



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Rozdílnost ošetrovatelské péče o umírajícího v domově
pro seniory a domácím prostředí**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Zdeňka Vrublová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „*Rozdílnost ošetrovatelské péče o umírajícího v domově pro seniory a domácím prostředí*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Zdeňka Vrublová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za odborné vedení, připomínky, trpělivost a čas, který mi po dobu vypracování této práce věnoval.

Další poděkování patří také informantům, kteří byli ochotni poskytnout mi důležité informace do empirické části práce.

Rozdílnost ošetrovatelské péče o umírajícího v domově pro seniory a domácím prostředí

Abstrakt

Ročně zemře v České republice přes sto tisíc lidí. Z toho téměř tři čtvrtiny v nemocnicích. Velké procento lidí by ovšem chtělo umírat doma. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat rozdílnost poskytované ošetrovatelské péče umírajícímu v domácím prostředí a v domově pro seniory. V souvislosti s tímto cílem jsme stanovili čtyři výzkumné otázky. První z nich byla zaměřena na to, jaké zvláštnosti při poskytování ošetrovatelské péče umírajícímu vidí sestry v domově pro seniory. Následovala druhá otázka, která se zabývala zvláštnostmi ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Třetí a čtvrtá otázka se týkaly ošetrovatelských problémů u umírajícího jak v domácím prostředí, tak i v prostředí domova pro seniory. Empirická část práce byla vypracována pomocí metod kvalitativního výzkumného šetření, sběr dat byl realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro rozhovor se skládal celkem ze 41 otázek, které byly v některých případech obohaceny o otázky doplňující. Získané výsledky byly následně zpracovány metodou „tužka-papír“. Výzkumný soubor tvořilo pět všeobecných sester pracujících v domově pro seniory a šest sester pracujících v domácí péči. Na základě zjištěných údajů je možno říci, že výsledky této práce ukazují na určitou rozdílnost v poskytování péče umírajícímu mezi domovem pro seniory a domácím prostředím. Tyto rozdíly se však netýkají činností vyplývajících z ošetrovatelského procesu, ale základní, především citově-intimní funkce rodiny, odlišných podmínek pro umírání i spolupráce s rodinou. Na druhou stranu je nutné podotknout, že ošetrovatelské problémy a potřeby umírajícího jsou vyjádřeny v obou zařízeních stejně. Výsledky práce mohou posloužit jako podklad pro prezentaci na odborném semináři dalšího vzdělávání sester.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče; umírání; smrt; domov; domácí péče; domov pro seniory

The difference between nursing care for a dying person in a retirement home and home environment

Abstract

More than one hundred thousand people die every year in the Czech Republic. Almost three quarters of them die in hospitals. However, a large percentage of people would like to die at home. The aim of the bachelor thesis was to map the differences of nursing care provided to the dying at home and in a retirement home. In connection with this goal, we have identified four research questions. The first one focused on the particularities nurses in nursing homes see nursing care for the dying. This was followed by a second question that dealt with the particularities of nursing care at home. The third and fourth questions concerned nursing problems dying at the home and retirement home. The empirical part of the work was elaborated using the methods of qualitative research; the data collection was carried out using the technique of a semi-structured interview. The basis for the interview was a total of 41 questions, which in some cases were supplemented by supplementary questions. The obtained results were then processed using the pencil-paper method. The research group consisted of five general nurses working in a retirement home and six nurses working in home care. On the basis of the findings, it can be said that the results of this work show some differences in the provision of care to the dying between the home for the elderly and the home environment. However, these differences do not relate to activities resulting from the nursing process, but to the basic, especially the emotional-intimate function of the family, different conditions for dying and cooperation with the family. On the other hand, it should be noted that nursing problems and dying needs are expressed in both facilities in the same way. The results of the work can serve as a basis for a presentation at a professional nursing training seminar.

Key words: nursing care; dying; death; home; home care; home for seniors

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Umírání	9
1.1.1 Thanatologie, paliativní a hospicová péče	11
1.1.2 Období před umíráním.....	12
1.1.3 Úzkost a strach ze smrti	13
1.1.4 Přijetí umírání a smrti	14
1.2 Smrt.....	16
1.2.1 Vnímání smrti v průběhu času	17
1.3 Doprovázení umírajícího.....	19
1.3.1 Ošetrovatelská péče o umírajícího člověka	20
1.3.2 Rodina a domácí model umírání.....	22
1.3.3 Institucionální model umírání.....	23
1.4 Domácí péče.....	23
1.4.1 Historie a současnost domácí péče	25
1.5 Domov pro seniory.....	27
1.5.1 Historie sociálních zařízení pro seniory.....	27
1.5.2 Současnost domova pro seniory	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření.....	33
4.1 Struktura výzkumného vzorku	33
4.2 Kategorizace získaných dat.....	34
5 Diskuze.....	56
Závěr	62
Seznam použitých zdrojů	64

Seznam tabulek	72
Seznam obrázků	73
Seznam příloh.....	74
Přílohy.....	75

Úvod

„Kolikrát by stačilo jediné slovo. Jedno jediné. A člověk je nevysloví. Ne že by nechtěl, ale nenapadne ho to. Je čas, je ještě čas, je tolik času, říká si a mlčí ...“

Martin Petiška

Tato práce mi sebrala kus života. Ale také mi hodně dala. Už ani nevím, co mě vedlo k výběru tohoto tématu. Snad vlastní potřeba vyrovnat se se smrtí? Nevím. O smrti se mluví všude. Je všudypřítomná tak, že ji ani vlastně nevnímáme. Nevnímáme ji do té doby, než se nás samých dotkne.

Umírání. Smrt. Co tato slova pro nás znamenají? Je to čas strávený s lidmi, kteří potřebují odbornou pomoc, povzbuzení, úlevu od bolesti? Je to čas strávený s lidmi, kteří jsou odkázáni na pomoc druhého? S lidmi, kteří mají bolest těla i duše, i s těmi, kteří zůstali opuštěni? Je to čas, kdy nasloucháme obavám svých pacientů a čas, kdy se často stáváme součástí jejich rodin i životů. Je to čas, který může končit pohledem do očí uspokojených pacientů, kterým jsme pomohli.

Sestra se v praxi dostává do velmi náročných situací, které musí zvládat odborně i lidsky. Jednou z nejnáročnějších situací je setkání s umíráním a smrtí. S umírajícími pacienty se zdravotnický personál setkává napříč všemi zařízeními téměř denně. Téma umírání a paliativní péče je v poslední době častým tématem naší společnosti. Je v popředí veřejného zájmu a bytostně se také týká každého z nás.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdíly mezi dvěma zařízeními, které umírajícímu člověku péči poskytují. Teoretická část se proto snaží vysvětlit základní pojmy, jsou zde rozebírány modely institucionálního a domácího umírání, a pohled do historie těchto zařízení. Pozornost je věnována též potřebám umírajícího, ale také potřebám zdravotnického personálu.

O tom, jak tato péče probíhá, třeba právě v domově pro seniory a jakým způsobem v domácím prostředí, hovoří empirická část předložené práce. Odhaluje a popisuje realitu očima dotázaných sester a poukazuje na ošetrovatelské problémy při práci s umírajícími. Zveřejňuje také specifické překážky, které všeobecné sestry vnímají v rámci svého zařízení.

1 Současný stav

1.1 Umírání

„Najít krásu ve smutku, naději ve ztrátě a důstojnost v prohře – v tom je skutečné umění života.“

Arthur Miller

Carpe diem – Memento mori. Užívej dne – Pamatuj smrti. Tato dvě latinská přísloví nám mohou ukázat cestu, jak žít svůj život. Tak, abychom si mohli bez výčitek říct, ano, takhle bych chtěla prožít svůj poslední den. Blízkost smrti nám totiž dá velký pohled v tom, že si uvědomíme, jak jsme tu krátce, „a že prostě není čas na to žít svůj život blbě“ (Hurdová, 2017, s. 256). Většina lidí touží šťastně a spokojeně usnout, nic zlého netušit a prostě se ráno neproбудit. Opustit život a neprožívat žádné nemoci (Haškovcová, 2010). Že si užíváme luxus zdraví, si uvědomíme až v okamžiku nemoci. Že si užíváme luxus přítomnosti našich milovaných, si uvědomíme až v okamžiku, kdy o ně přijdeme (Hurdová, 2017). Vědomí sebe sama je největší dar, stejně cenný jako život. Dělá z nás lidské bytosti. Naše existence je ve stínu poznání, že rosteme a vzkvíváme a poté nevyhnutelně slábneme a umíráme (Yalom, 2014). Tolik času trávíme přemýšlením o budoucích plánech, často spoléháme na věci, které se mají stát někdy později, ale určitě zajistí naše štěstí. Nebo předpokládáme, že máme nekonečně mnoho času, a přitom jediné, co v životě máme, je dnešek (Ware, 2012). Nemusíme strávit léta v nemocnici, abychom zjistili, jak často a těžce zklamává moderní medicína lidi, jimž by měla pomáhat. Ubývající dny života jsou obětovány léčbě, jež oslabuje mozek a vyčerpává tělo, pro slabou naději na jakési zlepšení (Gawande, 2016). Jak píše Nezbeda (2016), současná medicína nezná definici „umírajícího člověka“. Dokáže už ulevit od spousty symptomů, které nemoci provázejí, ale konec lidského života změnila ve velké trápení. Zadržovaná smrt, termín, který jasně vyjadřuje, že medicína si s umíráním poradit nedovede. Prodlužování procesu umírání neboli oddalování úmrtí může přinést místo naděje pouze utrpení. Rozeznat proto moment, kdy je potřeba přijmout fakta blížící se smrti a najít smysluplnou podobu umírání, je velmi obtížný úkol (Nezbeda, 2016). Když nemocný nebo starý člověk téma umírání či smrti nadhodí, dostane se mu odpovědi, aby takhle nemluvil, aby to nepřivolával nebo aby to nevzdával. Často to ovšem pronášíme ne proto, abychom podpořili a uklidnili druhého, ale abychom ušetřili sami sebe. A přitom

by stačilo tak málo. Odstranit barikádu mezi námi a nemocným, kterou stavíme z falešně utěšujících tónů a ostychu (Nezbeda, 2016). Dnešní lidé obdivují mládí, zdraví, úspěch, výkon (Jankovský, 2018) a užitečnost (Svatošová, 2011). Dlouhodobé choroby a umírání jsou pak v rozporu s těmito obdivovanými hodnotami. Kde jinde ale než u lůžka umírajícího můžeme naslouchat, projevit soucítění a lásku? (Svatošová, 2011). Jak píše Šiklová (2013), příčinou smrti v současné době bývá nejčastěji stáří, přirozená smrt. Ale stejně nás to děsí. Tóthová (2008) popisuje, že péče o terminálně nemocné a umírající by měla být v popředí zájmu veřejného zdravotnictví. Bohužel tomu tak není. Šiklová (2013) se zmiňuje, že s pomocí našeho zdravotnictví zestárne skoro každý. Současná doba umožňuje starým lidem nezávislost na příbuzenstvu, to, co ale považujeme za pokrok, je popisováno jako rozklížení mezilidských vztahů a rodin. Staří nemají autoritu, mladí nemají potřebu žít a starat se o staré (Šiklová, 2013). Haškovcová (2010) se zmiňuje, že institucionalizace umožnila značný komfort při péči o umírající, mluvíme-li o profesionální péči o strádající tělo. Ústavní péče ale zapoměla na péči „o duši“ a znesnadnila přijetí smrti jak umírajícímu, tak i jeho rodině. Výsledkem pak bylo vzájemné odcizování či neúcta k člověku (Haškovcová, 2010). O přijetí smrti zdravotníky se zmiňují Keller et al. (2008) tvrzením, že profesionál, který je konfrontován často se smrtí a umíráním, psychicky zhrubne, pozbývá soucitu i schopnosti vžít se do jedinečné situace umírajícího. K tomuto názoru se přiklání i psychologie. Popisuje, že jsme-li s něčím dlouhodobě v kontaktu, vede to k otupení, což v důsledku znamená přizpůsobení se a úbytek intenzity reakce na podobný podnět (Vágnerová, 2007). Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se na poslední cestu stačil připravit (Kutnohorská, 2007). Taktéž umírat v důstojném prostředí, bez fyzické bolesti, beze strachu, by mělo být samozřejmostí (Keller et al., 2008). Již před padesáti lety, v roce 1965, provedli Glasser a Strauss (2005) studii sociální organizace smrti a umírání v nemocnicích. Vypracovali typologii forem komunikace, která probíhá mezi klíčovými aktéry v době umírání. Autoři definují a rozlišují čtyři formy tzv. vědomého kontextu, který se však mění v průběhu péče o umírajícího. Glasser a Strauss (2005) popisují, že uzavřené uvědomění a uvědomění oboustranného klamání přináší na jistou dobu úlevu, dlouhodobě však představuje a přináší velkou zátěž pro příbuzné. Jako nejvhodnější se jeví kontext otevřený, kdy personál i pacient znají skutečný stav a dovedou ho realisticky vyhodnocovat (Glasser a Strauss, 2005). Závěry této zakotvené

teorie, to jest teorie založené na datech a skutečných zážitcích lidí, nacházejí uplatnění i v současném zdravotnictví. Zmiňují se o tom Andrews et al. (2015) znovu po padesáti letech. Současné studie teorii nevyvracejí, ale vhodně doplňují o poznatky z výzkumu. Studie je vodítkem pro zdravotníky, může jim pomoci zlepšit péči o umírající pacienty, určit, jak pacienti prožívají své poslední dny. Citlivý a dobře komunikující zdravotník lépe pomůže umírajícímu uzavřít svůj život řádnými rituály (Andrews et al., 2015). Znalosti vztahů mezi umírajícími a ostatními zúčastněnými by měly být nejen součástí thanatologie, ale i medicínských, psychologických, sociálních či jiných oborů (Bártlová, 2005). Lidé potřebují, aby neumírali sami (Byock, 2013). „*Ale pokud dojde na lámání chleba, není moc lidí, kteří dokážou být poblíž, když na vás přijde nejhorší bolest. A těch pár, kteří to dokážou, jsou skuteční přátelé*“ (Ware, 2012, s. 193).

1.1.1 Thanatologie, paliativní a hospicová péče

„*Ani na slunce, ani na smrt se nepodíváš zpříma.*“

Francois de la Rochefoucauld

Neúcta k člověku, vzájemné odcizování lidí, se promítlo i do samotného závěru života moderní civilizace (Haškovcová, 2010). Vědeckotechnický pokrok přináší lidem velké výhody nejen za života, ale i v okamžiku smrti (Kelnarová, 2007). Jak uvádí Haškovcová (2010), redukce procesů ritualizace smrti a umírání, i prožití smrti pozůstalými, najednou vedlo ke zvýšení pocitů strachu a nejistoty. Lidé nevěděli, kde zemřou, zda zůstanou opuštěni nebo s nimi někdo v okamžiku smrti bude. Nikdo nevěděl, jak se má chovat k umírajícímu, jak s ním hovořit a nikdo neuměl zvládat zármutek a žal. Zjistilo se, že situace umírajících je neutěšená. A proto se začal zvažovat návrat k tradicím a polidšťování umírání v institucích (Haškovcová, 2010). Problematiku finality života řeší thanatologie (Jankovský, 2018). Je to obor multidisciplinární, protože se jí zabývá nejen medicína, ale i biologie, sociologie, psychologie, ale také psychiatrie, psychoterapie a teologie (Haškovcová, 2007). Chceme-li se zabývat umíráním v různých kulturách, musíme sem zařadit i etnografii (Šiklová, 2013). Thanatologie řeší jak postoje ke smrti u lidí zdravých, které se samozřejmě v průběhu života mění, tak u lidí nemocných. Zaměřuje se i na otázky komunikace s nemocnými či příbuznými, zabývá se jejich sociálním prostředím (Baštecký et al., 1993). Šiklová (2013) popisuje, že thanatologie se kromě lékařské mlčenlivosti zabývá i praktickými otázkami, jako je poslední vůle, psaní závěti, jednání

s institucemi, pohřebními ústavy, pojišťovnou nebo poskytováním pomoci v případě psychické krize. Účinnou alternativou k odosobněné profesionální péči se jeví péče paliativní, která je součástí paliativní medicíny (Jankovský, 2018). Paliativní medicína se zabývá zmírňováním utrpení a odstraňováním bolesti. Péče se zaměřuje nejen na utrpení fyzické, ale i psychické, sociální a duchovní. Těm, kterým medicína již život zachránit nedokáže, má přinést dobrou kvalitu zbývajících života (Vorlíčková, 2005). Je to ucelená, cílevědomá, kvalifikovaná podpora lidí se závažným, život ohrožujícím onemocněním (Špatenková, 2014). Paliativní medicínu pak poskytují hospice, ale i jiní poskytovatelé zdravotních služeb. Takováto péče probíhá jak v lůžkovém hospici, tak v denním hospicovém stacionáři nebo v případě dobře fungujícího rodinného zázemí též v domácím prostředí. Smyslem je doprovázení nemocného, ale i jeho blízkých (Jankovský, 2018). Požadavkům hospicové péče musí odpovídat personální vybavení, vybavení materiální, a též vybavení přístrojové (Jankovský, 2018). Haškovcová (2007) upozorňuje na fakt, že program hospicové péče není vhodný pro každého umírajícího, ale také není určen jen věřícím. Závěrem lze konstatovat, že Haškovcová (2007) i Svatošová (1995) se shodují v tom, že při respektování zásad paliativní péče lze také v nemocnicích podstatně zlepšit péči o umírající.

1.1.2 Období před umíráním

*„A dej mi sílu snášet pokorně, co změnit nemám sil,
odvahu, abych to nač stačím, na tomhle světě pozměnil.*

*A také prostý rozum, který vždy správně rozezná,
co se změnit nedá a co se změnit dá.“*

Hana a Petr Ulrychovi

Základním posláním medicíny a ošetrovatelství je s nemocí a smrtí bojovat. Pokud není a nemůže být tento cíl naplněn, stává se velmi problematickou skutečností (Špatenková, 2014). Péči před umíráním nazýváme péčí pre finem (Jankovský, 2018). Špatenková (2014) píše, že v této fázi jde především o otázku sdělení diagnózy a pravdy na nemocničním lůžku. Vorlíček et al. (2004) i Kutnohorská (2007) popisují, že tato péče začíná tehdy, když si odborník i laik uvědomí, že nemoc je vážná a s nedobrymi vyhlídkami do budoucna. Autoři Haškovcová (2002), Kutnohorská (2007) i Kupka (2014) píší, že takovýto stav může trvat dny, měsíce, ale i léta. Různě dlouhá doba diagnostikování a vyjádření přítomnosti smrtelného onemocnění naznačuje nemocnému

vážnost situace, ale on sám nemusí být na sdělení osudové prognózy připraven (Démuthová, 2010). Vorlíček et al. (2004) se zmiňují o ztrátách, které nemocného v průběhu nemoci postihnou a s kterými se musí vyrovnat. Ať už se jedná o ztrátu zaměstnání a starosti finanční v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti či invalidního důchodu. Dále upozorňují na to, že se pozměňují také důležité mezilidské vztahy a často dochází k tomu, že se příbuzní či partneři od nevléčitelně nemocného odklánějí (Vorlíček et al., 2004). To popisuje i Jankovský (2018), který varuje před vyloučením nemocného ze všech důležitých sociálních i interpersonálních vztahů. Haškovcová (2002) i Kutnohorská (2007) se zmiňují o tom, že v této fázi musíme usilovat nejen o dosažení remise, to znamená přechodného vymizení příznaků, ale také zmírňovat obtíže nemocného a umět ho provést úskalími nemoci. Haškovcová (2002) popisuje, že každý nemocný musí vědět, že mu bude poskytnuta péče nejen lékařská, ale také psychologická a lidská. V této době někteří nemocní požadují otevřeně hovořit o svých poměrech, chtějí pomoci nalézt řešení v pro ně náročné a obtížné situaci. České přísloví říká, že „*nemoc si člověka připraví*“ (Haškovcová, 2002, s. 207). Terminálně nemocný je často unaven, může trpět pozměněným vědomím a soustřeďuje se na základní fungování svého biologického bytí. Jak dále Haškovcová (2002) píše, u nemocných dochází k uvědomování si závažného stavu, ale naopak vytěsňují obavy a strach z hrozící smrti. Toto popírání a vytěsňování bývá tím intenzivnější, čím blíže se smrti člověk přibližuje (Haškovcová, 2002).

1.1.3 Úzkost a strach ze smrti

„Smrt není strašná, strašnou ji dělají jen strašné představy.“

Epiktétos z Hierapole

Již staří antičtí filozofové se zabývali otázkou úzkosti ze smrti. Znamé jsou především ty postoje, které se snažily silou vůle a racionálním uvažováním tuto úzkost překonat. Lze ale od rozumově uvažujícího člověka trvale odstranit emocionální stránku, zvláště v období umírání? (Křivohlavý, 2002). Smrt měla osobní i veřejnou povahu. Ariés (2000) píše, že ve chvíli smrti neměli lidé zůstat osamoceni, ale být ve středu určitého shromáždění. I 19. století dovolovalo vstoupit do ložnice umírajícího komukoliv, i když jej rodina neznala (Ariés, 2000). Lidé se přitom bojí více utrpení než smrti (Vorlíčková, 2005). Bojí se, že jejich umírání bude nedůstojné, bude je bolet. Bojí se nesoběstačnosti, opuštěnosti, toho, že budou chtít ještě něco vyslovit, vzkázat a nikdo

je nevyslechne. Bojí se, že budou zapomenuti (Šiklová, 2013). Yalom (2014) uvádí, že v mládí se člověk smrti vysmívá, strach, úzkost a nejistotu popírá šibeničním humorem, či sledováním hororových filmů. Teprve na konci profesní kariéry pochopí, že již nesměruje vzhůru, ale směrem k ochabování a zmenšování. U někoho je úzkost ze smrti zjevná, děsivá, u jiného zastřená, sotva znatelná (Yalom, 2014). Bayock (2013) se zmiňuje o strachu jedince i jeho rodiny. Lidé se obávají, že ztratí svoji důstojnost, obávají se toho, jak budou vypadat či jak budou páchnout a jak nakonec zemřou (Bayock, 2013). Mají strach, že jejich umírání finančně zatíží rodinu (Šiklová, 2013). Úzkost a strach jsou emoce, což znamená schopnost reagovat na různé podněty prožitkem libosti či nelibosti. Je to spojeno s fyziologickými reakcemi, změnou aktivity a dalšími vnějšími projevy (Vágnerová, 2007). Dle Zacharové et al. (2007) jsou tyto emoce vyvolány pocitem ohrožení, jde tedy o obranný postoj organismu, za kterým je pud sebezáchovy. Strach může být reálný v případě, že jde o život, nebo nereálný. Strach vyvolá i budoucí situace. Záleží tedy na tom, jak člověk vnímá podněty, které strach vyvolají a jak toto pak vyhodnotí (Zacharová et al., 2007). Úzkost představuje neurčité ohrožení, těžko definovatelné pocity, jejichž příčinu jedinec nezná (Špatenková, 2014). Zacharová et al. (2007) píše, že úzkost běžně přechází ve strach, tyto dvě emoce nelze od sebe oddělit, vzájemně se podmiňují a splývají.

Provázejí člověka po celý život. Řada okolností a též věk jedince má vliv na jejich intenzitu (Zacharová et al., 2007). Jak popisuje Haškovcová (2010), jednou z propracovaných forem obrany proti strachu je víra. Je to ale osobní záležitost a není řešením pro všechny. Další vhodnou obranou se jeví ritualizace procesů umírání a smrti, ale také následujících chvil pro pozůstalé. Nelze nemít nic, ale není nutné mít mnoho. Nemusím být bohatý, ale musím mít určité zázemí hmotného zajištění. Můžu trpět nemocí, ale neměl bych být sužován bolestí. Můžu žít samostatně, ale neměl bych být osamělý. Měl bych žít aktivně a důstojně dojit ve svých dnech (Haškovcová, 2010).

1.1.4 Přijetí umírání a smrti

*„Dej mi klid, abych přijal, co nemohu změnit.
Dej mi odvahu, abych změnil, co změnit mohu.“*

Reinhold Niebuhr

Problematika smrti a umírání je spojena s mnoha tajemnostmi. Mnoho věcí chápeme rozumem, ale neumíme si s tím emocionálně poradit. Pravdu o smrti a umírání

přijímáme, ale neumíme ji aplikovat do vlastního života. Pravdou je tedy to, že člověk je smrtelný. Tedy i já jsem člověk a jsem smrtelný (Křivohlavý, 2002). Během našeho života se setkáváme s různými zvraty, musíme se vyrovnávat s tím, že někoho ztrácíme a opouštíme, a tím se vyvíjíme a rosteme. Člověk nesmí dopustit, aby nad ním pocit ztráty zvítězil. Musí se radovat i z toho, co zůstává a z toho, co získá. Měl by přijmout novou situaci s určitou vyrovnaností (Pichaud et al., 1998). Originální teorie uvědomění si umírání a smrti došla k závěru, že umírající lidé procházejí různými sociálními fázemi, tzv. kritickými body. Autoři jich zmiňují sedm a tyto fáze nelze zaměňovat za stadia psychologická (Glaser a Strauss, 2007). Sociální fáze obsahují dráhu, která začíná v době oznámení terminálního stadia a trvá až do doby smrti. Glaser a Strauss (2007) popisují, že jednotlivé úseky a délka dráhy je ovlivněna očekáváním a reakcí ošetrovatelského personálu podle toho, jaké vzorce a standardy považují za normální u jedince se stejnou chorobou. Byrokratická struktura nemocnice a klinická rozhodnutí, diktují postup péče o umírajícího. Ovlivněno je to zdravotnickou politikou na celostátní úrovni (Glaser a Strauss, 2007). Péče se proto řídí finančními úvahami a normami organizace. Pro pacienta je to předem připravená epizoda, která ale ve finále může přinést mnoho problémů jak pro personál, tak pro emocionální stránku příbuzných (Bártlová, 2005). Pocit pořádku k neuspořádané hromadě silných emocí vyvolaných uvědoměním, že smrt se nevyhnutelně blíží, vnesla Dr. Elisabeth Kübler-Ross již v roce 1965. Nejslavnější psychologická studie popisuje pět fází vyrovnání se se smrtí a později s každou tragickou životní událostí. Autorka udává, že jednotlivé fáze nemusí proběhnout chronologicky a kompletně. Tyto reakce jsou jedinečné, stejně jako osoba, která je prožívá (Kübler-Ross, 2015). Etapy popisují pocity a psychickou odpověď na závažné onemocnění, kdy ovšem nemocný není vnímán izolovaně, ale v jeho sociálních vztazích. Závažné onemocnění nepostihuje totiž jen nemocného, ale také nejbližší členy jeho rodiny (Jankovský, 2018). Svatošová (2011) vysvětluje, že některé fáze se opakovaně vracejí a střídají, a někdy i v jediném dni se mohou prolínat. Jednotlivé fáze, známé pod zkratkou DABDA, znamenají popření, agrese, smlouvání, depresi a smíření (Špatenková, 2014). Haškovcová (2002) doplňuje nad rámec těchto fází ještě fázi nulitní neboli nulovou. Je to období, kdy si člověk uvědomuje, že něco není v pořádku, ohlašuje se nemoc, ale zakrátko se dostaví opět pocit zdraví a uklidnění. Díky takovému přístupu, kdy nemocný popře příznaky nemoci a lékaře nevyhledá, může dojít k zanedbání včasné diagnostiky a terapie (Haškovcová, 2002). Dílo Kübler-Ross vzbudilo zaslouženou pozornost, ale také nesouhlasné postoje (Jankovský,

2018). Zhruba od roku 2000 se objevují opoziční studie. Konisberg (2011) popisuje, jak hluboce je zakořeněno pět etap prožívání zármutku, které nebyly založeny na žádné vědě a současně nabízí nový pohled na to, jak se s tímto mýtem vyrovnat. S potencionálně traumatizujícími událostmi, jako je smrt či teroristický útok pracuje Bonanno (2009). Tento další oponent Kübler-Ross zkoumá přirozenou odolnost člověka vůči zraňujícím příhodám, a faktory, například naše vrozené emoce, které pomáhají tyto situace účinně zvládnout (Bonanno, 2009). Především by ale nemocný, dle Haškovcové (2002), neměl zůstat s pravdou sám. Pokud už ji přijmul, měla by mu být poskytnuta stálá pomoc (Haškovcová, 2002).

1.2 Smrt

„Všechny srovnává smrt: nerovni se rodíme, rovni umíráme.“

Seneca Mladší

Konec života, nevratné zastavení životních funkcí. Smrt, také zánik, konec, záhuba či úmrtí. Nejednoznačný pojem, jehož výklad se liší v závislosti na kultuře a mění se v čase. Smrt je charakterizována též jako stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a většinou ji nelze dopředu určit (Rosypal, 2003). Haškovcová (2007) píše o zániku organismu a tedy člověka. Popisuje, že v současné době bývá smrt většinou konečným stadiem patologického procesu. Pokud se smrt vztahuje jen k části organismu, je podle Kašákové (2015) definována v lékařství a přírodních vědách jako smrt buněčná. Jak uvádí Baláž (2008), u člověka se nezabýváme pouze biologickým stavem, ale přidávají se hlediska medicínská, právní, etická či historická. Podle Línska (2015) je otázka smrti daleko komplikovanější, neboť je to problém též filozofický, spirituální, sociální či ekonomický. Smrt je definována též jako stav, kdy u živého organismu dojde k nevratným změnám v mozku a v jejich důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla (Šiklová, 2013). Jak uvádí Špatenková (2014), pro psychology je smrt završením všech životních vývojových etap. Náboženský přístup nechápe smrt jako definitivní konec (Jankovský, 2018), ale mluví o ukončení života pozemského a začátku života jiného (Špatenková, 2014). Skutečné smrti může ovšem předcházet tzv. smrt sociální. Ta nastává v důsledku dlouhodobé institucionalizace, během které ztrácí člověk většinu sociálních rolí, není přijímán okolím jako osobnost a ostatní ho považují za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře

(Špatenková, 2014). Dle Payneové et al. (2007) lze mluvit o sociální smrti v době, kdy už člověk nemá kontakt se světem živých. Může nastat v důsledku toho, že pacient se na smrt připravuje a tím pádem opouští své sociální sítě a prostředí nebo je postupně vyloučen či opomíjen pečujícími. Situaci sociální smrti si tak může navodit sám, nebo je důsledkem chování ostatních (Payneová et al., 2007). Šiklová (2013) vyjadřuje, že smrt dospělého člověka, obzvláště hospodáře, živitele rodiny, byla nesmírně významná, rozhodující událost. Říká se, že v současné české společnosti je smrt tabu (Nezbeda, 2016). V každé společnosti jsou určité věci nedotknutelné, zapovězené, vyloučené (Křivohlavý, 2002). Nezbeda (2016) ale vysvětluje, že společnost o smrti neuvažuje, jen ji vytěšňuje ze svého vědomí, vylučuje ji z hovorů, vyhošťuje ji ze života jako něco nepříjemného, co nechce, aby se jí týkalo. Asi bychom tedy měli mluvit spíše o strachu, bezradnosti či nevědomosti (Nezbeda, 2016). Naproti tomu Vido (2011) i Bártlová (2005) uvádějí, že v současné chvíli již nelze mluvit o problému umírání a smrti jako tématu nevhodném. Illich (2012) popisuje, že to, jak je smrt vnímána, souvisí s tím, čemu společnost věří a jak je strukturována. Smrt se promítá do sociálních změn každé společnosti. Rituály, k nimž patří třeba truchlení, hlídky u mrtvého, čtení závěti, stavba náhrobního kamene, pohřeb do země, spálení mrtvého těla, to všechno jsou prvky události smrti, které jsou vytvořeny společností (Illich, 2012). Bártlová (2005) se zmiňuje o tom, že téměř 80–92 % lidí umírá v nemocnicích nebo institucích. Umírání a smrt jsou proto typickou zkušeností každodenního nemocničního života. Lze tedy říct, že smrt je medicinalizovaná. Umírání a smrt se staly spíše lékařskou záležitostí než přirozenou událostí (Bártlová, 2005). Také filozofové si kladou otázku po smyslu smrti, která se netýká jen bodového konce našeho života, ale provází nás v celém průběhu naší existence. Jaké cíle si klademe, co pokládáme za hodnotné, co za nicotné, jak intenzivně žijeme, to všechno závisí na tom, jak chápeme sami sebe tvář v tvář smrti, která stojí před námi. Smrt není jednání, není to způsob chování, nýbrž něco, co se nám přihlásí, něco, co nás postihuje bez vlastního přičinění (Kutnohorská, 2007).

1.2.1 Vnímání smrti v průběhu času

Člověk, na rozdíl od zvířat, vidí svůj život jako celek, ke kterému tedy patří i smrt. A každý dobře ví, že jednou zemře. Jen neví kdy a neví jak (Sígl, 2006). Na rozdíl od jiných živočichů tedy o svém zániku víme a vědomí konečnosti je asi základním znakem lidí (Šiklová, 2013). Pohled na smrt se může lišit v závislosti na výchově, víře i životní filozofii. Liší se také teritoriálně a dobově. Ariés (2000)

uvádí, že již ve středověku vnímali lidé smrt všední a obvyklou jako proces, který poskytuje dost času na výstrahu. O smrti ochočené, neboli zkrocené, se zmiňuje Nešporová (2013), která popisuje, že ochočením smrti bylo myšleno smíření se jak ze strany umírajícího, tak i jeho okolí, ale též zachování určitých zvyků a ceremonií před smrtí i po ní. Lidé se jí neobávali, protože věděli, jak s ní zacházet (Nešporová, 2013). Teprve později se smrt individualizovala. Lidé se nechtěli opírat o zkušenosti a výklady předků, nýbrž chtěli získávat zkušenosti vlastní (Virt, 2000). Medicína a zdravotní péče postupně měnily náš život. Bylo jedno, jestli je vám pět nebo padesát, smrt byla všudypřítomná. Pokrok lékařské vědy však posouval tuto hranici do stále pozdějšího věku. Rozvíjela se hygiena a další opatření snižovala rizika úmrtí na infekční choroby, zredukovala se také úmrtnost při porodu nebo následkem úrazu (Gawande, 2016). Život je rychlý, pestrý, na smrt není čas. Haškovcová (1990) se zmiňuje o tom, že zmizely pohřební rituály, výpravné pohřby, obřady se zkracují a mění se i typ pohřbu. Černé šaty vidáme už jen v den pohřbu, černou pásku na rukávu, označující smutek v rodině, pak nenosí téměř nikdo. Zármutek se nezveřejňuje, není tudíž vnímán okolím (Haškovcová, 1990). Z krásné, romantické smrti se stává smrt ošklivá, uvězněná (Virt, 2000). Nešporová (2013) popisuje moderní dobu jako čas, vyznačující se odmítáním přijmutí smrti pro její ohavnost. Bezzubá ústa, zápach moče, často páchnoucí dech, to vše provází současnou smrt. Proto smrt vyháníme a nechceme o ní mluvit (Šiklová, 2013). Dochází rovněž ke změně místa smrti (Nešporová, 2013). Smrt je institucionalizovaná. Ztratila svůj přirozený charakter, byla vytěsněna jako nesmyslná, zbytečná prohra (Haškovcová, 1990). Moderní společnost nevystavuje své obyvatele pohledu na umírající. Lidé nejsou připraveni na něco, čemu se nedá vyhnout. Když se ale dokážeme podívat na fakt, že opravdu zemřeme, dokážeme uspořádat svoje priority před tím, než bude pozdě, když uznáme, že naše smrt je nevyhnutelná, dá nám to příležitost prožít zbývající čas smysluplněji a s větším uspokojením (Ware, 2012). Jak píše Hurdová (2017), ve smrti je tolik krásných věcí, že vedle hlubokého zármutku můžeme pociťovat i obrovské, dechberoucí štěstí. Pokud jsme sami nepřijali, že smrt je součástí života, že k němu patří, tak toto téma obcházíme a nemluvíme o něm. A to, o čem se nemluví, je vždy záhadné. Bojíme se tedy nevysloveného, bojíme se ticha, bojíme se mlčení než jasné a třeba i hlasité odpovědi (Šiklová, 2013).

1.3 Doprovázení umírajícího

Každý člověk se musí s konečností svého života vyrovnat sám a po svém. V životě má každý svůj čas, který může využít nebo promarnit (Haškovcová, 2010), ale čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize (Vorlíček et al., 2004). Ovládáme složité profese, ale v základních lidských problémech se nedokážeme orientovat (Haškovcová, 2010). Fyzická bolest je zdravotníky pečlivě zaznamenána, ale na bolest psychickou se většinou neptají. Dle Šiklové (2013) přítom komunikace může zásadně ovlivnit veškeré obavy nemocného. Avšak nejčastější reakcí je odsunutí podstatných otázek na později. Ta pozdější doba většinou nenastane, smrt ji přeruší (Šiklová, 2013). Špatenková (2014) tvrdí, že péče o umírající, zemřelé a jejich příbuzné klade na ošetřující personál extrémně vysoké nároky, jak po stránce fyzické, tak psychické i sociální. Ve srovnání s hospici, příbuzní v jiných zařízeních velmi často chybí a všeobecné sestry (dále jen sestry) zastávají roli nejbližší osoby (Špatenková, 2014). V průběhu své práce jsou sestry často přítomny úmrtí a tato zkušenost jim připomíná vlastní smrtelnost. Úzkost ze smrti a postoje sester zkoumalo patnáct kvantitativních studií, zveřejněných v letech 1990–2012 (Peters et al., 2013). Studie z několika zemí ukazují na nepřímou souvislost mezi postojem sester ke smrti a jejich vztahem k péči o umírajícího. Jak uvádějí Peters et al. (2013), u mladších sester se jedná o silnější vztah k vlastní smrti a negativnější postoj k péči o zemřelé. Studie ukázala, že vzdělávací programy zaměřené na tematiku umírání a smrti, by pomohly snížit úzkost zdravotníků a zlepšit péči o umírající (Peters et al., 2013). V této souvislosti je nutné uvést i názor, že pokud má být péče o umírající důstojná, je důležité znát též kulturní tradice umírajícího a v duchu těchto tradic respektovat právo na jejich hodnotu, víru a potřeby. Doprovázení umírajících vyžaduje hodně vnitřní síly a klade na doprovázejícího specifické etické úkoly (Špatenková, 2014). Kutnohorská (2007) se zmiňuje o tom, že s umírajícím jednáme až do poslední chvíle jako se svéprávnou bytostí, poskytneme mu čas na smíření se svým uplynulým životem a věřícím dopřejeme dát si do pořádku svůj vztah k Bohu. Špatenková (2014) požaduje od sestry dovednosti a schopnosti, mezi které patří komunikace, naslouchání, porozumění a empatie. Dle Kutnohorské (2007) by sestra měla jednat opravdově, nic nepřehánět, vnímat a respektovat přání. Dle situace zachovávat blízkost nebo odstup. Udělat si čas. Naslouchat, mluvit i mlčet. Povzbuzovat pacientovu naději, udržovat pacientovu sebeúctu, sebedůvěru, pocit jistoty a důstojnosti (Kutnohorská, 2007). Aby pomáhala i v situacích naprosté rezignace, bezvýchodnosti

a zoufalství (Špatenková, 2014). Ošetřovatelství má své vymezené povinnosti a rozhodnutí co konat, aby byla zachována důstojnost pacienta a aby neztrácel naději. Etika neboli věda o morálce zkoumá chování člověka (Kutnohorská, 2007). V ošetřovatelství se etika zajímá o podmínky a příčiny ošetřovatelsky žádoucího či nežádoucího chování. Podle Kutnohorské (2007) patří mezi základní etické principy v ošetřovatelství autonomie, tj. připustit volbu jednotlivce podle jeho osobních hodnot a přesvědčení. Dále je to prospěšnost, důvěryhodnost, spravedlnost a pravdomluvnost. Jak uvádí Šimek (2015), současná společnost vede debaty o podobě zdravotnického systému, ale také o realizaci práv pacientů, o vztahu zdravotník – pacient či o roli zdravotnické technologie ve zdravotní péči. Rozdíl ve vidění světa zdravotníkem a pacientem je patrný při rozhodování v závěru života. Stejný autor se zmiňuje o tom, že pacient by měl sám rozhodnout, zda život za každou cenu prodlužovat či jej naopak usnadnit účinnou analgezií a zkrátit tak bolestivou a nákladnou léčbu. Neznáme pacientovo vidění světa a jeho hodnotový systém. V moderní době by měl být odborník v etice účasten konzultací lékaře s pacientem, neboť by pomohl odhalit jejich odlišné chápání hodnot (Šimek, 2015). Pro zdravotníky je ovšem důležitá profesní etika a etický kodex na konkrétní profesionální činnost. Pak mluvíme o etice v pomáhajících profesích. Bioetika se pak zabývá problematikou praktických morálních problémů souvisejících se vznikem života, jeho finalitou a životem vůbec (Jankovský, 2018).

1.3.1 Ošetřovatelská péče o umírajícího člověka

Abychom dokázali pochopit problémy nemocného, tím spíše umírajícího člověka, je důležité znát jeho potřeby. Potřeba se chápe jako stav organismu, buď něco získat, nebo se něčeho zbavit tak, aby bylo dosaženo rovnováhy (Bártlová, 2005). Trachtová (2013) chápe pojem potřeba jako projev nedostatku, nutí nás vyhybat se tomu, co je pro život nepříznivé, nebo naopak vypátrat určité předpoklady k životu nezbytné. Její nedostatek ovlivňuje psychiku člověka (Trachtová, 2013). Dle Bártlové (2005) jsou potřeby stále složitější ve všech svých složkách. Trachtová (2013) uvádí, že v průběhu života se potřeby vyvíjejí, mění co do množství, tak i kvality. Vlastností moderního ošetřovatelství je uspokojování potřeb zdravých i nemocných a to pomocí ošetřovatelského procesu (Trachtová, 2013). Archalousová (2003) se zmiňuje o tom, že účelnou ošetřovatelskou péči poskytujeme tehdy, když nemocný nemá potřebnou sílu, vůli či znalosti (Archalousová, 2003). Nejznámější teorii lidských potřeb vytvořil a publikoval v dokumentu „*Theory of Human Motivation*“ již v roce 1943 představitel

humanistické psychologie Abraham Maslow (Maslow, 1943). Tato představa lidských potřeb v podobě pyramidy znázorňuje jako základnu fyziologické potřeby. Nad základnou se nachází potřeba bezpečí, lásky, nad nimi nacházíme potřebu uznání a nejvýše potřebu seberealizace. Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je nutné uplatňovat holistický přístup k nemocnému (Špatenková, 2014) a tedy, dle Všeobecné deklarace o bioetice a lidských právech z roku 2005 pohlížet na to, že „*identita osoby v sobě zahrnuje biologický, psychologický, sociální, kulturní a duchovní rozměr*“ (Sándor et al., 2008, s. 11). Nevíme, co všechno umírající ztrácí, a k tomu se přidávají obavy, slabost či bolest (Svatošová, 1995). Na druhou stranu je velmi obtížné pochopit, co umírající skutečně potřebuje. Špatenková (2014) se zmiňuje, že ve společnosti panuje názor, že umírající by neměl být v době smrti sám, „*je nezbytné ho doprovázet a hlavně ho neopustit*“ (Špatenková, 2014, s. 70). Ale i v okamžiku smrti může umírající požadovat nerušené soukromí a tato potřeba by měla odpovídat individuálním požadavkům jedince. Mění se představy člověka o životě, mění se hierarchie potřeb, vystupuje nezbytnost potřeb vyšších. A právě vyšší potřeby jsou zdravotníky často zanedbávány (Špatenková, 2014). Umírající často nevnímá své okolí, ale poslední smysl, který zaniká, je sluch. Proto hovoříme u lůžka tak, jako by byl člověk v bdělém stavu (Vorlíček et al., 2004). Nemůžeme zajistit, že umírání bude snadné nebo pěkné, ale můžeme se postarat o to, aby nikdo nezůstal opuštěný, postarat se o lidské potřeby a symptomy utrpení tak, že budou léčeny (Bayock, 2013). V souvislosti s péčí o umírajícího nemůžeme zapomenout ani na zdravotníky a jejich potřeby. Péče o umírající a zemřelé je emočně vypjatá situace. Toto dle Špatenkové (2014) zvládají zdravotníci jen s obtížemi. Bártlová (2005) se zmiňuje o tom, že výkon role sestry je značně komplikovaný a závisí na pracovních podmínkách. Vždy jsou ale vystaveny celé řadě psychicky náročných situací, které mohou vést až k syndromu vyhoření (Bártlová, 2005). Vorlíček et al. (2004) popisují, že emoční zátěž zdravotníka závisí mimo jiné na jeho postavení v týmu a na míře jeho zodpovědnosti. Dlouhodobá zátěž působí nepozorovaně, vyčerpání bývá jak tělesného tak psychického rázu (Vorlíček et al., 2004). Haškovcová (2010) se zmiňuje o tom, že zdravotník ví, jak ošetrovat nemocného, jak mu vrátit sebedůvěru a dát mu pocit jistoty. Ptá se ale, zda pamatuje někdo též na úlevu pomáhajících zdravotníků? Bártlová (2005) uvádí, že řešením může být týmová spolupráce a vzájemná podpora členů týmu, která usnadní lépe řešit konfliktní situace, umožní lepší naslouchání druhému i ventilovat pocity, které přináší každodenní práce s nemocnými a umírajícími. Haškovcová (2010) jako způsob pomoci

zdravotníkům druhým profesionálem uvádí supervize a balintovskou techniku, založenou na principu dávkování sám sebe. Znamená to pomoci druhému, ale neublížit sám sobě (Haškovcová, 2010). Dle Honzáka (2015) zdravotníci do své práce dávají také kus své osobnosti, s nemocnými soucítí, jsou empatictí. Mají-li proto vydržet nápor dojmů při setkávání s utrpením, měli by umět pracovat sami se sebou, umět se koncentrovat, uklidnit, uvědomit si vlastní limity a možnosti (Honzák, 2015).

1.3.2 Rodina a domácí model umírání

„Amor fati – Miluj svůj osud.“

F. W. Nietzsche

Rodina. Haškovcová (2010) definuje jako společenství osob spjatých manželstvím či pokrevním příbuzenstvím. Společným prvkem je pak pouto krve, společné bydliště a společná práce (Haškovcová, 2010). Bártlová (2005) tento pojem vysvětluje jako společenskou jednotku, kde se odehrávaly všechny zápasy, prohry i vítězství spojená s péčí o zdraví, podporou i záchranou. Ekonomicky závislí členové rodin neztráceli svoji roli, stále někam patřili a byli buď přijímáni, nebo alespoň tolerováni (Haškovcová, 2010). Jak píše Kelnarová (2007), podle Světové zdravotnické organizace by rodina měla být součástí týmu při ošetřování umírajícího. Bártlová (2005) popisuje, že význam rodiny v péči o nemocné a umírající je nezastupitelný. Příčinou obnovení funkce rodiny u umírajícího je často zklamání se v instituci (Bártlová, 2005). Minibergerová et al. (2006) uvádějí, že ochota pečovat o rodinné příslušníky se nějak významně nesnižuje, ale mění se možnosti rodin péči poskytovat. Z pokolení na pokolení se předávala nejen zkušenost, jak pečovat o umírajícího, ale také prožitek blízkosti umírání a posléze smrti. Haškovcová (2002) se zmiňuje, že lidé věděli, jak přistupovat k umírajícímu, věděli, jak se chovat a mluvit s ním. Byla to rodinná událost, rituál, kterým končil život a pozůstalým dovolil vyrovnat se se smrtí. Člověk umíral v kruhu svých blízkých, mohl si uspořádat své věci, vyjádřit lítost, vyslovit přání, dát rady (Haškovcová, 2002). Všichni si přáli šťastnou smrt a po staletí se tento důstojný způsob umírání neměnil. Ne všem se podařilo takto zemřít, ale všichni věděli, jak to vypadá (Kutnohorská, 2007).

1.3.3 Institucionální model umírání

Počátky ošetrovatelské péče sahají až do středověku. Pečování o nemocné, chudé a staré, se řídilo křesťanskou zásadou: „Miluj bližního svého jako sebe sama“ (Kutnohorská, 2010). Haškovcová (2007) popisuje, že nejdříve se péče poskytovala v chudobincích, poté teprve ve špitálech. Většinou ošetřování prováděly řádové sestry, bez ošetrovatelského vzdělání (Haškovcová, 2007). Teprve založením ošetrovatelských škol se opatrovnická činnost měnila na činnost ošetrovatelskou, která již byla podepřena odbornými znalostmi a dovednostmi. Ale ani umírajícím nebyla, z hlediska odborného ošetrovatelství, věnována dlouhou dobu speciální pozornost (Haškovcová, 2007). Stejná autorka dále píše, že umírající byli na pokoji s ostatními pacienty a ve snaze uchránit umírajícího i okolí, vznikla praxe bílé pleny. Postupem času byl umírající převezen z dohledu ostatních pacientů (Haškovcová, 2007). Vorlíček et al. (2004) zmiňují postupy, kdy se přemítalo, že umírající potřebuje přísný klid a samotu, aby se o něco později přišlo na to, že tato separace a odloučení přináší pocit samoty a opuštění. Tyto používané metody tak vyloučily příbuzné z účasti na péči o těžce nemocné a umírající (Vorlíček et al., 2004). A tak v době, kdy umírající potřeboval podporu rodiny, byla mu odepřena možnost se s ní denně stýkat. Výsledkem pak byla chladná profesionální péče, která končila telegrafickým oznámením o smrti člověka (Haškovcová, 2007). Bártlová (2005) píše, že moderní způsob péče o umírající přináší odbornou péči a materiální předpoklady důstojného dožití, kdy indikátory jsou kvalita poskytované péče, pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. V moderním modelu však chybí lidský kontakt, rodina se domnívá, že profesionál je od toho, aby se o umírajícího postaral (Bártlová, 2005). Umírající ale nechce být sám, většinou touží po přítomnosti druhé osoby, ať už je to rodinný příslušník nebo profesionál v případě, kdy rodina chybí (Haškovcová, 2002). Vracet ale umírající zpět do rodin je pro většinu příbuzných nepřijatelné. Rodina totiž musí chtít, umět a moci zvládnout tuto péči (Vorlíček et al., 2004). Jak píše Špatenková (2014, s. 67), „*institucionalizace může být za určitých okolností to nejlepší, co může umírajícího i jeho rodinu potkat!*“

1.4 Domácí péče

Domácí zdravotní péče je evidována jako odbornost 925 (Jarošová, 2007). Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování podle § 10, je definována jako péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta spolu s návštěvní

službou. Součástí je péče ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní (Zákon č. 372/2011). Komplexní domácí péče je pak péče zdravotní, sociální a laická, kdy tyto činitele vzájemně působí ve vlastním sociálním prostředí pacienta s ohledem na jeho vnímání kvality života (Jarošová, 2007). Za přirozené sociální prostředí můžeme označit rodinu, domácnost a sociální vazby k dalším osobám a místům. Základní myšlenkou takovéto péče je pevná vazba člověka s jeho domovem (Kroutilová Nováková, 2011). Jak píše Marková (2010), domácí péče je pro nemocného z hlediska sociálního i psychického nejlepší alternativou. Výhodou poskytování domácí zdravotní péče je zkrácení pobytu pacienta na akutním nemocničním lůžku, jeho dřívější propuštění a doléčení v psychicky příznivějším domácím prostředí. V posledních letech je nevyčísitelně nemocným pacientům poskytována v rodinném prostředí i hospicová péče (MZ ČR, 2015). Domácí péče musí splňovat platné právní normy. Řídí se mimo jiné Vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a také Vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (Jarošová, 2007). Tyto platné normy, spolu s Vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci a Vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, jsou regulátorem kvality a zajišťují základní podmínky k provozování zdravotnického zařízení. Výkon povolání všeobecné sestry v domácí péči je dán zákonem č. 96/2004 Sb. Dále se řídí Vyhláškou č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků. Domácí péče je významná i pro společnost, neboť základní myšlenkou poskytování této pomoci je princip subsidiarity, kdy všeobecná sestra poskytuje aktivní formu péče, podporuje k svépomoci a rozvoji všech zbytkových kapacit pacienta. Podle intelektuálních, manuálních a materiálně technických podmínek přenáší ovšem adekvátní rozsah péče na pacienta a jeho rodinu, čímž by měla být posilována odpovědnost jedince za své zdraví a spoluodpovědnost rodiny a blízkých na kvalitě poskytnuté péče (Jarošová, 2006). Hanzlíková (2007) píše, že zdravotníci v domácí péči pečují o nemocné všech věkových kategorií. Nemoc ani krize si nevybírají denní či noční hodinu, proto je třeba, aby poskytovatelé domácí péče respektovali nepřetržitou dostupnost, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Nejedná se však o nepřetržitý provoz zařízení. Tato dostupnost je většinou zajištěna pomocí neměnného čísla mobilního telefonu a poskytuje pocit bezpečí a sounáležitosti klientovi, dovolat se vždy, když potřebuje (Hanzlíková 2007). Poskytování domácí zdravotní péče umožňuje nemocnému

co nejdříve pobyt v rodinném prostředí, oddaluje eventuální hospitalizaci či umístění v jiném zařízení. Péči poskytují všechny vyspělé státy, které k tomu vedou otázky humánní, medicínské, organizační, ale též ekonomické (Bártlová, 2005).

1.4.1 Historie a současnost domácí péče

Tato přirozená forma péče o člověka existuje od nejstarších dob. Již v roce 1859 vznikla v Anglii, díky Williamu Rathboneovi a Florence Nightingalové první škola pro sestry návštěvní služby, čímž dala základ moderní koncepci domácí péče. V Československé republice tuto péči poskytovaly ošetřovatelky a sestry pod hlavičkou Československého červeného kříže, později v kompetenci obvodních ambulancí jako geriatrické sestry. Od roku 1990 začínaly fungovat i v Čechách první agentury domácí péče (Hanzlíková, 2007). V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti (Jarošová, 2007) a představilo projekt, ve kterém začalo pracovat 40 agentur (Hanzlíková, 2007). V roce 1993 pak vznikla Asociace domácí péče České republiky (Hanzlíková, 2007). Tato celostátní, nevládní, profesní organizace v současné chvíli sdružuje více než padesát organizací. Hájí zájmy svých členů a jejich klientů, podílí se na tvorbě legislativních opatření a je strategickým partnerem pro jednání se zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví České republiky (Asociace domácí péče ČR, 2019). Dle Světové zdravotnické organizace spadá domácí péče do systému Primary Health Care, tedy primární zdravotní péče. Potřeba a význam této péče byly zdůrazněny na mezinárodní konferenci již v roce 1978 v Alma-Atě (PAHO, 1978). Primární péče je soubor činností, souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, rehabilitací a ošetřováním. Je dostupná, kvalitní a odborná (Jarošová, 2007). V roce 2018 se uskutečnila, po 40 letech, globální konference o primární péči v Astaně, která stanovuje nové směry rozvoje primární zdravotní péče, odráží povinnost zemí, lidí, komunit a systémů zdravotní péče k dosažení zdravějšího života, prostřednictvím udržitelné primární péče (PAHO, 2018). Rodina je stále nejvýznamnější institucí. Na jedné straně rodinná soudržnost, vzájemná péče a láska, a na straně druhé povinnost, jak čelit obtížím při poskytování domácí péče (Truhlářová et al., 2015). Pro péči v domácím prostředí musí pečovatel splnit tři předpoklady. Musí být fyzicky, psychicky a časově připraven. Musí mít dobrou vůli pečovat a v neposlední řadě musí umět pečovat (Kroutilová Nováková, 2011). Péče o nevléčitelně nemocného představuje jak pro nemocného, tak i pro jeho blízké velkou změnu rolí, vztahů a perspektiv (Marková, 2010). Minimálně 2/3 výkonů agentur

domácí péče tvoří péče zdravotní. Svým rozsahem působnosti, materiálním, věcným i personálním vybavením, odpovídá systému péče Home Care (Jarošová, 2006). Filozofie péče dle Bártlové (2005) vychází z předpokladu, že každý jedinec je zodpovědný za své zdraví. Pokud již tento úkol nezvládá, nastupuje na pomoc rodina, a až na posledním místě přichází erudovaný odborný pracovník. O obsahu, rozsahu i frekvenci poskytování domácí péče rozhoduje praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace. Dle Jarošové (2007) písemná indikace k domácí zdravotní péči musí obsahovat časový rozsah indikované péče, odpovídající čtyřem typům ošetrovací návštěvy, které lze vykazovat současně s výkony materiálovými. Metodicky je domácí péče řízena Ministerstvem zdravotnictví ČR a financována zdravotními pojišťovnami v pěti základních formách. Stejná autorka hovoří o formě domácí hospitalizace, dále o dlouhodobé domácí péči, řadí sem i péči preventivní či jednorázovou. V neposlední řadě zmiňuje péči hospicovou u pacientů, u kterých lékař nepředpokládá přežití delší šesti měsíců. Činnost v domácí péči všeobecná sestra v rámci těchto kompetencí provádí přímo, takzvaně face to face (tváří v tvář), kdy je v kontaktu jak s pacientem, tak i rodinnými příslušníky. Jedná se například o výkony v rámci ošetrování chronických ran, vyšetření pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí, aplikaci léčebné, infuzní a inhalační terapie, edukaci nebo odebrání biologického materiálu. Dále je to činnost nepřímá, která zahrnuje spolupráci s lékaři či ostatními poskytovateli péče (Jarošová, 2007). Profese všeobecné sestry se opírá o specifické vědomosti a dovednosti, o potřeby zdravých i nemocných jedinců, rodin i komunit (Špirudová, 2015). Všeobecná sestra by neměla zapomenout připravit rodinu na možné komplikace a navodit též pocit bezpečí a důvěry pro všechny zúčastněné (Denková, 2009). Umět se nezávisle rozhodnout, pracovat samostatně, je předpokladem k výkonu práce všeobecné sestry v domácí péči. Na rozdíl od nemocniční praxe, nemá vždy na telefonu nebo vedle sebe lékaře. Omezené kompetence a závislost na praktických lékařích sťažují její práci, pracuje v noci i o víkendech, u nestabilních pacientů vyjíždí na zavolání. Pracuje ve vlastním prostředí pacienta, které není vždy uzpůsobeno na poskytování ošetrovatelské péče. Musí umět improvizovat, být kreativní, ale vždy jednat s respektem k člověku, umět ho hájit a hledat východiska (Kučerová, 2018).

1.5 Domov pro seniory

Pro uskutečnění všech činností v sociální oblasti platí celá řada zákonných norem a právních předpisů (Malíková, 2011). Domov pro seniory je sociální služba, poskytovaná podle § 49 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Dle tohoto paragrafu se služba poskytuje osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Předmětem zákona je pomoc fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči (Zákon č. 108/2006 Sb.). Službou rozumíme výkon někoho ve prospěch něčeho, sociální službou pak pomoc a podporu osobám za účelem začlenění nebo ochrany před sociálním vyloučením. Zřizovatelem domovů pro seniory je obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zřizovatel nese zodpovědnost za práci poskytovatele sociální služby. Poskytovatelem se pak rozumí fyzická nebo právnická osoba vedená v registru poskytovatelů a mající oprávnění tuto službu poskytovat (Kroutilová Nováková, 2011). Domov pro seniory patří mezi službu pobytovou, tedy poskytující ubytování. Součástí ubytování jsou i další činnosti definované zákonem č. 108/2006 Sb. Pobyt v domově pro seniory je financován vícezdrojově, podílí se na něm i klient svým přiznaným příspěvkem na péči (Malíková, 2011). Tento zákon přinesl výraznější změny, a jak píše Malíková (2011), nastolil též nová pravidla. Sociální služby se týkají každého, jak jednotlivců, obcí, krajů, občanských společností i státu. Každá kategorie má definované úkoly. Společným cílem je pak pomoc lidem udržet nebo znovu nabýt své místo v komunitě (Malíková, 2011).

1.5.1 Historie sociálních zařízení pro seniory

Zhruba po 2. světové válce vznikl jednotný návrh domovů důchodců, které zřizoval a provozoval stát. V té době bylo zdůrazňováno, že tato péče patří do komplexu společenské péče a každý má jistotu hmotného zabezpečení (Haškovcová, 2010). Tyto domovy byly koncipovány pro zdravé lidi, péči zde prováděli výhradně sociální pracovníci. Nemocní patřili do nemocnic. Lidé považovali odchod do domova důchodců za jakousi výhru. Často opouštěli špatné a přeplněné byty, v domově měli také zaručeno kapesné pro své potřeby, na které by doma nikdy nenašetřili (Haškovcová, 2010). Malíková (2011) píše, že neexistovala možnost vyjádřit se k poskytované zdravotní či sociální péči. Klient byl pasivním příjemcem, neměl možnost pokračovat ve svém obvyklém způsobu života a ani jeho návyky nebyly

zohledněny (Malíková, 2011). Postupem času, jak píše Haškovcová (2010), se ale životní úroveň zvyšovala a lidé již nebyli ochotni ztrácet své soukromí a opouštět domovy. Haškovcová (2010) se zmiňuje též o tom, že domovy důchodců byl svět sám pro sebe, zapomenutý někde daleko, za městem, kam se nedostaly ani ozvěny běžného života. V zařízeních pečovaly zdravotní sestry (tehdejší název) a pečovatelky (Malíková, 2011). Haškovcová (2010) popisuje i fakt, že v minulých letech byla pozice zdravotních sester v domovech pro seniory rušena, ale naopak přibýlo pracovníků přímo obslužné péče, z nichž většina měla ale jen základní vzdělání doplněné kurzem. Na druhou stranu se zamýšlí nad tím, že socialistickou péčí v ústavech sociální péče nelze neustále očerňovat, že je třeba ocenit práci celých generací zdravotníků, kteří se starali a pečovali mnohdy s mimořádným osobním nasazením (Haškovcová, 2010).

1.5.2 Současnost domova pro seniory

Domovy důchodců byly po roce 1989 přejmenovány na domovy pro seniory (Haškovcová, 2010). Dle Malíkové (2011) jsou zákonem definovány pracovní pozice, kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese, přičemž jsou započítáni i pracovníci nepodílející se na přímé péči o klienta, například údržbáři či uklízeči. Kvalita poskytovaných služeb je dle Malíkové (2011) zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy se dělí na procesní, personální a provozní, mají měřitelná a ověřitelná kritéria a jsou přínosem jak pro poskytovatele, tak i uživatele (Kroutilová Nováková, 2011). Pracuje zde omezený počet všeobecných sester, které kromě odborné práce, odpovídající jejich kvalifikaci, vykonávají ovšem i práci méně odbornou (Malíková, 2011). Janečková et al. (2008) se zmiňují o tom, že oproti léčebným dlouhodobě nemocných je v domovech pro seniory na jednu sestru 2–3x vyšší počet uživatelů služeb. Všeobecná sestra pracující v sociálních službách poskytuje zdravotní péči dle platných vyhlášek a zákonů. Podle Vyhlášky č. 620/2006 Sb., poskytuje zdravotní péči pojištěncům umístěným v zařízení sociálních služeb z jiných než zdravotních důvodů. Péči poskytuje na základě indikace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913. Současně dodržuje frekvenci a omezení u jednotlivých výkonů (Vyhláška č. 620/2006 Sb.) Jak uvádí Haškovcová (2010), v současném pojetí a oddělení sociální a zdravotní sféry, patří nemocní z domovů pro seniory do nemocnic, v domově pak zůstávají ti, kteří sice péči potřebují, ale ne zdravotní. Tomu napomáhá i názor, že domovy pro seniory v žádném případě nemají připomínat nemocniční zařízení (Haškovcová, 2010). Proto je dle Payenové

et al. (2007) mnoho umírajících klientů v posledních dnech života převáženo do nemocnic. Sociální zařízení poskytují ošetrovatelskou péči podle § 36 zákona o sociálních službách a to svými vlastními zaměstnanci. Tato péče je definována zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních, a jiný zdravotník než lékař nesmí rozhodnout o poskytnutí a vlastním rozsahu péče (Kučerová, 2010). Je třeba si ovšem uvědomit, že práce sestry v domově pro seniory je náročná a mnohem zodpovědnější než ve zdravotnickém zařízení. Platí zde úměra, čím vyšší nesoběstačnost klienta, tím náročnější a vyšší ošetrovatelská zátěž pro personál (Malíková, 2011). Náročnost práce spočívá také v tom, že v zařízení není trvale přítomen lékař a sestra pouze na základě fyziologického vyšetření musí posoudit situaci a rozhodnout o dalším postupu, za který pochopitelně nese odpovědnost. Malíková (2011) se zmiňuje dále o tom, že sestra komunikuje s příbuznými, kteří často nedokážou přijmout zhoršující se zdravotní stav či blížící se konec svého příbuzného a své emoce vyjadřují nespokojeností či vyhrožováním. Při komunikaci se zdravotnickou záchrannou službou bývá personál domova často vystaven nevhodným komentářům, pracovníci záchranné služby bagatelizují situaci a degradují úsilí a péči sestry. Pro ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních platí jako jinde holistický a empatický přístup ke klientovi, trpělivost a ochota a důvěra v sebe sama a své schopnosti (Malíková, 2011). Payenová et al. (2007) se zmiňují o tom, že úroveň péče o umírající pacienty závisí především na dovednostech a kvalitách personálu, na ochotě zdravotníků udržet pacienty v zařízení, které pokládají za svůj domov (Payenová et al., 2007).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Tato kapitola prezentuje ústřední cíl práce a výzkumné otázky stanovené pro tuto bakalářskou práci.

2.1 Cíl práce

Zmapovat rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče umírajícím v domově pro seniory a domácím prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

- 1: Jaké zvláštnosti spatřují všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o umírajícího v domově pro seniory?
- 2: Jaké zvláštnosti spatřují všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o umírajícího v domácím prostředí?
- 3: S jakými ošetrovatelskými problémy se všeobecné sestry setkávají v rámci péče o umírajícího v domově pro seniory?
- 4: S jakými ošetrovatelskými problémy se všeobecné sestry setkávají v rámci péče o umírajícího v domácím prostředí?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce, mapující zkušenosti dotazovaných v dané oblasti, byla zpracována pomocí metod kvalitativního výzkumu. Vlastní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru (příloha 1) s všeobecnými sestrami pracujícími v domovech pro seniory a domácí péči. Toto šetření probíhalo v období od února do března roku 2019. Každý z rozhovorů se uskutečňoval v intimním prostředí, pouze za přítomnosti tazatele a dotazovaného. Tazatel se vždy v úvodu rozhovoru představil, seznámil dotazované s názvem a cílem práce, a podrobnostmi výzkumu. Všechny dotazované sestry byly před začátkem rozhovoru informovány o naprosté anonymitě šetření, a též o tom, že veškeré zjištěné informace budou použity pouze za účelem vypracování bakalářské práce. Zároveň byly informantky ujištěny, že veškeré jimi poskytnuté informace nikdy, a v žádném případě nebudou použity proti jejich osobě. Poskytli jsme jim poučení, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit nebo neodpovědět na kteroukoli z položených otázek.

Polostrukturovaný rozhovor je sestaven ze 41 otázek, zaměřujících se na problematiku umírání v domácím prostředí a v domově pro seniory očima sester. V některých případech byly položeny otázky doplňující. Rozhovory se uskutečňovaly vždy za účasti dotazované sestry a tazatele. Rozhovor byl nahráván na diktafon, když s tímto dotazovaný předem souhlasil. Rozhovor probíhal vždy v klidném prostředí tak, aby se dotazovaný cítil uvolněně a spokojeně. Nahrané rozhovory byly poté převedeny do písemné podoby a následně zpracovány metodou otevřeného kódování pomocí techniky „papír-tužka“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v domově pro seniory a domácí péči. Tento vzorek sester byl vybrán na základě záměrného kriteriálního výběru při stanovení 3 kritérií. Prvním kritériem byla dosažená kvalifikace všeobecné sestry; druhým aktuální výkon této profese v domově pro seniory či domácí péči, včetně domácí péče hospicové; a třetím skutečnost, že se sestry v rámci své praxe setkávají s umírajícími klienty. Soubor tvořilo celkem 11 dotazovaných, kdy byla snaha zahrnout sestry z domovů pro seniory a domácí péče přibližně v poměru 50/50, aby byl

na zkoumanou problematiku odhalen pohled obou stran a mohly být popsány potenciální rozdíly. Samotné šetření probíhalo v zařízeních v Jihočeském kraji, jejich bližší specifikaci neuvádíme z důvodu zachování anonymity. Ve výzkumné části práce jsou informantky označovány jako „S1 až S11“, (S = sestra).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného vzorku

Tato kapitola shrnuje základní údaje, které byly získány od dotazovaných osob. Přehledně je ukazuje následující tabulka 1.

Tabulka 1 Základní identifikační údaje

	Věk	Pohlaví	Nejvyšší vzdělání	Specializační vzdělání	Délka praxe	Zaměstnání	Délka současného zaměstnání
S 1	52	žena	střední s maturitou	ne	20 let	Domov pro seniory	10 let
S 2	37	žena	střední s maturitou	ne	13 let	Domov pro seniory	12 let
S 3	38	žena	střední s maturitou	komunitní ošetrovatelská péče	20 let	Domov pro seniory	18 let
S 4	24	žena	VOŠ-Dis.	ne	2 roky	Domov pro seniory	2 roky
S 5	52	žena	střední s maturitou	specializace pro domácí péči	33 let	Domov pro seniory	6 let
S 6	40	žena	střední s maturitou	ne	21 let	Domácí péče	6 let
S 7	45	žena	střední s maturitou	kvalifikační, ARIP	13 let	Domácí hospic	5,5 roku
S 8	33	žena	střední s maturitou	ne	11 let	Domácí hospic	7 měsíců
S 9	44	žena	VŠ bakalář	ne	23 let	Domácí péče	14 let
S 10	37	žena	VOŠ-Dis.	ne	8 let	Domácí hospic	6 let
S 11	53	žena	VŠ magistr	ne	35 let	Domácí péče	25 let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 poskytuje základní identifikační údaje o jednotlivých informantkách. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem jedenáct kvalifikovaných všeobecných sester ve věkovém rozmezí od 24 do 53 let. Tyto sestry pracují v zařízení sociálních služeb, v domácí péči a domácí hospicové péči. Dotazované sestry mají dokončené středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole. Dvě informantky mají ukončené vyšší odborné vzdělání, jedna informantka vysokoškolské bakalářské vzdělání. Nejvyšším dosaženým vzděláním mezi informantkami je vysokoškolské magisterské vzdělání, které uvedla jedna z dotázaných. Délka praxe se pohybuje od 7 měsíců do 35 let. V rámci své praxe se tyto sestry setkávají a poskytují ošetrovatelskou péči umírajícím pacientům.

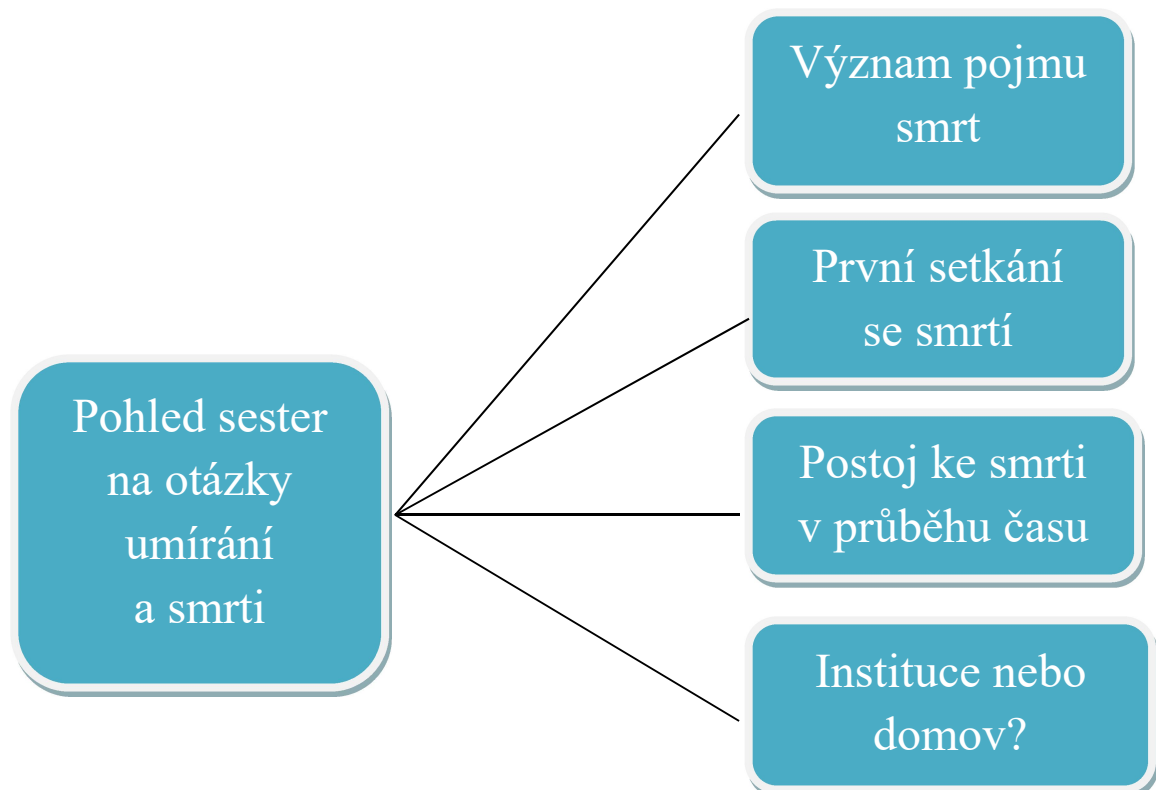
4.2 Kategorizace získaných dat

V této části jsou představeny výsledky získané v procesu rozhovorů se sestrami pracujícími v domovech pro seniory, v domácí péči a domácí péči hospicové. Výsledky jsou členěny do kategorií a podkategorií.

Stručný přehled jednotlivých kategorií

- Kategorie 1 – Pohled sester na otázky umírání a smrti,
- Kategorie 2 – Potřeby umírajícího,
- Kategorie 3 – Podmínky pro péči o umírající,
- Kategorie 4 – Ošetrovatelská péče pre finem,
- Kategorie 5 – Lidský aspekt umírání.

Kategorie 1 – Pohled sester na otázky umírání a smrti



Obrázek 1 Pohled sester na otázky umírání a smrti

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie „Pohled sester na otázky umírání a smrti“ je rozdělena do 4 podkategorií, které ukazuje obrázek 1. Tato kategorie sleduje pohled sester na smrt, nastiňuje jejich osobní postoje k umírání a smrti a zohledňuje také názor na umírání v instituci či domácím prostředí.

Význam pojmu smrt

Téměř všechny informantky (S1, S4, S5, S7, S9, S11) se shodly, že slovo smrt pro ně znamená ukončení života, konec či odcházení. Sestra S2 to specifikovala jako *„koloběh života, něco musí umřít, aby se něco mohlo narodit“*. Jiný názor zastává sestra S3, pro kterou smrt znamená *„vysvobození, dohoření svíčky a bolest pro rodinu“*. K tomuto stanovisku se přiklání i informantka S6, která dodává: *„Beznaděj, smutek, prázdno.“* Oproti tomu sestra S8 vyslovuje přesvědčení, že smrt je *„součástí života, stejně jako narození“*, a vhodně to doplňuje sestra S10 tvrzením, že: *„To čeká každého, nejde to zvrátit, takže je to přirozenost.“* Dotazovaným sestrám byla položena i otázka, jakou mají představu o vlastním umírání. Představy informantek byly různé, ale nejvíce se shodovaly v tom, že nechtějí trpět bolestí, chtějí umřít doma, rychle a netrápit se (S1, S4, S5, S8, S9). Informantka S5 představu rozšiřuje: *„Abychom byli smířeni, brali smrt jako něco přirozeného, nebáli se cokoli říct a vyjádřit.“* Informantka S6 s úsměvem na rtech říká: *„Nechci umřít vůbec, mě se tady strašně líbí, ale když už budu muset tak doma, s dětmi.“* Sestra S7 si nepřeje protrahované umírání a plánuje dříve vyslovené přání. Výjimku v názorech všech dotazovaných představuje informantka S11 tvrzením: *„O vlastním umírání nemám představu žádnou.“* Součástí této podkategorie je také otázka, zda smrt v pracovním prostředí ovlivnila jejich pohled na vlastní smrtelnost. Všechny odpovědi jsou velice zajímavé a jen málo se shodují. Informantky S1 a S10 to ovlivnilo natolik, že tvrdí: *„Takový maličkosti, kterými se člověk trápí, tak pak odsouvá, protože jsou mnohem důležitější věci, ... mám jiný pohled na všechno, na život i na smrt,“* nebo *„člověk si úplně přeskládá žebříčky svých hodnot, snaží se být lepším člověkem“*. S těmito názory se shoduje i tvrzení sester S9 a S11, které si svoji smrtelnost uvědomují a také to, že smrt může přijít v kterémkoliv věku. Sestra S6 je přesvědčena, že: *„Dochází k strašný devalvaci osobnosti, je mi líto určitých lidí, protože jsou sami, nemají nikoho, nemají utlumenou bolest a tak bych dopadnout nechtěla.“* Informantka S7 na situaci nahlíží tak, že se změnil její pohled na způsob vlastního pohřbení. Z tohoto všeho vyčnívá úsudek informantky S5 tvrzením, že smrt v pracovní

prostředí: „*Mě ovlivnila tak, že v domově pro seniory, tak jak ho znám já, bych asi umírat nechtěla.*“

První setkání se smrtí

Pouze čtyři dotazované sestry (S2, S7, S9 a S11) udávají, že se se smrtí setkaly již dříve v domácím prostředí. Informantky S9 a S11 se se smrtí setkaly dokonce již v dětství, v rámci svého domova. S9 to vyjadřuje slovy: „*Bylo to něco, z čeho jsem měla strach.*“ Informantka S11 si pamatuje, že „*to bylo něco neobvyklého, tajemného*“. Sestra S2 se setkala v domácím prostředí se suicidiem. Vzpomíná na to se slovy: „*Našla jsem oběšeného souseda, bylo to hrozné.*“ Většina sester si ovšem uvědomuje, že první setkání bylo až v průběhu praxe v rámci studia střední školy. Informantka S4 to vyjadřuje slovy: „*Hned na střední škole, bylo to hodně smutné, nepříjemné.*“ Sestra S8 líčí neobvyklé setkání takto: „*Na škole, na praxi, bylo to děsivé, hrozné.*“ Ve sféře prvního zaměstnání informantka S6 udává: „*Poprvé, při mojí první noční, kterou jsem měla sama.*“ K setkání se smrtí se váží i pocity, kdy téměř všechny informantky uvádějí pocit strachu, nezkušenosti či mládí. Názorům ostatních se vymyká pohled sestry S3, která tvrdí: „*Neprožívala jsem to, mělo to tak být,*“ a sestry S7, která to přijala „*obecně, přirozeně*“. Pouze sestra S5 vyslovila mínění: „*Přemýšlela jsem, jestli jsme udělali všechno, co jsme mohli.*“ Úplně jiný dojem vyslovila informantka S8, kdy její pocit děsivosti a hrůzy vyvolala skutečnost: „*Pohled na člověka, který je sám a kolem něj jen neznámí lidi.*“

Postoj ke smrti v průběhu času

Většina sester uvedla, že se jejich postoj ke smrti nějakým způsobem změnil. Informantka S2 tvrdí, že: „*Škola tě na to nepřipraví.*“ Sestra S3 si myslí: „*V současném zařízení má člověk k lidem blíž, zná je víc a dopadá to na člověka hůř, když ten klient odchází.*“ Podobného názoru je i sestra S10, která uvádí: „*Samozřejmě se to změnilo hodně, přišla jsem do domácí terénní péče a ten posun je velkej a rozhodně úmrtí v domácím prostředí je něco jiného.*“ Sestra S4 míní: „*Je to furt pro mě stejný, chce to k těm lidem přistupovat citlivě.*“ Informantky S7 a S9 tvrdí, že se jejich postoj nezměnil. Jako jediná vyjadřuje sestra S11 svůj postoj ke smrti takto: „*Život mi ukázal, že by člověk neměl umírat sám.*“ Do této podkategorie jsme zařadili i otázku tabuizace smrti, kdy informantky S1, S2, S3 a S11 to vyjadřují slovy jako „*mluví se málo, nedostatečně, lidé se tomuto tématu vyhýbají*“. Jiný názor představila sestra S10, která

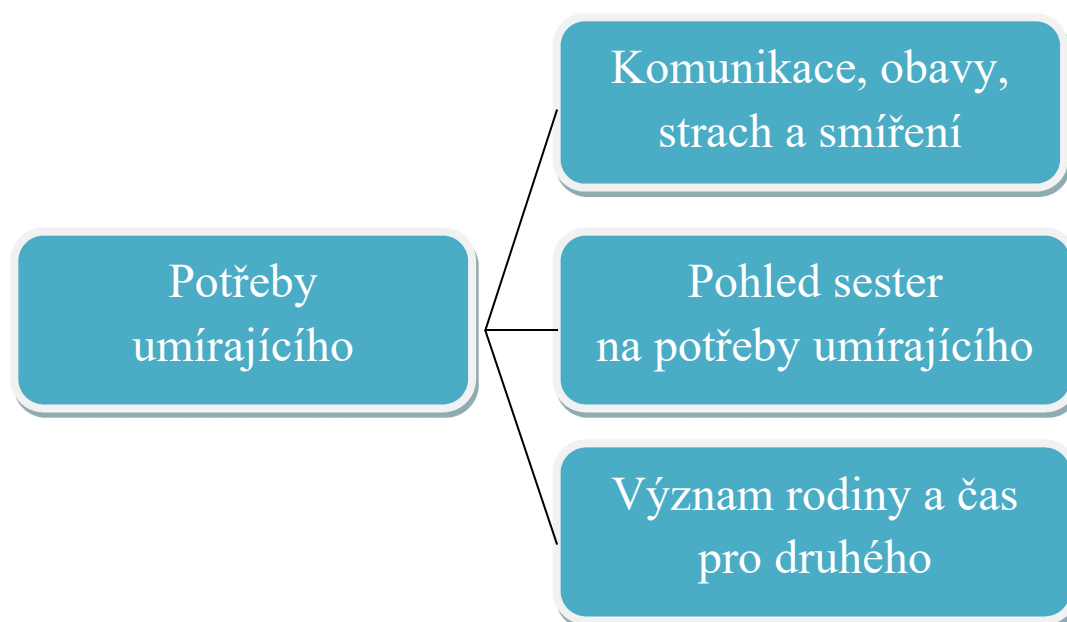
si myslí: „Trošičku se to lepší, je to takový téma víc otevřený.“ Sestra S5 reprezentuje názor: „Smrti se někdy vysmíváme, vtipkujeme, ale myslím si, že už někteří lidé se na smrt připravují, berou ji jako součást života, mluví třeba o koupi pohřebního místa, přípravě oblečení nebo samotného pohřbu.“ Hezky to vyjádřila informantka S7 tvrzením: „Nezdvořilost může být způsobem obrany a v našem zařízení tabuizace z principu našeho přístupu není.“ Sestra S11 zastává názor: „Lidé se o ní nebaví, negují ji, dokud se jich přímo netýká, tak se tomu vyhýbají.“

Instituce nebo domov?

Na otázku, zda ošetrovatelskou péčí umírajícímu poskytovat v nemocničním zařízení, domácím prostředí či sociálním zařízení, odpovídaly informantky téměř shodně, kdy v popředí prakticky všech reakcí je preferována péče doma. Pouze informantka S4 tvrdí, že s ošetrovatelskou péčí v domácím prostředí se ještě nesetkala. Sestra S1 je názoru: „V domácím prostředí je to nejdůstojnější, ale ani péče o umírající v domovech pro seniory není nikomu lhostejná.“ Sestra S2 preferuje též domov, ale zároveň udává, že by pak zařadila domov pro seniory, protože „ten personál je pro to proškolen, aby s ním tou cestou šel“. Informantky S5, S8 a S9 mají shodný názor na to, že poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí je výhodou, pokud má umírající okolo sebe blízké a rodinu, která chce, umí a může se postarat. Sestra S10 to hezky vyjadřuje: „Domácí prostředí, tam už dělají lidi, který to opravdu chtějí a jdou tam i tím srdcem a není to jenom musím, a hotovo.“ Zajímavý náhled má sestra S6, sdělující to slovy: „Sociální zařízení je něco mezi, určitě jsou zařízení, kde je péče podceňována, odesílají umírající do nemocnic, ale je to o vzdělanosti jednotlivců, ale také přístupu zřizovatele. Když to není podporováno, tak sami zaměstnanci asi těžko něco udělají.“ K tomuto názoru se přiklání i sestra S3 tvrzením: „Mohlo by být lepší poskytování paliativní péče v domovech pro seniory, lepší kontakt lékaře s ošetřujícím personálem, aby byl dostupný na telefonu a byla s ním spolupráce.“ Odlišný názor má informantka S11, která říká: „V současné době má každý druh tohoto zařízení dobré podmínky pro ošetrovatelskou péči, ale velice záleží na klientovi, jestli umírá tam, kde chce nebo jestli na něj toto místo jen zbylo.“ Nemocniční ošetrovatelskou péčí o umírajícího považují informantky S2, S4 a S9 jako nedůstojnou či neosobní. Sestra S10 to charakterizuje větou: „Myslím, že je to z personálních důvodů a z neproškolení toho personálu.“ Součástí podkategorie je též otázka, zda se dá poskytovat ošetrovatelská péče umírajícímu mimo nemocniční zařízení. Informantka S5 si myslí,

že péče mimo nemocniční zařízení „se dá poskytnout kvalitněji, už jen proto, že se člověk stará o toho jednoho člověka“. Stejně se na to dívá i sestra S7, která tvrdí: „Doma je naprosto individuální přístup.“ V podstatě shodný názor má i sestra S6, která k tomu dodává: „Dá se poskytovat, ale lidé musí být vzděláni v daném problému, paliativní přístup by ale měla zvládat každá sestra, každá pečovatelka.“ Sestra S11 to uzavírá názorem, že péče o umírající mimo nemocnici by měla být vždy tou první variantou výběru, za předpokladu, že péči v domácím prostředí dovoluje zdravotní stav a také má pacient doma rodinu, která se o něj postará.

Kategorie 2 – Potřeby umírajícího



Obrázek 2 Potřeby umírajícího

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie „Potřeby umírajícího“ je rozdělena do tří podkategorií, které ukazuje obrázek 2. V této kategorii se zabýváme postojem sester vůči potřebám umírajícího, ale také důležitostí rodiny při doprovázení svého blízkého.

Komunikace, obavy, strach a smíření

Výchozí otázkou byl dotaz, zda s umírajícím mluvit otevřeně o jeho zdravotním stavu. Reakce informantek byly různé. Pouze sestra S9 se vyjádřila nejstručněji: „Myslím, že umírajícím by se měla říkat pravda.“ Sestra S1 formulovala svůj názor takto: „Rozhodně bych zastírala, myslím si, že je pravda zbytečná.“ Informantky S2 a S3 se ve svých odpovědích odvolávají na psychiku umírajícího a podle toho

by se rozhodly, jestli pravdu říct nebo zalhat. Sestra S3 k tomu ještě dodává: „Podle toho, jak na tom psychicky je, říct pravdu, ne utěšovat, a hlavně po domluvě s rodinou.“ Na rodinu se odvolává též sestra S5 a vyslovuje: „Záleží na rodině, na individualitě nemocného, pravda by se měla říkat, aby si člověk mohl zařídit svoje osobní věci, vyrovnat se se životem.“ S tímto názorem se ztotožňuje i informantka S10 tvrzením: „Dost často to lidi stejně tuší a zbývající čas můžou aspoň využít, pokud tu pravdu dostanou.“ Informantka S7 se vyslovuje: „Pacient má vědět o své nemoci, ne pouze všichni okolo, ale nenutit nemocnému, pokud pravdu nechce znát.“ Sestra S11 dotaz uzavírá: „Každý by si měl na to přijít sám a sám se rozhodnout, každý člověk určitě cítí, že umírá.“ Zabývali jsme se i otázkou, zda klienti vůbec o smrti mluví a čeho se nejvíce obávají. Rozdílné odpovědi informantek vyplývaly z povahy jejich současného pracovního zařazení. Sestry S1 až S5 odpovídaly takto: „Někdo o tom hovoří, někdo se toho bojí, nesvěřují se, o smrti málokdy, bývá to spíš takový prohození – já už bych tady neměla být.“ Sestry S6 až S11 vnímají tuto situaci jinak. Informantka S6 to popisuje slovy: „Ano, svěřovat se chtějí, mluví o tom.“ Sestra S7 se v odpovědi zmiňuje o řeči umírajících. Sestra S8 poukazuje na fakt, že je potřeba „se přizpůsobit každému a vnímat, jak moc a kam až chce člověk v rozhovoru o smrti dojít“. Informantka S10 to vyjadřuje takto: „Svěřují se víc nám, než vlastní rodině, požádají nás, abysme byly prostředníkem mezi nimi a rodinou, protože si to neumějí třeba říct z očí do očí.“ Také na záležitost pocitů svých klientů informantky vyjadřovaly rozdílné názory. Sestra S2 se setkala se strachem ze samoty a bolesti. Informantky S3, S4 a S5 tvrdí, že klienti o svých pocitech nemluví. Sestra S3 to upřesňuje myšlenkou: „Třeba jen stisknou ruku a já se je snažím uklidnit.“ Informantka S5 k tomu dodává: „Právě, že nemluví, spíš to vyjadřují tak, že vás pevně chytanou za ruku a je vidět v očích, že mají strach.“ Pouze sestra S11 vyjadřuje názor, že umírající se svěřují se strachem z umírání a bolesti, a sestra S6 to upřesňuje: „Bolest, to je největší strašák, a to, že už nikdy nikoho neuvidí, nebude nic.“ Výhradně informantky S8, S9 a S10 se u svých klientů setkaly se strachem o své blízké. Informantka S10 říká: „Mluví o svých pocitech, někteří se nebojí, ale vlastně často se bojí o rodinu.“ K vyjádřenému sestru S9 doplňuje: „Záleží na věku klienta, a jak je smířen se smrtí. U mladých lidí je to především starost o rodinu, o zabezpečení, manželku a děti.“

Pohled sester na potřeby umírajícího

Oblast, která je zahrnuta do této podkategorie, zkoumá pohled sester na potřeby umírajícího a jejich vyhledávání v praxi. Téměř všechny sestry se shodly na jednotné odpovědi a to otázce zvládnutí bolesti. Vyjadřují to pojmy „*bezbolestnost, být bez bolesti, nemá mít bolest, zvládnutá bolest*“. Potřebu přítomnosti druhé osoby zmiňuje sestra S1 a S2. Sestra S5 k tomu říká: „*Měl by být v tichém prostředí, ideálně s blízkými lidmi.*“ Informantka S11 to vyjadřuje slovy: „*Potřebuje lásku a pocit, že není sám.*“ Potřebu duchovní zmiňuje sestra S2: „*Zavolat kněze, kdo je věřící, aby se mu prostě splnily ty jeho poslední přání.*“ Informantka S5 se ještě zmiňuje o tom, že úplně nejlepší by bylo znát klientova přání dopředu. Vyjadřuje to slovy: „*Co chce mít u lůžka, jakým způsobem se chce rozloučit.*“ Sestra S6 zmiňuje psychickou podporu a také, že „*v tom není sám, a nebudu ho nutit do ničeho, co nechce*“. Své myšlenky hezky vyjadřuje informantka S7: „*Potřeba lásky, vyrovnaní se, ukončení rozdělané práce, eventuálně její předání, potřeba klidu, že ti, co zůstávají, vše zvládnou.*“ Taktéž sestra S8 vnímá jako důležité „*nechat věci plynout jak chtějí, darovat klid, pokoj, přítomnost milujících*“. Sestry S9 a S10 se zaměřují i na potřeby sociální. Sestra S10 to říká slovy: „*Chtějí si prostě vyřešit věci v domácnosti, z minulosti, aby měli všechno napravený.*“ K tomuto se přiklání názorově i informantka S11 tvrzením: „*Má mít srovnané soukromí, čas vyřídit si své záležitosti.*“ Další otázkou byl způsob vyhledávání potřeb umírajících klientů. Téměř většina sester uvedla jako způsob vyhledávání potřeb komunikaci a doptávání se. Sestra S1 to upřesňuje: „*Hovořit, ptát se, na základě předchozí zkušenosti víme, co má rád, protože toho klienta známe.*“ Sestra S2 si myslí, že by bylo dobré „*v rámci individuálního plánování, aby si klienti řekli svoje poslední přání, jak by to chtěli, protože když o tom nebudou mluvit, my se to nedozvíme a děláme to podle sebe*“. Sestra S6 naslouchá, ale nechává také potřebné ticho. Mimiku, jako způsob nonverbální komunikace zmiňují sestry S3, S4, S8 i S11. Informantka S5 dodává: „*Snažím se pokládat takové otázky, aby mohl kývnout hlavou či zamrkat, snažím se prostě nějak domluvit, sleduju jeho obličej, jak vyjadřuje své pocity.*“ To samé potvrzuje i sestra S9: „*Známe se hodně, často jsme součástí rodiny, někdy nejsou třeba ani slova, často jen pohled, mimika.*“ Poslední oblast této podkategorie představují spirituální potřeby a smíření umírajícího s danou situací. Naprosto neočekávaně odpověděly všechny informantky, že jejich zařízení umožňuje či zprostředkuje kontakt s katechetkou či duchovním, podle přání a zvyklostí rodiny.

Sestra S3 však upřesňuje: „*Ale zatím jsem to nezažila, asi ty lidi nejsou tak věřící, že by toto žádali.*“ To potvrzuje i sestra S5 tvrzením: „*Ještě jsem se nesečkala s tím, že by někdo přímo mě požádal o přítomnost kněze.*“ Informantky S7 a S10 zmiňují rozhovory s umírajícím či rodinou, rozhovory, které mohou urovnat vztahy. Sestra S8 se zmiňuje i o společné modlitbě, pokud si to dotyčný přeje a projeví zájem. Zprostředkovat spojení mezi umírajícím a rodinným příslušníkem by se pokusily sestry S3 i S4, i když o to nebyly nikdy požádány. Sestra S5 k tomu říká: „*Pokud by někdo projevil zájem, kontaktujeme a pokusíme se setkání domluvit. Je to vždy o lidech, co jsou ochotní zajistit.*“ V souvislosti s touto otázkou se jeví jinak názor sestry S6, kdy je nutno reprodukovat celou citaci: „*Nepátrala jsem po tom nikdy, kdyby mě někdo oslovil, tak bych se asi pokusila zprostředkovat kontakt, ale pokud by byla rodina proti, nepletla bych se do toho, nebudu se do toho vměšovat, musí chtít ta rodina sama a setkání s duchovním asi zařízení nezařídí, maximálně moje vlastní iniciativa, ale to by měla především rodina sama.*“

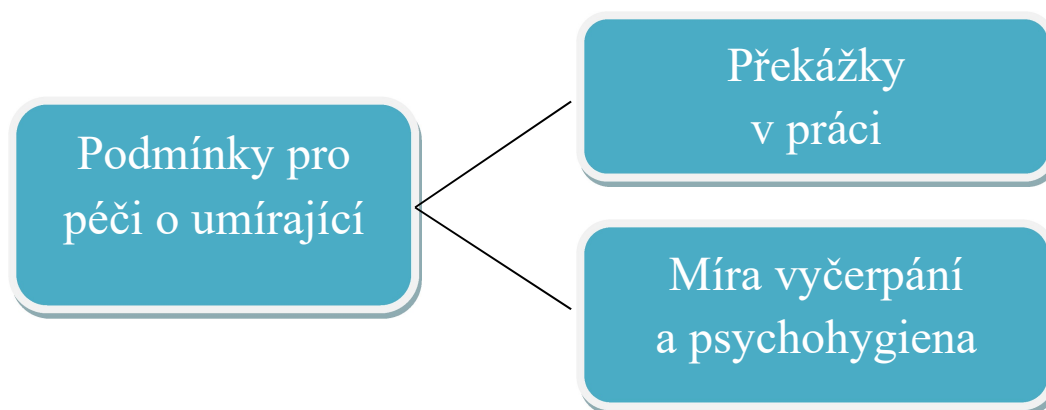
Význam rodiny a čas pro druhého

Tato podkategorie shrnuje odpovědi sester na otázku přítomnosti rodinných příslušníků u umírajícího, sleduje spolupráci zdravotníků a rodin a zajímá se o problémy tohoto vztahu. Zde je opět vidět rozdílný náhled na výše popsané skutečnosti, dle pracovního zařazení sester. Na otázku, zda umírání pozměňuje rodinné vztahy, zcela jednoznačně odpověděla informantka S11: „*Pozměňuje a k dobrému, mnoho členů rodiny v této situaci zraje a uvědomuje si, že člověk své blízké potřebuje.*“ Sestra S2 si myslí: „*Rodiny se teď spíše zaměřují na finanční situaci seniora, když je dobře situován, tak by pro něj udělali úplně všechno, ale když ne, tak ho ze svého života vyloučí.*“ Takto podobný názor sdílí i sestra S3, když tvrdí: „*No, u někoho asi jo, podle toho, jak jsou ty lidi na sebe navázaný, někteří příbuzní chtějí svého blízkého vidět i po smrti a jiný to přijmou jen jako zprávu, že jim někdo umřel.*“ Také informantka S5 je názoru: „*U nás jsou stařečci, jejichž rodinu vůbec neznám. Zažila jsem také, když jsme rodině oznámili, že jejich blízký umírá, tak přišli na návštěvu jednou, a tím to haslo. Chtěli oznámit až jeho smrt.*“ Zcela opačné zkušenosti mají sestry S7, S8, S9 a S10. Sestra S9 k tomu říká: „*Proces umírání upevní rodinné vztahy, alespoň u nás to tak funguje, je vidět na rodině, že se ještě více semkne a drží všichni při sobě.*“ Nelze pominout ani stanovisko sestry S10: „*Ty lidi se fakt semknou, řeší se leccos, co se léta odkládalo, odpustěj, prominou, ne všude se to samozřejmě povede, některé věci nejdou vyřešit*

a čas je strašně krátkej. Ale rodina je pospolu.“ Podobně tomu bylo u otázky, zda se v zařízení zapojuje rodina do péče o umírajícího. Sarkasticky se k tomu vyjádřila sestra S5, kde je opět třeba popsat celou citaci: *„V našem zařízení? Nijak se nezapojuje, možnost mají, můžeme pro ně udělat cokoli, mohou si svého blízkého umýt, dát mu najíst, být s ním na pokoji, za celé roky jsem nikoho takového nezažila.*“ Sestry S1 a S4 jsou názoru, že *„příbuzní se bojí, nechtějí se toho účastnit a nechtějí být u konce svých blízkých, může to pro ně být vyčerpávající a prostě to nezvládnou“*. Informantka S3 se na to dívá tak, že příbuzní nemají zájem: *„Je tady, tak se starejte vy, u někoho příbuzní ani nejsou a k někomu přichází velmi málo, a spíš dělají dusno personálu, že je něco špatně.*“ Sestra S6 vyjadřuje podobné problémy: *„Smyslem domácí péče je zapojovat rodinu, ale máme klienty, kde se rodina nezapojuje a odpovědnost vůči blízkému přehazují na sestry.*“ Maximální zapojení rodiny do péče o umírajícího zmiňují sestry S7, S8 i S9. Informantka S10 k dotazu říká: *„Maximálně, to je podmínka, snažíme se je prostě doprovázet, ne za ně dělat všechno, ale naučit je, nechat je pečovat.*“ Stejně to vidí i sestra S11, která odpovídá: *„Do té míry, na kolik stačí, vždy však mají oporu ve zdravotnickém týmu.*“ Na otázku, co vnímají sestry jako důležité při spolupráci s rodinou, většina odpověděla komunikaci a důvěru. Sestra S2 je názoru: *„Aby pochopili, že klient už si přeje smrt, že nechce dál žít, aby se dokázali rozloučit a byli v tu chvíli s ním.*“ Sestry S3 a S5 vyslovují domněnku, že příbuzní by měli více komunikovat s ošetřujícím personálem. Informantka S8 si myslí, že rodina má jistotu, protože *„nás mají v patách a my nasloucháme a jsme s nimi“*. Sestra S10 připojuje pochopení a cit na obou stranách, tedy ze strany zdravotníka i rodiny. Informantka S11 považuje za nejdůležitější při spolupráci, *„že se vůbec chtějí starat o svého blízkého“*. Pokud rodina spolupracuje, je její zapojení do péče o umírajícího pro všechny sestry přínosem. Sestra S4 to komentuje: *„I klienti jsou klidnější, když tam někdo s nima je.*“ Informantka S7 dodává: *„Jednoznačně přínos, pokud jsou negativa, snažíme se je pomoci rodině překonat, protože jsou zcela přirozená, plynou z extrémně těžké životní situace.*“ Sestra S6 si myslí, že spousta rodin si ale smrt svého blízkého připustit nechce, snaží se ho neustále zachraňovat a klade si otázku: *„Ale za jakou cenu života?“* Na odpověď zmíněné informantky vhodně navazuje otázka, zaměřená na problémy, které zdravotníci spatřují při spolupráci s rodinou umírajícího. Většina sester vidí problém v nesmířenosti příbuzných se situací. Sestra S1 to popisuje následovně: *„Mají pocit, že se nedělá dostatek péče, nedokážou pochopit, že ten člověk má věk, že umírá, nutí nás transportovat lidi umírající, přitom není důvod, je*

to zbytečný, transportujou ho, i když mu to přitíží, a je sám, někde v rozhrkaném autě, mezi cizějma.“ Tento názor sdílí i sestra S2, která přidává: „Nesmíří se, že umírá, myslí si, že ta nemocniční péče prostě zabere, že bude žít dalších několik let.“ Informantka S5 názor doplňuje: „Problémem je komunikace a nepochopení situace, rodina často vyžaduje další a další vyšetření, nechápe, že pro umírajícího je to zátěž.“ Sestra S7 vidí problém v rodině, kde je mnoho aktivních členů, každý chce rozhodovat a nemohou se domluvit. Informantka S8 vidí problém tehdy, když je „rodina na jiné vlně, pacient je smířený, ale rodina ne“. „Nápor zodpovědnosti o druhého člověka někdy rodina nevydrží,“ to tvrdí informantka S9 a vnímá to jako hlavní problém při spolupráci s rodinou umírajícího. Nejvýstižněji potíže zřejmě popsala sestra S11: „Je to třeba neznalost, nezkušenost rodiny, která může plynout z přetřhané rodinné pospolitosti, strach z budoucího, co se stane, co bude potom a nesmířenost s nevratným stavem.“

Kategorie 3 – Podmínky pro péči o umírající



Obrázek 3 Podmínky pro péči o umírající

Zdroj: vlastní zpracování

Třetí kategorie, rozčleněná do dvou podkategorií, shrnuje překážky, které sestry vnímají při poskytování péče umírajícímu. Snažili jsme se také rozklíčovat, jak dalece zdravotnický personál vnímá vyčerpání, a hledali jsme aspekty usnadňující vyrovnání se s náročnou situací. Vše přehledně ukazuje obrázek 3.

Překážky v práci

V této kategorii jsme usilovali o popsání překážek a nedostatků, které sestry v rámci péče o umírajícího vnímají, a které je při zmíněné péči omezují. Sestra S1 si myslí, že „chybí vyhrazený pracovník, aby ten člověk neměl prostě nic jiného na práci, než s tím člověkem setrvat až do doby, než zemře, doprovázet ho na tý poslední cestě“.

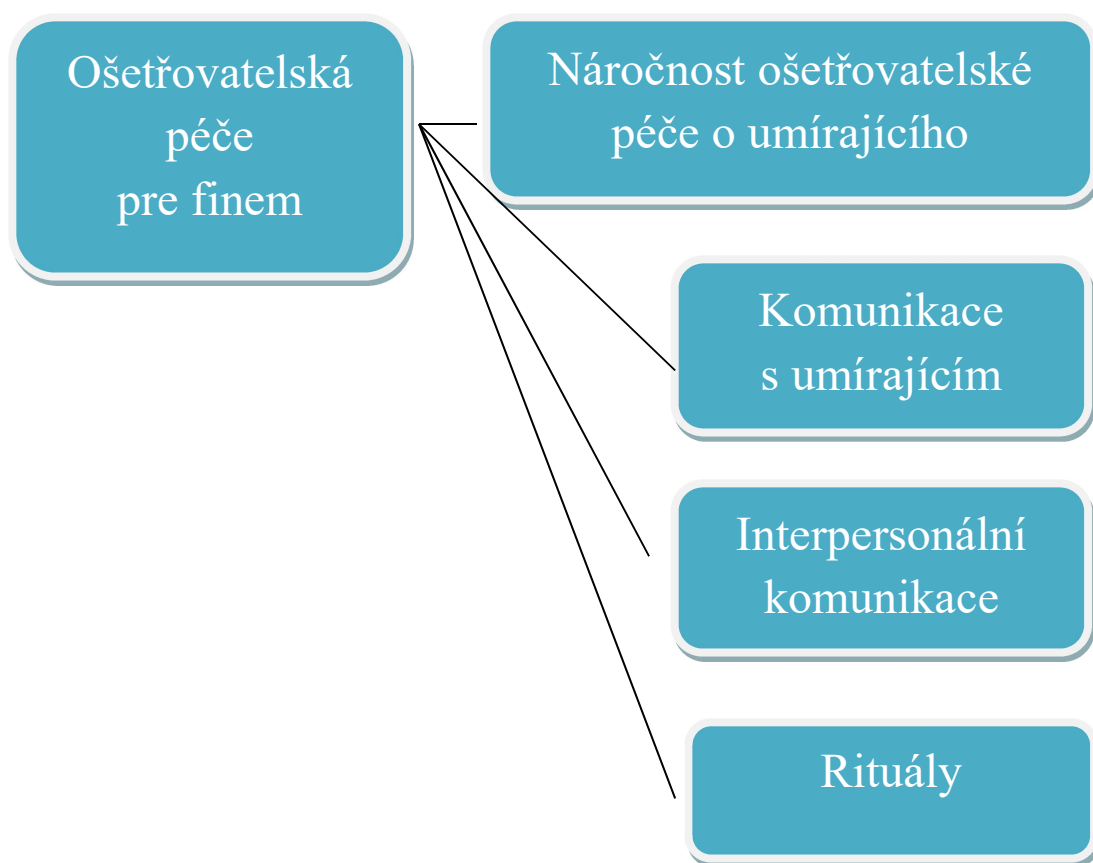
Tuto situaci by řešila třeba i formou dobrovolníků, s kterými se setkala například při práci v hospici. Sestra S2 řeší otázku hlučnosti prostředí, která ji trápí v jejich zařízení. Hlučnost v tomto případě svádí na vozíky, které se používají při rozvážce jídla a při provádění toalety. Na doplňující otázku, kolikrát denně se provádí hygiena a rozváží strava, odpovídá: *„5x denně strava a 5x denně hygiena, je zde hrubá dlažba, ty kolečka vozíků jsou strašně hlučný, hrozně to rachotí, je to hrozně velký rámus pro umírajícího. Ale myslím si, že v našich podmínkách to nezměníme.“* Sestra S3 jako jediná tvrdí, že při péči o umírajícího chybí příbuzní. Kdyby mohla něco změnit v zařízení, kde pracuje, uvítala by: *„Aby doktor byl pohotovější, vstřícnější, abychom ho měli možnost při zhoršení zdravotního stavu zavolat, aby byl ochotnej.“* Sestra S6 odpověď vyjadřuje výstižně a krátce: *„Dostatek času.“* Také ona by ráda svěřila jednoho umírajícího klienta jedné sestře: *„Člověk by byl sám zodpovědný za péči, není podle mě vhodné, když se během jednoho dne vystřídá více personálu.“* Sestry S8 a S9 ji názorově doplňují: *„Chybí čas na umírajícího a jeho rodinu, možná i personál.“* *„Pořád ta tabuizace, pořád to umírání není u všech jasné, že se děje a že je to přirozený,“* takto odpovídá na položenou otázku informantka S10 a dodává: *„Není financování naší péče z veřejných prostředků a tím pádem i více personálu, který si nyní třeba nemůže dovolit pracovat za pár korun.“* *„Často chybí vůbec zájem rodiny a naše práce je omezována zdravotními pojišťovnami,“* reaguje na vznesenou otázku sestra S11. V souvislosti s výše uvedenou záležitostí informantka S7 hovoří o *„špatně nastavené legislativě a nedostatku finančních prostředků pro chod zařízení“*. Jako jediná vyjadřuje sestra S5 názor, že u umírajícího jí překáží nemístné rozhovory, ale také často nevhodná manipulace některých zaměstnanců s umírajícím. Zmiňuje se také o hluku na chodbách či hlasitém mluvení. Stejně jako její výše uvedená kolegyně, uvádí: *„Nemáme možnost pružně reagovat na jejich bolest, vše je v rukou lékaře, bez jeho rozhodnutí nesmíme sami nic dělat, nemáme možnost, jak řešit dušnost, vše musíme při službách řešit přes RZP a přesto nechceme umírající odvázet ze známého prostředí.“*

Míra vyčerpání a psychohygiena

Tato část se zajímá o názory zdravotnického personálu na to, zda se při svojí práci setkávají s psychickou zátěží, jak tuto zátěž tolerují a zda se s ní dokážou vyrovnat. Všechny dotazované sestry uvádějí, že psychickou zátěž prožívají. Sestry S3 a S5 to prožívají podle vztahu, jaký k odcházejícím měly a jak dlouho se znali. Sestra

S5 upřesňuje: „*Jsmo profesionálové, neměli bychom si to pouštět k tělu, ale ne vždy to jde.*“ Stejně to vidí i informantka S6, když říká: „*Hodně mě to dojímá, hlavně když člověk supljuje rodinu, tak pak to bolí.*“ „*Je to velmi psychicky náročné, přece jen se ve velmi krátké době dostáváme hluboko do rodiny, jsou to emoce, smutek, často zoufalství, je třeba umírajícího a rodinu podpořit, dát jim jistotu,*“ odpovídá informantka S8. Sestra S9 zmiňuje psychickou zátěž v případě péče o mladého umírajícího. „*Určitě pociťuju napětí, práce mi nevádí, jen to, že třeba člověk není v pohodě, nedýchá se mu dobře, protože bych chtěla a představuju si, že umírajícímu by mělo být dobře a měl by odcházet spokojený a smířený, to snad v dnešní době není žádný luxus,*“ uzavírá téma sestra S5. Zajímavé odpovědi jsme dostali na otázku, jakým způsobem se sestry s emoční zátěží dokážou vyrovnat. V podstatě se dá říci, kolik dotazovaných, tolik různých odpovědí. Sestry S1 a S2 jako způsob zvládnání zátěže zmiňují přítomnost a pomoc rodiny, návštěvu přírody či procházky. Informantce S3 pomáhají ruční práce nebo čtení knížek. Sestry S4 a S9 preferují sport. „*Vždy se nějak zregeneruju, cestou domů si ještě vzpomínám, doma vydechnu, život jde dál, musí jít,*“ udává sestra S5. Stejně tak to vnímá i informantka S6: „*Nějakým stylem se mi mozek zregeneruje, dokážu se s leccíms poprat, ale v těchto chvílích chci být sama, pořádně se vyspat, samota, klid a vyrovnání se sám se sebou.*“ Následný klid či zklidnění a případnou vzpomínku udává i informantka S11. Nelze vynechat ani sestru S8, která se pozastavuje nad silou kolektivu a dosud nezmíněnou supervizí. Poslední oblastí, kterou v rámci této podkategorie otevřeme, je způsob udržování psychické pohody zaměstnanců na pracovištích. Sestra S6 to vyjádřila lakonicky: „*Nijak.*“ Informantky S3, S5 a S9 zmiňují mimopracovní akce, masáže či společné večere. Sestry S4 a S7 mluví o vzájemné komunikaci, vypovídání se a fajn kolektivu. Sestra S8 k tomu dodává: „*Dáme si kávu, máme příjemné pracovní prostředí, přístupnou a otevřenou náruč spolupracovníků i vedení.*“ Informantka S11 si myslí, že psychickou pohodu zaměstnanců lze udržet: „*Střídáním personálu u umírajícího tak, aby sestřička nebyla vyčerpaná.*“ Metodu supervize uvádějí sestry S2, S5, S7 i S8. Sestra S10 k tomu říká: „*Paní ředitelka na to dbá, máme buď týmový, individuální nebo případový, všichni si řeknou svoje pocity a paní supervizorka to rozklíčuje a dovede nás k výsledku.*“

Kategorie 4 – Ošetrovatelská péče pre finem



Obrázek 4 Ošetrovatelská péče pre finem

Zdroj: vlastní zpracování

Tato kategorie, nazvaná jako „Ošetrovatelská péče pre finem“, je členěna do čtyř podkategorií. Popisuje náročnost a ošetrovatelské problémy u umírajícího. Dotazované sestry odpovídaly také na otázku, zda při své práci spolupracují s dalšími odborníky a jak probíhá komunikace v ošetrovatelském týmu. Prvkem této části byla i otázka rituálů, zda jsou vůbec využívány a jakým způsobem by mohly práci zdravotníkům usnadňovat. Vše přehledně ukazuje obrázek 4.

Náročnosť ošetrovateľskej péče o umierajúciho

Tato sféra shrnuje názory oslovených, jak vnímají péči o umírajícího, zda se tato starostlivost liší od péče o druhé pacienty a jakým způsobem se v jejich zařízeních poskytuje. Sestry odpovídaly též na dotaz, s jakými ošetrovatelskými problémy se u umírajících nejčastěji setkaly. Sestra S1 se zamýšlí a posléze odpovídá: „*Je nastavena vlastně hygiena, omývání pacienta, aby byl v naprosté čistotě, aby měl pocit, že je stoprocentně ošetrovanej, opečovávanej.*“ Dotazovaná si také myslí, že „*péče je časově náročnější, s člověkem trávíme víc času, aby nebyl sám*“. O tom, že se péče

určitě liší, personál se snaží dodržovat ticho a zachovává se zvýšená péče o hygienu, mluví také informantka S2, která vyjmenovává: „*A aby byl klient bez bolesti, zachovat důstojnost, intimitu, je to ale těžké, protože máme dvoulůžkové pokoje.*“ Sestra S3 si troufá tvrdit, že péče se „*ani moc neliší, spíš se u něj více střídá personál, chodí se k němu častěji, jí a pije po troškách*“. Zmiňuje antidekubitární matraci, kterou v jejich zařízení používají jako prevenci proleženin a následné bolesti. „*Poskytujeme takovou péči,*“ odpovídá sestra S3, „*kteřou jsme schopní dát a snažíme se v rámci možností důchod'áku dělat.*“ Na otázku, co považuje za nejobtížnější při této činnosti se zamyslí a smutně odpovídá: „*Rozhovor, ta komunikace, vidíš, že ten člověk odchází, a snažit se furt vytvářet příjemný prostředí, aby měl pocit, že jsme tam pro něho.*“ Informantka S4 jmenuje podobné činnosti, které vykonává u umírajícího. Zmiňuje se ale také o tom, že umírající „*nemá potřebu jíst a pít, tak třeba jen otírat rty, aby byli bez bolesti, je to individuální a v klidu*“. Za nejobtížnější při ošetrovatelské péči o umírajícího považuje „*zvuky, lidi si to neuvědomují, ale kolikrát když sténají, to je pro mě hrozně těžké*“. Sestra S5 nad rámec pohody, častějších návštěv na pokoji a zdůrazněním mikropohováním vysvětluje: „*Také naše aktivizační pracovnice u něj tráví více času, přece jenom zdravotnický personál tolik času nemá.*“ V zápětí ale dodává: „*Myslím, že bychom pro ně v tuto jejich poslední pozemskou chvíli udělali cokoli.*“ Vysvětluje také, že péče pro ni „*obtížná snad vůbec není,*“ a poslední chvílky chce umírajícímu příjemnit, aby se mu „*dobře odcházelo*“. Otázku složitosti financování paliativní péče v terénu zmiňuje oslovená informantka S6, která se vyjadřuje: „*Péče odlišná určitě je, je intenzivnější, ale nad rámec předepsané péče si musí klient platit sám a to je pro některé rodiny moc náročné.*“ Sestra S7 sděluje, že péče o umírající probíhá 24 hodin, 7 dní v týdnu. Návštěvy v rodinách umírajícího se plánují dle jeho aktuálního stavu a potřeb pečujících osob. Vysvětluje také, že rozhodování o péči a medikaci nechávají na pacientovi, případně na jeho rodině, kdy: „*Se snažíme znát přání umírajícího dopředu.*“ Do péče zapojuje rodinu umírajícího a fungují společně. Včlenit příbuzenstvo tak, aby bylo součástí ošetrovatelského týmu, se snaží i informantky S8 a S9. Péči „*citlivou, plně respektující přání rodiny,*“ poskytuje informantka S8 a sestra S9 dodává: „*Aby došlo ke smíření a rozloučení, zajišťujeme veškerou nezbytnou péči, aby byl v klidu klient i jeho rodina.*“ „*Spolupráci s rodinou,*“ takto souhlasně odpovídají informantky S8 i S9 na dotaz, co při své práci s umírajícími pokládají za nejobtížnější. „*Dostat umírajícího a rodinu na stejnou vlnu, aby obě strany byly smířené, a vysvětlit rodině, že třeba umírající už nemá potřebu*

přijímat potravu a pít,“ hodnotí stav sestry S8. Názorově blízké je to i sestře S9, která se zmiňuje o stavech, kdy *„rodina není smířena, že se blíží konec a bývá to velmi těžké“*. Informantka S10 vnímá jako positívum péče o umírajícího dostatek času, který mu může věnovat: *„My se snažíme na úkor kvantity dělat kvalitu, aby to nebylo jenom o tom, že přijedem, uděláme a jedem pryč, ale abysme měli prostor i na tu komunikaci.“* O umírajících hovoří jako o *„křehkých lidech, kteří mají dost často bolesti,*“ a proto by se u nich nemělo chvátat. *„Samozřejmě i naše hygiena je pomalejší, protože využíváme bazální stimulaci, ale přizpůsobíme se klientovi a jeho přání, aby to bylo všechno tak jako v poklidu,*“ dodává na závěr. Jako jediná z informantek, dotazovaná sestra S11 na otázku, jak by popsala ošetrovatelskou péči o umírající v jejich zařízení, odpovídá: *„Jednalo by se o velmi rozsáhlý popis.“* Po opakování žádosti vysvětluje: *„Péče v terénu je velice náročná, náročná v zajištění personálu, v nastavení služeb, v zajištění pohotovostních služeb při poskytování paliativní péče v terminálním stadiu, komunikaci s lékaři, patří sem i vzdělávání personálu, práce s přístroji a technikou, spolupráce s pojišťovnou, to vše je velice náročné, musí se to dobře zorganizovat, aby byla spokojená rodina i zdravotník.“* Zajímaly nás také odpovědi na záležitost ošetrovatelských problémů u klientů v terminálním stavu, se kterými se informantky nejčastěji setkaly. Sestry S5, S8, S9 i S10 se názorově shodly, že mnohokrát problémem jejich pacientů byla dušnost. Jako další ošetrovatelskou potíž klientů v terminálním stadiu dotazované informantky zmiňují dekubity a bolest. *„Aby pečování nebolelo, používat antidekubitární a polohovací pomůcky, aby měl člověk co nejmíň bolesti,*“ upřesňuje svoji odpověď sestra S3. Sestra S4 si myslí, že obtížnější *„je všechno,*“ a dále uvádí: *„Proleženiny, třeba i během několika hodin.“* Informantka S11 zastává názor, že je *„důležité spolupracovat s odborníkem z ambulance bolesti tak, aby bolest byla úspěšně potlačena“*. Sestra S1 se zmiňuje o potížích s příjmem potravy i tekutin a dodává: *„Protože v sociálním zařízení nemůžeme podávat infuzní léčbu, tak to děláme formou sippingu.“* Jistě zajímavou odpověď nám poskytla sestra S2, která v první chvíli zřejmě otázku nepochopila. Na položený dotaz totiž odpověděla: *„Nedostatečná lékařská péče, že náš lékař prostě není ochoten přijet kdykoliv.“* Můžeme předpokládat, že tato záležitost dotyčnou sestru velice trápí a bylo to to první, co ji v dané chvíli napadlo. Po položení upřesňující otázky již zmiňuje problém s příjmem tekutin a stravou a jedním dechem dodává: *„Ale není tady zavedena infuzní terapie.“*

Komunikace s umírajícím

Dotazované sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem komunikují s umírajícím pacientem. Sestra S2 si myslí, že je třeba „*vybírat slova a mluvit tiše*“. „*Určitě vnímá okolí kolem sebe, takže být milá, zdvořilá, rozloučit se s ním, ale mluvíš vlastně sama se sebou,*“ dodává. Informantka S4 se k výše uvedenému dotazu vyjadřuje: „*Nejtěžší je na ty lidi se podívat, mají jinou barvu, často nekomunikují, tak je pohladit třeba po tváři, po ruce, zůstat tam s nima chvíli.*“ Sestra S7 zmiňuje verbální i neverbální komunikaci, oční kontakt, řeč těla i dotyk. Při rozhovoru se rozpovídá: „*Nejtěžší je vhodně zareagovat na řeč umírajícího, pokud je přítomna rodina a mlčí, je potřeba dát slovem směr ke komunikaci mezi umírajícím a rodinou.*“ Sestra S8 se svěruje s pro ni těžkou situací, kdy má vyslechnout „*příběh umírajícího,*“ a upřesňuje, že „*těžké je i dostat se k umírajícímu tak, aby nás ke svým pocitům pustil*“. „*Komunikuji klidně, nezvyšuji hlas,*“ to tvrdí i sestra S9, pro kterou je velmi náročné pečovat zejména o mladé umírající. Informantka S11 ve své odpovědi hovoří o komunikaci verbální i neverbální a k výše uvedenému dodává: „*Ale i srdcem a rozumem.*“ Komunikovat s umírajícím jako s každým jiným: „*Být pravdivý a většinou necháváme na klientovi, o čem chce mluvit, někdy i mlčíme, někdy prostě není odpověď, je to náročný, u mladého člověka, který má malý děti, tam i pláčeme, prostě když to přijde, tak to přijde, člověk získá i větší důvěru, když oni vidí, že i my jsme úplně normální lidi a taky uroníme slzu,*“ vyslovuje závěrem svoje stanovisko sestra S10.

Interpersonální komunikace

Okruh, který je zahrnut v této podkategorii se zajímal o komunikaci týmu při péči o umírajícího a případnou spolupráci s dalšími odborníky. V reakcích jsou patrné rozdílné způsoby projevu podle typu zařízení, ve kterých sestry pracují. Odpovědi informantek S2, S4 a S5 jsou podobné, i když každá odezva je vyjádřena jinak. Sestra S2 se vyjadřuje: „*Probíráme stav klienta, zdravotní personál na svojí úrovni, ošetroující personál s aktivizačními pracovníky domlouvají, jak zařídit důstojný odchod.*“ Sestra S4 to vnímá tak, že každý „*zná toho klienta jinak, ale komunikujem navzájem, sdělíme si to dohromady*“. „*Komunikujeme, sdělujeme si dojmy, každý na své pracovní úrovni, ale společně se snažíme dělat maximum,*“ mluví o týmové spolupráci sestra S5. Velký počet zaměstnanců a nemožnost sejít se v určitém čase dohromady, uvádí sestra S6 jako příčinu horší komunikace, kdy: „*Domlouváme se přes vedoucí sestru a e-mailama.*“

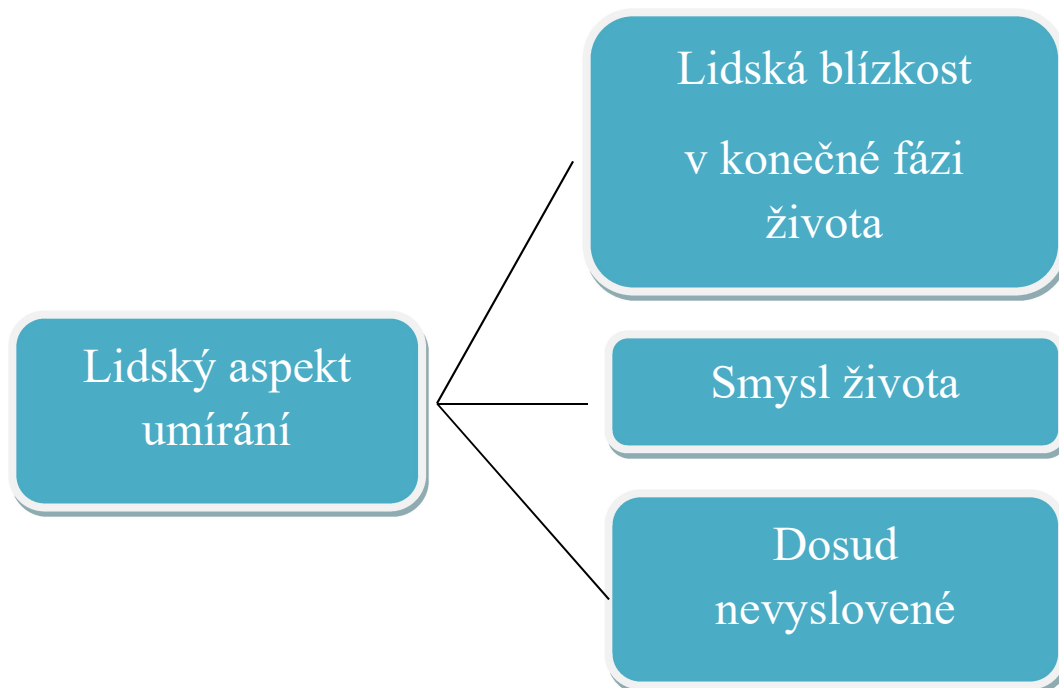
Telefonická domluva slouží ke komunikaci pracovního týmu v případě informantky S9. Sestra S11 ke všemu výše zmiňovanému dodává: „*Obvyklým způsobem, buď na poradě face to face, nebo telefonicky, ano spoustu věcí řešíme operativně, v kterýkoliv čas.*“ Jiný způsob práce předkládá informantka S7: „*Předem si plánujeme péči, ošetřování i komunikaci, postupy, časové dotace vzhledem k současnému stavu pacienta nebo pečujících, používáme společnou řeč.*“ „*Máme poradu každý ráno, pak se scházíme kolem poledního, a protože máme i pečovatelky a ostatní personál, kdy klienty máme společné, tak chceme, aby i ony věděly, kdo je kdo, jak se kde chovat a jaké je tam specifikum,*“ odpovídá na dotaz i sestra S10. Díky následující oblasti jsme zjistili, s jakými odborníky při péči o umírajícího ve svém zařízení sestry spolupracují a jak dalece je tato spolupráce přínosná. Odpovědi informantek S1, S2, S3, S4 se vzácně shodují. Sestra S1 vlekle odpovídá: „*Nooooo, ne, dá se říct, že péče je v rukou praktického lékaře.*“ Se smutkem ve tváři to vyjadřuje i sestra S5: „*Náš největší odborník je praktický lékař 1x týdně, pokud ještě nemá dovolenou.*“ Takto nastavenou spolupráci vnímá pro nás překvapivě informantka S4, pracující ve stejném zařízení, jako sestry S1 a S5, jako: „*Normální, v případě potřeby musíme volat rychlou.*“ Jiným způsobem to vidí a vyjadřuje sestra S5: „*Vnímám ji jako nedostatečnou, pokud se vyskytne problém, vše musíme řešit cestou RZP, nechceme umírajícího transportovat do nemocnice, ale potřebujeme odbornou pomoc, navýšit analgetika, tlumit dušnost a často nemáme jinou možnost.*“ Odlišně na výše položenou otázku odpovídají sestry S9 a S11, kdy ve svých odpovědích uvádějí ambulanci bolesti, praktického lékaře, vzdělané a kvalifikované všeobecné sestry či sestry specialistky, ale také pečovatelky a ošetřovatelky. Sestra S6 ke všemu výše jmenovanému doplňuje: „*Fyzioterapie, praktický lékař, asi možnost zajistit psychologa.*“ Informantka S11 spolupráci s ostatními odborníky vnímá jako „*potřebnou, bez spolupráce všech složek by byla naše práce téměř k ničemu*“. Že spolupráci s odborníky oceňují i pacienti, přiznává ve své odpovědi informantka S9. Sestry S7, S8 i S10 se shodují v názoru, že pracují v multidisciplinárním týmu. Jako příklad můžeme uvést odpověď informantky S10: „*Lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, psycholožka pro klienty, pečující i zaměstnanci, máme duchovního, fyzioterapeutku dobrovolnici, spolupracujeme s praktickým lékařem.*“ Spolupráci tyto sestry vnímají jako užitečnou, slovy informantky S8: „*Je velice důležitá, je důležité mít možnost radit se, sdílet názory a myšlenky.*“

Rituály

Tato oblast rekapituluje názory dotazovaných sester, zda ve svém zaměstnání využívají rituálů a zda jim toto jednání práci usnadňuje. Odpovědi na jednoduchý dotaz se různily. Jako jediné z oslovených, sestry S6 a S9 odpověděly, že nemají rituály žádné. Dotázaná informantka S1 se nad odpovědí zamýšlí a po chvíli demonstruje svůj názor: „*Nechávám otevřené okno, kvůli duši, aby mohla ven, někdy zapalujeme svíčku, dáváme růženec do ruky nebo vystavujeme svaté obrázky, když ten člověk umře, tak potom úklonou projevím úctu tomu člověku.*“ Jiný postoj zaujímá sestra S2, když tvrdí: „*Zdravotnický personál se stará jen o zdravotní stav a bolest, na ostatní jsou tady právě aktivizační pracovníci a některý vyškolený pracovníce v sociálních službách, který se chodí důstojně rozloučit s umírajícím.*“ Informantka S3 se o rituálech vyslovuje: „*O žádnéjch nevím.*“ Je toho názoru, že okno sice otevírá, ovšem ne kvůli duši, ale kvůli vzduchu, „*aby nebyl v uzavřené místnosti*“. O duši a rituálech vypráví sestra S4: „*Když člověk zemře, provedeme hygienu, tělo se očistí a pokud měli oblíbenej parfém nebo krém, tak je namažeme, a samozřejmě okno otevíráme, aby ta dušička odešla.*“ Sestra S5 hovoří o možnosti aromaterapie, kterou by uvítala v jejich zařízení. Sužuje ji ale otázka peněz, neboť: „*Neustále slyšíme, že na nic nejsou peníze, tak si myslím, že by to neprošlo.*“ O rituálech, které jsou provedeny na přání rodiny, ať už se jedná o omytí či oblékání, vypovídá sestra S8. Ke šťastnému odchodu ze života, patří také završení mezilidských vztahů. To je smyslem i Pěti vět, které zmiňuje sestra S7 na otázku obřadů. „*Obyčejné slovo jako děkuji a odpouštím ti, umožňuje pohnout se z minulosti.*“ Ve své odpovědi se dále svěřuje: „*Vybízíme rodinu a blízké ke kontaktu a rozloučení se s umírajícím, ptáme se, zda umírající ještě na někoho nečeká.*“ Informantka S10 s úsměvem na tváři k danému tématu vysvětluje: „*Máme rituál, že po smrti klienta jdeme do rodiny na pozůstalostní návštěvu, s kyticí, je to takový ukončení hlavně pro sestřičky, který už do té rodiny nepůjdou.*“ Převážné většině dotazovaných rituály práci usnadňují. Sestra S4 myšlenku konkretizuje: „*Já si myslím, že jo, je to takový uzavření.*“ Informantka S5 si myslí, že pro umírajícího udělala něco, co měl rád a usnadnilo mu to odejít. „*Možná ne přijetí, ale propuštění zemřelého,*“ tak odpovídá sestra S8 a myšlenku doplňuje: „*Je to poslední úkon, který pro něj děláme.*“ Krásně to vyjadřuje sestra S10, když říká: „*Určitě, protože na návštěvě si s rodinou vyprávíme, smějeme se i pláčeme, vidíme, když rodina je*

spokojená, že se mohla postarat doma, tak to člověka nabije a i on je spokojený a může pokračovat ve své práci.“

Kategorie 5 – Lidský aspekt umírání



Obrázek 5 Lidský aspekt umírání

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie s názvem „Lidský aspekt umírání“, se člení na tři podkategorie. Vše přehledně ukazuje obrázek 5. Shrnuje názory sester, jestli v době smrti přijmout samotu a také přináší odpovědi, zda zdravotníky péče o umírající obohatila. Poskytuje pohled na to, která oblast péče o umírající zdravotníky trápí, a poskytuje volný prostor pro vyjádření jejich názoru k dané problematice.

Lidská blízkost v konečné fázi života

Reakce sester na otázky, jakým způsobem usnadňují umírajícímu odchod ze života a zda by měl být v době smrti sám, shrnuje tato podkategorie. Téměř všechny informantky se ve svých odpovědích shodují v tom, že pro odcházejícího je důležitá přítomnost druhé osoby. Sestra S1 je přesvědčena o této důležitosti, protože *„tam s ním jsme, není na celou záležitost sám“*. Sestra S2 vysvětluje, že v jejich zařízení se *„navoní pokoj, pokud člověk měl rád nějakou vůni, rozvěsí se fotky rodiny a zapálí pod dohledem svíčka“*. Aktivizační pracovník se snaží o důstojný odchod člověka, my se staráme o to, *„aby byl v čistotě a bez bolesti,“* dokončuje myšlenku sestra S2.

Informantka S3 se zmiňuje o „*chycení za ruku, aby věděl, že není sám, že tam s ním jsme*“. Tuto myšlenku rozvíjí i sestra S5, když říká: „*Myslím, že bohatě stačí, pokud to tak umírající chce, že u něj někdo je, promlouvá s ním nebo je zúčastněně ticho, drží ho za ruku, hladí.*“ „*Stačí vlídný, otevřený srdce, empatie a všeřikající ticho,*“ tak to cítí sestra S6 a dotazovaná informantka S8 upřesňuje: „*Hlavně s ním být.*“ Sestra S7 vyjmenovává konkrétní činnosti, které umírajícímu poskytuje: „*Snažíme se zajistit fyzický komfort, aby se mohl zabývat ostatními svými potřebami a potřebami svých blízkých, aby se s nimi mohl v klidu rozloučit.*“ Sestra S9 se přidává s názorem zapojování rodiny, kdy „*do poslední chvíle rodina na umírajícího promlouvá*“. „*Přivolat k umírajícímu kněze, pokud si to přeje,*“ a tímto skutkem usnadnit odchod ze života, tak by postupovala sestra S11. V rámci této podkategorie se snažíme shrnout postoj informantek k názoru, že umírající by neměl být v době smrti sám. Zcela jednoznačně odpovídaly sestry S2 a S9: „*Je pravdivý, neměl by být sám.*“ Informantka S8 se ptá, zda bychom chtěli my umírat sami? „*Já tedy ne, myslím si, že umírající by sám nikdy neměl být,*“ doplňuje myšlenku. Dotazovaná sestra S3 vyslovuje odlišný názor: „*Je to asi individuální, jsou lidi, kteří nevyhledávají společnost, jsou v ústraní, tak asi větší kontakt nebudou chtít.*“ S podobnými pocity se svěřuje i informantka S5, když říká: „*Neměl by být sám, a pokud chce být v době smrti sám, nějakým zvláštním způsobem si to zařídí.*“ Tuto odpověď jsme nemohli nechat bez povšimnutí, a proto nás zajímalo, jaký zvláštní způsob má dotazovaná na mysli. Ta následně vysvětluje: „*Můžete u umírajícího sedět dlouhé hodiny, a pak se zvednete, na chvíli odejdete a on asi na tuto chvíli čeká a v poklidu a sám zemře, prostě vás u toho nechce.*“ Přesně to samé popisuje i sestra S7, jen jinými slovy: „*Někdy potřebuje být sám, upozorňujeme na to pečující, dle zkušeností z literatury, ale i naší, je skupina umírajících, kteří potřebují zemřít sami a také se tak děje.*“ Informantka S10 si myslí, že na otázku samoty má „*asi každéj jinej názor, některý chtějí bejt sami a zemřou sami, je to individuální*“.

Smysl života

V této podkategorii jsme shrnuli stanovisko sester, jakým způsobem a zda vůbec, je péče o umírající obohacena. Sestra S1 odpověď promýšlí a za chvíli hovoří: „*Člověk si úplně přeskládá žebříčky svých hodnot, zpytuje svědomí, rekapituluje taky svůj život, zasáhne tě to.*“ Dotazovaná S5 vyjadřuje své myšlenky a usmívá se: „*Mě naučila pokoře, úctě, že spěchat a hnát se nemá smysl, že je třeba mít rád sám sebe, věnovat čas*

sobě, i druhým lidem, aby nám to někdy nebylo líto.“ Informantka S2 to cítí naprosto odlišně a svůj postoj vyjadřuje slovy: *„Už mám profesionální deformaci, spíš mi vzala ten nadhled nad tím, že teď to беру jako rutinní věc.“* *„Člověk jakoby přehodnotí i priority,*“ svěřuje se sestra S4 a pokračuje: *„Zocelí to, přináší to jiné pohled na svět, když je vidíme odcházet.“* Sestra S6 se svěřuje s názorem, že jí péče dala *„dobrý pocit, udělat co je v mých silách, ulehčit trápení a víc si vážím chvíle, že jsem tady, nemůžu se ale trápit každým úmrtím, přemýšlím, jak to můžu tak dlouho dělat, bez nějaký újmy, duševní“*. Péče o umírající informantku S9 naučila *„neřešit zbytečnosti a vážit si života svého i svých blízkých“*. *„Mít čas na kamarádky, i tohle se snažím teď dohánět,*“ míní sestra 10 a myšlenku dokončuje: *„Člověk má trochu jiné náhled na život, snažím se neřešit kraviny a věnovat se důležitějším věcem.“* Služebně i věkem nejstarší sestra S11 uzavírá oblast myšlenkou: *„Člověk vyraje, uvědomí si spoustu věcí, při doprovázení rekapituluje i svůj život, zamýšlí se nad sebou, a nakonec dojde k závěru, že je vlastně šťastný, protože je zdravý, má zdravou rodinu, může pracovat a radovat se ze života.“*

Dosud nevyložené

Tato podkategorie je souhrnem nezávislých názorů dotazovaných sester k výše uvedenému tématu. Všechny dotazované informantky dostaly prostor k vyjádření svých pocitů a myšlenek, k vyjádření toho, co ony samy považují za důležité při péči o umírajícího. Pouze jedna z dotazovaných sester, sestra S8, si nechala ujít příležitost a možnost vyjádřit se otevřeně k tomu, co ji samotnou trápí. Naopak sestra S1 se zabírá myšlenkou, aby *„paliativní péče u nás byla víc propojena s těma domovama pro seniory“*. Mluví o tom, že nejenom nemocnice, ale i sociální oblast by měla mít možnost poskytování kvalitní paliativní péče. To samé vyjadřuje ve své odpovědi i sestra S3, která říká, že *„je to jiný na LDN, v nemocnicích, tam mají za sebou sestry doktora, mohou s ním vše řešit a v domovech pro seniory to chybí“*. Následně se zamýšlí i nad přístupem ošetřujícího lékaře, aby *„byl dostupnější, ochotnější udělat pro umírajícího i výkon, který mu pojišťovna nezaplatí, třeba výměnu cévky a ne zbytečně tahat umírajícího sanitkou někam na výměnu“*. V neposlední řadě by umírajícímu přála možnost důstojně odejít a též rozšířit paliativní péči do sociálních zařízení. Další sestra, pracující v sociální sféře, informantka S5, své myšlenky formuluje takto: *„Aby se paliativní péče více dostala do domovů pro seniory, třeba to někde funguje, ale u nás teda moc ne. My sestry máme jen své ruce a zkušenosti*

a maximálně tonometr a glukometr.“ Rodinní příslušníci trápí sestru S2, protože „nechápu, že 90. letýho člověka musíme nechat odejít“. Je toho názoru, že senioři v jejich zařízení mají za sebou „krásný život, v přírodě, sice pracovali hodně ... o tom se nemluví, jen o tom, že jim ubližujeme, necháváme hladový, špinavý, hází se jenom špína na důchodáky, místo aby byli vděčný, že se o ně postaráme, protože rodiny na ně nemají čas“. O tom, že se o smrti mluví stále málo a měla by se plnit poslední přání, spolu s možností blízkosti rodiny v době umírání, hovoří sestra S4. Také sestra S6 vyjadřuje smutek nad přístupem některých lékařů, v péči o umírající by chtěla zlepšit tlumení bolesti a spolupráci s rodinou. Sestra S7 se zaobírá současným postavením mobilní paliativní péče v domácím prostředí, odborností 926, a tvrdí, že postupy pojišťoven v některých oblastech vůči poskytovatelům této péče „jsou velmi tvrdé“. „Prožívat s někým umírání a smrt, člověka posílí, posune někam dál v životě,“ myslí si i sestra S9 a myšlenku doplňuje slovy: „Nevím, jak to pořádně vyjádřit, prostě aby si každý mohl zvolit tu svou cestu konce života.“ Ideu, aby se „lidé nebáli slova hospic,“ vyjadřuje informantka S10. Svoji představu sděluje slovy o tom, že lidé mohou přijít jen na konzultaci, popovídat si, co je tíží, a odcházet třeba jen s minimální pomocí zdravotníků. Informantka se zmiňuje, že ví, že mnoho lidí se bojí slova umírání i hospic. Zná ale i klienty, kterým jejich péče pomohla, třeba jen v tom smyslu, že „na to nebyli sami, a potom zbytečně nezpanikaří a nevolají rychlou, a to všechno, co chtěli, aby se dělo doma, se děje úplně někde jinde“. Sestra S11 na otázku, co k výše uvedenému tématu nezaznělo a která oblast by podle jejího mínění stála za zmínku, uvádí: „V současné době je téma umírání velice moderní, mnoho lidí a organizací se přeangazovává, bere umírání do svých rukou a často jejich aktivity mají ráz seberealizace a umírající člověk je až na druhém místě.“

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče umírajícímu v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory. Ve výzkumné části bakalářské práce byly vytýčeny celkem čtyři výzkumné otázky. První otázka zněla: **„Jaké zvláštnosti spatřují všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o umírajícího v domově pro seniory?“** Domovy pro seniory, dříve domovy důchodců. Ano, původně postaveny pro osoby zdravé, soběstačné, kde péči prováděli výhradně pracovníci v sociálních službách. Nemocní v té době patřili do nemocnic a samotná zařízení byla součástí společenské péče, byť ukrytá někde za městem. To vše popisuje Haškovcová (2010). V dnešní době jsou již tato zařízení určena lidem nesoběstačným. Myslíme si, že je dobře, stejně jako zmiňuje Malíková (2011), že zde pracují všeobecné sestry stejně jako pracovníci přímé obslužné péče a aktivizační pracovníci. Nepopíratelnou skutečností je fakt, že tito zdravotníci především díky svým dovednostem a důvěře v sebe sama, zajišťují péči o umírající v domovech pro seniory. Slovy sestry S3: *„Poskytujeme takovou péči, kterou jsme schopni v rámci možností důchod'áku dělat.“* Po vyhodnocení rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími v nejmenovaném domově pro seniory jsme došli k názoru, stejně jako Nezbeda (2016), že najít smysluplnou podobu umírání a přijmout fakt smrti, je opravdu velmi obtížný úkol. Jsme toho mínění, že nejde o chybu středního zdravotnického personálu, ten zřejmě na své úrovni dělá, co může. Jak ale nahlížet na odpovědi informantů na otázku, s jakými dalšími odborníky spolupracují při péči o umírajícího? Stanovisko dotazovaných sester vyjadřuje za všechny odpověď informantky S5: *„Bohužel se žádnými, náš jediný největší odborník je praktický lékař 1x týdně, pokud ještě nemá dovolenou.“* Co si myslet o této odpovědi? Kdo zmírňuje utrpení a odstraňuje bolest tak, jak popisuje Vorlíčková (2005)? Samozřejmě, předností sestry, v souladu s Kučerovou (2018), je umět se rozhodnout, pracovat samostatně a umět improvizovat. Dotazované sestry přiznávají, že i přes absenci času se snaží dělat maximum. Přece jenom jsou ale situace, kdy i ochotný a kvalitní personál potřebuje odbornou pomoc, neboť v sociálním zařízení, tak jak uvádí Kučerová (2010) a dotazované sestry to potvrzují, nesmí nikdo jiný než lékař rozhodnout o poskytnutí a rozsahu péče. Sestra S5 pak ve shodě s Payneovou (2007) takto nastavenou spolupráci vnímá jako nedostatečnou. *„Pokud se vyskytne problém, ... vše musíme řešit cestou RZP, nechceme umírajícího transportovat, ale jinou možnost nemáme.“* Pro nás nepochopitelně pak může vyznít

názor sestry S4, nejmladší z celého výzkumného souboru. Dotazovaná uvádí, že takto nastavená spolupráce s lékařem je „normální“. Stejný postoj uvádí ve své studii Peters et al. (2013). Jaká další specifika by mohly dotazované všeobecné sestry pociťovat při péči o umírajícího v domově pro seniory? Malíková (2011) popisuje, že tradiční funkce rodiny se změnila, a společnost žije pod vlivem povrchních či pomíjivých hodnot. Umírání a smrt rodinné vztahy pozměňují. Výzkum ukázal, že v případě domova pro seniory spíše k horšímu. O situaci hovoří sestry S2 a S3, když tvrdí, že senioři slouží často pro svoji rodinu jako pohodlný zdroj financí. Výzkum také poukazuje na to, že pro sestry je důležitá komunikace s rodinou umírajícího klienta. Příbuzní se ale dle vyjádření sester o své blízké nezajímají, spolupráci nevyhledávají. Často také nedokážou přijmout zhoršující se stav svého příbuzného a ve shodě s Malíkovou (2011) personálu spíše vyhrožují. V nejhorším případě chtějí pouze oznámit smrt svého blízkého, aniž by ho v čase umírání navštívili. Nemůžeme souhlasit s názorem Nešporové (2013), že současná doba odmítá smrt pro její ohavnost. Ať už je to charakterem povolání, nebo lidským přístupem, oceňujeme, že i sestry z domova pro seniory se snaží umírajícímu usnadnit odchod ze života. Všechny dotázané v této souvislosti hovoří o pohlazení, o naslouchání či potřebném tichu, zapálení svíčky či rozvěšení fotek příbuzných v blízkosti umírajícího. Výsledky výzkumu ukazují na skutečnost, že všechny sestry mluví o nutné přítomnosti druhé osoby u lůžka umírajícího, a snaží se, aby umírající věděl, že není v době smrti sám. Myslíme si, a tento názor je v souladu se Špatenkovou (2014), že sestry domova pro seniory umírajícímu často nahrazují nejbližší osoby. Negativní je pro nás zjištění, s jakými překážkami se při ošetrovatelské péči o umírajícího sestry z domova pro seniory setkávají. Z výzkumu vyplývá, že dotazované sestry si v této souvislosti vybavily nepřístupnost k lůžku ze tří stran, hluchost prostředí, nešetrnou manipulaci s umírajícím či nevhodné rozhovory ošetrujícího personálu. Na nedostupnost pomůcek si stěžuje sestra S5, která uvádí: „*Máme pouze své ruce, zkušenosti a maximálně tonometr a glukometr.*“ Stejně tak jako Haškovcová (2007), zmiňuje se i sestra S3 v případě dvoulůžkového pokoje, o používání látkové zástěny v době smrti. Uvědomujeme si, že péče o umírající je spojená s emoční zátěží. Výsledky výzkumu to potvrzují a dotazované sestry se zmiňují o psychickém a tělesném vyčerpání. Stejně jako Honzák (2015) hovoří o tom, že je důležité se uklidnit, zregenerovat či vybit emoce sportem. Na pracovišti pak podpora zaměstnanců probíhá pravidelně prováděnými týmovými či individuálními supervizemi.

Tóthová (2008) uvádí, že péče o terminálně nemocné a umírající by měla být v popředí zájmu veřejného zdravotnictví. Z výzkumu vyplývá, že situace umírajících v zařízeních je často neutěšená. Myslíme si, že chování společnosti k seniorům vypovídá o její celkové vyspělosti a morálce. Současnou situaci péče o umírajícího v sociálním zařízení tak, jak jsme ji poznali, nemůžeme tedy hodnotit jako dostatečnou a bezproblémovou. Není bez zajímavosti, že stejný problém společnosti vystihují Muramatsu et al. (2008), když hovoří o byrokratických rozhodnutích a zdravotnické politice celostátního významu.

Na první výzkumnou otázku lze volně navázat druhou otázkou, která na zmíněnou problematiku nahlíží z opačného pohledu, tedy z pohledu sester pracujících v domácí péči. Její přesné znění bylo následující: **„Jaké zvláštnosti spatřují všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o umírajícího v domácím prostředí?“** Stejně jako uvádí Bártlová (2005), tak i sestry pracující v domácí péči, vnímají rodinné prostředí jako nejlepší místo pro poskytování ošetrovatelské péče umírajícímu. Slovy informantky S11 *„za předpokladu, že to dovolí zdravotní stav pacienta a má se o něj kdo postarat“*. Toto pro nás pozitivní zjištění je ve shodě s názorem Kroutilové Novákové (2011). Je také nepopiratelným faktem, že sestry docházející do rodin, se často stávají součástí těchto rodin a proto důvěru, toleranci a respekt zmiňují jako nedílnou složku dobré spolupráce s rodinou. Na rozdíl od svých výše zmíněných kolegyně, sestry v domácí péči poukazují na skutečnost, že při péči o umírající spolupracují jak s odborným tak i praktickým lékařem, psychologem i duchovním. V multidisciplinárním týmu domácí péče, stejně jako se zmiňuje Jankovský (2018), pracují kvalifikované a vzdělané všeobecné sestry, sestry specialistky, fyzioterapeutové a pečovatelky. Výsledky výzkumu ukazují, že pro všechny dotázané je tato spolupráce přínosná a dle sester ji oceňují i klienti. Vyjadřuje to sestra S8: *„Je důležité mít možnost radit se, sdílet názory a myšlenky.“* V rámci výzkumu nás zajímalo, jak sestry domácí péče vnímají pozměňující se rodinné vztahy v době umírání klienta. Výsledky výzkumu hovoří o tom, že změna je pozitivní. Na rozdíl od klientů v domově pro seniory, se rodina v domácím prostředí semkne, odpouští si a vztahy se upevní, což potvrzuje i Ware (2012). Sestry domácí péče se snaží umírajícímu usnadnit odchod ze života tím, že mu zajistí duchovního, pokud o to požádá, či vytvoří podmínky pro rozloučení s blízkými. Základní podmínkou domácí péče, stejně jako uvádí Kroutilová Nováková (2011), je zapojení rodiny do péče o umírajícího. Snahou sester, v souladu s Denkovou

(2009), je rodinu a umírajícího doprovázet a nechat rodinu samostatně pečovat. Výsledky výzkumu ukázaly, že dotázané sestry spolupráci s rodinou vnímají jako přínosnou a rodina je zapojována do té míry, na kolik stačí. Problémy, jako je nesmířenost pečujících s umíráním blízké osoby, nerespektování rad zdravotnického personálu či neshody rodiny při péči o umírajícího, se snaží sestry pomoci rodině překonat, protože dle Jankovského (2018) a slov sestry S7 „*jsou zcela přirozené a plynou z extrémně těžké životní situace*“. Vítáme, že sestry domácí péče uvádějí, že pro umírající klienty a blízké při péči v jejich zařízení, je důležité mít dostatek času. Zároveň se sestry S6, S8 a S9 zmiňují o tom, že největší překážkou v poskytování péče umírajícímu, je nedostatek personálu. Sestry S7, S10 a S11 udávají jako největší překážku při práci v domácí péči špatně nastavenou legislativu, nedostatek finančních prostředků a podmínky ze stran zdravotních pojišťoven. Kladně vnímáme názor sester i Bifarina et al. (2017), kteří zmiňují větší spokojenost s prací a menší stres, pokud je na pracovišti udržována psychická pohoda a zaměstnavatel dbá na uvolnění emočního vypětí způsobeného prací.

Třetí výzkumná otázka, kterou jsme si pro empirickou část práce položili, byla tohoto znění: „**S jakými ošetrovatelskými problémy se všeobecné sestry setkávají v rámci péče o umírajícího v domově pro seniory?**“ Yalom (2014) se zmiňuje o zastřené úzkosti ze smrti, s čímž se ztotožňují i sestry pracující v domově pro seniory. Tento ošetrovatelský problém související s umíráním, si mnohé z dotázaných vybavují tak, že jejich klienti o smrti a strachu otevřeně nemluví, ale stejně jako Zacharová et al. (2007) poukazují na vnější projevy, například pevný stisk ruky či pohled očí, kterými umírající svoji úzkost vyjadřují. Zajímavé je, že sestry pracující v domově pro seniory tvrdí, že péče o umírající se v jejich zařízení nijak zásadně neliší od péče o druhé klienty. Z výsledků výzkumu vyznělo, že péče je jiná v tom, že umírajícího více na pokoji navštěvují, snaží se mu věnovat více pozornosti, vyjádřit mu pohlázením či přítomností svoji podporu a účast, stejně jako se o porozumění umírajícímu zmiňují O'Connor et al. (2005).

V důsledku chování svých příbuzných, bývají umírající v domovech pro seniory často osamoceni a není výjimkou, že ani v tomto období se rodina o svého blízkého nezajímá. Špatenková (2014) tuto skutečnost nazývá sociální izolací. Výsledky výzkumu to potvrzují a dotázané sestry nepopírají, že příbuzní zájem neprojevují. Pichaud (1998) se zmiňuje, že člověk by měl novou situaci přijmout s určitou vyrovnaností. Sestry

poukazují na rodiny, které přesto, že svého blízkého navštěvují, nevytváří dostatečné zázemí pro pomoc a povzbuzení umírajícího. Tento ošetrovatelský problém často pramení z nevyrovnanosti, nesmíření se a vyúsťuje v neúčelnou a ohrožující péči, kdy se rodina snaží o další vyšetření či převoz umírajícího do nemocnice. Další výsledky výzkumu ukázaly, že sestry sice vědí o možnosti kontaktování katechetky či kněze v jejich zařízení, ale v rozporu s Opatrným (2017) o tuto pomoc umírajícím či jeho rodinou nikdy požádány nebyly. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je důležitá efektivní komunikace, stejně jako uvádějí Norouzinia et al. (2015). Právě v domově pro seniory pozorují sestry zpomalenou nebo chybějící verbální komunikaci umírajícího. Z výzkumného šetření vyplynulo, že právě komunikace s umírajícím je dalším častým ošetrovatelským problémem a ve shodě s Nezbedou (2016) je třeba tuto barikádu odstraňovat. Zajímala nás také odpověď na otázku, jakým způsobem všeobecné sestry v domově pro seniory zjišťují potřeby umírajícího klienta. Dotazované sestry mluvily o předchozí zkušenosti, sestry S3 a S4 se zmínily o tom, že pozorují u umírajícího nonverbální projevy. Pouze jedna sestra S2, ve shodě se Sorellem (2018), zmiňuje možnost vyjádření posledního přání a formuluje svoji myšlenku takto: „... *aby si řekli svoje poslední přání, protože když o tom nebudou mluvit, tak my se to nedozvíme*“.

Myslíme si, že dokument dříve vysloveného přání, by měl být součástí vstupních dokladů při nástupu do sociálního zařízení, protože pak by nemuselo docházet ke zbytečným převozům umírajících a personál by tak v souladu s Payneovou (2007) mohl udržet pacienty v zařízení, které považují za svůj domov.

Na třetí výzkumnou otázku navazuje čtvrtá otázka, která na problematiku nahlíží pohledem sester domácí péče. Přesná otázka zněla: „**S jakými ošetrovatelskými problémy se všeobecné sestry setkávají v rámci péče o umírajícího v domácím prostředí?**“ Základní problémy, jako je nedostatečný příjem tekutin a stravy, dušnost, proleženiny či bolest, jsou společnou ošetrovatelskou záležitostí obou stran. Z výsledků výzkumu vyplývá, že klienti domácí péče dokážou mluvit otevřeně o smrti. V souvislosti s umíráním však umírající prožívají znepokojení či strach. Dotazované sestry uvedly, že jejich klienti mají strach o partnera a děti, a ve shodě s názorem Essue et al. (2015) o zabezpečení svých blízkých. Se svými pocity se svěřují častěji více sestrám, než vlastní rodině. Při těchto rozhovorech je důležité respektovat jejich individualitu a vnímat, kam až chtějí v rozhovorech dojít, což je v souladu

s Haškovcovou (2002). Všeobecné sestry domácí péče potvrzují, že péče o umírající v jejich zařízení se liší od péče o jiné klienty. Výzkum ukázal, že dotazované sestry jsou si vědomy toho, že pro umírajícího a jeho rodinu musí mít dostatek času, pochopení a porozumění. Sestra S10 k tomu říká: „*Umírající už je na nějaké cestě, kde víme, kam to půjde, rozhovory se vedou jinak, tempo práce je jiný.*“ Sestry přiznávají, že umírající a jeho rodina je v péči multidisciplinárního týmu a v důsledku změněného fungování rodiny a rodinné pospolitosti, potřebuje umírající i jeho doprovázející v domácí péči častěji než péči zdravotní psychosociální podporu. S tímto postojem souhlasí i Šiklová (2013). Všeobecné sestry se neshodují v názoru, zda umírající má být v době smrti sám. Z výzkumu vyplývá, že už jen skutečnost, že je pacient doma, vnímají sestry tak, že sám vlastně neumírá. Poukazují ovšem na fakt, v souladu se Špatenkovou (2014), že ti, kteří potřebují soukromí na odchod, si tuto potřebu zařídí. Dávat životu smysl a cíl, možnost smířit se a vyrovnat, je nedílnou součástí poskytované ošetrovatelské péče, celého multidisciplinárního týmu. Tento názor je ve shodě s Kübler-Ross (2015). Z výzkumu vyplynula i skutečnost, že sestry domácí péče vnímají jako častý ošetrovatelský problém přetížení blízké osoby při poskytování péče umírajícímu, stejně jako mluví o psychickém a fyzickém vyčerpání Špatenková (2014). Upozorňují, že důležitý je vždy jeden hlavní pečující a doporučují střídání, neboť péče probíhá nepřetržitě. Slovy sestry S11: „*Ne každý to zvládne, ale vždy mají oporu ve zdravotnickém týmu.*“

Dovolujeme si říci, že ošetrovatelská péče o umírajícího v domácím prostředí sebou přináší řadu nejen ošetrovatelských problémů. Ty neošetrovatelské, stejně jako Hanzlíková (2007), vyjadřuje sestra S11 slovy: „*Péče o umírající v terénu je velmi náročná. Náročná v zajištění ošetrovatelského personálu, v zajištění služeb u terminálně nemocného, v komunikaci s lékaři, s pojišťovkami, patří sem i vzdělávání personálu, práce s přístroji a technikou. Vše se musí zorganizovat tak, aby byla spokojena rodina i zdravotník.*“

„Správně vidíme jen srdcem. Co je důležité, je očím neviditelné.“ Tento výrok lišky z Malého prince ukazuje, že to, co hledáme není vně, musí být uvnitř nás. Potřeby umírajícího jsou všude podobné. Potřebuje být bez bolesti, bez utrpení a potřebuje blízkost druhé osoby. Potřebuje mít uspokojené potřeby sociální a často i duchovní. Proto i péče o umírajícího člověka by měla vycházet ze „srdce“ jak jednotlivce, tak i celé společnosti. Je hanbou, že péče o umírající je ve skutečnosti v různých zařízeních rozdílná, protože člověk na konci života potřebuje vždy téměř to samé.

Závěr

Cílem práce s názvem „Rozdílnost ošetrovatelské péče o umírajícího v domově pro seniory a domácím prostředí“ bylo zmapovat práci všeobecných sester ve dvou odlišných pracovních prostředích. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První dvě se zaměřily na zvláštnosti, které spatřují všeobecné sestry v péči o umírajícího v domově pro seniory a též domácím prostředí. Třetí otázka zkoumala, s jakými ošetrovatelskými problémy se sestry setkávají v rámci péče o umírajícího v domově pro seniory. Poslední, čtvrtá otázka, se zabývala ošetrovatelskými problémy u umírajícího v prostředí domácím.

Ze získaných rozhovorů vyplynuly jak pozitivní, tak i negativní poznatky. Za pozitivní můžeme považovat fakt, že oslovené sestry vnímají umírajícího jako bytost, která má své specifické požadavky a potřeby, a to v obou zařízeních. Negativně ovšem vnímáme, že v jednom zařízení tyto potřeby nejsou plně uspokojeny. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že sestry za nejdůležitější považují přítomnost blízké osoby u umírajícího, byť v domově pro seniory tuto potřebu vyplňuje převážně zdravotnický personál. Neméně zajímavou otázkou byla skutečnost překážek při práci v daném zařízení. Oslovené sestry pracující v domácí péči vnímají jako největší překážku finanční limity a případně limity stanovené zdravotními pojišťovkami. Všeobecné sestry z domova pro seniory spíše trápí hluchost prostředí či poukazují na špatnou spolupráci s praktickým lékařem. Další nevyhovující okolností je, podle sester pracujících v domově pro seniory, špatné prostorové vybavení pokojů klientů. V tomto ohledu se současné domovy pro seniory jeví spíše jako zařízení vhodná pro strávení zbytku života méně závislého seniora, než jako vyhovující prostředí pro samotné umírání.

Na úplný závěr můžeme shrnout význam této bakalářské práce. Tkví v tom, že téma se dotýká stále více či méně tabuizované oblasti, oblasti umírání a smrti. Základním pilířem této práce je ovšem péče o člověka. O člověka umírajícího, který si zaslouží dostatek času a přítomnosti svých blízkých osob. Aby bylo možné výše zmíněné problémy efektivně řešit, je třeba se snažit a více pečovat v souladu s přáními pacienta. Pokud nebude soulad ani na zdravotně-sociálním pomezí, nebude spolupráce mezi profesemi, nemůžeme se ani nadále dočkat kvalitní paliativní péče. Uvidíme, jak si povede nový projekt Ministerstva zdravotnictví, projekt Podpory paliativní péče – zvýšení dostupnosti paliativní péče. Je však pravděpodobné, že se stejně

bez mezigenerační soudržnosti rodiny, a bez vzájemné podpory rodiny, nemá sílu prosadit. Společnost, která odkládá své nejbližší, snižuje vlastní vyhlídky, a naděje na lásku a péči při umírání ve svém přirozeném prostředí, prostředí svého domova.

Výsledky bakalářské práce poslouží jako podklad pro prezentaci na odborném semináři dalšího vzdělávání sester, případně budou publikovány v odborném časopise.

Seznam použitých zdrojů

1. ANDREWS, T. et al., 2015. *Awareness of Dying Remains Relevant after Fifty Years* [online]. Irsko: University of Cork; [cit. 2015-12-19]. Dostupné z: <http://groundedtheoryreview.com/2015/12/19/awareness-of-dying-remains-relevant-after-fifty-years/>
2. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus. 99 s. ISBN 80-862-2533-X.
3. ARIÉS, P., 2000. *Dějiny smrti I*. Praha: Argo. 355 s. ISBN 80-7203-286-0.
4. Asociace domácí péče ČR, 2019. *Kdo jsme a co je naší hlavní činností*. [online]. ADP ČR. [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/o-nas/kdo-jsme>
5. BALÁŽ, V. et al., 2008. *Smrt jako součást života*. Praha: NIDM MŠMT. 83 s. ISBN 978-80-86784-64-9.
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
7. BAŠTECKÝ, J. et al., 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
8. BIFARIN, O. et al., 2017. *Clinical supervision: an important part of every nurse's practice*. [online]. Anglie: [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Clinical+supervision%3A+an+important+part+of+every+nurse%27s+practice>.
9. BYOCK, I., 2013. *Dobré umírání*. 2. vydání. Praha: Vyšehrad. 328 s. ISBN 978-80-7429-134-0.
10. BONANNO, G. A., 2009. *The Other Site of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life after Loss*. New York: Basic Books. 231 s. ISBN 978-04-6501-360-9.
11. DÉMUTHOVÁ, S., 2010. *Keď umiera dieťa. Praktická tanatológia I*. Pusté Úlany: Schola Philosophica. 301 s. ISBN 978-80-89488-00-1.
12. DENKOVÁ, M., 2009. *Domácí péče o pacienty v terminálním stadiu* [online]. Praha: Hospic Štrasburk. [cit. 2018-09-05]. Dostupné z:

<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/domaci-pece-o-pacienty-v-terminalnim-stadiu-435478>

13. ESSUE, B. M. et al., 2015. *Living with economic hardship at the end of life*. [online]. Austrálie. [cit.2019-02-06] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24644185>
14. GAWANDE, A., 2016. *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán. 237 s. ISBN 978-80-7363-702-6.
15. GLASER, B., STRAUSS, A., 2005. *Awareness of dying*. 8. issue. New Brunswick: Aldine Transacion. 305 s. ISBN 978-0-202-30763-3.
16. GLASER, B., STRAUSS, A., 2007. *Time for Dying*. Abingdon: Taylor & Francis. 286 s. ISBN 978-02-0230-858-6.
17. HAŠKOVCOVÁ, H., 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
18. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-732-7.
19. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén. 243 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
20. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
21. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
22. HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 2. vydání. Praha: Vyšehrad. 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2.
23. HURDOVÁ, V., 2017. *Moje milá smrti*. Praha: Art D grafický ateliér Černý. 288 s. ISBN 978-80-270-2318-9.
24. ILLICH, I., 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny zaprodané zdraví*. Brno: Emitos. 180 s. ISBN 978-80-87171-26-4.

25. JANEČKOVÁ, H. et al., 2008. Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice*. XI/2, 64-68. ISSN 1213-6050.
26. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
27. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská universita ZSF. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
28. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
29. KAŠÁKOVÁ, E. et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. 430 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
30. KELLER, J. et al., 2008. *Úvod do filozofie, sociologie a psychologie*. Liberec: Dialog. 224 s. ISBN 978-80-8676-81-7.
31. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
32. KONIGSBERG, R. D., 2011. *The Truth About Grief*. New York: Simon & Schuster. 272 s. ISBN 978-14-3914-834-1.
33. KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ R., 2011. *Pečovatelství II*. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
35. KUČEROVÁ, Z., 2010. *Chyby při vykazování zdravotní péče v sociálních zařízeních* [online]. Praha: VZP ČR. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-akcent-vzp/2010/4/chyby-pri-vykazovani-zdravotni-pece-v-socialnich-zarizenich/>.
36. KUČEROVÁ, L., 2018. *Domácí péče by byla schopná se postarat o devadesát procent pacientů z LDN*. [online]. Medical tribune cz. [cit. 2018-12-17]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44201-domaci-pece-by-byla-schopna-se-postarat-o-devadesat-procent-pacientu-z-ldn>

37. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
40. KÜBLER - ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
41. LÍNEK, V., 2015. Konec, nebo začátek? In: POLTIKOVIČ, V. *Brána smrti*. Praha: Maitrea, s. 4. ISBN 978-80-7500-163-4.
42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN-978-247-3171-1.
44. MASLOW, A., 1943. *A theory of human motivation*. [online]. Washington DC: APA PsycNet [cit. 2019 04-05]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/PsycARTICLES/journal/rev/50/4>
45. MINIBERGEROVÁ, L. et al., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
46. MURAMATSU, N. et al., 2008. *Place of Death Among Older Americans* [online]. Chicago: Institute for health research and policy [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18665063>
47. MZ ČR, 2007. *Metodický pokyn k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., 2007*. [online]. Praha. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c108/2006-sb-_1613_3.html
48. MZ ČR, 2015. *AP č. 08a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče*. [online]. Praha.[cit. 2019-01-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A1ny%20-

%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zprac%20pripominek%20MPR_cerve
nec15.pdf

49. MZ ČR, 2017. *Podpora paliativní péče zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*. [online]. Praha. [cit 2018-04-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-zdravotnich-s_14874_2452_8.html
50. NEŠPOROVÁ, O., 2013. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 345 s. ISBN 978-80-7325-320-2.
51. NEZBEDA, O., 2016. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka. 288 s. ISBN 978-80-7432-747-6.
52. NOROUZINIA, R. et al., 2015. *Communication barriers perceived by nurses and patients*. [online]. Irán: [cit. 2019-04-05] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26755475>
53. O'CONNOR, M. et al. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
54. OPATRŇY, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Č. Kostelec: Pavel Mervart. 180 s. ISBN 978-80-7465-269-1.
55. PAHO, 2018. *New global commitment to Primary Health Care for all at Astana Conference* [online]. USA. [cit. 2018-12-08]. Dostupné z: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=1926&lang=en
56. PAHO, 1978. *Declaration of Alma-Ata* [online]. USA. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm
57. PALKOVÁ, L., 2013. *Onkologická ošetrovatelská péče* [online]. Košice: Východoslovenský onkologický ústav [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>.
58. PAYNEOVÁ, S. et al., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

59. PETERS, L. et al., 2013. *How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature*. [online]. Austrálie: Monash Universit [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23400515>
60. PICHAUD, C. et al., 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
61. ROSYPAL, S. et al., 2003. *Nový přehled biologie*. Praha: Scientia. 824 s. ISBN 978-80-86960-23-4.
62. SÁNDOR, J. et al., 2008. *Bioteika v UNESCO: základní texty*. Budapešť: Celab. 32 s. ISBN 978-963-87714-5-2.
63. SÍGL, M., 2006. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque. 416 s. ISBN 80-87027-11-6.
64. SORELL, J. M., 2018. *End of Life Conversationa as a Legacy*. [online]. Cleveland clinic: The stanley shalom zielony institute for nursing excellence [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29328354>
65. SVATOŠOVÁ, M., 1995. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vydání. Praha: Ecce homo. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
66. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
67. ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. 127 s. ISBN 978-80-7017-197-4.
68. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978- 80-247-9885-1.
69. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
70. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
71. TÓTHOVÁ, V., 2008. *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. České Budějovice: ZSF JU. 310 s. ISBN neuvedeno
72. TRACHTOVÁ, E., 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

73. TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al., 2015. *Mezi láskou a povinností péče očima pečovateli*. H. Králové: Gaudeamus. 126 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
74. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 359 s. ISBN 978-80-2460-841-9.
75. VIDO, R., 2011. Smrt blízká či vzdálená. *Sociální studia*. 8(2), s. 7-12. ISSN 1214-813X.
76. Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 20/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
77. Vyhláška č. 92/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 36/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
78. Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
79. Vyhláška č. 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 29/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
80. Vyhláška č. 102/2012 Sb., Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2012. [online]. [cit. 2019-02-22]. *Zákony pro lidi*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>
81. Vyhláška č. 620/2006 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 2006. [online]. [cit. 2019-01-25]. *Zákony pro lidi*, částka 194/2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-620>
82. VIRT, G., 2000. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
83. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

84. VORLÍČKOVÁ, H., 2005. Předmluva k českému vydání. In: O'CONNOR, M. et al., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
85. WARE, B., 2012. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-262-0168-7.
86. YALOM, I. D., 2014. *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. 3. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-0740-5.
87. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
88. Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2019-04-22]. *Zákony pro lidi*, částka 30/2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
89. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2019-02-05]. *Zákony pro lidi*, částka 37/2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
90. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2018. [online]. [cit. 2018-12-01]. *Zákony pro lidi*, částka 131/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní identifikační údaje	33
--	----

Seznam obrázků

Obrázek 1 Pohled sester na otázky umírání a smrti.....	34
Obrázek 2 Potřeby umírajícího	38
Obrázek 3 Podmínky pro péči o umírající	43
Obrázek 4 Ošetrovatelská péče pre finem	46
Obrázek 5 Lidský aspekt umírání	52

Seznam příloh

Příloha 1 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor.....	75
---	----

Přílohy

Příloha 1 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

A. Základní údaje o informantech

1. Věk:
2. Pohlaví:
3. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
4. Máte specializační vzdělání, a jakého směru?
5. Jaká je délka Vaší praxe?
6. Kde pracujete?
7. Jak dlouho pracujete v současném zařízení?

B. Vlastní rozhovor

1. Co pro Vás znamená pojem smrt?
2. Jakou máte představu o vlastním umírání?
3. Jakým způsobem ovlivnila smrt v pracovním prostředí Váš náhled 7 na vlastní smrtelnost?
4. Vzpomenete si, kdy dříve jste se se smrtí setkal/a? Bylo to v domácím prostředí nebo v nemocnici?
5. Jak na Vás první kontakt se smrtí zapůsobil?
6. Co bylo příčinou Vašich pocitů?
7. Změnil se Váš postoj ke smrti a umírání v průběhu Vaší praxe?
8. Stále se mluví o tabuizaci smrti. Jak to vnímáte, myslíte si, že se o smrti mluví nedostatečně nebo nezdvořile?

9. Jak vnímáte ošetrovatelskou péči o umírající v nemocničním zařízení, domácím prostředí či sociálním zařízení?
10. Jaký je Váš názor na poskytování ošetrovatelské péče umírajícímu mimo nemocniční zařízení?
11. Jaký máte názor na pravdu na nemocničním lůžku. Je třeba umírajícímu říkat pravdu nebo skutečnost zastírat?
12. Myslíte si, že proces umírání pozměňuje rodinné vztahy? Jak je tomu ve vašem zařízení?
13. Jak je zapojována ve vašem zařízení rodina do péče o umírajícího?
14. Co vnímáte jako důležité při spolupráci s rodinou umírajícího klienta?
15. Vidíte v zapojení rodiny do péče o umírajícího spíše přínos nebo spíše negativa?
16. Jaké problémy spatřujete při spolupráci s rodinou umírajícího?
17. Mluví klienti ve vašem zařízení o smrti?
18. Čeho se Vaši klienti před smrtí nejvíce obávají? Mluví o svých pocitech?
19. Jaké potřeby má z Vašeho pohledu umírající klient?
20. Jakým způsobem vyhledáváte potřeby umírajícího klienta?
21. Jakým způsobem poskytuje vaše zařízení umírajícímu možnost smíření se a vyrovnání se životem či Bohem?
22. Mohl/a byste popsat ošetrovatelskou péči o umírajícího ve vašem zařízení?
23. Jakým způsobem komunikujete s umírajícím klientem? Co je pro Vás nejtěžší?
24. S jakými odborníky spolupracujete při péči o umírajícího klienta?
25. Jak tuto spolupráci vnímáte?
26. Jak přistupujete k umírajícímu ve vašem zařízení? Odlišuje se tato péče od péče o jiné pacienty?
27. Jakým způsobem se snažíte umírajícímu usnadnit odchod ze života?

28. Co pokládáte za nejobtížnější při ošetrovatelské péči o umírajícího?
29. S jakými ošetrovatelskými problémy u klienta v terminálním stavu se nejčastěji setkáváte?
30. Co podle Vás chybí v péči o umírajícího?
31. Jaké překážky ze strany vašeho zařízení vnímáte při péči o umírajícího?
32. Jaké rituály při péči o umírajícího jsou ve vašem zařízení či přímo Vámi praktikovány?
33. Usnadňují Vám tyto rituály práci a přijetí smrti?
34. Kdybyste mohl/a něco změnit v rámci péče o umírajícího ve vašem zařízení, čeho by se tato změna týkala?
35. Pociťujete někdy v souvislosti s péči o umírajícího psychickou zátěž? Mohl/a byste to blíže popsat?
36. Jak zvládáte emoční vypětí při práci s umírajícími?
37. Jakým způsobem komunikujete se svými spolupracovníky při pečování umírajícího?
38. Jakým způsobem je na vašem pracovišti udržována psychická pohoda a jak se u vás předchází psychické zátěži zaměstnanců?
39. Co si myslíte o názoru, že umírající by neměl být v době smrti sám?
40. Myslíte si, že Vás péče o umírající klienty nějakým způsobem obohatila?
41. Napadá Vás něco, co zde k výše uvedenému tématu péče o umírajícího nezaznělo a k čemu byste se chtěl/a vyjádřit? Je nějaká oblast, která Vás trápí či zajímá a která stojí za zmínku?

(zdroj: vlastní)