

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Možnosti klidného a důstojného umírání na oddělení následné péče
v Nemocnici České Budějovice a.s.**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Petra Zimmerlová

Eva Kratochvílová Dis.

2007

Abstract

Possibilities of peaceful and dignified dying in the ward of subsequent care in the hospital of České Budějovice a.s.

The work deals with the topic of palliative care and the background of such wards, as well as of the possibilities to provide such care. Dying is inseparable part of life. Peaceful and dignified dying is burdened with problems within hospitals. The principles of palliative care are difficult to apply even in wards where it can be supposed that considerable percentage of patients of such wards is indicated for such care. Such ward is also the ward of subsequent care. The theoretic part describes the significance of palliative medicine, the general view on dying, as well as stages of dying which the dying person and his or her family passes are described here. Further there is information of hospices, dying from the point of view of lay public and from the point of view of a health care worker. The research was performed in form of non-standardized interview with selected 15 nurses working in the ward of subsequent care at least 3 years and ready to hold a conversation on that topic. The research confirmed that the nurses in wards of subsequent care have knowledge of the specifics of nursing care for dying people, but they feel need to go on educating themselves further in that topic. All of them state that the problems of palliative care are very topical in this ward. Further it was found out that this ward is not technically equipped with single-bedded rooms and dignified rooms for communication with the family.

All nurses think that this topic should be paid more attention.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Možnosti klidného a důstojného umírání na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

18.5.2007

V Českých Budějovicích.....

.....
podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Zimmerlové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah	str.
ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Historie paliativní medicíny	4
1.1.1 Význam paliativní medicíny.....	4
1.1.2 Paliativní péče dle WHO.....	5
1.1.3 Pohled na umírání.....	5
1.2 Péče o terminálně nemocného	6
1.2.1 Péče zdravotní.....	6
1.2.2 Péče psychologická.....	6
1.2.3 Péče sociální.....	6
1.2.4 Péče spirituální.....	6
1.2.5 Rozdělení umírání v časové posloupnosti.....	7
1.3 Etické aspekty v péči o umírající	9
1.3.1 Sdělování pravdy.....	9
1.3.2 Komunikační faktory.....	10
1.4 Proces umírání	12
1.4.1 Proces umírání z pohledu zdravotníka.....	12
1.4.2 Emocionální stav umírajícího pacienta	17
1.4.3 Proces umírání z pohledu laické veřejnosti.....	23
1.5 Potřeby umírajících a jejich uspokojování	24
1.5.1 Charta umírajících.....	25
1.5.2 Hospicová péče.....	27
1.5.3 Typy hospicové péče.....	27
2. CÍL PRÁCE	30
3. METODIKA	30
3.1 Metodika práce	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. VÝSLEDKY	31

5. DISKUSE.....	38
6. ZÁVĚR.....	42
7. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ.....	43
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	46
9. PŘÍLOHY.....	47

ÚVOD

Umírání a smrt je téma, o kterém bychom měli uvažovat, a to jak v rovině obecně lidské, tak i profesionální. Každému, kdo se narodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života.

Jestliže si člověk bude uvědomovat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán. Nepochybně bude též vnímavější k problémům občanů, kteří už stojí na prahu smrti. Ti potřebují nejen pochopení těch nejbližších, ale i konkrétní pomoc těch vzdálenějších lidí. Možná to zní paradoxně, ale právě zdraví a ekonomicky činní lidé mohou pro vážně nemocné a umírající mnoho udělat. Svými rozhodnutími i praktickými činy vytvářejí, nebo také nevytvářejí, podmínky pro důstojný závěr lidského života svých spoluobčanů.

Základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících jsou velmi důležité. Příbuzným a přátelům, ale i zdravotnickému personálu, často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládnout tuto nesnadnou situaci. Oni sami, až do chvíle, než se setkali se smrtí tváří v tvář, žili v přesvědčení, že se jich poslední fáze života netýká. V zájmu a pro úlevu těch, kteří odcházejí z našeho reálného světa, i pro jistotu a naději nás všech, na které chvíle rozloučení teprve čeká, hledejme přiměřené a dostupné formy péče, které ve stávajících podmínkách života i zdravotnických struktur umožní každému důstojně dojit ve svých dnech (22).

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Historie paliativní medicíny*

Letálně nemocný zpravidla očekává, že nezůstane při umírání sám a že jej na posledním úseku jeho životní cesty bude někdo doprovázet. Samozřejmostí byla účast všech členů rodiny, kdy každému příslušela určitá role. Umírající vyslovil poslední přání, přijal svátost nemocných (lidově „poslední pomazání“) a v optimálním případě zemřel uprostřed svých blízkých. Nejde o glorifikaci tohoto modelu umírání, neboť jistě ne vždy byly podmínky tak ideální, ale smrt (stejně jako narození) byla součástí života. Odehrávala se doma a lidé ji vnímali jako víceméně samozřejmost. Umírání mělo sociální rozměr, lidé neumírali opuštěni. Oporou jim byla nejenom rodina, ale také sousedé, kněz i víra. Dnes se však téměř výhradně setkáváme s tzv. institucionálním modelem umírání, jenž se vyvíjel postupně a souvisel též s rozvojem ošetrovatelství. Přirozeně má tento model svůj vývoj. Pokoje pro umírající (kam byli umírající převezeni, aby neobtěžovali ostatní nemocné) jsou již díky bohu spíše minulostí. Podobně začíná odeznívat i praxe stavění bílých zástěn (plent) k lůžku umírajícího. Vážně nemocní jsou dnes zcela samozřejmě v nemocnicích a se stejnou samozřejmostí je očekáváno, že se jim dostane odborné profesionální pomoci, resp. péče (7).

1.1.1 Význam paliativní medicíny

Možnosti medicíny jsou dnes bezpochyby značné, ovšem smrti nelze ve stavech, kdy je neodvratná, zabránit. Pokud se tak děje, hovoříme o tzv. dystanázii neboli zadržené smrti. I když není rozhodně snadné nalézt míru mezi opodstatněným oddalováním smrti na jedné straně a vědomím konečnosti lidského osudu na straně druhé, je zapotřebí jednat vždy velmi rozvážně a empaticky. Stinnou stránkou institucionálního modelu je totiž právě chladná až odosobněná profesionální péče. Její velmi nadějnou i účinnou alternativou však může být tzv. paliativní péče (útěšná péče), jež je součástí paliativní neboli útěšné medicíny. Týká se nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu (14).

1.1.2 Paliativní péče dle WHO

WHO podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptom
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejefektivnější život až do smrti
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Principy paliativní medicíny maximálně odpovídají potřebám umírajících, neboť sledují následující cíle: „symptomatickou léčbu, péči vedoucí ke zmírnění obtíží, efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající a doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího (6).

1.1.3 Pohled na umírání

Potřeby umírajícího člověka (pacienta) je nutno saturovat ve čtyřech základních oblastech, a to v biologické, psychologické, sociální a spirituální (1). Priority, resp. pořadí jednotlivých potřeb, se mohou v průběhu onemocnění měnit. Většinou mají na počátku prioritu potřeby biologické, ovšem s blížícím se koncem mohou začít postupně dominovat potřeby spirituální.

1.2 Péče o terminálně nemocného

Péče o umírající pacienty je pro zdravotnický personál velmi náročným úkolem a lze ji rozdělit na:

1.2.1 Péče zdravotní

Jedná se o fyziologické potřeby, jako je přijímání potravy – pozor zejména na dehydrataci, dýchání, vyměšování, ale také udržení aktivity pacienta, prevenci dekubitů, zajištění bezpečnosti pacienta, nejrůznější lékařské zákroky, tišení bolesti atp.

1.2.2 Péče psychologická

Má zajistit respektování lidské důstojnosti, posílení pocitu bezpečí, verbální i neverbální komunikaci, porozumění, empatii, zvládání negativních emocí (strachu, zlosti, úzkosti, pocitů viny atp.). Psychologická péče zahrnuje také nenásilné navození pozitivních emocí.

1.2.3 Péče sociální

Jež by měla zahrnovat především silnou oporu v rodině, mezi blízkými, tedy doprovázení těmi nejbližšími lidmi.

1.2.4 Péči spirituální

Po listopadu 1989 se stále více začíná uplatňovat termín péče pastýřská, od níž jsou odvozeny interdisciplinární obory pastorální medicína či pastorální psychologie. Nejedná se pouze o udělení svátosti nemocných („poslední pomazání“, resp. „zaopatření“), ta by měla být jakýmsi přirozeným vyvrcholením této péče. Při pastýřské péči je zapotřebí velkého taktu, neboť je postavena na vzájemné důvěře, otevření se,

sdílení a sblížování. Měla by být zbavena jakéhokoliv dogmatismu. Nejde o přesvědčování, ale o doprovázení. Je cestou k samé podstatě smyslu života a smrti (6).

1.2.5 Rozdělení umírání v časové posloupnosti

Z hlediska časové posloupnosti lze rozdělit péči o umírajícího a zemřelého na období:

Pre finem, což je péče před umíráním, kdy je zapotřebí, jak bylo již výše uvedeno, uchránit nemocného zejména před „sociální smrtí“. Je zde prostor i pro případné sepsání závěti. Především se však jedná o již opakovaně zmiňované etapy vyrovnávání se s letálním onemocněním dle Elizabeth Kübler-Rossově.

In finem, což je péče v době vlastního umírání, tedy během terminálního stavu. Péče v této fázi by neměla rozhodně postrádat takt a jistou ritualizaci. Průběh bývá takový, že po tzv. fázi euforie, jež se dostaví několik dní před smrtí (pacientovi se uleví, znova projevuje zájem atp.), přichází smrtelné kóma.

Post finem, jež zahrnuje pietní péči o mrtvé tělo, sdělení informace pozůstalým (posuďme vhodnost, resp. nevhodnost, telegrafické či telefonické zprávy bez osobního kontaktu a účasti oznamujícího), zařizování pohřbu a v neposlední řadě pomoc pozůstalým (jejich doprovázení). Mrtvé tělo si zaslouží úctu a pietní zacházení. Je zavrženíhodné, pokud dochází ke zneuctění mrtvého těla jakýmkoliv způsobem. Např. zprávy o „obchodování s nebožtíky“ mezi záchrannými a pohřebními službami v Polsku jsou smutným svědectvím o morální dekadenci dané společnosti a o naprostém profesionálním selhání (5).

Pozůstalí prožívají zpravidla velký žal a zármutek, mají proto také právo na pláč, na tzv. otevřený žal (pláč, rozlady, apatie, deprese). Tyto projevy by však měly zpravidla do dvou měsíců postupně odeznít (3).

Pro uvedená období péče o umírajícího a zemřelého lze použít také jiná označení, a to „premortální péče“ (před smrtí), „perimortální péče“ (tedy v terminálním stavu) a „postmortální péče“ (po smrti).

Z výše uvedených skutečností je zřejmé, že tzv. paliativní péče představuje vhodný program pomoci umírajícím i jejich rodinám. Paliativní péči je ovšem zapotřebí odlišit od tzv. terminální péče, která je časově poslední odbornou službou umírajícímu a, jak bylo již výše naznačeno, představuje tedy pouze jednu z etap systému útěšné péče. V podstatě jde o to, že každému člověku je možné pomoci v umírání, ale ne ke smrti (6).

Fáze umírání: podle Kübler-Rossově

5. Podle Kübler-Rossově většina umírajících lidí reaguje na sdělení, že jsou nevyléčitelně nemocní, odmítavě, nevěří tomu. Reaguje tak skoro každý. Dokážeme si představit, že jsme poranění, jsme však v koncích, když si máme představit, že prostě přestaneme existovat.
5. Smíří-li se člověk s tím, že umře, většinou ho napadne: "Proč právě já?". Často se velmi rozzlobí. Proto člověka, jenž se smířil s tím, že umírá, rozčilují věci, které by mu jinak připadaly zanedbatelné. Zlost je známkou, jak umírající člověk miluje život a jak těžko se smířuje s jeho koncem.
5. Další z reakcí, které v lidech nakonec může vyvolat představa vlastní smrti, je smlouvání. Elizabeth Kübler-Rossová tuto reakci charakterizuje jako uzavření „dočasného příměří“. Umírající člověk v podstatě říká: „Dobrá, přijímám, že musím umřít – ale ne hned!“
5. Deprese bývá nejčastější reakcí smrtelně nemocných lidí a jejich blízkým se pravděpodobně nejhůře zvládá. Podle Kübler-Rossově deprese přichází, když si umírající člověk uvědomí, že jeho smrt je opravdu nevyhnutelná. Žádný další doktor, žádný vztek na nemocnici, žádné smlouvání se světem už to nezmění.
5. Přijetí, které Kübler-Rossová nazývá posledním stadiem umírání, se stalo předmětem četných sporů a bylo odborníky zpochybňováno nejvíce ze všech pěti uvedených stadií. Kübler-Rossová tvrdí, že umírající člověk, který se mohl propracovat všemi předcházejícími stadii, nakonec dojde k přijetí – uvědomí si, že smrt postihne každého z nás a že se s ní lze tak či onak vyrovnat jako s přirozeným zakončením života (11).

1.3 Etické aspekty v péči o umírající

Umírání a smrt je údělem každého člověka. Setkávají se přitom s mnoha problémy, také etickými. Prožívají především nejistotu, jak se chovat k umírajícím. Umírání je proces, který má různé etapy (4).

Eticky důležité je již první období, kdy si pacient začíná uvědomovat, že jeho nemoc je vážná a perspektiva neslučitelná se životem. S touto situací se vyrovnává různým způsobem. Zdravotníci mu pomáhají, např. chrání jej od beznadějné rezignace a od tzv. sociální smrti. Pod pojem sociální smrt se zahrnuje celá řada situací, úplná sociální izolace, pro kterou se člověk sám z různých důvodů rozhodl. Lékař spolupracuje s informovanou rodinou, také s jinými odborníky. Lékař by měl tyto prospěšné aktivity koordinovat, protože nese za život pacienta a kvalitu života plnou odpovědnost. Většina odborníků se však shoduje v tom, že každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, s kterým bude podle potřeby volně hovořit o své obtížné situaci (2).

Za další etapu procesu umírání se v medicínské terminologii považuje tzv. terminální stav, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání funkcí, jejich důsledkem je zánik jedince, tj. smrt. I v tomto stadiu umírání se zdravotníci setkávají se závažnými situacemi, k nimž nejen zaujímají osobní stanovisko, ale musí je v praxi také řešit. Příkladem je umírání v institucích (až 80% lidí umírá v nemocnicích): pacient umírá sám, mezi cizími lidmi. Chybí historicky dřívější kontakt s nejbližšími v rodině. Zmizel tradiční rituál umírání, kdy z generace na generaci přecházela nejen zkušenost jak o umírající laicky pečovat, jak je k smrti doprovázet, ale také osobní prožitek, co je to umírání a smrt zblízka (7).

1.3.1 Sdělování pravdy

Každý zdravotník se setká s problémem sdělení pravdy pacientovi o jeho vážném zdravotním stavu. Sdělení pravdy může být pokládáno stejně tak za etické, jako za neetické. Společnost v určitém časovém období preferuje větší či menší otevřenost,

dříve vítězila strategie milosrdného oklamání. V poslední době se společenský konsensus přiklání ke strategii sdělování pravdy. Záleží na tom, komu má být pravda sdělena, kdy, jak, kde. Zanedbatelné není ani to, kdo ji má sdělovat. Většina lidí chce být o své nemoci informována a různým způsobem to dává najevo (ptá se). Ne každý však chce znát pravdu a ne každý ji „snese“. Sdělení pravdy nemusí vždy znamenat sdělení diagnózy, spíše jde o rozhovor o nemoci, jejich problémech, o prognóze. Tok informací by neměl být jednostranný. Vhodný je dialog, kdy pacient hovoří o svých problémech, zdravotník mu radí, jak je řešit.

Závažná je otázka, kdo má pravdu sdělit. V našich podmínkách by měl závažnější informace sdělovat lékař. Jsou však situace, kdy okolnosti k tomu donutí i jiné pracovníky, výjimečně se přenechává pravdivé sdělení psychologovi nebo knězi. Všichni členové týmu by však měli vědět, v jakém rozsahu je pacient o svém zdravotním stavu informován a jak na pravdu reaguje (12).

1.3.2 Komunikační faktory

Stále častěji se klade důraz na komunikační dovednosti jako na jeden z hlavních faktorů optimálního uspokojení potřeb pacienta. Použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem. Cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí. Ačkoli je tato komunikace prvním krokem při zjišťování a vyjasnění problémů pacienta, zdůrazňuje se, že v další fázi může být nezbytné zajistit profesionální intervenci, například psychologické poradenství (9).

Nedostatečné vzdělání, nedostatek dovedností a času komplikují komunikaci v mnoha zdravotnických zařízeních. Komunikace v zařízeních je často náhodná při interakci sestry s pacientem a postrádá jakýkoliv účel. Mnohé sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci, nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech. Jen málo sester získá více než základní vzdělání v psychologii. Vzdělání sester se vzácně zabývá rozvojem znalostí a dovedností, které jsou nutné pro péči o pacienty v psychickém stresu způsobeném

náročnou životní situací. Většina sester musí tedy získat patřičné dovednosti metodou pokusu a omylu v prostředí, které často zabraňuje efektivní komunikaci. Psychický stres u lidí s terminálním onemocněním představuje výrazný problém. Pokud problémy těchto lidí zůstanou skryty, může se stres projevit jako vážnější afektivní porucha. Může jít o projevy deprese, úzkosti, smutku a problém s adaptací. Diagnóza a léčba terminálního onemocnění vyvolávají u pacientů i jejich rodinných příslušníků obavy, které se liší v závislosti na povaze onemocnění a léčbě. K těmto problémům přistupujeme individuálně podle toho, kolik a jaké informace chce pacient získat a jak zvládá náročné životní situace. Neřešené psychické, tělesné a praktické problémy mají vážný dopad na pacientův stav.

Pacienti v institucionálních zařízeních, kteří trpí depresemi a pocity beznaděje, si častěji přejí zemřít (10).

Komunikace je důležitá, aby mohli pacienti i jejich rodiny rozhodovat o své péči, potřebují informace o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování, sníží nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti. Sestry potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientovy tísně v dané situaci a musí být schopné správně odhadnout skryté problémy či obavy. Předpokladem efektivního rozhovoru jsou komunikační dovednosti (28).

Rozhovor o psychických problémech může vyvolat nepříjemné pocity. Lidé s terminálním onemocněním mohou tyto pocity považovat za velmi ohrožující, proto se s nimi nechtějí svěřit rodině či pečovateli. Pokud zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje. Sestry v paliativní péči mají klíčovou roli v případě pacienta na umírání. To, že pomohou pacientům hovořit o tom, čeho se nejvíce obávají, může mít velmi pozitivní dopad na kvalitu života těchto pacientů (15).

1.4 Proces umírání

Nejdůležitější objektivní známky odchodu:

- změna frekvence a nepravidelnosti tepu
- klesající krevní tlak
- nepravidelné dýchání
- ochlazování konců končetin
- hippokratovská tvář
- unavený výraz obličeje
- nepravidelné mrkání
- ztráta schopnosti mimického výrazu obličeje
- kalící se vědomí
- zvýšení chyb v řeči (sociální komunikaci)
- výskyt halucinací, které mohou vyvolat zděšení okolo stojících
- euforie – nevysvětlitelná veselá nálada, často s iluzemi

Vzhled nemocného ante finem (před koncem jeho života):

- kůže je bledá až šedá, obvykle lepkavá studeným potem
- oči jsou zapadlé
- uši a nos jsou chladné
- puls je špatně hmatný a nepravidelný
- dech je změněn
- dochází k inkontinenci (neudržení) moči a stolice
- vědomí je někdy porušené

1.4.1 Proces umírání z pohledu zdravotníka

Změny celkového chování

Při tzv. agonii (rozumí se smrtelný zápas pacienta, období nemoci před smrtí) jsou ještě zachované základní tělesné funkce pacienta – dýchací, krevní oběh, udržování

tělesné teploty, ale celý organizmus ochabuje a vědomí odchází. V agonii selhávají vnitřní orgány (např. ledviny, játra), které však mohou ještě nabýt původní funkce (30).

Lékaři usuzují na neodvratnost konce např. z toho, že použité léčebné postupy se jeví jako neúčinné, že tzv. kauzální léčba (jdoucí po odstranění nemoci) „nezabírá“, že se vzdor vši lékařské odborné péči stav pacienta nejen nelepší, ale postupně nezadržitelně zhoršuje. Za této situace nastupuje tzv. paliativní léčba, zmírňující bolest a potlačující až zcela odstraňující obtíže pacienta – i když jeho chorobu neléčí.

Na naše dotazy typu „Jak dlouho bude tento stav asi ještě trvat?“ nebo „Kolik času umírajícímu ještě zbývá?“ nám lékař nemůže dát přesnou odpověď. Ne proto, že by nechtěl či nesměl, ale z toho prostého důvodu, že rozdíly mezi lidmi jsou značné, a to i v tzv. nezdolnosti a životaschopnosti. Při jinak stejných příznacích může někdy konec nastat během několika hodin, jindy během několika dní – a přitom je v obou případech značná jistota lékaře, že vše spěje „ad finem“ (ke konci), že pacient je terminálním (konečným) stadiu, že stav je „moribundní“ (smrti se blíží) a pacient je letální (ve smrtelné fázi). Z tohoto důvodu je vhodné zajímat se o to, co bychom v tomto případě měli dělat (9).

M. Staňková (1988) podává soubor podnětů pro zdravotní sestry – jak se chovat a co dělat, když pacient je v terminálním stadiu:

- pečovat o dokonalou hygienu
- pečovat o vyprazdňování pacienta
- snažit se o osobní pohodlí pacienta
- navlhčovat rty pacientovi
- sušit a otírat pot v obličeji pacienta
- naklepávat polštáře pacientovi, aby se mu dobře leželo
- nemluvit před pacientem netaktně (neříkat, co by se ho mohlo dotknout)
- postarat se o bezpečnost pacienta – aby např. nespadl z postele
- nezlehčovat situaci v rozhovoru s pacientem
- nenechávat pacienta o samotě (opuštěného, bez doprovodu)

Předcházení proleženin – prevence dekubitů:

Proleženinové vředy (ulkus decubitus) patří k mimořádně bolestivým průvodním jevům dlouhého ležení těžce nemocných a umírajících. V podstatě jde přitom o odumírání tkání spojené s rozpadem v místě, kde kost je blízko povrchu těla a kde nejvíce působí tlak váhy těla (např. při ležení v posteli stále ve stejné poloze). Vytváření těchto dekubitů může způsobit někdy i sebemenší záhyb shrnutého prostěradla. Co se dá dělat? V první řadě pomáhat pacientovi, aby sám z vlastní iniciativy mohl měnit svou polohu co nejčastěji. Pomáhají tomu vysuté hrazdy nad jeho hlavou, kterých se může přidržet, držadla, kterých se může zachytit atp. Když již pacient sám nemůže měnit svou polohu, měli by v tom pomáhat lidé kolem něho. Častější změna polohy, nejen v boji proti dekubitům, přináší pacientovi i povědomí o tom, že není zcela odepsán, že se o něj někdo stará a má o něho zájem.

Léčení dekubitů

Dojde-li k tomu, že se u pacienta zjistí dekubity, pak je třeba dělat vše, aby byly odstraněny. Co to znamená? V první řadě je u dekubitů za potřebí chirurgické péče. Chirurg musí pravidelně, například jednou týdně odstraňovat, co odstraněno být má. Je-li pacient v nemocnici, pak jde o výkon, který zřizuje ošetřující lékař. Je-li pacient doma, pak je třeba jedenkrát týdně zajistit návštěvu chirurga doma u pacienta.

Soběstačnost

Pro pocity sebeúcty má soběstačnost mimořádný význam. Dá se říci: „Pokud jsem schopen sám se najíst a napít, vyprázdnit se, utřít a umýt, upravit si lůžko a jeho okolí, jsem člověkem.“ Odkázanost na druhé, na jejich „cizí“ pomoc při nejintimnějších úkonech je často pro pacienta vážným problémem. Proto je dobré posilovat soběstačnost pacienta do poslední chvíle jeho života. Platí to i o umožnění sedu místo ležení na lůžku, případně i možnosti vstát a projít se. Proti těmto snahám platí naše falešná představa, že umřít se má v leže. Kdo však ví, jak často se uleví nemocnému, když se mu umožní sednout si – např. pacientovi s nádorem plic nebo srdeční vadou – podstoupí tuto námahu a posadí ho.

Neklid pacienta

V poslední fázi života pacienta dochází někdy ke zvýšenému pohybovému neklidu. V nemocnici, a někdy i doma, se na to reaguje tak, že se na boky postele (lůžka) dají prkna tzv. postranice, které zamezují vypadnutí neklidného pacienta. Často se však setkáváme s protesty pacienta proti tomuto opatření. Cítí se v tomto omezení jako v rakvi - „zaživa pohřben“. Dělá vše možné, aby tuto překážku překonal. Není divu, že ho ráno najdeme ležet na zemi, když se mu podařilo tuto bariéru překonat. Přistoupí-li se k dalšímu opatření, připoutání (přikurtování) pacienta za ruce a nohy, jeho psychická situace se často ještě zhorší.

Zvýšený výlev potu

Pacient v terminální části se potí podstatně více, nežli jsme u něho dříve byli zvyklí. Tento pot přitom výrazně čpí a zapáchá. Proto je tak důležité co nejčastěji jej otírat mokrou žinkou. Platí to v první řadě o pacientově obličeji. Je to i podnětem pro častější výměnu prádla a zvýšenou hygienu.

Žízeň

Blumenthal –Barby píše: „Žízeň mučí většinu umírajících a nepomáhá ani příležitostná dávka ze skleničky uzpůsobené pro ležící pacienty. Vytření úst ve vodě namočenou gázou zdaleka nestačí. Zde je třeba usilovat o přísnou kontrolu množství podaných tekutin. Není-li možný stálý přísun ústy – při počínajícím ochrnutí polykacích svalů, je bezpodmínečně nutné sáhnout k parenterálnímu podávání tekutin, tj. podávání cestou mimo trávicí trubici. Tento léčebný zákrok musí být proveden i tehdy, když jej nemocný přímo nevyžaduje. Často tohoto vyžádání pití sám není schopen. Pocit žízně zůstává zachován až do doby krátce před smrtí.

Jídlo

Zatímco žízeň trápí pacienta do posledního dechu, chuť k jídlu se v terminální fázi radikálně snižuje. U pacientů v terminální fázi se však objevují zvláštní chutě. Pacient má např. chuť na kyselé okurky. Takovéto přání by mělo být ihned uspokojeno

a kladně vyřízeno. Co když je to poslední přání pacienta? Objevují-li se u pacienta nevolnosti a zvracení, dosahuje se určitého zmírnění častými dávkami malého množství jídla, které je zároveň doplněno určitými léky na zvracení.

Dýchání

O tom, kdo zemřel, se řekne, že „vydechl naposled”. Jaké však bylo dýchání těsně předtím? Ukazuje se, že řada pacientů má dýchací potíže před koncem. Zdá se, jako by potřebovali více vzduchu – a zvláště více čerstvého vzduchu. V některých případech je dokonce nutné zavést dýchání kyslíku. Na to jsou zařízeny nemocnice. Doma však je těž možno něco udělat pro dýchání pacienta. Je ho možno např. účelně uložit – tak, aby dýchací pohyby byly co nejpřirozenější a uvolněné. Dosahuje se toho zvýšením horní části těla při ležení.

Mírnění bolesti

Bolest je průvodním jevem života. Výrazně se hlásí při některých druzích rakoviny. Díky analgetikům (lékům proti bolesti) je možno bolest tlumit. Při tom však dochází k řadě těžkostí. Pacient se např. analgetiky předávkuje a upadá do obluženého stavu. Kontakt s ním pak je mizivý. Jindy se předepíše plán podávání léků proti bolestem – jak je tomu např. při podávání opiátů – a ten se striktně dodržuje. Zachovává se železná pravidelnost a na zvýšení bolesti pacienta v neplánované době se nebere ohled. Je možno se setkat i s falešnou obavou při podávání opiátů u terminálních pacientů, podle níž by se z nich mohli stát ještě toxikomané! Blumenthal – Barby doporučuje proto zásadu: „dodávat tolik léků proti bolestem, kolik je jich bezpodmínečně zapotřebí, a zároveň tak málo, jak jen je to možné, aby pacient netrpěl bolestí.” Poměrně stranou stojí zatím otázka zvládání bolesti vůlí a cvikem, příprava pacienta na zvládání bolesti dříve než k ní dojde. Ukazuje se, že ke zvýšení pocitu bolesti dochází na sklonku dne (pozdě večer a na začátku noci). Častokrát však v poslední fázi života těžce nemocného pacienta bolesti ustupují. Uleví se mu. To je třeba pozorovat a podle toho upravit dávkování analgetik, aby zákal vědomí, způsobený těmito léky, nepřekryl poslední možnost rozhovoru s pacientem (32).

1.4.2 Emocionální stav umírajícího pacienta

Proces odchodu (exitu) vyvolává v celé psychické sféře pacienta výraznou odezvu. Je to možno sledovat jak v oblasti myšlení (o čem se přemýšlí), tak v oblasti emocí (které city se zde objevují a s jakou naléhavostí), i v oblastech chtění (motivace). Podívejme se zde blíže na to, co se děje v oblasti emocí, a to jak pacienta, tak toho, kdo mu stojí nejbližší. Hned v úvodu budiž upozorněno přitom na jev emocionální indukce: strach z jednoho indikuje v druhém též strach, ale i naděje jednoho indikuje (navozuje) naději v druhém (25).

Obavy, úzkost, strach

Charakterizuje-li něco situaci umírání, a to jak na straně pacienta, tak i toho, kdo mu stojí nablízku, pak je to soubor negativních emocí, označovaný termíny úzkost a strach. Úzkosti se přitom rozumí dosti neurčitý (vágní) a difúzní (dosti rozběhlý) pocit obav, bázně a tísně. Jde o obavy z vlastní existence (samého bytí). Hovoří se zde o tzv. ontologickém ohrožení, o obavách o vlastní existenci. Tato úzkost se vyjadřuje Hamletovskou otázkou: „Být, nebo nebýt?“ (26).

Strachem se rozumí obavy až hrozivý pocit, který zažíváme, stojíme-li před určitým, zcela konkrétním nebezpečím. V souvislosti s umíráním se setkáváme s tzv. strachem ze smrti.

Ukazuje se, že tento strach ze smrti je složitým jevem a že je možno diagnostikovat v něm řadu složek:

- strach z bolesti . že to bude bolet, a to dokonce velmi bolet
- strach z opuštěnosti – že všichni mne opustí , odejdou a já budu ve chvíli pro mne nejtěžší zcela sám (opuštěn)
- strach ze změny vzezření – bolesti, operace a nemoc sama mne tak změní, že se sám nepoznám – nebudu to já
- strach ze selhání – že to nezvládnou, že v nejtěžší zkoušce neobstojím, že se projeví jako zbabělec, slaboch

- strach z utrpení – že žít bude těžší nežli nebýt, že např. dušnost a dechové obtíže budou nadměrné
- strach z regrese – že v palbě bolesti a těžkosti ztratím úroveň zralé osobnosti, kterou dosud jsem, a budu se chovat jako malé dítě (nedůstojně)
- strach ze ztráty samostatnosti – že nebudu moci dělat, co chci, a naopak, že budu muset dělat, co mi přikáže ten či onen (např. lékař)
- strach o rodinu – že se beze mne finančně neobejdou, že to beze mne doma nezvládnou...
- strach z nedokončení práce či životního díla – například nedostavím rodinný dům, nedopíšu monografii...

Strach se projevuje řadou typických příznaků, a to jak v oblasti fyzické (tělesné), tak psychické a sociální (v chování pacienta k druhým lidem). Proniká i do oblasti snů a fantazie. Psychologové „měří“ přitom jak momentální stav strachu a obav, tak i trvalý rys ustrašenosti. Existují i přehledy symptomů stresu, použitelné jak pro pacienta, tak pro jeho doprovázeče. Přesáhne-li strach určitou únosnou hranici, hovoříme o panice. S tou se můžeme setkat jak u pacienta, tak u jeho doprovázeče. Tato panika je přitom sociálně nakažlivá. Člověk zachvácený panikou navozuje tuto paniku u lidí kolem sebe! Je dobré si uvědomit, že strach je zcela přirozenou reakci člověka v situaci, kde nad tím, co se děje, ztrácí kontrolu (vládu), kdy je bezmocný a bezradný. Co zde pomáhá? V první řadě uvolnit vnitřní úzkost a strach. Možnost někomu - „do vrby“ – vypovědět, jak mi je. Při tom úlevou je zjištění, že tomu, komu se svěřuji je též úzko, že cítí totéž, co já, a tak mi zřejmě rozumí. Proto není marné přiznat se k těmto pocitům i tváří v tvář umírajícímu pacientovi - „plakat s plačícími“. Navzájem si sdělovat pocity úzkosti a strachu a společně – navzájem si pomáhat tyto pocity překonávat (11).

Pocit viny

Když se dokončuje dílo, není divu, že se vidí nejenom klady, např. co se podařilo, ale i zápory, co se nepodařilo, kde jsme selhali, co jsme udělali špatně, i co jsme opomněli udělat. To trápí pacienta. Trápí to i jeho doprovázeče. Velikou úlevou je,

když ten, koho trápí vina, má někoho, komu může naprosto důvěřovat a jemu se svěřit. Je velkým darem pro věřícího člověka, že smí prosit „odpusť nám naše viny” i odpouštět „jako i my odpouštíme našim viníkům”. Že smí věřit v odpouštění i toto odpouštění druhému tlumočit a sám je přijmout. Není proto marné vyzvat pacienta a zeptat se ho, zda ho něco netrápí, zda by se s něčím nechtěl svěřit, aby se mu ulevilo. Ukázalo se, že ti rodinní příslušníci, kteří se nejvíce o umírajícího pacienta starali, měli po jeho odchodu relativně menší míru sebeobviňování, nežli ti, kteří pacienta prostě nemocnici předali, a pak jen slyšeli, že tam pacient zemřel.

Pocity bolesti

Bolest je sestrou nemoci. Někdy při odchodu je tou silnější sestrou. Má svou stránku fyzickou i psychickou. Když někoho něco trápí (např. svědomí), prožívá i tížeji svou fyzickou bolest. Proto je třeba spolu s tišením bolesti pečovat i o pokoj duše a ducha. Málo je známo o možnostech psychoterapie bolesti. Tyto možnosti zde však jsou! Jak velká je pacientova bolest? Jak moc ho to bolí? Na to je možno se pacienta zeptat. Ukazuje se však, že při popisu zážitku bolesti nejsou slova častokrát tou nejvhodnější formou sdělení. Zde je možno využít velice jednoduché, na vzdor tomu přece jen dnes nejrozšířenější, metody na světě pro sdělování intenzity zážitku bolesti pacienta.

Minimum ... situace, kdy pacienta to vůbec nebolí (bolest není přítomná)

Maximum ... tzv. smrtelná bolest, která se nedá „za nic na světě” již vydržet

Pacientovi je předložena tato „stupnice bolesti” se žádostí, aby někde na této čáře mezi minimem a maximem bolesti udělal křížek, který by vyjádřil, jak moc ho to bolí.

Ukazuje se, že často míra utrpení a bolesti pacienta je přímo úměrná jeho míře obav a strachu.

Strach zabraňuje a znemožňuje vidět reálně, co se vlastně v našem životě děje, případně, co se může dít. Strach má velké oči. Tato překážka dává „zelenou” vyhocení pocitů bolesti a utrpení. Když se nám podaří přestat vidět svět takový, jaký bychom si přáli mít, a vidět ho takový, jaký skutečně je, začne utrpení i bolest dostávat reálnější podobu.

Abychom mohli bolest i utrpení změnit, musíme je nejprve přijmout jako fakt-sktečnost. To se týká jak pacienta, tak jeho doprovázeče. I ten musí přijmout fakt bolesti pacienta. Jak může druhý člověk vědět, zda a jak mne to bolí? Bolest je příliš subjektivní věc. Není to něco, na co je možno si sáhnout! Proto se radí doprovázečům: Dejte pacientovi příležitost, aby svou bolest cítil. Naučí se tím s ní vycházet a poté se od ní odpoutat. Řekne-li vám pacient, že ho to bolí, neříkejte mu: „Já vím, jak tě to bolí“ – to vědět nemůžete. Řekněte mu raději, že vás bolí jeho bolest, a rádi byste mu pomohli (21).

Pocity zlosti

U těžce nemocných pacientů se častěji setkáváme s projevy agresivity, ukazujícími na pocity zlosti a vzteku. Je dobré si uvědomit, že pacient se snaží zvládnout bolest a často bez úspěchu bojuje s utrpením, které mu nemoc přináší. Tato frustrace snadno navodí projev zlosti. Jedním z takovýchto projevů je pak agresivita – snaha slovem i skutkem napadnout druhého člověka (13).

Jak se v této situaci zachovat? Uvědomit si, že zde zlost indikuje zlost – zcela přirozeně. A tomu se bránit. Zde si uvědomujeme, že láska „je čin vůle“. Vůle snažící se neodplácet zlé zlým, což je zde jediným způsobem zvládnutí situací. Proto se doporučuje s nefalšujícím pocitem soucítění říci útočícímu pacientovi: „Vím, že to ne máš lehké“, či „věřím, že je to těžké“ (27).

Soucítění – empatie

Soucítěním, empatií se rozumí schopnost „vžít se do situace druhého člověka“ – dostat se „do jeho kůže“. Toto soucítění je třeba odlišit od „soucitu“. Ten vyjadřuje situaci nadřazenosti jednoho nad druhým, kdežto soucítění staví oba dva na stejnou úroveň. Druhého neponižuje, nestaví ho do role „žebráka“. Nevynáší mne do pozice „vyšší úrovně“ – např. možností, moci atp. Soucítění oba pozdvihuje. Chce to však dát stranou vlastní představy a za vlastní vzít to, co si asi pacient myslí, co cítí a chce. Pak lépe porozumíme, kdy potřebuje navlhčit rty, podat ruku, něco svěřit či být s námi

zticha. Pochopíme pak lépe i to, kdy máme přestat dělat to či ono, mluvit, i kdy máme „včas“ odejít.

Naděje hraje mimořádně důležitou úlohu při exitu (odchodu). Bez naděje není života. Jsou však různé druhy naděje, naděje pravé a naděje falešné. Podívejme se na některé z nich:

4. Pacient má naději, že se vše změní a on bude zpět zdrav.
4. Pacient má naději, že bude žít poněkud déle, nežli se jinak dá očekávat – že mu „bude přidáno dnů života”.
4. Pacient má naději, že bude mít „lehkou smrt” – že ho to nebude bolet, že zemře ve spánku, že to bude bez utrpení.
4. Pacient má transcendentální (lidské hranice přesahující) naději – např. křesťanskou naději věčného života.

Naděje je důležitým prvkem – zvláště u těžce nemocných lidí. Pomáhá pacientům snášet mnohá utrpení nemoci, přežít řadu bolestných vyšetření a léčebných zásahů. Dává jim sílu zvládat bezmocnost, např. když leží a nemohou se hnout (31).

Jaká je zde role doprovázeče? Jednoznačně nikdy naději nebrat – ať je jakákoliv a nám se zdá nerealistická či falešná. Pacientovi nevymlouvat jeho naději, nediskutovat o tom, zda je, či není reálná, nepřít se s ním o jeho naději. Nemohu-li s pacientem souhlasit, pak jsem zticha. Na druhé straně je úkolem doprovázeče pacientovi naději přinášet. Ne ho však nutit, aby měl naději podle našich představ.

Hovoříme-li zde o naději, máme na mysli „drobné či malé nebo krátkodobé naděje”.

Víra

„Víra” a „důvěra” mají k sobě velice blízko. Z psychologického hlediska jde o zaměření mysli k představám, v něž máme důvěru. Ani zde nám v tomto momentě nejde o velkou celoživotní naději – o tu naději, která „nezahanbuje”, ale dává životu sílu. Jde nám o drobné naděje, s nimiž se u těžce nemocného pacienta setkáváme. Ten je často drží, aniž by je slovně vyjádřil. Teší se např. na příchod dítěte, které je daleko v cizině, a pacient či pacientka doufá, že ho ještě uvidí. Jindy se pacient může těšit, že

se ještě podívá do míst, která má rád. I zde platí základní zásada: Žádnou takovou víru a naději pacientovi nebrat, byť by se vám zdála všelijak nerealistickou a neuskutečnitelnou (19).

Láska

Je láska a láska. Je sebe-láska a tebe-láska. O tu prvou (sebelásku) nám zde nejde. Jde nám o tu druhou, pro níž „ty” je na prvním místě a jde mi o tvé dobré. Jde o lásku jak toho, kdo pacienta doprovází, tak o lásku odcházejícího pacienta. I zde se ukazuje, že poměrně lépe je na tom ten pacient, který – třeba z posledních sil, ale přece jen – se snaží druhým lidem spíše dávat, nežli jen od nich brát. Pokud jde o projevy lásky pečovateli o toho pacienta, je dobré si připomenout slova Ernie S. Siegela: „Umírajícímu pacientovi se musí dostat dobré míry lásky a sociální opory. Ten musí vidět, že ti, které má rád, ho mají rádi, a poznat, že budou žít v lásce, i když on sám odejde, protože byli jim milováni, a tak poznali lásku. Musí mít jistotu, že příklad, který jim svým životem dal, jim ukázal, jak vzácný může život být.” (10)

Hovoříme-li o pokoji v rámci zdravotní péče o umírajícího pacienta, pak máme obvykle na mysli „klid” – ticho. Vyjadřují to např. hesla typu „Klid pomáhá léčit”. Je na tom hodně pravdy a stojí za to dělat vše, aby takto nemocný pacient měl opravdu klid.

Pokoj a mír však znamenají více nežli jen ticho. Vztahují se i na „vnitřní” pokoj a usmíření umírajícího člověka s druhými lidmi i sama se sebou. I zde nám jde jen o tyto „dílčí” aspekty pokoje a o pokoj, který má člověk s Bohem.

Jak můžeme v tom pacientovi pomoci? Můžeme mu např. naslouchat když potřebuje „vrbu”. Nejde přitom jen o záznam toho, co pacient říká, jak by jej nahrál např. na magnetofon. Jde o víc. Jde o porozumění jeho obtížím, zjištění jeho potřeb, pochopení jeho konfliktů a životních krizí. Porozumění však je jen prvním krokem. Druhým je čin. Dozvíme-li se, že umírajícího pacienta trápí to, že se neusmířil s někým, s nimž se již pro nemoc nemůže setkat, můžeme mu takovéto setkání umožnit pozváním tohoto člověka k pacientovi, nebo napsáním dopisu, vyřízením vzkazu.

Radost

K hlubokému pokoji, kterého je třeba k dobrému odchodu, je třeba i dobrá míra radosti. Odcházející se může radovat z toho, co všemu bylo v životě dáno - v životě, který právě končí. Může se radovat z toho, že jsme s ním mohli do této chvíle být my, kteří ho máme rádi a které on má rád. Radost by měl vzdor všemu prožívat i ten, kdo pacienta doprovází. Vzdor vši tíži situace by se měl radovat z toho, že mu bylo dopřáno doprovodit na posledním úseku cesty toho, kdo právě odchází, že se s ním mohl rozloučit a neodejít bez usmíření a rozloučení (11).

1.4.3 Proces umírání z pohledu laické veřejnosti

V souvislosti s umíráním si obvykle klademe otázku po kvantitě, tj. délce života či počtu dní, které má pacient ještě před sebou, nežli otázku po kvalitě života. A přece se ukazuje, že otázka kvality života je na konci životní pouti otázkou důležitou (18).

O tom, co je kritériem kvality života těžce nemocného pacienta, je možno mít různé představy. A přece se ukazuje, že i zde existuje určitý souhlas. Příkladem může být z fyziologické (tělesné) oblasti schopnost pohybovat se (mobility). Pacient, který se může sám pohybovat, má zřejmě vyšší míru kvality života, nežli ten, který je upoután na lůžko, a nemůže se z vlastní vůle ani pohnout. V emocionální – psychologické oblasti zde může být příkladem bezbolestnost. Vyšší stupeň kvality života je možno přisoudit stavu, kde pacienta bolest netrápí, nežli je tomu tam, kde pacienta sužují nepředstavitelné bolesti. V sociální oblasti může být příkladem kvality života existence doprovazeče (přítele), který je s pacientem trvale v úzkém kontaktu, případně skupina přátel – tzv. sociální oporné sítě, která obrazně řečeno pacienta „nese“. Takový pacient je na tom častokrát podstatně lépe nežli ten, který je „všemi opuštěn“ a „nemá člověka“(11).

1.5 Potřeby umírajících a jejich uspokojování

Pro umírajícího má setrvání v domácím prostředí velké výhody. Především se nachází v prostředí, na něž je zvyklý. Je obklopen tím, co má rád a co je mu důvěrně známé. Důležité je patrně i to, že v domácím prostředí je sotva vystaven nebezpečí izolace. K tomu se mu navíc dostává péče a ošetřování ze strany příbuzných, tedy osob, které ho dlouho provázely životem a které ho důvěrně znají. Úzký kontakt se sousedy, přáteli a známými může být ke konci života právě tak důležitý, jako po celý život. Pro umírajícího, který jinak těžce zkouší, je domácí prostředí výhodné (24).

Nemocnice sice poskytují vysoce odbornou péči, je vypracován standard ošetrovatelské péče pro péči o umírajícího. Ale je možno na běžných odděleních tuto maximální péči zajistit? Těžce nemocný není ušetřen provozu na oddělení, jeho vytíženosti, která probíhá rutinním způsobem. Uvedme jen obecně provozním řádem nařízené zabezpečování péče a ošetřování pacientů, počínaje ranním umýváním, měření teploty a tepu. A to jsme se ještě nezmínili o diagnostice a terapii, která bohužel stále ještě v nemocničních odděleních často probíhá navyklým a rutinním způsobem (29).

Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také nepříjemného. Proto má nemocný právo reagovat na novou situaci agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na pacientovy projevy negativně. Vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. I když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednatelce, určité zákonitosti zde jsou. Je proto užitečné se s nimi seznámit (23).

1.5.1 Charta umírajících

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

V dávných kulturách měla smrt odlišnou roli. Z toho vyplýval také odlišný přístup. Smrt byla součástí mýtů i osobního života, stejně jako koncept posmrtného života. Obdobné myšlenky nacházíme ve všech náboženstvích. Také příprava na smrt hrála důležitou úlohu. Smrt bývala nahlížena jako přechod jinam. Smrt nebyla zánikem, ale proměnou života. Ve společnosti, která popírá smrt, se medicína zdokonalila v péči o nedonošené plody, dokáže přístrojově udržovat pacienty v kómatu, ale jen s rozpaky se potýká s umíráním pacientů. Každý lékař je nejdříve postaven před obtížný úkol: sdělit pacientovi nepříznivou prognózu. Není však připraven na emoční bouři, která

nezbytně provází pacientovo zjištění, že žádný lék ani léčebný postup neodvrátí jeho smrt. Reakce pacienta jsou ovlivněny mimo jiné tím, že má se smrtí nedostatek zkušeností. Naproti tomu je dnes situace lepší, než byla před r. 1998. Dnes už lékaři pacientům téměř nelžou, co se týče diagnostické pravdy, bohužel v případě prognózy tomu tak není. Zde se stále používá takzvaná milosrdná lež (21).

Péče o umírající je problematikou, kterou se ve svém zdravotním programu zabývá také Evropská unie. V roce 1999 vydalo parlamentní shromáždění Rady Evropy doporučení "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících", známé také jako "Charta práv umírajících". V tomto dokumentu se hovoří o povinnosti členských států věnovat se potřebám umírajících a zachovat kvalitu a důstojnost jejich života i na jeho sklonku. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu a zabránily nebezpečím, se kterými mohou být terminálně nemocní nebo umírající lidé v právním řádu konfrontováni. Tím je myšleno: umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení), prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli, umírání o samotě a v zanedbání, umírání se strachem být sociální zátěží apod. K dalším povinnostem států řadí tyto úkoly: prosadit právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejich zdravotním stavu, respektovat odmítnutí určitého léčebného postupu, zajistit vyškolení ošetřujícího personálu, rozšířit stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii, ukotvení paliativní medicíny ve veřejném vědomí a další úkoly.

"Paliativní péče byla ve své první fázi (60.-80. léta 20. století) prakticky výhradně péčí o terminálně nemocné (poslední týdny a dny života) a umírající onkologické pacienty. V současnosti přestává být vnímána jako péče o terminálně nemocné, ale jako péče o kvalitu života nemocných a jejich rodin, která provází veškeré ostatní léčebné postupy"(9).

1.5.2 Hospicová péče

Hospicová péče je komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byli vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplívající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňuje bio-psycho-sociální potřeby nemocného (22).

Program paliativní péče určený nevyléčitelně nemocným umírajícím klientům, realizovaný především v jejich domovech. Hlavní úsilí je věnováno symptomatické léčbě. Cílem je zlepšit kvalitu života a maximálně zmírnit utrpení fyzické a duševní. Péči zajišťuje tým speciálně erudovaných pracovníků. Péče se týká nejen pacienta, ale i rodiny (20).

1.5.3 Typy hospicové péče

Řada autorů se při popisu jednotlivých forem hospicové péče zaměřuje zejména na odborné formy hospicové péče a přehlíží přirozenou formu péče rodiny a blízkých o umírající.

Tato forma péče je běžná v moderních lidských společnostech u těch sociálních skupin, které nezasáhla citová vyprahlost, preference zájmu skupiny nad zájmy jednotlivce, nezájem a anonymita.

Jedná se o domácí hospicovou péči laickou. Jen málo rodin v České republice získá odvahu se postarat o svého rodinného příslušníka až do samého konce života. A přitom přáním všech umírajících je zemřít v prostředí blízkém a známém – v jejich domově.

Umírání a smrt je pro většinu lidí neuchopitelným problémem, zejména proto, že se s nimi ve svém životě nesetkali a nemají zkušenost jak se v podobných situacích chovat, co dělat, jak reagovat. A tak velice často, pouze z důvodu obav z osobního selhání a nezvládnutelnosti situace, dochází k „odsunu“ umírajících do

institucionálních typů zařízení jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelské ústavy a hospice.

Pro humanizaci péče určené umírajícím v České republice je nutné vytvořit podmínky ve formě dostupných zdrojů srozumitelných informací o smrti a umírání a motivovat finančními příspěvky rodinné příslušníky a blízké umírajících pro poskytování této formy péče alespoň v posledních dnech života umírajícího.

Žádný odborník nemůže nahradit v oblasti vztahu matku, otce, syny, dceru či přítele umírajícího a naše společnost by si měla uvědomit, že je nutné vytvářet podmínky nejen pro lepší život, ale i pro důstojné umírání např. adekvátní finanční příspěvek, či materiální pomoc od státní správy, či samosprávy určené pro rodinného příslušníka který na čas opustí své zaměstnání a poskytuje péči umírajícímu členu rodiny, či osobě blízké, může významně ovlivnit počet rodinných příslušníků a blízkých, kteří se rozhodnou na čas poskytovat laickou hospicovou péči.

Domácí hospicová péče laická je přirozenou formou péče o umírající v mnoha zemích.

Domácí hospicová péče laická

Domácí hospicová péče odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče poskytované umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí hospicová péče odborná je dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Tým zahrnuje odborné pracovníky, lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociální pracovníky, psychologa či duchovního.

Pomáhá umírajícímu, popřípadě jeho blízkým v rámci paliativní péče zmírnit příznaky doprovázející umírání. U osamělých klientů nahrazuje prostřednictvím odborně připravených odborníků rodinné příslušníky nebo blízké.

Ambulantní hospicová péče

Ambulantní hospicová péče je určena plně či částečně mobilním umírajícím jejichž aktuální psychosomatický stav nevyžaduje umístění na lůžko. Je doplňkem domácí hospicové péče laické.

Somiambulantní hospicová péče

Somiambulantní, či stacionární hospicová péče je integrovanou formou zdravotní a sociální péče, poskytovanou umírajícím v prostředí stacionáře, které po část dne nahrazuje jejich vlastní sociální prostředí. Je určena umírajícím, kteří nemají aktuálně takové sociální podmínky, které by dovolily poskytování domácí hospicové péče laické i odborné v průběhu 24 hodin denně bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých.

Lůžková hospicová péče

Hospice jsou určeny těm nevléčitelně nemocným, u nichž jsou sociální podmínky takové, že očekávaná smrt by byla nedůstojná člověka.

Přijetí nevléčitelně nemocného do hospicového programu je podmíněno jeho právéplatným souhlasem.

Do hospicu jsou přijímáni pouze ti nemocní, u kterých je smrt očekávaná v časovém horizontu maximálně 6 měsíců.

Režim hospice je orientován na zajištění psychické podpory, materiálního a sociálního komfortu umírajících. Prioritou je mírnit utrpení fyzické, psychické a sociální. Mnohé z toho, co již dnes aplikují moderní hospice, v nichž prioritou je kvalita života umírajících, aplikace systému otevřených dveří, kombinace domácí, semiambulantní, ambulantní a lůžkové péče, by mělo být inspirací i pro další formy zdravotní a sociální péče (23).

2. CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit možnosti důstojného a klidného umírání pacientů na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. a míru informovanosti ošetřujícího personálu o problematice paliativní péče.

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvalitativním.

Zhotoven metodikou dotazování. V

V rámci výzkumu jsme užili metodu nestandardizovaného rozhovoru, s vybranými zdravotními sestrami zaměstnanými na oddělení následné péče v rámci Nemocnice České Budějovice a.s.

Jako pomocná metoda byla využita sekundární analýza dat.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl proveden na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. se souhlasem náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Nestandardizovaný rozhovor proběhl s 15 zdravotními sestrami.

Výběr byl podmíněn 2 faktory:

1 faktor – Délka zaměstnání jako zdravotní sestra na ONP Nemocnice České Budějovice a.s. minimálně 3 roky

2 faktor – Ochota vést rozhovor na téma umírání a smrt

Všechny zdravotní sestry, které byly ochotny vést rozhovor, byly předem seznámeny s tím, že jejich názory a udaná fakta budou použity pouze k účelům bakalářské práce a nebudou nijak zneužity.

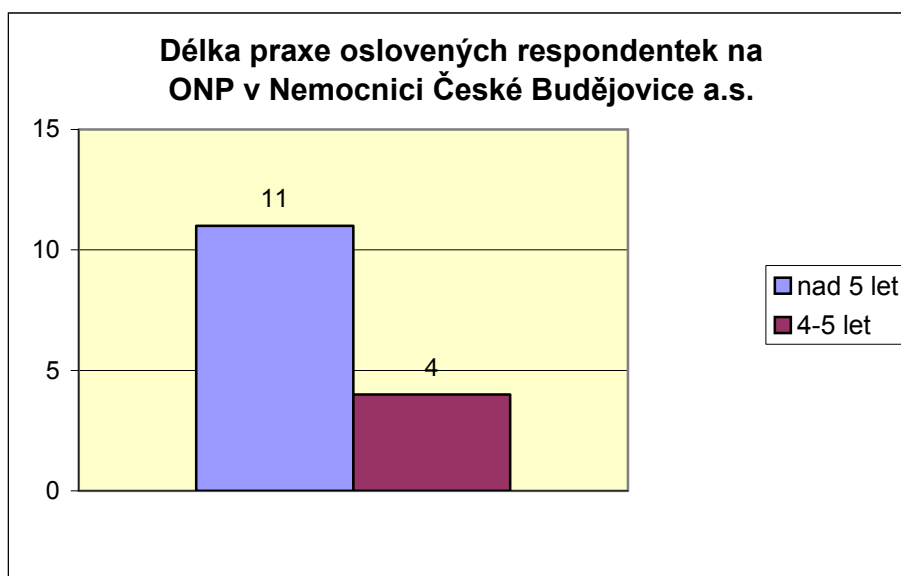
4.VÝSLEDKY

Z původně oslovených 17 zdravotních sester bylo ochotno vést rozhovor na téma umírání na ONP 15 sester.

První oblastí rozebíranou v rozhovoru byly údaje týkající se respondentek.

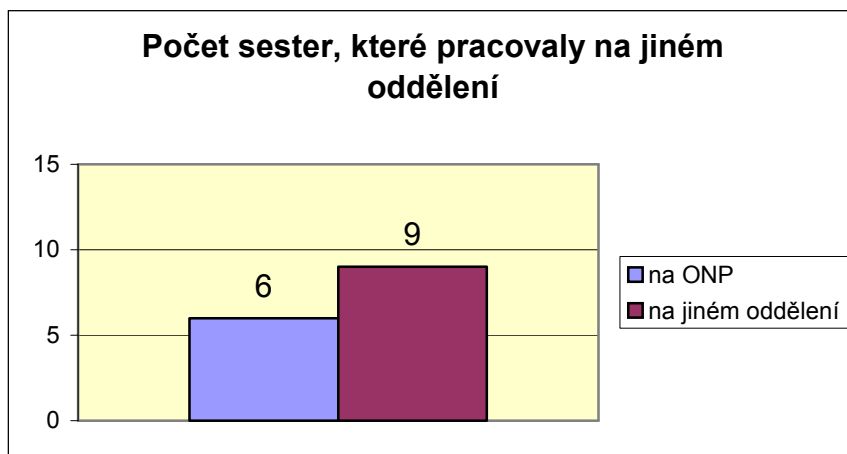
Jedním z kritérií při výběru oslovených zdravotních sester byla délka jejich praxe na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s.

Graf 1 Délka praxe respondentek



Zdroj vlastní výzkum

Graf 2 Počet respondentek pracujících pouze na ONP



Zdroj vlastní výzkum.

Z 15 respondentek 6 nikdy nepracovalo na jiném oddělení.

Graf 3 Dosažené vzdělání respondentek



Zdroj vlastní výzkum.

Průběh rozhovoru pokračoval na téma setkání se smrtí na pracovišti.

Z 15 11 respondentek hovořilo, že umírání pacientů berou jako součást své práce, ale vždy je to nepříjemné. Pokud během krátké doby zemře na oddělení více pacientů, tak to psychicky špatně snášejí.

Součástí rozhovorů bylo zkusit odhadnout kolik pacientů zemře za 1 rok na 1. oddělení následné péče.

Tabulka 1

Počet respondentek	Odhad počtu úmrtí za 1 rok
1	70
5	100
1	105
1	110
1	140
1	150
1	200
1	250
1	300
1	450
1	netipovala

Info dle zdroje – statistika oddělení následné péče vedená primářem oddělení.

V roce **2005** zemřelo na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. **223** pacientů.

V roce **2006** zemřelo na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. **236** pacientů.

Dále rozhovor směřoval k problematice potřeb umírajících.

Všech 15 zdravotních sester uvádí, že mají umírající zvláštní potřeby.

- **11 z 15 ale není schopna potřeby vyjmenovat.**
- **všechny zdravotní sestry udávají potřebu soukromí.**
- **8 z 15 udávají potřebu tišit bolest.**
- Všech 15 zdravotních sester udává, že jejich oddělení jsou standardně vybaveny a žádné oddělení není schopno zajistit všechny potřeby umírajících.

Na toto téma dále navazovala problematika paliativní medicíny.

- Žádná z 15-ti zdravotních sester neuměla přesně definovat co je to paliativní medicína.
- Žádná zdravotní sestra neuměla vyjmenovat členy paliativního týmu.
- Z 15 respondentek 4 uvedly, že si myslí, že součástí týmu a zároveň vůbec součástí zaměstnanců ONP by měl být psycholog, který bude stále na oddělení a ne pouze, v krizových situacích zavolán konziliární psycholog.

Všechny dotazované zdravotní sestry jsou seznámeny se standardem ošetrovatelské péče č. 11 – Péče o umírající (příloha 1). Udávají, že tento druh ošetrovatelské péče by měl být sice individuální, ale všechny zdravotní sestry udávají, že v rámci pravidel a standardů práce na oddělení nelze tuto podmínku vždy dodržet.

- 13 z 15- ti dotázaných uvádějí, že biologické potřeby jsou vždy splněny u všech umírajících.
- 2 dotázané uvádějí, že si myslí, že u některých pacientů není vždy adekvátní léčba bolesti (respondentky zdůrazňovaly, že neadekvátní léčba se vyskytuje jen vyjimečně). Ale v závěru všechny dotázané udávají, že zvláště u smrtelně nemocných pacientů, se snaží striktně dodržovat veškeré standardizované ošetrovatelské postupy.

Výsledky rozhovorů – psychosociální potřeby

Dále naše rozhovory byly směřovány k uspokojování psychosociálních potřeb.

- 12 z 15 oslovených respondentek cítí uspokojování psychosociálních potřeb umírajících jako problém. Zdůraznily tento problém v kontextu obecně poskytované nemocniční péče v České republice. Respondentky v rámci rozhovoru uvedly, že v žádném v nemocničním zařízení v České republice se nemohou všechny tyto potřeby splnit.
- 9 zdravotních sester udává, že v tomto ohledu záleží na dané situaci, personálu ve službě, lékaři.
- Všechny respondentky na dotaz, zda dovolí na oddělení k umírajícímu přístup rodině kdykoliv, odpověděly **ano**, ale 4 zdůraznily
 - pokud to neomezuje druhé pacienty
 - pokud nenaruší ošetrovatelskou péči o druhé pacienty

Jelikož **na žádném z 5. pater oddělení není jednolůžkový pokoj**, kam by mohl být tento pacient s rodinou umístěn.

V rozhovoru jsme se také bavili o duchovní potřebě.

Všech 15 dotázaných uvedlo, jeli to je přání pacienta nebo rodiny, vždy je přístup duchovního k pacientovi kdykoliv umožněn.

Z 15 zdravotních sester 14 sester ví, kde na oddělení je umístěn kontakt na duchovního římsko – katolické církve.

Jedna respondentka věděla o této možnosti, ale nevěděla, kde tento kontakt nalezne.

Výsledky rozhovorů – rodina a umírající, péče o rodinné příslušníky

Dále náš rozhovor směřoval k rodině umírajících pacientů a péči o rodinu. Všechny dotázané toto uvedli jako veliký problém.

Obzvláště v této životní etapě pacientů, všechny sestry dodržují zákaz podávání jakýchkoliv informací o zdravotním stavu rodině i pacientovi samotnému.

Vždy je odkazují na lékaře. Ale přesto musí s pacienty a jejich rodinou hovořit. Stejný počet (14) dotázaných udává, že je velmi stresující hovořit s rodinou a následně s pozůstalými.

Rozhovor s pozůstalými považují za velmi stresující činnost ve své práci.

- 11 sester udává, že cítí ze svého pohledu malou profesionalitu v tomto chování.
- 2 respondentky uvedly, že tomuto kontaktu se vyhýbají pokud je to možné.

Dále všechny oslovené zdravotní sestry uvádějí jako velký problém místo, kde se hovoří s rodinou a předává pozůstalost.

Všech 15 dotázaných uvádí inspekční pokoj za nevhodné místo, kde stále někdo chodí, zvoní telefony a nelze zde zajistit soukromí, ale lepší na oddělení není.

Při rozhovoru 3 dotázané vyjádřily potřebu psychologického kurzu na téma rozhovor s umírajícím a jeho rodinou.

Výsledky rozhovorů – další vzdělávání

Náš rozhovor přešel k tématu dalšího vzdělávání.

O problematice paliativní medicíny a komunikace

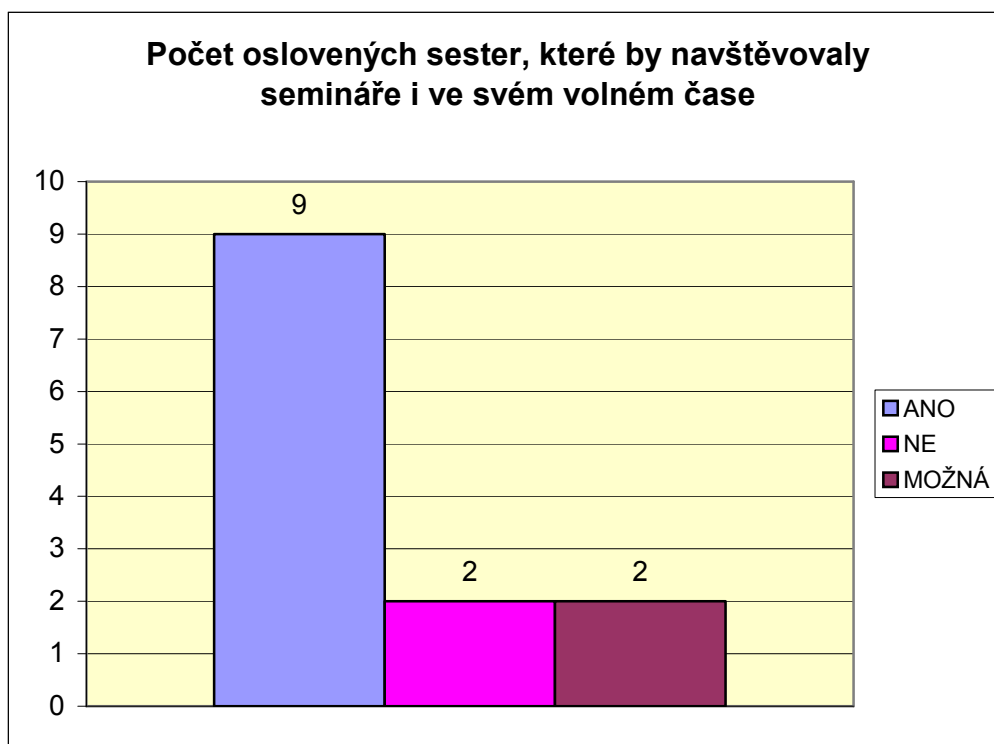
- 14 dotázaných zdravotních sester si myslí, že na téma paliativní péče by si měly prohloubit své znalosti.
- 1 udává, že má znalosti dostatečné.

Ale všech 15 by uvítalo seminář na téma paliativní péče, věří, že by to přispělo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o umírající klienty a jejich rodiny.

- 1 respondenta hovořila, že této problematice je celkově málo času věnováno i v základním vzdělávání zdravotních sester.
- 9 zdravotních sester udává, že tyto semináře na ONP chybí a byli by velice přínosné.

Při dotazu zda by tyto semináře absolvovaly i mimo oddělení ve svém volném čase odpovědělo z 15 zdravotních sester 9 ano.

Graf 4 Počet sester, které by ve svém volném čase navštívily seminář



Zdroj vlastní výzkum.

Na závěr rozhovorů mi respondenty sdělily vlastní názory na probíranou problematiku.

Všech 15 dotázaných zdravotních sester si myslí, že toto téma je stále opomíjeno a na ONP tento problém vnímají ještě silněji.

Jedna respondentka udávala: „Myslím, že svoji práci dělám dobře, ale nikdy bych nedopustila, aby moji blízcí umírali v „tom fofru“ v nemocnici“.

O našem rozhovoru se 8 respondentek vyjádřilo jako o přínosném. Nutil je k zamyšlení nad problematikou umírajících pacientů.

5. DISKUSE

Práce na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. je velmi náročná. Z velkého množství pacientů je mnoho pacientů v terminální fázi života. Tato fáze života vyžaduje individuální péči a je náročná jak psychicky tak fyzicky. Vysoká profesionalita ošetřujícího personálu je zde důležitá. Ošetrovatelská péče a odborné znalosti kladou nároky na profesionalitu celého ošetrovatelského týmu. Práce na tomto typu oddělení vyžaduje vysoký počet ošetrovatelského personálu, k zajištění standardního chodu oddělení.

Na 1.Oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. je nyní v pracovním poměru 40 středních zdravotnických pracovníků (plán SZP je 48). Za 8 pracovníků po ukončení pracovního poměru nebyla poskytnuta náhrada. Ze 40 středních zdravotnických pracovníků je 1 v dlouhodobé pracovní neschopnosti, 1 SZP odchází na mateřskou dovolenou a 1 SZP končí pracovní poměr k 31.5.2007. V současnosti 12 zdravotních sester pracuje na oddělení méně než 3 roky. Původně jsem oslovila 17 respondentek, 15 z nich bylo ochotno vést rozhovor na téma umírání na oddělení následné péče. Rozhovory byly velice příjemné. Zdravotní sestry velice ochotně hovořily na toto téma.

Respondentky ve svých postojích k problematice potvrdily názor Vorlíčka (32), že tato problematika je na oddělení následné péče opravdu důležitá a aktuální.

Všechny respondentky hovořily otevřeně bez ostychů a zdůrazňovaly, že je třeba se této problematice na odděleních tohoto typu více věnovat.

Výběr zdravotních sester jsem limitovala délkou praxe na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s., aby byly opravdu s touto prací a typem oddělení řádně obeznámeny. Myslím, že délka praxe, která byla nastavená, jako stratifikační hledisko výběru respondentek, odpovídá současným trendům celoživotního vzdělávání zdravotních sester. V průběhu 5-ti let od nástupu do zaměstnání a dané

oddělení lze očekávat, že většina zdravotních sester měla možnost důkladného proškolení a získání praktických znalostí v dané problematice.

Jak vlastně prožívá umírání a smrt samotný zdravotnický personál.

Mnohdy se uvádí, že personál na těchto typech nemocničních oddělení je s touto prací smířený, má oploštělé citění ke smrti. Po všech rozhovorech jsem došla k závěru, že opak je pravdou. Všechny respondentky uvedly, že každé úmrtí na oddělení je pro ně nepříjemný zážitek. Ale právě strohé, mnohdy na první pohled necitelné až někdy arogantní, neprofesionální jednání je zastírání pocitů ze smrti.

V této práci si člověk uvědomí, že smrt je opravdu součástí každého života, o čemž otevřeně hovořilo 11 respondentek a tím se shodují s H. Haškovcovou (7).

Každý se se smrtí můžeme setkat kdykoliv, jak u někoho z našich blízkých tak s naší vlastní. Většina mladých lidí si tento fakt vůbec neuvědomuje, ale práce na tomto oddělení osobnost člověka velice formuje a uvědomuje si spoustu faktů, které by jeho vrstevníka běžně nenapadly.

Z čehož vyplývá jak již zmiňuje J. Křivohlavý (10), že práce s těmito pacienty je velice psychicky náročná. Pokud mají zdravotní sestry odvádět vysoce profesionální práci musí být sami v psychické pohodě. Tomu však nepříspívá častá personální tíseň, časté přesčasové hodiny a mnohdy vysoká únava personálu.

Jedna zdravotní sestra velice pěkně hovořila o vztahu ke svým rodičům. Dříve pracovala na ortopedickém oddělení, tam byli také starší pacienti, mnohdy vážně nemocní (ne pouze z ortopedické stránky), ale až tady si plně uvědomila, co pro ní její rodiče znamenají, a že nebudou žít věčně. Dále hovořila o své práci na oddělení, kterou jak říká, vykonává dobře a nikdy za svoji praxi na tomto oddělení, nezaregistrovala chování zdravotnického personálu neslučitelné s etickým kodexem a standardem ošetrovatelské péče. Přesto preferuje i u svých rodičů domácí model umírání, což stvrzuje i Křivohlavý (12), že přirozené domácí prostředí je pro člověka v terminálním stádiu života nejlepší.

Většina zdravotních sester se shodla na dodržování standardu ošetrovatelské péče ustanovených Nemocnicí České Budějovice a.s.

Další část rozhovorů směřující k tématu rodina a umírající ukázala, že je velký problém umožnit rodině umírajícího, být přítomen 24 hodin u lůžka svého blízkého. Sice standard Nemocnice České Budějovice a.s. má toto ve svých pravidlech, ale technické možnosti jsou jiné. Hlavním problémem jsou pokoje. Žádné oddělení nemá jednolůžkový pokoj. Všechny pokoje jsou třílůžkové a pokud si návštěva sedne na židli vedle lůžka, již zde neprojde a nemůže na pokoji pracovat zdravotnický personál. A to je pouze jeden člověk.

Další problematikou jsem, jak zmiňuje M. O`connor(15) v knize Paliativní péče, potřeba umírajícího hovořit o svých problémech a pocitech. Lidé o svých pocitech veřejně nemluví, mohou tyto pocity považovat za velmi ohrožující. Ale pokud zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit ve stavy deprese. Ale třílůžkový pokoj, kde vedle vás leží další těžce nemocný nebo křičící, neklidný pacient, není zrovna vhodné místo k intimním rozhovorům.

Další problém, který vyvstal je místo pro komunikaci s rodinou. Oslovené zdravotní sestry uvádějí, že většina informací rodině o zdravotním stavu jejich blízkých, posléze i informace o úmrtí jsou podávány na chodbě nebo na inspekčním pokoji, kde stále někdo chodí, nebo zvoní telefony. Toto je v rozporu s tím co udává H. Haškovcová (7) a bylo by vhodné, v rámci celonemocničních ústavních seminářů, tento problém napravit řádným proškolením personálu v komunikaci. Například předávání pozůstalosti je pro všechny zdravotní sestry velmi stresující. Odehrává se na inspekčních pokojích v přítomnosti spousty lidí.

Všechny zdravotní sestry se shodly, že toto místo je velice nevhodné. Mnohdy, když je hodně práce na oddělení, také nedůstojné. Čímž jsme navázaly na téma odborné znalosti sester v problematice paliativní medicíny. Z 15 oslovených zdravotních sester jich 14 uvedlo, že by se rádi dále vzdělávaly v této problematice. Projevily zájem i o semináře psychologické i na téma komunikace s rodinou umírajících. Jednoznačně se

shodly, že tento problém mají a komunikace s pozůstalými je pro ně velký stres. Což zmiňuje J. Jankovský (8). Celkově semináře na téma umírající pacient by přivítaly.

Další fází rozhovoru bylo zkusit si tipnout kolik zemře na I ONP za 1 rok pacientů. Tato část byla velice zajímavá, i přesto, že všechny udávali, že úmrtnost je vysoká. Nebyli všechny schopny správně počet odhadnout. Mnohé z nich správný počet zarazil. Což dokazuje, že ani sami zdravotní sestry, které denně pracují na oddělení si neuvědomují, jaký skutečný počet umírajících pacientů je na tomto oddělení ošetřováno.

Tato skutečnost dokazuje, že specifita ošetrovatelské péče je důležitá. Z 1187 hospitalizovaných pacientů za rok 2005 zemřelo 223 pacientů a z 1211 hospitalizovaných pacientů za rok 2006 zemřelo 236. Většina úmrtí nejsou náhlá úmrtí. A právě chroničtí pacienti, kteří procházejí fázemi umírání mnohdy všemi na tomto oddělení.

Jestliže chceme o umírajícího důstojně pečovat, musíme si sami jako ošetřující personál uvědomit, že smrt je součástí života.

Jak zdůrazňuje J. Křivohlavý (10) je důležitá úcta k životu za prvé k svému a pak můžeme mít úctu k životu druhého a tím pádem i ke konci života druhých.

6. ZÁVĚR

Při realizaci výzkumu jsem oslovila 17 zdravotních sester pracujících déle jak 3 roky na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. Na téma umírání na oddělení bylo ochotno vést 15 z nich nestandardizovaný rozhovor. Rozhovory byly velice příjemné. Dospěla jsem jimi ke zjištění, že umírání a smrt je velice náročné na psychiku. Zdravotnický personál, i když to většinou na sobě nedává znát, vše prožívá.

Respondentky udávají, že styk ze smrtí je na tomto oddělení častý. Zdravotnický personál zná své povinnosti, pracuje dle standardu ošetrovatelské péče, ale shodují se na faktu, že je to málo, co se dá umírajícím a jeho rodině poskytnout.

Na tomto oddělení kde prakticky stále někdo umírá, nejsou jednolůžkové pokoje, místnost pro důstojnou komunikaci s rodinou. A hlavně málo ošetrovatelského personálu. Oslovené respondentky toto téma velice zaujalo. Měly by zájem o další vzdělávání na téma paliativní medicína.

Péče o umírající pacienty je velice náročná. Jak po fyzické, tak psychické stránce. Každý z nás by si měl uvědomit, že je to nevyhnutelnou součástí života každého z nás. Každý z nás nemá nebo nebude mít to štěstí, aby mohl umřít doma, v klidu mezi svými blízkými a nebyl sám. Proto je třeba si uvědomit nutnost zlepšení možností hlavně těchto oddělení k důstojnému odchodu ze života a rozloučení se s rodinou.

Žijeme v době kdy se v nemocnicích zachraňují lidské životy. Medicína je na velmi vysoké úrovni. Všechny specializované jednotky jsou vybaveny na 100% k záchraně životů, ale stejně ten život jednou ke konci povede a jako je součástí života smrt, tak i v nemocnici, kde za přispění odborných týmů přicházíme na svět, by měl být umožněn důstojný odchod ze života.

Výsledky práce budou poskytnuty primárce a vrchní sestře oddělení následné péče. Již během mé práce projevily zájem o zjištěné výsledky. Dále bych výsledky ráda použila k uspořádání seminářů na oddělení následné péče.

Domnívám se, že stanovené cíle práce jsem splnila.

7. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*, 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 146 s., ISBN 80-7013-416-X.
2. FIŠEROVÁ, J., *Etika v ošetrovatelství, pomocný učební text*, Brno: IDVPZ, 94/01. 60 s.
3. FRANKL, V., *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 1996. 237 s., ISBN 80-85319-50-0.
4. DOLISTA, J., *Euthanasie nebo paliativní péče? – Etické otázky v medicíně*. In *Kontakt*. České Budějovice: 2003. roč. 5, č. 3, s. 122-124., ISSN 1212-4117.
5. DYTRYCHOVÁ, Marie., *Sestra v paliativní péči*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 1, s. 26. ISSN 1212-0404.
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, 1. vydání. Praha: Galén, 2000. 191 s., ISBN 80-7262-034-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, H., *Umírání a smrt jako etický problém*. In *Kolektiv autorů. Krásná smrt*. Praha: JOB Publishing, 1999. 40 s.
8. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, Praha: TRITON, 2003. 223 s., ISBN 80-7254-329-9
9. KALVACH, Z. et al., *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*., Praha: Cesta domů, 2004. 103 s., ISBN 80-239-2832-5.
10. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s., ISBN 80-247-0179-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty*, Praha: Návrat domů, 1995. 93 s., ISBN 80-85495-43-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sdílená naděje*, Praha: Návrat domů, 1997. 184 s., ISBN 80-85495-64-3.
13. *LEMON 4, Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky*, 1. vydání, Brno: NZONCO, 1997. 160 s., ISBN 80-7013-248-5.
14. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství 1. díl, Systémový přístup*, Praha: Karolinum, 2004. 187 s., ISBN 80-246-0429-9.

15. O'CONNOR, M., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s., ISBN 80-247-1295-4.
16. PERA, H., WEINERT, B., *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*. Z něm. orig. *Mit Leidenden unterwegs*, St. Benno Verlag, Leipzig 1991, přel. P. Munzar, 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 1996. 200 s., ISBN 80-7021-152-0.
17. RATZINGER, J., *Eschatologie, Smrt a věčný život*, Brno: Barrister&Principál – studio, 2004. 195 s., ISBN 80-85947-19-6.
18. RYBÁŘOVÁ, Ľubica., *Hospicové hnutí – pronikání myšlenek důstojného umírání*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 1, s. 27., ISSN 1212-0404.
19. SHELLYM, J.A., FISH, S., *Spirituál care, The nurses role*, Canada: InterVarsity Christian Fellowship, 1988. 251 s., ISBN 0-8308-1254-7.
20. SCHUBERTOVÁ, M., *Sestra v hospici a v domácí hospicové péči*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č. 1, s. 21. ISSN 1212-0404.
21. SKÁLOVÁ, A., *O umírání a paliativní péči v ČR*. In *Zdravotnické noviny*. Praha: 2005. roč. 54, č. 18, s. 11-13., ISSN 0044-1996.
22. SVATOŠOVÁ, M., *Hospic Anežky České se představuje.*, Praha: Ecce homo, 1996.
23. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet.*, 5. doplněné vydání. Praha: ECCE HOMO, 2003. 150 s., ISBN 80-902049-4-5.
24. SVATOŠOVÁ, M., *O naději s Marií Svatošovou.*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 88 s., ISBN 80-7192-833-X.
25. SVATOŠOVÁ, M., *Postřehy ze školy, kde vyučují umírající*. In *Kontakt*. České Budějovice: 2003. roč. 5, č. 3, s. 117-121., ISSN 1212-4117.
26. SVATOŠOVÁ, M., *Práce s příbuznými a pozůstalými*. In *Sestra*. Praha: 2002. roč. 12, č.1, s. 22., ISSN 1212-0404.
27. ŠTEFKO, A., *Dostojnosť človeka v starobe v chorobe a zomieraní*. Trnava: Dobrá kniha, 2003. 145 s., ISBN 80-7141-429-8.
28. TOPINKOVÁ, Eva., *Paliativní péče a péče o umírající*. In *Sociální péče*. Brno: 2004. roč. 5, č. 1, s. 3-5., ISSN 1213-2330.
29. TÓTHOVÁ, V., *Ošetrovatelství*, 1. vydání. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s., ISBN 80-7040-454-X.

30. TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s., ISBN 80-7013-324-8.
31. VIRT, G., *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie.*, 1.vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s., ISBN 80-7021-330-2.
32. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al., *Paliativní medicína.*, 2. přepracované a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s., ISBN 80-247-0279-7.
33. *Zemřelí 2004*, Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) České republiky, 2005. 98 s., ISBN 80-7280-489-8.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Oddělení následné péče

Umírání

Terminální fáze

Paliativní medicína a paliativní péče

Konec života

9. PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Standard ošetrovatelské péče č.11 Nemocnice České Budějovice a.s.

Standard ošetrovatelské péče č. 011

PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

<u>Skupina o kterou je pečováno</u>	Nemocní
Určeno	zdravotní sestra, Diplomovaná zdravotní sestra, Diplomovaná dětská sestra, dětská sestra, diplomovaná porodní asistentka, porodní asistentka, sestra bakalářka (Bc.), sestra magistra (Mgr.) zdravotní sestra se specializovanou způsobilostí
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Sestavila	Komise pro tvorbu standardů
Oponenturu provedl(a)	Bc. Anna Nová – II. ONP
Nabývá účinnosti dne	16.12.2006
Kontrola platnosti standardu	Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky (31.prosince 2009)
Revize standardu provedena dne	Revize 1.10.-15.12.2006
Kontaktní osoba	Bc. Olga Němcová – II. ONP
Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra	Mgr. Jiřina Otásková, MBA, v.r.

Definice:

Péče o umírající je jednou z nejkompexnějších zodpovědností sester. To vyžaduje vysokou míru lidského přístupu a uplatnění všech znalostí a dovedností, které jsou potřebné pro holistickou, bio-psycho-sociálně duchovní péči, zaměřenou na měnící se potřeby terminálně nemocných i jejich rodin.

Vysvětlení základních pojmů:

Holismus	– celostní (bio-psycho-sociálně-duchovní) pohled na člověka
Umírání	– individuálně dlouhý proces, probíhající ve třech fázích I.fáze: doba od zjištění nemoci neslučitelné se životem až do vlastní smrti II. fáze: vlastní smrt III. fáze: péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé
Smrt	– individuální zánik organismu

Cíl:

- Zajistit důstojné a pokojné umírání bez bolesti a jiných nežádoucích příznaků patologického stavu nemocných.
- Pečovat o všechny biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby umírajících.
- Podpora, pomoc pozůstalým v období smutku.

Pomůcky:

Pomůcky pro ošetrovatelskou péči vyplývají z individuálních potřeb terminálně nemocných viz příslušné standardy.

Ošetrovatelský postup:

I. fáze umírání

- Nikdy nepodávat nemocnému či jeho rodině informace o zdravotním stavu, průběhu nemoci či prognóze umírajícího, ani na jejich výslovné přání. Vždy je odkazovat na lékaře.
- Dokumentovat pečlivě veškerou ošetrovatelskou péči.
- Spolupracovat se všemi členy zdravotnického týmu.
- Respektovat všechna práva umírajících (viz příloha). Tím významně přispět k důstojné a pokojné smrti nemocného.

-

Psychická péče a podpora:

- Poskytnout nemocnému prostor pro vyjádření všech jakkoliv silných emocí a projevů. Má na ně právo.
- Být nemocnému oporou ve všech fázích psychického stavu, ve kterých se může nacházet (šok, zloba, smlouvání, deprese, akceptace smrti).

- Monitorovat včas nejčastější psychické problémy umírajících, jako jsou strach, úzkost, bezmocnost a beznaděj.
- Najít dostatek času na rozmlouvání s umírajícím, nešetřit doteky a vlídnými slovy. Dát umírajícímu najevo, že jste tady pro něj.
- Nebrat nikdy umírajícímu naději na uzdravení či zlepšení zdravotního stavu. Nabízet mu kontakt na svépomocné skupiny či lidí se stejnou diagnózou.
- Vyvarovat se slov posilujících strach ze smrti, jako jsou rakovina či zhoubné onemocnění. Raději používat slova, jako např. „Vaše současné onemocnění, změněná tkáň“ apod.
- Snažit se umírajícímu vyplnit všechna přání, vyjma těch, která by byla v rozporu se zákonem.
- Umožnit umírajícímu přítomnost rodiny a všech lidí, které má rád, vždy když to bude možné a bude si to přát.

Duchovní péče a podpora:

- Respektovat a neopomíjet duchovní potřeby umírajících.
- Zajistit kněze či náboženskou literaturu, bude-li si to umírající přát.
- (Děkanství - telefon č. 0 –387 311 263)

Sociální péče a podpora :

Zařídít umírajícímu úřední záležitosti, je-li to potřeba, přes rodinné příslušníky, event. kontaktovat sociální pracovníci nemocnice.

Péče o biologické potřeby:

- Zaměřit se na uspokojování biologických potřeb umírajících, zvláště pak při zhoršujícím se stavu nemocného.
- Pečlivě hodnotit škálu bolesti. Umírající má právo necítit bolest.
- Zaměřit se zejména na odstranění všech nežádoucích účinků, na dodržování osobní hygieny, zmírnění dýchacích obtíží, pomoc při pohybování, prevenci dekubitů, přiměřenou výživu, adekvátní přívod tekutin, vylučování, sledování senzorických změn a vitálních funkcí.
- Rozpoznat včas příznaky blížící se smrti, tj. stručně: ztráta svalového tonu, změny vitálních funkcí, zpomalení krevního oběhu a narušení smyslových funkcí.

II. fáze umírání:

- Snažit se být s umírajícím v okamžiku vlastní smrti. Pro vlastní smrt svědčí úplná a nevratná ztráta vědomí, dochází ke smrti mozku a orgánů lidského těla.

III. fáze umírání:

- Provádět s úctou péči o mrtvé tělo (viz Standard č. 12)
- Poskytnout rodině zemřelého dostatek času na truchlení.
- Zajistit odbornou psychologickou pomoc rodině, jestli -že o to požádá.

Komplikace:

- Upozornit lékaře na každou nově vzniklou komplikaci.
Zhoršování tělesného stavu - je individuální, závislé na povaze onemocnění umírajícího. Duševní krize - vyžaduje odbornou psychologickou pomoc. Umírajícího nenecháváme o samotě

Zvláštní upozornění:

Péče o umírající je extrémně náročná pro všechny zúčastněné. Není v možnostech ošetrovatelského standardu poukázat na všechna úskalí a důležitosti, týkající se problematiky umírání a smrti. Proto odkazujeme na vhodnou literaturu .

Seznam literatury:

1. Čechová V., Mellanová A., Rozsypalová M. Speciální psychologie, IDVPZ Brno, 1999
2. Červinková E., Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ Brno, 2001
3. České ošetrovatelství, praktické příručky pro sestry, IDVPZ Brno, 2001
4. Fendrychová J., Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii, IDVPZ Brno, 2001
5. Fendrychová J. a kol., Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, IDVPZ Brno, 2001
6. Haškovcová H., Thanatologie, Galén, Praha 2000
7. Kapesní průvodce zdravotní sestry, ČAS, Praha 2001
8. Kozierová B., Erbová G., Olivierová R., Ošetrovatelstvo 1.,2., Osveta, Martin, 1995
9. Křivohlavý J. Poslední úsek cesty, Praha, 1995
10. Kúbler-Rosová, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání, Praha, 1995
11. LEMON 1 – 5, učební texty pro sestry a porodní asistentky, IDVPZ Brno, 1997
12. Misconiová B. , Péče o umírající – hospicová péče. Národní centrum domácí péče České republiky

Přílohy:

č. 1. Práva umírajících

KONTROLNÍ MECHANISMUS

<i>PRACOVNÍK</i>	<i>ČETNOST</i>
Vrchní sestra	namátkově
Staniční sestra	průběžně

Příloha č. 1

PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH:

- **Má právo aby se s ním zacházelo jako s živým člověkem až do jeho smrti.**
- **Má právo udržovat si naději, nechť už se zaměří na cokoliv.**
- **Má právo na poskytování péče takovými lidmi, kteří dokážou jeho naději udržovat, nechť už se situace změní jakkoliv.**
- **Má právo na vyjadřování svých pocitů týkajících se blížící se smrti a to svým osobitým způsobem.**
- **Má právo účastnit se rozhodování, která se týkají péče o něho samého.**
- **Má právo očekávat nepřetržitý lékařský a ošetrovatelský zájem o něho samého, i když se budou muset „léčebné“ cíle, nahradit cíly sledujícími udržování jeho pohody.**
- **Má právo na to, aby nezemřel osamocený.**
- **Má právo nemít bolest.**
- **Má právo na čestné odpovědi na své otázky.**
- **Má právo na to, aby mu nikdo nelhal.**
- **Má právo na to, aby mu ve chvíli, kdy si uvědomí blížící se smrt, pomohla jeho rodina a pomoc byla poskytnuta i jeho příbuzným.**
- **Má právo zemřít v klidu a důstojně.**
- **Má právo ponechat si svoji individualitu a nebýt souzený za svá rozhodnutí, které mohou být v rozporu se stanovisky jiných.**

SEZNÁMENÍ S OŠETŘOVATELSKÝM STANDARDEM č. 011

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se seznámil(a) s výše jmenovaným standardem.

[illegible]

