

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

Umírání a smrt z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků

Bakalářská práce

Autor práce: **Šárka Klokočková**

Vedoucí práce: **PhDr. Michaela Schneiderová**

Odborný konzultant: **Mgr. Katarina Flaková**

2011

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

Dying and death from health care professionals perspective

Bachelor's thesis

Author: **Šárka Klokočková**

Supervisor: **PhDr. Michaela Schneiderová**

Special consultant: **Mgr. Katarina Fláková**

2011

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

V Hradci Králové dne 29. 9.2011

.....

Ráda bych tímto poděkovala **PhDr. Michaela Schneiderové** a **Mgr. Katarině Flákové** za jejich cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 7 |
| 1 UMÍRÁNÍ A SMRT | 10 |
| 1.1 VYMEZENÍ POJMŮ UMÍRÁNÍ..... | 10 |
| 1.1.1 <i>Proces umírání</i> | 10 |
| 1.2 VYMEZENÍ POJMŮ SMRT | 11 |
| 1.2.1 <i>Smrt z hlediska různých světových kultur</i> | 13 |
| 1.2.2 <i>Vědomí blízkosti smrti</i> | 14 |
| 1.2.3 <i>Život po životě</i> | 14 |
| 1.2.4 <i>Potřeby umírajících</i> | 15 |
| 1.3 STÁDIA UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER ROSSOVÉ..... | 20 |
| 2 ZÁRMUTEK | 23 |
| 2.1 POZŮSTALÝ A ZÁRMUTEK..... | 23 |
| 2.2 EMOCE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PŘI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O UMÍRAJÍCÍ A ZEMŘELÉ | 25 |
| 2.2.1 <i>Morální distress</i> | 26 |
| 2.2.2 <i>Respitní péče</i> | 27 |
| 3 ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ ... 28 | 28 |
| 3.1 EUTANÁZIE | 28 |
| 3.2 DYSTANÁZIE | 29 |
| 3.3 INFORMOVANOST PACIENTŮ..... | 29 |
| 3.4 DŮSTOJNÁ A DOBRÁ SMRT..... | 30 |
| 4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE 32 | 32 |
| 5 ZKOUMANÉ OKRUHY PROBLÉMŮ | 36 |
| 5.1 HLAVNÍ CÍL | 36 |
| 5.2 DÍLČÍ CÍLE | 36 |
| 5.3 METODIKA VÝZKUMU | 36 |
| 5.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 37 |
| 5.5 VÝSLEDKY DEMOGRAFICKÉ ČÁSTI DOTAZNÍKU | 38 |
| 6 DISKUZE | 65 |

| | |
|---|-----------|
| 6.1 DÍLČÍ CÍL Č. 1 ZMAPOVAT NEJČASTĚJŠÍ PROBLEMATICKÉ SITUACE VYSKYTUJÍCÍ SE PŘI PÉČI O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY Z POHLEDU NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ (NLZP)..... | 65 |
| 6.2 DÍLČÍ CÍL Č. 2 ZMAPOVAT ZKUŠENOSTI NLZP S PROBLEMATIKOU UMÍRÁNÍ A SMRTI..... | 66 |
| 6.3 DÍLČÍ CÍL Č. 3 ZJISTIT, ZDA MÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ VLIV NA SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ SMRTI..... | 66 |
| 6.4 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA | 67 |
| ZÁVĚR | 68 |
| 7 LITERATURA..... | 71 |
| 8 SEZNAM ZKRATEK | 74 |
| 9 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK..... | 75 |
| 10 PŘÍLOHA Č. 1..... | 78 |
| 11 PŘÍLOHA Č. 2..... | 82 |
| 12 PŘÍLOHA Č. 3..... | 83 |
| 13 PŘÍLOHA Č. 4..... | 89 |

Úvod

Umírání a smrt jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila z důvodu své osobní zkušenosti s umíráním a smrtí mé sestry. Její smrt mě hluboce zasáhla, avšak z hlediska mého profesního růstu měla pozitivní vliv na mou schopnost empatie nejen vůči pacientům, jejich blízkým, ale také mým kolegům a kolegyním. Situace, kdy byli zdravotničtí pracovníci s umíráním a smrtí konfrontováni, jsem začala více sledovat.

Je snahou připravit budoucí zdravotnické pracovníky během studia na skutečnost, že se s umíráním a smrtí ve své praxi setkají. To, že zdravotničtí pracovníci se necítí být na tato setkání připraveni, ukázal i rozsáhlý výzkumný projekt realizovaný v programu Public Health Open Society Praha v roce 2001. Tento projekt byl zaměřen na podporu paliativní péče. Iniciovalo ho občanské sdružení Cesta domů. Výsledky byly prezentovány v roce 2004 v publikaci *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Nejčastěji uváděnými překážkami dobré péče o umírající je podle zdravotnických pracovníků např. nedostatečná příprava a znalosti personálu, nedostačující vzdělání lékařů v otázkách umírání, obtížná komunikace s pacientem, systémové nedostatky (nedostupnost léčby), nedostatek alternativní péče – hospice, domácí péče, nedostatečná osvěta. Cíle léčby a ošetrovatelské péče nebyly dosud formulovány. (*Kalvach, Z., Mareš, J. a kol, 2004*)

Mé osobní i profesní zkušenosti mě utvrzují v tom, že v otázkách zajištění dobré a důstojné péče o umírající máme velké problémy. Na českém trhu je dnes velké množství zahraničních i českých autorů zabývajících se touto problematikou. Jakýsi „kapesní průvodce“ pro nelékařské zdravotnické pracovníky nám ve srovnání s našimi zahraničními kolegyněmi stále chybí. Zatím není běžnou praxí v našich podmínkách školení zdravotnických pracovníků v otázkách komunikace s těžce nemocnými a umírajícími.

Umírání a smrt je téma tak obsáhle, že je téměř nemožné obsahově pojmut vše. Vždy bude jistě téma, o kterém by bylo vhodné se zmínit. Přesto jsem se v teoretické části své práce snažila přiblížit základní definice a pojmy s touto problematikou spojené. Za důležité jsem považovala zmínit se nejen o ošetrovatelské péči o pacienta/klienta, ale také

péči o pozůstalé a děti. Část teoretické části je proto věnována i zármutku pozůstalých, ale také zdravotnických pracovníků. Za nezbytné jsem považovala zmínit v teoretické části některé etické otázky péče o umírající a alternativní možnosti péče – paliativní a hospicovou.

Ve výzkumné části práce předkládám výsledky kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku s vlastními komentáři. Mým hlavním záměrem bylo zjistit pohled nelékařských zdravotnických pracovníků na tuto problematiku. Jak často se s touto problematikou setkávají, do jaké míry jsou sami smířeni se smrtí, jejich osobní názor na některé etické otázky. Tohoto dotazníkového šetření se zúčastnilo 220 nelékařských zdravotnických pracovníků z Fakultní nemocnice Na Bulovce. Získané odpovědi z řad dotazovaných byli pro mě překvapující a zajímavé.

Teoretická část

1 Umírání a smrt

Život je cesta, která začíná narozením a končí smrtí. Po staletí si lidé kladli otázky o smyslu života i o jeho konci. Zajímalo je, zda život existuje i po smrti. Bylo a stále je snahou život prodlužovat.

Smrtí se zabývá celá řada oborů filosofie, psychologie, sociologie, medicína, etika. Z hlediska medicínského je snahou přesněji určit umírání a smrt a časově vymezit jednotlivá stádia tohoto procesu. (*Haškovcová, 2007*)

1.1 Vymezení pojmů umírání

Umírání je proces, který má různou délku, podobu, je různě prožíván, je individuální a jedinečný. Konec umírání je osobní zkušeností, které se nemůže nikdo jiný zúčastnit. (*Kelnarová, 2007*)

V lékařské terminologii je pojem umírání synonymem terminálního stavu. Terminální stav je stav postupného nevratného selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt. (*Haškovcová, 2002*)

Umírání je delším časovým úsekem a nelze ho tedy redukovat pouze na terminální stav. Počátek umírání lze pak spatřovat v okamžik, kdy je nemoc neslučitelná se životem a její průběh ovlivňuje kvalitu zbývajících života. (*Vorlíček, 1998*)

1.1.1 Proces umírání

Na umírání můžeme nahlížet, jako na proces na jehož konci je smrt. Filozofové často zdůrazňovali, že člověk je svým bytím k smrti předurčen. V širším pohledu je umírání viděno jako vyvrcholení procesu nemoci případně jako další fáze života nastupující po předcházejícím období stárnutí. (*Křivohlavý, 2002*)

Podle teorie biologických hodin člověk umírá v okamžiku, kdy se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti. (Kutnohorská, 2007)

Proces umírání dělíme na období pre finem, in finem a post finem.

- **Období pre finem** – začíná v okamžiku, kdy ať už s hlediska odborného či laického dochází k povědomí, že nemoc je vážná, perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je v určitém i delším čase - týdnů, měsíců pravděpodobná.
- **Období in finem** - období vlastního umírání, totožné s pojetím terminálního stavu, do tohoto období patří problematika eutanázie, ukončení léčby kurativní a zahájení léčby paliativní.
- **Období post finem** – (vlastní smrt) je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje péči o pozůstalé.(Kutnohorská, 2007)

1.2 Vymezení pojmů smrt

„Smrt je z lékařského hlediska stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.“¹

Vzhledem k rozvoji medicíny a resuscitace vznikly i další pojmy, které odrážejí stupeň jednotlivých změn, které se během resuscitace mohou vyvinout (klinická smrt a mozková smrt).

Klinická smrt je charakterizována zástavou dechu a činnosti srdce, kdy okamžitě zahájenou resuscitací je možné tyto funkce obnovit.

„Mozková smrt charakterizuje stav, kdy dojde k nevratnému poškození funkce mozku, k tomuto postižení může dojít již po pěti minutách, během nichž není mozek zásobován

¹ www.lekarske.slovníky.cz/pojem/smrt

kyslíkem. Časový interval vzniku mozkové smrti mohou do jisté míry ovlivnit i další faktory - prodlužuje se např. u podchlazení a je delší u malých dětí. Smrt mozku se prokazuje pomocí EEG (elektroencefalografie) a arteriografie mozkových tepen. Stanovení mozkové smrti je důležité z hlediska případného dárcovství orgánů.“²

Známky smrti dělíme na nejisté a jisté. Nejisté známky smrti jsou spojována s různými stádii klinické smrti - zástava srdce a dýchání, vyhasínání zornicových a rohovkových reflexů.

Fyzikální známky smrti:

- **posmrtná bledost** – zemřelí mají nápadně bledou kůži, krev není poháněna srdcem, kapiláry kontrahují
- **posmrtné skvrny** – mají namodralou barvu a jsou způsobeny soustředováním krve do nejnižše položených částí těla
- **posmrtné chladnutí těla** – vzniká vyhasínáním metabolické činnosti, tělo se ochlazuje na teplotu zevního prostředí

Chemické známky smrti:

- **posmrtné tuhnutí těla** – u zemřelého nastává tuhnutí svalů asi za 2 hodiny po smrti, nejprve v oblasti obličejových a žvýkacích svalů, postupuje na horní a naposledy dolní končetiny
- **posmrtný rozklad** - tělo zemřelého podléhá rozkladu, dochází k autolýze a hnilobě
- **posmrtné srážení krve** - krev se usazuje a sráží v cévách, těmto sraženinám říkáme cruor. V některých případech ke srážení krve nedochází, je tomu tak při zadušení, zmrznutí, otravě kysličníkem uhelnatým, infekcích mikroby, které rozpouštějí fibrin.

(Mačák, Mačáková, 2004)

² www.lékařské.slovníky.cz/pojem/smrt

1.2.1 Smrt z hlediska různých světových kultur

V mnoha tradičních kulturách je smrt akceptována. Existence pohřebních rituálů těchto kultur pomáhá dospělým i dětem se vyrovnat a obeznámit se smrtí. Ve všech světových kulturách lidé do nedávné doby dodržovali specifické obřady při pohřbu a v období smutku. Zvyky se v mnohém liší. Svůj zármutek lidé projevují nošením černé barvy, jinde může být smuteční barvou bílá. Některé kultury dodržují různé zákazy, jsou dána přesná pravidla. Ta měla lidem pomoci překonat těžké období po smrti blízké osoby, potvrzovala, že je to specifické období kdy je pro lidi obtížné vykonávat běžné činnosti. (DiGiulio, Kranzová, 1997)

Ve všech kulturách lidé potřebují čas přizpůsobit se životu bez milované osoby. Prostřednictvím smutečních obřadů vyjadřují, jak důležitý pro ně byl jejich blízký. Nevýhodou těchto obřadů byl striktní požadavek, aby všichni reagovali stejně. Společnost se na jakoukoliv odchylku dívala odmítavě. Výhodou obřadů bylo, že uznávaly význam zármutku a truchlení, pozůstalým tak ulehčovali situaci, dávaly jasné instrukce, kdy a jak mají truchlit.

Podle židovské tradice rodina dodržuje týden hlubokého smutku, kterému se říká *šiva*. Nejbližší příbuzní zůstávají po pohřbu doma a přijímají hosty, kteří tradičně přinášejí jídlo, aby si rodina ulevila od každodenní rutiny vaření. Na znamení smutku nosí na oděvu útržek látky. Muži se nesmějí holit a ženy se nelíčí. Za rok po smrti se na hrobě zemřelého odhaluje náhrobní kámen, tím se toto významné výročí připomíná, odříkává se modlitba, zažívají vzpomínková světla.

Katolíci uctívají památku mrtvých zádušní mší. Irští katolíci pořádají zádušní hostinu, které se říká *wake*. Společenství si tím připomíná, že i během truchlení lze oslavovat život. Podobné oslavy se konají i v italských komunitách.

V latinskoamerických kulturách se na pohřbu scházejí přátelé a příbuzní a hlasitě nařikají a pláčou, dávají najevo svůj žal. Černí Američané jsou různých vyznání. Jejich komunity se scházejí ve svém kostele. Je uspořádán obřad, kterého se účastní celá

kongregace, příbuzným je vyjádřena podpora. Důležitou roli zde hraje hudba a zpěv, jejichž prostřednictvím se uvolňují emoce.

Američtí protestantští fundamentalisté věří, že zemřelého bude soudit Bůh. Proto kazatel během obřadu před kongregací vypočítává dobré skutky zemřelého. Tím získává pro příbuzné zemřelého podporu všech přítomných a ozřejmuje význam a smysl jeho života. (DiGiulio, Kranzová, 1997)

1.2.2 Vědomí blízkosti smrti

Zda je člověk schopen poznat, kdy dojde k jeho úmrtí je otázka, kterou si klade během svého života každý. Maggie Callananová a Patricia Kelleyová zmiňují ve své knize *Poslední dary* pojem *vědomí blízkosti smrti*. Vědomí blízkosti smrti, je zvláštní znalost a někdy i ovládání procesu umírání projevující se u lidí, kteří umírají pozvolna. Tento „fenomén“ začali autorky zkoumat poté, co zjistili shodné prvky v komunikaci s umírajícími, o které pečovaly. Začaly systematicky sdělení pacientů analyzovat. Celková studie v závěru zachycovala více než dvě stě případů. Sdělení pacientů následně rozdělily do dvou hlavních kategorií. Do první kategorie spadaly popisy pacientových zážitků, že se ocitl ve společnosti někoho, kdo již nežije, že je třeba připravit se na cestu nebo změnu, zmínky o místech, která mohou navštívit jen oni sami, a vědomí, kdy jejich smrt nastane. Druhá kategorie zahrnovala sdělení o někom něčem, co je pro pokojnou smrt nezbytné: přání urovnat osobní, duševní nebo mravní vztahy a snaha odstranit bariery bránící pokojnému odchodu. (Callananová, Kelleyová, 2005)

1.2.3 Život po životě

Mezi nejznámější autory, které se otázkami existence života po životě zabývali patří Raymond A. Moody a Elisabeth Kübler Rossová. Jejich víra v posmrtný život byla podložena prožitky pacientů, u kterých došlo ke klinické smrti a jejich pocity bytí mimo

vlastní tělo a cesta světelným tunelem. Tento intrapsychický stav se nazývá Lazarův syndrom a prožívají ho lidé v blízkosti smrti. (*Haškovcová, 2007*)

Elisabeth Kübler Rossovou k její víře v posmrtný život nebo spíše ve víru, že smrt neexistuje, vedla její celoživotní práce s umírajícími. Přesto, že svými názory „pobuřovala“ odbornou veřejnost, zastávala je až do konce svého života. (*Kübler Rossová, 1991, 1995*)

1.2.4 Potřeby umírajících

Zajistit potřebnou péči umírajícím je hlavní snahou všech zdravotníků. Ovšem moci tuto péči poskytnout je ve velké míře závislé na samotném pacientovi. Jeho prožívání nemoci se během chorobného procesu mění. Od sdělení diagnózy lékařem potřebuje každý nemocný svůj čas tuto skutečnost přijmout.

Nemoc často brání v uspokojování potřeb a modifikuje i způsob jejich vyjádření a uspokojení. Faktory, které mění způsob uspokojování potřeb jsou: nemoc, osobnost, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. (*Trachtová, 2004*)

Potřeby biologické

Do těchto potřeb je možno zahrnout vše, co potřebuje nemocné tělo. Se zajištěním základních biologických potřeb, jejich monitorováním nemají pracovníci ve zdravotnictví výrazné obtíže. Nemocní v terminální fázi onemocnění mohou mít fyzické obtíže, které je možné vhodnými ošetrovatelskými postupy ovlivnit. Mezi nejčastější potíže, se kterými se můžeme setkat, patří potíže respirační, bolest, nedostatečný příjem potravy a tekutin a zácpa. Uspokojování biologických potřeb je jednou ze základních povinností nelékařského zdravotnického personálu. Všechny tyto obtíže mají i složku psychickou a mohou být doprovázeny úzkostí, strachem, neklidem a to nejen u nemocného, ale také u jeho rodinných příslušníků. (*Marková, 2010*)

1. Respirační potíže

Dušnost je charakterizována jako subjektivní nedostatek vzduchu. Tento příznak je nejnejpříznivější, je spojen s výrazným strachem o vlastní život. Na vzniku a projevu dušnosti se výrazně podílí také psychická složka. Možnosti farmakologického ovlivnění dušnosti jsou závislé na její příčině (např. srdeční selhání, obstrukce dýchacích cest, změny plicního parenchymu, anemie). Vhodný je nácvik tzv. bráničního dýchání, kdy pacient v pohodlné poloze soustředí svou pozornost na své tělo a snaží se uvolnit, nadechuje se nosem a vydechuje ústy. Strach o vlastní život, který dušnost většinou doprovází, může zmírnit důvěryhodný vztah ošetřovatelského personálu s nemocným a jeho rodinou.

Chřívé dýchání je častým průvodním jevem posledních hodin pacientova života, není projevem dušnosti. Objevuje se nejčastěji u pacientů v agonii. Nejčastější příčinou bývá neuvážená hydratace. Odsávání u těchto nemocných nepomáhá, je pro nemocného nepříjemné, zvyšuje riziko zvracení a aspirace.

2. Bolest

Bolest je častým projevem onkologických onemocnění a je nejčastějším symptomem u pacientů v paliativní péči. Je vždy subjektivní. Na rozdíl od akutní bolesti, která je důležitým signálem organismu, chronická bolest se zdá být zbytečnou a snižuje kvalitu pacientova života. Primárním úkolem ošetřovatelského personálu je bolest správně monitorovat, hodnotit a podílet se na její správné léčbě. Možnosti farmakologického ovlivnění bolesti jsou v dnešní době rozsáhlé. Pro nemocného je důležité mít pocit, že má bolest pod kontrolou.

3. Potíže při příjmu potravy

Příčin sníženého příjmu potravy u nemocného se závažným onemocněním může být mnoho. Nedostatečná výživa vede k horšímu průběhu onemocnění. V terminální fázi onemocnění v období několika posledních dní však patří a proto není třeba nutit nemocného do jídla. Je však vhodné věnovat svou pozornost rodině, která svou neschopnost přimět nemocného k jídlu může považovat za své osobní selhání.

4. Hydratace

Je nezbytné zajistit nemocnému dostatečný perorální příjem tekutin. Nemocní v terminálním stádiu lépe snášejí převážně chladné nápoje. V případě nutnosti je možné zavést i parenterální hydrataci.

5. Zácpa

Méně časté nebo nesnadné vyprazdňování střeva je častým problémem nemocných léčených opiatovými analgetiky a imobilizovaných. Důsledky zácpy mohou být natolik závažné, že je nutné věnovat dostatečnou pozornost vyprazdňování. Podávání laxativ těm nemocným, kteří užívají léky, které mohou zácpu způsobovat. Ležícím pacientům je nutné zajistit dostatečné soukromí při vyprazdňování. Dbát na dostatečný příjem tekutin a vlákniny, je-li to možné motivovat nemocného k pohybu. (Marková, 2010)

Potřeby psychické

„Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.“³

Fyzické bolesti odstraníme a zmírníme poměrně snadno. V dalších oblastech to ovšem neplatí. Emocionální, společenské a duševní symptomy jsou hůře uchopitelné, těžko definovatelné a odstranitelné. Jsou komplikovány osobností pacienta a životním stylem celé rodiny. (Callananová, Kelleyová, 2005)

Pochopit psychologické potřeby pacienta, který je tvář v tvář smrti a jenž je vystaven konečnosti vlastního života, je jak pro laickou veřejnost, tak pro odborné pracovníky ve zdravotnictví obtížné. Jiná je perspektiva člověka zdravého, trpícího chronickým onemocněním a umírajícího. Naše většinou milné předpoklady, že si nemocný závažnost svého stavu neuvědomuje, vedou často k mnoha komunikačním bariérám. Přesto často zapomínáme na to, že komunikujeme svým tělem, gesty, pohledy. Všechny tyto mimoslovní prvky komunikace nemocný vnímá. (Callananová, Kelleyová, 2005)

³ Svatošová, M.- Hospice a umění doprovázet, APHPP 2008, str. 20

Potřeby sociální

Nemocný potřebuje být v kontaktu s druhými lidmi, s rodinou a blízkými. Pacient a jeho rodina existuje jako jednotka. Nevyléčitelná choroba narušuje dosavadní pacientovy vztahy a ohrožuje společenské vazby. Smrtelnost dopadá nejen na nemocného, ale také na jeho rodinné příslušníky. Přátelé a rodinní příslušníci mnohem častěji uvíznou ve fázi popírání, časté je předstírání, že o závažnosti onemocnění nevědí. Následkem je často to, že se nemocný od těch, kteří popírají jeho stav, odtáhne, čímž se jeho izolace zvyšuje.

Pocit osamocení, který nemocný prožívá nejenom proto, že nemá dostatečný kontakt se svým okolím, ale také proto jak se k němu ostatní chovají. Nemocný trpí osaměním právě proto, že jím není umožněno hovořit o svých pocitech, přesto, že jsou obklopeni milujícími lidmi. Pocit izolace a odvržení se může projevit agresivním chováním. (*Callananová, Kelleyová, 2005*)

V případě, kdy už člověk v důsledku zdlouhavé nemoci nemá kontakt se světem, dochází k tzv. sociální smrti. Určující charakteristikou sociální smrti je skutečnost, že člověk přestane být aktivním činitelem v sociální oblasti. Sweetingová a Gilhoolyová označují tři skupiny lidí, na které se koncept sociální smrti vztahuje nejčastěji. Jde převážně o lidi velmi staré, lidi v posledních stádiích dlouhodobé smrtelné nemoci a lidi, u kterých je zásadním způsobem změněna osobnost např. v důsledku demence nebo kómatu. (*Sweetingová, Gilhoolyová 1991*)

Potřeby spirituální

Potřeby spirituální souvisí se samotným koncem lidského života. Označení spirituální je v mnoha ohledech zavádějící převážně proto, že se mnohdy mylně domníváme, že spirituální potřeby mají pouze lidé věřící. V závěru života jsou však otázky o smyslu vlastního života, nemoci a utrpení vlastní všem bez ohledu na vyznání. Nemocný potřebuje svůj život uzavřít, odpustit a získat odpuštění.

Aby mohl nemocný své pocity vyjádřit, musí být ošetřující personál (lékař, nelékařský zdravotnický personál – všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent, sociální pracovník) schopen s nemocným otevřeně mluvit o jeho spirituálních potřebách, dát mu

potřebné praktické informace (např. kontakt na nemocničního kaplana), pomoci nemocnému a jeho rodině vyjádřit své pocity. V neposlední řadě, má-li ošetřující personál problém s pacientem a jeho rodinou o těchto věcech hovořit, měl by zajistit jinou kompetentní osobu, která by mu pomohla tyto problémy vyřešit. (*Highfieldová, 2000*)

Highfieldová a Casonová publikovali v *Clinical Journal of Oncology Nursing* koncept čtyř spirituálních potřeb a příklady projevů jejich nenaplnění.

- Potřeba smysluplnosti života - projevem problémů v této oblasti je pak pacientovo vyjádření, že život nemá smysl, dotazování se na smysl utrpení a smrti, vtipkování o posmrtném životě
- Potřeba být přijímán (milován) - známkou problémů může být ztráta víry v boha, strach ze závislosti, pocit méněcennosti v důsledku ztráty fyzických sil
- Potřeba něco předat zanechat, vyjádřit lásku - projevuje se řešením finanční situace, urovnávání svých záležitostí
- Potřeba naděje - známkou problému je obava ze ztráty kontroly, závislosti na druhých, popírání závažnosti onemocnění

Potřebami umírajících se zabývá ve svých knihách i americký lékař David Kessler, které shrnul ve své knize *The needs of the dying*. Jím uvedené potřeby se vztahují ke potřebám biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním.

- Potřeba, aby se s nemocným zacházelo jako se živým člověkem.
- Potřeba naděje bez ohledu na vývoj situace.
- Potřeba moci vyjádřit své pocity a emoce týkající se smrti.
- Potřeba podílet se na rozhodování o péči a léčbě.
- Potřeba plynulé zdravotní péče, přesto, že cíle léčby se mohou měnit z léčby kurativní na léčbu útěšnou (paliativní).
- Potřeba, aby všechny otázky nemocného byly zodpovězeny upřímně a plně.
- Potřeba zemřít smířen, zemřít důstojně.

- Potřeba nezemřít osamocen.
- Potřeba vědět, že jeho přání budou respektována i po smrti.

(Kessler, 2001)

1.3 Stádia umírání dle Elisabeth Kübler Rossové

Potřebám umírajících zasvětila svůj profesní život Elisabeth Kübler Rossová, která je i dnes považována za průkopnici výzkumu umírání a smrti. Ve svých knihách vylíčila dynamiku procesu umírání a ukázala, že i v této závěrečné fázi života může dojít i k zásadní proměně osobnosti.

Znalost jednotlivých stádií patří ke standardním vědomostem ošetřujícího personálu. Znalost těchto stádií v praxi umožňuje odhadnout vývoj chování nemocného. Proces umírání neprobíhá přesně dle tohoto schématu, některé mohou být „přeskočeny“ v jiné pacient „uvízne“ případně se opakují.

První stádium: popírání a izolace

Většina pacientů reaguje na zprávu o terminálnosti svého onemocnění slovy: „Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.“ Prvotní odmítání je společné jak u lidí informovaných o svém zdravotním stavu lékařem, ale i těch kteří k tomuto závěru dojdou sami. Úzkostné odmítání je typičtější u pacientů, kteří byli o stanovené diagnóze informováni předčasně nebo stroze. Odmítání a popírání reality dovoluje vyrovnat se s šokující zprávou, bývá dočasnou obrannou strategií. Časté je i vyhýbaní se hovoru s nemocničním personálem, který by tuto iluzi mohl rozbít. Postupně dochází k přijetí skutečnosti.

Typické průvodní projevy první fáze jsou: šok, vytěsnění, popírání, kolísání nálad.

Druhé stádium: zlost

Otázka: „Proč právě já?“ je doprovázena pocity zlosti, závisti a rozmrzelosti. Pro toto stádium nachází rodina i zdravotnický personál porozumění obtížně. Pacientův hněv se obrací na všechny strany. Ze strany okolí nemocného je potřebná a důležitá tolerance k racionální i iracionální zlobě. Potřebný nadhled je možné získat pouze tehdy, jestliže sami nemáme strach a nestavíme se do obranné pozice.

Typické průvodní projevy druhého stádia jsou: vztek, zuřivost, nenávisť, kritizování, sebeobviňování.

Třetí stádium: smlouvání

Je snahou oddálení smrti. V duchovní rovině se nemocný obrací k Bohu s prosbou, aby mu dopřál trochu času, smlouvá s osudem. Smlouvání je pokusem o odklad, obsahuje i cenu, jež by měla přijít za „dobré chování“. Obsahuje v sobě i implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tento odklad udělen. Nemocný své sliby uzavřené nejčastěji s Bohem drží v tajnosti. Z psychologického hlediska mohou být tyto sliby spojeny s utajeným pocitem viny.

Typické průvodní symptomy třetího stádia jsou: projevy naděje, ochota ke spolupráci, aktivní přístup, vstřícnost.

Čtvrté stádium: deprese

Pacient dochází k poznání, že umírá. Tato deprese je jakousi depresí přípravnou. Uvědomění si blížících a očekávaných ztrát. Pacient je ve stavu, kdy ztrácí všechno a všechny, které miluje. Dovolíme-li mu, vyjádřit svůj žal, dospěje ke konečnému smíření.

Typickými projevy čtvrtého stádia jsou: smutek, slzy, uzavírání se do sebe, depresivní ustrnutí, hledání smyslu, životní bilancování.

Páté stádium: akceptace, smíření

Stádium akceptace může nemocný dosáhnout pouze tehdy, je-li mu dovoleno projít předchozími stádii. V tomto období pacient pohlíží na svůj nadcházející konec v jakémisi tichém očekávání. Potřeba verbální komunikace se postupně snižuje. Stoupá potřeba spánku. V tomto období většinou rodina potřebuje více pomoci, porozumění a podpory než samotný pacient.

Typické průvodní projevy pátého stádia jsou: vnitřní zklidnění, vyčerpání, odpoutanost, zvýšená vnímavost.

(Kübler Rossová, 1992, Jakoby, 2005)

2 Zármutek

Tam, kde pro mnohé zdravotnické pracovníky končí jejich snaha a péče, začíná pro rodinu a blízké náročné období smiřování se s faktem, že ten koho milovali, s kým strávili část svého života, zemřel. Problematika zármutku a jak pomoci pozůstalým není silnou stránkou zdravotnických pracovníků. Skutečnost, že se donedávna sdělovalo úmrtí neosobními telegramy, říká mnoho. Příbuzní často nejsou ani předem informováni o zhoršujícím se stavu svých blízkých. U náhlých a akutních stavů se tato skutečnost dá pochopit, zde je jistě primární snahou lékařů zachránit život, u nemocí s fatální prognózou je však trestuhodné nedat příbuzným možnost rozloučit se. Péče o pozůstalé není běžnou součástí zdravotnických služeb, ačkoliv smrt je od zdravotnických služeb neoddělitelná jakkoliv je nežádoucí.

2.1 Pozůstalý a zármutek

Pro vyrovnání se ze ztrátou blízkého člověka je nezbytné vědět, jakým způsobem zármutek ovlivňuje náš život. Zármutek není pouze projevem smutku a deprese, ale mnoho pocitů od úzkosti po agresi, vinu a zmatenost, úlevu a mnoho dalších. Vedle působení na emocionální složku člověka, ovlivňuje všechny oblasti lidského života - osobní, pracovní, představy o sobě samém. Zármutek prožíváme psychologicky skrze naše pocity, myšlenky a postoje, sociálně svým chováním k ostatním a fyzicky tělesnými symptomy. Neustále vyvíjí a mění, je přirozenou a předvídatelnou reakcí. Je přirozenou reakcí na ztrátu. Ztráta je pak nedílnou součástí lidské existence.

Nereálná očekávání a neadekvátní reakce okolí na normální průběh truchlení mohou mít za následek obtížné vyrovnání se s touto situací. Často ve snaze pomoci pronášíme věty, kterými pozůstalým spíše škodíme, než pomáháme např. „Musíte být silní, stateční.“ Pozůstalý se musí smířit nejen ze ztrátou blízké osoby, ale také se ztrátou nadějí, snů, přání, nenaplněných očekávání. *(Rando, 1988)*

Fáze zármutku

- **Fáze popření**, kdy pozůstalí zažívají šok a popření a neschopnost pochopit danou situaci v okamžiku, kdy jsou konfrontováni se smrtí blízké osoby. V této fázi mohou prožívat zmatenost, otupělost, neschopnost pochopit co se stalo. Pokud k úmrtí došlo náhle, může být reakce intenzivnější. Jakmile prvotní šok odezní, dostaví se popření, které má obraný účinek. Přes pocit neuvěření, chtějí pozůstalí vědět, jak a proč k úmrtí došlo. V některých případech pozůstalí působí dojmem, že smrt bez obtíží přijali a chovají se zodpovědně, nabízejí podporu ostatním a dělají nezbytná rozhodnutí. Ve většině případů, však dochází k tomu, že dotyčná osoba si ztrátu sice připouští, ale vědomě potlačuje emoce a snaží se být silná kvůli ostatním. Častěji je možné se s tímto chováním setkat u mužů. Je-li však tento postoj dlouhodobí může mít škodlivé účinky.
- **Fáze konfrontace** je nejtěžší fází, kdy si pozůstalí uvědomuje ztrátu blízké osoby. Svou ztrátu v tomto období intenzivně prožívá, je konfrontován s existencí smrti a jejími důsledky. Tato fáze bývá popisována také jako fáze vzteku a smutku. Emoce bývají extrémní, přechody ze smutku do vzteku jsou náhlé a opakující. Přes potřebu tyto emoce vyjádřit své pocity je toto pro mnoho lidí obtížné až nemožné.
- **Fáze akomodace (přizpůsobení)** kdy dochází k postupnému zmírnění pocitů zármutku, postupnému návratu do společenského života. Člověk i nadále truchlí nad ztrátou blízké osoby, ale je již schopen vyrovnat se s životem bez milované osoby. V počáteční fázi smíření je možné se setkat s pocity viny, výčitkami nad nově nabytou radostí ze života. (*Rando, 1988*)

Se snahou přiblížit komplikovaný proces zármutku se můžeme setkat i u dalších autorů. Elisabeth Kübler Rossová a David Kessler ve své knize *On Grief and grieving* hovoří o stádiích zármutku. Zdůrazňují však, že tato stádia prožívání zármutku nemají sloužit k „zaškatalkování“ složitých prožitků neboť prožívání zármutku je sice společné mnoha lidem, ale typická reakce na ztrátu neexistuje. Výše uvedení autoři, pak hovoří o pěti stádiích zármutku: popření, vztek, smlouvání, deprese a smíření. (Kübler Ross, Kessler, 2005)

Způsob jakým se člověk vyrovná s úmrtím, závisí na charakteru a významu vztahu, který měl se zemřelým, jeho osobnostní charakteristice a příčině úmrtí. Zármutek a jeho

prožívání je jedinečné pro každého člověka. Nemá přesně stanovený časový rámec. Skutečnost, že někteří jedinci se s touto ztrátou nevyrovnejí po celý život, není ojedinělá.

2.2 Emoce nelékařských zdravotnických pracovníků při ošetrovatelské péči o umírající a zemřelé

Přístup zdravotnického pracovníka ke smrti a umírání je závislý na tom jak on sám chápe tento fenomén. Mladí lidé ve věku 18-25 let smrt vytěsňují. Právě v této době dokončují lékařští i nelékařští pracovníci své vzdělání. Vytěsnění smrti neboli negligace, je fyziologické. Konečnost života si uvědomujeme až v jeho průběhu. Konfrontace se smrtí může vést k tomu, že je smrt paradoxně vnímána jako něco, co se nás přímo netýká nebo také jako profesní selhání. Snahou je pak jakési odosobnění od nemocného a příklon k spolehlivé technice. Péče o nemocného je prováděna kvalitně, ale neosobně. Péče o pacienta musí být osobní. Emoce při péči o nemocné mohou překážet, uvažovat bez osobních zainteresování je často výhodnější. (*Haškovcová, 2007*)

Zdravotníci často trpí pocity thanatofobie, chorobného strachu ze smrti. Úmrtí pacienta je pak v počátcích praxe prožíváno velice emotivně. Později je pak často zdůrazňováno, že nebyli během studii připraveni. Řešením tohoto problému je pak otevřená a reflektující komunikace. (*Haškovcová, 2007*)

Péče o umírajícího, styk s jeho rodinou je pro ošetrovatelský personál stresující záležitostí. Pravidelný kontakt s umírajícím a vytvoření citové vazby může vést k tomu, že smrt pacienta se stává duševním traumatem pro zdravotníky. Ošetrovatelská péče o umírající je pro zdravotníky psychicky, ale často i fyzicky velmi náročná. Spolupráce s nemocným je také velmi náročná. Nemocný je někdy apatický, agresivní, v kómatu. Od zdravotních sester se očekává, že bude obětavé, laskavé, trpělivé, psychicky a fyzicky zdatné. Často se tak personál dostává do složitých a stresujících situací. (*Kelnarová, 2007*)

Reakce na stres se může projevit v oblastech fyziologických (somatických), emocionálních (psychologických) a behaviorálních (v chování). (*Irmíš, 1996*)

Předpokladem pro úspěšné zvládnutí stresu je dle Matzové:

- nalezení rovnováhy mezi stresem při poskytování kvalitní a soucitné péče pacientům, jejich rodinám a nalezení uspokojení a odměny v této práci
- vytvoření podpůrné skupiny v rámci zdravotnického zařízení, která umožní zaměstnancům sdílet a vyjadřovat své pocity
- vzdělání v oblasti péče o terminálně nemocné a umírající

(Matzová a kol., 2003)

Sdílení smutku a pocitu ztráty s ostatními je důležitou součástí zvládnání zármutku. Vědomí, že nejsme jediní, kdo cítí zármutek nad smrtí pacienta je uklidňující. Rozebírání zážitků a zkušeností s umíráním a smrtí, pohled na prožitou událost z jiné perspektivy, ujištění, že jsme profesně nesehali, je velmi důležité. K tomu, aby se zdravotníci mohli vyrovnat se zármutkem, je nutné rozpoznat a přijmout skutečnost, že i možnosti medicíny jsou omezené. *(Macaulay, 2005)*

2.2.1 Morální distress

Teorie morálního distressu (morální tísně) není v české odborné literatuře uváděna. Jejím autorem je Andrew Jameton a tento termín byl poprvé použit v roce 1984.

Morální distress je způsoben situacemi, kdy si je nelékařský zdravotnický pracovník vědom eticky správného řešení, ale nemůže toto řešení využít a je nucen jednat v rozporu se svým morálním a profesním přesvědčením. Morálnímu distressu jsou vystaveni převážně nelékařští zdravotničtí pracovníci v intenzivních oborech. Jako situace, které se na vzniku morálního distressu nejvíce podílejí, jsou označovány ty, kdy je poskytována agresivní léčba a prodlužován život pacienta tam, kde by bylo z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků lepší léčbu ukončit. Tento dlouhodobý stres může být důvodem vyhoření, nespokojeností v práci a v konečném důsledku i důvodem odchodu ze zdravotnictví. *(Elpern a kol., 2005)*

2.2.2 Respitní péče

Péče o umírající je náročná fyzicky a psychicky. Péči o pečující (respitní péče) je dnes již věnována značná pozornost. Je účinná pouze tehdy, víme-li v jaké situaci se pečující nachází, co je příčinou vysoké zátěže. Respitní péče je důležitá právě proto, že psychicky vyrovnaný ošetřující personál je spíše schopný vést rodinu umírajícího vystavenou extrémní psychické zátěži. *(Haškovcová, 2007)*

3 Etické aspekty péče o nevyléčitelně nemocné a umírající

Péče o těžce nemocné a umírající staví zdravotnický personál před mnoho etických otázek např. do jaké míry by měl být nemocný a jeho rodina informováni o zdravotním stavu, kdy ukončit léčbu, postoj k otázkám eutanazie, co je v péči o umírající důstojné a mnoho dalších.

3.1 Eutanázie

Eutanázie je definována jako záměrný medicínský akt nebo opomenutí, které zkracuje život pacienta. (*Paynová, Seymourová, Ingltónová a kol., 2007*)

Eutanázie označuje jednak dobrou, snadnou, krásnou smrt, ale také usmrcení z útrpnosti, soucitu, milosrdenství. Eutanázie je často chápána jako akt, kdy je ukončen život těžce nemocného, trpícího bolestmi na jeho vyslovené a opakované přání. (*Haškovcová, 2002*)

Argumenty ve prospěch legalizace asistované sebevraždy jsou často založené na termínech zdůrazňujících ochranu pacienta, ale posilují vzkaz nemocným a slabým starším občanům, že jejich životy už nemají žádnou cenu. Není možné zajistit, aby umírání bylo snadné a pěkné, je možné zajistit, aby lidé nezůstali opuštěni, postarat se o jejich základní lidské potřeby a léčit symptomy způsobující utrpení. (*Byock, 2005*)

Legalizaci eutanazie většina států odmítá z důvodu jejího možného zneužití. V České republice je kvalifikována jako trestný čin. Eutanázii dosud legalizovali Nizozemsko a Belgie.

3.2 Dystanázie

Dystanázie neboli zadržaná smrt je stav, kdy smrt je neodvratná a přesto namáhavě oddalována. (*Haškovcová, 2007*)

Touto problematikou se zabývalo i představenstvo České lékařské komory a vydalo doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. V klinické praxi se jedná převážně o pacienty s multiorgánovým selháním a v hlubokém bezvědomí. Důležitou součástí tohoto doporučení je skutečnost, že návrh na zahájení paliativní péče může podat kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu. (*Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010*)

3.3 Informovanost pacientů

Je povinností lékaře informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Ukládá ji Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Je velice obtížné sdělit tuto pravdu nemocnému a informovat ho o jeho prognóze. Přesto sdělit pacientovi závažnou prognózu je pro mnoho lékařů obtížné.

Dle Elisabeth Kübler Rossové bychom si neměli klást otázku, zda sdělit, či nesdělit pacientovi pravdu, ale spíše bychom si měli klást otázku, jak sdělit pravdu konkrétnímu pacientovi tak, aby tuto zprávu co nejlépe přijal. (*Kübler Ross, 1998*)

Pravda jakkoliv nepříjemná je pro nemocného a jeho rodinu důležitá, aby se mohli připravit na následující etapu života. V praxi je dnes stále možné setkat se s pacienty, kterým není plně sdělena informace o jejich zdravotním stavu. Zastánci milosrdné lži (pia fraus) zdůrazňují negativní důsledky sdělení pravdy. Obavy z případného suicidia nemocného. Dalším důvodem pro nesdělování pravdy bývá komplikovaná spolupráce s nemocnými málo inteligentními, nevzdělanými, dezorientovanými a velmi starými.

Neochota sdělovat pravdu je často způsobena nedostatkem komunikačních dovedností a osobní nevyzrálostí. (*Haškovcová, 2007*)

Dle Charty práv pacientů má pacient právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého diagnostického a terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. (<http://www.fnb.cz/cs/pro-pacienty/prava-pacientu>)

3.4 Důstojná a dobrá smrt

Důstojnost člověka můžeme chápat jako projev úcty člověka k člověku, k sobě samému, respektování lidské existence bez ohledu na věk, sociální postavení a zdravotní stav.

Je velice obtížné slovně vyjádřit, co je z hlediska umírání a smrti důstojné. Mnohem snadněji vyjádříme, co nám připadá nedůstojné – umírat v bolestech a trpět, být břemenem pro své blízké, umírat sám. Otázku jak si zachovat svou důstojnost si klade mnoho umírajících a jsou to rodinní příslušníci, zdravotničtí pracovníci, kteří mohou umírajícímu pomoci, aby se změna jeho tělesného bytí na jeho pocitu sebeúcty a důstojnosti neprojevila. Ačkoliv je umírání a smrt obdobím náročným, pro všechny zúčastněné je také obdobím, které nabízí možnost osobního růstu. (*Byock, 2005*)

Dobrá smrt je pak taková smrt, při které je odstraněno a zmírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacientů, jejich blízkých a těch, kteří o pacienta pečují. Vše by se mělo dít s ohledem na přání pacienta a jeho rodiny. (*Kessler, 2001*)

Potřeba je zohlednit dle doktora Slámy tři skutečnosti:

- Co prožívá samotný pacient – „kvalita zkušenosti umírání“
- Co prožívají Ti, kdo o pacienta pečují – blízcí a pečující profesionálové
- Jaká je kvalita péče o umírajícího

O tom zda je pak smrt dobrá spíše než kvalita péče v závěru života, rozhoduje postoj pacienta, jeho rodiny. Je potřeba s nevléčitelně nemocnými otevřeně komunikovat a zjistit jaký závěr života bude konkrétně pro něj „dobrý“. (*Sláma, 2007*)

4 Paliativní a hospicová péče

Hlavním posláním hospicových zařízení je zajistit kvalitní péči pro terminálně nemocné a pomoci jejich rodinám, ať již provozovaných formou agentury domácí péče nebo lůžkovým zařízením. Paliativní péče je pak často spojována přímo s hospici. Oddělení paliativní péče jsou však dnes zřizovány ve většině nemocnic. Odborná i laická veřejnost si pomalu začíná uvědomovat, že medicína není všemocná a je tedy potřeba mít jakousi pokoru v okamžiku, kdy již nemocnému není pomoci a přesto naši pomoc i nadále potřebuje. Je nezbytná potřeba zapojit do celého procesu umírání rodinné příslušníky.

Definice a rozdělení paliativní péče

Paliativní péče je péčí útěšnou a je nejstarší formou medicíny. Útěcha nemocného, jeho utrpení a bolesti, doprovázení při umírání bylo základním posláním lékařů a ošetřovatelek.

„Paliativní péče je přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládnutí zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí.“⁴

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“⁵

Paliativní péče:

⁴ Sepulveda, in Payneová a kol., *Principy a praxe paliativní péče 2007*, str. 8

⁵ <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů nemoci
- přitakává životu a umírání pokládá za normální proces
- nemá za cíl smrt ani urychlovat, ani odsouvat
- integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- nabízí podpůrný systém, který má rodinám pomoci vyrovnat se s pacientovou nemocí, ztrátou blízké osoby
- usiluje o zvyšování kvality života, může mít pozitivní vliv na průběh nemoci
- je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život
- zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací

(Payneová a kol , 2007)

Paliativní péči dělíme na obecnou a speciální.

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění poskytovanou zdravotníky v rámci jejich odborností. Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života - léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, speciálně vzdělanými v paliativní péči a disponujícími potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče může být poskytována zařízením domácí péče, v rámci zdravotnických zařízení, ambulancemi paliativní péče, stacionářem paliativní péče, hospicovým zařízením.

Hospicová péče

Pod pojmem hospic si dnes většina lidí představí zařízení pro terminálně nemocné a umírající. Samotné slovo hospic má však dlouhou historii. Český ekvivalent byl převzat z německého *Hospitz*, vyjadřující noclehárnu zřizovanou církví, více se ovšem vztahuje k latinskému *Hospitium* - pohostinství, přátelské přijetí, hostinec. Hospic je pak možno považovat za místo kde je nemocný hostem a tak je k němu přistupováno.

Zařízení poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění. Délka pobytu v lůžkovém hospicovém zařízení je pak 3-4 týdny. Důraz je zde kladen na individuální potřeby pacientů a jejich přání, na maximální soukromí pacientů. Prostředí je domácké. Návštěvy rodinných příslušníků zde mohou probíhat neomezeně. Domácí hospicová péče v České republice pomalu vzniká. (<http://www.umirani.cz/>)

Do lůžkového zařízení hospice jsou indikováni pacienti, které jejich choroba ohrožuje na životě, vyžadují převážně paliativní a symptomatickou léčbu. Nejčastěji se jedná o pacienty s onkologickým onemocněním. Dalším kritériem pro přijetí je pak svobodný informovaný souhlas pacienta.

Empirická část

5 Zkoumané okruhy problémů

5.1 Hlavní cíl

Zjistit pohled nelékařských zdravotnických pracovníků na problematiku umírání a smrti.

5.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat nejčastější problematické situace vyskytující se při péči o umírající pacienty z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP).
2. Zmapovat zkušenosti NLZP s problematikou umírání a smrti.
3. Zjistit, zda má péče o umírající vliv na subjektivní vnímání smrti.

5.3 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Probíhalo v období září - říjen 2010. O spolupráci při vyplnění dotazníku byl požádán nelékařský zdravotnický personál vybraných klinických pracovišť a oddělení – Interních oddělení, Kliniky plicní a hrudní chirurgie, Ústavu radiační onkologie, Neurologického oddělení, Ortopedické kliniky, Chirurgické kliniky, Gynekologicko-porodnické kliniky, Anesteziologicko-resuscitačního oddělení a Centra následné péče.

Pro výzkumné šetření jsem využila metodu kvantitativního výzkumu - dotazníkové šetření. Použit byl vlastní nestandardizovaný dotazník. Při volbě otázek jsem se inspirovala v odborné literatuře, v bakalářských a diplomových pracích. určen pro nelékařský zdravotnický personál. Obsahoval 3 části. První část tvořilo 11 projekčních otázek.

Respondenti měli možnost vybírat ze 4 odpovědí. Ve druhé části bylo 9 otázek polouzavřených a uzavřených a 5 otázek zjišťujících demografické údaje. Poslední část dotazníku byla zaměřena na možnost vyjádření volných výpovědí. Po získání souhlasu s provedením dotazníkového šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Petry Pipkové byly dotazníky distribuovány na jednotlivých klinikách a odděleních. Sběr dotazníku probíhal na základě osobní návštěvy na jednotlivých pracovištích.

Získaná data byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel. V programu byly vytvořeny tabulky četnosti k vyjádření hodnot absolutních (ni - značí počet odpovídajících respondentů na konkrétní položku) a relativních (fi - procento respondentů odpovídajících na konkrétní otázku). K jednotlivým položkám byly vytvořeny tabulky četnosti a grafy pro snadnější orientaci ve zkoumané problematice.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 220 převážně všeobecných zdravotních sester pracujících ve FNB. Respondenti byli různého věku, vzdělání a délky praxe. Dotazník vyplnili respondenti samostatně. Použito bylo všech 220 dotazníků. Někteří respondenti blíže nespecifikovali svou odpověď na polouzavřené otázky a nevyjádřili svůj názor v závěru dotazníku.

5.5 Výsledky demografické části dotazníku

Celkový počet respondentů

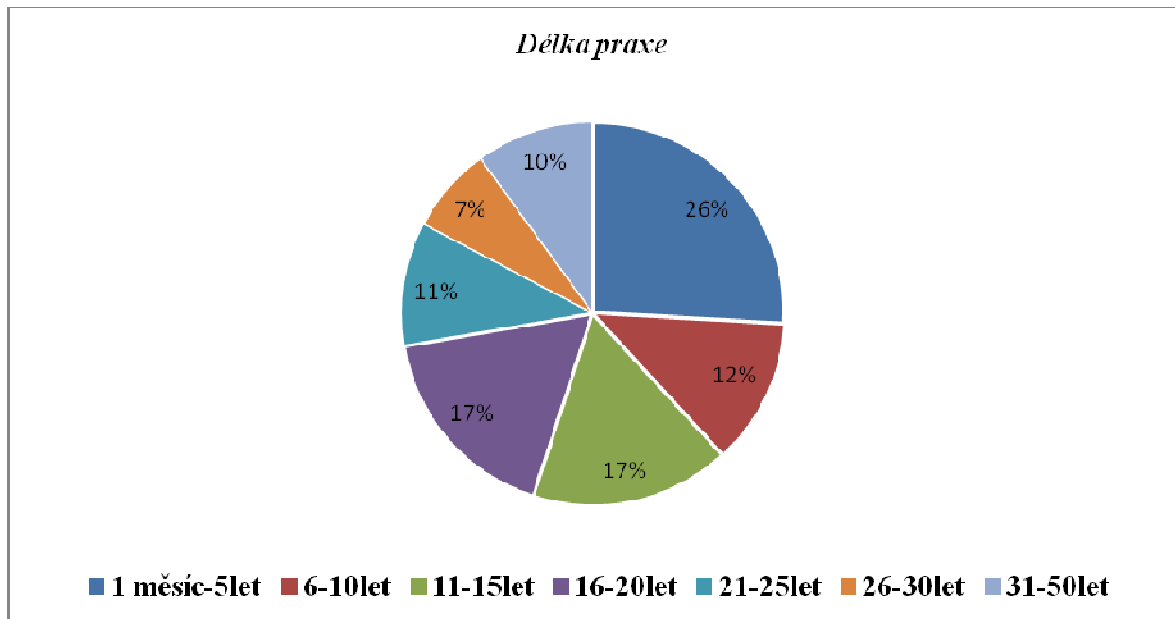
Tabulka 1 – Počet respondentů jednotlivých pracovišť

| Oddělení | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| I. Interní oddělení | 24 | 11% |
| II. Interní oddělení | 15 | 7% |
| Klinika plicní a hrudní chirurgie | 18 | 8% |
| Ústav radiační onkologie | 17 | 8% |
| Neurologické oddělení | 35 | 16% |
| Ortopedická klinika | 24 | 11% |
| Chirurgická klinika | 18 | 8% |
| Gynekologicko porodnická klinika | 20 | 9% |
| ARO | 43 | 19% |
| Centrum následné péče | 6 | 3% |

Realizovaného dotazníkového šetření ve FNB se zúčastnilo celkově 220 respondentů. Z I. Interního oddělení 24 respondentů, z II. Interního oddělení celkem 15. Dále byly dotazníky distribuovány na Kliniku plicní a hrudní chirurgie, celkem 18 oslovených. Z Ústavu radiační onkologie dotazník vyplnilo 17 respondentů, dále 35 respondentů z Neurologického oddělení a 24 oslovených z Ortopedické kliniky. Dalším pracovištěm byla Chirurgická klinika z celkovým počtem 18 respondentů a Gynekologicko-porodnická klinika z 20 respondenty. Anesteziologicko resuscitační oddělení z celkovým počtem 43 vyplněných dotazníků a také Centrum následné péče s 6 respondenty .

Délka praxe respondentů

Graf 1 – Délka praxe respondentů



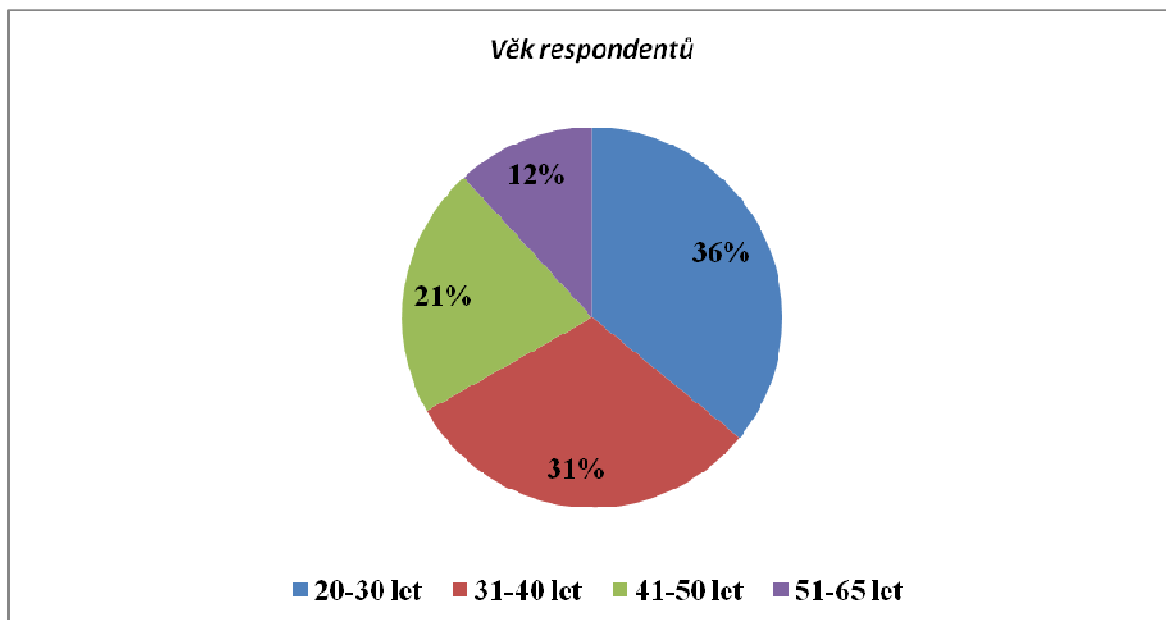
Tabulka 2 Délka praxe

| Délka praxe | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------|-------------------|-------------------|
| 1 měsíc - 5let | 57 | 26% |
| 6-10let | 27 | 12% |
| 11-15let | 37 | 17% |
| 15-20let | 38 | 17% |
| 21-25let | 23 | 11% |
| 26-30let | 16 | 7% |
| 31-50let | 22 | 10% |

Z počtu dotazovaných 57 (26%) respondentů pracuje ve zdravotnictví 1 měsíc až 5 let, 27 (12%) oslovených působí v oboru 6-10 let. Dále 37 (17%) respondentů má délku praxe 11-15 let. 16-20 let pracuje 38 (17%) respondentů. V délce 21-25 let se jedná o 23 (11%) dotázaných. V délce praxe 26-30 let (7%) odpovědělo 16 respondentů a s praxí 31 - 50 let 22 (10%) respondentů. Průměrná délka praxe dotazovaných je 15 let. Nejkratší délka praxe byla jeden měsíc a nejdelší 48 let.

Věk respondentů

Graf 2 – Věk respondentů



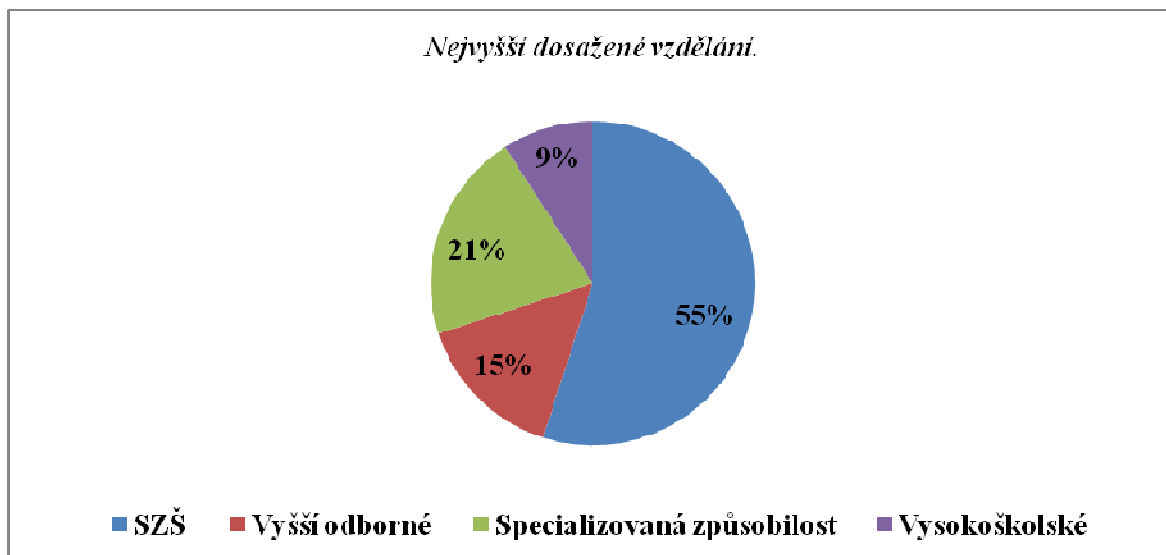
Tabulka 3 Věk respondentů

| Věk | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------|-------------------|-------------------|
| 20-30 let | 79 | 36% |
| 31-40 let | 68 | 31% |
| 41-50 let | 47 | 21% |
| 51-65 let | 26 | 12% |

Ze zpracovaných údajů vyplývá, že nejmladší účastník dotazníkového šetření byl ve věku 21 let a nejstarší ve věku 65 let. Průměrný věk respondentů je 36let. V rozmezí 20-30 let se jednalo o 79 (36%) respondentů, 68 (31%) oslovených bylo ve věku 31-40 let. Ve věkové hranici 41-50 let odpovědělo 47 (21%) dotázaných. Nejvyšší věkovou hranici 51-65 let uvedlo 26 (12%) šetřených.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání



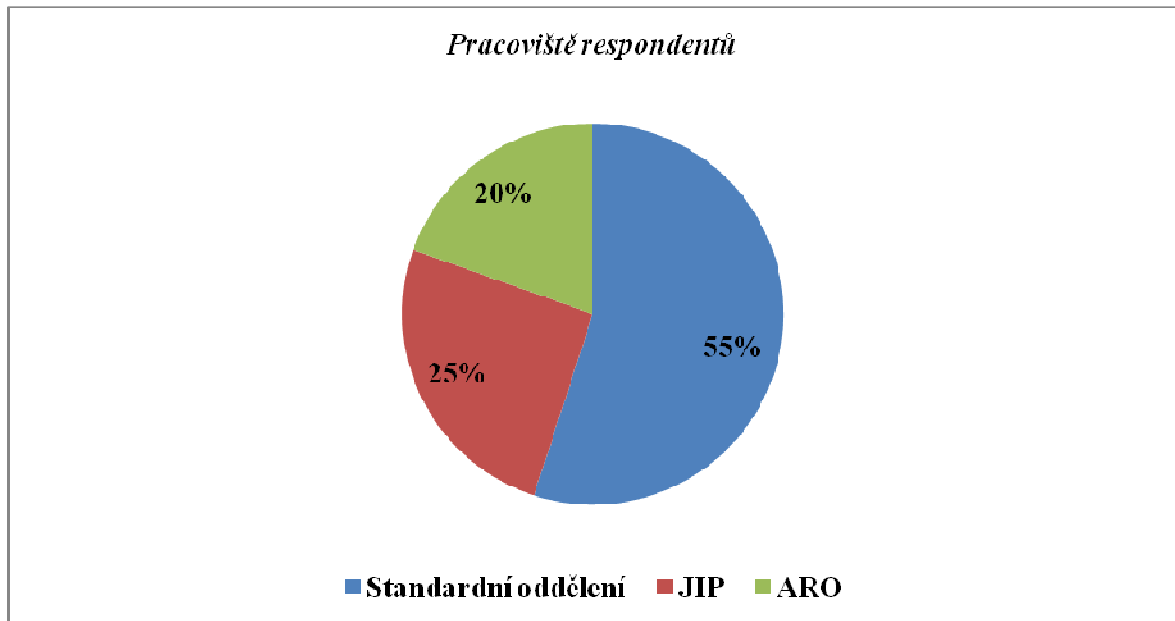
Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

| Dosažené vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| SZŠ | 121 | 55% |
| Vyšší odborné | 33 | 15% |
| Specializovaná způsobilost | 46 | 21% |
| Vysokoškolské | 20 | 9% |

Z celkového počtu 220 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání absolvováním Střední zdravotnické školy (SZŠ) až 121 (55%) respondentů. Jen 33 (15%) ukončilo vyšší odborné vzdělání na Vyšší zdravotnické škole. Až 46 (21%) dotázaných získalo specializovanou způsobilost absolvováním pomaturitního specializačního studia. Pouze 20 (9%) oslovených ukončilo studium na vysoké škole a dosáhlo tak vzdělání vysokoškolského.

Pracoviště respondentů

Graf 4 – Pracoviště respondentů



Tabulka 5 – Pracoviště respondentů

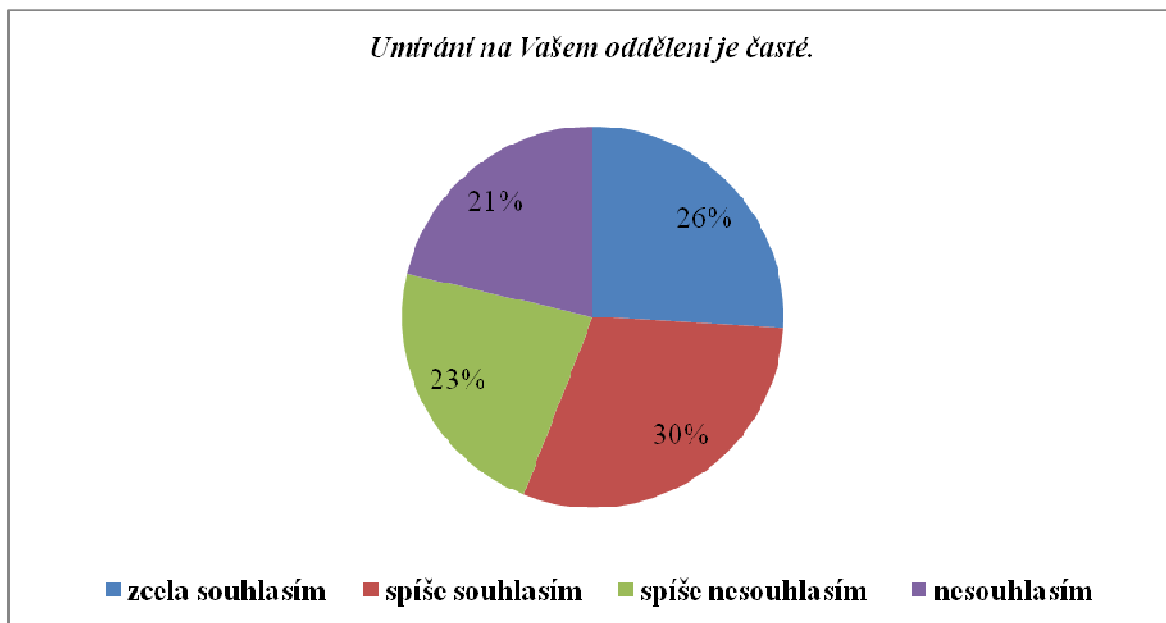
| Pracoviště | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Standardní oddělení | 121 | 55% |
| JIP | 56 | 25% |
| ARO | 43 | 20% |

Pracoviště respondentů bylo rozděleno do třech kategorií. Na standardním oddělení pracuje až 121 (55%) respondentů. Na JIP 56 (25%) oslovených a na ARO 43 (20%) dotázaných.

Výsledky vlastní části průzkumu

Část A otázka č. 1: Umírání na Vašem oddělení je časté.

Graf 5 – Umírání na Vašem oddělení je časté



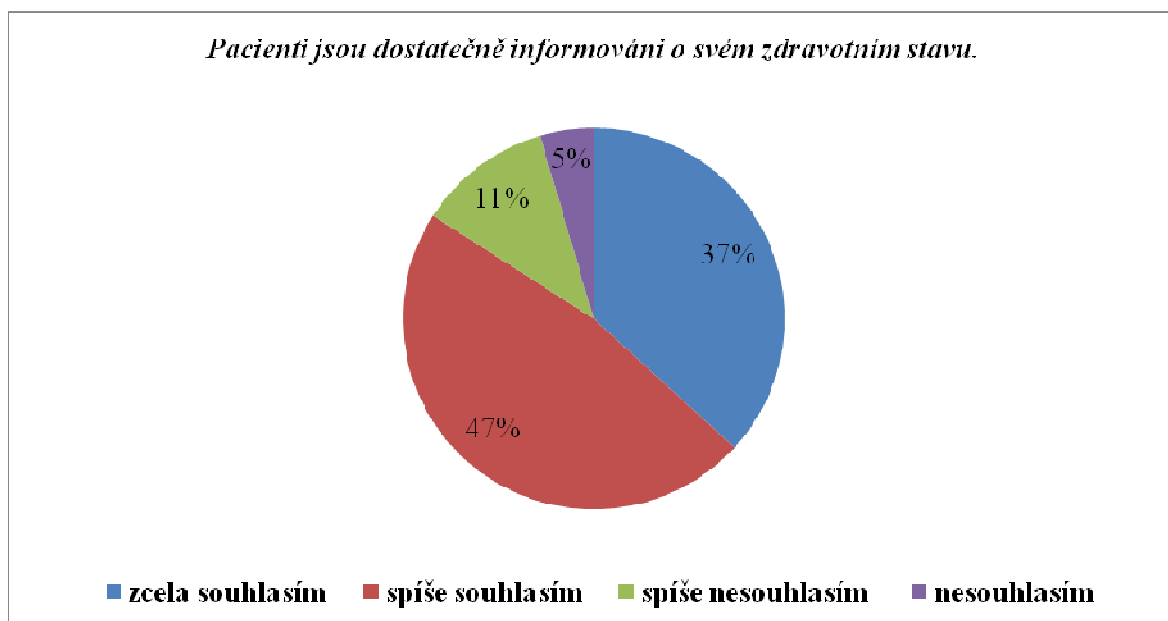
Tabulka 6 - Umírání na Vašem oddělení je časté.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 57 | 26% |
| Spíše souhlasím | 66 | 30% |
| Spíše nesouhlasím | 50 | 23% |
| Nesouhlasím | 47 | 21% |

S tvrzením „umírání na Vašem oddělení je časté“ se ztotožňuje až 66 (30%) respondentů a zvolilo odpověď zcela souhlasím. Možnost spíše souhlasím vybralo 57 (26%) oslovených. Spíše nesouhlasilo 50 (23%) respondentů a nesouhlas vyjádřilo 47 (21%) šetřených.

Část A otázka č. 2 Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu.

Graf 6 – Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu



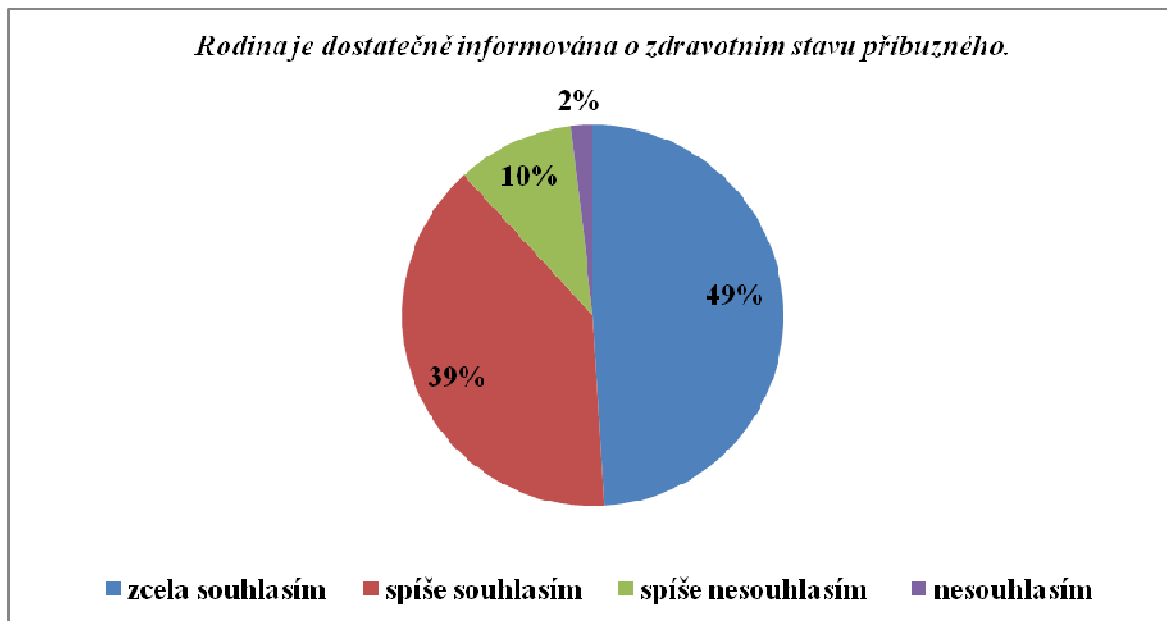
Tabulka 7 Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 81 | 37% |
| Spíše souhlasím | 104 | 47% |
| Spíše nesouhlasím | 25 | 11% |
| Nesouhlasím | 10 | 5% |

Dle většiny oslovených respondentů jsou pacienti o svém zdravotním stavu dostatečně informováni. Z možnosti spíše souhlasí až 104 (47%) oslovených, zcela souhlasí 81 (37%) respondentů. Spíše nesouhlasí pouze 25 (11%) dotázaných a 10 (5%) se domnívá, že pacienti nejsou o svém zdravotním stavu informováni dostatečně.

Část A otázka č. 3 Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného.

Graf 7 – Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného.



Tabulka 8 Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného.

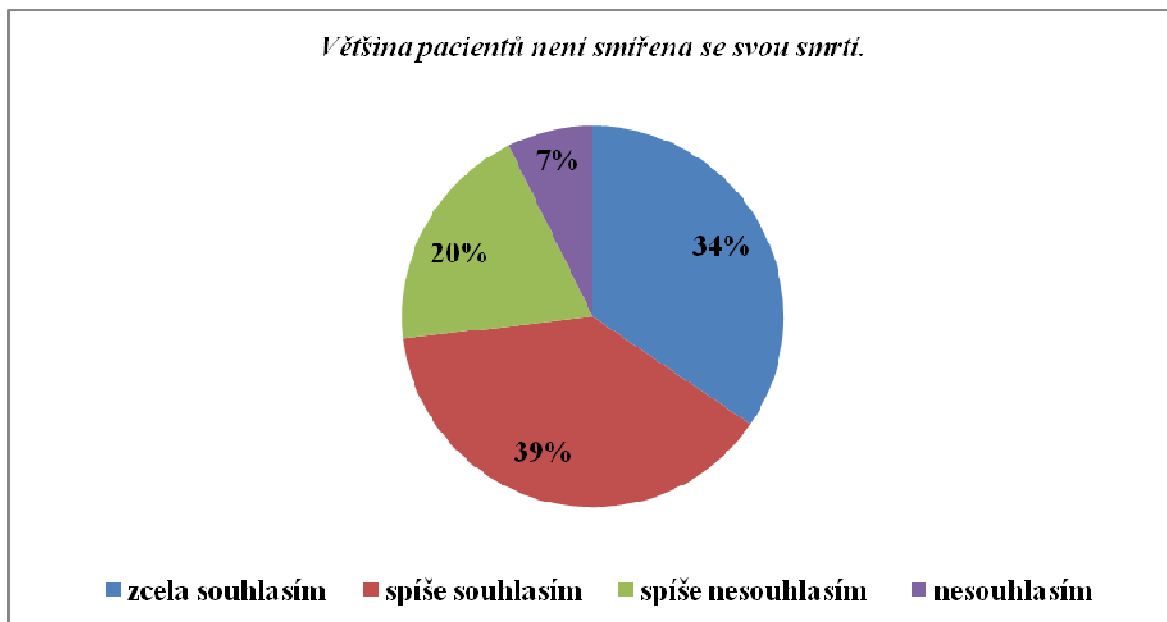
| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 108 | 49% |
| Spíše souhlasím | 86 | 39% |
| Spíše nesouhlasím | 22 | 10% |
| Nesouhlasím | 4 | 2% |

O skutečnosti, že je rodina dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného se domnívá 108 (49%) oslovených a 86 (39%) s tvrzením spíše souhlasí. 22 (10%) respondentů považuje informovanost rodiny za spíše nedostačující a 4 (2%) respondenti považují informovanost rodiny za nedostačující.

Porovnáme-li však výsledky informovanosti samotných pacientů a rodinných příslušníků dozvídáme se pozoruhodnou skutečností, že jsou dle respondentů rodinní příslušníci informováni o zdravotním stavu lépe než samotní pacienti.

Část A otázka č. 4 Většina pacientů není smířena se svou smrtí.

Graf 8 – Většina pacientů není smířena se svou smrtí.



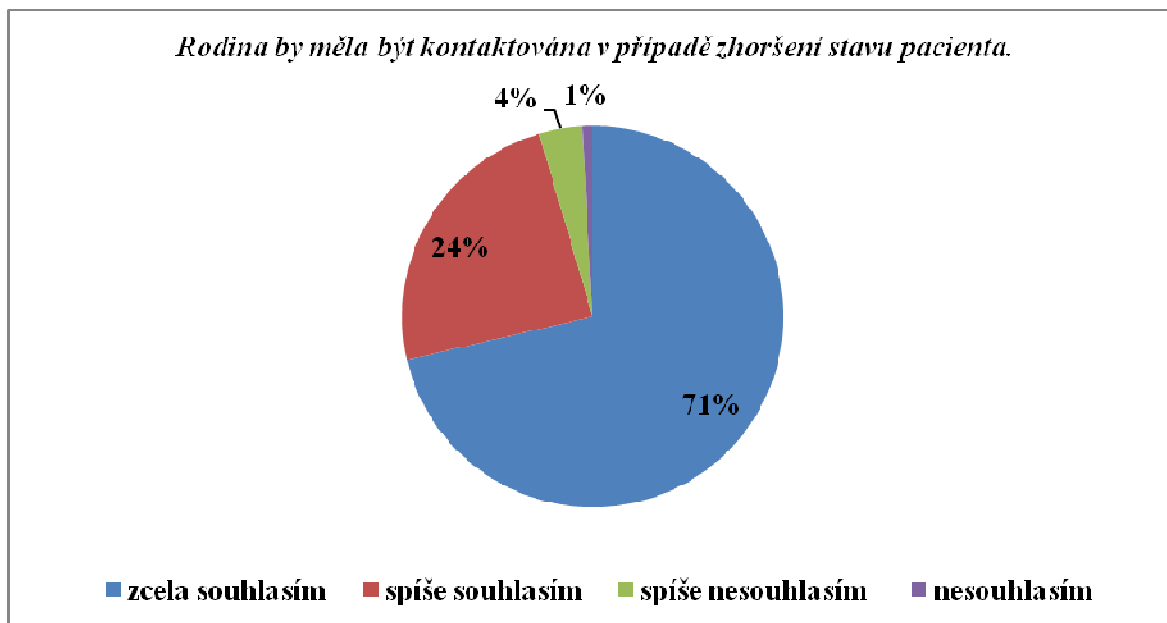
Tabulka 9 Většina pacientů není smířena se svou smrtí.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 76 | 34% |
| Spíše souhlasím | 85 | 39% |
| Spíše nesouhlasím | 43 | 20% |
| Nesouhlasím | 16 | 7% |

Dle většiny oslovených respondentů nejsou pacienti smířeni se svou smrtí. O tom, že většina pacientů není smířena se svou smrtí, se domnívá se 76 (34%) respondentů. Spíše s tímto tvrzením souhlasí 85 (39%) oslovených. Možnost, že pacienti jsou se svou smrtí spíše smířeni uvedlo 43 (20%) dotázaných. Jen 16 (7%) respondentů se domnívá, že pacienti jsou se svou smrtí smířeni.

Část A otázka č. 5 Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta.

Graf 9 – Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta.



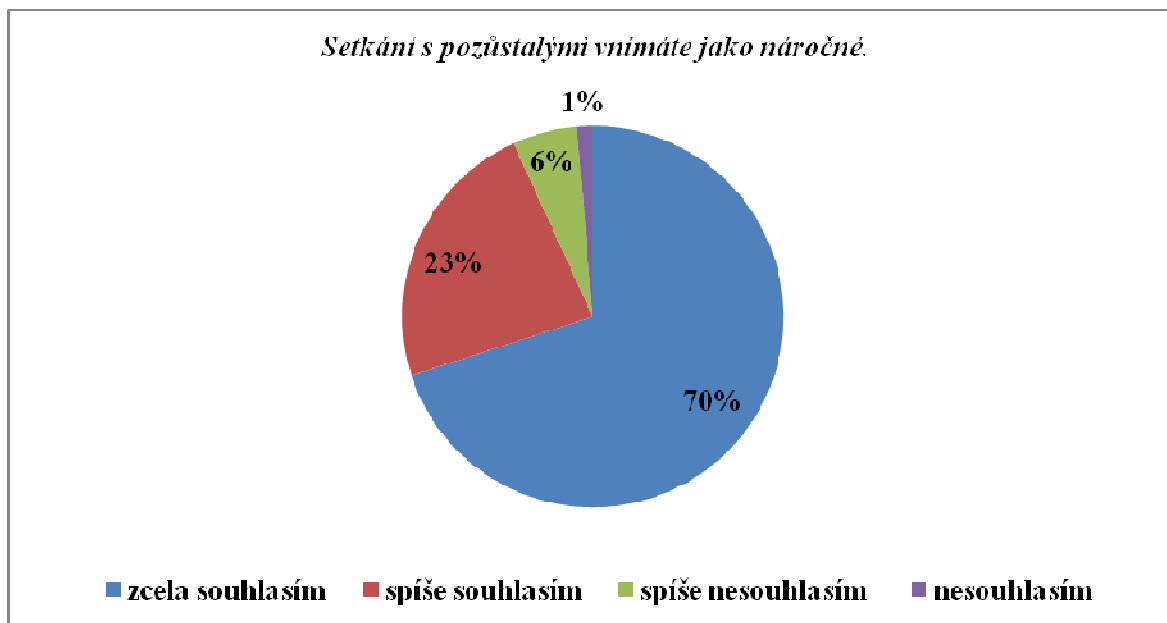
Tabulka 10 Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 157 | 71% |
| Spíše souhlasím | 53 | 24% |
| Spíše nesouhlasím | 8 | 4% |
| Nesouhlasím | 2 | 1% |

Dle většiny 157 (71%) respondentů by měla být rodina při zhoršení stavu pacienta kontaktována. S kontaktováním rodiny by spíše souhlasilo 53 (24%) respondentů a 8 (4%) oslovených se spíše domnívá, že rodinu není nutné kontaktovat. Pouze 2 (1%) respondenti nepovažují za vhodné kontaktování rodiny v případě zhoršení stavu.

Část A Otázka č. 6 Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné.

Graf 10 – Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné.



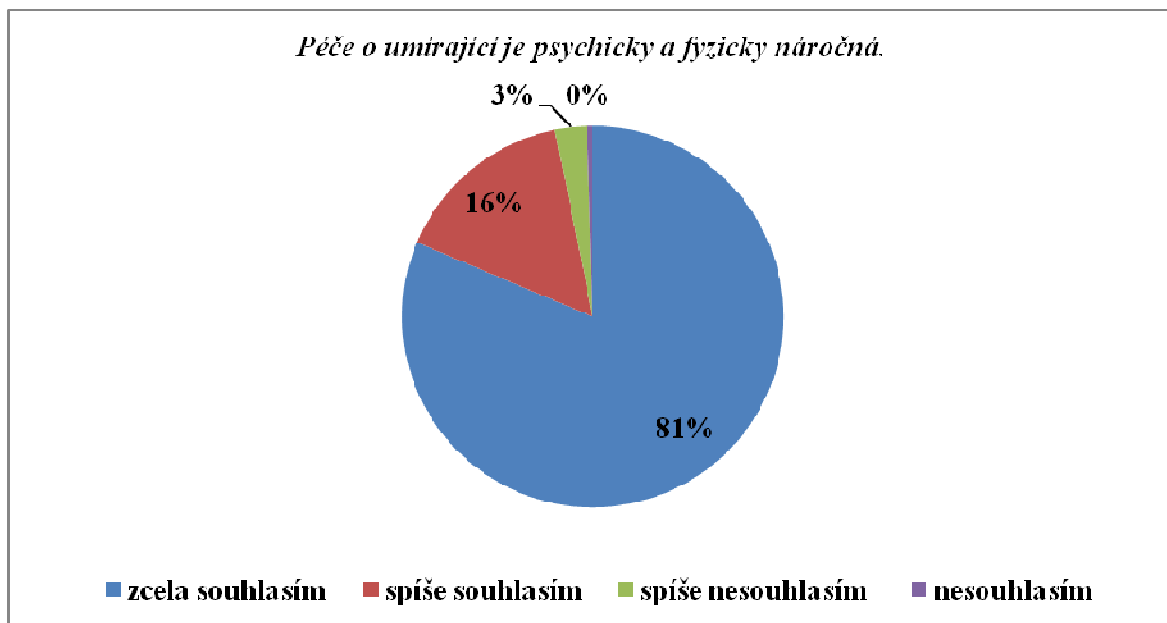
Tabulka 11 Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 154 | 70% |
| Spíše souhlasím | 51 | 23% |
| Spíše nesouhlasím | 12 | 6% |
| Nesouhlasím | 3 | 1% |

Pro většinu 154 až (70%) oslovených je setkání s pozůstalými náročné. 51 (23%) dotázaných vnímá tuto situaci jako spíše náročnou, 12 (6%) respondentů nepovažuje setkání s pozůstalými za náročné a pouze pro 3 (1%) respondentů tato situace nepředstavuje žádné obtíže.

Část A Otázka č. 7 Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná.

Graf 11 – Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná.



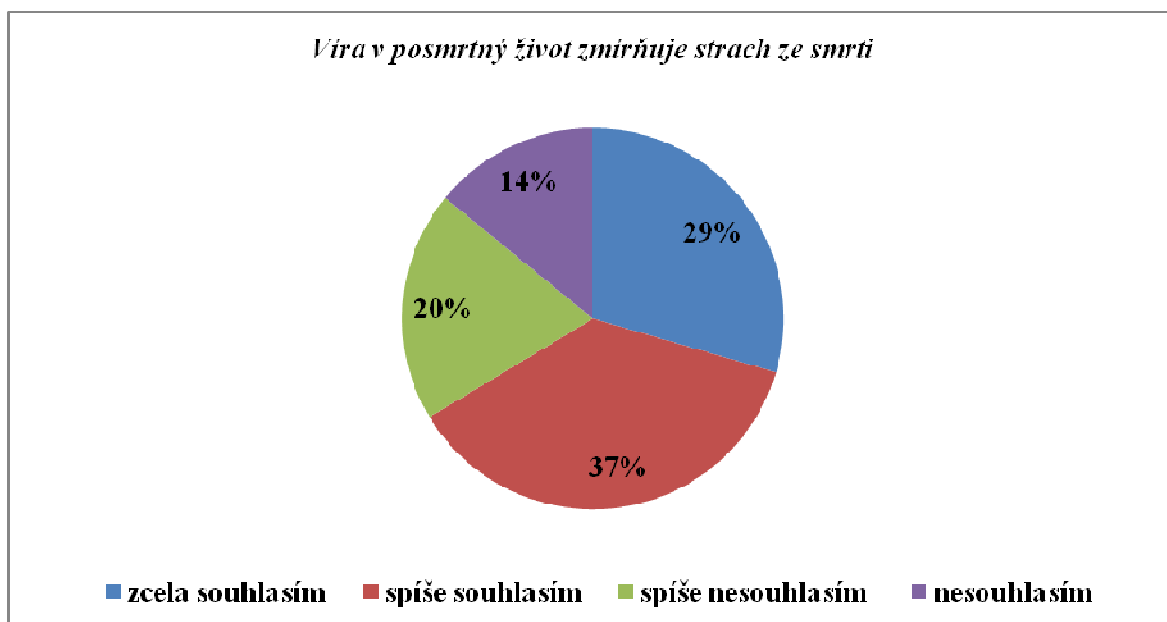
Tabulka 12 Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 179 | 81% |
| Spíše souhlasím | 34 | 16% |
| Spíše nesouhlasím | 6 | 3% |
| Nesouhlasím | 1 | 0,45% |

Z grafu č. 11 vyplývá, že až 179 (81%) respondentů považuje péči o umírající za náročnou jak po psychické stránce tak i po stránce fyzické. Pro 34 (16%) zkoumaných je to spíše náročné a pouze 6 (3%) respondentů s tímto tvrzením spíše nesouhlasí.

Část A Otázka č. 8 Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti.

Graf 12 – Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti



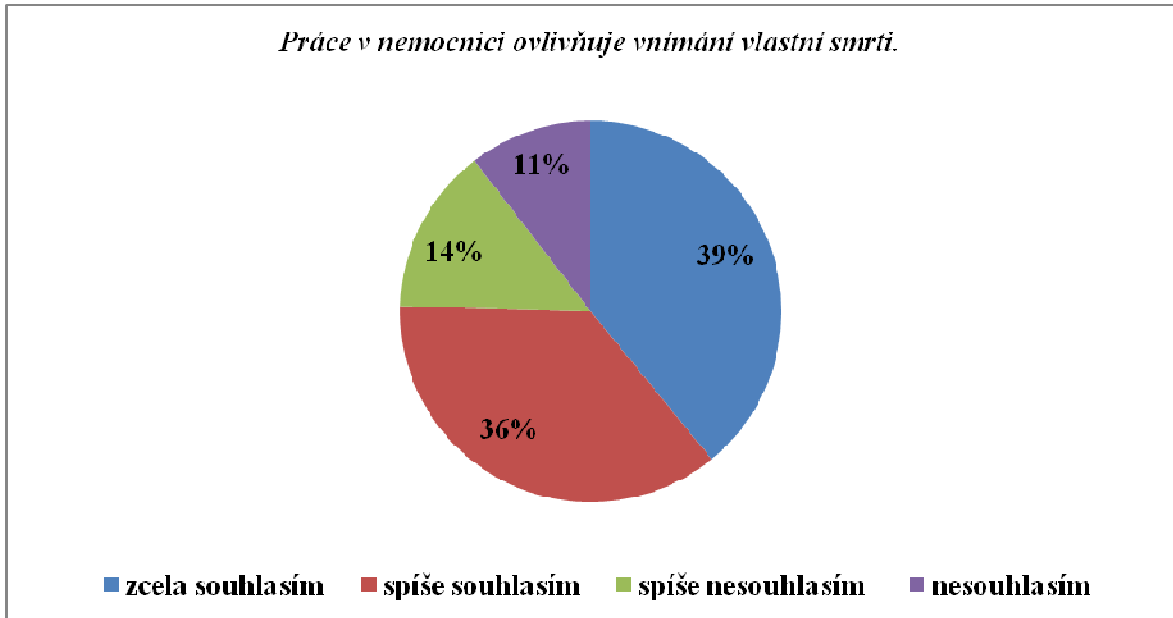
Tabulka 13 Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 65 | 29% |
| Spíše souhlasím | 81 | 37% |
| Spíše nesouhlasím | 43 | 20% |
| Nesouhlasím | 31 | 14% |

O tvrzení, že víra v posmrtný život strach ze smrti zmírňuje se domnívá 81 (37%) respondentů. Možnost spíše souhlasím, vybralo 65 (29%) oslovených, 43 (20%) respondentů s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 31 (14%) zkoumaných se domnívá, že víra v posmrtný život nemá vliv na strach ze smrti.

Část A Otázka č. 9 Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti.

Graf 13 – Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti



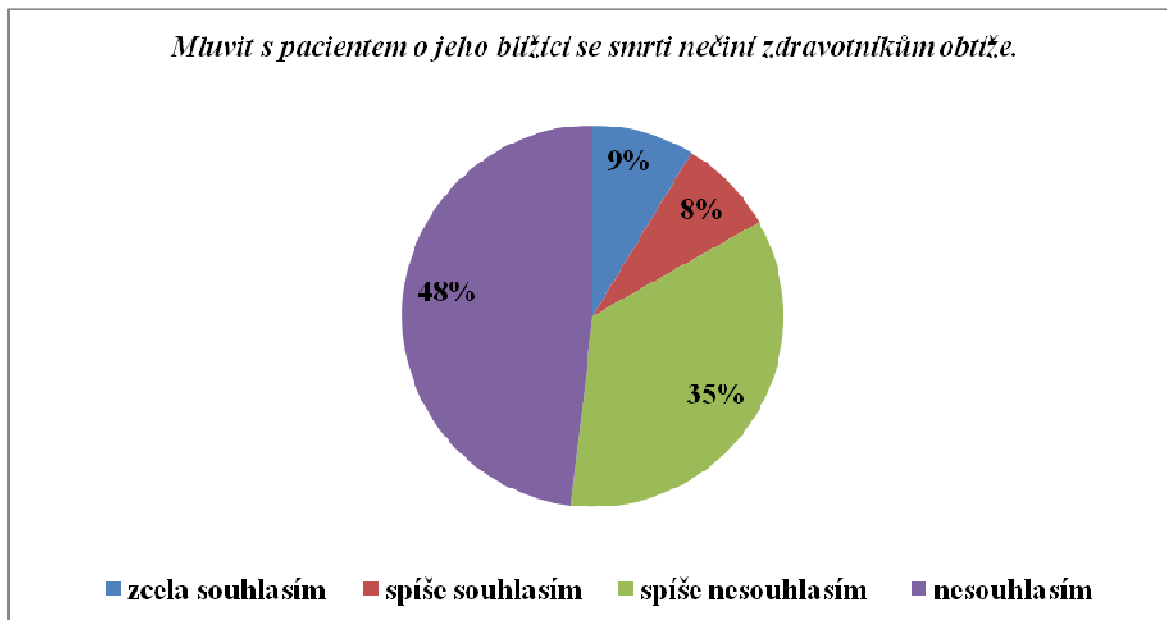
Tabulka 14 Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 86 | 39% |
| Spíše souhlasím | 80 | 36% |
| Spíše nesouhlasím | 31 | 14% |
| Nesouhlasím | 23 | 11% |

V případě 86 (39%) respondentů ovlivnila práce v nemocnici jejich vnímání vlastní smrti, 80 (36%) respondentů se domnívá, že práce v nemocnici spíše ovlivnila vnímání vlastní smrti. 31 (14%) dotázaných nemá pocit, že by práce v nemocnici ovlivnila vnímání vlastní smrti. A 23 (11%) oslovených vyjádřilo skutečnost, že práce v nemocnici nemá žádný vliv na vnímání vlastní smrti.

Část A Otázka č. 10 Mluvit s pacientem o jeho blízcí se smrti nečiní zdravotníkům obtíže.

Graf 14 – Mluvit s pacientem o jeho blízcí se smrti nečiní zdravotníkům obtíže.



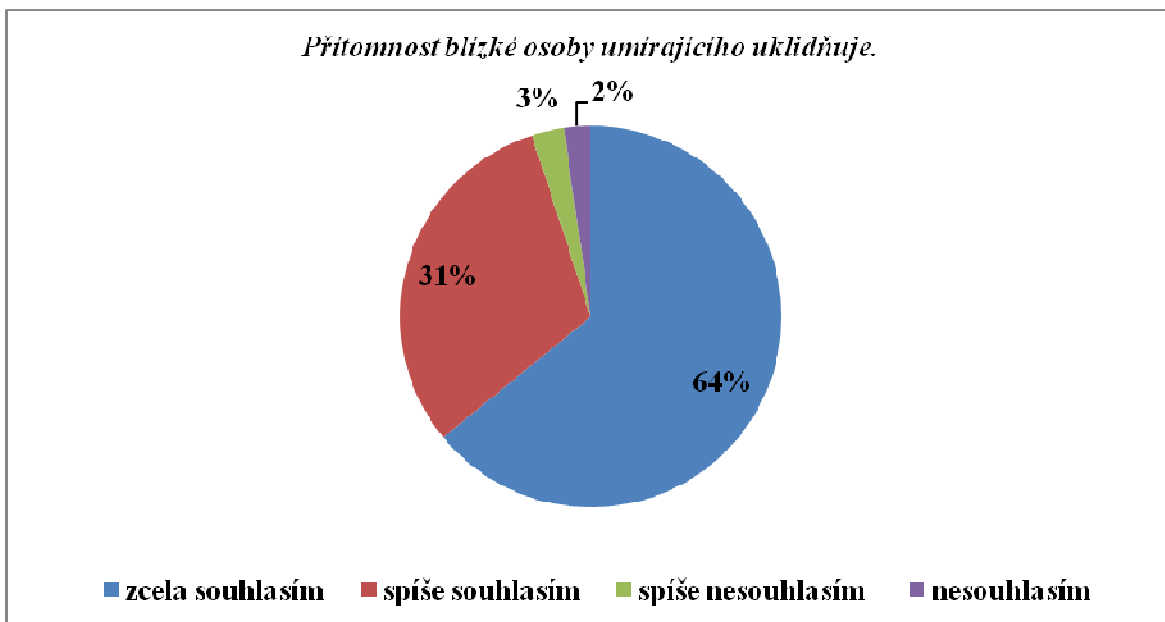
Tabulka 15 Mluvit s pacientem o jeho blízcí se smrti nečiní zdravotníkům obtíže.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 19 | 9% |
| Spíše souhlasím | 18 | 8% |
| Spíše nesouhlasím | 77 | 35% |
| Nesouhlasím | 106 | 48% |

Na tuto otázku odpovědělo až 106 (48%) respondentů, že má obtíže hovořit s pacientem o jeho smrti. Pro 77 (35%) zkoumaných respondentů je tento rozhovor spíše obtížný. Jen pro 19 (9%) oslovených se zdá, že není tento rozhovor spíše náročný a 18 (8%) respondentům hovořit s pacientem o jeho smrti nečiní problém.

Část A Otázka č. 11 Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje.

Graf 15 – Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje.



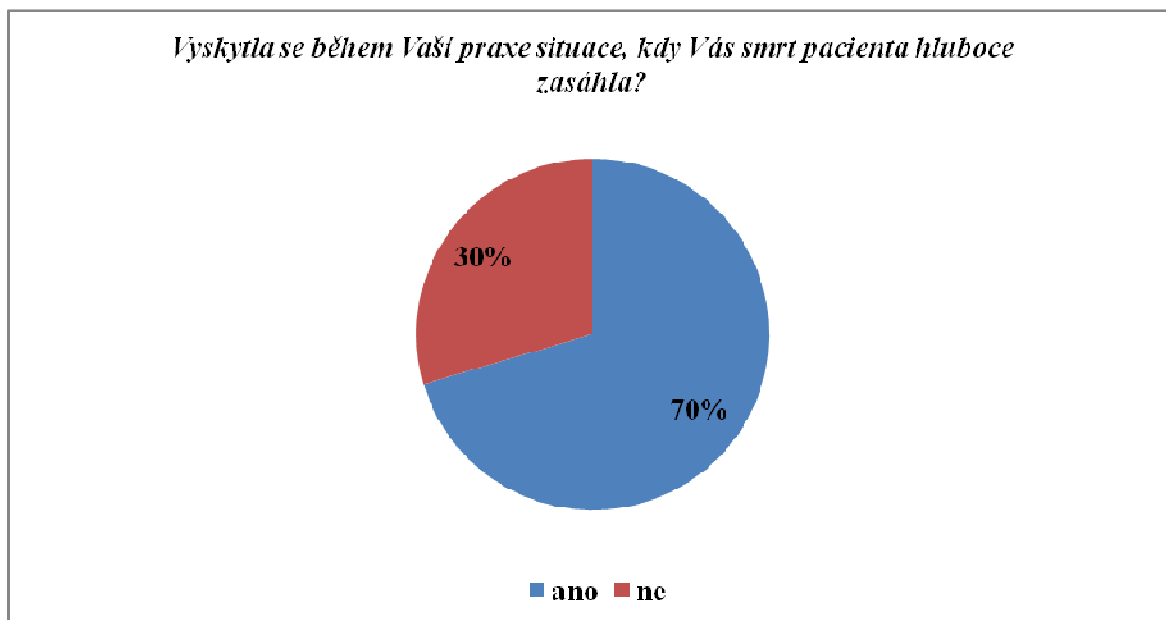
Tabulka 16 Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje.

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Zcela souhlasím | 141 | 64% |
| Spíše souhlasím | 68 | 31% |
| Spíše nesouhlasím | 6 | 3% |
| Nesouhlasím | 5 | 2% |

Z uvedeného grafického znázornění vyplývá, že až 141 (64%) oslovených se domnívá, že přítomnost blízké osoby uklidňuje umírajícího, 68 (31%) respondentů spíše souhlasí s tím, že přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje. Pouze 6 (3%) zkoumaných nepovažuje přítomnost blízké osoby za uklidňující a jen 5 (2%) respondentů se domnívá, že přítomnost blízké osoby nemá vliv na pocity umírajícího.

Část B Otázka č. 1 Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?

Graf 16 – Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?



Tabulka 17 Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?

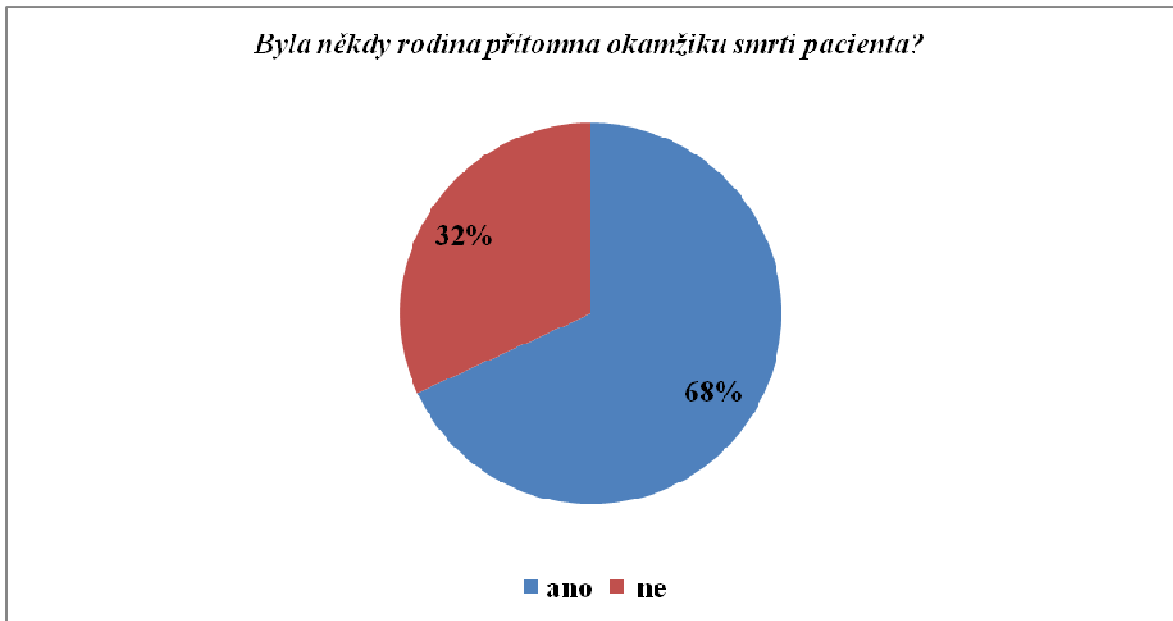
| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 155 | 70% |
| Ne | 65 | 30% |

Během své praxe se s situací kdy je smrt nemocného hluboce zasáhla setkala až 155 (70%) respondentů. Pouze 65 (30%) oslovených tuto zkušenost během své praxe nemělo.

Z celkového počtu 155 respondentů, až 102 (65%) blíže specifikovalo důvod. Pro většinu dotázaných bylo obtížné se vyrovnat především se smrtí mladého člověka nebo dítěte, pacienta se kterým si vytvořili bližší citový vztah nebo ho znali lépe, dále úmrtí osoby, s kterou si byli věkově blízcí. (podrobněji viz příloha č. 3)

Část B Otázka č. 2 Byla někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?

Graf 17 – Byla někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?



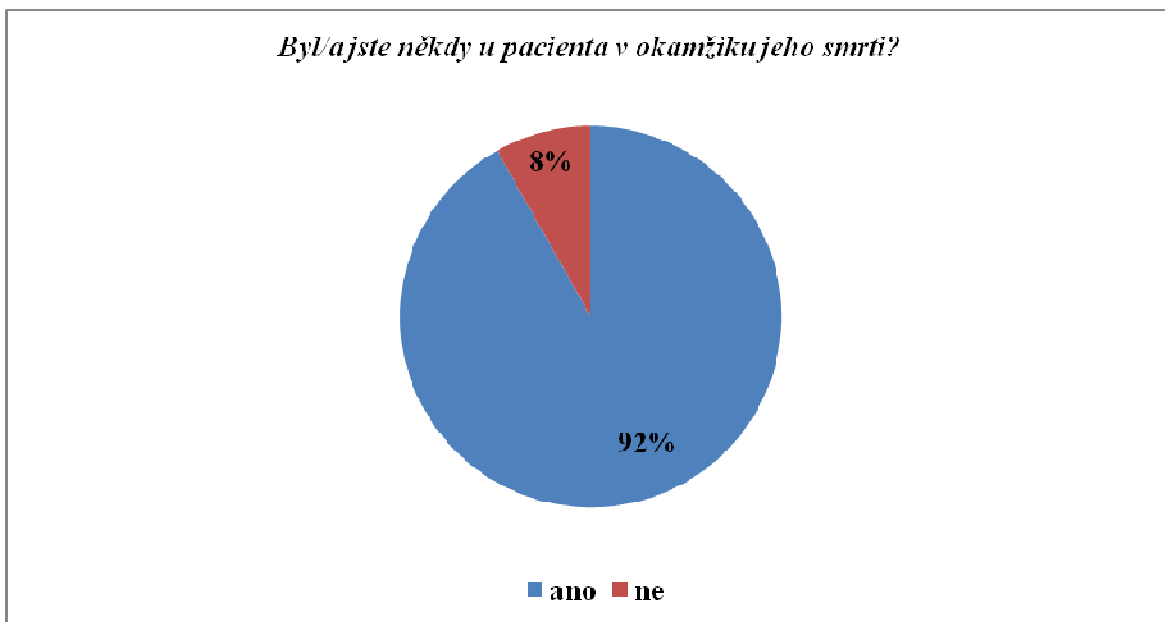
Tabulka 18 Byla někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 150 | 68% |
| Ne | 70 | 32% |

Na tuto otázku pochopitelně odpovědělo až 150 (68%) respondentů, že rodina byla někdy přítomna v době pacientova úmrtí. Zajímavé je, že dost velký počet až 70 (32%) zkoumaných respondentů tuto zkušenost s přítomností rodinných příslušníků nemělo.

Část B Otázka č. 3 Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?

Graf 18 – Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?



Tabulka 19 Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 202 | 92% |
| Ne | 18 | 8% |

V průběhu své praxe ve zdravotnickém zařízení bylo až celkem 202 (92%) respondentů přítomno okamžiku smrti pacienta, pouze 12 (8%) oslovených nemělo možnost se s touto zkušeností setkat.

Část B Otázka č. 4 Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?

Graf 19 – Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?



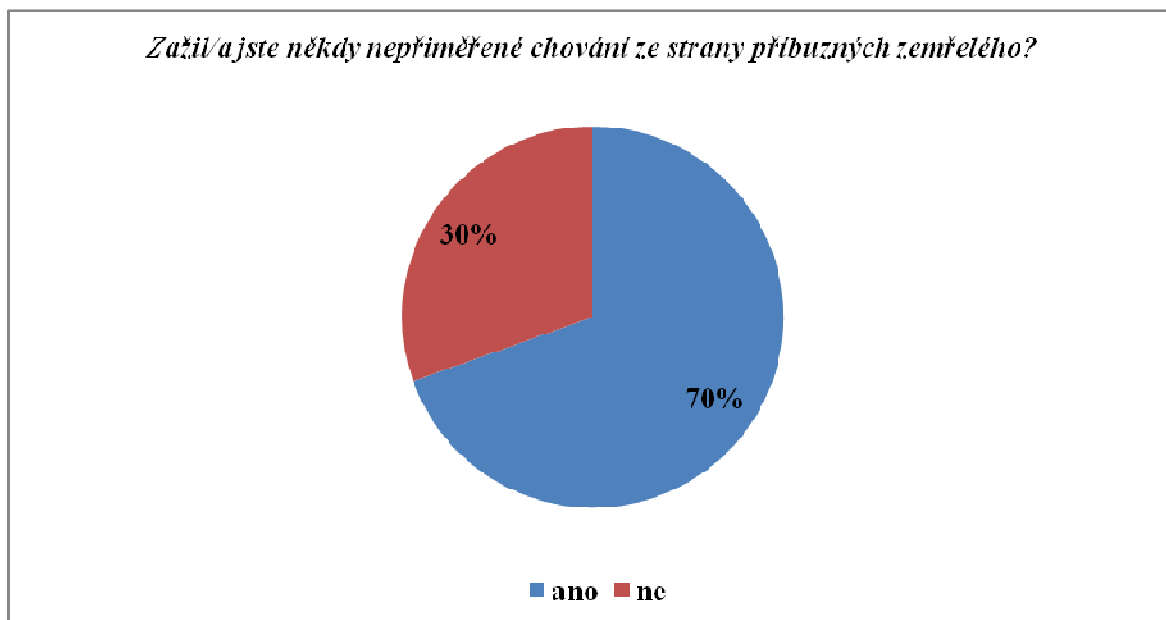
Tabulka 20 Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 117 | 53% |
| Ne | 103 | 47% |

Návštěvu nemocničního kaplana vyřizovalo na požádání nemocného 117 (53%) dotázaných nelékařských zdravotnických pracovníků. 103 (47%) respondentů nebylo nikdy o zajištění této služby nemocným požádáno.

Část B Otázka č. 5 Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?

Graf 20 – Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?



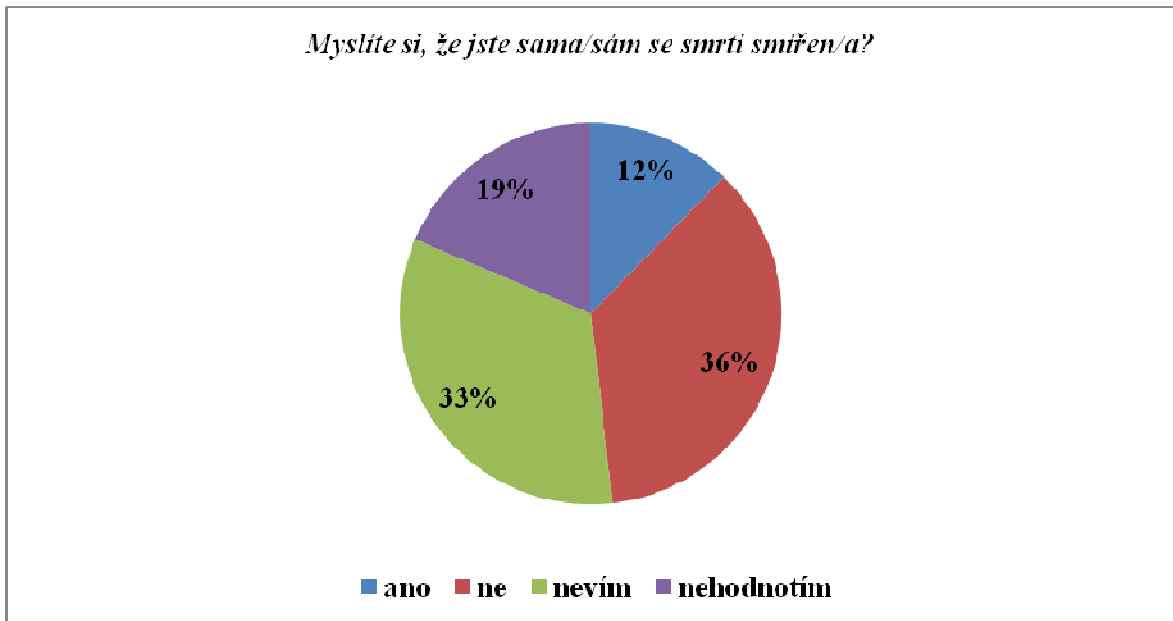
Tabulka 21 Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 153 | 70% |
| Ne | 63 | 30% |

S nepřiměřeným chováním ze strany pozůstalých se setkalo až 153 (70%) respondentů. Pouze 63 (30%) respondentů se s nepřiměřeným chováním příbuzných neseťkalo.

Část B Otázka č. 6 Myslíte si, že jste sama/sám se smrtí smířen/a?

Graf 21 – Myslíte si, že jste sama/ sám se smrtí smířen/á?



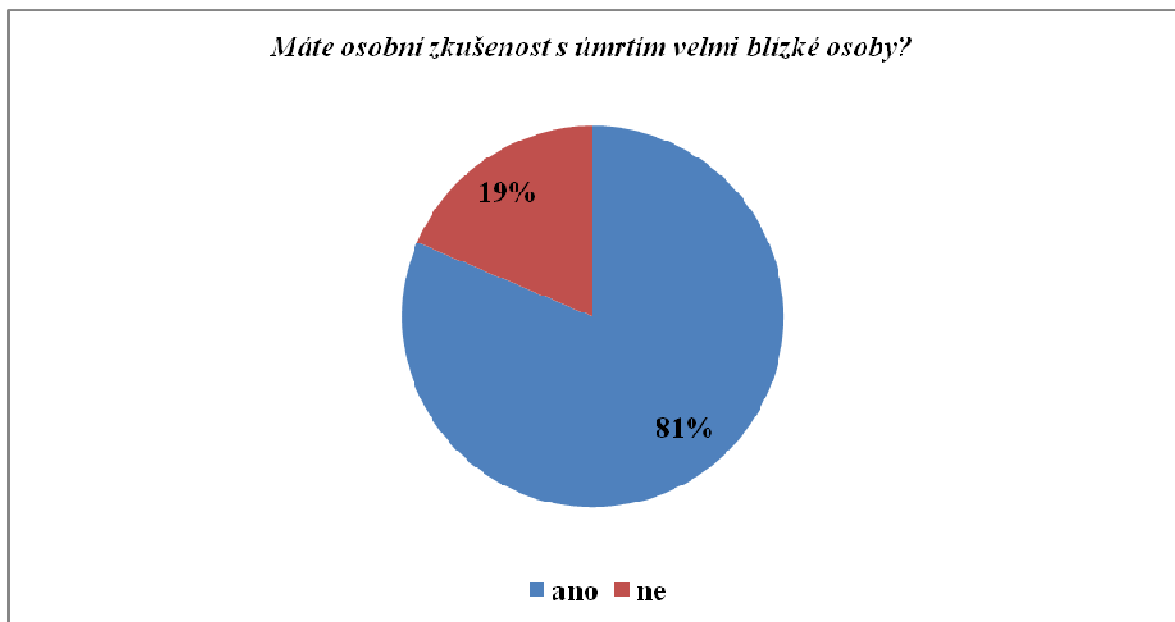
Tabulka 22 Myslíte si, že jste sama/ sám se smrtí smířen/á?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 150 | 70% |
| Ne | 70 | 30% |
| Nevím | 73 | 33% |
| Nehodnotím | 41 | 19% |

Z uvedeného grafu vyplývá, že 27 (12%) respondentů je se smrtí smířeno. Až 79 (36%) oslovených není se smrtí smířeno. Odpověď zda jsou smířeni se smrtí nehodnotilo 41 (19%) respondentů a 73 (33%) dotázaných odpovědět nevědělo.

Část B Otázka č. 7 Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?

Graf 22 – Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?



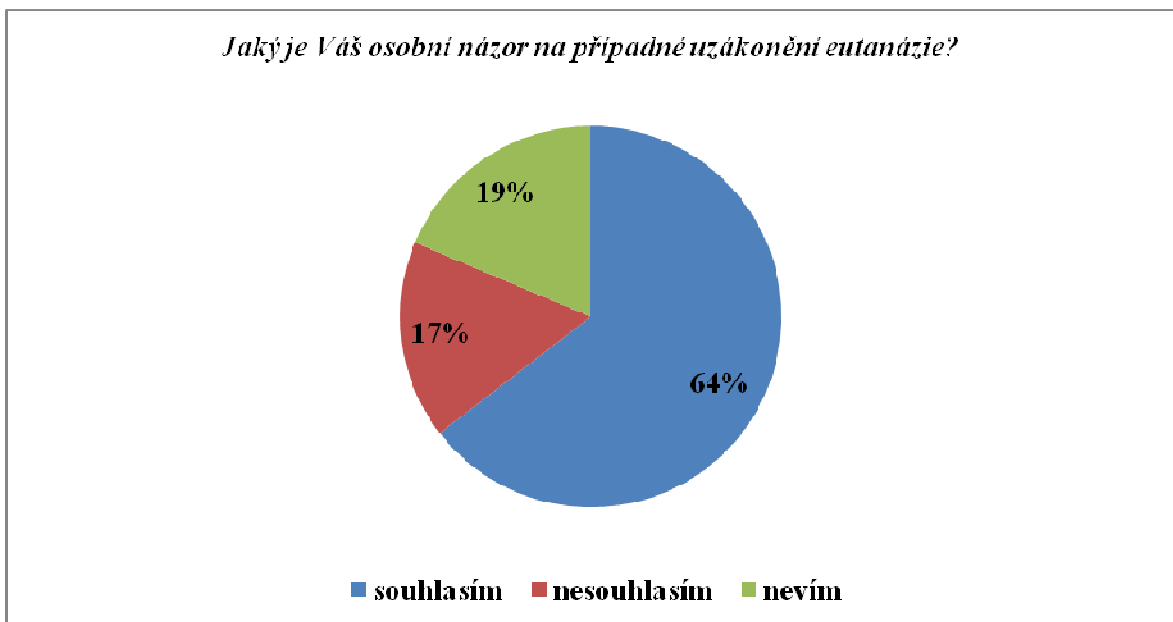
Tabulka 23 Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 179 | 81% |
| Ne | 41 | 19% |

Na tuto otázku pochopitelně odpovědělo kladně 179 (81%) respondentů. 41 (19%) oslovených tuto zkušenost ve svém životě ještě nemá.

Část B Otázka č. 8 Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanázie?

Graf 23 – Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanázie?



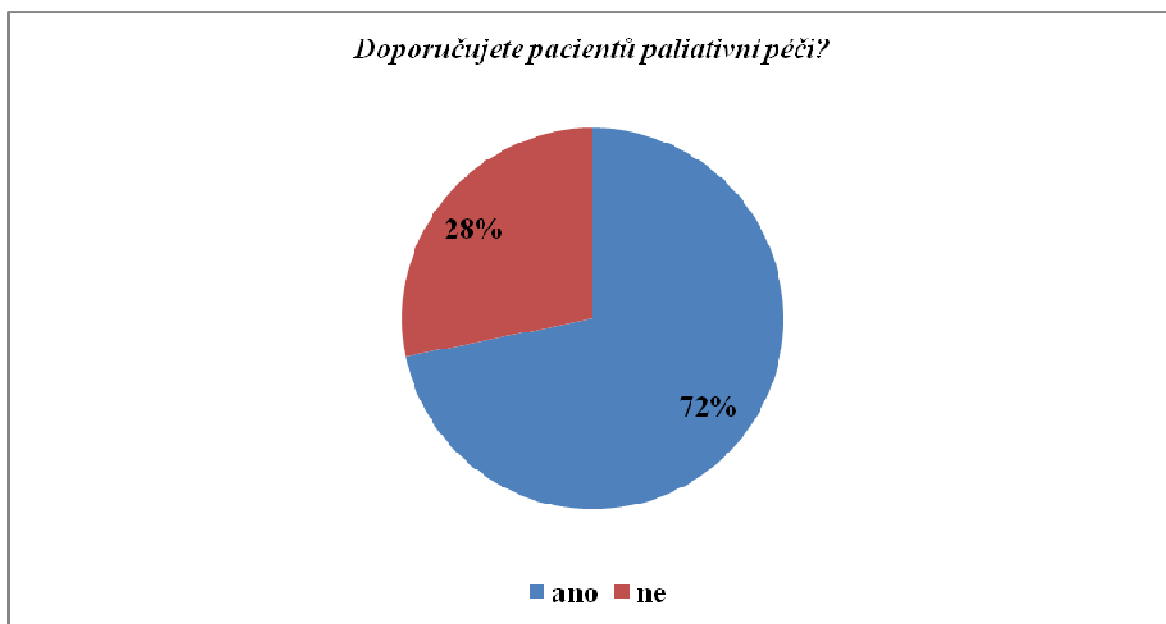
Tabulka 24 Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanázie?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------|-------------------|-------------------|
| Souhlasím | 142 | 64% |
| Nesouhlasím | 37 | 17% |
| Nevím | 41 | 19% |

S uzákoněním eutanázie by souhlasilo 142 (64%) respondentů, jedná se o vysoké procento oslovených. 41 (19%) dotázaných neví nebo nedokáže svůj názor vyjádřit a 37 (17%) respondentů by s uzákoněním eutanázie nesouhlasilo.

Část B Otázka č. 9 Doporučujete pacientům paliativní péči?

Graf 24 – Doporučujete pacientům paliativní péči?



Tabulka 25 Doporučujete pacientům paliativní péči?

| Odpovědi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| Ano | 158 | 72% |
| Ne | 62 | 28% |

Oslovení respondenti měli možnost volit odpověď ano a ne a také vyjádřit volnou výpověď. Vysoký počet respondentů 158 (72%) uvedlo, že pacientům doporučují paliativní péči. Pouze 62 (28%) dotázaných vyjádřilo, že paliativní péče svým pacientům nedoporučují.

K důvodům pro nedoporučení paliativní péče se z 62 respondentů vyjádřilo pouze 8. Nejčastěji uváděli tyto důvody ve volných výpovědích:

- paliativní péči doporučuje lékař a není to tedy v kompetenci nelékařských zdravotnických pracovníků,
- dále také skutečnost, že jejich pacienti paliativní péči s ohledem na svůj zdravotní stav nevyžadují.

- **Závěrečné vyjádření respondentů**

V samotném závěru dotazníku byli respondenti požádáni, o radu pro svou novou kolegyni, ke zvládnání péče o umírající. Na co by si podle nich měla dát pozor. Co bylo pro ně osobně v praxi nejtěžší.

Z celkového počtu 220 respondentů napsalo svůj komentář 107 (48%) respondentů.

Převážná většina respondentů uváděla, že s touto situací se musí každý vyrovnat sám. Patrné také bylo doporučení udržet si od umírajících odstup. Důraz byl kladem také na opatrné jednání s příbuznými a správné sepsání pozůstalosti. Bez ohledu na věk zde bylo zřejmé, že problematika ošetrovatelské péče o umírající je pro mnoho i zkušených všeobecných sester stále obtížná a náročná. Blíže viz příloha č. 4

6 DISKUZE

6.1 Dílčí cíl č. 1 Zmapovat nejčastější problematické situace vyskytující se při péči o umírající pacienty z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP).

Jednou z problematických situací je samotná komunikace s umírajícími. Problém hovořit s pacientem o smrti uvedlo 95% respondentů, kteří zcela nebo spíše souhlasili s tvrzením: „Mluvit s pacientem o jeho blíží se smrti nečiní zdravotníkům obtíže.“ Přesto, že v závěru dotazníku někteří respondenti zdůrazňovali nutnost citlivé a ohleduplné komunikace.

Další obtížnou situací je pak samotné setkání s pozůstalými. 93% dotazovaných zcela nebo spíše souhlasilo s tvrzením: „Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné.“ 70% dotazovaných se také ve své praxi setkala s nepřiměřenou reakcí ze strany příbuzných zemřelého.

97% zdravotnických pracovníků považuje péči o umírající za psychicky a fyzicky náročnou. 70% se setkala ve své praxi se situací, kdy je smrt pacienta hluboce zasáhla. Uváděny byly situace, kdy šlo o pacienta mladšího věku, pacienta se kterým si personál vytvořil bližší vztah. Některých respondentů v závěru dotazníku doporučovali udržovat si odstup od pacientů a pokud možno se s nimi nesblížovat.

Jako pozitivní hodnotím názor 70% NLZP, kteří se domnívají, že by rodina měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta. 95% respondentů zcela nebo spíše souhlasí s tím, že přítomnost blízké osoby umírající uklidňuje. S přítomností rodiny u umírajícího se v praxi setkala 68% dotazovaných.

Překvapující pro mě bylo, že až 64% respondentů by souhlasilo s případným uzákoněním eutanázie. Můj předpoklad, že s uzákoněním eutanázie budou souhlasit převážně sestry pracující v intenzivních oborech, které jsou častěji postaveny před eticky a

morálně těžké situace, se nepotvrdil. Toto zjištění však považuji za alarmující. I v bakalářských a diplomových pracích dalších autorů je patrný kladný postoj zdravotnických pracovníků k legalizaci eutanázie. V práci Chovancové by se kladně k legalizaci eutanázie vyjádřila více jak polovina dotazovaných. Autorka ve své práci uvádí i další autory, kteří dospěli k podobným výsledkům. (Chovancová, 2011)

6.2 Dílčí cíl č. 2 Zmapovat zkušenosti NLZP s problematikou umírání a smrti.

Lze říci, že většina respondentů má dlouholetou praxi ve zdravotnictví. Průměrná délka praxe dotazovaných byla 15 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 65 let. Lze říci, že dotazníkového šetření se zúčastnili převážně zkušení NLZP.

Pro 56% dotazovaných je setkání s umíráním na jejich pracovišti časté nebo spíše časté. Pro 21% dotazovaných je setkání s umírajícími ojedinělou zkušeností. S nemocným v okamžiku smrti bylo 92% NLZP.

Jako pozitivní hodnotím názor většiny dotazovaných, že pacienti a jejich rodinní příslušníci jsou dostatečně informováni o zdravotním stavu. 84% dotazovaných informovanost pacientů považuje za dostačující, 88% považuje informovanost rodinných příslušníků za dostačující.

Překvapila mě také skutečnost, že 53% dotazovaných uvedlo, že si jejich pacient přál návštěvu nemocničního kaplana.

6.3 Dílčí cíl č. 3 Zjistit, zda má péče o umírající vliv na subjektivní vnímání smrti

Přesto, že 75% respondentů uvedlo, že práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti a se smrtí se ve své praxi setkává 56% dotazovaných, se smrtí se cítí smířeno pouze 12% dotazovaných, 33% nevědělo, 19% nehodnotilo a 36% se smrtí smířeno není.

Zkušenost s úmrtím blízké osoby má 81% dotazovaných. Můj předpoklad, že zdravotníci budou se smrtí smířeni vlivem setkání se smrtí ve své profesi, ale také vlastní zkušenosti se nesplnil. Ani zde se neprojevily rozdíly v odpovědích s ohledem na druh pracoviště respondentů.

6.4 Hlavní výzkumná otázka

Hlavním záměrem mého dotazníkového šetření bylo zjistit pohled nelékařských zdravotnických pracovníků na problematiku umírání a smrti. Při tvorbě dotazníku mě inspirovala přečtená literatura a některé bakalářské a diplomové práce, kterých na toto téma bylo napsáno velké množství. Mnohé z těchto prací přinesly obdobné výsledky, nebo výsledky, které byly z mého pohledu nejednoznačné. (*Ferancová 2005, Stránská 2006, Vaculín 2010, Pečnková 2010, Chovancová 2011*)

Mou snahou bylo obsáhnout v dotazníku všechny otázky vztahující se k této problematice - osobní vyrovnanosti s umíráním a smrtí, otázky vztahující se k ošetrovatelské péči jako je informovanost pacientů, schopnost nelékařských zdravotnických pracovníků o smrti hovořit a problematiku zármutku nejen z pohledu rodinných příslušníků, ale i zdravotnických pracovníků.

Přesto, že se dotazníkového šetření zúčastnilo velké množství respondentů, zjistila jsem během zpracovávání získaných dat, že by bylo vhodné se danou problematikou zabývat hlouběji a zvolit jako výzkumnou metodu kvalitativní výzkum formou rozhovorů.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit postoj nelékařských zdravotnických pracovníků ke smrti a umírání. Nechtěla jsem dát universální návod na to jak zvládat problematiku péče o umírající. Chtěla jsem zjistit, jaký je pohled nelékařských zdravotnických pracovníků na tuto problematice.

Při volbě tohoto tématu jsem byla ovlivněna svou osobní zkušeností. Dotazníkové šetření, které jsem provedla, toto mou osobní zkušenost potvrdilo. V době, kdy umírala má sestra, jsem se domnívala, že zdravotníkům dělá problémy otevřeně se mnou o smrti hovořit byl ovlivněn faktem, že jsem sama pracovníkem ve zdravotnictví. Mé dotazníkové šetření ukazuje, že postoj zdravotníků ovlivňuje kvalitu péče o umírající. Z praktického hlediska je nezbytné zaměřit se nejen na profesní přípravu pracovníků ve zdravotnictví, ale také na ty, kteří již ve zdravotnictví mnohdy dlouhá léta pracují. Smutným zjištěním mého šetření je pak také skutečnost, že v praxi často chybí potřebná pomoc a opora mladším kolegyním.

Zjištěné výsledky jsem prezentovala na konferenci Ortopedické kliniky pořádané v květnu 2011 ve FNB. Z reakcí zúčastněných usuzuji, že umírání a smrt není tématem, o kterém bychom nechtěli hovořit. O umírání a smrti je nutné hovořit! Stejně jako je z mého pohledu nutné přiblížit pracujícím ve zdravotnictví paliativní péči a zásadní myšlenky hospicového hnutí.

Žijeme v době, která smrt popírá, mládí a krása jsou hlavními atributy. Nemoc, stáří, umírání, smrt není něčím, čím se chceme zabývat. Ovšem pracovníci ve zdravotnictví se těmito tématy zabývat musí. Bez ohledu na to, co nás motivovalo ke studiu, zda touha pomáhat lidem a uzdravovat nemocné. Je potřeba se smířit se skutečností, že medicína není všemocná a lidé všech věkových skupin umírají. Pro osoby pracující ve zdravotnictví je pak nezbytné nejen se s touto situací smířit, ale také umět poskytnout umírajícímu a jeho blízkým potřebnou péči a pomoc.

Napsáním této bakalářské práce můj zájem o tuto problematiku nekončí. Při dalším zkoumání bych v budoucnu využila metodu kvalitativního výzkumu formou rozhovoru. Zjistila bych konkrétní oblasti, ve kterých mají zdravotníci problémy a jaké.

Má osobní zkušenost mě vedla k tomu, že se můj postoj k umírání a smrti změnil. Změnil se můj postoj k umírajícím. Máme-li zajistit důstojné umírání a smrt, musíme se nejprve sami se smrtí smířit a položit si otázku, co je pro nás samotné důstojné.

Přesto, že v oblasti péče o umírající se situace každým rokem zlepšuje a vzniká stále více zařízení poskytujících hospicovou péči je potřeba důkladné profesní přípravy taktéž narůstá.

Anotace:**Autor:** Šárka Klokočková**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Umírání a smrt z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků**Vedoucí práce:** PhDr. Michaela Schneiderová**Odborný konzultant:** Mgr Katarina Fláková**Počet stran:****Počet příloh:** 4**Rok obhajoby:** 2011**Klíčová slova:** umírání, smrt, potřeby umírajících, paliativní péče

Tato bakalářská práce řeší problematiku umírání a smrti z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy spojené s umíráním a smrti. Pozornost je věnována také potřebám umírajících, zármutku a některým etickým otázkám, paliativní a hospicové péči. Hlavní část práce je kvantitativní výzkum, ve kterém byly analyzovány názory nelékařských zdravotnických pracovníků na některé otázky spojené s péčí o terminálně nemocné a umírající. Úroveň osobní vyrovnanosti u nelékařských zdravotnických pracovníků je ve výzkumné části také řešena.

This bachelor thesis analyzes – from a health care professionals perspective- an issue of dying and death. In the theoretical part, terms concerning dying and death are highlighted and described. Attention is also given to needs of dying patients, grief and some ethical questions are raised. Palliative and hospice care is also mentioned. Main component of this thesis is a quantitative research. The research investigates health care professionals opinion on some issues related to care in terminally ill and dying patients. A level of composure in care givers is also being discussed.

7 LITERATURA

1. BYOCK, I., *Dobré umírání*, Praha: Cesta domů 2005, s.328, ISBN 80-7021-797-9
2. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P., *Poslední dary*, Praha: Cesta domů 2005,
3. s. 224, ISBN 80-7021-819
4. DiGIULIO,R., KRANZOVÁ, R., *O smrti*, Praha: Lidové noviny 1997, s. 154,
ISBN 80-7106-210-3
5. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, Praha: Galén 2002, s. 272, ISBN 80-7262-132-7
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, Praha: Galén 2007, s. 244, ISBN 978-80-7262-471-3
7. IRMIŠ, F., *Nauč se zvládat stres*, Praha: Alternativa 1996, s. 190, ISBN 80-85993-02-3
8. JAKOBY, B., *Tajemství umírání*, Liberec: Dialog 2005, s.128, ISBN 80-86271-42-8
9. KALVACH, Z., MAREŠ, J. a kol., *Umírání a paliativní péče v ČR*, Praha: Cesta domů 2004, s. 103, ISBN 80-239-2832-5
10. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetrovatelství*, Brno: Littera 2007, s.111, ISBN 978-80-85763-36-2
11. KESSLER,D., *The needs of the dying*, New York Harper Collins Publishers 2001, s. 196, ISBN 0-06-095821-9
12. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0
13. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, Praha: Grada Publishing 2007, s. 164, ISBN 978-80-247-2069-2
14. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, Praha: Grada Publishing 2009, s. 176, ISBN 978-80-247-2713-4
15. KÜBLER-ROSS, E., *On life after death*, Berkeley: Celestial Arts 1991, s.84, ISBN 0-89087-653-3
16. KÜBLER-ROSS, E., *The wheel of life*, New York: Touchstone 1995, s. 287, ISBN0-684-84631-4

17. KÜBLER-ROSS, E., KESSLER, D., *On grief and grieving*, New York: Scribner 2005, s. 235, ISBN 978-0-7432-6628-4
18. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., *Patologie*, Praha: Grada Publishing 2004, s. 348, ISBN 80-247-0785-3
19. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: Grada Publishing 2010, s. 128, ISBN 978-80-247-3171-1
20. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH., *Principy a praxe paliativní péče*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu 2007, s. 807, ISBN 978-80-87029-25-1
21. RANDO, T., A., *How to go on living when someone you loved dies*, USA: Lexington Books 1988, s. 338, ISBN 0-553-35269-5
22. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo 2008, s. 151, ISBN 978-80-7195-307-4
23. TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO 2006, s. 185, ISBN 80-7013-324-4
24. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, Praha: Grada Publishing 1998, s. 480, ISBN 80-7169-437-1

PERIODIKA

1. HIGHFIELD, M., E. aj. Providing spiritual care to patient with cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, ISSN 1538-067X, 2000, roč. 4, s. 115
2. ELPERN, E a kol. aj. Moral mistress of staff nurses in medical Intensive Care Unit, *American Journal of Critical Care*, ISSN 523-530, 2005, roč. 14, s. 523
3. MACAULAY, J. aj. When patients die: Grief among health care professionals, *Canadian Journal of Medical Radiation Technology*, ISSN 0820-5930, 2005, roč. 36, s. 17
4. MATZO, M. aj. Strategies for teaching loss grief and bereavement, *Nurse Educator*, ISSN 0363-3624, 2003, roč. 28, s. 71
5. SWEETING, H aj. Doctor am I dead, *Journal of death and dying*, Baywood, ISSN 0030-2228, 1991, roč. 24, s. 251

DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. CHOVANCOVÁ, H., Eutanázie - Má své místo v českém zdravotnictví?, Bakalářská práce obhájena na fakultě Zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010, s. 77
2. FERANCOVÁ, K., Současná péče o umírající, Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze v r. 2005, s. 60
3. STRÁNSKÁ, A., Současná péče o umírající z pohledu ošetřujícího personálu, Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze v r. 2006, s. 85
4. VACULÍN, L., Sebereflexe smrti u zdravotnických pracovníků, Diplomová práce obhájena na fakultě Zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010

OSTATNÍ ZDROJE

<http://www.fnb.cz/>

www.lekařské.slovníky.cz

<http://www.lkcr.cz/>

<http://www.mzcr.cz/>

<http://theses.cz>

<http://www.umirani.cz>

www.umirani.cz/res/data/007/000828.pdf

8 Seznam zkratk

AJ – Anglický jazyk

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

FNB – Fakultní Nemocnice Na Bulovce

JIP – Jednotka intenzivní péče

NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník

9 Seznam grafů a tabulek

| | |
|---|----|
| Graf 1 – Délka praxe respondentů..... | 40 |
| Graf 2 – Věk respondentů..... | 41 |
| Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání..... | 42 |
| Graf 4 – Pracoviště respondentů..... | 43 |
| Graf 5 – Umírání na Vašem oddělení je časté..... | 44 |
| Graf 6 – Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu..... | 45 |
| Graf 7 – Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného..... | 46 |
| Graf 8 – Většina pacientů není smířena se svou smrtí..... | 47 |
| Graf 9 – Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta..... | 48 |
| Graf 10 – Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné..... | 49 |
| Graf 11 – Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná..... | 50 |
| Graf 12 – Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti..... | 51 |
| Graf 13 – Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti..... | 52 |
| Graf 14 – Mluvit s pacientem o jeho blížící se smrti nečiní zdravotníkům obtíže..... | 53 |
| Graf 15 – Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje..... | 54 |
| Graf 16 – Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?..... | 55 |
| Graf 17 – Byla někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?..... | 56 |
| Graf 18 – Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?..... | 57 |
| Graf 19 – Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?..... | 58 |
| Graf 20 – Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?..... | 59 |
| Graf 21 – Myslíte si, že jste sama/ sám se smrtí smířen/á?..... | 60 |

| | |
|--|----|
| Graf 22 – Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?..... | 61 |
| Graf 23 – Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanázie?..... | 62 |
| Graf 24 – Doporučujete pacientům paliativní péči?..... | 63 |
| Tabulka 1 – Počet respondentů jednotlivých pracovišť..... | 39 |
| Tabulka 2 Délka praxe..... | 40 |
| Tabulka 3 Věk respondentů..... | 41 |
| Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání..... | 42 |
| Tabulka 5 – Pracoviště respondentů..... | 43 |
| Tabulka 6 - Umírání na Vašem oddělení je časté..... | 44 |
| Tabulka 7 Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu..... | 45 |
| Tabulka 8 Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného..... | 46 |
| Tabulka 9 Většina pacientů není smířena se svou smrtí..... | 47 |
| Tabulka 10 Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta..... | 48 |
| Tabulka 11 Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné..... | 49 |
| Tabulka 12 Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná..... | 50 |
| Tabulka 13 Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti..... | 51 |
| Tabulka 14 Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti..... | 52 |
| Tabulka 15 Mluvit s pacientem o jeho blížící se smrti nečiní zdravotníkům obtíže..... | 53 |
| Tabulka 16 Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje..... | 54 |
| Tabulka 17 Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?..... | 55 |
| Tabulka 18 Byla někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?..... | 56 |

| | |
|--|----|
| Tabulka 19 Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?..... | 57 |
| Tabulka 20 Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?..... | 58 |
| Tabulka 21 Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?..... | 59 |
| Tabulka 22 Myslíte si, že jste sama/ sám se smrtí smířen/á?..... | 60 |
| Tabulka 23 Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?..... | 61 |
| Tabulka 24 Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanázie?..... | 62 |
| Tabulka 25 Doporučujete pacientům paliativní péči?..... | 63 |

10 PŘÍLOHA č. 1

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Dovoluji si obrátit na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník je anonymní. Jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Zjištěné výstupy budou použity v mé bakalářské práci s názvem „**Umírání a smrt z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků.**“ Pokud souhlasíte s vyplněním následujícího dotazníku, dopište prosím Vaše odpovědi a čtvereček označte křížkem.

Část A

| | | Zcela souhlasím | Spíše souhlasím | Spíše nesouhlasím | Nesouhlasím |
|----|---|--------------------|--------------------|----------------------|-------------|
| 1. | Umírání na Vašem oddělení je časté. | | | | |
| 2. | Pacienti jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu. | | | | |
| 3. | Rodina je dostatečně informována o zdravotním stavu příbuzného. | | | | |
| 4. | Většina pacientů není smířena se svou smrtí. | | | | |
| 5. | Rodina by měla být kontaktována v případě zhoršení stavu pacienta. | | | | |
| 6. | Setkání s pozůstalými vnímáte jako náročné. | | | | |
| 7. | Péče o umírající je psychicky a fyzicky náročná. | | | | |
| 8. | Víra v posmrtný život zmírňuje strach ze smrti. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 9. | Práce v nemocnici ovlivňuje vnímání vlastní smrti. | | | | |
| 10. | Mluvit s pacientem o jeho blížící se smrti nečiní zdravotníkům obtíže. | | | | |
| 11. | Přítomnost blízké osoby umírajícího uklidňuje. | | | | |

Část B

1. Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?

ano,

protože.....

ne

2. Byl/a někdy rodina přítomna okamžiku smrti pacienta?

ano ne

3. Byl/a jste někdy u pacienta v okamžiku jeho smrti?

ano ne

4. Přál si někdy Váš pacient návštěvu nemocničního kaplana?

ano ne

5. Zažil/a jste někdy nepřiměřené chování ze strany příbuzných zemřelého?

ano ne

6. Myslíte si, že jste sama/sám se smrtí smířen/a?

ano ne nevím nehodnotím

7. Máte osobní zkušenost s úmrtím velmi blízké osoby?

ano ne

8. Jaký je Váš osobní názor na případné uzákonění eutanazie?

souhlasím nesouhlasím nevím

9. Doporučujete pacientům paliativní péči?

ano ne

Pokud ne jaký k tomu máte důvod.....

10. Uveďte prosím Váš věk.....

11. Pracujete na oddělení: standardní oddělení ARO/JIP

jiné.....

12. Uveďte prosím délku Vaší praxe.....

Mateřská dovolená ano.....let ne

13. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

14. Označte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

středoškolské odborné vyšší odborné vysokoškolské

specializovaná způsobilost

Zkuste prosím napsat, co byste poradila nové kolegyni, aby zvládla péči o umírajícího. Na co by podle Vás měla dát pozor. Co bylo pro Vás v praxi nejtěžší.

Moc Vám děkuji za čas, který jste strávil/a vyplňováním tohoto dotazníku a přeji Vám mnoho úspěchů ve Vašem osobním i profesním životě.

Šárka Nevečeřalová (Klokočková)

11 PŘÍLOHA Č. 2

Náměstkyně pro ošetrovatelsou péči

Mgr. Petra Pípková

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření ve FNB

Vážená paní magistro, dovoluji si Vás požádat o povolení dotazníkového šetření ve FNB. V příštím roce ukončím studium bakalářského studijního programu ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, s Vaším svolením bych ráda provedla dotazníkové šetření ve FNB. Zvolila jsem si téma. Umírání a smrt z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Zjištěné výstupy bych ráda použila ve formě grafů ve své bakalářské práci. Vypracovaný dotazník přikládám k této žádosti.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

V Praze dne 16.8.10

Šárka Nevečeřalová

SOUHLASÍM

FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE
Budínova 2, 180 81 Praha 8
Bc. Katarína Flaková
asistentka náměstkyně pro oš. péči
266 084 114, katarina.flakova@fnb.cz

12 PŘÍLOHA č. 3

Odpovědi jednotlivých respondentů na otázku č. 1 z části B Vyskytla se během Vaší praxe situace, kdy Vás smrt pacienta hluboce zasáhla?

Ano, protože.....

Respondent č. 1 (39 let).... *“ano, protože to byl hodný člověk.“*

Respondent č. 2 (45let)... *“ano, protože jsem si pacienta velice oblíbila.“*

Respondent č. 4 (23let)... *“ ano, protože šlo a mladého pacienta.“*

Respondent č. 7 (22let)... *“ano, protože jsem měla k pacientovi kladný vztah.“*

Respondent č. 8 (39let)... *“ano, protože byl dlouhodobě nemocný.“*

Respondent č. 11 (60let)... *“ano, protože se jednalo o mladého člověka s nevléčitelnou chorobou.“*

Respondent č. 12 (37let)... *“ano, protože smrt nastala náhle a rodina na to nebyla připravena.“*

Respondent č. 15 (22let)... *“ano, protože pacient byl dlouhodobě hospitalizovaný a vytvořili jsme si přátelský vztah.“*

Respondent č. 24 (38let)... *“ano, když jsem byla na praxi jako žákyně a pacientka zemřela po resuscitaci. Můj první exitus.“*

Respondent č. 25 (25let)... *“ ano, protože jsem si moc citlivý vztah.“*

Respondent č. 28 (22let)... *“ano, protože mi byl něčím blízký.“*

Respondent č. 29 (25let)... *“ ano, protože byl mladý a během hospitalizace mi „přilnul“ k srdci.“*

Respondent č. 30 (22let)... *“ano, protože byl mladý člověk, sympatický s dobrým rodinným zázemím.“*

Respondent č. 33 (23let)... *“ano, protože byl mladý“*

Respondent č. 35 (25let)... *“ano, vždy.“*

Respondent č. 37 (53let)... “ano, protože byl ve věku mého syna.“

Respondent č. 39 (25let)... “ano, protože mi byl ten člověk sympatický a vytvořila jsem si k němu jistý vztah.“

Respondent č. 41 (22let)... “ano, protože se jednalo o mladého člověka.“

Respondent č. 42 (39let)... “ano, protože byl mladý.“

Respondent č. 48 (37let)... “ano, protože jsem pacienta viděla umírat, byl to mladý člověk.“

Respondent č. 49 (65let)... “ano, protože byl opakovaně hospitalizován, cítil se zde jako doma.“

Respondent č. 50 (48let)... “ano, protože byl mladý, často hospitalizovaný.“

Respondent č. 51 (24let)... “ano, protože byl opakovaně hospitalizovaný, mladý člověk.“

Respondent č. 52 (33let)... “ano, opakovaně hospitalizovaný, chronický pacienty pozvolna umíral na ca plic, úžasný člověk spíš i kamarád.“

Respondent č. 53 (38let)... “ano protože mi byl velice blízký.“

Respondent č. 54 (24let)... “ano, protože byl utvořen velmi dobrý vztah. Je to velmi často pracuji na onkologickém oddělení.“

Respondent č. 55 (27 let)... “ano, protože byl milý, příjemný, hodný.“

Respondent č. 57 (31 let)... “ano, jako nově nastupující sestra.“

Respondent č. 58 (37let)... “ano, protože byl pacient velmi mladý.“

Respondent č. 59 (21let)... “ano, protože jsem o něho dlouhodobě pečovala.“

Respondent č. 60 (45let)... “ano, protože jsem si vytvořila vztah k pacientovi/klientovi, opakovaná hospitalizace.“

Respondent č. 63 (42let)... “ano, protože byl mladý.“

Respondent č. 64 (33let)... “ano, protože to byl můj první umírající.“

- Respondent č. 65 (50let)**... “ano, protože se jednalo o mladého člověka.“
- Respondent č. 66 (57let)**... “ano pokaždé, protože znám jejich životní příběhy a často se k nám vrací, pracuji na onkologii.“
- Respondent č. 69 (47let)**... “ano, protože jsem měla stejně staré děti.“
- Respondent č. 70 (40let)**... “ano, protože to byl rodinný příslušník.“
- Respondent č. 72 (35let)**... “ano, protože jsem se sblížila s pacientem.“
- Respondent č. 73 (50let)**... “ano, protože šlo o úmrtí kolegyně.“
- Respondent č. 74 (53let)**... “ano, úmrtí dětí.“
- Respondent č. 85 (48let)**... “ano, smrt mladého člověka.“
- Respondent č. 87 (52let)**... “ano, protože to byl blízký příbuzný.“
- Respondent č. 90 (41let)**... “ano, protože byl mladý.“
- Respondent č. 97 (24let)**... “ano, protože byl relativně mladý.“
- Respondent č. 100 (27let)**... “ano, protože umírání nemocného bylo zdlouhavé a viditelně trpěl.“
- Respondent č. 107 (25let)**... “ano, protože jsme očekávali úmrtí člena rodiny.“
- Respondent č. 109 (29let)**... “ano, protože to byla moje kolegyně.“
- Respondent č. 107 (37let)**... “ano protože byla nečekaná.“
- Respondent č. 114 (35let)**... “ano, protože mi bylo 19 a zemřel 18ti letý mladík.“
- Respondent č. 116 (23let)**... “ano, protože jsem byla svědkem neschopnosti práce lékařů.“
- Respondent č. 118 (21let)**... “ano, protože to byla blízká osoba.“
- Respondent č. 119 (44let)**... “ano, protože ležel na oddělení 6 měsíců a vztah byl přátelštější.“

Respondent č. 120 (34let)... “ano, protože jsou pacienti často dlouhodobě hospitalizováni a sblížíme se.”

Respondent č. 121 (25let)... “ano, bohužel už vícekrát, pacienti jsou u nás často opakovaně hospitalizováni, není možné nevytvořit si k nim citové pouto...”

Respondent č. 124 (32let)... “ano, protože šlo o první úmrtí pacienta.”

Respondent č. 125 (23let)... “ano, protože to byl můj první exitus a pacientka neodcházela klidná.”

Respondent č. 126 (23let)... “ano, protože mi byl sympatický.”

Respondent č. 127 (21let)... “ano, protože zatím nemám takovou praxi, abych smrt vnímala bez emocí.”

Respondent č. 128 (33let)... “ano, každé úmrtí mě zasáhne, zvláště u pacientů mladého a středního věku.”

Respondent č. 130 (21let)... “ano, protože mi byl pacient sympatický,”

Respondent č. 132 (49let)... “ano, protože byl mladý.”

Respondent č. 133 (60let)... “ano, mladý pacient.”

Respondent č. 134 (40let)... “ano, protože byl mladý.”

Respondent č. 135 (36let)... “ano protože to byla mladá matka od malých dětí.”

Respondent č. 136 (40let)... “ano, protože to bylo dítě.”

Respondent č. 137 (49let)... “ano, když byl pacient mladý, šlo o náhlé úmrtí a když jsem byla mladá a nezkušená.”

Respondent č. 139 (29let)... “ano, protože to bylo malé dítě.”

Respondent č. 140 (27let)... “ano, protože jsem měla k pacientovi vytvořený vztah.”

Respondent č. 142 (30let)... “ano, protože šlo o mladého jedince.”

Respondent č. 144 (42let)... “ano, protože to byl mladý člověk, dlouhodobě hospitalizovaný a měli jsme dobrý vztah.“

Respondent č. 147 (25let)... “ano, protože to byla mladá pacientka a měla dvě malé děti.“

Respondent č. 148 (42let)... “ano, protože byl na našem oddělení dlouho, nějak mi přirostl k srdci.“

Respondent č. 152 (58let)... “ano, protože nebývá na našem oddělení častá.“

Respondent č. 159 (23let)... “ano, protože mi byl pacient blízký.“

Respondent č. 161 (29let)... “ano, protože jsem pacienta znala i osobně.“

Respondent č. 162 (45let)... “ano, protože to bylo poprvé, byla to mladá 25letá žena.“

Respondent č. 163 (34let)... “ano, protože to bylo poprvé.“

Respondent č. 165 (45let)... “ano, protože jsem pacientku ošetřovala po porodu dítěte a z dalších důvodů.“

Respondent č. 166 (36let)... “ano, protože to bylo poprvé.“

Respondent č. 167 (55let)... “ano, protože to byla babička mého manžela.“

Respondent č. 171 (36let)... “ano, protože to byl můj kamarád.“

Respondent č. 175 (52let)... “ano, vždy když zemře dítě.“

Respondent č. 179 (51let)... “ano, protože šlo o první úmrtí dítěte v mé praxi.“

Respondent č. 181 (32let)... “ano, protože byl velmi mladý.“

Respondent č. 182 (29let)... “ano, protože pacientka byla v mém věku a byla mi fyzicky podobná.“

Respondent č. 183 (41let)... “ano, protože to byl mladý člověk.“

Respondent č. 188 (52let)... “ano, protože byl mladý.“

Respondent č. 190 (25let)... “ano, protože se jednalo o mladého člověka a smrti se dalo zabránit.“

Respondent č. 191 (25let)... “ano, protože to byl mladý člověk.“

Respondent č. 197 (39let)... “ano, protože to byl mladý člověk, a umrtí osoby, kterou jsem znala od dětství.“

Respondent č. 198 (48let)... “ano, protože šlo o mladého člověka.“

Respondent č. 199 (37let)... “ano, protože to bylo dítě.“

Respondent č. 201 (30let)... “ano, protože si to vždy moc připouštím.“

Respondent č. 203 (26let)... “ano, protože mě zasáhne každá smrt v mém okolí.“

Respondent č. 204 (38let)... “ano, protože se jednalo o stejně starého pacienta jako jsem byla já.“

Respondent č. 207 (37let)... “ano, protože to byl známý.“

Respondent č. 208 (27let)... “ano, protože byla mladá.“

Respondent č. 211 (43let)... “ano, protože šlo o dítě.“

Respondent č. 212 (27let)... “ano, protože to byl mladý člověk.“

Respondent č. 217 (41let)... “ano, protože jsme měli dlouhodobí vztah.“

Respondent č. 219 (23let)... “ano, protože mi byl pacient sympatický.“

Respondent č. 220 (22let)... “ano, protože jsem si pacienta oblíbila.“

13 PŘÍLOHA č. 4

Vyjádření jednotlivých respondentů v závěru dotazníku, kde byli požádáni, aby napsali, co by poradili nové kolegyni, aby zvládla péči o umírajícího. Na co by podle nich měla dávat pozor. Co bylo pro ně v praxi nejtěžší.

Respondent č. 1 (39 let) „ Chovat se tak jako by to byl velmi blízký člověk. Mělo by se dát pozor na komunikaci s příbuznými a mezi spolupracovníky. Nejtěžší bylo, že jako zdravotník vím o zdraví a nemoci víc než laická veřejnost.“

Respondent č. 4 (23let) „ Pro moji praxi bylo nejtěžší přijetí smrti jako součásti života.“

Respondent č. 5 (21let) „Smrt je přirozená věc a je to potřeba tak brát. V praxi bylo nejtěžší: dokumentace, hlášení na patologii u prvního exitu, smrt na záznamník (hrůza).“

Respondent č. 9 (54let) „ Být si vědoma toho, že umírání k životu patří, chovat se ohleduplně, citlivě, vždy s ohledem na konkrétního člověka. Nikdo jí to nenaučí, musí být od přírody empatická, ale přesto si zachovat potřebný odstup v zájmu sebezáchovy.“

Respondent č. 11 (60let) „ Chovat se ohleduplně, mít citlivý přístup.“

Respondent č. 12 (37let) „ Vnímat umírajícího člověka jako člověka.“

Respondent č. 14 (28let) „ Nevím.“

Respondent č. 17 (46let) „ Pocity umírajícího nikdo nezná a nedozví se. Snažit se být empatický. Přenést se přes vlastní negativní emoce. (Skončíme tak všichni!)Překonat vlastní strach.“

Respondent č. 19 (51let) „ Profesionální přístup, odbourat osobní pohled na umírajícího.“

Respondent č. 24 (38let) „ Snažit se uchovat hranice mezi sestrou a pacientem. Přečíst literaturu. Speciální kursy. Nebát se mluvit o svých problémech.“

Respondent č. 25 (25let) „ Aby příliš nezapojovala city.“

Respondent č. 30 (22 let) „ Uvědomit si, že smrt je součástí života. Je přirozenou věcí. K mrtvým se chovat stejně s úctou jako k živým. Důstojné umírání, v rámci možností, bez bolesti. Nejtěžší je setkání s pozůstalými, sepsání a předání pozůstalosti.“

Respondent č. 33 (23let) „Měla by dát pozor na jeho „jiné“ vnímání lidí kolem sebe, na jeho psychické pohodlí. Chápat jeho nepřiměřené (občas) chování.“

Respondent č. 37 (53let) „ Postupovat podle standardů.“

Respondent č. 39 (25let) „ Každý se s touto situací musí vyrovnat po svém.“

Respondent č. 41 (22let) „ Bohužel nemám tolik zkušeností, abych mohla někomu radit.“

Respondent č. 46 (33let) „ Těžko můžu něco poradit, každý případ je jiný a člověk si to musí zkusit sám. V tomto případě nevím, co bych poradila.“

Respondent č. 47 (42let) „Nelze poradit.“

Respondent č. 48 (37let) „ Připravila bych ji na to, že na oddělení se s touto situací určitě potká, aby se k pacientovi do poslední chvíle chovala asertivně, citlivě. Byla ve styku s jeho příbuznými, pomáhala jim s péčí, povzbuzovala je. Těžko poradit jak se vyrovnat se smrtí pacienta, každá z nás to vnímá jinak.“

Respondent č. 49 (65let) „ Maximální pochopení pro potřeby umírajícího. Upozornit rodinu, že umírající vnímá, co si rodina povídá. Profesionální přístup. Nejtěžší je vydávat pozůstalým pozůstalost.“

Respondent č. 50 (48let) „ Nevím.“

Respondent č. 51 (24let) „Nevím.“

Respondent č. 54 (24let) „Být k takovým lidem velmi citlivý, pokud možno jim vyhovět, vždzt je to naposledy.“

Respondent č. 55 (27 let) „ Chovat se normálně jako by šlo o jakéhokoliv jiného pacienta. Zvyknout si na smrt.“

Respondent č. 56 (27 let) „ Pomoc ji. Ať se nebojí zeptat se na cokoliv. Nikdo učený z nebe nespádl. Nejtěžší je bezmocnost.“

Respondent č. 57 (31 let) „ Chovat se slušně, chápat, i k příbuzným. Bohužel v této práci si na smrt zvykne velmi rychle.“

Respondent č. 58 (37let) „Jednání s příbuznými je nejtěžší. Je nutné se smířit se smrtí jako s řešením pro pacienta, konec utrpení, bolesti (staří pacienti), u mladých pacientů (např. matky malých dětí) to neumím vysvětlit ani sama sobě. Ponechat si citový odstup v rámci zachování vlastního psychického zdraví.“

Respondent č. 59 (21let) „Snažit se brát smrt jako součást života. Udržovat si od pacientů zdravý odstup.“

Respondent č. 60 (45let) „Přečíst příslušnou literaturu. Znat přání pacient/klienta a rodiny, znát kulturu pacienta a respektovat víru. Důležitá je úcta a soukromí. Nepodávat informace o zdravotním stavu rodině umírajícího.“

Respondent č. 61 (28let) „Nejdůležitější je dostatek soukromí.“

Respondent č. 62 (58let) „Úcta a soukromí.“

Respondent č. 63 (42let) „Ponechat si citový odstup od pacientů, aby práci zvládli i nadále.“

Respondent č. 64 (33let) „Zatím nevím, jsem na tomto oddělení krátce.“

Respondent č. 66 (57let) „Když není pomoci je lepší odejít než ještě trpět. Utěšuj, neříkej nahlas svá moudra, nevíš, zda tě slyší. Nejtěžší byl první exitus, právě starší kolegyně mi pomohla vše zvládnout.“

Respondent č. 69 (47let) „Umírající je také člověk.“

Respondent č. 70 (40let) „Nezotožňovat se s pacientem. Nepřipouštět si smrt. Nejtěžší je péče o mrtvé tělo.“

Respondent č. 71 (41let) „Neporadila bych nic, tuto situaci by měla zvládnout sama.“

Respondent č. 72 (35let) „Vlastní smíření se smrtí. Nejtěžší je kontakt s rodinou.“

Respondent č. 73 (50let) „Nemohu radit. Nejtěžší je úmrtí mladých pacientů.“

Respondent č. 74 (53let) „Seznámit se s ezoterickou.“

Respondent č. 68 (53let) „Nic neradím, každý se s tím musí vyrovnat sám po svém.“

Respondent č. 83 (55let) „Holistický přístup. Život začíná a končí. Důležitá je empatie do určité míry. Po práci relaxace, rodina, přátelé. Naučit se mít rád i sám sebe to zaručí určitou dávku ochrany vlastní osoby.“

Respondent č. 84 (32let) „Nejtěžší je setkání s prvním zemřelým.“

Respondent č. 85 (48let) „Určitě vcítění, takt, snaha splnit přání pacienta, pokud to jde.“

Respondent č. 86 (50let) „Důležitá je profesionalita, taktnost. Vnímání a plnění požadavků umírajícího, pokud to jde.“

Respondent č. 87 (52let) „Je těžko říci, těžko radit.“

Respondent č. 89 (25let) „Ano protože mi byl pacient sympatický.“

Respondent č. 98 (36let) „Moc se necítovat.“

Respondent č. 99 (47let) „Smířit se smrtí.“

Respondent č. 102 (21let) „Nenechat si přirůst pacienta k srdci.“

Respondent č. 107 (25let) „Že se jedná o fyziologickou součást života. Musíme pečovat eticky, zachovat pravidla. Důkladně bych vysvětlila postup, aby práce byla co nejrychlejší. - označení pacienta, uložení jak a kde. Pozor hlavně na věci v pozůstalosti. Nejtěžší je samotné setkání s umírajícím, psychicky.“

Respondent č. 108 (37let) „Být milá na pacienta. Nedávat znát stres.“

Respondent č. 113 (22let) „Zatím ještě sama nemám velké zkušenosti, abych mohla někomu radit.“

Respondent č. 114 (35let) „Těžké to bylo vždy. Nejtěžší je úmrtí mladých a dětí. Každá kolegyně si tím musí projít sama. Je dobré vcítit se do myšlenek těžce nemocného a do situace příbuzných, ale nejde nosit tyto myšlenky domů. Myslím si, že ze začátku si každá sestra popláče i doma.“

Respondent č. 116 (23let) „Pro nikoho není tato zkušenost jednoduchá. I zdravotníci by měli projít odborným školením nebo by jim měla být nabídnuta odborná péče.“

Respondent č. 117 (44let) „Záleží na každé sestře, každá jsme jiná. Určitě každý první případ zasáhne. U někoho se mohou odrážet osobní zkušenosti. V každém případě by sestra měla přistupovat profesionálně, nenosit si tyto těžkosti domů.“

Respondent č. 119 (44let) „Ne vím, co konkrétně poradit. V každém případě doporučuji se k příbuzným chovat tak, jak bych chtěla, aby se jednou choval personál ke mně. Empatie je zde na místě. A hlavně být profesionální. Co se týče umírajícího, tak aby byl bez bolesti, v čistém, péče o dutinu ústní- prostě komplexní ošetrovatelská péče.“

Respondent č. 120 (34let) „ Aby péče o umírající byla co nejlepší je podle mne potřeba se co nejvíce snažit pochopit co prožívá. Já si vždy představím svého blízkého. Co bych udělala pro rodinu apod. Aby se tato péče dala zvládnout po psychické stránce, je potřeba si uvědomit, že umírání patří bohužel k životu a k naší profesi.“

Respondent č. 121 (25let) „Pro mě byl nejtěžší ten fakt, že to bude péče mrtvé tělo, nikdy jsem se s tím nesetkala. Doposud je to pro mě psychicky náročné.“

Respondent č. 122 (40let) „Určitě není dobré si k velmi nemocným pacientům vytvořit úzké pouto.“

Respondent č. 125 (23let) „Nenosit si práci domů. Zavřením dveří oddělení končí i práce.“

Respondent č. 126 (23let) „Zachovat úctu k umírajícím. Dát si pozor na správné označení zemřelého. V praxi pro mě bylo nejtěžší provést péči o zemřelého, kterého jsem před tím neznala.“

Respondent č. 127 (21let) „Poradila bych jí, aby zachovala úctu k mrtvému, měla by si dát pozor na správnou péči o mrtvé tělo. V praxi pro mě bylo nejtěžší vůbec o mrtvé tělo pečovat.“

Respondent č. 128 (33let) „Na smrt v nemocnici nemůže nikdo mladou kolegyni připravit, je to těžké i pro zkušené sestry. Poradit lze při péči o mrtvé tělo, dokumentaci. Říci jim své pocity, zkušenosti, ale každý už smrt vnímá jinak. Pozor si musí dát při péči o mrtvé tělo. Nejtěžší bylo a bude každá péče o zemřelého. U mě hlavně u mladých lidí, kdy ještě neměli umírat.“

Respondent č. 129 (31let) „ Tak to bohužel sama někdy nevím jak se chovat. Je to pro mě těžké. Smrt je pro mě hrozná- zažila jsem to i v osobním životě. Nerada o smrti mluvím a přemýšlím. Smrti se strašně bojím...Mám strach, že umřu sama, že nebudu mít nikoho, kdo by v té chvíli u mě byl. “

Respondent č. 131 (48let) „Klidný a citlivý přístup k umírajícím.“

Respondent č. 132 (49let) „Nelze poradit, každý je jiný a musí si to prožít sám.“

Respondent č. 133 (60let) „Nelze poradit, každý si tím musí projít sám.“

Respondent č. 134 (40let) „Zachovat klid. Konejšivě na umírajícího mluvit. Plnit ordinace lékaře.

Respondent č. 135 (36let) „Nebrat si smrt pacienta osobně.“

Respondent č. 137 (49let) „Pozor, aby neztratila empatii. Nutno zdůvodnit si a objasnit si příčinu smrti, nemožnost jiného východiska. Zhodnotit i kvalitu života a zvážit co je pro pacienta nejschůdnější a nejméně bolestivé.“

Respondent č. 139 (29let) „Pozor by měla dát hlavně na pozůstalost po zemřelém.“

Respondent č. 140 (27let) „Především být smířen sám se svým životem a smrtí.“

Respondent č. 142 (38let) „Psychická vyrovnanost, zvládnutí situace.“

Respondent č. 144 (42let) „Smířit se skutečností, že naše práce je i o tomto.“

Respondent č. 146 (28let) „Nebrat si to až příliš osobně. Každý se s tím musí vyrovnat sám. Důležitý je profesionální přístup.“

Respondent č. 147 (25let) „Nebrat smrt pacienta nebo péči o umírajícího osobně, ale profesionálně. Každá sestra se s tím musí vyrovnat sama.“

Respondent č. 148 (42let) „Řekla bych, že se k pacientovi chováme empaticky, snažit se porozumět, starat se o jeho důstojnost, že je to psychicky náročné, snažit se nebýt osobní. Jsou i pacienti, na které když si vzpomenu tak je mi stále úzko, někdy i po 10ti letech. Šlo o pacienty v mém věku, byli skvělí.“

Respondent č. 151 (33let) „Nevím, nemám sama zkušenost.“

Respondent č. 152 (58let) „Ať se snaží o to, aby jí smrt pacienta zasáhla osobně co nejméně.“

Respondent č. 158 (25let) „Nedostatek času potřebného hlubšímu rozhovoru s umírajícím. Myslím, že lepší než nemocnice jsou zařízení k tomu určená (hospicová péče).“

Respondent č. 159 (23let) „Smíření s tím, že odchází lidská bytost. Komunikovat o konci s pacientem. Být s ním musí cítit naši podporu, bezpečí.“

Respondent č. 160 (57let) „Naslouchat.“

Respondent č. 165 (45let) „Klidná komunikace, profesionální přístup.“

Respondent č. 167 (55let) „Aby to bylo důstojné, pokud možno zkrátit dobu umírání. Nebát se, mrtvý už nikomu neublíží.“

Respondent č. 172 (40let) „Nejtěžší je umírání mladých lidí. Nutné je zvládat resuscitaci.“

Respondent č. 173 (35let) „Přečíst si literaturu odkazující na tuto problematiku, cvičit takt.“

Respondent č. 174 (40let) „Nejdůležitější je praxe.“

Respondent č. 175 (52let) „Nejdůležitější je slušné chování.“

Respondent č. 186 (30let) „Dávat pozor, aby pacient nezemřel.“

Respondent č. 190 (25let) „Najít si střední cestu mezi empatií a chladnou profesionalitou. Naučit se kdy je potřeba více toho a kdy onoho. Nenosit si práci domů a domácí starosti do práce. Naučit se pořádně relaxovat.“

Respondent č. 194 (36let) „V praxi je nejtěžší následná komunikace s pozůstalými.“

Respondent č. 197 (39let) „Na to se nedá připravit, záleží na okolnostech, za jakých člověk umírá. Jiné je to u starých lidí, velmi nemocných a jiné u mladých např. po úrazech, kdy jsou jinak zcela zdraví.“

Respondent č. 198 (48let) „Byla bych ráda, kdybych v této situaci nemusela radit.“

Respondent č. 200 (30let) „Nejtěžší okamžiky jsou, pokud dojde ke smrti mladého člověka a nebyly použity všechny prostředky na jeho záchranu.“

Respondent č. 201 (30let) „Nevím ještě jsem to sama nezvládla. Každé úmrtí dlouho vstřebávám.“

Respondent č. 203 (26let) „Nejtěžší je právě ta situace, kdy člověk umírá, Nelze si na smrt zvyknout. Brát život tak, že tam jednou musíme všichni. V péči o umírajícího být ohleduplná, vyplnit co možná nejvíce toho co si nemocný žádá (co jde). Soucítit, být profesionální.“

Respondent č. 204 (38let) „ Především sestra nesmí své emoce a city sbližovat s problémy týkajícími se pacienta. Nedoporučuji emoční a osobní zainteresování do osobních věcí a zájmů pacienta. Je nutné si zachovat odstup, racionálně a empaticky řešit problémové situace pacienta, ale nikoliv se citově angažovat. Vše musí zůstat na profesionální úrovni.“

Respondent č. 207 (37let) „Nevím, co bych poradila, každý se s tím musí vypořádat sám. Nejtěžší byly začátky.“

Respondent č. 208 (27let) „Není co radit, každý si tím musí projít sám. O péči si přečte standard.“

Respondent č. 209 (22let) „Aby si smrt pacienta nebrala osobně, není to její chyba. Pozor si musí dát na vše, co při ošetřování dělá. V praxi bylo nejtěžší vyrovnat se nezmatenými, agresivními, zlými, nevděčnými a nespokojenými pacienty.“

Respondent č. 212 (27let) „Těžko se dá poradit, je to otázka povahy, citlivosti. Nejtěžší? Péče a komunikace s pacientem, náhlá smrt.“

Respondent č. 213 (57let) „Každý má svůj přístup, nelze nikomu radit.“

Respondent č. 215 (27let) „Pozor by si měla dát na příbuzné, soupis pozůstalosti, správné označení zemřelého.“

Respondent č. 216 (42let) „Trpělivost, asertivní chování vůči pacientům. Dodržovat ošetrovatelské standardy.“

Respondent č. 220 (22let) „Nejdůležitější je správné chování k umírajícímu. Měla by si dát pozor na informace, které smí sdělit, na své kompetence.“