

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Anna Desortová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

**Anna Desortová**

Studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

**PALIATIVNÍ PÉČE POHLEDEM SESTER**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2024

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Desortová Anna

Katedra: ošetrovatelství

Název práce: Paliativní péče pohledem sester

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované: 32

Počet titulů použité literatury: 47

Klíčová slova: paliativní péče – sestra – umírání – hospic – ošetrovatelství – zkušenost-prožitek

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá paliativní péčí z pohledu sester, analyzuje jejich zkušenosti, pocity a prožívání. Zaměřuje se na faktory ovlivňující prožívání sestry v paliativní péči a na postoj sester k psychosociální opoře.

## **Abstract**

Surname and name: Desortová Anna

Department: Nursing

Title of thesis: Palliative care from the perspective of nurses

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 48

Number of pages – unnumbered: 32

Number of literature items used: 47

Keywords: palliative care – nurse – dying – hospice – nursing – experience

### **Summary:**

The bachelor's thesis deals with palliative care from the perspective of nurses, analyzes their experience and feelings. Thesis is focused on the factors influencing the feelings of nurses in palliative care and on the attitude of nurses towards psychosocial support.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

# OBSAH

<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>2</b>
1.1	DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ VYMEZENÍ..... 2
1.2	PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE..... 3
1.3	DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE..... 4
1.3.1	<i>Obecná paliativní péče</i> ..... 4
1.3.2	<i>Specializovaná paliativní péče</i> ..... 4
1.4	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PALIATIVNÍ PÉČI..... 5
1.4.1	<i>Oblasti paliativní péče</i> ..... 5
<b>2</b>	<b>SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI..... 6</b>
2.1	VZDĚLÁVÁNÍ SESTER..... 6
2.1.1	<i>Praktická sestra</i> ..... 6
2.1.2	<i>Všeobecná sestra</i> ..... 6
2.2	CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ..... 7
2.3	VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI..... 7
2.4	ROLE SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI..... 9
2.5	PŘEDPOKLADY PRO VÝKON POVOLÁNÍ SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI..... 9
2.6	EMPATIE..... 10
2.7	KOMUNIKACE SESTRY A PACIENTA V PALIATIVNÍ PÉČI..... 11
2.7.1	<i>Verbální komunikace</i> ..... 11
2.7.2	<i>Neverbální komunikace</i> ..... 11
2.8	MOTIVACE SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI..... 12
<b>3</b>	<b>PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI..... 13</b>
3.1	PSYCHICKÁ ODOLNOST SESTRY..... 13
3.2	EMOCE..... 13
3.2.1	<i>Pozitivní emoce sestry v paliativní péči</i> ..... 14
3.2.2	<i>Negativní emoce sestry v paliativní péči</i> ..... 15
3.3	STRES V POVOLÁNÍ SESTRY..... 15
3.3.1	<i>Distres</i> ..... 16
3.3.2	<i>Eustres</i> ..... 16
3.4	FRUSTRACE..... 16
3.5	DEPRIVACE..... 16
3.6	EMOČNÍ VYČERPÁNÍ..... 16
3.7	SYNDROM VYHOŘENÍ..... 17
3.8	PSYCHOHYGIENA SESTER..... 18
3.8.1	<i>Relaxace</i> ..... 18
3.9	SOCIÁLNÍ OPORA SESTER..... 19
3.9.1	<i>Supervize v paliativním ošetřovatelství</i> ..... 20



3.9.2	<i>Peer program v paliativním ošetřovatelství</i>	20
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b>	<b>23</b>
5.1	HLAVNÍ CÍL	23
5.2	DÍLČÍ CÍLE	23
<b>6</b>	<b>VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE</b>	<b>25</b>
	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	25
<b>8</b>	<b>ORGANIZACE VÝZKUMU</b>	<b>26</b>
<b>9</b>	<b>PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b>	<b>27</b>
	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PARTICIPANTEK	27
	HLAVNÍ KATEGORIE DAT:	27
	ROZBOR A SROVNÁNÍ ROZHovorŮ	28
	ZHODNOCENÍ VYPOZOROVANÝCH NEVERBÁLNÍCH PROJEVŮ	37
	<b>DISKUZE</b>	<b>41</b>
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>54</b>

## **SEZNAM ZKRATEK**

Atp. ....A tak podobně

ELNEC .....End of Life Nursing Education Consortium

Např. ....Například

# ÚVOD

Paliativní péče je aktivní a komplexní péče poskytovaná pacientovi a jeho rodině po sdělení závažné diagnózy neslučitelné se životem. Sestra v tomto oboru hraje klíčovou roli při poskytování ošetrovatelské péče. Je odpovědná za tišení pacientovy bolesti a jiných nepříjemných symptomů, které jeho onemocnění doprovází. V paliativní péči sestra dohlíží na splnění posledních přání pacienta a udržuje jeho důstojnost. Také je nemocnému vždy nablízku, aby se necítil sám. Jemu i jeho blízkým poskytuje emoční podporu, a proto je i ona sama vystavena silnému psychickému tlaku. Nedostává-li se sestře dostatečné psychosociální opory a nevyužívá-li nějaké metody relaxace, hrozí jí například syndrom vyhoření. A proto se v této práci zabýváme analýzou zkušeností a prožitky sester vykonávajících své povolání v rámci paliativní péče.

V teoretické části se zabýváme obecně pojmem paliativní péče, tématem praktické či všeobecné sestry v tomto oboru a potenciálních dopadů paliativní ošetrovatelské péče na její osobu či tématy psychosociální podpory pro sestry a relaxace. Pro aktuálnost a celistvost informací byla provedena rešerše ve Studijní a vědecké knihovně v Plzni. Doložené zdroje byly doplněny o internetové články.

V praktické části se zabýváme již zmíněnou analýzou pocitů sester v paliativní péči. Dále také zkoumáním negativních a pozitivních faktorů práce v paliativní ošetrovatelské péči a možností psychosociální podpory a relaxace. Výzkumné otázky pokládáme vybraným praktickým či všeobecným sestrám z hospicové lůžkové péče, které se ochotně účastnily.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PALIATIVNÍ PÉČE

S pojmem paliativní péče v ošetrovatelství se můžeme setkávat čím dál tím častěji, a přestože se často popisuje jako nová či moderní, jedná se ve skutečnosti o jeden z nejstarších ošetrovatelských a lékařských oborů.

Z latinského slova *pallium* (překládáno jako „rouška“ či „plášť“) je odvozeno české přídavné jméno *paliativní*. V anglickém jazyce existuje slovo *palliate*, v překladu „tišit“ nebo „mírnit“. Z toho vychází význam paliativní péče: „Zakrýt hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci.“ (Doporučení Rec 24, 2004, s. 21)

Je známo, že největší obavy pacienta v terminálním stádiu bývají, že bude trpět bolestí, že ztratí svou důstojnost, a v neposlední řadě že zůstane sám. Od toho je zde paliativní péče, která si dává za cíl zachování důstojnosti pacienta ke konci jeho životní cesty a uspokojování jeho potřeb. Dále spočívá v účinné úlevě od bolesti a jiných symptomů, které nemoc přináší, v zachování či zlepšení kvality života, a také v poskytování psychické podpory pacientovi a jeho rodině. Pečovatel musí respektovat, že je každá lidská osobnost individuální. Paliativní péče pohlíží na člověka holisticky neboli celostně, jako na bytost v rozměru biologickém, psychologickém, sociálním a spirituálním tak, že člověk není jen nemocí samotnou.

(Česká společnost paliativní medicíny, 2016; Centrum paliativní péče, 2022)

Jak bylo již zmíněno, nezabývá se pouze péčí o pacienta, ale nabízí pomocnou ruku i rodině a příbuzným. Multidisciplinární tým setrvává v kontaktu po celou dobu péče, často je nápomocen i po případné smrti pacienta.

### 1.1 Definice paliativní péče a její vymezení

Během vývoje tohoto oboru došlo mnohokrát ke změnám jeho definice, avšak poselství bylo vždy podobné. Světová zdravotnická organizace označuje paliativní péči jako:

„Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“

(Kabelka, Loučka, Sláma, 2016, s. 34)

Paliativní péče podporuje klidný nebo alespoň snesitelný život v terminálním stádiu nemoci a nahlíží na umírání přirozeně. Začleňuje do tohoto procesu různá psychologická a spirituální hlediska. Neuplatňuje kurativní přístup tam, kde by působil už jen přítěž a trápení. Místo toho se snaží umírajícímu zpříjemnit toto konečné období a vypomáhá rodině v období ztráty blízkého. (Funk, 2014)

Definice paliativní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§5) říká: „Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“

(Kabelka, Loučka, Sláma, 2016, s. 4)

## **1.2 Principy paliativní péče**

Paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných pacientů, nýbrž klade důraz na zachování důstojnosti a kvality jejich života. Díky ní lze úspěšně zvládat bolest a další provázející symptomy závěrečných stádií terminálních onemocnění. Na umírání pohlíží jako na přirozený proces a nevyvíjí snahu o jeho urychlení či oddálení. Základem paliativní péče je interdisciplinární spolupráce a komplexní pohled na nemocného.

Paliativní péče vychází z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje pacientovo právo na sebeurčení a vlastní hodnoty. Značná pozornost se věnuje významu rodiny, příbuzných a přátel, a proto podporuje udržení přirozených sociálních vazeb. Pečující personál umožňuje pacientům, aby prožili poslední období svého života v klidném a příjemném prostředí a okruhu nejbližších.

Paliativní péče je zaměřená i na příbuzné a přátele umírajícího pacienta. Stojí při nich, je jim oporou, pomáhá jim bojovat se strachem. V neposlední řadě jim napomáhá zvládat zármutek po smrti blízkého člověka. (Bugžová, 2015)

### **1.3 Dělení paliativní péče**

Základní rozdělení paliativní péče je na dvě úrovně: obecnou a specializovanou.

#### **1.3.1 Obecná paliativní péče**

V rámci obecné paliativní péče se o pacienta stará zdravotnický pracovník dle vlastní odbornosti, který není specialistou v oboru paliativní medicíny. Tím se myslí například jeho praktický lékař, sestry z domácí péče a jiní profesionálové, kteří znají základní pravidla a metody paliativní péče. Je to péče zaměřená na zachování kvality života pacienta, dle jeho kondice je individuálně upravován léčebný plán. Je nahlíženo na přání a hodnoty pacienta, jsou sledovány a léčeny příznaky, dohlíží se na léčbu bolesti. Pacientovi a jeho rodině je nabízena sociální podpora.

#### **1.3.2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče je určena pro pacienta, u něhož je průběh onemocnění a jeho symptomy tak závažné, že není možné poskytnout souhrnné řešení pouze v oblasti obecné paliativní péče u praktického lékaře či na standardním oddělení. Specializovanou paliativní péči nabízí poskytovatel zdravotnické péče pod vedením primáře nebo lékaře se specializací na obor paliativní medicíny.

Jedná se například o nemocniční paliativní péči, se kterou se můžeme setkat v podobě konzilia od takzvaného paliativního týmu, který slouží jako poradenský tým pro lékaře z jiných oddělení. Taktéž existují oddělení následné péče či oddělení paliativní péče, na kterých je poskytována hospicová péče v rámci zdravotnického zařízení.

Dále mohou pacienti využít ambulantní paliativní medicíny, která zajišťuje pacientovi v terminálním stádiu co nejvyšší kvalitu života. Péče může být poskytována v podobě docházení do ambulance, návštěv v domácím prostředí nebo jako již zmíněné konzilium na oddělení, kde je pacient hospitalizován.

Do specializované paliativní péče zahrnujeme také domácí nebo mobilní hospic, který poskytuje v domácím prostředí pacienta 24 hodinovou paliativní péči. Hlavní výhodou je, že je pacientovi poskytována zdravotní péče multidisciplinárním týmem v prostředí, kde se cítí nejlépe.

Specializovanou péčí je lůžkový hospic. Je vhodný pro pacienty, kteří nechtějí trávit poslední chvíle v nemocnicích nebo v domácím prostředí. V lůžkovém hospici je poskytována multidisciplinární péče se snahou zachovat prostředí podobné domovu. Nabízí rodině a příbuzným podporu ve formě neomezených návštěvních hodin. Pro blízké je v hospici i možnost ubytování.

(Ministerstvo zdravotnictví ČR, Věstník č. 13, 2017, s. 23, 24)

## **1.4 Multidisciplinární tým v paliativní péči**

Multidisciplinární tým je složen z lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci, psychologové a psychiatři, také nutriční terapeuti. Nechybí ani duchovní, fyzioterapeut a dobrovolníci. Tým má funkci poskytovat komplexní a kvalitní paliativní péči pacientovi v pokročilém nebo konečném stádiu nevléčitelné nemoci, ale také jeho rodině a blízkým.

(Gutová, Martinková, Otcová, 2017, s. 8)

### **1.4.1 Oblasti paliativní péče**

Tělesná péče se zaměřuje na zmírnění fyzických symptomů onemocnění, jako je bolest, únava, nevolnost, zvracení, dušnost nebo obstipace. Tělesná péče může dále zahrnovat medikaci, fyzioterapii, dietní poradenství a jiné intervence.

Psychická péče se zaměřuje na podporu psychické pohody pacienta a jeho rodiny při zvládnání těžké životní situace, stresu, úzkosti a deprese. Psychická péče může zahrnovat individuální nebo skupinovou terapii, poradenství či psychoterapii.

Sociální péče se zaměřuje na pomoc pacientovi a jeho rodině s praktickými záležitostmi, jako je péče o domácnost, zajištění finančního zabezpečení či pomoc při komunikaci s lékaři.

Spirituální péče se zaměřuje na podporu duchovního a náboženského života pacienta a jeho rodiny. Spirituální péče může zahrnovat duchovní poradce, kněze a jiné duchovní vůdce.

## **2 SESTRA V PALIATIVNÍ PÉČI**

### **2.1 Vzdělávání sester**

Základním faktorem pro profesionální výkon sestry je vzdělávání. Vzhledem k navyšování kompetencí sester, pokrokům v technologii a stále měnícímu se zdravotnickému systému je požadováno, aby byl systém vzdělávání sester pohotový, efektivně reagoval na změny a umožňoval studentům komplexní vzdělání. Tím v praxi zajistí bezpečnou ošetrovatelskou péči dle zaměření a dle potřeb příslušných pacientů. K dosažení kvalitního vzdělání je klíčová spolupráce s klinickými pracovišti a vzdělávacími institucemi. (ICN, 2020) V legislativě, konkrétně v § 28 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách se nařizuje zdravotníkům, aby dbali na odborné vzdělání. S tím souvisí jedno ze základních práv pacienta, poskytnutí zdravotní služby na odborné úrovni.

#### **2.1.1 Praktická sestra**

Praktická sestra je zdravotnickým pracovníkem doplňujícím multidisciplinární tým a poskytujícím ošetrovatelskou péči, jež spočívá v uspokojování základních potřeb pacientů. Její kompetence jsou nižší než všeobecné sestry, a proto o pacienty pečuje v jejich rozsahu bez odborného dohledu, mimo něj po boku všeobecné sestry. Dále se ve spolupráci s lékaři, nutričními terapeuty nebo také fyzioterapeuty a dalšími zdravotnickými pracovníky podílí na diagnostické, léčebné, paliativní a dispenzární péči. Taktéž může poskytovat ošetrovatelské služby v neodkladné péči (např.: jednotka intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení). Na pracovištích neodkladné péče, kde je přítomné riziko bezprostředního selhání základních fyziologických funkcí pacienta, nebo již k selhání došlo, může praktická sestra vykonávat ošetrovatelskou činnost jen v omezeném rozsahu, pod odborným dohledem nebo přímým vedením. (Plevová a kol., 2018)

#### **2.1.2 Všeobecná sestra**

Všeobecné sestry jsou obecně odpovědné za ošetrovatelskou, léčebnou a následnou péči při akutních či chronických onemocněních nebo také při úrazech pacientů. Dále jsou odpovědné za preventivní péči o zdravé pacienty a za výkony v situacích ohrožujících život. Dále poskytují péči perioperační či na operačních sálech. Vše provádí ve spolupráci společně s ostatními zdravotnickými pracovníky (ošetrovatelé, sanitáři, lékaři a jiní). Sestry se také mohou účastnit lékařského a ošetrovatelského výzkumu.



Práce všeobecné sestry spočívá také v poskytování péče o pacienty v terminálním stádiu, tzv. paliativní péče.

Obecně lze úlohu sester rozdělit na samostatnou, již také lze označit jako „péči bez indikace lékaře“ a na péči bez odborného dohledu lékaře na základě jeho indikace. Další kategorií je činnost pod odborným dohledem, kdy jsou k dispozici rady lékaře, popřípadě zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k dané činnosti. Poslední kategorií je činnost vykonávaná pod přímým vedením lékaře, jako je např. podávání transfuzních přípravků a krevních derivátů. (Plevová a kol., 2018)

## **2.2 Celoživotní vzdělávání**

Celoživotním vzděláváním myslíme obnovování, navyšování a prohlubování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v průběhu vykonávání jejich povolání. Celoživotní vzdělávání je důležité pro bezpečný a kvalitní výkon v daném povolání, v tomto případě u praktických či všeobecných sester. Je dáno nejaktuálnějšími vědeckými poznatky a v souladu s rozvojem oboru. Pro všechny zdravotnické pracovníky je celoživotní vzdělávání povinností.

Celoživotní vzdělávání může probíhat formou specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů či inovačních kurzů v akreditovaných zařízeních. Sestry se mohou účastnit odborných stáží, školicích akcí, konferencí a kongresů. Dále mohou absolvovat e-learningový kurz, vypracovat standard, nový postup nebo studovat odbornou literaturu.

Celoživotním vzděláváním je také myšleno studium navazujících studijních programů. Tím se rozumí akreditovaný magisterský či bakalářský studijní obor nebo studium akreditovaného doktorského oboru. (Plevová a kol., 2018)

## **2.3 Vzdělávání sester v paliativní péči**

Centrum paliativní péče pořádá vzdělávací kurz pro všeobecné sestry, který vznikl již v roce 2000 v USA, odkud se rozšířil i do České republiky. Tento intenzivní kurz s názvem ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) Core má mezinárodní licenci pro všeobecné sestry, které pečují o pacienty v terminální fázi života. Při realizaci péče o pacienta v konečné fázi života je nutný multidisciplinární přístup, a to obsah kurzu plně respektuje. Kurz se zabývá tématy, jako je léčba bolesti a ostatních vážných symptomů spojených s těžkou nemocí, ale také učí sestry etickým a duchovním aspektům paliativní péče.

Během kurzu si sestry nacvičují, jak efektivně komunikovat nejen s pacienty, ale také s jejich rodinami a příbuznými, čímž kurz poukazuje na významnou tíhu paliativní péče pro blízké, podobně jako pro pacienta. Zároveň poukazuje na důležitost komunikace v rámci týmu, který o pacienty pečuje. Ve výuce jsou využity efektivní formy výuky jako například interaktivní metody ve smyslu reálných kazuistik a nácviku modelových situací. Kurz přednáší lektorky s bohatými teoretickými i praktickými zkušenostmi v poskytování paliativní a hospicové péče, jeho pojetí je v duchu „sestry sestrám“.

Kurz je koncipován do 10 modulů. Hlavními tématy jsou obecný úvod do paliativní péče, léčba bolesti, léčba příznaků, etické záležitosti v paliativní péči a kulturní a duchovní aspekty péče. Kurz se zabývá komunikací, tématem ztráty, zármutku a žalu, poslední hodiny a v neposlední řadě sociální prací a sebedpěčí.

Podmínkou pro vydání certifikátu o úspěšném absolvování ELNEC Core je podstoupení minimálně 80 % výukových hodin a zaplacení kurzovného, které v roce 2023 činilo 7800 Kč za osobu.

Kurz je možné podstoupit i v online prostředí, kdy účastník probírá konkrétní problémy ze své praxe. Trvá tři dny a na konci si každý účastník stanoví cíl, kterého by chtěl do dvou měsíců po kurzu dosáhnout. Během dvou online setkání bude účastníkům poskytnuta podpora od ostatních zúčastněných, lektorů a přizvaných odborníků, a to s měsíčním odstupem. Cena kurzu ELNEC Core online pro rok 2023 činila 6 500 Kč.

(Centrum paliativní péče, 2023)

Další variantou vzdělávání jsou supervize, které mají vzdělávací, kontrolní a podpůrný charakter.

Světlák a Suchý upozorňují na problematiku vzdělávacích programů a zmiňují nutnost reflexe na potřeby zdravotníků, kteří o nemocné pečují: „Většina postgraduálních vzdělávacích programů, které se zabývají psychologickými tématy (paliativní péče), akceptuje potřeby a pocity pacienta, a prožívání a potřebám lékařů a sester nevěnuje dostatečnou (či vůbec nějakou) pozornost.“ (Suchý, Světlák, 2011)

## **2.4 Role sestry v paliativní péči**

V současnosti klade paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace důraz na fakt, že v předmětu zájmu zdravotníka není jen nemocný, ale celá jeho rodina: „Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Marková 2010, s. 19)

Sestra sleduje potřeby nemocného i jeho příbuzných a dále je vede ke spolupráci s dalšími specialisty. Pečuje o pacienta holisticky, tedy komplexně, a nahlíží na něj jako na celistvou (biopsychosociální) osobnost. Je žádoucí, aby sestra zvládala nabízet základní podporu pacientovi, která plynule přechází v zachování jeho důstojnosti, respektování přání a možnostem pacienta sám o sobě rozhodovat. Pro pacienta je důležitá jistota kontaktu s nejbližšími tak, že nebude v posledních chvílích života sám. Proto jednou z prioritních rolí sestry v paliativní péči je snaha udržení sociálních vazeb v rodině.

Můžeme se setkávat s pojmem „podpurné doprovázení“, kdy je sestra během kontaktu s nemocným nejenom v roli profesionála ale zároveň člověka, čímž je stavěna do psychicky náročné situace. Tyto těžké situace mohou vést až k syndromu vyhoření.

(Benešová, Šmidmajerová, 2018, s. 63-71)

## **2.5 Předpoklady pro výkon povolání sestry v paliativní péči**

Obecně do předpokladů výkonu sesterského povolání zařazujeme předpoklady intelektové, které zahrnují schopnost řešit nevyzpytatelné situace či volit jejich optimální řešení. Dále senzomotorické, kam řadíme šikovnost a zručnost sestry, nebo například její obratnost. Dále jsou důležité předpoklady sociální, například kladný vztah k lidem, schopnost komunikace s pacientem i jeho blízkými, empatie, či ovládání verbálních a neverbálních projevů. Přizpůsobivost nebo odolnost vůči fyzickému a psychickému stresu řadíme mezi předpoklady autoregulační. Dále známe předpoklady komunikační, kdy sestra aktivně naslouchá, vede rozhovor a využívá rozličných komunikačních technik (reflexe, sumarizace a jiné). Jako poslední zmiňujeme předpoklady estetické, kdy by sestra měla mít smysl pro úpravu vlastního prostředí.

V knize *Doprovázení v ošetrovatelství 1*, (Špirudová, 2015) se zmiňují požadavky, jež by měli splňovat lidé pracující v pomáhajících profesích. Pomáhající profesi by měli vykonávat jedinci se zájmem o to, co se kolem nich odehrává a jak se cítí jejich blízcí.

Jejich cílem či potřebou je dávat. Tento člověk by neměl být egocentrický a měl by být schopen komunikovat s lidmi. Samozřejmě nesmíme opomenout kvalitní vzdělání ve svém oboru.

„Mezi osobnostní předpoklady pomáhajících profesí jsou řazeny vedle empatie také náklonnost, trpělivost, vlídnost. Ideálem je prosociálně orientovaná vyzrálá osobnost se smysluplným životním cílem, s realistickým sebepojetím, rozvinutou sebereflexí, nezatížená neurotickými psychopatologickými rysy, osobnost vědomá závazku vyplývající z étosu pomáhání, vědomá potřeby sebevzdělávání a supervize, vědomá rizik spojených s výkonem své profese, osobnost ctící etické principy a normy ve své práci.“

(Špirudová, 2015, s. 20)

## 2.6 Empatie

Pojem empatie je odvozený od řeckého slova *empathia*, jenž v překladu znamená „vcítění“ nebo také „porozumění vcítěním“. (Dostálová, 2016)

V psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2015, s. 127) je empatie definována jako „Umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby. Jedná se také o emocionální ztotožnění se s jejím viděním, cítěním, chápáním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat oč usiluje, čemu se chce vyhnout, co skrývá. Souvisí se schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci“.

Jedním z důležitých nástrojů paliativní péče je profesionálně vedená empatická komunikace. Zde je vztah mezi pacientem a sestrou velmi intimní a důvěrný, proto by empatie měla být jednou ze základních kvalit a dovedností sestry v této péči. Empatická sestra pacienta doprovází, naslouchá jemu i jeho blízkým a vnímá neverbální komunikaci. Udržuje v pacientovi naději, napomáhá mu hledat hodnoty a plnit úkoly a cíle, kterých chce ještě do konce života dosáhnout. (Dostálová, 2016).

Můžeme se u sester setkat i s úpadkem jejich empatie, jenž může být následkem náročných životních situací, například intenzivní interakce s pacienty v terminálním stádiu a jejich rodinami nebo dlouhodobá expozice negativním emocím v jejím okolí.

## **2.7 Komunikace sestry a pacienta v paliativní péči**

Důvěrný vztah mezi sestrou a pacientem se buduje pomocí kvalitní komunikace, pomocí níž se také dosahuje nárůstu kvality ošetrovatelské péče. Správná komunikace dokáže ovlivnit psychický stav pacienta a symptomy jeho onemocnění, například bolest, úzkost, nebo nauzeu, již může sestra následně řešit poskytováním ošetrovatelské péče v rámci svých kompetencí. Díky aktivnímu a pasivnímu naslouchání budujeme u pacienta jeho důvěru a sympatie. (Špirudová, 2015)

Otevřenou komunikací je pacientům umožněno, aby se mohli spolupodílet na péči. Pacienti a rodina potřebují od sester obdržet odborné rady a pomoc při rozhodování či realistickém hodnocení situací. Sestry jsou oporou například při emoční přípravě na budoucnost. (Andrášiová, Bednařík, 2020)

### **2.7.1 Verbální komunikace**

Verbální komunikace je vyjádřena slovy. Během monologu pacienta sestra naslouchá, nepřerušuje a snaží se do něj co nejvíce vcítit. Úspěšná verbální komunikace spočívá ve stručnosti, jednoduchosti a zřetelnosti sdělovaných informací. Do předpokladů pro kvalitní dialog zařazujeme vhodné načasování pro sdělení a recipocitu, aby měl pacient dostatečný prostor pro vznášení dotazů. V komunikaci musí být prostor pro vyjádření názoru a pochybností pacienta. Sestra se průběžně adaptuje na situaci a vhodně reaguje, vyhýbá se úsudkům a hodnocení. Klíčem je flexibilita komunikace neboli její upřímnost a otevřenost. (Křivková, Tomová, 2016)

### **2.7.2 Neverbální komunikace**

Neverbální komunikace probíhá beze slov, zahrnuje tedy mimoslovní projevy. Neverbální komunikace probíhá nevědomě, současně za komunikace verbální. 60–80 % informací je sdělováno neverbálně. Slouží jako doplnění verbální komunikace tam, kde slova nestačí, zdůrazňuje ji, ale i reguluje, někdy úplně nahrazuje. Neverbální projevy pacienta nám mohou indikovat příznaky jako je bolest či strach.

„Při neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme výrazem obličeje (mimika), přiblížením a oddálením (proxemika), dotekem (haptika), postojem a držením těla (posturologie), pohyby (kinetika), gesty (gestika), pohledy, tónem řeči, úpravou zevnějšku atp.“ (Andrášiová, Bednařík, 2020)

## 2.8 Motivace sestry v paliativní péči

„Movere“ neboli pohybovat či hýbat se, tak zní doslovný překlad motivace z latinského jazyka. Motivace je označována jako vnitřní podnět, vedoucí nás k danému jednání.

Na otázku: „Proč lidé pracují?“ odpovídá pracovní motivace.

Přestože se motivací svých zaměstnanců zabývá manažer, jsou za ní odpovědné i sestry samotné, které by si měly srovnat své motivační hierarchie. Zná-li sestra své vlastní motivy, pracuje cíleně s tím, jaké má potřeby a co jí obohacuje. V paliativní péči je pro sestru zásadní pocit smysluplnosti práce a sama může hodnotit míru své nápomoci při zkvalitnění životů svých pacientů. Chce-li se sestra kreativně rozvíjet, může iniciovat i nové metody a postupy. Často mají sestry potřebu ohodnocení, a proto je třeba, aby byly schopny i sebehodnocení. (Kober, Magerčiaková, 2023)

Motivace sester je tématem mnoha studií. Vévoda a kol. ve své knize „Motivace sester a spokojenost ve zdravotnictví (Vévoda a kol., 2013, s. 20) uvádí, že si sestry přejí méně psychicky či fyzicky náročnou práci, pravidelné směny a lepší finanční ohodnocení. Zdrojem největší motivace jsou pro ně pacienti a jejich rodiny.

Obecně lze brát péči o pacienty v terminálním stádiu jako jednu z nejnáročnějších. Je tomu tak z důvodu fyzické a psychické zátěže pramenící s každodenním setkáváním s pacienty v terminálním stádiu. Pro sestry jsou stresující i střety s rodinou pacienta. Zmíněné faktory ovlivňují mezilidské vztahy na pracovišti formou tenze, která se projevuje konflikty či vysokou fluktuací. (Kupka 2014, s. 36-38)

Vévoda (2013, s. 20) zmiňuje, že více než polovina sester chce odejít ze zaměstnání sestry z důvodu, že jejich potřeby v péči o pacienty a jejich příbuzné nejsou naplněny. Toto zjištění poukazuje na fakt, že sestry odcházejí proto, že kvůli podmínkám nemohou nabídnout takovou péči, jakou by chtěly, a nikoliv proto, že by nebyly dostatečně věrné a oddané svému povolání.

Za spouštěcí mechanismus zhoršené kvality práce nebo dokonce syndromu vyhoření je možné považovat ztrátu motivace.

## **3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI**

Psychická odolnost je schopnost zvládnání zátěže a překonávání překážek, ale také způsob, jak člověk reaguje na emotivní či stresové situace. Určuje hranice, kdy vnímáme situaci jako problémovou a zatěžující a musíme ji překonávat. Psychicky odolný člověk má větší toleranci k zátěži a po jejím odeznění dochází rychleji k obnově duševního pohody.

### **3.1 Psychická odolnost sestry**

V práci sestry existují faktory ovlivňující její psychickou odolnost. Ve zdravotnictví jsou kladeny vysoké nároky na odolnost organismu. Setkávají se denně s nepředvídatelným chováním nadřízených, frustrací, střídáním a přerušováním pracovních činností, velkým množstvím informací ke zpracování, sociální nejistotou a někdy i organizačním chaosem. Mezi další ohrožující faktory psychické odolnosti sestry zařazujeme emoce a reakce pacientů a blízkých (možné je i riziko napadení), kontakt s pacienty v terminálním stádiu, odpovědnost, infekce spojené se zdravotní péčí, rozhodování v komplikovaných situacích, vysoké nároky nebo například konflikty v pracovním kolektivu. Ohrožujícím faktorem je dále nepozornost k vlastním potížím, unáhlený životní styl, nedostatečné uspokojování vlastní psychické potřeby nebo potíže při snaze o oddělit soukromý a pracovní život. Na psychickou odolnost může mít dopad i směnný provoz (případně jeho nepravidelnost) a fyzická námaha.

Při jednotlivých zátěžových situacích záleží, jak se s nimi konkrétní osoba vyrovná, což se odvíjí z temperamentu, emocí, charakteru, postojů a motivů sestry. Pro psychickou pohodu a zdraví sester je nutná dostatečná podpora a zajištění kvality a bezpečnosti péče od zdravotnického systému. (Melnyk, 2020, s. 929)

### **3.2 Emoce**

Emoce definujeme jako psychický stav a procesy, kterými subjektivně hodnotíme vnější podněty. Emoce vymezují hierarchii hodnot a utváří schopnost sebekontroly. Provázejí události mající pro člověka zásadní význam a reagují na významnost skutečností. Emoce jsou provázány fyziologickými reakcemi, například změnou frekvence dýchání, hypertenzí nebo pocením. (Rapčan, 2021)

Podmínky vzniku emocí sestry mají dva faktory. Faktory vnější a vnitřní. Vnější i vnitřní faktory se vzájemně prolínají a ovlivňují. Vnější faktory jsou udávány prostředím sestry, ve kterém vykonává svou profesi.

Nejzávažnější vnější faktor vyvolávající emoce je stres, jehož zdrojem jsou zátěžové situace, jimž je sestra vystavena ale nelze se jim vyhnout. Vnějšími faktory jsou také konflikty nejenom v prostředí paliativní péče, nestabilita životních funkcí či úmrtí pacienta nebo emočně napjatá reakce rodiny na sdělenou informaci. Vnitřní faktory se vážou na osobnost sestry. Řadíme sem i reakce na vlastní potřeby, například vnitřní tenzi při pocítění hladu nebo když potřebujeme na toaletu. (Poláčková Šolcová, 2018)

Setkáváme se s konceptem emoční inteligence spadajícím pod inteligenci sociální. Emočně inteligentní jedinec je schopný vnímat, odhadovat a vyjadřovat emoce, porozumět jim a regulovat je. Sledování vlastních i cizích pocitů a emocí a dovednost jednat podle nich jsou znaky vysoké emoční inteligence.

Zásadním pojmem v ošetrovatelství je emoční regulace. Ošetrovatelství je závislé na vztahu mezi sestrou a pacientem, a proto je nezbytné, aby sestra porozuměla emocím co možná nejlépe. Potřebnou dovedností v profesi sestry je emocionální kompetence. Naukou adaptačních strategií se udržuje duševní rovnováha a sestra se snáze vypořádává s emočně vypjatými situacemi. Od sestry je požadováno, aby si osvojila emocionální neutralitu, kterou se však nemyslí apatie či bezcitnost, ale schopnost emoce dobře ovládat. Emocionální neutrality sestra dosáhne tréninkem, pevnou vůlí, motivací a vzděláváním. (Zacharová, 2018)

### **3.2.1 Pozitivní emoce sestry v paliativní péči**

Mezi pozitivní emoce sestry patří například radost. Sestra ji může pociťovat, když provádí kvalitní ošetrovatelskou péči, rozumí potřebám pacienta a rodiny a může je následně uspokojovat. Mezi radostné faktory v práci sestry souhrnně zařazujeme práci s lidmi, možnost jim pomáhat, navracet zdraví a poskytovat oporu a bezpečí. Dle výzkumného šetření pracovní spokojenosti sester organizovaného American Nurses Association je výsledným radostným aspektem interakce a komunikace s kolegy. Významnou pozitivní emocií je také pocit naplnění a smysluplnosti práce, pocit štěstí a vděčnosti. Tyto emoce přichází jako reakce na pozitivní zpětnou vazbu od pacientů a jejich rodin.



Pocit smysluplnosti může v sestře vyvolat pacientovo uznání, spokojenost, projev vděku za odvedenou ošetrovatelskou péči či zlepšení zdravotního stavu pacienta a jeho případné propuštění do domácího prostředí.

Spokojenost nebo také pracovní spokojenost sestry je závislá na péči o pacienta, pracovním prostředí, vztazích s kolegy, platovém ohodnocení a benefitech, které zaměstnavatel poskytuje, na profesionalitě sestry a na osobních faktorech. Ke spokojenosti sestry je důležitá kariérní úroveň a možnost seberealizace. Pozitivní hodnocení a motivace ze strany vedoucího pracovníka jsou pro sestru významné a napomáhají ke spokojenosti. (Vévoda a kol, 2013, s. 56)

### **3.2.2 Negativní emoce sestry v paliativní péči**

Smutek je opačnou emocí k radosti. Může být například reakcí na negativní událost. Příkladem v paliativní péči může být úmrtí pacienta, křivda či nevděk. Negativní emoci je také strach, který má předmět, na rozdíl od úzkosti, která je nezacílená. Strach může na lidský organismus působit dvěma způsoby. Může člověka motivovat k aktivitě nebo naopak ochromit. Strach slouží jako varování na pomyslné nebezpečí, ale zároveň vyzývá k překonání překážky. V paliativní péči se objevuje strach z pochybení, selhání, z komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou, s agresivním pacientem či s pozůstalými. Mezi negativní emoce dále zařazujeme zklamání, vztek nebo hněv.

### **3.3 Stres v povolání sestry**

Zdravotnictví je neustále se rozvíjejícím oborem a sestra poskytuje péči dle nejnovějších ošetrovatelských poznatků a trendů. Povolání sestry je náročné nejen fyzicky, ale také psychicky, a je spojeno s velkým množstvím stresu. Zátěžové faktory lze rozdělit na specifické a nespecifické. Na sestru působí faktory souhrnně a záleží na konkrétní osobnosti, jak se se zátěží vyrovná. Mezi specifické zátěžové faktory řadíme například kontakt s umírajícím pacientem, kontakt se smrtí a bolestí pacienta nebo konflikt s pacientem či v pracovním kolektivu. Nespecifické faktory jsou směnný provoz, konflikt rolí, informační zahlcení nebo také časová tíseň.

Stres je vyvoláván takzvanými stresory, které na osobnost působí. Stresorem myslíme situaci, při které jsou na nás kladeny vysoké nároky a očekávání. Nejčastěji zmiňované stresory v roli sestry vychází z vysokého pracovního vytížení plynoucího z nedostatku personálu a vysokého počtu pacientů.

Mezi stresory řadíme i nedostatečnou spolupráci mezi lékaři a sestrami. Nedostatečná podpora a naslouchání ze strany vedoucího personálu je dalším příkladem stresujících faktorů pro sestru. (Happell et al., 2013, s. 641)

### **3.3.1 Distres**

Distres je označován negativní stres, který vzniká na základě negativních prožitků. Je pro člověka nepříjemný a přetěžuje ho. Chronický vliv distresu je pro sestru krokem k rozvoji syndromu vyhoření. Může osobě způsobit negativní emoce jako je strach nebo úzkost.

### **3.3.2 Eustres**

Eustres neboli radostný stres je stres, který na člověka působí příznivě a motivačně, posiluje ho a dodává mu energii. Je hnací silou k podávání lepších fyzických a psychických výkonů. Při eustresu může také dojít k přetížení člověka. Jedná se o namáhavé situace, které ovšem přinášejí radost. Vychází z pozitivních prožitků, jakými jsou například svatba nebo narození dítěte. (Plamínek, 2013)

## **3.4 Frustrace**

Frustrace je psychický stav a chování člověka vyvoláno překážkou na cestě k danému cíli a k uspokojení potřeb. Během situace, kdy se osoba s překážkou setká, aktivují se frustrační mechanismy. Setkáváme se s pojmem frustrační tolerance, tedy schopností člověka odolávat zatěžujícím faktorům, aniž by došlo k výkyvům duševní rovnováhy. Frustrační tolerance je u každého jedince jiná. Projevuje se pocitem zklamání a beznaděje. (Zacharová, 2017)

## **3.5 Deprivace**

Deprivace je psychický stav vyvolaný chronickým neuspokojením potřeb či nedosažením určitých cílů. K deprivaci dochází v případě, že jsou fyziologické potřeby uspokojené na minimální úrovni či dokonce klesají pod existenciální úroveň uspokojení. (Zacharová, 2017)

## **3.6 Emoční vyčerpání**

Emoční vyčerpání je jedním z příznaků syndromu vyhoření, který vychází z dlouho trvající emocionální a duševní únavy. Negativně ovlivňuje plnění povinností sestry a ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům. V sestrách zanechává pocit, že není možné se vyrovnat s emocemi, které je a jejich práci obklopují.

Emoční vyčerpání zaznamenáváme při orientaci ve složitých a bolestivých pocitech smutku, truchlení, hněvu či úzkosti. Projevuje se pesimismem, pochybnostmi či emoční plochostí. Je způsobeno v případě, kdy odpočinek není přímo úměrný vydané emocionální energii. (AdventHealth University, 2019)

### **3.7 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření nebo také burn-out syndrom je definován jako stav tělesného, duševního a emočního vyčerpání, projevující se na základě dlouhodobého setrvání v zatěžujících situacích kladoucích na osobu nepřiměřeně vysoké nároky. Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji u pomáhajících profesí zahrnujících práci s lidmi. (Křivohlavý, 2012, s. 12)

Syndrom vyhoření nevzniká náhle a příznaky se rozvíjejí postupně. První fází je nadšení. Sestra pracuje usilovně a angažovaně, je nápomocná, motivovaná a má touhu po seberealizaci. Druhou fází je stagnace, při které se sestře nedaří realizovat plány, ztrácí motivaci a požadavky ji obtěžují. Frustrace je třetí fází syndromu vyhoření a je pro ni typické zklamání sestry, ztráta energie a negativní pohled na pracoviště. Čtvrtou fází je apatie, při které sestra touží po přežití, vyhýbá se sociálním kontaktům a je nepřátelská. Syndrom vyhoření je poslední fází, při které dochází k úplnému vyčerpání a ztrátě smyslu povolání. (Zacharová, 2017, s. 66) Za základní příznaky považujeme pokles nálady, podrážděnost, změny chování, fyzické vyčerpání, pocity viny, neschopnosti a bezmoci, ztrátu motivace a empatie, negativní postoje k práci, lidem i životu.

K vyvarování se syndromu vyhoření je důležitá prevence, která zahrnuje následující opatření. Důležité je se naučit říkat ne a vyhnout se přetížení rovnoměrným rozvržením práce, a proto je zásadní stanovit si priority a hospodařit s časem. Prevence syndromu vyhoření spočívá v otevřeném vyjadřování svých emocí a pocitů, v emoční podpoře od blízkých, případně v odborné pomoci, využití supervize či požádání o radu spolupracovníka. Preventivní opatření dále spočívají ve vyhýbání se konfliktním situacím, výhružkám a unáhleným rozhodnutím. Sestra by se měla pravidelně věnovat zájmové aktivitě, která jí dobíjí energii, a dopřát si odpočinek a relaxaci, avšak nestagnovat a být otevřená novým možnostem. (Zacharová, 2017)

## 3.8 Psychohygienu sestery

Psychohygienu neboli duševní hygiena je souborem doporučení pro podporu duševního zdraví, zajištění psychické pohody a výkonnosti. Za pomoci psychohygieny můžeme cíleně upravovat životní styl a zabraňovat tak dopadu negativních faktorů na naše zdraví. Je popisována jako: „Systém vědecky propracovaných pravidel sloužících k udržení, prohloubení nebo znovunabytí duševního zdraví a psychické rovnováhy“ (Simočková, 2020, s. 25)

Složky psychohygieny tvoří životospráva, kam řadíme mimo práci i odpočinek a spánek, zdravé stravování nebo fyzickou aktivitu. Dále sociální vztahy mající velký význam pro duševní rovnováhu. Do složek psychohygieny zařazujeme také sebevýchovu usilující o sebepoznání a sebereflexi. V neposlední řadě také výchovu ke zdraví a psychologické poradenství. (Simočková, 2020)

Mezi hlavní zásady pro udržení duševní rovnováhy řadíme spánek, správnou životosprávu, dostatek pohybu, správné dýchání, správné hospodaření s časem a nepochybně odpočinek, důležitý pro regeneraci organismu. Odpočinek lze rozdělit na formu aktivní a pasivní. Pasivním odpočinkem se myslí přerušování fyzické a psychické aktivity. Fyziologickou formou pasivního odpočinku je spánek, který má zotavovací účinky a je nezbytně nutný pro regeneraci. Vhodnou pasivní regenerací může být čtení knih, masáž či sledování filmu. Do aktivní formy odpočinku řadíme fyzické aktivity, například procházky, cvičení, jógu, plavání a jiné. Aktivní odpočinek je vhodný pro zotavení a nabrání nových sil.

### 3.8.1 Relaxace

Relaxace spočívá v uvolnění tělesného a duševního napětí. Pomáhá v náročných životních situacích, zbavuje člověka stresu a napětí. Slouží jako prevence syndromu vyhoření a zmírňuje bolest či psychosomatické obtíže. Může být využívána individuálně či skupinově, u dětí i dospělých. Forem relaxace je velké množství, proto je důležité, abychom si vybrali tu individuálně nepříjemnější. Pro účinnost relaxace je důležitá pravidelná soustředěnost na konkrétní formu. (Nešpor, 2019)

Nejpřirozeněji relaxujeme pomocí pohybových aktivit, například oblíbeného sportu nebo běžné procházky venku. Nejznámější formou pohybu navozující relaxaci je jóga, která nám pomáhá zmírnit reakci nervového systému na stres. Dále můžeme zařazovat klasická relaxační cvičení a dechová cvičení. K relaxačním cvičením řadíme autogenní trénink spočívající v uvolnění mysli pomocí soustředěnosti na vjemy pocitu tepla, tíhy, opory a chladu. Relaxační technikou je také meditace, která vede k emoční vyrovnanosti, rozvíjí v nás kreativitu, a zbavuje nás přílišné tenze.

Další efektivní relaxační technikou je ventilace emocí. Spočívá ve ventilaci potíží a nepříjemných situací, které nás trápí, a důsledkem je zmírnění negativních emocí. Ventilace emocí probíhá nejčastěji formou rozhovoru se známým, přítelem či psaním do deníku. Imaginace je relaxační technikou, při které si představujeme mentální obrazy pro nás spojené s radostí, harmonií a uklidněním. (Křivohlavý, 2012)

### **3.9 Sociální opora sester**

Sociální opora je míněna jako pomoc nebo podpora člověku, poskytována druhou osobou. Projev potřeby opory je pro každého pracovníka subjektivní, a proto by měl být hodnocen individuálně. Za jednu ze základních metod opory sestry je považována vnější motivace. Dostatečně motivovaná sestra odvádí kvalitnější ošetrovatelskou péči, má zájem o vzdělání a dodržuje pravidla. Motivace sestry by měla být prováděna osobně, nikoliv plošně. Zejména jde o naslouchání zaměstnancům nebo také zajištění emocionální podpory pomocí útěchy. Podporou pro sestru je příjemné pracovní prostředí zajišťované managementem pracoviště. Takové prostředí je charakterizované čtyřmi složkami. Formální, činnostní, vztahovou a bezpečnostní. Do složky formální řadíme vzhled pracoviště a jeho materiální vybavení, do činnostní složky zařazujeme vymezení rolí, již zmíněnou motivaci, odměny nebo možnost seberozvoje. Vztahy v pracovním kolektivu, konkrétně mezi spolupracovníky, nadřízenými a podřízenými tvoří vztahovou složku pracovního prostředí. Je prokázáno, že se na pracovištích s dobrými mezilidskými vztahy významně snižuje riziko syndromu vyhoření. Bezpečnostní složka značí opatření k ochraně zaměstnanců a majetku ve formě bezpečnostních prvků a dostatečně proškolených zaměstnanců.

(Zítková a kol, 2015, s. 110-116)

Špirudová ve své knize „Doprovázení v ošetrovatelství II“ probírá téma spokojenosti sester a její podporu. Uvádí problematiku rostoucí fluktuace a nedostatku sester nejenom v České republice ale také v zahraničí.

Poukazuje na značný vliv fluktuace na zdravotní stav populace ale zároveň i na samotné sestry (fyzické a emoční vyčerpání, riziko syndromu vyhoření a nespokojenost). Špirudová uvádí metody podpory sester: koučování, supervize a „peer“ podporu v krizových situacích, program zaměstnanecké podpory a mediaci. (Špirudová, 2015)

### **3.9.1 Supervize v paliativním ošetrovatelství**

Supervize je systematické setkávání supervizora s týmem, skupinou nebo jednotlivcem za účelem rozhovoru ohledně zkušeností s pacienty. Zajišťuje profesní podporu zaměstnanců a slouží jako prevence syndromu vyhoření. Je poskytován prostor k vyjádření zážitků z praxe, spontánnosti a k ventilaci emocí, které sestra běžně drží pod kontrolou. Dále nabízí prostor k vyhledání nových nápadů. Supervizor přináší doporučení a nové možnosti řešení problémů zaměstnance.

Před sezením se vymezuje funkce supervize. První funkce je vzdělávací, určená k rozvoji dovedností a získávání nových vědomostí. Další je funkce podpůrná sloužící k boji proti syndromu vyhoření a k pochopení obtíží sestry. Řídící funkce je zaměřena na kontrolu kvalitu péče. (Špirudová, 2015; Šmidmajerová, 2018)

Základními znaky kvalitní a prospěšné supervize jsou postupné vytváření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným, vytvoření bezpečného místa pro otevřenou konverzaci, nové informace, poznatky a doporučení. Nedílnou součástí je i práce s etickými normami. Účelem supervize je podpora profesionality, povzbuzení či ošetření vztahů a obrana proti stereotypu. (Venglářová, 2013)

### **3.9.2 Peer program v paliativním ošetrovatelství**

Psychosociální intervencí je například program peer (peer znamená osoba stejného stavu), poskytovaný vyškolenými profesními kolegy a klinickými psychology. Jedná se o podpůrnou službu zdravotníkům v krizových situacích a hlavním probíraným tématem je stres. Je určen pro zdravotnické pracovníky prožívající náročné situace ve své profesi, například péči o umírajícího, úmrtí pacienta nebo člena pracovního kolektivu, prožité ohrožení vlastního života a jiné. Podpora je poskytována pomocí verbálních metod neboli rozhovorů, setkávání a edukace. Formou pomoci pro zdravotnické pracovníky je psychoterapie, farmakoterapie nebo také psychiatrická léčba v případě potřeby.

Sezení je diskrétní a probíhá v bezpečném prostředí individuálně. Setkáváme se s pojmem peer supervize, který značí setkání s kolegy bez supervizora. V České republice je možné zúčastnit se výcvikového kurzu. (Špirudová, 2015)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Sestry pracující ve specializované paliativní péči čelí náročným fyzickým i psychickým výzvám. Během pracovní doby se objevuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat prožívání sester. V této kvalifikační práci jsme se proto snažili nalézt odpovědi na výzkumné otázky snažící se charakterizovat zkušenosti sester vykonávajících své povolání ve specializované paliativní péči. Dále jsme se snažili zjistit konkrétní pozitivní i negativní faktory, které mohou prožívání sester ovlivňovat. Vzhledem k náročnosti tohoto oboru a udržení duševního zdraví a pohody je žádoucí, aby byla poskytována sestřím psychosociální opora a aby sestry zavedly do běžného života preventivní metody proti syndromu vyhoření. Proto byly dále v předmětu zkoumání možnosti psychosociální opory poskytované zaměstnavatelem, jejich reálné využití sestrami a preventivní metody využívané sestrami z hospice.

Předmětem výzkumu jsou zkušenosti všeobecných či praktických sester vykonávajících své povolání ve specializované paliativní péči, konkrétně na pracovišti lůžkového hospice. Objektem výzkumu jsou všeobecné či praktické sestry, pečující o pacienty v hospici. Předem jsme si definovali omezení, zahrnující nespolupráci či neochotu sester zúčastnit se.

Cílem práce je analyzovat zkušenosti všeobecných či praktických sester s péčí o pacienty v lůžkovém hospici. Objevují se rozdílné zkušenosti či prožitky v péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci?

### OPERACIONALIZACE POJMŮ

**Psychosociální opora** je přístup založený na podpoře druhého, sloužící k udržení jeho duševního zdraví a pohody. Zahrnuje naslouchání, bezpečné sdílení emocí a podporu. Takovou oporou je např.: supervize, intervize, peer program, psychoterapie (Balarinová, Hadravová, Konečný a kol., 2020, online)

**Syndrom vyhoření** je charakterizován v kapitole č. 3.7 Syndrom vyhoření

**Zkušenost** je definována jako souhrn schopností a znalostí, které jedinec získal při provádění určité činnosti (význam-slova.cz, online)



## **5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **5.1 Hlavní cíl**

Hlavním cílem bylo analyzovat zkušenosti a prožitky sester vykonávajících své povolání v rámci specializované paliativní péče.

### **5.2 Dílčí cíle**

**Dílčí cíl 1** Analyzovat rozhovory a porovnat rozdíly v přístupu sester k péči o pacienty v hospici.

**Dílčí cíl 2** Analyzovat jaké konkrétní faktory paliativní péče ovlivňují prožívání sester při péči o pacienta.

**Dílčí cíl 3** Zjistit jaké možnosti psychosociální opory jsou poskytovány sestřám na pracovišti specializované paliativní péče.

**Dílčí cíl 4** Zjistit postoj sester k psychosociální opoře na pracovišti specializované paliativní péče.

**Dílčí cíl 5** Zjistit preventivní metody využívané sestrami proti syndromu vyhoření.

## 6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### **Základní VO 1 vztahující se k dílčímu cíli 1:**

Vyskytují se shody a rozdílnosti v přístupu sester k péči o pacienty v terminálním stádiu?

*Specifická výzkumná otázka 1/1: Jakými způsoby se sestry emočně vyrovnávají s úmrtím pacienta?*

### **Základní VO 2 vztahující se k dílčímu cíli 2:**

Jaké jsou konkrétní faktory ovlivňující prožívání sester při péči o pacienta v paliativní péči?

*Specifická výzkumná otázka 2/1: Jaké faktory pozitivně a negativně ovlivňují sestry během výkonu povolání na odděleních paliativní péče?*

### **Základní VO 3 vztahující se k dílčímu cíli 3:**

Jaké možnosti psychosociální opory jsou sestrám na pracovišti specializované paliativní péče poskytovány?

*Specifická výzkumná otázka 3/1: Jakými způsoby se sestry emočně vyrovnávají s úmrtím pacienta?*

### **Základní VO 4 vztahující se k dílčímu cíli 4:**

Vyžadují sestry pracující ve specializované paliativní péči psychosociální oporu?

*Specifická výzkumná otázka 4/1: Jaké možnosti psychosociální opory využívají sestry pracující na odděleních specializované paliativní péče?*

### **Základní VO 5 vztahující se k dílčímu cíli 5:**

Jaké metody využívají sestry v paliativní péči pro prevenci proti syndromu vyhoření?

*Specifická výzkumná otázka 5/1: Jaké relaxační techniky využívají sestry ve specializované paliativní péči pro udržení vlastního duševního zdraví?*

## 7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, jehož cílem je hluboký vhled do problematiky a porozumění zkušenostem osob.

V běžném případě kvalitativního výzkumu si výzkumník vybere téma a na základě toho určí výzkumné otázky, které může v průběhu sběru a analýzy dat upravovat nebo doplňovat. Při sběru a analýze dat vznikají kromě výzkumných otázek hypotézy a nová rozhodnutí. Výzkum probíhá v delším časovém intervalu a má longitudální charakter. Analýza a sběr dat probíhá současně, kdy výzkumník sbírá data, provádí jejich analýzu a podle výsledků rozhodne, která data využije, a začne s novým sběrem dat a následnou analýzou, čímž své výsledky a závěry přezkoumává. (Hendl, 2005)

Ke sběru dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru s všeobecnými nebo praktickými sestrami. Rozhovor má předem dané jádro a výzkumník má tedy jistotu, že hlavní témata budou probrána a bude mít možnost položit doplňující otázky. Polostrukturovaný rozhovor se skládá z otevřených otázek, které jsou doplněny otázkami hodícími se k dané situaci a danému tématu. Vyžaduje důslednou přípravu, a proto jsme otázky formulovali předem. Zvolili jsme otevřené otázky, abychom dali participantkám možnost sdělit osobní zkušenosti k dané problematice. (Mišovič, 2019; Vaňková, 2021)

### Charakteristika sledovaného souboru

Výběr participantek pro tuto bakalářskou práci probíhal záměrně.

Kritéria, která měla participantka splňovat, byla:

1. všeobecná nebo praktická sestra
2. zaměstnání ve specializované paliativní péči, konkrétně na pracovišti lůžkového hospice
3. ochota zúčastnit se výzkumného rozhovoru

Dle výše zmíněných kritérií jsme oslovili celkem 3 všeobecné sestry, pracující na stejném, výše zmíněném pracovišti. Dvě z participantek mají středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, ukončené maturitní zkouškou, a délka jejich praxe je více než 20 let. Třetí participantka má vzdělání vysokoškolské a na pracovišti je zaměstnána 6 let. Nejdůležitějším společným rysem participantek jsou zkušenosti s paliativní péčí.

Každá z participantek se pohybuje ve zdravotnictví déle než 5 let a všechny jsou všeobecnými sestrami.

## 8 ORGANIZACE VÝZKUMU

V období od prosince roku 2023 do února roku 2024 byly provedeny celkem 3 rozhovory s všeobecnými sestrami. Plánovány byly celkem čtyři rozhovory, ale vzhledem k opakujícím se informacím proběhla realizace pouze třech. Výzkum probíhal na území Plzeňského kraje a všechny participantky dobrovolně podepsaly *Informovaný souhlas s výzkumem*, který byl vložen do příloh prázdný, pro ochranu osobních údajů. V praktické části pro zachování anonymity nejsou zmiňována jména participantek ani místa výkonu zaměstnání, s čímž byly sestry předem seznámeny.

V kombinaci se sledováním neverbálních projevů jsme s každou sestrou uskutečnili jeden polostrukturovaný rozhovor. Získaná data jsme nahrávali na mobilní telefon pro možnost doslovného přepsání rozhovorů do elektronické podoby. Participantky byly o této skutečnosti informovány a souhlas vyjádřily slovy a podepsáním již zmíněného informovaného souhlasu. Byly rovněž seznámeny s možností neodpovídat na otázku či ukončit rozhovor bez udání důvodu. Veškerá data byla anonymizována a použito bylo pouze označení S1, S2 a S3.

Rozhovor se S1 probíhal v domácím prostředí respondentky, které je pro ni nejpříjemnější. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas obsahující zajištění ochrany identity sestry a souhlas s nahráním rozhovoru na diktafon. Prostředí bylo klidné a nedošlo k žádnému přerušení rozhovoru. Rozhovor nebyl ovlivněn možnou časovou tísní participantky a trval kolem 30 minut.

Rozhovor se S2 probíhal v kavárně. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas obsahující zajištění ochrany identity sestry a souhlas s nahráním rozhovoru na diktafon. Rozhovor trval 25 minut v rušné atmosféře a byl jednou přerušen příchozím telefonátem respondentky. Rozhovor byl ovlivněn časovou tísní participantky.

Rozhovor se S3 byl uskutečněn v kavárně. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas obsahující zajištění ochrany identity sestry a souhlas s nahráním rozhovoru na diktafon. Kavárna byla rušná ale na odpovědi S3 to nemělo vliv. Mluvila klidně a plynule a nenechala se vyrušit. Atmosféra byla přátelská a rozhovor nebyl nijak ovlivněn časovou tísní.

## 9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### Identifikační údaje participantek

Sestra 1 (S1) pracuje v lůžkovém hospici 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské ukončené maturitní zkouškou a je všeobecnou sestrou. Participantce je 52 let a nikdy nepracovala v jiném oboru.

Sestra 2 (S2) pracuje v lůžkovém hospici 21 let. Stejně jakou u S1 je jejím nejvyšším vzděláním středoškolské ukončené maturitní zkouškou a je všeobecnou sestrou. Participantce je 60 let a před nástupem do hospice pracovala mnoho let na interně.

Sestra 3 (S3) pracuje v lůžkovém hospici 6 let. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je bakalářské. Participantce je 29 let a po absolvování bakalářského studia pracovala přibližně rok jako všeobecná sestra na chirurgii, poté nastoupila do hospice.

### Hlavní kategorie dat:

1. Zkušenosti a prožitky sester pečující o pacienty v hospici
2. Personální a materiální zabezpečení pracoviště
3. Pozitivní faktory ovlivňující prožívání sester v paliativní péči
4. Negativní faktory ovlivňující prožívání sester v paliativní péči
5. Psychosociální opora sester ze strany zaměstnavatele
6. Emoční vyrovnání sester s úmrtím pacienta
7. Psychická hygiena sester

## Rozbor a srovnání rozhovorů

### 1. Zkušenosti a prožitky sester pečující o pacienty v hospici

Tady se prostě můžu nemocným věnovat po stránce tělesné, duševní i spirituální a mám na ně víc času. A přestože vím, že nám tu pacienti umírají a málokdy už se vrátí domů, tak jim mohu dopomocť alespoň k tomu, aby důstojně dožili, započala S1 povídání o svých zkušenostech. S3 se rozhodla pro práci v hospici, protože cítila, že je zde její místo a může tu plně využít svůj potenciál. Pro S2 je práce v hospici jako práce každá jiná.

Prožitky sester v ošetrovatelské paliativní péči jsou dle zkušeností sester obecně ovlivněny několika faktory. S1 a S3 měly shodnou odpověď, že je péče ovlivněna například příznaky nemoci pacienta, například bolestí. *„Nejhůř podle mě snášim když vidím v jak špatnym stavu ten pacient je. Když vidim že má ty bolesti a jiný nepříjemný příznaky nemoci.“* (S3). S1 zmiňuje totéž, avšak ještě dodává: *„Nebo pokud mu dobře nezařazuje medikace. Naštěstí takový situace přichází jen zřídka.“*

S1, S2 i S3 uvedly že, záleží na věku pacienta v terminálním stádiu. *„Smutnou náladu mám, když tu je hospitalizovaný mladý člověk, protože když tady u nás leží nemocní, kteří jsou staří, kterým je třeba přes 80 let, tak to bereme tak jako že to je přirozený koloběh života“* (S2). S1 odpověděla podobně. *„Určitě záleží na tom věku pacienta. Tim, že nám tu leží pacienti od 18 tak v tu chvíli cejtím takový bezpráví, že by měl odejít tak brzy. Pokud je to pacient, kterému je 90, tak to snášim lépe, protože mohl ten život prožít do tak pěknýho věku.“* S3 zmínila, že špatně snáší, pokud je hospitalizovaný mladý člověk v podobném věku jako ona.

Dalším aspektem ovlivňujícím prožívání a zkušenosti sester je pacientova cesta ke smíření se s diagnózou ale také smíření jeho rodiny a příbuzných. Zkušenosti se smířením pacienta a rodiny zmínily S1 a S3. *„No a pak teda taky záleží na diagnóze a jestli jsou s ní smířeny. Ta cesta ke smíření je trnitá a trvá u každého jinak dlouho. My tu pacientům pomáháme a jsme jim oporou. Navíc teda je náročný hlavně pro pacienta, když není smířená ani rodina a snaží se rozhodovat za něj, i když on si to nepřeje, jak už jsem zmiňovala na začátku.“* (S1). S3 zmínila, že pacienti s nevy léčitelnou chorobou pobyt špatně snáší do doby, než dojde ke smíření.

Dále také zmínila pochopení k přístupu nesmiřených rodin, které se snaží zasahovat do rozhodnutí pacienta, které však bylo jeho přáním a nemohou mu bránit.

Všechny respondentky odpověděly, že jejich emoce jsou ovlivněny délkou pobytu pacienta v hospici. Čím déle je zde pacient hospitalizován, tím silnější vztah se mezi sestrou a nemocným buduje. „*Někdy i brečím. Obzvlášť když u nás byl dlouho, tak je mi smutno.*“ (S1) S2 poukázala na vybudování pouta s pacientem délkou hospitalizace. „*Občas když u nás nějaký pacient leží dlouho, tak si k němu vybuduji vztah a jsem poté o to více smutná z jeho odcházení*“ (S2). S2 a S3 poukázaly na úlevu, kterou někdy pociťují. „*Pokud u nás leží pacient, který už dlouho bojuje s nemocí a trpí, tak jsem sice smutná z jeho odchodu, protože jsem si k němu třeba vytvořila určitý pouto, ale někdy cítím dokonce úlevu.*“ (S3)

Emoce a prožitky participantek v péči o umírající jsou podobné. S1 odpověděla, že v případě úmrtí pacienta nejčastěji pociťuje smutek. „*Ale pak mi prostě dojde, že to tak mělo být. Já jsem udělala vše proto, aby ten člověk odešel smířený, v klidu a bez bolesti, a to je pro mě hlavní.*“ (S1) S2 k úmrtí pacienta během pracovní doby přistupuje jako k vytržení z pohody, ještě zvlášť když je to v noci. Úmrtí pacienta prožívá pokaždé jinak. „*Někdy na tu situaci nahlížím tak, že mám odvést svou práci a výrazně to neprožívám. Někdy cítím hluboký zármutek a smutek.*“ (S2) V některých případech cítí již dříve zmiňovanou úlevu. „*Úlevu cítím v případě, že pacientovo odcházení bylo těžké a on se trápil.*“ (S2) Úlevu cítí také S3.

S3 cítí ve většině případů smutek. Nakonec zmínila její přístup ke smrti. „*Na smrt nahlížím jako na přirozenou událost jako je třeba narození.*“ (S3)

Pokud bychom se zaměřily na nejčastěji zmiňované pozitivní emoce, všechny participantky zmiňují radost a vděk. S1 často cítí radost a vděk a smysluplnost. Ještě nakonec s úsměvem dodala: „*Každý si asi myslí, že je to tady smutnej dům, ale určitě není. Zažívám tu spoustu krásnejch věcí.*“ (S1) S2 pociťuje nejčastěji radost. S3 popsala také své emoce. „*Mnou nejčastěji prožívanou pozitivní emoci je jakoby asi ta radost nebo pocit smysluplnosti.*“ (S3)

## 2. Personální a materiální zabezpečení pracoviště

S1, S2 i S3 hodnotí stav personálního zabezpečení podobně. S1 uvádí že vždy hodí další pracovní síly. *„Vyplatilo by se, kdyby nás tu bylo víc.“* Stejně tak zhodnotily situaci personálního zabezpečení S2 i S3. *„Samozřejmě bychom tu byli všichni rádi, kdyby k nám přišel pracovat někdo nový, ale nechci si stěžovat.“*, odpovídá na otázku S2. S3 si myslí, že kdyby bylo zaměstnáno více sester, tak by měly více volného času. Přesto ale zmiňuje, že personální zajištění je pro tuto chvíli dobré, podobně odpovídá S1 i S2. *„Ale tak máme tu teď dost sestřiček, na pomoc vždy ošetřovatele nebo ošetřovatelky, fyzioterapeuty i třeba psychoterapeuty, takže v rámci možností je pro tuto chvíli podle mě personální zabezpečení dobrý.“* (S1). S2 zmiňuje minulost, kdy bylo sester málo: *„Podle mého názoru je nás konečně dost. Nebylo tomu tak vždy, a tak si vážíme toho, jak je to teď.“* (S2)

Odpovědi se u participantek shodují i na otázky ohledně pracoviště, materiální zabezpečení a okolí hospice. S1, S2 i S3 odpovídají, že mají dostatečné množství pomůcek pro ošetřovatelskou péči o pacienta. S2 a S3 oproti S1 navíc zmínily vděk za pomoc od sponzorů a rodin pacientů. *„Díky sponzorům máme v současnosti dost pomůcek pro ošetřovatelskou péči a vybavení pokojů je dostačující.“* (S2) Podobně odpovídá S3. *„Řekla bych, že máme naštěstí dost pomůcek a vybavení pro ošetřovatelskou péči. Mnohokrát nám už pomohlo, že čas od času dostaneme nějaké vybavení či potřebné pomůcky od nějakého sponzora nebo od rodin pacientů.“* (S3) Všechny respondentky odpověděly že velkým negativem je lokace hospice a jeho ošklivé prostředí. *„Myslím tedy, že jedno z negativ, které by vám zmínil každý kolega, je to ošklivé prostředí, kde se náš hospic nachází. Máme tu pro pacienty terasu, a to je podle mě nedostačující.“* (S2) Odpovědi se shodly u S1 a S2. Přejí si totiž, aby jejich pacienti mohli vyjít na zahradu, která v současné době není součástí hospice. Jedině S1 zmínila, že by přišly vhod větší skladovací prostory a lepší vybavení pokojů.



### 3. Pozitivní faktory ovlivňující prožívání sester v paliativní péči

Na dotazovaná pozitiva dokázaly všechny participantky najít ihned odpověď. *„Během pracovní doby ve mně dokáže vyvolat pozitivní emoce spoustu situací.“ (S1)* Všemi participantkami zmiňovaný pozitivní faktor jsou kolegové a kolegyně. Umíme se společně zasmát a umíme pobavit i naše pacienty. (S1) S2 odpověděla, že jí dokáže vykouzlit úsměv na tváři ten, s kým je na směně. *„Zažíváme tu veselé příhody, a to nejen s kolegy ale i s pacienty, přestože jsme v hospici.“ (S2)* Také S3 zmínila kolegy jako pozitivní faktor ovlivňující její prožívání. *„No a nesmím zapomenout na kolegy s těmi se tu často zasměju“ (S3)*

Dále S2 a S3 zmiňují komunikaci s pacienty. *„Celkově mi dělá radost vůbec komunikace s pacienty. Pozitivní je, když je méně práce a já tak mám víc času třeba na povídání si s pacienty.“ (S2)* S3 odpověděla, že jí dokáže rozesmát nejenom konverzace ale taky humorný příběh vyprávěný pacienty.

Jedním z pozitivních aspektů jsou aktivity prováděné pacienty a s pacienty. S1, S2 i S3 zmínily jako jednu z aktivit zpívání. *„Dělá mi radost, když pacientům chodíme zpívat.“ (S1)* *„Nejraději mám, když je tady muzika, když zpíváme s pacienty.“ (S2)* 3. participantka odpověděla podobně.

Dalšími pozitivními faktory během pracovní doby zmíněné S1 a S3 je vyrábění výrobků rukami pacientů. *„Dělá mi radost, když vidím, jak pacienti dole v dílně vyrábí výrobky.“ (S1)* Tyto participantky také vyzdvihly pozitivní energii canisterapie. S3 odpověděla obsáhle. *„Líbí se mi, když vidím, jak pacienti třeba vyrábí, zpívají nebo se mazlí s pejsky co k nám přijdou na canisterapii.“ (S3)* Tato participantka S3 zmínila také radost, když jsou pacienti bez bolesti, nebo když vidí šťastné pacienty po návštěvě příbuzných. Kontakt a vřelou komunikaci s rodinou zmínila také S1. *„No a někdy cítím takový ten pocit smysluplnosti, když za námi přijdou rodiny, děkují nám za péči o jejich příbuzné a jsou vděční“ (S1)*

#### 4. Negativní faktory ovlivňující prožívání sester v paliativní péči

Prvním negativním faktorem z mála zmíněných S1, S2 a S3 je administrativa. *„Pokud bych měla zmínit nějaká negativa, která přichází během pracovní doby tak je to hlavně hodně administrativy a papírování.“* (S1) Podobně odpověděla i druhá a třetí sestra. S2 zmínila, že administrativní záležitosti v ní vyvolávají stres a pociťuje kvůli nim přehlcení a zátěž. *„Někdy mám vztek, když se podívám na to množství papírů.“* (S2) Taktéž S3 zmínila administrativu jako zatěžující a stresující.

Přestože z rozhovorů vyplývá, že rodina je pro pacienty velkou oporou, tak S1, S2 i S3 také odpověděly, že některé komplikované rodinné situace pacientů mohou negativně ovlivnit prožívání sester. Nejčastěji byly zmiňovány zásahy rodin do rozhodnutí a přání pacienta nebo jiné konflikty. *„Občas jsem i naštvaná, při složitý domluvě s rodinou pacienta, když se rodina snaží rozhodovat za pacienta, přestože on má jiné přání. Také mě trápí pacientovy nevyřešené rodinné konflikty z minulosti.“* (S1) Takto popsala problém S1. Rodinný faktor popsala S2 jako stresující. *„Navíc cítím i takovou bezmoc, že nemohu pacientovi ulevit od tohoto trápení.“* (S2) *„Samozřejmě ve mně dokážou vyvolat negativní emoce konflikty mezi rodinou a pacientem.“* (S3)

Nakonec S2 dodala, že přestože bývá komunikace čas od času komplikovaná, tak mají v hospici spíše pozitivní zkušenosti s komunikací a spoluprací s rodinami. Taktéž S1 na konci své odpovědi zmínila, že negativní zkušenosti s rodinami nezažívá často.

Dalším negativním faktorem je zhoršující se či špatný duševní nebo tělesný stav pacienta. S1 a S2 zmínily bolest pacienta. *„Pak mě třeba trápí, pokud má pacient velký bolesti, nebo pokud mu dobře nezafunguje medikace.“* (S1) *„Mrzí mě, když vidím, že pacient trpí bolestí“*, odpověděla stejně S2.

Všechny participantky nakonec odpověděly, že negativním faktorem, který ovlivňuje jejich prožívání během pracovní doby je těžké odcházení, čí úmrtí pacienta. *„Někdy jsem zas smutná, když má pacient trápení nebo těžce a dlouho odchází.“* (S1) S1 navíc zmínila smutek z pacientovo trápení nebo nemožnosti si splnit svá poslední přání. Jak bylo již zmíněno S2 prožívá smutek hlavně pokud si k pacientovi vytvoří vztah během dlouhodobé hospitalizace.

Všemi sestrami nejčastěji zmíněnou konkrétní negativní emocií, prožívanou během pracovní doby je tedy smutek. S1 zmínila ještě úzkost, S2 vztek. S2 a S3 prožívají během své směny stres.

Všechny participantky ovšem své odpovědi ohledně negativních faktorů končily pozitivně a s úsměvem. Například S1: „*Tyto situace se tu taky objevují jen málo. Cítím spíš pozitivní emoce než negativní.*“ (S1) Také S2 odpověděla, že negativ na pracovišti moc není. „*Děláme si to tu příjemně a negativům se vyhýbáme.*“ Nakonec ještě dodala: „*Já to většinou беру tak, jak to je. A celkově si to moc nepřipouštím. Jsem veselý člověk.*“ (S2) Také S3 končila svou odpověď větou, že negativna ale na pracovišti moc není.

## 5. Psychosociální opora sester ze strany zaměstnavatele

Všechny odpovědi na otázku možností psychosociální opory ze strany zaměstnavatele se shodují. Všichni pečující zaměstnanci mají následující možnosti. „*U nás v hospici máme možnosti psychosociální opory ve formě týmové supervize.* (S1) Týmová supervize probíhá 2x ročně a probíhá po skupinách o 12 osobách. Dle názorů participantek jsou v současné době spokojené s formou i frekvencí supervizí. „*Chtěla bych zmínit, že dříve jsme měli tu supervizi dokonce čtyřikrát do roka, ale navrhli jsme, že by mohla být tedy pouze dvakrát. Myslím, že všem to vyhovuje takto.*“ (S2)

Pro S1 je skupinová supervize prospěšná. „*Je to fajn si po skupinkách popovídat, vyměnit si zkušenosti.*“ (S1)

S3 hovořila o supervizích jako o přínosných. „*Dozvídáme se tam zajímavé zkušenosti a je super slyšet, jak to mají ostatní. Podle mě ta supervize posiluje pracovní vztahy.*“ (S3)

Další možností opory od zaměstnavatele je individuální psychoterapie. S1 zmínila, že psychoterapie může být provedena v případě potřeby či na žádost vedení. S1, S2 ani S3 možnost psychoterapeutického sezení ještě nevyužily. „*Jsem ráda, že máme tu možnost, ale možnost psychoterapie jsem ještě nikdy nevyužila.*“ (S1) S2 mluví o psychoterapii o jako nejzazší možnosti. S3 odpověděla, že služeb psychoterapeuta ještě nevyužila, protože to nebylo zatím potřeba. Z toho vyplývá, že všechny participantky využívají pouze možnosti povinných skupinových supervizí dvakrát ročně.

Z rozhovoru dále vyplynulo, že nebyla nikdy potřeba krizové intervence. „*Nevím o tom, že bychom někdy využili možnost krizové intervence, takové situace se tu nestávají. Tím myslím jako nějaký napadení pacientem nebo tak.* (S1) Také S2 ani S3 si nejsou vědomy využití služeb krizové intervence. „*Nikdy jsem takových služeb nevyužila. Myslím, ale že kdybychom potřebovali tak nám ji vedení určitě zařídí.*“ (S2) Třetí participantka (S3) odpověděla, že pojem krizová intervence zná, avšak to nikdy nebylo nutné.

*V krizových situacích jsme si oporou hlavně s kolegy mezi sebou.*“ (S1) *Téma vzájemné kolegiální podpory zmíněné S1 se shoduje s odpovědí S2. „Já osobně musím říct, že pro mě je tu největší oporou vlastně pořád ta parta. To je prostě nejvíc co může být, že tu na to nejsem sama. A samozřejmě potom máme obrovskou podporu od vedení, vrchní sestry, od staniční sestry, od paní ředitelky.*“ (S2)

Pečující zaměstnanci spolu se sestrami mají jako jeden z benefitů podporující prevenci syndromu vyhoření pobyt v Krkonoších, kam jede část pracovního týmu.

*„Na teambuildingu jsme zatím nebyli, ale vedení nám proplácí v rámci prevence proti syndromu vyhoření výlet na pár dní do Krkonoš. Jezdíme si tam odpočinout po malých skupinkách, provozujeme turistiku anebo si to tam může každý užít po svém.*“ (S2)

V rámci psychosociální opory nabízí zaměstnavatel i další benefity kromě zmíněného pobytu na horách, například nabízí finanční podporu vzdělávání nebo přispívá na stravování. „S2 dodala ještě další benefity. „*Zvýšení platů a hovoří se o přidání týdne dovolené.*“ (S2)

Při analýze, jaké možnosti psychosociální opory by S1, S2 a S3 ocenily bylo zjištěno, že pouze S3 by měla zájem zjišťovat více o jiných metodách opory. „*Nedávno jsem si četla čistě ze zvědavosti o programu peer, což mě zaujalo. Mám v plánu si o tomhle programu dohledat víc. U nás v práci jsem o téhle možnosti ještě neslyšela, možná o ní jen nevím. Mohl by se konat nějaký teambuilding. abychom se poznali ještě trochu jinak.*“ (S3) Pro S1 a S2 jsou nabízené možnosti dostačující a nemají zájem o jiné.

## 6. Emoční vyrovnání sestry s úmrtím pacienta

Participantka S1 zmínila, že pro vyrovnání se s takto emočně náročnou situací pomáhá své emoce vyventilovat pláčem anebo slovy. S1 pomáhá vypovídat se ze svých emocí kolegyním v práci nebo kamarádkám anebo se z nich vybrečet. S ventilací pomocí pláče a slov korelovala odpověď S3, která byla téměř totožná. „*Jak už jsem jednou zmiňovala, tak si občas pobřečím a tím vyventiluju ty nahromaděný emoce. Nesnažím se ten pláč zadržovat, pomáhá to.*“ (S3). S2 vyventiluje emoce odlišně. „*Mám takový zvyk, že si zajdu do sprchy a smyju to ze sebe. Když přijdu domů, tak už se ničím nechci stresovat, a tak to nechávám to v práci.*“ (S2)

Všechny participantky vyzdvihly pracovní kolektiv a vzájemnou podporu kolegů. S1 mluvila o kolektivu jako o první pomoci k emočnímu vyrovnání. Poukázala na vzájemnou podporu, naslouchání a důvěru. „*Máme možnost si sednout a probrat co nás trápí, kdykoliv, jak je to možný. Všichni jsou tu strašně fajn. Nasloucháme jeden druhému a svěřujeme se. Můžu přijít a říct co mám na srdci a nikdo mě nebude odsuzovat.*“ (S1)

Také S2 odpověděla, že se s kolegy emočně hodně podporují. Ví, že kdyby potřebovala, tak si jí kdokoliv vyslechne, stejně jako ona si vyslechne je. „*Když je mi během směny smutno, tak se nejlépe vyrovnám s těmi negativními emocemi za podpory té party tady. Jsme tu partáci.*“ (S2) „S kolegy jsme si blízcí“, řekla S3. O pracovním kolektivu mluvila jako o rodině a poukázala na to, že kolegové jsou zde vždy pro ni, aby si ji vyslechli.

Participantky S1, S2 a S3 zmiňují důležitost vlastních zálib a zájmů mimo práci. Tyto záliby slouží k protřídění myšlenek a odpočinku. S1 využívá přirozeného pohybu ve formě procházek v přírodě, kde si podle jejích slov pročistí hlavu. Také zařazuje strečink a dechová cvičení pro uvolnění. S2 popsala, že pro uvolnění doma cvičí jógu a provozuje spoustu jiných sportovních aktivit, jako například plavání. Také pro S3 je důležitý sport a jiné aktivity. Stejně jako S2 tak S3 cvičí jógu a provádí dechová cvičení jako S1.

Dále se objevovaly individuální odpovědi na téma emočního vyrovnání. „*Pomůže mi i něco dobrého na zub.*“ (S2) Třetí participantce (S3) pomáhá k vyrovnání kontakt s jejím psem.

## 7. Psychická hygiena sester

V návaznosti na minulé odpovědi ohledně psychosociální opory vyplynulo, že S1, S2 ani S3 nikdy nevyužily možnost psychoterapie. S1 se k psychoterapii například vyjádřila takto. *„Jak už jsem říkala, tak jsem nikdy nepotřebovala pomoc nějakého psychologa, zatím jsem si vždycky vystačila sama.“* (S1) Naopak týmové supervize se účastní S1, S2 a S3.

S1, S2 a S3 považují své zájmové aktivity jako prevenci syndromu vyhoření. *„K udržení zdravé mysli je důležitý mít i jiné záliby, než je práce.“* (S3)

S1, S2 a S3 využívají pro rovnováhu duševního zdraví pohyb či nějaký sport. S1 chodí na procházky, nejraději na Šumavě a občasně zařazuje strečink. Pro S2 je pohyb důležitou prevencí proti syndromu vyhoření. *„Plavání, procházky, a především jedna z mých oblíbených relaxačních technik – jóga. Tu zařazuju, když si potřebuju vyčistit hlavu.“* (S2) Také pro S3 vyjádřila svůj pozitivní postoj k pohybovým aktivitám. *„Já osobně hodně sportuju. To je pro mě prevence. Chodím cvičit do fitka, běhám, jezdím na kole nebo kolečkových bruslích. Spřítelem máme pejska a s tím chodíme na procházky.“* (S3) Dále ale zmiňuje únavu po práci a její následky. *„Pohybem si nejlépe vyčistím hlavu, ale občas odcházím z práce tak unavená, že nemám na fyzickou aktivitu moc sílu.“* (S3)

Na únavu a vyčerpání navazuje jeden z důležitých faktorů psychohygieny. Kvalitní spánek a odpočinek. Tento faktor zmínily ve své odpovědi S1 a S3. *„Za svůj pracovní život jsem se musela naučit odpočívat. Ráda si zajdu nebo někam do kina nebo na koncert. Ve zbytku času ráda čtu.“* (S1) Třetí participantka (S3) odpověděla, že je důležité se naučit aktivně i pasivně relaxovat. V případě aktivního odpočinku sportuje a v případě pasivního sleduje filmy a seriály. Přestože S2 sice přímo konkrétně nezmínila nutnost odpočinku, tak zmínila že se učí anglicky, čte, sleduje filmy a poslouchá hudbu. Z tohoto tedy vyplývá, že všechny participantky zařazují odpočinek do metod pro rovnováhu psychického zdraví.

Jednou ze zásad prevence syndromu vyhoření je nezanedbávat sociální kontakty. S touto zásadou se ztotožňuje S1. *„Důležitý je třeba nezanedbávat přátele a chodit mezi lidmi. Mou největší radostí je právě teď vnouček, s kterým teď trávím většinu volných dní.“* (S1)

S1, S2 a S3 zmínily důležitost oddělování pracovních záležitostí od osobního života. „*Myslím, že je důležité oddělit práci od osobního života a nebrat si některé situace tolik k srdci.*“ (S1) S2 odpověděla, že je důležité si říct, že je to práce jako každá jiná. Také S3 zmínila toto téma. „*Pro prevenci syndromu vyhoření je důležité nebrat si práci domů.*“ (S3)

S1, S2 a S3 zařazují do metod psychohygieny relaxační techniky. S1 zařazuje strečink, S2 a S3 cvičí pro uvolnění jógu. S1 a S3 využívají relaxační dechová cvičení. „*Cvičím a dělám ta dechová relaxační cvičení podle videí na internetu a hezky při tom vypnu hlavu.*“ (S3)

## **Zhodnocení vypozerovaných neverbálních projevů**

### **Participantka 1 (S1)**

Participantka se od začátku na rozhovor těšila. Byla vděčná, že mám zájem o téma paliativní péče. Při prvním kontaktu se mi představila a podala mi ruku. Stisk byl pevný a působila díky tomu sebejistě. Mluvila pomalu a klidně ale jasně o svých zkušenostech po celou dobu rozhovoru a na všechny dotázané otázky odpovídala klidně. Během rozhovoru udržovala oční kontakt až na pár momentů, kdy sklopila zrak k zemi, když hledala správná slova. Podle Janáčkové pohled k zemi značí zamýšlení nad solidními údaji. (Janáčková, 2009)

Během rozhovoru participantka seděla na židli mírně předkloněná a ruce měla položené na opěradlech. Nohy měla natažené volně před sebe. Působilo to na mě uvolněným a otevřeným dojem. Během rozhovoru byla usměvavá, poznala jsem, že je to veselá žena. Mimika její tváře se měnila, mluvila-li o vážných tématech. V takovém případě se lehce mračila a obočí bylo svaštěné. Tato participantka mi projevila slova podpory a rozhovor probíhal v příjemné atmosféře.

## **Participantka 2 (S2)**

S2 mluvila rychle a jasně, avšak stručně. Při prvním kontaktu mi na pozdrav nepodala ruku, což ale nepůsobilo nepřátelsky, avšak ani nebylo znát nadšení. Přesto byl podepsán informovaný souhlas, odpověděla na všechny otázky a rozhovor dokončila. Připsala jsem tento projev nervozitě a časové tísní participantky. Během rozhovoru seděla se zkříženými rukami a kotníky, čímž vůči mně podvědomě vytvářela bariéru. Během rozhovoru však změnila postavení rukou i nohou do uvolněnějšího postavení.

Po celou dobu rozhovoru se její mimika nijak výrazně neměnila. Při některých tématech rozhovoru byl na její tváři přítomen lehký úsměv ale celkově participantka šetřila emocemi. Celý rozhovor sestra udržovala oční kontakt, několikrát se při odpovědi dívala z okna, což působilo zamyšleným dojmem. Ke konci rozhovoru byla znát úleva a dobrá nálada. Popřála mi hodně štěstí.

## **Participantka 3**

Tato participantka působila spokojeně a nadšeně. Na začátku se posadila na židli a ruce měla volně složené v klíně. Působila tak otevřeně pro budoucí položené otázky. Mluvila pomaleji než S1 a S2 a během povídání používala mírně gestikulaci. Na všechny otázky odpovídala s rozmyslem.

Během svého vyprávění měla participantka obočí mírně zdvižené a koutky přizvednuté do úsměvu. Při úsměvu se jí vytvářely na tvářích oboustranně dolíčky a sestra působila sympaticky a vyrovnaně. S tématem smrti svůj úsměv a nadšení z rozhovoru na moment ztratila. Bedlivě naslouchala všem otázkám a byla schopna zapojovat humor. Atmosféra byla příjemná.



Obrázek 1 Kódování rozhovorů



Obrázek 1 zobrazuje síť odpovědí všech respondentek. Pro grafické znázornění struktury odpovědí respondentek jsme použili software Atlas.ti ve verzi 24.0.1, v němž jsme nejprve označili důležitá témata a odpovědi pomocí kódů. Dále jsme vytvořili síť jednotlivých zakódovaných konceptů a vztahů mezi nimi. V síti je po okruhu rozmístěných 7 stanovených hlavních kategorií značených fialovou barvou. Zbylé kódy jsou vždy zařazené ke příslušné kategorii, kde zelenou barvou značíme odpovědi s pozitivním sentimentem, červenou s negativním sentimentem a žlutou zbylé. Síť čítá celkem přes 60 kódů, abychom se tedy mohli vyhnout přílišné nepřehlednosti, použili jsme pouze dva typy vztahů mezi kódy. Prvním je jednostranný vztah s názvem „je součástí“, kterým vyjadřujeme příslušnost kódu k dané nadřazené kategorii. Druhým je oboustranný vztah „souvisí“, kterým jsme propojily hlavní kategorie, které jsme považovali za nejvíce související. V grafu by se dalo znázornit vztahů daleko víc, jelikož by se dalo najít spojení téměř mezi všemi kódy, proto jsme zvolili jednodušší a přehlednější přístup, aby byl graf čitelný. Poznamenejme, že je u každé odpovědi znázorněno, které respondentky ji zmínily.

## DISKUZE

V této bakalářské práci se zabýváme zkušenostmi a prožíváním sester, které pečují o pacienty v hospici. Pro rozhovor byly vyzpovídány tři participantky, které byly vybrány k porovnání zkušeností, prožitků a psychického rozpoložení. Vybrány byly všeobecné sestry pracující ve specializované paliativní péči, konkrétně v hospici. Pomocí tohoto výběru jsme se snažili analyzovat rozdílnosti v prožívání sester z hospice, kde se denně setkávají s péčí o pacienty v terminálním stádiu.

Výsledky výzkumu byly srovnávány s dostupnou literaturou a pracemi zabývajících se obdobnou tematikou. Použity byly tyto bakalářské práce: Klára Raschiková (2020) Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti, Jana Hrubá (2018) Smrt a umírání očima sestry, Jana Drhovská (2016) Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné, Barbora Láryšová, DiS. (2019) Paliativní péče pohledem ošetřovatelství, Iva Pličžková (2015) Problematika smrti a umírání očima pracovníků v hospicových zařízeních.

Pro tuto práci byly stanoveny následující výzkumné otázky:

**Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 1:** *Vyskytují na základě zkušeností shody a rozdílnosti v přístupu sester k péči o pacienty v hospici?*

Tato výzkumná otázka splňuje dílčí cíl 1 – Analyzovat rozhovory a porovnat na základě zkušeností sester rozdíly v přístupu k péči o pacienty v hospici. Po vyhodnocení témat přímo souvisejících s touto základní výzkumnou otázkou byly shrnuty požadované shody a rozdíly.

S1 přistupuje k péči o pacienty v hospici jako k možnosti se pacientům věnovat ve všech ohledech, po stránce tělesné, duševní a spirituální, a dopomoci jim důstojně dožít. S3 cítí, že zde může naplno využít svůj potenciál narozdíl od S2, která k práci v hospici přistupuje jako ke každé jiné.

Na základě zkušeností se všechny participantky shodly, že jejich subjektivní prožívání je během pracovní doby ovlivněno stavem pacienta, věkem pacienta, a nakonec vzájemným poutem, které si sestra vybuduje k pacientovi během dlouhotrvající hospitalizace. V neposlední řadě zmínily S1, S2 a S3 důležitost spolupráce rodiny pacienta. S1 a S3 zmínily, že jejich prožívání ovlivňuje také pacientova cesta ke smíření.

S3 také odpověděla, že špatně snáší, je-li hospitalizovaný mladý člověk v podobném věku jako ona. Všechny participantky popsaly konkrétní emoce.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že můžeme konkrétní faktory ovlivňující prožívání rozdělit na pozitivní a negativní. S touto základní výzkumnou otázkou se tedy prolíná specifická výzkumná otázka ohledně pozitivních a negativních faktorů, ovlivňujících sestry během výkonu povolání na odděleních paliativní péče.

Všemi participantkami zmíněný pozitivní faktor byli kolegové, dostatečné množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči, tvůrčí aktivity pacientů (vyrábění, pečení) a aktivity prováděné s pacienty (zpívání) během pracovní doby. S2 a S3 zmiňují jako pozitivně ovlivňující faktor komunikaci s pacienty. S1 a S3 zmínily jako pozitivní canisterapii. Vzhledem ke zkoumání personálního a materiálního zabezpečení bylo zjištěno, že všechny participantky shledávají personální stav jako vyhovující, avšak s přáním další pracovní síly.

Naopak faktory negativně ovlivňující jsou podle všech participantek administrativa, komplikované rodinné situace pacientů, zhoršující se stav pacienta, špatný zdravotní stav či úmrtí pacienta. Mezi negativní faktor participantky také řadí lokalitu hospice, která byla shledána jako nevyhovující.

V problematice emočního vyrovnávání sester v souvislosti s úmrtím pacienta se všechny participantky shodly na důležitosti emoční podpory od pracovního kolektivu. Také se všechny shodly, že jim k emočnímu vyrovnání napomáhají jejich oblíbené zájmové aktivity. V oblasti emočního vyrovnání se S1 a S3 shodly na ventilování emocí pláčem a slovy. S2 smývá své emoce pomocí sprchy a pomáhá jí dobré jídlo. S2 se lépe vyrovná se svými emocemi pomocí kontaktu se zvířaty. Všechny participantky využívají alespoň dvě z těchto metod k emočnímu vyrovnání.

**Specifická výzkumná otázka 1/1:** *Jakým způsobem participantky prožívají péči o pacienty v terminálním stádiu?*

Prožitky sester jsou subjektivně ovlivněny především celkovým stavem pacienta. Prvním zmíněným faktorem S1 a S3 je pacientův zhoršující se tělesný nebo duševní stav, či nepříjemné doprovázející příznaky, v souvislosti s tím také neúčinná medikace.

Dalším faktorem je pro S1, S2 a S3 věk. Participantky odpověděly, že subjektivně hůř snáší hospitalizaci a odcházení mladého člověka, na rozdíl od starého člověka, u kterého je smrt brána jako důsledek přirozeného koloběhu života.

Ve výsledcích výzkumu bakalářské práce z roku 2015 zmiňuje Pličzková obtížně doprovázení mladého umírajícího pacienta. I její respondenti odpověděli, že úmrtí mladého člověka je emočně náročnější oproti odcházení člověka vysokého věku. S3 odpověděla, že špatně snáší, je-li hospitalizovaný mladý člověk v podobném věku jako ona. V bakalářské práci Pličzkové respondenti přistupují ke smrti jako k přirozené součásti života. Tento postoj sdílí v našem výzkumném šetření S1 a S2.

Dalším faktorem zmíněným S1 a S3 je pacientova cesta ke smíření se s diagnózou. Také bylo všemi zmíněné, že velmi záleží na smíření a přístupu rodin a v neposlední řadě také na vzájemné spolupráci. Je-li pacient v hospici hospitalizovaný dlouhodobě, poukázaly S1, S2 a S3 na vytvořené pouto, způsobující bolestivější prožívání jeho úmrtí. S1 zmínila, že v takové situaci někdy brečí.

Všechny participantky popsaly své emoce, které jsou podle nás v péči o umírající pacienty přirozené a běžné. Všemi zmíněná negativní emoce je smutek, ten popisují dvě respondentky ve výzkumném šetření Raschikové (2020). S1 zmínila úzkost, S2 zmínila ještě vztek a bezmoc, S2 a S3 prožívají během své směny stres.

Na základě neverbálních projevů jsou všechny participantky při péči o pacienty v terminálním stádiu emočně vyrovnané. Přestože se objeví situace, kdy cítí bezmoc, nebo se cítí zahlcené emocemi a prací, jsou sestry v hospici smířené a klidné.

**Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 2: *Jaké jsou konkrétní faktory ovlivňující prožívání sester při péči o pacienta v paliativní péči?***

Faktory ovlivňující prožitky sester jsou zmíněné v první základní výzkumné otázce. Ta se ovšem zabývá prožíváním sester pouze během péče o pacienta v terminálním stádiu.

V druhé základní otázce jsme se zaměřili na všechny faktory, které obecně ovlivňují subjektivní prožívání sester během pracovní doby. Tato základní výzkumná otázka se prolíná s druhou specifickou výzkumnou otázkou, kde analyzujeme pozitivní a negativní faktory.

**Specifická výzkumná otázka 2/1:** *Jaké faktory pozitivně a negativně ovlivňují sestry během výkonu povolání na odděleních paliativní péče?*

Nejprve jsme se zaměřili na pozitivní faktory. Všemi zmíněný pozitivní faktor je dobrý a podporující pracovní kolektiv. Kolegové a kolegyně se vzájemně podporují a vytváří tak co nejvíce pozitivní atmosféru na pracovišti.

S1, S2 a S3 zmínily aktivity pacientů, jako je například kreativní činnost, tvorba výrobků nebo pečení, poté také aktivity prováděné spolu s pacienty, kterými je myšleno například společné zpívání. S2 a S3 také zmínily, že cítí radost díky vřelé komunikaci s pacienty.

S1 a S3 zmínily jako pozitivní faktory canisterapii, spolupráci s rodinami a funkční medikaci pacienta. S3 navíc zmínila, že jí dělá radost vidět pacienty šťastné po návštěvě příbuzných. Z výzkumného šetření vyšlo, že za pozitivní faktor lze pro všechny participantky považovat i dostatečnou vybavenost pracoviště a nynější vyhovující stav personální zabezpečení.

Všemi sestrami byly také zmíněny pozitivní emoce, které během své pracovní doby prožívají. Patří mezi ně nejčastěji radost a vděk, S1 a S3 zmínily pocit smysluplnosti. S2 a S3 navíc zmínily úlevu, odejde-li pacient po dlouhodobém trápení. Hrubá (2018) ve svém výzkumu poukazuje na výsledek, že nejčastějšími pocity zmíněnými respondenty jsou soucit, empatie, lítost, a našimi participantkami nejčastěji zmiňovaný smutek.

Za první negativní faktor ovlivňující prožívání sester během pracovní doby považují S1, S2 a S3 administrativní zátěž. S2 zmínila, že v souvislosti s administrativou pociťuje vztek. Za negativní faktor všechny participantky považují také komplikované rodinné situace, čímž je myšlena nejen nespolečná rodina, ale také nesmíření se diagnózou a následné rozhodování rodiny o postupech léčby bez ohledu na přání pacienta, z čehož přirozeně vznikají konflikty. Raschiková (2020) ve své bakalářské práci zmiňuje obtížnou komunikaci všech respondentek s rodinami pacientů v terminálním stádiu.

Dalším negativním faktorem je zhoršující se či špatný duševní nebo tělesný stav pacienta. S1 a S2 zmínily bolest pacienta a nefunkční medikaci.

Všechny participantky nakonec odpověděly, že negativním faktorem ovlivňujícím jejich prožívání během pracovní doby je těžké odcházení pacienta, což je popisováno již v první základní výzkumné otázce. S1 ještě zmínila, že cítí smutek, nemůže-li si pacient splnit svá poslední přání.

Mezi negativní materiální faktory zařadily S1, S2 a S3 nevhodnou lokalitu hospice, S1 a S2 dále zmínily absenci zahrady pro pacienty. S1 nakonec zařadila mezi negativa nedostatečnou výbavu pokojů a malé skladovací prostory. Všechny odpovědi na téma negativních faktorů však končily pozitivním ujištěním, že negativ v hospici moc nezažívají a pozitiva znatelně převažují.

**Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 3:** *Jaké možnosti psychosociální opory jsou sestrám na pracovišti specializované paliativní péče poskytovány?*

Na dotazované možnosti psychosociální opory poskytované zaměstnavatelem jsme dostaly jednotnou odpověď od všech dotazovaných sester. V hospici probíhá 2x ročně povinná týmová supervize po malých skupinách, a na žádost zaměstnance nebo vedení je zde možnost psychoterapeutického sezení. Jako prevence syndromu vyhoření je zaměstnancům zaplacen pobyt na horách, kam jedou také společně, rozdělení na skupiny. Zaměstnavatel poskytuje zaměstnancům ještě další benefity, například příspěvek na vzdělávání. Z výzkumného šetření vychází, že v hospici nikdy neproběhla krizová intervence a participantky jí neshledávají jako potřebnou.

**Specifická výzkumná otázka 3/1:** *Jakými způsoby se sestry emočně vyrovnávají s úmrtím pacienta?*

Z analýzy způsobů emočního vyrovnání sester v souvislosti s úmrtím pacienta se všechny participantky znovu shodly, že největší emoční podporou je pracovní kolektiv. Vyprávěly o vzájemné důvěře, o možnosti říct si cokoli bez odsouzení a o hospici jako o rodinném prostředí. Hrubá (2018) uvádí ve své bakalářské práci, že až 46 % respondentů se emočně vyrovnává se smrtí pacienta za pomoci kolegů. Dle výzkumu Hrubé také zhruba třetině respondentů pomůže komunikace a ventilace problému svým kolegům.

S1, S2 a S3 se shodly, že jim k emočnímu vyrovnání napomůže jakákoliv jejich oblíbená zájmová aktivita (turistika, čtení, sport). Jejich záliby slouží k protřídění myšlenek a odpočinku.

V oblasti emočního vyrovnání se shodly S1 a S3 na ventilaci emocí pláčem a slovy. S2 smývá své emoce pomocí sprchy a pomáhá jí dobré jídlo. S2 se vyrovnává se svými emocemi kontaktem se svým psem. Žádná z participantek nepotlačuje své emoce a všechny o nich mluvily otevřeně.

**Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 4:** *Vyžadují sestry pracující ve specializované paliativní péči psychosociální oporu?*

S1 a S2 ani nepožadují na pracovišti jinou metodu psychosociální opory, narozdíl od S3, která má zájem se alespoň dozvědět víc o programu peer. S1 a S3 ohodnotily týmovou supervizi jako přínosnou. S1 ocenila na supervizi možnost si popovídat a vyměnit si zkušenosti. S3 ocenila výměnu zkušeností a zhodnotila, že supervize vede k posílení pracovních vztahů. S2 se k týmové supervizi výrazně nevyjádřila, pouze odpověděla, že dříve probíhaly týmové supervize čtyřikrát ročně a na žádost zaměstnanců probíhá supervize už pouze dvakrát, což zhodnotila jako dostačující.

**Specifická výzkumná otázka 4/1:** *Jaké možnosti psychosociální opory využívají sestry pracující na odděleních specializované paliativní péče?*

Všechny dotázané participantky využívají pouze možnosti dvou povinných týmových supervizí ročně. Žádná z nich nikdy nevyužila možnosti psychoterapie ani jiné psychologické podpory. S1, S2 a S3 se účastní pobytu k prevenci syndromu vyhoření v Krkonoších, který jim připadá přínosný. Všechny participantky zmínily fakt, že největší pomocí je podporující kolektiv.

**Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli 5:** *Jaké metody využívají sestry v paliativní péči pro prevenci proti syndromu vyhoření?*

V návaznosti na předchozí výzkumné otázky ohledně psychosociální opory vyplynulo, že S1, S2 a S3 se účastní týmové supervize, která slouží jako prevence proti syndromu vyhoření. Všechny sestry se také účastní již zmíněného několikadenního pobytu v Krkonoších, kam jedou po malých pracovních skupinách a mohou tam aktivně či pasivně relaxovat.

Každá ze sester vyřkla alespoň jednu zásadu, kterou dodržuje, aby se vyhnula syndromu vyhoření.



S1, S2 a S3 považují záliby a zájmové aktivity za důležitou prevenci syndromu vyhoření a ve volném čase sportují. S1 provozuje turistiku a strečink. Turistiku provozuje také S2, která ještě plave a cvičí jógu. S3 se svým psem také provozuje turistiku, stejně jako S2 cvičí jógu, a navíc chodí do fitness centra, běhá a jezdí na in-line bruslích.

Jako kontrast ale zdůraznily potřebu odpočinku a spánku. S1 považuje za odpočinek čtení, a studium anglického jazyka. S2 také čte, sleduje filmy a poslouchá hudbu. S3 rozděluje odpočinek na aktivní (sport) a pasivní (sledování filmů).

Zásada pro S1 je udržovat sociální kontakty. Sama se tedy stýká s přáteli, navštěvuje kavárny, koncerty a často tráví čas s rodinou. Také zmínila, že si nesmí vše brát takzvaně k srdci. Pro S2 je důležitou zásadou vědomí toho, že práce je opravdu jen práce. Zásadou k prevenci syndromu vyhoření pro S1, S2 a S3 je oddělování pracovního života od osobního. Pro S3 je důležité nechat pracovní záležitosti v práci a nenosit si je domů. Ve výzkumném šetření Pliččkové (2015) zdůrazňovali respondenti právě tuto zásadu.

**Specifická výzkumná otázka 5/1:** *Jaké relaxační techniky využívají sestry ve specializované paliativní péči pro udržení vlastního duševního zdraví?*

Relaxačními technikami jsou podle účastnic jejich zmíněné zájmové aktivity, pohyb ve formě turistiky v přírodě a sportovních aktivit jako je běh, jízda na kole či in-line bruslích či fitness. Relaxační technikou je také spánek a odpočinek. S2 relaxuje za poslechu hudby.

S1, S2 a S3 zařazují do metod psychohygieny i speciální relaxační techniky. S1 zařazuje strečink, S2 a S3 cvičí pro uvolnění jógu. S1 a S3 využívají relaxační dechová cvičení.

## ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali tématem zkušeností a prožíváním všeobecných sester pečujících o pacienty ve specializované paliativní péči. Práci jsme rozdělili na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části jsme se zabývali definicí paliativní péče a následně jejími principy a dělením (na obecnou a specializovanou). Velký důraz byl kladen na roli a předpoklady sester a emoční složku jejich práce, která je obecně psychicky i fyzicky náročná. Zaměřili jsme se na složky komunikace s pacienty, motivaci sester a jejich psychosociální zátěž. Zde jsme zkoumali různé emoce, se kterými se mohou potýkat, a zejména obranu proti náročným důsledkům práce v paliativní péči, jakými může být stres, riziko syndromu vyhoření, deprivace, frustrace či emoční vyčerpání.

V následné empirické části jsme provedli a analyzovali tři polostrukturované rozhovory s všeobecnými sestrami pracujícími v lůžkovém hospici. Hledali jsme vzorce chování, shody a rozdíly v odpovědích participantek. Během rozhovorů byly participantky dotazovány na související témata a odpověděly ochotně na všechny položené dotazy. Sledovali jsme také neverbální projevy, z nichž vyplynula jejich emoční vyrovnanost ohledně problematiky ošetřování pacientů v terminálním stádiu nemoci. Za účelem analýzy odpovědí jsme rozhovor zakódovali v softwaru ATLAS.ti a vykreslili grafickou síť zobrazující odpovědi participantek na otázky v jednotlivých sedmi hlavních kategoriích.

Práce v paliativní péči velmi náročná a sestry jsou pravidelně vystavovány konkrétním pozitivním či negativním faktorům ovlivňujícím jejich prožívání. Vzhledem k faktu, že každý člověk je individuální bytostí, jsou prožitky u každé sestry odlišné. Z výzkumného šetření vychází, že participantky prožívají během pracovní doby negativní i pozitivní emoce, které jsou ovlivňovány kupříkladu pracovním kolektivem, stavem pacienta a jeho rodinnou situací. Participantky využívají metod k emočnímu vyrovnání, využívají stejných metod poskytované psychosociální opory a využívají vlastní metody sloužící k prevenci syndromu vyhoření a udržení duševní rovnováhy. Odpovědi sester se shodovaly v nejzásadnějších otázkách výzkumného šetření a lišily se pouze v individuálních prožitcích a metodách psychohygieny. Cíle bakalářské práce byly splněny.

## CITOVANÁ LITERATURA

1. **ADVENTHEALTH UNIVERSITY.** *Nurse burnout: causes, symptoms, and prevention.* [Online] 2019. <https://www.ahu.edu/blog/nurse-burnout>. [Citace: 20. březen 2023].
2. **ANDRÁŠIOVÁ, Mária; BEDNAŘÍK, Aleš.** *Komunikace s nemocným, sdělování nepříznivých informací.* Praha: Grada, 2020. 978-80-271-2288-2.
3. **BALARINOVÁ L., HADRAVOVÁ J., KONEČNÝ K. a kol.** Jak na psychosociální podporu. *Ministertvo vnitra ČR.* [Online] 4.. duben 2020. [Citace: 12.. únor 2024.] [https://www.mvcr.cz/jak\\_na\\_psp\\_covid\\_19\\_pdf](https://www.mvcr.cz/jak_na_psp_covid_19_pdf).
4. **BENEŠOVÁ, Veronika; ŠMIDMAJEROVÁ, Edita.** *Supervize jako nástroj v prevenci syndromu vyhoření.* Časopis Sociální práce, Sociální práce, 2018. ISSN 1805-885X.
5. **BUGŽOVÁ, Radka.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada publishing a.s., 2015. 978-80-247-5402-4.
6. **CASSIDY, Jude; GROSS, Jacquelyn T.** *Expressive Suppression of Negative Emotions in Children and Adolescents: Theory, Data, and a Guide for Future Research.* American Psychological Association, Sv. 9, 2019.
7. **CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE.** *ELNEC Core.* [Online] 2023. <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elnec-core>. [Citace: 20. leden 2023].
8. **ČSPM.** Česká společnost paliativní medicíny. *Česká společnost paliativní medicíny.* Česká společnost paliativní medicíny. [Online] 2016. <https://www.paliativnimedicina.cz/ceska-spolecnost-paliativni-mediciny/>. [Citace: 6. listopad 2022].
9. **DOSTÁLOVÁ, Olga.** *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 978-80-247-5706-3.
10. **DRHOVSKÁ, Jana.** Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Simona Šípová.

11. **FUNK, Karel.** *Provázení stáří a umíráním.* Praha: Malvern, 2014. 978-80-87580-70-7.
12. **GUTOVÁ, Lenka; MARTINKOVÁ, Dagmar; OTCOVÁ, Václava.** *Multidisciplinárni tým paliativní péče.* Praha: Ústřední vojenská nemocnice Praha, 2017.
13. **HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena.** *Psychologický slovník: 3., aktualizované vydání.* Praha: Portál, 2015. 978-80-262-0873-0.
14. **HENDL, Jan.** *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha : Portál, 2005. 978-80-7367-485-4.
15. **HRUBÁ, Jana.** Smrt a umírání očima sestry. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Radka Křepinská.
16. **JANÁČKOVÁ, Laura.** Praktická komunikace pro každý den. Praha: Grada, 2009. 978-80-247-2479-9.
17. **KELLY, Stephanie A.; MELNYK Bernadette M.; STEPHENS, Janna a kol.** *Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review.* American Journal of Health Promotion, 2020.
18. **KOBER, Lukáš; MAGERČIAKOVÁ, Mariana.** *Motivace sester po po pandemii covidu-19.* Praha: Grada Publishing a.s., 2023. 978-80-271-3730-5.
19. **KŘIVKOVÁ, Jana; TOMOVÁ, Šárka.** *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 978-80-271-0064-4.
20. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Hořet, ale nevyhořet.* Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 978-80-7195-573-3.
21. **KUPKA, Martin.** *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada Publishing a.s., 2014. 978-80-247-4650-0.
22. **LÁRYŠOVÁ, Barbora.** Paliativní péče pohledem ošetřovatelství. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Lenka Kroupová.

23. **LOUČKA, Martin ; KABELKA, Ladislav ; SLÁMA, Ondřej.** *Paliativní péče v České republice.* Česká společnost paliativní medicíny. [Online] 2016. <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. [Citace: 6. listopad 2022].
24. **MIČUDOVÁ, Erna; POKORNÁ, Andrea; ZÍTKOVÁ, Marie.** *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015.
25. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR.** *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.* Věstník č. 13 ministerstva zdravotnictví ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [Online] 2017. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/Vestnik%20MZ%20CR%2013-2017.pdf>. [Citace: 31. leden 2024].
26. **MIŠOVIČ, JÁN.** Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor [online]. 2019. Dostupné z: <http://www.academia.cz/kvalitativni-vyzkum-se-zamerenim-na-polostrukturovany-rozhovor--misovic-jan--slon--2019>. [Citace: 2024-20. únor]
27. **NEŠPOR, Karel.** *Přirozené způsoby zvládnání stresu.* Praha: Raabe, 2019. 978-80-7496-443-5.
28. **PALIATIVNÍ CENTRUM.** *Paliativní péče.* Paliativní centrum. Centrum paliativní péče, z. ú. [Online] 2022. <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [Citace: 7. listopad 2022].
29. **PAULÍK, Karel.** *Psychologie lidské odolnosti, 2. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2017.
30. **PLAMÍNEK, Jiří.** *Sebezpoznaní, sebeřízení a stres.* Praha: Grada Publishing, 2013. 978-80-247-4751-4.
31. **PLIČŽKOVÁ, Iva.** Problematika smrti a umírání očima pracovníků v hospicových zařízeních. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
32. **POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, IVA.** *Emoce, regulace a vývoj v průběhu života.* Praha: Grada Publishing, 2018.

33. **PLEVOVÁ, Ilona a kol.** *Ošetrovatelství I, 2. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing a.s., 2018. 978-80-271-0888-6.
34. **RAPČAN, Milan.** *Etika versus emoce.* Praha: Grada Publishing a.s., 2021. 978-80-271-3075-7.
35. **RASCHIKOVÁ, Klára.** *Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti.* Plzeň, 2020. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Křivková
36. **SIMOČKOVÁ, Viera.** *Psychohygienu študentov zdravotníckych odborov během pandémie.* 1, Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2020.
37. **SUCHÝ, Adam; SVĚTLÁK, Miroslav.** *Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví.* Klinická onkologie. 2011.
38. **ŠPIRUDOVÁ, Lenka.** *Doprovázení v ošetrovatelství I.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 978-80-247-5710-0.
39. **ŠPIRUDOVÁ, Lenka.** *Doprovázení v ošetrovatelství II.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 978-80-247-5711-7.
40. **VAŇKOVÁ, Milena.** *PROJEKT KVALIFIKAČNÍ PRÁCE: KVALITATIVNÍ VÝZKUM (V OŠETŘOVATELSTVÍ) – VYBRANÉ ASPEKTY TEORIE A PRAXE praktická příručka pro nelékařské studijní programy na FZS ZČU v Plzni.* 2021
41. **VČELÁK, Petr.** Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák – Materiály pro studenty.* [Online] 3. květen 2018. <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>. [Citace: 29. únor 2019].
42. **VČELÁK, Petr.** Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák – Materiály pro studenty.* [Online] 2018. Dostupné z: <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>. [Citace: 29. únor 2019].
43. **VENGLÁŘOVÁ, Martina.** *Supervize v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 978-80-247-4082-9.

44. **VÉVODA, Jiří; kol.** *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2013.
45. **VÝBOR MINISTRŮ RADY EVROPY.** *O organizaci paliativní péče, Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům.* [Online] 2004. Dostupné z: [https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o\\_organizaci\\_paliativni\\_pece.pdf](https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf). [Citace: 2. listopad 2023].
46. **VÝZNAM-SLOVA.CZ,** [online]. Definice a význam zkušenost. Dostupné z: <https://www.vyznam-slova.com/zkusenost> [Citace: 12. únor 2024].
47. **ZACHAROVÁ, Eva.** *Zdravotnická psychologie - 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing a.s., 2017. 978-80-271-0155-9.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Rozhovory.....	54
Příloha B – Informovaný souhlas.....	66



## **Příloha A – Rozhovory**

**Rozhovor:** Participantka 1 (S1)

**Věk:** 52 let

**Vzdělání:** Středoškolské, zakončené maturitní zkouškou

**Praxe v oboru:** 25 let

**Pracovní zařazení:** Všeobecná sestra

**Pracoviště:** Lůžkový hospic

### **1. Co pro vás znamená ošetřování pacientů v paliativní péči?**

Pro práci v paliativní péči, konkrétně v hospice, jsem se rozhodla, protože mi přišlo, že tu osobně lidem můžu pomoci víc než v nemocnici. Nemocnice mi připadá jak továrna. Tady se prostě můžu nemocným věnovat po stránce tělesné, duševní i spirituální a mám na ně víc času. A přestože vím, že nám tu pacienti umírají a málokdy už se vrátí domů, tak jim mohu dopomoci alespoň k tomu, aby důstojně dožili.

### **2. Jak se cítíte na pracovišti během pracovní doby?**

Já se tady cítím moc dobře. Máme perfektní kolektiv. A i když se tu denně setkáváme se smrtí a někdy je to náročný, tak si prostě umíme pomáhat. Umíme se společně zasmát a umíme pobavit i naše pacienty. Každý si asi myslí, že je to tady smutnej dům, ale určitě není. Zažívám tu spoustu krásnejch věcí.

### **3. Jak vnímáte personální zabezpečení pracoviště?**

Vždycky se hodí další pracovní síly a vyplatilo by se, aby nás tu bylo víc. Ale tak máme tu sestřičky, ošetřovatele i ošetřovatelky, fyzioterapeuty i třeba psychoterapeuty, takže v rámci možností je pro tuto chvíli podle mě personální zabezpečení dobrý.

### **4. Jak hodnotíte organizaci pracoviště? (dostatečné množství pomůcek a vybavení pro ošetřovatelskou péči)**

Ocenila bych lepší prostředí domu, lepší lokalitu. Líbilo by se mi, kdyby pacienti měli možnost vyjít ven, třeba na zahradu. Myslím, že by se hodily větší skladovací prostory a lepší vybavení pokojů.

**5. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají pozitivní emoce?**

Pozitivní emoce během pracovní doby? Během pracovní doby ve mně dokáže vyvolat pozitivní emoce spousta situací. Například když přijdou za pacienty pejsci nebo když pacienta dokážu rozesmát. Dělá mi radost, když pacientům chodíme zpívat, nebo když vidím, jak pacienti dole v dílně vyrábí výrobky. No a někdy cítím takový ten pocit smysluplnosti, když za námi přijdou rodiny, děkují nám za péči o jejich příbuzné a jsou vděční

**6. Jaké konkrétní pozitivní emoce prožíváte nejčastěji?**

Často tu cítím radost a vděk.

**7. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají negativní emoce?**

Pokud bych měla zmínit nějaká negativa, která přichází během pracovní doby, tak je to hlavně hodně administrativy a papírování. Pak mě třeba trápí, pokud má pacient velký bolesti, nebo pokud mu dobře nezafunguje medikace. Naštěstí takový situace přichází jen zřídka. Občas jsem i našťvaná, při složitý domluvě s rodinou pacienta, když se rodina snaží rozhodovat za pacienta, přestože on má jiné přání. Také mě trápí pacientovy nevyřešené rodinné konflikty z minulosti. S rodinami intenzivně komunikuju, ale takový situace nechávám hlavně v rukou pacienta. Tyto situace se tu taky objevují jen málo.

**8. Jaké konkrétní negativní emoce prožíváte nejčastěji?**

Cítím spíš pozitivní emoce než negativní. Ale pokud ano, tak je to nejčastěji ten smutek. Smutek z odcházení pacienta, nebo když se trápí. Cítím smutek, pokud nemá možnost splnit si své poslední přání nebo má i na sklonku života konflikty s rodinou třeba. Občas pocítuju I trochu úzkost, ani nevím z čeho přesně. Asi když je toho na mě moc a jsem unavená.

### **9. Jak vnímáte, pokud s vámi pacientova rodina nespolupracuje?**

To je zajímavá otázka. Občas je to náročný musím říct. Navíc teda je náročný hlavně pro pacienta, když není smířená ani rodina a snaží se rozhodovat za něj, i když on si to nepřeje, jak už jsem zmiňovala na začátku. Upřímně a s velkou radostí ale můžu říct, že tyhle situace se tu moc neobjevují. Naštěstí. Rodiny pacientů jsou jim většinou velkou oporou.

### **10. Jak prožíváte úmrtí pacienta?**

Pokud zemře pacient tak někdy i brečím. Obzvláště když u nás byl dlouho, tak je mi smutno. Ale pak mi prostě dojde, že to tak mělo být. Já jsem udělala vše proto, aby ten člověk odešel smířený, v klidu a bez bolesti, a to je pro mě hlavní.

### **11. Jsou případy, ve kterých je péče o pacienta v terminálním stádiu emočně náročnější?**

Určitě záleží na tom věku pacienta. Tím, že nám tu leží pacienti od 18, tak v tu chvíli cejtím takový bezprávi, že by měl odejít tak brzy. Pokud je to pacient, kterému je 90, tak to snáším lépe, protože mohl ten život prožít do tak pěkného věku. No a pak teda taky záleží na diagnóze a jestli jsou s ní smířený. Ta cesta ke smíření je trnitá a trvá u každého jinak dlouho. My tu pacientům pomáháme a jsme jim oporou. Navíc teda je náročný hlavně pro pacienta, když není smířená ani rodina a snaží se rozhodovat za pacienta, i když on si to nepřeje, jak už jsem zmiňovala na začátku. No a taky špatně snášim pokud má pacient velký bolesti, ale to se tu stává málo, protože se jim tu nastaví ihned medikace.

### **12. Jaké možnosti psychosociální opory na pracovišti máte (např.: supervize, peer program, teambuilding)?**

U nás v hospici máme možnosti psychosociální opory ve formě týmové supervize nebo formou individuálního setkání s psychoterapeutem.

Supervize je povinná a myslím, že je to dobře. Máme jí 2x ročně a chodíme tam po skupinách o 12 osobách.

V případě potřeby, nebo na žádost vedení máme možnost setkání s psychoterapeutem. Od vedení máme proplacený pobyt na horách na čtyři dny, kam jezdíme po malých pracovních skupinách. Je to bráno jako prevence syndromu vyhoření.

**13. Jak byste ohodnotila poskytované možnosti psychosociální opory?**

Já osobně si myslím, že je prospěšná ta skupinová supervize. Je to fajn si po skupinkách popovídat, vyměnit si zkušenosti. Jsem ráda, že máme tu možnost, ale možnost psychoterapie jsem ještě nikdy nevyužila.

**14. Jaké jsou na vašem pracovišti možnosti krizové intervence během mimořádné situace (např.: při úmrtí mladého pacienta, napadení sestry rodinou nebo pacientem)?**

Nevím o tom, že bychom někdy využili možnost krizové intervence, takové situace se tu nestávají. Tím myslím jako nějaký napadení pacientem nebo tak. V krizových situacích jsme si oporou hlavně s kolegy mezi sebou.

**15. Jak často využíváte možnosti psychosociální opory?**

Já osobně využívám pouze té skupinové supervize 2x ročně. A pak teda ten pobyt na horách.

**16. Jaké možnosti psychosociální opory byste ocenila na svém pracovišti?**

Přemýšlím, ale nevím. Myslím, že takhle jsou ty možnosti dostačující.

**17. Jakými způsoby jste si s kolegy emoční oporou?**

Pokud je mi v práci, jak se říká, ouzko, popovídám si s kolegy nebo kolegyněmi, jsme si tu navzájem oporou. Máme možnost si sednout a probrat co nás trápí, kdykoliv, jak je to možný. Naštěstí tady moc potíží a trápení nezažíváme.

### **18. Jak emoční podporu od kolegů vnímáte?**

Joo skvělý. Všichni jsou tu strašně fajn. Nasloucháme jeden druhému a svěřujeme se. Můžu přijít a říct co mám na srdci a nikdo mě nebude odsuzovat.

### **19. Jaké jsou vaše metody prevence proti syndromu vyhoření?**

Myslím, že je důležité oddělit práci od osobního života a nebrat si některé situace tolik k srdci. Důležitý je třeba nezanedbávat přátele a chodit mezi lidi. Za svůj pracovní život jsem se musela naučit odpočívat. Já třeba ráda vyrazím do přírody, nejraději na Šumavu, tam si hezky protřídím myšlenky. Ráda si zajdu nebo někam do kina nebo na koncert. Mou největší radostí je právě teď vnouček, s kterým teď trávím většinu volných dní. Ve zbytku času ráda čtu.

### **20. Jakými způsoby se emočně vyrovnáváte s náročnými situacemi?**

Jak jsem zmiňovala, tak mi pomáhá se z toho čas od času vybrečet. Dobrou metodou je vypovídat se. Buď se svěřuji kolegyním na směně nebo třeba zajdu s kamarádkou na kafe. Kolegové jsou takovou to první pomocí. Pomáhá mi procházka do přírody, kde na nic nemyslím. Podle mě je důležitý mít záliby, kterým se můžete věnovat abyste si vyčistila hlavu. Jak už jsem říkala, tak jsem nikdy nepotřebovala pomoc nějakého psychologa, zatím jsem si vždycky vystačila sama.

### **21. Jakými relaxačními technikami odbouráváte stres?**

Procházky, čtení. Někdy zařadím i nějaká dechová cvičení nebo se doma v obýváku protáhnu.

## **22. Jaké benefity vám zaměstnavatel poskytuje?**

Zaměstnavatel nám každý rok proplácí dovolenou na horách na 4 dny, kam jede vždy část pracovního týmu. Dále dostáváme finanční podporu na vzdělávání. Starají se o nás hezky.

**Rozhovor:** Participantka 2 (S2)

**Věk:** 60 let

**Vzdělání:** středoškolské, zakončené maturitní zkouškou

**Praxe v oboru:** 21 let

**Pracovní zařazení:** Všeobecná sestra

**Pracoviště:** Lůžkový hospic

### **1. Co pro vás znamená ošetřování pacientů v paliativní péči?**

Před nástupem do hospice jsem pracovala jako sestra na interně, ale když nám pak přestali dávat výplatu, rozhodla jsem se, že odejdu sem. Známa mi radila, že se tu vždy dobře najím a že jsou tu fajn kolegové, tak jsem šla. Práce tady pro mě znamená práce jako každá jiná.

### **2. Jak se cítíte na pracovišti během pracovní doby?**

Nálada je tady co se týče v kolektivu skvělá a jsem tu díky němu ještě o něco raději. Ale samozřejmě, že nálada na pracovišti se odvíjí podle toho, jak těžké případy tu máme.

### **3. Jak vnímáte personální zabezpečení pracoviště?**

Podle mého názoru je nás konečně dost. Nebylo tomu tak vždy, a tak si vážíme toho, jak je to teď. Samozřejmě bychom tu byli všichni rádi, kdyby k nám přišel pracovat někdo nový, ale nechci si stěžovat.

**4. Jak hodnotíte organizaci pracoviště? (dostatečné množství pomůcek a vybavení pro ošetrovatelskou péči)**

Díky sponzorům mám v současnosti dost pomůcek pro ošetrovatelskou péči a vybavení pokojů je dostačující. Myslím tedy, že jedno z negativ, které by vám zmínil každý kolega, je to ošklivé prostředí, kde se náš hospic nachází. Máme tu pro pacienty terasu, a to je podle mě nedostačující.

**5. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají pozitivní emoce?**

Tak určitě mi dokáže během směny vykouzlit úsměv na tváři ten, s kým jsem na směně. Zažíváme tu veselé příhody, a to nejen s kolegy ale i s pacienty, přestože jsme v hospici. Celkově mi dělá radost vůbec komunikace s pacienty. Nejraději mám, když je tady muzika, když zpíváme s pacienty. Pozitivní je když je méně práce a já tak mám víc času třeba na povídání si s pacienty.

**6. Jaké konkrétní pozitivní emoce prožíváte nejčastěji?**

Nejčastěji tu cítím radost.

**7. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají negativní emoce?**

Musím říct, že tu zažívám občas docela stres a cítím velkou zátěž, když je moc práce a nestíhám. Může za to přehlcení administrativou. Někdy cítím smutek z odcházení někoho, kdo u nás ležel dlouho a já si k němu vytvořila vztah. Musím ale říct, že těch negativ tu moc není, fakt ne. Děláme si to tu příjemné a negativům se vyhýbáme.

**8. Jaké konkrétní negativní emoce prožíváte nejčastěji?**

Někdy mám vztek, když se podívám na to množství papírů a někdy jsem zas smutná, když má pacient trápení nebo těžce a dlouho odchází. No a nemůžu opomenout stres, toho zažívám dost. Ale já to většinou беру tak, jak to je. A celkově si to moc nepřipouštím. Jsem veselý člověk.

#### **9. Jak vnímáte, pokud s vámi pacientova rodina nespolupracuje?**

Když s námi nespolupracuje pacientova rodina a příbuzní, pociťuju fakt velký stres. Navíc cítím i takovou bezmoc, že nemohu pacientovi ulevit od tohoto trápení. Komunikace s rodinou bývá čas od času opravdu komplikovaná, ale musím říct, že máme spíše pozitivnější zkušenosti, co se té komunikace a spolupráce týká.

#### **10. Jak prožíváte úmrtí pacienta?**

Když dojde během pracovní doby k úmrtí pacienta tak to pociťuji jako takové vytržení z pohody, ještě zvlášť když je to v noci. Úmrtí pacienta prožívám pokaždé jinak. Někdy na tu situaci nahlížím tak, že mám odvést svou práci a výrazně to neprožívám. Někdy cítím hluboký zármutek a smutek. V některých případech cítím úlevu. Úlevu cítím v případě, že pacientovo odcházení bylo těžké a on se trápil. Ale jak jsem říkala, moc si to nepřipouštím a snažím se být nad věcí.

#### **11. Jsou případy, ve kterých je péče o pacienta v terminálním stádiu emočně náročnější?**

Občas když u nás nějaký pacient leží dlouho, tak si k němu vybuduji vztah a jsem poté o to více smutná z jeho odcházení. Smutnou náladu mám, když tu je hospitalizovaný mladý člověk, protože když tady u nás leží nemocní, kteří jsou staří, kterým je třeba přes 80 let, tak to bereme jako přirozený koloběh života. Nemůžu zapomenout zmínit nespolupráci rodin, protože to je občas trápení i pro nás. (smích)

#### **12. Jaké možnosti psychosociální opory na pracovišti máte (např.: supervize, peer program, teambuilding)?**



Jo, tak těch možností je hodně. Jednak teda máme možnost si promluvit s psychoterapeutem, kterého můžeme kdykoliv oslovit. To už je ale taková ta nejzazší forma. Pak se máme všichni povinně účastnit dvakrát za rok supervize, kam chodíme po skupinách. Já osobně musím říct, že pro mě je tu největší oporou vlastně pořád ta parta. To je prostě nejvíc co může být, že tu na to nejsem sama. A samozřejmě potom máme obrovskou podporu od vedení, vrchní sestry, od staniční sestry, od paní ředitelky.

Na teambuildingu jsme zatím nebyli, ale vedení nám proplácí v rámci prevence proti syndromu vyhoření výlet na pár dní do Krkonoš. Jezdíme si tam odpočinout po malých skupinkách, provozujeme turistiku anebo si to tam může každý užít po svém. Vedení nám přispívá několik tisíc na vzdělávání

### **13. Jak byste ohodnotila poskytované možnosti psychosociální opory?**

Ty možnosti podpory, co my tu máme bych ohodnotila jako plně dostačující. Jsem takhle spokojená. Chtěla bych zmínit, že dříve jsme měli tu supervizi dokonce 4x do roka, ale navrhli jsme, že by mohla být tedy pouze dvakrát. Myslím, že všem to vyhovuje takto.

### **14. Jak často využíváte možnosti psychosociální opory?**

Já osobně jsem nikdy nebyla na žádné terapii. Chodím na ty supervize 2x ročně, stejně jako kolegyně.

### **15. Jaké možnosti psychosociální opory byste ocenila?**

Nemyslím si, že by byla potřeba jiné psychosociální opory.

### **16. Jaké jsou na vašem pracovišti možnosti krizové intervence během mimořádné situace (např.: při úmrtí mladého pacienta, napadení sestry rodinou nebo pacientem)?**

O tom nevím. Nikdy jsem takových služeb nevyužila. Myslím, ale že kdybychom potřebovali tak nám ji vedení určitě zařídí.

### **17. Jakými způsoby jste si s kolegy emoční oporou?**

Emočně se tu s kolegy podporujeme hodně a jsem ráda, že vím, že kdykoliv bych potřebovala, tak tu pro mě budou a vyslechnou si mě, tak jako já je. Víme o sobě hodně, protože jsme malej dům.

### **18. Jak emoční podporu od kolegů vnímáte?**

Tu podporu od kolegů vnímám jako nadstandardní.

### **19. Jaké jsou vaše metody prevence proti syndromu vyhoření?**

Mojí prevencí proti syndromu vyhoření jsou pohybové aktivity. Plavání, procházky, a především jedna z mých oblíbených relaxačních technik – jóga. Tu zařazuju, když si potřebuju vyčistit hlavu. V prevenci syndromu vyhoření je důležité si říct, že je to přeci jenom práce jako každá jiná, a mít mimo práci nějaké záliby. Mými zálibami jsou angličtina, čtení, sledování filmů a poslech hudby.

### **20. Jakými způsoby se emočně vyrovnáváte s náročnými situacemi?**

Když je mi během směny smutno tak se nejlépe vyrovnám s těmi negativními emocemi za podpory té party tady. Jsme tu partáci. Pomůže mi i něco dobrého na zub. Mám takový zvyk, že si zajdu do sprchy a smyju to ze sebe. Když přijdu domů, tak už se ničím nechci stresovat, a tak to nechávám to v práci. Doma si zacvičím ráda jógu pro uvolnění.

### **21. Jakými relaxačními technikami odbouráváte stres?**

Musím se přiznat, že pořád zpívám. Vyzpěvuju doma i tady v práci, je tu pak veseleji a mezi kolegy už jsem tím proslulá. Pak tedy jógou, jak jsem už říkala.

### **22. Jaké benefity vám zaměstnavatel poskytuje?**

Tak mezi benefity patří ten příspěvek na vzdělávání, zvýšení platů a hovoří se o přidání týdne dovolené.

**Rozhovor:** Participantka 3 (S3)

**Věk:** 29 let

**Vzdělání:** vysokoškolské, Bc.

**Praxe v oboru:** 6 let

**Pracovní zařazení:** Všeobecná sestra

**Pracoviště:** Lůžkový hospic

### **1. Co pro vás znamená ošetřování pacientů v paliativní péči?**

Pro práci v paliativce jsem se rozhodla, protože jsem cítila, že tady je moje místo a využiju tu doopravdy svůj potenciál. Vyzkoušela jsem práci na standardním oddělení, ale tady jsem spokojenější.

### **2. Jak se cítíte na pracovišti během pracovní doby?**

Když někomu řeknu, že pracuju v hospici, tak si myslí, že to musí bejt jen smutný a depresivní místo. Já ráda každého vyvedu z omylu. Nejenom, že tu mám super kolegy a kolegyně se kterými se člověk nikdy nenudí, ale legraci si dokážeme udělat i společně s pacienty. Nálada na pracovišti je vlastně převážně pozitivní.

### **3. Jak vnímáte personální zabezpečení pracoviště?**

Pro tuto chvíli jsme v dobrém počtu. Myslím, že kdyby nás tu bylo více, tak bysme mohli mít víc volna, což bych občas ocenila, ale už nás tu bylo i méně a stejně jsme to zvládli.

### **4. Jak hodnotíte organizaci pracoviště? (dostatečné množství pomůcek a vybavení pro ošetřovatelskou péči)**

Řekla bych, že máme naštěstí dost pomůcek a vybavení pro ošetrovatelskou péči. Mnohokrát nám už pomohlo, že čas od času dostaneme nějaké vybavení či potřebné pomůcky od nějakého sponzora nebo od rodin pacientů. Co se mi nelíbí, tak je to okolí budovy, bohužel no.

**5. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají pozitivní emoce?**

Během pracovní doby mi dokáže leckdy vykouzlit úsměv na tváři třeba humorka ze života pacienta, kterou mi sám vypráví. Celkově povídání si pacienty. Mám radost, když jsou naši pacienti bez bolesti, nebo když vidím jako jsou šťastní po návštěvě příbuzných. Líbí se mi, když vidím, jak pacienti třeba vyrábí, zpívají nebo se mazlí s pejsky co k nám přijdou na canisterapii. No a nesmím zapomenout na kolegy s těmi se tu často zasměju. Jsou to takové maličkosti, ale o tom to je.

**6. Jaké konkrétní pozitivní emoce prožíváte nejčastěji?**

Mnou nejčastěji prožívanou pozitivní emoci je jakoby asi ta radost nebo pocit smysluplnosti.

**7. Vyskytují se během pracovní doby situace, které vyvolávají negativní emoce?**

Mrzí mě, když vidím, že pacient trpí bolestí. Mrzí mě taky když není smířený se svou nemocí a pobyt u nás zpočátku špatně snáší. Špatnou náladu ve mně dokáže vyvolat přehlcení prací a administrativa. Pak jsem smutná, když dojde k úmrtí během pracovní doby. Samozřejmě ve mně dokážou vyvolat negativní emoce konflikty mezi rodinou a pacientem.

**8. Jaké konkrétní negativní emoce prožíváte nejčastěji?**

Je stres emoce? Asi stres, když třeba nestíhám a plno mě toho čeká. A samozřejmě smutek, i ten občas přijde, ale ne tak často. Člověk si časem zvykne a nerozviklají ho situace, jako dřív. Negativna tu ale moc není.

**9. Jak vnímáte, pokud s vámi pacientova rodina nespolupracuje?**

Nespolupracující rodina je kapitola sama o sobě. Vadí mi, že někdy chtějí rodiny zasahovat do rozhodnutí nemocného, aniž by se ho zeptali, jak si to on sám přeje. Moc často ale k takovým situacím nedochází a s rodinami mám obecně dobré zkušenosti kdy stojí při pacientovi v nejhorších chvílích a podporují ho.

#### **10. Jak prožíváte úmrtí pacienta?**

Musím přiznat, že je to téměř pokaždé jinak. Ve většině případů cítím smutek. Někdy to na mě dolehne a pobřečím si, abych vyventilovala nahromaděné emoce, což mi pomáhá. Pokud u nás leží pacient, který už dlouho bojuje s nemocí a trpí, tak jsem sice smutná z jeho odchodu, protože jsem si k němu třeba vytvořila určitý pouto, ale někdy cítím dokonce úlevu. Na smrt nahlížím jako na přirozenou událost jako je třeba narození.

#### **11. Jsou případy, ve kterých je péče o pacienta v terminálním stádiu emočně náročnější?**

Nejhůř podle mě snášim když vidím v jak špatném stavu ten pacient je. Když vidím, že má ty bolesti a jiný nepříjemný příznaky nemoci. Poslední dobou jsem dost prožívala, když se tu objevil pacient ve stejném věku jako já. Náročné je, když zpočátku pacient není smířený se svou nemocí a pobyt u nás zpočátku špatně snáší. Pak teda taky nesmíření rodiny. Víím, že to nemyslí vůbec zle, ale někdy chtějí zasahovat do rozhodnutí, které by měly být v rukou pacienta, aniž by se ho zeptali, jak si to on sám přeje.

#### **12. Jaké možnosti psychosociální opory na pracovišti máte (např.: supervize, peer program, teambuilding)?**

Tak možnosti tu máme. Budu se snažit vyjmenovat všechno. Za prvé máme povinnou účast dvakrát ročně na supervizích po skupinách. Za druhé nám na nástěnce visí kontakt na paní psycholožku, ale tu možnost jsem ještě nevyužila, protože nebylo potřeba.

Vedení nám proplácí jako prevenci syndromu vyhoření výlet na hory, kam jedeme opět po skupinách kolegů abychom si odpočali. To by mělo bejt všechno asi.

### **13. Jak byste ohodnotila poskytované možnosti psychosociální opory?**

Řekla bych, že ty supervize jsou přínosný. Alespoň pro mě. Dřív byly i čtyři do roka, teď už jen dvě a myslím, že to stačí.

Dozvídáme se tam zajímavé zkušenosti a je super slyšet, jak to mají ostatní. Podle mě ta supervize posiluje pracovní vztahy.

### **14. Jak často využíváte možnosti psychosociální opory?**

Já zatím využila jenom té skupinové supervize. No a ta je teda dvakrát ročně. Zatím nebylo potřeba využít jiné podpory.

### **15. Jaké možnosti psychosociální opory byste ocenila?**

Nedávno jsem si četla čistě ze zvědavosti o programu peer, což mě zaujalo. Mám v plánu si o tomhle programu dohledat víc. U nás v práci jsem o téhle možnosti ještě neslyšela, možná o ní jen nevím. Mohl by se konat nějaký teambuilding, abychom se poznali ještě trochu jinak.

### **16. Jaké jsou na vašem pracovišti možnosti krizové intervence během mimořádné situace (např.: při úmrtí mladého pacienta, napadení sestry rodinou nebo pacientem)?**

Vím, co to znamená, ale nevím o tom, že by tu vůbec někdy probíhala. Myslím, že to nikdy nebylo totiž nutné.

### **17. Jakými způsoby jste si s kolegy emoční oporou?**

S kolegy jsme si blízcí. Přeci jenom tu společně trávíme hromadu času a zažíváme situace, které s běžnými kamarády nezažijete. (smích) Kolegové jsou tu vždy pro mě, pokud se chci třeba i jenom jakoby vypovídat z toho co mě trápí. Zatím nikdy moje trápení nezlehčovali a fakt si mě vždycky vyslechnou. Tím, jak se tu známe všichni navzájem, tak jsme taková rodina.

### **18. Jak emoční podporu od kolegů vnímáte?**

Ta podpora je neskutečná. Nevím, co bych tu bez nich občas dělala.

### **19. Jaké jsou vaše metody prevence proti syndromu vyhoření?**

Já osobně hodně sportuju. To je pro mě prevence. Chodím cvičit do fitka, běhám, jezdím na kole nebo kolečkových bruslích. S přítelem máme pejska a s tím chodíme na procházky. Pohybem si nejlépe vyčistím hlavu, ale občas odcházím z práce tak unavená, že nemám na fyzickou aktivitu moc sílu. V tom případě sleduju filmy a seriály. K udržení zdravé mysli je důležitý mít i jiné záliby, než je práce. Pro prevenci syndromu vyhoření je důležité nebrat si práci domů a naučit se aktivně nebo pasivně relaxovat.

### **20. Jakými způsoby se emočně vyrovnáváte s náročnými situacemi?**

Jak už jsem jednou zmiňovala, tak si občas pobřečím a tím vyventiluju ty nahromaděné emoce. Nesnažím se ten pláč zadržovat, pomáhá to. K vyrovnání mi pomáhá to vyventilovat i slovy. Hodně mi pomáhá můj pes a celkově mít ho nablízku. V neposlední řadě je pro mě mít své zájmy, sportovat, prostě se věnovat i něčemu jinému, než je práce.

### **21. Jakými relaxačními technikami odbouráváte stres?**

Osvědčila se mi dechová cvičení a jóga. Cvičím a dělám ta dechová relaxační cvičení podle videí na internetu a hezky při tom vypnu hlavu.

### **22. Jaké benefity vám zaměstnavatel poskytuje?**

Řekla bych, že jsme tu všichni dost spokojený teďka. Zvedl se nám plat, dovolená, příspěvek na jídlo a příspěvek na vzdělávání.

## **Příloha B – Informovaný souhlas**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Téma: **PALIATIVNÍ PÉČE POHLEDEM SESTER**

#### **STUDENT:**

Anna Desortová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

desortka@seznam.cz

#### **VEDOUCÍ BP:**

Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

kroupovale@kos.zcu.cz

#### **CÍL STUDIE:**

Analyzovat zkušenosti a prožitky sester vykonávající své povolání v rámci paliativní péče.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (S1, S2, S3). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....souhlasím s účastí ve výzkumné studii.  
Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta .....Datum: