

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Problematika přístupu zdravotních sester  
k umírání a smrti**

Bakalářská práce

Autor práce: **Zrzavá Lenka**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**The issue of access the nurses  
the dying and death**

Bachelor's thesis

Author: **Lenka Zrzavá**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

## PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Jaroslavě Pečenkové za odborné konzultace a pomoc při vedení a zpracování tématu. Děkuji panu prof. PhDR. Jířímu Marešovi, CSc. za pomoc při přípravě dotazníku.

Lenka Zrzavá

# OBSAH:

Úvod .....	7
<b>1. Teoretická část .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Definice smrti .....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Druhy smrti.....	9
<b>1.2 Umírání.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Fáze umírání .....	11
1.2.2 Proces umírání.....	12
1.2.3 Období umírání .....	13
1.2.4 Okruhy potřeb nemocného.....	14
<b>1.3 Tělesné symptomy a obtíže umírání .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. Bolest .....	16
1.3.2. Dušnost.....	18
1.3.3. Únava.....	19
1.3.4. Zácpa .....	19
1.3.5. Průjem.....	20
1.3.6. Nauzea a zvracení.....	20
1.3.7. Výživa a tekutiny.....	21
1.3.8. Zmatenost a neklid.....	22
<b>1.4 Komunikativní dovednosti.....</b>	<b>23</b>
1.4.1 Komunikační bariéry.....	24
<b>1.5 Pravda ano či ne.....</b>	<b>24</b>
<b>1.6 Osobnost sestry .....</b>	<b>26</b>
<b>1.7 Psychická zátěž a podpora .....</b>	<b>27</b>
<b>1.8 Péče o zemřelé tělo.....</b>	<b>28</b>
<b>1.9 Péče o pozůstalé .....</b>	<b>29</b>
1.9.1 Fáze normálního truchlení .....	30
1.9.2 Typy komplikovaného truchlení.....	30
<b>2. Empirická část.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Cíle výzkumu .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Metodika vlastního řešení.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku .....</b>	<b>31</b>
<b>2.4 Výsledky šetření.....</b>	<b>33</b>

<b>3. Diskuse</b> .....	74
<b>Závěr</b> .....	77
<b>Anotace</b> .....	79
<b>Použitá literatura</b> .....	80
<b>Seznam tabulek</b> .....	82
<b>Seznam grafů</b> .....	83
<b>Seznam příloh</b> .....	84
<b>Přílohy</b> .....	85

# Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Problematika přístupu zdravotních sester k umírání a smrti“, protože mě zajímal postoj zdravotních sester. Jako zdravotní sestry se s problematikou umírání a smrti musíme umět vypořádávat každý den své zdravotnické praxe. Komplexní péče o umírajícího člověka je jednou z největších zodpovědností sestry. Tato ošetrovatelská péče nemůže být předem přesně stanovena a naplánována. Musí být flexibilní, dynamická, postupně se podřizující pomaleji či rychleji měnícím se potřebám klienta nebo jeho rodiny. To vyžaduje uplatnění všech praktických zkušeností, dovedností a vědomostí zdravotních sester, které jsou potřeba pro holistickou ošetrovatelskou péči. Také vlastní postoj k umírání a smrti je velmi důležitý. K ošetrovatelské péči je potřeba schopnosti empatie a velmi dobrá úroveň komunikace, což může buď negativně nebo pozitivně ovlivnit péči o terminálně nemocného člověka.

Problematice umírání a přirozené smrti je naštěstí u nás věnována větší pozornost než před sametovou revolucí. Svědčí o tom snaha o rozvoj a zviditelnění paliativní péče, rozvoj různých forem hospicové péče (domácí hospic, k dnešnímu dni 18 lůžkových hospiců). Pozornost věnovaná této problematice je však ještě stále nedostatečná.

Jedním z problémů je nedostatečná profesní příprava zdravotních sester. I zde jsou výuka a praktické dovednosti zaměřovány převážně biologickým směrem. Naštěstí v dnešní době přibývá možností vzdělávání v této oblasti. Existuje možnost účasti na mnoha seminářích zaměřených na paliativní péči.

Dalším z možných problémů je, že většina lidí si nepřipouští vlastní smrtelnost. Většina lidí má spojení smrt a umírání pouze jako synonymum stáří. V produktivním věku jsme se naučili tuto myšlenku úplně vytěšňovat. Velký podíl na tom samozřejmě má moderní medicína, která většinu neduhů dokáže vyléčit. Všichni lidé by si měli uvědomit, že přírodním zákonitostem se zatím nelze žádným způsobem vymanit.

Cílem této práce je zmapování přístupu zdravotních sester k umírajícím pacientům, ošetrovatelská péče o umírajícího klienta. Dále jsem chtěla zmapovat, zda léčebné zařízení umožňuje konečné setkání a rozloučení s rodinou. Zjištění jestli je o tyto služby zájem a jak jsou akceptované zdravotnickým personálem.

Citlivý a zároveň profesionální přístup sestry k umírajícímu člověku, a k jeho nejbližší rodině, patří k těm nejtěžším, ale zároveň k nejcennějším a nejlidštějším dovednostem zdravotní sestry.

# 1. Teoretická část

Cílem mé bakalářské práce je přiblížení procesu umírání a smrti, zmapování přístupu zdravotních sester k umírajícím lidem, ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta a zjištění pocitů při péči o zemřelé tělo. Zároveň také zda léčebná zařízení umožňují konečné setkání a rozloučení s rodinou. Zjištění zda je o tyto služby zájem.

## 1.1 Definice smrti

Lidský život je vymezen zrozením a smrtí. Před i po je sféra, která nelze zkušeností zakusit a takovou ji i popsat a pochopit. Smrt je skutečně jediná fakticita, která je v životě jistá. Člověku je život dán s podmínkou smrti. Smrt je pečeti, která dává charakter každému jednotlivému životu i každému jednotlivému rozhodnutí. Člověk se ostatně rozhoduje ve svých možnostech s vědomím vlastní konečnosti a fází život časově na tuto konečnost. (Haškovcová, 2002)

Smrt je z biologického hlediska ireverzibilní ztráta celovztažného uspořádání organismu. Předchází jí vážné poškození některého ze systémů a funkcí bezprostředně důležitých pro život.

Ve většině vědeckých komunit „západního“ světa panuje následující shoda: osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednotky. To znamená, že smrt celého mozku je brána jako správné kritérium smrti člověka. Zároveň definitivní zástava kardiopulmonálních funkcí vede během několika minut k ireverzibilní zástavě všech funkcí mozku, a proto je rovněž správným kritériem pro smrt. S tímto názorem se shoduje i většina těch, kteří pokládají smrt za oddělení duše od těla a kteří současně přiznávají, že tento okamžik nelze žádným způsobem změřit. Ireverzibilní ztráta funkcí celého mozku však může vyloučit jakoukoliv pochybnost nebo nejistotu, jelikož potom už mizí i smysluplnost jiných životních funkcí. (Munzarová, 2005, s.132)

V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. V současnosti je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu (nemoci). Někdy bývá označována jako lékařská smrt a tento pojem asociuje smrt, která nastává v důsledku nemoci a ke které, až na výjimky, dochází v nemocnici či jiné instituci.



(Haškovcová, 2007). Z medicínského hlediska se smrt přirozená vytratila, a dá se říci, že ji nahradil termín „špatně diagnostikovaný nemocný“. Smrt se v očích lékaře stala prohrou.

Rychlost skonu je různá, proto rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Z hlediska připravenosti na smrt avizovanou a neavizovanou, i když avizovaná smrt není zárukou připravenosti. Podle toho, ve kterém věku smrt přichází, hovoříme o smrti předčasné nebo naopak přeměřené. (Haškovcová, 2007)

### 1.1.1 Druhy smrti

Smrt můžeme dělit na **fyzickou, psychickou a sociální**.

Smrt **fyzická** je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Fyzickou smrt můžeme dále dělit na smrt mozkovou a na smrt orgánů lidského těla. (Misconiová )

Smrt **mozková** - v České republice jsou diagnostická kritéria mozku definována v dodnes platném Výnosu Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí ČSR ze dne 6.10. 1989 o podmínkách pro mimořádné odebrání orgánů a tkání z těl mrtvých.

**Diagnostická kritéria pro určení smrti mozku jsou následující:**

A. Klinické vyhasnutí funkcí mozku:

- a) hluboké bezvědomí a úplná ztráta reaktivity na vnější i vnitřní podněty, kterou zprostředkovává mozek.
- b) nepřítomnost spontánního dýchání

B. Příznaky ireverzibility vyhasnutí všech funkcí mozku:

Zástava cirkulace krve mozkiem se prokazuje opakovanou panangiografií. Stanovení smrti mozku podléhá přísným pravidlům, je vysoce odpovědnou záležitostí a může být důležitá z hlediska dárcovství orgánů, které díky možnému udržování oběhu a dýchání nejsou poškozeny. (Haškovcová, 2002)

**Smrt orgánů lidského těla** – ledviny jsou funkční ještě 30 minut, rohovka očí cca 6 hodin, vlasy, vousy a nehty rostou ještě několik dní po smrti. ( Misconiová )

**Smrt psychická** je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí či zoufalstvím, která bohužel nezřídka předchází smrti fyzické. ( Misconiová )

**Smrt sociální** je stav člověka, který sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a mezilidských vztahů.

Odsun do cizího prostředí, opuštění domova a svých blízkých, ztráta lásky a naděje je počátkem smrti psychické a sociální – je první fází umírání. ( Misconiová )

## 1.2 Umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu, což je postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. V širší souvislosti je umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Začátek umírání můžeme vidět v okamžiku, kdy vejde v podvědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem. A ačkoliv má pacient před sebou ještě relativně dlouhé období života, bude vždy jeho kvalita ovlivňována průběhem nemoci. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav. (Haškovcová, 2002)

Jako terminální fázi – umírání – označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu. Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. (Sláma et al, 2007)

### 1.2.1 Fáze umírání

Musíme si v první řadě uvědomit, že fázemi umírání neprochází pouze pacient, ale i jeho nejbližší a doprovázející osoby. Tyto osoby se nemusí nacházet ve stejném stádiu jako pacient. Fáze umírání se také mohou různě prolínat nebo se mohou opakovat a vracet. Období mohou trvat různě dlouho a nemusí ani proběhnou všechny, na některém stupni se zastaví. Musíme si uvědomit, že každý člověk je úplně jiný.

Velice přehledně a na základě svých zkušeností je popsala dr. Elizabeth Kübler-Ross:

#### 1 – negace (šok, popírání)

Fáze obranná – pacient tak hledá pomoc ve své nesnázi. Není ochoten zprávu o svém stavu akceptovat a intelektem zpracovat. Nemocnému je potřeba dopřát čas, netlačit ho k přijetí pravdy. (Opatrný, 2003, str. 74)

Nemocný se dozvídá, že je jeho diagnóza neslučitelná se životem. Odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připraven. (Kutnohorská, 2007)

#### 2 – agrese (hněv, vzpora)

Hledá se viník. Návštěvy přijímá nemocný bez radosti, s určitou pasivní agresivitou. Zde by se mělo s nemocným více mlčet. Jeho zlobné reakce není třeba vyvracet, natož morálně hodnotit. (Opatrný, 2003, str. 74)

### 3 – smlouvání (vyjednávání)

Je to fáze prchavá, jde v ní o oddálení. Pacient se často chová jako dítě, čeká „odměnu“ za léčení, které podstupuje. Nezřídka žádá personál, aby mu takové zlepšení slíbil a jako sankci za nesplnění „nabízí“ vysazení léčby apod. je zde namísto trpělivá vlídnost, která bez agresivity vrací pacienta do reálu a k postojům dospělého člověka. Nemusí být však úspěšná. (Opatrný, 2003, str. 74)

Nemocný hledá ještě nějakou možnost, slibuje a i nevěřící se obrací k Bohu. (Kutnohorská, 2007)

### 4 – deprese (smutek)

Deprese aktivní – pacient má tvář v tvář pocity studu, viny. Zde je důležité přizvat rodinu aby mu více řekla: „Jsi pro nás důležitý i tady a teď“.

Deprese přípravná – uvědomuje si, že bude ještě hůř, vnímá trvalost ztrát, které nemoc a umírání přinesla a přinese, vnímá nezvratnost svého stavu. Neříkat: „Nesmíš se tomu poddávat!“, prohlubuje jeho pocity viny. Potřebuje ovšem někoho, s kým si může všechny své smutky, obavy a špatné prognózy probrat. Není třeba ho utěšovat, je třeba naslouchat s účastí a snést i řeč o nejtemnějších prognózách. (Opatrný, 2003, str. 74)

### 5 – smíření (soulas)

Je to fáze osvobození od krutých pocitů viny a od strachů ze ztrát. Do této fáze nedospěje každý. Větší péči v této fázi potřebuje rodina. (Opatrný, 2003, str. 75)

Fázi smíření je nutno odlišit od rezignace. Tu lze chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné. Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje Elizabeth Kübler-Ross: Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří na svůj stav rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň, jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přejetí pravdy.

(Kutnohorská, 2007)

Jestliže nemocný neví o své „cestě ke konci“, nemůže dojít vyrovnání. Ošidili bychom ho o to, pokud mu za každou cenu stav věci tajíme. Je dobré nemocným místo nereálných slibů, útěch a plánů plánovat „malé uskutečnitelné radosti“. Poslední přání nemocného pokud možno splnit. Neodkládat! (Opatrný, 2003, str. 75)

## 1.2.2 Proces umírání

Umírání je proces. V etice umírání a smrti hrají velkou roli také objektivní lidské faktory: věk, pohlaví, příbuzní, vzdělání, diagnóza nemoci. (Kutnohorská, 2007, s74)

**Teorie biologických hodin:** člověk fakticky umírá tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života.

**Sociální smrt:** člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do společnosti navrátit. Může nastat i u zdravého člověka. Musíme usilovat o to, aby nemocný žil i ve stínu blížící se smrti.

**Psychická smrt:** naprostá psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství. Usnadňuje vstup smrti fyzické.

**Fyzická smrt:** úplná, trvalá ztráta vědomí.  
(Kutnohorská, 2007, s74)

## 1.2.3 Období umírání

Mnozí autoři zabývající se thanatologií, rozdělují proces umírání na tři nestejná, leč výrazná období:

**Období Pre finem** začíná tehdy, když se zjistí, že nemoc konkrétního člověka je natolik závažná a perspektivně neslučitelná se životem, že smrt je v kratším či delším čase vysoce pravděpodobná. (Haškovcová, 2007)

**Období In finem** je období „vlastního umírání“, tedy takové fáze lidského života, která bezprostředně souvisí s fyzickou smrtí.

Terminální péče: poskytování péče pacientovi, když už není možné žádné zlepšení smrtelné prognózy jeho nemoci dostupnými léčebnými metodami, rovněž péče v době, kdy přichází smrt. (Kutnohorská, 2007)

**Období Post finem** je obdobím, které není charakteristické pouze péčí o mrtvé tělo, ale i péčí o pozůstalé. (Haškovcová, 2007)

### Příznaky blížící se smrti

- progresivní celková slabost a únava
- prodlužující se periody denního spánku
- pacient nevstává z lůžka
- postupné snižování schopnosti, pozornosti a koncentrace

- klesá zájem o konverzaci
- pacient se vnitřně „vzdaluje“ od vnějšího světa, kontakt zachovává pouze s několika nejbližšími
- zhoršuje se zrak i sluch
- zmatenost, desorientace
- halucinace
- pacient odmítá jíst i pít
- má sucho v ústech a obtíže při polykání
- klesá diuréza, někdy až do stadia anurie
- pacient má chladné (někdy mramorované) končetiny, facies Hyppocratica
- nepravidelnosti dýchání (apnoické pauzy, Cheyneovo-Stokesovo dýchání)
- chrčivé dýchání (obvykle není projevem plicního edému, ale kumulace sekretu v dýchacích cestách)

(Sláma et al, 2007)

## 1.2.4 Okruhy potřeb nemocného

Při stanovení hierarchie potřeb nemocného, si lépe uvědomíme, co všechno pro něho může udělat lékař, co naopak můžeme udělat my a konečně i to, co pro sebe, třeba s naší podporou a pomocí může udělat sám pacient. Na klienta bychom neměli zapomínat, protože i on si může vlastním přičiněním svůj úděl usnadnit, nebo naopak ztížit. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. (Svatošová, 1995)

### 1) Potřeby biologické

Sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláště upravovanou. Potřebuje se zbavit všech produktů vlastního metabolismu, bez použití drastických a nepříjemných metod. Potřebuje zajisti dostatek kyslíku. Někdy je zapotřebí paliativních metod operace. (Svatošová, 1995, str. 22)

Biologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu,

spánku, vyměšování apod. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. (Trachtová et al, 2004, str. 14)

## **2) Potřeby psychologické**

Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. (Svatošová, 1995, str. 22)

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, ale i naše oblečení apod. Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité nikdy nemocnému nelhat, neříkat něco, co by musel později odvolávat. (Svatošová, 1995, str. 22)

## **3) Potřeby sociální**

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměrňovat a my bychom ho v tom měli respektovat.

(Svatošová, 1995, str. 23)

## **4) Potřeby spirituální**

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. (Svatošová, 1995)

Duchovní svět či duchovní život se netýká pouze víry v boha. Každý člověk si tvoří nějaký názor na to, kde se vzal svět, jaká je jeho role ve světě, každý potřebuje dát svému životu nějaký smysl a na něm vybudovat své mezilidské vztahy. Z duchovního hlediska je onkologické onemocnění významnou životní událostí, která volá pacienta k autentickému přezkušování hodnot, postojů a vztahů a která může dobře využita vést i k duchovnímu růstu. Mnozí z těch, kteří prožívají zkušenost nevyléčitelného onemocnění jako výzvu pro svůj duchovní život, rádi využijí nabídku pomoci duchovního. Pomoc duchovního může být užitečná i těm, kdo mají svou soukromou víru a nejsou členy žádné náboženské společnosti, může být přínosem i pro ty, kteří jenom nevědí kudy kam a žádného boha nevyznávají. Sestra sice nemá teologické vzdělání, přesto by ale měla vědět, že duchovní svět patří k vážně nemocnému člověku jako jeho psychika a tělesnost a měla by být nemocnému v duchovní krizi podle svých sil nápomocná. Měla by vyhovět žádosti nemocného, a pokud si to přeje, přivolat duchovního. (Komínková, 2002)

### 1.3 Tělesné symptomy a obtíže umírání

Symptomy upozorní lidi na to, že není něco v pořádku, a že by měli vyhledat lékařskou pomoc. V kontextu paliativní péče symptomy přestávají mít „ochrannou funkci“ a stávají se často trvalou a stresující přípomínkou pokročilého onemocnění, která má výrazně negativní dopad na kvalitu života. Proto je potlačení nebo alespoň zmírnění symptomů těsně spjata s cílem paliativní péče, jímž je dosažení nejvyšší možné kvality života.

(O'Connor et al, 2005)

Základem péče je průběžné hodnocení tělesných symptomů. Zároveň by měly být zvládnány v souladu s nejnovějšími poznatky a doporučeními. V případě potřeby by měl být zdravotní stav konzultován se specialistou. (Skála et al, 2005)

Pokud chceme úspěšně léčit symptomy, musíme si všímat všech jejich aspektů. Je nutné si uvědomit, že je realita symptomů v paliativní péči multidimenzionální, symptomy se vyskytují v konfrontaci s umíráním a smrtí, ztrátou, změnou sociálních rolí a v osobních rolích. (O'Connor et al, 2005)

I přes vysoký výskyt nepříjemných symptomů je jejich léčba ve většině případů naprosto nedostatečná. Je vícero faktorů, které nedostatečnou léčbu ovlivňují. Jedny z faktorů jsou na straně nemocných, a to je strach symptom si vůbec přiznat, nebo selektivnost (spíše se svěří s fyzickými problémy, než s psychickými). Na straně druhé je problém ve zdravotních a jejich neschopnosti dobré diagnostiky problémů, nebo neschopnosti přiměřené komunikace.

Ke zdárnému vyhodnocení přítomnosti symptomu přispívá sepsání anamnézy, kdy se ptáme na vyvolávající faktory, charakter symptomů, lokalizace, intenzita, časový interval, změny v čase. Pro lepší porozumění používáme vizuální a verbální analogové škály. Je vhodné používat škály, kterým nemocný pacient s ohledem na zdravotní stav porozumí. Po sepsání anamnézy přichází na řadu fyzikální vyšetření (hybnost, kožní turgor, pozorování neverbálních projevů).

Plánování léčebných intervencí předchází diskuse o tom, jaké jsou vyhlídky na zlepšení stavu. Na základě této diskuse mohou být stanoveny krátkodobé a střednědobé cíle. Bereme při tom ohled na přání pacienta. Musíme také zvážit přínos intervence, ale i její negativní dopady. Zvolíme otevřený, avšak citlivý přístup, abychom mohli stanovit reálné cíle. (O'Connor et al, 2005) Má-li být léčba symptomů účinná, musíme pravidelně hodnotit stav pacienta a účinnost intervencí. Dobré zvládnutí tělesných symptomů je do značné míry předpokladem k důstojnému umírání.

### **1.3.1. Bolest**

Bolest je jeden ze symptomů, kterého se lidé při umírání bojí nejvíce a je zároveň nejčastějším symptomem pokročilého stádia onemocnění. Má zásadní vliv na momentální komfort a náladu, ale také radost ze života, naději, motivaci pacienta k životu i spolupráci k léčbě. Neléčená bolest vede ke snížené hybnosti až k možné imobilizaci, nechutenství, malnutrici, k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat pouze jako somatický vjem. Bolest je jednou ze složek utrpení v závěru života. (Sláma et al, 2007)

Pacienti někdy trpí současně několika typy bolestí, kdy každý vyžaduje specifický přístup. Správné zhodnocení bolesti předpokládá podrobné klinické vyšetření. Jeho součástí je podrobná komplexní anamnéza, fyzikální a neurologické vyšetření, v případě potřeby laboratorní nebo zobrazovací metody. (Sláma et al, 2007)

Bolest z hlediska trvání dělíme na akutní a chronickou. Chronická zpravidla trvá déle než 3 měsíce. Intenzita bolesti během dne často kolísá. Epizody vzplanutí, které se objevují u pacienta s jinak dostatečně mírněnou bolestí, se označují jako epizodická nebo průlomová bolest. Tuto bolest můžeme ještě dělit na bolest na konci dávkovacího intervalu, na incidentální bolest a na průlomovou bolest (nelze identifikovat vyvolávající příčinu). (Sláma et al, 2007)

Velmi důležité je podle mě časté vyhodnocování intenzity bolesti pomocí různých zobrazovacích metod. Často je používána vizuální analogová škála, numerická škála nebo verbální škála bolesti.

#### **Základní principy léčby chronické bolesti podle WHO:**

- Základním vodítkem pro volbu analgetik je intenzita bolesti, kterou pacient udává.
- Podle charakteru bolesti jsou indikována koanalgetika. Ty lze kombinovat se všemi analgetiky.
- U trvalé bolesti je třeba analgetika podávat v pravidelných intervalech, nikoliv pouze podle potřeby. Dávkový interval by měl být takový, aby se udržela vyrovnaná plazmatická koncentrace léku a další dávka byla podána před novou bolestí.
- Velikost dávky je individuální. Dávku zvyšujeme postupně, až dosáhneme dobré úlevy od bolesti při ještě snesitelných nežádoucích účincích.
- Analgetika je vhodné podávat co nejméně invazivním způsobem, preferujeme perorální formy s prodlouženým uvolňováním nebo formy transdermální.



- Součástí léčby je pravidelné hodnocení účinnosti, nežádoucích účinků a celkového vlivu léčby na kvalitu života.
- Nedílnou součástí komplexního léčebného plánu je profylaxe a léčba nežádoucích účinků analgetik.
- Součástí léčby je hodnocení psychosociálních souvislostí vnímání , prožívání a exprese bolesti a jejich kvalifikované ovlivňování (psychoterapie atd.)
- V případě nedostatečné úlevy od bolesti při použití systémového podávání je třeba zvažovat invazivní analgetické postupy (regionální anestezie, neurochirurgické metody).

(Sláma et al, 2007)

### **1.3.2. Dušnost**

Lze ji definovat jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Intenzita dušnosti pouze částečně koreluje s objektivními parametry ventilace. Je jedním z nejčastějších příznaků pokročilých stadií nádorových i nenádorových onemocnění. V posledních týdnech života je dušnost pozorována u 50–80 % pacientů. (Sláma et al, 2007)

#### **Modely dušnosti:**

- A) Fyziologicko/neurální model = dušnost souvisí s nervovými cestami, biochemickými procesy a nedostatkem kyslíku.
- B) Bio-psycho-sociální model = pocit dušnosti nezávisí pouze na nervových cestách a biochemických procesech, ale také na postojích pacienta a schopnosti vyrovnávat se se stresem.
- C) Integrovaný model (zahrnuje oba předchozí modely) = duševní a tělesné prožívání dušnosti jsou chápány jako neoddělitelné. Protože spolu souvisejí, mohou nastartovat začarovaný kruh, kdy úzkostné pocity jsou posíleny fyziologickými změnami a fyzickými příznaky, které pocit dušnosti dále zhoršují.

(O'Connor et al, 2005, str.104)

### **Terminální chrčivé dýchání:**

Hlasité chrčivé dýchání vznikající z nahromadění sekretů ve velkých dýchacích cestách u zesláblých terminálně nemocných, kteří nejsou schopni expektorace. Často se objevuje u umírajících pacientů s poruchou vědomí charakteru soporu a komatu.

Léčba je často indikována více s ohledem na pacientovy blízké. Pacient sám většinou již své okolí nevnímá. Rodině je vhodné vysvětlit, že toto hlasité dýchání není projevem dušnosti či jiného tělesného utrpení.

(Skála et al, 2005)

### **1.3.3. Únava**

Bývá charakterizována jako extrémní vyčerpanost, kterou ani adekvátní odpočinek výrazně nezlepší. Nemocní hovoří o ztrátě psychické i fyzické energie, zájmu o cokoliv, vyčerpání rezerv, nedostatku dechu až manifestní dušnosti, nespecifických bolestech kloubů a svalů, poruchách spánku, koncentrace. (Sláma et al, 2007)

Faktory, které způsobují nebo zhoršují únavu, nejsou dosud zcela probádané a je pravděpodobné, že se na jejím vzniku podílí mnoho mechanismů: vliv stresu a centrální nervové soustavy, vliv nemoci a léčby, vliv individuálních rozdílů.

(O'Connor et al, 2005, str. 118)

Běžná únava obvykle signalizuje přepracování, stres nebo možné dočasné onemocnění, toto je akutní typ únavy, který obvykle přejde po dostatečném odpočinku. U pacientů s pokročilým onemocněním však samotný klid na lůžku ke zmírnění pocitu únavy nestačí. Jde o chronický problém, který vede k netečnosti a často ke snížení schopnosti zvládat stres. Ačkoli klid je nejčastější doporučovanou intervencí, dnes se všeobecně uznává, že zbytečný klid na lůžku může výrazně přispět k rozvoji únavy a slabosti.

(O'Connor et al, 2005, str. 123)

Zvyšující se únava a slabost jsou často známkami toho, že se blíží konec života. Jestliže únavu léčíme aktivně cvičením, výživou, hydratací, stimulací a odpočinkem, přijde doba, kdy je třeba rozhodnout o ukončení aktivní léčby a zaměřit pozornost na podporu pacienta při přirozeném procesu umírání. Rozhodnutí o ukončení aktivní léčby musí být učiněno spolu s pacientem a je mnohem jednodušší, když sestry naslouchají tomu, co chce pacient a jeho rodina. Potřeby a priority pacienta se mění a sestry je musí být schopné rozpoznat.

(O'Connor et al, 2005, str. 127)

### **1.3.4. Zácpa**

Zácpa je obtížné a méně časté vyprazdňování tuhého střevního obsahu. Významnější než samotná frekvence je zvýšené úsilí a dyskomfort při defekaci. Zácpa je často provázena pocitem plnosti a napětí v břiše. Může být příčinou značných obtíží a stresu nemocného. (Sláma et al, 2007)

Zácpa není jen nepříjemný symptom. Je to vážný stav s množstvím potenciálních komplikací. Pokud ji neodhalíme a neléčíme, může mít závažné následky, zejména v paliativní péči. Komplikace mohou být psychické a kognitivní (včetně projevů stresu a zmatenosti) nebo tělesné (postihující zejména trávicí a močový systém).

(O'Connor et al, 2005, str. 130)

Posouzení zácpy a plánování odpovídající péče by mělo být nedílnou součástí úvodního i dalších vyšetření pacientů ve všech zdravotnických zařízeních. Vyšetření by se nemělo omezovat na to, že se zeptáme pacienta, jak často chodí na stolicí. Musíme se také zaměřit na rizikové faktory a příznaky zácpy. Rizikové faktory zahrnují sníženou pohyblivost, nechutenství a některé léky (hlavně opioidy). Mezi příznaky patří nevolnost, zvracení, plynatost, vzdušný břicho a bolest. Jednou ze známek plného střeva u pacientů, kteří jsou blízko smrti, může být neklid. (O'Connor et al, 2005, str. 131)

### **1.3.5. Průjem**

Za průjem je možno považovat časté vyprazdňování řídké stolice, nepříjemné pacientovi a nebo i ošetřovateli. Vyprazdňování je častější než dvakrát za den. Většinou jde o abnormálně řídkou nebo objemnou stolicí. Průjem je často doprovázen nucením na stolicí, bolestmi břicha a tenesmy. Může být inkontinence stolice. (Sláma et al, 2007)

Přetrvávající průjem může vést ke komplikacím, jako jsou dehydratace, minerální dysbalance a renální insuficience. Mnoho nemocných podceňuje počet stolic a velikost ztráty tekutin. Důsledkem déletrvajícího průjmu je také zhoršení trávení a vstřebávání živin s následnou poruchou výživy. Nutriční deficit prohlubuje ztrátu tělesné hmotnosti a zhoršuje celkovou tělesnou slabost a kvalitu života. Nemocní jsou omezeni v běžných aktivitách a často se kvůli průjmu zdráhají opustit domácí prostředí.

(Sláma et al, 2007, str. 128)

U nemocných s pokročilým onemocněním se vyskytuje akutní nebo déletrvající průjem přibližně v 10% případů. (Sláma et al, 2007, str. 128)

### 1.3.6. Nauzea a zvracení

Nauzea je nepříjemný subjektivní pocit doprovázený vegetativními projevy, jako je bledost, pocení, slinění a tachykardie. Pokud přetrvává delší dobu, bývá pro nemocného závažnějším problémem než samotné zvracení. Přetrvávající nevolnost se navíc často sdružuje s nechutenstvím a může vést k závažné ztrátě hmotnosti. (Sláma et al, 2007)

Zvracení je vypuzování žaludečního obsahu, způsobené silnou přetrvávající kontrakcí břišního a bráničního svalstva. (Sláma et al, 2007, str. 115 )

Stupeň nevolnosti můžeme posoudit a zdokumentovat pouze nepřímým sledováním projevů pacienta, monitorováním životních funkcí, chuti k jídlu a příjmu stravy. Abychom získali přesnou dokumentaci, musíme zapojit i pacienta. Ten si může psát deník, ve kterém zaznamená pocit nevolnosti a frekvenci zvracení. Je důležité rozlišovat mezi nevolností a zvracením. Musíme mít na paměti, že dlouhodobé zvracení má na pacienta mnohem horší vliv než jedna epizoda. (O'Connor et al, 2005, str. 147)

### 1.3.7. Výživa a tekutiny

Umírající pacienti obvykle nepocítují hlad a žízeň. Pokud by tyto pocity měli, je samozřejmě naší povinností jim dle jejich přání tekutiny a stravu zajistit. U pokročile a terminálně nemocného často není možné zajistit dostatečný příjem per os.

(Skála et al, 2005)

Základní přístup k zajištění výživy musí u konkrétního pacienta zohlednit:

- Předpokládanou prognózu onemocnění z hlediska délky přežití.
- Cíle léčby. Prodloužení života v přijatelné kvalitě?
- Vlastní příčinu nedostatečného perorálního příjmu a možnost jejího kauzálního řešení.
- Přání a názor pacienta i jeho rodiny na enterální a parenterální výživu.

Při zvažování nutriční podpory je třeba postupovat velmi individuálně. Je vhodné zohlednit následující skutečnosti:

- Umírající pacient obvykle nemá z enterální nebo parenterální výživy prospěch.
- Kanyla a sonda představují pro pacienta zátěž, dyskonfort a omezení.
- Kalorický přísun v této situaci nezlepšuje kvalitu života, nemění prognózu, pouze může o několik dní umírání prodloužit a tím může přispívat k většímu utrpení.
- Zajištění enterální nebo parenterální výživy většinou vyžaduje hospitalizaci, a tím znemožňuje nemocnému prožít závěr života doma. (Skála et al, 2005)

Zajištění dostatečného příjmu tekutin bývá obecně považováno za součást bazální péče. Pravidelné nabízení tekutin per os v dostatečném množství je základní součástí ošetrovatelské péče. U terminálně nemocných často není možné takto dosáhnout dostatečného příjmu tekutin. Umírající pacient ve většině případů nemá prospěch z parenterální či enterální hydratace. Rehydratace vede k větší produkci moči, střevních šťáv a bronchiálního sekretu. Z toho plynoucími důsledky jsou nutnost častějšího odsávání, větší vyzvracené objemy, zhoršení edémů a kardiální dekompenzace. (Skála et al, 2005)

Parenterální hydratace má velký význam symbolický. Pacientova rodina by měla pochopit, že u umírajícího rozhodnutí nehydratovat není projevem nezájmu a terapeutického nihilizmu, ale zdůvodněným krokem, který usiluje o pacientův prospěch a zachování důstojnosti. Předpokladem k rozhovoru o těchto tématech je vztah otevřenosti a důvěry mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou v celém předchozím období léčby.

Podání parenterální hydratace je někdy nutné s ohledem na kvalitu života pacientovy rodiny. Parenterální výživu můžeme aplikovat intravenózně nebo subkutánně.

Základní důležitost má u umírajících dobrá péče o dutinu ústní. Sliznice mají sklon vysychat. Pravidelné zvlhčování a toaleta dutiny ústní jsou jedním z nejdůležitějších paliativních opatření. (Skála et al, 2005)

### **1.3.8. Zmatenost a neklid**

Akutní zmatenost je častým problémem v paliativní péči. Vykytuje se častěji u pacientů s pokročilým onemocněním, starých osob a lidí, kteří mají více onemocnění. Nerozpoznaná a neléčená zmatenost je stresující zkušeností pro pacienta i jeho rodinu. Může znemožnit komunikaci a zanechat u členů rodiny nepříjemné vzpomínky na poslední hodiny života jejich milované osoby. Dalším problémem je bezpečnost – je-li zmatenost spojena s neklidem a rozrušením, hrozí riziko pádu a úrazu. (O'Connor et al, 2005, str.177)

**Delirium** = akutně vzniklá porucha v oblasti pozornosti, vnímání, myšlení, spánkového cyklu a psychomotoriky. (Sláma et al, 2005, str. 242)

Pro pacienta, jeho blízké i ošetřující personál představuje delirium významnou psychickou i organizační zátěž. Osoby, které o pacienta pečují, často zakoušejí pocit frustrace z toho, že s nemocnými nemohou vést smysluplný rozhovor. Pacienti si někdy svou zmatenost uvědomují, což zvyšuje jejich stres. (Sláma et al, 2007)

**Terminální delirium** = pozorujeme u pacientů v posledních dnech a hodinách života. Projevuje se neklidem, častými změnami polohy, neschopností se uvolnit, sténáním, často nesrozumitelnými výkřiky, stahováním peřiny, vysvlékáním a někdy svalovými záškuby. Pro pacientovi příbuzné jsou projevy terminálního deliria často zdrojem velkých obav a stresu, že jejich blízký velmi trpí nebo že má nesnesitelné bolesti. Důležité je odstranění diskomfortu (bolest, úzkost, dušnost). Klidná citlivá komunikace, přítomnost známých osob. (Sláma et al, 2007, str. 246)

## 1.4 Komunikativní dovednosti

Efektivní komunikace je nezbytná. Aby mohli pacienti rozhodovat o své péči, potřebují informace o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování, sníží nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní reálně zhodnotit situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti. Sestry potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientovy tísně v dané situaci a musí být schopné správně odhadnout skryté problémy či obavy. Nezbytným předpokladem efektivního terapeutického rozhovoru jsou výborné komunikační dovednosti. (O'Connor et al, 2005, str. 31)

### 1.4.1 Komunikační bariéry

#### A) bariéry na straně pacienta

- Neochota svěřit se s problémy = pacienti se z mnoha různých důvodů nechtějí svěřovat se svými starostmi sestrám a dalším zdravotníkům, velké potíže jim dělá mluvit o psychických záležitostech. Často si myslí, že sestry mají příliš mnoho práce na to, aby se staraly o něco jiného než fyzické aspekty onemocnění a léčby, nebo se bojí stigma psychiatrických potíží.
- Individuální preference způsobu komunikace = komunikaci také ovlivňuje znalost či neznalost toho, co chce pacient o své nemoci a léčbě vědět.
- Multikulturní problémy = lidé se obracejí ke svému kulturnímu dědictví a zvykům zejména v době velikých životních událostí.

#### B) bariéry na straně zdravotníků

- Hodnoty, postoje a přesvědčení = osobní hodnoty a přesvědčení zdravotníků nevyhnutelně ovlivňují interakce ve zdravotnictví v podobě skrytých kritérií, která ovlivňují rozhodování.
- Nedostatek komunikačních dovedností = podle mnoha výzkumů se sestry chovají způsobem, který blokuje komunikaci. Komunikaci může negativně ovlivnit nedostatek dovedností nebo strach z toho, že sestra nebude umět odpovědět na otázku pacienta.

(O'Connor et al, 2005, str. 32-34)

## 1.5. Pravda ano či ne

Klasicky dilematická a ve zdravotnictví nesporně obtížná problematika vyvolává již desítky let diskusi. Diskusi zda pravdu nemocnému sdělit či nesdělit dospěl, v podmínkách evropských zemí ke kompensu = pravdu sdělit. Jednoznačné doporučení jak pravdu sdělit, jakou část pravdy sdělit, kdy pravdu sdělit atd. není a nikdy nebude možné poskytnout. Vždy budou existovat dilematické situace. (Kutnohorská, 2007, str. 64)

Sdělování diagnózy velmi těžce nemocným pacientům, by nemělo být zamlžováno. Nemocný má dostat pravdivé informace, ale vždy do takové míry, kterou unese. Nejprve nají být sděleny nemocnému a teprve potom, s jeho souhlasem, jeho příbuzným a známým, i zde je třeba dodržovat lékařské tajemství. Informaci o tom, zda a kdy přesně se uzdraví, lékaři nikdy nemají podávat, toto si i přes své zkušenosti nemohou dovolit.

### **Zásady sdělování onkologické diagnózy:**

1. Informace o nemoci poskytovat všem nemocným se zhoubným onemocněním.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Informaci podáváme opakovaně, nestačí jednorázový pohovor.
3. Informaci podat nejdříve pacientovi, potom podle přání členům rodiny. Nemocný sám rozhoduje, koho informovat.
4. S podstatou nemoci a léčebnými postupy seznámit nemocného ještě před léčbou.
5. Zdůraznit možnosti léčby, ale neslibovat vyléčení.
6. Odpovídat na otázky pacienta a jeho blízkých, věnovat čas naznačeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávat uvážlivě pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkat konkrétní datum, spíše nastínit časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění.
8. Zajistit jednotnou informovanost zdravotnickým personálem důsledným předáváním informací navzájem.
9. Ujistí pacienta o odhodlání lékařů a všech zdravotníků vést léčbu v celém průběhu nemoci.
10. zdravotníci svým přístupem k nemocnému v něm mají probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání.

(Kutnohorská, 2007, str. 65-66)

Jestliže se lékař rozhodne sdělit pravdu, dostává se k problémům vyšší úrovně. Řeší otázky kdy, kde, kdo a jak pravdu sdělit.



Kdy, to znamená ve které fázi onemocnění je nejvhodnější klienta informovat. Odpověď na otázku kdo ho má o blížící se smrti informovat, je v naší zemi téměř jednoznačná, bývá to ošetřující lékař. Dále se lékař zamýšlí v jakých podmínkách má s klientem promluvit, tedy kde. Otázka jak, se zpravidla týká vhodných technik rozhovoru. (Čechová et al, 1999)

V praxi se nejvíce osvědčila technika nedirektivního rozhovoru, která však vyžaduje zkušenosti, schopnosti i znalosti informujícího. Při sdělování jakékoliv závažné informace je nanejvýš důležité udělat si pro klienta dostatek času a to i po ukončení vlastního sdělení.

Musíme s klientem zůstat, nenechat ho samotného, být mu nablízku, sledovat jak informaci přijal, jak se sní vypořádává a eventuálně mu při tom pomáhat, třeba i jen pouhou naší přítomností. Je také vhodné domluvit si další termín na pokračování v dialogu, ujistit klienta, že se na nás může kdykoliv a s čímkoliv obrátit, protože on samozřejmě bude sdělené informace řadu hodin, dnů, týdnů ba i měsíců zpracovávat a k tomu bude potřebovat naši další pomoc. ( Křivohlavý, 1996)

## 1.6 Osobnost sestry

### Osobní postoje ošetřujících:

- 1) Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě.

Péče o umírající se v tomto pojetí považuje za něco vzájemného. Jde o vztah, kde sestra prezentuje své vlastní postoje k umírání a smrti. Proto paliativní péče klade především nároky na emocionální výbavu a osobnostní vyzrálou sestry.

- 2) Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti.

I když se sestry s umíráním často setkávají, neznamená to, že by to vedlo k častějším úvahám o vlastní smrti. Spíš je to podvědomě nutí k obraně proti tomuto problému. Vlastní proces umírání se často schovává za množství přístrojů a smysl smrti uniká.

- 3) Kdo pečuje o umírající, musí být opravdový.

Opravdovost znamená, že umírajícímu dokáže sestra otevřeně a přiměřeným způsobem říci, že se na něho např. zlobí. Znamená to, že s umírajícím mluvíme a vlastních pocitů nejistoty a úzkosti. Tak mu pomůžeme, aby se odhodlal mluvit o svých obavách, starostech a přáních.

- 4) Kdo chce pomáhat umírajícímu, musí být pravdivý.

Nesmíme zapomenou, že pravda má mnoho tváří a nikdy by pacientovi neměla vzít poslední záblesk naděje, kterou si ještě zachoval.

- 5) Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého, jaký je a zřít se jakéhokoliv hodnocení. Akceptovat umírajícího znamená tolerovat jeho vlastnosti a přijímat způsob jeho prožívání a tomu odpovídající reakce.

(Kisvertová, 2007, str. 113-114)

## 1.7 Psychická zátěž a podpora

Ošetrovatelská péče o umírajícího člověka je velice vyčerpávající činností. Je to velmi těžké životní období nejen pro toho, kdo prožívá poslední úsek svého vlastního života, ale i pro toho, kdo o něj pečuje. Nejsou tak zcela řídké případy, kdy se člověk pečující o svého blízkého, který umírá psychicky či fyzicky hroutí, buď po jeho smrti nebo dokonce i před ní. Na péči o umírající se myslí mnohem častěji než na pomoc těm, kteří o něj pečují. Zapomíná se nejen na ty, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí, ale i na ty, kteří dnes a denně přicházejí do styku s umíráním a se smrtí, tj. v nemocnici, hospicích atd. (Křivohlavý, 1996)

Po 12 let pečovala paní doktorka Sheila Cassidy, nejen o pacienty v jednom z prvních anglických hospiců, ale i o zdravotní sestry a personál. Zde uvádím 16 hlavních bodů péče o pečovatelky Sheily Cassidy:

- 1) Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
- 2) Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy druhého člověka.
- 3) Najdi si své „útočiště“, to je místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
- 4) Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům i vedení, buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslужíš.
- 5) Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
- 6) Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.

- 7) Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
- 8) Když jdeš z práce domů, soustřeď se na něco pěkného a dobrého, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
- 9) Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy a vůle a nikým nenucena něco udělat jinak – tvořivě.
- 10) Využij pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
- 11) Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku s kolegyněmi, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce.
- 12) Plánuj předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo, nebo ti ji někdo narušil.
- 13) Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se „, než „musím „, nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
- 14) Nauč se říkat lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Kdež nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?
- 15) Netečnost (apatie) a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než přípuštění si skutečnosti, že více než děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – nejsi všemohoucí.
- 16) Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často.

(Křivohlavý, Pečenková, 2004)

## 1.8 Péče o zemřelé tělo

I když základ práce sestry je hlavně poskytování ošetrovatelské péče živým osobám, tak do jejich kompetencí spadá i péče o zemřelé tělo.

Postup při úmrtí na lůžkovém oddělení je upraven vnitřní normou zdravotnického zařízení. Pokud dojde k úmrtí, ať již u pacienta u kterého se to očekává, nebo k úmrtí náhlému a neočekávanému, volá sestra ihned ošetřujícího lékaře. U neočekávaných zahájí resuscitaci a učiní všechny potřebné úkony. Poté, co lékař konstatuje smrt a provede ohledání těla, vystaví 4x „List o prohlídce mrtvého“ a pokud jde zemřelý na pitvu 2x „Průvodní list k pitvě“. (Vondráček, 2003)

### **Péče o zemřelé tělo:**

- Chovej se důstojně a taktně.
- Je-li to možné požádej ostatní, aby opustili pokoj. Svlékni zemřelému oděv, omyj potřísněná místa, odstraň náplasti
- Drény se ponech na místě – pouze je zkrat'
- Odstraň zavedené katétrů a kanily, sundej všechny šperky a zubní protézy, spočítej zuby ze žlutého kovu, proved' záznam.
- Odstraň z lůžka všechny pomůcky, deku i polštář.
- Srovnej zemřelého do vodorovné polohy, zatlač lehce víčka. Bradu podvaž obinadlem.
- Označ tělo zemřelého: jméno, příjmení, rodné číslo, datum a hodina úmrtí, název oddělení – napiš fixem na část levé dolní končetiny.
- Tělo zabal do prostěradla a ponech ho v klidu na oddělení 2 hodiny.
- Zajisti převoz mrtvého těla na patologické oddělení.
- Sepiš všechny osobní věci zemřelého, cennosti uchovej v trezoru na oddělení.
- Lékař informuje telefonicky pozůstalé. Pokud se nedovolá, odešli telegram v co nejkratší době.
- Předej pozůstalost příbuzným oproti předložení občanského průkazu, číslo zaznamenej.

(soukromý archiv Zrzavá)

## 1.9 Péče o pozůstalé

Úmrtí blízkého člověka znamená velkou životní ztrátu. Truchlení je fyziologickou reakcí na ztrátu. Projevuje se zármutkem, stavy úzkosti a deprese. Většina pozůstalých je schopna mobilizovat své síly a s nastalou životní situací se během několika měsíců sami vyrovnají. U části pozůstalých dochází k takzvanému komplikovanému truchlení, které se vyznačuje intenzivní a neobvyklou délkou truchlení a smutku, pozdními komplikacemi typu deprese a manifestací některých psychosomatických poruch. Existuje řada kulturních a náboženských zvyklostí, které pomáhají zkušenost ztráty zařadit do širších významových a symbolických souvislostí, a tak ztrátu překonat. Zármutek se tedy může projevovat a vyjadřovat mnoha způsoby. Neměli bychom projevy zármutku posuzovat, pokud se blíže neseznámíme s kulturním, rodinným a osobním zázemím. (Sláma, et al, 2007)

### 1.9.1 Fáze normálního truchlení:

**Šok** = trvá minuta až dny

**Akutní reakce na ztrátu** = intenzivní vzpomínání na zemřelého, pocity viny, vzteku, izolace od okolí. Obvykle příznaky přicházejí opakovaně ve vlnách. Trvá týdny až měsíce.

**Restituce a reorganizace** = nalezení nové rovnováhy, nové vztahy. Trvá měsíce až roky.  
(Sláma et al, 2007)

### 1.9.2 Typy komplikovaného truchlení:

**Chronická reakce** = akutní fáze trvající déle než rok

**Absence truchlení a opožděná reakce**

**Přehnaná reakce**

**Larvovaná reakce** = komplikace typu vzniku alkoholismu, hypochondrie, fobií

Ještě za života pacienta a dále po jeho smrti by měli zdravotníci u příbuzných hodnotit riziko vzniku komplikovaného truchlení a cílenými intervencemi mírnit jeho projevy.

(Sláma et al, 2007)

## **2. Empirická část**

### **2.1 Cíle výzkumu**

- 1) Zmapování přístupu zdravotních sester k umírajícím lidem, ošetrovatelská péče o umírajícího klienta.
- 2) Zda léčebné zařízení umožňuje konečné setkání a rozloučení s rodinou. Zjištění jestli je o tyto služby zájem.

### **2.2 Metodika vlastního řešení:**

Provedla jsem kvantitativní výzkum dotazníkovou technikou sběru dat.

Anonymní dotazník obsahoval 42 otázek. Z celkového počtu otázek bylo 31 otázek uzavřených, převzatých z anglického originálu FATCOD, 9 otázek uzavřených a 3 otázky otevřené. K otevřeným otázkám mohli klienti doplnit svůj vlastní názor.

První 4 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, ostatních 38 otázek se vztahovalo k danému tématu: Problematika postoje zdravotních sester k umírání a smrti.

Dotazník FATCOD jsem přeložila z anglického originálu, který byl publikován v Oncology nursing forum. Autorem této verze dotazníku Michelle Lenge a kolektiv.

### **2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Svou práci jsem zaměřila na jedno z nejcitlivějších a nejtabuizovanějších témat naší společnosti. Proto jsem svůj výzkum směřovala na podle mě v této tématice nejerudovanější soubor lidí – zdravotní sestry na LDN pracovištích. Zdravotní sestry byly osloveny hlavními sestrami na svých pracovištích.

Výzkum byl prováděn během měsíce března 2009 v Léčebně dlouhodobě nemocných Litomyšlské nemocnice a.s., v léčebně dlouhodobě nemocných ve Vysokomýtské nemocnici a v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hradci Králové, ve všech zařízeních mi bylo povoleno provedení výzkumu hlavní sestrou daného zařízení.

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Z 57 dotazníků, které se mi vrátily, musely být pouze 2 dotazníky vyřazeny, pro neúplnost odpovědí. Celková návratnost dotazníků tedy byla 81,5%. Výsledky výzkumu byly zpracovávány na základě 55 plně vyplněných dotazníků, tabulky a grafy byly vytvořeny v počítačovém programu Excel.

Velmi si cením vstřícnosti vedoucích pracovníků, hlavně hlavních a staničních sester, jejichž ochota ke spolupráci přispěla značnou měrou k vysoké návratnosti dotazníků.

## 2.4 Výsledky šetření:

Výsledky jsou pro lepší přehlednost uvedeny v tabulkách. Nejzajímavější výsledky uvádím také ve sloupcových grafech. Hodnoty relativních četností jsou zaokrouhlené na jedno desetinné místo v procentech.

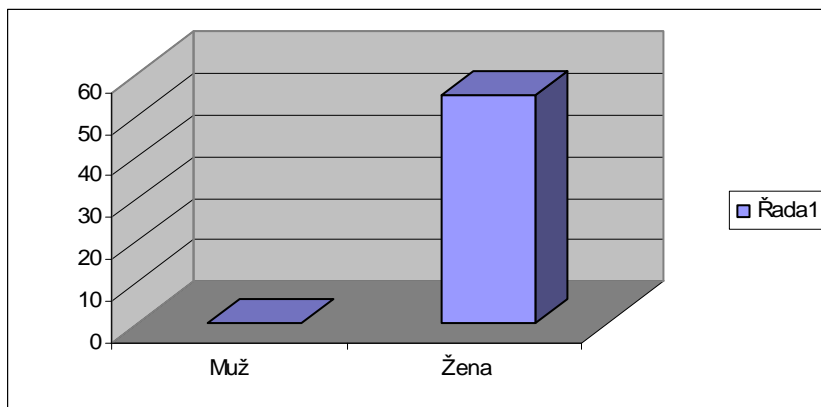
n = absolutní četnost

### Anamnestické údaje:

#### Položka A: Pohlaví

Tabulka A: Pohlaví není vizuálně zobrazena

Graf A: Pohlaví



#### Komentář:

Výzkumem bylo zjištěno, že na LDN pracovištích mi dotazník vyplnilo 100% respondentů ženského pohlaví. Ani jeden muž.

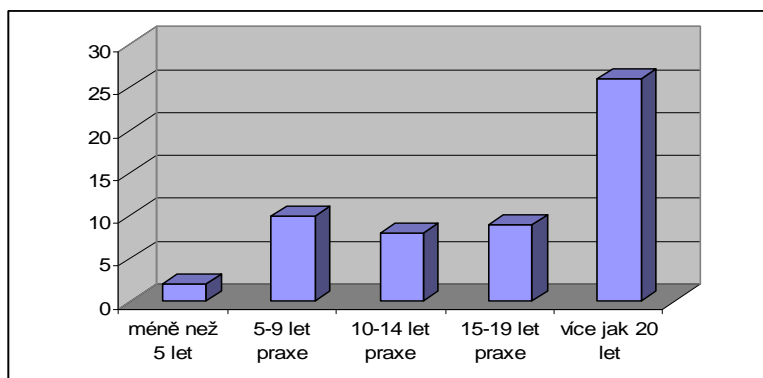


## **Položka B: Délka praxe u lůžka**

Tabulka B: Délka Praxe

	celkem	
	n	%
méně než 5 let	2	3,6%
5-9 let praxe	10	18,0%
10-14 let praxe	8	14,6%
15-19 let praxe	9	16,4%
více jak 20 let	26	47,3%
celkem	55	100%

Graf B: Délka praxe:



### **Komentář:**

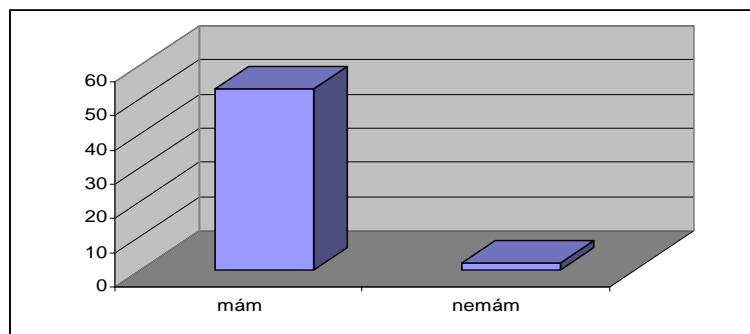
Nejvíce oslovených respondentů pracuje u lůžka v nemocnici více jak 20 let (47,3%). Nejméně pracuje méně než 5 let a to 2 respondenti (3,6%). Ostatní věkové hranice jsou vyrovnané.

**Položka C:** Osobní zkušenost s ošetřováním umírajícího pacienta.

Tabulka C: Osobní zkušenost:

	Celkem	
	n	%
mám	53	96,5%
nemám	2	3,6%
celkem	55	100%

Graf C: Osobní zkušenost:



**Komentář:**

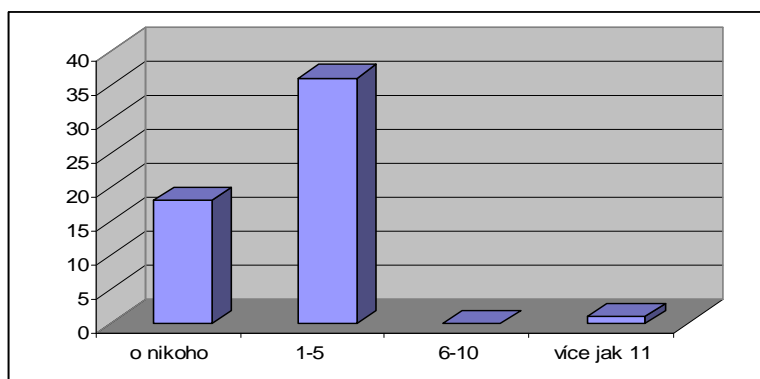
Osobní zkušenost s terminálně nemocným člověkem udává 53 respondentů (96,5%). Zbývá 2 respondenti žádnou zkušenost nemají.

**Položka D:** O kolik pacientů v terminálním stádiu se v současné době staráte?

Tabulka D: Počet terminálně nemocných:

	Celkem	
	n	%
o nikoho	18	32,8%
1-5	36	65,5%
6-10	0	0,0%
více jak 11	1	1,8%
celkem	55	100%

Graf D: Počet terminálně nemocných:



**Komentář:**

V současně době se 36 respondentů (65,5%) stará o 1 – 5 terminálně nemocných, 18 respondentů (32,8%) o nikoho a pouze 1 respondent (1,8%) o více jak 11 terminálně nemocných.

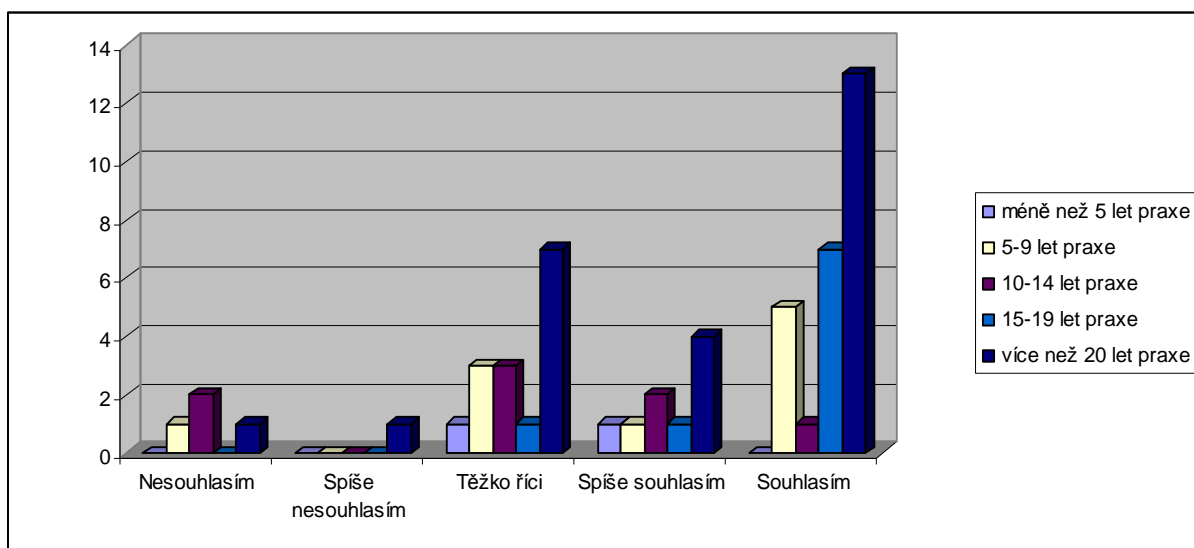
**Dotazník:**

**Položka č. 1:** Poskytování péče umírajícímu je pro ošetrovatelský personál cenná zkušenost.

Tabulka č. 1: Poskytování péče umírajícímu je pro ošetrovatelský personál cenná zkušenost.

Tabulka1	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	4	7,2%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%
Těžko říci	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	1	1,8%	7	12,7%	15	27,3%
Spíše souhlasím	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	4	7,3%	9	16,3%
Souhlasím	0	0,0%	5	9,1%	1	1,8%	7	12,7%	13	23,7%	26	47,3%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,3%	26	47,2%	56	100%

Graf č. 1: Poskytování péče umírajícímu je pro ošetrovatelský personál cenná zkušenost.



### Komentář:

K otázce zda je pro zdravotní sestry péče o umírajícího cenná zkušenost, odpovědělo z celkového množství respondentů, 26 (47,3%), že plně souhlasí, 9 respondentů (16,3%) spíše souhlasí. Velké procento 27,3% odpovědělo těžko říci, to odpovídá 15 respondentům.

### Položka č. 2: Smrt není ta nejhorší věc, která se může člověku přihodit.

Tabulka č. 2: Smrt není ta nejhorší věc, která se může člověku přihodit

Tabulka 2	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	3	5,5%	3	5,5%	1	1,8%	5	9,1%	12	21,9%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%
Těžko říci	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	7	12,7%	11	19,9%
Spíše souhlasím	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,5%	4	7,3%	8	14,6%
Souhlasím	0	0,0%	6	10,9%	3	5,5%	3	5,5%	10	18,0%	22	39,9%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	9	16,4%	26	47,1%	55	100%

Graf č. 2: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

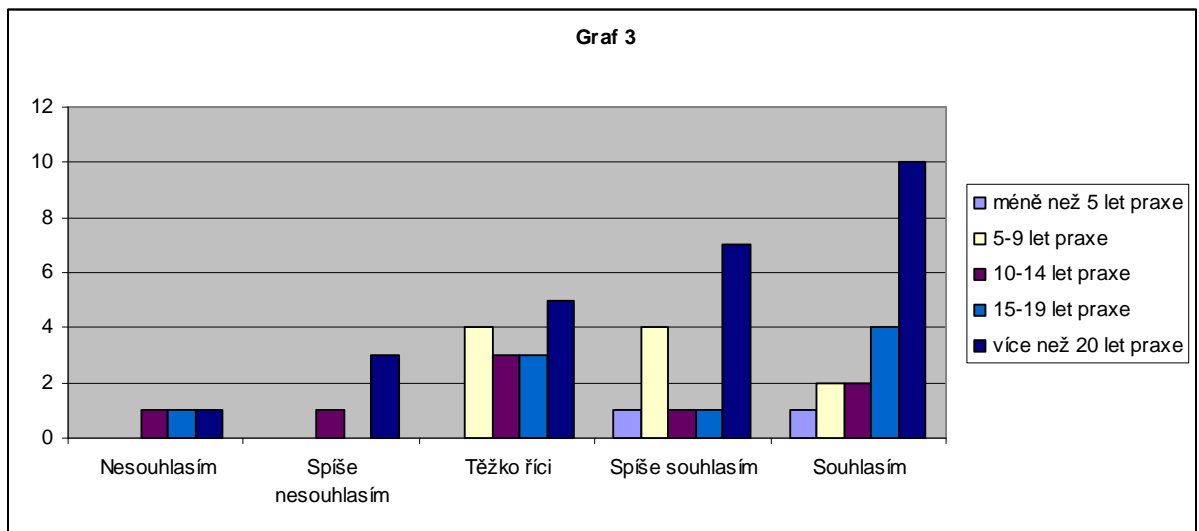
Celkem 22 respondentů (39,9%) souhlasí, že smrt není nejhorší věc co se může přihodit. Zároveň 12 respondentů (21,9%) nesouhlasí. 11 respondentů (19,9%) uvádí těžko říci. Největší rozkol je ve věkové skupině 10-14 let. Kde 3 respondenti (5,5%) uvádí zároveň, že souhlasí a 3 respondenti (5,5%), že nesouhlasí.

**Položka č. 3:** Jsem nesvá, když mám mluvit o blízcí se smrti s umírajícím.

Tabulka č. 3: Jsem nesvá, když mám mluvit o blízcí se smrti s umírajícím.

tabulka 3	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	3	5,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	4	7,3%
Těžko říci	0	0,0%	4	7,3%	3	5,5%	3	5,5%	5	9,1%	15	27,4%
Spíše souhlasím	1	1,8%	4	7,3%	1	1,8%	1	1,8%	7	12,7%	14	25,4%
Souhlasím	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	4	7,3%	10	18,2%	19	34,5%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 3: Jsem nesvá, když mám mluvit o blízcí se smrti s umírajícím.



### Komentář:

Při rozhovoru o smrti se 19 respondentů (34,5%) cítí nesvých. Pouze 3 respondenti (5,5%) komunikují bez problémů. Největší problémy rozhovor působí věkové skupině nad 20 let praxe. Zde spíše souhlasí 7 respondentů (12,7%) a souhlasí (18,2%). Nesouhlasí 1 respondent (1,8%)

**Položka č. 4:** Po úmrtí pacienta, po celou dobu smutku a truchlení, by se mělo pečovat i o rodinu pacienta.

Tabulka č. 4: Po úmrtí pacienta, po celou dobu smutku a truchlení, by se mělo pečovat i o rodinu pacienta.

tabulka 4	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	4	7,3%	3	5,5%	0	0,0%	4	7,3%	12	21,9%
Spíše nesouhlasím	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%	5	9,0%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	5	9,1%	5	9,1%	12	21,8%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%	4	7,3%	8	14,5%
Souhlasím	0	0,0%	4	7,3%	1	1,8%	2	3,6%	11	20,0%	18	32,7%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 4: není vizuálně zobrazen

#### **Komentář:**

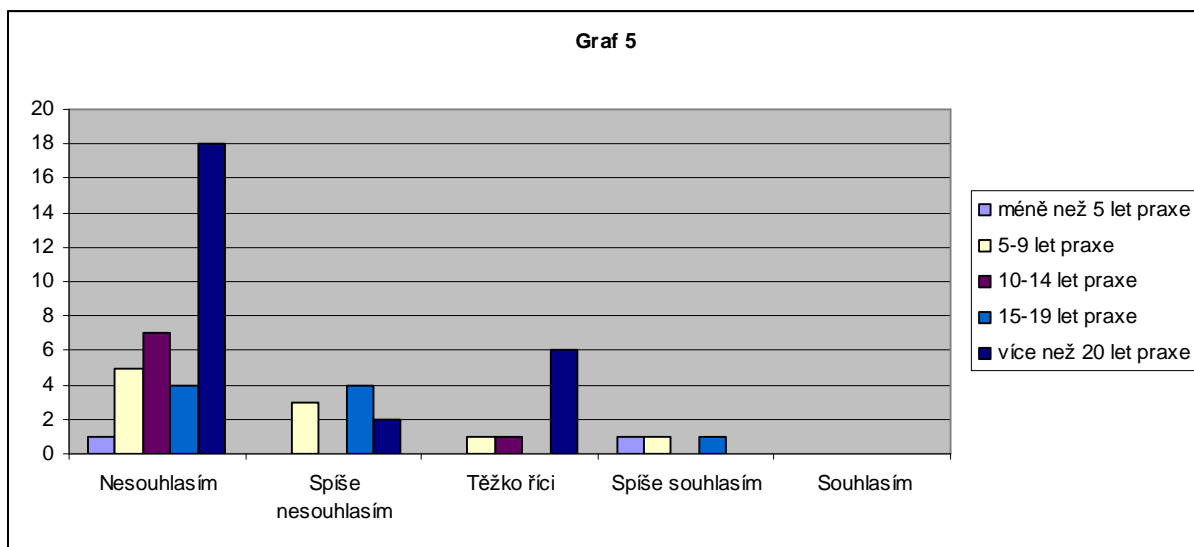
S názorem, že s péčí o rodinu by se mělo pokračovat i po úmrtí pacienta souhlasí 18 respondentů (32,7%). Nesouhlasí 12 respondentů (21,9%). Největší rozkol je ve věkové skupině 5-9 let praxe, kde 4 respondenti (7,3%) zároveň souhlasí a 4 respondenti (7,3%) nesouhlasí.

**Položka č. 5:** Nechtěla bych pečovat o umírající osobu.

Tabulka č. 5: Nechtěla bych pečovat o umírající osobu.

tabulka 5	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	5	9,1%	7	12,7%	4	7,3%	18	32,8%	36	63,7%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	3	5,5%	0	0,0%	4	7,3%	2	3,6%	9	16,4%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	6	10,9%	8	14,5%
Spíše souhlasím	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,4%
Souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 5: Nechtěla bych pečovat o umírající osobu.



**Komentář:**

S názorem, že nechce pečovat o umírajícího, není nikdo, kdo by souhlasil. Nesouhlasí 36 respondentů (63,7%) a spíše nesouhlasí 9 respondentů (16,4%). Ve věkové skupině nad 20 let praxe nesouhlasí 18 respondentů (32,8%) a těžko říci odpovědělo 6 respondentů (10,9%).

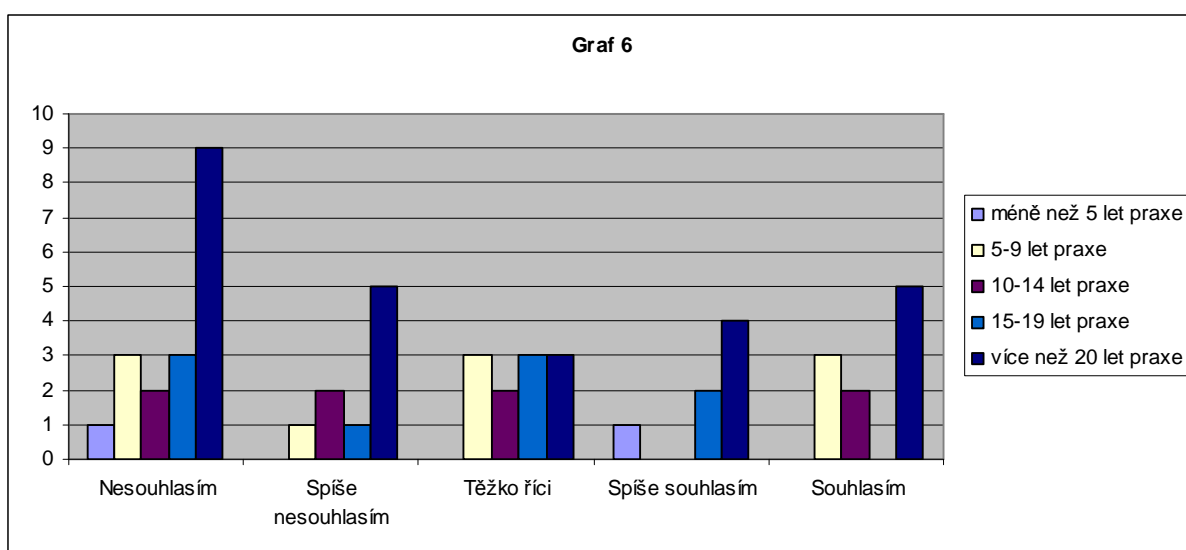


**Položka č. 6:** O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.

Tabulka č 6: O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.

tabulka 6	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	3	5,5%	9	16,4%	18	32,8%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	5	9,1%	9	16,3%
Těžko říci	0	0,0%	3	5,5%	2	3,6%	3	5,5%	3	5,5%	11	20,1%
Spíše souhlasím	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	4	7,3%	7	12,7%
Souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	2	3,6%	0	0,0%	5	9,1%	10	18,2%
Celkem	2	3,6%	10	18,3%	8	14,4%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č 6: O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.



**Komentář:**

V otázce, zda by o smrti s umírajícími neměli mluvit ošetřovatelé nesouhlasí 18 respondentů (32,8%) a souhlasí 10 respondentů (18,2%). V této otázce je velký rozdíl v názorech. Mnoho respondentů (18) souhlasí, hodně jich nesouhlasí (10). Také hodně respondentů (11) zatrhlo těžko říci.

**Položka č. 7:** Dlouhá doba, potřebná k ošetřování umírající osoby mě unavuje.

Tabulka č. 7: Dlouhá doba, potřebná k ošetřování umírající osoby mě unavuje.

tabulka 7	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	2	3,6%	3	5,5%	2	3,6%	3	5,5%	11	20,0%	21	38,2%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%	1	1,8%	3	5,5%	8	14,5%
Těžko říci	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	4	7,3%	7	12,7%
Spíše souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	4	7,3%	1	1,8%	3	5,5%	10	18,2%
Souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	5	9,1%	9	16,4%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 7: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

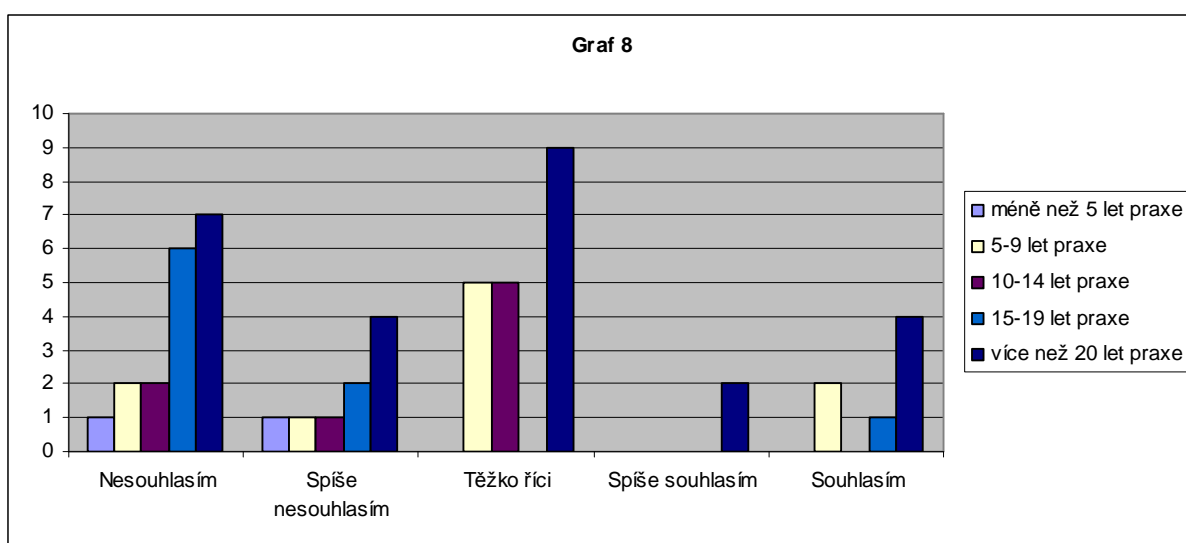
S únavou nesouhlasí 21 respondentů (38,2%), 9 respondentů (16,4%) se cítí dobrou potřebnou k ošetřování unavených. V této otázce je velký rozdíl v názorech.

**Položka č. 8:** Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečuji, sama vzdala naděje na zlepšení, „zabalila to“.

Tabulka č. 8: Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečuji, sama vzdala naděje na zlepšení, „zabalila to“.

tabulka 8	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	6	10,9%	7	12,7%	18	32,7%
Spíše nesouhlasím	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	4	7,3%	9	16,3%
Těžko říci	0	0,0%	5	9,1%	5	9,1%	0	0,0%	9	16,4%	19	34,6%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%
Souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	4	7,3%	7	12,7%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 8: Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečuji, sama vzdala naděje na zlepšení, „zabalila to“.



**Komentář:**

Rozčilení nad tím, že se klient vzdal naděje nepocítuje 18 respondentů (32,7%), těžko říci udává 19 respondentů (34,6%) a 7 respondentů (12,7%) rozčilení pocítuje. I v této otázce je velký rozdíl mezi názory.

**Položka č. 9:** Navázat úzký vztah s umírající osobou je pro ošetřující personál náročné.

Tabulka č. 9: Navázat úzký vztah s umírající osobou je pro ošetřující personál náročné.

tabulka 9	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%
Těžko říci	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	4	7,3%	8	14,5%
Spíše souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	3	5,5%	3	5,5%	5	9,1%	13	23,7%
Souhlasím	1	1,8%	6	10,9%	2	3,6%	4	7,3%	16	29,1%	30	52,7%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 9: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

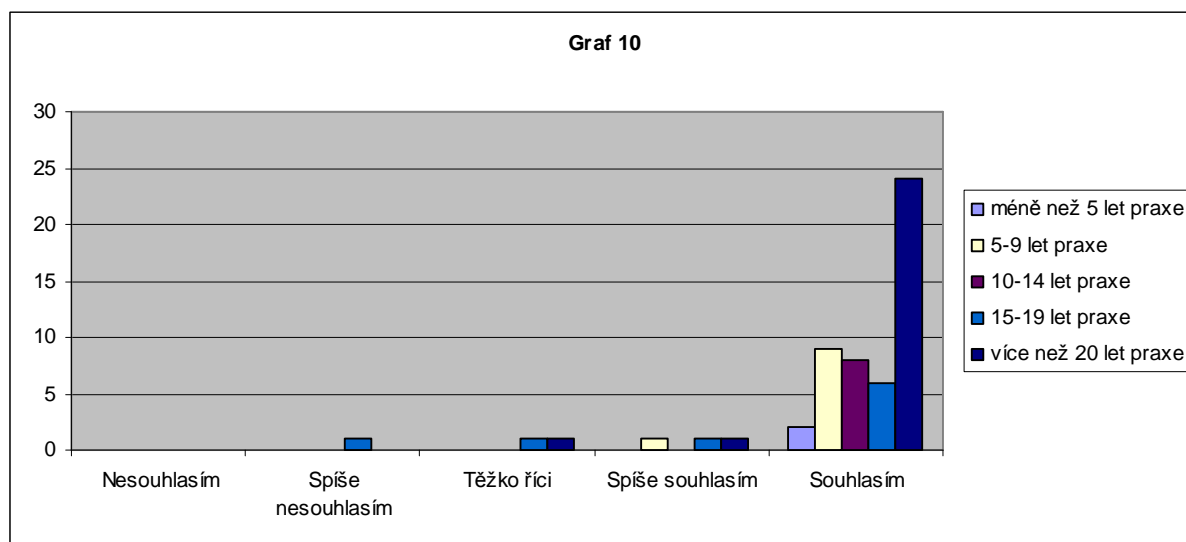
Navázat s umírající osobou úzký vztah je pro 30 respondentů (52,7%) obtížné, pro 13 respondentů (23,7%) spíše obtížné. Bez obtíží dokážou navázat vztah 3 respondenti (5,5%).

**Položka č. 10:** Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají.

Tabulka č. 10: Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají.

tabulka 10	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%
Těžko říci	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%
Spíše souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	3	5,4%
Souhlasím	2	3,6%	9	16,4%	8	14,6%	6	10,9%	24	43,7%	50	89,1%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 10: Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají.



**Komentář:**

Na otázku zda někteří umírající smrt vítají odpovědělo 50 respondentů (89,1%), že souhlasí. Nikdo neodpověděl, že nesouhlasí.

**Položka č. 11:** Když se pacient zeptá „Sestři já umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma a mluvit o něčem veselejším.

Tabulka č. 11: Když se pacient zeptá „Sestři já umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma a mluvit o něčem veselejším.

tabulka 11	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	7	12,7%	9	16,3%
Spíše nesouhlasím	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	8	14,4%
Těžko říci	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	3	5,5%	9	16,4%	19	34,7%
Spíše souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	1	1,8%	3	5,5%	4	7,3%	11	20,1%
Souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	1	1,8%	4	7,3%	8	14,5%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 11: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

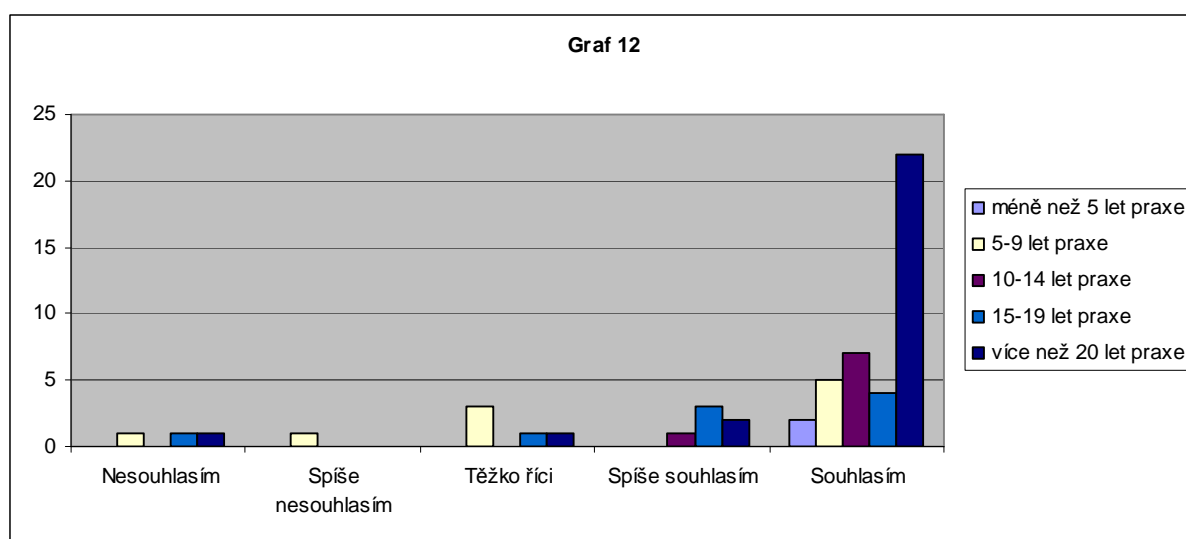
Téma se rozhodne změnit 8 respondentů (14,5%), raději změni téma 11 respondentů (20,1%). Téma nezmění 9 respondentů (16,3%), 8 respondentů (14,4%) spíše nezmění.

**Položka č. 12:** Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.

Tabulka č. 12: Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.

tabulka 12	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	3	5,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
Těžko říci	0	0,0%	3	5,5%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	5	9,1%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	6	10,9%
Souhlasím	2	3,6%	5	9,1%	7	12,7%	4	7,3%	22	40,0%	41	72,8%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,2%	55	100%

Graf č. 12: Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.



**Komentář:**

41 respondentů (72,8%) se domnívá, že by měla být rodina více zapojena do péče o nemocné. Pouze 3 respondenti (5,5%) s tím nesouhlasí.

**Položka č. 13:** Chtěla bych, aby osoba o kterou pečuji, umřela v době kdy nebudu přítomna.

Tabulka č. 13: Chtěla bych, aby osoba o kterou pečuji, umřela v době kdy nebudu přítomna.

tabulka 13	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	2	3,6%	3	5,5%	0	0,0%	8	14,6%	14	25,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	5	9,0%
Těžko říci	1	1,8%	4	7,3%	4	7,3%	5	9,1%	12	21,8%	26	47,3%
Spíše souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	4	7,2%
Souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	6	10,9%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,6%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 13: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Jestli respondenti chtějí aby osoba o kterou pečují zemřela v jejich nepřítomnosti, odpovědělo 26 respondentů (47,3%), že neví. 14 respondentů (25,5%) s tím nesouhlasí, souhlasí 6 respondentů (10,9%). Ve věkové skupině 15-19 let nikdo nesouhlasí, 1 respondent (1,8%) souhlasí.



**Položka č. 14:** Obávám se spřátelit s umírajícím člověkem.

Tabulka č. 14: Obávám se spřátelit s umírajícím člověkem.

tabulka 14	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	2	3,6%	3	5,5%	0	0,0%	8	14,6%	14	25,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	5	9,0%
Těžko říci	1	1,8%	4	7,3%	4	7,3%	5	9,1%	12	21,8%	26	47,3%
Spíše souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	4	7,2%
Souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	6	10,9%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,6%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 14: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Bez obav se spřátelí s umírajícím pacientem 14 respondentů (25,5%), problém s tím má 6 respondentů (10,9%). Neví 26 respondentů (47,3%).

**Položka č. 15:** Nejrady bych utekla pryč, kdyby dotyčná osoba opravdu umírala.

Tabulka č. 15: Nejrady bych utekla pryč, kdyby dotyčná osoba opravdu umírala.

tabulka 15	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	2	3,6%	3	5,5%	1	1,8%	9	16,4%	16	29,1%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	8	14,6%
Těžko říci	1	1,8%	4	7,3%	0	0,0%	4	7,3%	8	14,6%	17	31,0%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,4%
Souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	2	3,6%	1	1,8%	5	9,1%	11	20,0%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 15: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

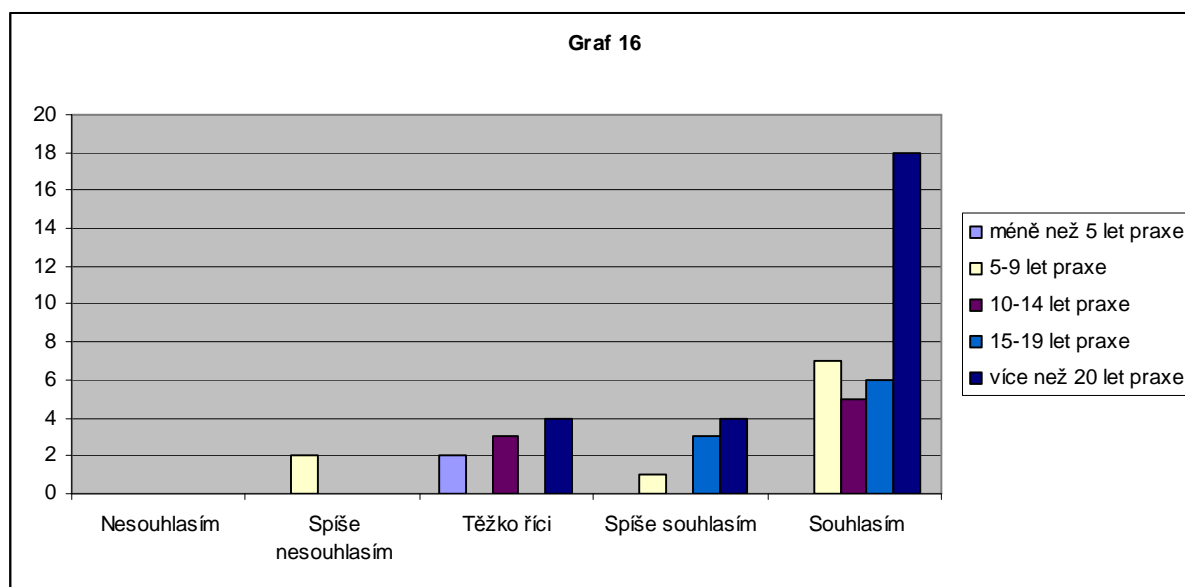
S útekem pryč nesouhlasí 16 respondentů (29,1%), 17 respondentů (31%) neví a 11 respondentů (20%) souhlasí. Ve věkové skupině nad 20 let praxe nesouhlasí 9 respondentů (16,4%), souhlasí 5 respondentů (9,1%) a těžko říci udává 8 respondentů (14,6%)

**Položka č. 16:** Rodina potřebuje emocionální podporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby.

Tabulka č. 16: Rodina potřebuje emocionální podporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby.

tabulka 16	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%
Těžko říci	2	3,6%	0	0,0%	3	5,5%	0	0,0%	4	7,3%	9	16,4%
Spíše souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	4	7,3%	8	14,6%
Souhlasím	0	0,0%	7	12,7%	5	9,1%	6	10,9%	18	32,8%	37	65,5%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,6%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 16: Rodina potřebuje emocionální podporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby.



**Komentář:**

S názorem, že by měla být emocionálně podpořena rodina souhlasí 37 respondentů (65,5%), spíše nesouhlasí 2 respondenti (3,6%), nesouhlasí nikdo.

**Položka č. 17:** Při blížící se smrti pacienta by se měl zdravotník stáhnout do pozadí a dát větší prostor rodině.

Tabulka č. 17: Při blížící se smrti pacienta by se měl zdravotník stáhnout do pozadí a dát větší prostor rodině.

tabulka 17	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	7	12,8%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	3	5,5%	7	12,8%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	8	14,6%	12	21,8%
Spíše souhlasím	1	1,8%	3	5,5%	1	1,8%	2	3,6%	6	10,9%	13	23,6%
Souhlasím	1	1,8%	6	10,9%	3	5,5%	0	0,0%	6	10,9%	16	29,1%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 17: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

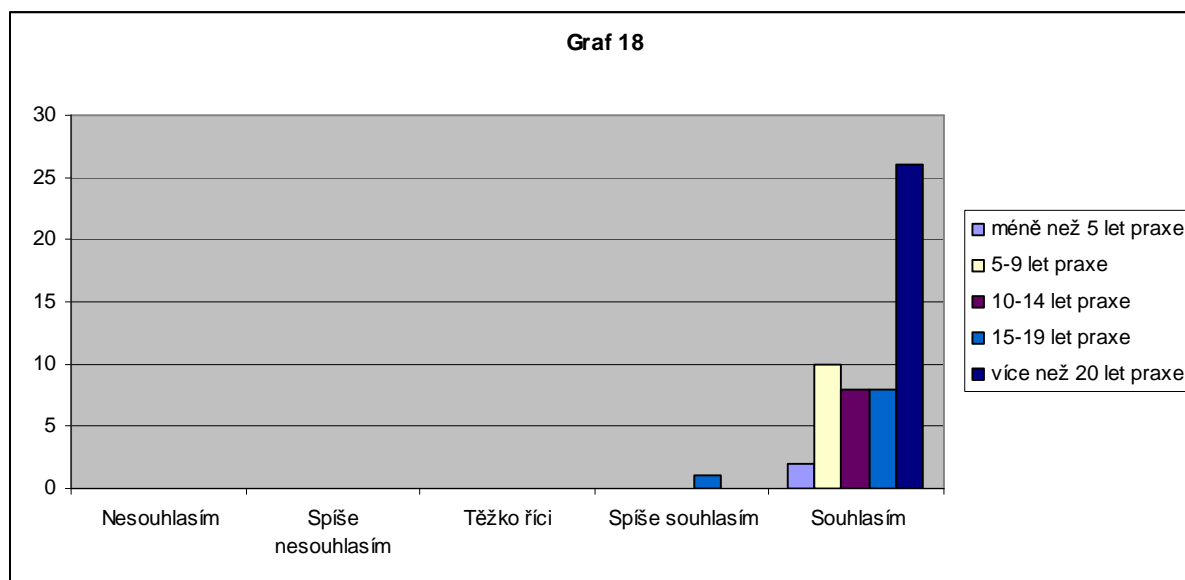
Se stáhnutím se do pozadí souhlasí 16 respondentů (29,1%), nesouhlasí nebo spíše nesouhlasí 7 respondentů (12,8%). Ve věkové skupině 5-9 let praxe většina souhlasí.

**Položka č. 18:** Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.

Tabulka č. 18: Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.

tabulka 18	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Těžko říci	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%
Souhlasím	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	8	14,6%	26	47,3%	54	98,2%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 18: Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.



**Komentář:**

S tímto názorem se ztotožňuje 54 respondentů (98,2%), pouze 1 respondent (1,8%) spíše souhlasí. Plná shoda ve všech věkových skupinách.

**Položka č. 19:** Umírající osobě by nemělo být dovoleno rozhodovat o somatické péči.

Tabulka č. 19: Umírající osobě by nemělo být dovoleno rozhodovat o somatické péči.

tabulka 19	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	5	9,1%	1	1,8%	2	3,6%	12	21,8%	21	38,1%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	8	14,5%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	3	5,5%	8	14,6%	14	25,5%
Spíše souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%	5	9,0%
Souhlasím	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	1	1,8%	2	3,6%	7	12,7%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,2%	55	100%

Graf č. 19: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

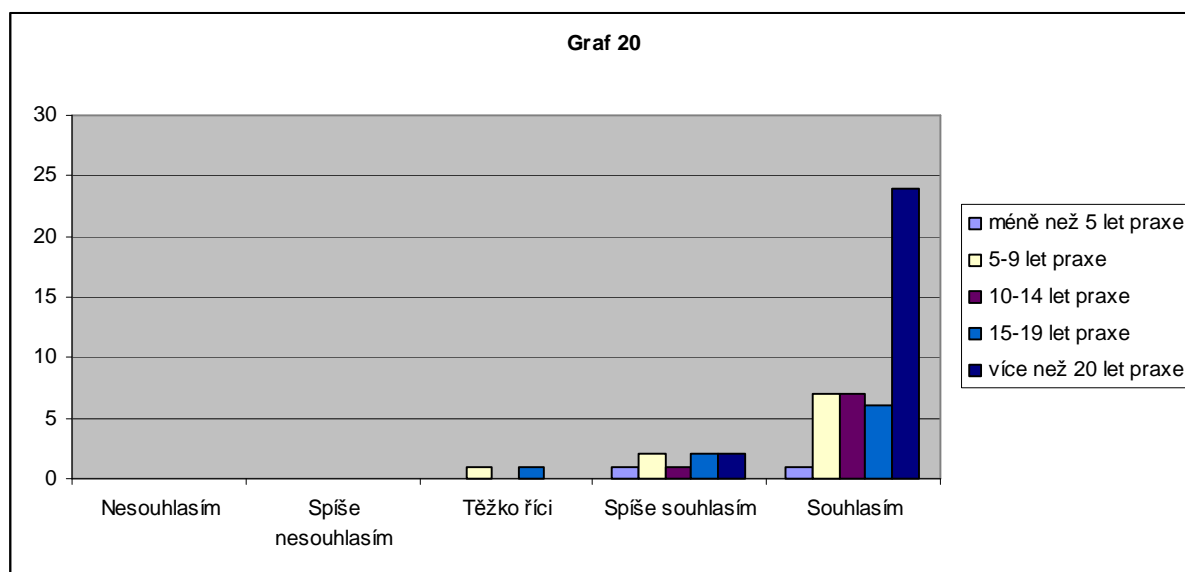
S otázkou, zda by nemocnému nemělo být dovoleno rozhodovat o péči nesouhlasí 21 respondentů (38,1%), neví 14 respondentů (25,5%) a souhlasí 7 respondentů (12,7%).

**Položka č. 20:** Rodina by měla zachovat co nejobvyklejší prostředí pro svého umírajícího, prostředí, na které je zvyklý.

Tabulka č. 20: Rodina by měla zachovat co nejobvyklejší prostředí pro svého umírajícího, prostředí, na které je zvyklý.

tabulka 20	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%
Spíše souhlasím	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	8	14,4%
Souhlasím	1	1,8%	7	12,7%	7	12,7%	6	10,9%	24	43,7%	46	81,8%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 20: Rodina by měla zachovat co nejobvyklejší prostředí pro svého umírajícího prostředí, na které je zvyklý.



**Komentář:**

S názorem, že by rodina měla vytvořit co nejobvyklejší prostředí souhlasí 46 respondentů (81,8%) a spíše souhlasí 8 respondentů (14,4%). Není nikdo, kdo by s tím nesouhlasil.

**Položka č. 21:** Umírajícímu prospěje, když může vyjádřit své pocity slovy.

Tabulka č. 21: Umírajícímu prospěje, když může vyjádřit své pocity slovy.

tabulka 21	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Těžko říci	1	1,8%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	7,3%	7	12,7%
Spíše souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	0	0,0%	5	9,1%	2	3,6%	10	18,2%
Souhlasím	1	1,8%	5	9,1%	8	14,5%	3	5,5%	20	36,4%	38	67,3%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,4%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 21: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Se slovním vyjádřením pocitů pacienta souhlasí 38 respondentů (67,3%), spíše souhlasí 10 respondentů (18,2%). Nesouhlasí pouze 1 respondent (1,8%).



**Položka č. 22:** Odborná péče by měla být rozšířena i na rodinu umírajícího.

Tabulka č. 22: Odborná péče by měla být rozšířena i na rodinu umírajícího.

tabulka 22	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	2	3,6%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	4	7,3%	8	14,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,5%	4	7,3%	7	12,8%
Těžko říci	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	5	9,1%
Spíše souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	1	1,8%	4	7,3%	5	9,1%	13	23,7%
Souhlasím	0	0,0%	5	9,1%	6	10,9%	1	1,8%	10	18,2%	22	40,0%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 22: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Odbornou péči by rozšířilo i na rodinu klienta 22 respondentů (40%), spíše rozšířilo 13 respondentů. Péči by nerozšířilo 8 respondentů (14,5%). Většina respondentů by péči na rodinu rozšířila. Ve skupině méně než 5 let by péči nikdo nerozšiřoval.

**Položka č. 23:** Zdravotní sestry by měly umožnit kontinuální návštěvy u umírajícího.

Tabulka č. 23: Zdravotní sestry by měly umožnit kontinuální návštěvy u umírajícího.

tabulka 23	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Těžko říci	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,4%
Spíše souhlasím	1	1,8%	4	7,3%	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	8	14,5%
Souhlasím	1	1,8%	4	7,3%	8	14,5%	8	14,5%	23	41,9%	44	80,0%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,4%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 23: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Se zavedením kontinuálních návštěv souhlasí 44 respondentů (80%), spíše souhlasí 8 respondentů (14,5%). S tímto názorem souhlasí většina respondentů.

**Položka č. 24:** Umírající a jeho rodina by měli mít možnost rozhodovat v řadě věcí, kromě ukončení života.

Tabulka č. 24: Umírající a jeho rodina by měli mít možnost rozhodovat v řadě věcí, kromě ukončení života.

tabulka 24	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	7,3%	6	10,9%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,4%
Těžko říci	2	3,6%	3	5,5%	1	1,8%	4	7,3%	6	10,9%	16	29,1%
Spíše souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%	2	3,6%	6	10,9%	12	21,7%
Souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	3	5,5%	3	5,5%	10	18,2%	18	32,8%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 24: není vizuálně zobrazen

#### **Komentář:**

S názorem, že by rodina i umírající měli mít právo rozhodovat souhlasí 18 respondentů (32,8%), 12 respondentů spíše souhlasí(21,7%), není rozhodnuto 16 respondentů (29,1%). Dá se říci, že většina s tímto souhlasí.

**Položka č. 25:** Možný návyk na léky tišící bolest by neměl být problém, jde-li o umírající osobu.

Tabulka č. 25: Možný návyk na léky tišící bolest by neměl být problém, jde-li o umírající osobu.

tabulka 25	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Těžko říci	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	4	7,2%
Spíše souhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	4	7,3%	3	5,5%	8	14,6%
Souhlasím	2	3,6%	8	14,5%	7	12,7%	5	9,1%	21	38,2%	43	78,2%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 25: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

S názorem, že možný návyk na léky tišící bolest není problém u terminálně nemocných souhlasí 43 respondentů (78,2%), spíše souhlasí 8 respondentů (14,6%).

**Položka č. 26:** Cítila bych se nepříjemně, kdybych vstoupila do pokoje terminálně nemocné osoby a našla ji plačící.

Tabulka č. 26: Cítila bych se nepříjemně, kdybych vstoupila do pokoje terminálně nemocné osoby a našla ji plačící.

tabulka 26	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	5	9,1%	10	18,1%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	6	10,9%
Těžko říci	1	1,8%	6	10,9%	1	1,8%	1	1,8%	7	12,7%	16	29,1%
Spíše souhlasím	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%	2	3,6%	3	5,5%	9	16,3%
Souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	9	16,4%	14	25,4%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,4%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 26: není vizuálně zobrazen

#### **Komentář:**

Nepříjemně se cítí 14 respondentů (25,4%), pláč umírajícího nevdá 10 respondentům (18,1%). K tomuto problému se nedokáže vyjádřit 16 respondentů (29,1%). V této otázce je velký rozdíl v názorech.

**Položka č. 27:** Umírajícímu by se mělo odpovídat upřímně na otázky týkající se jeho zdravotního stavu.

Tabulka č. 27: Umírajícímu by se mělo odpovídat upřímně na otázky týkající se jeho zdravotního stavu.

tabulka 27	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	4	7,2%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	5	9,0%
Těžko říci	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	2	3,6%	7	12,7%	13	23,5%
Spíše souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	2	3,6%	2	3,6%	3	5,5%	10	18,2%
Souhlasím	1	1,8%	3	5,5%	3	5,4%	3	5,5%	13	23,7%	23	41,9%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,4%	9	16,3%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 27: není vizuálně zobrazen

#### **Komentář:**

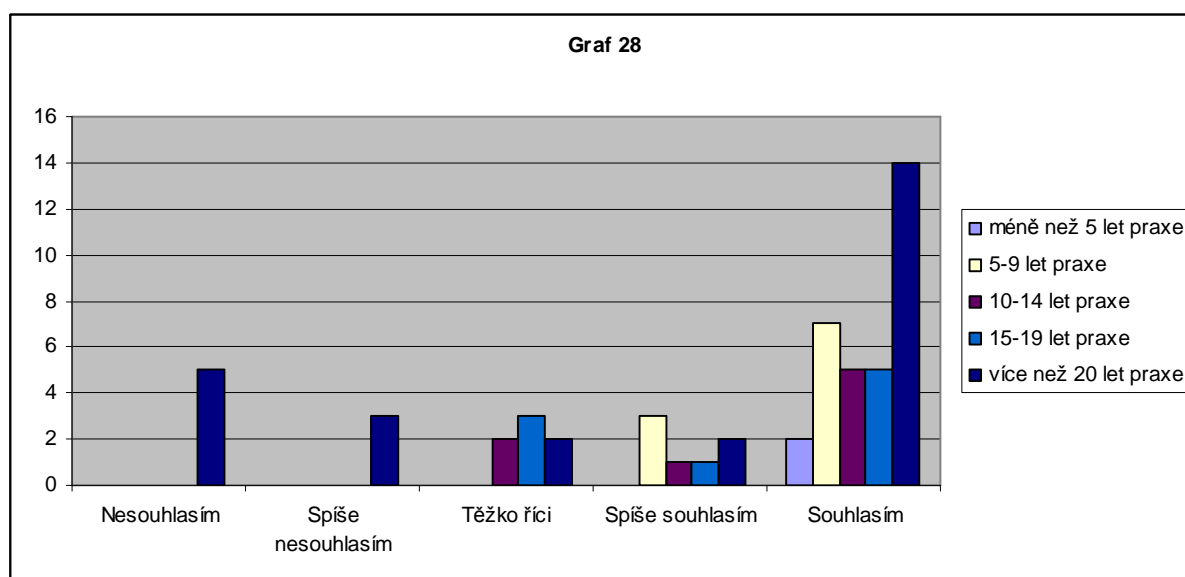
S umírajícím by se mělo jednat upřímně souhlasí 23 respondentů (41,9%). Spíše souhlasí 10 respondentů (18,2%), neví jak se vyjádřit 13 respondentů (23,5%). S touto otázkou většina respondentů souhlasí.

**Položka č. 28:** Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra.

Tabulka č. 28: Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra.

tabulka 28	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	9,1%	5	9,1%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,5%	3	5,5%
Těžko říci	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	3	5,5%	2	3,6%	7	12,7%
Spíše souhlasím	0	0,0%	3	5,5%	1	1,8%	1	1,8%	2	3,6%	7	12,7%
Souhlasím	2	3,6%	7	12,7%	5	9,1%	5	9,1%	14	25,5%	34	60,0%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 28: Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra.



#### Komentář:

S názorem, že za edukaci neodpovídá zdravotní sestra souhlasí 34 respondentů (60%), spíše souhlasí 7 respondentů (12,7%) a nesouhlasí 5 respondentů (9,1%). Ve věkové skupině nad 20 let praxe si 5 respondentů myslí, že za edukaci odpovídají.

**Položka č. 29:** Rodinní příslušníci, kteří zůstávají v blízkosti umírajícího, často narušují profesionální péči o pacienta.

Tabulka č. 29: Rodinní příslušníci, kteří zůstávají v blízkosti umírajícího, často narušují profesionální péči o pacienta.

tabulka 29	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	1	1,8%	0	0,0%	4	7,3%	1	1,8%	3	5,5%	9	16,4%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	3	5,5%	5	9,1%	10	18,2%
Těžko říci	0	0,0%	3	5,5%	1	1,8%	1	1,8%	5	9,1%	10	18,2%
Spíše souhlasím	0	0,0%	4	7,3%	1	1,8%	2	3,6%	5	9,1%	12	21,8%
Souhlasím	1	1,8%	2	3,6%	1	1,8%	2	3,6%	8	14,6%	14	25,4%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,3%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 29: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

S narušováním péče rodinnými příslušníky má zkušenost 14 respondentů (25,4%), těžko říci uvádí 10 respondentů (18,2%). Narušování neuvádí 9 respondentů (16,4%). V této otázce je velký rozdíl v názorech.



**Položka č. 30:** Zdravotní personál je schopen pomoci pacientovi, aby se připravil na smrt.

Tabulka č. 30: Zdravotní personál je schopen pomoci pacientovi, aby se připravil na smrt.

tabulka 30	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%	3	5,5%
Spíše nesouhlasím	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	2	3,6%	6	10,9%
Těžko říci	1	1,8%	5	9,1%	3	5,5%	4	7,3%	10	18,2%	23	41,9%
Spíše souhlasím	1	1,8%	2	3,6%	2	3,6%	0	0,0%	4	7,3%	9	16,3%
Souhlasím	0	0,0%	1	1,8%	3	5,5%	2	3,6%	8	14,6%	14	25,5%
Celkem	2	3,6%	10	18,1%	8	14,6%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 30: není vizuálně zobrazen

#### **Komentář:**

Nejvíce respondentů uvádí, že je těžko říci, zda mnohou pomoci připravit se nemocnému připravit se na smrt. Odpovídá to 23 respondentům (41,9%). Že mohou pomoci, souhlasí 14 respondentů (25,5%), že nemohou pomoci, uvádí 3 respondenti (5,5%). Většina respondentů buď souhlasí, nebo neví jak se vyjádřit

**Položka č. 31:** Má rodina, podle Vašich zkušeností, zájem podílet se na péči o umírajícího?

Tabulka č. 31: Má rodina, podle Vašich zkušeností, zájem podílet se na péči o umírajícího?

31	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	1	1,8%	0	0,0%	1	1,8%	3	5,4%	4	7,2%	9	16,6%
Ne	0	0,0%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,6%	5	9,0%
Občas	1	1,8%	8	14,6%	7	12,6%	6	11,0%	19	34,6%	41	74,4%
Celkem	2	3,6%	10	18,0%	8	14,6%	9	16,6%	26	47,2%	55	100,0%

Graf č. 31: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Podle respondentů má zájem, podílet se na péči, rodina jen občas. Uvádí 41 respondentů (74,4%). Že rodina zájem má uvádí 9 respondentů.

**Položka č. 32:** Mají příbuzní a přátelé, podle Vašich zkušeností, zájem být s nemocným v jeho poslední hodině?

Tabulka č. 32: Mají příbuzní a přátelé, podle Vašich zkušeností, zájem být s nemocným v jeho poslední hodině?

32	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	1	1,8%	0	0,0%	2	3,6%	2	3,6%	3	5,6%	8	14,6%
Ne	0	0,0%	3	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,6%	6	11,0%
Občas	1	1,8%	7	12,6%	6	11,0%	7	12,4%	20	36,4%	42	74,4%
Celkem	2	3,6%	10	18,0%	8	14,6%	9	16,6%	26	47,2%	55	100,0%

Graf č. 32: není vizuálně zobrazen

### Komentář:

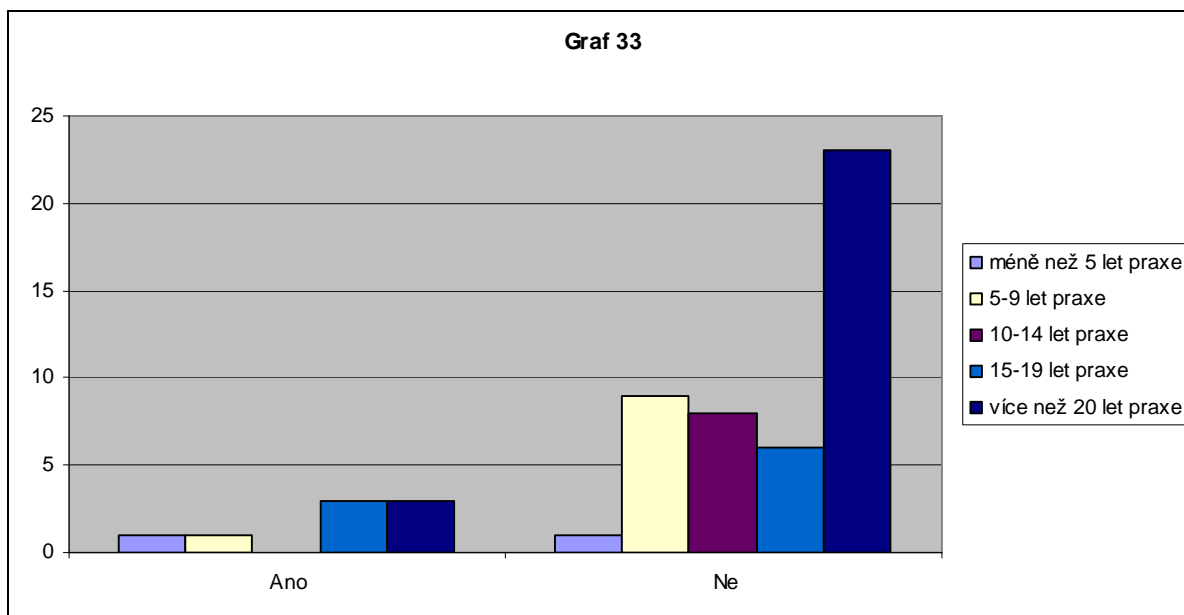
Zájem rodiny být s umírajícím člověkem v poslední hodině občas uvádí 42 respondentů (74,4%), 6 respondentů (11%) udává zájem, že není a 8 respondentů (14,6%) udává, že rodina zájem má.

### Položka č. 33: Činí Vám potíže pečovat o mrtvé tělo?

Tabulka č. 33: Činí Vám potíže pečovat o mrtvé tělo?

33	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	1	1,8%	1	1,8%	0	0,0%	3	5,5%	3	5,5%	8	14,6%
Ne	1	1,8%	9	16,4%	8	14,6%	6	10,9%	23	41,9%	48	85,5%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	9	16,4%	26	47,4%	55	100%

Graf č. 33: Činí Vám potíže pečovat o mrtvé tělo?



### Komentář:

Zda činí někomu problém pečovat o mrtvé tělo, udává 48 respondentů (85,5%), že jim to nevadí. Problém s tím má 8 respondentů (14,6%). Ve věkové skupině 10-14 let praxe nikomu nevadí péče o mrtvé tělo.

**Položka č. 34:** Čeho se na umírání bojíte Vy sama?

Tabulka č. 34: Čeho se na umírání bojíte Vy sama?

34	celkem	
	n	%
přehnaná péče	1	1,8%
dlouhé umírání	8	14,6%
bolest	18	32,8%
samota, bolest	6	10,9%
bezmocnost, bolest	6	10,9%
bolest, dušení	1	1,8%
smutek	1	1,8%
samota	2	3,6%
nebojí se	3	5,5%
neví	9	16,4%
Celkem	55	100%

Graf č. 34: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

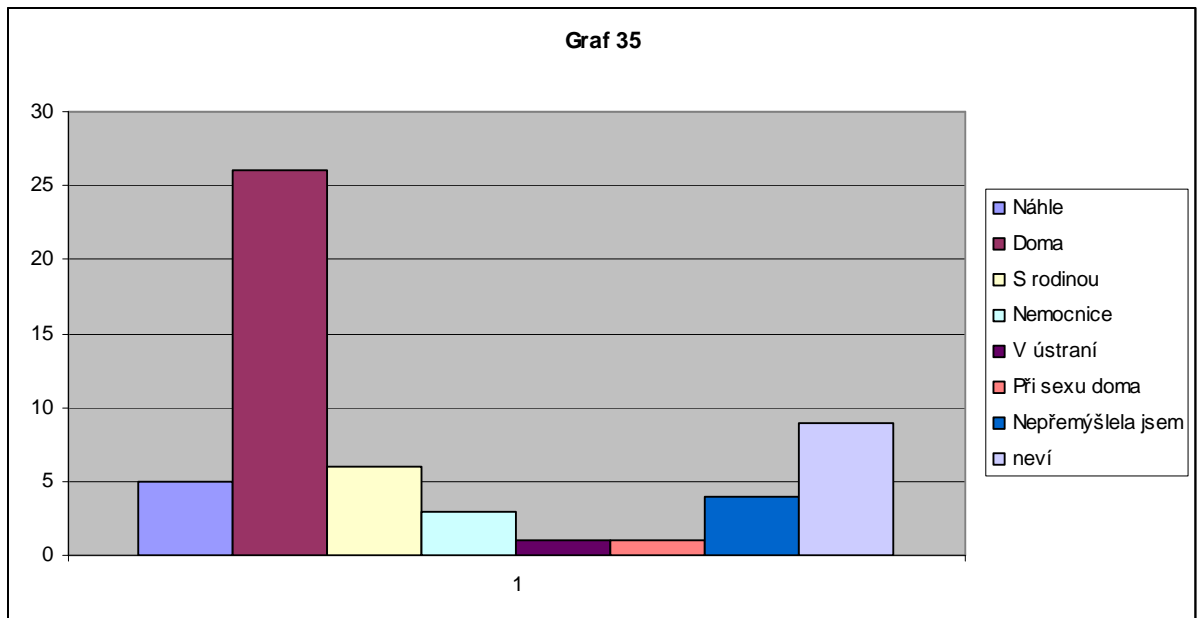
Při vlastním umírání se respondenti nejvíce obávají bolesti, v 18 případech (32,8%). Dále kombinace bolesti a jiného symptomu. V kombinaci se samotou se umírání obává 6 respondentů (10,9%). Taktéž 6 respondentů (10,9%) se obává bolesti v kombinaci s bezmocností. Odpovědět nedokáže 9 respondentů (16,4%).

**Položka č. 35: Kde by jste chtěla zemřít Vy?**

Tabulka č. 35: Kde by jste chtěla zemřít Vy?

35	celkem	
	n	%
Náhle	5	9,1%
Doma	26	47,3%
S rodinou	6	10,9%
Nemocnice	3	5,5%
V ústraní	1	1,8%
Při sexu doma	1	1,8%
Nepřemýšlela jsem	4	7,3%
Neví	9	16,4%
Celkem	55	100%

Graf č. 35: Kde by jste chtěla zemřít Vy?



**Komentář:**

Místo, kde by chtěli jednou zemřít, respondenti uvádí nejčastěji doma a to ve 26 případech (47,3%). S rodinou kdekoliv uvádí 6 respondentů (10,9%), v nemocnici 3 respondenti (5,5%). Nepřemýšleli o tom 4 respondenti (7,3%) a kde by chtěli zemřít neví 9 respondentů (16,4%)

**Položka č. 36:** Byla jste připravena za studií na zdravotní škole na setkání s umírajícími a jak se v této situaci chovat?

Tabulka č. 36: Byla jste připravena za studií na zdravotní škole na setkání s umírajícími a jak se v této situaci chovat?

36	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	1	1,8%	3	5,5%	1	1,8%	3	5,5%	12	21,8%	20	36,4%
Ne	1	1,8%	7	12,7%	7	12,7%	6	10,9%	14	25,5%	36	63,6%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,5%	9	16,4%	26	47,3%	55	100%

Graf č. 36: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Většina respondentů se domnívá, že na setkání s umírajícími nebyli dobře připraveni. To udává 36 respondentů (63,6%), 20 respondentů (36,4%) se domnívá, že připraveni byli. Ve věkové skupině nad 20 let se nejvíce domnívají, že připraveni byli. To udává 12 respondentů (21,8%).

**Položka č. 37:** Myslíte si, že se změnil postoj veřejnosti k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe?

Tabulka č. 37: Myslíte si, že se změnil postoj veřejnosti k umírajícím a smrti za dobu Vaší Praxe?

37	méně než 5 let praxe		5-9 let praxe		10-14 let praxe		15-19 let praxe		více než 20 let praxe		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nezměnil	2	3,6%	6	10,9%	4	7,3%	1	1,8%	9	16,4%	22	40,0%
Zlepšil se	0	0,0%	4	7,3%	3	5,5%	7	12,7%	12	21,8%	26	47,3%
Zhoršil se	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,8%	5	9,1%	7	12,7%
Celkem	2	3,6%	10	18,2%	8	14,6%	9	16,3%	26	47,3%	56	100,0%

Graf č. 37: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

Nejčastěji se respondenti domnívají, že se postoj veřejnosti k umírajícím zlepši. To udává 26 respondentů (47,7%). Že se postoj vůbec nezměnil se domnívá 22 respondentů (40%). Zhoršení postoje udává 7 respondentů (12,7%).

**Položka č. 38:** Co by Vám pomohlo při péči o umírající?

Tabulka č. 38: Co by Vám pomohlo při péči o umírající?

38	celkem	
	n	%
vyšší plat	2	3,6%
dobrá léčba bolesti	2	3,6%
psycholog	7	12,7%
duchovní vedení	1	1,8%
více personálu, pomůcek	6	10,9%
více času	7	12,7%
zachování etického kodexu	1	1,8%
pomoc rodiny	3	5,5%
nepotřebuji pomoc	2	3,6%
více soukromí	3	5,5%
více hospiců	2	3,6%
nebýt u toho	1	1,8%
neví	18	32,8%
celkem	55	100%

Graf č. 38: není vizuálně zobrazen

**Komentář:**

V této otázce bylo vypsáno nejvíce názorů. Mezi často zastoupené patří přítomnost psychologa, v 7 případech (12,7%), v dalších 7 případech (12,7%) je to více času, v 6 případech uvedli respondenti více personálu a pomůcek. Nejčastěji uváděnou odpovědí je, že 18 respondentů neví .



## Diskuse

V prvních čtyřech otázkách jsem se zaměřila na charakteristiku zkoumaného souboru. Z dotazu na pohlaví respondenta vyplývá, že na LDN pracovištích pracují jako zdravotní sestry pouze ženy. Nejvíce zde pracují sestry s více jak dvacetiletou praxí u lůžka. Minimálně zde pracují sestry pod pět let praxe u lůžka. Osobní zkušenost s ošetřováním umírajícího pacienta mají skoro všechny oslovené zdravotní sestry, negativně se vyslovily pouze dvě. V současné době se nejvíce sester stará o 1-5 terminálně nemocných pacientů. O něco menší vzorek se nestará o žádného terminálně nemocného.

V první otázce jsem se zabývala otázkou, jestli si respondenti myslí, že je poskytování péče umírajícímu cenná zkušenost pro ošetrovatelský personál. S tímto více jak 50% souhlasí nebo spíše souhlasí. Nesouhlasí pouze 4 respondenti. Čtvrtina respondentů odpovídá vyhybavě. Názorem většiny je, že to cenná zkušenost je.

Druhá otázka hodnotí, jestli je smrt to nejhorší co se může přihodit. V této otázce respondenti odpovídali rozporně. Větší část (40%) sice udala, že smrt není to nejhorší, ale zároveň poměrně velká část (22%) si myslí, že to není pravda. Největší rozkol je ve věkové skupině 10-14 let praxe, zde jsou pro i proti 3 respondenti. V této otázce není jednotný názor.

Většina respondentů (60%) jsou nesví, když mají mluvit o smrti s umírajícím pacientem. ¼ respondentů neví zda jim to vadí. Malému množství respondentů (13%) tento rozhovor vadí. Z toho vyplývá, že většině nevadí rozhovor na téma smrti.

S péčí o rodinu i po úmrtí pacienta většina respondentů (47%) souhlasí. Čtvrtina se vyjádřila, že neví a druhá čtvrtina s tím nesouhlasí. Většina respondentů by tuto péči uvítala. Otázka č. 16, zda rodina potřebuje emocionální podporu, pro pochopení změn v chování umírajícího souhlasí 80% respondentů, 16% se vyjádřilo, že neví. I zde můžeme říct, že by skoro všichni tuto podporu uvítali. Také otázka č. 22 se zabývá tím, jestli by se měla rozšířit odborná péče i na rodinu pacienta, ještě za jeho života. S tím souhlasí skoro polovina respondentů (40%), proti tomu je 8 respondentů (15%) a těžko říci uvádí 5 respondentů (9%).

K mému překvapení, ¾ respondentů nevadí péče o umírající osobu. Není nikdo komu by tato péče vadila. Pouze malý počet respondentů (14,5%) se nevyjádřilo. Zde můžeme srovnat otázku č.33. V ní uvádí více jak ¾ respondentů, že jim péče o mrtvé tělo nevadí. Z toho vyplývá, že zdravotním sestram nevadí péče o umírajícího klienta a následně péče o mrtvé tělo.

Zda by měl o smrti s umírajícím mluvit někdo jiný než rodina, polovina respondentů nesouhlasí. Více jak  $\frac{1}{4}$  respondentů s tím souhlasí. V této otázce je velký rozkol v názorech.

Unavené z péče o umírající se cítí čtvrtina respondentů, více jak polovina s tím nesouhlasí. V této otázce je také velký rozkol v názorech.

V otázce číslo 8 jsem se zajímala, jestli respondenty rozčlílí, když to pacient „zabalí“. Více jak polovina s tímto názorem nesouhlasí. Z toho vyplývá, že uznávají názor, že pacient má nárok o svém životě rozhodovat. Velká část respondentů (35%) na to nemá názor. Ze srovnání s otázkou č. 19 vyplývá, že i zde se respondenti domnívají, že pacient má právo rozhodovat o své somatické péči. I zde se více jak polovina respondentů domnívá, že nemocný má právo rozhodovat o somatické péči a velká část respondentů (25,5%) nemá na tuto otázku názor.

Navázat úzký vztah je pro ošetřující personál velmi náročné. S tím souhlasí  $\frac{3}{4}$  respondentů. Několik respondentů (5,5%) nesouhlasí. Proto můžeme říct, že je náročné navázat úzký vztah pro ošetřující personál. Zde můžeme uvést otázku č. 14. V ní uvádí těžko, říci polovina respondentů.  $\frac{1}{4}$  respondentů nemá problém spřátelit se s umírajícím člověkem. Problém uvádí 18%. Z toho vyplývá, že většina sester má problém navázat úzký vztah, ale neví zda se obávají spřátelit se s umírajícím

Otázka č. 10 se zabývá tím, jestli někteří umírající smrt vítají. 95% respondentů se domnívá, že ano. Pouze jeden respondent spíše nesouhlasí. V otázce č. 30 se zabývám názorem, zda je zdravotní personál schopen pomoci pacientovi připravit se na smrt. Mnoho respondentů (42%) neví jestli mohou. O několik méně s tím souhlasí (40%), 16% nesouhlasí. Můžeme říci, že jsou období kdy pacient smrt uvítá, ale zdravotní sestra si není jistá, zda může pacientovi pomoci připravit se na smrt.

Změnit téma rozhovoru na jiné než umírání a smrt se rozhodne  $\frac{1}{4}$  respondentů. Druhá  $\frac{1}{4}$  by téma nezměnilo. 38% respondentů neví. Je stejné množství respondentů, kteří se nebojí mluvit o smrti s umírajícím, jako těch co se na toto téma mluvit bojí.

O otázce č. 12, zda by měla být rodina umírajícího zapojena do péče o tělesné potřeby souhlasí 83% respondentů. Pouze 3 jsou proti. V otázce č.31, zda má rodina zájem účastnit se na péči o umírajícího, odpovídali respondenti jen občas mají zájem v 74%. Zájem mají v 17%. Proto mohu konstatovat, že zdravotníci chtějí větší zájem rodiny o péči o tělesné potřeby, ale rodina o to má zájem jen občas. Zde mohu uvést i otázku č. 29, jestli rodinní příslušníci často narušují profesionální péči o pacient. V této otázce nejsou respondenti jednotní, 46% uvádí, že souhlasí, 34% nesouhlasí a 18% uvádí těžko říci. Mohu konstatovat, že některé sestry si myslí, že rodina jim péči narušuje a skoro stejné množství sester, že nenarušuje.

V otázce č. 13 se zabývám tím, zda sestry chtějí, aby umírající zemřel za jejich nepřítomnosti. 31% uvádí, že s tím nesouhlasí, 47% uvádí těžko říci a 18% s tím souhlasí. Hodně sester není rozhodnuto, zda jim vadí úmrtí klienta v jejich službě. Nejrady by uteklo pryč, v otázce č.15, při fázi in finem 25% respondentů, 31% uvádí těžko říci a 45% by zůstalo. Můžeme říci, že sestrám nevadí být s pacientem v jeho poslední hodině, ale nejsou si jisté, jestli chtějí, aby osoba o kterou pečují, zemřela v jejich nepřítomnosti.

Názor (otázka č. 17), že by se měl zdravotník stáhnout při blížící se smrti a dát větší místo rodině sdílí přes polovinu respondentů (52%). Nesouhlasí ¼ respondentů. Otázka č. 32 se zabývá tím, zda rodina má zájem být s nemocným v jeho poslední hodině. Občasný zájem udává 75% respondentů, 15% jich má zájem, že zájem mají. Můžeme říci, že by se měl zdravotník stáhnout a dát prostor rodině, ale rodina má zájem jen občas. Také názor (otázka č. 23), jestli se mají umožnit kontinuální návštěvy u umírajícího, ukazují, že souhlasí 94% respondentů.

To, že by měla rodina nemocnému zpříjemnit zbytek života (otázka č. 18), vidí jako velkou potřebu, kromě jedné respondenty, všichni oslovení. Zda má rodina zachovat co nejobvyklejší prostředí, na které je umírající zvyklý (otázka č. 20), souhlasí také skoro všichni oslovení (82%), pouze dvě odpovědi byly těžko říci.

Prospěch z vyjádření svých pocitů bude mít nemocný, uvedlo 68% respondentů (otázka č. 21). Pouze jeden respondent byl proti.

Problém v návyku na tisíce léky nevidí nikdo, 92% respondentů si myslí, že to žádným problémem není.

Větší možnost při rozhodování pro umírajícího i jeho rodinu by uvítalo 18 respondentů (33%), nesouhlasí 6 respondentů (11%) a těžko říci odpovědělo 16 respondentů (30%). V této otázce je patrný velký rozdíl v názorech.

V otázce č. 27, jestli se má umírajícímu odpovídat upřímně na otázky o jeho zdravotním stavu, souhlasí 60% respondentů, 16% nesouhlasí. Jestli za edukaci o umírání a smrti neodpovídá sestra (otázka č. 28), souhlasí 63% respondentů, nesouhlasí jich 16%. Zde můžeme konstatovat, že by měli být zdravotníci upřímní při otázkách o zdravotním stavu, ale za edukaci neodpovídá zdravotní sestra.

Otázka č. 34 se zabývá tím, čeho se na umírání sestry samy bojí. Nejvíce se bojí bolesti nebo bolesti kombinované s jiným symptomem (samota, bezmocnost, dušení). Dále se bojí dlouhého umírání, několik se ho nebojí vůbec. Neví čeho se bojí 16% respondentů.

Při otázce, kde by jste chtěla zemřít Vy sama, se nejvíce respondentů vyjadřuje, že doma. Několik respondentů udává, že s rodinou kdekoli, několika je jedno kde, ale náhle. Někteří

také preferují i umírání v nemocnici. Nad tím, kde by chtěly zemřít, 4 respondenti nepřemýšleli, 9 respondentů neví kde by chtěli zemřít.

Otázka č. 36 mě překvapila. 63% respondentů si myslí, že nebyly ze zdravotnické školy připraveni na setkání s umírajícím člověkem a jak se v této situaci chovat. Jenom 36% si myslí že byli připraveni dostatečně.

Změnu postoje společnosti v postoji k umírajícím a smrti k lepšímu, udává 47% respondentů, že se postoj nezměnil si myslí 40% a změnu k horšímu udává 17%.

V otázce č. 38 bylo vypsáno nejvíce názorů. 7 respondentům chybí psycholog na pracovišti a více času na nemocné. Potřebu více kvalitních pomůcek a personálu udává 6 respondentů, 3 respondenti by uvítali větší pomoc rodiny a možnost většího soukromí. Nejvíce respondentů neví (33%), co by jim v péči pomohlo.

## Závěr

Pracovat s umírajícími je velmi nesnadný a většinou dlouhodobý úkol. Tato práce vyžaduje silnou osobnost zdravotnického pracovníka, empatii, citlivost ale zároveň umění si udržet přiměřený odstup. Každý terminálně nemocný nechává v duši zdravotníka svůj nevyzmatelný otisk.

Z mého výzkumu vyplývá, že většina zdravotních sester má spíše kladný postoj k umírání a smrti. Nevadí jim péče o umírajícího klienta a ni péče o mrtvé tělo. Většina ale udává problém v komunikaci s umírajícím o smrti.

Přítomnost bolesti je pro každou zdravotní sestru nepřijatelná, není potřeba se bát závislosti na lécích tlumících bolest v terminálním stádiu onemocnění. Jelikož většina dotázaných se bolesti při svém vlastním umírání obává, mohu se domnívat, že léčba bolesti není ještě všude dostatečná. Nenaučili jsme se používat všechny prostředky, které jsou dnes dostupné.

Překvapilo mě, že skoro 40% sester se domnívá, že na setkání s umírajícími a smrtí, byly připravené ze studií na zdravotnické škole. Já sama tento pocit nesdílím. Paliativní péče je velice náročný obor, ve kterém prozatím neexistuje specializované studium. Existuje již mnoho možností ve vzdělávání – internetové stránky (nejen pro profesionály), mnoho pěkných publikací, kurzy a semináře, ale prvotní základ ve zdravotnickém školství prozatím chybí. Základem by mohly být kurzy komunikace s umírajícím člověkem, nejen péče o fyzické tělo.

Na pracovištích také stále chybí zdravotním sestřám dostatek času na své klienty, dostatek kvalitního materiálu a kvalifikovaných zdravotníků. Také jim chybí možnost se někomu svěřit a požádat o pomoc, v psychické rovině. Ukazuje na nedostatek nemocničních psychologů nebo i duchovních. Ty zatím svou pozornost zaměřují „jen“ na nemocné. To je v pořádku, ale my zdravotníci jejich intervence také čas od času potřebujeme.

I přes všechny nedostatky mě mile překvapilo, že skoro polovina dotázaných se shoduje, že se postoj veřejnosti k umírajícím a smrti zlepšil a skoro celá druhá polovina si myslí, že se alespoň nezměnil. Jen několik oslovených se domnívá, že je to horší. Ale i přes toto zlepšení se rodina o své umírající členy zajímají jen občas. Když tento zájem mají, leckdy narušují profesionální péči o klienta. Přesto se většina sester domnívá, že by se na péči, nejen o fyzickou, ale hlavně i psychickou stránku, měla rodina více zajímat. Tato péče by mohla u terminálně nemocného probíhat kontinuálně. Naštěstí je pryč doba, kdy sestry ve stanovenou dobu obcházely oddělení a návštěvy ukončovaly.

Nesmíme zapomenout, že hlavním úkolem zdravotníků je nejen lidskost, ale odborná a zároveň lidská péče o umírajícího a jeho rodinu.

**Anotace:**

**Autor:** Lenka Zrzavá  
**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství  
**Název práce:** Problematika přístupu zdravotních sester k umírání a smrti  
**Vedoucí práce:** Jeroslava Pečenková  
**Počet stran:** 100  
**Počet příloh:** 4  
**Rok obhajoby:** 2009  
**Klíčová slova:** umírání, smrt, ošetrovatelská péče o umírající, péče o zemřelé tělo, důstojnost, postoje zdravotních sester

### **Resumé:**

Bakalářská práce pojednává o postojích a názorech zdravotních sester na umírání a smrt.

Teoretická část se zabývá definicí smrti a umírání, tělesnými symptomy a osobností sestry.

Praktická část mapuje a srovnává názory zdravotních sester v léčebnách dlouhodobě nemocných, s různou dobou praxe u lůžka. Zabývá se tím, jak sestry vidí své pacienty, jejich rodinu v době umírání a smrti. Čeho se samy obávají při umírání, kde a jak by chtěli zemřít.

Zabývá se zmapováním přístupu zdravotních sester k umírajícím lidem, ošetrovatelskou péčí u umírajících pacientů a péčí o zemřelé tělo.

### **Resumé:**

This thesis has dealt with the attitudes and the opinions of nurses towards dying and death. The theoretic part is considered on the definition of death and dying, physical symptoms and the personality of the nurse. The practical part has surveyed and compared the opinions of the nurses, who have been working in the medical institutions of long-term diseased. These nurses have had a different work experience with bed sitting. This part has described, how nurses see their patients and the patients' families in time of dying and death. They mentioned their own apprehensions of dying and their wishes of where and how they would like to die. It has surveyed the access of nurses to dying people, nursing care with dying patients and the care of the dead body.

### **Použitá literatura:**

1. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978-80-7262-471-3
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1996. ISBN 80-85495-43-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5
6. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
7. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108s. ISBN 80-247-1025-0
8. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 156s. ISBN 80-247-1024-2
9. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4
10. SLÁMA, O., et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362s. ISBN 978-80-7262-505-5
11. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995. 144s. ISBN 80-902049-0-2
12. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004, 186s. ISBN 80-7013-324-4
13. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, 74s. ISBN 80-7013-376-7

**Články v periodických publikacích:**

14. KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 20. ISSN 1210-0404.



15. LANGE, M., et al. Accessing nurses' attitudes toward death and Daring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology nursing forum*, Pittsburgh (USA): Oncology nursing society. ISSN 1538-0688 [on line]. 2008, roč. 35, č. 6, s. 955-959

**Sborníky:**

16. KISVERTOVÁ, H. Vybrané aspekty procesu umírání v práci sestry. In KUTNOHORSKÁ, J. (ed.). *Důstojné umírání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, ISBN 978-80-244-2016-5. s.113-114

17. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1.vyd. Národní centrum domácí péče České republiky, 96 s.

18. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3.vyd. Praha: Pastorační středisko, 2003. 53.s

19. SKÁLA, B., et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. 1.vyd. Praha: CDP-PL, 2005, 12s. ISBN 80-86998-03-7

**Internetové zdroje:**

21. BYSTRICKÝ, Z. *Charta práv umírajících*. [online]. [cit.2008-04-10] Dostupné na <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=187>

22. *Etický kodex pro zdravotní sestry*. [online]. [cit.2008-04-10] Dostupné na [http://www.nemocniceodry.cz/download/eticky\\_kodex\\_sestry.doc](http://www.nemocniceodry.cz/download/eticky_kodex_sestry.doc)

23. *Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči*. [online]. [cit.2008-04-10] Dostupné na [http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_korejska\\_deklarace.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_korejska_deklarace.doc)

## Seznam tabulek:

Tabulka A: Pohlaví není vizuálně zobrazena. ....	32
Tabulka B: Délka Praxe .....	33
Tabulka C: Osobní zkušenost .....	34
Tabulka D: Počet terminálně nemocných .....	34
Tabulka č. 1: Poskytování péče umírajícímu je pro ošetrovatelský personál cenná zkušenost. .....	35
Tabulka č. 2: Smrt není ta nejhorší věc, která se může člověku přihodit. ....	36
Tabulka č. 3: Jsem nesvá, když mám mluvit o blížící se smrti s umírajícím. ....	37
Tabulka č. 4: Po úmrtí pacienta, po celou dobu smutku a truchlení, by se mělo pečovat i o rodinu pacienta.....	39
Tabulka č. 5: Nechtěla bych pečovat o umírající osobu .....	40
Tabulka č. 6: O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.....	41
Tabulka č. 7: Dlouhá doba, potřebná k ošetřování umírající osoby mě unavuje.....	42
Tabulka č. 8: Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečuji, sama vzdala naděje na zlepšení,.....	43
Tabulka č. 9: Navázat úzký vztah s umírající osobou je pro ošetřující personál náročné. ....	44
Tabulka č. 10: Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají. ....	45
Tabulka č. 11: Když se pacient zeptá „Sestři já umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma mluvit o něčem veselejším.....	46
Tabulka č. 12: Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.....	47
Tabulka č. 13: Chtěla bych, aby osoba o kterou pečuji, umřela v době kdy nebudu přítomna. .....	48
Tabulka č. 14: Obávám se spřátelit s umírajícím člověkem .....	49
Tabulka č. 15: Nejraději bych utekla pryč, kdyby dotyčná osoba opravdu umírala.....	50
Tabulka č. 16: Rodina potřebuje emocionální podporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby .....	51
Tabulka č. 17: Při blížící se smrti pacienta by se měl zdravotník stáhnout do pozadí a dát větší prostor rodině .....	52
Tabulka č. 18: Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.....	53
Tabulka č. 19: Umírající osobě by nemělo být dovoleno rozhodovat o somatické péči. ....	54

Tabulka č. 20: Rodina by měla zachovat co nejobvyklejší prostředí pro svého umírajícího, prostředí, na které je zvyklý.....	55
Tabulka č. 21: Umírajícímu prospěje, když může vyjádřit své pocity slovy.....	56
Tabulka č. 22: Odborná péče by měla být rozšířena i na rodinu umírajícího.....	57
Tabulka č. 23: Zdravotní sestry by měly umožnit kontinuální návštěvy u umírajícího. ....	58
Tabulka č. 24: Umírající a jeho rodina by měli mít možnost rozhodovat v řadě věcí, kromě ukončení života .....	59
Tabulka č. 25: Možný návyk na léky tišící bolest by neměl být problém, jde-li o umírající osobu í.....	60
Tabulka č. 26: Cítila bych se nepříjemně, kdybych vstoupila do pokoje terminálně nemocné osoby a našla ji plačící .....	61
Tabulka č. 27: Umírajícímu by se mělo odpovídat upřímně na otázky týkající se jeho zdravotního stavu .....	62
Tabulka č. 28: Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra .....	63
Tabulka č. 29: Rodinní příslušníci, kteří zůstávají v blízkosti umírajícího, často narušují profesionální péči o pacienta .....	64
Tabulka č. 30: Zdravotní personál je schopen pomoci pacientovi, aby se připravil na smrt....	65
Tabulka č. 31: Má rodina, podle Vašich zkušeností, zájem podílet se na péči o umírajícího? ..	66
Tabulka č. 32: Mají příbuzní a přátelé, podle Vašich zkušeností, zájem být s nemocným v jeho poslední hodině .....	66
Tabulka č. 33: Činí Vám potíže pečovat o mrtvé tělo? .....	67
Tabulka č. 34: Čeho se na umírání bojíte Vy sama? .....	68
Tabulka č. 35: Kde by jste chtěla zemřít Vy?.....	69
Tabulka č. 36: Byla jste připravena za studií na zdravotní škole na setkání s umírajícími a jak se v této situaci chovat? .....	70
Tabulka č. 37: Myslíte si, že se změnil postoj veřejnosti k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe ?.....	71
Tabulka č. 38: Co by Vám pomohlo při péči o umírající? .....	72

## Seznam grafů:

Graf A: Pohlaví.....	32
Graf B: Délka praxe.....	33
Graf C: Osobní zkušenost.....	34
Graf D: Počet terminálně nemocných.....	35
Graf č. 1: Poskytování péče umírajícímu je pro ošetrovatelský personál cenná zkušenost.....	36
Graf č. 2: Není vizuálně zobrazen.....	37
Graf č. 3: Jsem nesvá, když mám mluvit o blízcí se smrti s umírajícím.....	38
Graf č. 4: Není vizuálně zobrazen.....	39
Graf č. 5: Nechtěla bych pečovat o umírající osobu.....	40
Graf č. 6: O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.....	41
Graf č. 7: Není vizuálně zobrazen.....	42
Graf č. 8: Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečují, sama vzdala naděje na zlepšení a "zabalilo to".....	43
Graf č. 9: Není vizuálně zobrazen.....	44
Graf č. 10: Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají.....	45
Graf č. 11: Není vizuálně zobrazen.....	46
Graf č. 12: Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.....	47
Graf č. 13: Není vizuálně zobrazen.....	48
Graf č. 14: Není vizuálně zobrazen.....	49
Graf č. 15: Není vizuálně zobrazen.....	50
Graf č. 16: Rodina potřebuje emocionální podporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby.....	51
Graf č. 17: Není vizuálně zobrazen.....	52
Graf č. 18: Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.....	53
Graf č. 19: Není vizuálně zobrazen.....	54
Graf č. 20: Rodina by měla zachovat co nejobvyklejší prostředí pro svého umírajícího prostředí, na které je zvyklý.....	55
Graf č. 21: Není vizuálně zobrazen.....	56
Graf č. 22: Není vizuálně zobrazen.....	57
Graf č. 23: Není vizuálně zobrazen.....	58

Graf č. 24: Není vizuálně zobrazen .....	59
Graf č. 25: Není vizuálně zobrazen .....	60
Graf č. 26: Není vizuálně zobrazen .....	61
Graf č. 27: Není vizuálně zobrazen .....	62
Graf č. 28: Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra.....	63
Graf č. 29: Není vizuálně zobrazen .....	64
Graf č. 30: Není vizuálně zobrazen .....	65
Graf č. 31: Není vizuálně zobrazen .....	66
Graf č. 32: Není vizuálně zobrazen .....	66
Graf č. 33: Činí Vám potíže pečovat o mrtvé tělo? .....	67
Graf č. 34: není vizuálně zobrazen .....	68
Graf č. 35: Kde by jste chtěla zemřít Vy .....	69
Graf č. 36: není vizuálně zobrazen .....	70
Graf č. 37: není vizuálně zobrazen .....	71
Graf č. 38: není vizuálně zobrazen .....	72

## **Seznam příloh:**

Příloha I: Dotazník

Příloha II: Korejská deklarace

Příloha III: Charta práv umírajících

Příloha IV: Etický kodex pro zdravotní sestry

## Přílohy:

### Příloha I: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Lenka Zrzavá a studuji 3. ročník bakalářského studia ošetřovatelství v Hradci Králové. Dotazník, který se Vám dostává do ruky je součástí mé závěrečné bakalářské práce s názvem: Problematika přístupu zdravotních sester k umírajícím a smrti. Ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění.

Zatrhněte vždy jen jednu odpověď, která je Vám nejbližší. Dotazník je plně anonymní, jeho výsledky budou součástí mé práce.

Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné. Předem děkuji za cenné informace.

Vážím si času, který jste věnovali jeho vyplnění.

S pozdravem

Lenka Zrzavá  
Všeobecná sestra  
Student 3. roč. ošetřovatelství  
Lékařská fakulta v Hradci Králové

#### Anamnestické údaje:

Pohlaví:

- žena
- muž

Délka praxe u lůžka:

- méně než 5 let
- 5 – 9 let
- 10 -14 let
- 15 – 19 let
- nad 20 let

Osobní zkušenost s ošetřováním umírajícího pacienta:

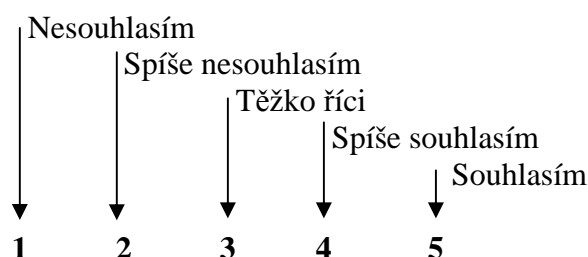
- Mám
- Nemám

O kolik pacientů v terminálním stádiu se v současné době staráte?

- o nikoho
- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 a více

**Dotazník:** anonymní dotazník FATCOD  
 Autor anglické verze: Michelle Lange, BSN, RN, OCN  
 Český překlad: Lenka Zrzavá

Prosíme Vás o seriózní vyplnění tohoto dotazníku. Jde v něm o přidělování bodů, čím více bodů, tím víc člověk souhlasí. Zde jsou nabízené varianty odpovědí:



1. Poskytování péče umírajícímu je pro ošetřující personál cenná zkušenost.	1	2	3	4	5
2. Smrt není ta nejhorší věc, která se může člověku přihodit.	1	2	3	4	5
3. Jsem nesvá, když mám mluvit o blížící se smrti s umírajícím.	1	2	3	4	5
4. Po úmrtí pacienta, po celou dobu smutku a truchlení by se mělo pečovat i o rodinu pacienta.	1	2	3	4	5
5. Nechtěla bych pečovat o umírající osobu.	1	2	3	4	5
6. O smrti by s umírajícími neměli mluvit pečovatelé, kteří nejsou rodinnými příslušníky.	1	2	3	4	5
7. Dlouhá doba, potřebná k ošetřování umírající osoby mě unavuje.	1	2	3	4	5
8. Rozčílilo by mě, kdyby se umírající osoba, o kterou pečuji, sama vzdala naděje na zlepšení, „zabalila to“.	1	2	3	4	5
9. Navázat úzký vztah s umírající osobou je pro ošetřující personál náročné.	1	2	3	4	5
10. Jsou údobí, kdy někteří umírající smrt vítají.	1	2	3	4	5
11. Když se pacient zeptá „Sestři, já umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma a mluvit o něčem veselejším.	1	2	3	4	5
12. Rodina umírajícího by měla být zapojena do péče o tělesné potřeby umírající osoby.	1	2	3	4	5
13. Chtěla bych, aby osoba o kterou pečuji, umřela v době kdy, nebudu přítomna.	1	2	3	4	5
14. Obávám se spřátelit se s umírajícím člověkem.	1	2	3	4	5



15. Nejraději bych utekla pryč, kdyby dotyčná osoba opravdu umírala.	1	2	3	4	5
16. Rodina potřebuje emociální oporu, aby byla schopna akceptovat změny v chování umírající osoby.	1	2	3	4	5
17. Při blížící se smrti pacienta by se měl zdravotník stáhnout do pozadí a dát větší prostor rodině.	1	2	3	4	5
18. Rodina by se měla snažit zpříjemnit umírajícímu co nejvíce zbytek života.	1	2	3	4	5
19. Umírající osobě by nemělo být dovoleno rozhodovat o somatické péči.	1	2	3	4	5
20. Rodina by měla zachovat co nejobyklejší prostředí pro svého umírajícího, prostředí, na které je zvyklý.	1	2	3	4	5
21. Umírajícímu prospěje, když může vyjádřit své pocity slovy.	1	2	3	4	5
22. Odborná péče by měla být rozšířena i na rodinu umírajícího.	1	2	3	4	5
23. Zdravotní sestry by měly umožnit kontinuální návštěvy u umírajícího.	1	2	3	4	5
24. Umírající a jeho rodina by měli mít možnost rozhodovat v řadě věcí, kromě ukončení života.	1	2	3	4	5
25. Možný návyk na léky tišící bolest by neměl být problémem, jde-li o umírající osobu.	1	2	3	4	5
26. Cítila bych se nepříjemně, kdybych vstoupila do pokoje terminálně nemocné osoby a našla ji plačící.	1	2	3	4	5
27. Umírajícímu by se mělo odpovídat upřímně na otázky týkající se jeho zdravotního stavu.	1	2	3	4	5
28. Za edukaci rodiny o smrti a umírání neodpovídá sestra .	1	2	3	4	5
29. Rodinní příslušníci, kteří zůstávají v blízkosti umírajícího, často narušují profesionální péči o pacienta.	1	2	3	4	5
30. Zdravotní personál je schopen pomoci pacientovi, aby se připravil smrt.	1	2	3	4	5

31. Má rodina, podle Vašich zkušeností, zájem podílet se na péči o umírajícího?

- Ano
- Ne
- Občas

32. Mají příbuzní a přátelé, podle Vašich zkušeností, zájem být s nemocným v jeho poslední hodině?

- Ano
- Ne
- Občas

33. Činí Vám vnitřní potíže pečovat o mrtvé tělo?

- Ano
- Ne

34. Čeho se na umírání člověka bojíte Vy sama?

.....  
.....

35. Kde by jste chtěla zemřít Vy?

.....

36. Byla jste připravena ze studií na zdravotní škole na setkání s umírajícími a jak se v této situaci chovat ?

- Ano
- Ne

37. Myslíte si, že se změnil postoj veřejnosti k umírajícím a smrti za dobu Vaší praxe?

- Vůbec se nezměnil
- Změnil se k lepšímu
- Zhoršil se

38. Co by Vám pomohlo při péči o umírající?

.....  
.....

Děkuji Vám za strávený čas u tohoto dotazník

## **Příloha II: Korejská deklaráce**

### **II. světový summit Národních asociací hospicové a paliativní péče**

#### **Korejská deklaráce o hospicové a paliativní péči**

**Březen 2005**

##### **V čem je problém**

Ve světě ročně zemře více než 52 miliónů lidí, dospělých, dětí a mládeže. Přibližně jeden z deseti umírá na zhoubný nádor. Více než 40 miliónů lidí, včetně více než 29 miliónů Afričanů, je nakaženo virem HIV/AIDS a žije s touto nemocí. Také vzrůstá počet těch, kteří žijí s chronickou nemocí a v podmínkách ohrožujících život. Všichni tito lidé budou ve svůj čas potřebovat hospicovou a paliativní péči. Je nezbytné, aby všechny vlády podporovaly a financovaly plány na podporu a rozvoj prevence, léčby a paliativní péče.

Z pacientů, kteří mají nádorové onemocnění, trpí 70 % bolestí a 70 – 90 % pacientů v pokročilém stádiu AIDS trpí neléčenou bolestí. V rozvojových zemích je většina zhoubných nádorů diagnostikována až ve stádiu, které už není vyléčitelné. Kvůli stigma, které provází nemoc HIV/AIDS, mnoho takto nemocných lidí nevyužívá možnosti léčby ani podporované léčebné programy (pokud jsou vůbec k dispozici), dokud se nedostanou do konečného stádia nemoci. Omezený příjem léčby a její špatná dostupnost má rovněž za následek brzký nástup pokročilých stádií nemocí a následnou nemožnost vyléčení. Takový rozsah lidského utrpení naprosto není nutný, a proto se nedá akceptovat.

Přístup k odborné hospicové a paliativní péči prezentované vzdělanými profesionály, komunitními dobrovolníky a poskytovateli péče (sociálními pracovníky, pečovateli apod.) pomocí běžných zdravotních infrastruktur je celosvětový problém. Přístup k dobré léčbě bolesti je také globální problém.

##### **Co už víme**

Byl učiněn zásadní pokrok v léčbě bolesti a symptomů u lidí s pokročilými nevléčitelnými nemocemi. Velké pokroky jsme také zaznamenali v porozumění psychologickým, sociálním a

duchovním aspektům umírání a smrti. Profesionální zdravotníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a ostatní dynamicky partnersky spolupracují, aby ulevili nemocným v bolesti a utrpení. Hospicová a paliativní péče podporuje rodiny v čase umírání i v období zármutku.

Hospicová a paliativní péče uspokojuje psychické, duchovní a psychologické potřeby umírajících v každém prostředí. Hospicová a paliativní péče stojí rovněž na mezioborové spolupráci interdisciplinárních týmů, která zahrnuje lékařské, ošetrovatelské, sociálně-pracovní, psychologické, pastorální, fyzioterapeutické profese a příbuzné obory.

### **Na čem se shodujeme**

Vlády jsou povinny:

- začlenit hospicovou a paliativní péči do vládních systémů zdravotní politiky, jak doporučuje Světová zdravotnická organizace WHO
- zahrnout přístup k hospicové a paliativní péči mezi lidská práva
- vytvořit finanční zdroje pro hospicové a paliativní programy
- nastolit jasnou, informovanou a samostatnou politiku a funkční plány na realizaci této politiky
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do jednotlivých národních programů léčby nádorových onemocnění
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do managementu léčby progresivních život ohrožujících nemocí
- zahrnout hospicovou a paliativní péči do jednotlivých národních strategií nemoci AIDS
- integrovat hospicovou a paliativní péči a výcvik do pregraduálních a postgraduálních curicul lékařství, ošetrovatelství, výzkumu a dalších oborů
- poskytovat výcvik, podporu a supervize dobrovolným spolupracovníkům a pečovatelům
- umožnit dostupnost nezbytných léků včetně morfia i pro ty nejchudší
- umožnit dostupnost a dosažitelnost perorálních opioidních analgetik pacientům s nemocí s infaustní prognózou
- identifikovat a odstraňovat v zákonech a zákonných úpravách překážky, které brání užití opioidních analgetik jako je morfin

- zajistit systematické vyhodnocování potřeb hospicové a paliativní péče, které bude předcházet ustanovení těchto služeb na místní regionální a/nebo národní úrovni, pokud bude vyhodnocení kladné
- zpřístupnit bezvýjimečně všem hospicovou a paliativní péči a lépe ji integrovat do zdravotního systému
- ze všech sil se snažit, aby hospicová a paliativní péče byla dostupná všem cizincům v místě, které si vybrali, včetně nemocnic akutní péče, zdravotnických zařízení pro dlouhodobý pobyt (pečovatelské domy, léčebny dlouhodobě nemocných) a obytných hospiců.

Každá lidská bytost má právo na úlevu od bolesti. Existují přiměřeně dostupné a účinné metody k tišení bolesti a většiny dalších symptomů. Jejich cena nesmí být překážkou jejich dostupnosti.

Hospicová a paliativní péče musí být poskytována na základě principu rovnosti pacientů bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, sexuální orientaci, etnikum, víru, společenské postavení, národnost a schopnost za služby platit. Paliativní péče musí být dostupná celé populaci včetně zranitelných skupin, jako jsou vězni, prostitutky a uživatelé drog.

Zkušenost získaná v hospicové a paliativní praxi při péči o nemocné se zhoubnými nádory může být využita rovněž při péči o lidi s jinými chronickými nevléčitelnými nemocemi po celém světě.

Rodiny a ostatní neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky při poskytování účinné hospicové a paliativní péče. Tato jejich role má být uznána a posilována vládní politikou.

Národní organizace hospicové a paliativní péče hrají klíčovou roli v rozvoji a hájení dobré zdravotní politiky v jednotlivých zemích. Vlády a tyto organizace (NGO) musejí spolupracovat, aby rozvoj programů a služeb na podporu hospicové a paliativní péče postupoval rychle dobrým směrem.

Pokrok ve smyslu této deklarace bude zhodnocen a zveřejněn za dva roky.

Soul, Korea, 16. března 2005

## **Příloha III: Charta práv umírajících**

**Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“**

**(„Charta práv umírajících“)**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii



- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

## **Příloha IV: Etický kodex pro zdravotní sestry**

### **Etická pravidla zdravotní péče**

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci**

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.