

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2006**

**Klára JIROUSKOVÁ**

Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové

# **HUMANISTICKÝ PŘÍSTUP SESTER K UMÍRAJÍCÍM PACIENTŮM**

Bakalářská práce

**Klára Jiroušková**

Bakalářské studium Ošetřovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Marie Rybářová

Hradec Králové 2006

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Hradci Králové 25. dubna 2006

Klára Jirousková

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Je mou milou povinností poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku této práce. Zvláště velký dík patří vedoucí mé práce paní PhDr. Marii Rybářové za poskytnutí cenných rad, ochotu ke konzultacím a psychickou podporu v průběhu celého našeho studia.

Dále děkuji všem sestřičkám z nemocnice v Jablonci n. N. za jejich spolupráci.

Poděkování patří také mé rodině, která byla trpělivá a nápomocná po celou dobu mého studia.

**MOTTO:** *Věděli jste, že blízkost člověka může uzdravit nebo způsobit nemoc?  
Že může člověka zvednout nebo ho zabít?  
Že může způsobit dobro nebo zlo a vyvolat radost nebo smutek?  
Věděli jste to? Věděli jste, že naslouchání člověku činí divy,  
že všechna laskavost nese úroky, že činit je víc než mluvit,  
že se nám závdavek důvěry stokrát navrací: Věděli jste to?*

*(W. Wilms)<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> WILMS, W., In: KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: Vážně nemocný mezi námi, Praha 1989. s. 94.

# OBSAH

Úvod.....	8
Cíle práce.....	9
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 Umírání.....</b>	<b>10</b>
1.1 Vymezení pojmu umírání.....	10
1.2 Stadia umírání.....	10
1.3 Reakce na blížící se smrt.....	12
1.4 Fáze umírání.....	12
<b>2 Potřeby umírajících pacientů.....</b>	<b>16</b>
2.1 Biologické potřeby.....	17
2.2 Psychické potřeby.....	17
2.3 Sociální potřeby.....	18
2.4 Spirituální potřeby.....	18
<b>3 Psychologická péče o umírající.....</b>	<b>20</b>
3.1 Postoje ošetřujících.....	20
3.2 Jak přistupovat k umírajícím.....	21
3.3 Doprovázení umírajících.....	22
3.4 Komunikace s umírajícími.....	23
3.5 Psychoterapie u umírajících nemocných.....	24
<b>4 Eutanazie.....</b>	<b>25</b>
4.1 Pojem eutanazie.....	25
4.2 Historie eutanazie.....	25
4.3 Současný pohled na eutanazii.....	26
4.2 Formy eutanazie.....	27
4.3 Eutanazie nebo paliativní péče.....	28
<b>5 Paliativní péče.....</b>	<b>29</b>
5.1 Pojem paliativní péče.....	29
5.2 Historie paliativní péče.....	29
5.3 Cíle paliativní péče.....	30
5.4 Paliativní neznamená hospicový.....	31

<b>6 Hospicová péče.....</b>	<b>32</b>
6.1 Pojem hospic.....	32
6.2 Historie hospicové péče.....	33
6.3 Formy hospicové péče.....	35
<b>7 Syndrom vyhoření.....</b>	<b>37</b>
7.1 Pojem burn-out syndrom.....	37
7.2 Příčiny syndromu vyhoření.....	38
7.3 Fáze vývoje syndromu vyhoření.....	38
7.4 Příznaky syndromu vyhoření .....	39
7.5 Prevence vyprahlosti.....	40
<b>8 Fenomén smrti.....</b>	<b>41</b>
8.1 Definice smrti.....	41
8.2 Pojem fenomén smrti.....	42
8.3 Hlavní prvky prožitků blízkosti smrti.....	42
8.4 Vliv prožitku blízkosti smrti na další existenci člověka.....	45
<b>II EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>46</b>
<b>9 Výzkum.....</b>	<b>46</b>
9.1 Cíle výzkumu.....	46
9.2 Vzorek dotazovaných.....	46
9.3 Metoda výzkumu.....	47
9.4 Výsledky výzkumu.....	48
9.5 Diskuse.....	68
<b>Závěr.....</b>	<b>77</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>79</b>
<b>Resumé.....</b>	<b>80</b>
<b>Summary.....</b>	<b>81</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>83</b>
<b>Seznam pramenů.....</b>	<b>85</b>

<b>Přílohy</b> .....	<b>86</b>
Příloha č. 1: Anonymní dotazník.....	87
Příloha č. 2: Fáze smutku u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů.	92
Příloha č. 3: Jak si přeje být umírající doprovázen?.....	93
Příloha č. 4: Přehled hospiců v České republice.....	94
Příloha č. 5: Jak se vyhnout syndromu vyhoření?.....	95
Příloha č. 6: Práva umírajících.....	96
Příloha č. 7: Vzestup do Říše nebes.....	97



## ÚVOD

Hlavním těžištěm mé bakalářské práce je problematika humanistického přístupu zdravotních sester k umírajícím pacientům. Práce je koncipována především z psychologického hlediska, jemuž přikládám největší důraz.

Proč jsem se zaměřila na toto téma? Domnívám se, že v našich podmínkách je stále ještě péče o umírající ve velké většině případů nedostačující. Když se lidé dozvědí o nevyhnutelné smrti někoho blízkého, reagují nejrůznějšími způsoby. Pociťují šok, odmítají tomu uvěřit, mají strach, cítí hněv nebo zármutek. Zmítání těmito pocity se v duchu ptají: „Víš ten dotyčný o tom, že umírá? Mám s ním o tom mluvit? Co mu mám říci?“ Tyto pochybnosti jsou logické. Snadná odpověď neexistuje proto, že smrt se již dávno nepovažuje za něco, co k životu neodmyslitelně patří, nýbrž za něco děsivého a nevídaného.

A přece kdysi bylo umírání normální součástí života. Pod jednou střechou žilo několik generací a děti přirozeně pomáhaly rodičům s péčí o své nemocné a umírající prarodiče. Z generace na generaci tak přecházela nejen zkušenost jak ošetřovat umírajícího, ale také prožitek, jak umírání a smrt vypadá zblízka. V mnoha zemích je tomu tak dodnes: lidé umírají doma, v péči vlastní rodiny a proces umírání se tak stává součástí života všech.

Dnes však mnoho rodin ztratilo tento častý nebo dokonce neustálý kontakt s umíráním. Na rozdíl od předchozích generací se nenaučily jak se chovat přirozeně ve společnosti někoho, jehož život se chýlí ke konci. Nemoc a smrt byly vytěsněny do nemocnic nebo pečovatelských domů. Profesionálové poskytují péči a příbuzní a přátelé jenom přihlížejí, že se něco děje, v rozkouskovaných chvilkách určovaných oficiálními návštěvními hodinami, z nichž odcházejí s nepříjemnými pocity.

Z tohoto důvodu by tato bakalářská práce měla být určena všem, kteří se ocitli či někdy ocitnou tváří v tvář umírajícímu. Problematiku blízkí se smrti je nutné tedy nastínit nejen laické veřejnosti – rodině, přátelům ba i samotnému umírajícímu, ale především zdravotnickému personálu v nemocnicích. Sestry zaměstnané v nemocnicích nejsou totiž vždy dostatečně připravovány na specifickou péči o umírající tak jako sestry hospicové. Protože ne každý pacient má možnost prožít závěrečnou fázi svého života v hospici, je zapotřebí seznámit sestry z nemocnic se správným přístupem k umírajícím.

Co zbývá dodat? Naše práce není pouhým zaměstnáním, je především posláním a v péči o umírající to platí dvojnásob. Často se potýkáme s otázkou: „Proč jste si vybraly tak skličující povolání, jako je práce s nemocnými a s umírajícími?“ Naše povolání však není skličující,

naopak nám přináší radost a potěšení. Jak je to možné? Na tuto otázku je částečně možné odpovědět tím, že jsme si uvědomily paralely mezi zrozením a umíráním, mezi vstupem do tohoto světa a odchodem z něj. Toto pochopení nám usnadňuje definovat naši profesi a její přednosti.

## CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části je komplexněji přiblížit problematiku umírání a související aspekty. K tomuto tématu se vztahují kapitoly, které jsou zaměřené na vymezení procesu umírání, jeho stádia, reakce na blížící se smrt a fáze, kterými obvykle umírající a jejich příbuzní procházejí. Následující řádky jsou určeny specifickým potřebám a vlastní psychologické péči o umírající. Zvláštní pozornost soustřeďuji k problematice eutanazie, paliativní péče a hospicům. Snažím se poukázat na to, že eutanazie ve vztahu k paliativní a hospicové péči nemůže být chápána jako důstojná smrt. Upozorňuji též na to, co může zdravotníkům v jejich práci pomáhat a co by mohlo být příčinou jejich problémů či selhání. V poslední části objasňuji fenomén smrti a jeho vliv na eliminaci strachu z úmrtí. Znalost těchto procesů považuji totiž pro humanistický přístup k umírajícím za nezbytný.

V empirické části chci zjistit prostřednictvím provedeného výzkumu postoje zdravotních sester k umírajícím pacientům při začátku jejich praxe a s odstupem několika let. Šetření není zaměřeno na postoje zdravotních sester v hospicích, ale v nemocnicích, neboť právě zde nejsou sestry důsledně připravovány na péči o umírající. Cílem studie je analyzovat jejich pocity při prvním a současném setkání se smrtí, určit, zda věk umírajícího ovlivňuje jejich psychický stav a která smrt se sester více dotýká, vymezit jejich názory na separaci a umírání o samotě, stanovit jakým způsobem jsou sestry schopné přistupovat a komunikovat s umírajícími. Zjistit, zda jsou schopné pomoci rodině umírajícího v posledních chvílích jeho života, kde spatřují ideální podmínky pro umírání, jak vnímají potřebu hospiců v naší společnosti a jakým způsobem hodnotí eutanazii. Chtěla jsem též ověřit, jestli sestry činí nějaká opatření vůči syndromu vyhoření a zda popírají smrt jako zánik vědomí. Výzkumná část měla i prověřit znalosti v některých oblastech, kterými se zabývá teoretická rovina mé práce.

# I T E O R E T I C K Á Č Á S T

## 1 U M Í R Á N Í

*MOTTO: „Dej mi klid, abych přijal, co nemohu změnit.*

*Dej mi odvahu, abych změnil, co změnit mohu.“*

*(Reinhold Niebuhr)<sup>2</sup>*

### 1.1 Vymezení pojmu umírání

Definice umírání není dodnes jednoznačně stanovená a její vymezení se u jednotlivých autorů liší.

Z obecného hlediska lze konstatovat, že počátečním okamžikem umírání je bod (průchod), od něhož lidské tělo spěje k nevyhnutelnému zániku. Hlavní problematikou této definice je skutečnost, že průchod do tohoto nevratného stadia nemusí být vždy nápadný a někdy lze jen velmi těžko stanovit, že nastává závěrečná fáze života. Konečným bodem umírání je smrt, která je spojena s nevratným ukončením činnosti celého mozku.<sup>3</sup> V lékařské terminologii umírání označujeme jako terminální (konečný) stav.<sup>4</sup>

Snad nejmóstižněji definovala umírání Elisabeth Kübler-Rossová: „Umírání v širokém významu slova je především proces, kdy nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec se realizující smrti.“<sup>5</sup>

### 1.2 Stadia umírání

Z praktického hlediska lze rozdělit proces umírání na tři výrazná období: pre finem, in finem a post finem.

---

<sup>2</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=15>

<sup>3</sup> VIRT, Günter.: *Žít až do konce*. Praha 2000. s. 57.

<sup>4</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena.: *Lékařská etika*. Praha 2002. s. 204.

<sup>5</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha 1995. s. 17.

## **Období pre finem (období před smrtí)**

Haškovcová uvádí: „Toto období umírání není možné vázat pouze na terminální stav, neboť v jistém smyslu počátek umírání nalézáme už při samotném zrození. Postupné stárnutí organismu, vyhasínání energie a sil je způsobené věkem, onemocněním či slovem spojeným s absencí psychosociálních podnětů, který tuto fázi umírání urychluje.“<sup>6</sup>

Misconiová toto období vnímá „Jako prožívání našeho každodenního života, kdy každým prožitým dnem se blížíme k naší smrti. Uvědomění si tohoto faktu je pro nás výzvou ve vztahu k vlastnímu smyslu a kvalitě prožívání našeho ne nekonečného života.“<sup>7</sup>

## **Období in finem (období smrti)**

Podle Svatošové: „Jedná se o umírání v užším slova smyslu, tedy fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí.“<sup>8</sup> Vlastní smrti obvykle předchází stavy transu různého stupně, po nichž následuje kóma.

### **Trans**

„Trans je změněný stav vědomí. U umírajících nazýváme transem ty stavy, při kterých je odezva na otázky týkající se každodenních činností minimální, nebo chybí. Trans, nebo-li zvrát přecházející do kómatu, je stavem hlubokého bezvědomí, kdy umírající nemůže odpovídat na žádné verbální, či neverbální podněty.“<sup>9</sup>

### **Kóma**

„Bývá označováno za nejhlubší formu bezvědomí. Kóma představuje extrémní formu života, z níž jedince nelze probudit.“<sup>10</sup>

## **Období post finem (období po smrti)**

Toto stadium začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku zemřelého. Pozornost je třeba zaměřit především na pozůstalé, protože jsou to právě oni, kteří potřebují naši pomoc více než kdokoli jiný.<sup>11</sup>

---

<sup>6</sup> HAŠKOVCOVÁ H., In MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 13.

<sup>7</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 14.

<sup>8</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 14.

<sup>9</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 14.

<sup>10</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 15.

<sup>11</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 15.

### 1.3 Reakce na blížící se smrt

Na blížící se smrt lidé reagují různě. Bouchal<sup>12</sup> uvádí řadu odlišných reakcí na nastupující smrt.

Někteří nemocní přijímají tuto skutečnost se smířením (vyrovnáním) jako nevyhnutelnou součást života. V jiných případech nastává pasivní rezignace s netečností a nezájmem. Další formou bývá únik, kdy se pacient vzdaluje od reality prostřednictvím vzpomínek či úvah o své nesmrtelnosti. Reakci, kdy se nemocný snaží dokončit započaté práce, zabezpečit svoji rodinu či tuto složitou situaci řeší cestováním, označujeme pozitivní kompenzací. Za opačných okolností hovoříme o kompenzaci negativní, která se vyznačuje např. únikem k alkoholu, drogám, nadměrné konzumaci potravy či sexuálním výstřelkům.

### 1.4 Fáze umírání

Umírání je vždy osobní zkušenost každého jedince. Přesto se ukázalo, že existují určité společné prvky, které se během procesu umírání opakují. Zkoumání těchto zákonitostí vyústilo v pokus znázornit průběh umírání a popsat způsoby chování a prožívání, kterými prochází většina umírajících, než se vyrovná se svou zákeřnou nemocí a nevyhnutelnou smrtí.

Fáze umírání popisuje více autorů. V literatuře se nejčastěji průběh umírání dělí na 5 fází dle americké lékařky – psychiatričky Elisabeth Kübler-Rossové.<sup>13</sup> Ne každý pacient musí všemi těmito stadii projít. Některá fáze může chybět, nebo se může po určitém čase znovu opakovat. Teprve poté dochází k posunu dále. U všech nemocných nemusí dojít ani ke konečné akceptaci. Člověk pak umírá ve fázi, kdy nedošlo k vyrovnání s vlastní smrtí. Je třeba si uvědomit, že těmito stadii neprochází jen sám pacient, ale také jeho nejbližší.

---

<sup>12</sup> BOUCHAL, M., In KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Psychologie nemoci*. Praha 2002. s. 155.

<sup>13</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha 1995. s. 15.

## **První fáze – Šok, popírání, negace**

První reakcí člověka na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění bývá dočasný šok. Po odeznění šoku pacient znovu zmobilizuje síly a závažnou skutečnost popírá „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ Ve fázi popření se často setkáváme s přesvědčením, že se lékaři mýlí nebo že zaměnili výsledky testů. Tehdy nemocný vyhledává jiné odborníky v naději, že zvrátí vyřčený „ortel smrti“. Popření může také vést až k odmítnutí další léčby. Během tohoto období je absolutně nevhodné vést jakékoli rozhovory směřující k objasnění skutečnosti. Nejdůležitější je navázat kontakt s pacientem a získat jeho důvěru.<sup>14</sup>

## **Druhá fáze – Agrese, hněv, vzpoura**

Tato fáze je charakterizována počínajícím vyrovnáním se se svým osudem a projevuje se útočností ze strany pacienta. Nastupují pocity zlosti, hněvu, až agrese. Pacient si často klade otázky „Proč zrovna já“, „Proč ne někdo jiný?“, „Čí je to vina?“ Pacientův hněv je zaměřen na všechny strany. Prožívá zlost vůči sobě samému, vůči zdravým lidem, zlobí se na zdravotníky a svaluje vinu na druhé. Základem této zlosti jsou omezené možnosti a ztráta budoucnosti, se kterou nemocný počítal. Hněv je tedy známkou toho, jak umírající člověk miluje svůj život a jak obtížně se smíruje s jeho koncem.

Toto období je velmi náročné nejen pro zdravotníky, ale také pro rodinu umírajícího. Terčem zlosti pacienta bývají především zdravotní sestry, které se nikdy dostatečně nemocnému nezavděčí. Návštěvy příbuzných jsou často svědkem napjaté atmosféry a neosobních útoků. Reakce příbuzných se různí. Někdy pláčí, jindy se cítí být proviněni, nebo odmítají nemocného navštěvovat.

V této fázi je nejdůležitější dovolit pacientovi se odreagovat, nepohoršovat se nad jeho jednáním, nemoralizovat a nechat nemocného „vyvztekat se“.

Zdravotníci by si měli uvědomit, že pacientova agrese není zaměřena osobně, ale že se jedná o pouhý projev zoufalství. Agrese také pacientovi pomáhá vyrovnat se s touto náročnou životní situací. Ve fázi agrese je nutné zachovat klid ze strany zdravotnického personálu a je nutné vzít na vědomí, že oponování jen agresi stupňuje. Příbuzné je nutné vždy informovat o příčině tohoto chování a situaci objasnit.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícím*. Praha 1992. s. 15 – 21.;

KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. Turnov 1993. s. 35 – 44.

<sup>15</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícím*. Praha 1992. s. 23 – 42.;

### **Třetí fáze – Smlouvání, vyjednávání**

Třetí stádium trvá jen krátkou dobu. Nemocný se pohybuje mezi iluzí a jistotou. Uvědomuje si nevyhnutelnost své situace, ale snaží se o oddálení svého osudu „Dobrá, přijímám, že musím umřít, ale ne hned!“ Často odmítá lékařskou péči, vyhledává zázračné léky, léčitele, diety, je ochoten dát cokoli, uzavírá smlouvu s bohem, kterou drží v tajnosti a činí velké sliby: „Budu-li žít zdravě, určitě se vyléčím!“

Příbuzní si fázi smlouvání nemusí vždy uvědomovat. Pokud tuto reakci rozpoznají, mohou pochopit, proč nemocný tak úporně prosazuje své žádosti, které pro něho mohou ztělesňovat naději na přežití. Zdravotníci by měli být vůči pacientům maximálně trpěliví, pomáhat a naslouchat jim. Nikdy nesmějí brát nemocnému žádnou novou naději.<sup>16</sup>

### **Čtvrtá fáze – Deprese, Smutek**

V této fázi se objevuje pocit velké ztráty. Umírající chápe smrt jako nevyhnutelnou situaci. Elisabeth Kübler-Rossová uvádí dva druhy deprese. První popisuje jako reakční depresi. Ta vychází ze snížené sebeúcty člověka, který není již schopen zastat to, co dříve činil bez obtíží. Reakční deprese je provázena pocitu viny a studu. Pramení z utrpěné ztráty. Druhý typ je uváděn pod pojmem deprese přípravná. Tato deprese se vztahuje k očekávané nebo-li hrozící ztrátě (svých blízkých, světa, své oblíbené činnosti atd.). Člověk, který se musí smířit s tolika bolestnými ztrátami, je velmi smutný. Často introvertuje a odmítá pomoc druhých lidí. V tomto hrozném světě nenachází žádnou radost a propadá pocitům bezmoci a beznaděje. Nemocný bývá apatický, plačtivý, může mít až suicidální úmysly.

Není na místě pacienta uklidňovat či rozveselovat. Je důležité dát mu možnost se vyplakat a vypovídat. V této fázi by se měli zdravotníci snažit nemocného zaměstnat drobnými pracemi, aby se opět cítil užitečný a potřebný. Měli by být umírajícímu na blízku a měli by být schopni pomoci mu urovnat vztahy v rodině.<sup>17</sup>

---

KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. Turnov 1993. s. 45 – 73.

<sup>16</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícím*. Praha 1992. s. 45 – 47.;

KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. Turnov 1993. s. 74 – 76.

<sup>17</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícím*. Praha 1992. s. 49 – 64.;

KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. Turnov 1993. s. 77 – 98.

## **Pátá fáze – Akceptace, Smíření, souhlas**

Závěrečnou fázi lze charakterizovat jako skutečné smíření, akceptování smrti a přijetí faktu blížícího se konce bez negativních emocí. Dosáhl-li pacient tohoto stádia, nebývá deprimován, necítí zlost vůči nemilosrdnému osudu. Přestává truchlit nad svými ztrátami a na svůj nadcházející konec se dívá v jakémsi tichém očekávání. V tomto období je pacient více unavený, zesláblý a má větší potřebu spánku. Okruh zájmů se zužuje. Umírající si často přejí být sami, o problémy vnějšího světa se nezajímají. Bolest ustává, skončil boj a nastává čas loučení. Ve fázi akceptace je nezbytné pomáhat především rodině. I ona prochází jednotlivými fázemi umírání, ale ne vždy docílí konečného smíření.

Umírající nejvíce potřebuje mlčenlivou lidskou přítomnost a někoho, kdo ho bude schopen doprovázet až k samému konci. Tam kde je to možné, je vhodná v posledních chvílích života přítomnost rodiny. Je nezbytné si uvědomit, že člověk by nikdy neměl umírat zcela opuštěný! V této fázi je nezbytné zaměřit se v komunikaci zejména na neverbální projev, především dotykovou terapii.

Fázi akceptace je nutné odlišit od rezignace.<sup>18</sup>

Zmíněné fáze jsou ve stručnosti uvedené v příloze č. 2.

---

<sup>18</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícím*. Praha 1992. s. 67 – 79.;  
KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. Turnov 1993. s. 98 – 120.



## 2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ

*MOTTO: „Jsme dva. Dva na všechno – na lásku, na život, na boj i bolest a na hodiny štěstí. Dva na výhry i prohry, na život i na smrt – dva.“*

*(Karel Čapek)<sup>19</sup>*

Potřebu lze definovat jako prožívaný stav nedostatku či nadbytku něčeho konkrétního a pro člověka důležitého. Je to odchylka od takové normy, kterou si jedinec přeje, po které touží a která mu nejvíce vyhovuje. Potřeba je provázena vnitřním duševním napětím, záporným citovým laděním a snahou potřebu uspokojit. Potřeby nejrůznějšího druhu mají všichni lidé.<sup>20</sup>

Z obecného hlediska lze potřeby rozdělit na základní životní neboli nižší potřeby (potřeba jídla, vody, kyslíku, vyprazdňování, spánku, odpočinku, hygieny, nemít bolest, mít teplo a pohodlí) a vyšší potřeby (potřeby bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, sebeúcty a seberealizace). Na rozdíl od základních životních potřeb jsou vyšší potřeby velmi individuální a utváří v životě každého z nás určitou hodnotovou orientaci. Nejsou-li naplněny základní životní potřeby, nemůže ani nastat proces uspokojování vyšších potřeb. Tehdy nastává stav nelibosti či nepohody, který lze označit jako frustrace. Klasifikací potřeb se zabývá mnoho autorů. Nejčastěji užívanou je však Maslowova hierarchie potřeb. Tato klasifikace se zaměřuje na potřeby biologické, psychické a sociální.<sup>21</sup>

Umírající, jako skupina ovlivněná vyhraněnou životní situací, mají své specifické potřeby, které můžeme rozčlenit do čtyř základních skupin: potřeby biologické (tělesné), psychické (duševní), sociální (společenské) a spirituální. Nemoc a umírání člověku brání, aby své potřeby naplnil běžným způsobem. I prioritita potřeb se v průběhu onemocnění mění. Na počátku jsou nejdůležitější potřeby tělesné, na sklonku života často převládají potřeby spirituální.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=15>

<sup>20</sup> VUČKOVÁ, Jaroslava.: *Ošetrovatelství – I (1. část)*. Praha 1996. s. 32-33.

<sup>21</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 50.

<sup>22</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 21.

## 2.1 Biologické potřeby

Biologické (tělesné) potřeby vycházejí ze základních životních potřeb každého člověka. Do této oblasti lze zahrnout vše, co nemocné tělo vyžaduje.<sup>23</sup>

V terminálním stadiu výrazně klesá potřeba tekutin a potravy, přesto však je nutné ji naplňovat. I nemocný organismus totiž potřebuje přijímat potravu. Někdy potrava musí být zvláštním způsobem upravená a podává se alternativní (enterální a parenterální) cestou. Pacient dále požaduje zbavit se produktů vlastního metabolismu přirozeným vylučováním (bez cévek a klystýrů).<sup>24</sup>

Při uspokojování těchto potřeb je nezbytné se zaměřit i na kontrolu bolesti, zmírnění dýchacích obtíží, pomoc při pohybu, osobní hygienu a narušené smyslové vnímání.<sup>25</sup>

## 2.2 Psychické potřeby

Tato oblast zahrnuje především potřebu respektování lidské důstojnosti, která bývá zejména v období vážné nemoci často ohrožena. Umírající člověk musí být vnímán jako jedinečná lidská bytost s vlastní identitou až dokonce svého života. Tento pohled na člověka je důležitý zvláště v období, kdy svůj specifický úkol završuje bez ohledu na jeho současnou bezmocnost a nesoběstačnost.

Další psychickou potřebou je potřeba bezpečí a důvěry. Aby byl tento požadavek splněn, nemocný musí vědět, že se o něho stará někdo, kdo má skutečný zájem o jeho existenci, kdo s ním cítí a nenechá ho trpět o samotě. Se získanou důvěrou pak pečující nikdy nesmí „hazardovat“. Znamená to i nedávat nemocnému žádné falešné naděje. Nejvíce možná nemocnému pomůžeme právě tím, že mu nebudeme lhát. Budeme-li jednat nečestně, ztratíme důvěru ve chvíli, kdy ji bude potřebovat nejvíce. Pocit důvěry je nezbytnou součástí životního komfortu umírajícího.

---

<sup>23</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 71.

<sup>24</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 21.

<sup>25</sup> KOMÍNKOVÁ, Helena.: *Právo na důstojné umírání*. Sestra, 2002, č.1, s. 20 - 21.

Pocit bezpečí a důvěra souvisejí také s potřebou skutečného lidského vztahu. Nemocný potřebuje někoho, o koho se může opřít a kdo mu pomůže jeho těžkou situaci zvládat. Lidská přítomnost je v tomto směru nezastupitelná.

Nedílnou součástí každého lidského vztahu je komunikace. Umírající především vyžaduje, aby mu bylo nasloucháno jak na verbální, tak na neverbální úrovni a aby druhý porozuměl tomu, co říká. Jen málo lidí si uvědomuje význam komunikace s pacientem v agonii. Další zásadou, jak již bylo řečeno, je nemocnému nelhat a říkat pouze tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Nikdy se však nesmí připravovat o naději. O naději může pacienta připravit nejen diagnóza, ale i způsob, jak je mu sdělena.<sup>26</sup>

### 2.3 Sociální potřeby

Člověk je tvorem společenským, proto nejen ve zdraví, ale také i v období nemoci a umírání vyžaduje kontakt se svým okolím. Pacient většinou stojí o návštěvy. Potřebuje s nimi komunikovat a vědět, že nebyl zapomenut. Potřeba návštěv může být u jednotlivých nemocných různá a zpravidla se mění během procesu umírání. Na konci závěrečné fáze života pacient zpravidla přivítá, když se počet návštěv zúží a je navštěvován pouze svými nejbližšími. Je třeba vzít na vědomí, že psychický komfort umírajícímu lze jen těžko zajistit bez aktivní spolupráce s jeho rodinou. I když se budeme sebe víc snažit nemocného doprovázet závěrečnou fází života, nemůžeme nahradit toho, který spolu s ním kráčet po většinou času jeho životem.<sup>27</sup>

### 2.4 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby klienta vyvstávají do popředí v situaci konfrontace s vlastní smrtelností. Nejedná se o pouhé potřeby věřících, ale také o potřeby ateistů. Věřící lidé jsou schopni se vyrovnat se smrtí relativně snadno, neboť vědí, jak se v takové situaci mají zachovat. Naproti tomu lidé, kteří ve víře nežijí, se právě v průběhu vážné nemoci uchylují k otázkám o smyslu života. Umírající potřebuje vědět, že jeho život byl smysluplný. Pokud

---

<sup>26</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 22-23.

<sup>27</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 23.

k tomuto názoru nedospěje, nastává stav duchovní tísně. Nemocný často trpí i pocitem viny z toho, co učinil či neučinil. Nemusí se vždy jednat o skutečné obviňování, ale často se setkáváme i s pocitem smyšlené viny.

Mnoha lidem se uleví, když se mohou o své hříchy s někým podělit, a to nejčastěji formou zpovědi. Každý člověk si přeje, aby mu bylo odpuštěno. On sám se snaží odpustit druhým.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 23.

## 3 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

*MOTTO: „Nejkrásnější slova, přinášející útěchu,  
se často rodí v tichu, naplněném utrpením.“*

*(Ladislav Boros)<sup>29</sup>*

### 3.1 Postoje ošetřujících

Péče o umírající je vysoce náročná a přináší s sebou nejen fyzickou, ale především psychickou zátěž. Nepředstavuje nároky na odborné dovednosti a znalosti, ale na emocionální stránku. Umírající se neptá na naše znalosti, očekává od ošetřujících především vlídný lidský přístup a empatii. Aby byl ošetřující personál schopen splnit vysoké požadavky na kvalitní lidskou péči, musí si nejprve uvědomit své postoje k podstatným otázkám, které ovlivňují jeho způsob péče. Lze stanovit pět základních oblastí, které by měl ošetřující splnit.<sup>30</sup>

V první řadě je nezbytné, aby ošetřující zaujal postoj k sobě samému a naučil se i sobě rozumět. Naše emoce nám o nás dokáží říci velmi mnoho. Jsou-li některé oblasti našeho Já potlačovány, nemůžeme být dostatečně citliví vůči těmto oblastem ani u druhých. Tausch<sup>31</sup> uvádí „Jsou-li pro mne mé vlastní city nějak skryty, protože úmyslně přehlížím nebo zapírám, nebudu citlivý k pocitům jiného člověka.“

Péče o umírající je také ovlivněna postojem k vlastní smrti. Přestože sestry během výkonu svého povolání přicházejí do kontaktu s umíráním a smrtí často, neuvažují o vlastní smrtelnosti a skonu se podvědomě brání. Je důležité, aby ošetřující personál byl vyrovnán do jisté míry s vlastní smrtelností, aby byl schopen problematiku smrti sdílet spolu se svými klienty. Bude-li smrt tabuizovat, bude se i umírajícím vyhýbat a při komunikaci unikat k jiným tématům, jen aby tato otázka nevyvstala. Tím můžeme způsobit nevhodné komunikační bariéry na straně umírajícího, pro kterého se stává otázka vlastní smrtelnosti nezbytnou. Pouze ten, kdo již přemýšlel o své smrtelnosti a smrt do vědomí integroval, může odvádět kvalitní péči o umírajícího.

---

<sup>29</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=15>

<sup>30</sup> BLUMENTHAL – BARBY, Kay a kol.: *Kapitoly z thanatologie*. Praha 1987. s. 47 – 56.

<sup>31</sup> TAUSCH, R., In BLUMENTHAL – BARBY, Kay a kol.: *Kapitoly z thanatologie*. Praha 1987. s. 47.

Kdo pečuje o umírající, musí umět být i opravdový. Opravdovostí v tomto smyslu chápeme, že ošetřující se nesnaží vypadat jinak, než se cítí. Opravdovost znamená, že s nemocným dokážeme hovořit i o vlastních pocitech nejistoty a úzkosti. Jenom tak se může umírající odhodlat mluvit o svých obavách, starostech a potřebách. Být opravdový znamená, že umírající pozná, že v jeho blízkosti stojí člověk, který se nehalí do závoje neomylnosti. „Sestra se nesmí ukrývat za svým profesionálním postojem, nýbrž musí vystupovat jako osoba, taková jaká je (se svými silnými i slabými stránkami a zvláštnostmi...“), uvádí Ott.<sup>32</sup>

Dále je nutné vzít na vědomí, že ten, kdo chce pomáhat umírajícímu, musí umět být pravdivý. Problematika pravdy u lůžka umírajícího byla zkoumána z mnoha úhlů. Vyskytují se její odpůrci i příznivci. V současné době jednoznačně panuje názor, že umírající má nárok vědět, co se s ním děje. Právo na pravdu patří i k lidským právům. Je samozřejmé, že pravdivá skutečnost má být sdělena pouze tehdy, pokud o to sám nemocný stojí, ve vhodném čase, při vhodné příležitosti a vhodným způsobem. Vždy je však nutné ponechat nemocnému naději. Umírající má právo na autentický rozhovor, ve kterém lékař zdaleka nemusí říci všechno, ale vše co řekne, musí být pravda. Neobhajitelným názorem je tzv. „milosrdná lež“, která argumentuje tím, že většina nemocných by pravdivé tvrzení neunesla. Znalost reality umožní umírajícímu dokončit věci, které započal, rozloučit se se svými nejbližšími a skutečně využít poslední chvíle svého života.

Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven i přijmout druhého člověka takového, jaký je a zřít se jakéhokoli hodnocení. Tento princip vylučuje možnost posuzovat druhého měřítkem přijatelný – nepřijatelný. Přijetí bez hodnocení znamená i uvědomění si vlastní subjektivity názorů či pocitů, které by neměly být nemocnému vnucovány.

### **3.2 Jak přistupovat k umírajícím**

Křivohlavý uvádí několik zásad jak přistupovat k umírajícím, jak se k nim chovat a jak s nimi jednat.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> OTT, J., In BLUMENTHAL – BARBY, Kay a kol.: *Kapitoly z thanatologie*. Praha 1987. s. 49.

<sup>33</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Psychologie nemoci*. Praha 2002. s. 159 – 160.

Apeluje na nutnost neotevírat před pacientem problematiku umírání a smrti sami od sebe. Je zapotřebí, aby umírající nastolil toto téma sám. Vyjádří-li strach ze smrti, je žádoucí se usadit, vyslechnout nemocného a zeptat se, z čeho má konkrétní obavy.

Rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním než vlastním mluvením. Nemocní neotevírají své nitro, klademe-li jim otázky. Otevírají se tehdy, když jim nasloucháme.

Tam kde někdo umírá, je zapotřebí zachovat klid a šířit pokojnou atmosféru. Musíme mít na paměti, že i člověk v agonii slyší a vnímá své okolí.

Nikdy nesmíme umírajícímu říct, „musíš přijmout, že umíráš“.

Je nezbytné si rovněž uvědomit, že nikdo si nepřeje být v závěrečné fázi svého života zcela opuštěn. Umírání by měl být důstojný proces, v němž bude nemocný doprovázen druhým člověkem.

### **3.3 Doprovázení umírajících**

Doprovázet znamená pomáhat nemocnému v umírání, žít v jeho závěrečné životní etapě a jít ten poslední kus cesty s ním. Nemocný na této cestě potřebuje někoho, kdo mu pomůže překonávat a zvládat veškeré útrapy. Během doprovázení je důležité nevnučovat umírajícímu vlastní představu o tom, jak by měl tímto obdobím procházet. Cílem doprovázení je pro umírajícího přijetí nevyhnutelného. Optimální je, pokud jsou doprovodu schopni blízcí či příbuzní lidé, neboť jsou to právě oni, kteří spolu s ním prožili převážnou část jeho života.

K tomu, aby člověk mohl doprovázet umírajícího, musí splňovat všechna uvedená kritéria uvedená v kapitole 4.1, musí být dostatečně empatický a vzbuzovat v nemocném pocit bezpečí a jistoty. U lůžka umírajícího je však také nezbytná radost, smích, naděje a láska. Radost představuje schopnost těšit se ze zdánlivých maličkostí (dokončení díla, dočkání se vánoc, obklopení milovanými lidmi). Rovněž humor bývá předmětem, který může velmi povzbudit. Umírající ho bývá však schopen až ve fázi smíření.

S doprovázením umírajících se lze především setkat v hospicích.<sup>34</sup> V příloze č. 3 jsou přiblíženy Rady umírajícího svému průvodci.

---

<sup>34</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 19., 28., 33.

### 3.4 Komunikace s umírajícími

Důležitým aspektem v lidském setkání je vzájemná komunikace. V širším slova smyslu chápeme komunikaci v podstatě vše, co probíhá při kontaktu dvou či více lidí. Z obecného hlediska lze komunikaci rozčlenit na dvě oblasti – verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní).

Ti, kteří pečují o umírající, se často potýkají s nemalým problémem. Mnohdy neví jak s nimi komunikovat. V praxi se ukázalo, že často není důležitější to, co se řekne, ale to, co se vyjádří beze slov – autentickým přátelským postojem. Z tohoto důvodu představuje neverbální oblast velmi významný a nezastupitelný způsob komunikace při setkání s umírajícím. Zahrnuje celý komplex nonverbálních (mimoslovních) projevů, od výrazů obličeje (mimiky) a pohledu očí, přes doteky (pohlazení, držení za ruku, povzbuzující stisk), po celkový postoj a trpělivost.

Jedno z pojetí rozhovoru s těžce nemocným člověkem říká, že dokud zabírá kauzální terapie, měl by být rozhovor veden ve smyslu zvládnutí těžké situace. Tam, kde kauzální terapie selhává a stav se neustále zhoršuje, je nutné se zaměřit na akceptaci - přijetí nevyhnutelného. V rozhovoru je nezbytné se především soustředit na dodání odvahy a na posílení hodnoty nemocného.

Snad jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností při interakci s umírajícím je proces naslouchání. Řeč, kterou k nám umírající totiž hovoří, bývá často symbolická. Je proto zapotřebí velmi pozorně naslouchat tomu, co nám pacient říká, aby nám význam jeho slov neunikl. Do tohoto procesu, pokud možno, nevnašíme žádné vlastní rady, názory či komentáře. Při naslouchání musíme vnímat nejen slova, ale především emoce, které je doprovázejí.

Rozhovor je nutné prokládat i chvílemi mlčení. Ticho při rozhovoru signalizuje různé skutečnosti. Může se jednat o ticho, kdy mluvčí očekává naši odpověď, přemýšlí nad vyřčeným, či ticho spolusdílnosti. Smířené mlčení nalézáme v závěrečné fázi akceptace. Lze konstatovat, že čím více se člověk přibližuje smrti, tím je menší potřeba verbalizace.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Psychologie nemoci*. Praha 2002. s. 159 – 160.



### 3.5 Psychoterapie u umírajících nemocných

Psychoterapii lze z obecného hlediska definovat jako léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky.<sup>36</sup> Tato psychologická péče v době umírání se zaměřuje především na vyrovnání pacienta se skutečností nevléčitelné nemoci. Vyrovnání v tomto pojetí neznamená rezignaci, nýbrž pochopení a smíření se s nevyhnutelným osudem.

V průběhu umírání se setkáváme u pacientů s různými psychickými změnami. Mohou mít charakter pasivity, regrese, egocentrismu, závislosti, sníženého sebevědomí a ztráty sebeúcty. V tomto období se vyskytují i symptomy deprese, paniky a úzkostné stavy. Cílem psychoterapie je zlepšit kvalitu života, který postiženému zbývá. Úspěšnost celého psychotherapeutického procesu závisí především na typu osobnosti.

Je důležité zvážit, kterou psychotherapeutickou metodu v závěrečné fázi života lze použít. Jako velmi účinný a nejvíce užívaný se jeví humanistický nedirektivní psychotherapeutický přístup podle Rogerse,<sup>37</sup> který klade důraz na empatii (vcítění), kongruenci (autenticitu, opravdovost) a akceptaci (bezvýhradné přijetí klienta). Tento přístup je založen na setkání terapeuta s nemocným. Základem terapie je naslouchat nemocnému, povzbuzovat jej, nehodnotit jeho činy a nevnučovat vlastní rady jak danou situaci řešit. Cílem je dovést klienta k postupnému vyrovnání se se skutečností.

Další velmi významným psychotherapeutickou metodou zaměřující se na smysl života je logoterapie.<sup>38</sup>

V indikovaných případech lze využít též prostředky kognitivní, racionální, náhledové, sugestivní psychoterapie, relaxační i imaginační techniky a další. Obzvláště ve fázi šoku bývá účinná i krizová intervence.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> BOUČEK, Jaroslav.: *Psychoterapie*. Olomouc 2002. s. 5.

<sup>37</sup> ROGERS, C., R., In DOSTÁLOVÁ, Olga.: *Psychotherapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha 1986. s. 107 – 109.

<sup>38</sup> JAKOUBKOVÁ, Jaroslava.: *Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 83.

<sup>39</sup> DOSTÁLOVÁ, Olga.: *Psychotherapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha 1986. s. 98.

## 4 EUTANAZIE

*MOTTO: „Do posledního dechu nikdo nikomu nemůže vzít  
svobodu postavit se tak či onak k osudu.“*

*( V. E. Frankl)<sup>40</sup>*

### 4.1 Pojem eutanazie

Eutanazie je velmi závažnou otázkou v oblasti umírání. Toto slovo pochází z řečtiny. Doslovně je překládáno jako dobrá smrt a je v protikladu ke slovu dysthanazie – obtížné umírání. Eutanazie bývá také vymezována jako milosrdná smrt, smrt ze soucitu či smrt z útrpnosti.

Původně označovala všestrannou pomoc umírajícímu člověku, zaměřenou na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí. Dnes je pokládána za úmyslné usmrcení trpícího člověka na jeho vlastní žádost nebo ze soucitu.<sup>41</sup>

### 4.2 Historie eutanazie

Obecně lze říct, že již v pravěké společnosti se z praktických důvodů zbavovali některých jedinců. Praxe starověkého Řecka (házení nemocných novorozenců ze skály) byla obdobná. V antické kultuře se mnozí významní učenci stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života, patřil k nim např. Platón, stoický filozof Zenón nebo Seneca. Naproti tomu pythagorejští filozofové eutanazii výslovně zakazují,<sup>42</sup> což nejlépe vystihuje Hippokratova přísaha, kterou již po staletí musí každý lékař složit: „...Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoli, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu...“<sup>43</sup>

Pojem eutanazie byl zaveden v 16. století anglickým filozofem Francisem Baconem pro bezbolestnou, šťastnou a snadnou smrt.

---

<sup>40</sup> FRANKL, W., E., In KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Mít pro co žít*. Praha 1994. s. 19.

<sup>41</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 374.

<sup>42</sup> <http://referaty-seminarky.cz/?article=eutanazie>;

MUNZAROVÁ, Marta.: *Eutanazie nebo paliativní péče*. Praha 2005. s. 25 – 27.

<sup>43</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. : *Lékařská etika*. Praha 2002. s. 76.

Historie eutanazie ve smyslu smrti ze soucitu je poměrně krátká. Její počátek lze spatřit v roce 1895, kdy v Německu vyšla Jorstova kniha *Právo zemřít*. O 25 let později byla vydána další publikace s názvem „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden“, od německého právníka Karla Bindinga a psychiatra Alfreda Hochea. V této knize autoři vyslovili nutnost zabíjení těch, kteří „nejsou hodni života“. Měli na mysli především jedince, jenž představují závažné společenské břemeno – mentálně postižené a jedince s těžkými vrozenými vadami. Z této publikace se stala velmi vlivná kniha, které se připisuje odpovědnost za legalizaci eutanazie v Německu ve dvacátých a třicátých letech. Její koncepce však původně nevycházela z rasové motivace. V pozdějších letech se ukázalo, že měla velmi blízko k Hitlerově filozofii etnického zabíjení. Eutanazie je právem spojována s těmito hrůzami války. Diskuse o ní byla (a v Německu dodnes je) po druhé světové válce striktně odmítnuta a několik desítek let se o ní prakticky nemluvilo.<sup>44</sup>

### 4.3 Současný pohled na eutanazii

V současné době je v Evropě aktivní eutanazie legální v Holandsku a Belgii (od roku 2002). Za jistých podmínek je povolena asistovaná sebevražda ve Švýcarsku, kdy pacient sám musí provést několik úkonů. Pomáhat u ní může lékař i laik.

Ve většině zemí světa spadá pod trestně odpovědné konání. Aktivní eutanazie je téměř celosvětově odmítána právě v lékařské společnosti, neboť posláním lékaře je život chránit, nikoliv ukončovat. Legalizace eutanazie s sebou přináší značná rizika spojená s obavami ze zneužívání. Některé státy umožňují provedení pasivní eutanazie.<sup>45</sup>

V naší zemi je v současnosti eutanazie i asistovaná sebevražda hodnocena jako trestný čin vraždy podle § 219 trestního zákona. Za trestně odpovědné konání se považuje podle § 230 i účast na sebevraždě, kde skutková podstata předpokládá jednání, které vyvolá v jiné osobě rozhodnutí sáhnout si na život.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena.: *Thanatologie*. Praha 2000. s. 107 – 109.;  
POLLARD, Brian.: *Eutanazie – ano či ne?*. Praha 1996. s. 67.

<sup>45</sup> [http://hn.ihned.cz/?&p=500000\\_d&article\[id\]=17316770](http://hn.ihned.cz/?&p=500000_d&article[id]=17316770)

<sup>46</sup> <http://www.seminarky.cz/detail.php?id=1132>

## 4.4 Formy eutanazie

### Aktivní eutanazie

Aktivní eutanazie bývá často vymezována jako strategie „přeplněné stříkačky“. Je to úmyslné usmrcení nemocné osoby lékařem na její „vlastní“ žádost nebo ze soucitu.<sup>47</sup>

### Pasivní eutanazie

Pasivní eutanazie je chápána jako strategie „odkloněné stříkačky“. V tomto případě se jedná o přerušení či odnětí léčby, která by sice prodloužila život za cenu dalších strastí, ale nezachránila jej. Jde vlastně o zkrácení dysthanazie, „špatného umírání“. Tato forma eutanazie bývá vymezována jako právo na „přirozenou smrt“ a má mnoho zastánců.<sup>48</sup>

### Vyžádaná a nevyžádaná eutanazie

Provedení eutanazie na žádost umírající osoby nebo s jejím souhlasem lze označit jako eutanazii vyžádanou. V opačném případě hovoříme o eutanazii nevyžádané „milosrdné smrti“, kdy pacient není schopen vznést prosbu sám, neboť je trvale či dočasně nezpůsobilý rozhodovat sám za sebe (těžce defektní novorozenec, retardovaný jedinec, senilní člověk, osoba v bezvědomí).<sup>49</sup>

### Dobrovolná a nedobrovolná eutanazie

Nedobrovolná eutanazie je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná. Na druhé straně hovoříme o eutanazii dobrovolné.<sup>50</sup>

### Asistovaná sebevražda

Jedná se o ukončení života nevléčitelně nemocného na základě odborné lékařské rady či pomoci. Odchod ze života realizuje nemocný sám.<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> BÁRTLOVÁ, Sylva.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha 2005. s. 76.

<sup>48</sup> BÁRTLOVÁ, Sylva.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha 2005. s. 76.

<sup>49</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 375.

<sup>50</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 375.

<sup>51</sup> BÁRTLOVÁ, Sylva.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha 2005. s. 76.

## 4.5 Eutanazie nebo paliativní péče

Mezi lidmi obecně panuje názor, že pro těžce nemocné a umírající pacienty existují pouze dvě možnosti – buď umírat v nesnesitelných bolestech anebo být milosrdným způsobem zabit, a tím utrpení uniknout. O žádné třetí alternativě se většinou neuvažuje. Je proto nezbytné seznamovat veřejnost i s jinou cestou ve vztahu k umírání – s dobrou paliativní léčbou a péčí. Ve vztahu k paliativní péči nelze eutanazii považovat za důstojnou smrt. Předpokladem důstojného umírání je pomoci nemocnému od jeho strastí nikoli však k zabití.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> JAKOUBKOVÁ, Jaroslava.: *Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 105.

## 5 PALIATIVNÍ PÉČE

*MOTTO: Dnešní den je prvním dnem „zbytku našeho života.“*

*Záleží na něm a na jeho náplni, jak ho prožijeme – zda ho necháme zplanět nebo zda bude kvalitně prožit.*

*(W. Ninow)<sup>53</sup>*

### 5.1 Pojem paliativní péče

Paliativní medicínu lze definovat jako útěšnou či zmírňující terapii a péči. Tento název pochází z latinského slova pallium a lze ho přeložit jako plášť, přikrývka, přehoz. „Ovinout pláštěm toho, kdo trpí, neznamena popírat utrpení, nýbrž stát po jeho boku“. Obecně lze říci, že paliativní medicína znamená jednoznačné odmítnutí eutanazie.<sup>54</sup>

Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Opak je však pravdou. Tento obor lze označit jako nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu, neboť celá historie medicíny se zaměřuje na tlumení symptomů především u nevléčitelných onemocnění. Je komplexním oborem nejen s prvky medicíny a ošetrovatelství, ale také sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie, ergoterapie a dalších disciplín. Je využívána ve všech odvětvích medicíny. Lze ji zařadit nejen do terminální, ale také do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné, přičemž všechny tyto přístupy se navzájem prolínají.<sup>55</sup>

### 5.2 Historie paliativní péče

Paliativní péče je poskytována již od nepaměti. Její historický základ nacházíme již v antice. V moderní době byla paliativní péče určena především onkologicky nemocným. Péči

---

<sup>53</sup> NINOW, W., In KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Vážně nemocný mezi námi*. Praha 1989. s. 54.

<sup>54</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=233&item=2>

<sup>55</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 17.

zajišťoval multidisciplinární tým – lékaři, zdravotní sestry, duchovní, jeptišky, rodinní příslušníci a další dobrovolníci.<sup>56</sup>

Historie paliativní péče je úzce spjatá s historií hospiců. Vznik paliativní péče bývá spojován se jménem Cecilly Saundersové. Již v padesátých letech 20. století se věnovala problematice bolesti. Zjistila však, že tímto tématem se dosud nezabývá žádná odborná literatura. Existovalo jen několik málo publikací se zaměřením na oblast posttraumatických a pooperačních bolestí. V Hospici sv. Josefa a později sv. Kryštofa se věnovala výzkumu bolesti a jejího tišení u pacientů trpících nádorovým onemocněním. O pár let později se jí ve spolupráci se svými kolegy podařilo založit a obhájit nový obor, kterému se dnes běžně říká paliativní medicína. Mezníkem oboru jsou tedy 70. léta, kolébkou je Velká Británie.<sup>57</sup>

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989, kdy započala výstavba několika hospiců. Do této doby existovaly pouze léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde multidisciplinární služby poskytovány nebyly. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní medicíny v Babicích nad Svitavou. Obor paliativní medicína se začal již i přednášet na lékařských fakultách v rámci oboru klinické onkologie. V současné době existují i postgraduální kurzy paliativní medicíny pro lékaře a sestry.<sup>58</sup>

### 5.3 Cíle paliativní péče

Obor představuje celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž choroba nereaguje na kurativní léčbu. Cílem kurativní léčby je úplné uzdravení klienta. Zatímco postupy paliativní léčby jsou zaměřeny na zlepšení subjektivního stavu a kvality života pacienta nikoli na odstranění nemoci. Neznamená to, že primárním cílem paliace je prodloužení života – rozhodně ne za každou cenu.

Disciplína se neomezuje pouze na tišení bolesti a kontrolu symptomů. Je chápána mnohem komplexněji. Mimo výše uvedené zahrnuje i psychickou podporu, sociální zázemí a duchovní pomoc umírajícím nemocným. Není určena pouze postiženému, ale také jeho rodině.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 17.

<sup>57</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=233&item=2>

<sup>58</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 18-19.

<sup>59</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 19.

Světová zdravotnická organizace přiznává paliativní medicíně nejvyšší prioritu právě tam, kde jiné postupy již selhaly. Uvádí, že tento obor podporuje život, neurychluje ani neoddaluje smrt, poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů, do péče o pacienta začleňuje psychické a duchovní aspekty a vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s úmrtím nemocného a zármutkem po jeho smrti.

Ve zdravotnictví by mělo být zaručeno, aby každý člověk měl právo na optimální léčbu bolesti bez ohledu na své finanční možnosti.

„Pokud jde o paliativní medicínu, neexistují v podstatě problémy v etické teorii, ale vyskytují se v praxi. Komplexní léčba bolesti tedy není etickým problémem, ale je to otázkou mravnosti a praxe. Ještě studie z devadesátých let uvádějí, že 70% pacientů s rakovinou nedostává účinnou léčbu bolesti ani tam, kde je to bez problémů možné. Moderní paliativní medicína ukazuje, že jsou k dispozici léky, jež tlumí bolesti a jiné symptomy, a že je možná kompetentní péče a doprovázení nemocných. Tam, kde se těchto možností skutečně využívá, nemusí být pacient zabíjen, ani si sám nemusí brát život, aby mohl důstojně zemřít. Praktické uskutečňování paliativní medicíny je alternativou k diskuzi o eutanazii.“<sup>60</sup>

## 5.4 Paliativní neznamená hospicový

Tato disciplína také úzce souvisí s hospicovým hnutím. Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb. Paliativní péče může být poskytována nejen v hospicích, ale také v nemocnicích anebo v domácnostech. Hospice jsou v tomto případě chápány pouze jako jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. V USA bývají pojmy hospice a paliativní péče „mylně“ zaměňovány. V současné době existují i speciální programy paliativní péče pro nemocné se zhoubným nádorovým onemocněním nebo pro pacienty se zákeřnou chorobou AIDS.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> VIRT, Günter.: *Žít až do konce*. Praha 2000. s. 39.

<sup>61</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=233&item=2>



## 6 HOSPICOVÁ PÉČE

*MOTTO: „Nekráčej přede mnou, nemusel bych tě následovat. Nekráčej za mnou, nemusel bych tě vést. Jdi prostě vedle mě – a buď mi přítelem.“*

*(Albert Caus)<sup>62</sup>*

### 6.1 Pojem hospic

Hospice jsou specializovaná zařízení praktikující paliativní péči, tedy péči zaměřenou především na úlevu od bolesti. Tímto jej lze odlišit od standardní lékařské (kurativní) péče, jejíž prioritním úkol je léčba nemoci.

Je třeba si uvědomit, že hospic není dům a už vůbec to není „dům smrti“, jak se často laická veřejnost domnívá. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta - biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen.<sup>63</sup>

Úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Hlavním cílem je odstranění utrpení a minimalizování bolesti vč. zajištění důstojného umírání. Důraz je kladen i na uspokojování bio-psycho-spirito-sociálních potřeb umírajících pacientů. Neméně významnou úlohou hospicové péče je pomoc nejen umírajícím, ale také jejich blízkým - pokud možno co nejrychleji a nejšetrněji projít těžkými fázemi, které popisuje Elisabeth Kübler-Rossová, postupně až do konečné fáze akceptace (smíření). Dalším cílem hospice je naplnit dny životem, nikoliv život dny a udržet nemocného co možná nejdéle soběstačným. Péče je rovněž určena rodinným příslušníkům a to nejen za života umírajícího, ale i po jeho smrti. V případě potřeby zajišťuje tuto péči dlouhodobě.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=15>

<sup>63</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 449.

<sup>64</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 123 – 124.

Hospicová péče je určena pro preterminálně, terminálně nemocné a zkrátka všude tam, kde již kurativní léčba selhala. Hospice respektují smrt jako nedílnou součást našeho života, ale zásadně se jí nesnaží uspišit, jak tomu bývá u eutanazie. Neslibují uzdravení, ale také neberou zbývající naději. Neslibují vyléčení, slibují léčitelnost.

Hospicovou péči zajišťuje interdisciplinární tým – zdravotní sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, teologové i dobrovolníci.<sup>65</sup>

## 6. 2 Historie hospicové péče

### 6. 2.1 Historie hospiců ve světě

Slovo hospic má svůj základ v latinském slově hospes, hospitis (host) a odtud hospitium (pohostinství, hostinný dům, přátelské přijetí, hostinec).

Hospicia, hospice existovali již v antice. V době christianizace Evropy vznikaly podél cest, jež vedly do Svaté země a byli označovány jako „domy odpočinku“. Tyto domy sloužily především poutníkům k načerpání nových sil, aby mohly pokračovat na své dlouhé, strastiplné pouti. Zde se jim dostávalo patřičné ošetrovatelské péče a duchovní podpory. Často však byli natolik vyčerpání, že zde umírali.

Hospice později zanikly a opět se objevily až v polovině 18. století. Jako první vznikla v Dublinu zvláštní nemocnice pro umírající z iniciativy Mary Aikdenheadové.

Velký rozvoj hospicové péče byl zaznamenán až ve 20. století. Za protagonistku hospicového hnutí bývá považována Angličanka Cecilly Saundersová. Tato zdravotní sestra, která se později stala lékařkou, pracovala v Hospici sv. Josefa ve východní části Londýna, který byl založen Charitou irských sester. Zde se věnovala výzkumu chronické bolesti. V roce 1967 založila první moderní hospic v Londýně. V současné době je právem označován jako „mateřský dům“ hospicového hnutí.<sup>66</sup>

Dnešní hospice plní funkci obdobnou jako v dřívějších dobách, pouze cesta našich poutníku je možná o něco složitější. Je to cesta k přijetí vlastní nevléčitelné nemoci a

---

<sup>65</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 449.

<sup>66</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 27.

CALLANANOVÁ, Maggie, KELLEYOVÁ, Patricia.: *Poslední dary*. Praha 2005. s. 30.

nalezení smyslu končícího života. Odhaduje se, že v současné době existuje ve světě přibližně 2 000 hospiců.<sup>67</sup>

## 6. 2.2 Historie hospiců v České republice

V minulosti péči o naše umírající zajišťovala především rodina. Nemocní umírali ve známém domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a teologa. Umírání mělo sociální ráz, kdy každý terminálně nemocný věděl, že nezemře zcela opuštěn. Tato zkušenost se tradovala z generace na generaci. Na přelomu 19. a 20. století tato péče probíhala i za účasti rodinného lékaře, který zajišťoval především tišení bolesti.<sup>68</sup>

Historické prameny lůžkové hospicové péče nacházíme již ve středověku. Jejich filosofie vycházela z dob starokřesťanských. Zařízení byla určena zejména chudým, nemocným, zestárlým, osamoceným umírajícím, sirotkům a pocestným. Se zavedením domovského práva v Čechách za vlády Františka Josefa I. se rozvíjí celá škála těchto institucí.

V padesátých letech 20. století systém rodinných lékařů a lůžkových forem hospiců zanikl. Péče se přesouvá do institucionálních podmínek (do nemocnic či jiných zařízení, kde se umíralo).<sup>69</sup>

Další rozkvět hospicového hnutí byl zaznamenán až po „sametové revoluci“ po roce 1989. Toto období s sebou přineslo i šanci k rozvoji nových humánních postupů v péči o umírající. Zásahu na této skutečnosti má lékařka Marie Svatošová, která založila občanské sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí, které označila *Ecce homo*. Mimořádným významem této instituce bylo založení a otevření prvního českého hospice Hospice Anežky České v Červeném Kostelci ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Byl otevřen v prosinci 1995.

V lednu roku 1998 byl založen další významný Hospic Štrasburk v Praze – Bohnicích, v dubnu téhož roku Hospic sv. Lazara v Plzni a v červnu Hospic sv. Alžběty v Brně. V Rajhradě u Brna Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa zahájil svůj provoz počátkem roku 1999. O dva roky později vzniká v Litoměřicích Hospic sv. Štěpána.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. Praha 1998. s. 449.

<sup>68</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 46.

<sup>69</sup> MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha 1998. s. 43.

<sup>70</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 139.;

V současné době je v České republice otevřeno přibližně 11 hospiců. Podrobnější informace jsou uvedeny v příloze č. 4. Od roku 2005 se buduje v Malejovicích v Posázaví první dětský hospic.

## **6.3 Formy hospicové péče**

Hospicovou péči lze rozdělit do třech základních forem.<sup>71</sup>

### **6.3.1 Domácí hospicová péče**

Domácí hospicová péče je založena na skutečnosti, že pacient zůstává ve svém přirozeném prostředí a že i veškerá odborná péče (lékařská, ošetrovatelská, psychologická či duchovní) probíhá právě zde. Jejím zprostředkovatelem jsou nejčastěji církevní organizace a agentury domácí péče.

Tato forma bývá pro umírajícího nejoptimálnější, jelikož může zemřít ve svém známém domácím prostředí v rukou svých nejbližších. Péče nemusí být již tolik ideální pro rodinné příslušníky, neboť ne každý se naučí nebo chce pečovat o umírajícího. Dalším problémem může být např. nemožnost realizace - malé bytové prostory.

### **6.3.2 Stacionární hospicová péče**

Stacionární hospicová péče představuje krátkodobé denní pobyty pacientů v hospici. Nemocní jsou do stacionáře přijímáni ráno a odpoledne se vrací do domácího prostředí. Doprava může být zajištěna jednak rodinou, jednak samotným hospicem. Stacionáře se obvykle zřizují při lůžkových formách.

Tento typ péče je určen umírajícím, kteří nemají takové sociální podmínky, které by umožnily poskytování domácí hospicové péče v průběhu 24 hodin denně bez ohrožení či snížení kvality života. Dále je určena pacientům, kteří vyžadují zvláštní léčebná opatření,

---

<sup>71</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 127 – 131.

kteřá nelze provést v domácnostech (aplikace chemoterapie, kontrola bolesti či paliativní péče). Dalším důvodem, s kterým se lze setkat, je důvod psychoterapeutický či azylový, kdy si rodinní příslušníci potřebují od nemocného odpočinout nebo naopak. Jen tak je možné předejít vyčerpání rodiny.

### **6.3.3 Lůžková hospicová péče**

Důvodem zahájení hospitalizace mohou být výše uvedené důvody v péči stacionární, zhoršení zdravotního stavu, vzdálenost bydliště od místa hospice atd. Zásadním omylem v podvědomí většiny lidí bývá, že ten kdo si přijde lehnout na hospicové lůžko, v něm musí i zákonitě zemřít. Samozřejmě se tato možnost nezamítá, ale je nutné si uvědomit, že nebývá pravidlem. Do těchto prostorů přicházejí pacienti na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela dobrovolně tehdy, když oni sami cítí, že je to pro ně žádoucí, nebo když vidí, že doma se již situace nedá zvládnout. Nezbytnou podmínkou pro přijetí je i souhlas nemocného. Aby mohl být pacient přijat k hospitalizaci musí být splněna určitá kritéria. V případě nedostatku lůžek v hospici je upřednostňován nemocný, jehož zdravotní stav vykazuje horší prognózu. Pacient z domácího prostředí bývá preferován před hospitalizovaným klientem. Další podmínkou pro zahájení hospitalizace je časový horizont, maximálně do 6 měsíců od očekávané smrti.

Hospicová zařízení se od nemocničních značně liší. Koncepce hospice je taková, že by měl připomínat více domov než nemocnici. Má-li připomínat více domov, je nutné také upravit režim dne. V hospicích existuje volný denní řád, který vychází především z potřeb a přání nemocného. Není zde vymezen přesný čas na stravování, nemocní spí podle své vlastní potřeby, mají možnost kontinuálních návštěv po celých 24 hodin, mohou hrát na hudební nástroj či ubytovat na pokoji své domácí mazlíčky.

Důraz je kladen především na kvalitu života, a pokud není důvod k celodennímu polehávání v pyžamu, apeluje se na nošení civilního prádla. Nemocný má právo volného pohybu nejen v objektu samotného hospice, ale s vědomím personálu i mimo něj. Pokoje jsou zde jednolůžkové s možností ubytování člena rodiny. Tam kde je to možné, měli by sloužit jen pro přespání. Stejně jako v nemocnici probíhají i zde lékařské a sesterské vizity.

## 7 SYNDROM VYHOŘENÍ

*MOTTO: „Umění odpočívat je důležitá část umění pracovat.“*

*(John Steinbeck)<sup>72</sup>*

Syndrom vyhoření neboli burn-out syndrom, je jedním z konečných stavů chronického stresu, přednostně postihujícího určité profese, zejména pedagogy a zdravotníky.<sup>73</sup>

Je následkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností.

Ve zdravotnictví postihuje především ty, kteří se věnují převážně umírajícím pacientům. Péče o umírající je totiž velmi náročná nejen po fyzické, ale především po emocionální stránce. S burn-out syndromem se lze setkat zejména u pracovníků hospicové péče. Další rizikovou skupinu představují zaměstnanci onkologických oddělení, jednotek intenzivní a anesteziologicko - resuscitační péče. Profesionálové by měli mít vždy toto riziko na paměti a činit kroky směřující k prevenci.<sup>74</sup>

### 7.1 Pojem burn-out syndrom

Burn-out se do češtiny doslovně překládá jako „vyhoření, vyhasnutí“. Syndrom vyhoření byl poprvé popsán psychoanalytikem Herbertem L. Freudenbergem v roce 1974.

Křivohlavý uvádí: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato

---

<sup>72</sup> STEINBECK, John, In KÁŠ, Svatopluk.: Citáty a aforismy o medicíně. Olomouc 1999. s. 142.

<sup>73</sup> <http://www.jobpilot.cz/content/service/jobjournal/stres/burn.html>

<sup>74</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. Praha 1998. s. 20.

emocionální náročnost je častěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.<sup>75</sup>

Někdy se lze i setkat s označením „fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy po velkém entuziasmu a očekávání nastává zklamání, frustrace, bezmocnost a rezignace.<sup>76</sup>

Nejčastěji vzniká po dvou až pěti letech od nástupu do zaměstnání.

## 7.2 Příčiny syndromu vyhoření

Vyprahlost je zapříčiněna více faktory. Z obecného hlediska lze příznaky rozdělit na individuální a konkrétní pracovní podmínky.

Mezi individuálními činiteli lze uvést následující: nadměrně vysoké nároky na sebe, kdy nesplnění cílů je chápáno jako porážka; neschopnost požádat druhé o pomoc pro sebe; neustálé vnitřní puzení pomáhat druhým lidem, „syndrom pomocníka“.

Syndrom vyhoření může být rovněž způsoben neoptimálními pracovními podmínkami: např. ošetrovatelská péče probíhající výrazně asymetricky – „pečující více dává než přijímá“, při nedostatku či ztrátě prožitku radosti (každodenní konfrontace se smrtí), nesplnitelnost ideálů, „šok z praxe“, nedostatek svobody v rozhodování, neocení vykonané práce nadřizenými, časté konflikty se spolupracovníky, směnný provoz, nepříjemné až odpudivé pracovní činnosti či nespokojenost nemocných.

Bylo konstatováno, že čím vyšší funkci pracovník zastává, tím rychleji a snadněji se burn-out syndrom projeví.<sup>77</sup>

## 7.3 Fáze vývoje syndromu vyhoření

---

<sup>75</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. Praha 1998. s. 10.

<sup>76</sup> <http://www.portal.cz/scripts/detail.asp?id=702>

<sup>77</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. Praha 1998. s. 29 – 32.;

<http://zdravcentra.cz/index.php?act=k-10&did=529&kategorie=0&printflag=1>

Vyhoření není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, objevuje se jako plíživé psychické vyčerpání pod vlivem dlouhodobého působení stresujících podnětů. Tento stav je také často přirovnáván k depresi. Edelwiche a Brodský popisují pět vývojových stadií syndromu vyhoření.<sup>78</sup>

Na počátku bývá **nadšení**, velká zapálenost pro práci, vysoké ideály a angažovanost, poté dochází k „vystřízlivění“ – **stagnaci**, stavu kdy si člověk uvědomí, že své ideály není možné zrealizovat. Začíná se měnit profesionální chování a vytrácí se zájem o pacienty. Následuje období **frustrace**, zklamání a negativní vnímání pacientů. Nastupuje **apatie** vůči nemocnému i vůči všemu, co s profesí souvisí. Poslední stadium lze označit jako **fázi úplného vyhoření**,

kdy dochází k úplné ztrátě smyslu práce. Tato etapa bývá provázena cynismem. Ze závěrečného stadia plně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta zpět velice obtížná.

Prognosticky příznivější je však stav, pokud se podaří proces zachytit a zastavit ve fázi frustrace či apatie.

## 7.4 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky burn-out syndromu se promítají do oblastí tělesné, citové i sociální.

Psychické příznaky lze rozdělit ještě do dvou podskupin. V kognitivní (poznávací a rozumové) rovině se syndrom vyhoření projevuje ztrátou nadšení, schopnosti pracovního nasazení či zodpovědnosti, nechutí nebo lhostejnosti vůči práci, negativním postojem k sobě samému, k zaměstnání, k instituci, ke společnosti či k životu, únikem do fantazie, poruchami koncentrace, zapomínáním a dalšími. Emocionální rovinu představuje sklíčenost, pocity bezmoci a beznaděje, podrážděnost, nervozita, agresivita, nespokojenost a pocit nedostatku uznání. V nejtěžších případech se lze i setkat s depresivními stavy, provázenými myšlenkami na sebevraždu.

Tělesná oblast bývá charakterizována poruchami spánku a poruchami příjmu potravy, častou nemocností a náchylností k chorobám, vegetativními obtížemi (srdce, dýchání,

---

<sup>78</sup> <http://www.portal.cz/scripts/detail.asp?id=702>



zažívání), rychlou unavitelností, vyčerpaností, chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovým napětím, vysokým krevním tlakem a změnami v tělesné hmotnosti. Závažnou skutečností je sklon k užívání návykových látek.

Poslední skupinu prezentuje sociální úroveň. Dochází k postupnému ubývání angažovanosti a snahy pomáhat problémovým pacientům, úmyslnému omezení styku s klienty a jejich příbuznými, redukcí kontaktů s kolegy, přibývání konfliktů v soukromé oblasti, nedostatečné přípravě k výkonu práce aj.<sup>79</sup>

## 7.5 Prevence vyprahlosti

Existují lidé, kteří na vznik syndromu vyhoření zareagují odchodem ze svého zaměstnání. Někteří dokonce opouští profesi natrvalo a hledají si práci mimo obor. Tato skutečnost může být v pozdější době hodnocena jako osobnostní selhání.

Z tohoto důvodu je nutné upozornit všechny zdravotníky na existenci vyprahlosti a informovat je o možnostech její prevence. Preventivní opatření se vztahují jednak k jedinci samotnému a jednak k pracovní organizaci.

Přiměřená zátěž, dostatek personálu, udělování pochval, týmová práce, podpora vzdělání, informovanost podřízených, dobrá atmosféra na pracovišti, aspoň dva týdny celistvé dovolené je prevence, kterou organizuje zaměstnavatel.<sup>80</sup>

Neméně důležitá je i prevence na úrovni jednotlivce, kterou může, na rozdíl od předchozí, ovlivnit on sám. V první řadě je nutné eliminovat výše uvedené rizikové individuální faktory napomáhající vzniku syndromu vyhoření. Dále je nezbytné optimálně pečovat o svoji vlastní fyzickou kondici dodržováním správné životosprávy. K péči o svoji tělesnou schránku významným způsobem přispívá pravidelná pohybová aktivita (veškeré sportovní činnosti), dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu, vhodné stravovací návyky a pokud možno i dostatečný spánek a odpočinek. Bohužel ne všechny zásady lze vždy ve třísměnném provozu spolehlivě dodržet. Rozvoj optimálního duševního zdraví lze ovlivnit rozličnými relaxačními

---

<sup>79</sup> <http://zdravcentra.cz/index.php?act=k-10&did=529&kategorie=0&printflag=1>

<sup>80</sup> WINTNEROVÁ, Jitka.: *Úskalí práce sestry na hematologickém oddělení*. Sestra, 2003, č.2, s.10 – 11.

metodami. Každý jedinec vnímá způsob odpočinku odlišně. Někdo si raději přečte knihu, jiný pohovoří o svých problémech s druhými, odreaguje se v přírodě, medituje u relaxační hudby, vzdělává se, sportuje, navštěvuje saunu, věnuje se zájmové činnosti atd. Velmi důležitou ochranou na úrovni psychiky jednotlivce je vytváření pozitivních mezilidských vztahů.<sup>81</sup>

Křivohlavý uvádí<sup>82</sup> „desatero“ – přesněji „šestnáctero“ rad, jak bojovat proti syndromu vyhoření. Návod je uveden v příloze č. 5.

## 8 FENOMÉN SMRTI

*MOTTO: „Život je velkým jevištěm, na jehož prknech stojíš i ty. A roli Nejvyšším ti svěřenou, jež někdy se ti zdá tak těžká, že nejraději bys nehrál, tentokrát hrej dobře. Neboť i nad ní jednou opona spadne a souzen budeš podle toho, jak duše tvá na tomto světě dohrála.“*

*(Anonym)<sup>83</sup>*

Někomu může připadat zařazení této kapitoly jako nepatřičné. Myslím si, že je však zcela namístě. Prožitky v blízkosti smrti jsou velmi důležitým aspektem, neboť bylo dokázáno, že zcela eliminují potencionální strach z umírání. Ten, kdo prožil svoji vlastní smrt, přijímá svoji smrtelnost zcela s akceptací a nevyžaduje již tak „citlivou“ péči jako ten, který „prožívá“ umírání poprvé.

### 8.1 Definice smrti

---

<sup>81</sup> KOPŘIVA, Karel.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha 2000. s. 99 – 101.

<sup>82</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACZMARCYK, Stanislav.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. s. 46.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. Praha 1998. s. 72 – 73.

<sup>83</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=15>

## **Klinická smrt**

Klinická smrt bývá vymezována jako zastavení základních životních funkcí (srdeční a dechové akce). Nemocný není zcela mrtvý. Nachází se ve stavu bezvědomí, ale mozková činnost není zatím vyhaslá. Toto stadium je reverzibilní (vratné) při včasném zahájení kardiopulmonální resuscitace a to nejpozději do 3 – 5 minut.

## **Biologická (mozková) smrt**

Za rozhodující kritérium biologické smrti člověka je považováno ireverzibilní (nezvratné) ukončení činnosti mozku v důsledku nedostatečného zásobení kyslíkem. Tento stav obvykle nastává po uplynutí 5. minuty od srdeční a dechové zástavy, nebyla-li zahájena kardiopulmonální resuscitace. V tomto případě hovoříme o definitivní smrti.<sup>84</sup>

## **8.2 Pojem fenomén smrti**

Co se stane, když člověk zemře? Přestáváme žít a nezbývá nic jiného než naše smrtelné pozůstatky, připomínající náš čas na zemi? Toto jsou jedny z nejčastějších otázek, které si lidstvo klade již od nepaměti. Existují dvě odlišné odpovědi na otázku o povaze smrti.<sup>85</sup>

První, všeobecně známá, apeluje na skutečnost, že smrt je zánikem vědomí. K této teorii se v dnešní moderní době přiklání většina populace.

Druhá říká, že smrt je pouhým přechodem našeho vědomí nebo mysli do nové existence. Zastáncem druhé teorie je především Dr. Raymond Moody, který již v roce 1975 ve své knize „Život po životě“ upozornil na prožitky blízkosti smrti. Prožitky „skorosmrti“ mívají lidé, kteří přežili klinickou smrt většinou na základě úspěšné resuscitace. Tyto poznatky získal na základě rozhovoru s několika stovkami lidí během své dlouholeté studie. Z tohoto důvodu fenomén smrti bývá právem označován jako Moodyho fenomén. Prožitky bývají vymezovány jako přechod duše z fyzického těla někam do jiné dimenze. Ta bývá často nazývána nebem.

Jestliže jsou prožitky blízkosti smrti běžné, proč se o nich dosud více nemluví? Má to patrně několik příčin. První a nejdůležitější je ta, že naše doba se staví proti možnosti přežití tělesné smrti. Žijeme v době, kdy věda a technika udělaly nesmírný pokrok v úsilí pochopit a podrobit přírodu. Mluvit o posmrtném životě se mnoha lidem zdá zpátečnické. Člověk se

---

<sup>84</sup> MINDELL, Arnold.: *Kóma – Klíč k probuzení*. Praha 1994. s. 100.

<sup>85</sup> MOODY, Raymond.: *Život po životě*. Praha 1991. s. 12 – 13.

jakoby vrací k pověřivé minulosti, nikoli k vědecké přítomnosti. Následkem toho se v dnešní době setkáváme s lidmi, kteří zkušenosti z „jiného světa“ zesměšňují.

### **8.3 Hlavní prvky prožitků blízkosti smrti**

Raymond Moody popisuje devět hlavních prvků prožitku blízkosti smrti, které se vyskytují u většiny lidí v případě klinické smrti.<sup>86</sup> Ne všichni musí prožít všech devět prvků, spíše tomu bývá naopak. U některých jedinců zjistil přítomnost pouze jednoho elementu.

#### **1. Pocit být mrtvý**

Pocit být mrtvý nezažívá člověk ihned. Vznáší se nad svým tělem, které nevnímá jako vlastní. Náhle slyší, jak lékař konstatuje o jeho tělu, že je mrtvé. Následuje stav emocionálního vzrušení. Poté jakoby v roli diváka sleduje zdravotnický personál z povzdálí, jak se pokouší resuscitačními pokusy jej opět přivést k životu. On sám se necítí být mrtev, vše vnímá, slyší a touží se nějakým způsobem projevit. Při pokusu bývá překvapen. Nemůže se ani pohnout, ani komunikovat, jen cítí zvláštní pocit, že se vznáší.

#### **2. Mír a bezbolestný stav**

V období umírání často člověk cítí nesnesitelné bolesti a prožívá strach. V okamžiku, kdy opouští své tělo, bolest se postupně vytrácí až ustane. Dostávají se pocity duševního klidu a míru. Člověk zažívá vše příjemné, cítí teplo a veškeré problémy a starosti náhle ustávají.

#### **3. Zkušenost mimotělesného bytí**

Jakmile lékař konstatuje smrt, člověk začne vnímat sám sebe jako bytost oddělenou od svého fyzického těla. Tuto skutečnost si zpočátku nedokáže vysvětlit. Po chvíli se vzpamatuje a poznává, že má stále ještě nějaké tělo, i když jiné než tělo, které opustil. Oddělení duše od fyzického těla bývá označováno jako astrální cestování.

---

<sup>86</sup> MOODY, Raymond.: *Život po životě*. Praha 1991. s. 192 – 198.

S tímto aspektem se lze podle některých autorů setkat i ve spánku, kdy duševní a fyzická složka je jakoby spojena pomyslnou šňůrou. Propojení umožňuje duši kdykoli své tělo opustit a putovat do jiných světů, ale zároveň i se vrátit zpět.

#### **4. Zážitek průchod tunelem**

Poté, co došlo k oddělení duševní a tělesné schránky, někdy i za doprovodu nepříjemného bzučení či hudby, lidé vypovídají, že jsou velmi rychle vtaženi do jakéhosi tmavého prostoru. Používají pro něj různé výrazy jako např. koryto, studna, jeskyně, kanál, vakuum, válec, schodiště, údolí apod. Nejčastěji se však setkáváme s tím, že prochází dlouhým tmavým tunelem. I stavba tunelu bývá poněkud rozličná. Někteří tvrdí, že je tunel cihlový, jiní dlážděný.

Při průchodu tunelem většina lidí zažívá velmi pozitivní pocity – slyší hudbu, cítí teplo, prožívají pocit štěstí či radosti a v neposlední řadě věčný klid a mír. Na konci tunelu popisují jasné světlo, ke kterému se cítí být přitahováni.

Zážitek průchodu tunelem zachytil ve svém obraze „Vzestup do Říše nebes“ Hieronym Bosch již v 15. století – viz příloha č. 7.

#### **5. Lidé ze světla**

V okamžiku, kdy člověk projde tunelem, ocitá se v krásném osvětleném místě. Tento prostor bývá popisován nejčastěji jako nebeská brána, květinová louka či překrásné údolí. Všude panuje pohoda, láska a porozumění.

V tomto jedinečném místě se setkává se světelnými bytostmi. V dětské řeči jsou bytosti označovány jako andělé. Bývají natolik naplněny harmonickou láskou a dobrem, že je člověku zatěžko se s nimi loučit. Mimo samotné dobroty z nich vychází zvláštní intenzivní záře. Mezi těmito „stvořeními“ člověk poznává i své zemřelé příbuzné či známé. Uvádí však, že své blízké pouze cítí. Není totiž schopen rozeznat jejich tvář či tělo. Tělo bytostí je totožné s jeho tělem, tedy bezrozměrné a beztvaré. I komunikace je značně odlišná, pouze telepatická.

#### **6. Světelná bytost**

Na tomto překrásném místě se i člověk setkává s nejvyšší Světelnou bytostí, která bývá označována jako Bůh, Buddha či Alláh. Ateisté toto „stvoření“ často nedokáží pojmenovat.

#### **7. Ohlédnutí za životem**

Před tím než člověk překročí „bránu mezi životem a smrtí“ nebo než se vrátí zpět na zem, předstoupí před „Boha“. Tato světelná bytost mu pomáhá hodnotit jeho dosavadní život. Během několika vteřin se člověku promítá v mysli celý jeho život a to především s okamžiky a vzpomínkami, které pro něho či druhé byly významné. Znovu a znovu prožívá své dobré i zlé skutky. Pokud ještě čas smrti nenadešel, člověk je vrácen do svého fyzického těla.

## **8. Náhlý vstup do nebe**

Pokud světelná bytost rozhodla, že již nastal ten správný čas odchodu, člověk překročí světelnou bránu oddělující skutečně život se smrtí. Z pozemského pohledu v tomto okamžiku definitivně umírá a bývá prohlášen za mrtvého.

## **9. Nechuť k návratu**

Prožitek v blízkosti smrti bývá vnímán lidmi velice pozitivně. Během celé události prožívají neobvyklé příjemné pocity radosti, štěstí, pohody a míru. Vše kolem nich je krásné a dobré. Po tomto zážitku se často odmítají vrátit zpět na zem. Světelné bytosti jim dávají možnost volby návratu či setrvání. Pokud nenastal ještě ten pravý čas, např. umírající má ještě

malé děti, které je zapotřebí vychovat a zabezpečit, poradí mu, aby se z tohoto důvodu vrátil. Cesta zpět do fyzického těla bývá rychlejší než pouť na „onen svět.“

## **8.4 Vliv prožitku blízkosti smrti na další existenci člověka**

Lidé v klinické smrti, jak již bylo řečeno, jsou nuceni prožít si svůj život znovu. Sledují ho jako diváci na „filmovém plátně“. Vidí své činy nejen ze svého pohledu, ale také z pohledu druhých lidí. Tato zkušenost je pak vede k potřebě stát se lepšími, jelikož budou opětovně vystaveni pohledu na svůj vlastní život a budou si ho muset opět prožít. Díky těmto zážitkům se všeobecně mění k lepšímu. V mezilidských vztazích bývají přátelštější, příjemnější, srdečnější, otevřenější, upřímnější, s optimističtější pohledem na svět. Tito jedince mívají i lépe vytvořené strategie na zvládání zátěžových situací. Neobvyklá zkušenost je obohacuje a zároveň vede k aktivnějšímu způsobu života a k rozvoji jejich osobnosti.

Většina lidí již dala najevo, že se smrti nebojí. Být mrtev již pro ně není odpudivé. Jsou přesvědčeni, že smrtí život nekončí, často přijímají model posmrtného života. Nebojí se

zániku vědomí ani svého jsoucna. Přehodnocují svůj dosavadní život a apelují na lásku jako na nejvyšší životní hodnotu.<sup>87</sup>

## II E M P I R I C K Á Č Á S T

### 9 VÝZKUM

#### 9.1 Cíle výzkumu

Empirická část je zaměřena na postoje zdravotních sester k umírajícím pacientům při začátku jejich praxe a s odstupem několika let.

Cílem výzkumu je analyzovat pocity sester při prvním a současném kontaktu se smrtí, zjistit, zda věk umírajícího ovlivňuje jejich psychický stav a která smrt se sester více dotýká. Dalším cílem je určit názory na umírání o samotě a separaci od ostatních nemocných. Studie se zaměřuje i na přístup a komunikační schopnosti sester s umírajícími, na schopnost a ochotu pomoci blízkým v posledních chvílích života pacienta. Zjišťuje, kde sestry spatřují ideální podmínky pro umírání, jak vnímají potřebu hospiců v naší společnosti, jakým způsobem hodnotí eutanazii, zda činí opatření vůči syndromu vyhoření a jestli popírají smrt jako zánik

---

<sup>87</sup> MOODY, Raymond.: *Život po životě*. Praha 1991. s. 208 -221.

našeho vědomí. Výzkumná část měla i prověřit znalosti v některých oblastech, kterými se zabývá teoretická rovina mé práce.

## 9.2 Vzorek dotazovaných

Záměrem mé studie nebylo ověřit postoje zdravotních sester v hospicích, ale nemocnicích. Chtěla jsem provést šetření tam, kde nejsou sestry důsledně připravovány na péči o umírající. Jelikož cílem mého výzkumu bylo analyzovat postoje zdravotních sester s počínající praxí i sester, které v nemocnici pracují více let, poprosila jsem o spolupráci kolegyně z chirurgických a interních oddělení. Právě zde totiž nepřevažují skupiny mladších či starších pracovníků. Jsou zde zaměstnané sestry různých věkových kategorií a s různou délkou praxe zhruba ve stejném počtu. Rovněž četnost úmrtí na obou pracovištích je přibližně stejná.

Výzkum byl realizován se souborem 60 zdravotnic v nemocnici v Jablonci nad Nisou.

Výzkumný vzorek jsem rozdělila do třech základních kategorií. První skupinu představují sestry s praxí od 0 do 5 let, druhou sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let a třetí kategorii sestry s 16 a více lety praxe. Počet respondentek v jednotlivých skupinách zveřejňuji ve výsledcích výzkumu (viz otázka číslo 1 a 2).

Šetření probíhalo na přelomu roku 2005 a 2006.

## 9.3 Metoda výzkumu

Pro výzkumný záměr jsem použila metodu nestandardizovaného dotazníku (viz příloha č.1), který jsem vypracovala na základě vlastní úvahy, zkušeností a studia odborné literatury. Tento dotazník je anonymní a obsahuje 21 otázek s dílčími podotázkami. Každý uvedený dotaz dává možnost výběru z několika odpovědí. Tuto formu jsem zvolila z důvodu snadnosti jeho rozřešení. Z vlastní praxe totiž vím, že pokud jsou dotazníky stylizovány možností volné odpovědi, respondenti se často odmítají nad problematikou zamyslet či dokonce dotazník vyplnit. Mnohdy ani odpověď neznají, a tak dochází k získání neúplných informací. Dotazníky jsou pak pro výzkum nepoužitelné. Musím konstatovat, že na všechny mé otázky se mi dostalo řádných odpovědí. Další možností bylo formulovat veškeré dotazy tak, aby na



ně bylo možné ve stručnosti odpovědět - ano, ne, nevím. I tato metoda mi připadala pro výzkum zcela nedostačující.

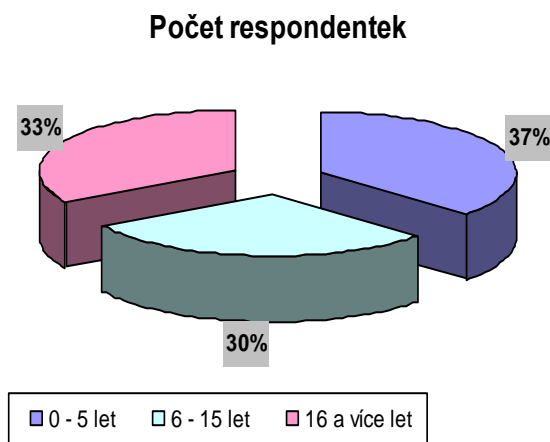
Dotazník byl zadán standardním způsobem. O spolupráci při shromažďování dat jsem na interních oddělení požádala vrchní sestru. Kolegyním z chirurgických pracovišť jsem dotazník předala osobně. Mezi všeobecné sestry jsem rozeslala 80 formulářů, z toho počtu se mi vrátilo zpět 60 – návratnost činí 75%.

## 9.4 Výsledky výzkumu

Výsledky jednotlivých otázek a další získané informace z dotazníku jsou zachyceny v tabulkách a prezentovány ve formě grafů. K výsledkům připojuji i stručné komentáře.

### Otázka č. 1 a 2: Získané anamnestické údaje:

Anamnestické údaje	léta praxe			celkem
	0 - 5 let	6 - 15 let	16 a více let	
Počet respondentek	22	18	20	60
Počet chirurgických sester	11	11	8	30
Počet interních sester	11	7	12	30
Průměrný věk respondentek	23,9	32,8	45,9	34,1
Průměrná délka praxe respondentek	3	11,6	26,2	13,6

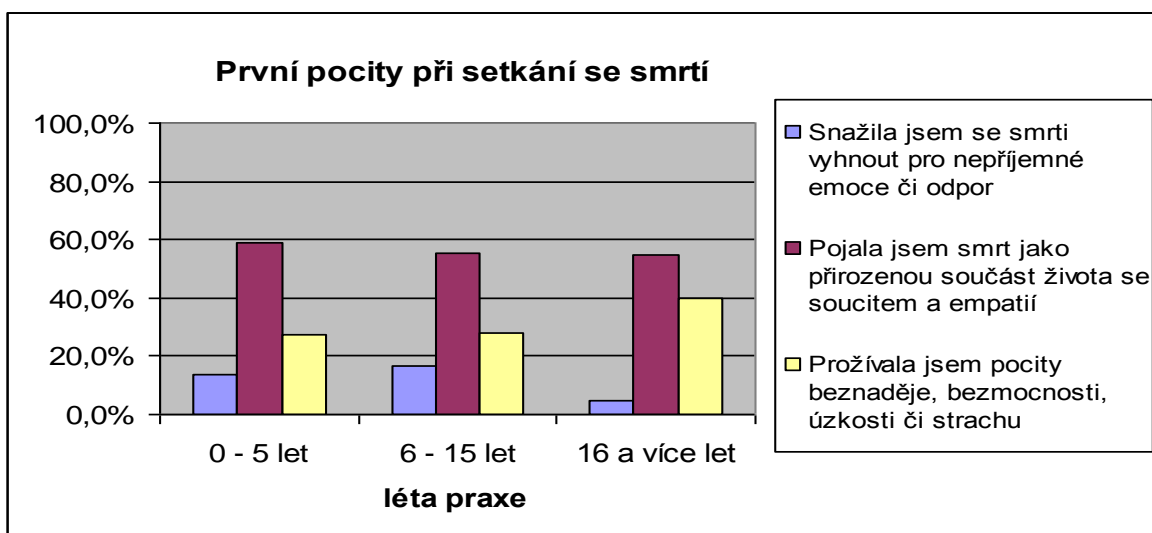


Výzkumný vzorek představuje 60 sester z chirurgického a interního oddělení. Je rozdělen do tří základních kategorií. První skupinu tvoří 22 respondentek s praxí od 0 do 5 let v průměrném věku 23,9 roků a s průměrnou délkou praxe 2

roky. Druhou kategorii reprezentuje 18 dotazovaných s praxí od 6 do 15 let v průměrném věku 23,8 roků a s průměrnou délkou praxe 11,6 let. 20 tázaných s praxí 16 a více let zastupují poslední skupinu a to v průměrném věku 45,9 roků a s průměrnou praxí 13,6 let.

**Otázka číslo 3 : Jaké byly Vaše první pocity při setkání se smrtí?**

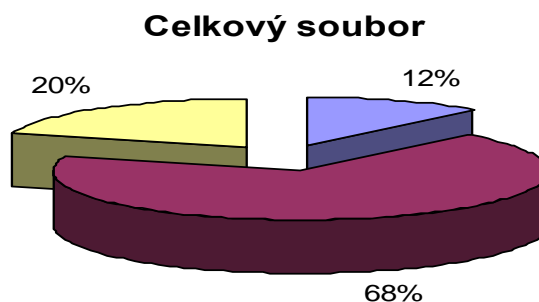
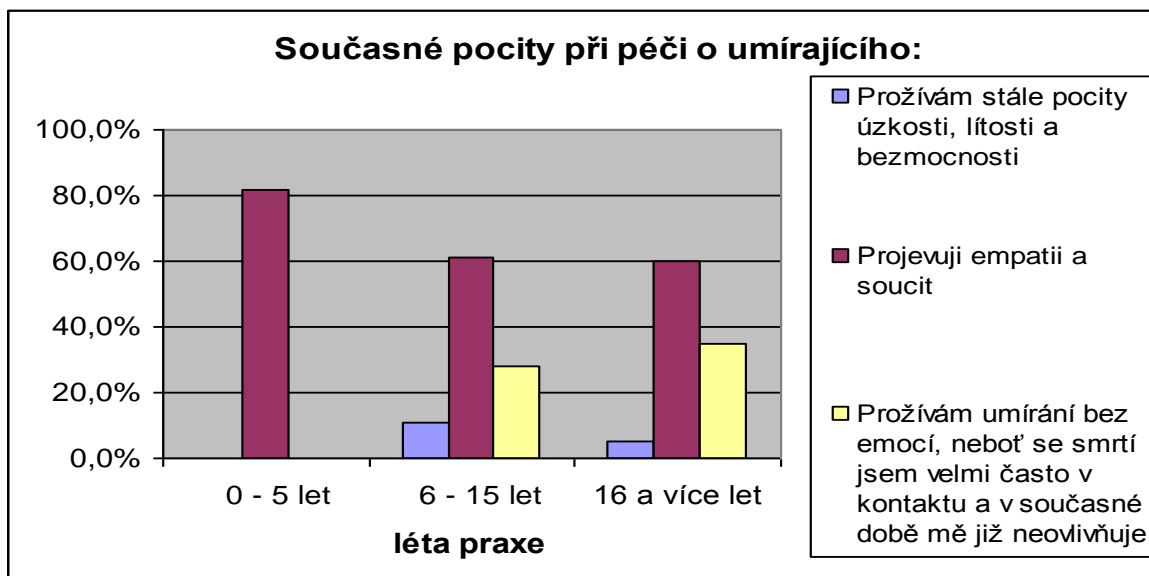
Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Snažila jsem se smrti vyhnout pro nepříjemné emoce či odpor	3	13,6%	3	16,7%	1	5,0%	7	11,7%
Pojala jsem smrt jako přirozenou součást života se soucitem a empatií	13	59,1%	10	55,6%	11	55,0%	34	56,7%
Prožívala jsem pocity beznaděje, bezmocnosti, úzkosti či strachu	6	27,3%	5	27,8%	8	40,0%	19	31,7%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



Víc než polovina dotazovaných přijímá smrt jako přirozenou součást života, se soucitem a empatií.

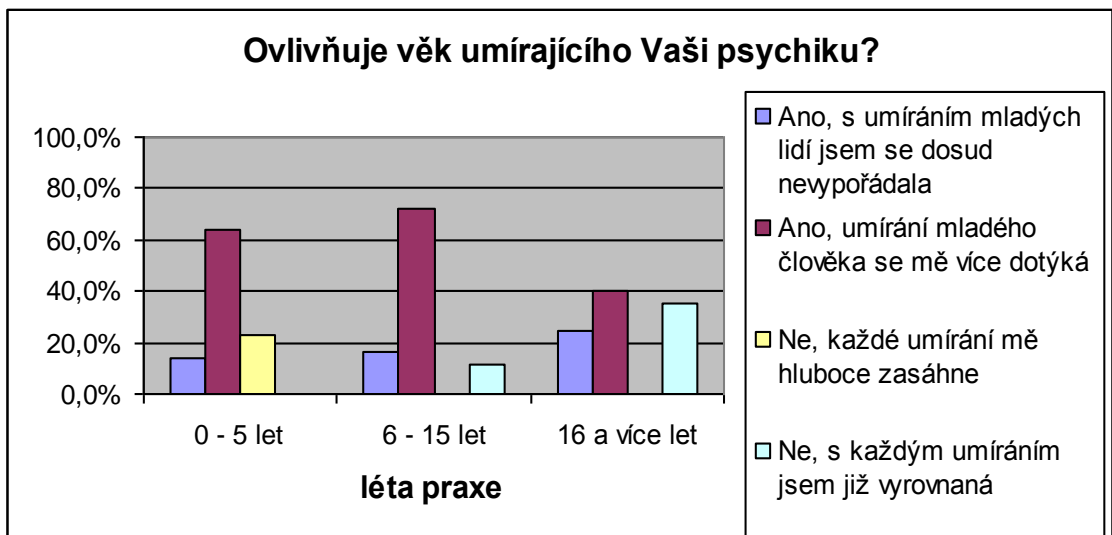
**Otázka číslo 4: Jaké jsou Vaše současné pocity při péči o umírajícího?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Prožívám stále pocity úzkosti, lítosti a bezmocnosti	4	0,0%	2	11,1%	1	5,0%	7	11,7%
Projevují empatii a soucit	18	81,8%	11	61,1%	12	60,0%	41	68,3%
Prožívám umírání bez emocí, neboť se smrtí jsem velmi často v kontaktu a v současné době mě již neovlivňuje	0	0,0%	5	27,8%	7	35,0%	12	20,0%
<b>celkem</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

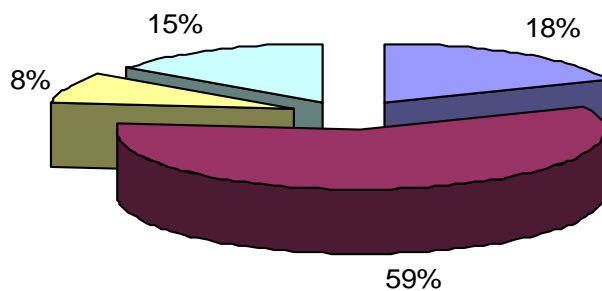


Většina sester bez ohledu na délku praxe projevuje i v současnosti empatii a soucit.  
**Otázka číslo 5: Ovlivňuje věk umírajícího pacienta Vaši psychiku?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, s umíráním mladých lidí jsem se dosud nevypořádala	3	13,6%	3	16,7%	5	25,0%	11	18,3%
Ano, umírání mladého člověka se mě více dotýká	14	63,7%	13	72,2%	8	40,0%	35	58,4%
Ne, každé umírání mě hluboce zasáhne	5	22,7%	0	0,0%	0	0,0%	5	8,3%
Ne, s každým umíráním jsem již vyrovnaná	0	0,0%	2	11,1%	7	35,0%	9	15,0%
<b>celkem</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>



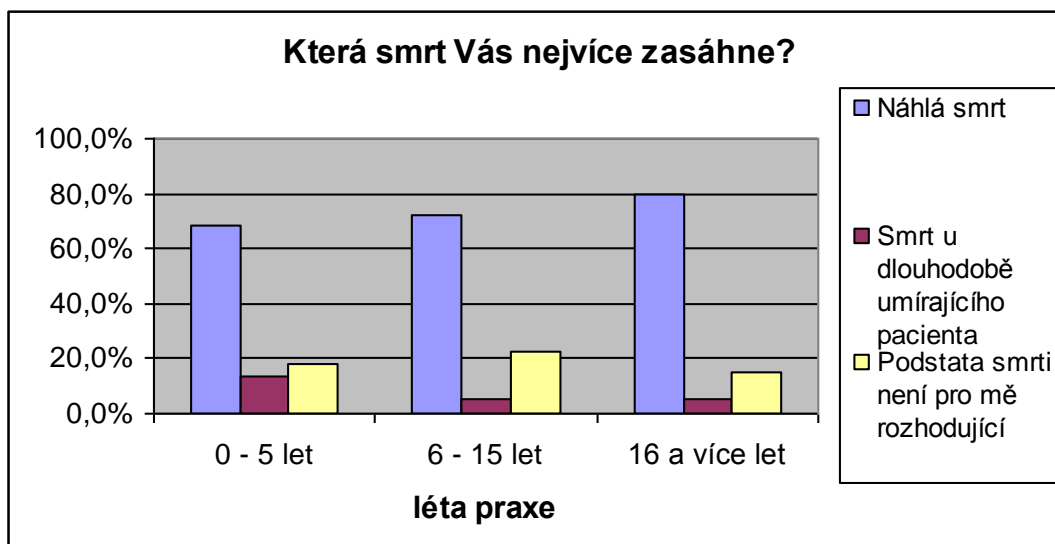
### Celkový soubor



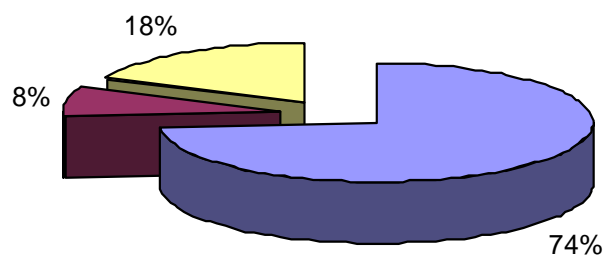
Největší psychickou zátěž sestřám všech kategorií způsobuje umírání mladého člověka.

**Otázka č. 6: Která smrt Vás více zasáhne?**

	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<b>Odovědi:</b>								
Náhlá smrt	15	68,2%	13	72,2%	16	80,0%	44	73,3%
Smrt u dlouhodobě umírajícího pacienta	3	13,6%	1	5,6%	1	5,0%	5	8,3%
Podstata smrti není pro mě rozhodující	4	18,2%	4	22,2%	3	15,0%	11	18,3%
<b>celkem</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>



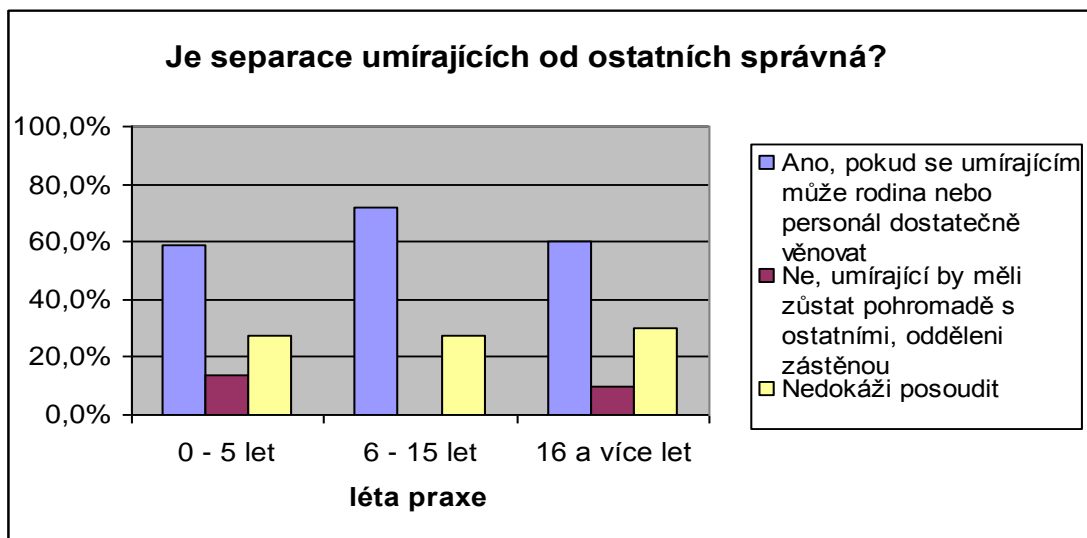
### Celkový soubor



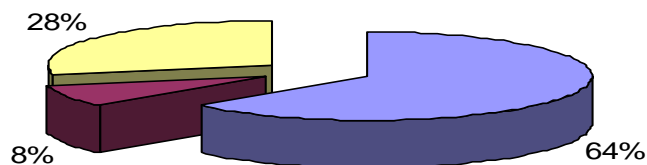
Náhlá smrt pacienta negativně působí na velký počet tázaných všech věkových kategorií.  
**Otázka číslo 7: Myslíte si, že separace umírajících od ostatních pacientů je správná?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, pokud se umírajícím může rodina nebo personál dostatečně věnovat	13	59,1%	13	72,2%	12	60,0%	38	63,3%
Ne, umírající by měli zůstat pohromadě s ostatními, oddělení zástěnou	3	13,6%	0	0,0%	2	10,0%	5	8,3%

Nedokáží posoudit	6	27,3%	5	27,8%	6	30,0%	17	28,3%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



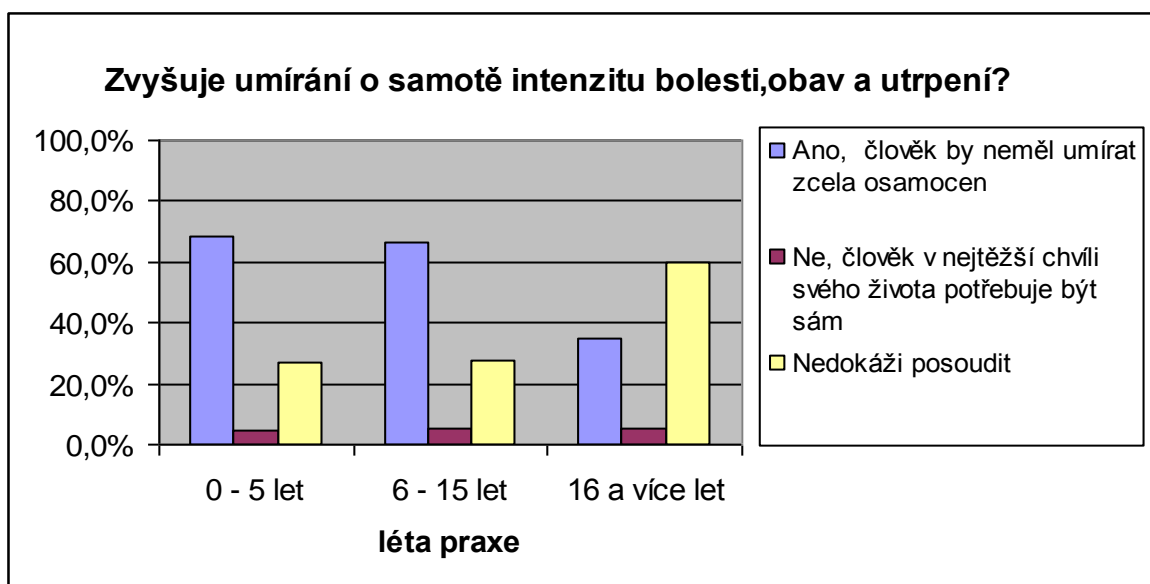
#### Celkový soubor



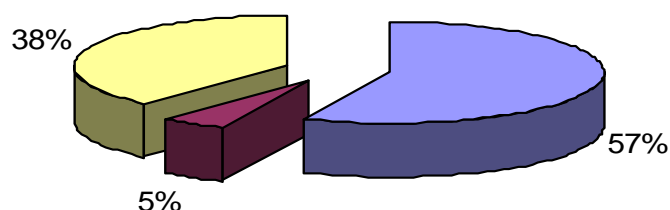
Převážná část sester nezávisle na délce praxe vyjadřuje podporu pro separaci umírajících pacientů.

**Otázka číslo 8: Myslíte si, že umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, člověk by neměl umírat zcela osamocen	15	68,2%	12	66,6%	7	35,0%	34	56,7%
Ne, člověk v nejtěžší chvíli svého života potřebuje být sám	1	4,5%	1	5,6%	1	5,0%	3	5,0%
Nedokáží posoudit	6	27,3%	5	27,8%	12	60%	23	38,3%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor



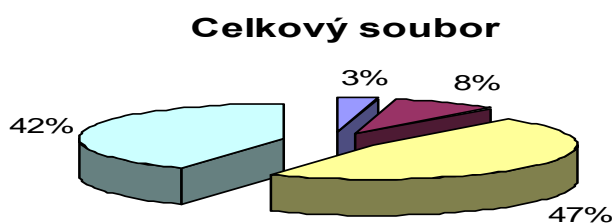
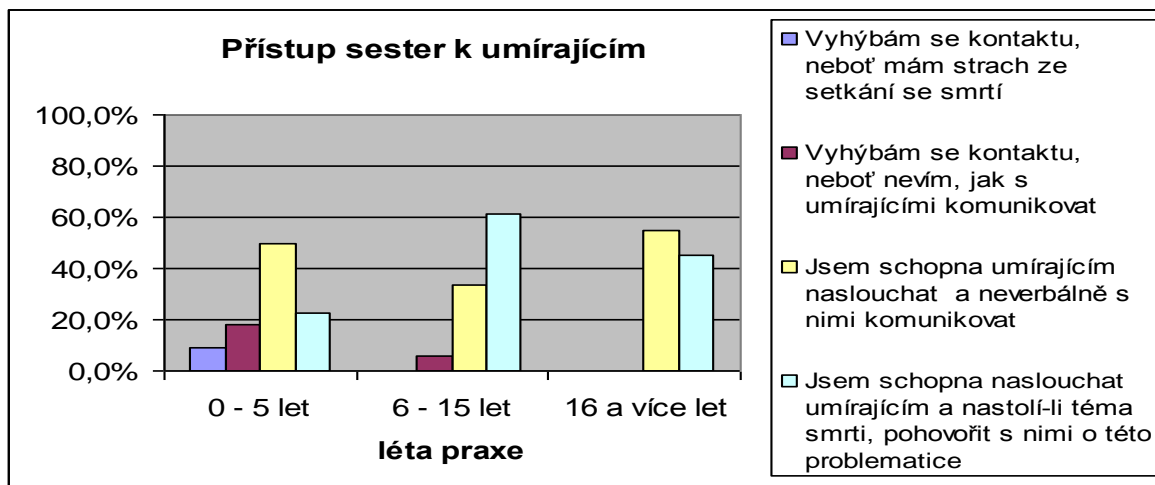
57% respondentek zastává názor, že člověk nemá umírat sám. Většina sester s delší praxí však nedokáže zhodnotit, zda umírání o samotě zvyšuje intenzitu bolesti, obav a utrpení.

### Otázka číslo 9: Jak byste charakterizovala Váš přístup k umírajícím?

	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<b>Odpovědi:</b>								
Vyhýbám se kontaktu, neboť mám strach ze setkání se smrtí	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%
Vyhýbám se kontaktu, neboť nevím, jak s umírajícími komunikovat	4	18,2%	1	5,6%	0	0,0%	5	8,3%



Jsem schopna umírajícím naslouchat a neverbálně s nimi komunikovat	11	50,0%	6	33,3%	11	55,0%	28	46,7%
Jsem schopna naslouchat umírajícím a nastolí-li téma smrti, pohovořit s nimi o této problematice	5	22,7%	11	61,1%	9	45,0%	25	41,7%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%

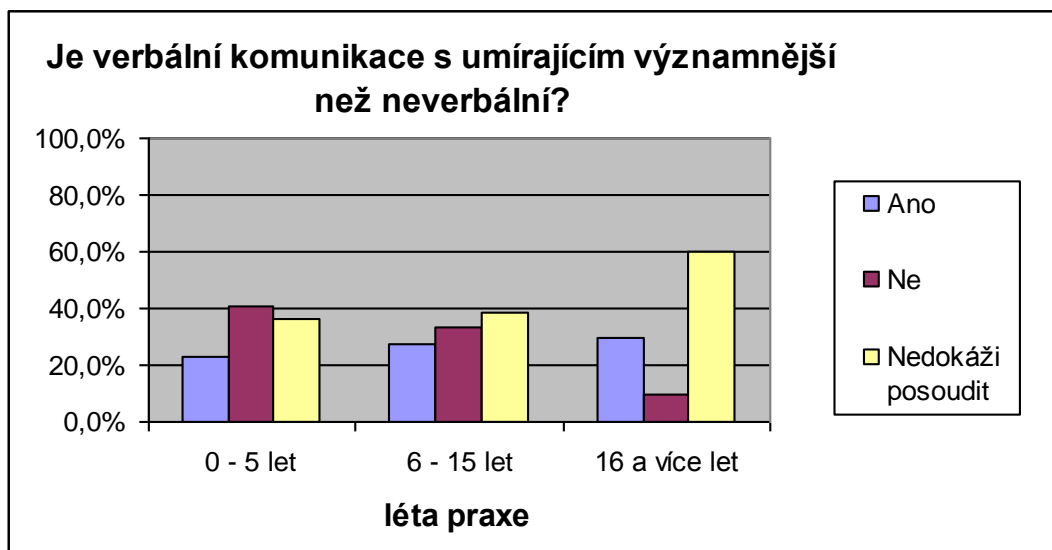


Převážná většina sester se domnívá, že přistupuje k umírajícím správným způsobem a bez problémů s nimi komunikuje.

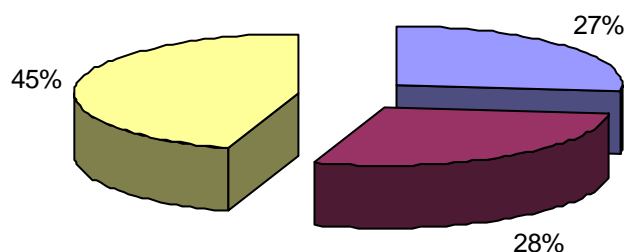
**Otázka číslo 10: Domníváte se, že verbální komunikace s umírajícím je důležitější než neverbální projev?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano	5	22,7%	5	27,8%	6	30,0%	16	26,7%
Ne	9	40,9%	6	33,3%	2	10,0%	17	28,3%
Nedokáží posoudit	8	36,4%	7	38,9%	12	60,0%	27	45,0%

celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%
--------	----	------	----	------	----	------	----	------



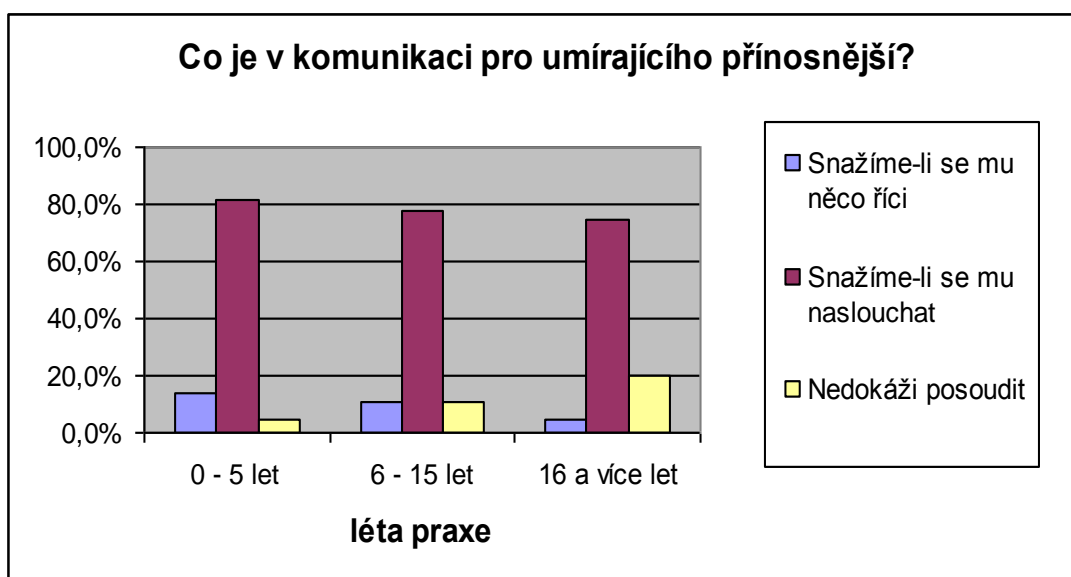
#### Celkový soubor



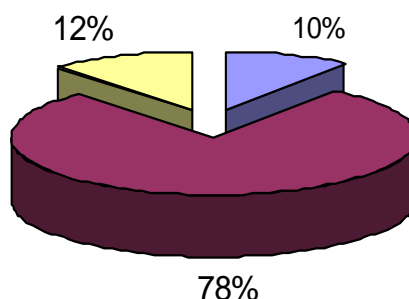
Největší procento dotazovaných není schopno upřednostnit způsob komunikace. Neverbální projev preferuje většina sester s krátkou praxí.

**Otázka č. 11: Co si myslíte, že má v komunikaci pro umírajícího pacienta větší význam?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Snažíme-li se mu něco říci	3	13,6%	2	11,1%	1	5,0%	6	10,0%
Snažíme-li se mu naslouchat	18	81,9%	14	77,8%	15	75,0%	47	78,3%
Nedokáži posoudit	1	4,5%	2	11,1%	4	20,0%	7	11,7%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

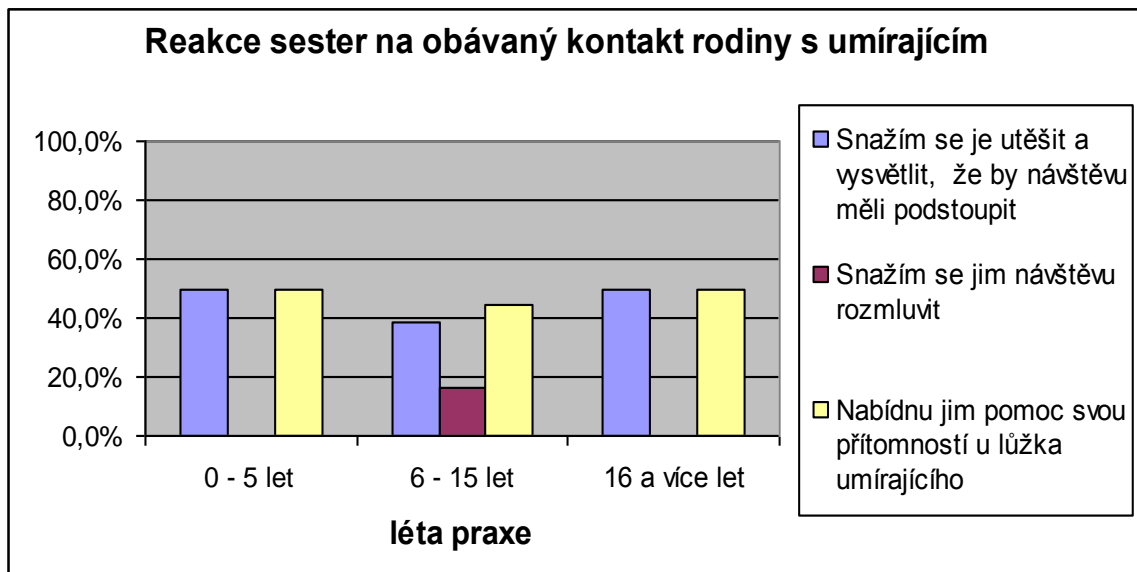


O nutnosti umírajícím naslouchat je přesvědčená převážná část dotazovaných všech věkových kategorií.

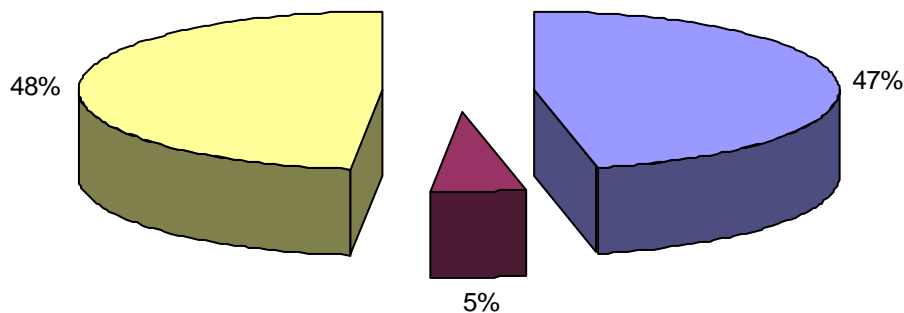
**Otázka číslo 12: Jak zareagujete, pokud rodina umírajícího vyjádří své obavy či strach z kontaktu se svým blízkým?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Snažím se je utěšit a vysvětlit, že by návštěvu měli podstoupit	11	50,0%	7	38,9%	10	50,0%	28	46,7%
Snažím se jim návštěvu rozmluvit	0	0,0%	3	16,7%	0	0,0%	3	5,0%

Nabídnu jim pomoc svou přítomností u lůžka umírajícího	11	50,0%	8	44,4%	10	50,0%	29	48,3%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

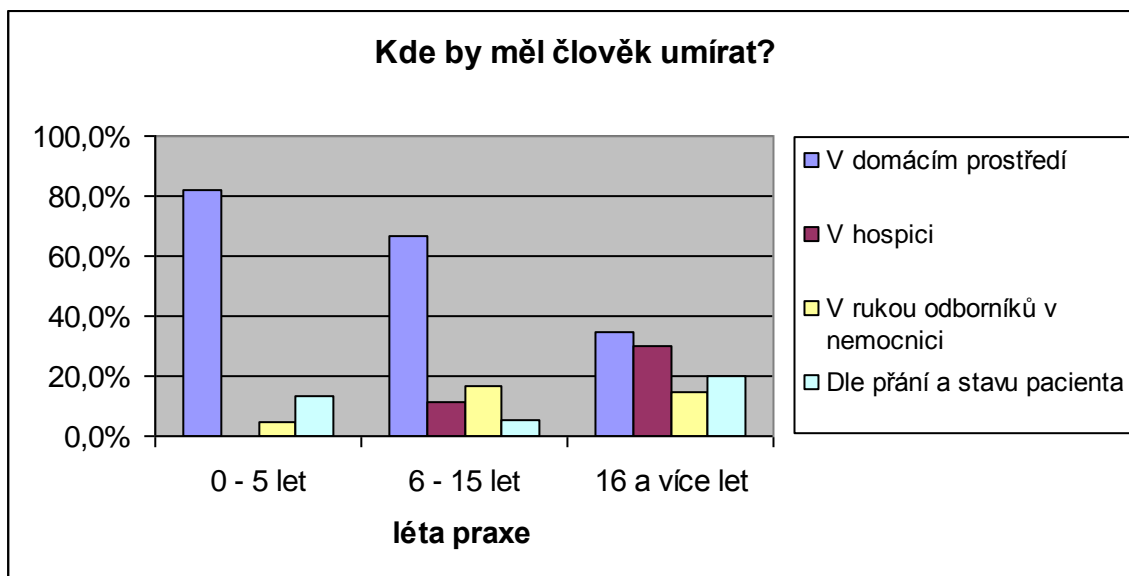


Téměř polovina respondentek je schopna pomoci rodině svou přítomností u lůžka umírajícího.

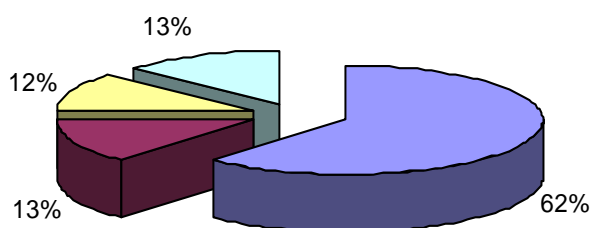
### Otázka číslo 13: Kde by měl podle Vás člověk umírat?

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
V domácím prostředí	18	81,8%	12	66,7%	7	35,0%	37	61,7%
V hospici	0	0,0%	2	11,1%	6	30,0%	8	13,3%
V rukou odborníků v nemocnici	1	4,5%	3	16,7%	3	15,0%	7	11,7%
Dle přání a stavu pacienta	3	13,6%	1	6%	4	20,0%	8	13,3%

celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%
--------	----	------	----	------	----	------	----	------



### Celkový soubor

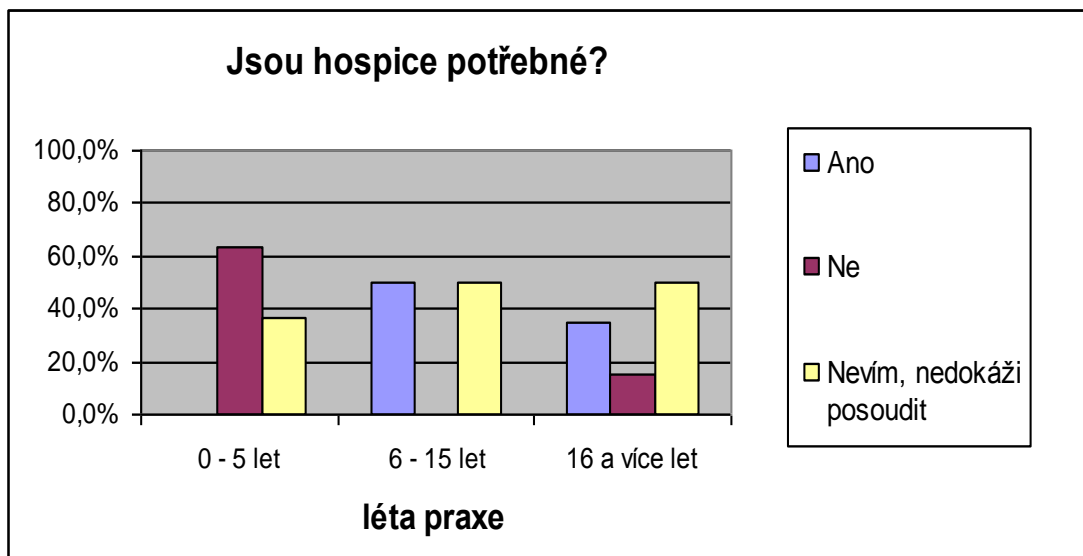


Převážná část dotazovaných všech věkových kategorií se ztotožňuje s názorem, že člověk by měl umírat, pokud je to možné, v domácím prostředí.

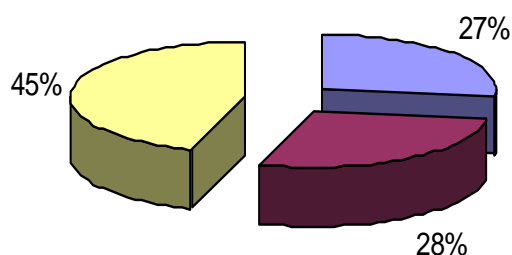
#### Otázka číslo 14: Myslíte si, že jsou zařízení typu hospic potřebná?

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano	0	0,0%	9	50,0%	7	35,0%	16	26,7%
Ne	14	63,6%	0	0,0%	3	15,0%	17	28,3%
Nevím, nedokáži posoudit	8	36,4%	9	50,0%	10	50,0%	27	45,0%

celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%
--------	----	------	----	------	----	------	----	------



### Celkový soubor

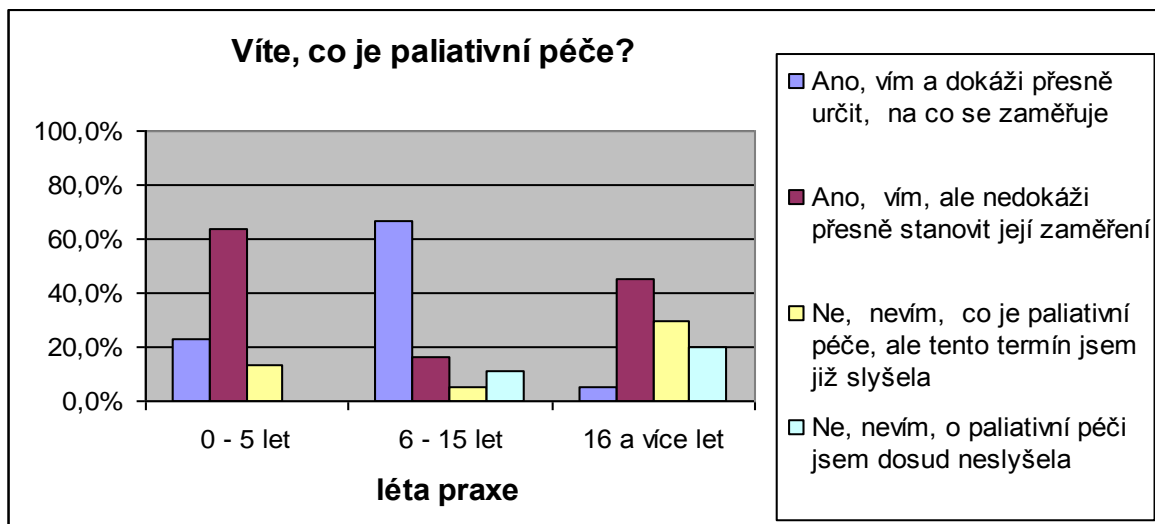


Zařazení hospiců do systému zdravotnictví není z pohledu zdravotních sester jednoznačné.

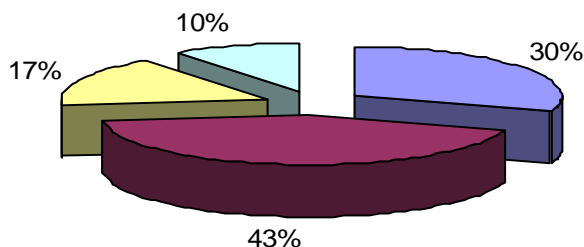
**Otázka číslo 15: Víte, co je paliativní péče a jaké je její zaměření?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, vím a dokáži přesně určit, na co se zaměřuje	5	22,7%	12	66,7%	1	5,0%	18	30,0%
Ano, vím, ale nedokáži přesně stanovit její zaměření	14	63,7%	3	16,6%	9	45,0%	26	43,3%

Ne, nevím, co je paliativní péče, ale tento termín jsem již slyšela	3	13,6%	1	5,6%	6	30,0%	10	16,7%
Ne, nevím, o paliativní péči jsem dosud neslyšela	0	0,0%	2	11,1%	4	20,0%	6	10,0%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

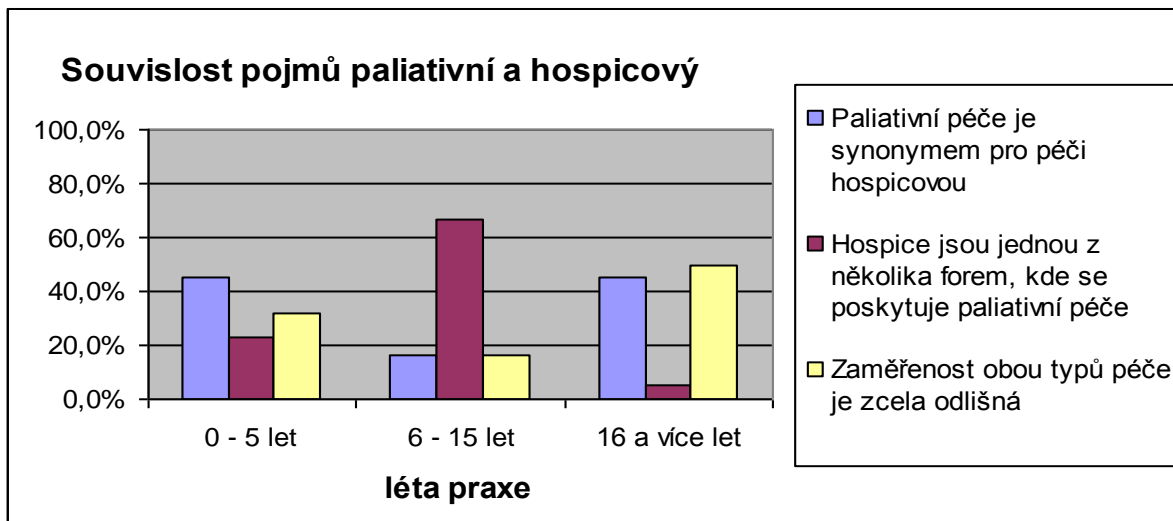


70% dotazovaných nemá žádné či jen částečné znalosti o paliativní péči. Přesné znalosti vykazují zejména sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let.

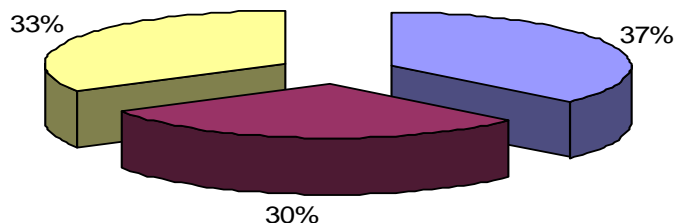
### Otázka číslo 16: Jak chápete souvislost mezi pojmy paliativní a hospicový?

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Paliativní péče je synonymem pro péči hospicovou	10	45,5%	3	16,7%	9	45,0%	22	36,7%

Hospice jsou jednou z několika forem, kde se poskytuje paliativní péče	5	22,7%	12	66,6%	1	5,0%	18	30,0%
Zaměřenost obou typů péče je zcela odlišná	7	31,8%	3	16,7%	10	50,0%	20	33,3%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor



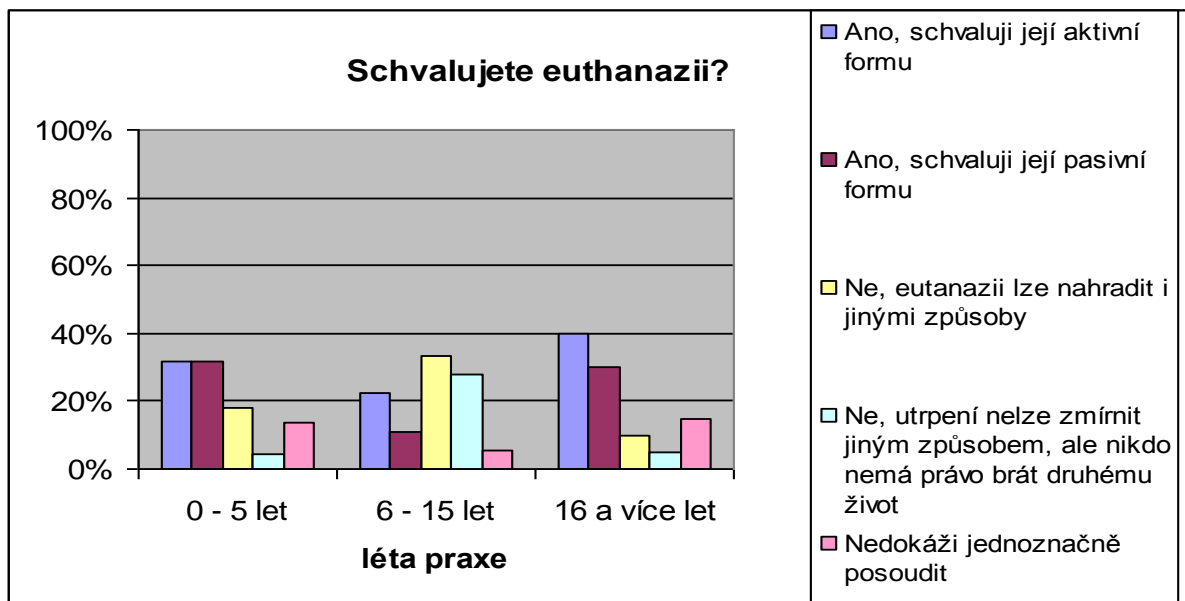
Tento výsledek svědčí pro většinovou neznalost uvedené problematiky. Přesné vědomosti opět potvrdily zástupkyně praxe od 6 do 15 let.

### Otázky číslo 17: Schvalujete eutanazii?

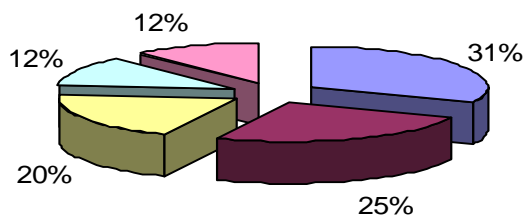
Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, schvaluji její aktivní formu	7	32%	4	22,2%	8	40,0%	19	31,6%
Ano, schvaluji její pasivní formu	7	32%	2	11,1%	6	30,0%	15	25,0%



Ne, eutanazii lze nahradit i jinými způsoby	4	18%	6	33,3%	2	10,0%	12	20,0%
Ne, utrpení nelze zmírnit jiným způsobem, ale nikdo nemá právo brát druhému život	1	5%	5	27,8%	1	5,0%	7	11,7%
Nedokáží jednoznačně posoudit	3	14%	1	5,6%	3	15,0%	7	11,7%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

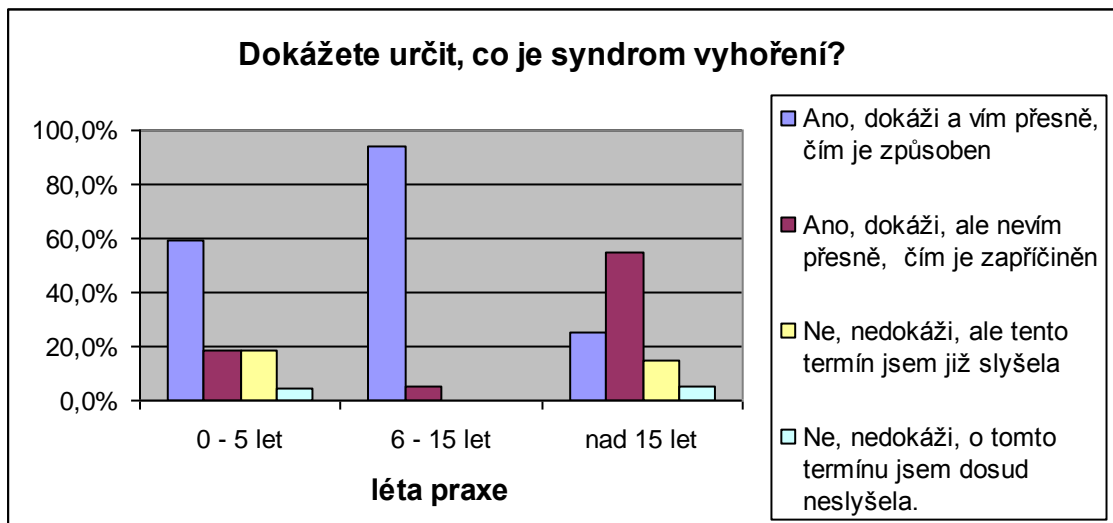


57% dotazovaných s eutanazií souhlasí. Většina sester s praxí od 6 do 15 let uvádí možnost i jiného řešení.

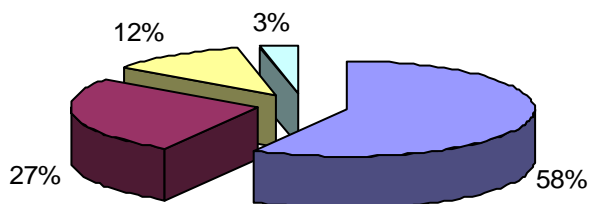
### Otázka číslo 18: Dokážete určit, co je syndrom vyhoření a jaké jsou jeho příčiny?

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		nad 15 let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, dokáží a vím přesně, čím je způsoben	13	59,1%	17	94,4%	5	25,0%	35	58,3%

Ano, dokáži, ale nevím přesně, čím je zapříčiněn	4	18,2%	1	5,6%	11	55,0%	16	26,7%
Ne, nedokáži, ale tento termín jsem již slyšela	4	18,2%	0	0,0%	3	15,0%	7	11,7%
Ne, nedokáži, o tomto termínu jsem dosud neslyšela	1	4,5%	0	0,0%	1	5,0%	2	3,3%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

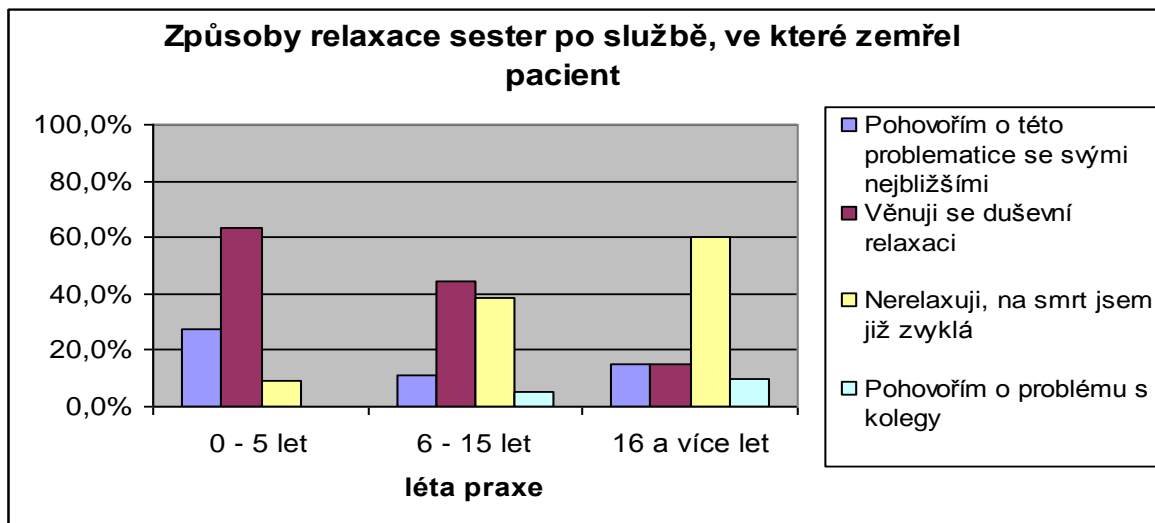


58% respondentek vykazuje přesné znalosti o syndromu vyhoření a jeho příčinách. Konkrétní vědomosti čím je syndrom vyhoření způsoben, nemají především sestry s dlouhou praxí.

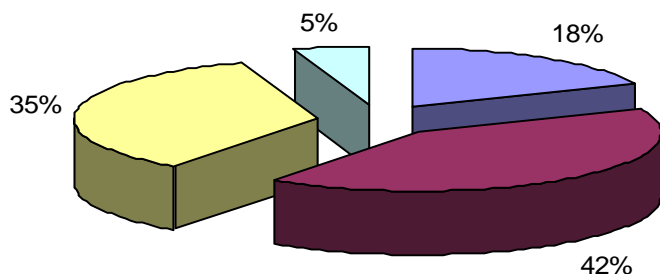
**Otázka číslo 19: Jakým způsobem se odreagujete po službě, kdy Vám zemřel pacient?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Pohovořím o této problematice se svými nejbližšími	6	27,3%	2	11,1%	3	15,0%	11	18,3%

Věnuji se duševní relaxaci	14	63,6%	8	44,4%	3	15,0%	25	41,7%
Nerelaxuji, na smrt jsem již zvyklá	2	9,1%	7	38,9%	12	60,0%	21	35,0%
Pohovořím o problému s kolegy	0	0,0%	1	5,6%	2	10,0%	3	5,0%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor

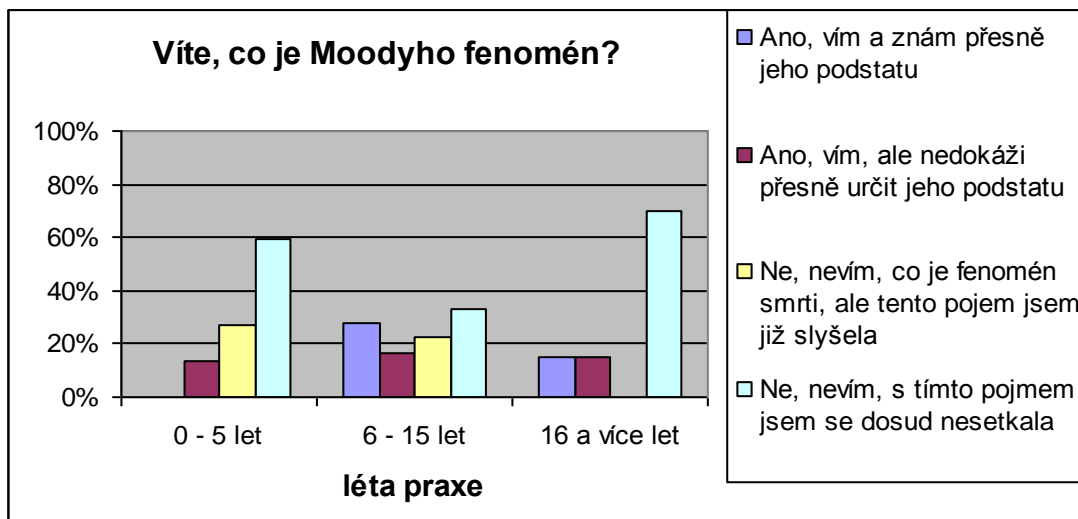


Sestry s krátkou praxí a s praxí v rozmezí 6 až 15 let upřednostňují duševní uvolnění. Dotazované s dlouhou praxí již potřebu relaxace nemají.

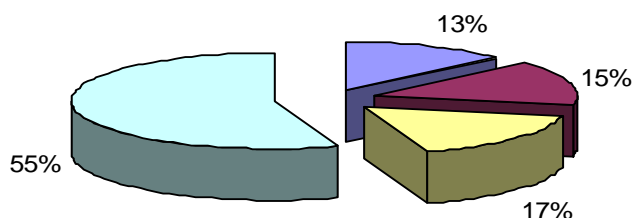
**Otázka číslo 20: Víte, co je Moodyho fenomén a jaká je jeho podstata?**

Odpovědi:	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, vím a znám přesně jeho podstatu	0	0%	5	28%	3	15%	8	13%

Ano, vím, ale nedokáži přesně určit jeho podstatu	3	14%	3	17%	3	15%	9	15%
Ne, nevím, co je fenomén smrti, ale tento pojem jsem již slyšela	6	27%	4	22%	0	0%	10	17%
Ne, nevím, s tímto pojmem jsem se dosud nesetkala	13	59%	6	33%	14	70%	33	55%
<b>celkem</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>



### Celkový soubor

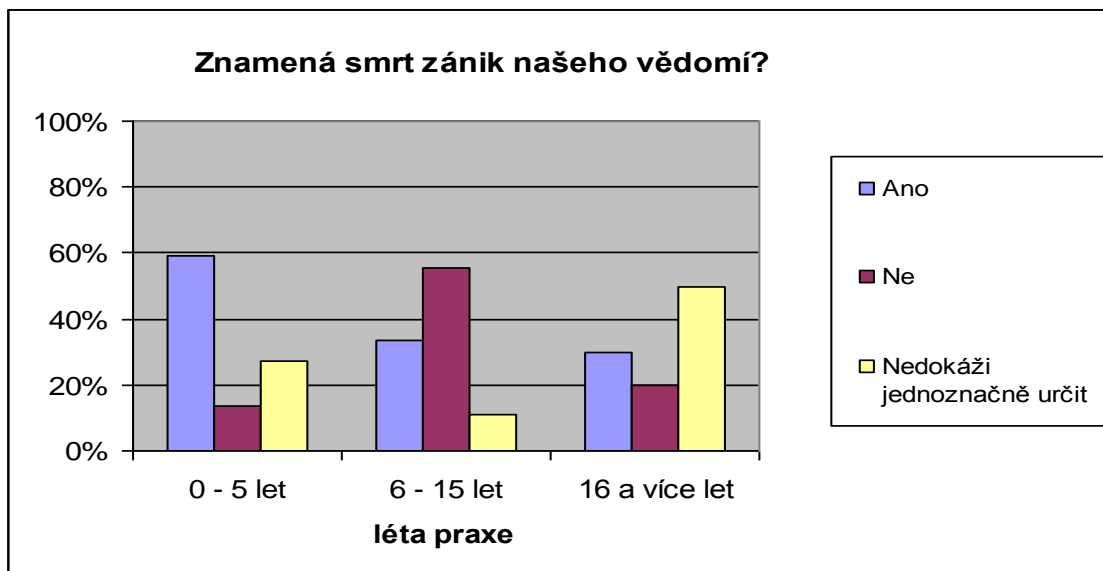


Víc než polovina tázaných, bez ohledu na délku praxe, se s pojmem Moodyho fenomén dosud nesetkala.

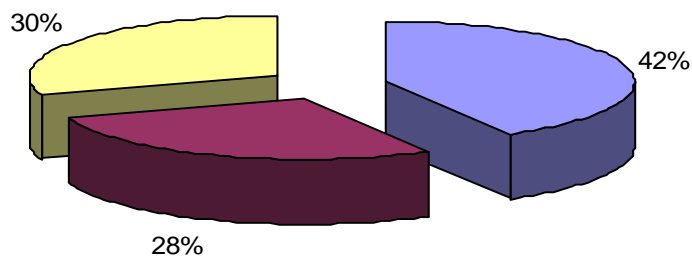
### Otázka číslo 21: Myslíte si, že smrt je zánikem našeho vědomí?

Odpovědi	léta praxe						celkem	
	0 - 5 let		6 - 15 let		16 a více let			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano	13	59%	6	33%	6	30%	25	42%

Ne	3	14%	10	56%	4	20%	17	28%
Nedokáží jednoznačně určit	6	27%	2	11%	10	50%	18	30%
celkem	22	100%	18	100%	20	100%	60	100%



### Celkový soubor



59% sester s krátkou praxí souhlasí s názorem, že smrt znamená zánik našeho vědomí. Tuto možnost popírá víc než polovina dotazovaných s praxí od 6 do 15 let. 50% respondentek s dlouhou praxí je nerozhodná.

## 9.5 Diskuse

Tato část je zaměřená na hodnocení a komentování získaných výsledků. Jednotlivé výzkumné otázky se stávají předmětem k zamyšlení.

Otázka číslo 3: *Jaké byly vaše první pocity při setkání se smrtí?*

56,6% respondentek uvádí, že pojaly smrt profesionálně, jako přirozenou součást života se soucitem a empatií. 31,7 % dotazovaných popisuje prožité pocity jako beznaděj, bezmocnost, úzkost či strach. Pouze 11,7% sester charakterizuje své „zážitky“ jako nepříjemné emoce, či odpor. Z výsledku lze usuzovat, že většina dotázaných byla na svoji budoucí profesi a roli zdravotní sestry dobře připravena.

Otázka číslo 4: *Jaké jsou Vaše současné pocity při péči o umírajícího?*

Přestože je péče o umírající velmi náročná, léta praxe nic neubrala na schopnosti projevu empatie a soucitu; většina dotazovaných všech věkových kategoriích, 68,3%, se ke schopnosti empatie a soucitu stále hlásí. Existuje však i 20% sester, které prožívají umírání pacientů bez veškerých emocí. Varianta této odpovědi je nejbližší především sestřám s praxí 16 a více let. Naopak sestry s krátkou praxí pocity úzkosti, lítosti a bezmocnosti stále zažívají. Jejich počet je nejnižší, celkem 11,7 %. Z výsledku šetření lze odvodit, že většina dotázaných má v sobě zvláštní dar – schopnost empatie. Právě ta je nezbytným předpokladem pro úspěšnou identifikaci s rolí zdravotní sestry. Je tato způsobilost naučená, nebo je nám přirozeně daná? Empatie je především součástí osobnostní výbavy každého z nás. Je však nezbytné zaměřit se na její rozvoj po celý život. Bez tohoto nadání není šance v náročné profesi uspět.

Otázka číslo 5: *Ovlivňuje věk umírajícího pacienta Vaši psychiku?*

Bez ohledu na délku praxe deklaruje celkem 58,4% osob největší problém v tom, umírá-li mladý člověk. S umíráním mladých lidí se dosud nevypořádalo 18,3% respondentek. Jedná se především o sestry s délkou praxe v rozmezí 6 až 15 let. Oproti tomu s každým umíráním je již vyrovnáno 15 % dotazovaných, převážně sestry s nejdelší praxí. Každé umírání, bez ohledu na věk umírajícího, hluboce zasáhne 8,3% osob. Tuto alternativu zvolily zejména sestry s krátkou praxí. Výzkumem bylo zjištěno, že negativní vliv na psychiku sester má především skon mladých pacientů. Jaké pocity při umírání mladého člověka prožívají? Jedná se o pocity beznaděje či bezmocnosti? Uvažují snad nad tím, že osud je nemilosrdný a nedopřál umírajícímu dokončit ve svém životě jeho specifický úkol? Co bude s jeho rodinou a dětmi? Domnívám se, že za těchto okolností se dostatečně ztotožňují s rolí umírajícího. Jsou nucené přemýšlet, jak by se v jeho situaci zachovaly. Z odpovědí lze odvodit, že se sestry na interních i chirurgických odděleních setkávají více s umírajícími v pokročilém věku.

Otázka číslo 6: *Která smrt Vás více zasáhne?*

Je zajímavé, že v jednotlivých odpovědích nebyly shledány rozdíly v závislosti na délce praxe. Většina dotazovaných, 73,4%, konstatuje, že je nejvíce zasáhne náhlá smrt. 18,3 % respondentek uvádí, že podstata úmrtí není pro ně rozhodující. Smrt dlouhodobě umírajícího pacienta negativně ovlivní pouze 8,3% osob. Z průzkumu je patrné, že většinu tázaných zasáhne nejvíce náhlé úmrtí. Co je toho příčinou? Jedná se o nečekanou událost, na kterou sestry nejsou psychicky připravené? Nejspíš ano. Smrt dlouhodobě umírajícího se předpokládá a ošetřující personál se postupně s daným stavem vyrovnává.

Otázka číslo 7: *Myslíte si, že separace umírajících od ostatních pacientů je správná?*

Největší počet dotazovaných, 63,3%, se separací souhlasí za předpokladu, že se umírajícím může rodina nebo personál dostatečně věnovat. Situaci nedokáže zhodnotit 28,3% respondentek. Existuje však i 8,3% těch, které se separací nesouhlasí, neboť si myslí, že umírající by měli zůstat pohromadě s ostatními, izolováni pouze zástěnou. K této alternativě odpovědi se však nepřiklonila ani jedna sestra s praxí v rozmezí 6 až 15 let. Z výzkumu je patrné, že většina zdravotních sester se k separaci přiklání. Tento výsledek mě velmi potěšil. Uvědomily si však dotazované, že ne vždy má umírající nablízku své příbuzné a přátelé, kteří jsou ochotni s ním sdílet poslední chvíle života? Mají sestry pokaždé dostatek prostoru pro to, aby se o specifické potřeby postaraly jen ony sami? Domnívám se že ano. Jinak by se separací nesouhlasily a zvolily by variantu ponechání umírajícího mezi ostatními pacienty. Je dobré se zamyslet i nad tím, proč existuje i malé procento těch, které se separací nesouhlasí. Co je přivedlo k tomuto neoptimálnímu závěru, že umírající může být oddělen od ostatních pouze zástěnou? Předpokládám, že situaci vyhodnotily na základě vlastních zkušeností. Pokud by umírajícího oddělily od ostatních, zůstal by zcela opuštěn. Ošetřující personál není totiž vždy schopen především z časových důvodů veškeré specifické potřeby zajistit.

Otázka číslo 8: *Myslíte si, že umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení?*

56,7% dotazovaných se domnívá, že by člověk neměl umírat zcela osamocen, neboť právě samota zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení. K této možnosti se přiklání především sestry s krátkou a střední praxí. 38,3% respondentek nedokáže situaci posoudit. Jedná se zejména o 60% sester s dlouhou praxí, které tuto variantu odpovědi zvolily na

prvním místě. Existuje však i 5 % osob, které se domnívají, že člověk v nejtěžších chvílích svého života potřebuje být sám. Zjistila jsem, že největší počet tázaných, obzvláště sester s krátkou praxí a praxí v rozmezí 6 až 15 let, si uvědomuje, že umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení. Toto zjištění hodnotím pozitivně. Na druhé straně je zarážející, že většina sester s dlouhou praxí neumí situaci vyhodnotit. Znamená to snad, že se umírajícím vyhýbají? Chybí snad odhad, zda pacient potřebuje být v závěrečné fázi života osamocen či nikoli? Je vhodné s umírajícím navazovat kontakt? Domnívám se na základě vlastních zkušeností, že si dotazované kolegyně již vlastní názor vytvořily. S největší pravděpodobností je zde určitá paralela s odpovědí na otázku č. 4. Z ní vyčteme, že vysoké procento sester s dlouhou praxí prožívá umírání bez emocí. Může se tedy jednat i o pokles sociálního citění či emocionální ochuzení, nikoli o nevědomost.

Otázka číslo 9: *Jak byste charakterizovala Váš přístup k umírajícím?*

O tom, že je schopno umírajícím naslouchat a neverbálně s nimi komunikovat je přesvědčeno 46,7 % respondentek. Tato možnost je blízka jak sestřám s krátkou, tak i s dlouhou praxí. Umírajícím naslouchat, a v případě nastolení tématu smrti o problematice pohovořit, dokáže 41,7 % tázaných. Jedná se především o zdravotnice se střední praxí, které zvolily tuto alternativu na prvním místě. Na druhé straně stále ještě existuje 8,3 % sester, které se vyhýbají kontaktu s umírajícími, neboť neví, jakým způsobem s nimi mají komunikovat. Pozitivní je zjištění, že tuto variantou nezvolila ani jedna sestra s praxí 16 a více let. Nejmenší počet tázaných, 3,3%, se setkání s umírajícími vyhýbá, jelikož stále prožívá strach ze setkání se smrtí. Tuto eventualitu však uvádějí pouze sestry s krátkou praxí. Největší nedostatky shledávám v přístupu některých sester s krátkou praxí. Jak je to možné? Působí na ně kontakt s umírajícími sklíčeně? Mají snad strach z toho, že právě ony najdou pacienta mrtvého? Pociťují vlastní nejistotu či obavu z toho, že by komunikaci nezvládly a mohly umírajícího negativně ovlivnit nevhodným slovem? Převážná část dotazovaných má však správný přístup k umírajícím. Napomáhá tomu organizování odborných seminářů a nové trendy, které se dostávají do popředí v péči o pacienty? Beze sporu ano. Osobně se domnívám, že více než na odborných znalostech záleží na charakterových vlastnostech sester, jejich temperamentu, psychické odolnosti, na schopnosti empatie a mnoha dalších osobnostních atributech.



Otázka číslo 10: *Domníváte se, že verbální komunikace s umírajícím je důležitější než neverbální projev?*

45 % všech respondentek nedokáže posoudit, zda je pro umírajícího přínosnější verbální komunikace či neverbální projev; uvedenou variantu zvolily sestry s delší praxí a sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let. 28,3% dotazovaných upřednostňuje neverbální projev; jedná se zejména o sestry s krátkou praxí, které tuto možnost prezentují na prvním místě. Verbální komunikaci preferuje 26,7 % osob. Nejvyšší počet dotazovaných však nedokáže položenou otázku posoudit. Zajímavé je i zjištění, že téměř shodné procento se přiklání k variantě „ano“ i „ne“. Tyto odpovědi poukazují na malou informovanost o významu neverbální komunikace jako nezbytného prostředku v oblasti mezilidského dorozumívání. Jak je to možné? Usuzuji, že sestry jsou více vychovávány k verbalizaci, neboť jejich hlavním úkolem je informace předávat. Mnohdy tak nedokáží rozlišit, zda je zvolená forma vhodná i pro pacienty v terminálním stadiu. Možná si neuvědomují, že umírající pacient vyžaduje především pouhou lidskou přítomnost, laskavý úsměv, vlídný pohled či dotyk.

Otázka číslo 11: *Co si myslíte, že má v komunikaci pro umírajícího pacienta větší význam?*

Dotazované označily jako prioritu ve styku s pacientem schopnost těžce nemocným naslouchat. K této možnosti se přiklání 78,3% respondentek bez ohledu na zařazení podle délky praxe. Pouze 11,7% osob nedokáže situaci posoudit. Nejmenší počet dotazovaných, 10%, zastává názor, že nejdůležitější pro umírajícího je rozmluva. Většina sester však správně upřednostňuje schopnost naslouchání před vedením monologu. Co k tomuto pozitivnímu výsledku dodat? Zbývá podotknout, že proces naslouchání je skutečně jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností sester při interakci s umírajícím. Musíme vzít na vědomí, že nemocní neotevírají své nitro zdravotníkům, kladou-li jim otázky. Často se uvolní v momentě, když zjistí, že je jim personál schopen a ochoten naslouchat.

Otázka číslo 12: *Jak zareagujete, pokud rodina umírajícího vyjádří své obavy či strach z kontaktu se svým blízkým?*

Nabídnout pomoc rodině svou přítomností u lůžka umírajícího je schopno 48,3% dotazovaných. Uvedenou pomoc upřednostňuje 50% sester s krátkou i dlouhou praxí. Tato alternativa odpovědi je nejbližší i sestrám s praxí od 6 do 15 let. 46,7 % respondentek se snaží rodinu utěšit a vysvětlit jim důvody k uskutečnění návštěvy. K této variantě se přiklání

především druhá polovina sester s krátkou a dlouhou praxí. Také existuje 5 % těch, které se příbuzným snaží návštěvu rozmluvit. Takto odpovídají pouze zástupkyně skupiny sester s praxí od 6 do 15 let v četnosti 16,7%. Z šetření vyplývá, že největší počet dotazovaných je způsobilých pomoci svou přítomností u lůžka umírajícího. Na druhé straně se tomuto počtu velmi přibližuje i druhá skupina respondentek, která uvádí pouze pomoc ve smyslu útěchy. Šetření tedy poukazuje na skutečnost, že polovina oslovených není schopna rodinu k umírajícímu doprovodit a tím zmírnit jejich obavy. Kde hledat příčinu? Domnívají se snad sestry, že své emoce ve smyslu nekontrolovatelné lítosti nedokáží ovládnout? Nebo cítí malý zájem vůči potřebám rodinných příslušníků? Pohled na blízkého umírajícího je bezesporu skličující. Je možné, že se některé zdravotní sestry obávají otázek, na které neznají odpověď.

Otázka číslo 13: *Kde by měl podle Vás člověk umírat?*

Největší počet respondentek, 61,7%, zastává názor, že by člověk měl umírat v domácím prostředí. S touto myšlenkou souhlasí 81,8% sester s krátkou praxí. Pouhých 13,3% dotazovaných označuje jako ideální podmínky pro umírání hospice. Tuto variantu zvolilo 30% sester s dlouhou praxí. Zarážející je zjištění, že myšlenku hospice popírají všechny sestry s praxí od 0 do 5 let. Dalších 13,3% volně odpovídá, že volba místa pro umírání závisí výhradně na přání a na zdravotním stavu umírajícího. Nejnižší počet, celkem 11,7%, se ztotožňuje s názorem, že by měl člověk umírat výhradně v rukou odborníků v nemocnici. Tuto alternativu označily především sestry se střední délkou praxe. Z uvedených odpovědí lze jednoznačně odvodit, že většina zdravotnic spatřuje jako neoptimálnější místo pro umírání domácí prostředí. Domnívají se tedy, že domácí prostředí může hospicovou péči vždy nahradit? Ony samy jsou profesionálkami a bezesporu by se dokázaly o své blízké postarat. Možná si ale neuvědomují, že laická veřejnost není vždy schopná náročnou péči zastat. Dalším závažným zjištěním je fakt, že téměř shodné procento sester považuje za ideální místo pro umírání hospic i nemocniční zařízení.

Otázka číslo 14: *Myslíte si, že jsou zařízení typu hospic potřebná?*

45% dotazovaných nedokáže zařazení hospiců do systému zdravotnických zařízení posoudit. Jedná se především o polovinu sester s dlouhou praxí a s praxí v rozmezí 6 až 15 let. Existuje však až 28,3% osob, které považují hospice jako zařízení nepotřebná. Uvedenou alternativu odpovědí, v šokujícím výsledku 63,6%, zvolily převážně sestry s krátkou praxí. Naopak

pozitivní je zjištění, že ani jedna z tázaných s praxí od 6 do 15 potřebnost hospiců nezpochybnila. Výhradní souhlas s provozováním zařízení na bázi hospiců zastává 26,7% respondentek. Ani jedna sestra s krátkou praxí se však s variantou zřizování hospiců neztotožnila. Toto zjištění považuji za alarmující. Co může být příčinou takovéto úvahy? Zarážející je zejména většinový nesouhlas dotazovaných ze skupiny krátké praxe. Jsou snad mladé kolegyně málo seznámené s problematikou hospicové péče? Jakých informací se jim dostalo při studiu na Středních zdravotnických školách? Mají nedostatečnou zkušenost se samotným umíráním? Opravdu si myslí, že zdravotní personál je schopen zajistit stejnou kvalitu péče v nemocnicích i v hospicích? Domnívám se, že zde můžeme nalézt spojitost i s odpovědi na otázku č. 13, týkající se úvahy o ošetřování umírajících rodinnými příslušníky.

Otázka číslo 15: *Víte, co je paliativní péče a jaké je její zaměření?*

43,3% respondentek uvádí, že ví co je paliativní péče, pouze nejsou schopné přesně definovat její podstatu. Tuto variantu odpovědi si zvolily převážně sestry s krátkou a dlouhou praxí. Přesnou znalost vymezení pojmu paliativní péče prezentuje 30 % dotazovaných. Alternativa této odpovědi byla nejbližší především sestrám s praxí od 6 do 15 let, a to v překvapivém výsledku 66,7 %. 16,7 % dotazovaných neví, co paliativní péče je, pouze uvádí, že tento termín někdy zaslechly. Pouhých 10 % osob o paliativní péči dosud nikdy neslyšelo; z šesti odpovědí jsou čtyři ze souboru starších sester a dvě ze střední délky praxe. Zjištěná skutečnost mne mile překvapila. Očekávala jsem menší znalosti uvedené problematiky. Z výsledků je zřejmé, že největší informovanost deklarují sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let. Odkud načerpaly tolik vědomostí a kde se o paliativní péči dozvěděly? Obdržely tyto informace od lékařů, studiem literatury a časopisů, či z odborných seminářů a dalších vzdělávacích aktivit? Na druhé straně je však nutné podotknout, že víc než jedna třetina sester nemá o paliativní péči žádné povědomí.

Otázka číslo 16: *Jak chápáte souvislost mezi pojmy paliativní a hospicový?*

36,7% tázaných odpovídá, že paliativní péče je synonymem pro péči hospicovou. K této variantě se nejvíce přiklání sestry s krátkou praxí. Naopak 33,3 % respondentek se domnívá, že svým zaměřením je péče zcela odlišná. Možnost této odpovědi upřednostňují především sestry s dlouhou praxí. Zbývajících 30 % dotazovaných zvolilo správnou odpověď v tom, že

hospice jsou jednou z několika možných forem, kde se paliativní péče uplatňuje. Přesné znalosti opět potvrdily sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let.

Otázka číslo 17: *Schvalujete eutanazii?*

Největší počet dotazovaných, 31,6%, schvaluje její aktivní formu. Je obdivuhodné, kolik zastánců má tento způsob ukončení života. Souhlasí s ní 40% sester s dlouhou a 32% sester s krátkou praxí. K pasivní eutanazii se přihlásilo 25% respondentek. Nejvýraznější zastoupení, 32%, v ní mají příslušnice s praxí 0 – 5 let. Zajímavé je, že stejné procento se naopak hlásí k aktivní formě eutanazie. Svůj názor, že eutanazie může být nahrazena jiným způsobem, zastává 20 % osob. Tuto odpověď prezentují na prvním místě zejména sestry s praxí od 6 do 15 let. 11,7 % tázaných se domnívá, že utrpení nelze zmírnit jiným způsobem, nikdo však nemá právo brát druhému život. Odpověď, která jednoznačně nedokáže danou problematiku posoudit, zvolilo 11,7% osob. Z výsledného šetření vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek eutanazii schvaluje. Zastánkyně eutanazie se řadí nejen do skupiny krátké, ale i do dlouhé praxe. Proč tak velké procento vyjádřilo souhlas? Jak sestry dospěly k uvedenému závěru? Může mít výsledek spojitost s názorem, že hospice nejsou potřebné? Jsou snad sestry často vystavovány pohledu na utrpení? Spatřují malou kontrolu bolesti u umírajících či „zbytečné“ prodlužování životů? Na tyto a další otázky je nekonečně mnoho odpovědí. V rámci zrealizovaného výzkumu usuzují, že příčinou uvedeného negativního zjištění je i velmi malá informovanost o možnostech kvalitní paliativní péče i o hospicových zařízeních.

Otázka číslo 18: *Dokážete určit, co je syndrom vyhoření a jaké jsou jeho příčiny?*

58,3% respondentek odpovídá, že má přesné znalosti o syndrom vyhoření a o jeho příčinách. Jedná se především o sestry s praxí od 6 do 15 let a to až v 94,4%. Tuto variantu nejčastěji uvádějí také sestry s krátkou praxí. 26,7 % dotazovaných ví, co je to syndrom vyhoření, ale nedokáže přesně stanovit, čím je způsobem. Alternativa odpovědi je nejbližší zejména sestram s dlouhou praxí, které ji označují na prvním místě. Co je syndrom vyhoření neví, ale termín již někdy zaslechlo 11,7% tázaných. Stále však existuje ještě 3,3 % těch, kteří se s uvedeným termínem dosud nesetkaly. Šetření ukázalo, že většina dotázaných je o pojmu „syndrom vyhoření“ dostatečně informovaná.

Otázka číslo 19: *Jakým způsobem se odreagujete po službě, kdy vám zemřel pacient?*

41,7 % tázaných uvádí, že se věnuje duševní relaxaci. K této variantě tíhnou nejvíce sestry s krátkou praxí a sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let. 35% respondentek nerelaxuje, neboť považuje setkání se smrtí za neodmyslitelnou součást své práce. Tuto alternativu odpovědi zvolily nejčastěji sestry s dlouhou praxí, a to v četnosti až 60%. Pohovor se svými nejbližšími jako nejideálnější způsob uvolnění prezentuje pouze 18,3% osob. Zbývajících 5 % dotazovaných si ulehčí od stresové zátěže při rozhovoru se svými kolegy. Překvapivé je zjištění, jak málo sester mluví o problematice se svými nejbližšími - více je uspokojí vlastní duševní relaxace. Co je příčinou mlčenlivosti zdravotnic před svými blízkými? Snaží se snad ušetřit rodinu od nepříjemných pocitů nebo rodinní příslušníci odmítají o smrti hovořit? Ať už jsou důvody jakékoli, důležitá je schopnost realizace prevence syndromu vyhoření. Proč se převážné části dotazovaných s dlouhou praxí smrt nedotýká? Můj osobní názor je ten, že se již jedná o citovou vyprahlost či náznak profesionální deformace.

Otázka číslo 20: *Víte co je Moodyho fenomén a jaká je jeho podstata?*

Z celkového počtu dotázaných se s pojmem fenomén smrti dosud nesetkalo 55% respondentek. Částečnou povědomost o Moodyho fenoménu označilo pouze 17% osob. 15% sester ví, co fenomén smrti je, nedokáží však přesně určit jeho podstatu. Přesnou znalost o pojmu prezentuje 13% tázaných. V uvedeném vzorku je zařazeno 28% sester s praxí od 6 do 15 let; naopak ani jedna dotázaná s krátkou praxí tuto možnost nezvolila. Výsledky vypovídají o malé znalosti či nezájmu o danou problematiku. Co je toho příčinou? Domnívám se, že toto zjištění souvisí s odpovědí na otázku č. 21, kdy většina respondentek zastává názor, že smrt je zánikem našeho vědomí.

Otázka číslo 21: *Myslíte si, že smrt je zánikem našeho vědomí?*

42% dotázaných odpovědělo na otázku ano. Tuto možnost v převážné míře zvolily sestry s krátkou praxí. Dotaz jednoznačně nedokáže posoudit 30% zdravotnic. Téměř 28% respondentek zastává názor, že smrt není zánikem našeho vědomí. S touto odpovědí se nejvíce ztotožnila skupina sester s praxí v rozmezí 6 až 15 let. Z šetření vyplývá, že většina dotazovaných se domnívá, že smrtí naše vědomí zaniká. Proč striktně popírají „nesmrtelnost“? Usuzují, že hovořit o posmrtném životě je zpátečnické? Velká část společnosti považuje uvedenou teorii za iracionální. Je proto překvapivý výsledek, kdy poměrně velké procento nedokáže na položený dotaz jednoznačně odpovědět. Nejpočetnější zastoupení v nerozhodnosti, 50%, mají sestry s nejdelší praxí. V dotazníku uvedly, že na daný problém nemají vytvořen vlastní názor. Souvisí to snad se stářím? Uvědomuje si starší

člověk blížící smrtelnost? Proto se zabývá úvahami o nesmrtelnosti? Ať už je pravda jakákoliv, je nutné ji přijmout jako individuální názor bez jakýchkoliv předsudků. Zejména zdravotní sestry by si měly uvědomit, jak důležitá je v jejich profesi schopnost akceptace. Právě ony se mohou setkat s pacienty, kteří budou vyprávět o prožitcích blízkosti smrti a toužit přitom, aby jim někdo s upřímností naslouchal.

## **ZÁVĚR**

Záměrem bakalářské práce bylo nastínit problematiku humanistického přístupu zdravotních sester k umírajícím pacientům. Práce byla zformulována především z psychologického hlediska.

V teoretické části jsem se snažila, za pomoci odborné literatury, komplexněji přiblížit proces umírání a související aspekty, jejichž znalost považuji v práci zdravotní sestry za nezbytnou. Je třeba podotknout, že oblast umírání je velmi rozsáhlá, a proto nebylo možné vše rozpracovat do detailů. Jednotlivé kapitoly jsou pouhým nastíněním dané problematiky. Některé z uvedených témat by se mohly stát předmětem další samostatné studie, např. vlastní psychologická péče o umírající, hospicová péče, eutanazie a další.

V empirické části jsem prostřednictvím provedeného výzkumu ověřila postoje zdravotních sester ve vztahu k umírajícím pacientům. Šetření probíhalo v nemocnici v Jablonci n. N., oslovila jsem 60 sester. Monitorovala jsem tři skupiny, které jsem diferencovala délkou praxe. První kategorii reprezentovaly sestry s praxí od 0 do 5 let, druhou sestry s praxí v rozmezí 6 až 15 let a třetí sestry s 16 a více lety praxe. Výzkum byl realizován pomocí ankety formou anonymního dotazníku, který jsem vypracovala samostatně.

Z výsledku šetření mohu konstatovat, že nejcitlivější přístup k umírajícím zaujímají sestry s praxí od 6 do 15 let a vykazují také největší znalosti.

Dotazované s krátkou praxí projevují při péči o umírající taktéž empatii a soucit, a ani ony nenachájejí pacienta zcela o samotě. Pokud rodina vyjádří obavy či strach ze setkání se svým těžce nemocným blízkým, jsou schopné a ochotné pomoci svou přítomností u lůžka. Komunikaci s pacienty zvládají téměř bez problémů, činí opatření vůči syndromu vyhoření. Naproti tomu nepříjemným zjištěním je, že většinou popírají začlenění hospiců do systému zdravotnictví a schvalují eutanazii. Znalosti v oblasti paliativní péče mají jen částečné.

Sestry s praxí 16 a více let jsou empatické, schopné komunikace s umírajícími a ochotné pomáhat rodině nemocného. Další jejich odpovědi nebyly jednoznačné. Nedokáží zhodnotit např. zda umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení, potřebnost hospiců, význam verbální a neverbální komunikace. Informovanost o paliativní péči je u této skupiny nedostačující. Převážná většina se zastává eutanazie. Po službě, ve které zemřel pacient, již nerelaxují.

Ze studie vyplývá, že především oblast paliativní péče a potřebnost hospiců není dostatečně propagována. Malá informovanost zajisté souvisí i se schvalováním eutanazie. U starších sester by se tyto výsledky daly akceptovat, u mladších však není tolerance na místě.

Na problematiku ve výše uvedených oblastech je zapotřebí upozornit již na zdravotních školách. Do studijního předmětu Ošetřovatelství by bylo vhodné začlenit více teoretických i praktických hodin týkajících se thanatologie. Rovněž psychologické předměty by měly tomuto okruhu věnovat větší pozornost. Výuka by mohla být doplněna o nácvik situací

konfrontace se smrtí. Většina sester sice komunikaci zvládá obstojně, ale profesionální přístup k umírajícímu není samozřejmostí. Některé sestry při prvním úmrtí pacienta prožívají nepříjemné emoce či odpor. Jiné se vyhýbají kontaktu ze samotného strachu ze setkání se smrtí nebo nepřekonatelných komunikačních bariér.

Pro sestry již pracující, které si neosvojily správné vzorce přístupu k umírajícím, by bylo optimální organizovat specializované semináře a další vzdělávací programy v rámci zdravotnického zařízení, ve kterém pracují. Své vzdělání by si mohly doplnit nejen svou pasivní účastí, ale také vlastní aktivitou, např. vypracováním seminární práce na zadané téma. Zpracovanou látku by měly ve stanoveném termínu prezentovat před svými kolegyněmi.

Svou bakalářskou práci končím slovy Miroslava Horníčka: *„Všechny zdravotní sestry mají jeden společný úkol: léčení lidského strachu. Každý pacient se bojí a je v moci sestřiček, aby svou účastí, pomocí a třeba i úsměvem mu pomohly. V tom je čest a sláva jejich povolání.“*

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno autora: JIROUSKOVÁ Klára

Instituce: Ústav sociálního lékařství LFUK v Hradci Králové



Název bakalářské práce: Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům

Vedoucí práce: PhDr. Marie Rybářová

Počet stran: 97

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 28

Počet pramenů: 13

Klíčová slova: umírání

potřeby

psychologická péče

eutanazie

paliativní péče

hospice

syndrom vyhoření

fenomén smrti

výzkum

Bakalářská práce „Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům“ je rozdělena na dvě ústřední části. První, celek teoretický, komplexněji pojednává o všem, co si můžeme představit pod pojmem umírání. Následující, empirická oblast, přibližuje cíle, metodu a získané výsledky průzkumu, který byl zaměřen na šetření postojů zdravotních sester k umírajícím pacientům v nemocnicích. Tato část je zakončena hodnocením jednotlivých výzkumných otázek v diskusi.

## **RESUMÉ**

JIROUSKOVÁ, Klára. *Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům*

Bakalářská práce

Téma, které jsem si zvolila pro svoji bakalářskou práci, se vztahuje k problematice humanistického přístupu zdravotních sester k umírajícím pacientům. Studie by měla být

určena těm, jenž jsou denně konfrontováni se smrtí, a kteří nejsou dostatečně seznámeni se správným přístupem k umírajícím - především zdravotnickému personálu v nemocnicích.

Práce se skládá ze dvou částí – teoretické a empirické.

V teoretické rovině jsem se zaměřila na proces umírání, jeho stádia, reakce na blížící se smrt a na fáze, kterými obvykle umírající prochází. Práce je věnována i specifickým potřebám terminálně nemocných a možnostem psychologické péče. Zvláštní pozornost je soustředěná k tématice eutanazie, paliativní a hospicové péče. Studie se snaží objasnit, že eutanazie, vzhledem k paliativní a hospicové péči, nemůže být chápána jako důstojná smrt.

Orientovala jsem se i na oblast syndromu vyhoření. Ve zdravotnictví postihuje především ty, kteří opečovávají převážně umírající pacienty. Poukazují na jeho příčiny, průběh i možnou prevenci. Poslední část přibližuje fenomén smrti jako eliminační prožitek strachu z úmrtí.

Druhý, empirický celek, je nasměrován na postoje zdravotních sester ve vztahu k umírajícím pacientům na začátku jejich praxe a poté s odstupem několika let. Studie se snaží zachytit pocity při setkání se smrtí a určit znalosti v oblastech, kterými se zabývá teoretická rovina práce. Kapitoly v empirické části pojednávají o výzkumných cílech, vzorku dotazovaných a zvolené metodě dotazníkového šetření. Průzkum jsem zrealizovala se vzorkem 60 zdravotních sester v nemocnici v Jablonci n. N. Získané odpovědi z dotazníků jsou zachyceny v tabulkách a prezentovány ve formě grafů. Zpracované výsledky šetření jsou dále rozvedeny v diskusi. Zde jsou jednotlivé výzkumné otázky opatřeny komentářem a nabízejí podnět k zamyšlení.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejcitlivější přístup k umírajícím zaujímají a největší znalosti vykazují sestry s praxí od 6 do 15 let. Nedostatky byly zaznamenány u sester s praxí od 0 do 5 let a s praxí 16 a více let. Výstupem šetření je zjištění, že oblast paliativní péče a potřeba hospiců není dostatečně propagována. Eutanazie má stále ještě velkou řadu zastánců. Je proto nezbytné upozornit na tuto problematiku nejen během studia na zdravotních školách, ale zařadit ji i do seminářů, které by umožnily rozšířit poznatky sestrám již pracujícím.

## **SUMMARY**

JIROUSKOVA, Klara. *Humane attitude to the dying patient in nursing.*

Bachelor's work

The topic, I've chosen for my bachelor's work is dealing with problems in humane attitude of nursing staff to the dying patient. The study is dedicated to those, who are daily faced to

death on their wards, and feel themselves not to be familiar with appropriate approach to the dying patient- mostly to the medical staff in hospitals.

This bachelor's work is composed of two parts – theoretical and empirical.

In the first, theoretic part, I've focused on the process of dying, with it's stages, on the patient's reactions to the threatening death, and also on the mental changes, dying man have to go through in this process. The study is concerning the specific needs of terminally ill patients, as well as, the possibilities of psychological help. Particular attention is paid to the euthanasia, to the palliative and hospice care. The study is trying to clarify, that euthanasia, with respect to the palliative and hospice care, can not be regarded as a "dignified death". Study deals also with the "burn out" syndrome that usually affects nursing staff taking care mostly of critically ill patients, pointing out its causes, process, and possible prevention. The last part shows the death phenomenon, as an eliminative mean of the fear of death.

The second, empirical part is aimed to evaluate the nursing staff attitude to the dying patients on the beginning of their practice, and than within several years afterwards. The study is trying to monitor the nurses' experiences with dying patients' behavior and to determine their knowledge in the fields, which were discussed in theoretic part of the work. The chapters in empirical part deal with research endpoints, inquired pattern, and with chosen method of questionnaire investigation.

The inquiry was made among the pattern of 60 medical nurses at the hospital in Jablonec nad Nisou. Answers, acquired from the questionnaires are posted in tables, and presented in graphs, the results are than discussed. In discussion, there is individual research topic commented, posing impulse to thought.

From the questionnaire investigation came out, that the most sensitive approach to dying patients present and the most knowledge in this field have the nurses in their 6th to 15th year of practice. The result of the investigation is the fact, that the palliative care and the need of more hospices is not sufficiently advertised. The euthanasia has many supporters, yet. Therefore, it's essential to point to this problem not only during the study on medical schools, but also discuss this problem on sessions and workshops with already experienced medical staff, in order to expand their knowledge in the field.

*Resumé do anglického jazyka přeložil MUDr. Daniel Turek.*

## **SEZNAM LITERATURY:**

1. BÁRTLOVÁ, Sylva.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BLUMENTHAL – BARBY, Kay a kolektiv.: *Kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1987. 152 s.

3. BOUČEK, Jaroslav.: *Psychoterapie*. 2. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 28 s. ISBN 80-244-0443-5.
4. CALLANANOVÁ, Maggie, KELLEYOVÁ, Patricia.: *Poslední dary*. 1. vydání. Praha : Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
5. DOSTÁLOVÁ, Olga.: *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1986. 208 s.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. : *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena.: *Thanatologie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2000. 191. s. ISBN 80-7262-034-7.
8. JAKOUBKOVÁ, Jaroslava.: *Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína*. 1. vydání. Praha : Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-85824-78-7.
9. KÁŠ, Svatopluk.: *Citáty a aforismy o medicíně*. Olomouc: Alda, 1999. 202 s. ISBN 80-85600-61-7.
10. KOPŘIVA, Karel.: *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vydání. Praha : Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACZMARCYK, Stanislav.: *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha : Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Mít pro co žít*. 1. vydání. Praha : Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1989. 108 s. 08-065-89.
16. KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Praha : SIGNUM UNITATIS, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
17. KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha : H. a H. Jinočany, 1995. 290 s.
18. KÜBLER-ROSS, Elisabeth.: *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov : Arita, 1993. 252 s. ISBN 80-900134-6-5.

19. MINDELL, Arnold.: *Kóma – Klíč k probuzení*. 1. vydání. Praha : Nakladatelství Tomáše Janečka, 1994. 123 s. ISBN 80-85880-00-8.
20. MISCONIOVÁ, Blanka.: *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha : Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem hlavního města Prahy, 1998. 96 s.
21. MOODY, Raymond.: *Život po životě*. 1. vydání. Praha : Odeon, 1991. 313 s. ISBN 80-207-0314-4.
22. MUNZAROVÁ, Marta.: *Eutanazie nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
23. POLLARD, Brian.: *Eutanazie – ano či ne?*. 1. vydání. Praha : Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
24. SMITH, Linda, B.: *Smrt konečná stanice*. 1. vydání. Praha : Portál, 1994. 31 s. ISBN 80-85282-85-2.
25. SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. 4. vydání. Praha : Ecce Homo, 1999. 146 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
26. VIRT, Günter.: *Žít až do konce*. 1. vydání. Praha : Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
27. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kolektiv.: *Paliativní medicína*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
28. VUČKOVÁ, Jaroslava.: *Ošetřovatelství – I (1. část)*. 1. vydání. Praha : Nakladatelství Fortuna, 1996. 72. s. ISBN 80-7168-151-2.

## SEZNAM PRAMENŮ

1. AUTOR, neuveden.: *Eutanazie*, 2005. Dostupné na: [www.referaty-seminarky.cz](http://www.referaty-seminarky.cz)
2. AUTOR, neuveden.: *Eutanazie? Zatím jen první krok*. Hospodářské noviny, 2005 (citováno 1. 12. 2005). Dostupné na: [www.hn.ihned.cz](http://www.hn.ihned.cz)

3. AUTOR, neuveden.: *Vztah biologie a psychologie – „Euthanasie jako sebevražda“*.  
Dostupné na: [www.seminarky.cz](http://www.seminarky.cz)
4. FRIEDRICHOVÁ, Hana.: *Duchovní potřeby a hospic*. Magisterská práce na Husické teologické fakultě University Karlovy v Praze. Ostrava, 2000. Dostupné na: [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)
5. FRYCOVÁ, Radka.: *Problematika eutanazie*, 2003. Dostupné na: [www.gymfry.cz](http://www.gymfry.cz)
6. HOSPICOVÉ občanské sdružení Cesta domů.: *Citáty*. Umírání.cz – Informační a diskusní portál, 2005. Dostupné na: [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)
7. KOLEKTIV autorů: *Práce a psyché - Syndrom vyhoření*. Jobpilot.cz – internetové stránky.  
Dostupné na: [www.jobpilot.cz](http://www.jobpilot.cz)
8. KOMÍNKOVÁ, Helena.: *Právo na důstojné umírání*. Sestra, 2002, č.1, s.20 - 21.
9. MALOTOVÁ, Kateřina.: *Pojem „burn-out“*. Psychologie Dnes, 2000, č. 2. Dostupné na: [www.portal.cz](http://www.portal.cz)
10. NOVOTNÁ, Helena.: *Syndrom vyhoření bohužel není minulostí*. Sestra, 2004, č.10, s. 36 - 37.
11. SVATOŠOVÁ, M., FILEC, V., GOLDMANOVÁ, M.: *Kde jsou již existující hospice?*.  
Hospice.cz – internetové stránky. Dostupné na: [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)
12. TOŠNER, Jiří, TOŠNEROVÁ Tamara.: *Burn-Out syndrom*. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. Praha: Hestia, 2002. Dostupné na: [www.zdravcentra.cz](http://www.zdravcentra.cz)
13. WINTNEROVÁ, Jitka.: *Úskalí práce sestry na hematologickém oddělení*. Sestra, 2003, č.2, s.10 - 11.

# **PŘÍLOHY**

## **Příloha č. 1:**

### **ANONYMNÍ DOTAZNÍK**

Vážené kolegyně,



v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma Humanistický přístup sester k umírajícím pacientům se na Vás obracím s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Ujišťuji Vás, že žádné informace nebudou zneužity a veškeré údaje z něho získané poslouží pouze pro účely mé studie. Žádám Vás o pravdivé a upřímné odpovědi. Zvolené možnosti prosím, zakroužkujte. Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Klára Jirousková

**1. Uved'te prosím Váš věk a na jakém oddělení pracujete.....**

**2. Kolik let praxe máte ?.....**

**3. Jaké byly vaše první pocity při setkání se smrtí?**

- a) snažila jsem se smrti vyhnout pro nepříjemné emoce či odpor
- b) pojala jsem smrt jako přirozenou součást života se soucitem a empatií
- c) prožívala jsem pocity beznaděje, bezmocnosti, úzkosti či strachu

**4. Jaké jsou vaše současné pocity při péči o umírajícího?**

- a) prožívám stále pocity úzkosti, lítosti a bezmocnosti
- b) projevují empatii a soucit
- c) prožívám umírání bez emocí, neboť se smrtí jsem velmi často v kontaktu a v současné době mě již neovlivňuje

**5. Ovlivňuje věk umírajícího pacienta Vaši psychiku?**

- a) ano:
  - a1) s umíráním mladých lidí jsem se dosud nevypořádala
  - a2) umírání mladého člověka se mě více dotýká
- b) ne:
  - b1) každé umírání mě hluboce zasáhne
  - b2) s každým umíráním jsem již vyrovnaná

**6. Která smrt Vás více zasáhne?**

- a) náhlá smrt
- b) smrt u dlouhodobě umírajícího pacienta
- c) podstata smrti není pro mě rozhodující

**7. Myslíte si, že separace umírajících od ostatních pacientů je správná?**

- a) ano, pokud se umírajícím může rodina nebo personál dostatečně věnovat
- b) ne, umírající by měli zůstat pohromadě s ostatními, oddělení zástěnou
- c) nedokáži posoudit

**8. Myslíte si, že umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání bolesti, obav a utrpení?**

- a) ano, člověk by neměl umírat zcela osamocen
- b) ne, člověk v nejtěžší chvíli svého života potřebuje být sám
- c) nedokáži posoudit

**9. Jak byste charakterizovala Váš přístup k umírajícím?**

- a) vyhýbám se kontaktu, neboť mám strach ze setkání se smrtí
- b) vyhýbám se kontaktu, neboť nevím, jak s umírajícími komunikovat
- c) jsem schopna umírajícím naslouchat a neverbálně s nimi komunikovat
- d) jsem schopna naslouchat umírajícím a nastolí-li téma smrti, pohovořit s nimi o této problematice

**10. Domníváte se, že verbální komunikace s umírajícím je důležitější než neverbální projev?**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokáži posoudit

**11. Co si myslíte, že má v komunikaci pro umírajícího pacienta větší význam?**

- a) snažíme-li se mu něco říci
- b) snažíme-li se mu naslouchat
- c) nedokáži posoudit

**12. Jak zareagujete, pokud rodina umírajícího vyjádří své obavy či strach**

**z kontaktu se svým blízkým?**

- a) snažím se je utěšit a vysvětlit, že by návštěvu měli podstoupit
- b) snažím se jim návštěvu rozmluvit
- c) nabídnu jim pomoc svou přítomností u lůžka umírajícího

**13. Kde by měl podle Vás člověk umírat?**

- a) v domácím prostředí
- b) v hospici
- c) v rukou odborníků v nemocnici
- d) jinde.....

**14. Myslíte si, že jsou zařízení typu hospic potřebná?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nedokáži posoudit

**15. Víte, co je paliativní péče a jaké je její zaměření?**

- a) ano:
  - a1) vím a dokáži přesně určit, na co se zaměřuje
  - a2) vím, ale nedokáži přesně stanovit její zaměření
- b) ne:
  - b1) nevím, co je paliativní péče, ale tento termín jsem již slyšela
  - b2) nevím, o paliativní péči jsem dosud neslyšela

**16. Jak chápete souvislost mezi pojmy paliativní a hospicový?**

- a) paliativní péče je synonymem pro péči hospicovou
- b) hospice jsou jednou z několika forem, kde se poskytuje paliativní péče
- c) zaměřenost obou typů péče je zcela odlišná

**17. Schvalujete eutanazii?**

- a) ano:
  - a1) schvaluji její aktivní formu
  - a2) schvaluji její pasivní formu
- b) ne:

- b1) eutanazii lze nahradit i jinými způsoby
- b2) utrpení nelze zmírnit jiným způsobem, ale nikdo nemá právo brát druhému život
- c) nedokáží jednoznačně posoudit

**18. Dokážete určit, co je syndrom vyhoření a jaké jsou jeho příčiny?**

- a) ano:
  - a1) dokáží a vím přesně, čím je způsoben
  - a2) dokáží, ale nevím přesně, čím je zapříčiněn
- b) ne:
  - b1) nedokáží, ale tento termín jsem již slyšela
  - b2) nedokáží, o tomto termínu jsem dosud neslyšela

**19. Jakým způsobem se odreagujete po službě, kdy vám zemřel pacient?**

- a) pohovořím o této problematice se svými nejbližšími
- b) věnuji se duševní relaxaci (procházka, četba, sport atd.)
- c) nerelaxuji, na smrt jsem již zvyklá
- d) jinak.....

**20. Víte, co je Moodyho fenomén a jaká je jeho podstata?**

- a) ano:
  - a1) vím a znám přesně jeho podstatu
  - a2) vím, ale nedokáží přesně určit jeho podstatu
- b) ne:
  - b1) nevím, co je fenomén smrti, ale tento pojem jsem již slyšela
  - b2) nevím, s tímto pojmem jsem se dosud nesetkala

**21. Myslíte si, že smrt je zánikem našeho vědomí?**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokáží jednoznačně určit

**Příloha č. 2:**

**FÁZE SMUTKU U NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A  
UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ**

<b><u>FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ<sup>88</sup></u></b>		
<b>FÁZE</b>	<b>PROJEVY</b>	<b>CO S TÍM</b>
<b>NEGACE</b> ŠOK, POPÍRÁNÍ	"Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky."	Navázat kontakt, získat důvěru.
<b>AGRESE</b> HNĚV, VZPOURA	"Proč zrovna já?" "Čí je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
<b>SMLOUVÁNÍ</b> VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
<b>DEPRESE</b> SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny ap.).
<b>SMÍŘENÍ</b> SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do Tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

### **Příloha č. 3:**

#### **JAK SI PŘEJE BÝT UMÍRAJÍCÍ DOPROVÁZEN?**

**V interních materiálech Sdružení poskytovatelů hospicové péče ČR jsou uvedeny následující „Rady umírajícího svému průvodci“:<sup>89</sup>**

<sup>88</sup> SVATOŠOVÁ, Marie.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. s. 29.

- Nepřipust', abych byl v posledních okamžicích ponížen. To znamená, nech mě, pokud to půjde zařídit, umřít v důvěrném prostředí. To je pro Tebe těžší. Ale je pro Tebe obohacující, být průvodce umírajícímu.
- Zůstaň u mne, když mne postihne hněv, strach, smutek a zoufalství.
- Nemysli, když už je to tak daleko a ty sedíš bezradný na mé posteli, že jsem mrtvý. Život trvá déle, než lékaři říkají. Přechod je delší, než jsme věděli. Slyším všechno, co říkáš, i když mlčím a mé oči vypadají vyhaslé. Proto neříkej něco, ale to pravé. Neurážíš mě, ale sám sebe, když nyní se svými přáteli probíráš bezvýznamné útěchy a tím ukazuješ, že ve skutečnosti lituješ ne mne, ale sebe.
- To pravé, co mně nyní můžeš říct, když už Tě o to nemohu více poprosit, by bylo to, co by mi nedělalo těžké, ale naopak lehké se odloučit. Neboť to musím. Věděl jsem to před tím, než jsi mi Ty nebo lékař rozpačitě otevřeli oči. Řekni mi, ukaž mi odvalu, že se s tím smíříš, ne neudržitelnou bolest. Soucit není na místě. Já už více netrpím.
- To pravé, co nyní můžeš říct, i když Tě o to už více nemohu poprosit, je slovo, ze kterého jsem žil. Zkus ho najít a řekni mi ho do ucha, slyším.
- Slyším, i když musím mlčet. Drž mou ruku. Chci mluvit s rukou. Utři mi pot z čela. Zůstaň u mne, jsme navzájem spojeni.
- Nyní se můžeš ode mne učit víc, než já od Tebe. Nyní jdu, řekni díky.
- Zítří se postarej, aby se tón této hodiny mezi námi neztratil.
- A když se úmrtí posouvá dál a dál a poslední kondolence jsou zodpovězeny a ty upadáš do smutku, tak se braň se vši silou. Vezmi si s sebou, co jsme spolu prožili jako drahocennou závěť. Ať je Tvůj život krásnější, zralejší a hlubší než před mou poslední hodinou na této zemi.

#### **Příloha č. 4:**

## **PŘEHLED HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICE<sup>90</sup>**

---

<sup>89</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>

<sup>90</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>

<b>ROK OTEVŘENÍ</b>	<b>NÁZEV</b>	<b>ADRESA</b>	<b>FORMY PÉČE</b>
1995	<b>Hospic Anežky České</b>	ul. 5. května 1170 Červený Kostelec, 54941	lůžková péče, stacionární péče, domácí péče
1998	<b>Hospic Štrasburk</b>	Bohnická 12/57 Praha 8, 180 00	lůžková péče, domácí péče
1998	<b>Hospic sv. Lazara</b>	Sladkovského tř. 66 Plzeň, 326 00	lůžková péče, stacionární péče, domácí péče
1998	<b>Hospic sv. Alžběty</b>	Kamenná 36 Brno, 639 00	lůžková péče
1999	<b>Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa</b>	Jiráskova 47 Rajhrad, 664 61	lůžková péče, ambulantní péče, domácí péče
2000	<b>Hospic v Mostě</b>	Svážná ul. 1528 Most, 434 00	lůžková péče, domácí péče
2001	<b>Hospic sv. Štěpána</b>	Rybářské nám. 662/4 Litoměřice, 412 01	lůžková péče, domácí péče
2001	<b>Cesta domů</b>	Bubenská 3 Praha 7, 170 00	domácí péče (mobilní hospic)
2002	<b>Hospic na Svatém Kopečku</b>	Sadové nám. 24 Olomouc, 779 00	lůžková péče
2003	<b>Citadela – dům hospicové péče</b>	Žerotínova 1421 Valašské Meziříčí, 757 01	lůžková péče
2005	<b>Hospic sv. Jana N. Neumana</b>	Neumannova 144 Prachatice, 383 01	lůžková péče

### **Příloha č. 5:**

## **JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ?**



**Křivohlavý<sup>91</sup> doporučuje (podle anglického originálu Sheily Cassidy „Care for the Carers“.) následující „desatero“ – přesněji „šestnáctero“ rad:**

1. Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem, a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sebe sama a nikdy ne druhého člověka.
3. Najdi si své „útočiště“, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty v případě naléhavé potřeby uklidnění.
4. Druhým lidem – svým spolupracovnicím a spolupracovníkům i vedení – buď oporou, povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i jen trochu zaslужí.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezbrannou a bezmocnou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku a pečovat o ně, je někdy důležitější nežli mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco pěkného a dobrého, co se ti podařilo vzdor všemu dnes v práci udělat.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vykonávat jen ryze technické práce a nic víc, ale že se z vlastní iniciativy (z vlastní vůle – nikým nenucena) někdy pokusíš něco řešit tvořivě, asi tak, jak to dělá výtvarný umělec – např. malíř či architekt.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegy a kolegyněmi, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a o problémech zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech netýkajících se vašeho úředního styku.
12. Plánuj si předem chvíle útěku během týdne. Nedovol, aby vám ti něco či někdo tuto radost překazil.
13. Nauč se říkat raději „rozhodla jsem se“, nežli „musím“ nebo „mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ nežli „nemohu“. Pomáhá to.
14. Nauč se říkat nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu má pak asi tvé „ano“?
15. Netečnost a rezervovanost ve vztazích k druhým lidem jsou daleko nebezpečnější a nadělají více zla, než připuštění si skutečnosti, že víc, nežli děláš, se již dělat nedá.
16. Raduj se, směj se – často a ráda – a hrej si.

## **Příloha č. 6:**

### **PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH**

#### **K vymezení nároků umírajících poslouží volné přepracování**

<sup>91</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro.: *Jak neztratit nadšení*. Praha 1998. s. 72 – 73.

1. Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
2. Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
3. Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
4. Mám právo podílet se na rozhodováních týkajících se péče o mě.
5. Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl »uzdravení« mé nemoci mění na »zachování pohodlí a kvality života«.
6. Mám právo nezemřít opuštěn.
7. Mám právo být ušetřen bolesti.
8. Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
9. Mám právo nebýt oklamán.
10. Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
11. Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
12. Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
13. Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.

---

<sup>92</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena.: *Thanatologie*. Praha 2000. s. 37 – 38.

**Příloha č. 7:**

**VZESTUP DO ŘÍŠE NEBES<sup>93</sup>**



<sup>93</sup> REPRODUKCE OBRAZU BOSCHE, HIERONYMA, In MOODY, Raymond.: *Život po životě*. Praha 1991.