

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.“

Euripidés

Úvod

Život každého z nás jednou dospěje ke svému konci, tedy ke smrti. Jak se píše v mnoha knihách: „Není nic jistějšího než to, že každý kdo se narodil také jednou zemře“. Přesto je v posledních 50-ti letech smrt vytěšňována z našeho vědomí, z našich životů a to poměrně úspěšně. Smrt je odmítána, vyvolává v nás úzkost a spoustu dalších nežádoucích pocitů. Ještě více než smrti se ovšem bojíme umírání. Přitom ani tato přirozená, leč konečná fáze lidského života nemusí být hrůzostrašná, dramatická a bolestivá. Péče o umírajícího člověka (ať už se jedná o našeho blízkého či o pacienta) nám může přinést spoustu hezkých chvil, ponaučení a zkušeností, za které jednou budeme velice vděční. Stejně tak, jako mnoho jiných věcí se totiž dá naučit i péče o umírající. Stačí k tomu jen málo: sám se o tuto oblast aktivně zajímat (studovat literaturu o paliativní péči, navštěvovat různé semináře a workshopy zabývající se péčí o umírající), připravovat se na smrt, tozn. zamyslet se občas nad touto životní etapou, přemýšlet o ní a nevytěšňovat ji, a v neposlední řadě také se s umírajícími a jejich blízkými setkávat a aplikovat získané teoretické vědomosti v praxi, tedy řídit se zásadami paliativní péče, používat Chartu práv umírajících a nebát se trávit s umírajícími a jejich blízkými více času – jsou to totiž chvíle, které nás mohou velmi obohatit.

Profese sestry přináší celou řadu velmi náročných situací, na které je třeba se adaptovat. Jednou z nich je právě konfrontace s umíráním a smrtí. Jako sestry pracující na ARO se s ní setkáváme denně, měly bychom tedy být v této oblasti zkušenými profesionálkami. Přesto na tento okamžik nejsme vnitřně připraveny a často s umírajícím neumíme správně pracovat. To v nás potom zanechává různé traumatizující pocity. Vždyť většina sester prožívá smrt člověka jako silný psychický otřes. Tak to ale být nemusí.

Ve své diplomové práci se snažím shrnout z dostupné literatury pro mě ty nejzajímavější a nejpálčivější témata týkající se umírání, smrti a péče o tyto pacienty na ARO. Věnuji se zde potřebám umírajících, péči o ně a o zemřelé, prožívání sester, které pečují o umírající pacienty atd. Velkou kapitolu tvoří zkrácený pohled do historie umírání a smrti od dávných civilizací až do současnosti.

O péči o umírající a zemřelé se dnes již hovoří poměrně často, ovšem z pohledu umírajících. Na sestry a jejich pocity a problémy, které se o umírající nejčastěji starají se ale zapomíná. Proto je empirická část mé práce zaměřena na zjištění pocitů a problémů, popř. znalostí sester pracujících na ARO při péči o umírající a zemřelé. K získání dat pro výzkumnou část byl zvolen kvantitativní výzkum, technika sběru dat strukturovaný anonymní dotazník, který obsahoval 18 otázek. Výzkum byl prováděn v březnu a dubnu 2009 na vybraných ARO pražských nemocnic.

Tématu umírání a smrti se věnuji již pátým rokem (zabývala jsem se jím i ve své bakalářské práci na téma Specifika péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu, navštěvuji různé konference na toto téma a sama jsem na několika i přednášela, a dále jsem měla i možnost navštěvovat hospicové zařízení) a přesto nemohu říci, že bych již toto, pro mě tak zajímavé, téma vyčerpala a byla přesvědčená, že můj přístup k umírajícím a péče o ně je na takové výši, že se v této oblasti dál nemusím vzdělávat. Je to zkrátka běh na celý život...

I. Teoretická část

1. Umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní. Existují klinické situace, kdy k selhávání důležitých orgánů dochází očekávaně v důsledku známé, pokročilé, kauzálně nevyléčitelné nemoci. Zde je indikována intenzivní paliativní péče. (19, 26)

Oproti dřívějšímu důrazu na smrt jako na stav, je dnes stále víc umírání chápáno jako proces (latinsky processus - znamená pokračující), tj. jako neustále se měnící stav. Podle toho, jak rychle tento proces probíhá, rozlišuje se na jedné straně tzv. rychlá smrt a na druhé tzv. pomalé umírání. (3)

Umírání nespadá do koncepce života. Může být spojeno s nepříjemným utrpením. Utrpení je však přirozenou, nezbytnou, i když nemilou součástí lidského života, právě tak jako dýchání, trávení, rozmnožování, vědomí, světlo a krása. (17)

Přehodnocení klinického stavu z „pacient je kriticky nemocný“ na „pacient umírá“ a z toho plynoucí přechod z kurativního přístupu na přístup paliativní musí nejednou lékař učinit během několika dní, někdy několika hodin. Přechod z kurativního na paliativní přístup není zdaleka pouze medicínským rozhodnutím. Do hry zde vstupují otázky a přání pacienta a jeho rodiny a rovněž některé otázky etické a právní a ekonomické. Je-li stav pacienta zhodnocen jako „umírání“ mělo by se hlavním a jediným cílem léčby a ošetrovatelské péče stát, aby pacient trpěl co nejmenším dyskomfortem. (15, 19, 26)

Odpověď na otázku co potřebuje a chce umírající člověk není příliš složitá. Je to hlavně dokonalá paliativní péče, respektování vlastních přání a vlastní důstojnosti, dále hmotné zabezpečení, smysluplné využití zbývajících času (přiměřenou aktivitu

a příjemné podněty), své stabilní prostředí, přijetí vlastního života i vlastního konce, blízkost a doprovod sympatizujícího člověka a smíření se sebou samým, se svou rodinou, se světem, popřípadě s Bohem. (18)

Protichůdnou otázkou je otázka – co terminálně nemocný nechce: nechce být překládán a odsouván ze zařízení do zařízení, nechce být vyloučen z rozhodování, nechce časté střídání ošetřovatelského personálu, nechce být obtěžován přemírou péče, nechce být nucen do jídla a pití, nechce komunikovat se spolupacienty. Z těchto řádků lze poznat, že většinu předešlého můžeme my, jako sestry ovlivnit. (18)

Co potřebuje sestra, která o terminálně nemocného pečuje a co tím může získat? Tak především potřebuje mít vyřešený vztah k vlastní konečnosti, motivaci, lásku, trpělivost, musí být tělesně a duševně zdatná, dále musí ovládat umění odstupů, mít zájem a nezapomínat pečovat také o své zdraví (jíst a dostatečně spát). A co získá sestra, která o terminálně nemocného pečuje? Taková sestra především dozraje, vyrovná se s vlastní konečností a překoná strach ze smrti a naučí se rozlišovat, co je a co není v životě podstatné. (18)

Péče o umírající představuje velkou zátěž pro sestry. Původcem úzkostí je připomenutí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti našich blízkých. Zdrojem frustrací je pocit selhání a bezmocnosti, když nemůžeme zachránit nemocného před smrtí. (4, 25)

1.1 Fáze procesu umírání

Proces umírání se rozděluje na tři fáze:

1. Fáze *pre finem* může být velmi dlouhá a časově obsáhne někdy měsíce, ale i roky. Je nutno usilovat o remisi, tedy stav různě dlouhého a různě kvalitního příměří s nemocí, která dříve či později pravděpodobně vzplane znovu. S ohledem na aktuální stav nemoci je nutné, aby sestra pacienta motivovala na cíle, které jsou reálné. (26)

Jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stádia.

Do tohoto období patří také vyrovnání se s blížící se smrtí a umíráním. Tomuto

tématu se věnovala Dr. Elisabeth Kübler-Rossová, která popsala následujících pět fází procesu vyrovnání se s infaustní diagnózou. První je fáze negace, kdy je pacient v šoku a má tendenci nově vzniklou situaci popírat („to je určitě omyl“), ve druhé fázi přichází období agrese a hněvu („proč já?“, zlost na zdravotníky či zdravé lidi), následuje fáze smlouvání, kdy pacient tzv. vyjednává a hledá zázračné léky; po tomto období přichází fáze deprese a smutku a nakonec snad i fáze smíření a pokory. Fázi smíření je třeba odlišit od rezignace („házení flinty do žita“), cílem je pacientovi i jeho blízkým pomoci dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. (22)

Je třeba, aby si sestra uvědomila, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Dále je nutné, aby věděla, že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Naopak se mohou vracet a střídat a někdy se mohou dvě nebo tři v jednom dni prolínat. A také je třeba upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Pokud je rodina „pozadu“ či „napřed“, měla by se snažit co nejdříve vyrovnat s pacientem krok, aby neškodila sama sobě ani svému blízkému. (22)

2. Ve stádiu *in finem* jde o vlastní umírání pacienta s následným koncem života, v tomto období je paliativní ošetrovatelská péče nejaktivnější a nejdůležitější. Jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu. (22, 26)

3. Fáze *post finem* je pro sestru charakteristická péčí o mrtvé tělo a také doprovázením pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku. Tato fáze nebývá v popředí zájmu sester v nemocnicích (s výjimkou péče o mrtvé tělo), ale je charakteristická pro hospicovou péči. (22, 26)

1.2 Pohled do historie umírání a smrti

Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. (4)

V průběhu vývoje lidstva je problematika umírání a smrti velmi úzce svázána s vývojem náboženského pojetí, s vývojem filozofického poznání, etického cítění a se

sociokulturním rozvojem dané společenskoekonomické formace.

Postoj člověka k umírání a ke smrti se v průběhu historického vývoje měnil, důležitou úlohu při vytváření postojů k problematice smrti sehrály filozofické a náboženské systémy. Člověk v boji s neznámem, mezi které umírání a smrt patří, používal víry a rozumu. (4, 7)

1. 2. 1 Umírání a smrt v nejstarším úseku lidských dějin

V nejstarším a nejdelším úseku lidských pradějin – ve starší době kamenné – lze z archeologických nálezů vytušit první projevy duchovního života, úcty k mrtvým. Nejstarší formou pohřbu je uložení těla zemřelého do země. Pocty pohřbení se dostávalo jen určitým jedincům. Nálezy lebek, kostí svědčí o tom, že se mnozí mrtví ponechávali osudu. Pohřbení je však výrazem úcty k mrtvému, projevem lidskosti. Kolem roku 400 př. n. l. zaplnily střední Evropu družiny starých Keltů, ti věřili v posmrtný život. Svět mrtvých se neodděloval od světa živých. Svět mrtvých se nalézal na jakémsi ostrově. Mrtví zůstávali v tomto světě krásní a šťastní a měli všeho dostatek. (7)

1. 2. 2 Umírání a smrt v antickém světě

Ve starověkém Řecku chápali smrt jako součást života, nešlo o to zda zemřít, ale jak. Věčný život viděli ve slávě, takže pro ně bylo ctí zemřít v boji. Smrt pro blaho obce je považována za velmi záslužnou. Odchod ze života, chápaný jako odchod duše z těla, přinášel pro pozůstalé povinnost pohřbu. Smrtí se však podle víry nepřerušily svazky, které poutaly nebožtíka s tímto světem. Mohl se na svět vracet buď pravidelně v určitých dnech nebo ze zvláštních důvodů, například aby pomstil svou násilnou smrt. Tyto představy způsobily, že se vyvinul tzv. kult mrtvých.

Umírání bylo spojováno s homerským pojetím psyché. Člověk umírá s posledním vydechnutím, neviditelný dech je psyché, fluidum, které je v nitru člověka za života a po smrti jej opouští, povoláno k božskému životu. Již Seneca zdůrazňuje, že

je třeba se na smrt připravovat, myslet na ni. Pokorně se staví ke všemu, co nám život přinese, tedy i ke smrti. Dlouhodobé truchlení a žal považuje za šíravý a říká, že se smrtí blízkých je třeba se vyrovnat. (7, 27)

1. 2. 3 Umírání a smrt v křesťanském starověku a středověku

Pro křesťana je umírání a smrt vyvrcholením jeho životní cesty a očekáváním spojení s Kristem. Smrt je strašná tehdy, není-li člověk smířen s Bohem a v tomto stavu umírá. V raných církevních obcích se péče o těžce nemocné a umírající stává pravidlem. Vzorem pro ošetřování umírajících bylo dlouho lékařské umění Řeků.

Křesťanská péče o umírající je obohacena o lásku k bližnímu a heroickou obětavost ve prospěch druhého. Před Bohem jsou si všichni rovni, a proto nebylo rozdílu mezi otrokem a patriciem při péči.

V roce 370 n. l. byl biskupem Basilem založen v Caesarei dům pro nemocné a umírající. Smrtelně nemocným se také věnoval církevní řád benediktínů, založený v 6. století. Povinnost ošetřovat umírající si vzali za své i rytířské řády, např. hospitály řádu maltézských rytířů. Péče o umírající neustávala ani za těžkých epidemií, kdy bylo nakaženo a umíralo velké množství ošetřujících.

Smrt byla do druhé poloviny 15. století ústředním tématem. byla všudypřítomná a často znázorňovaná jak s rozšklebenou lebkou pobízí k tanci všechny smrtelníky bez rozdílu a vleče je násilím z pozemského života. Smrt však nebyla hrozivě odcizená a krutá síla, jak je velmi často chápána člověkem vychovaným ateistickou společností. (4, 7)

1. 2. 4 Umírání a smrt od 19. století do současnosti

V 19. století dochází k relativnímu poklesu úmrtnosti. Ta se nakonec téměř celá stáhla do dětských let. Podstatné změny snížení úmrtnosti v dospělém věku nelze vysvětlit jen pokrokem v medicíně. Byl to celý komplex změn ve způsobu života. Velmi významný byl objev důležitosti sterility či objev očkovací látky proti neštovicím. Přesto

však existovala sociální nerovnost před smrtí. Na jedné straně byli bohatí, kteří mohli před epidemiemi uniknout na svá letní sídla, na druhé straně byli chudí, kteří často umírali v bídě, protože neměli možnost úniku.

Umírání v 19. století je ritualizováno, o umírající pečují rodina, smrt je členem rodiny. Rodinní příslušníci pečují o umírající se samozřejmostí a nemocný věděl, co se bude dít až nastane jeho hodina smrti. Generačně se předávala zkušenost, domácí model umírání měl po staletí svůj scénář. Děti v rodinách se učily akceptovat smrt a odmalička se učily roli doprovázejících a tím i jednou roli umírajících. Téměř každý člen rodiny dokázal adekvátně přistupovat k umírajícímu a naopak zase věděl, že v hodině své smrti nebude opuštěn. Smrt byla přijímána a tak celý komplex rituálních úkonů včetně rozloučení mohl proběhnout tak jak má a umírající tak mohl odejít usmířen. Významnou úlohu při umírání a smrti sehrálo křesťanské náboženství, to je vybaveno úkony rituální povahy, vztahující se k umírání, smrti, pohřbu či péči o pozůstalé.

Na počátku 20. století je mortalita ještě značně vysoká (především kojenecká úmrtnost). Vlivem sociálních změn, rostoucí zdravotní osvěty, informovanosti obyvatelstva se situace začala pozvolna zlepšovat.

Ve druhé polovině 20. století mají na úmrtnost vliv civilizační choroby, onkologická onemocnění, ale i úrazy, otravy či sebevraždy. Po 2. světové válce dochází k institucionalizaci umírání. Lidé umírají v nemocnicích či domovech důchodců, osamoceni, opuštěni, za přítomnosti zdravotnických profesionálů, často bez porozumění, náklonnosti nebo empatie. Umírání a smrt byly odsunuty do nemocnic, s tendencí co nejvíce ho vzdálit od živých, často však bez ohledu na přání umírajícího. To vše ukazuje na zvýšené úsilí vytěsnit smrt ze života lidí. V moderním modelu umírání chybí lidský kontakt. Umírání ztratilo charakter sociálního aktu.

Moderní způsob péče o umírající přinesl tedy výhody, tj. odbornou péči a dobré materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Často však chybí upřímná lidská účast a psychická podpora. Většina dnešní populace redukuje své pojetí smrti na intenzivní subjektivní pocit strachu z prázdnoty, nejistoty a nebytí. (4, 7)

1.3 Modely umírání

Ústředním problémem ve stádiu in finem se stává ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, tedy i na ARO. Je tomu tak proto, že drtivá většina nemocných umírá v nemocnicích či v jiných institucích. Starý (tzv. domácí) model umírání patří už minulosti. Mnozí na něj vzpomínají, a to zpravidla v konfrontaci s institucionalizovanou, ale neritualizovanou formou umírání. V této souvislosti se hovoří o odosobněné péči, dehumanizaci a následně o nutnosti kvalitativní změny. Nikdo by neměl umírat sám a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu. Aby bylo možné tohoto cíle dosáhnout, je třeba stanovit pravidla, kdo a co bude dělat. Jinými slovy řečeno, je nutné ritualizovat závěr lidského života a využít zkušenosti jak z tradičního, tedy domácího, tak i z institucionálního modelu péče o umírající. Ale samozřejmě je možné hledat i zcela nové formy péče. (26)

1. 3. 1 Domácí model umírání

Po mnoho staletí umírali lidé především doma ve společnosti své rodiny a svých blízkých. Přestože je pravda, že umírali bez odborné pomoci, lze považovat model domácího umírání jako určitou ideální normu. Naši předci díky tomu měli jistotu, že ať se stane cokoli, budou moci umírat neopuštěni doma a bylo to jejich přáním. Význam pro umírání měl samozřejmě i jeho ritualizovaný scénář. Každý věděl, jakou má v tomto scénáři roli a co jeho role obnáší. Lékař jako odborník se na scénu dostal teprve asi před 200 lety. Proto umírajícímu byla poskytována především laická péče. Umírající sám zhodnotil, že nastala „poslední hodinka“ a nechal svolat blízké, pronesl poslední přání a rozloučil se s nimi. Důležitou roli zastával kněz, který se staral o psychiku a duši umírajícího. Zprostředkoval svátost smíření a svátost nemocných, ale také pečoval o pozůstalé. (4, 26)

„Domácí model umírání měl četné přednosti. Pacient nebyl sám, každý včetně něho věděl, co má dělat a co může očekávat. Laskavý doprovod byl samozřejmostí. K výhodám patřilo i to, že člověk v minulosti krátce stonal a poměrně rychle umíral.“ (14)

Za nedostatek domácího modelu byly považovány především omezené možnosti odborné pomoci. Při léčbě bolesti v posledních chvílích umírajícího měl lékař k dispozici pouze morfium. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala, ale díky tradici příbuzní zvládali běžné ošetrovatelské techniky. (4)

1. 3. 2 Institucionální model umírání

Mezi první důvody umírání v institucích byla snaha o zajištění důstojnosti a poskytnutí podpůrné profesionální péče. V nemocnicích, k jejichž nebývalému rozmachu došlo zejména v tomto století, se nemocným dostává nejlepší možné profesionální péče. Diagnostické a terapeutické možnosti jsou pestré a umožňují i záchranu těch nemocných, které v minulosti čekalo jen strádání a neodkladná smrt. (7, 26)

V době po II. světové válce zavládl výrazný optimismus a mnozí byli přesvědčeni, že moderní specializovaná až superspecializovaná medicína nemá hranic. Výraz úspěšná nebo vítězná medicína dobře charakterizuje tuto dobu. Postupně však došlo k rozčarování až skepsi. Nezasťujme, že nemocným nelze vrátit zdraví, nýbrž stav jistého zlepšení.

Tento limitovaný úspěch je zřetelný u celé řady onkologických onemocnění. Obecně je možno konstatovat, že od konce 60. let výrazně vzrostl počet dlouhodobě a chronicky nemocných. Ti však potřebují nejen lékařskou intervenci v dobách krize, jež je zapříčiněna nemocí, ale soustavnou nebo intermitentní pomoc lékařskou, psychologickou a sociální. A právě v této souvislosti sílila kritika institucionální péče a moderní nemocnice získali lichotivé označení „továrna na zdraví“.

Umírajícím je sice dopřán standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, ale na naplnění psychických a duchovních potřeb není většinou čas. V krátkém historickém ohlédnutí lze v období vrcholné institucionální péče zřetelně odlišit dvě etapy. Ve třicátých letech 20. století se soudilo, že umírající potřebuje především nerušený klid, a tedy i samotu. Novinkou té doby se stala bílá plenta, která zmíněný klid

symbolizovala a do jisté míry zabezpečovala. Umírající se mohl za bílou plentou cítit jako v „pokojíčku“. (7)

Teprve v 60. letech bylo seriózně prokázáno, že uvedená separace umírajících je neopodstatněná a přináší trpícím výrazný pocit samoty a opuštění. V této době se formulují obsahy pojmů odlidštěné umírání a odlidštěná smrt a zdůrazňuje se, že oba procesy ztratili dimenzi sociálního aktu. Hledají se způsoby nápravy a jako nejschůdnější se jeví tzv. kontinuální návštěvy. V návaznosti na převažující strategii ničím nerušeného klidu byly totiž ve vyspělých zemích výrazně omezeny návštěvy příbuzných.

V naší republice se praktikoval návštěvní režim pouze o nedělích a středách, a to pouze ve vymezených hodinách. Tento styl byl praktikován několik desetiletí, však způsobil nemalé škody, které budeme napravovat ještě dlouhou dobu. Umírající té doby zůstávali ve své těžké hodině sami a příbuzní nemohli projevit svou přízeň, lásku a péči. Nezřídka je pak doprovázeli pocity viny za to, že nestáli u lůžka umírajícího a procesem racionalizace je zase „smyli“. Zdálo se, že možnost kontinuálních návštěv celou situaci poměrně brzo změní a dojde ke kýženému kvalitativnímu zvratu. Nestalo se tak, neboť příbuzní zapomněli, jak se u lůžka nemocného mají chovat a co mají umírajícímu říkat. (4, 7, 26)

Separace rodiny od umírajícího byla tak dlouhá, že se přirozené vzorce chování nemá dnes příbuzný kde naučit. I když mnozí přivítali možnost trávit u lůžka těžce nemocných nebo umírajících co nejvíce času, je nejistota a úzkost příbuzných vysoká. Někteří dokonce setrvávají na stanovisku, že umírajícímu je v náručí profesionálů nejlépe a trvale přenášejí pomoc o umírajícího na někoho jiného.

Není pochyb o tom, že současný institucionální model umírání nevyhovuje značné části lidí, kteří jsou na konci své životní cesty. Zneklidnění příbuzní hledají řešení zpravidla teprve tehdy, když se jich zprostředkovaně dotýká hrozba smrti. Pochopitelně si kladou otázku, kde by měl jejich příbuzný „dožít své dny“ tak, aby do poslední minuty pozemského života pociťoval jistý materiální komfort, důležité sociální zázemí a především emotivní podporu.

Problematický stav věcí si uvědomují také mnozí lékaři a zdravotníci. I oni se

ptají, kde by se lidem, které už nemohou zachránit, mohlo dostat té nejlepší možné péče. Každý lékařský obor musí pečovat o své umírající a pěstovat oborovou thanalogii.

Institucionální model má také mnoho výhod, především v kvalitní lékařské léčbě a ošetrovatelské péči. Chybí však osobní lidská účast a emocionální podpora. Lidé moderní doby poměrně dlouho stůnou a nepadno umírají. Dystanazie neboli oddálená, zadržaná smrt není výjimkou a uvozuje četné úvahy o eutanazii, při níž bývají možnosti útěšné medicíny zcela opomíjeny.

Institucionální systém zdravotních služeb je vhodný pro nemocné, kteří se po léčbě vrací zpět do stavu plnohodnotného zdraví. Méně vhodný je pro chronicky nemocné a umírající. (4, 7, 26)

1.3 Tabuizace umírání a smrti

Smrt je skrývána, jako kdyby byla špinavá a hanbou. Lidé v ní vidí jen hrůzu, absurdnost, zbytečné a nepříjemné utrpení, zatímco je vrcholným okamžikem našeho života, jeho dovršením, a to jí dodává smysl a hodnotu. Stále však zůstává nesmírným mystériem, velkým otazníkem, který ve svém nejhlubším nitru nosíme. Víme, že jednoho dne zemřeme, i když nevíme jak, ani kdy. Hluboko v nás je místo, kde o tom víme. Víme, že budeme muset jednou opustit své drahé, pokud oni neopustí dříve nás. Toto nejhlubší a nejintimnější poznání mám paradoxně společně se všemi ostatními lidskými bytostmi. Proto se nás smrt bližního dotýká. (4, 7)

Mnohá staletí bylo samozřejmé žít a samozřejmé umírat. Krátký a nejistý život končil rychle. Pro věřící znamenalo krátké utrpení na Zemi pouze epizodu před věčnou blažeností.

Moderní člověk vytěsňuje smrt ze svého života a podmínky, které spoluvytvářejí pocit samozřejmého života, mu v tom úspěšně napomáhají. Z tohoto zorného úhlu pohledu se každá smrt zdá nespravedlivá, předčasná a k dovršení všeho bolestná. Moderní technická medicína je orientovaná na zápas s nemocí a na vítězný boj. Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala. (4, 11)

Vytlačení každého pomýšlení na umírání a smrt z mysli však neodstraní jejich realitu. Místo toho oplošťuje plné prožívání celého života, k němuž patří první i poslední chvílky. (12)

1. 5 Potřeby umírajícího pacienta

Moderní ošetřovatelství vychází ve své teorii, ale i v praxi z rozboru potřeb nemocného člověka a vede k identifikaci těch, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci. Toto pojetí umožňuje vytvoření takového systému péče, ve kterém je pacient skutečným středem veškeré snahy zdravotníků. (23)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. (24)

V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou chápány jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. (24)

Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem – žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí způsoby se považují ty, které neškodí ani nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak, za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které mají jednu nebo více z těchto charakteristik: mohou škodit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě s jejich sociálně – kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona. (24)

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na: základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stádia, preterminální a terminální

stadia onemocnění), přítomnosti více závažných onemocnění současně, pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.), psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.). (17)

Sestra pracující metodou ošetrovatelského procesu musí mít neustále na paměti čtyři základní okruhy potřeb, které u svých terminálně onkologicky nemocných aktivně vyhledává a saturuje. Potřeby lze rozdělit na tělesné (biologické), psychické, sociální a duchovní (spirituální). (9, 27)

Sestra by měla vědět, že se prioritita potřeb v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku onemocnění jsou prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. (22)

Nezbytným předpokladem pro práci sestry ošetřující terminálně nemocného je obrovská míra empatie a porozumění, dostatek času na pacienta, orientace v základních otázkách života a smrti, respekt k hodnotovému žebříčku pacienta a především vůle nechat ho stanovit si vlastní priority. (9)

Sestra má v ošetrovatelském procesu za úkol poskytovat ošetrovatelskou péči podle ordinace lékaře a navíc uspokojovat individuální potřeby umírajícího. Tím vzniká dynamická, systematická, plánovaná ošetrovatelská péče, jejímž cílem je docílit co nejlepší kvality života nemocného. (9)

1. 5. 1 Biologické potřeby

Do této kategorie patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou a často i za pomoci sestry, zmírnit dýchací obtíže, pomoc při pohybu, dostatečný přívod tekutin atd. V rámci možností je nutné, aby sestra nemocného nutila k aktivitě, jinak předčasně zchátrá nebo se proleží.

O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno sestrami v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma. Sestra by měla vědět, že tělesné potřeby souvisejí nejen s bezprostředním přežitím jedince, ale mají vliv na úroveň

pobytu pacienta v nemocnici a přímo ovlivňují psychickou stránku člověka. (8, 22, 27)

1. 5. 2 Psychické potřeby

I nemocný člověk má potřebu respektu ke své lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu své tělesné schránky. Je to respektování vědomí, že člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A je tedy nutné, aby ho takto sestra chápala a respektovala vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. (13)

Psychické potřeby se u hospitalizovaných lidí týkají především jistoty obecně (opakem je nejistota, úzkost, strach), pocitu, že jsou sestrami a spolupacienty akceptováni a pozitivně hodnoceni, dále nemocní lidé v nemocnici potřebují mít soukromí a necítit se osamělí. Varovné je, podle výzkumu veřejného mínění, že občany ČR je nejhůře hodnocena právě péče o psychické utrpení pacientů. (19, 27)

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a sestry často zapomínají, že více než slova mluví jejich mimika, pohyby, gesta, postoj, oči, ale i jejich oblečení apod. Říká se tomu mimoslovní (neverbální) komunikace. Důležitý je pocit bezpečí, a proto je potřeba, aby sestra nemocnému nelhala, tj. neříkala něco, co by později musela odvolávat, a nevyhýbala se položeným otázkám. Vymstilo by se to, nemocný by k takové sestře ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji bude nejvíc potřebovat. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. (13, 22)

1. 5. 3 Sociální potřeby

Sociální potřeby se s psychickými potřebami překrývají a řadí se mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu (sdělování a sdílení) vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Člověk je tvor společenský a proto většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměrňovat a sestra a jeho blízcí by ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní, nemocný potřebuje cítit, že zůstává nadále členem společenství, do kterého patřil před vypuknutím nemoci. (13, 22, 27)

Pro sestru je důležité vědět, že sociální potřeby jsou v terminální fázi života modifikované a specifické. Patří sem především potřeba nezůstat v umírání sám. Umírající nejvíc potřebuje fyzickou blízkost někoho, koho má rád. (10)

Zvládnutí psychosociální péče o umírající klade vysoké nároky na všímavost sestry, na její citlivost a schopnost vcítit se do pocitů umírajícího pacienta. (22)

1. 5. 4 Spirituální potřeby

Pohled sester na potřeby duchovní se mnohdy zužuje na otázku víry a příslušnosti nemocného k nějakému náboženství. Přitom do této kategorie potřeb patří také potřeba odpuštění, lásky a sounáležitosti a smyslu a účelu (bolesti, utrpení, života).

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu, a proto se mnoho sester domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Paradoxně tomu však bývá naopak. Věřící člověk ví, kde hledat pomoc a na koho se obrátit. U lidí bez této víry tomu tak většinou není. Ale právě v průběhu vážné nemoci jsou i oni konfrontováni s vlastní smrtelností a začínají se zabývat životně důležitými otázkami po smyslu a účelu vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba, aby mu sestra ukázala, že v každé situaci se dá žít smysluplně. Když se mezi sestrou a umírajícím vytvoří vztah důvěry, může před ní umírající učinit poslední zpověď, nebo může sestra zprostředkovat setkání s osobou, se kterou se chce umírající před smrtí smířit. Pokud má umírající zájem, je důležitým úkolem sestry zajistit mu návštěvu duchovního.

Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb nemocných je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné. (9, 13, 15, 22, 29)

1.6 Prožívání a emoce sestry při péči o umírající

Pro sestru je péče o umírajícího a styk s jeho rodinou stresující záležitostí. Sestra odvádí práci nejen odbornou, často i fyzicky velmi namáhavou, ale i psychicky, sociálně náročnou, která stále není společensky ani finančně doceněna. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionální zralost, mistrovství v komunikaci s umírajícím a jeho blízkými. Často je spolupráce s umírajícím velmi těžká, je apatický nebo v kómatu a přesto se od sestry vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá, psychicky i fyzicky zdatná.

Pro ošetrovatelskou péči o umírající je důležité, aby se sestra uměla vyrovnat s odchodem člověka, a aby umírání a smrt brala jako součást života. Za svou práci sestra nedostane vždy úctu a poděkování, které by si zasloužila. Ne vždy se jí dostane poděkování a úcty od blízkých umírajícího. Ne vždy se blízcí chovají k umírajícímu s úctou. Ne vždy přijdou blízcí na návštěvu za umírajícím, často přichází až pro pozůstalost. Ne vždy umírá starý člověk, který prožil naplněný a dlouhý život a umírá smířen. Často na ARO umírají velmi mladí lidé, kteří mají celý život před sebou. Ti většinou neumírají tak klidně a smířeně jako starší jedinci. Mají pocit nespravedlnosti a nenaplnění, smutku, že musí opustit život, který pro ně teprve nedávno začal. A je to sestra, která musí umět zachovat klid, důstojnost a ovládnout své emoce. Dostává se tak často do velmi složitých, obtížných a stresových situací. Způsob, jak si sestra poradí se zvládnutím stresu je velmi individuální. Sestře může, při zvládnutí stresu spojeným s ošetřováním umírajícího pacienta, pomoci například autogenní trénink, relaxační metody, aromaterapie, muzikoterapie, psychoterapie či jen obyčejný rozhovor s blízkým člověkem, který je ochoten naslouchat. (7, 15, 26)

Mezi nejčastější psychické potíže sester spojené s péčí o umírající a jejich blízké patří: pocit vyčerpání, napětí, pocit samoty a prázdnoty, úzkost, strach, tíseň, smutek, osobní selhání, lítost, ztráta radosti z práce atd. Vyrůstající úzkost řeší některé sestry somatizací – pociťují různé obtíže na úrovni svého těla. To vše může vyústit až v syndrom vyhoření, tzv. burnout syndrom, který se projevuje stísněnou až depresivní náladou, poruchami koncentrace a paměti, nespavostí, únavou, ztrátou zájmů,

sexuálními poruchami a zhoršením vztahů s okolím. Takové sestře chybí sebedůvěra, kreativita a klesá její výkonnost. Tento stav vyžaduje pomoc odborníků. (7, 26)

Nejdůležitější je ovšem vlastní postoj sestry k umírání a smrti. Sestra, která pečuje o umírající musí mít, mimo odborných, právních, etických a manažerských znalostí, nadhled, sociální zralost, musí být psychicky vyrovnaná, musí sama žít smysluplný život, pak je schopna pracovat beze strachu a stresu u nemocných v terminálním stádiu. Výhodou pro sestru je také dobré rodinné zázemí. (7, 26)

Prostředí ARO poskytuje málo příležitostí k reflexi zkušeností z péče o umírající pacienty a proces umírání a smrti se často zúží do několika málo hodin a dnů. Jde o kritické momenty, kdy sestry riskují emocionální vyčerpání, protože se snaží poskytovat svým pacientům kvalitní péči a zároveň potlačovat svůj vlastní strach a další pocity. (15)

1.7 Mladí lidé a závěr života

Podle mého dotazníkového šetření (viz Empirická část) prožívá většina sester smrt mladého člověka daleko hůře než smrt staršího pacienta. Ale co prožívá sám mladý umírající?

Umírá-li dospívající člověk je jeho situace určována tím, že chápe s různou intenzitou a hloubkou smrt jako něco reálně existujícího, definitivního, nevratného a univerzálního, co se jej v této chvíli týká osobně. I v tomto období se mladý člověk vyvíjí a zraje, i když tento proces už nedojde svého naplnění. Ze smrti může mít dospívající strach, který však nebývá zpravidla tak silný jako u dospělých, neboť dospívající jsou v něčem ještě děti a na světě je „nedrží“ povinnosti, jak tomu bývá u dospělých. (27)

Přesto je péče o pacienty této vývojové fáze značně subjektivně zatěžující, protože zde přichází smrt příliš brzy. Je tedy žádoucí, aby dospívající umíral v přítomnosti rodičů. Podle jeho stavu mu poskytujeme v širokém rozsahu pozitivní podněty (poslech hudby, počítač apod.) a snažíme se vyhovět jeho přáním, ať jsou

jakákoli.

Jsme mu k dispozici k rozhovorům o čemkoli a kdykoli. Dotazy zodpovídáme po pravdě, ale šetrně a s ohledem na psychický stav, úroveň rozumových schopností a stupeň osobnostní zralosti. Nevyhýbáme se rozhovorům na témata doprovázená prožitky strachu. Úzkosti a strachu se zbavíme, budeme-li o nich hovořit. Otevřená komunikace s umírajícím odstraňuje pocity izolace. (25, 27)

Podporujeme kontakty dospívajícího umírajícího s jeho přáteli – vrstevníky. Jsou-li tomu pacient a rodiče nakloněni, zprostředkujeme návštěvy duchovního, jenž se zabývá umírající mládeží.

Péče o umírající mladé dospělé se řídí jejich zdravotním stavem, dále je to otázka jejich věku a celkové životní situace, které musíme při ošetřování umírajícího brát v potaz. Zejména musíme brát v úvahu intelekt a zkušenosti umírajícího. Blížící se smrti se cítí být zaskočeni zvláště mladí dospělí a lidé středního věku, kdy smrt přichází ještě stále příliš brzy. Tito lidé se trápí starostmi o nezaopatřené děti, o nedokončenou školu či práci nebo o ztrátu svého partnera a vlastně o ochuzení o prožití celého dalšího života, který by je za normálních okolností čekal. (22, 27)

2. Smrt

Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. Tento konec našeho biologického života definují lékaři jako zastavení základních fyziologických činností a zvláště pak funkce mozku. Jeho hlavním důsledkem je vyhasnutí reflexů. Kritériem konce je trvale izoelektrický plochý záznam na EEG a arteriografický blok při neprůchodnosti mozkových artérií. (8, 10)

Starý řecký filozof Parmenidés nazval člověka smrtelníkem a vyjádřil tím jeho bytostnou, základní a určující charakteristiku. Zvířata hynou, ale člověk umírá; má vědomí vlastní smrtelnosti, i když neví, kdy zemře. Smrt je něčím budoucím přicházejícím, něčím k čemu se stále a bez výjimky přibližujeme od samého početí – a nemůže tomu být jinak. Tímto přibližováním a vědomím konečnosti se ke smrti

neustále vztahujeme. (27)

Vědomí smrti získáváme nikoliv z vlastní zkušenosti, nýbrž pouze z umírání ostatních lidí, tedy „teoreticky“ a s možností si ji představovat. Smrt je člověku něčím „cizím“, čímsi neznámým, představovaným jako ohrožení a doprovázeným úzkostí.

Tomuto neznámému, doprovázenému úzkostí, se pochopitelně nejčastěji bráníme různými racionalizacemi a především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost, jako by se nás netýkala a jako bychom byli nesmrtelní. (27)

Druhá možnost vztahování se ke smrti je tuto jistotu přijmout a vystavit se jí myšlenkově i prožitkem, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá např. u lidí, kteří se dostali do její blízkosti. Smrti se přestávají nepřiměřeně bát. Proměna vztahu ke smrti pak dává možností smysluplně naplňovat a rozvíjet své možnosti s ohledem na druhé a společně s nimi. (27)

Často se namítá, že smrt zpochybňuje smysl celého života. Ale je to právě naopak. Neboť co by se stalo, kdyby náš život nebyl konečný v čase, nýbrž časově neomezený? Kdybychom byli nesmrtelní, mohli bychom právem odsunovat každé jednání do nekonečna. Takto však, tváří v tvář smrti jako nepřekročitelné hranice a ohraničení svých možností nacházíme se pod nátlakem, abychom využili času svého života a nenechali bez užitku projít kolem sebe jedinečné příležitosti, jejichž konečný souhrn pak tvoří celý život. Konečnost, pomíjivost je tedy nejen podstatný znak lidského života, ale je také konstitutivní pro jeho smysl. Smysl lidské existence se zakládá na jejím ireverzibilním charakteru. (2)

Každá sestra by měla umět rozpoznat příznaky blížící se smrti, které mohou, ale nemusejí nastat: oči jsou otevřené nebo polootevřené, ale ve skutečnosti se nedívají, jako by se dívaly do dálky, upřeně do jednoho místa, chladnoucí ruce a nohy nebo naopak horečka, ústa jsou otevřená, spodní strana těla, nohy, kolena a ruce se tmavěji zbarvují, puls slábne, mění se frekvence a hloubka dechu, zornice reagují stále méně na působení světla, umírající se stává nezúčastněným a nereaguje už na své okolí. Smrt přichází, když ustávají úder srdce a dýchání. To, co se někdy považuje za poslední výdech, může být ještě dokončeno jedním nebo dvěma výdechy až vzdechy v delším

intervalu. (20)

Smrt je konec života, zánik všech životních funkcí. Z filozofického hlediska se jedná o rozchod duše s tělem, z materialistického konec fyzické a psychické stránky lidské bytosti. Z pohledu zdravotníků se může umírání a smrt jevit jako neúspěch, jako vlastní selhání, ale nejčastěji jako vysoce stresující záležitost, která klade obrovské nároky především na psychickou stránku osobnosti zdravotníka. (26)

Smrt nemusí postihnout pouze tělo, ale jakoukoli složku osobnosti. Lze ji rozdělit na smrt fyzickou, psychickou a sociální. Fyzická smrt je trvalá, ireverzibilní ztráta vědomí. Je neoddělitelnou součástí života. Prokazuje se smrtí mozku. Smrt psychická se vyznačuje naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které usnadňují vstup smrti fyzické. Při sociální smrti sice člověk žije, ale je sociálně izolován a nemůže s lidmi prožívat vztahy. Smrti fyzické velice často předchází smrt psychická a sociální. Je důležité dbát na to, aby člověk neumřel dříve psychicky než fyzicky. (18, 27)

2. 1 Pojetí smrti v ontogenezi

Představa dětí o smrti souvisí v první řadě s jejich věkem, úrovní mentálních schopností (inteligencí) a zkušenostmi, které se smrtí samy učinily (když např. zemřel blízký příbuzný, ale i oblíbené domácí zvíře.

Děti ve věku do tří let nerozlišují mezi mrtvým a živým. Děti ve věku od tří do šesti let počínají stále více rozlišovat mezi živým a mrtvým, přičemž mrtvé bývá spojováno s nehybností a spánkem. Smrt je považována za spíše za přechodný a reverzibilní stav, což je posilováno a rozvíjeno samotnými dospělými (zesnulý „spí“ atd.). Děti se v tomto věkovém období setkávají se smrtí v pohádkách a vyprávěních, avšak berou ji neosobně – jich se netýká, považují se za nesmrtelné. (12, 27)

Děti ve věku od šesti do deseti let, tedy v období mladšího školního věku až do počátku dospívání, začínají postupně a nerovnoměrně chápat smrt jako něco konečného, nevratného a také nevyhnutelného. U menších dětí bývá přejímána představa smrti z pohádek a vyprávění (kostra, smrtka apod.), avšak jejich vztah ke smrti je spíše

distancovaný a neosobní, i když mohou prožívat silný strach až hrůzu (pokud jsou strašeni) z bytostí představujících smrt. V tomto věkovém období je velice důležitá osobní zkušenost se smrtí.

Od počátku dospívání do dospělosti se vytváří pojem smrti postupně a diferencovaně. Strach ze smrti se dostavuje souběžně s tím, jak se dítě, a posléze mladý člověk „vnitřně“ osamostatňuje a vnímá sebe jako autonomní individualitu. S nástupem abstraktního myšlení si člověk vytváří představu a pojem smrti postupně až do „dospělé“ podoby se třemi charakteristikami – univerzálnost, nevratnost, konečnost.

U dospělých lidí bývá smrt spojována s neznámem, nebytím, prázdňem a „ničím“, tedy nicotou a úzkostí, nebo s klidem a pokojem (spánkem beze snů). Kromě představy „definitivního konce“ bývají časté představy a myšlenky o dalším pokračování existence ve změněné podobě (křesťanský pohled, reinkarnace apod.).

Dospívajícím a dospělým, jak už bylo výše řečeno, je tedy blízký strach ze smrti, s nímž se běžně setkáváme i u lidí vážně nemocných a umírajících. (12, 27)

2.2 Thanatologie

Thanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Z lékařského, psychologického, filozofického, teologického i právního hlediska jsou pojednávány otázky jako klinická smrt, resuscitace, pomoc při umírání, stanovení a vysvětlení smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život atd. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti - Thanata. (4, 7)

V USA, kde vlastně thanatologie vznikla, podnítil veliký zájem o tento obor i fenomén rostoucího pocitu viny za smrt jiných (Hirošima, Nagasaki). Základy moderní thanatologie formulovala počátkem šedesátých let 20. století Elizabeth Kübler-Rossová. U nás se tomuto tématu věnuje především prof. Haškovcová. (7)

2. 2. 1 Vybrané formy thanatologické péče

2. 2. 1. 1 Paliativní péče

Definice paliativní péče Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 říká, že paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. Dále konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddaluje smrt. (16)

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle: symptomatickou léčbu, zmírňující péči, efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající, doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího. (26)

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je dále provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obyčejně se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života.

K otázce eutanázie má jednoznačně vyhraněný postoj: Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. (17)

Paliativní medicína je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou. (17)

Obecnou paliativní péčí se rozumí dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována lékaři a sestrami v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je

významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni lékaři a sestry s ohledem na specifika své odbornosti. (17)

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Základní formy specializované paliativní péče jsou zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic, hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben; u nás je jediné oddělení paliativní péče a to v Babicích nad Svitavou), konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), specializovaná ambulance paliativní péče, denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“), zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.). (17, 21)

Paliativní péče je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb nemocných a jejich rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují především sestry celých 24 hodin denně. Proto je práce sestry v paliativní péči velmi náročná. (1)

2. 2. 1. 2 Hospicové péče

Hospic je klasická forma poskytování paliativní péče. Obvykle samostatné lůžkové zařízení s 20-30 lůžky. Důraz je kladen na intimitu prostředí, které se podobá spíše domácímu než nemocničnímu, možnost pobytu pro přátele a rodinné příslušníky. Častá je zde činnost dobrovolníků. Všechny hospice v České republice mají své vlastní lékaře. (14)

Zpočátku byl hospic chápán jako něco méně než nemocnice. S rozvojem paliativní medicíny a integrací hospiců do systému zdravotnictví získal významnější postavení. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude

vždy respektována jeho lidská důstojnost, v poslední chvílích nezůstane osamocen. (19, 22, 26)

Hospice (hospitium – hospitia) existovaly již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě anebo v klidu zemřít. (14, 19)

Poprvé bylo označení „hospic“ s významem „místo, kde je pečováno o umírající“ užito v roce 1842 Jeanne Garnier v Lyonu ve Francii. Nezávisle na ni v roce 1879 sestra Mary Aikenhead založila v Irsku hospic. (7)

Za zakladatelku moderního hospicového hnutí je považována Dr. Cecilly Saundersová, která v Londýně v roce 1967 založila St. Christopher hospic.

Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí. Při budování hospiců se vycházelo rovněž ze zkušeností Elisabeth Kübler-Rossové. Díky jejím studiím vzniklo nové ars moriendi (umění umírat) v tom nejlepší slova smyslu.

U nás je plným právem za „českou Saundersovou“ považována MUDr. Marie Svatošová, která již v roce 1995 „postavila“ první hospic, Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci, a která pomáhala a pomáhá v budování hospiců dalších.

Důležité je říci, že v hospicích v České republice nastává méně než 1% všech úmrtí. (14, 19, 22)

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomní sociální pracovník, psycholog, teolog a dobrovolníci. (22, 26)

Financování hospiců je vícezdrojové. Větší část představují příjmy z veřejných finančních zdrojů – platby zdravotních pojišťoven, dotace Ministerstva práce a sociálních věcí a místních a regionálních samospráv, spoluúčast klientů (cca 200 Kč/den). Zbývající část pokrývají dary, výnosy z benefičních akcí a příspěvky od pacientů. (19)

2.3 Dystanazie

Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanazií neboli zadržanou smrtí.

Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát. (4)

Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tam moc vítězné medicíny končí a dotyčný a jeho rodina potřebují paliativní formy péče, která jim často nemusí být poskytnuta nebo je poskytnuta pozdě.

Druhé „zrady“ se v dobrém úmyslu dopouštějí zdravotníci, včetně sester tím, že bývají hyperaktivní. Stále intervenují ve prospěch života všemi dostupnými prostředky, které mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít.

Lidé stále více spoléhají na vítěznou medicínu a ve skrytu duše doufají, že jim splní odvěkou touhu o dlouhém životě. Smrt je stále více odsouvána a mnozí lidé nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné. (4)

2.4 Péče o mrtvé tělo

Do poskytování ošetrovatelské péče patří nepochybně i péče o mrtvé tělo. Tato péče v sobě zahrnuje nejen samotnou péči o tělo zemřelého, ale i o pozůstalé a pozůstalost. (6)

Na ARO se setkáváme buď s náhle zemřelým nebo u dlouhodobě nemocného – většinou na bazální terapii – kdy je úmrtí očekáváno.

Smrt konstatuje vždy lékař. V běžné praxi je nejčastěji konstatována smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti. Tam, kde se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritérií smrti mozku. Lékař zemřelého prohlédne a vypíše potřebnou dokumentaci – a to: 4x list o prohlídce mrtvého (viz Příloha 4), 2x průvodní

list k pitvě (viz Příloha 5). Jeho povinností je též kontaktovat pozůstalé a to osobně, pokud jsou úmrtí přítomni či telefonicky nebo zasláním telegramu. (4, 6, 7)

Po ohledání přejímá další péči o mrtvé tělo sestra. Je to poslední povinností sestry vůči zemřelému, měla by se proto chovat taktně a důstojně. Sestra respektuje případné přání příbuzných, aby mohli setrvat u lůžka zemřelého a rozloučit se s ním. Ihned po úmrtí by se v souladu s tradicí mělo otevřít okno, aby mohla duše odlétnout. Samozřejmostí by mělo být vypnutí rádia či televize. Doporučuje se nechat působit ticho, které se po úmrtí pacienta rozhostilo a nechat tak na sebe působit výjimečnost tohoto okamžiku. S ničím by se nemělo pospíchat, sestra doporučí příbuzným, aby u zemřelého poseděli, zavzpomínali na společný život s ním a popř. nechali volný průběh všem emocím. Nechtějí-li příbuzní zůstat se zemřelým sami, měla by jim sestra nabídnout svou pomoc. Postup při úmrtí na lůžkovém oddělení je upraven vnitřní normou zdravotnického zařízení, kde je upřesněn a konkretizován postup (viz Příloha 3).

Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu zemřelého, s použitím zástěny nebo převozem do místnosti k tomu určené. Sestra má za povinnost zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, svlečené a omyté tělo uložit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo. Dále vyjme snímatelné protézy a sejme všechny ozdobné předměty. Není-li možné vyjmout protézu nebo sejmout některé šperky, je třeba tuto skutečnost uvést v ohledacím listu a v chorobopisu. Další povinností sestry je odsát sekret z dutiny ústní a popř. i nosní, dekanylovat všechny katétry (NGS, NJS, PMK, CŽK, PŽK, TSK, ETK, ICP čidlo atd. Redonův, hrudní, T-drén či drén z operační rány se ponechává, pouze se zastříhne na 1 – 2 cm u těla zemřelého. Sestra též převáže všechny rány. Zajistí náležitou identifikaci mrtvého, a to štítkem s celým jménem, rodným číslem, datem i hodinou úmrtí a oddělením, na kterém smrt nastala. Tento štítek upevní na palec u nohy. Totéž napíše lihovým fixem přímo na pokožku zemřelého (obvykle stehno) nebo na pruh náplastí. Tělo zabalí do prostěradla a ponechá 2 hodiny v místnosti k tomu určené. Dále zajistí odvoz těla na patologii s příslušnou dokumentací. (4, 6)

Sestra zaznamená do dokumentace poslední chvíle nemocného, provedené činnosti a čas úmrtí. Dále připraví veškerou dokumentaci, odepíše zemřelého ze stavu

pacientů a sepíše všechny jeho věci za účasti svědka na zvláštní formulář. Pokyny pro pozůstalé a potvrzení o úmrtí spolu s předáním pozůstalosti provádí sestra k tomu určená (často vrchní sestra).

V některých zdravotnických zařízeních je zavedena chvályhodná praxe. Mrtvé tělo je odvezeno do zvláštního pokoje, který je pietně vyzdoben (květiny, několik židlí, jednoduchý kříž). V tomto důstojném prostředí se mohou pozůstalí se svým zemřelým rozloučit. (4, 6, 7)

Některé sestry jsou přesvědčeny, že obsahem rozhovoru s pozůstalými je kondolence, tedy společenské a účastné vyjádření soustrasti. To je sice možné, ale často nevhodné. Pozůstalý ještě nepochopil, že blízká osoba skutečně nežije, a proto není schopen přijmout i dobře míněný projev soustrasti. Doba bezprostředně po úmrtí je charakteristická především tzv. ohlušením a není příznivá pro přijetí soustrasti. V časovém úseku mezi úmrtím a pohřbem, který trvá obvykle 3 až 5 dní, dochází zpravidla k akceptaci ztráty, a tím i k ochotě přijmout projev soustrasti. Možným a vhodným způsobem je i písemná forma kondolence. (4)

3. Problematika péče o pacienty na anesteziologicko resuscitačním oddělení

V roce 2004 bylo v České republice takřka 57 tisíc lůžek určených pro intenzivní medicínu, která byla využita ze 78 %. Uvedená čísla nevypovídají jen o potřebnosti zřizování intenzivních oddělení, ale i o nutnosti specifického vzdělávání sester pracujících na těchto typech oddělení.

Intenzivní medicína z fakticky okrajového a nově se tvořícího oboru v 50. letech 20. století je nyní vnímána jako obor s centrální rolí, praktikovaný zejména ARO.

Na ARO jsou přijímáni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo pacienti, u nichž k tomuto selhání již došlo. Pacientům je poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na diagnóze. Lékař zde musí být přítomen kontinuálně. (6)

Na tomto typu oddělení je stav pacientů nepřetržitě monitorován sestrou a

různými přístroji. Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, popř. z ambulance.

V současné době je ke stanovení ceny péče hrazené zdravotními pojišťovnami využíván systém, který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám používaných v terapii a u jednotlivých pacientů – TISS (Therapeutic Intervention Scoring System).

Požadavky na minimální technické a personální vybavení, stejně jako seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami je možné najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb. (6, 28)

Ačkoli je pacient hospitalizovaný na ARO většinou v bezvědomí nebo analgosedován, je důležité s ním komunikovat. Sestra na tomto oddělení s pacientem mluví a jedná s ním na vysoké etické úrovni a pečuje o jeho pohodlí a klid.

V intenzivní péči sestry a lékaři při péči o kriticky nemocné a umírající pacienty úzce spolupracují. Některé sestry si myslí, že lékaři na těchto odděleních mají vůči sestřám větší respekt. I lékaři mají tendenci zdůrazňovat důležitost spolupráce se sestrami v prostředí intenzivní péče. (15)

3. 1 Péče o umírající pacienty na ARO

Komplexní ošetrovatelská péče o umírající a zemřelé patří z profesionálního pohledu mezi nejobtížnější práci sester jak po stránce manažerské, fyzické, psychické, etické, právní, kulturní, sociální i duchovní. Je významnou odbornou ošetrovatelskou činností, protože zajišťuje smrtelně nemocnému uspokojování potřeb fyzických, psychických, sociálních i spirituálních. Je procesem, protože je zařazována mezi kvalitativně vyšší stupeň ošetrovatelské péče. Každý nemocný, zvláště pak umírající, vyžaduje od sestry individuální přístup. (7)

Péče o umírající na ARO je dána specifiky tohoto akutního oddělení. Hluk, prudké světlo a přístroje mohou navodit dojem, že technologie přehluší osobnost pacienta a také vše, co je lidské a emocionální. V kontextu intenzivní péče obvykle

chybí jeden z hlavních principů paliativní péče, a to ten, že pacienti jsou si vědomi toho, že umírají. (15)

Zřetelným projevem vstupu pacienta do finální části života je postupné zhoršování celkového stavu a prohlubování těchto symptomů: slabost a únava, prodlužování periody denního spánku, ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, dezorientace, halucinace, odmítání jídla a pití, nepravidelné a chrčivé dýchání, oligurie až anurie, změny ve vizáži – facies Hippocratica (zešpičatění nosu a brady), mramorovaná kůže atd. (7, 21)

Skutečnost, že pacient se nachází v terminálním stádiu je třeba přiměřeným způsobem sdělit rodině, je-li pacient při vědomí, tak samozřejmě i jemu. I v tomto stádiu má totiž stále zásadní důležitost podpůrná komunikace, jak s umírajícím, tak s jeho blízkými.

Léky k analgosedaci a k mírnění dušnosti, nevolnosti atd. podávat pravidelně a dávky adekvátně upravovat. Je třeba též přehodnotit všechny doposud užívané léky a vysadit ty, které nemají bezprostřední vliv na komfort při umírání. Dále je zapotřebí ukončit rutinní diagnostické a ošetrovatelské postupy: časté odběry krve (na ARO stačí v období terminálního stádia pouze 1x denně), RTG vyšetření, rehabilitaci, pravidelné a často, pro pacienta, nepříjemné polohování. Parenterální či enterální výživa a hydratace jsou indikovány pouze pokud přispívají k zmírnění potíží a k důstojnému umírání. (21)

3.2 Poskytování paliativní péče v podmínkách ARO

Poskytování paliativní a intenzivní péče je v současné době jak laickou, tak i odbornou veřejností stále vnímáno jako protichůdné a odlišné póly současné medicíny. Přes všechny rozdíly v původu oba dva přístupy svým působením zasahují do všech ostatních medicínských oborů. Na první pohled jsou téměř neslučitelné, ale při bližším zkoumání lze u nich nalézt mnoho společného. Jejich subjektem poskytované péče jsou totiž nejvíce nemocní pacienti – primárně ve stavu ohrožení života a většinou s různým stupněm multiorgánového selhání. Navíc prvotní cíl intenzivní péče – záchrana života – jde zároveň s druhým aspektem, a tím je kvalita života pacienta. Zdravotníci poskytující

paliativní péči staví tyto priority v opačném pořadí, nicméně to jen podtrhuje intimní provázání obou přístupů. Na základě uvedených skutečností lze konstatovat, že kvalitní, profesionální a na pacienta orientovaná péče na ARO musí být kombinací obou uvedených přístupů. (21)

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji v chápání a začlenění paliativní péče do intenzivní medicíny. Základním sdíleným cílem obou přístupů je poskytování co nejlepší lékařské a ošetrovatelské péče pacientům s život ohrožujícím onemocněním a traumaty a zajištění profesionální péče a podpory příbuzným pacientů. Paliativní péče tudíž musí být integrální součástí každodenní práce všech zdravotníků na ARO. Je již implementována v rozhodování o příjmu pacientů na tato pracoviště, v průběhu sofistikované léčby zaměřené zejména na orgánovou podporu a v neposlední řadě i v eventuálním rozhodování o intenzitě další léčby. Nelze poskytovat kvalitní a profesionální intenzivní péči bez současné aplikace principů paliativní péče.

Sestry pracující na ARO by měly společně hledat způsoby, jak maximalizovat důstojnost svých pacientů. Modely péče o umírající vycházející z principů paliativní medicíny mohou pomoci i sestrám v intenzivní péči rozšířit jejich definici úspěchu tak, aby zahrnovala nejen záchranu života, ale také zajištění důstojné smrti. To může na oplátku vést ke změně kultury tak, že bude intenzivní péče lépe odpovídat potřebám umírajících pacientů a jejich blízkých. (15, 21)

Podle deskriptivních studií provedených v USA 1 z 5 pacientů, kteří zemřou, byl přijímán na jednotku intenzivní péče. Se stárnutím populace a s využíváním intenzivní péče pro více nemocné pacienty se bude tento počet navyšovat. Proto nelze paliativní a intenzivní péči od sebe separovat. Obě na sebe navazují a v určitém časovém úseku se i překrývají. Mnoha pacientům na jednotkách intenzivní péče je poskytována péče paliativní a je to nedílná součást multioborového profesionálního přístupu zdravotníků.

V intenzivní medicíně hraje důležitou roli třídění nemocných (triage). Pro příjem nemocných na ARO musí platit přísná kritéria. Nelze přijímat pacienty příliš málo nemocné pro tuto úroveň péče, ale ani ty, kteří jsou terminálně nemocní, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče.

Paliativní péče je v intenzivní medicíně využívána zejména v oblasti tzv. end-of-life care, to je péče o pacienty na konci života.

Péče o kriticky nemocného je interdisciplinární. Spolupráce a vzájemná komunikace je klíčová. (21, 28)

Kvalitu poskytované péče na ARO je nutné hodnotit ze dvou základních hledisek. Jaká je úspěšnost v záchraně života a zdraví a jak efektivní je snaha o odstraňování utrpení pacienta. V praxi jsou tyto cíle vyjádřeny poskytováním nejlepší léčebné péče s cílem navrátit život a zdraví či poskytováním paliativní péče zmírňující utrpení pacienta, následky nemoci a v neposlední řadě umožňující důstojné a poklidné umírání.

Řešení etických problémů a otázek by mělo být každodenní součástí práce v intenzivní péči. Situace je komplikována skutečností, že velmi často zdravotní stav a stav vědomí pacientovi neumožňuje aktivní účast na léčebných rozhodnutích. Při zvažování přiměřeného léčebného postupu se někdy dostávají do vzájemného napětí nebo rozporu základní etické principy a hodnoty. Lékař by měl jednat v pacientově nejlepším zájmu. Někdy je konkrétní obsah tohoto „nejlepšího zájmu“ nejasný. Velkou pomocí jsou v této situaci pacientem předem vyjádřené postoje, přání a hodnoty týkající se léčby v závěru života. Právní závaznost takto vyjádřených přání je však v České republice poměrně malá. (21, 28)

3.3 Vzdělávání sester pracujících na ARO v paliativní péči

Úroveň poskytování paliativní péče v naší zemi je podstatně ovlivněna přípravou těch, kteří se na ní podílejí, v našem případě tedy sester pracujících na ARO.

Sestra pracující na ARO by, podle platných zákonů a vyhlášek (zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů) měla mít buď vyšší odborné vzdělání v oboru Diplomovaná všeobecná sestra nebo Diplomovaný zdravotnický záchranář, nebo vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Těmito typy vzdělání získává odbornou způsobilost k profesi všeobecné sestry (popř. zdravotnického záchranáře). (6)

Na vyšších odborných zdravotnických školách se paliativní medicíně většinou vyučuje v předmětech: psychologie, zdravotnická psychologie, etika v ošetrovatelství,

ošetřovatelství v klinických oborech. Ve všech těchto předmětech se ale paliativní péče zmiňuje jen jako okrajový obor. Samostatný předmět v osnovách vyšších zdravotnických škol nenajdeme.

Na vysokých školách, kde se vzdělávají všeobecné sestry či zdravotničtí záchranáři byl v posledních letech zahrnut do osnov předmět paliativní péče. Na některých fakultách vzdělávajících sestry je tento předmět povinný, na jiných pouze povinně volitelný. Témat týkajících se paliativní péče se studenti těchto oborů dotknout i v předmětech: Ošetřovatelská péče o onkologicky nemocné, etika v ošetřovatelství, filozofie v ošetřovatelství, komunikace s nemocným či psychologie.

Sestra (záchranář) bakalářka může od roku 2007 pokračovat ve studiu v navazujícím magisterském programu Specializace ve zdravotnictví, oboru Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovi v Praze a získat tak nejen magisterský titul, ale i specializovanou způsobilost s názvem Sestra pro intenzivní péči. Na tomto typu studia se však s předmětem paliativní péče též nesetkáme. Velmi okrajově je toto téma probíráno v rámci předmětu psychologie – komunikace. (6, 28)

Dále je možno získat specializovanou způsobilost k povolání sestry pracující na ARO studiem oboru Ošetřovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (dříve ARIP), např. v NCONZO v Brně. S paliativní péčí se studenti tohoto oboru setkají jen okrajově, samostatně se tento předmět nevyučuje.

Sestry pracující na ARO mohou dále, v rámci celoživotního vzdělávání, navštěvovat různé konference, semináře či workshopy týkající se paliativní péče a péče o umírající, které pořádá např. již zmíněné NCONZO v Brně, různé nemocnice a hospicová sdružení. Dále si sestra se zájmem o tuto problematiku může přečíst ne jeden zajímavý článek v odborném periodiku (Florence, Sestra, Diagnóza v ošetřovatelství) či se začíst do knih o paliativní péči, kterých v poslední době přibývá. Je tedy mnoho cest k tomu jak získat alespoň základní přehled o paliativní medicíně a o péči o umírající. (6, 26, 28)

II. Empirická část

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit nejčastější pocity sester pracujících na ARO při péči o umírající a zemřelé.

Cíl 2: Zjistit, co sestry nejvíce frustruje při péči o umírající a zemřelé na ARO.

Cíl 3: Zjistit hierarchii potřeb umírajících pacientů z pohledu sester pracujících na ARO.

Cíl 4: Zjistit zájem sester pracujících na ARO o další vzdělávání v oblasti péče o umírající a poskytování paliativní péče na ARO.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry pracující na ARO nejvíce pociťují smutek a tíseň při péči o umírající a zemřelé.

H2: Sestry pracující na ARO více frustruje umírání a smrt mladého člověka než staršího pacienta.

H3: Sestry pracující na ARO jsou nejvíce frustrovány přítomností rodiny při péči o umírající a zemřelé.

H4: Z pohledu sester pracujících na ARO je nejdůležitější uspokojení sociálních potřeb (potřeba přítomnosti blízkých, potřeba nezůstat v okamžiku umírání sám) umírajících.

H5: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejméně uspokojovány spirituální potřeby umírajících.

H6: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejlépe uspokojovány biologické potřeby umírajících.

H7: Sestry pracující na ARO nemají potřebu se dále vzdělávat v oblasti péče o umírající pacienty v intenzivní péči.

2. 3 Metodika výzkumu

2. 3. 1 Metodika

Při sběru dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika sběru dat strukturovaný dotazník. Anonymní dotazník obsahoval 18 otázek (Příloha 1). Z celkového počtu otázek bylo 13 otázek uzavřených, 4 otázky polootevřené a 1 otázka otevřená. U polootevřených otázek mohli respondenti doplnit další možné skutečnosti nebo svůj vlastní názor.

První 4 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, zbylých 14 otázek se vztahovalo k daným hypotézám.

Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce března a dubna 2009 na vybraných anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic. Získaná data byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2003.

2. 3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

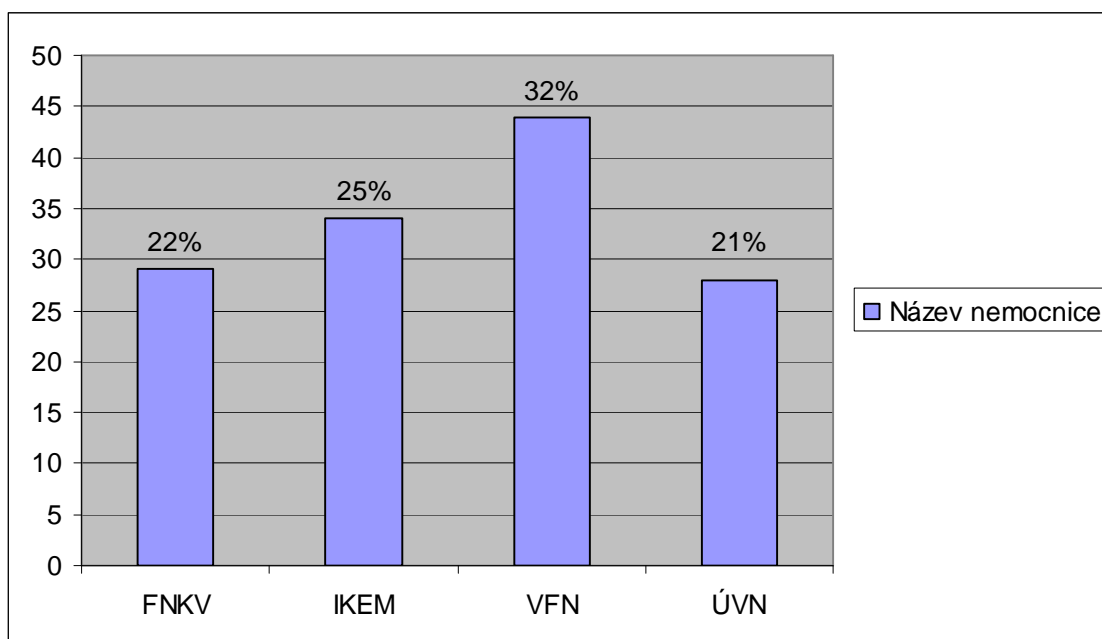
Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na anesteziologicko resuscitačních odděleních ve vybraných pražských nemocnicích (Institut klinické a experimentální medicíny, Všeobecná fakultní nemocnice na Karlově náměstí, Ústřední vojenská nemocnice ve Střešovicích a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady).

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Ze 140 dotazníků, které se vrátily, muselo být 5 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky výzkumu byly tedy zpracovávány na základě 135 kompletně vyplněných dotazníků.

Celková návratnost dotazníků byla 90 %. Takto vysokou návratnost lze vysvětlit osobní účastí při rozdávání i sběru dotazníků a výbornou spoluprací se staničními sestrami příslušných oddělení.

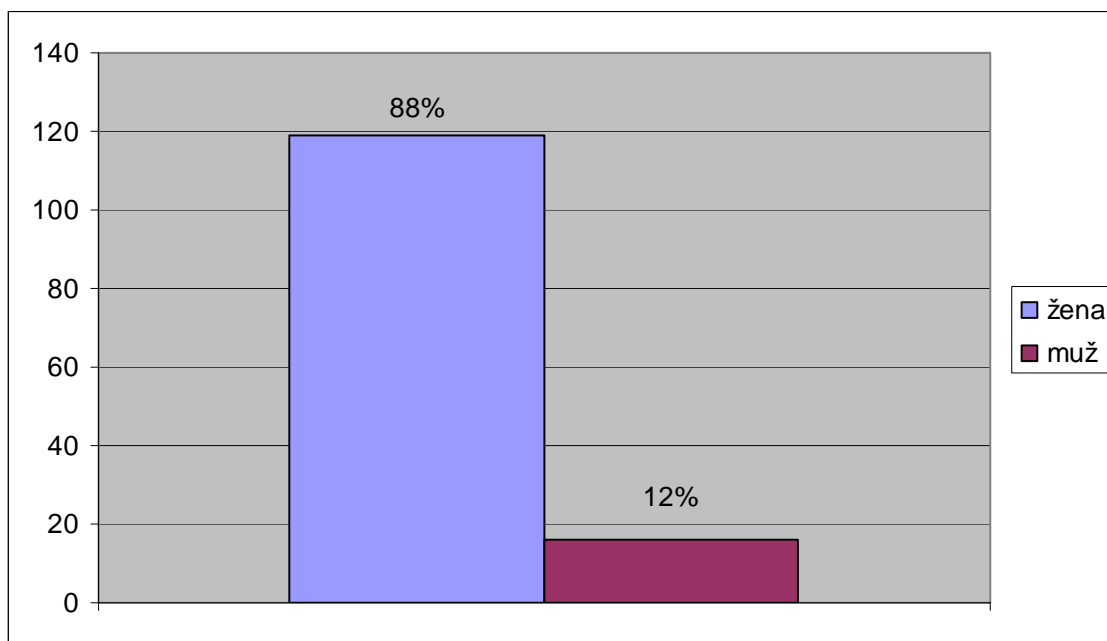
2.4 Výsledky

Graf 1 Pracoviště respondentů



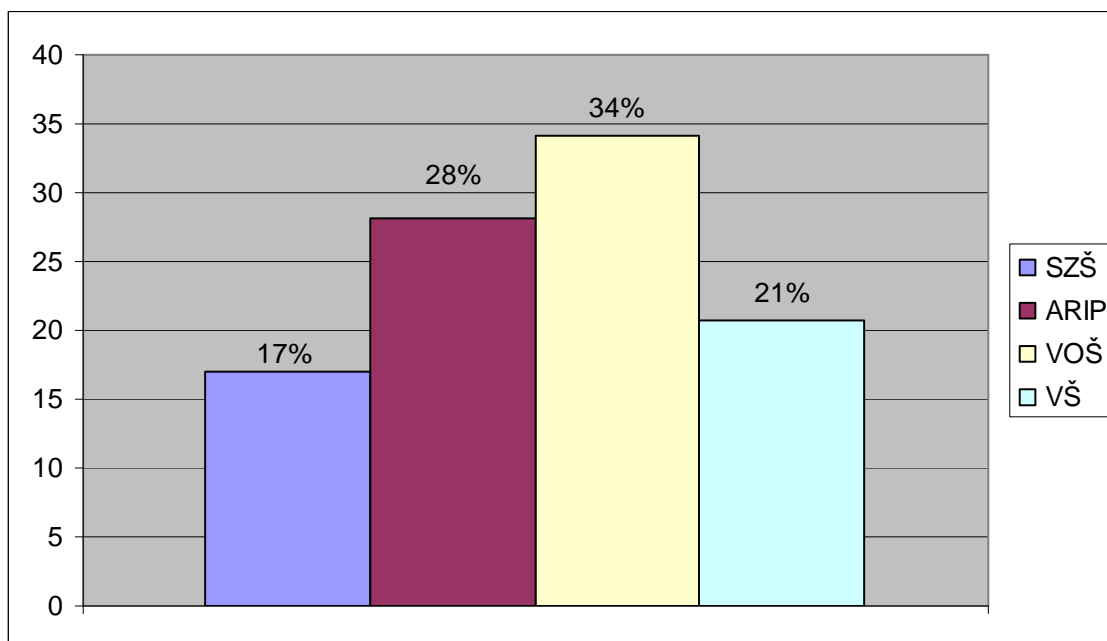
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 29 (22 %) respondentů pracujících ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, 34 (25 %) respondentů pracujících v Institutu klinické a experimentální medicíny, 44 (32 %) respondentů pracujících ve Všeobecné fakultní nemocnici a 28 (21 %) respondentů z Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích.

Graf 2 Pohlaví respondentů



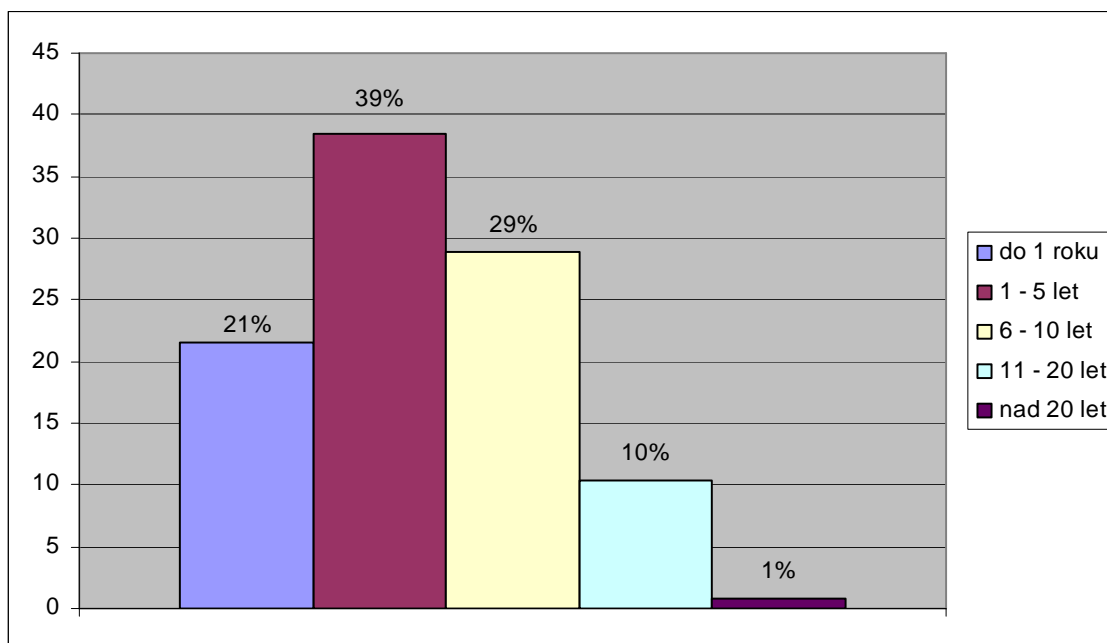
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 119 (88 %) žen a 16 (12 %) mužů.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



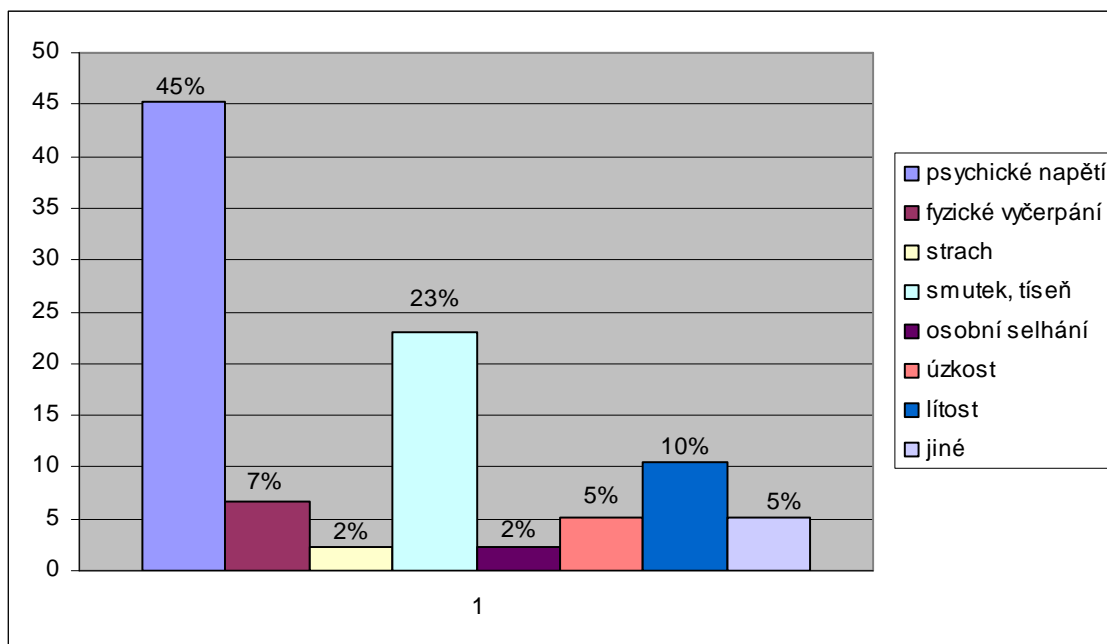
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic má 23 (17 %) střední zdravotnickou školu, 38 (28 %) pomaturitní specializační vzdělání (konkrétně ARIP), 46 (34 %) vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 28 (21 %) respondentů.

Graf 4 Délka praxe na ARO



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic pracuje ve zdravotnictví 29 (21 %) respondentů do 1 roku, 52 (39 %) respondentů 1 až 5 let, 39 (29 %) respondentů od 6 do 10 let, 14 (10 %) respondentů od 11 do 20 let a pouze 1 (1 %) respondent nad 20 let.

Graf 5 Pocity sester při ošetrování umírajících

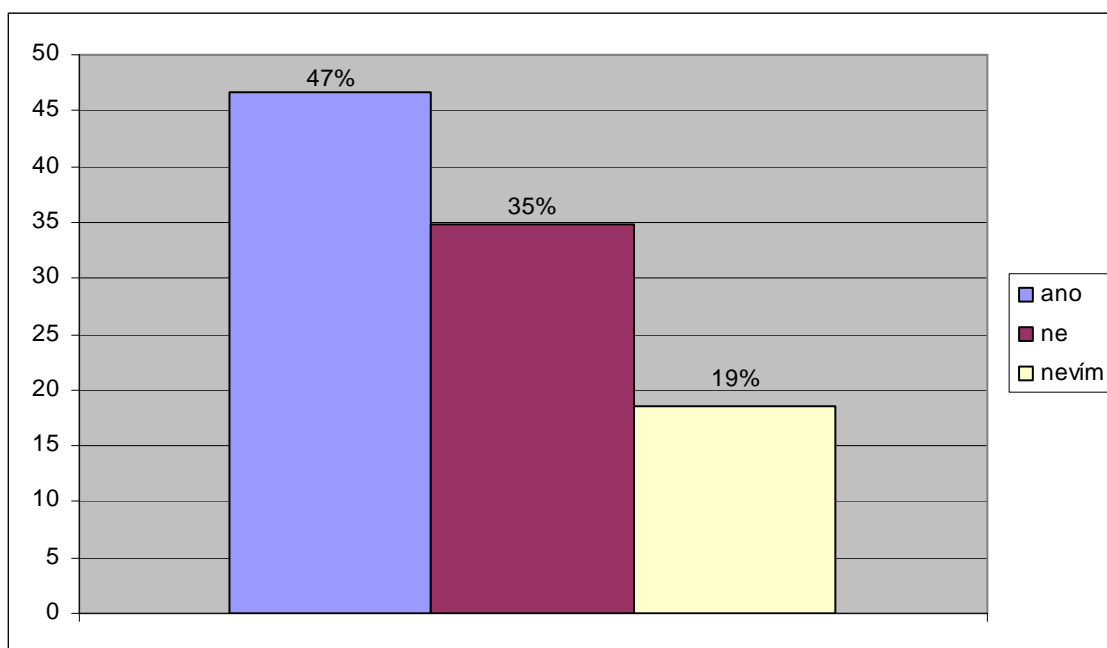


V této otázce měli respondenti možnost napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 135 (100 %) odpovědí od respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic uvedlo 61 (45 %) respondentů, že při ošetrování umírajících pociťují psychické napětí, 9 (7 %) respondentů je fyzicky vyčerpáno, 3 (2 %) respondenti zvolili strach, 31 (23 %) respondentů prožívá smutek a tíseň, 3 (2 %) respondenti pociťují umírání pacienta jako osobní selhání, 7 (5 %) respondentů pociťuje úzkost a 14 (10 %) respondentů zahrlo jako možnost lítost.

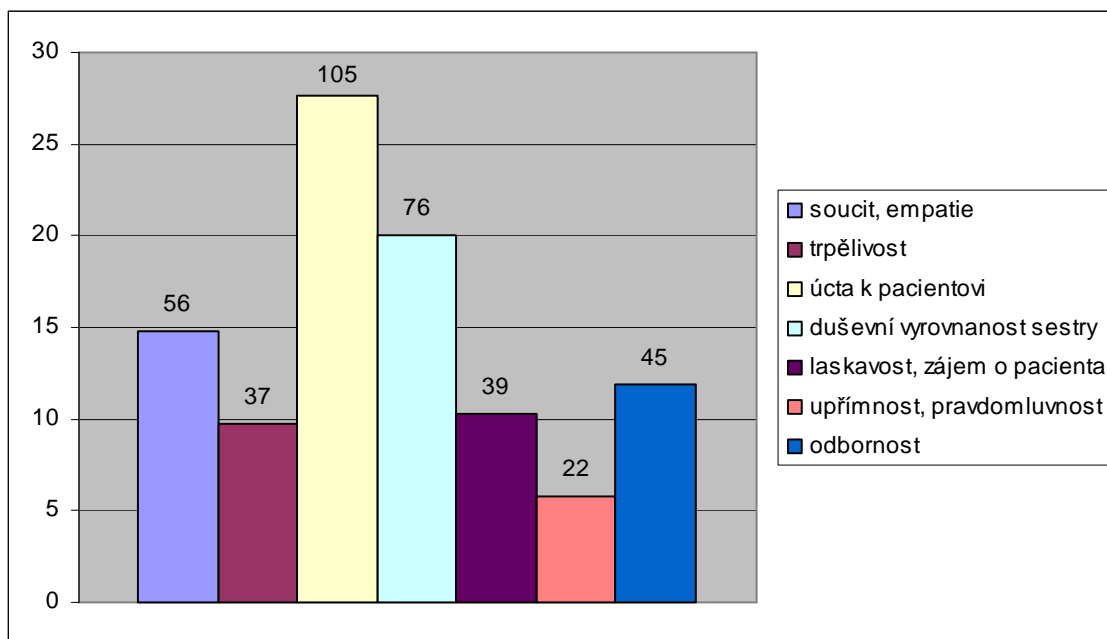
Jakou jinou možnost uvedlo 7 (5 %) respondentů beznaděj, úleva z konce trápení pacienta, čtyři respondenti nepociťují nic a jeden respondent nedovede své pocity popsat.

Graf 6 Změny v prožívání sester při péči o umírající



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic uvedlo 63 (47 %) respondentů, že se jejich pocity při péči o umírající v průběhu let změnily, 47 (35 %) respondentům se jejich prožívání nezměnilo a 25 (19 %) respondentů netuší, zda se v průběhu let jejich prožívání změnilo.

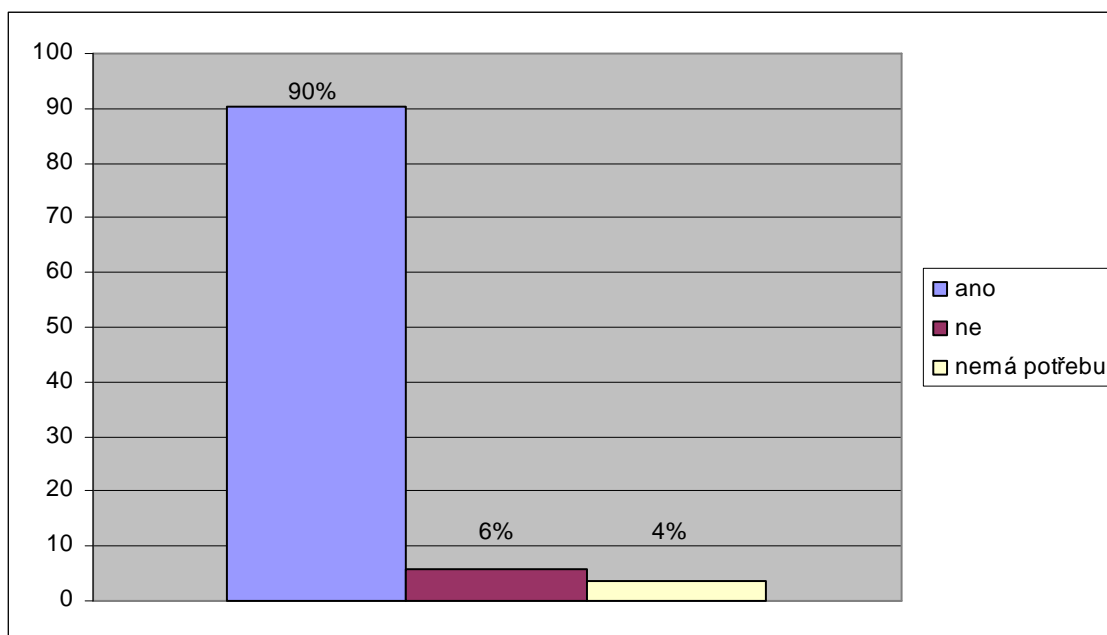
Graf 7 Důležité vlastnosti sestry při ošetřování umírajících



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

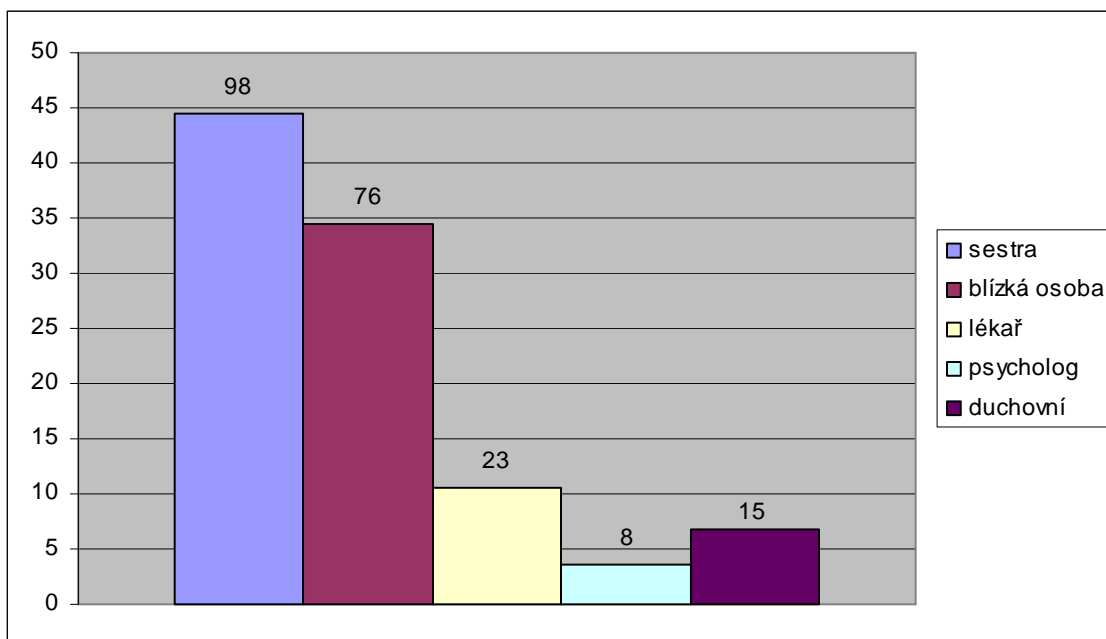
Z celkového počtu 287 odpovědí od respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic uvedlo jako nejdůležitější vlastnost sestry při péči o umírající 105 respondentů úctu k pacientovi, 76 respondentů vyrovnaní se s vlastní smrtí, 56 respondentů soucit a empatii, 45 respondentů odbornost, 39 respondentů laskavost a zájem o pacienta, 37 respondentů trpělivost a 22 respondentů upřímnost a pravdomluvnost. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Graf 8 A Možnost sester pracujících na ARO hovořit o svých pocitech při péči o umírající



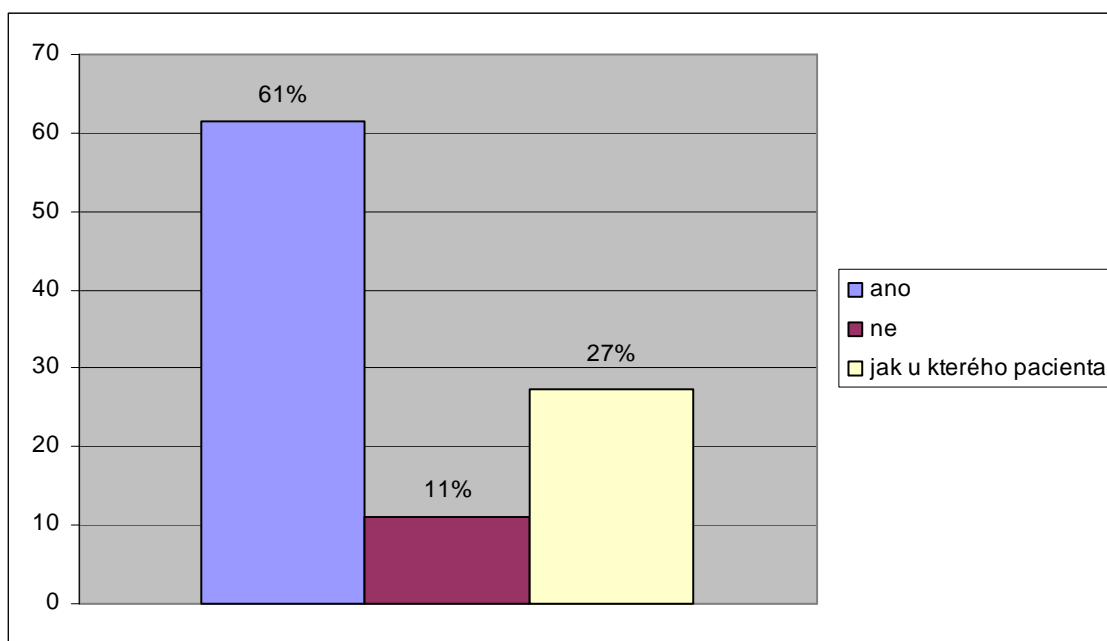
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic má 122 (90 %) respondentů s kým hovořit o svých pocitech a problémech spojených s ošetřováním umírajících a zemřelých, 8 (6 %) respondentů tuto možnost nemá a 5 (4 %) respondentů necítí potřebu s někým o svých pocitech a problémech hovořit.

Graf 8 B Osoby, které naslouchají sestřám



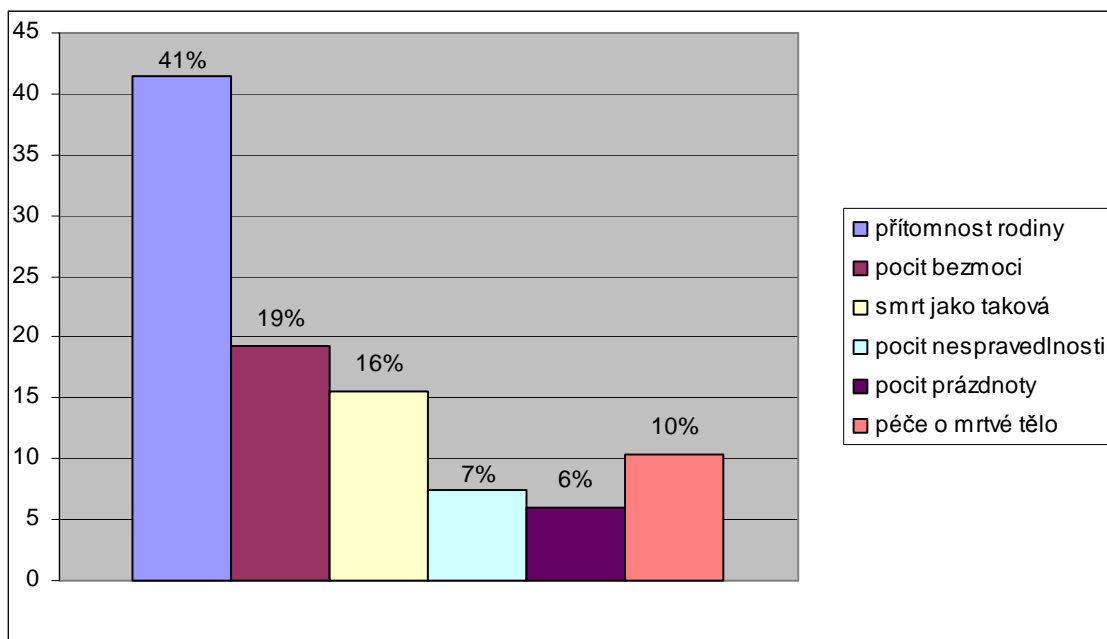
Z celkového počtu 122 respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně může o svých problémech a pocitech spojených s ošetřováním umírajících a zemřelých hovořit s jinou sestrou 98 respondentů, s blízkou osobou (tj. přítel, kamarád, manžel/ka) 76 respondentů, s lékařem 23 respondentů, s psychologem 8 respondentů a s duchovním 15 respondentů. Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů.

Graf 9 Prožívání umírání a smrti mladého člověka z hlediska sester



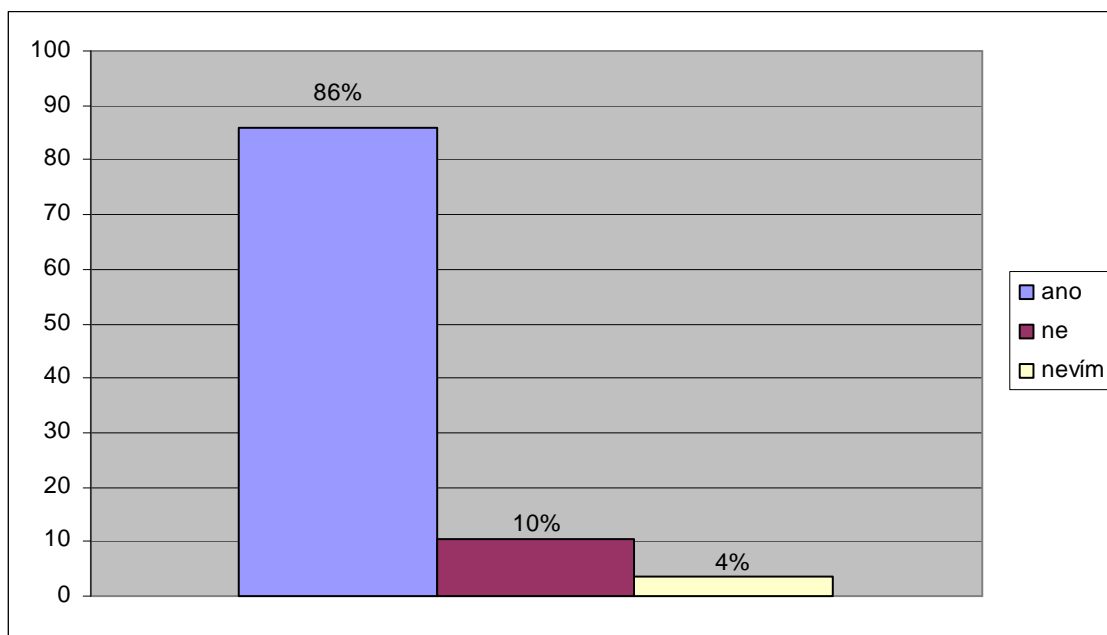
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic uvedlo 83 (61 %) respondentů, že prožívá umírání a smrt mladého člověka hůře než stejnou situaci u staršího pacienta, 15 (11 %) respondentů v umírání mladších a starších pacientů nedělá rozdíly a u 37 (27 %) respondentů prožívání umírání mladého jedince závisí na více okolnostech (např. na délce ošetřování mladého člověka).

Graf 10 Frustrující momenty při péči o umírající a zemřelé z hlediska sester



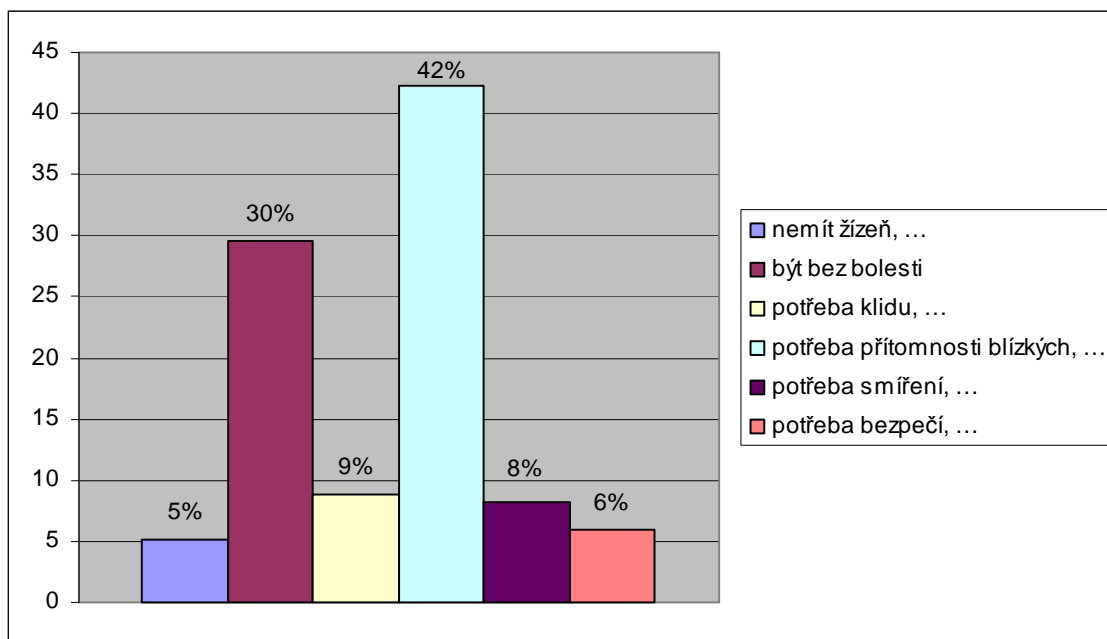
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic nejvíce sester frustruje přítomnost rodiny umírajícího – 56 (41 %) respondentů. 26 (19 %) respondentů frustruje pocit bezmoci, 21 (16 %) respondentů frustruje smrt jako taková a 14 (10 %) respondentů obtěžuje vlastní péče o mrtvé tělo. Pocit nespravedlnosti trápí 10 (7 %) respondentů a pocitem prázdnoty trpí 8 (6 %) respondentů.

Graf 11 Důstojné prostorové podmínky na ARO pro umírající pacienty dle sester



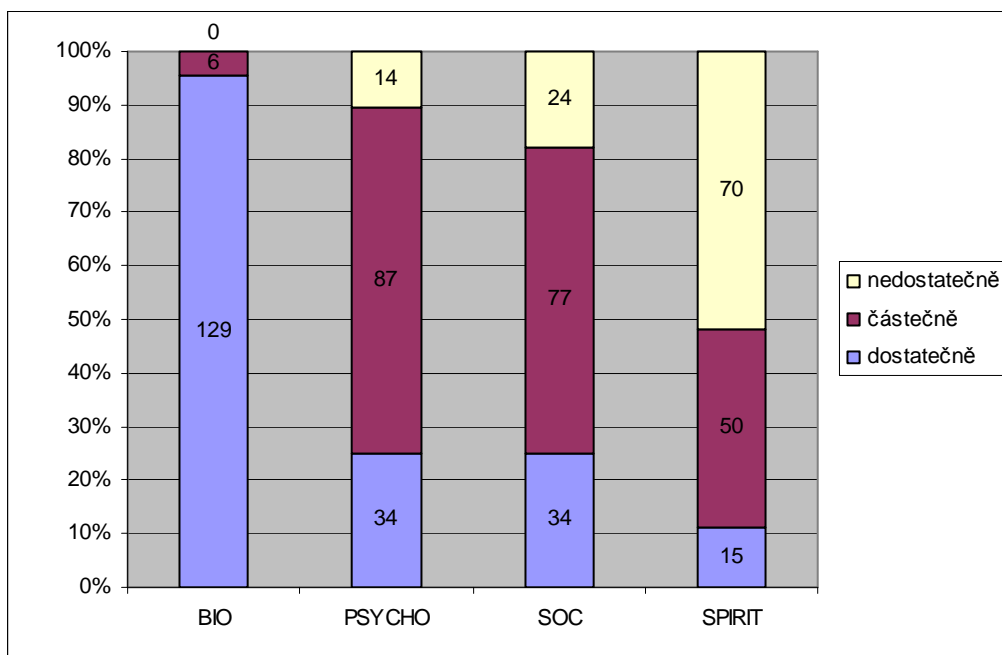
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 116 (86 %) respondentů domnívá, že hluk, nemožnost soukromí atd. mají vliv na důstojné umírání pacienta, 14 (10 %) respondentů si to nemyslí a 5 (4 %) respondentů zvolilo možnost nevím.

Graf 12 Specifické potřeby umírajících z hlediska sester



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic si 57 (42 %) z nich myslí, že nejdůležitějšími potřebami umírajících jsou potřeby sociální, tj. potřeba přítomnosti blízkých a přátel u lůžka atp., 40 (30 %) z nich pokládá za nejdůležitější potřebu být bez bolesti, 12 (9 %) z nich se domnívá, že pro umírající je nejdůležitější potřeba klidu a soukromí, 11 (8 %) z nich si myslí, že jsou to potřeby spirituální, 8 (6 %) respondentů se domnívá, že nejdůležitější je uspokojování potřeby bezpečí a uznání a 7 (5 %) z respondentů se domnívá, že pro umírající pacienty je nejpodstatnější satureování potřeb biologických.

Graf 13 Uspokojování potřeb umírajících pacientů dle sester



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 129 (95 %) respondentů domnívá, že tělesné potřeby jsou saturovány dostatečně, 6 (5 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a žádný z respondentů si nemyslí, že jsou saturovány nedostatečně.

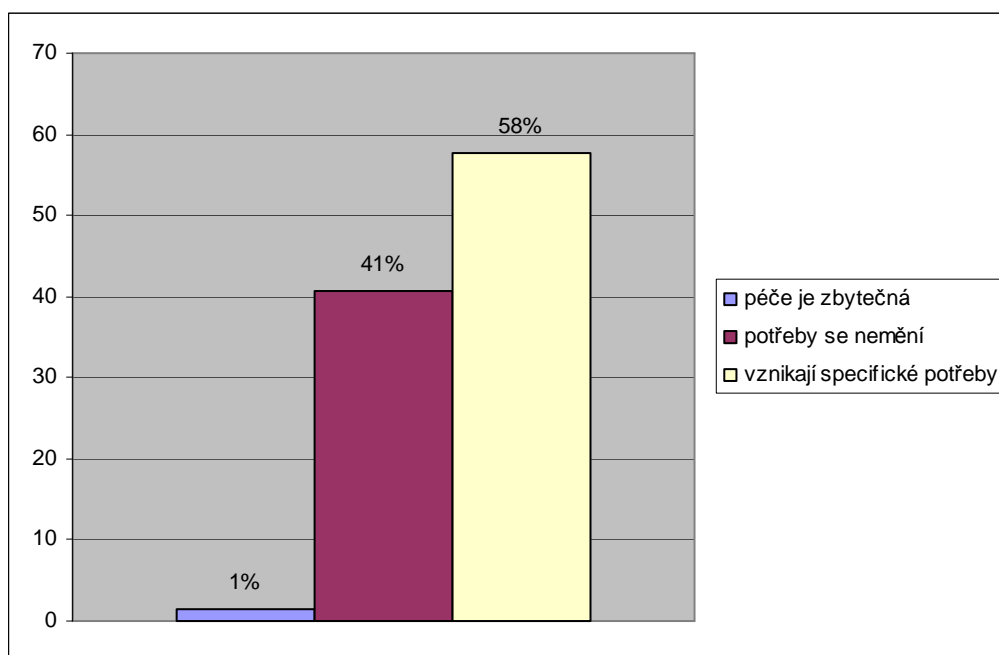
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 34 (25 %) respondentů domnívá, že psychické potřeby jsou saturovány dostatečně, 87 (65 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 14 (10 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 34 (25 %) respondentů domnívá, že

sociální potřeby jsou saturovány dostatečně, 77 (57 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 24 (18 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

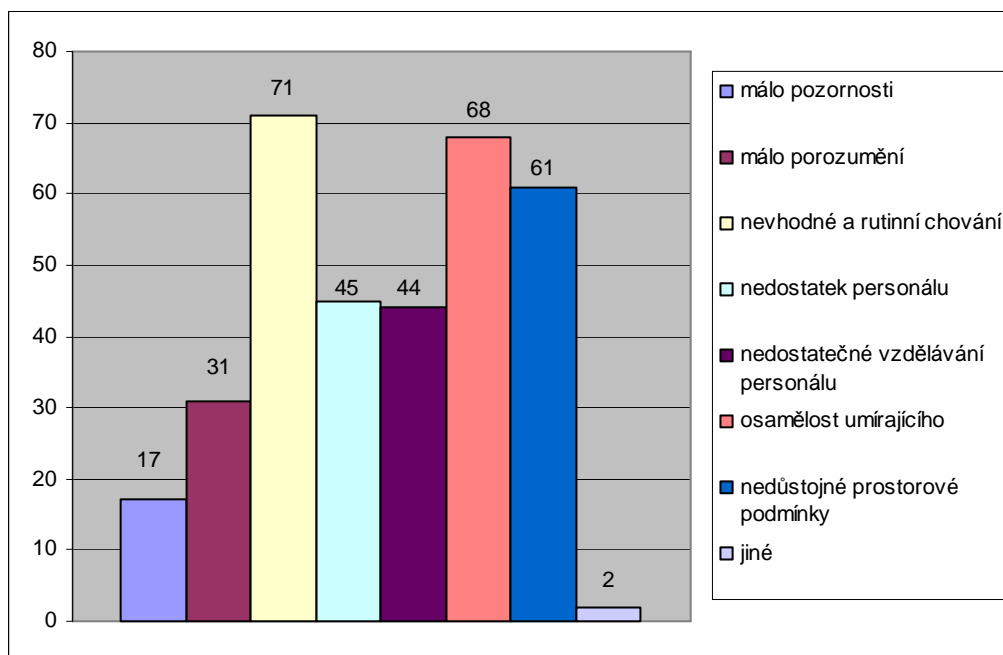
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 15 (11 %) respondentů domnívá, že spirituální potřeby jsou saturovány dostatečně, 50 (37 %) respondentů uvedlo, že jsou saturovány částečně a 70 (52 %) respondentů si myslí, že jsou saturovány nedostatečně.

Graf 14 Poslední dny umírajícího z pohledu sester



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic se 78 (58 %) respondentů domnívá, že v posledních dnech života umírajícího vznikají specifické potřeby, které je třeba aktivně vyhledávat a následně i saturovat, 55 (41 %) respondentů si myslí, že se před smrtí jedince potřeby nemění a 2 (1 %) respondenti jsou přesvědčeni, že veškerá péče je v posledních dnech života víceméně zbytečná.

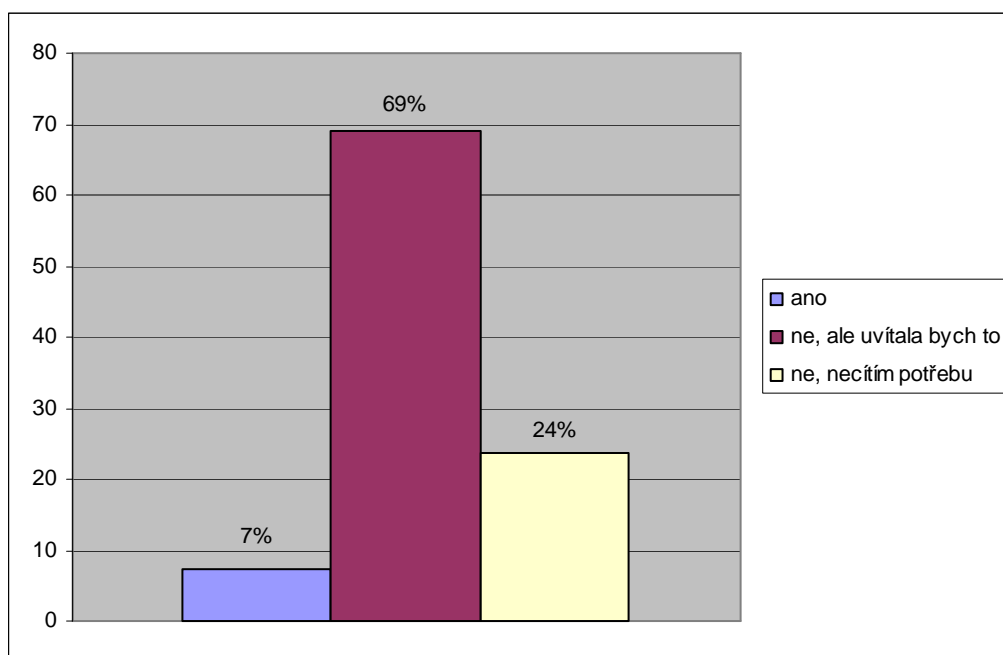
Graf 15 Nedostatky v péči o umírající na ARO dle sester



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

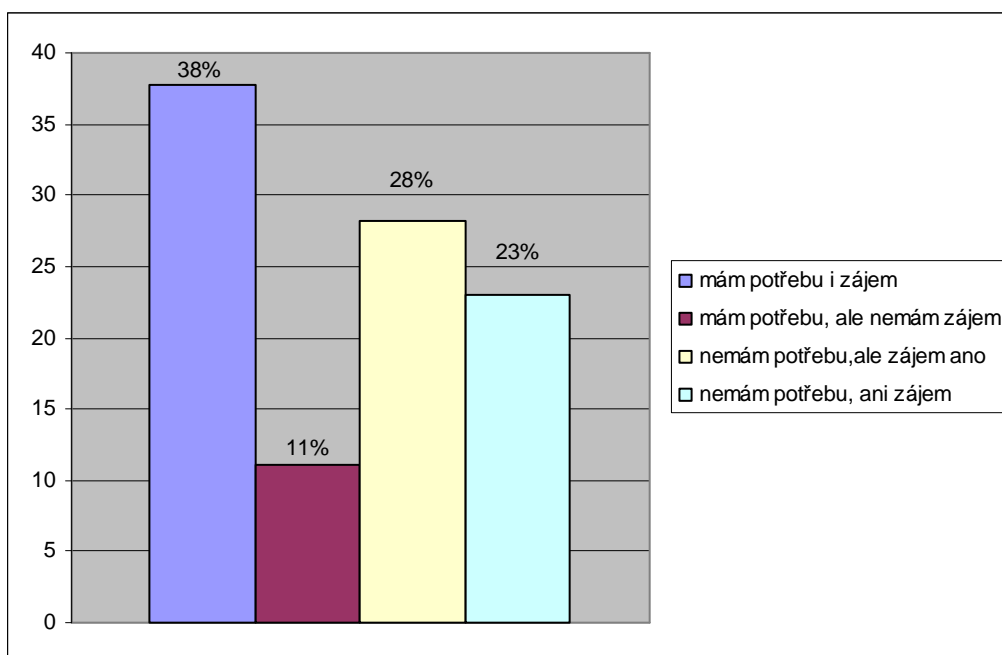
Z celkového počtu 339 odpovědí od respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic uvedlo jako největší nedostatek při péči o umírající 71 respondentů nevhodné a rutinní chování personálu, 68 respondentů osamělost umírajícího a nepřítomnost jeho blízkých u lůžka, 61 respondentů nedůstojné prostorové podmínky na ARO, 45 respondentů nedostatek personálu, 44 respondentů nedostatečné vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče, 31 respondentů málo porozumění v přístupu k umírajícímu a 17 respondentů málo pozornosti ze strany personálu. 2 respondenti si zvolili jinou možnost a to chybějící prostory pro blízké umírajícího a chybějící psychoterapeutickou péči o personál ošetřující umírající.

Graf 16 Poučení sester před nástupem do zaměstnání o péči o umírající



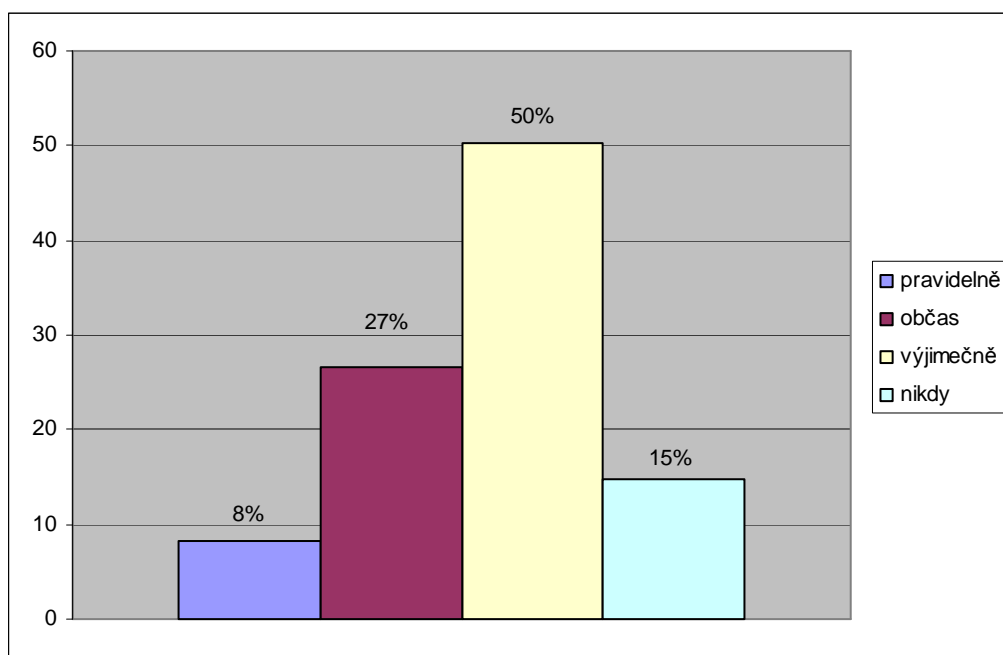
Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic bylo 10 (7 %) respondentů poučeno o péči o umírající, 93 (69 %) respondentů poučeno nebylo, ale uvítali by to a 32 (24 %) respondentů necítí potřebu poučení v péči o umírající.

Graf 17 Možnosti a zájem sester o další vzdělávání v problematice péče o terminálně nemocné pacienty



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic má 51 (38 %) respondentů potřebu i zájem vzdělávat se v péči o umírající, 15 (11 %) respondentů má potřebu, ale nemá zájem, 38 (28 %) nemá potřebu, ale má zájem a 31 (23 %) respondentů nemá možnost, ani zájem o další vzdělávání v problematice péče o umírající.

Graf 18 Studium odborné literatury o péči o umírající z pohledu sester



Z celkového počtu 135 (100 %) respondentů pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních pražských nemocnic si 68 (50 %) respondentů výjimečně vyhledává odbornou literaturu o umírání a paliativní medicíně, 36 (27 %) respondentů toto činí občas, 20 (15 %) respondentů na toto téma nečte nikdy a 11 (8 %) respondentů uvádí, že tuto literaturu vyhledává pravidelně.

3. Diskuze

Prvním cílem mé diplomové práce bylo zjistit nejčastější pocity sester pracujících na ARO při péči o umírající a zemřelé. Druhým cílem mé práce bylo zjistit, co sestry nejvíce frustruje při péči o umírající a zemřelé na ARO. Třetím cílem diplomové práce bylo zjistit hierarchii potřeb umírajících pacientů z pohledu sester pracujících na ARO. Posledním, čtvrtým cílem bylo zjistit zájem sester pracujících na ARO o další vzdělávání v oblasti péče o umírající a poskytování paliativní péče na ARO. Všechny cíle práce byly splněny.

Za účelem ověření hypotéz byly rozdány sestrám na anesteziologicko resuscitačních odděleních ve vybraných pražských nemocnicích anonymní strukturované dotazníky (viz Příloha 1).

První 4 otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (viz graf 1, 2, 3 a 4). Druhá otázka v dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Nikoho asi nepřekvapí, že v převážné většině se jedná o ženské pohlaví (88 %). Přesto se našlo 16 „statečných“ mužů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili. V posledních letech jejich počet na ARO a intenzivních lůžkách roste, což je podle mého názoru dáno i tím, že zdravotníci záchranáři mohou pracovat na odděleních tohoto typu.

Přesné vzdělávací zařazení a délka odborné praxe respondentů zjišťována nebyla, respondenti zahrávali pouze příslušnou kategorii s nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou odborné praxe. U sester pracujících na resuscitačních odděleních mě překvapilo, že naprostá většina z nich pracuje na tomto náročném pracovišti méně než 1 rok. Naopak déle než 20 let na tomto exponovaném pracovišti pracuje ze 135 (100 %) respondentů pouze jedna sestra.

Potěšujícím zjištěním pro mě bylo, že pouze malá část z respondentů má jen střední zdravotnickou školu (17 %), neboť je anesteziologie a intenzivní medicína jako obor extrémně náročná na znalosti a technické dovednosti sester.

Zbývající počet sester studuje či má dokončené specializační vzdělání (28 %), 34 % sester má vyšší odborné vzdělání zdravotnického směru a 21 % respondentů má ukončené vysokoškolské vzdělání, což je podle mě pro práci na tomto náročném

oddělení velice důležité.

Okamžik smrti člověka vyvolá u každého z nás jiné pocity (viz graf 5). Psychické napětí prožívá při ošetřování umírajících 61 (45 %) sester pracujících na anesteziologicko resuscitačních odděleních. Velký počet sester (31) též v dotaznících uvádí, že nejčastěji prožívají při umírání a smrti člověka smutek a tíseň a to především v souvislosti s umíráním mladých lidí. Zde by sestry neměly opomenout riziko vzniku syndromu emočního vyčerpání. Na místě je proto duševní hygiena sestry a prevence syndromu vyhoření. (10)

Na základě těchto výsledků nebyla potvrzena první hypotéza - *H1: Sestry pracující na ARO nejvíce pociťují smutek a tíseň při péči o umírající a zemřelé*, v níž jsem se mylně domnívala, že sestry více pociťují smutek a tíseň, kdež to ony, podle výsledků průzkumného šetření více pociťují psychické napětí.

Je všeobecně známé a odbornou literaturou potvrzené, že city člověka se v průběhu jeho života mění a vyvíjí. Proto jsem v následující otázce (viz graf 6) zjišťovala, zda je tomu tak i u respondentů. 63 respondentů souhlasí s dostupnou literaturou, 47 respondentů žádný vývoj svých pocitů nezaznamenalo.

Nestorka českého hospicového hnutí Marie Svatošová a její kolegyně a kolegyně ve svých pracích a na svých přednáškách velmi často uvádějí, že jednou z nejdůležitějších vlastností sestry při péči o umírající je její duševní vyrovnanost včetně jejího vyrovnání se s vlastní smrtelností. (3, 7, 22, 29) Proto jsem byla mile překvapena po sečtení všech odpovědí u této kategorie (viz graf 7). Oproti šetření (Pfefferová – *Specifika ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné v terminálním stádiu*), které jsem prováděla v roce 2007 ve vybraných hospicích, odděleních následné péče a onkologických odděleních v ČR, kde jsem se sester ptala na stejnou otázku, se výsledky znatelně zlepšily. Až 76 sester pracujících na ARO se domnívá, že duševní vyrovnanost sestry a potažmo vyrovnanost s vlastní smrtelností je jednou z nejdůležitějších vlastností sestry pečující o umírající a zemřelé. V roce 2007 sestry pracující ve vybraných hospicích, kde se sestry velmi pečlivě vybírají a vyrovnání se s vlastní smrtelností je jedním z hlavních kritérií pro jejich přijetí do hospice, odpovědělo jen 20 sester, že tuto vlastnost pokládají za nejdůležitější při ošetřování

umírajících.

Je velmi potěšující, že převážná většina sester (90 %) pracujících na ARO uvedla, že mají možnost i potřebu o svých pocitech a popřípadě i problémech spojených s ošetřováním umírajících a zemřelých hovořit (viz graf 8A). Nejčastěji sestry hovoří s jinou sestrou či se svým blízkým, ať už se jedná o manžela/ku či blízkého přítele. Mezi další odborníky, se kterými mohou sestry hovořit uváděly lékaře (23), duchovního (15), méně pak psychologa (8). Pouze 5 respondentů uvedlo, že nemají potřebu o takto závažném prožitku s nikým hovořit, což může být dáno i povahou člověka (viz graf 8B).

Umírání a smrt mladého člověka je jistě jedním z nejhorších zážitků pro všechny lékařský i nelékařský personál. Vyrovnání se s touto skutečností je nesmírně bolestné pro příbuzné mladého člověka, ale i pro ošetřující personál. Proto jsem se v otázce číslo 9 ptala respondentů, zda prožívají umírání a smrt mladého člověka hůře než stejnou situaci u staršího pacienta. Jak jsem předpokládala až 88 % respondentů tyto situace rozlišuje (viz graf 9). Tímto došlo k potvrzení druhé hypotézy – *H2: Sestry pracující na ARO více frustruje umírání a smrt mladého člověka než staršího pacienta.*

Dle světové zdravotnické organizace je právě rodina základní jednotkou paliativní péče. Přesto je pro sestry pracující na ARO nejvíce frustrující právě její přítomnost u lůžka umírajícího (viz graf 10). Tak byla potvrzena i třetí hypotéza – *H3: Sestry pracující na ARO jsou nejvíce frustrovány přítomností rodiny a blízkých umírajícího.* Sestra na tomto oddělení se s umírajícími a jejich blízkými setkává poměrně často. Proto je důležité, aby znala zásady komunikace s umírajícími a nevyhýbala se rozhovorům s těmito pacienty a jejich doprovázejícími. Rozhovor s příbuznými umírajícího je velice náročný a vyžaduje velkou dávku profesionality a umění komunikace. Jak uvádí odborná literatura, dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi sestrou, umírajícím a jeho blízkými. (1, 10, 25)

Ještě stále je více těch pacientů, jejichž život končí v nemocnici, což potvrzují i výsledky výzkumu hospicového občanského sdružení Cesta domů z roku 2004. (19) Průzkum ukázal, že přes 70 % všech úmrtí v ČR nastává v nemocnici. V hospicích a i v některých nemocnicích v naší republice jsou již vybudovány vhodné prostory pro

umírající a jejich blízké. Anesteziologicko resuscitační oddělení jsou natolik specifickými pracovišti, že většinou není možné naplnit u zdejších umírajících potřebu soukromí, klidu a ticha, neboť jsou tyto jednotky přeplněné různými blikajícími a houkajícími přístroji, které ostatní nemocné, potažmo i umírající udržují při životě. Stejně tak tento problém mohou vnímat i doprovázející umírajícího na ARO. Proto se v současné době uvažuje o vytvoření jakýchsi místností pro blízké umírajících, kde by měli možnost klidu, soukromí a truchlení. To, že na důstojné umírání pacienta mají vliv prostorové a jiné specifické podmínky na ARO se mi potvrdilo v následující otázce, kde se mnou souhlasí 86 % respondentů (viz graf 11).

Umírající potřebuje nejen profesionální pomoc, ale hlavně fyzickou přítomnost rodiny a svých blízkých a to i pacient na ARO. Domnívám se, že v dnešní době již snad neexistují ARO, která neumožňují blízkým umírajícího strávit u jeho lůžka tolik času, kolik potřebují. Z mého výzkumu vyplývá, že 42 % respondentů si uvědomuje, že přítomnost rodiny a blízkých umírajícího – tedy potřeba nezůstat v okamžiku umírání sám – je jednou z nejdůležitějších potřeb umírajícího člověka (viz graf 12). Navíc má umírající na tuto „službu“, dle Charty práv umírajících (viz Příloha 2), nárok. Tím se mi potvrdila i čtvrtá hypotéza – *H4: Z pohledu sester pracujících na ARO je nejdůležitější uspokojení sociálních potřeb umírajících.*

Sláma ve své práci Symptomy terminální fáze a jejich léčba zdůrazňuje, stejně jako řada dalších renomovaných autorů, kteří se zabývají touto tematikou, že nesnesitelná bolest v terminálním stádiu je poměrně vzácná, což je dáno pacientovou minimální pohybovou aktivitou a medikamentózním tlumením bolesti či přímo analgosedací. (15, 20, 26) Přesto si 40 ze 135 sester pracujících na ARO myslí, že pacient trpí nesnesitelnou bolestí a tu je třeba prioritně zvládat.

Není pochyb o tom, že v dnešní době je o biologické potřeby umírajících dobře postaráno na většině ARO. Toto své tvrzení podkládám výsledky svého výzkumu, kdy 129 (95 %) sester pracujících na resuscitačních odděleních vybraných pražských nemocnic uvedlo, že o biologické potřeby je v jejich zařízení postaráno dostatečně (viz graf 13). K potvrzení hypotézy šest – *H6: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejlépe uspokojovány biologické potřeby umírajících* se vztahovala otázka číslo 13.

Každá sestra by měla vědět, že v terminální fázi onemocnění vystupují spirituální potřeby do popředí více než potřeby biologické. Nenaplněnost těchto potřeb může vést až ke stavu duchovní tísně. Tento stav je ošetřovatelským problémem a tedy i ošetřovatelskou diagnózou. (13, 16, 22, 23, 29) Přes všechny tyto informace uvedla naprostá většina sester z ARO (70), že tyto potřeby saturují u umírajících nedostatečně. Tak se mi potvrdila další, pátá hypotéza - *H5: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejméně uspokojovány spirituální potřeby umírajících.*

Umírající člověk má vedle svých běžných potřeb i potřeby bezprostředně související s umíráním a smrtí. Nezbytnou součástí komplexní ošetřovatelské péče je vyhledávání a uspokojování těchto potřeb. S uspokojováním těchto potřeb se však musí začít už v preterminálním stádiu onemocnění. (16, 22, 23, 29) Této oblasti jsem se věnovala v poslední části dotazníku (viz graf 14). Na otázku jak sestry vidí poslední dny umírajícího člověka odpovědělo 78 (58 %) respondentů, že u umírajících vznikají specifické potřeby, které je třeba vyhledávat a následně saturovat. Našli se i 2 jedinci, kteří jsou přesvědčeni, že veškerá ošetřovatelská péče je v tomto období zbytečná.

Předposlední otázka v dotazníku se týkala zájmu a potřeby sester dále se vzdělávat v problematice umírání a v péči o umírající pacienty (viz graf 17). Je pozitivní, že 51 sester ze 135 uvedlo, že o další vzdělávání má zájem i potřebu. Protipólem jsou odpovědi 31 sester, že o tuto problematiku nemají ani zájem, a navíc prý ani nemají potřebu navštěvovat tyto vzdělávací akce, což potvrzuje mou domněnku, že sestry na těchto odděleních mají menší zájem se dále vzdělávat v oblasti paliativní péče než například sestry pracující v hospicích. Pokud tyto sestry opravdu nemohou dané semináře navštěvovat, mělo by pro ně být samozřejmostí samostudium odborné literatury. Na to, zda sestry vyhledávají odbornou literaturu na téma umírání a paliativní medicína jsem se jich ptala v poslední otázce daného dotazníku (viz graf 18). Převážná většina tázaných sester čte tuto, dle mého názoru zajímavou a přínosnou literaturu pouze výjimečně a 15 % respondentů nikdy! Přesto by - dle mého názoru - každá sestra měla znát základní literaturu na téma umírání a smrti, za kterou lze považovat knihu *Thanatologie* od prof. Haškovcové. (4) Těmito posledními otázkami se mi potvrdila i

poslední hypotéza - *H7: Sestry pracující na ARO nemají potřebu se dále vzdělávat v oblasti péče o umírající pacienty v intenzivní péči.*

Aktuálnost tématu této diplomové práce spočívá v každoročním přibývání úmrtí, což je dáno stárnutím populace, ale i zvyšujícím se výskytem nádorových a kardiovaskulárních onemocnění ve stále mladším věku. Potažmo stále narůstají také úmrtí z úrazových příčin nebo v důsledku nedokonaných sebevražd. S těmito pacienty - umírajícími se proto, při své práci na ARO, budeme stále častěji setkávat a proto je třeba se na tuto část naší práce připravit. Doufám, že svou prací pomohu přispět ke zpřehlednění a k odtabuizování tohoto tématu, které je sestráům pracujícím v resuscitační péči velice blízké.

4. Závěr

Diplomová práce se v celém svém obsahu zabývá problematikou umírání a smrti a to z pohledu sester pracujících na ARO.

Prvním cílem mé diplomové práce bylo zjistit nejčastější pocity sester pracujících na ARO při péči o umírající a zemřelé. Cíl práce byl splněn.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, co sestry nejvíce frustruje při péči o umírající a zemřelé na ARO. I tento cíl práce byl splněn.

Třetím cílem mé diplomové práce bylo zjistit hierarchii potřeb umírajících pacientů z pohledu sester pracujících na ARO. Cíl práce byl splněn.

Čtvrtým cílem mé práce bylo zjistit zájem sester pracujících na ARO o další vzdělávání v oblasti péče o umírající a poskytování paliativní péče na ARO. I poslední cíl práce byl splněn.

V rámci výzkumné části práce bylo stanoveno následujících sedm hypotéz.

Hypotéza 1: Sestry pracující na ARO nejvíce pociťují smutek a tíseň při péči o umírající a zemřelé. Hypotéza nebyla potvrzena. Hypotéza 2: Sestry pracující na ARO více frustruje umírání a smrt mladého člověka než staršího pacienta. Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 3: Sestry pracující na ARO jsou nejvíce frustrovány přítomností rodiny a blízkých umírajícího. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4: Z pohledu sester pracujících na ARO je nejdůležitější uspokojení sociálních potřeb (potřeba přítomnosti blízkých, potřeba nezůstat v okamžiku umírání sám) umírajících. Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 5: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejméně uspokojovány spirituální potřeby umírajících. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 6: Z pohledu sester pracujících na ARO jsou nejlépe uspokojovány biologické potřeby umírajících. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 7: Sestry pracující na ARO nemají potřebu se dále vzdělávat v oblasti péče o umírající pacienty v intenzivní péči. Hypotéza byla potvrzena.

Práce se svým obsahem snaží přispět k odtabuizování a ke zpřehlednění tématu umírání a smrti a to jak pro odbornou zdravotnickou veřejnost, tak popřípadě i pro zaujaté laiky.

Proto ji lze využít i jako podklad pro další vzdělávání sester pracujících na ARO, kterých se problematika paliativní péče určitě týká.

Myslím, že tato práce, a hlavně její praktická část by mohla čtenáře přivést k zamyšlení nad tímto neprávem okrajovým tématem a nás sestry ke zpytování svědomí, zda se vždy chováme podle zásad Charty práv umírajících pacientů, podle svého svědomí a podle potřeb umírajícího pacienta.

5. Seznam použité literatury

1. DYTRYCHOVÁ D. Sestra v paliativní péči. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 26. ISSN 1210-0404.
2. FRANKL V. *Lékařská péče o duši*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
3. HAŠKOVCOVÁ H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
4. HAŠKOVCOVÁ H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 80-7262-471-3.
5. JAROŠOVÁ D., RŮŽIČKOVÁ R. Umírání z pohledu sestry. 1. vyd. Ostrava: OU, ZSF, 2001. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.
6. KAPOUNOVÁ G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 80-247-1830-9.
7. KELNAROVÁ J. *Tanatologie v ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 80-85763-36-2.
8. KNETL J. *Péče o nemocné v terminálním stádiu*. České Budějovice, 2004. 40 s. Ročníková práce na ZSF JU.
9. KOMÍNKOVÁ H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 20-21. ISSN 1212-0404.

10. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. KÜBLER-ROSS E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-85878-95-X.
12. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
13. MAŠÁT V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 3-4. ISSN 1801-1349.
14. MUNZAROVÁ M. *Eutanázie nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
15. O'CONNOR M., ARANDA S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
16. OPATRNÁ M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 5-8. ISSN 1801-1349.
17. Paliativní medicína a umírání. Autor neveden. [on line] aktualizace nevedena. [cit 2006-01-2]. Dostupné <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>
18. POHUNKOVÁ D. Etické aspekty péče o terminálně nemocné. In: Sborník přednášek. *6. den Hospice Litoměřice*. Litoměřice: , 2006, s. 4.
19. SLÁMA O. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

20. SLÁMA O. *Symptomy terminální fáze a jejich léčba*. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2006-01-12].
Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/data/symptomy.rtf>>
21. SLÁMA O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 80-7262-505-5.
22. SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dop. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
23. ŠIMEK J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 2. ISSN 1801-1349.
24. TRACHTOVÁ E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
25. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VORLÍČEK J. et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 480 s. ISBN 80-247-0279-7.
27. VYMĚTAL J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
28. ZADÁK Z. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 80-247-2099-9.
29. ZERHAU L. Spirituální péče u terminálně nemocných. In: *Sborník přednášek. 6. den Hospice Litoměřice*. Litoměřice: 2006, s.6.

6. Seznam použitých zkratek

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

CŽK – Centrální žilní kanyla

ETK – Endotracheální kanyla

ICP – Intrakraniální tlak (intracranial pressure)

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

NGS – Nazogastrická sonda

NJS – Nazojejunální sonda

PMK – Permanentní močový katétr

PŽK – Periferní žilní kanyla

TSK – Tracheostomická kanyla

7. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Charta práv umírajících

Příloha 3 – Standard ošetrovatelské péče o zemřelé tělo v IKEM

Příloha 4 – List o prohlídce mrtvého

Příloha 5 – Průvodní list ke klinické pitvě dospělých