



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Umírání a smrt v práci všeobecné sestry

Vypracoval: Jaroslava Bohdalová
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická východiska

Umírání je proces, který se skládá ze tří na sebe navazujících období. Začíná obdobím před umíráním, pokračuje umíráním a končí obdobím po smrti. Tato období mají svá specifika a všeobecné sestry musejí zvládnout péči o člověka, který jednotlivými obdobími umírání prochází, a vnímat ho jako holistickou, neboli celistvou bytost s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami, jež musejí být také uspokojovány. I v období po smrti má zemřelý pacient právo na důstojné zacházení s úctou a respektem. Ve všech těchto obdobích je důležitým článkem komunikace, a to jak s umírajícím pacientem, tak s jeho rodinou, a po jeho smrti s pozůstalými.

Cíle

Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají péči o umírajícího všeobecné sestry v nemocničním zařízení a jak všeobecné sestry pečují o mrtvé tělo. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak vnímají umírání všeobecné sestry? Jaké jsou překážky ze strany všeobecných sester v komunikaci s pozůstalými? Jakým způsobem pečují všeobecné sestry o mrtvé tělo?

Metody

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu s využitím hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a poté podrobeny obsahové analýze dat otevřeným kódováním metodou papír a tužka.

Výsledky

Z výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry jsou s umíráním a smrtí vyrovnané, ale i tak vidí péči o umírajícího jako nelehkou. Všeobecné sestry uspokojují umírajícímu pacientovi potřeby biologické, psychologické i sociální, ale znepokojujícím zjištěním je,

že potřeby spirituální nikoliv. Do péče o umírajícího zahrnují i komunikaci s rodinou, které se snaží splnit všechna přání a potřeby. V komunikaci s umírajícím pacientem, ale nevyžívají všeobecné sestry dotek a naslouchání a nezmiňují ani stadia dle Elisabeth Kübler - Rossové. Jako překážky v komunikaci s pozůstalými vidí všeobecné sestry nedostatek vhodných prostor a času pro rozhovor s nimi. Z výzkumu dále vyplynulo, že kromě tiskopisu „Informace pro pozůstalé“, kde je uvedeno vše okolo vyřizování pohřbu a telefonní číslo na sociální pracovníci nemocnice, všeobecné sestry neinformují a ani nemají znalosti týkající se doprovázení pozůstalých. O mrtvé tělo pečují všeobecné sestry podle standardu nemocnice důstojně a se vši úctou. Péči provádí na samostatném pokoji, při nedostatku místa použijí zástěnu k uchránění těla zemřelého od pohledů ostatních pacientů. Pozůstalí mají možnost posledního rozloučení se zemřelým na tomto pokoji. Zvláštní místnost určenou pouze pro tyto účely nemocnice nemá. Dalším výsledkem, který z výzkumu vyplynul je, že více než polovina respondentů se v oblasti umírání a smrti nijak dále nevzdělává.

Závěr

Na základě výsledků výzkumného šetření a po domluvě s hlavní sestrou nemocnice bude uspořádán seminář na téma umírání a smrt se zaměřením na stadia dle Elisabeth Kübler – Rossové, spirituální potřeby umírajícího pacienta, způsoby komunikace s umírajícím pacientem a doprovázení pozůstalých. Tiskopis „Informace pro pozůstalé“ bude doplněn o informace, které mohou pozůstalým pomoci vyrovnat se se zátěžovou situací, v níž se nachází. Ostatní zjištěné skutečnosti, které se týkají nedostatku prostor, času či personálu respondenti ovlivnit nemohou, ale mohl by je zajisté ovlivnit management nemocnice.

Klíčová slova: umírání, všeobecná sestra, komunikace, mrtvé tělo, pozůstalí

Abstract

Theoretical points

Dying is a process composed of three consequential phases. It starts with the pre-dying period then there is the dying period and it is finished by the post - mortem period. Every period has its own specificity and hospital nurses have to be able to look after a person passing through the successive dying periods, and they have to perceive him/her as a holistic being including his/her biological, psychological, social and spiritual needs that also have to be satisfied. Even in the post - mortem period a dead patient has the right to be treated with regard and respect. The most important link in all the periods is communication with both the dying patient and his/her family and the survivors after his/her death.

Targets

The target of the thesis was to find out how hospital nurses perceive taking care of a dying person in hospitals and how hospital nurses look after a dead body. The following research questions were stated: How is the dying period perceived by hospital nurses? What obstructions in communication are there between hospital nurses and survivors? How do hospital nurses look after dead bodies?

Methods

To figure out the investigation the method of qualitative research with the use of depth interview was used. The respondents were willing to record the interviews which were verbally - rewritten and then subjected to the contents analysis by the method paper and pencil.

Results

From the research it is clear that hospital nurses can cope with dying and death. However, taking care of dying people is not easy. Hospital nurses try to comfort the dying and satisfy their biological, psychological and social needs. But it is an alarming

discovery that no spiritual needs are satisfied at all. Taking care of a dying person also involves communication with his/her family, hospital nurses try to meet all the wishes and needs. Hospital nurses do not use touching and listening while communicating with a dying patient, they do not even mention the stages by Elisabeth Kübler - Ross. The lack of time and suitable premises inhibits nurses from communication with survivors. Besides the form "Information for survivors" which includes the necessary details of arranging funerals and hospital social worker's telephone number, hospital nurses do not provide any information, they do not even have any knowledge how to conduct survivors. Hospital nurses take care of dead bodies with regard and respect in terms of hospital standard. Care is provided in the room itself, if there is the lack of space, a screen is used so that other patients can not see the dead body. Survivors can part with the dead patient in the hospital room. There is no special room for that purpose. More than half of respondents is not educated in the field of dying and death any longer.

Conclusion

On the basis of the research investigation and after the consultation with the senior nursing officer the training course will be organized. The topic of the training course will concentrate on the dying period and death with intent to the stages by Elisabeth Kübler - Ross, spiritual needs of dying patients, ways of communication with dying patients and how to conduct survivors. The form "Information for survivors" will be supplied with further information which can help survivors cope with the difficult situation that has occurred. Other discovered facts, for example, the lack of suitable premises, time and staff can not be influenced by the respondents, but it could surely be influenced by the hospital management.

Key terms: dying, hospital nurse, communication, dead body, survivors.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Jaroslava Bohdalová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky a za čas, který mi věnovala.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Umírání	11
1.1.1 Stadia psychické odezvy dle Elisabeth Kübler – Rossové.....	13
1.2 Smrt.....	15
1.3 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta.....	16
1.4 Komunikace všeobecné sestry a umírajícího pacienta	23
1.5 Sdělení pravdy a milosrdná lež.....	25
1.6 Péče o mrtvé tělo a pozůstalost.....	28
1.7 Komunikace s pozůstalými.....	30
1.8 Zvládání zátěžové situace všeobecnou sestrou.....	32
2 Cíl práce, výzkumné otázky	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 Metodika	35
3.1 Metodika výzkumu	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 Výsledky	37
4.1 Kategorie vnímání umírání a smrti	37
4.1.1 Podkategorie nástup do praxe	37
4.1.2 Podkategorie vliv praxe.....	38
4.2 Kategorie ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta.....	38
4.2.1 Podkategorie potřeby	39
4.2.2 Podkategorie zátěžové situace.....	40
4.3 Kategorie komunikace	41

4.3.1 Podkategorie komunikace s umírajícím pacientem.....	41
4.3.2 Podkategorie komunikace s rodinou před smrtí pacienta.....	42
4.3.3 Podkategorie komunikace s rodinou po smrti pacienta.....	43
4.4 Kategorie současný stav umírání v nemocnici	44
4.4.1 Podkategorie úroveň péče	45
4.4.2 Podkategorie nedostatky v péči.....	45
4.5 Kategorie péče o mrtvé tělo	46
4.5.1 Podkategorie postup	46
4.5.2 Podkategorie rituály	47
4.6 Kategorie vzdělávání během praxe.....	47
4.6.1 Podkategorie návštěva seminářů	47
4.6.2 Podkategorie samostudium	48
5 Diskuze	49
6 Závěr	58
7 Klíčová slova	60
8 Seznam použitých zdrojů	61
9 Seznam příloh	64

Úvod

Umírání a smrt jsou přirozenou součástí našeho života, ale nejsou vyhledávaným tématem rozhovorů a lidé se těmito aspekty zabývají převážně až tehdy, pokud se jich osobně dotýkají. Data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti z výzkumu v roce 2013, jež zadalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů a realizovala ho výzkumná agentura STEM/ MARK, vypovídají mimo jiné o tom, že většina lidí by si přála umírat doma. V současnosti je toto řešení ve většině případů neuskutečnitelné a tak nejvíce lidí stále umírá v nemocnicích, kde o ně pečují všeobecné sestry. Ty by měly být se smrtelností vyrovnány a měly by se nad tímto tématem zamýšlet, aby byly schopny poskytnout umírajícímu pacientovi co nejkvalitnější péči. Na umírajícího pacienta by měly všeobecné sestry pohlížet jako na celistvou bytost, která má své potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální, a snažit se o to, aby své poslední chvíle života prožil co nejlépe. Ošetřovatelská péče o umírajícího pacienta je fyzicky i psychicky náročná, a proto by měla být přípravě na toto povolání věnována náležitá pozornost a dostatek času, aby měly všeobecné sestry možnost se s umíráním a smrtí vyrovnat a vykonávat dobře svou profesi. U umírajícího pacienta se dostávají do popředí spirituální potřeby a právě i ty by měla být všeobecná sestra schopna uspokojit. Ne vždy tomu tak je. Sami zdravotníci poukazují ve výše zmíněném výzkumu, že by přivítali v péči o umírajícího pacienta pomoc v duševní/ duchovní oblasti. Další důležitou dovedností všeobecné sestry je zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem, ale i jeho rodinou a posléze s pozůstalými. Všeobecné sestry by měly také důstojně a taktně pečovat o tělo zemřelého, protože člověk si zaslouží respekt a úctu i po smrti. K tomu všemu je potřeba také schopnost empatie.

Tuto problematiku jsem si vybrala, protože umírající v nemocnicích jsou odkázáni na péči všeobecných sester a považuji za důležité, aby o ně pečovali nejen profesionálové, ale i citlivé lidské bytosti, které jsou schopné a ochotné v této oblasti věnovat umírajícím, ale i zemřelým maximum. Na základě těchto skutečností jsem si stanovila za cíl zjistit, jak vnímají péči o umírajícího všeobecné sestry v nemocničním zařízení a jak všeobecné sestry pečují o mrtvé tělo. Zajímá mě, jak se mému názoru přibližuje realita a co by bylo třeba v dané problematice zlepšit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1. Umírání

Umírání je proces, který vede ke smrti jedince. V lékařské terminologii označujeme umíráním terminální stav, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí a orgánů s důsledkem smrti (Kelnarová, 2007). Proces umírání se skládá ze tří období, která na sebe navazují. Mluvíme o období *pre finem* – období před umíráním, období *in finem* – období umírání a období *post finem* – období po smrti (Vytejková, 2013).

Období *pre finem* začíná tím, že se pacient dozvídá o vážnosti situace a o tom, že nemoc je neslučitelná se životem. V průběhu celého období je důležité se snažit o zlepšení stavu nebo alespoň zmírnění obtíží nemocného a uchránit jej před psychickou a sociální smrtí. Beznaděj a psychická rezignace urychlují smrt fyzickou. Sociální smrt je stav, kdy člověk žije, ale je izolován od interpersonálních vztahů a od celé společnosti a může postihnout i člověka zdravého (Haškovcová, 2002). Období *pre finem* je hlavně obdobím, ve kterém se člověk vyrovnává se smrtelným onemocněním podle fází Elisabeth Kübler – Rossové (Jankovský, 2003), viz. Kapitola 1.1.1.

Období *in finem* se týká terminálního stavu, který hraničí s fyzickou smrtí. Dochází k postupnému selhávání životních funkcí a pacient není při plném vědomí. Umírající je v agónii, což se dá z řečtiny přeložit jako předsmrtný zápas, a postupně upadá do hlubokého bezvědomí, při kterém nereaguje na žádné podněty (Vytejková, 2013). Několik dní před tím, než nastane kóma, se může objevit euforie, při které se pacientův stav na chvíli zlepší a pacient vypadá, jako by se najednou uzdravoval (Jankovský, 2003).

V období *post finem* probíhá pietní péče o mrtvé tělo, jež má být prováděná s úctou, komunikace s pozůstalými a jejich doprovázení (Jankovský, 2003).

V minulosti se dožívali lidé nízkého věku, umírali na zranění, neléčitelné infekce či následky špatné výživy. Lidé se s umíráním běžně setkávali a brali ho jako přirozenou součást života. O své umírající pečovali ve svých domovech, věděli, jak se k nim

chovat. Umírání bylo sociálním aktem (Haškovcová, 2007). Při tomto aktu se s umírajícím setkávali rodina, sousedé a duchovní. Každý věděl, jak umírání vypadá, protože s ním měl zkušenosti. Postupem času se však umírání přesunulo do chudobinců, špitálů a později nemocnic a došlo k postupné institucionalizaci umírání (Haškovcová, 2007).

V současné době většina lidí umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců. Jen nepatrná část úmrtí nastává doma. V institucích se umírajícím dostává sice profesionální péče, ale city v mnoha případech chybí. Umírající bývají od ostatních pacientů odděleni na samostatném pokoji, v některých zařízeních ještě bílou plentou. Nemocní umírají osamoceni mimo soukromí a pohodlí svého domova v péči profesionálů, kteří jsou pro ně přece jen cizími lidmi. Místo toho, aby umírání sociální a psychické šlo ruku v ruce s fyzickým, spíše mu předchází. Problémem je i to, že v současnosti lidé nemají s umíráním žádné zkušenosti, nevědí, jak se mají k umírajícímu chovat a co říkat, všeobecné sestry nevyjímaje (Špaček, 2007). Díky vědeckému a technickému pokroku je umírání delší a to může vyvolávat pocity strachu, úzkosti a nejistoty u umírajících, jejich blízkých, ale i u všeobecných sester, které nemají s umíráním zkušenost a mnohdy nejsou s vlastní smrtelností ani vyrovnány (Kelnarová, 2007). Pocity strachu bývají ze závislosti, bolesti, nedůstojného zacházení, osamělosti, odmítnutí nebo izolace (Leishman, 2009). Blízcí umírajícího nevědí ani, jak by o umírajícího měli pečovat, a tak vlastně vítají, když je umírající v péči profesionálů, kteří se dle povědomí dnešní společnosti mají o umírající starat (Špaček, 2007). Došlo k tomu, že v moderní době umírá člověk sám jako nikdy dřív a hledá se řešení, aby umírání bylo důstojné a stalo se opět sociálním aktem (Bártlová, 2009). K tomu je třeba si uvědomit a připustit, že umírající jsou mezi námi, potřebují naši pomoc a my bychom se jim měli snažit odchod ze života co nejvíce usnadnit a nenechat je umírat v osamocení (Haškovcová, 2007).

1.1.1 Stadia psychické odezvy dle Elisabeth Kübler – Rossové

Americká lékařka Elisabeth Kübler – Rossová popsala pět stadií, kterými člověk prochází v posledním životním období, v období umírání. (Křivohlavý, 1995).

V prvním stadiu – stadiu popírání a izolace - se nemocný dozvídá, že má smrtelné onemocnění a reaguje většinou slovy: „Já?“, „To není možné, to se určitě netýká mě!“ Nemocný odmítá přijmout skutečnost a přesvědčuje sám sebe, že někdo zaměnil výsledky, nebo se pomíchaly lékařské zprávy, někdy se domáhá dalších vyšetření, od kterých očekává, že smrtelnou diagnózu vyvrátí. Pacient se tak snaží bránit před nepříjemnou zprávou, jež jej šokovala a zahrnala do úzkých. Odmítání a negace ve většině případů bývá dočasnou obrannou strategií a po čase pacient částečně přijme skutečnost (Kübler – Rossová, 1993).

Druhé stadium – stadium zlosti - je charakterizované pocity vzteku, zlosti, rozmrzelosti a závisti vůči zdravým. Nemocný se ptá sám sebe: „Proč to potkalo právě mě a ne někoho jiného?“ (Kübler – Rossová, 1993). Pacient se na všechny zlobí, vylévá si svůj vztek a zlobu na svém okolí, obviňuje všechny kolem sebe. Jako první se stávají terčem zloby všeobecné sestry, které se mohou snažit, jak nejlépe dovedou, ale podle pacienta je stejně všechno špatně, ať udělají cokoliv. Návštěvy rodiny probíhají ve stísněné atmosféře. (Kübler – Rossová, 1992). Pokud všeobecné sestry pacienta respektují, chápou a věnují mu svůj čas a pozornost, pacient pozná, že si jej váží, není jim lhostejný a chtějí mu pomoci. Pacient zjistí, že nemusí být zlostný a vyvolávat vypjaté scény, aby mu všeobecné sestry naslouchaly, a jeho zloba se postupně zmenší (Kübler – Rossová, 1993).

Ve třetím stadiu – stadiu smlouvání - se nemocný pokouší o jakousi dohodu, která by mu pomohla oddálit příchod nevyhnutelného (Kübler – Rossová, 1993). Se zhoršováním choroby si totiž nemocný uvědomuje, že už mu nezbývá moc času na to, aby uskutečnil všechna svoje přání (Haškovcová, 1991). Nemocní slibují, že udělají cokoliv, aby si mohli život ještě o nějaký čas prodloužit (Kübler – Rossová, 1993).

Ve čtvrtém stadiu – stadiu deprese - smrtelně nemocný člověk už nemůže dál sám sebe obelhávat, má jasno o povaze svého stavu a dostávají se pocity velké ztráty.

Nemocný je smutný z toho, co ztratil a ztrácí, trápí se, co bude s jeho nejbližšími, až on tady nebude (Kübler - Rossová, 1993). Depresi můžeme rozdělit na dvě formy. První formu deprese doprovází pocity studu a viny, je to deprese reaktivní z utrpené ztráty; například žena s rakovinou prsu se trápí svým změněným zevnějškem. Druhá forma deprese je ze ztráty hrozící, žena má například strach, že se nebude moct postarat o své děti (Kübler – Rossová, 1992).

Páté stadium – stadium akceptace - nastupuje, pokud pacient prožil a překonal stadia předcházející. V tomto stadiu již pacient nepřijímá svou situaci zlostně či sklíčeně a ani nepocituje závist vůči zdravým (Kübler – Rossová, 1992). Ve většině případů je nemocný unaven a zvyšuje se jeho potřeba spánku. Je to jakýsi poslední odpočinek před tím, než umírající odejde z tohoto světa. Pacient je se svou situací smířen a přijme ji (Kübler – Rossová, 1993). V tomto stadiu potřebuje pomoc a podporu více pacientova rodina a jeho blízcí než pacient sám (Kübler – Rossová, 1992). Najdou se i tací nemocní, kteří bojují až do konce a pátého stadia akceptace nedosáhnou. Jednoho dne už ale nemají síly pokračovat dál a svůj boj ukončí. Vynaložili veškeré své síly, aby unikli smrti, a tím více si ztížili konečné přijetí klidu a důstojnosti (Kübler – Rossová, 1992).

Stadia výše popsaná neprožívá pouze pacient, ale i jeho rodina či blízcí a pořadí jednotlivých stadií se může měnit, vracet nebo některé stadium neprožijí vůbec. Rodina a nejbližší nemocného prožívají stadia s určitým časovým odstupem za nemocným a většinou se nacházejí ve stadiu jiném. Každý člověk je jedinečný, a proto i prožívání výše vyjmenovaných stadií není u všech stejné (Svatošová, 2003). Jestliže potřebuje pacient zůstat v některém stadiu delší čas, nebo si svou smrtelnost vůbec nepřipouští, je lepší jej tak nechat. Stadia prožívají nemocní i podle své povahy. Zlostný člověk může zůstat ve druhém stadiu zlosti, depresivní ve čtvrtém stadiu deprese. Všeobecné sestry by měly umět rozpoznat, ve kterém stadiu se pacient nachází, aby pacientovi uměly pomoci přejít do stadia dalšího, pokud je na to pacient připraven. Někteří pacienti přechod do dalšího stadia bez pomoci druhé osoby nezvládnou (Kübler – Rossová, 1995).

Haškovcová (2002) uvádí ještě stadium nulové, které zatím není dostatečně odborně popsáno. V tomto stádiu se nemoc teprve postupně vyvíjí a ohlašuje se, i když jen třeba nenápadnými příznaky, které ale nemocný zaznamená. Člověk uklidňuje a přesvědčuje sám sebe, že jde jen o běžné příznaky bezvýznamných nemocí a určitě to přejde, ale v zápětí ho napadají ty nejhorší myšlenky. Je to stadium, kdy nemocný váhá, zda má či nemá vyhledat odbornou lékařskou pomoc.

1.2 Smrt

V moderní společnosti převládá zájem o úspěch, zdraví, krásu, postavení, majetek a i když nás smrt provází doslova na každém kroku, moderní člověk si smrt nepřipouští a dělá, že neexistuje (Jankovský, 2003). Se smrtí se setkáváme ve zprávách, hororech, akčních filmech či výstavách Bodies a vypadá to, jako by se společnost snažila tím vším smrt banalizovat (Ondračka, 2010). Smrt je však součástí života a nemine nikoho z nás. Všeobecné sestry by měly zaujmout profesionální postoj ke smrti a být s ní vyrovnány, ale ne všem se to podaří, a proto jejich zájem o problematiku smrti stoupá, protože si začínají uvědomovat, že tápou v tom, jak se chovat k umírajícím a zemřelým (Kelnarová, 2007).

Smrt můžeme rozdělit na základě časového aspektu na smrt náhlou, která nastává do šesti hodin od poškození, smrt rychlou a smrt pomalou. Z biologického pohledu je smrt definována jako nezvratné vymizení veškerých funkcí mozku, včetně mozkového kmene. Dále rozdělujeme smrt na smrt klinickou, biologickou a sociální. Při klinické smrti dochází k zástavě akce srdeční a zástavě dechu, a pokud je nejpozději do tří minut okamžitě zahájena kardiopulmonální resuscitace, lze tento stav považovat za reverzibilní. Biologická smrt nastává zánikem gangliových buněk, které bez přítomnosti kyslíku přežívají maximálně pět minut. O biologické smrti se mluví také jako o mozkové smrti, kdy dochází k ireverzibilnímu poškození mozku. Pojmem sociální smrt bývá někdy označován stav, kdy jsou poškozeny vyšší části mozku, například chybí schopnost verbální komunikace, či kognitivní funkce, a tento stav se označuje jako

kóma vigile nebo apalický stav (Vytejková, 2013). Misconiová uvádí ještě smrt psychickou, při které dochází k rezignaci a zoufalství a smrt fyzická se za takového stavu přibližuje rychleji a smrt sociální, jež podle ní nastává při ztrátě pro člověka důležitých sociálních a mezilidských vztahů. Dle Misconiové by smrt fyzická, psychická a sociální měly nastat současně, ale pokud se člověk ocitne v neznámém prostředí, v tomto případě v některém ze zdravotnických zařízení a mezi neznámými lidmi, což je pro nemocné ošetrovatelský personál a ostatní pacienti, bývá to začátek smrti psychické i sociální.

Na smrt ukazují známky jisté a nejisté. Mezi nejisté známky smrti patří zástava dýchání a akce srdeční, nepřítomnost zornicového reflexu. Jisté známky smrti tvoří fyzikální a chemické změny a nazýváme je změnami posmrtnými. K fyzikálním posmrtným změnám patří posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla a posmrtné skvrny. K chemickým posmrtným změnám patří posmrtné tuhnutí těla, posmrtný rozklad (autolýza), posmrtné srážení krve a posmrtná hniloba. Při smrti se také někdy určují kritéria mozkové smrti, mezi které patří žádná reakce na vnější bolestivé podněty, nepřítomnost spontánních dýchacích nebo svalových pohybů, vymizení reflexů a nulová aktivita na EEG (Kelnarová, 2007).

Smrtí, umíráním a vším, co je s těmito obdobími lidského života spojeno, se zabývá thanatologie. Thanatologie je interdisciplinární obor a jeho název je odvozen od řeckého boha smrti, který se jmenuje Thanatos. Mezi disciplíny, které se zabývají thanatologií se řadí například psychologie, medicína, filosofie, teologie nebo sociologie (Haškovcová, 2007).

1. 3 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Ošetrovatelská péče o umírající pacienty je pro všeobecné sestry fyzicky i psychicky náročná a je vždy přínosem, pokud se nad svou smrtí zamýšlí a jsou s ní vyrovnány, protože tak mohou dát umírajícímu tu nejlepší péči. Všeobecná sestra by měla být sama sebou, měla by vnímat své pocity při kontaktu s umírajícím pacientem,

otevřeně s ním mluvit i o svých pocitech a potřebách a ne se skrývat za profesionální závoj (Blumenthal – Burby, 1987). K tomu, aby umírající prožil svůj poslední úsek života co nejlépe, musí jej všeobecná sestra vnímat jako celistvou bytost, soucítit s ním, mít na paměti, že umírající má svou důstojnost a zaslouží si úctu nejen za života, ale i po smrti. Všeobecná sestra musí umírajícímu pomáhat zemřít v klidu, ale snažit se i o to, aby dobře prožil své poslední chvíle (Munzarová, 2008).

Umírající člověk má své potřeby v oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální. Nejprve jde hlavně o potřeby biologické, ale s blížící se smrtí do popředí nastupují potřeby spirituální (Jankovský, 2003).

Haškovcová (2007) uvádí základní potřeby umírajících, uvedených v americké Chartě umírajících, mezi které patří potřeba komunikovat s druhými a nebyť sám, potřeba soukromí, potřeba vyjádřit své pocity a myšlenky nebo potřeba vědět, že příbuzní to po jeho odchodu zvládnou (Příloha 1).

Biologické potřeby

Mezi potřeby biologické řadíme potřebu přijímat potravu, potřebu přijímat tekutiny, potřebu zbavovat se produktů metabolismu, potřebu být v čistotě a suchu, potřebu kyslíku, potřebu být bez bolesti a potřebu spánku (Svatošová, 2003).

Péčí o dýchací cesty se všeobecné sestry snaží umírajícím pacientům ulehčit dýchání a udržet dýchací cesty průchodné. Pravidelně sledují kvalitu a frekvenci dýchání, prokrvení a barvu akraálních částí těla, charakter a množství sputa a to, jakou polohu pacient zaujímá. Vhodná poloha je Fowlerova, a pokud to pacientův stav dovoluje, může si zvolit pro něj nejlepší úlevovou polohu pro dýchání. Je-li indikován, podává všeobecná sestra umírajícímu kyslík nebo inhalace. Všeobecná sestra odsává nemocnému sekret z dýchacích cest a provádí s pacientem dechovou rehabilitaci (Vytečková, 2013). S přibližující se smrtí se frekvence a kvalita dechu mění, dech může být rychlejší a povrchní, nebo naopak pomalejší s dlouhými přestávkami mezi nádechy, kdy to vypadá, jako by to byl nádech poslední, dech může být i nepravidelný. Všeobecná sestra by měla umírajícímu pacientovi zvýšit polohu hlavy nebo horní části těla nebo jej může otočit na bok. Nesmí se zapomínat na

pravidelné větrání místnosti a podle potřeby zvlhčovat vzduch (Tausch, 2005). Kromě dechu sleduje všeobecná sestra u umírajícího i krevní tlak, pulz a teplotu a také sleduje stav vědomí. Pokud není dáno jinak, zahajuje všeobecná sestra při srdeční zástavě kardiopulmonální resuscitaci a volá lékaře. Jestliže není ožívování indikováno, všeobecná sestra zaznamená čas zástavy fyziologických funkcí nemocného a kontaktuje lékaře. Pokud je pacient monitorován, všeobecná sestra nechá monitor zapnutý do doby, než přijde lékař (Vytečková, 2013).

Strava podávaná umírajícím pacientům působí jako prevence malnutrice, poruch metabolismu a vzniku dekubitů a musí být tedy nutričně vyvážená a kaloricky hodnotná. Všeobecná sestra sleduje a hodnotí aktuální stav pacienta, stav jeho chrupu nebo polykacího reflexu a dle toho zvolí odpovídající formu složení a úpravu stravy. Stravu je vhodné podávat v menších a častějších dávkách, což lépe vyhovuje limitovaným možnostem organismu umírajícího stravu zpracovat. Všeobecná sestra musí myslet na riziko aspirace. Postupně se umírajícímu pacientovi mění chutě, až přestává jíst úplně. Nemůže – li umírající přijímat stravu ústy, podávají se oligomerní přípravky enterálně nasogastrální, nasojejunální nebo nasoduodenální sondou. Dalším způsobem je parenterální podávání energeticky hodnotné připravené výživy ve formě infusního vaku (Vytečková, 2013).

Všeobecná sestra dbá u pacienta o dostatečný příjem tekutin a sleduje jejich příjem a výdej. Teplotu nápoje upřednostňují umírající pacienti spíše chladnou. Nápoje všeobecná sestra podává pomocí pomůcek, které pacientovi umožňují co nejsnadnější příjem tekutin, například brčkem nebo hrnkem s víčkem uzpůsobeným pro pití. Všeobecná sestra opět pamatuje na riziko aspirace. Pokud není jiná možnost, je zajištěna hydratace pacienta parenterálně (Vytečková, 2013). Pocit žízně zůstává zachován až do doby krátce před smrtí, proto všeobecná sestra musí provádět pravidelnou a častou péči o dutinu ústní, kterou lze zabránit suchým a popraskaným rtům a oschlému jazyku. Ústa zvlhčuje tampónem nebo vlhčenými tyčinkami určenými pro péči o dutinu ústní (Blumenthal – Burby, 1987).

Všeobecná sestra pečuje o vyprazdňování nemocného. V průběhu umírání vyhasínají funkce svěračů, a proto všeobecná sestra zajistí lůžko pacienta proti

znečištění nepropustnou podložkou a pacientovi může dát inkontinentní pomůcky, mezi které patří inkontinentní vložky, pleny a kalhotky různých velikostí a stupňů absorpce, a používá speciální kosmetické přípravky ve formě sprayů či krémů pro inkontinentní pacienty. Všechny tyto pomůcky umožňují snadné rychlé použití a pacient není zbytečně zatěžován dlouhými ošetrovatelskými úkony. Je možné zvolit variantu vyprazdňování močového měchýře pomocí močového katétru a při inkontinenci řídké stolice je možné použít drenážní rektální systém a tím zvýšit komfort pacienta. Všeobecná sestra se stará, aby měl umírající pacient vždy pocit čistoty, maximální komfort a při všech ošetrovatelských činnostech vždy respektuje stud pacienta (Vytejková, 2013).

Pro pohodlí a kvalitu života umírajícího pacienta je podstatná péče o hygienu a je též součástí prevence dekubitů a infekce. Všeobecná sestra vždy respektuje přání a potřeby pacienta. Péče o tělesnou hygienu umírajícího je zaměřena hlavně na péči o pokožku a na péči o dutinu ústní. Při zanedbání hygienické péče je umírající ohrožen vznikem dekubitů a mykotickými a bakteriálními infekcemi v dutině ústní (Misconiová). Při péči o hygienu umírajícího je třeba si všimnout integrity a prokrvení kůže se zaměřením na místa ohrožená pocením či znečištěním sekrety. Jde například o oblast genitálií, kožní záhyby, vlasatou část hlavy a predilekční místa dekubitů, jako jsou sakrum, lopatky či paty pacienta (Tausch, 2005). Hygienu znečištěných částí těla provádí všeobecná sestra dle individuálních potřeb pacienta i několikrát denně, hygienu dutiny ústní minimálně dvakrát denně, mytí vlasů dvakrát týdně a úpravu nehtů jedenkrát týdně, ale intervaly se mohou měnit dle aktuálních potřeb pacienta. V místnosti, kde všeobecná sestra provádí hygienu pacienta, musí dbát na stálou teplotu prostředí a vždy respektuje pacientův stud (Misconiová). K pravidelné péči o pokožku patří její ošetřování speciálními krémy, neboť takto ošetřená a chráněná pokožka je odolnější proti vzniku otlaků, opruzenin a dekubitů (Tausch, 2005).

Umírající pacient musí být pravidelně polohován. Je vhodné střídát polohu na boku a zádech. Když se pacient sám neudrží, všeobecná sestra jej šetrně vypodloží, aby zůstal v požadované poloze. Je nutné zaměřit se na místa ohrožená vznikem dekubitů a používat antidekubitární pomůcky jako jsou molitanové podložky, polštáře různých

velikostí a tvarů vyplněné kuličkami či antidekubitární matrace. Všeobecná sestra vždy dbá na to, aby poloha byla pro pacienta příjemná, a je – li to možné, polohuje pacienta po vzájemné domluvě (Tausch, 2005).

Pacient, který umírá, by neměl nikdy trpět bolestí. Všeobecná sestra hodnotí pravidelně pacientovu bolest dle škál bolesti, pozoruje i jeho verbální a nonverbální projevy a při jakékoliv změně informuje lékaře, který upraví medikaci léčby bolesti dle aktuálních potřeb pacienta (Vytejková, 2013). Dnešní léčba bolesti opiáty většinou umožňuje, aby byl umírající bez bolesti a zároveň měl zachované vědomí a mohl komunikovat se svým okolím (Tausch, 2005).

V posledním období života pacient obvykle více spí, někdy to jen vypadá, že spí, ale v těchto chvílích přemýšlí o věcech pro něj důležitých. Všeobecná sestra by měla zajistit, aby pacient nebyl rušen a nesnažit se ho probudit, může mu však být u lůžka tichou oporou (Tausch, 2005).

Všeobecná sestra sleduje stav mobility a schopnost sebeobsluhy pacienta, která se s přicházející smrtí snižuje. Pokud to stav nemocného dovoluje, pobízí jej všeobecná sestra ke spolupráci, protože i malá účast na sebeobsluze, může být pro nemocného psychickou vzpruhou (Vytejková, 2013).

Psychologické potřeby

Mezi potřeby psychologické patří potřeba respektování lidské důstojnosti, potřeba být respektován jako lidská bytost, potřeba komunikace či potřeba bezpečí (Svatošová, 2003). Do potřeb psychologických se hlavně promítají fáze prožívání dle Elisabeth Kübler – Rossové (viz. Kapitola 1.1.1). Umírající potřebuje též porozumění, empatii, potřebuje zvládat negativní emoce jako jsou strach, úzkost nebo pocity viny a může mít potřebu pozitivních emocí, kterými jsou láska nebo radost (Jankovský, 2003). Někteří umírající mohou pociťovat lásku a radost, když vidí, že ti, které má rád, mají rádi jeho a radují se společně z toho, že mohli spolu být v jeho posledních chvílích (Křivohlavý, 1995). Všeobecná sestra může pomoci umírajícímu zbavit se strachu uklidňujícími slovy či podáním ruky, aby se necítil sám. Může pomoci i tím, že pacienta nechá

vyhovořit ze svých pocitů a starostí, snaží se zmírňovat jeho nepokoj a získat si pacientovu důvěru (Misconiová).

Než umírající opustí tento svět, potřebuje říci „Odpouštím ti“, protože odpuštění, ať žijícímu nebo již mrtvému člověku, přináší úlevu a často dochází i ke změnám v mezilidských vztazích. Potřebuje říci „Děkuji“, čímž umírající vyjádří pocit vděčnosti svým blízkým a i oni mu mohou poděkovat za společně strávený čas. Umírající potřebuje také říci „Mám tě rád“, kdy tak může vyjádřit svou lásku nejen slovy, ale i pohledy a dotyky. I umírající touží cítit, že je milován. Dále umírající potřebuje vyřknout „Odpusť mi“ a získat odpuštění od druhého, což přispěje k jeho vnitřnímu klidu a „Sbohem“, kterým se loučí a zvršuje vztah i celé bytí člověka (Psychické, sociální a spirituální potřeby[online]).

Sociální potřeby

Mezi sociální potřeby zahrnujeme potřebu společenského kontaktu, potřebu návštěv, protože i umírající člověk blízkost druhého člověka potřebuje a opora v rodině a mezi blízkými pro něj hraje významnou roli. Pacient má právo usměrňovat své návštěvy a je třeba jej v tom respektovat (Svatošová, 2003).

S přicházející smrtí může umírající postupně ztrácet zájem o okolní dění, nestojí už ani o návštěvy známých a přeje si být pouze s těmi jemu nejbližšími lidmi. Nastávají i chvíle, kdy chce být umírající zcela sám. Pacient se odpoutává od okolního dění, obrací se do sebe, má menší potřebu mluvit a upřednostňuje ticho, proto se všeobecná sestra musí snažit splnit pacientova přání a zajistit mu dostatek klidu, aby nebyl rušen (Tausch, 2005).

Spirituální potřeby

Potřeby spirituální byly až do nedávna přehlíženy a ještě dnes bývají považovány za potřeby pouze věřících. Věřící své spirituální potřeby většinou umějí uspokojit, ale nevěřící člověk se převážně až na konci svého života zabývá jeho smyslem, naplněností a potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a i on sám potřebuje odpustit (Svatošová, 2003). Při každém vážném onemocnění se spirituální krize objevuje, člověk stojí

najednou tváří v tvář své konečnosti a je více zranitelný. V tomto období pochybností a utrpení je doprovázení umírajícího tou nejdůležitější pomocí (Munzarová, 2008).

Spirituální péče zahrnuje péči psychologickou, sociální a pastorační. Duchovní má i psychologické dovednosti a může zařadit i sociální službu, zrovna tak klinický psycholog je schopen pomoci uspokojit umírajícímu část duchovních potřeb, ale je nutné si uvědomit, že duchovní a duševní péče není to samé. Nejblíže k sobě mají spirituální a pastorační péče (Špaček, 2007).

Je - li pacient nábožensky založený, měla by všeobecná sestra alespoň okrajově vědět, co takový pacient očekává a přeje - li si umírající duchovního, jeho přání musí být vyhověno. Všeobecná sestra by se měla informovat u pacienta, nebo u jeho rodiny o náboženství, které vyznává, a podle toho i dodržovat případné rituály a postupy při ošetrovatelské péči a neměla by zapomínat, že se rituály mohou vztahovat i na péči o zemřelého. Mezi všeobecnými sestrami je většina těch, které nejsou nábožensky založené, ale i tak mohou podpořit pacienta, aby se obrátil na svého duchovního nebo doporučit terapeuta či náboženské podpůrné skupiny, jež se duchovní tematikou zabývají. V některých nemocnicích existuje i duchovní služba. V oblasti spirituality jsou znalosti všeobecných sester nedostatečné, a proto by bylo vhodné, aby o této problematice měly alespoň základní přehled a při setkání s nábožensky založeným umírajícím pacientem byly schopné vyhovět i jeho spirituálním potřebám (Špaček, 2007).

Všechny ošetrovatelské úkony je třeba přizpůsobit individuálním potřebám a přáním umírajícího pacienta, a pokud je to možné, všeobecné sestry by se měly snažit zachovat jeho biologický rytmus (Blumenthal – Burby, 1987).

Nejkomplexnější péči v našich podmínkách může umírajícímu pacientovi i jeho rodině poskytnout specializovaná paliativní péče. Paliativní neboli útěšná medicína pomáhá umírajícím a jejich rodinám a je poskytována v zařízeních, která se nazývají hospic. Paliativní péče klade hlavní důraz na kvalitu života, umí zvládat bolest a ostatní projevy v terminálním stádiu onemocnění. Zaujímá celostní přístup k člověku a je založena na interdisciplinární spolupráci. Vychází z individuálních potřeb a přání pacienta, respektuje jeho hodnoty, klade důraz na význam rodiny a přátel a umožňuje,

aby poslední úsek života strávili v příjemném prostředí. Hospice spolupracují s rodinou pacienta a podporují ji i po té, co jejich blízký zemře. (Haškovcová, 2007, Na cestách domů 2006). V nemocnicích je poskytována pouze obecná paliativní péče, jejímž základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života, například léčba nejčastějších symptomů, citlivý a empatický přístup k umírajícímu a jeho rodině nebo spolupráce s ostatními specialisty (Co je paliativní péče, [online]).

Kromě výše popsaných změn v oblasti bio – psycho – sociální a spirituální dochází ještě k dalším typickým změnám. Umírající bývá bledý a má charakteristický výraz tváře, tzv. facies Hippocratica, kdy má propadlé tváře, vystupující lícni kosti a špičatý nos (Křivohlavý, 1995). Po euforii, jež nastává několik dní před smrtí a projevuje se zlepšením stavu, se mění i vědomí pacienta a nastupuje smrtelné kóma, nemocný upadá do hlubokého bezvědomí a mizí jakákoliv volní činnost. I když se umírající neúčastní okolního dění, je nutné, aby se všeobecné sestry chovaly tak, jako by byl při plném vědomí. (Haškovcová, 2007). Blumenthal – Burby (1987) uvádí, že u umírajících v bezvědomí občas bývá zachován, někdy i vystupňován, sluch a při nevhodných poznámkách může být důsledkem krize pacienta. Oči umírajícího mohou být otevřené nebo polootevřené, ústa nedověřená, postupně slábne puls, zornice reagují stále méně na osvit a za ustávající srdeční akce a dýchání se dostavuje smrt (Poslední chvíle, [online]).

1. 4 Komunikace všeobecné sestry a umírajícího pacienta

Dobrá komunikace mezi všeobecnou sestrou a umírajícím pacientem může pozitivně ovlivnit pacientův stav a všeobecná sestra tak může zjistit, jaké problémy a obavy umírající pacient má, jak se cítí, a stanovit priority jeho potřeb (Kelnarová, 2007). Všeobecné sestry by měly umět umírajícím naslouchat, protože tím jim věnují čas, pozornost, úctu a respekt, přátelství, prostor ve svém myšlení a cítění a příležitost, aby jim umírající mohl sdělit své potřeby a přání (Křivohlavý, 1993). Díky tomu může všeobecná sestra lépe porozumět všemu, co jí umírající pacient chce říci, třeba jen

symboly či náznaky, a může mu tak pomoci zbavit se pocitů úzkosti, tísně a bolesti (Calannan, 2005). Při komunikaci s umírajícím pacientem by měla všeobecná sestra pečlivě volit slova a nepoužívat výrazy, které asociují smrt. Lidé mají strach ze slov jako je rakovina či zhoubný nádor. Raději mluví o chorobě nebo nemoci a i nemocný, který je již smířen se svou diagnózou, se může výrazům připomínajícím smrt vyhýbat. Všeobecná sestra by měla využívat i haptiku, která je součástí nonverbální komunikace, a důležitou schopností všeobecné sestry při komunikaci dotykem je schopnost empatie (Kelnarová, 2007). Venglářová (2006) uvádí, že k zvládnutí účinné komunikace s umírajícím pacientem je kromě odborných, psychologických a sociálních dovedností velice důležité, aby všeobecná sestra měla vyjasněné osobní postoje k umírání a smrti, protože je tak schopna lépe zvolit i vhodný způsob komunikace s umírajícím pacientem podle stadií Elisabeth Kübler – Rossové (viz. Kapitola 1.1.1).

Ve skutečnosti ale komunikace s umírajícím pacientem není ve zdravotnických zařízeních na dobré úrovni. Stojí za tím nedostatek času všeobecných sester, ale i nedostatek praktických komunikačních dovedností, které všeobecné sestry získávají často až při výkonu svého povolání metodou pokusu a omylu (Kelnarová, 2007). Všeobecné sestry se mnohdy chovají způsobem, který komunikaci s umírajícím pacientem spíše blokuje. Důvodem může být nedostatek dovedností, strach z toho, co odpovědět na pacientovy dotazy nebo strach z vlastního umírání a smrti, a tak se umírajícím pacientům vyhýbají, ignorují jejich emocionální projevy, záměrně mění téma rozhovoru či se zaměří pouze na praktické úkony (O'Connor, 2005).

Do komunikace s umírajícím pacientem by všeobecná sestra měla zahrnout i jeho rodinu. Rodina potřebuje vědět, že umírající nemocný nemá velké obtíže a bolesti, a být ujištěna, že všeobecná sestra dělá vše pro to, aby jejich blízký netrpěl (Kelnarová, 2007). Je vhodné, aby rodina byla zapojena do léčby a péče o umírajícího pacienta již od počátku, protože pak lépe spolupracuje. Rodina chce vědět informace o nemoci, možnostech léčby a to, jak mohou umírajícímu pacientovi pomoci. Všeobecná sestra rodině může nabídnout, že se mohou podílet na přípravě ošetrovatelského plánu pro umírajícího. Pro příbuzné je také důležité, že mohou svého blízkého doprovázet po dvacet čtyři hodin denně a pokud mohou být u lůžka jen po nějakou dobu, potřebují

ujištění, že nemocný nebude umírat sám, ale bude s ním některá ze všeobecných sester. Velice důležitá je psychická podpora členů rodiny, kteří bývají psychicky i fyzicky vyčerpaní, a je třeba věnovat zvýšenou pozornost jejich emocionálním potřebám. Rodina se musí vyrovnat s tím, že jejich blízký umírá, a všeobecná sestra by je měla informovat o stadiích, kterými umírající prochází, i o tom, že těmito stadii mohou procházet i oni, nabídnout svou pomoc a podporu při řešení emocionálních problémů a nabídnout i další kontakt na jiné odborníky, jako jsou sociální pracovníci či psychologové, kteří mohou pomoci s řešením jejich problémů (Kelnarová, 2007).

1. 5 Sdělení pravdy a milosrdná lež

Sdělit, či nesdělit nemocnému pravdu o závažnosti jeho stavu je stále otevřené téma, i přesto, že existuje legislativa, která se k tomuto vyjadřuje. V České republice musí lékař postupovat podle Zákona o péči o zdraví lidu č. 372/ 2011 Sb., kdy má povinnost informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Přesněji řečeno jej má informovat přiměřeně, ale pod slovem přiměřeně si můžeme představit mnoho variant, od pravdy až po zatajení informací (Haškovcová, 2010). Ještě nedávno se praktikovala *pia fraus* neboli milosrdná lež, kdy lékař nemocnému pravdu nesdělil, nebo se jí snažil zakrývat. Tomuto přístupu se vžilo rčení „těšínská jablíčka“. Postupem času se však ukázalo, že nemocný se pravdy nakonec stejně dobere tím, jak se ozývá jeho nemoc či zhoršuje zdravotní stav, a tak je v současné době preferována spíše pravda, ovšem vždy s přihlédnutím k individualitě pacienta (Jankovský, 2003). Je tedy možné nesdělit všechny informace o smrtelné diagnóze, nebo je zadržet, pokud je to v pacientově zájmu. Za této situace by měl lékař informovat rodinu a blízké pacienta, pokud pacient neurčil jinak (Opatrná, 2008).

Před sdělením pravdy je vhodné připravit si, jak nemocnému jako laikovi informace lékař podá, a je nutné, aby celý ošetřující tým používal stejné vysvětlení a konstatování, aby si neodporoval a nedošlo k nedorozumění. Důležité je rozhovor správně načasovat a respektovat pacientovu fázi prožívání, ve které se zrovna nachází, protože v počátečních

fázích není pacient schopen vstřebat a přijmout sdělované informace (Haškovcová, 1991). Je tedy třeba vědět, komu má být pravda sdělena, kdy má být sdělena, co říci, jak to říci a kdo pravdu řekne a kde ji řekne. Pravda má být sdělena v zásadě každému dospělému člověku, protože každý má právo vědět, jaký je jeho stav a situace. Pokud lékař některé informace zamlčí, musí mít pro to dostatečný důvod, kterým může být například duševně nemocný pacient nebo pacient, který si pravdivý rozhovor nepřeje. Někteří pacienti mohou mít až suicidální úmysly, a proto je třeba dbát na jejich ochranu a snížit riziko sebevraždy na minimum tím, že nenecháme nemocného o samotě s jeho trápením a budeme se snažit o jeho psychickou pohodu (Haškovcová, 2002).

Sdělena má být pravda až tehdy, pokud je diagnóza definitivně potvrzena a nemocný vnitřně přijal pravdu o své situaci. Na pravdu může být nemocný připravován postupně takzvanou pravdou po kapkách. Jsou ale i případy, kdy není možné čekat, až si pacient projde jednotlivými fázemi psychického prožívání a pravda musí být sdělena, protože výkon či léčba nesnesou odklad. Říci je třeba informace pacientovi tak, aby je pochopil, to znamená nepoužívat odbornou terminologii, brát v potaz i pacientův věk a inteligenci, vysvětlit hlavně, jak se jeho stav bude dotýkat jeho běžného života a sdělit prognózu do budoucnosti (Jankovský, 2003). Pokud chce pacient vědět, kolik času mu zbývá, není vhodné uvádět konkrétní počet týdnů nebo měsíců, ale upřímně mu říci, že to přesně nikdo neví. Když trvá na podrobnostech, může mu lékař ukázat statistické údaje, aby si udělal představu a mohl si urovnat své osobní záležitosti (Kübler – Ross, 1995). Pacient je sice na jedné straně informován o závažnosti situace, ale na straně druhé je třeba mu ponechat naději, protože naději k životu člověk potřebuje a v nemocném ji můžeme posilovat, aniž bychom mu museli lhát. Proto je nevhodné vyjadřovat se o situaci jako o beznadějně, ale raději říci, že je vážná či těžká (Svatošová, 2003). Kübler – Rossová (1995) uvádí, že pacient může potřebovat i malý kousek naděje k životu předtím, než zemře.

Při sdělování pravdy jde vždy o jedinečnou a neopakovatelnou situaci, a proto ani neexistuje postup na to, jak pravdu říci. Lékař, který pravdu sděluje, by měl být citlivý a vnímavý a měl by zaujmout šetrný a taktický přístup. Měl by volit vhodná slova a vyvarovat výrazů, které nahánějí hrůzu, jako je rakovina, smrtelné onemocnění, a spíše

volit slova jako vážná či nevléčitelná nemoc (Jankovský, 2003). Rozhovor může být krátký, ale musí být řečeno to podstatné způsobem, kterému bude pacient rozumět. Nejlepší čas pro sdělení se zdá odpoledne, kdy je již oproti ránu a dopoledni v nemocnici větší klid a nemocný má možnost vše probrat s rodinou a blízkými, kteří přijdou na návštěvu, eventuelně s psychologem či sloužící sestrou. Večer je pro sdělování vážných informací nevhodný, protože nemocný intenzivně přemýšlí nad tím, co se právě dozvěděl, nad svým osudem a nemůže spát (Haškovcová, 1991). Rozhovor by se měl odehrávat v místnosti, jež co nejméně připomíná zdravotnické prostředí a působí alespoň trochu útulně, například na lékařském pokoji. Zcela nevhodné a nepřipustné je sdělovat informace na pokoji pacientů nebo na nemocniční chodbě (Haškovcová, 2002). Nemocný musí mít pocit, že lékař je tu pro něj a má pro něj i dostatek času a pochopení. Je tedy nutné zajistit, aby nebyli rušeni ani zdravotnickými pracovníky, ani telefonem (Haškovcová, 1991). V našich podmínkách je zvykem, že pravdu sděluje ošetřující lékař. Vždy je důležité, aby byli i ostatní lékaři a zdravotnický personál srozuměni o míře informovanosti pacienta. V jiných zemích pravdu nemocnému může sdělovat i rodinný lékař či psycholog (Jankovský, 2003).

Dosud neexistuje žádný způsob, který by pomohl objektivně posoudit, zda pacient pravdu unese či nikoli. U každého pacienta probíhá psychická odezva na závažnou diagnózu individuálně. Většina nemocných o své vážné situaci ví, někteří o ní jen nechtějí mluvit, což musíme respektovat (Haškovcová, 2002). Po každé je ale třeba mít na paměti, že poté, co je nemocnému pravda sdělena, je pro něj důležitá blízkost a lidskost druhého člověka, a proto by v žádném případě neměl zůstat sám. Po sdělení diagnózy přemýšlí pacient o tom, jaká ještě může být jeho budoucnost a dostávají se pocity beznaděje, úzkosti a strachu. V této době musí mít pacient možnost mít s kým promluvit a probrat s ním svou situaci (Haškovcová, 1991). Kromě rodiny a blízkých je to právě všeobecná sestra, která může pacienta podpořit a být mu nápomocná při snášení úskalí nemoci (Haškovcová, 2002).

1. 6 Péče o mrtvé tělo a pozůstalost

Péči o mrtvé tělo provádí všeobecná sestra dle stanovených postupů (Kelnarová, 2007). Je potřeba zajistit intimitu zemřelého, například použitím zástěny nebo místnosti k tomu určené, ale i intimitu spolupacientů (Haškovcová, 2007).

Péče o mrtvé tělo by měla být důstojná, všeobecná sestra by ji měla provádět s taktem a úctou. Posmrtná péče začíná po potvrzení úmrtí pacienta lékařem a zahrnuje i podporu rodiny a přátel pacienta (Péče o zemřelého pacienta, 2012).

Pokud lékař po ohledání těla zemřelého rozhodne o provedení pitvy, všeobecná sestra ponechá všechny kanyly a sondy v těle zemřelého a zafixuje je v původní poloze k tělu. Pokud lékař pitvu nenařídí, veškeré kanyly a sondy všeobecná sestra odstraní, rány nepřevazuje, ale ponechá v původním stavu. Dolní čelist se podváže obvazem a svlečené tělo se uloží na čisté prostěradlo do vodorovné polohy na zádech, s horními končetinami podél trupu. Znečištěné části těla musí být omyty, ozdobné předměty a snímatelné zubní protézy odstraněny. Nesnímatelné zubní náhrady z bílého a žlutého kovu nebo ozdoby, které nelze sundat, nahlásí všeobecná sestra lékaři a ten po kontrole vše zaznamená do „Listu o prohlídce mrtvého“. Identifikaci nemocného provede všeobecná sestra pomocí nadepsané náplasti, kterou umístí na stehno dolní končetiny, na protilehlé horní končetině ponechá identifikační náramek. Na náplast se uvede: jméno, příjmení, rodné číslo, datum a hodina úmrtí, název oddělení a nadepsané údaje na identifikačním náramku se zvýrazní. Stejně údaje jako na náplasti a navíc podpis a jmenovka všeobecné sestry jsou uvedeny na identifikačním štítku, který se umístí na palec druhé dolní končetiny, než je náplast. Tělo zemřelého všeobecná sestra zakryje prostěradlem, udělá záznam do sesterské dokumentace o provedené péči o zemřelého a připraví pro lékaře 5x „List o prohlídce mrtvého“, 3x „Průvodní list k pitvě dospělých“. Tělo zemřelého zůstává 2 hodiny na oddělení, nejlépe ve zvláštní místnosti. Všeobecná sestra musí poučit podřízený personál, že je zodpovědný za pietní přepravu zemřelého a předání dokumentace na oddělení patologie (Péče o zemřelého pacienta, 2012).

Po provedení péče o mrtvé tělo sepíše všeobecná sestra seznam všech osobních věcí a cenností. Převezme za účasti jednoho svědka (lékaře nebo sestry apod.) doklady,

klíče, peníze nad 1000Kč, vkladní a šekové knížky, platební karty, předměty z drahých kovů a další hodnotné věci po zemřelém, které nebyly dány do úschovy. Udělá soupis těchto věcí a svědek ho podepíše. Vše předá staniční sestře nebo vedoucí sestře směny a ta vše uloží do trezoru pokladny ředitelství nemocnice. Dále všeobecná sestra zapíše seznam věcí, které se budou předávat pozůstalým, do „Knihy pozůstalostí“ ve dvou vyhotoveních, nebo do knihy vlepí list se „Seznamem věcí po zemřelém“ (Péče o zemřelého pacienta, 2012).

Informace o úmrtí podává příbuzným lékař telefonicky a provede o tom záznam, který je součástí zdravotnické dokumentace. Pokud nejsou známy osoby blízké, lékař nebo sociální pracovníce oznámí úmrtí obecnímu úřadu dle místa bydliště zemřelého. Při nemožnosti zjistit totožnost zemřelého kontaktuje lékař nebo sociální pracovníce Policii ČR (Péče o zemřelého pacienta, 2012).

Občanský průkaz, osobní věci po zemřelém a finanční hotovost do 1000Kč předáme přejímající osobě proti podpisu, u kterého je uvedeno tiskacím písmem jméno a příjmení, číslo občanského průkazu, vztah k zemřelému a datum předání. Přijímající obdrží kopii potvrzení, originál zůstává v „Knize pozůstalostí“. Jestliže je nalezena poslední vůle zemřelého, předává se právnímu oddělení nemocnice k dalšímu vyřízení. Když si příbuzný nepřeje pitvu, odkážeme jej na lékaře. Všeobecná sestra předá příbuzným tiskopis „Informace pro pozůstalé“. V tomto tiskopise je vyjádřena upřímná soustrast za veškerý ošetřující personál a návod, jak postupovat při vyřizování všech náležitostí, které se týkají osobních věcí zemřelého a vyřizování pohřbu. Je zde také uvedeno telefonní číslo na sociální pracovníci, na kterou se pozůstalí mohou obrátit, pokud budou potřebovat jakoukoli informaci nebo pomoc (Péče o zemřelého pacienta, 2012).

1.7 Komunikace s pozůstalými

Všeobecné sestry považují komunikaci s pozůstalými za nepříjemnou a stresující záležitost. Musí se vyrovnat s úzkostí z vlastní smrtelnosti, musí ovládat své emoce a musí pomoci pozůstalým překonat bolestnou událost (Venglářová, 2006).

Je vhodné informovat příbuzné o zhoršení stavu umírajícího pacienta, aby si mohli přivyknout na vážnost situace a pokud si to přejí, aby mohli s umírajícím být v jeho posledních chvílích (Venglářová, 2006). Ne vždy mohou příbuzní se svým blízkým v těchto chvílích zůstat a pokud s ním jeho poslední čas sdílí, stává se, že umírající zemře zrovna v okamžiku, kdy se příbuzný na chvíli vzdálí od lůžka. V obou případech má pak příbuzný výčitky a pocity viny, že se svým blízkým nemohl být, či odešel v nevhodnou chvíli. Všeobecná sestra musí příbuzné ujistit, že takové pocity mít nemusí a vysvětlit jim, že umírající často čekají právě na okamžik, kdy budou sami, aby mohli zemřít (Kelnarová, 2007). Jestliže příbuzným oznamujeme, že jejich blízký zemřel, je třeba jim umožnit, aby zprávu vyslechli vsedě, v klidném prostředí, což může být v podmínkách zdravotnického zařízení místnost sester pro odpočinek. Někde mají i vyhrazenou místnost pro komunikaci s příbuznými a pozůstalými, kde je možnost mít soukromí a lze tak eliminovat rušivé podněty, ať už jde o podněty způsobené chodem oddělení, rušení telefonem nebo jinými osobami, například návštěvami. V žádném případě nesdělujeme informace na chodbě nebo na patientském pokoji. Je nutné se vyjadřovat jasně a nazývat věci pravým jménem, to znamená, říci zemřel a ne odešel, protože pozůstalí jsou rozrušeni a mohlo by dojít k nedorozumění. Pozůstalí se většinou zajímají o to, jaké byly poslední chvíle zemřelého, zda netrpěl bolestí. Vhodnější je, když všeobecná sestra uvede, že zřejmě ne a že se snažili o klidný odchod nemocného (Venglářová, 2006). Všeobecná sestra musí respektovat přání příbuzných, aby mohli ještě zůstat u lůžka zemřelého a rozloučit se. Je vhodné otevřít okno v souladu s tradicí, aby duše mohla odlétnout, umožnit pozůstalým postát či posedět a nechat na sebe působit zvláštnosti tohoto okamžiku. Věřící se mohou pomodlit. Nechtějí - li pozůstalí zůstat se zemřelým sami, všeobecná sestra zůstává s nimi (Kelnarová, 2007). Je důležité nechat pozůstalé se zemřelým dostatečnou dobu, aby měli možnost posledního

rozloučení a smířit se s tím, že odešel (Kübler – Rossová, 1995). V některých zdravotnických zařízeních je možnost posledního rozloučení se zesnulým ve zvláštním pokoji, který je pietně vyzdoben. Jsou v něm květiny, svíčky, židle k posezení a někde i kříž (Haškovcová, 2007). Pokud si pozůstalí přejí setkat se sestrou, která byla s umírajícím v době, kdy zemřel, měli bychom jim toto umožnit. Pozůstalí jsou v těžkém psychickém rozpoložení, a tak se mnohdy opětovně ptají na to, co jim již bylo sděleno. Všeobecná sestra by měla mít pochopení, měla by být trpělivá, měla by odpovídat i na opakované otázky, měla by pozůstalým nabídnout pomoc při vyřizování formalit a neodmítat další setkání, pokud si ho pozůstalí přejí. V souvislosti se společenskými rituály se sluší vyjádřit naši lítost a upřímnou soustrast (Venglářová, 2006).

Smrtí blízkého člověka dochází v životě pozůstalých k radikální změně, je nabourán jejich pocit identity a integrity, jsou nabourány interpersonální vztahy a pocit bezpečí. Pozůstalí potřebují podporu a pomoc, celá rodina truchlí, je nabouráno její fungování a mohou nastat problémy. V dnešní společnosti se netruchlí snadno, pozůstalí si myslí, že je nevhodné dát průchod svému žalu, nevědí, co mají dělat, ale podporu a pomoc potřebují (Špaténková, 2008). Špaténková (2008) uvádí desatero rad pro pozůstalé, které jsou důležité pro to, aby se mohli lépe vyrovnat s nastalou situací (Příloha 2). Všeobecná sestra by je měla informovat o tom, že existují různé druhy pomoci, jako je péče o pozůstalé, která zahrnuje soucitnou a empatickou komunikaci, krizová intervence, poradenství nebo psychiatrická péče, kterou mohou vyhledat, a měla by jim i poskytnout informace, kde takovou pomoc vyhledat (Špaténková, 2008).

Tato pomoc může být laická nebo profesionální. K profesionální pomoci patří doprovázení – poradce pomáhá klientovi smířit se se situací a zvládat ji, vzdělávání – klient vyhledá pomoc, aby si ověřil a získal informace, konzultační činnost – odborná porada jinému odborníkovi, který má v péči klienta, poradenství – poradce pomáhá klientovi získat náhled na situaci a možnosti řešení. Další instituce, kde mohou pozůstalí hledat pomoc, jsou například linka důvěry, internetová poradna, e - linka důvěry, krizové centrum, svépomocné skupiny, hospic a hospicová poradna, psycholog (Špaténková, 2008). Mají-li pozůstalí v období zármutku možnost poradenství, může

jim to přinést velkou úlevu. Pokud je přítomno správné načasování, motivace klienta a podaří - li se navázat kvalitní terapeutický vztah, má to pak i dominový efekt v jiných vztazích, v oblasti fyzického a duševního zdraví a snižuje se pravděpodobnost abusu alkoholu a drog, kterými pozůstalí mohou maskovat svou bolest z úmrtí (Mallon, 2008).

1. 8 Zvládání zátěžové situace všeobecnou sestrou

Práce s umírajícími je velmi namáhavá a psychicky náročná, a proto musíme pamatovat na možnost vzniku syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je proces, který začíná vysokým nasazením jedince s vysokými osobními ideály, pokračuje stagnací, kdy ze svých ideálů jedinec slevuje. Poté nastává frustrace, kdy pacienti dotyčného obtěžují a ten je zklamaný ze své práce. Následuje apatie, při které jedinec plní už jen nejdůležitější úkoly a je nepřátelský ke svému okolí a končí vlastním syndromem vyhoření. Při poslední fázi procesu je jedinec vyčerpaný, ztratil smysl své práce, odcizil se svému okolí (Haškovcová, 2007). Projevy syndromu vyhoření zasahují oblast tělesnou, emocionální i duševní. Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou a tím i větší náchylností k různým chorobám a úrazům. Všeobecné sestry trpí bolestmi hlavy, zad, poruchami spánku a mají narušené stravovací návyky, kdy trpí buď nechutenstvím, nebo se naopak přejídají. Emocionální vyčerpání zahrnuje pocity bezmoci a beznaděje, všeobecné sestry mají pocit, že jsou v bezvýchodné situaci, jsou podrážděné a negativně naladěné vůči okolí i sobě samým, bývají labilní. Při duševním vyčerpání mají všeobecné sestry negativní postoj k sobě, okolí, ale hlavně k práci. Uzavírají se více do sebe a pacienty vidí jako příčinu svých problémů (Jankovský, 2003).

Proti syndromu vyhoření je nejlepší prevence, do které řadíme duševní hygienu, jejíž součástí je dostatečný a pravidelný odpočinek, pobyt v přírodě, návštěva divadel, koncertů, zájmy a koníčky. Součástí prevence je ale také příprava na práci s umírajícími pacienty. Dále by nadřízení pracovníci měli zajistit, aby všeobecné sestry nepečovaly stále jen o umírající pacienty, ale měly možnost pečovat i o pacienty s jinými, méně

závažnými diagnózami. Pokud má všeobecná sestra problémy se zvládnáním zátěže, měla by být přeložena na méně stresující oddělení a je důležité, aby měla s kým o svých pocitech a problémech promluvit. Jedním z řešení může být vyškolený peer pracovník, nebo Balintovská skupina (Haškovcová, 2007). Pro práci s umírajícími pacienty by měly být vybírány všeobecné sestry, které jsou vyrovnány se svou vlastní smrtelností, jsou ochotny se nad touto otázkou vážně zamyslet a přijmout umírání a smrt jako součást života. Důležitý je i výběr pracoviště, obrana proti rutině, vylepšování prostředí, umění odpočinout si, pobavit se, odreagovat a mít smysl pro humor (Svatošová, 2003).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jak vnímají péči o umírajícího všeobecné sestry v nemocničním zařízení.

Cíl 2: Zjistit, jak všeobecné sestry pečují o mrtvé tělo.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají umírání všeobecné sestry?
2. Jaké jsou překážky ze strany všeobecných sester v komunikaci s pozůstalými?
3. Jakým způsobem pečují všeobecné sestry o mrtvé tělo?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro účely zpracování bakalářské práce byla použita odborná literatura. Byl zvolen kvalitativní výzkum formou nahrávání rozhovorů, který se uskutečnil během měsíce března v okresní nemocnici v Jihočeském kraji na oddělení následné péče, na standardním interním oddělení a na standardním chirurgickém oddělení. Souhlas s realizací výzkumu povolila hlavní sestra nemocnice (její souhlas je k dispozici u autorky). Respondenti z výše jmenovaných oddělení, kteří byli osloveni, byli nejprve seznámeni s tématem a s důvodem výzkumu. Dále byli všichni zúčastnění respondenti poučeni a ubezpečeni o tom, že bude zachována jejich anonymita a nahrávky budou použity pouze pro účel přepisu rozhovorů. Souhlasili s uskutečněním hloubkového rozhovoru a s jeho nahráváním na diktafon. Dle Švaříčka (2007) výzkumník zaujal vůči respondentům postavení zasvěceného. Metodou sběru dat byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor s předem připravenými otevřenými otázkami (Příloha 3), které byly doplněny dotazováním. Rozhovory byly nahrány na diktafon, poté přepsány do textové podoby a vtištěny. Každý rozhovor s respondentkou byl označen číslem, na které je odkazováno v textu, například první respondentka je označena jako R1.

Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce, jež je označována také jako metoda papír a tužka (Švaříček, 2007). Vtištěné rozhovory byly vícekrát přečteny a následně kódovány metodou papír a tužka do jednotlivých kategorií a podkategorií. V rozhovorech byly vyhledávány výrazy, kterými se respondenti vyslovili k jednotlivým podkategoriím. Výrazy z každé podkategorie byly označeny pro přehlednost jinou barvou (Příloha 4). Ve zpracovaných výsledcích jsou u každé kategorie uvedeny podkategorie s nejčastějšími výrazy, kterými se respondenti k podkategorii vyjadřovali, a také jsou zde uvedeny číselné odkazy na řádku, ve které se respondenti o určité podkategorii zmínili, například R1/3. To znamená, že první respondentka se zmínila o dané podkategorii na třetí řádce a toto lze doložit její přímou citací.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 7 všeobecných sester pracujících v okresní nemocnici v Jihočeském kraji na oddělení následné péče, na interním standardním oddělení a na chirurgickém standardním oddělení. Dva respondenti byli muži. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 24 až 48 let. Délka praxe respondentů je 2 roky až 29 let. Tři respondenti mají vysokoškolské vzdělání, ostatní mají středoškolské vzdělání s maturitou.

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Věk	40	46	24	37	27	48	26
Pohlaví	žena	žena	muž	žena	žena	žena	muž
Nejvyšší dosažené vzdělání	střední ukončené maturitou	střední ukončené maturitou	vysokoškolské	střední ukončené maturitou	vysokoškolské	střední ukončené maturitou	vysokoškolské
Pracovní zařazení	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra
Oddělení	následná péče	interní	následná péče	interní	chirurgické	chirurgické	interní
Léta praxe	22	16	2	19	6	29	5
Věřící	ne	částečně	částečně	ne	ne	ne	ne

4 Výsledky

4.1 Kategorie vnímání umírání a smrti

Kategorie vnímání umírání a smrti se zaměřuje na to, jak respondenti vnímali svoji připravenost na setkávání s umíráním a smrtí po nástupu do praxe a na to, jak a jakým způsobem praxe ovlivnila jejich postoj k umírání a smrti. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: Podkategorie nástup do praxe a Podkategorie vliv praxe. V podkategoriích jsou zakódovány výrazy, které vystihují, jak se respondenti vyjadřovali k umírání a smrti (Příloha 5).

4.1.1 Podkategorie nástup do praxe

Čtyři respondentky se shodly, že po nástupu do praxe nebyly na setkávání s umíráním a smrtí připraveny. R1 uvádí: „*Během studia jsem se nesetkala se smrtí, takže jsem připravena nebyla.*“ R2 uvedla, že je původně dětská sestra a ze zdravotní školy připravena nebyla. Svůj nástup na interní oddělení před sedmi lety vnímala jako velký šok a se změnami se musela hodně vyrovnávat. Říká: „*Ze zdravotní školy jsem vlastně připravena nebyla, dlouhá léta nebyla, protože jsem původně dětská sestra. S nástupem tady na internu před těmi sedmi lety rovnýma nohama jsem nastoupila, takže to byl pro mě velký šok a hodně jsem se musela s tím vyrovnávat.*“ R4 uvedla: „*Nijak zvlášť, nikdo mě na to nepřipravoval, takže jsem to brala jako nutnou věc, součást mé práce.*“ R6 řekla: „*Nebyla jsem připravená téměř vůbec.*“ Tři respondenti uvedli, že připraveni byli. R3 uvedl, že jeho první setkání se smrtí bylo v den maturity, kdy mu zemřel pacient, během studia na vysoké škole se s umíráním a smrtí setkal několikrát a tématu se věnovali i teoreticky: „*...takže jsem připravený docela byl.*“ R5 uvedla: „*No, tak na škole jsem pár mrtvých nebo umírajících viděla, takže já myslím, že jsem byla dostatečně připravená, i když jich nebylo tolik, ale mně osobně to stačilo.*“ R7 viděl svoji situaci takto: „*Pocházím ze zdravotnické rodiny, takže jsem byl obeznámen, s čím*

vším se mohu v práci setkat. Také jsme probírali problematiku umírání a smrti na střední i vysoké škole.“

4.1.2 Podkategorie vliv praxe

Praxe ovlivnila většinu respondentů v tom smyslu, že umírání a smrt berou jako součást života, nebojí se toho a váží si svého zdraví. R1 řekla: *„Přestala jsem se smrti bát.“* R1 také uvedla, že si začala více vážit svého zdraví. R2 vliv praxe zhodnotila: *„Myslím, že nejdůležitější je, že jsem se přestala umírání a smrti bát, že jsem viděla mockrát, že se dá odejít v klidu.“* R3 uvedl: *Určitě tak, že to patří k životu a člověk se tak nějak přestane bát a přijímá to, že to prostě musí jednou přijít a vnímá smrt trochu jinak.“* R4 se vyjádřila: *„Tak spíše, že si vážím vlastního života, asi spíše jenom takto.“* Dále také jako jediná R4 zmínila vliv věku umírajícího pacienta. Řekla: *„Tak určitě, pokud odchází třeba nějaký čtyřicetiletý člověk, tak je to takové rozhodně těžší, než když odchází třeba devadesátiletá babička, pro kterou je to spíše vysvobození.“* R6 uvedla: *„Velmi, závažně, člověk si váží života, až když se s tím setká.“* Zároveň se R6 jako jediná ještě zmínila o vlivu praxe v negativním smyslu: *„Spíše za hodně let praxe se do nás nastrádá negace z toho stavu a to asi není dobře pro nás.“* R7 se vyslovil: *„Umírání a smrt beru jako součást lidského života.“* Pouze R5 odpověděla, že vliv praxe na její vnímání umírání a smrti nebyl žádný. R5 uvedla: *„No, já myslím, že praxe můj postoj ke smrti a umírání nijak ani neovlivnila.“*

4.2 Kategorie ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Kategorie ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta popisuje to, jak respondenti pečují o umírající pacienty v nemocnici, co považují při péči o takového pacienta za nejdůležitější a co je pro ně při setkávání s těmito pacienty nejtěžší. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: Podkategorie potřeby a Podkategorie zátěžové

situace. Podkategorie obsahují zakódované výrazy, které vyjadřují, jak se respondenti vyjádřili k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta (Příloha 5).

4.2.1 Podkategorie potřeby

Všichni respondenti se shodli, že je důležité, aby umírající pacient netrpěl bolestí a měl dostatek tekutin. Všichni respondenti uvedli také to, že umírající pacient potřebuje klid nebo soukromí. Pět respondentů se zmínilo o hygienické péči. R1 uvedla: „*Aby netrpěl bolestí, aby měl zajištěn dostatek tekutin a hygienické péče...*“ R2 řekla: „*...třeba čisté lůžko, hygienickou péči a aby neměli žízeň.*“ R3 se zmínil: „*Určitě uspokojit základní potřeby těch lidí, to znamená, aby byli čisti,...*“ R5 se vyjádřila: „*...čisté lůžko, čisté tělo.*“ R6 se vyjádřila jako jedna z mála respondentů nejen o hygienické péči, ale zároveň jako jediná zmínila polohování pacienta: „*Polohování, hygienu a tekutiny.*“ Většina respondentů hovořila o důležitosti kontaktu umírajícího s rodinou. R1 říká: „*Aby netrpěl bolestí, aby měl zajištěn dostatek tekutin a hygienické péče, aby jej mohli kdykoliv navštěvovat příbuzní.*“ R2 uvedla: „*...když může mít kolem sebe své příbuzné, to si myslím, že je také hodně důležité...*“ R3 odpověděl: „*Taky, aby měli kontakt s rodinou...*“ R5 se zmiňuje: „*Kontakt s rodinou, co nejmenší bolest, kontakt i mezi námi, aby se necítil sám*“. R7 uvedl: „*...možnost přítomnosti rodiny...*“ Tři respondenti mluvili o důstojném prostředí a podmínkách. R2 řekla: „*Aby neměli bolest a aby měli kolem sebe nějaké důstojné podmínky, důstojné prostředí ...*“ R6 považuje za důležité: „*Etický postup a důstojné prostředí a podmínky.*“ R7 uvedl: „*... má mít právo na slušné a důstojné zacházení...*“ Dva respondenti se zmínili také o tom, aby umírající netrpěli hladem. R3 uvedl: „*... aby neměli hlad, aby dostali napít.*“ R5 řekla: „*Tekutiny, strava, nějaké nutridrinky alespoň, když už nejí, tak alespoň to.*“ Pouze dva respondenti se zmínili o možnosti přítomnosti duchovního. R2 se vyjadřuje: „*Tak zažila jsem párkrát duchovní, kteří chodili na poslední pomazání.*“ R7 podotkl: „*...možnost přítomnosti rodiny, duchovního...*“ Potřebu bezpečí podotkla pouze R4: „*Tak určitě klidný přístup, aby měl pocit bezpečí, klidu ...*“

4.2.2 Podkategorie zátěžové situace

Podkategorie zátěžové situace se týká toho, co je pro respondenty při setkávání s umírajícím pacientem nejtěžší a jaké mají pocity. R1 popisuje: „*Mám strach, že trpí bolestí.*“ Dále R1 uvedla, že při setkávání s umírajícím pacientem pociťuje lítost. R2 se vyjádřila: „*Nejtěžší je, pokud ten člověk má bolest, nemůže dýchat, takovéhle věci, tak snášet to s ním nějak,...*“, „*...a pak také, když mají bolestivé grimasy, to snáším špatně ...*“ R3 uvedl: „*Nejtěžší je asi, když lidé věří v to, že se třeba ještě uzdraví a vy víte, že se neuzdraví a už odsud nikdy neodejdou...*“, „*...a je to takové těžké, protože tomu člověku už nemůžete pomoci...*“ R4 bere smrt u starších pacientů jako vysvobození, ale těžší situací pro ni je, pokud umírá mladší pacient: „*Záleží na tom, kdo umírá, jestli je to starý pacient, pro kterého je to vysvobození, nebo jsou to prostě mladší ročníky, u kterých není to umírání úplně příjemné...*“, „*...když je to u těch mladších lidí, tak to asi zanechá možná trošku nějakou ránu nebo větší lítost s tím člověkem.*“ R5 se vyjádřila, že její setkávání s umírajícím pacientem provází smutek a jako nejtěžší vnímá: „*Tak nejtěžší je, když se bojí smrti, když se bojí zemřít, tak je nějak utišit, aby ten strach neměli. Dodávat odvalu.*“ R6 uvedla: „*Tak smutek, lítost, protože jsme s pacientem delší dobu ve styku a někdy nezabráníme tomu, aby se nás to dotklo i osobně.*“, „*Nejtěžší je právě, když pacient věří, že má naději a my už víme, že se blíží konec jeho života.*“ R7 řekl: „*...Myslím na to, abych mu nezpůsobil další bolest nebo jiné utrpení.*“

Všichni respondenti uvedli jako důležitou součást ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta komunikaci, o které je psáno níže v další vzniklé podkategorii s názvem Podkategorie komunikace s umírajícím pacientem, již je nadřazena Kategorii komunikace.

4.3 Kategorie komunikace

Kategorie komunikace se zaměřuje na to, jakým způsobem respondenti komunikují s umírajícími pacienty, jak komunikují s jejich rodinami, jak komunikují s pozůstalými, a zda vidí při této komunikaci nějaké překážky. K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: Podkategorie komunikace s umírajícím pacientem, Podkategorie komunikace s rodinou před smrtí pacienta a Podkategorie komunikace s rodinou po smrti pacienta. V podkategoriích jsou zakódovány výrazy, které nejlépe vystihují vyjádření respondentů o komunikaci (Příloha 5).

4.3.1 Podkategorie komunikace s umírajícím pacientem

V Podkategorii komunikace s umírajícím pacientem poukázalo nejvíce respondentů na důležitost komunikovat s umírajícím pacientem tak, jako by byl při vědomí. R1 řekla: „*Když už nevnímá, stejně na něj mluvím a chovám se jako by při vědomí byl.*“ R2 popsala komunikaci: „*Pokud to jde, tak se snažíme s nimi mluvit, pokud ještě slyší, i když neslyší, ale i tak jsme zvyklí toho člověka vždycky nějak oslovit, myslíme si, že nás slyší, i když vypadá, že už ne....*“ R3 navíc zmínil tolik důležitou haptiku: „*...A když už třeba nevnímají, tak mluvit na ně, hladit je třeba po tváři i podat ruku...*“ R7 uvedl: „*Oslovuji pacienta jménem, popisuji všechny výkony, i pokud již není při vědomí.*“ Dále se R7 zmínil jako jediný o naslouchání: „*...naslouchat pacientovi...*“ Respondenti také uvedli klidný nebo pozitivní přístup k umírajícímu pacientovi. R1 řekla: „*Když je při vědomí, snažím se mu dodávat odvalu, jsem usměvavá, milá, prostě pozitivní přístup...*“ R3 řekl: „*Hlavně pozitivně, s úsměvem, s radostí, dodávat jim pozitivní energii, vtipy, prostě jakkoliv jim to zpříjemnit, aby nemysleli na to, že prostě umírají.*“ R4 navíc podotkla i individualitu pacienta: „*Tak určitě tak jako klidně, aby měl pocit bezpečí, klidu a záleží na tom, prostě co to je za pacienta, takže individuální přístup.*“ R5 se vyjádřila: „*Tak samozřejmě v klidu, s úsměvem, mile, žádné výštky.*“ R6 uvedla: „*Klidně, přátelsky, ochotně.*“

4.3.2 Podkategorie komunikace s rodinou před smrtí pacienta

V této podkategorii se většina respondentů shodla na příjemném a vstřícném přístupu komunikace. R1 uvedla: „*Snažíme se být k nim příjemní a snažíme se jim splnit všechna jejich přání a potřeby. Rodina může být s pacientem až do rána, spát na pokoji, jsou na samostatném pokoji.*“ R3 řekl: „*No tak vstřícně, dodáváme jim sílu,...*“ R4 uvedla, že se snaží dle jejich možností uspokojit potřeby příbuzných, umožnit jim neomezené návštěvy a poskytnout jim dostatek informací: „*...umožnit jim návštěvu tady, pokud chtějí, tak kdykoliv, prostě ve dne v noci a dál snažit se uspokojit potřeby i těch příbuzných, prostě ať na informace nebo prostě na cokoli, co si vzpomenou, v rámci našich možností.*“ R5 řekla: „*...musí se s nimi jednat opravdu co nejlépe, nejmileji, člověk se musí vžít do jejich situace.*“ R6 se vyjádřila: „*...z naší strany plníme rodinně přání v mezích normy.*“ R7 ještě uvedl soucit: „*S rodinou komunikuji se soucitem, protože vím co je ztratit blízkého člověka. Aktivně nabízím pomoc, ptám se, jestli si nevšimli, že má pacient nějaký dyskomfort,...*“

Jako další fakt zmínili respondenti důležitost informovanosti rodiny umírajícího pacienta. R3 řekl: „*...ale musíme samozřejmě říkat pravdu. Takže žádné naděje jim nedáváme, spíše je připravujeme na blížící se konec, na odchod jejich člověka.*“ R4 uvedla: „*Tak asi aby měli vlastně co nejvíce informací o tom pacientovi,...*“ R6 se zmínila: „*Snažíme se zajistit, aby rodina byla informovaná lékařem...*“ R7 podotkl důležitost komunikace s lékařem: „*...zajištění komunikace s lékařem.*“ Pouze R2 viděla v komunikaci s rodinou nějaký problém ve smyslu, že jim rodina občas překáží, ale na druhou stranu uvedla, že je dobře, pokud je rodina u umírajícího pacienta přítomna. Dále se R2 zmínila o tom, že někteří příbuzní nevědí, jak se k umírajícímu chovat: „*...některou rodinu musíme pobízet, aby si k tomu člověku přisedla a nestála daleko od něj někde v rohu místnosti. Někdy jsme překvapeni, příbuzní nejsou na to připraveni, nevědí, co mají dělat....*“

4.3.3 Podkategorie komunikace s rodinou po smrti pacienta

Všichni respondenti se v této podkategorii zmínili o tom, že informace podává pozůstalým lékař a všeobecné sestry předávají pozůstalost a informace pro pozůstalé ve formě tiskopisu. Všichni respondenti uvedli, že pozůstalí mají možnost posledního rozloučení se zemřelým pacientem na vyhrazené místnosti, kde jsou o samotě. Respondenti uváděli také, jak se při komunikaci s pozůstalými chovají. R1 řekla: „...musíme být taktní, slušní při předávání pozůstalosti.“ R3 řekl: „...vyjádříme jim upřímnou soustrast.“ R4 se vyjádřila: „...záleží na tom, jak se chovají oni, ale my se snažíme být vždycky v klidu, aby měli z naší strany pocit pochopení, takže záleží na tom individuálně pochopitelně, ale vždycky se snažíme vstřícně, určitě vstřícně.“ R5 uvedla: „...člověk jim vyjádří upřímnou soustrast...“ R7 uvedl: „...Vyjádření soustrasti...“ Komunikaci s pozůstalými vnímají respondenti jako náročnou. R1 uvedla: „Vysloveně překážka tam není, spíše je to nepříjemné“, „Určitě je tam lítost, to vždycky.“ R2 řekla, že nepříjemné bylo vystavovat fakturu pozůstalým a je ráda, že už se to nedělá. Od svých pocitů při komunikaci s pozůstalými se snaží oprostit, ale ne vždy se jí to podaří: „...Už se snažím, aby v tom nebyly žádné city. Někdy ale je to zase těžké, když to byl člověk, který tady byl často za umírajícím a komunikoval s námi hodně, tak potom člověk stejně s nimi pláče....“ R3 to cítí: „Překážku ani ne, spíše, když je rodina třeba rozrušená, tak je to těžké a smutné, když jim nemůžete pomoci, ...“ R4 řekla: „...bývá to smutek, lítost, někdy je to takové nepříjemné.“ R5 se vyjádřila: „...největší překážkou je ten jejich smutek, když tu tak pláčou, je to takové těžké, přece jen se člověk s tímto nerad setkává. Člověk raději říká, že pacient půjde za dva dny domů, všichni jásají, než říci je mi moc líto, váš dědeček nebo tatínek zemřel....“ R6 si myslí, že ač jde o nepříjemnou situaci, je třeba zachovat profesionální přístup: „No, není to pro nás příjemné, ale musíme se chovat profesionálně.“ R7 se zmínil: „...je to smutná a ne jednoduchá komunikace.“, „Soucítím s nimi.“ Někteří respondenti uvádějí i překážky při komunikaci s pozůstalými, které se týkají prostorových a časových možností. R2 uvedla: „...A pak také možná by bylo dobré mít nějaké místo pro setkání s pozůstalými.“ R3 řekl: „Místnost pro pozůstalé nemáme, ale můžou si sednout buď na

sesterském pokoji, nebo lékařském, jinak to nejde. To tedy asi možná chybí.“ R4 se zmínila: „... bud' na sesterně, nebo na pokoji lékaře, nějaké jiné lepší místo nemáme.“ R5 uvedla: „... No a také by to občas chtělo mít na ně více času.“ R6 se vyjádřila: „Překážkou možná ten čas a prostory, kdy my s nimi řešíme předávání osobních věcí a ten pohovor, vlastně na to tady nemáme dost dobře časové ani prostorové možnosti.“ Ohledně péče o pozůstalé respondenti poukazovali na tiskopis „Informace pro pozůstalé“, ale o jiné péči nebo poradenství se zmínila pouze R6, která uvedla: „V naší nemocnici máme jednu sociální pracovníci, která je schopna poskytnout pozůstalým bližší informace ve spolupráci s námi.“ Někteří respondenti uvedli opatření, která jsou někdy nutná učinit vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pozůstalých. R1 uvedla: „Nesetkala jsem se s tím, ještě nikdo neměl zájem. Většinou, když je to lidem líto, začnou brečet. Stalo se nám, že zkolaboval, doktor naordinoval léky na zklidnění, injekci, ale že by řekli, že by potřebovali pomoc, s tím jsem se ještě nesetkala. Dáváme tiskopis a tam jsou informace pro pozůstalé.“ R2 řekla: „...Vím, když je nějaký náběh na kolaps, tak zavoláme lékaře, provedeme kontrolu tlaku, dáme třeba nějakou tabletku na uklidnění.“ R3 uvedl: „...když je třeba rodina rozrušená, tak je to těžké a smutné, když jim nemůžete pomoci, tak se snažíme jim nabídnout alespoň vodu, aby se mohli posadit,...“

4.4 Kategorie současný stav umírání v nemocnici

Kategorie současný stav umírání v nemocnici je zaměřena na to, jaký mají respondenti názor na dnešní umírání v nemocnici a zda jsou se současnou situací spokojeni, nebo by něco změnili. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: Podkategorie úroveň péče a Podkategorie nedostatky v péči. V podkategoriích jsou zakódovány výrazy, které nejlépe vyjadřují výroky respondentů (Příloha 5).

4.4.1 Podkategorie úroveň péče

V podkategorii úroveň péče tři respondenti vidí situaci jako lepší než dříve a hodnotí ji kladně. R1 řekla: „...*Myslím, že se situace zlepšila a jsme schopni uspokojit jejich potřeby, tedy v rámci možností, takže jako bolest, klid, žízeň, hygienu, prostě, aby odcházeli v klidu.*“ R3 uvedl: „*Péče se myslím hodně zlepšila, jak přístup zdravotníků, tak i péče je mnohem lepší....*“ R7 uvedl: „*Myslím si, že se situace zlepšila, personál na našem oddělení se snaží zajistit důstojný odchod ze života, plnit potřeby umírajícího, podporovat rodinu.*“ Tři respondentky vidí jako lepší řešení mít možnost umírat doma, nebo v hospici. R4 kromě toho, že by přivítala možnost umírání doma, navíc ještě poukázala na zbytečné prodlužování života u velmi starých lidí se špatnou prognózou, jejich zbytečné zatěžování vyšetřeními a nutnost změny přístupu k těmto pacientům, aby jim byl umožněn klidný odchod ze života: „... *Nezatěžovat je zbytečně vyšetřeními, neprodužovat jim zbytečně život, pokud to nemá žádný smysl pochopitelně.*“ R5 uvedla: „*Spíše si tedy myslím, že je to lepší v hospicích, než v nemocnici,...*“ R6 situaci vnímá takto: „*Přivítala bych více zařízení typu hospice a více informovanosti typu domácí péče, protože se nemocnice přeměňují na velmi akutní lůžka s krátkodobou hospitalizací...*“

4.4.2 Podkategorie nedostatky v péči

V této podkategorii se zmínili tři respondenti o nedostatku času na umírající pacienty, někteří také o nedostatku personálu a jedna respondentka o nedostatku pomůcek. R2 situaci zhodnotila: „...*protože člověk by ho rád držel za ruku, nemůže, protože musí běžet za dalšími pacienty...*“, „...*když prostě je plno, snažíme se je dát někam do ticha, ale ne vždycky to jde....*“ R5 uvedla, že nemá na umírající pacienty dostatek času, protože se musí věnovat i ostatním pacientům a není v jejich silách, aby splnila umírajícímu pacientovi všechna přání a potřeby v takové míře, jak je to možné v hospici: „...*prostě tady člověk na ně nemá čas, nemůže jim zajistit všechny jejich*

potřeby, prostě v těch hospicích je to úplně něco jiného. Tady je plno dalších pacientů, kteří neumírají a potřebují momentálně teď akutní péči, není čas se starat o umírající tak, jak by člověk chtěl.“ R5 se dále také zmínila o nedostatku personálu a pomůcek. R6 řekla: „...není moc času ani prostoru a v hospicích či v domácí péči se lze umírajícím pacientům více věnovat.“

4.5 Kategorie péče o mrtvé tělo

Kategorie péče o mrtvé tělo se zaměřila na to, jak respondenti provádějí péči o mrtvé tělo, jakým způsobem při této péči postupují a zda mají nějaké rituály. K této podkategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: Podkategorie postup a Podkategorie rituály. V podkategoriích jsou zakódovány výrazy, kterými se respondenti vyjadřovali k péči o mrtvé tělo (Příloha 5).

4.5.1 Podkategorie postup

V Podkategorii postup všichni respondenti vyjádřili, že péči o mrtvé tělo provádějí podle standardu nemocnice a tento postup i shodně popsali. Například R3 uvedl: *„Dle standardu. Mrtvé tělo je na samostatném pokoji. Omyje se. Poté, co je omyto, tak se zbavuje veškerých drénů a cévek a dalších věcí, co byly do těla uměle zavedeny, tělo je popsáno, na každé končetině je jméno pacienta, rodné číslo, či datum narození, oddělení, kde zemřel a datum a čas úmrtí. Tělo je zabaleno do prostěradla a následně po dvou hodinách, co tady u nás je, musí být odesláno na patologii.“* Tři respondenti se také zmínili o svém přístupu k mrtvému tělu. R3 uvedl: *„Určitě jemný přístup.“* R4 řekla: *„...rozhodně s tělem nakládat se vši úctou.“*, *„Pouze přistupovat prostě k tomu člověku s respektem.“* R6 uvedla: *„..., aby se zachoval etický přístup a aby si to uvědomovali i ostatní spolupracovníci, aby se chovali tiše a aby proběhlo všechno dle našich směrnic a standardů.“*

4.5.2 Podkategorie rituály

V Podkategorii rituály se jen čtyři respondenti zmínili o tom, že nějaké rituály mají. R2 uvedla nejvíce rituálů ze všech: *„No vždycky se otevírá okno, některé holky dělají křížek na čelo, tak snažíme se ještě na ně naposledy promluvit, vlastně na toho člověka, když odejde.“* R3 řekl: *„...Já už jsem slyšel nebo spíš viděl mnoho dokumentů, že zemřelý to snad vnímá, že je nad tělem, takže zacházím s tělem tak, jako by tam ten člověk byl a zacházím s ním tak, jak bych chtěl, aby zacházeli jednou se mnou...“* R5 uvedla: *„Otevíráme okno, aby mohla duše odejít.“* R7 se zmínil: *„Napadá mě, že otevíráme okno, aby duše mohla „odletět“.“* Zbytek respondentů se vyjádřil, že žádné rituály nemá.

4.6 Kategorie vzdělávání během praxe

Kategorie vzdělávání během praxe se zaměřuje na průběžné vzdělávání respondentů v problematice umírání a smrti. Ke kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie: Podkategorie návštěva seminářů a Podkategorie samostudium (Příloha 5).

4.6.1 Podkategorie návštěva seminářů

V Podkategorii návštěva seminářů se pouze tři respondentky zmínily, že se vzdělávají formou seminářů, které jsou zaměřené na téma umírání a smrt. R1 řekla: *„V posledních šesti letech, co máme akreditaci, tak semináře, školení. Byla jsem v hospici v Prachaticích, měli jsme spoustu seminářů,...“* R2 se zmínila: *„...nejvíc mi možná pomohl seminář o paliativní péči, který byl v Prachaticích, návštěva hospice,...“* R5 uvedla: *„Tak nějaké ty semináře, co pořádají nemocnice a třeba i semináře co pořádá sesterský svaz...“* R6 uvedla, že se zaměřuje na semináře s jinou tematikou: *„Aktivně vyhledávám účasti na seminářích, ale přímo s touto tematikou jsem nic“*

neabsolvovala, spíše jsem se zaměřovala na jiná témata.“. Ostatní respondenti se žádných seminářů nezúčastňují.

4.6.2 Podkategorie samostudium

Podkategorie samostudium ukazuje, že většina dotázaných, až na dvě respondentky, se nevzdělává ani tímto způsobem. R2 řekla: „...*viděla jsem nějaké videokazety, maminka dělá v domácí péči.*“ R5 uvedla: „...*něco si člověk přečte v nějaké té Sestře.*“

5 Diskuze

Bakalářská práce měla stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak vnímají péči o umírajícího všeobecné sestry v nemocničním zařízení. Nejprve respondenti odpovídali na otázky, jak vnímali svoji připravenost na setkávání s umíráním a smrtí po nástupu do praxe a jak ovlivnila praxe jejich postoj ke smrti. Čtyři respondentky odpověděly, že na setkání s umíráním a smrtí připraveny nebyly. Tyto respondentky vystudovaly střední zdravotnickou školu s maturitou. Jeden respondent odpověděl, že připraven byl, a to ze školy, a také díky tomu, že pochází z lékařské rodiny. Další dva respondenti se také cítili být připraveni již po škole. Všichni respondenti, kteří uvedli, že připraveni byli, mají vysokoškolské vzdělání. Toto zjištění poukazuje na to, že na středních zdravotnických školách nebyli studenti připravováni na setkání s umíráním a smrtí v takové míře jako na vysoké škole při studiu ošetrovatelství. Jistě zde hraje roli i věk studentů, který byl při studiu a jeho ukončení na zdravotnických školách nižší než u vysokoškolských studentů. Sama jsem vystudovala střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra, a mohu jen potvrdit, že na vysoké škole je umírání a smrti věnováno mnohem více času než na škole střední. Jedna respondentka uvedla, že vliv praxe na její vnímání umírání a smrti nebyl žádný. Jde o stejnou respondentku, která se cítila na problematiku umírání a smrti připravená již po nástupu do praxe. Ostatní respondenti se vyjádřili ve smyslu, že během praxe se přestali smrti bát, berou ji jako součást života a také si začali více vážit svého zdraví. Kelnarová (2007) uvádí, že všeobecné sestry by měly zaujmout ke smrti profesionální postoj a být s ní vyrovnány, ale ne všem se to podaří a ty pak tápou a nevědí, jak se k umírajícím a zemřelým chovat. Tvrzení by jistě platilo u výše zmíněných čtyř respondentek, když nastupovaly do praxe. Z výsledků šetření vyplynulo, že všichni respondenti se podle jejich slov během praxe se smrtí vyrovnali, i když to nemění nic na tom, že setkávání s umírajícím pacientem bývá pro ně dle jejich vyjádření nelehkou situací a provázejí je pocity smutku, lítosti či beznaděje. Lze tedy souhlasit s Haškovcovou (2007), že práce s umírajícími pacienty je namáhavá a psychicky náročná. Částečně se respondentům podařilo zaujmout i

profesionální přístup, který ovšem má své nedostatky, jak se ukázalo v další části, kterou jsme zkoumali, a to ošetrovatelskou péči o umírajícího pacienta.

Výzkum ukázal, že v oblasti ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta se všichni respondenti shodli na důležitosti uspokojování biologických, psychologických a sociálních potřeb. Z těchto potřeb respondenti uváděli nejčastěji to, aby pacient neměl bolest, netrpěl žízni, měl dostatečnou hygienickou péči. Dále uváděli důležitost kontaktu s rodinou, soukromí a klid, ale pouze dva respondenti se okrajově zmínili také o spirituálních potřebách, když uvedli přítomnost duchovního. Munzarová (2008) uvádí, že proto, aby umírající pacient prožil svůj konec života co nejlépe, je důležité, aby ho všeobecné sestry braly jako celistvou bytost. V bakalářském studiu ošetrovatelství je zdůrazňována důležitost holistického přístupu k člověku, tedy péče o člověka jako o celistvou bytost, která má své potřeby bio – psycho – sociální a spirituální a neoddělovat jednotlivé části od sebe, protože pokud nastane porucha v jedné části, jde o poruchu celého systému. Jeden z holistických přístupů v péči o umírajícího pacienta je například Liverpool Care Pathway, který vychází z modelu hospicové péče ve Velké Británii a je využíván i v zahraničí. Tento přístup klade důraz na práva pacienta, jeho pohodlí, respekt a důstojnost umírajícího i rodiny (Péče o umírajícího pacienta, [online]). I když se respondenti snaží pečovat o umírajícího pacienta co nejlépe, výzkumné šetření ukázalo, že jako celistvou bytost ho zcela nevnímají, a to ani respondenti s vysokoškolským vzděláním. Snaží se uspokojit pacientovy potřeby biologické, psychologické i sociální, ale spirituální potřeby jsou opomíjeny. Jedním z důvodů může být víra respondentů, protože až na dva respondenty, kteří jsou věřící jen částečně, jsou ostatní nevěřící a spirituálním potřebám pravděpodobně nepřikládají takový význam. Spirituální potřeby bývají ještě dnes považovány za potřeby pouze věřících (Svatošová, 2003). Lze tedy souhlasit s tvrzením, které uvádí Špaček (2007), a to, že znalosti všeobecných sester v oblasti spirituality nejsou dostatečné a bylo by vhodné, aby měly o této oblasti alespoň základní přehled a byly schopny vyhovět i spirituálním potřebám umírajícího pacienta. Toto tvrzení potvrzují i výsledky našeho výzkumu týkající se vzdělávání sester v oblasti umírání a smrti.

Výzkumné šetření ukázalo, že více než polovina zúčastněných respondentů se nevzdělává ani formou seminářů ani samostudiem. Dvě respondentky uvedly, že možnosti vzdělávání neměly žádné, jedna z nich uvedla, že sama aktivně vyhledává semináře, ale zaměřuje se na jinou problematiku, než je umírání a smrt. Bylo by tedy vhodné uspořádat pro všeobecné sestry více seminářů, zvýšit jejich informovanost pomocí odborné literatury a zároveň podpořit jejich zájem o toto sice nelehké, ale velmi důležité téma.

Dále se respondenti vyjadřovali k současnému stavu umírání v nemocnici a až na tři respondenty, kteří situaci zhodnotili kladně a uvedli, že je situace lepší než dříve, ostatní respondenti poukazovali na důležitost mít možnost umírat doma nebo v hospici. Na to, že jen malá část umírajících zemře doma a umírání je přesunuto do nemocnic, upozorňuje i Špaček (2007), Haškovcová (2007) či Bártlová (2009). Osobně si myslím, že podmínky nastavené v naší společnosti neumožňují většině lidí, aby se mohli o své umírající příbuzné starat doma. Jednak lidé nevědí, jakým způsobem se o umírajícího pacienta starat, jak uvádí Špaček (2007), ale svou roli hrají i špatné finanční a sociální podmínky ve společnosti. Málokdo si může dovolit opustit zaměstnání, nebo má možnost přizpůsobit svůj byt k péči o umírajícího člověka, a dokud nedojde ke změnám v této oblasti, bude problém institucionalizace umírání aktuální i v budoucnu. Jedna respondentka zdůraznila zbytečné prodlužování života u starých lidí s infaustní prognózou a jejich zatěžování různými vyšetřeními místo toho, aby jim byl umožněn klidný odchod ze života. Haškovcová (2007) mluví o dystanázii, neboli zadržované smrti. Na zbytečné prodlužování života poukazují i zdravotníci a veřejnost ve výsledcích výzkumu z roku 2013, který zadalo hospicové občanské sdružení Cesta domů a realizovala výzkumná agentura STEM/MARK, kde se shodují, že v určité situaci je zbytečné uměle prodlužovat život (Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II, [online]). O hospicích se respondenti vyjadřují jako o zařízeních, kde mají všeobecné sestry na umírající pacienty dostatek času, mohou se jim plně věnovat a splnit jim všechna jejich přání a potřeby. Někteří respondenti poukazovali právě na nedostatek času a personálu při péči o umírajícího pacienta a jedna respondentka i na nedostatek pomůcek, které by všeobecným sestrám usnadňovaly péči, například zmínila polohovací

lůžka. Lze tedy souhlasit s Haškovcovou (2007), která uvádí, že v hospicích je zaujímán celostní přístup k člověku a péče je přizpůsobena individuálním potřebám a přáním umírajícího pacienta.

Všeobecné sestry by měly zvládnout umění správně komunikovat jak s umírajícím pacientem, tak s jeho rodinou. Na komunikaci je kladen důraz i při vysokoškolském studiu ošetřovatelství. V našem výzkumu jsme se zaměřili na komunikaci všeobecných sester s umírajícím pacientem, s rodinou umírajícího pacienta a na komunikaci s rodinou po smrti pacienta. Respondenti uváděli, že s umírajícím pacientem komunikují stále jako by byl při vědomí a mluví na něj, i když třeba již při vědomí není. Na důležitost tohoto způsobu komunikace upozorňuje i Haškovcová (2007) a Blumenthal – Burby (1987), který také uvádí, že nevhodné poznámky všeobecných sester mohou způsobit krizi pacienta. Dále respondenti zmiňovali pozitivní a klidný přístup, možnosti zbavit umírajícího pacienta strachu, dodat mu odvalu a navodit pocit bezpečí. Bohužel pouze jeden respondent, a je zajímavé, že muž, uvedl důležitost naslouchání a rozhovoru s umírajícím pacientem. Všeobecné sestry by měly umět umírajícím naslouchat, protože tím jim věnují čas, pozornost, respekt a příležitost, aby jim umírající mohl sdělit své potřeby a přání (Křivohlavý, 1993). Dalším překvapivým zjištěním je, že na důležitost haptiky poukázal rovněž jeden respondent, a to druhý ze dvou zástupců mužského pohlaví. Jak uvádí Venglářová (2006), všeobecná sestra by měla využívat i haptiku, která je součástí nonverbální komunikace. Oba dva muži mají vysokoškolské vzdělání. I když se ostatní respondentky o haptice ani naslouchání nezmínily a v oblasti komunikace mají nějaké nedostatky všichni respondenti, z rozhovorů vyplynulo, že se snaží o to, aby se umírající pacient cítil co nejlépe a jeho odchod byl klidný. V našem výzkumném šetření se nepotvrdil názor Špačka (2007), že v nemocnicích se dostává umírajícím pacientům sice profesionální péče, ale city mnohdy chybí a nelze ani souhlasit s O'Connorovou (2005), jež píše o tom, jak se všeobecné sestry vyhýbají umírajícím pacientům, ignorují jejich emocionální projevy nebo se zaměří pouze na praktické úkony. Nikdo z respondentů včetně respondentů s vysokoškolským vzděláním se ale nezmínil o způsobu komunikace s umírajícím pacientem podle stadií Elisabeth Kübler – Rossové a i když respondenti neuvědli žádné

problémy při komunikaci s umírajícím pacientem, zajisté by jim znalost a umění rozeznat tato stadia při komunikaci s takovým pacientem pomohla. Navíc na středních zdravotnických školách nebyla komunikaci věnována taková pozornost jako je tomu na vysokých školách, a proto by respondenti měli navštěvovat semináře věnované komunikaci. Do komunikace s umírajícím pacientem by všeobecná sestra měla zahrnout i jeho rodinu, informovat ji o stavu umírajícího pacienta v rámci svých kompetencí, umožnit jí doprovázet svého blízkého po dvacet čtyři hodin denně a psychicky členy rodiny podpořit (Kelnarová, 2007). Toto potvrzuje část výzkumu zabývající se komunikací s rodinou umírajícího pacienta, kdy všichni respondenti zdůrazňovali vstřícný a empatický přístup a mluvili o splnění potřeb a přáních rodinných příslušníků v rámci svých možností. Poukazovali také na důležitost informovanosti rodiny o stavu jejich příbuzného, a to i ze strany lékaře, a možnost neomezeného kontaktu se svým příbuzným, kdykoliv si to rodina či umírající pacient budou přát. Jedna respondentka uvedla, že ráda vidí přítomnost příbuzných u umírajícího pacienta, ale přiznává, že jí při péči o pacienta někdy překáží: „...*příbuzné, kteří se snaží fakt to s ním prožít do konce. Někdy to v podstatě jako nám trošičku možná, že překáží, ale je to dobře, já to ráda vidím, když je drží za ruce ...*“ Jako jediná upozornila na fakt, že někteří příbuzní nevědí, jak se mají k umírajícímu chovat a všeobecné sestry je musí nabádat k tomu, aby zaujali ke svému umírajícímu blízkému správný přístup. Jak uvádí Špaček (2007), lidé nemají s umíráním žádné zkušenosti, nevědí, jak se mají k umírajícímu chovat a co říkat. Další komunikaci, komunikaci s rodinou po smrti pacienta, vidí všichni respondenti jako nelehkou a nepříjemnou a shodli se na pocitech smutku či lítosti. Jak uvádí Venglářová (2006), všeobecné sestry považují komunikaci s pozůstalými za nepříjemnou a stresující záležitost. Pozitivním zjištěním je, že všichni respondenti uvedli možnost posledního rozloučení pozůstalých se zemřelým pacientem. V některých zdravotnických zařízeních je možnost posledního rozloučení se zesnulým ve zvláštním pokoji, který je pietně vyzdoben za pomoci květin, svíček, je zde židle k posezení a někde i kříž (Haškovcová, 2007). Nemocniční zařízení, v němž byl výzkum uskutečněn, se mezi tato zařízení řadit nemůže a na základě svých dosavadních zkušeností se domnívám, že tímto způsobem jsou u nás vybaveny spíše

hospice, než nemocnice. Z výzkumu vyplynulo, že pro účely rozloučení je využít alespoň standardní pokoj, kde je mrtvé tělo uloženo bez dalších pacientů, a pozůstalí mají možnost se v klidu rozloučit. Na pokoji jsou i židle k posazení. Bohužel se stává, i když dle slov některých respondentů ve výjimečných případech, že pro nedostatek místa zůstává zemřelý na pokoji s ostatními pacienty, jež nelze nikam přesunout, a je oddělen zástěnami, což pak samozřejmě ztěžuje pozůstalým možnost rozloučit se se zemřelým v klidu a o samotě. Takové řešení považují za nevhodné a nemocnice by měla co nejdříve učinit opatření, aby k těmto situacím nemuselo docházet, protože jak uvádí Kübler – Rossová (1995), je důležité nechat pozůstalé se zemřelým dostatečnou dobu, aby měli možnost posledního rozloučení a smíření se s tím, že odešel. Respondenti uváděli, že informace pozůstalým podává lékař a oni jako všeobecné sestry předávají pozůstalým tiskopis „Informace pro pozůstalé“, vyjádří upřímnou soustrast a k pozůstalým se chovají taktně, vstřícně a slušně. Tiskopis „Informace pro pozůstalé“ je zaměřen spíše na záležitosti týkající se pohřbu a na konci je uvedeno číslo na sociální pracovníci, na kterou se mohou pozůstalí s čímkoliv obrátit, ale domnívám se, že toto nestačí. Do tiskopisu by bylo vhodné doplnit také informace o doprovázení pozůstalých, možnosti poradenství pro pozůstalé a kontakt na tento druh pomoci. Pozůstalí by měli vědět, že mohou procházet stadii dle Elisabeth Kübler – Rossové a v tiskopisu by mělo být uvedeno i desatero rad pro pozůstalé podle Špaténkové (2008), které jsou důležité pro to, aby se mohli lépe vyrovnat s nastalou situací (Příloha 2). Dle výzkumného šetření všeobecné sestry o této oblasti nemají žádné znalosti a k péči o pozůstalé uváděly pouze to, že pokud se jim udělá nevolno, změří jim krevní tlak, dají jim napít a lékař naordinuje lék na uklidnění. Jedna respondentka uvedla, že se nikdy nesečkala s tím, aby příbuzní požadovali nějakou další pomoc, ale jsem toho názoru, že to nemusí znamenat jejich nezájem o pomoc. Pozůstalí se nacházejí v těžké životní situaci, ve které je nenapadne ptát se na nějaký druh pomoci a jak uvádí Špaténková (2008), všeobecná sestra by měla být tou, která je informuje o možnostech, jako je péče o pozůstalé, krizová intervence, poradenství nebo psychiatrická péče. Venglářová (2006) uvádí, že komunikace s pozůstalými by měla probíhat v klidném prostředí, nejlépe k těmto účelům vyhrazené místnosti, kde je možnost mít soukromí a lze tak eliminovat

rušivé podněty způsobené chodem oddělení, rušení telefonem nebo jinými osobami a pozůstali tak mají možnost vsedě a v klidu informace vyslechnout. Výsledky výzkumného šetření se s tím, co uvádí Venglářová, neshodují. Respondenti poukazovali na nedostatek vyhovujících prostor ke komunikaci s pozůstalými a upozornili i na nedostatek času. Jako místo, kde probíhá tato komunikace, zmiňovali respondenti sesternu nebo lékařský pokoj. Obě místnosti jsou však vybaveny telefonem a nelze v nich eliminovat ani další jiné rušivé podněty. Řešením by mohla být místnost pro komunikaci s pozůstalými, kterou by bylo vybaveno každé oddělení.

Dalším cílem této práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry pečují o mrtvé tělo. Zaměřili jsme se nejen na postup péče, ale i na to, zda respondenti mají nějaké rituály. Všichni respondenti shodně uvedli, že při péči o zemřelé tělo postupují dle standardu svého zdravotnického zařízení. Jak uvádí Kelnarová (2007), péči o mrtvé tělo provádí všeobecná sestra dle stanovených postupů. Při dotazu na popis postupu všichni respondenti uvedli, že péče o mrtvé tělo probíhá na samostatném pokoji, bez přítomnosti ostatních pacientů, a jen pokud není možno takový pokoj zajistit, je tělo na pokoji s ostatními pacienty odděleno zástěnami. Je - li to možné, jsou pacienti přemístěni na nezbytnou dobu na jiné pokoje. O výše zmíněném postupu píše Haškovcová (2007), kdy se zmiňuje o nutnosti zajistit intimitu zemřelého, například použitím zástěny, nebo místnosti k tomu určené, ale i intimitu spolupacientů. Respondenti dále uváděli, že provádějí hygienickou péči mrtvého těla, označí ho, přikryjí prostěradlem a po dvou hodinách je tělo odvezeno na oddělení patologie. Tři respondenti uvedli svůj přístup k mrtvému tělu. Jedna respondentka zmínila úctu a respekt, jedna respondentka mluvila o etickém přístupu a další respondent uvedl jemný přístup. Ve standardu zdravotnického zařízení (Péče o zemřelého pacienta, 2012) se píše o důstojné péči o mrtvé tělo, kterou by měla všeobecná sestra provádět s taktem a úctou. Lze tedy předpokládat, že i ostatní respondenti, kteří se odkazovali na standard a o svém přístupu k mrtvému tělu se nezmiňovali, k němu zaujímají úctu a zacházejí s ním důstojně. Jak uvádí Munzarová (2008), umírající má svou důstojnost a zaslouží si úctu nejen za života, ale i po smrti. O rituálech při péči o mrtvé tělo hovořili čtyři respondenti, mezi nimi byli dva, co jsou jediní částečně věřící. Ostatní, jak tvrdili, žádné

rituály nemají. Tři respondenti se zmínili o otevření okna, aby duše mohla odlétnout, což uvádí i Kelnarová (2007). Jedna respondentka kromě otevření okna uvedla i to, že dělají křížek na čelo a na zemřelého pacienta ještě naposledy promluví. Další respondent mluvil o tom, že se k tělu chová tak, jako by tam ten člověk byl a také, že se chová tak, jak by chtěl, aby se jednou choval někdo k němu, až zemře. S takovýmto přístupem nelze než souhlasit.

Zjistili jsme, že všeobecné sestry v nemocničním zařízení vnímají umírání jako nelehké období života, ale berou ho tak, že k životu patří a jsou s ním dle jejich slov vyrovnány. Umírajícímu pacientovi se snaží uspokojit potřeby biologické, psychologické i sociální, ale spirituální potřeby umírajících pacientů uspokojovány nejsou. S pacientem komunikují klidně, zaujímají k němu pozitivní přístup a komunikují i s rodinou umírajícího pacienta. Jen dvě všeobecné sestry se zmiňují o naslouchání nebo o haptice, což jsou také důležité součásti komunikace s umírajícím pacientem. Pro dobrou komunikaci s umírajícím i jeho rodinou by měly všeobecné sestry umět rozpoznat stadia dle Elisabeth Kübler – Rossové, ale bohužel se o nich v průběhu celého výzkumu nezmínila ani jedna všeobecná sestra. Současnou situaci umírání v nemocnici hodnotí tři všeobecné sestry jako kladnou, ostatní poukazují na nedostatek času, prostor a personálu a vidí lepší možnosti péče v hospicích. Také se zmiňují o malých možnostech zemřít doma a o zbytečném prodlužování života. Výsledky rovněž ukázaly, že více než polovina všeobecných sester se v tématice umírání a smrti nevzdělává.

Překážky v komunikaci s pozůstalými vidí všeobecné sestry v nedostatku vhodných prostor a času pro rozhovor. Výzkumné šetření odhalilo nedostatky ve znalostech a informovanosti všeobecných sester ohledně doprovázení pozůstalých a poradenství pro ně.

O mrtvé tělo pečují všeobecné sestry dle standardů platných v jejich nemocničním zařízení důstojným způsobem se zachováním úcty a respektu. Některé všeobecné sestry mají při péči o mrtvé tělo rituály, které taktně péči završují.

Výsledky šetření ukazují, že by si všeobecné sestry měly doplnit znalosti týkající se hlavně péče o spirituální potřeby umírajícího pacienta, komunikace s umírajícím pacientem a péče o pozůstalé.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tématem umírání a smrti v práci všeobecné sestry. Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají péči o umírajícího všeobecné sestry v nemocničním zařízení a jak všeobecné sestry pečují o mrtvé tělo. Se všeobecnými sestrami, které souhlasily, byly uskutečněny hloubkové rozhovory. Z rozhovorů byla zjištěna fakta, která nám dala odpovědi na výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jak vnímají umírání všeobecné sestry. Respondenti vnímají umírání jako součást života a dle jejich slov jsou s tímto vyrovnáni, ale i tak je pro ně setkávání s umíráním nelehkou situací. Respondenti se snaží, aby umírání bylo pro pacienty co nejsnadnější, ale výzkum ukázal, že na pacienta nepohlíží jako na celistvou bytost, protože sice uspokojují jeho potřeby biologické, psychologické i sociální, ale nikoliv potřeby spirituální. Dále šetření odhalilo i některé nedostatky v komunikaci s umírajícím pacientem. Respondenti se snaží komunikovat s umírajícím pacientem klidným a pozitivním způsobem, mluví na něj, i když není při vědomí, ale chybí komunikace dotykem, naslouchání a rozhovor s pacientem a nikdo s respondentů se nezmněl ani o stadiích dle Elisabeth Kübler – Rossové. Do procesu umírání je zapojena i pacientova rodina, které se respondenti snaží splnit všechna přání a potřeby a zajistit jí dostatek informací o jejich příbuzném. Někteří respondenti poukazovali na nedostatek času a málo personálu při péči o umírajícího pacienta a jako lepší místo pro umírání než nemocniční zařízení vidí hospic nebo domov pacienta. Bylo poukázáno i na zbytečné prodlužování života.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké jsou překážky ze strany všeobecných sester v komunikaci s pozůstalými. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že respondenti komunikují s pozůstalými slušně a empaticky, ale mají nedostatky v oblasti péče o pozůstalé. Kromě tiskopisu „Informace pro pozůstalé“, ve kterém jsou informace týkající se zařizování pohřbu a telefonní číslo na sociální pracovníci, nepodávají respondenti pozůstalým žádné další informace, které by se týkaly jejich doprovázení. Komunikaci s pozůstalými považují respondenti za nepříjemnou a překážky vidí v nedostatku místa a času pro rozhovor s nimi.

Třetí otázka se zabývala tím, jakým způsobem pečují všeobecné sestry o mrtvé tělo. Respondenti provádějí péči o tělo zemřelého většinou na samostatném pokoji podle standardů jejich nemocničního zařízení, dodržují stanovený postup a s mrtvým tělem nakládají s úctou a respektem. Někteří respondenti mají při péči o tělo zemřelého rituály. Výzkum ukázal, že pokud není volný samostatný pokoj, nemají respondenti jinou možnost než použít zástěnu k uchránění těla zemřelého od pohledů ostatních pacientů. Ne vždy lze ostatní pacienty někam přemístit. Pozůstalí mají možnost posledního rozloučení se zemřelým na pokoji, kde je uložen, než je z oddělení odvezen. Nemocnice nemá zvláštní pietně vyzdobený pokoj pro účely rozloučení se zemřelým.

Další skutečnost, která z výzkumného šetření vzešla, je, že se více než polovina respondentů v tématice umírání a smrti vůbec nevzdělává, což potvrzují i výsledky uvedené výše. Na základě výsledků výzkumného šetření a po domluvě s hlavní sestrou nemocnice bude uspořádán seminář na téma umírání a smrt se zaměřením na stadia dle Elisabeth Kübler – Rossové, spirituální potřeby umírajícího pacienta, způsoby komunikace s umírajícím pacientem a doprovázení pozůstalých. Tiskopis „Informace pro pozůstalé“ bude doplněn o informace, které mohou pozůstalým pomoci vyrovnat se se zátěžovou situací, v níž se nachází (Příloha 6). Ostatní zjištěné skutečnosti, které se týkají nedostatku prostor, času či personálu respondenti ovlivnit nemohou, ale mohl by je zajisté ovlivnit management nemocnice.

7 Klíčová slova

Umírání

Všeobecná sestra

Komunikace

Mrtvé tělo

Pozůstalí

8 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny: Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BLUMENTHAL – BURBY, Kay. 1987. *Kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 149 s.

CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY. 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 224 s. ISBN 80-7021-819-3.

Co je paliativní péče [online]. 2013 [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1991. *Spoutaný život: kapitoly z psychoonkologie*. Praha: 3. LF UK, 331 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. 2.vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1993. *Povídej - naslouchám*. Praha: Návrat, 105 s. ISBN 80-85495-18-x.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. 1995. *Poslední úsek cesty*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1992. *Hovory s umírajícími*. 1.vyd. Přeložil Bohumil Dvořáček. Nové Město n. Metují: Signum unitatis, 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1993. *O smrti a umírání*. 1.vyd. Přeložili Jiří Královec a agentura Lingua. Turnov: Arica, 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. 1.vyd. Praha-Jinočany: Tvorba, 288 s.
- LEISHMAN, June L. *Perspectives on death and dying* [online]. Keswick [England]: M, 2009, s. 16-17 [cit. 2013-11-23]. ISBN: 978-1-905539-21-5.
- MALLON, Brenda. *Dying, death and grief: working with adult bereavement* [online]. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2008, s. 2 [cit. 2013-11-23]. ISBN 978-1-4129-3414-5.
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky, 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
- MUNZAROVÁ, Marta. 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. Kostelní Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
- O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.vyd. Přeložila Jana Heřmanová. Praha: Grada, s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
- ONDRAČKA, Lubomír et al. 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1.vyd. Praha: Cesta domů, 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.
- OPATRNÁ, Marie. 2008. *Etické problémy v onkologii*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- Péče o umírajícího pacienta* [online]. 2009 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-umirajiciho-pacienta-448613>
- Péče o zemřelého pacienta*. 2012. Standard ošetrovatelské péče. Nemocnice a. s.
- Poslední chvíle*[online]. 2014[cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/posledni-chvile.html>
- Psychické, sociální a spirituální potřeby*[online]. 2014 [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/psychicke-socialni-a-spiritualni-potreby.html>
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vydání. Praha: Ecce Homo, 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- ŠPAČEK, Martin. 2007. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*. Praha: Sít, 27 s.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. 1.vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

ŠPINKOVÁ, Martina et al. 2006. *Na cestách domů: paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 46 s.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAUSCH, Daniela, Martin BĚLOHRADSKÝ a Štěpán ŠPINKA. 2005. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. Přeložila Aranka Gärtnerová. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 28 s.

Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné II[online]. 2014 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/#zprava>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1.vyd. Praha: Grada, 272 s., 16 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3420-0.

9 Seznam příloh

1. Charta umírajících
2. Desatero pro pozůstalé
3. Otázky k hloubkovému rozhovoru
4. Technika kódování
5. Zakódované výrazy k jednotlivým kategoriím a podkategoriím
6. Doplnující informace do tiskopisu „Informace pro pozůstalé“

Příloha 1 Charta umírajících (Haškovcová, 2007)

- ♦ Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- ♦ Mám právo na naději a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- ♦ Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- ♦ Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- ♦ Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění, na zachování pohodlí a kvality života.
- ♦ Mám právo zemřít neopuštěn.
- ♦ Mám právo být ušetřen bolesti.
- ♦ Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- ♦ Mám právo nebýt klamán.
- ♦ Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- ♦ Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- ♦ Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- ♦ 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.

Příloha 2 Desatero pro pozůstalé (Špaténková, 2008)

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.
3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelém.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.

Příloha 3 Otázky k hloubkovému rozhovoru

1. Jaká je Vaše délka praxe a Váš věk? Jste věřící?
2. Jak jste vnímala svoji připravenost na setkávání s umírajícími pacienty a se smrtí po nástupu do praxe?
3. Jakým způsobem ovlivnila praxe Váš postoj k umírání a smrti?
4. Co považujete za nejdůležitější v péči o umírajícího pacienta?
5. Jaké jsou podle vás nejdůležitější potřeby umírajícího?
6. Co prožíváte při setkání s umírajícím pacientem?
7. Co je pro Vás při setkání s umírajícím pacientem nejtěžší?
8. Jakým způsobem komunikujete s umírajícím pacientem?
9. Jakým způsobem komunikujete s rodinou umírajícího pacienta?
10. Myslíte si, že Vás může umírající pacient něčím obohatit nebo obohatil Vás nějak?
11. Jak byste hodnotila dnešní situaci umírajících pacientů v nemocnici?
12. Můžete mi popsat, jakým způsobem provádíte péči o mrtvé tělo?
13. Máte nějaký rituál při péči o mrtvé tělo?
14. Jak probíhá komunikace s pozůstalými?
15. Mají pozůstalí možnost posledního rozloučení se zemřelým?
16. Jaké jste měla během své praxe možnosti vzdělávání v oblasti teoretické přípravy na setkání s umíráním a smrtí? Kurz, seminář týkající se problematiky?

Příloha 4 Technika kódování

Jaká je Vaše délka praxe a Váš věk? Jste věřící?

„Takže 2 roky a 24 let.“ Věřící jsem i nejsem, asi tak napůl.“

1 Jak jste vnímal svoji připravenost na setkání s umírajícími pacienty po nástupu do praxe?

3 „Tak to první vlastně s umírajícím bylo na střední škole, bylo to v den mé maturity,
4 kdy jsem si vybral pacienta a on během té zkoušky zemřel. To bylo moje první setkání se
5 smrtí, no a na vysoké jsem se setkal několikrát a probírali jsme to, takže jsem
6 připravený docela byl.“ *umírání*

7 Jakým způsobem ovlivnila praxe Váš postoj k umírání a smrti?

8 „Určitě tak, že to patří k životu a člověk se tak nějak přestane bát a přijímá to, že to
9 prostě musí jednou přijít a vnímá smrt trochu jinak.“ *umírání*

10 Co považujete za nejdůležitější v péči o umírajícího pacienta?

11 „Určitě uspokojit základní potřeby těch lidí, to znamená, aby byli čisti, aby neměli
12 hlad, aby dostali napít, měli klid a soukromí. Také, aby měli kontakt s rodinou a i mít
13 pozitivní přístup k nim a nedávat jim moc najevo v jaké situaci jsou, nepřipomínat jim,
14 že jsou v poslední fázi života.“ *potřeby*

15 Jaké jsou podle vás nejdůležitější potřeby umírajícího?

16 „Tak asi to, co jsem řekl před chvílí a ještě, aby netrpěli bolestí.“ *potřeby*

17 Co prožíváte při setkání s umírajícím pacientem?

18 „To je těžká otázka. Tak co prožívám. Je to takové, člověk se kouká trochu do
19 budoucna, protože si představujete, že tam budu takhle jednou ležet třeba já nebo
20 kdokoliv jiný a je to takové těžké, protože tomu člověku už nemůžete pomoci, tak se
21 snažíte alespoň mu ulehčit ten odchod, zpříjemnit mu to.“ *smrt*

22 Co je pro Vás při setkání s umírajícím pacientem nejtěžší?

zářez

23 „Nejtěžší je asi, když lidé věří v to, že se třeba ještě uzdraví a vy víte, že se
24 neuzdraví a už odsud nikdy neodejdou, tak to je hrozně těžké.“

25 Jakým způsobem komunikujete s umírajícím pacientem?

kommunikace s umírajícího

26 „Hlavně pozitivně, s úsměvem, s radostí, dodávat jim pozitivní energii, vtipy, prostě
27 jakkoliv jim to zpříjemnit, aby nemysleli na to, že prostě umírají. A když už třeba
28 nevnímají, tak mluvit na ně, hladit je třeba po tváři i podat ruku. Myslím si, že je to
29 uklidní, oni i když jsou třeba v bezvědomí, tak si stále myslím, že vnímají nebo nevíme
30 to, ale tak kdyby vnímali, tak pořád lepší, když se k nim chováte takto, než když se třeba
31 před tím pacientem mluví, že umírá nebo že umře.“

32 Jakým způsobem komunikujete s rodinou umírajícího pacienta?

kommunikace - rodina umírajícího

33 „No tak vstřícně, dodáváme jim sílu, ale musíme samozřejmě říkat pravdu. Takže
34 žádné naděje jim nedáváme, spíše je připravujeme na blížící se konec, na odchod jejich
35 člověka.“

36 Myslíte si, že Vás může umírající pacient něčím obohatit nebo obohatil Vás nějak?

Wahnsinn!

37 „No tak určitě. Když se setkáváte s umírajícími lidmi, tak vás naučí to, že smrt opravdu
38 patří k tomu životu. A že i když to je umírající člověk, že to nemusí být zase tak hrozné,
39 protože už jsem se setkal s tolika lidmi, kteří byli velmi pozitivní před tím koncem a
40 rozdávali radost okolo sebe, a když pak umírají, tak můžou umřít třeba ve spánku,
41 umírají se šťastným výrazem v obličeji, takže já myslím, že určitě ano.“

42 Jak byste hodnotil dnešní situaci umírajících pacientů v nemocnici?

sočarop'stvo

43 „Péče se myslím hodně zlepšila, jak přístup zdravotníků, tak i péče je mnohem
44 lepší. Takže bych to hodnotil kladně.“

45 Můžete mi popsat, jakým způsobem provádíte péči o mrtvé tělo?

PÉČE O MŔTVÉ TĚLO

46 „Dle standardu. Mrtvé tělo je na samostatném pokoji. Omyje se. Poté, co je omyto,
47 tak se zbavuje veškerých drénů a cévek a dalších věcí, co byly do těla uměle zavedeny,
48 tělo je popsáno, na každé končetině je jméno pacienta, rodné číslo, či datum narození,
49 oddělení, kde zemřel a datum a čas úmrtí. Tělo je zabaleno do prostěradla a následně
50 po dvou hodinách, co tady u nás je, musí být odesláno na patologii.“

51 Máte nějaký rituál při péči o mrtvé tělo?

52 „Nevím jak u ostatních pracovníků, ale já ano. Já už jsem slyšel nebo spíš viděl
53 mnoho dokumentů, že zemřelý to snad vnímá, že je nad tělem, takže zacházím s tělem
54 tak, jako by tam ten člověk byl a zacházím s ním tak, jak bych chtěl, aby zacházeli
55 jednou se mnou. Určitě jemný přístup.“ ^{PÉČE O NI}

56 Jak probíhá komunikace s pozůstalými?

57 „Tak první komunikaci vede doktor po úmrtí, po oznámení smrti a my pak musíme
58 předat pozůstalost, vlastně rodině a vyjádříme jim upřímnou soustrast.“ ^{KOMUNIKACE S POZŮSTALÝMI}

59 Mají pozůstalí možnost posledního rozloučení se zemřelým?

60 „Určitě, těla zemřelých jsou připravená tak, aby rodina měla možnost je naposledy
61 vidět, takže jsou i uložena na samostatném pokoji.“ ^{POZŮSTALÍ}

62 Co je pro Vás největší překážkou v komunikaci s pozůstalými?

63 „Překážku ani ne, spíše, když je třeba rodina rozrušená, tak je to těžké a smutné,
64 když jim nemůžete pomoci, tak se snažíme jim nabídnout alespoň vodu, aby se mohli
65 posadit, ale překážky v komunikaci nejsou, většina těch lidí je vždycky příjemná a
66 nedělá nějaké zle zdravotníkům.“ ^{ZDŮRŽENÍ}

67 Kde se mohou pozůstalí posadit? Máte nějakou místnost pro tyto účely?

68 „Místnost pro pozůstalé nemáme, ale můžou si sednout buď na sesterském pokoji
69 nebo lékařském, jinak to nejde. To tedy asi možná chybí.“ ^{KAM POSADIT}

70 Jaké jste měl během své praxe možnosti vzdělávání v oblasti teoretické přípravy na setkání s umíráním a smrtí? Kurz, seminář týkající se problematiky?

VZDĚLÁVÁNÍ

72 „Škola mě docela připravila, něco vás naučí praxe a já měl štěstí, že jsem nastoupil sem a učily mě velmi dobré sestry, které mají lidský přístup k tělu, takže praxe naučí.

74 Jinak jsem zatím nic jiného nevyhledával, možná v budoucnu.“

Příloha 5 Zakódované výrazy k jednotlivým kategoriím a podkategoriím

Kategorie vnímání umírání a smrti

Podkategorie nástup do praxe:

- ♦ připraven nebyl/a R1/3; R2/3,5,6; R4/3; R6/3
- ♦ připraven byl/a R3/6; R5/4; R7/3,4

Podkategorie vliv praxe:

- ♦ nebojím se R1/5; R2/9, 52; R3/8
- ♦ vážím si svého zdraví, života R1/24; R4/6; R6/5
- ♦ umírání může být hezké R2/11, 53; R3/38-41
- ♦ smrt patří k životu R3/38; R7/7
- ♦ těžké u mladších, vysvobození u starších R4/20-23,24
- ♦ žádný R5/6

Kategorie ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta

Podkategorie potřeby:

- ♦ netrpět bolestí R1/7,10; R2/18,20,63; R3/16; R4/14; R5/8; R6/10; R7/9,14
- ♦ tekutiny a strava R1/7,10; R2/21; R3/11,12; R4/14; R5/10; R6/11; R7/9
- ♦ respekt k soukromí a klid R1/27; R2/13,68; R4/8,9,11,12; R5/11; R6/7, R7/10,11,15
- ♦ hygienická péče R1/7; R2/21; R3/11; R5/11; R6/11
- ♦ polohování R6/11
- ♦ kontakt s rodinou R1/8; R2/14; R3/12; R5/8; R7/11,14
- ♦ důstojné prostředí a podmínky R2/20,21,67; R6/7; R7/9,10
- ♦ duchovní R2/94; R7/14
- ♦ bezpečí R4/27; R5/8

Podkategorie zátěžové situace:

- ♦ lítost R1/12; R2/25,29; R4/22; R6/13
- ♦ smutek R2/29; R5/13; R6/13
- ♦ vědět, že nemají naději R3/23,24; R6/16,17
- ♦ snášet to s pacientem R2/31,32
- ♦ bolestivé grimasy R2/34
- ♦ zbavit pacienta strachu R5/15,16
- ♦ nezpůsobit další bolest R7/21,22
- ♦ strach R1/14
- ♦ bezmoc R3/20
- ♦ vliv věku pacienta R4/17,20-25

Kategorie komunikace

Podkategorie komunikace s umírajícím pacientem

- ♦ jako by byl při vědomí R1/18; R2/39,40; R3/28; R7/24
- ♦ pozitivní přístup R1/17; R3/12,13,26; R6/19
- ♦ klidně R4/27; R5/18; R6/19
- ♦ popovídat si, naslouchat R7/14,15
- ♦ dodávat odvalu R1/16
- ♦ podle stavu R4/28

Podkategorie komunikace s rodinou před smrtí pacienta

- ♦ vstřícný přístup R1/20,21; R3/33; R4/31,32; R5/21,21; R6/21,22,24,25; R7/27
- ♦ informace R3/33,34; R4/30; R6/21; R7/28,29
- ♦ soucit R7/26
- ♦ překážky R2/16,48

Podkategorie komunikace s rodinou po smrti pacienta

- ♦ zátěž R1/40,42; R2/84,85,88,90; R3/63,64; R4/ 65,67,68; R5/48,49,53; R6/57; R7/46,47,51
- ♦ možnost posledního rozloučení R1/38; R2/78,80,81; R3/60,61; R4/57,58,60; R5/45,46; R6/49; R7/49
- ♦ informace od lékaře R1/35; R2/77,78; R3/57; R5/40,56,57; R7/41
- ♦ tiskopis „Informace pro pozůstalé“ R1/47; R4/70; R5/43,55; R6/45,46; R7/42
- ♦ předání pozůstalosti R1/36; R2/27; R3/58; R5/41; R7/41
- ♦ vyjádření soustrasti R3/58; R5/41,42; R7/42
- ♦ taktní, slušní, vstřícní R1/35,36; R4/55
- ♦ chybí místnost, čas R2/86; R3/68,69; R4/76; R5/51; R6/ 53,54,55
- ♦ doprovázení pozůstalých R1/45,46; R2/95,96; R3/64,65; R4/73,74; R6/59,60

Kategorie současný stav umírání v nemocnici

Podkategorie úroveň péče

- ♦ zlepšení oproti dřívější době R1/26; R3/43; R7/33
- ♦ lepší je umírat doma, nebo v hospici R4/38; R5/26; R6/30
- ♦ zbytečně neprodłużovat život R4/43

Podkategorie nedostatky v péči

- ♦ čas R2/33; R5/27,31,33; R6/32
- ♦ prostory R2/68; R6/32
- ♦ personál R2/66; R5/33
- ♦ pomůcky R5/33

Kategorie péče o mrtvé tělo

Podkategorie postup

- ♦ dle standardu R1/29,30,31,33; R2/71,72; R3/46-50; R4/46,47,48; R5/35,36; R6/35,37,38,39,43; R7/36,37
- ♦ přístup s úctou a respektem R4/49,51
- ♦ jemný přístup R3/55
- ♦ etický přístup R6/41

Podkategorie rituály

- ♦ otevření okna R2/24,74; R5/38; R7/39
- ♦ křížek na čelo R2/74
- ♦ naposledy na zemřelého promluvit R2/75
- ♦ zacházení, jako by tam ten člověk byl R3/54
- ♦ nemám R1/33; R4/51; R6/41

Kategorie vzdělávání během praxe

Podkategorie návštěva seminářů

- ♦ semináře R1/50; R2/10,56,99
- ♦ hospic R1/51; R2/10
- ♦ jiná témata R6/63,64

Podkategorie samostudium

- ♦ videokazety R2/99
- ♦ odborný časopis R5/61

Příloha 6 Doplnující informace do tiskopisu „Informace pro pozůstalé“

Nacházíte se v těžké životní situaci, a abyste se s ní mohli lépe vyrovnat, uvádíme několik informací, které by Vám mohly v tomto pomoci.

Desatero pro pozůstalé

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.
3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelém.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.

Pomoc pozůstalým nabízí kvalifikovaný poradce dle standardu 69-020-M - odborně způsobilá osoba v nápomoci blízkým těžce nemocného a pozůstalým (jediný kvalifikovaný poradce v Jihočeském kraji) - paní Magda Kümmelová: poradce@hospicpt.cz, tel.: 731 648 328.

S paní Kümmelovou se můžete spojit na uvedených kontaktech a ona Vám se vším ochotně a ráda pomůže.

Další informace, které by Vám mohly pomoci, jsou dostupné na www.umirani.cz