

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Spiritualita zdravotních sester ve vztahu k otázce umírání a smrti

Spirituality of Nurses in Relation to the Issue of Dying and Death

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jiří Motl, Ph.D.

Autor:

Bc. Eliška Svobodová

Týnec nad Sázavou 2023

Poděkování

První poděkování patří panu Mgr. Jiřímu Motlovi, Ph.D., za vedení této práce, za cenné rady a připomínky k práci. Také mu děkuji za nekonečnou trpělivost.

Další velký díky patří mému muži za podporu, vaření kávy a za jeho pomoc s Wordem.

Také děkuji za cenné životní rady panu doc. PhDr. Zdeňkovi Vojtíškovi, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Spiritualita zdravotních sester ve vztahu k otázce umírání a smrti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Týnci nad Sázavou dne 17.12.2023

Bc. Eliška Svobodová

Anotace

Cílem práce je zkoumat prožívání umírání a smrti u zdravotních sester ve vztahu k jejich osobní spiritualitě. Práce se skládá ze dvou částí, přičemž první obecně přibližuje problematiku umírání, smrti a povolání sestry. Empirická část prezentuje výsledky kvalitativního šetření. Jako hlavní metoda byla využita interpretativní fenomenologická analýza. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru je zkoumáno prožívání a smýšlení personálu, který pracuje na odděleních, kde je vysoké procento smrtnosti pacientů. Pro širší pohled je využito dotazníku.

Klíčová slova

Smrt, umírání, zdravotní sestra, stres, zvládání stresu

Annotation

The aim of this thesis is to investigate the experiences of nurses in relation to dying and death in connection with their personal spirituality. The thesis is divided into two parts, with the first part providing a general overview of the issues related to dying, death, and the nursing profession. The empirical part presents the results of a qualitative investigation. The main method used is interpretative phenomenological analysis. Through semi-structured interviews, the experiences and thoughts of the personnel working in departments with a high mortality rate are explored. A questionnaire is also employed to gain a broader perspective.

Keywords

Death, dying, nurse, stress, coping

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	8
Teoretická část.....	10
1. Klíčové termíny.....	11
1.1. Umírání	11
1.2. Smrt.....	13
1.3. Spiritualita, náboženství a víra.....	13
1.4. Zdravotní sestra.....	14
1.4.1. Profese zdravotní sestry.....	15
2. Paliativní péče.....	17
2.1. Základ paliativní péče	18
2.2. Z historie.....	19
2.3. Hospicové hnutí.....	20
3. Stres a syndrom vyhoření	22
3.1. Zvládání stresu.....	23
4. Dosavadní výzkumy.....	25
Empirická část	27
5. Cíle a výzkumné otázky.....	28
6. Metoda	29
7. Sběr dat.....	30
7.1. Analýza rozhovorů.....	30
7.2. Charakteristika respondentů	30
8. Analýza a vyhodnocení dat.....	33
8.1. Charakteristika vzorku z hlediska spirituality.....	33
8.2. Jakým způsobem zdravotnický personál prožívá umírání a smrt?	35
8.2.1. Chápání smrti a umírání.....	35
8.2.2. Prožívání umírání a smrti.....	36
8.2.3. První setkání se smrtí.....	37

8.2.4.	Smrt dítěte, mladého člověka, nepřírozená smrt.....	38
8.2.5.	Umírání a smrt jako stresová situace.....	39
8.2.6.	Smrt ženy.....	40
8.2.7.	Mezilidský vztah.....	41
8.2.8.	Mnoho práce.....	41
8.2.9.	Komunikace s pozůstalými.....	43
8.2.10.	Mrtvé tělo	43
8.3.	Jak se zdravotnický personál vyrovnává se zkušeností s umíráním a smrtí? 44	
8.3.1.	Vyrovňování se na pracovišti.....	44
8.3.2.	Vyrovňování se doma.....	46
8.4.	Jakým způsobem pomáhá osobní spiritualita s vyrovnáváním se s umíráním a smrtí?.....	49
8.4.1.	Zvyklosti.....	49
8.4.2.	Otevírání okna	49
8.4.3.	Zapálení svíčky.....	50
8.4.4.	Modlitba.....	51
8.4.5.	Křížek.....	51
8.4.6.	Ostatní zvyklosti.....	51
8.5.	Výsledky.....	52
9.	Diskuze.....	54
9.1.	Limity.....	60
9.2.	Možnosti dalšího výzkumu	60
	Závěr	62
	Seznam použité literatury	64
	Seznam tabulek, grafů, obrázků	68
	Abstrakt.....	69

Seznam zkratek

aj. – a jiné

apod. – a podobně

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CČSH – církev československá husitská

č. – číslo

ČR – Česká republika

DIOP – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

EKG – elektrokardiografie

IPA – interpretativní fenomenologická analýza

JIP – jednotka intenzivní péče

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

RTG – rentgen

SZŠ – střední zdravotnická škola

tj. – to je

tzv. – tak zvaně

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

WHO – světová zdravotnická organizace

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Úvod

Téma spiritualita sester ve vztahu k otázce umírání a smrti jsem si vybrala hned z několika důvodů. Sama jsem vystudovala střední zdravotnickou školu, kde jsem se s umíráním a smrtí sekala několikrát v rámci školních praxí. Během studia na vysoké škole jsem pracovala převážně se starými lidmi, kdy jsem se s umíráním a smrtí často setkávala. Proto jsem si toto téma zvolila pro bakalářskou práci¹. V té jsem se zaměřila na pohled zdravotníků na smrt a umírání obecně a na zvyklosti s tím spojené. V práci jsem srovnávala zdravotníky pracující ve zdravotnickém zařízení a ty, kteří pracují v domácí/terénní péči. Práce měla mnoho chyb, například ve vedení a rozsahu rozhovorů či nedostatky ve znalosti jiných výzkumů či literatury. Nestanovila jsem si jasně danou metodu a cíl práce. Vzhledem k nedostatkům jsem se rozhodla téma rozvíjet i v diplomové práci. Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla pokračovat v tématu je pandemie Covid-19. Během ní jsem si všimla mnoha změn v prožívání umírání a smrti pacientů/klientů.

Setkání s umíráním potažmo smrtí patří k těm nejnáročnějším v ošetrovatelské péči. Avšak nevěnuje se tomu velká pozornost, publikace se spíše zaměřují na umírajícího a jeho blízké. Zdravotní sestra musí překonat řadu překážek a časté setkávání se stresovými či vypjatými situacemi může vyústit až k syndromu vyhoření, proto je třeba naučit se je zvládat. A k tomu může mimo jiné přispět i osobní spiritualita, která často silně ovlivňuje prožívání, myšlení i jednání člověka.

Cílem práce je zkoumat osobní prožívání sester v rámci zkušenosti s umíráním a smrtí pacientů/klientů. Dále je cílem zkoumat to, jakým způsobem se zdravotníci vyrovnávají s touto zkušeností. Dále mě zajímá, jakým způsobem je prožívání a proces vyrovnávání se s touto zkušeností ovlivněno osobní spiritualitou nelékařského zdravotnického personálu.

Pro sběr dat jsem si vybrala primárně polostrukturovaný rozhovor se sestrami, které mají zkušenost z pracovišť, kde je zvýšená smrtnost pacientů/klientů. Takovými místy jsou nemocniční oddělení jako je geriatric, onkologie, interna anebo oddělení intenzivní péče jako je jednotka intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Mezi pracoviště, kde se sestra častěji setkává se smrtí, patří i domovy seniorů, LDN nebo hospice. Jako doplňkový zdroj dat jsem využila dotazníkové šetření, kterým jsem oslovila zdravotnický personál z různých typů pracovišť.

¹ ELIŠKA SVOBODOVÁ. *Zkušenost se smrtí a umíráním z pohledu zdravotnického personálu*. Pardubice. 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta, Katedra religionistiky. Vedoucí práce Mgr. Štěpán Lisý, MA, Th.D.

Touto prací bych ráda přiblížila problematiku zkušenosti s umíráním a smrtí z pohledu zdravotních sester. Výzkum proto navazuje na předchozí výzkumy, například *Pocity a emoce sester související s umíráním a smrtí pacientů* (2021) od autorů Kostka, Borodzicz a Krzemińska či *Analýza postojů sester k úmrtí pacienta* (2022) od Cybulska a kol. Knihy jako jsou *Sestra a pacient v paliativní péči* (2010) od Moniky Markové či *Poslední okamžiky: Příběhy sester o smrti a umírání* (2009) od Deborah Witt Sherman přibližují pohled zdravotnického personálu – sester – na smrt a umírání. Známé publikace jako je *Thanatologie* (2000) od Heleny Haškovcové, *O smrti a umírání* (1969) od Elisabeth Kübler-Ross či knihy od paní Marie Svatošové jsou zaměřeny na pohled očima lékařů.

Teoretická část

1. Klíčové termíny

1.1. Umírání

Pojem umírání je možné vyložit několika způsoby, kdy v nejširším slova smyslu umírání začíná narozením a končí smrtí. Z medicínského hlediska je umírání terminální stadium, které patří mezi nejkratší v našem životě, ale přesto je velmi intenzivní. Tento časový úsek může být ohraničen několika minutami, hodinami, ale i týdny. Jedná se o „vlastní umírání.“ Je to stadium, ve kterém dochází k nezvratnému selhávání vitálních funkcí (krevní oběh, dýchání, vědomí, metabolismus).²

V mnoha učebnicích pro sestry, ošetrovatele ale i lékaře³ se objevují tři pojmy označující fáze umírání. Prvním pojmem je **fáze pre finem** či „před umíráním“. Tato fáze je ze všech nejdelsí. Jedná se o úsek života od chvíle, kdy se pacient/klient dozvídá například o nevléčitelné chorobě.⁴ Jsou patrné změny na jeho těle, pacienta/klienta opouštějí síly. S tím souvisí změna životního stylu a různé změny na psychice umírajícího. V této fázi pacient/klient prochází pěti stádii smíření, které popsala Elizabeth Kübler-Rossová.

Dalším pojmem je **fáze in finem**, který označuje období příchodu smrti, je to již terminální stadium nemoci, života. V této fázi již zaznamenáváme nezvratné selhávání fyziologických funkcí. V této fázi je pacient/ klient absolutně odkázán na péči, která by měla trvat až do úplného konce. V této fázi by nemělo docházet k přerušování ošetrovatelské péče, nicméně by sestra měla pacienta/klienta co nejméně zatěžovat. Stává se, že se pacientovi/klientovi na krátký čas uleví. Nicméně poté velmi často upadá do bezvědomí nebo se projeví agónie.

Poslední pojmem je **fáze post finem** neboli stav po smrti. Je období, kdy je na prvním místě péče o mrtvé tělo, kdy je důležité stále zachovávat takt a důstojnost zemřelého pacienta/klienta. Také je to jedno z nejtěžších období pro pozůstalé, blízké. Zároveň je to složitá fáze pro zdravotníky. Ti mohou také truchlit za pacienty/klienty, se kterými si vytvořili vztah.

² IVETA ONDŘIOVÁ. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Přeložil LUDMILA MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6., s.78.

³ Pro příklad uvádím tři knihy, jednu pro každý obor:

ZDENĚK ADAM, JIŘÍ VORLÍČEK a YVONA POSPÍŠILOVÁ. ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 2004. ISBN 80-247-0279-7.

PATRIK BURDA a LENKA ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2. díl Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 2016. ISBN: 978-80-247-5334-8.

LENKA SLEZÁKOVÁ, et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

⁴ RENATA VYTEJČKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

Na základě rozhovorů s umírajícími Elizabeth Kübler-Rossová sestavila svůj model fází umírání z hlediska prožívání jedince. Tento model popsala ve své knize *O smrti a umírání* (v originále *On Death & Dying*) roku 1969. Model zahrnuje 5 fází⁵, které následně krátce popíši.

Fáze popření a izolace – „*Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.*“ V této fázi dochází k negaci. Pacient/klient popírá laboratorní vyšetření nebo RTG snímky. Snaží přesvědčit sám sebe, že došlo k chybě. Někdy pacient/klient mění lékaře, který dle jejich představ, jim dá jiné, ty správné výsledky. Toto prvotní stadium je společné do určité míry všem. Někteří toto stadium překročí relativně rychle, avšak pokud je diagnóza řečena moc brzy nebo velmi stroze, může dojít až k úzkostnému odmítání. V krajních případech si pacient/klient může tento model myšlení držet až do smrti. Proto je v této fázi velmi důležitý laskavý přístup personálu.

Fáze hněvu - „*Proč zrovna já.*“ Vztek, hněv, zloba, závist i rozmrzelost jsou pocity, které přicházejí v další fázi. S tím ale přichází i neporozumění ze strany rodiny a personálu. Především proto, že si pacient/klient vybíjí své pocity na všech. Je rozezlen na lékaře, rodinu, televizi i Boha. Pokud je pacient/ klient v nemocnici nejčastějším terčem jsou sestry.

Fáze smlouvání - „*Ještě chci ...*“ Tato fáze trvá poměrně krátký čas. V této fázi je zahrnuta naděje na odklad smrti. Pacient/klient často uzavírá pomyslné smlouvy s Bohem, obrací se na vyšší moc. V tomto stadiu se pacient/klient snaží hledat alternativní či zázračné formy léčby.

Fáze deprese – S ubývajícími silami v této fázi přichází pocit velké ztráty. Ať se jedná o ztrátu na těle či na majetku, jsou to hluboké pocity, které se mohou zlepšit vyřešením základních problémů, které pacient/klient řeší. Také pacient/ klient musí prožít hluboký přípravný smutek, aby se připravil na konečné rozloučení.

Fáze přijetí – Pokud měl pacient/ klient dostatek času a prošel všemi předešlými fázemi může dojít k akceptaci svého stavu. V této fázi je pacient/klient již v poslední části jeho života. Je již velmi zesláblý, spavý a převažuje neverbální komunikace, avšak je smířený, přeje si být v klidu a nerušen.⁶

Výše zmíněné fáze umírání neprobíhají u všech pacientů/klientů stejně dlouho a ve stejném pořadí. Dokonce není podmínkou, že pacient/klient projde všemi fázemi, některé fáze se mohou například opakovat stále dokola. Vliv na to, jakým způsobem budou tyto fáze probíhat, má i sestra, která pečuje a komunikuje s pacientem/klientem. Také je třeba zmínit, že těmito fázemi svým způsobem prochází i rodina jedince či personál, který se o pacienta/klienta

⁵ V originále je tento model známý pod zkratkou DABDA, podle prvních písmen, jednotlivých slov (Denial – popření; Anger-hněv; Bargaining – smlouvání; Depression-deprese; Acceptance – smíření)

⁶ ELISABETH KÜBLER-ROSS. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů.* Turnov: Arica, 1993. s. 35-120.

Dostupné online na: <https://vdocuments.mx/elisabeth-kuebler-rossova-o-smrti-a-umirani.html?page=1>.

stará. V tomto bodě může ze strany sestry nastat problém⁷. Pokud sestra nerespektuje stadium, ve kterém se nachází umírající dochází k poškozování péče umírajícího. Sestra i pacient jsou ve stresu a nepůsobí to dobře na psychiku ani jedné strany. V řešení tohoto problému může pomoci supervize na oddělení nebo třeba správná edukace o péči o umírajícího pacienta/klienta.

Ačkoliv je tento model nedokonalý a sklídl mnoho kritiky je stále vyučován a předáván studentům zdravotnických oborů. S tímto modelem pracují učebnice psychologie⁸, které učí budoucí sestry, jakým způsobem komunikovat s pacientem/klientem. Z tohoto důvodu budu dále pracovat s tímto modelem. Sestra je většinou tento model zná nebo se podle něj i třeba nevědomky řídí.

1.2. Smrt

Z biologického hlediska je smrt zástavou životních funkcí (dýchání, vědomí, činnost srdce, metabolismus), je opakem života. Ze soudně-lékařského hlediska smrt nastává buď z příčin vnitřních (choroby) anebo z příčin vnějších (poranění). Poranění vznikají na základě různých typů fyzikální síly, účinkem chemikálií či biologických škodlivin.⁹ Připomínám možnost smrti klinické, která od té biologické liší tím, že je zachována činnost centrální nervové soustavy, ale je přítomna zástava srdce a dechu.

Za některých okolností (například otravy) se můžeme setkat se zdánlivou smrtí, při níž jsou vitální funkce na minimu. Z tohoto důvodu dělíme známky smrti na nejisté a jisté. Nejisté známky smrti jsou takové, podle kterých nemůžeme jistě konstatovat smrt a mohou být reverzibilní – bledost kůže, pokles tělesné teploty, ochabnutí svalstva, nehmatatelný pulz, neslyšitelný dech a srdeční činnost, areflexie. Jisté známky smrti jsou již nezvratné – posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost a hnilobné procesy. Nicméně vyčkávat na tyto ireverzibilní procesy je zdlouhavé (několik hodin a více), proto se využívá zobrazovacích metod jako je EKG či angiografie a další.¹⁰

1.3. Spiritualita, náboženství a víra

Během tvorby výzkumného designu jsem zvažovala, jaké pojmy použít k dotazování na víru respondentů. V práci preferuji slovo spiritualita (osobní spiritualita), neboť ostatní

⁷ Podobný problém může nastat i ze strany rodiny, blízkých či lékařů.

⁸ Např.: JARMILA KELNAROVÁ a EVA MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.

⁹ ALEXANDER PILIN. *Soudní lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5013-5, s. 39.

¹⁰ JIŘÍ ŠTEFAN a JAN MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-0931-7, s. 11-12.

termíny v sobě nesou řadu problémů. Slovo náboženství mnohým lidem evokuje církev, organizovanost či křesťanství.¹¹ Také má v sobě zakořeněného Boha a s vírou v Boha se ne všichni ztotožňují. Slovo transcendence nemusí být pro všechny slovem známým (beru ze své zkušenosti), podobně je tomu tak u slova religiozita. Slovo spiritualita je naproti tomu pro mnohé slovem neutrálním, a tudíž přijatelným. Lidé se v dnešní době často charakterizují tak, že: „jsem spirituální ale ne náboženský.“¹²

Dalším důvodem pro užívání slova spiritualita je to, že se s tímto termínem pracuje v rámci ošetřovatelského procesu, při němž se dnes do určité míry snaží o holistický přístup k pacientovi/klientovi. Tento holistický přístup zahrnuje faktor biologický, psychologický, sociální, spirituální a někdy i kulturní. Také se zvyšuje zájem o spiritualitu ať už ze strany pacientů/klientů, tak ze strany samotných sester.

Slovo spiritualita je z latinského *spiritualis*, což je ekvivalentem k řeckému *pneumatikos*. Obojí se dá česky přeložit jako duchovnost. V Novém zákoně a konkrétně v Pavlově antropologii, tento pojem odkazuje na život oddělený anebo zakořeněný v Duchu Ježíše Krista.¹³

Avšak v rámci rozhovorů jsem používala všechna různá dostupná slova – spiritualita, náboženství, víra, duchovno – podle toho, jak jsme se s respondentem předem domluvili, nebo podle toho jakým způsobem o dané zkušenosti sám respondent hovořil.

1.4. Zdravotní sestra

Je třeba uvést na pravou míru pojem zdravotní sestra, který používám v textu. Jsem si vědoma, že pojem zdravotní sestra není vymezen zákonem. Několik lidí ze zdravotnictví mi velmi důrazně vytklo, že používáním tohoto spojení devalvuji tuto práci. Na druhou stranu jsem se setkala s velkým množstvím lidí, kterým tento pojem nevadí, a naopak ho upřednostňují.

K termínu samotnému – zdravotní sestra je termín zastaralý, k němuž dnes existuje ekvivalent všeobecná sestra.¹⁴

¹¹ Popřípadě další monoteismy.

¹² „spiritual but not religious“

¹³ ERWIN FAHLBUSCH a GEOFFREY WILLIAM BROMILEY. *The Encyclopedia of Christianity. Vol. 5.* English translate BROMILEY, Geoffrey, William, Nizozemsko: Eerdmans Publishing Company, 2008. ISBN: 978-90-04-11695-5. s. 159.

¹⁴ § 5 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry zákona č. 96/2004 Sb.

Zákon č.96/2004 Sb. vymezuje kromě pojmu všeobecná sestra i další termíny označující zdravotnické pracovníky.¹⁵ Pro svoji práci jsem vybrala primárně všeobecné sestry a praktické sestry. A to především proto, že právě tito pracovníci nejčastěji pracují u lůžka pacientů/ klientů, oproti například behaviorálnímu analytikovi. Avšak v doplňkovém kvantitativním výzkumu částečně pracuji i s dalšími nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

V práci využívám pojem zdravotní sestra, popřípadě jen sestra z praktických důvodů. Pojem je srozumitelný pro respondenty. Také spojení zdravotní sestra nahrazuji obecným termínem zdravotnický personál (popřípadě zdravotnický nelékařský personál).

1.4.1. Profese zdravotní sestry

*„Být zdravotní sestrou či zdravotním bratrem je náročné zaměstnání. Není to jen zaměstnání, ale je to vlastně poslání“*¹⁶ - píše Marie Rozsypalová¹⁷ budoucím zdravotníkům. Sestra musí být vybavena fyzicky, psychicky, musí zvládat vysoce odbornou činnost, práci s novými technologiemi, také musí ovládat administrativní práci. Proto je na sestru kladen velký tlak, měla by mít specifický osobnostní profil nebo se přinejmenším naučit mnoha dovednostem.

Sestra, tak jako jiný zdravotník by měla být dobře fyzicky vybavena. Mnozí pacienti/ klienti jsou zcela upoutáni na lůžku, proto sestra musí polohovat či provádět hygienu na lůžku. Sestra by měla být dobře vybavena i psychicky. Denně se setkává s lidskou bolestí a utrpením. Pacienti/ klienti se jí svěřují se svými i nejniternějšími problémy a starostmi. Sestra se setkává s různými diagnózami u dětí, mladých i starých lidí. Je často tváří tvář umírání či smrti. Setkává se s blízkými nemocného, umírajícího. Na sestru je kladena velká zodpovědnost a odpovědnost. Sestra by měla umět dobře komunikovat se všemi skupinami bez ohledu na věk, pohlaví, národnost a další. Měla by umět ovládat své emoce. Měla by udržovat vlídný empatický přístup. Sestra musí zvládat odbornou činnost, od podávání infuzí po převazy, přes práci s moderními přístroji. V tomto ohledu by měla být neomylná, jelikož chyba může být pro pacienta/klienta fatální, například v podobě špatného podání léků. Je mnoho dalších věcí a situací, které sestra

¹⁵ Podle zákona č. 96/2004 Sb., hlava II, díl 1: Všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, radiologický technik, adiktolog, praktická sestra, behaviorální analytik. A podle dále zákona č. 96/2004 Sb., hlava II, díl 2, 3.

¹⁶ LUCIE ŠKARDOVÁ a MARIE ROZSPALOVÁ. *Marie Rozsypalová: život sestry*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2502-9, s. 73.

¹⁷ PhDr. Marie Rozsypalová byla významnou autorkou publikací pro vzdělávání sester.

musí umět a zvládat, a někdy se může zdát, že je sestra robot. Avšak nejlepším přístupem k sestřám by bylo považovat ji za profesionálku ve všech oblastech, které jsou pro ni typické.

Vzhledem k tomu, že sestra musí zvládat velké množství věcí, je na ni kladen velký tlak, který může negativně ovlivňovat její chování. Pokud se tlak různých faktorů nahromadí může dojít poškození zdraví sestry, například v podobě syndromu vyhoření. Prevencí byla měla být příprava jak ze strany školy, například v rámci hodin psychologie, tak ze strany zaměstnavatele, například v podobě supervize, psychologa na oddělení či v podobě kaplana. Jinou formou prevence by měl být osobnostní vývoj sestry samotné.

Sestra by si v rámci své práce měla osvojit nejen péči fyzickou, psychickou a sociální ale i duchovní péči o pacienta. K tomu, aby sestra byla schopna poskytnout duchovní péči je třeba, aby sama byla po této stránce připravená. Je potřeba ani sestra byla otevřená různým formám osobní spiritualita a aby sama dokázala s těmito formami pracovat. Je třeba si uvědomit, že cílem duchovní péče o pacienta/klienta není poskytnout mu všechny odpovědi nebo obrátit jej na víru. Spíše jde o to poskytnout mu bezpečné místo pro hovor o posledních věcech, prostor na zamyšlení se nad smyslem života a smrti. I duchovní péče o pacienta/klienta může být plánovaná. Pro zajištění duchovních potřeb pacienta/klienta je nezbytná otevřenost celého týmu, předpokladem je vzájemná důvěra a podpora. Tato péče by měla být součástí veškerých činností v rámci péče. Pro správné poskytování péče je třeba uvědomovat si vlastní duchovní potřeby a vlastní spiritualitu, dále je třeba se orientovat v odborné literatuře apod.¹⁸ Příkladem takové literatury mohou být učebnice psychologie či ošetřovatelství pro zdravotní sestry, ve kterých se nacházejí informace o duchovní péči a péči o multikulturní péči. Dobrou knihou pro sestry, která učí o různých kulturách a náboženství a specifika takové ošetřovatelské péče je *Multikulturní ošetřovatelství* (2005) I od K. Ivanové, L. Špirudové a J. Kutnohorské.

¹⁸ MARGARET O'CONNOR a SANCHIA ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4, s. 65-77.

2. Paliativní péče

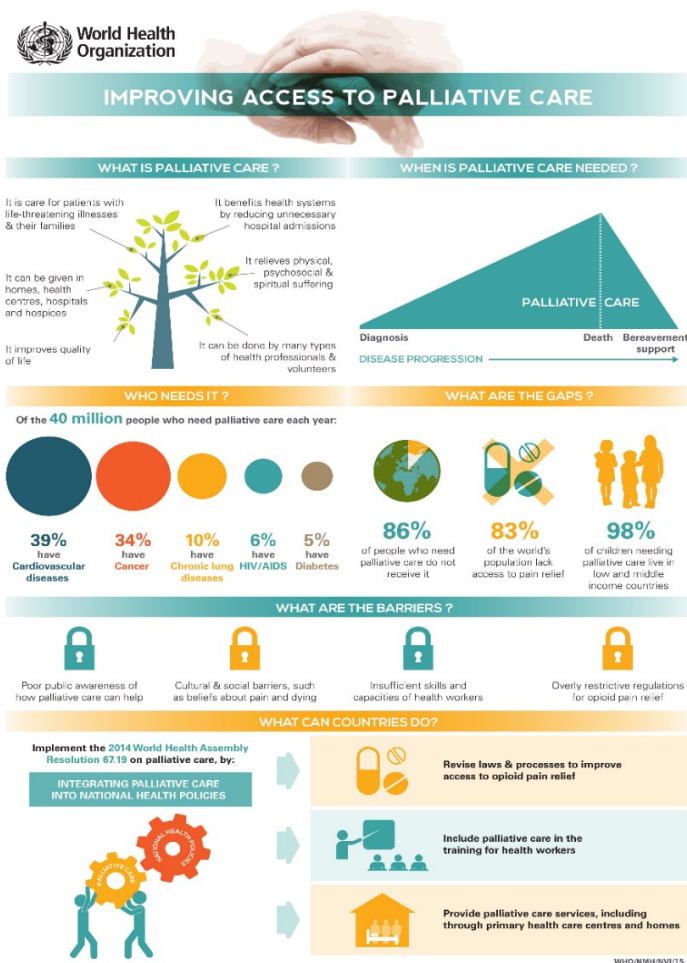
Podle Světové zdravotnické organizace (dále WHO) je paliativní péče klíčovou součástí integrovaných zdravotnických služeb. Je etickou odpovědností zmírnit utrpení, které souvisí se zdravím fyzickým, psychickým, sociálním či duchovním. Ať už jde o příčiny vzniklé kardiovaskulární, onkologické, selhávání velkých orgánů, rezistentní tuberkulóza vůči lékům, popáleniny, chronická onemocnění v terminálním stádiu, extrémně předčasně narozená dítěta či lidé ve velmi vysoké věku, traumata. Toto všechno mohou být důvody pro paliativní péči, která by měla být poskytnuta na všech úrovních. Odhadem takovou péči dostává pouze 14% populace z těch, kteří tuto péči potřebují.¹⁹

V České republice až 70 % úmrtí nastává v různých zařízeních, přičemž nejčastěji to jsou zdravotnická zařízení (v nemocnicích a fakultních nemocnicích cca 48 %).²⁰ Proto je velmi důležité, aby se v těchto místech zaváděla paliativní péče a ta byla poskytována kvalitně.

¹⁹ „Palliative care“ (online), who.int, cit. červen 2023 dostupné online na <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

²⁰ „Místo úmrtí – detailně“ (online), paliativnidata.cz, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>.

Obrázek č.1



Zdroj: <https://www.who.int/activities/supporting-countries-to-strengthen-palliative-care>

2.1. Základ paliativní péče

Paliativní péče by měla být zahájena ve chvíli, kdy již „vítězná medicína“ selhává, kdy kurativní (léčebná) medicína přináší více negativ než pozitiv. Jedním z nejzásadnějších principů paliativní péče je zmírnění utrpení, z toho především léčba bolesti. Avšak i paliativní medicína pracuje částečně s léčbou kurativní. Léčba bolesti a dalších symptomů (například podávání antiemetik, antitusik) má za následek zlepšení kvality života. Zároveň paliativní medicína nevyvrací kurativní léčbu v případě, že dojde k velkému zlepšení stavu u pacienta/klienta. Mimo péči fyzickou je cílem paliativní medicíny psychologická, citová i duchovní podpora pacienta/klienta. Zároveň cílem péče není pouze umírající, ale i jeho rodina a blízcí, kterým je psychologická, citová i duchovní podpora také poskytována. Zároveň se paliativa nevyhýbá péči o pozůstalé, pomáhá rodině vyrovnat se se smrtí blízkého.²¹ Péči o pozůstalé poskytují lékaři i

²¹ RADKA BUŽGOVÁ. *Paliativní péče v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-835-6, s 3-5.

zdravotní sestry, kteří poskytují „psychickou první pomoc“, zároveň bývají dispozici sociální pracovníci, psychoterapeuti, psychologové ale i ostatní členové multidisciplinárního týmu.

Aby mohla paliativní péče dobře fungovat, je potřeba zajistit provázanost různých služeb, které se podílejí na takové péči. Multidisciplinární tým se skládá z lékařů různých oborů a specializací, sester, psychoterapeutů/psychologů, sociálních pracovníků a duchovních a svým způsobem i z rodinných příslušníků a lidí z řad dobrovolníků. Všichni tito lidé se různě setkávají a společně diskutují nad procesem péče.

2.2. Z historie

Holistická péče o pacienta není novinkou na poli medicíny či ošetrovatelství. Takový koncept byl v Evropě přítomen již staletí. Historie medicíny je primárně zaměřena na tlumení příznaků nemoci – například bolesti. Již ve středověku v rámci křesťanských klášterů vznikaly špitály (známý je špitál sv. Františka založený sv. Anežkou Českou) a útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. Ve Francii, Lyonu, v polovině 19. století Jeanne Garnierová založila společenství žen, které se věnovalo o nevyлéčitelně nemocné. O pár později toto společenství založilo i dům, který pojmenovalo právě hospic. Roku 1878 jistá Marie Aikenheadová zakládá kongregaci Sester lásky, která má za účel doprovázení umírajících. Na základě toho bylo otevřeno po Anglii několik dalších domů – hospiců. Po druhé světové válce Cicela Saudersová zformulovala zásady lékařské péče pro nemocné, kterým v té době nebylo možné nabídnout vyléčení. Nabídla koncept „celkové bolesti“, při němž je tělesná bolest spjata s „bolestí“ psychickou, sociální a spirituální. Roku 1967 založila hospic sv. Kryštofa, kde byla poskytována péče o umírající podle konceptu „celkové bolesti“ a kde tuto péči zajišťoval, poprvé, multidisciplinární tým. Nicméně druhá polovina 20. století je ve znamení velkého nejen technického pokroku a začal koncept „vítězné medicíny“. Bohužel ani nejlepší medicína nedokázala a nedokáže zvítězit na některými onemocněními a smrtí obecně. Z tohoto důvodu začala vznikat hospicová hnutí jako odpověď na „problém“ „vítězné medicíny“. Postupně se začala hospicová péče rozvíjet dvěma směry – lůžkový hospic a domácí/mobilní hospic. V 70. letech 20. století bylo v Kanadě Balfourem Mountem založeno první oddělení paliativní péče v rámci nemocnice. V České republice došlo k rozvoji paliativní, hospicové péče až po roce 1989. 1992 bylo v Babicích nad Svitavou otevřeno první oddělení paliativní péče v rámci nemocnice. Prvním otevřeným hospicem byl roku 1995 hospic Anežky České v Červeném Kostelci.²²

V roce 1982 byl v Anglii založen první dětský hospic. Frances Dominoca tento hospic založila s pomocí rodičů 2,5leté Helen Worswick, která měla nádor na mozku. Posléze byla v USA založena organizace Children's Hospice International, jejímž cílem bylo rozšířit

²² ZDENĚK ADAM, JIŘÍ VORLÍČEK a YVONA POSPÍŠILOVÁ. ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7, s. 19-22.

povědomí o dětské paliativní péči. Díky tomu byl v New Yorkské nemocnici St. Mary's Hospital spuštěn program paliativní péče. O té doby se dále dětská paliativní péče rozvíjela. V kontinentální Evropě je péče na vysoké úrovni v Polsku, ve Varšavě, kde roku 1994 vznikl první dětský mobilní hospic. Mezníkem je také rok 1998, kdy WHO definovala samostatně dětskou paliativní péči. V České republice se problematice dětské paliativní péče začala poprvé věnovat nadace Klíček, která 2004 zahájila provoz respitního domu v Malejovicích u Uhlířských Janovic.²³

V předchozích odstavcích popisují historii medicíny, potažmo paliativní medicíny v euroamerické společnosti, a tak většina iniciativ jsou křesťansky orientované, stojí na křesťanských hodnotách.

2.3. Hospicové hnutí

Myšlenka hospice je založena na úctě k životu a člověku jako jedinečné bytosti. Hospic umírajícímu garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v každé situaci bude zachována lidská důstojnost a že v posledních chvílích nebude člověk osamocen.²⁴ Takto to píše MUDr. Marie Svatošová, která se stala zakladatelkou hospicového hnutí v ČR.

Hospic by neměl být brán jako dům smrti, jako místo, které je ponuré a plné nepříjemné smrtné atmosféry. Hospic je domem, která je plný života, a to života kvalitního, bezbolestného. Je to místo, kde se lidé smějí, pomáhají si a společně se učí přijmout konečnost a svou smrtelnost.

Existují tři základní typy hospicové péče. Jedním z nich je lůžkový hospic. Ačkoli i v hospici jsou lékařské či sesterské vizity, je tu jistý režim, hospic se snaží více připomínat domov než nemocnici. Dále existuje domácí hospicová péče, která je z mnoha důvodů pro umírajícího ideální. Nemocný je doma „ve svém“, nestresuje ho změna prostředí. Pečovatelka, sestra přijíždí za umírajícím k němu domů. Bohužel ne vždy je tato péče dostačující. Posledním typem hospicové péče je stacionární. To znamená, že nemocný přichází do stacionáře ráno, přes den se pracuje na různých věcech – diagnostika, léčba, psychoterapie – a večer nemocný odchází zpět domů.²⁵

²³RADKA BUŽGOVÁ a LUCIE SIKOROVÁ. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7, s. 20-22.

²⁴MARIE SVATOŠOVÁ. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2, s. 102.

²⁵SVATOŠOVÁ. *Hospice a umění doprovázet*. s. 106-109.

V České republice existuje a funguje cca 20 lůžkových hospiců. Domácí, mobilních hospiců je u nás téměř 100. Také u nás funguje několik paliativních lůžek a rodinný pokojů. Existuje mnoho ambulancí paliativní péče a dalších různých zařízení, které zajišťují péči o umírající i jejich rodiny.²⁶

²⁶ Seznam a mapu těchto zařízení najdete na internetové stránce, která se zabývá problematikou umírání a smrti. Tuto stránku spravuje Cesta domů, což je nezisková organizace, která poskytuje zdravotní a sociální služby. „Adresář služeb“ (online), umirani.cz, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>.

3. Stres a syndrom vyhoření

Stres je souhrn fyziologických, psychických a behaviorálních reakcí těla na silný emocionální zážitek. Stres se obecně dělí na eustres- “dobrý stres” (tento druh člověka aktivizuje, je přiměřený a může pomoci, k lepším výsledkům) - a na distres- “špatný stres” (tento je pro člověka zátěží, může paralyzovat, poškozuje člověka a může vést k psychosomatickým onemocněním). Zdravotní sestra v rámci své práce denně setkává se situacemi, které vyvolávají stresové reakce. Takové reakce se mohou projevit jako určitá nejistota, nerozhodnost. Sestra, která pracuje na směny a má rozhozený denní režim, může mít problémy se spánkem nebo s přijímáním stravy. Z čehož mohou vyplynout další problémy, které negativně ovlivňují chování a činnost sestry. Takovým příkladem je nepozornost (což může být při podávání léků fatální). Sestra může postupně ztrácet zájem o práci, vyhýbá se jí. Může docházet ke zvýšené konzumaci látek ovlivňující mozek (alkohol, cigarety, léky na předpis, nelegální drogy). Mezi psychické změny mohou patřit výrazné změny nálad (sestra bezdůvodně seřve pacienta/klienta), úzkosti. Fyzicky sestra může cítit bušení srdce, sevřené hrdlo. Pocituje bolesti hlavy či pocit nevolnosti. Tyto a další reakce mohou vyústit v syndrom vyhoření.²⁷

Syndrom vyhoření je kombinací dlouhodobého stresu, frustrace a vyčerpání. K rozvoji syndromu vyhoření u sester přispívá vysoká zátěž, komunikace s pacienty/klienty, řešení jejich problémů, práce s různými diagnózami a setkávání se s umíráním a smrtí. “Náchylnost k syndromu vyhoření může být vyšší například při práci s terminálně nemocnými nebo těžce nemocnými dětskými pacienty.”²⁸ Z různých průzkumů vyplývá, že syndromem vyhoření trpí velké množství zdravotních sester. Z amerického průzkumu z roku 2017 vyšlo: 98 % (ze 257 respondentů – registrovaných sester) uvádí svoji práci jako fyzicky i psychicky náročnou, 93 % respondentů uvedlo, že jsou na konci běžného pracovního dne psychicky a/nebo fyzicky unaveno. 44 % sester uvedlo, že nadřízení nevědí, jak jsou unavené a 43 % sester to skrývá. 63 % respondentů tvrdí, že jim jejich práce způsobila syndrom vyhoření.²⁹ Průzkum z Etiopie

²⁷ JARO KŘIVOHLAVÝ. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0, s. 23.

²⁸ „Syndrom vyhoření v práci sestry“ (online), proSestru.cz, 9. září 2020, cit. červen 2023, ISSN 1803-6597, dostupné online na <https://www.prosestru.cz/novinky/syndrom-vyhoreni-v-praci-sestry-123649>.

²⁹ „Kronos survey finds that nurses love what they do though fatigue is a pervasive problem“ (online), bloomberg.com, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.bloomberg.com/press-releases/2017-05-08/kronos-survey-finds-that-nurses-love-what-they-do-though-fatigue-is-a-pervasive-problem>.

z roku 2021 říká, že ze vzorku 412 náhodně vybraných sester 44,4 % (tj. 183) zažilo syndrom vyhoření.³⁰

V holistickém pojetí člověka je spiritualita brána jako jeden ze základních kamenů člověka. Tak jako sestry snaží o uspokojení všech potřeb pacienta/klienta, tak by měla být uspokojena i sestra. Proto může být osobní spiritualita prevencí syndromu vyhoření. Osobní spiritualita může zdravotním sestřím dávat smysl a motivaci pro toto zaměstnání. Přeci jen první špitály vznikali okolo klášterů, kde sestrou (zdravotní) byla sestra (řádová). Ve světě bylo na toto téma provedeno několik výzkumů. Některé vidí zásadní spojitost mezi spiritualitou a syndromem vyhoření – tvrdí, že ti respondenti, kteří jsou více spirituální bývají méně unavení či vyčerpaní.³¹ Zmíním jeden výzkum z českého prostředí. Výzkum proběhl v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna. Vztah spirituální pohody a syndromu vyhoření byl sice mírně záporný, ale v závěru se musí počítat s mnoha proměnnými. Tato sonda potvrzuje vyšší spirituální pohodu u respondentů s vyšší náboženskou spokojeností. Problémem tohoto výzkumu byl malý počet respondentů pro dotazníkové šetření.³²

Odolnost vůči stresu se odvíjí od osobnosti zdravotní sestry, závisí na věku, životních zkušenostech či jejich osobní spiritualitě. Sestry by měli dbát na prevenci, to znamená snažit se dodržovat zdravý životní styl a denní režim, otevřeně komunikovat s kolegy. Zároveň by neměli přehlížet změny chování u kolegů.

3.1. Zvládání stresu

Metody, jak zvládat stres se běžně označují jako copingové strategie. Tyto strategie pomáhají uchopit složitou situaci a vyrovnat se s ní. Lidé, pro nás zdravotní sestry, kteří se setkávají se stresovými situacemi, by měli umět ovládat takové strategie. „Důležitou roli při

³⁰ DERIBE BEKELE DECHASA et al., „Burnout and associated factors among nurses working in public hospitals of Harari region and Dire Dawa administration, eastern Ethiopia. A cross sectional study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, 29. říjen 2021, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8555845/>.

³¹ JASON M. HOLLAND, ROBERT A. NEIMEYER, „Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training“ (online), Department of Psychology, University of Memphis, Memphis, Tennessee, USA, říjen 2005, cit. červen 2023, dostupné online na https://www.researchgate.net/profile/Jason-Holland-5/publication/7186299_Reducing_the_risk_of_burnout_in_end-of-life_care_settings_The_role_of_daily_spiritual_experiences_and_training/links/0fcfd508ff5482b80c00000/Reducing-the-risk-of-burnout-in-end-of-life-care-settings-The-role-of-daily-spiritual-experiences-and-training.pdf.

³² HELENA MACHULOVÁ, PAVEL KILBERGR a ALENA POLÁČKOVÁ, „Výzkum spirituality a syndromu vyhoření v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna“ (online), caritasetveritas.cz, 17. únor 2021, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.caritasetveritas.cz/pdfs/cev/2021/02/17.pdf>.

zvládání svízelných situací má osobnost jedince a jeho zvládací mechanismy, tedy způsoby, jakými člověk stres a ostatní náročné situace zvládá. Strategie zvládání mohou být orientované na zvládání problému či na zvládání emocí.³³

Existuje dva základní typy copingových strategií:

Strategie zaměřené na problém (člověk se snaží najít řešení situace)

Strategie zaměřené na emoce (člověk se snaží zvládnout své emoce)

Bohužel existují strategie zvládání stresu, které nejsou moc funkční, mohou jedince naopak i poškodit. Příkladem je nadměrná konzumace návykových látek či popírání/potlačování dané situace. Dlouhodobé „využívání“ těchto metod může vést k somatickým, psychickým, psychosomatickým onemocněním.³⁴

V rámci strategií zaměřených na zvládání emocí se objevují různé relaxační metody, jako je meditace, aromaterapie, muzikoterapie, arteterapie. „Klid lze čerpat také z víry.“³⁵

³³ ILONA KOPECKÁ. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3877, s. 159.

³⁴ MOJRA. „COPINGOVÉ STRATEGIE: Víte, co vám pomáhá zvládat stres?“ (online), blog.mojra.cz, 2020, cit. červen 2023, dostupné online na <https://blog.mojra.cz/clanek/copingove-strategie-vite-co-vam-pomaha-zvladat-stres>.

³⁵ MARTINA VENGLÁŘOVÁ. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2, s. 69-70.

4. Dosavadní výzkumy

V této krátké kapitole bych chtěla představit některé výzkumy, které se zabývají zkušenostmi zdravotních sester s umíráním a smrtí. Vybrala jsem pro mě nejzajímavější studie.

Pocity a emoce sester související s umíráním a smrtí pacientů³⁶ je studie, jejímž cílem bylo analyzovat pocity a emoce, které pociťují sestry během péče o umírajícího pacienta. Studie proběhla roku 2021 v Polsku a účastnilo se jí 160 sester. Studie připomíná, že práce sester patří mezi velmi náročné a stresově zatížené povolání, avšak není mnoho dalších výzkumů, které by analyzovaly emoce a pocity sester. Podle průzkumu vyšlo, že velký část sester se snaží potlačovat své emoce, přičemž na interních a chirurgických odděleních 14,71 % sester prožívá umírání pacienta velmi emotivně. Nejčastějšími zaznamenanými emocemi byly smutek, soucit a bezmoc. Existuje ale rozdíl v nejčastější emoci podle délky práce, kdy sestry s 5letou praxí pociťují spíše bezmoc, sestry s 6 - 10letou praxí uvádějí smutek a u sester s 11 - 20letou praxí převládá soucit. Dále se studie zaměřila na metody zvládání stresu, kdy nejčastější formou jsou aktivní copingové strategie a nejméně častou je užívání psychotropních látek.

Analýza postojů sester k úmrtí pacienta³⁷ je studie, jejímž cílem bylo analyzovat postoje sester ke smrti pacienta v souvislosti s prožívanými emocemi a obecnému vnímání smrti. Studie byla provedena roku 2022 v Polsku a bylo zapojeno 516 sester. Podle výsledků studie si většina respondentů vzpomíná na první smrt během jejich směny v práci, jelikož je tato zkušenost silně emocionální. V reakci na dotaz ohledně faktorů ovlivňující prožívání smrti je pro sestry dominantním faktorem věk zemřelého. Dále 68 % dotazovaných uvedlo jako ovlivňující faktor typ úmrtí - náhlé, pomalé. Dále studie analyzovala faktory ovlivňující zvládání smrti pacienta. Přes 50 % respondentů uvedlo jako pozitivní vliv mluvení o smrti na pracovišti a delší pracovní zkušenost. Pouze 4,8 % dotazovaných uvedlo schopnost oddělit pracovní a soukromý život, víra v Boha, životní zkušenosti, trénink nebo individuální přístup ke smrti. Studie dále uvádí, že se respondenti obávají smrti, 63 % uvedlo, že smrt je nepříjemný zážitek. Také uváděli, že myšlenky na vlastní smrt způsobují úzkost. I přes to respondenti nezmiňovali vyhýbání se smrti, respondenti souhlasili s výroky jako „je přirozenou stránkou života“ (77,7 %), a další.

³⁶ ANNA MARIA KOSTKA, ADRIANA BORODZICZ a SYLWIA ANNA KRZEMIŃSKA, „Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients – A Pilot Study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, červen 2021, cit. srpen 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8187100/>.

³⁷ ANNA MARIA CYBULSKA et al., „Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, říjen 2022, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9602489/>.

Výzva útěchy: zkušenosti sester s duchovní a existenciální péčí o umírající – fenomenologická hermeneutická studie³⁸ je norská studie, jejímž cílem bylo popsat zkušenosti sester pečující o umírající ve všeobecné nemocnici. Výzkum proběhl roku 2014 pomocí rozhovorů se 6 sestrami. Tyto sestry se nedefinovaly jako velmi náboženské či křesťanské, měly pocit, že náboženství je něco soukromého. Z tohoto důvodu pro ně bylo obtížné poskytovat duchovní či existenciální péči. I přes to ale například jedna sestra, která tvrdila, že není „příliš věřící“ pomohla zásadní způsobem pacientce skrze vlastní víru v Boha a společnou modlitbu – pacientka díky tomu povolila podávání léků. Obecně se sestry snažily pomoci pacientům s přijímáním umírání, dosáhnou smíření s minulostí či s Bohem. Ve chvílích, kdy bylo dosaženo přijetí či smíření, sestry to považovaly jako odměnu a naplnění.

Ošetrovatelská zkušenost a péče o umírající pacienty³⁹ je americká studie z roku 2005, jejímž cílem bylo mimo jiné zkoumat postoje sester ke smrti a umírání. Výzkum probíhal na chirurgickém a onkologickém oddělení. Vzorek zahrnoval 58 osob, kdy 28 respondentů bylo katolíků a 21 protestantů. Sestry uváděly pozitivní vztah k poskytování péče umírajícímu, také uváděly aktivní rozvíjení vztahu s pacienty. Většina účastníků uvedlo, že nemají obavy ze smrti. Zajímavým zjištěním bylo, že sestry s vyšším indexem religiozity trávily s umírajícími či nevléčitelně nemocnými méně času než ty s nižším skóre religiozity.

³⁸ KIRSTEN ANNE TORNØE et al., „The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, listopad 2015, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658768/>.

³⁹ KAREN S DUNN, CECILIA OTTEN a ELIZABETH STEPHENS, „Nursing Experience and the Care of Dying Patients“ (online), researchgate.net, únor 2005, cit. červen 2023, dostupné online na https://www.researchgate.net/publication/8071591_Nursing_Experience_and_the_Care_of_Dying_Patients.

Empirická část

5. Cíle a výzkumné otázky

Cílem práce bylo zkoumat, jakým způsobem zdravotní sestry prožívají a vyrovnávají se se zkušeností s umíráním a smrtí pacientů/klientů. Dalším cílem bylo toto prožívání a vyrovnávání se zkoumat s ohledem na osobní spiritualitu zdravotnického personálu. Proto jsem si stanovila tři výzkumné otázky:

Jakým způsobem zdravotnický personál prožívá umírání a smrt pacientů/klientů?

Jakým způsobem se zdravotnický personál vyrovnává s umíráním a smrtí pacientů/klientů?

Jakým způsobem ovlivňuje osobní spiritualita zdravotnického personálu prožívání a vyrovnávání ní se s umíráním a smrtí pacientů/klientů?

6. Metoda

S ohledem na cíle, které jsem si stanovila pro výzkum jsem zvolila metodu interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tento typ analýzy se zaměřuje na „porozumění žité zkušenosti člověka.“⁴⁰ Jako metoda sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje respondentovi rozmluvit se o dané problematice. Zároveň umožňuje výzkumníkovi sledovat projevy respondenta, umožňuje mu podchytit to, co je pro respondenta významné. Polostrukturovaný rozhovor ale také umožňuje výzkumníkovi směřovat rozhovor tak, aby se neodchýlil od tématu.⁴¹ Otázky rozhovoru byly zaměřeny obecně na zkušenost se smrtí a umíráním, také na první setkání se smrtí a umíráním. Dále byly zaměřeny na prožívání a vyrovnávání se s touto zkušeností.

Dříve než jsem přistoupila k vlastním rozhovorům provedla jsem „dialog sama se sebou“.⁴² Také jsem uskutečnila pilotní rozhovor se známou, která pracuje ve zdravotnictví jako sestra již 45 let. Tento rozhovor mi poskytl náměty na otázky a pomohl mi k lepší formulaci otázek.⁴³

Pro zpracování textů bylo nejprve potřeba rozhovory doslovně přepsat. Doslovné přepisy jsem následně minimálně upravovala – odstranění velmi často opakujících se slov a také odstranění pasáží, kde zasahoval jiný člověk (u případů, kdy byl rozhovor veden během pracovní směny respondenta). Také jsem musela odstranit pasáže, kdy se respondent zmínil údaje o daném zdravotnickém zařízení, jména kolegů nebo pacientů/klientů. Takto upravené texty jsem nejprve opakovaně pečlivě četla. Následně jsem si pomocí otevřeného kódování stanovila klíčové motivy. Vytvořila jsem si rozsáhlou tabulku všech respondentů, kdy jsem si jednotlivé motivy vypisovala pod sebe. Stejně nebo velmi podobné motivy jsem od sebe barevně odlišovala. Následně jsem znovu četla jednotlivé části textů a hledala další souvislosti.

Také jsem pro účely ucelení si pohledu na téma práce vytvořila dotazník. Respondenti odpovídali anonymně na 26 otázek (otevřené i uzavřené). Na dotazník odpovídalo 112 zdravotníků z různých oborů. Dotazník mi dal širší pohled na problematiku umírání, smrti a spirituality, a to, jak tomu přistupují nelékařští zdravotničtí pracovníci. Data získaná skrze dotazník byla použita pro doplnění dat z rozhovorů.

⁴⁰ TOMÁŠ ŘIHÁČEK, IVO ČERMÁK a ROMAN HÝTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2, s. 9.

⁴¹ ŘIHÁČEK, ČERMÁK a HÝTYCH, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, s.15.

⁴² ŘIHÁČEK, ČERMÁK a HÝTYCH, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, s.17.

⁴³ Respondentka například neznala slovo transcendence, které jsem proto v dalších rozhovorech nepoužívala.

7. Sběr dat

Respondenty pro výzkum jsem získala několika způsoby. Prvním způsobem bylo oslovení mých známých, kteří pracují ve zdravotnictví. Někteří z těchto oslovených mi zprostředkovali rozhovor s jejich kolegy, které považovali za spirituální, a tak vhodné pro můj výzkum – metoda sněhové koule. Dalším způsobem bylo získání respondentů skrze sociální síť Facebook, kde existuje uzavřená skupina pro zdravotníky (jíž jsem členem). Zde jsem vznesla dotaz, zdali by měl někdo zájem a byl ochotný mi odpovědět na dotazy v nahrávaném rozhovoru. Do dotazu jsem zadala podmínky, které je potřeba splnit – zdravotnický obor (všeobecná sestra a praktická sestra), kladnou odpověď na osobní spiritualitu, zkušenost se smrtí a umíráním.

Před samotným rozhovorem jsem s respondenty probrala otázku anonymity. Všichni respondenti si přáli nezmiňovat místo, město pracoviště. Pět respondentů si nepřálo zmiňovat ani jejich jméno. Všichni respondenti mi poskytli souhlas s nahráváním rozhovorů a s jejich využitím v rámci práce.

7.1. Analýza rozhovorů

Výzkumná část se zakládá primárně na kvalitativním výzkumu. Uskutečnila jsem 15 polostrukturovaných rozhovorů⁴⁴. Rozhovory se zdravotními sestrami jsem vedla od začátku prosince 2022 do konce května 2023. Téměř polovina rozhovorů byla vedena v domácím prostředí. Šest rozhovorů jsem vedla online formou z důvodu vzdálenosti respondentů. A dva rozhovory byly vedeny přímo na pracovišti, během směny.

Vzorek respondentů se skládal ze 14 žen a z jednoho muže. Z toho je 10 všeobecných sester (VOŠ a VŠ vzdělání) a z 5 praktických sester (SZŠ vzdělání). Vzorek tvoří především sestry z pracovišť, kde je vyšší smrtnost pacientů/ klientů, to znamená domovy seniorů, LND, interny ale i intenzivní péče (ARO, JIP). Respondenti byli vybráni právě na základě toho, kde pracují (nebo pracovali), jelikož mají s tématem blízkou zkušenost. Věkový rozsah respondentů je 25 let až 60 let. Všichni respondenti tak mají minimálně 5 let praxe. Někteří respondenti mají zkušenost i z jiných pracovišť, a tak mají možnost srovnání. Většina respondentů je nyní ve střední dospělosti (30–45 let).

7.2. Charakteristika respondentů

Rozhovor č.1 - Lenka – Respondentka žije i pracuje v polském pohraničí. Pochází z praktikující katolické rodiny. Sama je sice nepraktikující, ale věří v Boha. Uvedla, že víra jí dává morální hodnoty. Má vystudovanou všeobecnou sestru, zakončené bakalářským titulem. Respondentka pracuje na následné péči v nemocnici.

⁴⁴ Uskutečnila jsem 17 rozhovorů. Jeden rozhovor byl pilotní. A během jednoho rozhovoru respondentka odbočovala od tématu natolik, že jsem musela rozhovor nakonec ukončit a data z něj byla nepoužitelná.

Rozhovor č.2 – Barbora – Respondentka pochází z ateistické rodiny, ale babička chodila do husitského kostela. Respondentka věří v anděli, a dokonce s nimi komunikuje. Má vystudovanou všeobecnou sestru, zakončené bakalářským titulem. Respondentka pracuje na plicním interním oddělení v nemocnici.

Rozhovor č. 3 – Eva – Respondentka uvedla, že věří v „něco“, nedokáže to specifikovat, neví, co to je. Uvedla, že se snaží být spíše při zemi- „není třeba další filozofie ve zdravotnictví.“ Je diplomovaná všeobecná sestra. Respondentka pracuje v Domově důchodců.

Rozhovor č. 4 – Nikola – Respondentka uvedla, že je křesťanka po svém. Věřící na setkání s anděli. Je diplomovaná všeobecná sestra. Respondentka momentálně pracuje na ZZS, dříve pracovala na ARO.

Rozhovor č. 5 - Věra – Respondentka je nepokřtěná křesťanka – evangelička. Nechodí pravidelně do kostela, ale věří v Boha. Je diplomovaná všeobecná sestra. Respondentka pracuje na interním oddělení v nemocnici.

Rozhovor č. 6 - Jana – Respondentka věří v „něco“ nad námi. Uvedla víru v poltergeisty, duchy, paralelní světy, energie- „bylo by divné, kdyby nebylo nic“. Respondentka má vystudovanou SZŠ. Respondentka nyní pracuje v Domově důchodců, dříve pracovala na interně i chirurgii v nemocnici.

Rozhovor č. 7 - Bětko – Respondentka uvedla, že se snaží žít pohansky. Propojuje se s přírodou, např. jízdou na koni. Dále uvedla víru v energii a osud. Respondentka má vystudovanou SZŠ. Respondentka nyní pracuje v Domově důchodců. Dříve často měnila pracoviště než se „našla“.

Rozhovor č. 8 - Anna – Respondentka pochází napůl z křesťanské rodiny. S rodiči chodili do kostela pouze na Vánoce. Více se ke křesťanství dostala až s manželem, spolu chodí do husitského kostela. Má vystudovanou SZŠ. Respondentka pracuje v LDN, dříve pracovala v nemocnici a v domácí péči.

Rozhovor č. 9 - Miri – Respondentka pochází z křesťanské rodiny patřící k ČČSH. Sama je nejistá ve víře, do kostela chodí pouze na svátky, když má potřebu a „pro jistotu“. Je všeobecná sestra, s bakalářským titulem. Respondentka pracuje v LDN.

Rozhovor č. 10 - Hana – Respondentka je praktikující katolička. Nebrání se východní filozofii (buddhismus, hinduismus). Je vystudovaná všeobecná sestra s bakalářským titulem. Respondentka nyní pracuje na ARO, dříve na JIP.

Rozhovor č. 11 - Valerie – Respondentka uvedla víru v „něco“. Uvedla, že je otevřena Východu, sama praktikuje buddhismus a jógu. Je diplomovaná všeobecná sestra. Respondentka pracuje v Domově důchodců, dříve z časových důvodů pracovala v domácí péči.

Rozhovor č. 12 - Monika – Respondentka uvedla, že patří k římskokatolické církvi. Má vystudovanou všeobecnou sestru, zakončené bakalářským titulem. Respondentka momentálně pracuje na neurologii, dříve pracovala několik let na geriatrii. Také pracovala na onkologii.

Rozhovor č. 13 - David – Respondent sám sebe charakterizoval jako ateistu. Respondent má vystudovanou všeobecnou sestru zakončenou bakalářským titulem. Respondent stále studuje v navazujícím magisterském studiu. Respondent nyní pracuje na ARO.

Rozhovor č. 14 – Zuzana – Respondentka uvedla, že je Wiccanka. Je vystudovanou všeobecnou sestrou s bakalářským titulem. Respondentka nyní pracuje na geriatrici v nemocnici, dříve pracovala na gynekologickém oddělení. Respondentka nyní pracuje v hospici.

Rozhovor č. 15 – Mirka – Respondentka pochází z křesťanské rodiny, sama je pokřtěná. Dále ale uvedla, že věří spíše ve vyšší moc. Respondentka je všeobecná sestra s bakalářským titulem.

8. Analýza a vyhodnocení dat

8.1. Charakteristika vzorku z hlediska spirituality

V rámci rozhovorů pro mě bylo důležité zjistit, jakým způsobem respondenti definují svoji osobní spiritualitu. Téměř všichni (14 z 15) respondenti nějakým způsobem sami sebe označili jako věřící či spirituální lidi.

Z 15 respondentů se 5 hlásí ke křesťanství. Těchto pět respondentek se hlásí k husitskému, evangelickému nebo katolickému vyznání. Tyto respondentky uvedly, že chodí do kostela, zmiňovaly, že do kostela nechodí pravidelně ale třeba na velké svátky jako jsou Velikonoce a Vánoce. Pro respondentky je kostel místem klidu a chodí tam třeba během vypjatých situací. Modlí se a jsou praktikující. Další 4 respondentky uvedly nějakou přímou spojitost s křesťanskou vírou, ale sami sebe nedefinovaly přímo jako křesťanku anebo věřící. Tyto respondentky sice pocházejí z křesťanských rodin, ale sami jsou ve své osobní spiritualitě nejisté. Avšak je patrné, že jejich osobní spiritualita je ovlivněna křesťanstvím. Příkladem je respondentka, jejíž babička chodila snad do husitského kostela, respondentka ale sama uvedla víru v anděli, se kterými pracuje formou vykládání karet aj. Další respondentka uvedla, že si věří na různé věci, třeba i setkávání s anděli. Tato žena uvedla svou osobní spiritualitu jako křesťanství po svém. Sice věří ale, nedokáže přesně definovat v co ale sama v tom cítí nějaký odraz křesťanství. Dvě uvedly, že pocházejí sice z křesťanské rodiny – husitského vyznání – ale obě dvě jsou ve své osobní spiritualitě nejisté. Obě shodně uvedly, že jejich rodiny jsou věřící ale ony samy neví. Jedna respondentka uvedla, že ona sama je pokřtěná, její rodina je věřící, a že v něco věří. Na otázku, v co tedy věří uvedla: „...vzhledem k tomu, v jaký profesi člověk pracuje, tak je to tak, že můžu vám říct, že je to něco, jako vyšší moc.“ (respondent č. 15).

Jedna respondentka uvedla, že v něco věří ale sama neví, co to je. Jediný muž respondent sám sebe označil sice jako ateistu. Avšak oba dva v rámci rozhovoru zmiňovali informace, které ukazují na jistou duchovní orientaci: „...vezmi si ho nahoru...“ (respondent č. 3), a „Ale prostě jde do toho nebe. No někam nahoru do nebe za ním, ale úplně specificky to nevím.“ (respondent č. 13). Tyto výroky naznačují, že otázka spirituality je složitá a spirituální aspekty můžeme najít i u lidí, kteří se identifikují jako ateisté. Pro respondenta-muže označení ateista znamená spíše „nejsem křesťan, nechodím do kostela, nemám nic společného s církví“, než, že daný jedinec není věřící/ spirituální.

Vliv na osobní spiritualitu respondentů měl vliv komunistický režim. Některé respondentky popisovaly potlačování jejich osobní spirituality.

Dvě respondentky (respondentky č. 7 a č. 14) bych označila jako novopohanky. Tyto dvě ženy zmiňovaly propojenost s přírodou a jejími cykly. Jedna z nich (respondent č. 7) zmiňuje právě propojenost s přírodou, propojenost veškeré fauny a flóry, zároveň zmiňovala, že věří na osud. Na dotaz, zdali je novopohanka odpověděla, že neví, jestli by se tak nazvala, ale vzápětí

řekla, že se snaží žít pohansky. Druhá (respondent č. 14) je členkou wiccanského covenu. Vysvětlovala, že v rámci covenu slaví svátky kola roku a uctívají především ženskost.

Tři respondentky uvedly, že jsou v nějakém smyslu spirituální, avšak nejsou si jisté, jak to definovat. Shodně uvedly, že věří, ale neví v co. Jedna respondentka (respondent č. 6) zmiňuje víru v duchy, poltergeisty a obecně paranormální jevy. Dále zmiňuje paralelní vesmíry. Další (respondent č. 11) uvádí, že je ovlivněna východní, primárně indickou, spiritualitou. Uvedla, že v rámci jedné meditace, měla mystický zážitek, skrze něj se setkala s entitou, která je teď pro ni jako bůh, nicméně nedokáže blíže tuto entitu definovat. Poslední (respondent č. 3) v něco prostě věří ale neví co to je. Zajímavým momentem bylo, když v rámci jedné otázky řekla „...vezmi si ho nahoru...“. Z toho usuzuji, že svým způsobem věří v boha. Již výše jsem zmiňovala, že jediný muž respondent sám sebe definoval jako ateistu, avšak z jeho slov usuzuji, že pojem ateista je v tomto ohledu problematický. Tento respondent sice sebe definuje jako ateistu, ale na druhou stranu přiznává víru v lidskou duši, nebe.

Osobní spiritualita dodává sestrám motivaci k výkonu této profese. Spiritualita odpovídá na otázky po smyslu života, bytí a smrti. Mnohé respondentky popisují, že jim jejich vnitřní duchovno pomáhá v doprovázení umírajících. Díky své spiritualitě, víře respondentky popisují, že cítí, že dokázaly udělat vše správně, aby umírajícího doprovodily. Víra jim dodává radost z práce.

V rámci dotazníkového šetření uvedlo vztah k náboženství či spiritualitě 76 respondentů, přičemž dominovalo křesťanství, v otevřené otázce respondenti nejvíce zmiňovali římskokatolické vyznání, několik respondentů odpovědělo, že jsou evangelíci, jeden odpověděl pravoslaví. Jedna respondentka v dotazníku popsala svou spiritualitu „katolík s prvky přírodního náboženství“, definuje se jako katolička-wiccanka. V dalších otázkách zmiňuje například to, že „prosí Matku, aby ho u sebe v nebi přivítala s láskou“ (zemřelého pacienta/klienta).

V rámci dotazníku jsem se také ptala „Co pro Vás víra znamená“? Pro respondenty, kteří kladně uvedli vztah ke spiritualitě, nejčastější odpovědí bylo slovo naděje (18 x). Dále respondenti odpovídali jistota (10 x), klid (v duši) (9 x). Pro mnohé je víra berličkou/kotva/oporou (9 x), podpora (5x). Jiní zmiňovali cestu, smysl života, součást života, posun v životě (11 x); útočiště, bezpečí (2x). Jiní odpověděli, že nejsou opuštění (3 x). Dále respondenti zmiňovali láska, útěcha, pokora, síla, pozitivita, úleva, motivace, posmrtný život, odpovědi, vyrovnání se. Častokrát respondenti tyto odpovědi různě kombinovali. Někteří respondenti sice negovali svou víru. Popisovali, že nevěří ale respektují ostatní.

8.2. Jakým způsobem zdravotnický personál prožívá umírání a smrt?

8.2.1. Chápání smrti a umírání

Chápání smrti a umírání se u respondentů v mnoha ohledech liší, ale lze pozorovat řadu podobností. Velké rozdíly jsou v odpovědích na dotaz ohledně dějů po smrti. Každý respondent to popsal trochu jinak a často i velmi originálně. I přes rozdílnosti je v této problematice společný termín-duše, lidská duše. Bez ohledu na vyznání, osobní spiritualitu, všech 15 respondentů zmiňovalo víru v lidské duši. Zajímavé bylo, že jediný muž respondent, který se definoval jako ateista, také přiznal víru v lidskou duši. Nejčastěji respondenti hovořili o lidské duši v souvislosti s fenoménem otevírání okna po smrti pacienta/klienta. Ten to fenomén je také společný všem respondentům (viz podkapitola Otevírání okna). Velmi často se také zmiňují, že se s duší mrtvého loučí různým způsobem – modlitbou, myslí na ni při zapálené svíčke (doma i v práci). Respondenti také přejí lidské duši šťastnou cestu, nebo ji dokonce „poučují“ co má dělat, (respondent č. 4): „... jako, že to jakoby uzavřu, toho člověka doprovodím, pošeptám mu, co tam nahoře má dělat. Já jsem taková direktivní, přesně jim řeknu, co mají dělat a tím to pro mě v podstatě končí...“ V rámci rozhovorů dotazovaní zmiňovali, že otevírají okno, aby duše mohla ven nebo aby odletěla dál či tam kam má. V tomto směru dominovali dva pohledy. Jeden souvisí s křesťanským pohledem na svět a s tím, co je nám v této společnosti známé a to, že duše putuje do nebe. Respondenti také často zmiňovali, že duše putuje nahoru za Ním anebo, že odchází někam nahoru – nespécifikovaně. Z obou výroků usuzuji, že míní nebe, které téměř všichni známe. Jedna respondentka také zmiňovala, že duše odchází do nebe a tam čeká na rozsouzení. Pokud je duše dobrá jde do nebe nebo se znovunarodí ale ta špatná bude trpět v pekle. Nejčistší duše a duše miminek se mohou stát anděly. Avšak zdůraznila, že to není „pohádkové nebe a peklo“ ale jde spíše o energii. Druhým pohledem je koloběh duší. Respondentky zmiňovaly koloběh duší, stěhování duší, reinkarnaci. Pro mě nejzajímavějším faktem bylo, že žena, která například prohlásila (respondent č. 12) „...bez Ježíše ani ránu. Já ho miluji...“, také zmiňovala reinkarnaci. Podobně jako další respondentky popisovala, že duše koluje z těla na tělo a získává zkušenosti, dítě si může pamatovat své minulé života. A v souvislosti s umíráním mladší a děti říká, že je to proto, že duše si musela odžít svůj minulý život, který byl třeba násilně ukončen. Jedna respondentka se ohledně duše zmiňuje to, že odchází do jiného světa, avšak více to nerozvedla. Několik respondentek se více o posmrtných záležitostech nezmiňovalo.

V některých případech se oba dva pohledy na duši propojily do jednoho. Respondentky popisovaly, že lidská duše odchází po smrti nahoru, do nebe a zároveň popisovaly nějakou formu stěhování duší. Jedna například popisovala, že po smrti duše putuje do nebe, kde čeká na „rozsouzení“, kdy se dobré duše mohou znovu převtělit a narodit jako lidé. Jiná respondentka

si na základě zkušenosti s umíráním dětí, které nesla těžce, přečetla knihu, která jí objasnila pohled na tuto problematiku.

Zajímavým zjištěním pro bylo, že oba dva dominantní pohledy nemají souvislost s tím, jestli jsou respondenti křesťanského vyznání anebo svou osobní spiritualitu popisují jinak. Automaticky bych řekla, že respondentky definující se jako křesťanky budou popisovat nebe a ty ostatní budou spíše inklinovat ke stěhování duší. Opět zmíním, že cítím souvislost s křesťanstvím v naší společnosti, jelikož i respondent popisující sebe jako ateistu zmínil, že duše odchází nahoru do nebe.

8.2.2. Prožívání umírání a smrti

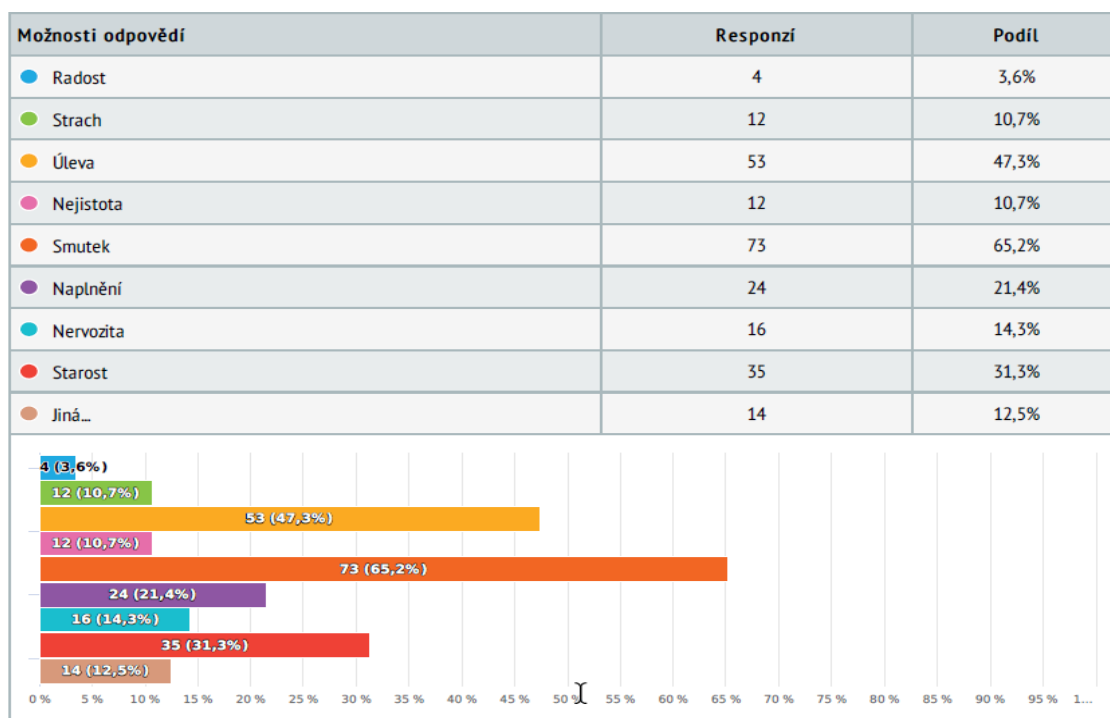
Během ošetrovatelské péče o umírajícího i během péče o mrtvé tělo může sestra prožívat různé pocity, mohou se v ní mísit různé pocity. Mnoho respondentů popisuje, že po smrti pacienta **cítí úlevu**. Především proto, že umírající často trpí bolestí, jsou upoutáni na lůžko nebo jsou již zcela odkázáni na pomoc druhých. Toto respondenti popisují jako utrpení, na které se nelehko hledí. Proto po smrti pacienta/ klienta mohou pociťovat **radost** a další příjemné pocity. V rámci toho respondenti popisují smrt jako osvobození od krutých posledních chvil. Na druhou stranu respondenti i zmiňují, že mohou pociťovat **vztek**, pokud trápení trvalo moc dlouho. Také mohou pociťovat hněv, pokud umírá někdo mladý, dítě. V těchto okamžicích se otáčejí k Bohu či jiné vyšší síle a ptají se po spravedlnosti a férovosti. A samozřejmě respondenti popisují se smrtí i **smutek a lítost**, který je pro tuto zkušenost zcela typický. Často zmiňují, že pociťují **lítost** vůči pozůstalým.

Příjemné i nepříjemné pocity se v respondentech mísí na základě jednotlivých pacientů/klientů. Velmi často společně popisují hněv v souvislosti s utrpením v terminálním stadiu a úlevu v souvislosti s konečnou smrtí. Také se tyto pocity mísí, pokud k zemřelému respondent, zdravotní sestra, navázal nějaký vztah, například pokud byl pacient/klient na pracovišti dlouhodobě.

To, jakým způsobem sestra prožívá zkušenost s umíráním a smrtí závisí na mnoha faktorech – délka praxe, zkušenosti s umíráním a smrtí, osobní spiritualita, osobnost sestry. Dalším zásadním vlivem pro prožívání je první setkání (pracovně). I přes různé pocity, které respondenti zmiňovali, uváděli také to, že se situaci snaží „přejít“, nenosit si ty pocity domů. Například jedna respondentka (respondent č. 7) popsala, že se tomu snaží ujet na koni. A situaci se snaží přijmout taková jaká je.

V rámci dotazníku jsem také pokládala dotaz na emoce zdravotníků, přičemž dominoval smutek. Mnoho respondentů uvedlo, že cítí úlevu, naplnění, ale i starost či nervozitu

Graf č. 1 k dotazu: Jaké emoce cítíte, pokud někdo zemře?



8.2.3. První setkání se smrtí

To, jak sestra vnímá umírání a smrt je dáno i tím, jakým způsobem se s tím poprvé setkala v osobním životě. Svoje místo má v tom jistě rodinné nastavení. Nicméně mě více zajímalo, jak respondenti vnímali a jak se vyrovnali s touto zkušeností ve své praxi.

První setkání se smrtí mnohé sestry popisují jako velký šok. Vstoupili do pokoje nemocného a zjistili, že je pacient/klient mrtev. Většina respondentek popisovala silné obavy a zmatek. Nedokázali pochopit, co se vlastně stalo, nevěděli, co mají dělat. Některé respondentky popisovali, že v první chvíli ani nepochopili, že je pacient/klient mrtev, že v první chvíli nepoznali smrt.

Mezi pocity, které pociťovali při prvním setkání spadala nejistota, nervozita a strach. Na druhou stranu jedna respondentka popisovala zvědavost a prozkoumávání situace.

Pro respondenty bylo první setkání natolik silné, že si pamatují vše přesně a do detailu. Dokonce mi některé sestry řekly i jméno prvního pacienta/klienta a vlastně dodnes na něj vzpomínají. Některé popisovaly, že se z toho musely dostat například alkoholem nebo cigaretou. Často popisovaly, že jim trvalo delší dobu, než celou situaci pochopily a srovnaly se s ní (srovnávání se trvalo například až týden). Nicméně poté, co přešel prvotní šok, dokázali s touto situací již pracovat. Téměř polovina respondentů se shoduje, že postupem času u nich došlo k „odosobnění“ a smrt je pro ně jako stará známá.

Pro mě nepochopitelným jevem je „hození do vody“ smrti. Respondenti popisovali, že jejich první setkání se smrtí bylo šokem, nikdo jim nic nevysvětlil. Smrt, která je pro ně velkou

neznámou jim byla naservírována bez okolků. Jak jsem zmiňovala výše, respondenti častokrát v první chvíli ani nepoznali, že se jedná o mrtvého pacienta/klienta. Starší zaměstnanci je v tom nechali a nikdo nezmínil, že by jim někdo pomohl zvládnout situaci. Nikdo jim nevysvětlil danou situaci a nepomohl jim třeba s péčí o tělo apod. Jedna respondentka (respondent č. 4) to popsala takto: *„...já jsem to v té první fázi nepoznala, pan doktor přišel, my jsme měli praxi na interně a doktor říká vyndejte tyhle ty hadička a tak. A moje kolegyně říká, je hele ta krev je nějaká tmavá a mně to mezitím teda už došlo celý, tak říkám „no, protože je mrtvej“. Já to nějak vzala, že jsem měla první mrtvolu a ona běžela brečet na chodbu. Takže nás takhle před to hodili a nikdo nám nic neřekl.“*

8.2.4. Smrt dítěte, mladého člověka, nepřírozená smrt

Ačkoliv respondenti hovoří o smrti jako o něčem přirozeném z rozhovorů vyplynulo, že to neplatí pro všechny situace, okolnosti. Pokud umírá, zemře, dítě, zdravotní sestry prožívají tuto situaci hůře. Respondentka (respondent č. 6) v rámci dotazu na první setkání uvedla: *„... Horší bylo jednou na dětském, taky na praxi, když jedno mimčo umřelo. To jsem strašně brečela a pak jsem se i brutálně vožrala...“*. Smrt dítěte je emocionálně vypjatější, mnohé sestřičky se obracejí k Bohu a ptají se proč dopouští smrt dítěte. V tomto ohledu bylo několikrát zmíněno stěhování duší – podle toho si duše přicházejí dožít své minulé životy, přichází naplnit osud té duše – tento model se objevil jak u věřících, praktikující křesťanky tak u novopohanky.

Podobný pohled je na umírání mladých, mladších, lidí – předěl bych viděla okolo 50 až 60 let. Pokud měl pacient/ klient, jak se říká život ještě před sebou, považují to sestry jako nefér situaci. Podobně jako u dítěte prožívají situaci hůře. Pro příklad sestry uváděly příběhy umírajících mladých lidí, například (respondent č. 12): *„...cirka osmdesátiletý člověk už Vás hladí za ruku a přeje si umřít, že už má bolesti, které jsou nesnesitelné a už chce jít. A pak máte sakramentský rozdíl, když Vás za ruku hladí třicetiletá holka a říká kolik ještě měla plánu jo, a že prostě chtěla odjet do Ameriky za týden. Tak toto si myslím, že je asi strašně velký rozdíl v tom to pochopit. Jakoby, kde je ta spravedlnost?“*

Mimo věkové kategorie s prožíváním smrti souvisí i příčina smrti. Protože pokud je příčinou nehoda, úraz, vražda a další nepřírozené příčiny úmrtí, respondentky to nesou spíše špatně. Osudový příběh byl z rozhovoru č. 7, v něm nehrál roli věk ale nelidskost: *„... Jednou k nám přišel takovej staroušek a když jsme ho přebírali, tak byl opravdu v zuboženém stavu. Podvyživenej, měl modřiny. Jako chápete, to? Vlastní rodina týrala dědečka. To ne, to já jsem byl tak nasraná, že to jako svět neviděl. A bohužel on potom, zemřel. No, byl u nás asi tak měsíc. Ale víte, co to on nebyl úplně přestárlej nebo nějak nemocnej. Jak byl mučenej. A to jsem dlouho oplákovála a měla jsem z toho takové jako stavy. Takže to jsem musela mít hodně dlouho času, abych to přešla. A teda nemělo by se to, ale strašně jsem se musela vožrat.“*

I přes to, že smrt dítěte či mladého člověka respondenty zasáhne a přijímání smrti je obtížnější, neznamena to, že smrt jako takovou berou jinak. Respondenti sice popisují lítost či smutek, ale smrt je i v tomto případě neodlučitelným faktem našeho života. Dokonce někteří přiznávají i v případě dětí a mladých lidí úlevu, a to v případě, kdy smrt nastala v bolestech, v utrpení- (respondent č. 15- respondentka pracující v hospici) „Většinou, když odchází dítě, tak je to daleko složitější. Jenom ze svého pohledu je to z profesionální stránky to stejný, jo jasně. Ale po lidský stránce je to složitější... Samozřejmě u těch malých dětí je to složitější a člověk si jako tak říká, jako co, proč a tak. Ale nakonec je to konec, a i těm se ulevilo. A někdy i ti rodičové řeknou, že jsou nakonec rádi, ono to vypadá hnusně, ale já jsem ráda, že už to skončilo. Ty maminky se stydí, že se jim ulevilo ale my to chápeme. Říkám jim, že už je to dáte v pořádku, že je už na lepším místě, je mu už dobře.“

Naopak respondenti popisovali, že umírání a smrt patří ke stáří, starým lidem v kmetské věku. Pokud umírá a zemře starý člověk respondenti to naopak vnímají pozitivně a neprojevuje se to negativně na jejich smýšlení a chování.

8.2.5. Umírání a smrt jako stresová situace

Pro respondenty není jednotný pohled na to, co způsobuje stres. Faktorů a situací je několik a každý se projevuje jinak. Na začátku jsem pracovala s myšlenkou, že stres způsobuje setkání se smrtí jako takovou. Toto tvrzení jsem zakládala na vlastní zkušenosti.

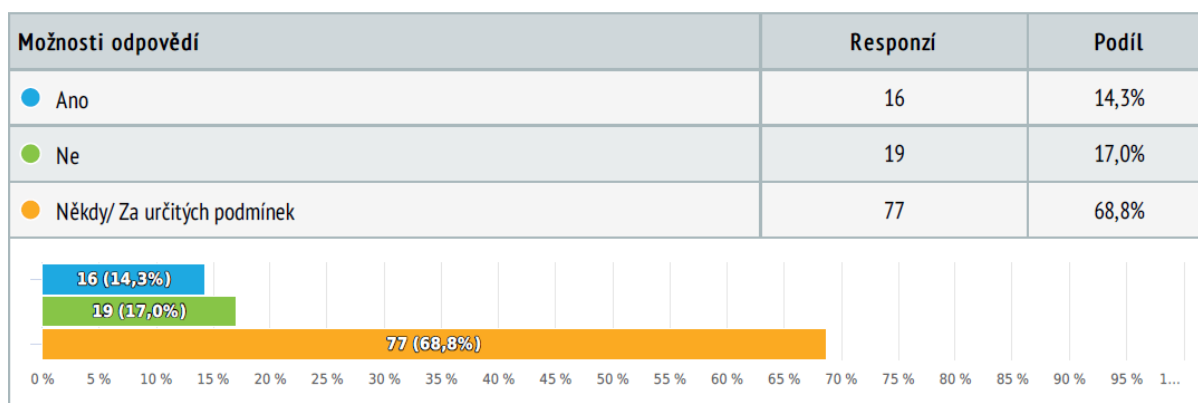
Respondenti popisují umírání a smrt pacienta/klienta jako stres pouze pokud k tomu dojde za určitých okolností – například smrt dítěte, mladého člověka. Existují totiž určité momenty, kdy je umírání přijímáno kladně. A naopak to nevyvolává žádný stres. Stres za určitých okolností zmiňovali všichni respondenti.

Téměř všichni respondenti se shodují, že setkání se smrtí malého dítěte (viz výše) považují za stresovou situaci. Podobně je to u lidí velmi mladých lidí a lidí v produktivním věku (viz výše). Jinou příčinou pro pociťování stresu je setkání s úmrtím z důvodu porušení morální, etických zásad – například vražda, sebevražda, násilí, úmrtí z důvodu války.⁴⁵

V rámci dotazníkového šetření jsem se dotazovala, jestli setkání se smrtí a umíráním respondenti považují za stresovou situaci. Z následující tabulky je patrné, že pro téměř 70 % respondentů je toto setkání stresem pouze za určitých okolností.

⁴⁵ Viz předchozí podkapitola

Graf č. 2 k dotazu: Je pro vás setkání s umíráním a smrtí stresová situace?



Dále jsem v dotazníku zvolila doplňující otevřenou otázku Z jakého důvodu a za jakých okolností je toto setkání stresem?. Z odpovídajících 34 respondentů zmínilo, že za stresovou situaci považují to, pokud umírá/ zemře dítě nebo mladý pacient/klient. Dále 18 respondentů zmínilo, že za stres považují to, když k úmrtí dojde náhle, akutně nebo nepřírozně.

8.2.6. Smrt ženy

V souvislosti s umíráním mladých lidí jsem si všimla, že respondenti (ať v rozhovorech, tak v dotazníku v rámci otevřené otázky) jako příklad často uvádějí ženy, a především ženy jako matky. Respondenti vyzdvihují to, že umírající žena (často onkologicky nemocná) po sobě zanechává děti.

Respondentky popisovaly: (respondent č. 11) *“... tak jsem tam chodila k jedné paní, mladý ženský, hele. nějakých asi řeknu 35 let a ta teda umírala na rakovinu, ale chtěla být jako doma. Byla teda doma s manželem, ale on potřeboval normálně chodit do práce. A sám měl svý problémy, takže prostě potřebovali vždycky třeba dopoledne jako pomoc, abych uvařila a zároveň vlastně jsem tam tu paní jako nějak. No. Prostě takový, a to to je prostě si člověk říká tak mladá holka jo, já, když si vezmu ty jo, ta byla jako v mém věku. Jo, tak to mě to mě hodně zasáhlo...”* nebo (respondent č. 12): *„A pak máte sakramentský rozdíl, když Vás za ruku hledí třicetiletá holka a říká kolik ještě měla plánu jo, a že prostě chtěla odjet do Ameriky za týden. Tak toto si myslím, že je asi strašně velký rozdíl v tom to pochopit. Jakoby, kde je ta spravedlnost?“* / *„Protože to bylo asi pro mě horší, než když vidíte umřít osmdesátiletou babičku, která si užila ten život. Nebo když uvidíte čtyřicetiletou maminku dvou dětí, která prostě řeší, jestli její děti dostane přítel nebo bývalý manžel. A to nebylo úplně příjemný.“* „nebo (respondent č. 9): *„. Ale když zemře někdo mladý tak je mi smutno. Asi před pěti lety zemřela jedna naše kolegyně. Hele mladá holka, pětatřicet let, na rakovinu. Nechala po sobě malý děti. Nakonec jsme se jako kolegyně o ní snažili starat až do konce.“*

Odpovídající často popisovali naštvanost a vztek. Například se obraceli k Bohu a ptali se po spravedlnosti.

8.2.7. Mezilidský vztah

Jako faktor ovlivňují prožívání umírání a smrti je budování vztahu mezi sestrou a pacientem/klientem. Především se jedná o pacienty/klienty, kteří na daném oddělení „leží“ dlouhodobě, také se jedná o pracoviště, která jsou zaměřena na dlouhodobou péči. Respondenti popisují takovou zkušenost, například takto (respondent č. 11): *„Velmi často cítím úlevu, protože mnoho z těch lidí, kteří tam u nás jsou, tak jsou opravdu velmi staří, jsou nemocní. Často je i něco bolí a potom ta smrt je vysvobození. Ale nepopírám, že nejsem smutná. Protože každý ten jeden člověk je jedinečný, má mi co předat, má mi co říct. A v domově důchodců ti lidé nejsou krátce, jsou tam často několik let, takže si s nimi člověk utváří, ať chce nebo nechce nějaký mezilidský vztah. A to pak bolí, když někdo zemře.“* Nebo (respondent č. 13): *„No zase je rozdíl v tom, kdo umře. Když je to zas ten, kdo tady byl dlouho, tak jako jo. Třeba si pamatuju i ty jména. Jo, vím, že tady byla jedna paní a to bylo prostě utrpení. A to mi bylo jako líto. Víš jako že prostě s těma lidmi, tady se měsíc snažejí. A oni se z toho nedostanou, tak jako nad tím přemýšlím i třeba teď, a to je třeba po roce, roce a půl. Víš, že tady byla ta paní, víš, že jsi udělal maximum a ono to bohužel nedopadne. Prostě je mi to líto.“*

V dotazníkové šetření také přes 10 respondentů uvedlo, že jako stresovou situaci hodnotí, pod umírá pacient/klient, se kterým navázali bližší vztah. Tito respondenti v otevřené otázce uváděli dlouholeté pacienty a pacienty/klienty, se kterými zdravotník naváže bližší vztah. Zajímavou odpovědí je *„Mám staroušky jako své a beru je jakoby náhradu za svojí maminku“*.

8.2.8. Mnoho práce

Ve chvílích, kdy pacient/klient umírá delší dobu, zažívá utrpení, je v bolestech, to respondenti definují jako stresovou situaci. Také zmiňují, že okolo umírajícího je mnoho práce, péče o něj je mnohem komplexnější. Jiní respondenti zmiňovali, že stres je samotná práce okolo mrtvého těla. Zdravotní sestra má mnoho papírování. Pro mnohé je smrt narušením chodu oddělení, je to něco navíc, například (respondent č. 8): *„Já myslím, že to stresová situace je, protože je to nějaký vybočení, řeknu v uvozovkách jako z normálu. Samozřejmě se tím, co všechno člověk musí v ten den ještě udělat, tak je ještě takováhle věc, která naruší ten chod. Je to smutná věc, která naruší ten chod. Takže všechno jako zajistit, udělat...“* Často se stres z mnoha práce spojí. Potom sestra pocítuje stres během péče o umírajícího pacienta/klienta, a i poté co pacient/klient zemře, v rozhovoru (respondent č. 6) to popsala respondentka takto: *„Tak jednak je s umírajícím hodně práce. Já to teda jako nikomu nezazlívám, ale chápete, je to pořád okolo něj běhat. Těch lidí je strašně moc, nás je tam málo. Takže je to fakt náročný. No a potom, co zemře tak jakbysmet. Hodně práce, teď všechno zajistit...“*

Někteří respondenti v souvislosti s tím, že je hodně práce zmiňují i rychlost, se kterou musí pracovat. Jak se říká – není čas ztrácet čas, jedna respondentka to okomentovala takto (respondent č. 14): *„A já, jak jsem říkala, nejsem spokojená z té nemocnice. Víte, ono, když tam*

někdo umře, tak se musí všechno hrrr a není čas na nic. Prostě není čas ztrácet čas. Kolikrát ta rodina ani nemůže dojet, nestihne přijet a podívat se na toho zemřelého. Je mi z toho smutno. A i ti pacienti umírají tak sami, my jako sestřičky nemáme čas se s nima podělit o poslední chvílky.“ Zdravotní sestra musí pracovat absolutně profesionálně a efektivně. Na pracovištích je často nedostatek personálu, v nočních hodinách je na oddělení menší počet zaměstnanců. Během dne může mít sestra na starost i několik pokojů. A péče o mrtvé tělo může trvat delší dobu, ale další práce na oddělení stojí. Proto si sestra nemůže přiznat část pro sebe, nemá čas na truchlení. Potřebuje dodělat zbytek péče o ostatní pacienty/klienty.

S rychlostí souvisí i urgentnost, respondent – muž pracující na kardiologickém ARO přiznává, že stresem je pro něj urgentnost. Na odděleních intenzivní péče je smrt vždycky náhlá. Pacient/klient se resuscituje a obecně se dělá vše pro záchranu. Dva respondenti pracující v intenzivní péči hovořili o problému „zadržené smrti“,⁴⁶ která je pro ARO, JIP apod. typická. Vzhledem k povaze těchto oddělení se provádí veškeré úkony od masáže srdce, intubace po podávání krevních derivátů a dalších léků.⁴⁷ Podle respondentů je tento přístup špatný a nelíbí se jim, že lékaři často prosazují „vítěznou medicínu“, ačkoliv je to u některých pacientů/klientů spíše prodloužení trápení. Respondent (respondent č. 13) se k tomu zmiňuje takto: *„Do těch lidí se lejou krevní deriváty a jsou i jiné věci přes tu hranici, a to my tady bereme vnímáme víc a vadí nám to víc než to umírání jako takový. Vyloženě ta smrt není ten problém, jako ty věci okolo. Hele jsou tady lidi třeba 80, ale prostě do nich leješ něco, jo a normálně víš, že s tou jejich kapacitou by to už dávno nedali, je to už dávno zbytečný. Hele ta rodina se trápí, ty se tady s nima trápíš, jsou to jen komplikace, vyčerpáváš se tím.“* Další (respondent č. 4) to vysvětluje takto: *„... jak to jde dopředu, tak se dělá všechno u všech a je to jen vylévání peněz do kanálu. Doktor, který by před deseti lety nechal pacienta v klidu tak dneska nemůže. Je to jen alibismus, a ty rodiny útočí a pořád nějaké žaloby, nevím, šarvátky.“*

⁴⁶ Dystanázie neboli zadržaná smrt je termín označující oddalování smrti za pomoci nemodernější techniky, léků.

HELENA HAŠKOVCOVÁ. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 31-33.

⁴⁷ Podle stránky 3. LF UK se rozšířená neodkladná resuscitace nezahajuje u pacientů/klientů v terminálním stadiu nevyléčitelné nemoci, pokud od zástavy prokazatelně uběhlo 15 minut (u dětí a hypotermie se čas mění), pokud jsou přítomny jisté známky smrti a pokud pacient/klient dříve vyjádřil vůli. „Rozšířená neodkladná resuscitace“ (online), 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova, 2021, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-780.html>.

8.2.9. Komunikace s pozůstalými

Dalším zásadním faktorem pro vyvolání stresu je spíše než smrt pacienta/klienta komunikace s blízkými pozůstalými, s rodinou, zemřelého. Oznamování o úmrtí by měl sdělovat ošetřující lékař (nebo lékař na směně), avšak není výjimkou, že tuto smutnou událost oznamuje zdravotní sestra. Respondentka (respondent č. 3) uvádí tuto zkušenost: *„Ohledá tělo, teprve potom voláme rodině, voláme my sestry, i když bychom to vůbec neměly dělat, ale koroner to nedělá nikdy. Na Prahu, no asi to znáte, se v tom pohybujete. Je tu jedna doktorka Ukrajinka, a další je doktor Rus a oba mluvějí velmi špatně. Jo, takže my to máme tak navyklý, že volají sestry.“*

Podle některých respondentů je stále častější situací zpochybňování správné péče o pacienta/klienta, stížnosti na personál o nesprávném, péči či dokonce zažalování. Tato nařčení nebývají pravdou, ale i tak vyvolávají u sester stres z další komunikace s pozůstalými. Příkladem jsou tyto ukázky: (respondent č. 3): *„... Ted' v poslední době jsme se setkali s tím, že jsme zavolali Pegas, oni mají centrální svoz na Praze 2 a potom ta jedna rodina dělala velkej problém, že chtěla jinou pohřební službu a museli platit za odvoz do toho jiného ústavu. No asi 800 korun a dělali z toho takou vědu.“*, nebo (respondent č. 4) *„...Je teda pravda, že posledních pár let, jak to jde dopředu, tak se dělá všechno u všech a je to jen vylévání peněz do kanálu. Doktor, který by před deseti lety nechal pacienta v klidu tak dneska nemůže. Je to jen alibismus, a ty rodiny útočí a pořád nějaké žaloby, nevím, šarvátky... Já osobně ne ale kolegové to řešili. Rodina si stěžovala, u mladého kluka, že nebylo vše uděláno, ale podle dokumentace bylo vše tak jak má. Tak vypovídali u soudu a tak. Jako jo občas jsou někteří nepříjemní, umírá jim babička a oni se s tím neumí smířit. A vylévají si to na nás.“*

8.2.10. Mrtvé tělo

Pro několik respondentek je stresovou situací setkání se smrtí jako takovou, a to ve formě nalezení mrtvého těla. Tyto respondentky se bojí jednak, aby nenašly mrtvého, především proto, že je to nepříjemné. Ale také zmiňují, že se bojí přímo toho mrtvého těla. Důvodů proto je hned několik, ale mají souvislost se zkušeností z mládí, potažmo dětství. Pohled na mrtvé tělo, které je již v jistém stupni rozkladu, jsou vidět posmrtné skvrny apod. není příjemné a obzvláště ne pro dítě, jedna to popisuje (respondent č. 4) takto: *„...že takovej ten respekt z té smrti z toho dětství. Jako když jsem viděla zemřelou babičku v rakvi, prostě umírající babičku, jak tam leží na té posteli, promodrávající, mrtvá tak to pořád tam je... Ale představa, že jsem s tou smrtí sama, tak úplně asi bych, nevím, prostě ten pocit byl zvláštní. Být jako s tou mrtvolou o samotě.“* Jiná (respondent č. 9) popisuje příběh, který jí vyprávěla v dětství babička: *„... se jednou stalo, že nebožtík si najednou sednul a čapnul nějakého kluka za ruku. Cloumal s tou rukou až toho kluka zabil. Je to asi povídačka, ale tak trošku se proto bojím, že jo...“* Odlišným původem strachu mohou být hororové filmy, které vykreslují atmosféru smrti poněkud neklidněji, než je realitou, což popisuje i jedna respondentka (respondent č. 11): *„Já teda úplně nemám ráda, když*

jsem u mrtvého těla. Nějak to možná ve mně podnítily všechny ty hollywoodské horory, na který velmi často a ráda koukám. Tak mám vždycky takovej možná trošku dojem, jestli se třeba nehne.“ Všechny respondentky, které popisují strach z mrtvého těla mají společné rysy. Všechny jsou velmi podobného věku čili v době jejich dospívání přišla sametová revoluce a ony se v době jejich puberty mohly začít setkávat s klasickými americkými horory ale i začaly různé seriály s „esoterickou tematikou“. Zároveň jsou ve svém pojetí osobní spirituality nejisté, což samy popisují. U těchto respondentek vnímám možná jisté esoterické zaměření – respondentky popisují setkávání se s anděli či jinými entitami, jindy do kostela chodí jen pro jistotu.

8.3. Jak se zdravotnický personál vyrovnává se zkušeností s umíráním a smrtí?

8.3.1. Vyrovnávání se na pracovišti

Jak již bylo řečeno, umírání a smrt pacienta/klienta je pro respondenty často stresovou situací, proto jsem se v rozhovorech také zaměřila na to, jakým způsobem se zdravotnický personál s touto zkušeností vyrovnává.

První forma vyrovnávání se s umíráním a smrtí nastává již na pracovišti. A to formou různých zvyklostí jako je například otevírání okna či zapalování svíček. Tyto a další zvyky jsou formou rozloučení se s pacientem/ klientem. Zároveň zdravotní sestry během rozhovorů uváděly, že v této chvíli myslívají na duši zemřelého, což je uklidňuje. Jelikož vědomí posmrtného života v nebi nebo stěhování duší je pro ně představitelné. Je to něco, co jim dává pocit, že to nekončí a nemusejí si představovat ono nic.

Více než polovina respondentů zmiňuje, že se o zemřelém baví s ostatními kolegy. Popisují, že se společně pobaví o tom člověku, jaký byl, co dělal. Často jsou kolegyně jedinými lidmi, se kterými o této nepříjemné a smutné události mohou hovořit. Pro mnohé respondenty je totiž nežádoucí nosit si smrt domů, nechtějí tím stresovat své partnery. S kolegyněmi si mohou zapálit svíčku a popřemýšlet společně o daném člověku. Jindy si společně dají kávu a pohovoří a to, co se stalo. Toto jim přináší úlevu, například (respondent č. 4): *„No probereme to s kolegyněmi, popláčeme si“*, nebo (respondent č. 8): *„...maximálně si s holkama jako potom řekneme, co to bylo za člověka, že je nám to líto, když jako je prostor a čas, tak třeba i jako zapálíme svíčku, nebo tak jako. Se jako ztišíme, abych to tak řekla, jako nemodlíme se všechny, nebo to ale no jako ztišíme se tak jako. Chvilku taková ta víte, jak to je taková ta minuta ticha za mrtvé třeba.“*

V rámci rozhovorů několik respondentů uvedlo, že mimo hovory s kolegy využívají služeb peer konzultanta či (nemocničního) psychologa nebo supervizí k probrání zkušenosti s umíráním a smrtí. Během rozhovorů tři respondenti zmínili, že využívají takových služeb. Respondentka pracující v hospici (respondent č. 15) zmiňuje, že mají supervizora a popisuje to takto: *„...A my máme skvělého supervizora. Předtím jsme měli holku, ta byla lepší. S tímhle se ještě*

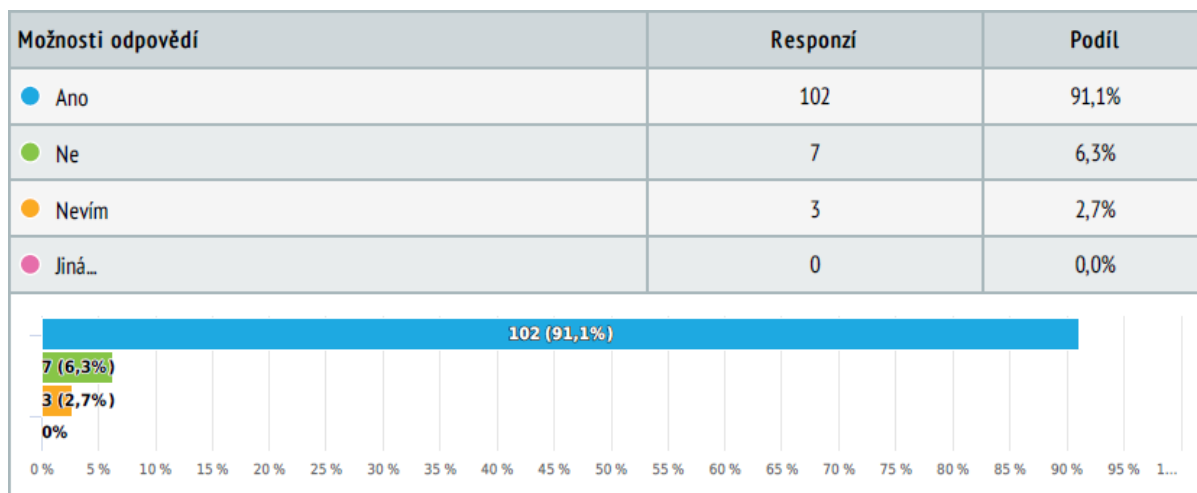
moc neznáme, měli jsme ho jen jednou. No je velmi očištěné si s ním promluvit...“ Respondent (respondent č. 13) popisuje, že mají v rámci jejich jednotky paliativní tým a v rámci toho mají možnost hovořit o této problematice s jednou lékařkou: *„A je tu jedna doktorka přes tu paliaci a ta nabízí konzultace. Že si s ní můžeme sednout a popovídat si o tom. Je to takový jako vyslechnutí, tak to je třeba taky jako fajn.“* Jiná respondentka (respondent č. 2) popisuje, že po první vlně covidu-19 začala chodit k psychologovi: *„... A já chodím u nás i k psychologovi, máme ho v rámci bonusů, tak ho někdy využívám... Ted' po nějaké době, co chodím k psychologovi, tak jsem taková jako jistější. A jsem jistější sama sebou. Hlavně to pomáhá mně a tím i pacientům. Jsem si vědoma, že jsem dříve dělala mnoho chyb, třeba v komunikaci s těma pacientama. A teď je to moc dobré.“* Podobně jako respondenti, kteří o zkušenosti s umíráním a smrtí hovoří s kolegy i tito tři se shodují, že jim velmi pomáhá o problematice mluvit a vlastně se z toho vymluvit.

V rámci toho je třeba zmínit, že respondentky několikrát popsaly, že se snaží netahat si práci domů. Snaží se „smrtnou“ atmosféru nechat na pracovišti. K tomu jedna respondentka (respondent č. 4) popsala: *„No jo, právě kvůli tomu covidu, jak umíralo hodně těch lidí, to bylo tři až čtyři denně. Tak to jsem měla pocit, že bych si to odnesla domů. Takže jsem si jako psychicky udělala takovej očistnej rituál, že jsem si řekla „Vy, co ke mně nepatříte, Vy si zůstaňte tady.“ Otevírali jsme si teda jako ty okna, prostě domu už chci jít sama.“*

V rámci dotazníkového šetření jsem se ptala, zdali mají respondenti s kým sdílet zkušenost se smrtí a umíráním. Z následující tabulky je patrné, že přes 90 % respondentů má s kým sdílet zkušenost se smrtí a umíráním. V další otevřené otázce jsem se ptala, s kým mohou tuto zkušenost sdílet. A nebylo překvapivé, že ze 102 kladných responzí 78 odpovědí byli kolegové, kolegyně, spolupracovníci a tým.

V dotazníku jsem se přímo ptala, jestli mají respondenti nějakou možnost pomoci se stresem v práci. Ze 112 kladně odpovědělo 50, zbylí negovali tuto otázku, nebo odpověděli, že neví. Možnost peer konzultanta/ supervize/ psychologa apod. uvedlo 44 respondentů, ale z následujícího dotazu vyplývá, že tyto možnosti využívá pouze 11 dotazovaných.

Graf č. 3 k dotazu: Máte s kým sdílet zkušenost se smrtí?



8.3.2. Vyrovnávání se doma

Mnohé respondentky se snaží „netahat si“ práci, v tomto případě zkušenost se smrtí pacienta/klienta domů. K tomu jedna respondentka (respondent č. 4) popsala: „*No jo, právě kvůli tomu covidu, jak umíralo hodně těch lidí, to bylo tři až čtyři denně. Tak to jsem měla pocit, že bych si to odnesla domů. Takže jsem si jako psychicky udělala takovej očištněj rituál, že jsem si řekla „Vy, co ke mně nepatříte, Vy si zůstaňte tady.“ Otevírali jsme si teda jako ty okna, prostě domu už chci jít sama.*“

Respondenti se různým způsobem vyrovnávají s touto zkušeností i doma. Mezi formy vyrovnávání se patří osobní rituály jako je meditace či modlitba/rozmluva s Bohem. Respondentky také několikrát zmínily, že při meditaci, modlitbě zapalují svíčku – na upomínku mrtvého. Během toho přemýšlí o mrtvém, jaký to byl člověk. Přemýšlení nad svíčkou praktikují respondentky bez ohledu na typ osobní spirituality.

Téměř všichni respondenti popisují, že využívají různé formy k vyrovnávání se se zkušeností se smrtí a umíráním. Většina popisuje nějakou formu meditace, která souvisí s jejich osobní spiritualitou. Některé věřící respondentky zmiňovaly, že se po směně pomodlí. Jedna (respondent č. 1) popisuje, že má svůj osobní rituál, při němž si dá sprchu a znovu si klade otázky, jestli vše udělala správně. Dále popisovala, že je to její osobní rozmluva s Bohem. Ten jí poskytuje odpovědi pro její práci. Také tato respondentka popisovala, že díky víře přistupuje k pacientům/ klientům otevřeně a k doprovázení přistupuje klidně. Také je to jedna z mála respondentek, která nijak nerozlišuje, kdo umírá, protože je potřeba odpustit sobě a neptat se dál. Další respondentka (respondent č. 5) popisuje, že se pomodlí za dotyčného, neboť víra jí dává útěchu, že je mrtvý již na dobrém místě, dává jí pocit zadostiučinění. Také popisovala zážitek, kdy po nepříjemné situaci, při které zklamala samu sebe z profesního hlediska, prožila něco (ačkoliv to takto neřekla myslím, že šlo o mystický zážitek), kdy pochopila Boha a od té doby je stále s Ním. Další respondentka (respondent č. 9) říká, že občas zajde do kostela (jako

místo klidu), kde si sedne a přemýšlí nad vším. Jiná respondentka (respondent č. 10) popisuje, že je pro ni nejdůležitější, aby sama dovolila pacientovi/klientovi odejít. Musí přijmout tu situaci tak jak je. Po směně k dotyčnému a jeho rodině posílá myšlenku, modlitbu.

Respondentky také popisovali různé druhy meditací. Respondentka (respondent č. 2), která věří v anděly a jejich znamení popisuje komunikaci s anděly pomocí karet. Tímto způsobem rozmlouvá s anděly a ti jí dávají znamení. Díky těmto znamením například vyhledala odbornou pomoc – psychologa. Zmíním, že její další formou vyrovnávání se jsou antidepresiva. Jiná respondentka (respondent č.7) zmínila několikrát propojení s přírodou, ve které také medituje. Osedlá koně a v uvozovkách se snaží tryskem odjet od stresu. Jede tryskem na koni a během kouká na ubíhající krajinu a medituje. Zajímavým vhladem je respondentka (respondent č. 11), která má velmi blízko k indickým tradicím. Sama praktikuje jógu. Tato žena popisuje speciální jogínskou polohu šavasána, přičemž šava znamená mrtvola. Ulehá do této polohy, sama se stává mrtvolou, a medituje. Hospicová sestra (respondent č. 15) popisuje svůj osobní rituál vypořádávání se tak, že si pouští hudbu, nechá projevit své emoce pláčem a vše si sama v sobě potřebuje probrat. Popisuje to jako očistu.

Častým motivem zmiňovaným v souvislosti s vyrovnáváním se je čas. Mnohé respondentky popisovali, že jediným východiskem pro zvládnutí zkušenosti s umíráním a smrtí je postupné učení se. Popisovali, že prvotní setkání se smrtí sice na ně zapůsobilo, bylo to pro ně šokem, ale jediným způsobem je naučit se to přijímat, najet do rutiny, odosobnit se od té smrti. Respondentka (respondent č. 6) zmínila, že jedinou formou vyrovnání se je čas a to, že si k tomu může říct, že duše může začít od znova.

Další možností zvládnutí situace je prostě to přejít. Tito respondenti se zatvrdí a situaci přejdou, vytěsní myšlenku. Snaží se na to nemyslet, možná to ignorují. Respondentka (respondent č. 3) řekla, že po tolika letech ve zdravotnictví už nepotřebuje další filosofii, smrt je pro ni koloběhem života a víc nic. Další respondentka (respondent č. 8) popisovala, že si po směně dá sprchu, přemýšlí o situaci, ale možností, jak se vyrovnat je to přejít. Respondent (respondent č. 13) řekl, že strategií zvládnutí je odpočinek formou procházek či sauny a to, že tu myšlenku prostě vytěsní z myšlenek. Respondentka (respondent č. 12) samu sebe popisuje jako velmi věřící nezmínila modlitbu, ale přiznala, že člověk prostě musí smířit s odchodem. Její osobní spiritualita jí dává radost z práce, žene ji dopředu. Jiná respondentka (respondent č. 14) popsala, že na vše jde jenom zapomenout. A zapomenout jde jenom časem a nějakou prací, které je v nemocnici dost. Zároveň tato respondentka popsala, že nad situací doma přemýšlí, ale většinou ji to přinese pláč a je jí smutno.

Změnu ve formách vyrovnávání přinesla pandemie covid-19. Různé negativní faktory se podepsali na chování a smýšlení zdravotnického personálu. Jedna respondentka (respondent č. 2) se během covidové pandemie psychicky zhroutila a musela vyhledat odbornou pomoc (začala brát antidepresiva a dochází k psychologovi). Jinak to popisuje respondentka (rozhovor

č. 4). Jelikož byla zavedena přísná hygienická pravidla, pochybovala o tom, jestli forma doprovázení, kterou praktikovala měla účinek. V této době nebylo možné poskytnout pacientům/klientům tolik mezilidského kontaktu. Další respondentka (respondent č. 12) mi popsala, že během pandemie covidu-19, i přes to, že je silně věřící, neměla na Boha čas. Během pandemie se z jejich oddělení stala covidová jednotka a denně musela rozmýšlet komu poskytne kyslík, lék apod. Na těchto respondentkách bylo znát, že se covidovou pandemií setkaly velmi napřímo a vyčerpání z celé té situace jim změnilo pohled na svět, lidi i osobní spiritualitu.

Pro mě zajímavým poznat je změna v chování, vnímání i vyrovnávání se během pandemie Covid-19. Během této pandemie (od března 2020) se ze dne na den změnil celkový chod veškerých zdravotnických/ nemocničních/ sociálních zařízení. Problém nedostatku nelékařského zdravotnického personálu se v této době prohloubil a negativně ovlivnil právě tento personál. Sestry museli pracovat hodiny přesčasů. Vzhledem ke světovému problému nikdo nevěděl, co bude další den zavládla panika a strach i mezi tímto personálem.

Tak jako u všeho i u strategií vypořádávání se se stresem existují neefektivní či negativní metody. Jedním z nich, u nás v České republice velmi dominantním, je konzumace alkoholu.⁴⁸ V rámci dotazů na vyrovnávání se s umíráním a smrtí několik respondentů zmínilo alkohol jako metodu. Respondentky popisují, že po alkoholu sáhnou, pokud mají velmi těžký den, týden. Jedna respondentka (respondent č. 7) popsala, že po alkoholu sáhne, pokud ji smrt velmi zasáhne, třeba z důvodu porušení etických, morálních zásad. Trochu vtipné mi přišlo, že některé respondentky poté, co zmínili, že užívají alkohol jako metodu zvládnání stresu, mě ujišťovali, že opravdu alkoholem neřeší veškeré problémy – jenom někdy.

V rámci dotazníkové šetření na dotaz, jakým způsobem se vyrovnávají se setkáním s umíráním a smrtí respondenti uváděli širokou škálu metod. Cca polovina respondentů neuvedla žádnou specifickou metodu. Z odpovědí vyplývá několik informací. Respondenti smrt přijímají takovou, jaká, a proto není důvod se ní nijak vypořádat. Většinou uváděli, že poslední dny, hodiny před smrtí pacienti/klienti trpí, takže smrt je vysvobození, a tak se nemusí vypořádat, jelikož smrt je tou úlevou. Také mnoho respondentů psali, že během života se již naučíte tuto situaci přejít. Ostatní respondenti odpovídali, že formou jejich vyrovnání se je nějaká aktivita, sport, koníčky. Jiní mají své osobní rituály, meditace, modlitby, které jim

⁴⁸ Podle různých českých i zahraničních článků patří český národ mezi top 10/top 5 největších konzumentů alkoholu na světě. Například podle článku z <https://www.thedrinksbusiness.com/2022/06/top-10-countries-with-the-highest-alcohol-consumption/> jsme 3. na světě s 14,45 litry na osobu. Z článku z roku 2019 jsme byli dokonce první- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/alcohol-consumption-by-country>.

přinášení úlevu. V rámci dotazníku nechybělo několik odpovědí typu „dám si panáka“, „cigareta“ či „antidepresiva“.

8.4. Jakým způsobem pomáhá osobní spiritualita s vyrovnáváním se s umíráním a smrtí?

Většina forem vyrovnávání se s umíráním a smrtí má u respondentů souvislost s jejich osobní spiritualitou. Respondenti zmiňují, že díky jejich osobní spiritualitě mají vymezení proto, co se děje po smrti, což je pro ně ulehčením, například (respondent č. 3): *„konečně si ho vzal nahoru k sobě. Protože tohle už bylo nelidský, proč se tady tak dlouho trápil.“* Také respondentky zmiňovaly, že osobní spiritualita jim pomáhá v doprovázení umírajícího. Velkou kapitolou jsou zvyklosti, které mají spirituální základ a které pomáhají zdravotnickému personálu s vyrovnáváním se.

8.4.1. Zvyklosti

Poté, co pacient/klient zemře, začne spousta neodkladných věcí, které souhrnně můžeme nazvat jako péče o mrtvé tělo. S tím také souvisí komunikace s pozůstalými a blízkými zemřelého. A tak jako pro pozůstalé hraje roli spiritualita, je tomu tak i pro zdravotnický personál. Proto se můžeme na nemocničních odděleních, domovech důchodců, hospicích aj. setkat se zvyklostmi, které jsou spirituálního charakteru.

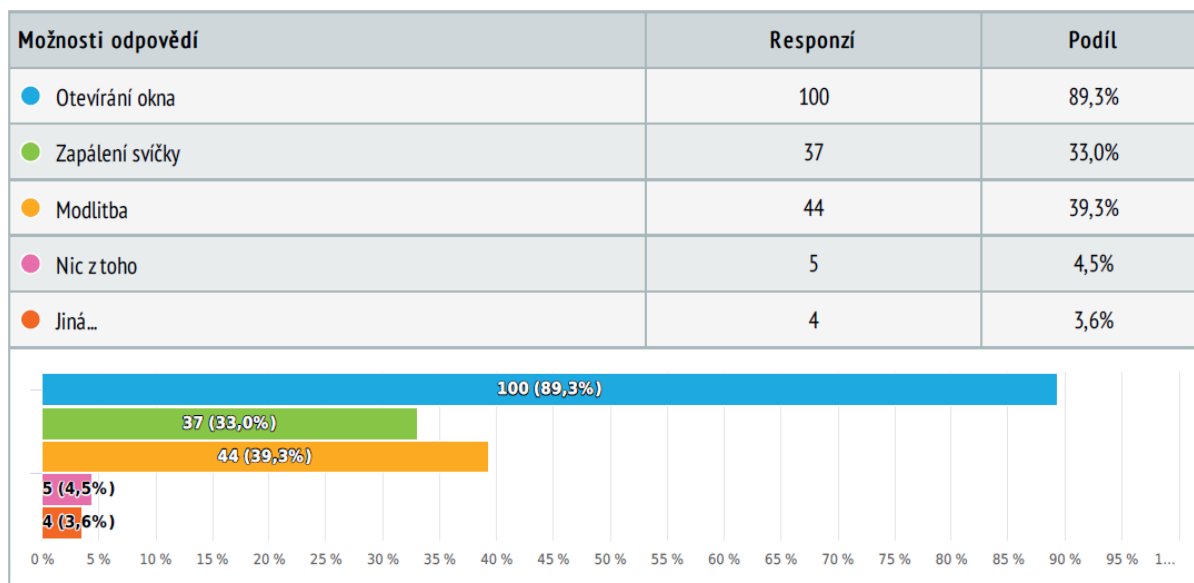
8.4.2. Otevírání okna

Otevírání okna je společné všem respondentům bez ohledu na jejich spiritualitu, vyznání či jiné přesvědčení. Na otevírání okna jsem se cíleně ptala, jelikož jsem tento fenomén zaznamenala ve své zdravotnické praxi a posléze v rozhovorech ke své bakalářské práci. Většina respondentů má tento zvyk spojený s duší. V různých obměnách mi respondenti odpovídali, že okno otevírají, aby duše mohla ven (viz podkapitola Chápání umírání a smrti). Respondent označující se jako ateista mi odpověděl na dotaz, jestli dělají nějaký rituál, něco nad rámec ošetrovatelského procesu, když někdo zemře: *„... je takovej zvyk jako, že se otevírá okno, tak to jako děláme. Snad všichni mi přijde že to dělají, ...“*a *„Na těch odděleních v nemocnici se prostě otevírá okno. Asi každá sestra to dělá, je to nějak ukotvený, dělá to prostě hodně lidí. Vím, že to dělali ty starší sestry tak jsem se to také tak naučil. A tady to taky dělám.“* Jedinou výchytkou byla respondentka (respondent č. 12), která uvedla, že je u nich v práci tradice, že se otevírá okna ještě v době, kdy pacient/klient je na živu, tzv. během posledního dechu. Pro mě zajímavou poznámkou z úst vícero respondentů bylo, že otevírání okna je automatické a vlastně to nepovažují ani za něco, co by mohlo mít spirituální charakter, viz: *„Jéj, to by mě vlastně nenapadlo. No to je přeci jasný, že otevíráme okna. Když ono je to takové jako rovnou, automaticky. Hele, super, to mě nenapadlo, že to má duchovní charakter. Takhle si uvědomuji, že když otevírá okno, myslím na tu duši, aby mohla jít dál.“* Několik respondentek si v rámci rozhovoru

uvědomilo spirituální charakter, právě díky tomu, že otevření okna spojuje s duší, že myslí přítom na duši zemřelého.

V rámci dotazníkového šetření jsem uvedla otevřenou otázku: Jaké náboženské/spirituální úkony vykonáváte. Z toho 43 respondentů napsalo, že otevírá okno. V rámci uzavřené výčtové otázky: Pokud někdo zemře, vykonáváte nějakou z následujících možností? Zakliklo otevření okna 100 ze 112 respondentů. Opět nemělo vliv, jestli respondent kladně uvedl osobní spiritualitu.

Graf č. 4 k dotazu: Pokud někdo zemře, vykonáváte nějakou z následujících možností?



8.4.3. Zapálení svíčky

Další zvyklostí, která je společná mnoha lidem je zapalování svíčky. 10 respondentek zmiňuje zapálení svíčky za mrtvého. Tyto sestry zapalují svíčku přímo na sesterně. Společně s ostatními sestrami v rámci toho vzpomenou na mrtvého. Jedna respondentka (rozhovor č. 9) uvedla, že: „někdy večer, když umřelo víc lidí v týdnu a tak, tak na sesterně si zapálíme svíčku. Ono se to moc nesmí, takže tak jako symbolicky.“ Další zmiňovala, že sestry společně zapalují svíčku na sesterně, ztiší se a zachovají „minutu“ za zemřelého. Svíčku v rámci pracovní doby zapaluje, například na sesterně nebo přímo v pokoji zemřelého, 8 respondentek. Dvě respondentky zmínili, že svíčku zapalují doma, po směně.

Další 3 respondentky zapalování svíčky nezmiňují nebo negují. Jedna respondentka na dotaz odpověděla, že se to nesmí. Což je nespornou pravdou, jelikož v nemocničních/zdravotnických/sociálních zařízeních je zákaz otevřeného ohně.

Z dotazníkového šetření, v rámci uzavřené výčtové otázky, vyplynulo, že svíci zapaluje 37 respondentů ze 112 (viz graf č.3). Nicméně v otevřené, předcházející otázce „Jaké náboženské/spirituální úkony vykonáváte?“ napsalo zapalování svíčky pouze 13 respondentů.

8.4.4. Modlitba

Během rozhovorů vyplynulo, že 4 respondentky, které sebe definovaly jako křesťanky se pomodlí za právě zemřelého pacienta/klienta. Modlitba je formou rozloučení se se zemřelým. Některé respondentky zmiňují společné modlitby s kolegy, například (rozhovor č. 5): „... *Ale mám jednu kolegyni, která je také věřící a s tou se někdy i společně pomodlíme.*“ Modlitbu respondentky pronesou většinou v duchu, jelikož se neseťkávají s nadšením ze strany kolegů.

I respondentky, které se samy nemodlí zmiňují modlitbu. V rámci hovoru o zvyklostech uváděli, že jejich kolegové, kteří jsou věřící, se pomodlí.

Podobnou formu a motiv popisovaly respondentky, které sice mají spojení s křesťanstvím, ale nejsou praktikující. Tyto ženy popisovaly posílání energie zemřelému nebo přání šťastné cesty. Toto popisovalo i pár dalších, které svou osobní spiritualitu popisovalo jinak.

Z dotazníku vyplynulo že 44 respondentů, ze 112 se pomodlí za zemřelého.

8.4.5. Křížek

Nejnámějším křesťanským symbolem je kříž, který symbolizuje Ježíšovo vítězství nad hříchem i smrtí. Také je ochranným symbolem. Některé věřící respondentky uvedly, že dělávají křížek na čele umírajícího nebo zemřelého. K tomuto zvyku se jinak nevyjadřovaly. Avšak jedna respondentka, která praktikuje Wiccu, uvedla, že ačkoliv sama není křesťanka, vykonává tento zvyk. Tento zvyk ji naučila starší sestra ještě na školních praxích, a tak ho také dělá.

Pár respondentek zmínilo v otázce zvyků, že po smrti pacienta/klienta zkříží nebožtíkovi ruce.

V rámci otevřené dotazníkové otázky Jaké náboženské/spirituální úkony vykonáváte? se objevila odpověď křížek na čelo (nebo znamení kříže těsně nad zemřelým) 17x. Jeden respondent uvedl, že se pokřížuje.

8.4.6. Ostatní zvyklosti

Mimo otevírání oken či zapalování svíček existuje mnoho zvyků, které jsou specifické pro jednotlivá pracoviště. Motívem těchto zvyků je rozloučení s pacientem/klientem.

Jedna respondentka pracující u hranic s Polskem zmiňuje místní zvyk spirituálního – křesťanského – charakteru. Po ošetření mrtvého těla, během toho, co lékař sepisuje zprávu o úmrtí, se sejdou na pokoji. Okolo mrtvého utvoří kruh, drží se za ruce společně se modlí. Popisuje to jako takové společné rozloučení.

Jiná respondentka zmiňovala společné setkání jednou za měsíc. Při tomto setkání se sejdou všichni zaměstnanci i klienti domova důchodců a mají společné rozloučení se všemi zesnulými.

V rámci kapitoly o zapalování svíček jsem zmiňovala pracoviště, kde zachovávají minutu ticha za mrtvého.

Jiným pohledem byl rozhovor č. 12, kdy respondentka neguje zvyklosti po smrti pacienta/ klienta. Popisuje sice otevření okna, křížek na čelo a uvolnění uzlů na prostěradle, ale již během posledních chvil, tedy ještě za života pacienta/klienta. Jediným „zvykem“ je počítání „kolikátý to byl“, respondentka vysvětlovala, že nikdy (u nich v práci) nezemře (v krátké době po sobě) pouze jeden pacient/klient, ale vždy tři.

8.5. Výsledky

Většina respondentů se označila za věřící či spirituální. Největší vliv na respondenty má křesťanská víra, které je v našem kulturním prostředí velmi častá (naproti jiným formám spirituality/náboženství). Ke křesťanství se hlásí pět respondentek. Další respondenti jsou ovlivněni křesťanství v osobní spiritualitě (pocházejí z křesťanské rodiny, víra v anděly, víra v nebe).

Prvním cílem bylo zjistit jakým způsobem zdravotnický personál prožívá umírání a smrti pacientů/klientů. Respondenti potvrzovali, že postupem let, praxí se naučili s touto zkušeností pracovat a lépe přijímat. Do jisté míry je prožívání ovlivněno osobní spiritualitou. Respondenti, bez ohledu na vyznání, sdílejí víru v existenci lidské duše. Respondentky popisovaly, že jim víra v posmrtný život dává úlevu a tím zlehčuje prožívání umírání a smrti. Toto vědomí jim dodává sílu do práce a motivuje je.

Prožívání umírání a smrti pacientů/klientů je ovlivněno několika faktory, přičemž jedním z nejvýznamnějších faktorů je věk pacienta/ klienta. Pokud zemře malé dítě, respondenti to prožívají emociálněji. Totéž platí u lidí v mladém až v produktivním věku. Pokud umírá, zemře starý člověk respondenti to často považují za vysvobození, pocítují úlevu. Pocit úlevy respondenti popisovaly i u mladých lidí, pokud trpěl nevyléčitelnou chorobou. Negativní prožívání umírání a smrti respondenti zmiňují u smrti, jejichž příčinou byl například úraz, nehoda.

Vnímání stresu zdravotnickým personálem je komplexní a je ovlivněno mnoha faktory. Tyto faktory jsou individuální a závisí na mnoha okolnostech. Mimo výše zmíněné faktory jako je věk umírajícího či příčina úmrtí respondenti zmiňovali i další faktory. Respondenti zmiňovali negativní emocionální dopad, pokud zemře mladá žena v roli matky. Dalšími faktory je vztah s pacientem/klientem, především v dlouhodobé péči, náročnost péče o umírajícího, komunikace s pozůstalými a samotná péče o mrtvé tělo.

Druhým cílem bylo zjistit jakým způsobem se zdravotnický personál vyrovnává se zkušeností s umíráním a smrtí. Pro vyrovnávání zdravotníci využívají různorodé strategie, které používají v profesním i osobním životě. Společným rysem jsou zvyklosti, rituály. Tyto zvyklosti slouží jako forma rozloučení a uklidnění. Společným rituálem je otevírání okna. Tato zvyklost je spojená s vírou v lidskou duši. Personál otevře okno, aby duše mohla ven a tímto úkonem vlastně dovrší jejich práci s doprovázením. Tato činnost přináší první úlevu. Další

dominantní metodou je podpora od kolegů, mluvení s nimi. Sestry popisují, že ať během jejich prvního setkání, tak momentálně je pro jejich úlevu důležité o tom hovořit. Respondenti často zmiňovali, že o situaci hovoří s ostatními kolegy. Mnoho respondentů se vyrovnává s umíráním a smrtí pomocí osobních rituálů spojených s meditací, modlitbou a dalšími formami osobní spirituality. Někteří respondenti se uchylují k negativním způsobům zvládnání, jako je konzumace alkoholu, což může být rizikovým chováním. Nicméně je tato forma popisována jako forma při výjimečných situacích.

Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry ovlivňuje jejich osobní spiritualita ve zvládnání zkušenosti s umíráním a smrtí. Většina respondentů přiznává, že jim ve zvládnání této zkušenosti nějakým způsobem pomáhá jejich osobní spiritualita. Respondentky popisují, že osobní spiritualita hraje klíčovou roli ve motivaci k výkonu jejich profese, zejména při doprovázení umírajících. Spiritualita je patrná na zvyklostech vykonávaných na pracovišti i v osobním životě. Již jsem zmiňovala otevírání okna na pracovišti bývá automatickým zvykem spojeným s odchodem lidské duše. Respondenti často zmiňují nějakou formu meditace, například mají osobní rozmluvu s Bohem, modlí se za duši zemřelého nebo jen přemýšlejí o mrtvém či přemýšlejí o konečnosti, posmrtném životě. Na pracovišti i v osobním životě někteří respondenti zapalují svíčku jako symbolickou vzpomínku na zemřelého. Osobní spiritualita hraje významnou roli při vyrovnávání se s umíráním a smrtí, poskytuje vymezení vzhledem k tomu, co se děje po smrti, a přispívá k celkovému ulehčení při doprovázení umírajících a práci s pozůstalými.

9. Diskuze

Pro výzkum jsem zvolila tři základní otázky, které byly zaměřené na zkušenost respondentů – sester – s umíráním a smrtí. Ptala jsem se jakým způsobem zdravotnický personál prožívá umírání a smrt. V rámci této výzkumné otázky jsem se zaměřila i na první setkání s umíráním a smrtí. Dále jsem zkoumala to, jakým způsobem se zdravotnický personál vyrovnává s touto zkušeností. Tyto otázky jsem rozvinula o další, která se zabývala tím, jak zdravotnickému personálu pomáhá osobní spiritualita s vyrovnáváním se s umíráním a smrtí pacientů/klientů.

Každý respondent prožívá smrt a umírání pacienta/klienta odlišně. Faktorem ovlivňujícím prožívání je věk pacienta/klienta či způsob úmrtí (náhlé, dlouhé). Pokud umírá starý člověk respondenti to prožívají spíše neutrálně. Je to považováno jako něco přirozeného, patří to k životu. Pokud však umírá dítě nebo mladý člověk je to považováno jako něco nefér a emoce jsou silnější a často popisovány negativně. I když mnozí respondenti zdůrazňují, že smrt je přirozenou součástí života, často popisují pocity smutku a potřebu vyjádřit smutek pláčem při úmrtí pacienta či klienta. Respondenti také často zmiňovali, že během prvního setkání s umíráním a smrtí byli v šoku a nevěděli, co dělat. Polský výzkum „*Pocity a emoce sester související s umíráním a smrtí pacientů*“ (2012) říká, že nejčastěji pocíťovanou emoci je právě smutek. Také tento výzkum zjistil, že emoce se mění podle délky praxe, kdy v praxi do pěti let je nejčastější emoci bezmoc. Pro respondenty je horší smrt dítěte, mladého člověka nebo smrt způsobená nehodou nebo náhlá smrt. Toto jako ovlivňující faktor uvedla další polská studie „*Analýza postojů sester k úmrtí pacienta*“ (2022). Tato studie také uvádí, že jako silně emotivní zážitek je považováno první setkání se smrtí v práci.

Jedním z klíčových prvků v pohledu zdravotních sester na umírání a smrt je formulace posmrtného života. Respondenti popisují dva pohledy: křesťanský (duše putuje do nebe) a koloběh duší. Křesťanská eschatologie čili učení o posledních věcech člověka a světa ovlivňuje pohled v českém prostředí na umírání a smrt. Toto učení je v rámci vývoje křesťanství patrné již na samém počátku, a to u Ježíše Krista a jeho kázání, kdy se zmiňoval o svém druhém příchodu. Také se setkáváme s pojmy zmrtvýchvstání a vzkříšení, které naznačují vítězství na smrti. Také Janovo zjevení je důležitým faktorem k pochopení pohledu na smrt. Toto zjevení se zmiňuje o apokalypse, která líčí zánik světa. Apokalyptika velmi ovlivňovala první křesťany. Později se začalo rozvíjet mnišství. V dalších letech se začala rozvíjet individuální eschatologie, „v níž jde hlavně o to, aby se „duše po smrti dostala do nebe.“ Z věčného života se stává „posmrtný život“⁴⁹ Klasickým obrazem kosmologie je rozčlenění na nebe-pekle-očistec.

⁴⁹ LUBOMÍR ONDRAČKA et al., *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017. ISBN 978-80-88126-22-5, s. 73.

Pro mě velmi zajímavým zjištěním bylo to, že naprosto všichni respondenti zmiňovali v rámci rozhovorů víru v lidskou duši. Respondenti hovořili o lidské duši bez ohledu na jejich spiritualita, bez ohledu na to, jestli jsou nebo například křesťané anebo jestli vůbec sebe definují jako spirituálního člověka. Pojem lidská duše je termínem, který také souvisí s křesťanstvím. A základními kameny naší společnosti, našeho pojmu morálky či etiky je právě křesťanství. I přes to, že minulý režim nebyl zcela nakloněn tomuto náboženství, zachovalo si své kořeny, které se stále projevují. Jedním takovým projevem je právě víra v lidskou duši. V rámci křesťanské tradice musíme na duši pohlížet jednak biblickým pohledem a jednak řeckým. Starý zákon, duši jakožto něco odděleného od těla nezná, protože na člověka nahlíží holisticky. Ve Starém zákoně se nicméně objevuje několik pojmů, které se mohou, každý trochu jinak, přibližovat pojetí duše, které známe. Jedním je slovo nefeš, které souvisí s dechem, a především s životem samotným. Tato „duše“ je vegetativní a je společná lidem, zvířatům ale i rostlinám. Slovo nešama je známo jako vdechnutí či dech. Dalším slovem je ruah, které označuje božího ducha, boží dech. V Novém zákoně se objevuje termín psýché. *„Psýché se v evangeliích objevuje zejména v souvislosti s otázkou po pravém životě, po tom, jak může člověk svůj život zachránit či naopak ztratit.“*⁵⁰ Člověk může následovat Ježíše a pokud při tom ztratí život nalezne život věčný a naopak. Duše je životem jako celkem a ne jen odnímatelnou částí. Člověčím cílem je věčný života, a tak nakonec stane jako celek, tělo i duše, před Bohem. V tom má duše –psýché – eschatologický význam. Podobně jako je ve Starém zákoně výraz ruah označující Božího ducha, tak v Novém zákoně existuje výraz pneuma.

Myslím, že dalším faktorem proto, aby sestry potvrzovaly víru v lidskou duši je samotná zkušenost s umíráním a smrtí. Vzhledem k tomu, že zatím věda nedokázala potvrdit ani vyvrátit posmrtný život dává to prostor různým pohledům, které mají svůj spirituální ráz. Smrt je sice faktem ale co se děje posléze zatím nikdo neví. Pro lidský mozek je také velmi obtížné přestavit si nic. A právě ono nic je pro respondentky nepředstavitelné, a tak je představa lidské duše a nějakého typu posmrtného života konejší. Víra v jakoukoli formu posmrtných záležitostí dává úlevu a je pomocí pro smíření se se zkušeností s umíráním a smrtí.

Zdravotníci jsou vystaveni mnoha stresovým situacím, které mohou být umocnění velkým množstvím práce a povinností okolo umírajícího pacienta/ klienta. Umírající pacient/klient má jiné potřeby a nároky, které by měla sestra plnit. Pacient/klient má velmi často bolesti, proto je třeba tišit bolest. Je potřeba častěji polohovat, což je fyzicky náročné. Staří a těžce nemocní lidé jsou již často nemohoucí, proto je třeba zajistit vhodnou stravu, popřípadě ji upravit. Obecně je ošetrovatelská péče o umírajícího mnohem komplexnější a složitější. S tím přichází na řadu stres. Sestra musí zajistit všechny biologické, psychické, sociální i duchovní

⁵⁰ RADEK CHLUP, et al. *Pojetí duše v náboženských tradicích světa*. Praha: DharmaGaia, 2007. Svět archaických kultur. ISBN 978-80-86685-82-3. s. 181.

potřeby, což může být pro sestru náročné. Setkání s utrpením, bolestí a dalšími negativními projevy umírání se může podepsat na smýšlení a prožívání tohoto procesu.

Respondenti zmiňovali jako negativní faktor ovlivňující prožívání smrti mnoho práce okolo umírajícího a následnou péči o mrtvé tělo.⁵¹ Po konstatování smrti lékařem začíná pro zdravotnický personál kolotoč různých úkonů, které by měli být provedeny profesionálně a s veškerou úctou. Sestra nejprve jemně zavře víčka a podváže bradu. Odstraní se z lůžka lůžkoviny, kromě prostěradla. Sestra postupně vyndává/ zastříhne všechny katetry či drény. Postupně sestra sundá šperky, protézy, náplasti a další věci z těla. Vše se dokumentuje. Posléze se začne s hygienou. Dále se tělo popíše, identifikuje, podle standartu pracoviště. Celou dobu je potřeba chránit intimitu V poslední části péče se tělo zabalí ponechá se 2 hodiny na oddělení či ve speciální místnosti, než se převezde na patologii či do pohřebního ústavu. Během toho se sepíše pozůstalost, v mnoha místech je možné, aby se přijela rozloučit rodina a další blízcí. Také je během této doby prostor pro zdravotníky, jejich rozloučení, případně jiné duchovní úkony.

Ve chvílích, kdy pacient/ klient leží na daném pracovišti delší dobu vytvářejí si sestry vztah s daným jedincem. V sociálních či zdravotnicko-sociálních zařízeních jako jsou domovy seniorů, zařízení následné péče, hospice mohou pacienti/klienti setrvat i několik let. Sestry s nimi navazují kontakt, sociální vazby a někdy to může přejít i do přátelství. V nemocnicích si lidé nesetrávají tak dlouho ale i jeden měsíc může udělat své. Proto mnozí respondenti popisují, že je pro ně stres, když umírá takový pacient/klient. Sama si vzpomínám, když jsem pracovala v domácí péči a pár let jsem docházela k jedné paní, ostatní moji klienti přicházeli a odcházeli. Pokaždé mi bylo líto jejich odchodu ale pokaždé jsem situaci přijímala takovou, jaká je. Ve chvíli, kdy zemřela paní, se kterou jsem se vídala několikrát do týdne jsem pociťovala lítost, smutek a dlouho jsem truchlila. Oznámení o smrti pacienta/ klienta snad pokaždé zasáhne rodinu, blízké. Je naprosto přirozené, že v takovém rozpoložení člověk může jednat s přehnanými a silnými emocemi. Běžnou reakcí je pláč, zoufalství, ale i vztek či nenávisť. Avšak pro sestry je tato situace také nelehká, stejně jako pozůstalí i ona může truchlit a obzvláště pokud si již vybuodovala nějaký vztah s pacientem/klientem (například v domově seniorů).

⁵¹ Každé oddělení, zařízení by mělo mít svůj standard ošetrovatelské péče, který se může v detailech lišit. Rozdíly jsou patrné mezi nemocničním zařízením a například hospice, kde jsou na péči o umírající a o mrtvé tělo zvyklí. Také tam často bývají speciální místnosti, kde se provádí péče o mrtvé tělo nebo "rozlučkové" místnosti. Předkládaný popis je z mé zkušenosti z nemocnice, z interního oddělení.

Respondentky zmiňovaly, že je pro ně komunikace s pozůstalými stresovou situací. Popisují, že je to nepříjemné a podle mého mnoho sester neví, jak s komunikací naložit.⁵² Jakožto sestra by měla zachovávat profesionalitu i empatii. Pokud sestra dokáže správně komunikovat může negativní projevy eliminovat. Zároveň je pro sestru důležité, aby si tyto projevy nebrala k srdci, jelikož pozůstalí komunikují ve špatném emocionálním rozložení. Bylo by dobré, aby se sestry v tomto ohledu také vzdělávaly. Pročetla jsem šest učebnic psychologie a ošetrovatelství pro zdravotnický personál a tématu komunikace s pozůstalými se věnují pouze dvě. Jedna zahrnuje pouze jeden odstavec, který říká: „*K zemřelému patří smutek pozůstalých...*“⁵³. Další učebnice se tématu věnuje na stránce a půl, přičemž shrnuje komunikaci s pozůstalými a popisuje zásady, zde se o sestře píše takto: „*Pro zdravotníky je jednání s pozůstalými stresující; vyvolává obavy, úzkost z vlastní konečnosti. Často také myšlenky o selhání medicíny i vlastní osoby, o beznadějnosti. Sestra musí důstojně pečovat i o tělo zemřelého... Musí zvládnout své emoce a navíc ještě pomoci spolupacientům přijmout fakt, že někdo blízko nich zemřel.*“⁵⁴ V této učebnici, v kapitole o komunikaci s pozůstalými, nejsou rady, jakým způsobem má sama sestra tuto komunikaci zvládat.

Pro mě zajímavým poznatkem je změna v chování, vnímání i vyrovnávání se během pandemie Covid-19. Během této pandemie (od března 2020) se ze dne na den změnil celkový chod veškerých zdravotnických/ nemocničních/ sociálních zařízení. Problém nedostatku nelékařského zdravotnického personálu se v této době prohloubil a negativně ovlivnil právě tento personál. Sestry musely pracovat hodiny přesčasů. Vzhledem ke světovému problému nikdo nevěděl, co bude další den zavládla panika a strach i mezi tímto personálem. Tyto a další

⁵² V rozhovoru pro Guardian jedna sestřička Florence Bull říká: „...*Když jsem se stala kvalifikovanou zdravotní sestrou, přibyla mi u umírání ještě jedna starost – komunikace s pozůstalými. Když jsem poprvé sdělovala tu špatnou zprávu, nezvládla jsem to dobře. Úmrtí bylo neočekávané a já si zase připadala nepřipravená. Nejdřív jsem nešťastnou rodinu odvedla k jejich milovanému zemřelému a pak jsem se omluvila, zaběhla za roh do kanceláře sekretářky a tam jsem se rozplakala.*

Je možné, že moje emoce snížily moje profesionální schopnosti? Jak můžu být oporou pozůstalým, když nedokážu ovládnout ani svůj vlastní smutek? Začaly se mi vybavovat vzpomínky ze školy, když jsme probírali paliativní péči a péči o pozůstalé. Bez zkušeností však tehdy informace mnoho neznamenal. Neochotně jsem opustila bezpečí kanceláře a vydala se znovu čelit svým obavám. Dopoledne jsem nějak překlepala, občas jsem zašla do místnosti s truchlící rodinou, abych zodpověděla jejich otázky a pokusila se – neúspěšně – je utěšit...“

„Jak se cítí sestřička“ (online), umirani.cz, 15. července 2016, cit. červen 2023, překlad dostupný online na <https://www.umirani.cz/clanky/jak-se-citi-sestricka>.

⁵³ EVA ZACHAROVÁ a JITKA ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1, s. 106

⁵⁴ MARTINA VENGLÁŘOVÁ a GABRIELA MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Česko: Grada, 2006., s.120

faktory během pandemie se na zdravotnicích podepsaly. Například studie *Spiritualita na pracovišti s úzkostí sester během pandemie Covid-19 v Indonésii* (2021)⁵⁵ ukazuje vztah spirituality a úzkostí sester. Během pandemie Covid-19 sestry častěji pociťovaly úzkost. Ve studii se píše, že čím je sestra na vyšší spirituální úrovni, tím je nižší riziko úzkosti.

Vzhledem k tomu, že práce zdravotní sestry přináší mnoho stresových situací, mezi něž patří umírání a smrti pacienta/klienta, je potřeba se s tím nějak vypořádávat. Respondenti se s touto zkušeností vypořádávají různými způsoby na pracovišti a doma. Například diplomová práce *„Postoje sester k umírání v chronické intenzivní medicíně“*⁵⁶ Martiny Fingerové (2021) uvádí nejčastější formu aktivní odpočinek (fyzická aktivita) (28,36 %), pasivní odpočinek (21,39 %), rozhovor s kolegy (20,40 %) a další. Přičemž více jak polovina respondentů negovala osobní spiritualitu. Naproti tomu u respondentů, se kterými jsem hovořila dominoval rozhovor s kolegy (8 z 15) respondentů. Pouze jedna respondentka zmiňovala fyzickou aktivitu – jízda na koni.

Mezi formy vyrovnávání se s umíráním a smrtí patří i různé zvyklosti na oddělení. Mezi takové zvyklosti jsem zařadila otevírání okna, na které jsem se i cíleně ptala. Během studia na střední škole nám třídní učitelka, a i další vyučující na praktické předměty předávali tuto zvyklost, jako něco, co se prostě dělá. Dokonce jsem se setkala s tvrzením, že to některá oddělení, domovy důchodců aj. mají ve standardech. Například v knize/učebnici *Intenzivní péče v porodní asistenci se v kapitole Péče o mrtvé tělo doslova píše „Po otevření okna se z lůžka ...“*⁵⁷ V rámci výzkumu ve své bakalářské práci většina respondentů potvrdila otevření okna.

Tento fenomén se také objevuje na internetových fórech či blozích ať už českých, tak zahraničních. Podobně je tomu na facebookových skupinách ve skupinách pro sestry a jiné zdravotníky. Do uzavřené facebookové skupiny – Ošetřovna od Ošetřovatelství.info⁵⁸ – jsem

⁵⁵ PRESTASIANITA PUTRI et.al. *Spiritualita na pracovišti s úzkostí sester během pandemie Covid-19 v Indonésii*. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences., 2021., cit. září 2023 dostupné online na <https://pjmhsonline.com/2021/october/3204.pdf>.

⁵⁶ MARTINA FINGEROVÁ. *Postoje sester k umírání v chronické intenzivní medicíně*. Brno, 2021. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, obor Intenzivní péče. Vedoucí práce PhDr. Marie Dvořáková, Ph.D., dostupné online na https://is.muni.cz/th/dpt93/Fingerova_DP_2021.pdf.

⁵⁷ JANA ŠÁLKOVÁ. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0844-2, s. 76.

⁵⁸ Skupina slouží jako prostor pro diskuze a sdílení příspěvků s ošetřovatelskou a zdravotnickou tematikou.

KDO SE MŮŽE STÁT ČLENEM

Zdravotník nebo profesionál v sociálních službách s vlastním identifikovatelným profilem. (tedy ne Masáže krku nebo Sestra s města). Z vašeho profilu musí být veřejně zřejmé, v jakém oboru pracujete nebo musíte odpovědět na otázku při vstupu. (<https://www.facebook.com/groups/osetrovna>)

napsala dotaz, zdali otevírají okno poté, co pacient/klient zemře. Pod tímto příspěvkem se rozvířila debata, kdy přes 70 zdravotníků potvrdilo tento zvyk. Většina debatujících zmiňovala lidskou duši a její puštění ven. Několik dam zmínilo (pracující v intenzivní péči), že z různých důvodů (například hygiena) nemohou otevřít okno, proto otevírají dveře.

Bohužel jsem nedokázala najít validní vysvětlení této tradice. Nicméně primárně na zahraničním internetu se objevuje mnoho článků z různých koutů světa, kde lidé otevírají okna. Například na americké stránce allnurses se jeden člen zmiňuje o tom, že na zdravotní škole je učili o tom, že mají otevírat okno, poté, co někdo zemře.⁵⁹ Na dalších stránkách jsem našla, že tradice otevírání okna je přítomna v Dánsku⁶⁰ či Irsku⁶¹. Obě stránky popisují důležitost otevření okna za účelem puštění duše ven.

Další častou zvyklostí – na pracovišti i doma – je zapalování svíčky. V rozhovoru z roku 2012 pro deník.cz teolog Aleš Opatrný uvedl: *„Jakákoli zapálená svíčka tedy pro křesťana znamená připomenutí si naděje ve vzkříšení. Obecně lidsky je světlo něco, co je ve tmě hezké, a protože smrt je pro nás spíš temnou záležitostí, světlo funguje jako naděje na život. Navíc když je hřbitov plný zapálených svíček, vypadá úplně jinak.“*⁶² Zapalování svíce za zemřelého jsem měla vždy spojené právě s křesťanstvím. V Čechách dominuje svátek Dušičky, kdy velká část populace chodí na hroby svých mrtvých blízkých. Jiným spojením s křesťanstvím byl pro mě vždy kostel, kde se také zapalují svíce i za jinými účely. Proto mě překvapilo, že respondentka (respondent č. 12), která zmiňovala a vyzdvihovala svou víru nejvíce, *„No bez Ježíše ani ránu. Já ho miluju...“*, ani náznakem nezmínila svíce.

Nicméně v mnoha místech, jako jsou hospice, existují tzv. rozlučkové místnosti. V těchto místnostech je možné se jako rodina, přátelé rozloučit se zemřelým. K tomuto účelu je místnost vhodně zařízena, nacházejí se zde křesla, deky apod. Personál také místnost vyzdobí květinami a zapalují zde svíce.

⁵⁹ „Open a Window“ (online), allnurses.com, 28. října 2009, cit. červen 2023, dostupné online na <https://allnurses.com/open-window-t304339/>.

⁶⁰ „Funeral Customs Around the World – Denmark“ (online), thefuneralmarket.com, 3. února 2022, cit. červen 2023, dostupné online na <https://thefuneralmarket.com/funerals-customs-around-the-world/denmark>.

⁶¹ „Funeral Traditions from Ireland: How the Irish Embrace Death“ (online), talkdeath.com, březen 2020, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.talkdeath.com/funeral-traditions-from-ireland-how-the-irish-embrace-death/>.

⁶² „Teolog: Dušičky se nezměnily. Jen svíčky jsou větší a květiny dražší“ (online), denik.cz, říjen 2012, cit. červen 2023, dostupné online na https://www.denik.cz/z_domova/teolog-dusicky-se-nezmenily-jen-svicky-jsou-vetsi-a-kvetiny-drazsi-20121022.html.

9.1. Limity

V této části bych zmínila limity výzkumu. Největším limitem pro sběr dat bylo moje osobní nastavení. Ve své přechodí práci jsem vedla rozhovory pouze se známými. Pro tuto práci jsem však hledala respondenty z různých míst a pracovišť, takže, s výjimkou jednoho respondenta, to byly všechny cizí ženy. Jsem spíše stydlivá a nejistá osoba, a proto bych se při dalším vedení rozhovorů lépe připravila. Často jsem se zbytečně bála ptát se nebo vstupovat do řeči, zejména pokud respondent odbočoval od tématu.

Pro kvalitativní výzkum je potřeba získat detailní data o respondentech. Z výše zmíněného důvodu jsem nebyla schopna nasbírat dostatek informací o respondentech, o jejich rodinné, osobním i pracovním zázemí. Také jsem nenasbírala dostatečná data o jejich emocích, které prožívají během umírání a smrti pacientů/klientů.

Dalším omezením bylo vytváření dotazníkového šetření. Chtěla jsem získat širší pohled na problematiku vnímání umírání a smrti, vytvořila jsem dotazník na toto téma. Bez předchozích zkušeností s tvorbou dotazníků jsem však narazila na problémy. Použila jsem stejné otázky jako při rozhovorech, což se ukázalo jako ne příliš vhodné. Mnoho otázek vyžaduje individuální vysvětlení, což mi při zpracovávání dotazníku uniklo. Někteří respondenti také uváděli, že nerozumí otázce nebo nevědí, jak byla otázka zamýšlena. Pro budoucí práci bych nejprve vytvořila testovací dotazník a na základě získaných dat bych pak vytvořila definitivní dotazník. I přesto jsem v rámci dotazníkového šetření získala data, která zajímavým způsobem doplnila informace získané z rozhovorů.

9.2. Možnosti dalšího výzkumu

V rámci rozhovorů jsem se věnovala pouze třem výzkumným otázkám (jakým způsobem sestry prožívají smrt a umírání, jakým způsobem se s touto zkušeností vyrovnávají; jakým způsobem je v tom ovlivňuje osobní spiritualita). Tyto otázky byly zaměřené na zkušenost sester s umíráním a smrtí pacientů/klientů. Bylo by zajímavé zjistit, jakým způsobem sestry, díky tomu, že mají pracovní zkušenost, pohlížejí na umírání a smrt svých blízkých. Další otázkou by mohlo být to, jakým způsobem sestry pohlíží na vlastní smrt.

Možností pro rozvinutí tohoto výzkumu je zkoumat prožívání a vyrovnávání se u jiného nelékařského zdravotnického personálu. V praxi se na oddělením denně objevují ošetřovatelé, kteří také pracují u lůžka pacientů/klientů.

Práce je zaměřena na oddělené se zvýšenou smrtností pacientů/klientů. A tak by mohlo být zajímavé zkoumat projevy personálů na odděleních, kde je smrtnost pacientů nízká, například oftalmologie. Jiným typem výzkumu by mohlo být zkoumání prožívání smrti a umírání na dětských odděleních. Z výzkumu vyšlo, že velká část sester považuje smrt dítěte jako něco nefér, jejich emoce jsou spíše negativní. Nicméně tyto respondenti primárně pracují

s dospělými. Je možné, že sestry pracující na dětských odděleních prožívají umírání a smrt odlišným způsobem.

Závěr

Pro tuto práci jsem si vytyčila tři základní cíle. Cílem bylo zjistit jakým způsobem zdravotní sestry prožívají a vnímají umírání a smrt a také jakým způsobem se s touto zkušeností vyrovnávají. Zásadní otázkou bylo jakým způsobem je ovlivňuje jejich osobní spiritualita.

Žijeme v době, která má mnoho léků i technologií a tzv. „vítězná medicína“ dokáže zachránit mnoho životů, dokáže vyléčit mnoho nemocí, ale konečný proces stále nezastaví. Všichni si dříve či později musejí uvědomit konečnost našich životů a sestry nejsou výjimkou. Ba naopak, zdravotní sestry se s umíráním a smrtí setkávají častěji než většina populace, a proto jim myšlenky o konečnosti nejsou cizí. Zdravotní sestry se postupem praxe učí pracovat s touto skutečností, protože pokud by se nesnažily, semlelo by je to. Ale unést myšlenku konečnosti je velmi obtížné. Zdravotní sestry vídají denně bolest a utrpení. Denně bojují o životy mnoha lidí. Toto a mnoho dalšího u sester vyvolává spousty otázek a odpovědi mohou hledat ledaskde. Jedním způsobem, který přináší úlevu a odpovědi, je nalezení opory v osobní spiritualitě.

I přes víru a rutinu, kterou přináší praxe se zdravotní sestry setkávají se stresem v souvislosti s umíráním a smrtí. Samotné myšlenky nemusí vždy pomáhat. A tak jsou pro sestry typické zvyklosti, činnosti, které vykonávají, pokud pacient/ klient zemře. Sestry na znamení dobrého odchodu otevírají okna v pokojích zemřelých, zapalují svíčky za duše zemřelých nebo se pohrouží do modlitby za mrtvého a jeho rodinu. Zdravotní sestry o tom spolu mluví a přemýšlí nad člověkem, jeho životem i jeho smrtí. Ale každý člověk potřebuje i osobní relax. A tak přicházejí na řadu očistné rituály, meditace a modlitby. Studování materiálů související se smrtí. Někdy na řadu přichází alkohol, jindy zas fyzická aktivita.

Většina respondentů se postupem let naučila pracovat se zkušeností s umíráním a smrtí, ale častokrát je to na úkor jich samotných a pacientů/klientů. Sestry se se smrtí setkávají už na školních praxích či na začátku jejich profesní kariéry, takže ve velmi mladém věku. Tyto mladé sestry nevědí, co mají dělat, neznají tyto situace a málokdo jim pomůže projít tímto labyrintem. Sama si pamatuji na první setkání, nebyl nikdo, kdo by mi vysvětlil, co se děje, nebyl nikdo, kdo by při mně stál. Z dat vyplývá, že by se mělo více hovořit o umírání a smrti. Měly by se mladé sestry učit přistupovat k mrtvému tělu a s tím se učit přistupovat k sobě samotné. Však téměř každý se jednou dostane do situace, kdy bude na konci svých sil a zdravotní sestra může být jediným člověkem, který u toho bude. Jenže, pokud není sestra smířená s odchodem a neví, co dělat, straní se umírajícího a straní se mrtvého. Taková sestra je více náchylná k rozvoji psychických obtíží.

Bylo by vhodné, aby se v rámci vzdělávání sester více zaměřovalo na vzdělávání o umírání, o smrti. Důležitým faktorem je komunikace, která by mohla být více zařazena například do

hodin psychologie. Praktické nacvičování komunikace s umírajícím, s pozůstalými by mohli přinést pozitivní vliv na budoucí komunikaci. Také si myslím, že by bylo dobré, aby se v rámci školních praxí budoucí sestřičky měly možnost setkat s umíráním a smrtí, například praxí na odděleních, kde je vyšší smrtnost. Studenti zdravotnických škol mohou mít praxe na takovýchto odděleních, ale nezdá se, že vyučující či zaměstnanci nemocnice nechtějí, aby se mladí lidé s tím setkali. Také je v tomto směru důležité pomáhat mladým sestřím, které se poprvé se smrtí setkají. Možná, že hozením do vody se naučí plavat, ale zanechává to mnoho jizev a traumat, které se těžko překonávají.

Seznam použité literatury

Primární literatura:

1. ADAM, ZDENĚK, JIŘÍ VORLÍČEK a YVONA POSPÍŠILOVÁ, ed. Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7
2. BURDA, PATRIK a LENKA ŠOLCOVÁ. Ošetrovatelská péče 2. díl Pro obor ošetrovatel. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5334-8
3. BUŽGOVÁ, RADKA. Paliativní péče v geriatrici. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-835-6
4. BUŽGOVÁ, RADKA a LUCIE SIKOROVÁ. Dětská paliativní péče. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0584-7
5. FAHLBUSCH ERWIN, WILLIAM GEOFFREY BROMILEY. The Encyclopedia of Christianity.Vol. 5. English translate BROMILEY, GEOFFREY, WILLIAM, Nizozemsko: Eerdmans Publishing Company,2008. ISBN: 978-90-04-11695-5
6. HAŠKOVCOVÁ, HELENA. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7
7. CHLUP, RADEK, et al. Pojetí duše v náboženských tradicích světa. Praha: DharmaGaia, 2007. Svět archaických kultur (DharmaGaia). ISBN 978-80-86685-82-3
8. KELNEROVÁ, JARMILA a EVA MATĚJKOVÁ. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7
9. KOPECKÁ, ILONA. Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3877
10. KŘIVOHLAVÝ, JARO. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0
11. KÜBLER-ROSS, ELISABETH. O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů. Turnov: Arica, 1993
12. O'CONNOR, MARGARET a SANCHIA ARANDA. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4
13. ONDRAČKA, LUBOMÍR et al. Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti. 2. vydání. V Praze: Cesta domů, 2017. ISBN 978-80-88126-22-5
14. ONDRIOVÁ, IVETA. Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi. Přeložil Ludmila Míčová. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1696-6
15. PILIN, ALEXANDER. Soudní lékařství. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5013-5
16. ŘIHÁČEK, TOMÁŠ, IVO ČERMÁK a ROMAN HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2

17. SLEZÁKOVÁ, LENKA et al. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7
18. SVATOŠOVÁ, MARIE. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2
19. SVOBODOVÁ, ELIŠKA. *Zkušenost se smrtí a umíráním z pohledu zdravotnického personálu*. Pardubice, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta, Katedra religionistiky. Vedoucí práce Mgr. Štěpán Lisý, MA, Th.D.
20. ŠÁLKOVÁ, JANA. Intenzivní péče v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0844-2
21. ŠTAMPACH, ODILO IVAN. Přehled religionistiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-384-0
22. ŠTEFAN, JIŘÍ a JAN MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0931-7
23. ŠKARDOVÁ, LUCIE a MARIE ROZSYPALOVÁ. *Marie Rozsypalová: život sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2502-9
24. VENGLÁŘOVÁ, MARTINA. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2
25. VENGLÁŘOVÁ, MARTINA a GABRIELA MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Česko: Grada, 2006.
26. VYTEJČKOVÁ, RENATA. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0
27. ZACHAROVÁ, EVA a JITKA ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1

Další elektronické zdroje:

1. „Adresář služeb“ (online), umirani.cz, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>.
2. CYBULSKA, ANNA MARIA et al., „Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, říjen 2022, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9602489/>.
3. DECHASA, DERIBE BEKELE et al., „Burnout and associated factors among nurses working in public hospitals of Harari region and Dire Dawa administration, eastern Ethiopia. A cross sectional study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, 29. říjen 2021, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8555845/>.
4. DUNN, S KAREN, CECILIA OTTEN a ELIZABETH STEPHENS, „Nursing Experience and the Care of Dying Patients“ (online), researchgate.net, únor 2005, cit. červen 2023, dostupné

online na https://www.researchgate.net/publication/8071591_Nursing_Experience_and_the_Care_of_Dying_Patients.

5. FINGEROVÁ, MARTINA. Postoje sester k umírání v chronické intenzivní medicíně. Brno, 2021. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, obor Intenzivní péče. Vedoucí práce PhDr. Marie Dvořáková, Ph.D., dostupné online na https://is.muni.cz/th/dpt93/Fingerova_DP_2021.pdf.
6. „Funeral Customs Around the World – Denmark“ (online), thefuneralmarket.com, 3. února 2022, cit. červen 2023, dostupné online na <https://thefuneralmarket.com/funerals-customs-around-the-world/denmark>.
7. „Funeral Traditions from Ireland: How the Irish Embrace Death“ (online), talkdeath.com, březen 2020, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.talkdeath.com/funeral-traditions-from-ireland-how-the-irish-embrace-death/>.
8. HOLLAND, M. JASON, ROBERT A. NEIMEYER, „Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training“ (online), Department of Psychology, University of Memphis, Memphis, Tennessee, USA, říjen 2005, cit. červen 2023, dostupné online na https://www.researchgate.net/profile/Jason-Holland-5/publication/7186299_Reducing_the_risk_of_burnout_in_end-of-life_care_settings_The_role_of_daily_spiritual_experiences_and_training/links/0fcfd508ff5482b80c000000/Reducing-the-risk-of-burnout-in-end-of-life-care-settings-The-role-of-daily-spiritual-experiences-and-training.pdf.
9. „Jak se cítí sestřička“ (online), umirani.cz, 15. července 2016, cit. červen 2023, překlad dostupný online na <https://www.umirani.cz/clanky/jak-se-citi-sestricka>.
10. KOSTKA, ANNA MARIA, ADRIANA BORODZICZ a SYLWIA ANNA KRZEMIŃSKA, „Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients – A Pilot Study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, červen 2021, cit. srpen 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8187100/>.
11. „Kronos survey finds that nurses love what they do though fatigue is a pervasive problem“ (online), bloomberg.com, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.bloomberg.com/press-releases/2017-05-08/kronos-survey-finds-that-nurses-love-what-they-do-though-fatigue-is-a-pervasive-problem>.
12. MACHULOVÁ, HELENA, PAVEL KILBERGR a ALENA POLÁČKOVÁ, „Výzkum spirituality a syndromu vyhoření v Hospiciu sv. Jana Nepomuka Neumanna“ (online), caritasetveritas.cz, 17. únor 2021, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.caritasetveritas.cz/pdfs/cev/2021/02/17.pdf>.

13. „Místo úmrtí – detailně“ (online), paliativnidata.cz, cit. červen 2023, dostupné online na <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>.
14. MOJRA. „COPINGOVÉ STRATEGIE: Víte, co vám pomáhá zvládat stres?“ (online), blog.mojra.cz, 2020, cit. červen 2023, dostupné online na <https://blog.mojra.cz/clanek/copingove-strategie-vite-co-vam-pomaha-zvladat-stres>.
15. „Open a Window“ (online), allnurses.com, 28. října 2009, cit. červen 2023, dostupné online na <https://allnurses.com/open-window-t304339/>.
16. „Palliative care“ (online), who.int, cit. červen 2023 dostupné online na <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
17. PRESTASIANITA PUTRI et al. „Workplace Spirituality with Nurse Anxiety During The Covid 19 Pandemic in Indonesia“. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences., 2021., cit. zřídostupné online na <https://pjmhsonline.com/2021/october/3204.pdf>.
18. „Rozšířená neodkladná resuscitace“ (online), 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova, 2021, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-780.html>.
19. „Syndrom vyhoření v práci sestry“ (online), proSestru.cz, 9. září 2020, cit. červen 2023, ISSN 1803-6597, dostupné online na <https://www.prosestru.cz/novinky/syndrom-vyhoreni-v-praci-sestry-123649>.
20. „Teolog: Dušičky se nezměnily. Jen svíčky jsou větší a květiny dražší“ (online), denik.cz, říjen 2012, cit. červen 2023, dostupné online na https://www.denik.cz/z_domova/teolog-dusicky-se-nezmenily-jen-svicky-jsou-vetsi-a-kvetiny-drazsi-20121022.html.
21. TORNØE, KIRSTEN ANNE, et al., „The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study“ (online), ncbi.nlm.nih.gov, listopad 2015, cit. červenec 2023, dostupné online na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658768/>.

Seznam tabulek, grafů, obrázků

Seznam grafů:

Graf č.1 – k dotazu: Jaké emoce cítíte, pokud někdo zemře?, s. 35

Graf č.2 – k dotazu: Je pro vás setkání s umíráním a smrtí stresová situace?, s. 38

Graf č.3 – k dotazu: Máte s kým sdílet zkušenost se smrtí?, s. 44

Graf č.4 – k dotazu: Pokud někdo zemře, vykonáváte nějakou z následujících možností?,
s. 48

Seznam obrázků:

Obrázek č.1 – Zlepšení přístupu k paliativní péči, s. 17

Abstrakt

Tato práce se zaměřuje na zkoumání prožívání umírání a smrtí pacientů/klientů u zdravotních sester ve vztahu k jejich osobní spiritualitě. V teoretické části se vysvětlují pojmy jako je umírání, smrt, spiritualita. Také se zde rozebírá paliativní péče, její principy a historie. Dále se zde pojednává o povolání zdravotní sestry. V práci je věnována část psychologickým aspektům spojeným s umíráním a smrtí pacientů/klientů. Poslední část teoretické části je zaměřena na vybrané výzkumy věnující se tématu.

Cílem empirické části je analyzovat zkušenosti a postoje, které sestry zaujímají při péči o umírající a mrtvé tělo. Dalším cílem je zkoumat to, jakým způsobem se sestry vyrovnávají s umíráním a smrtí pacientů/klientů a jakým způsobem je v tomto ovlivňuje jejich osobní spiritualita. V práci je jako hlavní metoda využita interpretativní fenomenologická metoda. Pro sběr dat je využit polostrukturovaný rozhovor. Pro širší pohled je využito dotazníkové šetření.

Výsledky poskytují pohled na různé pohledy zdravotních sester na umírání a smrt ve vztahu k jejich osobní spiritualitě. Výzkum ukázal, že prožívání smrti a umírání pacientů/klientů je ovlivněno několika faktory, kdy dominantním faktorem je věk umírajícího. Negativní prožívání popisují sestry, když umírá dítě, mladý člověk či je příčinou úmrtí nehoda, úraz. Sestry se s umíráním a smrtí vyrovnávají mnoha způsoby, které mají často duchovní charakter. Vyrovnávání začíná již na oddělení, kdy jsou nejčastější zvyklostí je otevírání okna, které je spojené s vírou v lidskou duši. Víra v lidskou duši a existence posmrtného života poskytuje úlevu a motivaci k práci. Sestry se také vyrovnávají pomocí rozhovoru s kolegy. Někteří zdravotníci se také uchylují k osobním rituálům spojeným s meditací, modlitbou a jinými formami spirituality. Navzdory tomu, že někteří uvádějí i negativní způsoby zvládání, jako je konzumace alkoholu, ty jsou prezentovány spíše jako výjimka v extrémních situacích. Osobní spiritualita hraje významnou roli při zvládání těchto emocionálně náročných zkušeností. Projevuje se to nejen ve výkonu jejich profesních povinností, ale také v každodenním životě. Zvyklosti jako otevírání oken na pracovišti, meditace, modlitby a symbolické aktivity, jako je zapalování svíček, jsou projevy osobní spirituality.

Abstract

This study focuses on exploring the experiences of nurses in relation to the dying and deceased patients, particularly examining how their personal spirituality influences these experiences. The theoretical part elucidates concepts such as dying, death, and spirituality. It also delves into palliative care, its principles, and history, as well as discussing the nursing profession. The psychological aspects associated with the dying and death of patients are also addressed in this section. The final part of the theoretical section focuses on selected research studies related to the topic.

The aim of the empirical part is to analyze the experiences and attitudes that nurses adopt in caring for the dying and deceased bodies. Another objective is to examine how nurses cope with the dying and death of patients and how their personal spirituality influences this process. The main method used in this work is the interpretative phenomenological method, and data collection is conducted through semi-structured interviews. A questionnaire survey is also employed for a broader perspective.

The results provide insights into various perspectives of nurses on dying and death in relation to their personal spirituality. The research revealed that the experience of the death and dying of patients is influenced by several factors, with the dominant factor being the age of the dying individual. Nurses describe negative experiences when a child, young person, or when the cause of death is an accident or injury. Nurses cope with dying and death in various ways, often of a spiritual nature. Coping begins on the ward, with the most common ritual being the opening of windows, associated with the belief in the human soul. Belief in the human soul and the existence of an afterlife provide relief and motivation for their work. Nurses also cope through conversations with colleagues. Some healthcare professionals also resort to personal rituals associated with meditation, prayer, and other forms of spirituality. Despite some mentioning negative coping mechanisms, such as alcohol consumption, these are presented more as exceptions in extreme situations. Personal spirituality plays a significant role in coping with these emotionally challenging experiences, manifesting not only in the performance of their professional duties but also in their everyday lives. Practices such as opening windows in the workplace, meditation, prayers, and symbolic activities like lighting candles are expressions of personal spirituality.