/Burnout_syndrome_among_critical_care_healthcare.4.aspx/>](https://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2007/10000/Burnout_syndrome_among_critical_care_healthcare.4.aspx).

ELLERSHAW, John a Chris WARD. 2003. *Care of the dying patient: the last hours or days of life* [online]. [cit.2018-12-02]. Dostupné na [www: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124925/>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124925/).

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetřovatelství*. 2007. Littera. 112 s. ISBN 978-80-8576-336-2.

KNEEOVÁ, I. *Umírání a smrt v intenzivní medicíně*, Brno: Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství, 2016. 109 s

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Grada. 163 s. ISBN 80-247-2069-8.

NOVÁK, Vlastimil. 2012. *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://www.zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724/>](http://www.zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724/).

NUWER, Rachel. 2018. *What if we knew when and how we'd die?*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://www.bbc.com/future/story/20180618-what-if-we-knew-when-we-were-going-to-die/>](http://www.bbc.com/future/story/20180618-what-if-we-knew-when-we-were-going-to-die/).

PETERKOVÁ, Michaela. 2018. *Fáze vyhořívání*. [online]. [cit. 2018-11-20]. Dostupné na [www: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/faze-vyhorivani/>](http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/faze-vyhorivani/).

ROBINSON, Joe. 2015. *The 7 Signs of Burnout*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <https://www.worktolive.info/blog/bid/357306/the-7-signs-of-burnout/>](https://www.worktolive.info/blog/bid/357306/the-7-signs-of-burnout/).

SNOZOVÁ, M. *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení*, Brno: Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Brno 2016. 85 s

SPRADLIN, Randy. 2016. *Identifying, Preventing, and Treating Employee Burnout Syndrome*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <https://www.linkedin.com/pulse/identifying-preventing-treating-employee-burnout-randy-spradlin/>](https://www.linkedin.com/pulse/identifying-preventing-treating-employee-burnout-randy-spradlin/).

5 Stages of Grief. 2017. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <https://www.toolshero.com/change-management/stages-of-grief/>](https://www.toolshero.com/change-management/stages-of-grief/).

STEINDL, Rudolf. 2017. *Thanatologie*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <http://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Thanatologie/>](http://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Thanatologie/).

STILLMAN, Jessica. 2018. *The 12 Stages of Burnout, According to Psychologists*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na [www: <https://www.inc.com/jessica-stillman/the-12-stages-of-burnout-according-to-psychologist.html/>](https://www.inc.com/jessica-stillman/the-12-stages-of-burnout-according-to-psychologist.html/).

VALUCH, Jan. 2014. *Syndrom vyhoření – prevence a léčba*. [online]. [cit. 2018-11-20]. Dostupné na www: <<https://www.psychowalkman.cz/ucinky/dalsi-ucinky/syndrom-vyhoreni/>>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s.. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Zákon č. 372/2011 Sb. 2018. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na www: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2/>>.

Seznam zkratek

ARIP	specializační vzdělávání v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ARK	Anesteziologicko resuscitační klinika
AVS	audiovizuálně stimulační přístroj
Bc.	vysokoškolský titul - bakalář
č.	číslo
DNR	do not resuscitation – neresuscitovat
et. al.	a další
HH	helplessness & hopelessness – bezradnost - beznadějnost
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	vysokoškolský titul – magistr
Odd.	oddělení
ORL	otorhinolaryngologie
sb.	sbírka
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WD	withdrawing therapy – ukončení léčby
WH	withholding therapy – nerozšiřování léčby
WHO	World Health Organization – Světová zdravotní organizace

Seznam grafů a tabulek

Graf 1: Vzdělání respondentů (možnost více odpovědí)	34
Graf 2: Vyrovnávání se respondentů s úmrtím pacienta na pracovišti (možnost více odpovědí)	40
Graf 3: Pocity respondentů po neúspěšné KPR (možnost více odpovědí)	45
Graf 4: Kategorizace pacientů, se kterou se respondenti setkávají (možnost více odpovědí)	49
Graf 5: Informace o kategorizaci léčby (možnost více odpovědí)	51
Tabulka 1: Věkové rozdělení respondentů	33
Tabulka 2: Délka praxe respondentů	35
Tabulka 3: První setkání respondentů se smrtí	36
Tabulka 4: Četnost setkání respondentů s úmrtím na daném pracovišti	37
Tabulka 5: Počet setkání respondentů se smrtí za dobu praxe	38
Tabulka 6: Nejčastější typ úmrtí, se kterým se respondenti setkávají	39
Tabulka 7: Pocity respondentů při úmrtí pacienta jejich kolegů	41
Tabulka 8: Pocity respondentů při úmrtí spojené s věkem pacienta	42
Tabulka 9: Pocity respondentů při úmrtí, spojené s jeho diagnózou	43
Tabulka 10: Vliv délky praxe respondentů na jejich schopnost vyrovnat se se smrtí ...	44
Tabulka 11: Vyrovnávání respondentů při úmrtí pacienta	46
Tabulka 12: Vnímání smrti respondentů v běžném životě	47
Tabulka 13: Pocity respondentů, když jim umírá pacient	48
Tabulka 14: Informace respondentů o kategorizaci pacientů při nástupu na oddělení ..	50
Tabulka 15: Názory respondentů na vyrovnávání se s úmrtím pacientů	52

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Povolení k dotazníkovému šetření ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně

Příloha 3 Povolení k dotazníkovému šetření v Uherskohradišťské nemocnici

Příloha č. 1

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra - kombinovaná forma, Vysoké školy polytechnické Jihlava. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry“. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a veškeré informace, které mi jeho prostřednictvím sdělíte, budou pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Prosím označte vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak, nebo vepište svou odpověď na vyznačené místo. Předem děkuji za spolupráci.

Hana Běhůnková, DiS

Kolik je Vám let?

- ☐ 18 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 a více

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (možnost více odpovědí)

- ☐ střední zdravotnické
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysokoškolské - bakalářské
- ☐ vysokoškolské – magisterské
- ☐ specializace (jaká).....

1. Jaká je délka Vaší praxe v intenzivní péči?

- ☐ do jednoho roku
- ☐ 1 rok až 5 let
- ☐ 6 let až 15 let
- ☐ 16 let a více

2. Kdy jste se poprvé setkal/a se smrtí?

- ☐ mimo zaměstnání
- ☐ v průběhu přípravy na povolání
- ☐ ☐ v zaměstnání
- ☐ ☐ jiná odpověď.....

3. Jak často se na svém pracovišti setkáváte s úmrtím?

- ☐ několikrát za den
- ☐ denně
- ☐ týdně
- ☐ měsíčně
- ☐ zcela výjimečně
- ☐ zatím jsem se nesetkala

4. Jak často na svém pracovišti provádíte péči o mrtvé tělo?

- ☐ několikrát za den
- ☐ denně
- ☐ týdně
- ☐ měsíčně
- ☐ zcela výjimečně
- ☐ zatím jsem se nesetkala

5. S jakým typem úmrtí se nejčastěji setkáváte na Vašem pracovišti?

- ☐ náhlé úmrtí
- ☐ očekávané úmrtí
- ☐ s náhlým i očekávaným úmrtím stejně

6. Jak se vyrovnáte s úmrtím pacienta na Vašem pracovišti? (možnost více odpovědí)

- ☐ zatím jsem se s danou situací nesetkal(a)
- ☐ situace ve mne vyvolá lítost a bezmoc
- ☐ se situací se těžko vyrovnávám
- ☐ nemáte problém se vyrovnat se smrtí pacienta, jde o práci
- ☐ jiná odpověď

7. Umře-li pacient Vaší kolegyni (Vašemu kolegovi) během Vaší společné směny, pociťujete také lítost a beznaděj?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

8. Ovlivňuje věk pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?

- ☐ ano
- ☐ ne

9. Ovlivňuje diagnóza pacienta to, co cítíte při jeho úmrtí?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

10. Máte pocit, že čím delší je Vaše praxe, tím lépe se smrtí pacienta vyrovnáváte?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

11. Co nejčastěji pocítíte po neúspěšné KPR? (možnost více odpovědí)

- ☐ úzkost
- ☐ beznaději
- ☐ lítost
- ☐ únavu
- ☐ jiná

odpověď.....

12. Když pacient umře, s čím se vyrovnáváte hůře?

- ☐ s náhlým úmrtím pacienta do 60 let
- ☐ s náhlým úmrtím pacienta bez ohledu na jeho věk
- ☐ se smrtí u dlouhodobě umírajícího pacienta
- ☐ nemáte problém se vyrovnat se smrtí pacienta

13. Změnila práce všeobecné sestry na JIP/ARK Vaše vnímání smrti i v běžném životě?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

14. Pokud se staráte o pacienta, který umírá, vyvolává to ve Vás pocit bezmoci nebo lítosti?

- ☐ ano, vždy
- ☐ ano, pokud je to pacient do 60let
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

15. S čím se v souvislosti kategorizace nemocného ve Vaší praxi setkáváte nejčastěji?

- ☐ DNR (do not resuscitate- neresuscitovat, nekřísit, neoživovat základní vitální funkce)
- ☐ WH (withhold-nerozšiřování nastavené terapie)
- ☐ WD (withdraw- omezení terapie)
- ☐ zatím jsem se nesetkal/a

16. Myslíte si, že informace, které jste získal/a při nástupu na nynější oddělení o problematice kategorizace léčby u nemocných, jsou dostatečné?

- ☐ ano
- ☐ ne (uved'te, prosím, o jaké informace se jedná).....
- ☐ neví

17. Od koho jste na nynějším oddělení získal/a informace o kategorizaci léčby u nemocných? (možnost více odpovědí)

- ☐ staniční sestry
- ☐ vrchní sestry
- ☐ sestry školitelky (mentora)
- ☐ jiné všeobecné sestry
- ☐ lékařů z oddělení
- ☐ na klinickém semináři
- ☐ na celoustavním semináři
- ☐ jinde (prosím uveďte).....

18. Slovně prosím uveďte, jak by bylo možné zlepšit vyrovnávání všeobecných sester

s úmrtím pacienta.

.....

.....

.....

.....

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ

Vyplňuje žadatel:	Příjmení a jméno žadatele:	Běhůnková Hana
	Datum narození:	26.12.1981
	Telefon:	+420774161789
	E-mail:	Hana.behunkova@fnusa.cz
	Adresa (pro zaslání vyjádření):	Oblá 41, Nový Lískovec, 634 00, BRNO
	Škola/Fakulta:	Vysoká škola polytechnická Jihlava
	Obor studia:	Všeobecná sestra – kombinovaná forma
	Téma práce:	Problematika umírání v intenzivní péči očima všeobecné sestry.
	Způsob provedení sběru dat:	Dotazníková forma
	Termín sběru dat:	15.11.2018 – 15.1.2019
	Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	ARO, JIP
	V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	100
	Prezentace dat: v mé bakalářské práci	
	Poučení: Žadatel bere na vědomí, že může nahlídet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se tím zavazuje, že zachová mlčenlivost a skutečností, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.	

Datum:	9.11.2018	Podpis:	
---------------	-----------	----------------	---

Vyplňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:	Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:		
	Schváleno dne:		12.11.2018
	ANO ☒ NE ☐		
	Datum:	02.11.18	Podpis a razítko:



J. E. Purkyně 365
Uherské Hradště 686 68
hlavní sestra

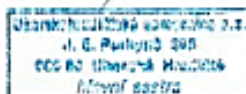
Hana Běhůnková, DiS.

Žádost o provedení dotazníkového šetření.

Na základě Vaší žádosti souhlasíme s provedením dotazníkového šetření v UHN a.s.,
V rámci zkvalitňování poskytované péče rádi přijmeme výsledky Vašeho šetření.

S pozdravem

Mgr. Zdenka Vážanová



4. 1. 2019