

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



**Vliv vztahu mezi pečujícím a pacientem na osobní pohodu
ošetřujícího**

**The influence of the relationship between the caregiver and
the patient on the personal well-being of the caregiver**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
PhDr. Jan Drahoňovský

Autor:
Jakub Bureš

Praha 2022

Poděkování

Rád bych poděkoval především PhDr. Janu Drahoňovskému jako svému vedoucímu práce, za komunikaci, rady a podporu během výzkumu. Zároveň děkuji i všem respondentům z hospice Štrasburk, kteří mi vypomáhali s uskutečněním výzkumu. Dále děkuji vrchní sestře, v již zmiňovaném zařízení, za konzultace a spolupodílení se na výzkumu. Taktéž děkuji své rodině, že mě podporovala po celou dobu studia na Karlově univerzitě.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím literatury, kterou uvádím v příloženém seznamu.

V Praze dne

.....

Jakub Bureš

Anotace

Paliativní péče je multioborová disciplína zaměřující se především na udržení či zkvalitnění života pacientů, jímž do konce zbývá méně než 6 měsíců. Cílem práce je zodpovědět na otázku týkající se vlivů na osobní pohodu pečujícího na základě vybudovaného vztahu mezi ošetřujícím a pacientem. Hlavním subjektem v mé práci je pracovník v paliativní péči. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce se zaměřuji na historii paliativní péče, na fungování péče jako takové v České republice a nastiňuji rizika, která sebou nese práce v paliativním oboru, zmiňuji syndrom vyhoření a psychohygienu. V druhé části rozebírám výzkum, který byl proveden formou anonymních orientačních dotazníků v zařízení hospic Štrasburk.

Klíčová slova: Historie paliativní péče, paliativní péče u nás, osobnost pečujícího, rizikové faktory v paliativní péči, syndrom vyhoření, psychohygienu, vztah mezi pečujícím a pacientem

Annotation

Palliative care is a multidisciplinary field focusing primarily on maintaining or improving the quality of life of patients, who have less than 6 months left for living. The aim of the thesis is to answer the question regarding the effects on the personal well-being of the caregiver based on the built relationship between the caregiver and the patient. The main subject in my work is a worker in palliative care. This thesis is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part of the thesis, I focus on the history of palliative care, on the functioning of care as such in the Czech Republic and outline the risks that work in the palliative field entails, I mention burnout syndrome and psychohygiene. In the second part, I analyze the research that was carried out in the form of anonymous orientation questionnaires in the hospice facility Štrasburk.

Keywords: History of palliative care, palliative care in our country, personality of the caregiver, risk factors in palliative care, burnout syndrome, psychohygiene, relationship between caregiver and patient

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Historie paliativní péče	9
1.1 Historie a vznik medicíny	9
1.2 Historie pojmu paliativní péče	10
1.3 Paliativní péče v letech 1500–1800	11
1.4 Paliativní péče v letech 1800-1975	13
2. Paliativní péče u nás	16
2.1 Definování paliativní péče	16
2.2 Cílové skupiny paliativní péče	17
2.3 Rozdělení paliativní péče	17
2.4 Nejčastější příznaky a jejich případná prevence v paliativní péči	18
2.5 Základní principy využívané v paliativní péči	19
2.6 Stručný průběh paliativní péče	20
2.7 Zařízení poskytující paliativní péči u nás	22
2.7.1 Zařízení poskytující specializovanou paliativní péči	23
3. Psychické nároky a rizika profese paliativního pracovníka	25
3.1 Úvod do problematiky	25
3.2 Komunikace a možný konflikt mezi pečujícím a pacientem	25
3.3 Syndrom vyhoření	27
3.4 Psychohygienu	29
PRAKTICKÁ ČÁST	30
4. Výzkumný problém	30
4.1 Cíl výzkumu	30
4.2 Plán výzkumu	31
4.3 Podrobný design výzkumu	31
4.4 Popis zkoumané skupiny	32
4.5 Výzkumné otázky	32
5. Realizace výzkumu	34
6. Výsledky jednotlivých odpovědí	36
7. Interpretace výsledků dotazníkového výzkumu	53
8. Odpovědi na výzkumné otázky	58
9. Diskuse	61

10. Shrnutí výzkumu	64
11. Resumé	66
Závěr.....	68
Knižní zdroje	69
Internetové zdroje.....	69
Seznam grafů.....	70
Přílohy	72

Úvod

Paliativní péče je multioborová disciplína zabývající se péčí o pacienty, jimž již není možné pomoci skrze kurativní léčbu. Jejím cílem je udržení, či zkvalitnění posledních dní života pacientů, kteří trpí například nevléčitelnou chorobou, selháním orgánů a jiných nemocí, jež budou mít za následek jejich úmrtí. Definice paliativní péče vysloveně říká, že nemocný může být přijat do péče až poté, co je zbytek jeho života odhadnut na dobu kratší než šest měsíců. Samotná paliativní péče se v historii objevuje již při samotném vzniku lékařství. Hippokratovy spisy zmiňují, že se lékař musí postarat i o nemocného, kterého nelze vyléčit. Impulzem k sepsání této práce mi byla především možnost provádět dobrovolnickou činnost v organizaci, která se zaměřuje na psychickou podporu jedinců s onkologickým onemocněním. Kladl jsem si otázku, zdali může vztah mezi pacientem a pečujícím ovlivnit osobní pohodu ošetřujícího.

Má práce je v základu rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V úvodu teoretické části práce je stručně popsána historie paliativní péče. V další části se zaměřuji na moderní paliativní péči v České republice, na její základní principy, jak samotná péče probíhá či která zařízení paliativní služby poskytují. V závěrečné části teoretické bloku se zaměřuji na osobu pečujícího. Nastiňuji, jaké jsou psychické nároky pro výkon práce, jak je důležitá komunikace s pacienty, zmiňuji syndrom vyhoření a psychohygienu. V praktické části je obsažen samotný výzkum. Tato část obsahuje především samotný výzkum. Na základě výsledků dotazníku jsou v další části zpracované odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky. Získané odpovědi jsou pro lepší přehlednost zpracovány do grafů.

Práce si klade za cíl odpovědět na otázku, zdali vybudovaný vztah mezi pacientem a pečujícím má nějaké dopady na osobní pohodu ošetřujícího. Osoba pečujícího je v této práci hlavním bodem výzkumu, právě na pečující osoby byl směřován orientační dotazník, jenž měl zmapovat danou situaci v hospici Štrasburk v Praze a zjistit, zdali mnou zmiňovaný vztah může přinášet negativní dopady na psychický stav pracovníků, a pokud ano, které vlivy mezi ně mohou patřit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Historie paliativní péče

1.1 Historie a vznik medicíny

S léčbou a péčí o nemocné je lidstvo spjato již mnohá staletí. První záznamy, které se tohoto tématu týkají, sahají až do roku 3500 před naším letopočtem, přestože je logické, že se lidé o své zdraví starali již od začátku naší existence. (Grycová,2022)

Lékařství jako takové se rozvíjelo především v Číně, Mezopotámii, Egyptě a Indii. Každá z těchto zemí se zaměřovala na něco jiného. Například Čína byla nejpokročilejší v praktických věcech, jako je například očkování, krevní oběh a tisk herbářů. Mezitím co Indie byla více zaměřena na duchovní a duševní zdraví, rostliny a životní styl. Dodnes zde nalezneme mnoho vegetariánů.

Zaměření léčitelů se během historie měnilo. Na počátku zastávali funkce „lékařů“ lidé, kteří se nezaměřovali pouze na léčbu jako takovou, ale měli více specializací. Mezi ně bychom mohli zařadit šamany, ranhojiče, babky kořenářky a mnoho dalších. Krásným příkladem je papyrus nalezený v Egyptě, který pochází z roku 1500 př. n. l., a na kterém je podrobně popsán postup na vytvoření léku proti bolesti hlavy. Mezi jeden z bodů patří, že lék musí být umíchnán před hliněným krokodýlem se slámkou v ústech.

Důležitý pokrok, pro medicínu jako takovou, nastal ve starověkém Řecku kolem roku 460 př. n. l. Objevil se jistý Hippokrates, který do léčby zahrnul nejen léky, ale i kvalitu životosprávy a odpočinku. Dále je nutno zmínit další 3 jména, která posunula medicínu dále. Celsius se zaměřoval především na lékařskou praxi. Dioskorides vytvořil herbář obsahující 600 druhů rostlin a popsal jejich léčebné účinky. A poslední Galen, který se zaměřoval především na kontrolu kvality vydávaných léků Římskými úřady a sám pracoval na čajových směsích, které se považovali za všelék.

Pokud mluvíme o starověku, rozvoj paliativní péče nebyl zrovna jednou z priorit. Pacientům s nevléčitelnou chorobou a umírajícím jedincům byla poskytována strava a pohodlí domova. Nadále se kladl důraz na duchovní a duševní pohodu umírajícího, aby mohl odejít „s klidným srdcem“.

Během středověku rozvoj medicíny a celkové péče o pacienty pokračoval především v islámských zemích. Mezi důležité knihy z tohoto období patří encyklopedie Canon Medicinae, která vznikla v 11. století našeho letopočtu a vytvořil ji arabský lékař Íbn Síná, jinak nazývaný také Avicenna.

Lékařství se v Evropě během Středověku moc nerozvíjelo. Jediným pokrokem bylo poskytování základní péče a lidového léčitelství v kláštorech, kde se shromažďovalo veškeré medicínské vědění a vznikala zde literatura s danou tematikou. Kláštery bychom mohli považovat za prapůvodní hospic, jelikož přijímal umírající. Klášter poskytoval azyl pro prchající, pronásledované, sirotky, opuštěné, nemocné a těžce nemocné. Rozvoj paliativní péče ve Středověku si podrobněji popíšeme v nadcházejících kapitolách. (Grycová, 2022)

1.2 Historie pojmu paliativní péče

S termínem paliativní péče jsme se poprvé mohli setkat v knize *Chirurgia Magna*, která mimo jiné patřila mezi nejvýznamnější knihy s lékařskou tematikou té doby. Byla napsána francouzským lékařem Guigem de Caulicaem ve 14. století. V knize vysvětlil tento pojem jako přístup, kdy lékař odpustil od radikální a klasické léčby a začal s „cura larga, praeservativa, et palliativa“, neboli s liberální, konzervativní a paliativní péčí. K tomu mohlo dojít pouze v třech případech. První situace nastala, když pacient trpěl v té době nevléčitelnou nemocí jako například malomocenství. Druhým případem bylo, když pacient odmítal běžnou lékařskou péči nebo neposlušal a neplnil pokyny od lékaře. Třetí možností byla situace, kdy by léčba vedla pravděpodobně k horšímu stavu pacienta, než ve kterém se nacházel. Případně by vedla ke smrti. (Stolberg, 2017)

Nejstarší známý pokus o definici paliativní péče pochází z roku 1574 a byl od španělského chirurga Franceska Arcea, který zněl „*Paliativní léčba nastává, když je nemoc z nějakého důvodu zpomalována, nikoli dokonale vyléčena.*“ (Stolberg, 2017)

V lékařských a konzultačních spisech se s tímto pojmem můžeme aktivně setkávat již od poloviny 16. století. Například ho mnohokrát použil česko-německý lékař Georg nebo také Jiří Handsch a anatom Laurentius Ricciardus. Holandský lékař Pieter van Foreest patří mezi další významné rozšiřovatele pojmu paliativní péče a aktivně jej využíval v jeho známých lékařských kazuistikách sepsaných na konci 16. století. Od té doby byl stále více používán. (Stolberg, 2017)

Od konce 16. století byl pojem paliativní péče a paliativní léčba uznán jako plnohodnotný lékařský výraz. (Stolberg, 2017)

1.3 Paliativní péče v letech 1500–1800

V historii se hodně diskutovalo o tom, jak zacházet s pacienty, kteří trpí nevyлéčitelnou nemocí. Přestože se objevovaly názory, které tvrdily opak, valná většina se shodla na tom, že je povinností učených lékařů postarat se i o umírající. Taktéž tomu dopomohla zmínka v Hippokratových spisech, ve které stojí, že je povinností lékaře se o nevyлéčitelné pacienty postarat. Italský lékař Vidus Vidius, který působil v 16. století, došel k závěru, že při výskytu, v tehdejší době nevyлéčitelné, rakoviny, je zde velká šance na zmírnění utrpení a vysoká pravděpodobnost k prodloužení života pacienta. Je ale důležité zmínit, že antická literatura se v křesťanské Evropě pokládala za pohanskou a nebyla schvalována. (Stolberg, 2017)

Mezi nejčastější diagnózy nevyлéčitelných nemocí v tomto období patřila dna, vodnatelnost a rakovina, která byla pokládána za nejhorší a vyznačovala se hnisajícími, rozkládajícími se vředy a odporným zápachem. V průběhu let přibývalo mnoho nemocí, které v byly pozdějších fázích označovány za nevyлéčitelné. Mluvíme zde například o sleposti, hluchosti a paralýze na základě kloubních problémů. Nešlo vždy jen o fyzické komplikace, taktéž musíme zmínit i psychické nemoci, které byly nejčastěji diagnostikovány pod pojmem šílenství. (Stolberg, 2017)

V Evropě se využívaly dvě hlavní léčebné terapie. První se nazývala radikální terapie, která se snažila nalézt důvod vzniku nemoci a následně s ní pracovat. Mezi formy radikální terapie patřilo například pouštění žilou. Druhá byla pojmenována jako zmírňující terapie, kdy šlo lékařům o eliminaci následků nemoci, nebo alespoň jejich zmírnění, aby dotyčný tolik netrpěl. Léky, které se využívaly v druhém přístupu, byly odborně nazývány parégoriques nebo také mitigantia, mitigativa nebo mitigatoria. (Stolberg, 2017)

Gabriele Falloppia, žijící v letech 1523-1562, se ve svých spisech zmiňuje o tom, že již v té době obsahovaly studijní materiály pro medicínské studenty informace, jakým způsobem zmírňovat následky nevyлéčitelných chorob. Dokonce se na některých univerzitách naskytla příležitost paliativní praxe. (Stolberg, 2017)

V té době bylo v medicíně využíváno mnoho různých druhů léků a v paliativní péči tomu nebylo jinak. Využíval se například lilek, rozpuk jízlivý, blín černý a mnoho dalších bylin. Velmi rozšířeným lékem proti bolesti bylo opium, které bylo zastoupeno ve všech možných podobách, ale nejčastěji užívané bylo laudánium v tekuté formě. Termín opiát se využíval pro látky obsahující směsici přísad, které měly podobné účinky

jako mák. Sloužily jako narkotika a využívaly se i při nespavosti. Některé léky se využívají ještě dnes, přestože se jich mnoho používat přestalo na základě nepříznivých vedlejších účinků. (Stolberg, 2017)

Johhan Jacob Woyt na konci 16. století mluvil o paliativní péči jako o „dočasné léčbě“, která ale neměla ulevit pouze od fyzického utrpení, ale i po psychické stránce. Psal například o tom, že je vhodné u umírajícího zůstat, jelikož to dotyčnému pomáhá. (Stolberg, 2017)

Pojem „eutanzie“ provázel paliativní péči již od starověku a v doslovném překladu znamená dobrou smrt. V té době byla eutanazie často spojována s náboženskou tematikou, kdy byl výraz využíván pro člověka, který při umírání věřil v jednu pravdu, nepochyboval a dosáhnul božího Milosrdenství. Každý člověk chtěl prožít klidnou, zbožnou smrt, kdy má dostatek času se připravit na posmrtný život. Přístup lékařů k eutanazii záležel na samotném pacientovi a jeho příbuzných. V situacích, kdy by léčba zbytečně prodlužovala život umírajícího a vedla by k větším bolestem, bylo vhodnější, aby nechal lékař pacienta v klidu „odejít“. Na začátku 17. století zavedl anglický filozof Francis Bacon termín „eutanzie“, který popsal slovy: *„Vážím si toho, že lékaři nejen navracejí zdraví, ale ulevují a zmírňují bolest; a nejen v případě, že takové zmírnění může vést k zotavení, ale i naopak, když může posloužit k spravedlivé a snadné smrti“*. (Stolberg, 2017)

V polovině 17. století vznikl jeden z nejvíce, tou dobou, uznávaných lékařských slovníků Lexicon Medicum Graeco-Latinum a jehož autorem byl římskokatolický prelát Bartolommeo Castelli. Zde byl pojem paliativní péče zapsán mezi lékařská hesla a v knize ho najdeme pod číslem 51. (Stolberg, 2017)

Rok 1692 byl pro vývoj zásadní. Jistý Elias Küchler sepsal dílo De Cura Palliativa, o kterém se mluví jako o prvním obsáhlejších a konkrétnějších díle o paliativní péči v teorii a praxi. Autor v knize rozděluje tři druhy paliativní léčby. První se zaměřuje na překrývání či maskování nedostatků a vad vzniklých na základě nemoci. Jednalo se především o kosmetiku, jednoduché „plastické“ operace a mnoho dalších. Druhý způsob se zaměřoval na umírňování fyzické bolesti, k čemuž byly nejčastěji využívány léky a různé pomocné mastičky, obklady a další. Poslední popsaný postup se zaměřoval na kauzální léčbu, která neměla nemoc vyléčit, ale zpomalit či pozastavit její rozšiřování.

Na začátku 18. století se začalo slovo „paliativa“ překládat jako maskování, překrytí nebo utišení, což postupně vedlo k tomu, že se o takovém přístupu mluvilo jako o falešné léčbě. Postupem času to začalo vést i ke sporům mezi lékaři a jejich asistenty, kteří začali paliativní péči praktikovat moc brzy, čímž maskovali příznaky nemoci, která by mohla být léčena. (Stolberg, 2017)

Na konci 18. století bylo již normou, že paliativní medicína zahrnovala i chirurgické zákroky, které mohly dotyčnému „vylepšit“ vzhled. Ukázkovým příkladem byla paliativní péče u člověka trpícího vodnatostí. Pacientovi bylo „propíchnuto“ břicho, aby se přebytečná voda mohla dostat ven z těla. Tento proces se opakoval v rozmezí několika dnů. Dotyčnému se jednoduchým chirurgickým zákrokem prodloužil život o mnoho dní. (Stolberg, 2017)

1.4 Paliativní péče v letech 1800-1975

Od konce 18. století se začala paliativní péče řešit více než kdy jindy. Byla brána jako důležitý lékařský okruh, ve které nestačilo mít pouze všeobecnou lékařskou praxi. Je důležité, aby lékař, vykonávající paliativní péči, měl silný charakter, byl dostatečně lidský a znal povahu člověka. Již nešlo jen o zmírnění utrpení, ale také se začalo přiklánět k možnostem, „zpříjemnit“ samotnou smrt pacienta, jako například podáním zeslabujících léků a tak dále. (Stolberg, 2017)

Na začátku 19. století bylo velmi často rozebíráno téma zaměřené na tělesné změny během procesu umírání a patřilo mezi jedno z nejvíce zkoumaných témat v oblasti medicíny. Důležité je zmínit, že v těchto dobách docházelo k tomu, že člověk mohl být prohlášen za mrtvého a následně byl pohřben zaživa, což potvrzuje důležitost zmiňované oblasti. (Stolberg, 2017)

Dříve se stávalo, že pacienty s fatálními nemocemi propouštěli z nemocnic, jelikož nebylo dostatek místa pro všechny. V tomto období již docházelo k velkým změnám a stalo se normou, že každá nemocnice měla lůžka pro umírající jedince. Od poloviny 19. století začaly vznikat instituce zaměřené na nevléčitelné nemoci. Jednou z prvních byla nemocnice pro pacienty s rakovinou v Londýně, vznikla roku 1851. Postupně se začaly stavět i další v různých městech například v Liverpoolu v roce 1862, nemocnice v Glasgow 1890 a v Manchesteru 1892. První oficiální hospic byl založen roku 1941 v Lyonesu. Od roku 1942 začalo postupně přibývat zařízení s touto specifikací. (Stolberg, 2017)

Na základě mnoha filozofických směrů a nejrůznějších studií se lékařům postupně změnil jejich pohled na smrt a začali jí brát jako pokojný přechod na jiné místo. Smrt samotná již nebyla brána jako utrpení, ale bolestivá byla cesta k ní, kterou měla paliativní péče zmírňovat. Přestože existovalo mnoho různých smrtí, které z vnějšího pohledu vypadaly velmi bolestivě, skutečnost byla jiná. Na základě výzkumu se zjistilo, že v takových případech si umírající svůj stav uvědomuje jen velmi málo, nebo vůbec. Existovaly ale způsoby smrti, které se pokládaly za skutečné utrpení. Patřila mezi ně například smrt způsobená vzteklinou nebo tetanem, kdy se umírající, při plném vědomí, svíral v silných křečích. (Stolberg, 2017)

Zajímavá také byla skutečnost, že dříve měl každý lékař svou reputaci. Lékaři s vysokou prestiží se dostávali do vyšších tříd obyvatelstva, což zahrnovalo i vyšší honorář za léčbu. Proto bylo velmi riskantní vzít do péče jedince s nevléčitelnou diagnózou. Přestože se dotyčný nedal vyléčit, jeho smrt vždy negativně dopadla na pověst lékaře, jelikož stále panoval názor, že kdyby se o něj staral zkušenější lékař, nemuselo ke smrti vůbec dojít. (Stolberg, 2017)

V 19. století již byla vysoká míra profesionalizace v medicíně. Laičtí a nevyučení lékaři byli postupně nahrazováni vyučenými, což ovlivnilo prestiž lékařů, která tolik neutrpěla v případě, že jim pacient zemřel. Obyčejným lidem se začalo dostávat do podvědomí, že i vyučený odborník nedokáže vyléčit každou nemoc a přestali takové případy brát jako chybu lékaře. (Stolberg, 2017)

Během 19. století začal zájem o terminální péči upadat. Na základě vědního a medicínského pokroku byla starost o umírající na ústupu. Úmrtí pacientů bylo znovu bráno spíše jako zklamání než jako další „fáze“. Také zmírňování utrpení pacientů bylo omezeno, jelikož lékaři měli problém s připuštěním si, že nemocným „jen“ pomohou od bolesti. Studenti přestali být tlačeni k terminální péči a celkově se školy paliativní péči věnovaly jen velmi málo. (Stolberg, 2017)

Rok 1887 byl vydán důležitý knižní titul pro paliativní péči. Napsal ho lékař William Munk a kniha se jmenovala *Euthanasia: or, Medical Treatment in Aid of an Easy Death*. Kniha patřila mezi nejobsáhlejší díla, která byla napsána v angličtině, o terminální péči. Munk se taktéž zmiňuje skutečnost, že není mnoho učebních materiálů o zacházení s umírajícími v lékařské literatuře. Dále tvrdí, že studenti medicíny nebyli řádně zaškoleni v tomto oboru. On sám prohlašuje, že většinu zkušeností získával až během své vlastní praxe, kdy se sám musel naučit, jak se v takových situacích zachovat. (Stolberg, 2017)

Přelom 19. a 20. století byl pro paliativní péči kritický, jelikož nastala změna ve vnímání medicíny jako takové a jejích limitů. Pohled směřoval především k novým poznatkům, které vznikaly na základě mikroskopických vyšetření a chemických rozborů. Další velký posun zapříčinily objevy v bakteriologii. Všichni začali doufat, že nové nálezy povedou k průkopnickému způsobu léčby a většina nemocí se úplně vymytí, což ale nakonec nebyla tak úplně pravda. (Stolberg, 2017)

Avšak pokrok ve farmacii znamenal pro paliativní péči nové možnosti. Začaly se využívat nové chemicky vytvořené léky, jako byl například aspirin, pyramidon, sulfonal a chloralhydrát. Postupem času lékaři došli k závěru, že mohou některé léky i kombinovat. Nejčastěji se využívala směs kokainu, alkoholu a opia, která se používala až do konce 20.století. Medikamenty se v průběhu století začaly podávat pravidelně. Přelomovým zařízením se stal roku 1935 hospic svatého Lukáše v Londýně, dříve nazývaný domov pro umírající, kde se pravidelné podávání léků stalo běžnou praxí. (Stolberg, 2017)

Po druhé světové válce nastalo mnoho změn a vznikla moderní hospicová péče. Nastala poválečná renovace zdravotnictví, hospiců, paliativní péče, výroby léků a rozšíření antibiotik. Došlo k velkým pokrokům v léčbě dříve nejnebezpečnějších nemocí. Zvýšila se i průměrná délka života. Smrt se začala brát jako nevyhnutelný konec lidského života. Smrt se začala spojovat s nemocnicemi a nepříjemnými lékařskými zařízeními. Začalo se zaměřovat na nedostatky v paliativní péči, což byla hlavně psychická a emociální stránka věci. (Stolberg, 2017)

2. Paliativní péče u nás

2.1 Definování paliativní péče

Roku 1990 definovala světová organizace WHO, což v překladu znamená světová lékařská organizace, paliativní péči jako takovou péči, která se komplexně zaměřuje na nemocné, kteří trpí již nevléčitelnou nemocí a nelze jim pomoci kurativní léčbou. Nejedná se pouze o zmírnění fyzického utrpení pacienta, ale také se zaměřuje na psychologickou, duchovní a sociální stránku věci. Paliativní péče se snaží o poskytnutí nejkvalitnější možné péče pro zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny. Jednou z nejdůležitějších postav v tomto oboru byla Cyclopedia Soundersová, která se do dnes považuje za zakladatelku moderní paliativní péče. (Knapová, 2019)

U nás o paliativní péči zmiňují hned tři zákony. Zákon o zdravotních službách, zákon o veřejném zdravotním pojištění a zákon o sociálních službách.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách mluví o paliativní péči jako o jedné z druhů zdravotní péče a bere jí jako součást systému. Definice je zde velmi komplexní a široká, zaměřuje se především na účel péče a v zákoně je pod paragrafem pět druhého odstavce. Platná je od 1.1. 2018, kdy byla také vydána novela tohoto zákona. (Advokacie, 2022)

Zákon č. 48/1997 Sb. informuje o tom, že je paliativní péče formou péče, která je hrazena zdravotním pojištěním. Nadále je tento zákon rozšířen o úhradovou vyhlášku, která vstoupila v platnost roku 1.1. 2021, a umožňuje pojišťovněm proplácení specializované mobilní paliativní péči.

Posledním je zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Roku 2017 byla připravována novela, která měla utvrdit novou sociální službu péče o osoby v terminálním stavu, což dává možnost poskytovatelům zdravotní péče paliativní a domácí péči registrovat podle zákona o sociálních službách. Bohužel znění nebylo schváleno, a proto zákon upravuje pouze problematiku poskytování sociálních služeb ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. (Advokacie, 2022)

2.2 Cílové skupiny paliativní péče

Cílová skupina paliativní péče zahrnuje především pacienty, kteří jsou v pokročilejších, nebo konečných fázích nevléčitelných nemocí. Každý jedinec, má právo na paliativní léčbu, pokud je v podobné situaci a jde o jeho život.

Mezi nejčastější nemoci patří nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění jako je Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, demence, konečná stádia orgánových nemocí srdce, plic, jater a ledvin. Dalším onemocněním, se kterým se často končí, na paliativní péči je AIDS, některé vrozené pediatrické syndromy či onemocnění a nakonec pacienti, kteří trpí multiorgánovým selháváním na intenzivní péči.

Paliativní péče není poskytována pouze pacientům, ale i jeho rodině. Pracovníci z oboru poskytují rodině základní principy, jakým způsobem se mají stavět proti nemoci, informují o možné prevenci, a o případných způsobech, jak si ulevit od utrpení. (Sláma, 2013)

2.3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče se rozděluje na dvě základní úrovně, na obecnou paliativní péči a na specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče je taková, která zahrnuje klinickou péči a vykonávají ji zdravotníci s danou odborností. Zaměřuje se především na včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru nemoci, její identifikaci a pokouší se ovlivňovat oblasti, které mají největší vliv na kvalitu pacientova života. Mezi takové postupy spadá léčba symptomů, využití kauzální léčby, pomoc s organizováním zajištění péče, vyřízení domácí ošetrovatelské péče, využití služeb specialistů, empatická komunikace a mnoho dalšího. Také se hodně dbá na individualitu pacienta, aby pro něj byla péče co nejideálnější. Přestože jsem na začátku zmiňoval skutečnost, že obecnou paliativní péči mohou poskytovat pouze zdravotníci s danou odborností, měli by jí umět poskytnout takřka všichni.

Specializovaná paliativní péče již zahrnuje multiprofesní péči. Je poskytována týmem odborníků pro pacienty a jejich rodiny. Jedná se o zkušené profesionály, kteří mají speciální vzdělání a jsou v oboru dostatečně zkušení. Tento typ péče je poskytovaný osobám, které na základě svých fyzických či psychických předpokladů přesahující možnosti péče vykonavatelů obecné paliativní péče. (Sláma, 2013)

2.4 Nejčastější příznaky a jejich případná prevence v paliativní péči

Mezi snad nejčastější příznaky, které pociťují pacienti v paliativní péči, patří bolest, která může být u každého jedince jiná. Nejde vždy jen o fyzickou bolest, ale často se setkáváme i s psychickou. Paliativní péče poskytuje v těchto směrech úlevu skrze medikamenty a případnou psychoterapeutickou pomoc. Někdy může dojít k situaci, kdy opiáty mohou negativně ovlivnit ostatní systémy, jako je například nervový, dýchací a gastrointestinální.

Další častou komplikací jsou dýchací potíže. Tento problém je velmi nebezpečný v tom, že ohrožuje pacientův život a nesmí se brát na lehkou váhu. Důvodů vzniku problému s dýcháním je hodně, může to být na základě fyzického stavu pacienta, jako je například srdeční selhání nebo chronická obstrukční nemoc, ale i psychické, jako jsou ku příkladu úzkosti. Nejčastěji se zmiňovaný problém spojuje s chrčivým dýcháním, případně může dojít až k vykašlávání krve a hemoptýze.

Potíže s vyprazdňováním jsou spojovány především se zácpou. Problém může vzniknout na základě vedlejších vlivů léku, sníženou možností pohybu nebo pokročilostí nemoci. V takovém případě se ošetřovatelé zaměřují na prevenci zácpy.

Potíže s hydratací a výživou jsou častým problémem u nemocných. Je pravdou, že když je člověk v mírně dehydratovaném stavu, zmírňují se otoky a pocit zvracení. V takových případech je důležité, aby byly nápoje a pokrmy nabízené pacientovi v souladu s jeho požadavky. Pokud pacient odmítá pít je vhodné udržovat ústní dutinu vlhkou, aby nedocházelo k vysychání sliznic.

Maligní rány vznikají na základě onkologického onemocnění. S těmito ranami se často pojí problémy se sociální izolací, jelikož rány mohou zapáchat, krváčet, silně bolet a hrozí případná exsudace z ran. Proto je důležité, aby byla zranění personálem vhodně ošetřována.

Posledním velmi důležitým příznakem jsou psychické problémy, které vznikají na základě strachu z bolesti a úzkostem, které sám pacient nedokáže racionálně osvětlit. Smutek je běžnou reakcí na velké životní překážky, ale hrozí nebezpečí, že smutek nemocného neopouští a dojde k depresím a sebevražedným myšlenkám. Důležité je také říct, že psychické problémy nejsou jen u pacientů, ale i rodinných příslušníků. Pro rodinu je těžké vidět své milované zmatené, neklidné, svlékající se, nesrozumitelně hovořící

nebo mající svalové škyby. V těchto případech je nutné poskytnout psychickou podporu a pomoc pro členy rodiny. (Knapová, 2019)

2.5 Základní principy využívané v paliativní péči

Princip autonomie patří mezi ty nejzákladnější principy, které se v paliativní péči objevují. Jedná se o princip, který zahrnuje svébytnost, svobodnou vůli, jak se chovat a jednat na základě svých hodnot, přesvědčení a myšlení. Ošetřující nemají právo ovlivňovat svobodná rozhodnutí pacienta a musí akceptovat volby, které on sám udělá. Existují výjimečné situace, kdy lékař může postupovat bez toho, aniž by pacient svolil. Mezi takové patří například stavy, které ohrožují život pacienta. Proto, aby mohl být plán paliativní léčby vhodný a odpovídající potřebám pacienta, je velmi důležitá konzultace mezi lékaři, pacientem a jeho nejbližšími. V případě, kdy pacient ztrácí možnost vyjádření, by měl lékař vyhovět jeho dříve vysloveným přáním a respektovat jeho hodnoty.

Princip spravedlnosti spočívá v rovnoměrném a spravedlivém rozdělováním prostředků na zdravotní péči. Žádné formy zvýhodnění nejsou možné. Všichni musí dostat stejný díl bez ohledu na věk, pohlaví, kulturní etniku, náboženské vyznání, sociálního postavení a dalších.

Princip benefice řeší otázku oprávnění k určitým úkonům vykonávaných na pacientovi. Abych to upřesnil, tento princip nedovoluje personálu vykonávat činnosti, které mohou pacienta jakkoliv poškodit. Ošetřující musí vždy dbát na to, aby úkony byly pro nemocného prospěšné a zlepšovaly jeho tělesný a duševní stav.

Princip nonmaleficence je v opozici předchozího principu. Můžeme ho chápat tak, že pacientovi nesmí být ublíženo, nesmí mu být způsobena žádná škoda, nebo dokonce smrt.

Princip informovaného souladu hovoří o skutečnosti, že pacient má plné právo na informace k jeho zdravotnímu stavu. Také má možnost vyjádřit se k poskytované péči. Velkou roli ve jmenovaném principu hraje i otázka autonomie, kdy se může pacient rozhodovat o možnostech postupu v jeho léčbě, zvažuje je a podává finální verdikt, jakou formu léčby si vybere. Taktéž je informován o možných rizicích a prospěchu, která daná léčba obnáší. Pokud je tento princip nemocnému odepřen, hrozí zdravotnickému zařízení právní postih.

Roku 1999 Česká republika přijala od Evropské rady Chartu práv umírajících. Charta jen utvrzovala principy, které jsem výše popisoval. Zdravotnický personál má morální povinnost se chovat k nemocnému úctou a s respektem.

V této podkapitole je nutné také zmínit pojem eutanázie, jelikož již někdy kolem roku 1990 vznikl pojem „marné péče“. Jedná se o péči, která není vhodná a její účinnost je minimální. V takovém případě se hovoří o možné eutanázii, jinými slovy „lékařsky asistovaná sebevražda“. K takovému rozhodnutí mohlo dojít pouze tehdy, když se lékařské konzilium shodne na tomto řešení a pacient, společně s jeho rodinou, vyjádří souhlas. V České republice je eutanázie eticky nepřístupná. První země, kde byla eutanázie povolena je Belgie a Nizozemsko, bylo to roku 2002. Mezi další státy patří Kanada, Kolumbie, Lucembursko, Portugalsko a Španělsko. (Knapová, 2019)

2.6 Stručný průběh paliativní péče

Na počátku je zásadní, aby lékaři včas přišli na pokročilejší fázi nemoci a odhadli, že život pacienta bude kratší než 6 měsíců. Následuje informování pacienta o jeho stavu a dochází k vytvoření léčebného a pečovatelského plánu. Lékař je zodpovědný za navržený plán paliativní péče. Ustanovení hlavního cíle léčby již není záchrana pacienta, ale udržení nebo zlepšení kvality jeho života.

Plán se vytváří na základě lékařských nálezů a specifických potřeb, přání a preferencí pacienta. Pacient by se na vytváření měl podílet. Zde ještě rozlišujeme dvě skupiny pacientů na základě jejich poruch kognitivních funkcí. V případě, kdy poruchy nejsou tak omezující, že si pacient uvědomuje skutečnost, že je jeho nemoc život ohrožující, mluvíme o první skupině. Pacienti z dané části se, jak už jsem psal výše, se na tvoření plánu podílejí a jejich požadavky tvoří základní rámec pro poskytování péče. Druhou skupinu pacientů, kteří si svůj stav a skutečnost neuvědomují, je nutné pečlivě prozkoumat a následně posoudit, zdali jsou schopni se v dané věci rozhodovat. Pokud to není možné, plán se tvoří tak, aby co nejvíce pacientovi vyhovoval. Nadále se diskutuje s jeho zákonným zástupcem, což je nejčastěji člen rodiny.

Následně dochází k posudku zdravotního stavu pacienta lékařem, což zahrnuje jeho tělesný, psychický a sociální stav. V případě, že pacientův stav vyžaduje nějaká specifická kritéria, ošetřující lékař může rozhodnout o specializované formě paliativní péče. Pokud se tak stane, doktor kontaktuje specifické zařízení, nebo on sám pacienta na dané místo předává. Velmi často se stává, že je pacient sledován více specialisty,

a proto je nutné rozhodnout, kdo je ošetřující lékař, aby mohl převzít zodpovědnost za realizaci léčby a péče. Také je nutnost informovat zbylé specialisty o prognóze a stanovených cílech.

Samotná realizace plánu je uskutečňována týmem, který je většinou tvořen lékařem, sestrou, sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním a případně i fyzioterapeutem, ergoterapeutem a nutričním specialistou. V situaci, kdy je pacient ve specializované paliativní péči je nutností 24hodinová dostupnost členů týmu. Na realizaci plánu se mohou podílet proškolení dobrovolníci.

Během paliativní péče dochází k péči o tělesný stav a potřeby pacienta, k čemuž slouží komplexní léčba různých symptomů, poskytování nutričně vyvážené stravy, hematologická péče a antimikrobiální péče. Pod drobnohledem je i bolest, kterou může pacient zažívat, a v případě, že je bolest výrazná, se jí tým snaží co nejrychleji a nejbezpečněji odstranit. Za vše opět zodpovídá ošetřující lékař, pravidelně hodnotí léčbu těchto věcí, zajišťuje léky a zdravotní pomůcky pro pacienta.

Dochází k pravidelným kontrolám psychického stavu pacienta a jeho rodiny. V případě, že se vyskytnou problémy, dochází k okamžité farmakologické a nefarmakologické léčbě. Ošetřující lékař nese zodpovědnost za pacienta, pravidelně hodnotí jeho smíření se nevléčitelnou nemocí, kontroluje výskyt možných psychických problémů jako jsou úzkosti, deprese, poruchy spánku, kontroluje adaptaci rodiny na vzniklou skutečnost. V případě, že některý z nich zažívá náročně zvládnutelné psychické stavy, dochází ke konzultacím mezi lékařem a psychologem, psychiatrem nebo jiným odborníkem. Nadále se psychická pomoc zaměřuje i na zdravé truchlení a dopomáhá rodinám na základě jejich potřeb. Pokud se jedná o vážnější případy, kdy truchlení přechází do extrémů, je v týmu psycholog, který se na daný problém zaměří.

Paliativní péče nadále zahrnuje i kontrolu a péči o potřeby klienta v sociálních věcech. Tým se pokouší předejít možnému sociálnímu strádání a zajišťuje jim vhodnou sociální péči a poradenství. V případě, že pacient spadá pod specializovanou paliativní péči, je zde mnoho dalších věcí, se kterými odborníci vypomáhají, patří mezi ně například výpomoc s administrativou, spravování financí a cenností pacienta umístěného v některém ze zařízení, příprava a asistence s pohřby, sociální podpora pro rodiny pacientů a mnoho dalšího.

Další důležitou částí je zprostředkování spirituální a náboženské péče. Jedná se o případnou pomoc skrze spirituální stránku věci, která může dotyčnému usnadnit prožívání a zvládání skutečnosti nevléčitelné nemoci. Na základě potřeb a hodnot

pacienta se snaží proškolený tým najít nejadekvátnější pomoc v tomto odvětví. Respektuje specifika nemocného a snaží je přijít na jeho duchovní a existenciální názory, aby mu a jeho rodině, na základě zjištěných informací, mohli co nejvíce pomoci s následnými spirituálními rituály a praktikami. V situaci, kdy pacient věří a je součástí náboženské menšiny, je členy týmu zprostředkován kontakt s danou komunitou.

Jakmile nastane období, kdy má pacient přecházet do terminálního stavu, musí tento přechod ošetřující lékař včas rozpoznat a sdělit tyto citlivé informace rodině a nemocnému. Nadále dochází k nejefektivnější péči, aby dotčený měl co nejlepší komfort. Personál se nesnaží uměle prodlužovat jeho život, jelikož by tím zbytečně prodlužoval utrpení pacienta a jeho rodiny. Daný stav konzultuje ošetřující lékař společně s pacientem a jsou mu sdělovány možné komplikace a možnosti specifických léčebných postupů. Pokud pacient již nemá prostředky, kterými by se mohl vyjádřit, dbá se na jeho požadavky a přání z dřívějšího plánu. Všichni ze strany umírajícího jsou informováni a poučeni o možném pokračování takovým způsobem, aby ho dokázali pochopit. Nadále se řeší prostředí, ve kterém si dotčený přeje umírat. Pokud chce být ve své domácnosti, mělo by na to být přihlíženo a případně vyhověno. V případě, že se nachází v lůžkovém zařízení, měl by být jeho rodině povolen téměř neomezený přístup k lůžku. Taktéž se stává, že stav pacienta velmi často mění, proto musí tým být připraven, že se plán může rychle předělat na základě potřeb pacienta a jeho rodiny.

Poté, co pacient zemře, je s jeho tělem nakládáno s úctou a postupuje se podle dříve sepsaných požadavků, což zahrnuje i kulturní a náboženské zvyky zemřelého. Samozřejmě vše musí být v souladu s našimi zákony. S rodinou pozůstalého je nadále udržován kontakt a je poskytována případná podpora v truchlícím období. (Sláma, 2013)

2.7 Zařízení poskytující paliativní péči u nás

Prostředí, ve kterém je poskytována paliativní péče odpovídá, jak jsem se již dříve zmiňoval, formě péče. Obecnou paliativní péči poskytuje nemocniční oddělení ve zdravotnických zařízeních. Pokud mluvíme o specializované paliativní péči, ta má již o mnoho více zařízení, ve kterých je poskytována, a proto jí věnuji následující podkapitolu.

2.7.1 Zařízení poskytující specializovanou paliativní péči

Nejrozsáhlejším poskytovatelem paliativní péče v České republice jsou hospice, které se rozdělují na domácí, stacionární, lůžkové a dětské. Nadále se jedná o nemocnice, kde paliativní péči vykonává konziliární tým. Jako dalším zařízením jsou oddělení následné péče a posledním je zvláštní zařízení specializované paliativní péče.

Domácí hospicová péče je poskytována v prostředí nemocného. Práci vykonávají společně členové rodiny a pečovatelé, ošetřovatelé, lékaři, sestry nebo vyučení dobrovolníci. Je běžnou skutečností, že na základě domácí péče musí některý z členů rodiny opustit zaměstnání, aby se mohl o svého příbuzného starat po celý den. Aby mohla být péče kvalitní, musí docházet k neustálému předávání praktických a teoretických informací od školených ošetřovatelů. Přestože jsou rodinní příslušníci ti hlavní, kdo se o nemocného stará, stále je povinností pečovatelů, aby je navštěvovali, pomáhali a radili se s případným postupem péče. Nevýhodami domácí hospicové péče je možnost strádání pacienta na základě ekonomického stavu rodiny, a taktéž hrozí nebezpečí, že si pečující člen rodiny bude připadat neschopný a nedokáže svému blízkému pomoci. To může mít špatný vliv na jeho psychické zdraví a následně negativně ovlivňovat truchlící období. Pokud bychom to měli shrnout, domácí paliativní péče je poskytována proto, aby nemocnému umožňovala zemřít ve svém domácím prostředí, kde se cítí nejlépe a mezi svou vlastní pečující rodinou.

Aby mohl být pacient umístěn na lůžkovou hospicovou péči, musí splňovat podmínku, že jeho předpokládaná délka života není delší než 6. měsíců a již neexistuje žádná možnost kurativní léčby. Případy umístěvané na lůžkovou péči jsou například takové, že nemocný je ve velmi špatném zdravotním stavu, nestojí o domácí hospicovou péči, nepřeje si být na obtíž své vlastní rodině, nemá nikoho, kdo by se o něj postaral a tak dále. V těchto zařízeních se daleko více klade důraz na jeho vlastní požadavky. Denní plán má nastavený podle sebe a nejdůležitější je kvalita jeho života. Zařízení je uzpůsobeno tak, aby rodina mohla dotyčného navštěvovat, jsou proto uzpůsobené pokoje i společenské místnosti, což je velký rozdíl oproti nemocničním budovám. Nevýhoda lůžkových hospiců je taková, že nemocný může mít v sobě zabudovaný pocit, že je to zařízení, kde musí zemřít, což nemá pozitivní vliv na jeho psychický stav. Velká výhoda oproti domácím hospicům je, že nadále poskytuje sociální, fyzickou, psychologickou a spirituální péči po celou dobu pobytu.

Stacionární hospicová péče je spojením lůžkové a domácí péče, kdy pacient navštěvuje hospic a tráví zde většinu dne, na noc se vrací zpět domů. Jedná se o vhodnou alternativu pro jedince, kteří si přejí zůstat doma, ale již vyžadují odbornou péči. Nejčastěji tento typ péče využívají jedinci, kteří bydlí blízko takového zařízení.

Poslední formou je dětská hospicová péče, která se zaměřuje na zlepšení kvality života pro děti s vážnou nevléčitelnou nemocí. Tato zařízení slouží především k odlehčení od bolesti, zvládnání symptomů způsobených vážnou nemocí a psychická podpora pro ostatní členy rodiny. Taktéž je zde nabízená podpora po smrti dítěte, jejíž délka se odvíjí od stavu pozůstalých.

Dalším zařízením vykonávající paliativní péči jsou nemocnice, kde je vykonávána konziliárním týmem. Tato zařízení vznikají především na základě omezeného množství lůžek v dříve zmiňovaných zařízeních. Hlavním rozdílem je tedy to, že v nemocnicích není vytvořený takový režim, který by nejvíce odpovídal požadavkům pacienta. Co se týká pečujícího personálu, je zde většinou sestra, lékař a sociální pracovník. Taktéž je zde využívána pomoc od dobrovolníků. S postupem doby se v nemocnicích začaly tvořit takzvané lůžkové stanice paliativní péče, které se snaží o vytvoření podobných podmínek, jaké nabízí hospic s tím, že stále jsou pod zdravotnickým zařízením.

Oddělení následné péče poskytuje paliativní péči pro nemocné, kteří nejsou závislí na akutní péči. Tato oddělení jsou nejčastěji součástí jiného zdravotního zařízení a lidé se sem dostávají z dalších specifitějších částí jako například z traumatologie, z interního oddělení, z chirurgie a dalších. Pacienti na následnou péči posílají kvůli rekonvalescenci nebo po rehabilitacích. Jakmile jsou schopni zvládat každodenní činnosti sami, nebo s pomocí členů rodiny, jsou z oddělení propuštěni.

Další jsou zvláštní zařízení specializované paliativní péče. Jedná se o specializované poradny, ambulance, tísňové linky, sociálně-zdravotní zařízení a mnoho dalších. Jako posledním jsou domovy seniorů. Přestože v těchto zařízeních zatím není paliativní péče certifikovaně potvrzená, je skutečností, že se na mnoho místech vykonává bez požadovaného potvrzení.

3. Psychické nároky a rizika profese paliativního pracovníka

3.1 Úvod do problematiky

Je důležité zmínit, že práce s umírajícími a imobilními pacienty je velmi náročná. Nejedná se pouze o péči o nemocné, ale dochází i ke komunikaci s rodinnými příslušníky, kterým umírá někdo blízký, což je pro pracovníka velká psychická zátěž. Jedná se o povolání, ve kterém je pečující neustále vystavován utrpení, bolesti, smrti.

Na základě studie, která proběhla roku 1979, bylo vymezeno 9 základních okruhů, které mohou negativně ovlivňovat osobní pohodu pečujících osob. Mezi tyto okruhy patří: těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností, značné množství technologických zařízení, časté rozhodování o životě a smrti, terminální péče, konflikty s třetími osobami, konflikty mezi zaměstnanci, zvládání reakcí pacientů na různé mutilace a extrémní vyčerpání, zvládání suicidálních myšlenek pacientů a členů personálu, uvědomování si, že léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů. (Kupka, 2014)

Proto, aby mohl člověk vykonávat paliativní péči, měl by splňovat určité předpoklady, aby předcházel vzniku stresu a došlo k úspěšné adaptaci s prací. Jedna ze základních věcí je srovnání se s vlastní smrtelností. Nadále by měl mít pečující znalost v oblasti thanatologie, což je v překladu nauka o smrti. Člověk by se měl naučit žít s problematikou izolovanosti, (dotyčný nemůže řešit pracovní problémy s přáteli a rodinou, což může znamenat úpadek rodinných vazeb a rozpady přátelství) jelikož ta patří mezi nejčastější rizika, se kterými se v paliativní péči setkáváme. Pečující by se měl umět připravit na nepříjemné a stresující rozhovory mezi ním, pacientem a rodinnou pacienta. Témata těchto rozhovorů jsou například přesun pacienta z kurativní na paliativní péči a vybrání vhodného způsobu léčby. Taktéž je důležité, aby se pečující vyrovnal s faktem, že mohou pacientům neúmyslně způsobovat bolest skrze převazy a polohování. Poslední zmiňovaná specifická věc, která je pro výkon paliativní péče důležitá, je vyrovnanost pracovníka s možností neúspěšné léčby. Pro pacienta takřka neexistuje šance na uzdravení. Stav nemocného se během pobytu může o mnoho zhoršit, a většinou končí smrtí. (Kupka, 2014)

3.2 Komunikace a možný konflikt mezi pečujícím a pacientem

Komunikace patří mezi dovednosti, které by měla pečující osoba ovládat. Slouží především k navázání kontaktu a k předávání informací mezi pacientem a pečujícím.

Ošetřovatelé by měli mít základní znalosti a zkušenosti v komunikaci s pacientem. Zdravotní sestry by měly disponovat základními znalostmi z oboru psychologie osobnosti a vývojové psychologie. Tyto znalosti se využívají například při poznávání osobnosti pacienta, odhadování budoucí reakce na vzniklou nepříznivou situaci spojenou s nemocí, vhodný styl komunikace s danou věkovou skupinou, jakým způsobem se dotazovat, jak vystupovat a mnoho dalšího. Obecně znalost psychologie je v komunikaci velké plus. (Kučera, 2007)

V praxi bychom mohli říct, že se využívají 3 typy komunikace. První je sociální komunikace, která zahrnuje “běžný“ hovor mezi pečujícím a pacientem. Další je specifická, která slouží k sdělování důležitých faktů a motivaci pacienta k aktivní spolupráci během léčby. Tyhle informace musí být podávány takovým způsobem, aby jim dotyčný dostatečně porozuměl, což může zahrnovat informace o případných postupech a dietách během léčby pacienta. Posledním způsobem je terapeutická komunikace a slouží především k poskytnutí podpory a pomoci při přijímání těžkých zpráv o nemoci pacienta a při případném rozhodování o postupu. (Hadrabová, Neumanová, 2013)

Aby mohla být komunikace efektivní, musí pečující dodržovat určité body, mezi které patří srozumitelná forma komunikace, zachování důstojnosti pacienta, vytváření prostorů pro názory pacienta a v případě nepochopení opakovat důležité informace. Nadále je vhodné přizpůsobit formu řeči pacientovi a pozorovat způsob jeho vyjadřování. Mezi faktory patří rychlost řeči, hlasitost, frekvence hlasu, intonaci a vytváření mezer v rozhovoru, aby se dotyčný měl možnost zamyslet. Mezi další věci, které vedou k úspěšné komunikaci, je způsob naslouchání, který nekončí jen u vnímání slov, ale i pozorování neverbálních znaků pacienta. (Hadrabová, Neumanová, 2013)

Mezi časté jevy, které způsobují konflikty na pracovišti, je například únava a vliv negativních emocí. Rozepře mohou vzniknout ze strany pacienta i ošetřujícího. Měli bychom brát v potaz, že lidé potřebují čas od času „vypustit páru“, ale mělo by to vždy být v souladu s etickým chováním. U zdravotního personálu počítáme s určitou profesionalitou, přestože se stává, že pečující mohou konflikt vyprovokovat, aniž by si to uvědomovali. (Pekara, 2011)

Některé situace mohou vyvrcholit až fyzickému napadení pečujících osob. Mezi nejčastější skupiny zdravotního personálu, kteří se dostávají do konfliktu s pacienty, jsou

zdravotní sestry a sanitární pracovníci, jelikož tráví nejvíce času s pacienty. Nemusí jít vždy jen o cílený útok ze strany pacienta. Ošetřující personál může na základě svých negativních emocí, či svým nevhodným chováním vyprovokovat nemocného k akci. Přestože ke konfliktům mezi pečujícími a pacientem v paliativní péči dochází, k tělesnému napadení dochází jen velmi výjimečně. (Pekana, 2015)

Mezi další důvody, které mohou vést k rozepři mezi personálem a pacientem, jsou ku příkladu typ osobnosti pacienta, může dojít k nepochopení mezi potřebami pacienta a povinnostmi pečujícího nebo dojde k vypadnutí z role jedné či druhé strany. (NZIP, 2022)

3.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout) neboli vyhasnutí je stav, kdy při nadměrné psychické nebo emocionální zátěži, dojde jedinec až k emocionálnímu vyčerpání. Charakterizován jako prolongovaná reakce na chronické interpersonální stresory v zaměstnání, nebo jako situačně indikovaná stresová reakce, nebo podle některých autorů jako poslední fáze stresové odpovědi, dle Selyeho, tedy fáze vyčerpání. Přesná definice od Baštecké zní *„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání“* (Baštecká, 2003)

Důvodů, proč syndrom vyhoření vzniká, je mnoho, ale mezi ty nejpodstatnější patří chronický stres, dlouhodobá zátěž a emoční vypětí. Riziko syndromu vyhoření je u jakékoliv profese, ale v pomáhajících zaměstnání a v takových, kde dochází ke kontaktu s ostatními lidmi, se vyhasnutí objevuje nejčastěji. *„Denně se setkávají s klienty s tělesnými, citovými a sociálními problémy, doprovázeny např. pocity zlosti, strachu, zoufalství a tělesnými problémy. Tyto problémy jsou někdy neřešitelné“* (Maroon, 2012)

Syndrom vyhoření je možné zpozorovat na činnostech, které jedince dříve bavili a naplňovali, ale nyní je ho vyčerpávají a vykonává je s odporem. Nadále je provázen pocity zklamání a je pro něj nepředstavitelné v práci pokračovat Výkon práce rapidně

ztrácí úroveň a kolikrát nesplňuje ani základní povinná měřítko. Komunikace a fungování s klientem se většinou nese v negativním duchu a pracovník bývá vůči němu cynický.

Důsledky nejsou spojeny pouze s prací, ale hlavně ovlivňují dotyčného i na psychické, fyzické a sociální úrovni. Projevy spojené s psychickým stavem jedince jsou například pocit duševního vyčerpání, utlumení celkové aktivity, kreativity a iniciativy, depresivní ladění projevující se smutkem, frustrací a beznadějí, přesvědčení se o vlastní nedůležitosti a postradatelnosti a jak už jsem psal dříve, člověk se vyjadřuje negativně a k většině věcí přistupuje cynicky. Vliv syndromu vyhoření na fyzickou stránku člověka se projevuje únavou organismu, apatií, ochablostí, bolestmi hlavy, poruchami spánku a dotyčný se vyčerpává rychleji než normálně. Důsledky jsou spojeny i se sociálním životem pracovníků, které se vyznačují útlumem sociability, vyhýbáním se kontaktům s klienty a kolegy, nechutí k vykonávání dané profese a celkově nízká empatie vůči okolí.

Syndrom vyhoření bychom mohli rozdělit do 3 základních fází. První je spojená s přílišným nadšením, kdy se člověk až moc snaží a přesahuje své hranice, přičemž dochází k dlouho trvajícím přetěžováním. Druhá fáze se vyznačuje tím, že dotyčná osoba začíná být vyčerpaná po psychické a fyzické stránce. Třetí se projevuje eskalující neúctou vůči okolí a lidem a konečná 4 fáze je absolutní vyčerpání, přehnaný negativismus a lhostejnost vůči všemu. (Kebza, Šolcová, 2003)

Prevence syndromu vyhoření spočívá především ve vybudování si odstupů, jelikož hrozí nebezpečí, že se z pracovního života stane dokola opakující se cyklus, ze kterého není možné vystoupit. V takovém případě je potřeba situaci řešit. Například skrze komunikaci s nadřízeným o změně pracovní pozice, nebo o zmírnění vyvíjeného tlaku na jeho osobu. (Stok, 2010)

K dispozici je také online test fungující na principu Shiromova-Melamedovi škály vyhoření, pomocí kterého může daná osoba zjistit, zdali je vyhořena nebo nikoliv. Nejlepší možný způsob, jak se člověk může dostat ze syndromu vyhoření, je zásadní změna v životě jako je například změna povolání, okolí, místa bydliště a tak dále.

3.4 Psychohygienu

Psychohygienu je velkým pomocníkem při zesílení a navracení duševního zdraví jedince. Slouží i jako prevence před různými formami patologických jevů v podobě stresu, syndromu vyhoření nebo psychických onemocnění. Každý jedinec vnímá obtíže, které ho v životě potkávají, jiným způsobem, a tak i pomáhající přístupy jsou u každého člověka specifické.

Jedním z nejdůležitějších tipů je dodržování zdravého životního stylu, do kterého řadíme například kvalitní odpočinek, díky čemuž získáváme energii. Přestože ve společnosti o odpočinku mluví jako nadstandardním přepychu a neklade se na něj dostatečný důraz. Skrze odpočinek regulujeme negativní vjemy z práce a zapomínáme na nepříjemnosti zažité během dne. Důležitou roli hraje i pestrá vyvážená strava a aktivní pohyb. (Melgosa, 2001)

Významnou roli hraje uspořádání si času. Rozvržení nám dovoluje předcházet nepříjemným situacím, kdy máme spoustu povinností, ale málo času pro jejich splnění. Do svého volna bychom měli zahrnout i odpočinek a aktivity, během kterých dokážeme nad ničím nepřemýšlet a relaxovat. Pro každého může být činnost, která mu toto umožňuje, jiná. Důležité je, aby jedince aktivita bavila. Mezi konkrétní příklady hospodaření s časem patří například omezení časových ztrát, pevný režim dne, využití rozdrobených časových úseků, využití volných chvil k úklidu a mnoho dalších. (Ooudová, 2009)

Možnost je využít i techniku Mindfulness, neboli všímavosti. Dnešní doba je již tak zrychlená, že člověk myslí dopředu, co bude dělat další den a pořádně nevnímá, co dělá v daný okamžik. Tato technika umožňuje se na chvíli zastavit a vnímat přítomnost. Praktikovat ji můžeme tak, že v průběhu běžné aktivity, se soustředíme jen na činnost, kterou právě děláme.

Chceme-li v životě předejít mnoha nepříjemným situacím, je velice důležité znát sám sebe. Sebepoznání nám pomáhá uvědomit si své chování. Můžeme tak sami sobě podávat zpětnou vazbu a své chování změnit, pokud víme, že není vhodné. (Michalíčková, 2022)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumný problém

Výzkum se zaměřuje na problematiku, která může vzniknout při přílišném budování citové vazby k pacientovi. Jelikož se výzkum zaměřuje na paliativní péči, při které je pečující personál v každodenním kontaktu s lidmi, u kterých se předpokládá, že dříve nebo později zemřou, je velmi důležité, jak k této problematice pečující osoby přistupují.

Jak už jsem jednou zmiňoval, pečující v paliativní péči jsou v každodenním kontaktu se smrtí a je zde důležité vytvoření si obranných mechanismů, díky kterým ošetřující předchází nepříznivému vlivu na svou osobní pohodu. Protože je pečující s pacienty každý den, mohou si vytvářet empatie k pacientům a může je jejich smrt zasáhnout více než normálně, což může mít za následek negativní vliv na jejich osobu. Proto je důležité, aby si dávali pozor na přílišnou empatii a vytvořili si určitý pracovní odstup, který v takovém případě funguje jako prevence.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, co patří mezi důležité faktory, které mohou narušit osobní pohodu pečujícího. K nalezení odpovědi na danou problematiku využívám otázky jako jsou: jak často dochází k rozsáhlejším rozhovorům mezi ním a pacientem. Jakým způsobem se pečující snaží s tímto problémem pracovat, co patří mezi jeho hlavní motivace, aby danou práci mohl vykonávat, jak často dochází k přímému narušení duševního stavu. Zdali pracovníci zůstávají v zařízení i po pracovní době, aby mohli s pacienty trávit svůj volný čas. Jak často pečující přemýšlejí nad nemocnými během svého volného času, jaké emoce prožívají během umírání pacienta a celkově zkoumá jejich empatii vůči nim. Nadále se výzkum zaměřuje na to, jakým způsobem pracovníci relaxují a v poslední řadě se zkoumá otázku kouření, a jestli jsou nějaké rozdíly mezi kuřáky a nekuřáky.

4.2 Plán výzkumu

K realizaci svého výzkumu využiji orientační dotazník, který bude vypracován pro ošetřující personál v paliativní péči, a to především pro sanitární pracovníky a všeobecné sestry. Na základě telefonické domluvy dojde k předání orientačních dotazníků vrchní sestře v zařízení hospic Štrasburk, která je rozdává všem všeobecným sestřám a sanitářům v zařízení. Jakmile budou dotazníky vyplněné, vrchní sestra mě kontaktuje a já si dotazníky vyzvednu a zpracuji do grafů. Kvalitativní forma výzkumu by byla vhodnější, ale na základě konzultace s hlavní sestrou, kdy mi byla tato možnost zavrhnuta, rozhodl jsem se, po konzultaci s mým vedoucím práce, pro formu anonymního orientačního dotazníku, jelikož se jedná o citlivé téma. Výsledky z dotazníků budu analyzovat pomocí deskriptivní metody do formy grafů. K vyhodnocení výzkumných otázek jsem se rozhodl využít induktivní metodu.

4.3 Podrobný design výzkumu

Jako formu pro svůj výzkum jsem využil orientační dotazník. Přestože by v mém případě byl vhodnější kvalitativní rozhovor s pracovníky v zařízení, nebyla mi v hospici tato forma schválena a musel jsem najít vhodnou alternativu. Orientační dotazník se využívá především k mapování dané oblasti. Je výhodný v tom, že není časově náročný a během krátké doby se dá získat velké množství dat. Přestože se nejedná o příliš konkrétní informace, dá se s nimi jednoduše pracovat, vyhodnocovat je a ověřovat.

Začátek dotazníku jsou základní informace týkající se důvodů, proč jsem dotazník vytvářel, koho se přesně týká, a že hraje důležitou část v mé bakalářské práci. Nadále se v úvodu objevuje informace o tom, že v případě, že je otázka pro jejich osobu příliš citlivá, nemusejí na ní odpovídat. Další část se zaměřuje na obecné informace o člověku, který dotazník bude vyplňovat. Jsou zde obsaženy otázky na věkovou skupinu, na délku vykonávané praxe, a zdali dotyčný kouří či nikoliv. Přehledová část je velmi důležitá, jelikož se pomocí ní dají rozlišovat respondenti, což je u anonymní dotazníkové metody potřebné. Protože se jedná o orientační dotazník, převládá forma polouzavřených otázek, kde jsou možné odpovědi ve škálách, jelikož by nebylo v mém případě vhodné, využívat pouze ano/ne odpovědi. Otázky jsou sestaveny tak, aby si respondent, na základě svých zkušeností, vybral možnost, která nejvíce odpovídá jeho pohledu. Nadále se zde objevují i otevřené otázky, které se zaměřují především na vztah dotazovaného ke klientovi

a na formy relaxace. Poslední částí je otevřená otázka, ve které se může dotazovaný rozepsat o změnách, které by mohly pozitivně ovlivnit jeho osobní pohodu. V poslední části se nachází prostor pro vyjádření se k samotnému dotazníku.

Výsledky budu zpracovávat do formy procentuálních grafů, a nadále budou využity k zodpovězení výzkumných otázek.

Hlavní metodu, kterou jsem využil ke zkoumání otázky, jak budování vztahů pečujícího s pacientem narušuje osobní pohodu ošetřujícího, je orientační dotazník. Ke zkoumání zmiňované otázky by bylo vhodnější využít formu kvalitativního rozhovoru, ale bohužel mi nebyl umožněn. Samotný výzkum proběhne v zařízení hospice Štrasburk, Bohnická ulice, Praha 8 Bohnice.

4.4 Popis zkoumané skupiny

Jelikož se můj výzkum zaměřuje především na osoby pečující o pacienty v paliativní péči, vybral jsem si jako cílovou skupinu zaměstnance hospice Štrasburk, který se nachází na Praze 8. Bylo mi umožněno rozdat dotazníky všem zdravotním sestřám a sanitářům, kterých bylo v té době 25. Vyplněných se mi jich vrátilo 21.

4.5 Výzkumné otázky

Vytvořený dotazník slouží k získání určitého vhledu do zmiňované problematiky, pomocí kterého následně budu odpovídat na vytvořené výzkumné otázky. Hlavní cíl mého výzkumu se zaměřuje na to, jakým způsobem ovlivňuje vztah mezi pracovníkem v paliativní péči s pacientem, osobní pohodu ošetřujícího. Podle mého názoru je důležité si vytvořit určité pracovní bariéry, jelikož se jedná o velmi psychicky náročnou práci, jelikož se dotyčný neustále setkává se smrtí. V případě, kdy pečující začne mít přílišné empatie k pacientům, u kterých se předpokládá, že brzy zemřou, může to velmi narušit jeho osobní pohodu, což může postupně vést k přetrvávajícímu stresu až k syndromu vyhoření.

Jak často dochází k zneužívání pečujících klienty?

Myslím si, že se jedná o celkem běžný jev, ke kterému nedochází pouze na odděleních paliativní péče. Podle mého názoru nemusí jít ani o úmyslné zneužívání, ale může se díť i nevědomky, jak u pracovníků, tak u pacientů. Mohlo by jít například o požadování nadměrné péče, donášení věcí, které jsou mimo zařízení nebo o nakupování

specifických předmětů. V mém dotazníku je na jmenovanou výzkumnou otázku přímo jedna zaměřena. Jedná se o otázku číslo 10.

Jaké jsou časté emoce při úmrtí pacienta?

Jelikož se během výkonu této práce pečující často se smrtí setkává, je podle mého názoru důležité, jak danou situaci pracovník zvládá. Člověk nemusí vždy pociťovat negativní emoce, ale může smrt pacienta brát jako určitou úlevu. Pacient může například velmi trpět a smrt je tak možné brát, jako určitou formu úlevy. Přímá otázka, zaměřující se na zmiňovanou situaci, je otázka číslo 8.

Dochází ke změně přístupu k pacientům po 5 letech praxe?

Je známo, že nástup do práce může být doprovázen přílišnou motivací a nadšením, která se během let mění. Pokud nedojde k určitému prozření, hrozí nebezpečí syndromu vyhoření. Není tím myšleno, že musí nadšení opadnout, stejné je to i s motivací k práci. Musí dojít k určitému usměrnění. Po 5 letech praxe, by už měl mít člověk vytvořený určitý pracovní odstup, aby ho práce psychicky nevyčerpávala, ale stále jí vykonával kvalitně. Práce by ho měla bavit a měl by znát svou motivaci. Otázky, které jsem využil k zodpovězení jsou otázka č 3,5,7, 11 a 12

Je významný rozdíl v zájmu o pacienty v případě, kdy je pečující kuřák nebo nekuřák?

Jelikož kouření v dnešním světě velmi rozšířený fenomén, přijde mi vhodné uvést ho výzkumu. Je možné, že na základě kouření lidé nebudou tak často pociťovat negativní emoce během výkonu práce. K vyhodnocení této otázky jsem využil stejné, jako v předchozí otázce, což jsou otázky č 3,5,7, 11 a 12.

5. Realizace výzkumu

Na základě své dobrovolnické činnosti v dobročinné organizaci Amelie, která se zaměřuje na pomoc lidem s onkologickým onemocněním, jsem přemýšlel nad tím, jakým způsobem může vytvořený vztah mezi pacientem a pečujícím působit na psychickou pohodu ošetřujícího personálu. Poté jsem vedl několik rozhovorů s pracovníky v paliativní péči a došel jsem k závěru, že se jedná o velmi častý jev, který může negativně ovlivňovat psychický stav paliativního pracovníka. Následovala konzultace s vedoucím mé práce, zdali by tento problém mohl být řešitelný, což mi bylo odsouhlaseno. Domluvili jsme se na vytvoření polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru s členy ošetřujícího personálu v zařízeních poskytující paliativní péči.

Jak už jsem dříve zmiňoval, nejprve jsem chtěl výzkum provést formou kvalitativních rozhovorů s lidmi, kteří v paliativní péči pracují. Začal jsem obvolávat hospice po celé Praze, ale ve většině případech jsem byl odmítnut. Jeden z hlavních důvodů byla vzniklá covidová situace po celé České republice, nebo že neposkytují zmiňované možnosti a nemohou mi vyhovět. Na základě toho, jsem se obrátil na asociaci poskytovatelů hospicové péče, která se nachází na Karlově náměstí v Praze. Zavolaal jsem tam a vysvětlil svou situaci. Popsal z jaké školy jsem, čeho se můj výzkum týká a jestli by mi nemohli nějakým způsobem pomoci. Na základě poskytnutých informací mi paní pověděla, že se o to pokusí, a že se mi zpětně ozve.

Po 14 dnech mi volali na zpět s tím, že se jí podařilo zkontaktovat hospic Štrasburk v Praze, že o mě ví a mám přímo řediteli zařízení zavolat, což jsem i udělal. Pan ředitel mi ale řekl, že to bohužel teď není možné, jelikož se právě potýkali s velkými problémy kvůli covidové situaci, (bylo to v únorovém období roku 2022) ale že by to bylo možné za měsíc a mám se ozvat.

V březnu jsem tedy ředitelovi zavolaal. Bylo mi řečeno, že to tedy nakonec možné bude, ale musím se domluvit s vrchní sestrou, na kterou mi později poslal kontakt. Během telefonického rozhovoru s vrchní sestrou jsem se dozvěděl, že bohužel kvalitativní rozhovory nebudu moci uskutečnit, jelikož se na ně s touto prosbou obrací mnoho studentů a personál o to nestojí. Taktéž mi pověděla, že se jedná o dosti citlivé téma a lidé, se kterými pracuje, o tom neradi hovoří. Na základě nově nabitých informací jsem musel přehodnotit formu výzkumu a po poradě s mým vedoucím práce, jsme se domluvili

na vytvoření orientačního anonymního dotazníku. Tento způsob vedení výzkumu mi byl nakonec schválen i vrchní sestrou.

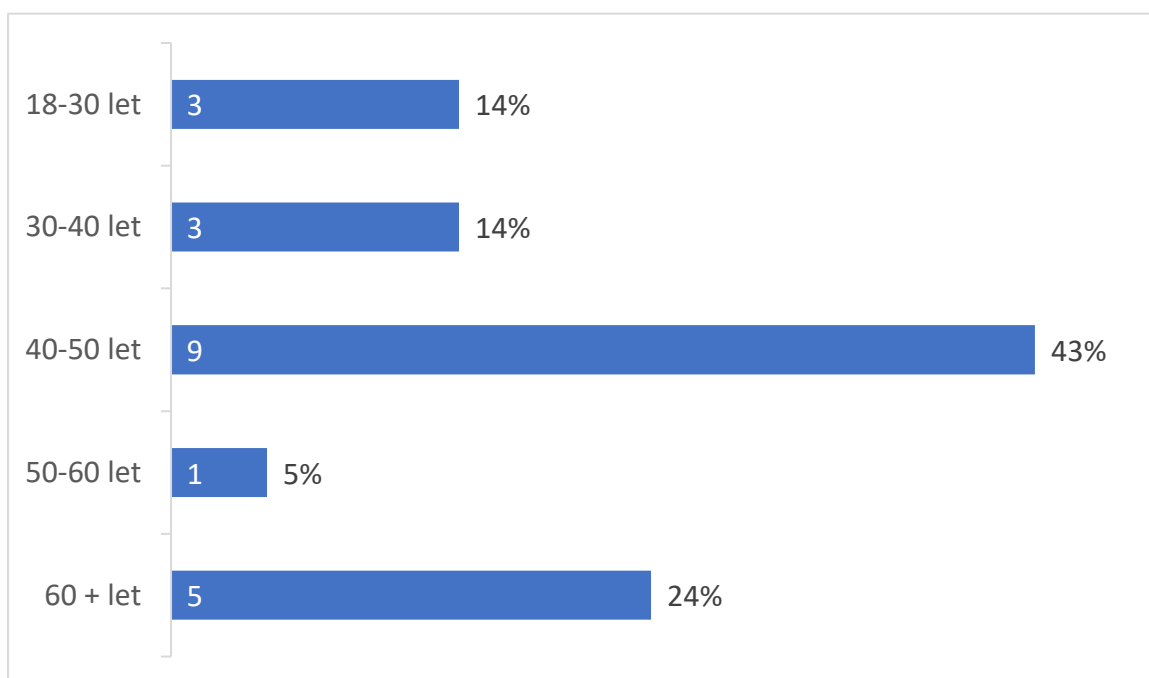
Výzkumné otázky, které jsem měl připravené na polostrukturovaný rozhovor jsem musel přepracovat tak, aby mohly být zodpovězeny formou orientačního dotazníku. Na základě toho jsem vytvořil takový dotazník, který se dal využít k orientačnímu zkoumání dané problematiky. Samotný dotazník jsem rozdělil do 3 základních sekcí. První část se zaměřuje především na obecné informace o respondentovi, abych měl možnost rozlišovat dotazované od sebe, a aby byla zachována anonymita. Druhá sekce se dotazuje na budování vztahu mezi pacientem a respondentem, jak často s nemocným hovoří, jaké pocity zažívá, když pacient zemře a další. V poslední části se nacházejí otázky, které se více zaměřují na respondenta, jakým způsobem relaxuje, jaké jsou jeho důvody k vykonávání dané práce a tak dále. Poté došlo ke konzultaci s mým vedoucím práce, který dotazník schválil a následně mi byl schválen i vrchní sestrou. Vytisknuté dotazníky jsem odnesl vrchní sestře, která je následně rozdala mezi ošetřující sestry a sanitární pracovníky v zařízení.

Nejprve jsem se domlouval s vrchní sestrou, že si vyplněné dotazníky vyzvednu za 14 dní. Následně mě po daném časovém období kontaktovala s tím, že jich má pouze 17, což pro mě nebyl úplně ideální počet. Na základě telefonického rozhovoru jsem se s ní tedy domluvil, že dobu výzkumu prodloužíme na dobu neurčitou, a že mě kontaktuje poté, co jich bude mít co nejvyšší možný počet. Za dalších 14 dní jsem od ní dostal zprávu, že se jí podařilo vyzvednout 21, což z rozdaného počtu 25 byl již ideálnější počet. Dotazníky jsem si následující den vyzvedl. Poté jsem veškerá získaná data vzal s průměroval do grafů na základě největších podobností v dotazníku. Narazil jsem ale na problém, že u některých otevřených otázek nebylo takřka nic napsáno, a proto jsem musel v grafech vytvořit pole, které informuje o tom, že nebyla napsána/zaškrtnuta žádná odpověď. Na základě předchozích konzultací s vrchní sestrou, jsem do dotazníků nezahrnul otázku rozdělovací pohlaví, jelikož mi bylo řečeno, že valná většina dotazovaných osob jsou ženy.

6. Výsledky jednotlivých odpovědí

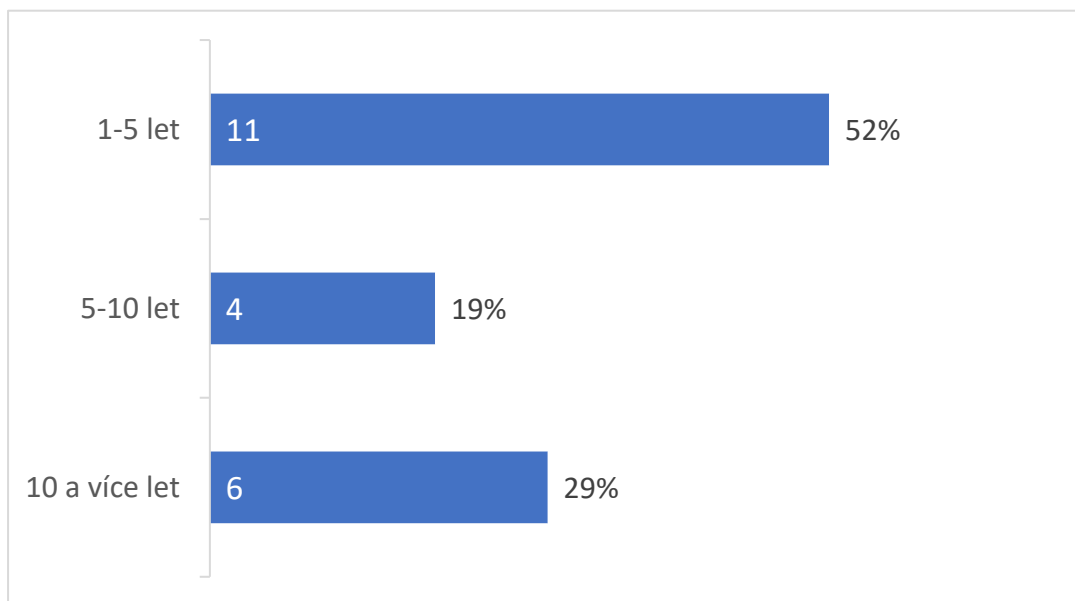
Na základě získaných dat z vypracovaných dotazníků, jsem se rozhodl z uzavřených otázek vytvořit procentuální grafy. Z polouzavřených otázek jsem také vytvořil procentuální grafy, ale v případě, že se respondent ve své odpovědi více rozepsal, jeho odpověď jsem zaznamenal do poznámek k dané otázce. Odpovědi z otevřených otázek jsem rozpracoval tak, že jsem nejprve vytvořil graf, který zaznamenává kolik lidí se na otevřenou otázku rozhodlo odpovědět a nadále vypisují odpovědi, které pod danou otázku napsali. Ještě je důležité zmínit, že v některých otázkách byla možnost zakroužkovat více odpovědí, a proto mohou procenta přesahovat 100 %. V případě, že se respondent odmítl k dané otázce vyjádřit, bude v grafu procentuálně zastoupen pod možností „nevyjádřil se“. Vzorový dotazník je uložen na konci práce pod přílohou

Otázka č. 1: Kolik Vám je let?



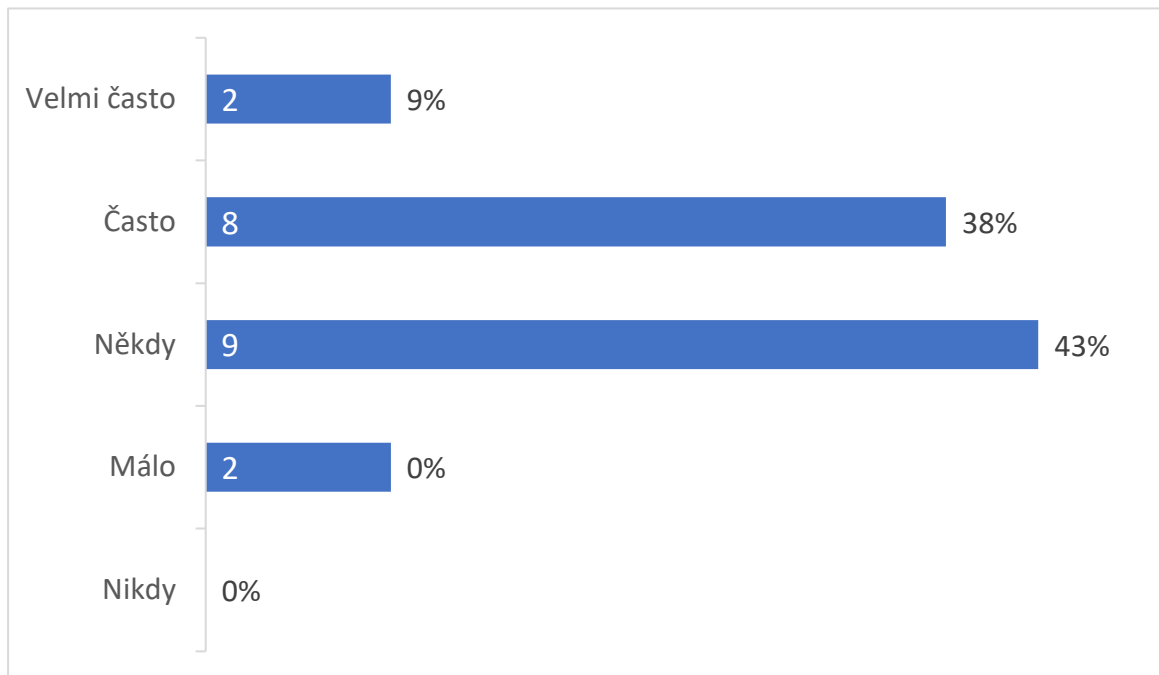
- 18-30 let
- 30-40 let
- 40-50 let
- 50-60 let
- 60 + let

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete v paliativní péči?



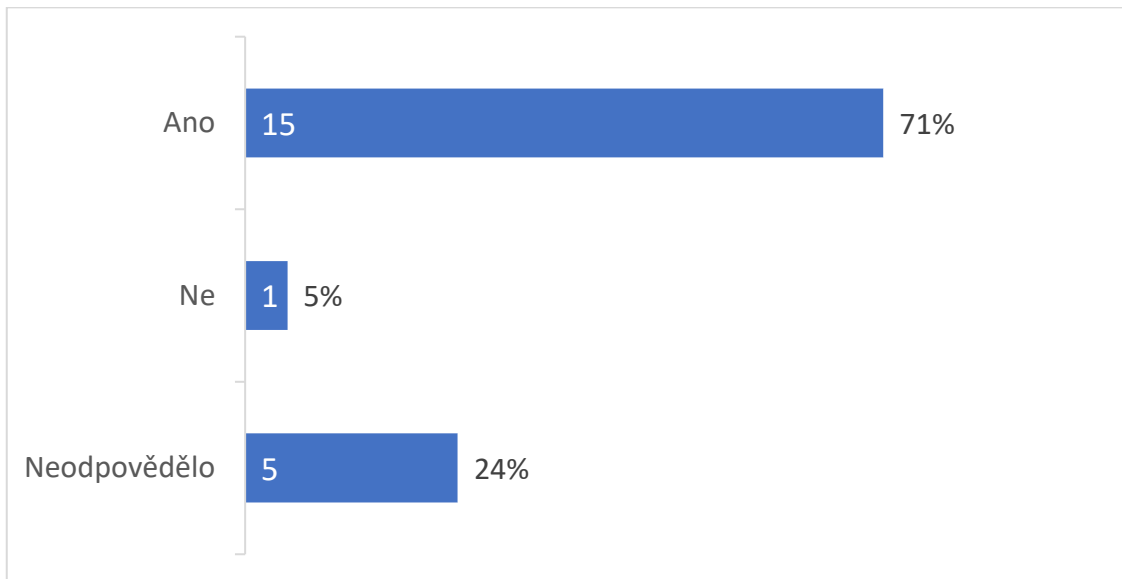
- 1-5 let
- 5-10 let
- 10 a více let

Otázka č. 3: Jak často dochází k rozsáhlejšímu rozhovoru mezi vámi a pacientem?



- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

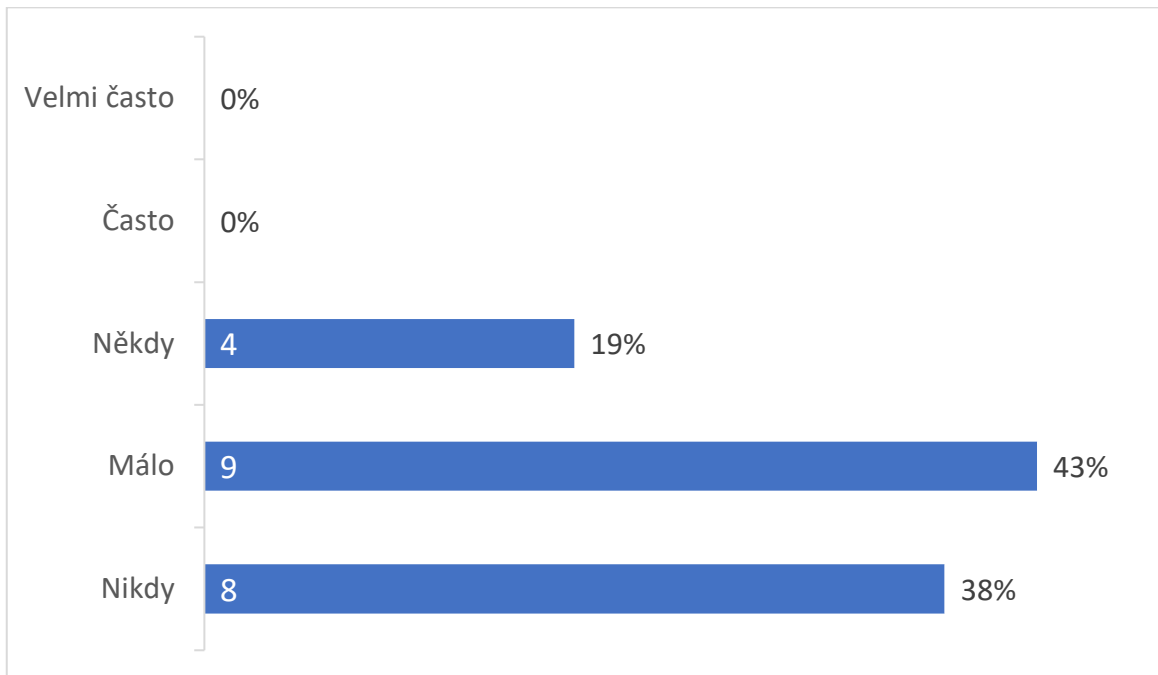
Otázka č. 4: Je pro Vás důležité budovat bližší vztah s pacientem a proč? (napíšte)



Proč:

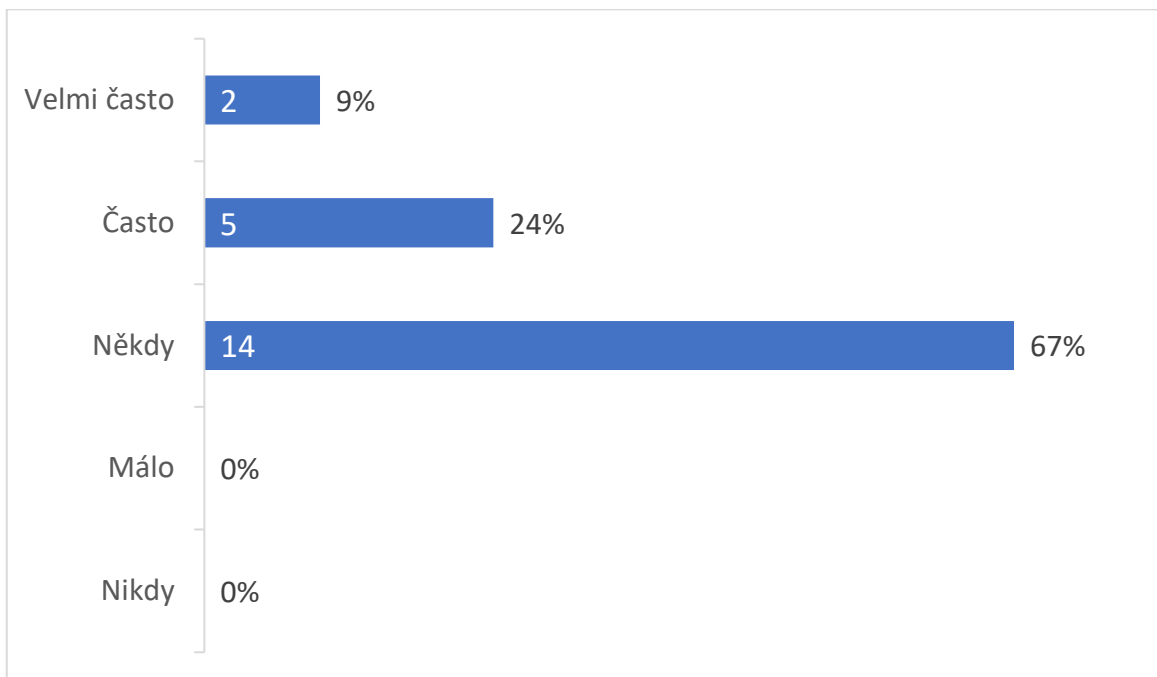
- Pro klidnější dožití
- Pocit důvěry
- Získání důvěry
- Lidskost
- „Je to součást naší práce“
- „Pokud to stav pacienta dovoluje, tak ano. Aby se cítil dobře, byl klidný a spokojený“
- „Ano, aby příjemně a neosaměle strávili poslední dny svého života na Zemi“
- „Lepší vzájemné porozumění a spolupráce“

Otázka č. 5: Zdržujete se v práci i po pracovní době, abyste trávil/a čas s pacienty?



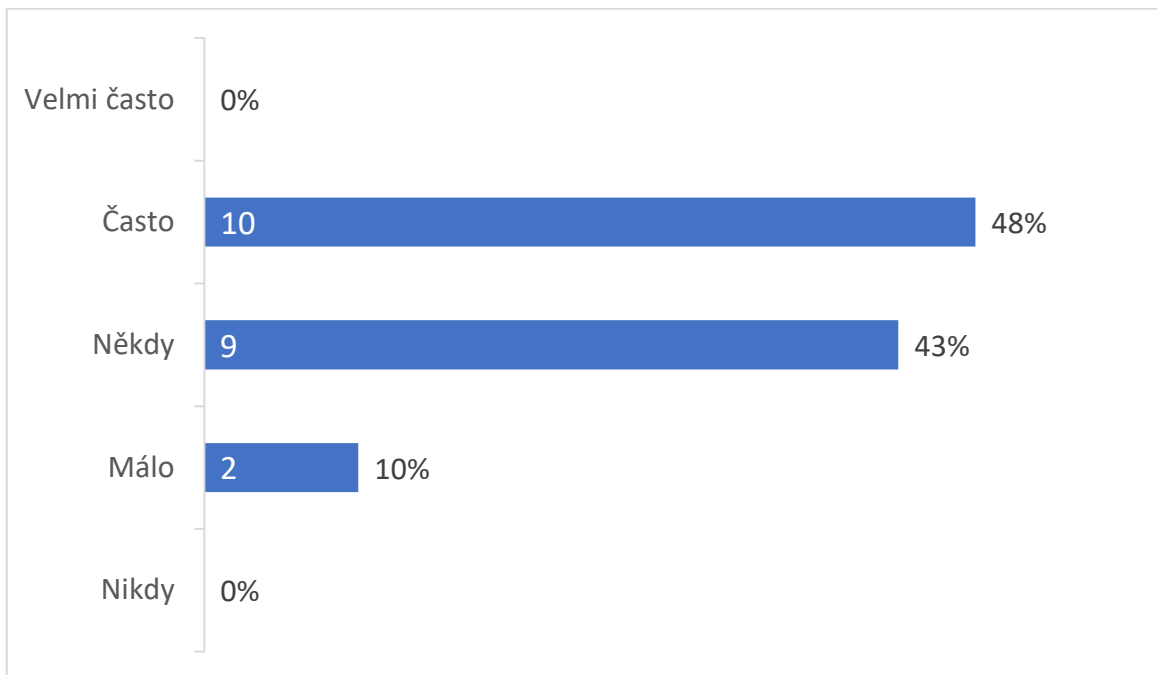
- Velmi často
- Často
- Někdý
- Málo
- Nikdy

Otázka č. 6: Jak často Vás některý z pacientů potěší?



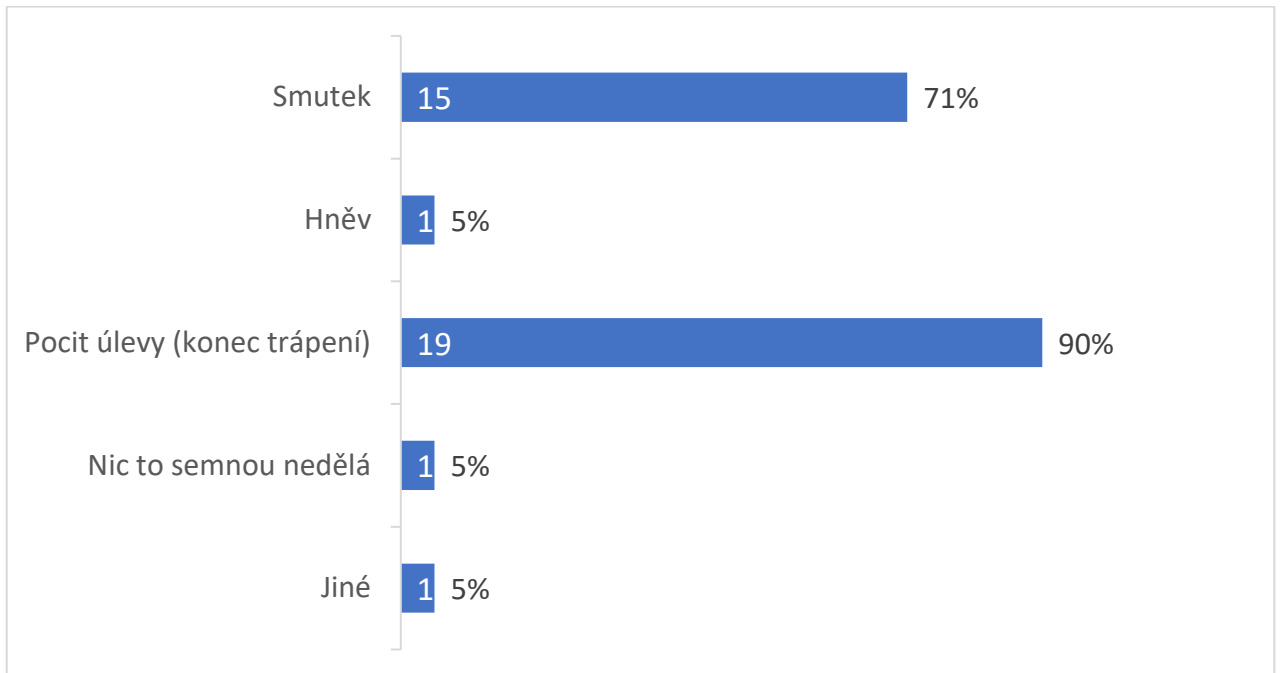
- Velmi často
- Často
- Někdý
- Málo
- Nikdy

Otázka č. 7: Stalo se Vám, že jste prožíval/a utrpení společně s pacientem?



- Velmi často
- Často
- Někdý
- Málo
- Nikdy

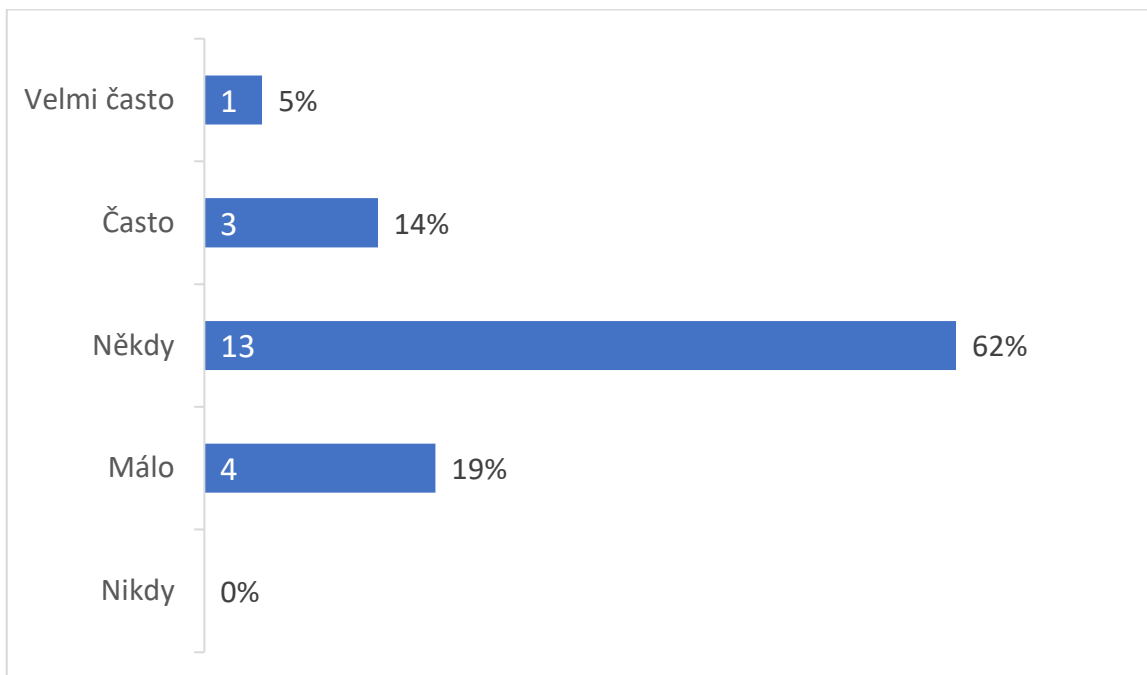
Otázka č. 8: Jaké emoce prožíváte, když pacient zemře? (Můžete zaškrtnout více možností)



- Smutek
- Hněv
- Pocit úlevy (konec trápení)
- Nic to semnou nedělá
- Jiné (napište)

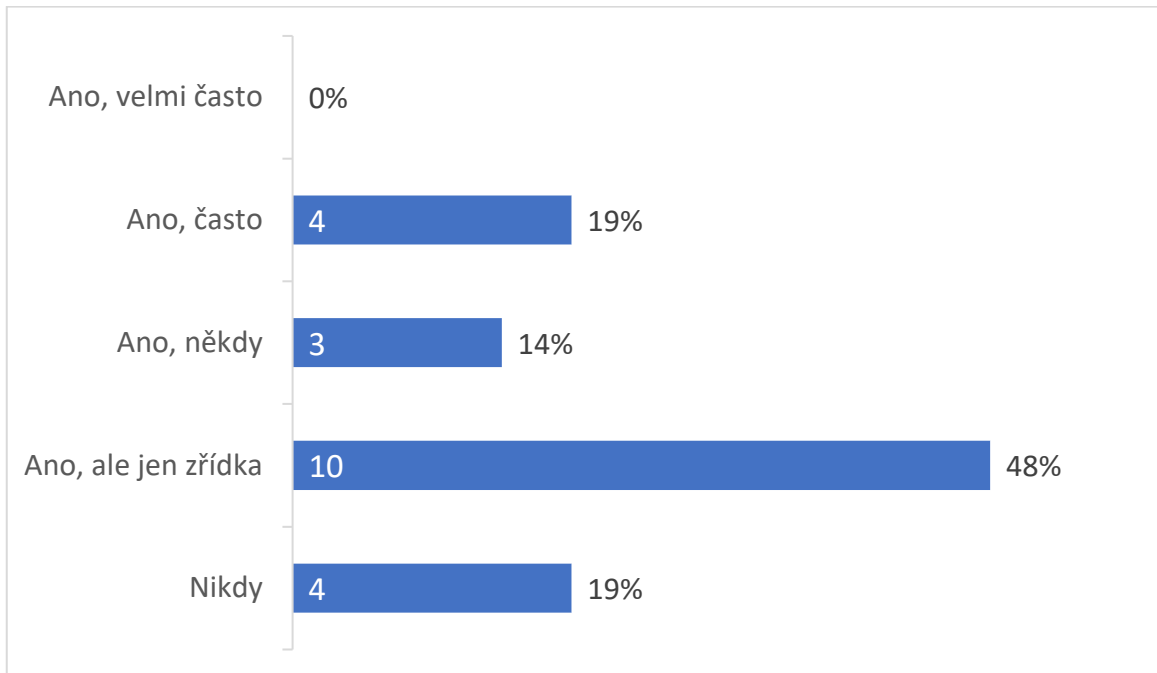
Pozn.: Jiné – „Návrat duše domů, do světla a lásky“

Otázka č. 9: Jak často v práci zažíváte pocit bezmoci?



- Velmi často
- Často
- Někdý
- Málo
- Nikdy

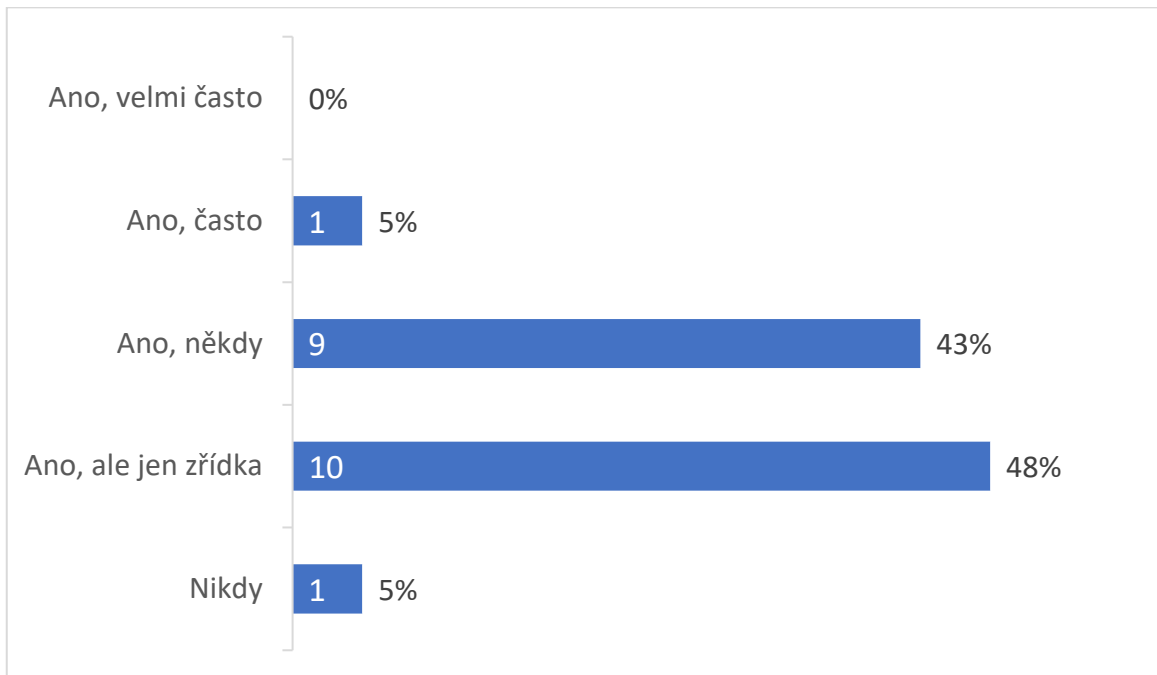
Otázka č. 10: Stalo se Vám, že jste byl během výkonu své práce některým z pacientů využíván?



- Ano, velmi často
- Ano, často
- Ano, někdy k tomu došlo
- Ano, ale jen zřídka
- Nikdy

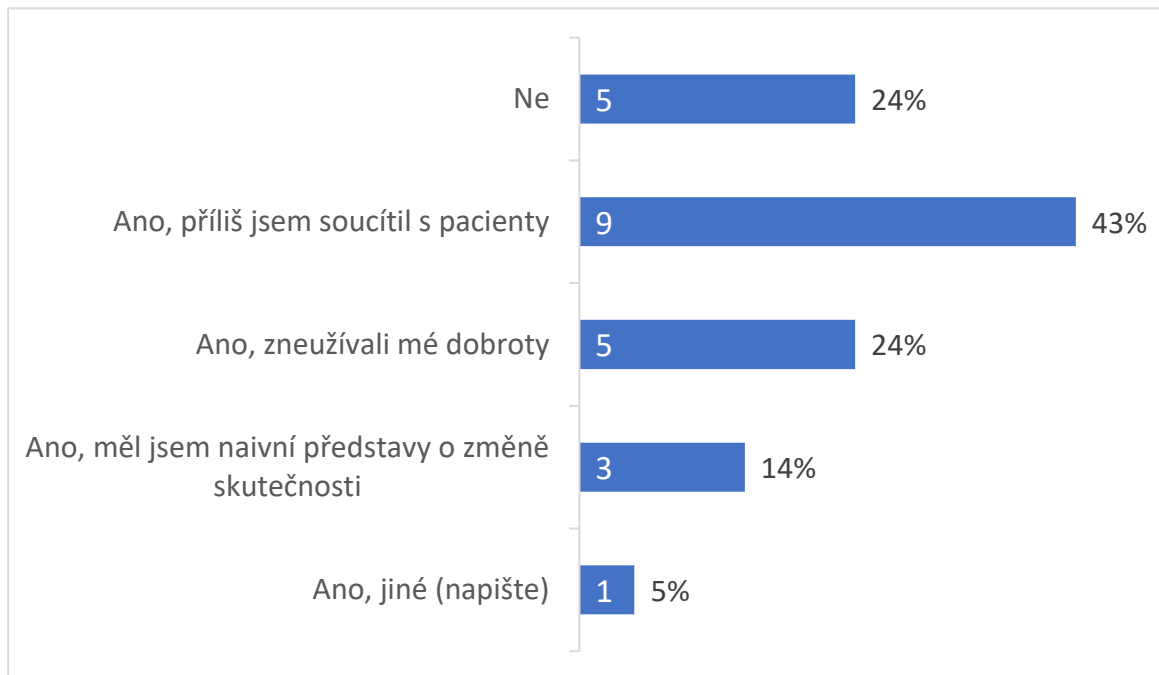
Pozn.: Jeden z respondentů dodal k odpovědi „Ano, ale jen zřídka – „Ve smyslu dones, přines“

Otázka č. 11: Přemyslíte nad pacienty i během svého volného času?



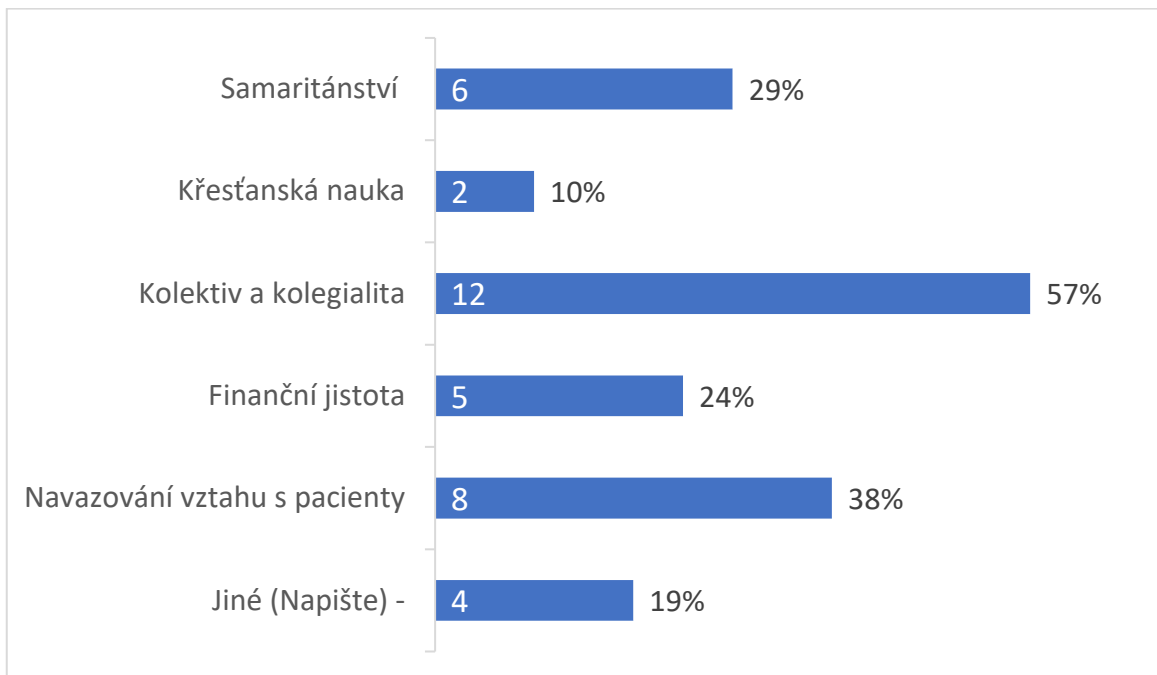
- Ano, velmi často
- Ano, často
- Ano, někdy
- Ano, ale jen zřídka
- Nikdy

Otázka č. 12: Musel/a jste si během výkonu své práce vytvořit pracovní odstup vůči pacientům? (Můžete zaškrtnout více možností)



- Ne
- Ano, příliš jsem se soucítil s pacienty
- Ano, zneužívali mé dobroty
- Ano, měl jsem naivní představy o změně skutečnosti
- Ano, jiné (napište) –

Otázka č. 13: Jaké jsou Vaše motivace pro vykonávání práce? (Můžete zaškrtnout více možností)



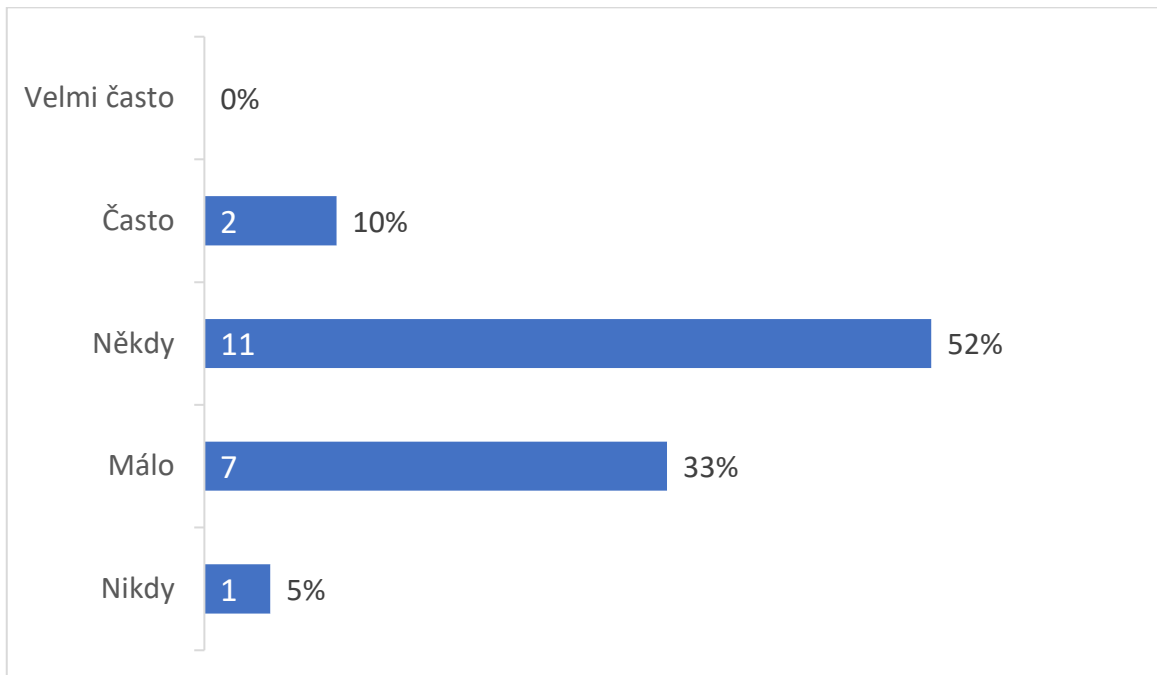
- Samaritánství
- Křesťanská nauka
- Kolektiv a kolegiální
- Finanční jistota
- Navazování vztahu s pacienty
- Jiné (Napište) –

Pozn.: Jeden z respondentů na otázku neodpověděl.

Jiné možnosti od respondentů:

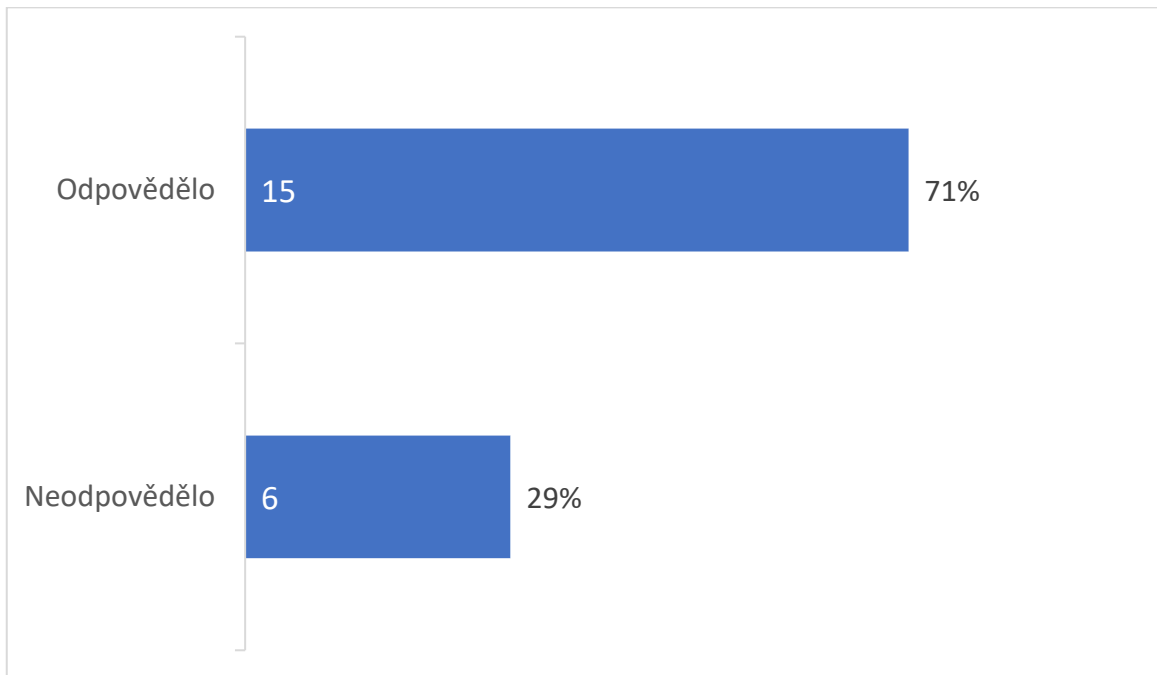
- Osud
- Vyšší smysl, služba
- „Tahle práce mi dává smysl, baví mě“
- Zajistit důstojné umírání

Otázka č. 14: Jak moc myslíte během svého volného času na práci?



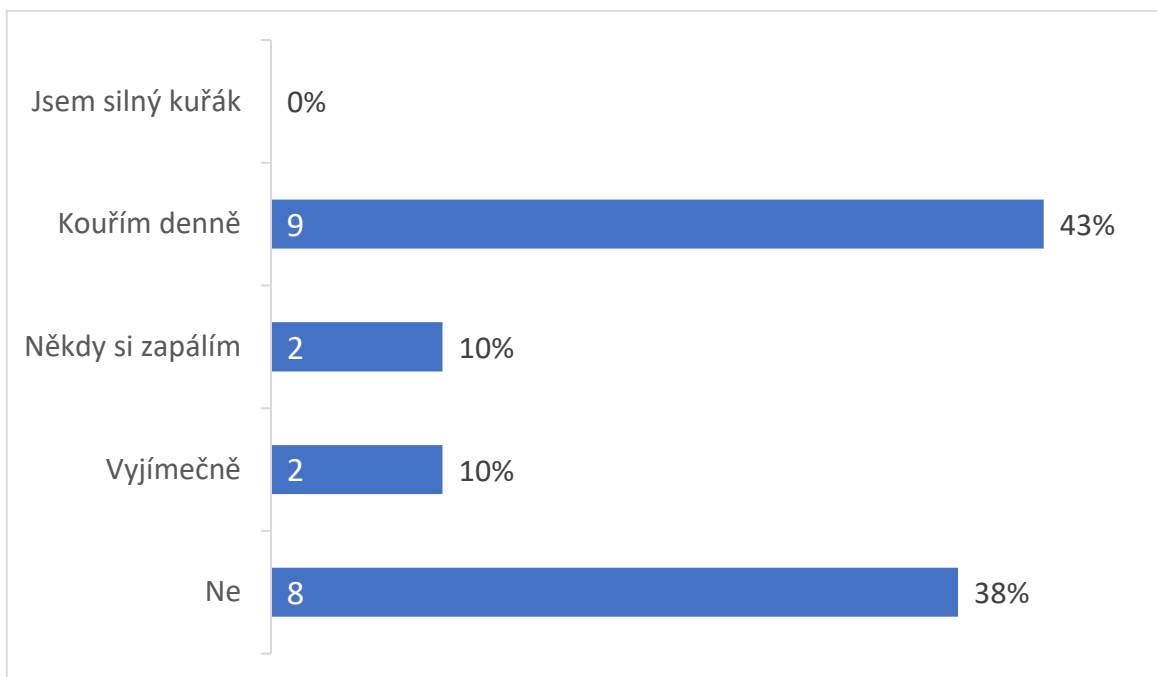
- Velmi často
- Často
- Někdy
- Jen zřídka
- Nikdy

Otázka č. 15: Jaké jsou Vaše formy relaxace, když nejste v práci? (Napište)



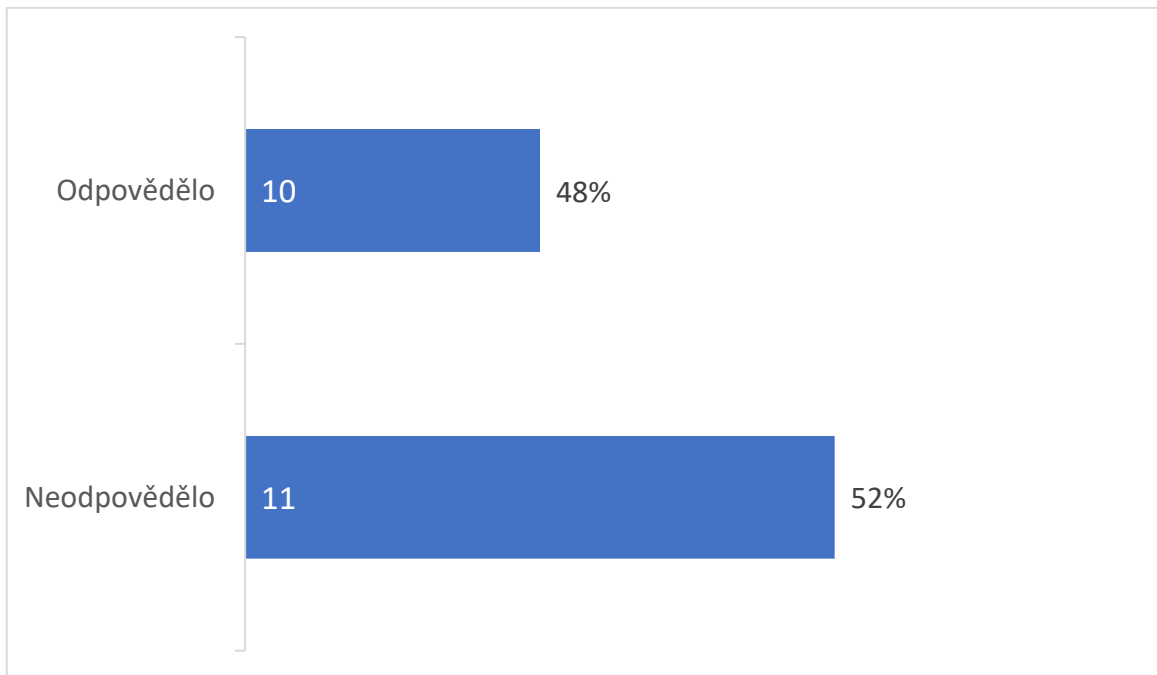
- Společnost
- Drink
- Četba (6x)
- Procházky
- Nákupy
- Sport (6x)
- Kultura
- Kino
- Hudba (4x)
- Druhé zaměstnání
- Rodina (3x)
- Wellnes
- Ruční práce

Otázka č. 16: Jste kuřák?



- Jsem silný kuřák
- Kouřím denně
- Někdy si zapálím
- Výjimečně
- Ne

Otázka č. 17: Pokud byste v práci měl/a možnost změny, která by měla pozitivní dopad na vaši osobní pohodu, jak by vypadala? (Napište)



- „Větší úcta k profesi od veřejnosti“
- „Bylo by jich dost“
- „Vyjadřovat se nechci“
- „Delší pauzy – pozitivní vztahy mezi kolegy, pacienty a jejich rodinami“
- „Lepší systém zdravotnictví“
- „Lepší zásobování a financování, podpora ze strany státu“
- „Větší zájem o pacienty ze strany lékařů“
- „Něco by se našlo, nechci sdělovat“
- „Nevím, jsem spokojená“
- „Snažím se být v pohodě, snažím se nemyslet“
- „Nevím“

Do místa pro poznámky, kde se mohl respondent vyjádřit nejen k mému dotazníku, jedna osoba napsala „Vždy může být líp! (v zaměstnání)“.

7. Interpretace výsledků dotazníkového výzkumu

Z posbíraných dat jsem zjistil, že nejzastoupenější věková kategorie, která vykonává ošetrující péči, je věkové rozmezí 40-50 let, což je z 21 respondentů 9 a procentuálně to vychází na 43 %. Je vhodné podotknout, že do zaměstnání nechodí moc mladých lidí. Jde spíše o starší jedince, kteří jdou do paliativní péče pracovat až po 30 roku života.

Pokud se zaměříme na praxi, tak mi vyšlo, že nejzastoupenější skupina, s 11(53 %) respondenty, má pracovní zkušenosti mezi 1 až 5 let. Následuje odpověď 10+ let praxe, do které spadá 6 respondentů a poslední je 5-10 let s čtyřmi zástupci. Z výsledků dotazníku lze vyčíst, že převládá skupina s krátkodobou praxí, která může brát zkušenější ošetrující jako své „učitele“ v praxi. Naopak starší členové by měli méně „zaběhlé“ usměrňovat. Taktéž je důležité říct, že může dojít ke střetu zájmů, jelikož ošetrující s praxí delší než 10 let mají již své metody, což některé nově příchozí může zaskočit a nemusí s nimi souhlasit. Skupina s kratší dobou praxe, disponuje novými a aktuálnějšími postupy a přístupy k pacientům. Zajímavá je také skutečnost, že nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti, kteří praxi vykonávají 5-10 let.

Následující otázka již patří do druhé části dotazníku, která mapuje samotný kontakt mezi pečujícím a pacientem. Výsledky z otázky, která se zaměřuje na rozsáhlejší rozhovor mezi pacientem a klientem, informují o tom, že k hlubšímu rozhovoru nedochází až tak často. Nejčastěji respondenti odpovídali formou „někdy“, která měla zastoupení 43 %, mezitím co odpovědi, které by potvrzovali, že k rozsáhlejšímu rozhovoru dochází běžně, byly zaškrtnuty 10krát. Jen velmi malé procento respondentů (přesněji 10%), odpovědělo, že k rozhovorům dochází jen málokdy.

Na otázku zaměřující se na budování bližšího vztahu k pacientovi, odpověděla většina respondentů pozitivně. Jelikož otázka zahrnovala část, ve které jsem se ptal proč, mohu říct, že nejčastější příčinou je budování důvěry u pacienta. Taktéž se objevovaly důvody jako lidskost, lepší spolupráce a zpříjemnění posledních dnů pacienta na Zemi. Překvapující je také skutečnost, že 24 % respondentů nezaškrtnulo žádnou možnost.

Na otázku ohledně zdržování se v zaměstnání i mimo pracovní dobu, z důvodu trávení volného času s pacienty, většina dotazujících odpověděla záporně. Přímo odpověď „nikdy“ byla zatrhnuta z 38 % a odpověď „málo“ měla zastoupení 43 %. Naproti tomu nikdo z respondentů neodpověděl, že se jedná o častou skutečnost.

Na základě výsledků tedy můžeme dojít k závěru, že se nejedná o tak častý jev v paliativní péči, ale přesto se vyskytuje.

Otázka číslo 6 se zaměřovala na to, jak často dokáže pacient něčím pečujícího potěšit. Nejčastěji byla zastoupena odpověď „někdy“, která byla procentuálně zastoupena 67 %. Zbytek dotazovaných odpovídal už jen kladněji. Myslím si, že je to velmi dobře, jelikož se pečujícím dostává zpětná vazba o tom, že je jejich práce prospěšná a opravdu lidem pomáhají. Měli bychom to brát jako projev díku nebo odměnu, kterou mohou pacienti pečujícím darovat. Taktéž to pozitivně působí na osobní pohodu pracovníků.

V dotazníku byla položena otázka, která se zaměřovala na situaci, při které respondent prožíval utrpení společně s pacientem. Největší procentuální zastoupení byla odpověď „často“ s 48 % a následovala možnost „někdy“ s 43 %. Nikdo z dotazovaných nezaškrtnl volbu „nikdy“. V paliativní péči se s utrpením setkávají pracovníci denně, a proto je důležité vytvořit si určité pracovní bariery, které je budou „chránit“ od přílišného psychického nátlaku, který sebou může přilíšná empatie přinášet.

Následující otázka se zaměřuje na emoce, které respondent prožívá, když se dostaví smrt pacienta. Jelikož se jednalo o otázku, kde mohli dotazující vybrat více možností, procenta přesahují 100 %. Podle výsledků z dotazníků, při úmrtí nemocného se nejčastěji objevuje pocit úlevy, který pečující berou jako konec jeho trápení. Tato volba se nacházela až u 90 % dotazovaných. Po pocitu úlevy byl smutek s 71 %. Zajímavé je také, že emoce hněv byla vybrána pouze jednou. Taktéž je důležité zmínit jednoho z dotazujících, který doslovně napsal „Návrat duše domů, do světla a lásky“. V tomto případě si můžeme všimnout náboženského přístupu k smrti. Výsledky tedy hovoří o tom, že většina lidí pracujících v paliativní péči soucítí s pacienty a jen velmi malé procento ošetřujících bere smrt apaticky.

Otázka číslo 9 se zaměřuje na prožívání pocitu bezmoci během výkonu práce. 62 % dotazujících odpovědělo „někdy“. Zajímavé je, že od neutrální odpovědi „někdy“, se stejný počet ošetřujících (4) přiklonil jak k možnostem, které označovaly častější spojování s pocitem bezmoci, tak i k méně častějšímu. Dále je vhodné zmínit, že jeden respondentů vybral možnost „velmi často“, což může mít z dlouhodobého hlediska velmi negativní vliv na osobní pohodu.

Otázka číslo 10 se dotazovala respondentů, zda li se někdy setkali s jejich zneužíváním ze strany pacienta. Po shromáždění dat vyšlo, že se zneužíváním setkala

až 81 % dotazovaných a pouze 19 % odpovědělo nikdy. Většinou se jednalo o lidi, kteří v dotazníku zaškrtnuli možnost délky praxe 1-5 let. Jeden z dotazovaných doslovně napsal „Ve smyslu donec, přines“. Zajímavá je také skutečnost, že většina odpovědí byla „Ano, ale jen zřídka“, která byla zastoupená 48 % a zbytek pozitivních odpovědí pojednávalo o častějším setkáváním se s tímto jevem. Taktéž se jedná o situace, které u některých dotazujících vedly k vytvoření si pracovního odstepu. Přesnější popis bude obsažen v otázce číslo 12.

Poslední otázkou, v části zaměřující se na vztah mezi klientem a pacientem, pojednává o tom, zda li ošetřující přemýšlí na pacienty během svého volného času. Takřka všichni dotazovaní odpověděli kladně, pouze jeden z nich zaškrtnul možnost „nikdy“. Přestože většina odpověděla ano, četnost tohoto jevu není tak častá. 43 % respondentů odpovědělo „ano, někdy“ a 48 % zaškrtnulo možnost „Ano, ale jen zřídka“. Jen jediný člověk vybral možnost „Ano, často“.

Otázka číslo 12 se již řadí do části, která se zaměřuje především na samotného respondenta. Dotazujícího se reaguje na to, jestli si během výkonu své práce musel vytvořit pracovní odstep. Většina respondentů odpovědělo ano, ale důvody nebyly vždy stejné. Nejčastější příčinou byl přílišný soucit s pacienty, který narušoval jejich pracovní pohodu. Byl zastoupen ze 43 %. Jako dalším důvodem bylo zneužívání dobroty ošetřujícího, kterou jako odpověď vybralo 24 %. 14 % zaškrtnulo odpověď „Ano, měl jsem naivní představy o změně skutečnosti“. Pouze 5 (24 %) respondentů vybralo možnost „Ne“. Většinou se jednalo o lidi, jejichž praxe nepřesahovala délku 5 let.

Otázka číslo 13 se zaměřuje na motivace respondentů pro vykonávání práce v paliativní péči. Všechny odpovědi byly alespoň jednou zastoupeny. Kolektiv a kolegiálnost se podle výsledků stala nejčastější odpovědí s 57 %. Na základě získaných výsledků tedy můžeme říct, že více jak většina respondentů potvrzuje, že v zařízení hospici Štrasburk je dobrý, fungující kolektiv. Druhou nejzastoupenější odpovědí bylo „navazování vztahu s pacienty“. 19 % dotazovaných vybralo možnost „jiné (napište)“, kde následně doplnili motivace jako je „osud, vyšší smysl a služba“. Jeden z respondentů napsal „Tahle práce mi dává smysl, baví mě.“. Otázku nezodpověděl jeden člověk.

Následující otázka se respondentů dotazovala, jak často myslí na práci během svého volného času. Je zde určitá podobnost jako v otázce číslo 11, ale ta se přímo zaměřovala na pacienty, nikoliv na celou práci. Většina lidí odpovídala podobně, jako

v již jednou zmiňované otázce. Hlavní rozdíl byl v tom, že v otázce číslo 11 převládala odpověď „ano, ale zřídka“, mezitím co v otázce číslo 14 je nejčastější odpověď „ano, někdy“ s 52 %. Po srovnání dat tedy můžeme tvrdit, že respondenti tráví více svého volného času přemýšlením nad prací než nad pacienty.

Otázka č. 15 se věnovala relaxaci. Jednalo se o otevřenou otázku, kam respondenti měli možnost napsat formy relaxace, které využívají. Na otázku odpovědělo 15 (71 %) dotazovaných. Mezi nejčastější formy relaxace, podle výsledků dotazníku, byla četba (6x), sport (6x), hudba (4x) a rodina (3x). Mezi další odpovědi patřilo kino, ruční práce, nákupy, drink, společnost a tak dále. Překvapivá byla skutečnost, že na otázku neodpovědělo 29 % dotazujících, jelikož se nejednalo o citlivou otázku, byl jsem tímto zjištěním zaražen. Jeden z dotazovaných napsal jako formu relaxace druhé zaměstnání, přestože moc lidí práci jako odpočinek nebere, avšak rozumím tomu, že méně psychicky náročná práce může člověka zrelaxovat.

Předposlední otázka se respondentů tázala, zdali jsou kuřáci. 9 (43 %) odpovědělo, že cigarety kouří denně. Menší část (10 %) odpověděla možností „Někdy si zapálím“, „výjimečně“ vybralo 10 % a „nekouřím“ zaškrtnulo 38 %. Přestože se může na první pohled zdát, že jde o nepodstatnou informaci, mnoho lidem v dnešní době cigarety pomáhají se zvládnutím každodenního stresu a může mít pozitivní vliv na osobní pohodu, přestože to má negativní dopady na zdraví jedince.

Poslední částí dotazníku je otázka, která se dotazuje na možné změny, které by respondentům napomohly k pozitivnímu vlivu na jejich osobní pohodu. Na otázku odpovědělo méně než polovina dotazovaných a to přesněji 48 %, zbytek otázku nevyplňoval. Z 10 získaných odpovědí byly dvě, ve kterých se psalo, že se nechtějí vyjadřovat. Jedna osoba napsala, že by se našlo dost možných změn. Další dva jedinci odpověděli formou „nevím“. Jeden z respondentů měl poněkud zvláštní odpověď, jelikož napsal „Snažím se být v pohodě, snažím se nemyslet.“, což není zrovna vhodný přístup a může mít velmi negativní dopad na osobní pohodu dotyčného. Pokud se na výsledky podíváme objektivně, pouze 5 respondentů napsalo možnosti, které by mohly vést k pozitivnímu vlivu na osobní pohodu. Zajímavé také bylo, že ani jednou se možná změna neopakovala. Mezi odpovědi patřilo například „Delší pauzy – pozitivní vztahy mezi kolegy, pacienty a jejich rodinami“, „Větší zájem o pacienty ze strany lékařů“, „Lepší

system zdravotnictví“, „Větší úcta k profesi od veřejnosti“ a „Lepší zásobování a financování, podpora ze strany státu.“.

8. Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak často dochází k zneužívání pečujících klienty?

Na základě získaných informací z dotazníku můžeme tvrdit, že ke zneužívání dochází, přestože to není tak časté. Otázka číslo 10 se přímo na zmiňovanou problematiku zaměřovala. Je celkem překvapivé, že čtyři respondenti odpověděli, že ke zneužívání dochází často a naproti tomu další čtyři dotazující odpověděli, že se s tím nikdy nesetkali. Přesto nejčastější odpovědí bylo, že k zneužívání dochází, ale jen zřídka a nejedná se o tak častý jev. Pokud bychom to měli shrnout do celkových dat, vyjde nám, že 81 % všech dotazovaných se s zneužíváním setkali, což je celkem vysoké procento. Výsledky mě zarazily, nečekal jsem, že někdo vůbec odpoví, že ke zneužívání dochází často. Samozřejmě bylo jasné, že určité procento se s tímto jevem setkalo, ale 81 % je opravdu hodně. Myslím si, že nemusí jít vždy o vědomé zneužívání, ale podle mě si pacienti dostatečně uvědomují, že některé požadavky již nemusí být v kompetencích ošetřujícího personálu.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou časté emoce při úmrtí pacienta?

Pro nalezení odpovědi na zmiňovanou výzkumnou otázku, jsem využil otázku číslo 8 z orientačního dotazníku. Z posbíraných dat jsem došel k závěru, že nejčastější emoci, kterou pečující prožívá je pocit úlevy. Další častou odpovědí byl smutek. Na druhou stranu hněv a odpověď, kdy člověk neprožívá žádné emoce byla vybrána pouze jednou. Nejsem překvapen skutečností, že nejčastější emoce je pocit úlevy, jelikož jsem se osobně v podobném prostředí pohyboval a většina pacientů už jen dožívá. Ale byl jsem překvapen, že tolik lidí pociťuje smutek, jelikož respondenti pracují se umírajícími po celou dobu praxe a předpokládal bych, že se pro většinu lidí stane smrt běžnou skutečností. Během rozhovoru s hlavní sestrou mi bylo taktéž řečeno, že velmi záleží na pacientovi, který umírá. Byli zde jedinci, kteří byli personálem velmi oblíbení a všichni po jeho úmrtí smutnili. Ale na druhou stranu existovaly případy, kdy se pacient k personálu nechoval slušně a jeho smrt nemá na pečující personál moc velký vliv.

Výzkumná otázka č. 3: Dochází ke změně přístupu k pacientům po 5 letech praxe?

Proto, aby mohla být výzkumná otázka objektivně zodpovězena, rozdělil jsem vypracované dotazníky do dvou skupin podle délky praxe a zaměřil se na konkrétní otázky, přesněji otázky číslo 3,5,7, 11 a 12. Využil jsem induktivní metody a následně jsem u každé skupiny zvláště spočítal odpovědi u konkrétních otázek a na závěr jsem posbíraná data porovnal. Pokud výsledky budeme brát obecně, již na první pohled jde vidět, že rozdíly mezi lidmi s delší praxí a kratší praxí jsou. Při konkrétnějším porovnávání odpovědí v otázce číslo 3 si všimneme, že u respondentů s praxí, která trvá déle než 5 let, častěji dochází k rozsáhlejším rozhovorům s klientem. Při srovnávání dat z otázky číslo 5, si taktéž můžeme všimnout častějšího přetrvávání v práci u osob s praxí delší 5 let, za účelem trávit čas s pacienty během svého volného času než u respondentů s kratší praxí. Co se týče otázky číslo 7, zde jsou výsledky poměrně vyrovnané, ale přesto k častějšímu soucítění s pacientem dochází u skupiny, jejichž praxe nepřesahuje délku 5 let. Otázka číslo 11 se dotazuje, zda li respondent přemýšlí nad pacienty i během volného času. Odpovědi v této otázce jsou opět dosti podobné, ale při bližším prozkoumání se skupina s delší praxí častěji zamýšlí nad pacienty i mimo práci. Otázka číslo 12 byla poslední otázkou, která souvisela s výzkumnou otázkou, a dotazuje se respondenta, jestli si musel během své praxe vybudovat pracovní odstup vůči pacientům. Tahle otázka byla pro zodpovězení výzkumné otázky nejpodstatnější. Jelikož ze souhrnu dat si na první pohled všimneme, že 5 dotazovaných odpovědělo, že si žádný odstup vytvořit nemuseli a všichni byli ze skupiny, která neměla praxi delší než 5 let. Na druhou stranu všichni jedinci s praxí delší jak 5 let si pracovní odstup vytvořit museli. Nejčastějším důvodem byl přílišný soucit s pacienty a zneužívání dobroty pečujícího. Pokud se tedy na výsledky podíváme z širší perspektivy, pracovníci s praxí delší 5 let jsou vůči pacientům empatičtější, tráví s nimi více času a častěji s nimi komunikují než jedinci s kratší praxí. Myslím si, že se dalo očekávat, že jedinci s dlouhodobou praxí budou v tomto ohledu zkušenější a budou otevřenější komunikaci s pacienty. Vědí, jak s nimi zacházet a komunikovat proto, aby se nemocní cítili lépe.

Výzkumná otázka č. 4: Je významný rozdíl v zájmu o pacienty v případě, kdy je pečující kuřák nebo nekuřák?

K vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil podobný postup, jako na předchozí výzkumnou otázku. Opět jsem využil induktivní metody a rozdělil jsem si veškeré dotazníky do dvou skupin, na nekuřáky a kuřáky. Následně jsem si zapsal odpovědi do tabulek a srovnal jejich výsledky. Na první pohled se může zdát, že mezi nimi až taková odchylka není, ale po bližším prozkoumání výsledků, se začaly určité rozdíly objevovat. V otázce číslo 3, která se zaměřuje na rozsáhlejší komunikaci respondenta s pacientem, vidíme značný rozdíl. Kuřáci podle výsledků s jedinci komunikují častěji než nekuřáci. Taktéž ani jeden z kuřáků nezatrhl odpověď „málo“, kterou ve druhé skupině vybrali dva zástupci. Otázka číslo 5 zkoumá, zdali respondenti neodcházejí z práce hned po skončení doby, ale zůstávají, aby mohli trávit čas s pacienty. Podle posbíraných dat vidíme, že nekuřáci častěji setrvávají v práci s klienty i po pracovní době. Z celé skupiny nekuřáků vybrali možnost „nikdy“ tři, mezitím co ve druhé skupině stejnou odpověď zvolilo hned pět dotazovaných. Otázka číslo 7 se zaměřovala na empatii a prožívání bolesti a utrpení společně s klientem. Zde výsledky naznačily, že kuřáci jsou empatičtější než nekuřáci, jelikož možnost „často“ byla skupinou užívajících cigarety vybrána 7krát, mezitím co u druhé skupiny pouze 3krát. Taktéž odpověď „málo“ byla vybrána pouze u skupiny nekuřáků. Otázka číslo 11 se respondentů dotazuje, zdali myslí na pacienty i během svého volného času. Zde opět vychází jako empatičtější skupina kuřáků. Jen respondent spadající do skupiny kuřáků odpověděl „Ano, často“. Nejčastější odpověď „ano, někdy“ měla větší zastoupení u dotazujících užívajících cigarety, zmiňovanou odpověď vybralo šest jedinců. Ve skupině nekuřáků byla nejčastěji vybíraná možnost „Ano, ale jen zřídka“. Poslední zkoumaná otázka, která sloužila k zodpovězení čtvrté výzkumné otázky, se zaměřovala na vytvoření si pracovní odstavu vůči pacientům během svého výkonu práce. Odpovědi na zmiňovanou otázku byly velmi podobné. Ze skupiny kuřáků zaškrtnli možnost „ne“ tři zástupci, mezitím co nekuřáků vybrali stejnou možnost pouze dva. Jelikož se nejedná o výrazný rozdíl, není potřeba výsledky z této otázky více rozvádět. Pokud se na celková data podíváme nyní, vyjde nám, že kuřáci jsou vůči pacientům přívětivější a mají o ně větší zájem. Z pěti zkoumaných otázek nám vyšlo, že ze tří vycházejí jako empatičtější kuřáci.

9. Diskuse

Na základě předchozích rozhovorů s vrchní sestrou, jsem očekával, že vyplněný počet dotazníků bude nižší a většina respondentů na otevřené otázky odpovídat nebude. Ale mé předpoklady se nepotvrdily. Celkem velké množství dotazovaných na otevřené otázky reagovalo, přestože odpovědi nebyly moc rozvedené. Taktéž jsem si myslel, že bude více negativních odpovědí v otázkách, které se zaměřovaly na vztah mezi pacientem a ošetřujícím, jelikož z mé vlastní zkušenosti jsem věděl, že s některými pacienti nemusí být nejlehčí vztah budovat. Překvapila mě skutečnost, že takřka všichni dotazovaní myslí na práci i na pacienty během svého volného času. Přestože podle výsledků nejde o velmi častý jev, stojí za zmínění. Zajímavou věcí je také věk respondentů úměrný s délkou praxe. Jelikož nejzastoupenější věková skupina z výsledků dotazníků byla „40-50 let“, přestože nejvíce jedinců odpovědělo na délku praxe „1-5 let“, z čehož můžeme odvodit, že většina zaměstnanců nezačala pracovat v paliativní péči po dokončení vzdělání, ale během svého života se k tomu dopracovala. Na základě toho, že jsem svůj výzkum dělal pouze v jednom zařízení, které na první pohled vypadalo velmi spořádaně a funkčně, si myslím, že při zkoumání jiných paliativních zařízení/hospiciů by získaná data nemusely být až tak kladné. Na samotných výsledcích z dotazníků jde vidět, že v hospici Štrasburk je fungující kolektiv a lidé jsou zde milí. Také si můžeme všimnout, že ke komunikaci s pacienty dochází často, a dokonce někteří pracovníci zůstávají v práci i mimo svou pracovní dobu, což si myslím, že v mnoha zařízeních nefunguje.

Na základě vypracovaných dotazníků, se podařilo mi získat dostatek informací pro zodpovězení výzkumných otázek. Ovšem musíme brát na vědomí, že se jedná pouze o jedno zařízení, a nebylo by vhodné výsledky zobecňovat.

První výzkumná otázka se týkala zneužívání ošetřujícího personálu pacienty. Ze získaných dat nám vychází, že k zneužívání, ze strany pacienta, opravdu dochází, přestože se nejedná o příliš častý jev. Pokud se zaměříme přímo na odpovědi máme čtyři ku čtyřem odpověď „ano, často“ a „ne“, což může na první pohled působit zajímavě. Myslím si, že je to ovlivněno přístupem ošetřujícího k pacientovi. V případě, že pečující s nemocných komunikuje a projevuje o něj zájem, pomáhá mu nad svoje kompetence, může to mít za následek to, že si dotyčný zvykne na takový „nad standart“ a vyžaduje ho častěji. Na základě čehož to může vést, pohledu respondenta, ke zneužívání jejich

dobré vůle. Pokud to tedy shrneme, záleží především na vystupování ošetřujícího personálu. Odpověď na výzkumnou otázku mě moc nepřekvapila. Na základě svých vlastních zkušeností vím, že pacienti pokoušejí hranice, i když se například jedná jen o nákup nebo přinesení věcí.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na emoce, které respondent zažívá, když pacient umře. Zde nám jasně vyšlo, že nejčastější emocií je pocit úlevy, který byl vybrán v 90 % a následoval smutek s 71 % ze všech vybraných dotazníků. Z počátku mě zarazila skutečnost, že pouze jeden z respondentů vybral vztek, přestože se často můžeme setkat s lidmi, kteří reagují na smrt vztekem. Ale poté jsem uznal, že v paliativní péči by nebyla taková reakce vhodná. Více jsem byl zaskočen skutečností, že je smrt u mnoha dotazovaných spojena s emocií, jelikož se smrtí se v paliativní péči setkáváme tak často, že se pro dotyčného může smrt stát jen součástí práce. Rozumím tomu, že člověk musí být empatický, aby mohl tuto práci vykonávat kvalitně, o čemž mimo jiné hovoří nejvíce vybraná odpověď, ale i přes to bych čekal, že více lidí bude smrt brát jen jako normální jev.

Třetí výzkumná otázka pojednávala o změně přístupu k pacientům po 5 letech praxe. Z posbíraných dat vyšla odpověď taková, že lidé, kteří měli praxi delší než 5 let, jsou vůči pacientům více otevření, častěji nad nimi přemýšlí ve svém volném čase, ale zároveň si museli vytvořit určité pracovní odstupy proto, aby mohli svou práci nadále vykonávat. Odpověď na výzkumnou otázku jsem očekával. Jediné, co pro mě překvapující bylo, že lidé s dlouholetou praxí častěji komunikují s pacienty. Je to možná z důvodu, že jedinci s kratší praxí si zatím k nemocným nedokázali najít cestu a je pro ně náročnější s pacienty komunikovat. Mezitím co jedinci s dlouhou pracovní zkušeností již znají nemocné, ví, jak s nimi komunikovat a vycházet. Podle mého názoru je důležité, aby někdo s pacienty komunikoval, jelikož jsou většinou už sami a chybí jim kontakt s okolím. Jeden z respondentů se k dané věci nepřímo vyjádřil, když napsal „Je to součástí naší práce“, přestože si nemyslím, že se jedná vysloveně o povinnost, ale určitě je takový přístup vhodný.

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřovala na to, zdali kouření ovlivňuje přístup pečujících k pacientům. Na základě posbíraných dat vyšlo, že skupina respondentů, kteří užívají cigarety, jsou vůči pacientům milejší a častěji mezi nimi dochází k delším rozhovorům. Jediná otázka, ve které vyšlo, že jsou na tom nekuřáci lépe, byla otázka na

trávení času v práci i po pracovní době. Samotný výsledek mě celkem zaskočil, jelikož jsem nepředpokládal, že budou kuřáci častěji komunikovat s pacienty. Zajímavá mi přišla skutečnost, že v otázce týkající se vytváření si pracovního odstup, bylo zastoupení odpovědí téměř totožné, což naznačuje, že otázka kouření v takové situaci není rozhodující. Osobně si myslím, že důvod, proč kuřáci častěji komunikují s pacienty, je větší klid na základě vlivu nikotinu. Dotyčný se může cítit uvolněněji a nemusí mu komunikace s pacientem moc vadit.

Na závěr výzkumu bych mohl říct, že většina respondentů bere komunikaci s klientem, jako součásti své práce. Z výsledků můžeme vyčíst, že někteří se věnují nemocným i během svého volného času. Jako další důležitý bod, který nám mnohé odhalil, byla výzkumná otázka, zaměřující se na délku praxe. Pomocí získaných informací jsme došli k zjištění, že všichni dotazovaní, jejichž délka praxe přesahovala 5 let, si museli vytvořit pracovní odstup. Pomocí otázky číslo 12, jsme se dopracovali k závěru, že nejčastějším důvodem, proč si respondenti vytvořili pracovní odstup, byl přílišný soucit s pacienty, který mohl mít špatný dopad na osobní pohodu dotazovaného. Mezi další negativní vlivy patří například úmrtí pacienta a zneužívání respondenta nemocným. V otázce, kam respondenti psali body, které mohly zlepšit jejich osobní pohodu, napsal jen jeden člověk poznámku, která souvisela i s pacienty. Poslední, co bych rád zmínil je, že podle mého názoru je řešený problém v hospici Štrasburk není až tak aktuální, jelikož většina respondentů neodpovídala negativně. Na základě mého vlastního dojmu ze zařízení, se jedná o fungující a kvalitní hospic poskytující paliativní péči.

10. Shrnutí výzkumu

Nejdříve je vhodné zmínit, že výzkum neproběhl přesně podle původního plánu a muselo dojít ke změně formy. Z kvalitativního rozhovoru jsem musel přejít na orientační dotazník. Zaměřil jsem se na otázku, jak vztah mezi pacientem a ošetřovatelem narušuje osobní pohodu pečujícího. K získání veškerých dat jsem využil hospic Štrasburk. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 25, z čehož se mi vyplněných vrátilo 21. Z výsledků dotazníků jsem následně vytvořil grafy, které jsem využil k zodpovězení výzkumných otázek.

Ze všech získaných dat můžeme říct, že nejvíce zastoupená skupina lidí mají praxi kratší než 5 let. Další výsledky vypovídají o tom, že nejzastoupenější věková skupina je od 40 let do 50. Mezi další zajímavé poznatky patří, že se více jak pět lidí shodlo na formě relaxace skrze sport a četbu. Nadále je vhodné zmínit, že většina z dotazovaných má určitý rozsáhlejší vztah s pacienty, někteří s nimi tráví i svůj volný čas. Na základě jedné z otázek můžeme tvrdit, že v hospici Štrasburk je jedna z nejčastějších motivací, k výkonu práce, je kolektiv a kolegiální. Dále můžeme tvrdit, že většina dotazovaných přemýšlí nad prací, nebo nad pacienty, i během svého volného času. Také můžeme tvrdit, že všichni dotazovaní odpověděli na otázku, zda li někdy zažívají během výkonu práce pocit bezmoci, kladně.

K zodpovězení výzkumných otázek jsem využil získaná data z dotazníku, které jsem si v případě potřeby rozdělil do skupin, na základě čehož jsem je následně porovnával. Některé z poznatků jsem využil k nalezení odpovědí k výzkumným otázkám.

První výzkumná otázka se zaměřovala na zneužívání pečujícího ze strany pacienta. Na základě posbíraných dat můžeme tvrdit, že ke zneužívání opravdu dochází, ale nejedná se o příliš častý jev. Nejčastěji zaškrťovaná odpověď byla , že k využívání dochází, ale jen málokdy.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na emoce prožívané pečujícím, při úmrtí pacienta. Pocit úlevy, který je myšlený jako ukončení trápení nemocného, byl nejvíce vybíranou odpovědí. Druhou nejčastěji zaškrťovanou volbou byl smutek. Další odpovědi už nebyly zastoupeny více než jednou. Mezi takové patří například vztek a nepocit'ování žádné emoce.

Na třetí výzkumnou otázku jsem již využil více otázek z dotazníku. Při pohledu na výsledky z širší perspektivy, můžeme říct, že respondenti s praxí delší než 5 let jsou vůči pacientům komunikativnější, častěji nad nimi přemýšlí a v některých případech i zůstávají během svého volného času. Největší rozdíl byl v otázce číslo 12, která se zaměřovala na to, zdali si dotyční museli vytvořit pracovní odstupy pro výkon své práce. Jelikož všichni respondenti, jejichž praxe přesahovala 5 let, vybrali odpověď ano, můžeme konstatovat, že s délkou praxe přicházejí i negativní vlivy, které se musí řešit pomocí pracovního odstupu. Ve druhé skupině, kde praxe 5 let nepřesahovala, byla negativní odpověď vybrána 5krát.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na otázku kouření, a zda li jedinci, kteří kouří, mají rozdílný přístup k pacientům. Z celkových výsledků jsme zjistili, že respondenti užívající cigarety častěji s pacienty vedou rozsáhlejší rozhovory a přemýšlejí nad nimi i během svého volného času. Přestože jedna z otázek, která zjišťovala, jestli dotyční tráví volný čas s pacienty, vyšla kladněji pro nekuřáky, ve zbylých dvou měla druhá skupina kladnější výsledky. Pokud se podíváme na získaná data podrobněji, zjistíme, že jednotliví respondenti si museli vytvořit pracovní odstup od pacientů, nehledě na skutečnost, zda li jde o kuřáky či nekuřáky.

Pokud se na celkový výzkum podíváme ze širší perspektivy, můžeme si všimnout, že valná většina dotazujících přistupují k pacientům lidsky, komunikují s nimi a někteří s nemocnými tráví i svůj volný čas. Velkou zásluhu na tom má samotné zařízení hospic Štrasburk, jelikož je fungující a na první pohled působí profesionálně a kvalitně. O pacienty je zde dobře postaráno a zároveň můžeme tvrdit, že je zde fungující kolektiv.

11. Resumé

Má bakalářská práce se především zaměřuje na otázku, jaký vliv má vztah mezi pečujícím a pacientem na osobní pohodu ošetřujícího. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se zaměřuji na historii vzniku paliativní péče. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole je historie paliativní péče rozdělena do dvou časových rozmezí. První se zaměřuje na historii od úplného počátku po rok 1800, mezitím co druhá popisuje paliativní péči od roku 1801 do současnosti. Další kapitola popisuje základní principy, které jsou využívány v paliativní péči a s jakými příznaky se nejčastěji v paliativní péči setkáváme. Dále je zde stručně popsáno, jakým způsobem probíhá paliativní péče v České republice. V závěru jsou zde rozepsány zařízení, které poskytují paliativní péči a s jakými formami se v České republice můžeme setkat. V poslední části se zaměřuji na samotnou osobnost pečujícího v paliativní péči. Popisují zde psychické nároky profese, jakým způsobem má dotyčný komunikovat s pacientem a případně jaké konflikty mohou vznikat. Nadále se v této části zmiňuji o tom, co je syndrom vyhoření, kdy k němu dochází a stručný popis psychohygieny.

V praktické části už se již zaměřuji na pečující v zařízení hospic Štrasburk. Pro formu výzkumu jsem zvolil orientační dotazník, jelikož kvalitativní rozhovor mi byl zamítnut. Následně jsem získané informace převedl do grafické formy, pro přehlednější výsledky. Mezi získané informace, na základě kterých jsem mohl rozdělovat jednotlivé respondenty, patřila délka praxe a věková skupina, do které jedinci zapadali. Na zmiňované základní data jsem se doptával v první části dotazníku. Následující část se již více zaměřovala na samotný kontakt mezi respondentem a pacientem. Nacházely se zde takové otázky, jako jsou například, jak často mezi pacientem a pečujícím dochází k rozsáhlejšímu rozhovoru, zda li byl ošetřující pacientem někdy potěšen a pokud ano, jak často k tomu dochází. Pokud byl dotazující někdy využívám ze strany pacienta a tak dále. V poslední části se dotazník zaměřoval na samotného respondenta, jakou formu relaxace využívá, jak často myslí na práci i během volného času, jaké jsou jeho motivace pro výkon práce, a tak dále. Celkově se mi podařilo získat 21 vyplněných dotazníků z celkového počtu 25 rozdaných. Na základě získaných výsledků jsem zodpověděl na všechny čtyři výzkumné otázky. V případě, kdy jsem k zodpovězení

potřeboval více než jednu otázku z dotazníku, jsem potřebné výsledky zapsal do tabulek a za použití indukční metody jsem na výzkumné otázky odpověděl.

Podle získaných dat mohu tvrdit, že zařízení hospic Štrasburk má ošetřující personál, který s pacienty hovoří a někteří s nimi tráví čas i mimo pracovní dobu. Pokud se na celý výzkum podíváme obecně, můžeme pomocí výsledků potvrdit, že většina respondentů určitý vztah s pacienty má a nejde většinou o možný negativní vliv na jejich osobní pohodu. Mezi negativní vlivy může patřit například úmrtí pacienta a zneužívání dobroty ošetřujícího.

Závěr

Ve svém práci jsem stručně nastínil historii paliativní péče, způsob, jakým u nás probíhá, a místa, kde se s ní můžeme setkat. Dále jsem stručně popsal psychické nároky na pracovníky v paliativní péči, rizika výkonu této práce a způsoby, pomocí nichž jde těmto rizikům předejít. V praktické části své práce jsem rozvedl výsledky orientačního dotazníku a pokusil se zodpovědět mnou položené výzkumné otázky, jejichž těžištěm bylo téma, které se zabývá vlivem vztahu mezi pečujícím a pacientem na osobní pohodu ošetřujícího.

Sepsání této bakalářské práce přináší hlubší vhled do dané problematiky, seznámení se se způsoby, jimiž v České republice probíhá paliativní péče a kde se s ní lze setkat. Získal jsem informace o tom, co vše může být motivací pro výkon dané péče a jak často dochází k rozsáhlejší komunikaci mezi pacientem a pečujícím během výkonu této práce. Mnou vytvořený dotazník, jenž byl zodpovězen především sanitárními pracovníky a zdravotními sestrami v Hospici Štrasburk, mi dal nahlédnout do praxe výkonu paliativní péče a pomohl mi dojít k lepšímu pochopení této práce. Skrze svou studii jsem došel k závěru, že rozhovory mezi pacientem a pečujícím jsou daleko hlubší povahy, než je jen strohá ošetrovatelská činnost.

Došel jsem k závěru, že historii paliativní péče se nevěnuje mnoho česky psané odborné literatury a většinu informací jsem čerpal z cizojazyčných, zejména anglicky psaných, zdrojů. Na základě výsledků získaných z orientačního dotazníku mohu konstatovat, že většina pracujících v paliativní péči přemýšlí během svého volného času nad svými pacienty a nad prací samotnou. V otázce týkající se motivace pro výkon této práce vybrala více než polovina dotazujících z hospice Štrasburk odpověď „kolektiv a kolegalita“, lze ho tedy hodnotit jako fungující. Velkým překvapením mi byl fakt, že někteří z respondentů zůstávají v zařízení, aby mohli trávit svůj volný čas s pacienty.

Svou práci bych chtěl do budoucna využít jako základ pro magisterskou práci, jelikož mnoho mnou získaných výsledků je v základu příliš obecných a bylo by užitečné se jimi zabývat daleko více do hloubky. Chtěl bych se více zaměřit například na moment, kdy dochází k vytvoření si pracovního odstupu, zdali se během výkonu práce měnila motivace pečujícího a pokud změnil postoj k pacientům během pracovních let, tak z jakého důvodu.

Knižní zdroje

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:91248910-4020-11e5-8851-005056827e51>

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

MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.

MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres!* Přel. Hlouch, M. 2.vyd. Praha: Advent-Orion, 2001. 190 s. ISBN 80-7172-624-9.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

STOLBERG, Michael. *A History of Palliative Care, 1500-1970: Concepts, Practices, and Ethical challenges*. Springer Cham, 2017. ISBN 978-3-319-54178-5.

Internetové zdroje

Advokacie. *Cesta domů* [online]. [cit. 2022-07-27]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>

GRYCOVÁ, Lenka. *Odkud se vzala paliativní péče?*. *Pharma News, s.r.o.: Odborný časopis* [online]. [cit. 2022-07-29]. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/odkud-se-vzala-paliativni-pece/>

HADRABOVÁ, Hana a Renata NEUMANOVÁ. *Verbální komunikace mezi sestrou, pacientem a rodinou* [online]. 2013 [cit. 2022-07-30]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/verbalni-komunikace-mezi-sestrou-pacientem-a-rodinou/>

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření* [online]. 2., rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003 [cit. 2022-07-27]. ISBN 80 - 7071 - 231 - 7. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyho

[reni.pdf?fbclid=IwAR1jtwiGwuxuN2LbexUvYffAUVdC3q8Aj4V-em_SlsidQhtHgsMyXapftR4](#)

KNAPOVÁ, Jaroslava. *Paliativní péče* [online]. 2019 [cit. 2022-07-29]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page00.html>

Konflikt a jeho řešení. <https://www.nzip.cz/> [online]. [cit. 2022-07-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/103-konflikt-a-jeho-reseni>

KUČERA. Komunikace sestry – pacient. *Zdravi.euro.cz* [online]. 2007 [cit. 2022-08-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestra-pacient-285309/check-status/>

MICHALÍČKOVÁ, Štěpánka. *Psychohygienu – pečujme o svou duši* [online]. Brno: Psychologický ústav FFMU [cit. 2022-07-28]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <https://www.psychologon.cz/data/pdf/630-psychohygienu-pecujme-o-svou-dusi.pdf>

OOUDOVÁ, Drahomíra. *Psychohygienu, mentální hygienu* [online]. 2009 [cit. 2022-07-28]. Dostupné z: <http://socialniprace.blog.cz/0911/psychohygienu-mentalni-hygienu>

PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka* [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015 [cit. 2022-07-30]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>

SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. 2013: ČLS JEP, Praha a Brno [cit. 2022-07-28]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

Seznam grafů

Graf 1: Věk

Graf 2: Délka praxe

Graf 3: Výskyt rozsáhlejšího rozhovoru

Graf 4: Budování bližšího vztahu mezi pacientem a respondentem

Graf 5: Trávení volného času v práci s klienty i mimo pracovní dobu

Graf 6: Jak často bývá pečující potěšen pacientem

Graf 7: Prožívání utrpení společně s pacientem

Graf 8: Prožívané emoce při úmrtí pacienta

Graf 9: Prožívání pocitu bezmoci v práci

Graf 10: Využívání ze strany pacienta

Graf 11: Přemýšlení nad pacienty během svého volného času

Graf 12: Vytvoření si pracovního odstepu

Graf 13: Motivace

Graf 14: Přemýšlení nad prací ve volném čase

Graf 15: Formy relaxace

Graf 16: Kuřáctví

Graf 17: Počet odpovědí na otázku č. 17

Přílohy

Příloha 1: Dotazník.....	73
--------------------------	----

Příloha 1. dotazník

Výzkumný dotazník

Rád bych Vás požádal o vyplnění mého dotazníku, který patří mezi důležité součásti mé bakalářské práce a její obhajoby. Cílem dotazníku je zjištění, zda-li vybudovaný vztah mezi pracovníkem a pacientem ovlivňuje osobní pohodu pracovníka. Zajímá mě, jak velký dopad má vztah mezi osobou pracující na paliativním oddělení a pacientem na osobní pohodu pečujícího. V případě, že nechcete na danou otázku odpovídat, nic nepište a nezaškrťávejte žádné odpovědi.

1: Kolik Vám je let?

- 18-30 let
- 30-40 let
- 40-50 let
- 60 + let

2: Jak dlouho pracujete v paliativní péči?

- 1-5 let
- 5-10 let
- 10 a více let

3: Jak často dochází k rozsáhlejšímu rozhovoru mezi vámi a pacientem?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

4: Je pro Vás důležité budovat bližší vztah s pacientem a proč? (napište)

5: Zdržujete se v práci i po pracovní době, abyste trávil/a čas s pacienty?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

6: Jak často Vás některý z pacientů potěší?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

7: Stalo se Vám, že jste prožíval/a utrpení společně s pacientem?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

8: Jaké emoce prožíváte, když pacient zemře? (Můžete zaškrtnout více možností)

- Smutek
- Hněv
- Pocit úlevy (konec trápení)
- Nic to semnou nedělá
- Jiné (napište)

9: Jak často v práci zažíváte pocit bezmoci?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Málo
- Nikdy

10: Stalo se Vám, že jste byl během výkonu své práce některým z pacientů využíván?

- Ano, velmi často
- Ano, často
- Ano, někdy k tomu došlo
- Ano, ale jen zřídka
- Nikdy

11: Přemyslíte nad pacienty i během svého volného času?

- Ano, velmi často
- Ano, často
- Ano, někdy
- Ano, ale jen zřídka
- Nikdy

12: Musel/a jste si během výkonu své práce vytvořit pracovní odstup vůči pacientům? (Můžete zaškrtnout více možností)

- Ne
- Ano, příliš jsem se soucítil s pacienty
- Ano, zneužívali mé dobroty
- Ano, měl jsem naivní představy o změně skutečnosti
- Ano, jiné (napište) –

13: Jaké jsou Vaše motivace pro vykonávání práce? (Můžete zaškrtnout více možností)

- Samaritánství
- Křesťanská nauka
- Kolektiv a kolegiálnita
- Finanční jistota
- Navazování vztahu s pacienty
- Jiné (Napište) -

14: Jak moc myslíte během svého volného času na práci?

- Velmi často
- Často
- Někdy
- Jen zřídka
- Nikdy

15: Jaké jsou Vaše formy relaxace, když nejste v práci? (Napište)

16: Jste kuřák?

- Jsem silný kuřák
- Kouřím denně
- Někdy si zapálím
- Výjimečně
- Ne

17: Pokud byste v práci měl/a možnost změny, která by měla pozitivní dopad na vaší osobní pohodu, jak by vypadala? (Napište)

Děkuji Vám za vyplnění mého dotazníku. Doufám, že pro Vás nebyl příliš zatěžující a přeji Vám pěkný zbytek dne.

Pokud máte jakékoliv poznámky k dotazníku nebo mimo něj, zde máte možnost cokoliv napsat: