

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Jansová Markéta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA ANTE FINEM
Bakalářská práce

Jansová Markéta

2008

PhDr. Marie Trešlová, R.N.

Abstract - Nursing care as provided to *ante finem* patients

The subject of death and dying is still considered a taboo in our society. It is awkward and anachronistic since our times require people full of life and vigor. The terminally ill are often snubbed by the society. Though being well aware of the unfavorable prognosis, many a doctor tries to treat the patients to the very last moment, and he or she perceives the death as a personal defeat. In 1967 Cicely Saunders, an English doctor familiar with the dismal conditions of dying in the then society, founded in London the St. Christopher's Hospice, the first modern facility of this kind. The philosophy of this effort has been perpetuated in the Hospice of the Agnes of Bohemia established in 1995 as the first hospice in the Czech Republic.

The Bachelor Paper aimed to assess the possibilities of providing the *ante finem* care by health-care personnel at a hospital and a hospice. The Paper investigated these hypotheses: H1 - Health-care workers provide the *ante finem* patients with health care in conformity to the standards applicable to both types of the facilities; H2 - Approach of the personnel to the care is dependent on their emotional stability; H3 - Health-care personnel in hospitals are not aware that the *art of accompanying* is a part of the nursing process. The surveyed sample was compiled of nurses on the staff of the Internal Medicine Ward and the Post-Treatment Ward of hospitals in *České Budějovice*, *Jihlava* and *Třebíč* and the hospices in *Prachatice*, *Červený Kostelec* and *Brno*. The data were gathered through a questionnaire. Altogether 170 questionnaires were distributed and 136 out of them were processed in the final assessment.

As follows from the assessment results, the care provided to the terminally ill patients in hospitals is affected primarily by time pressures and by the fact that the nursing staff are not fully aware of the possibilities that palliative care offers, while in hospices the conditions available for the palliative care have a quality basis.

Results of the Paper will be given to one of the hospitals and two hospices specified above, where they can inspire some new ideas about possible improvement in providing the palliative care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o klienta ante finem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Marii Trešlové, R.N. za její ochotu, vstřícnost a cenné rady.

Obsah:

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Stav „ante finem“	4
1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross.....	5
1.2.1 Fáze <i>negace</i>	6
1.2.2 Fáze <i>agrese</i>	6
1.2.3 Fáze <i>smlouvání</i>	7
1.2.4 Fáze <i>deprese</i>	8
1.2.5 Fáze <i>smíření</i>	9
1.3 Smrt.....	9
1.4 Péče o umírající z pohledu historie.....	11
1.4.1 Prožívání smrti v prvních kulturách.....	12
1.4.2 Péče o umírající ve středověku.....	13
1.4.3 Péče o umírající a nemocné v 19.a 20. století.....	14
1.5 Hospic.....	16
1.5.1 Pojem hospic a jeho vývoj.....	16
1.5.2 Hospicová péče.....	17
1.6 Ošetrovatelská péče o klienty v terminálním stádiu.....	19
1.6.1 Charakteristika ošetrovatelské péče.....	19
1.6.2 Paliativní péče.....	20
1.7 Potřeby terminálně nemocného.....	22
1.7.1 Potřeby.....	22
1.7.2 Potřeby biologické.....	23
1.7.3 Potřeby psychosociální.....	25
1.7.4 Potřeby spirituální.....	28
1.8 Péče o sestru.....	30
1.8.1 Požadavky na sestru.....	30
1.8.2 Syndrom vyhoření.....	30

1.8.3 Duševní hygiena.....	31
2. Cíl práce a hypotézy.....	34
2.1 Cíl práce.....	34
2.2 Hypotézy.....	34
3. Metodika.....	35
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	35
4. Výsledky.....	36
5. Diskuse.....	59
6. Závěr.....	67
7. Seznam použitých zdrojů.....	68
8. Klíčová slova.....	72
9. Přílohy.....	73
9.1 Seznam příloh.....	73

ÚVOD

Téma smrti a umírání je naší společností stále tabuizováno. Je to téma pro někoho možná nepříjemné a pro většinu lidí neaktuální, protože naše moderní společnost si žádá lidi plné života a elánu. Je kladen velký důraz na tělesný vzhled a vybočuje-li někdo z těchto kolejí, tedy nejde ruku v ruce s dobou, není moderní. Je-li někdo nevyлéčitelně nemocný, společnost se na něj velice často dívá jakoby skrz prsty. Mnozí lékaři, ač znají nepříznivou prognózu onemocnění, se snaží nemocného za každou cenu léčit až do poslední chvíle a smrt přijímají jako osobní prohru. Neutěšené podmínky umírání v dnešní společnosti si uvědomovala anglická lékařka Cicely Saunders, která se snažila o zkvalitnění péče umírajícím a v roce 1967 založila v Londýně první moderní hospic – hospic sv. Kryštofa. Na filosofii prvního hospice navázal v roce 1995 první český hospic sv. Anežky, který v Červeném Kostelci založila MUDr. Marie Svatošová. Nyní se myšlenka hospice začíná pomalu dostávat do podvědomí společnosti, přesto ale stále existuje mnoho lidí, kteří pojem „hospic“ buď neznají, nebo jejich představy o něm jsou často nepravdivé, zkreslené a negativní. Nyní ve světě existuje již přes 2 000 zařízení hospicové péče a v České republice jich je již přes 20.

Jako studentka jsem se setkala za svoji praxi na střední zdravotnické škole se smrtí jen jednou a byl to pro mě otřesný zážitek – nedůstojné zacházení s umírajícím a později s mrtvým tělem se mi vrylo hluboko do paměti. Myšlenka, zda můj zážitek setkání se smrtí byl ojedinělý, nebo zda je takové nedůstojné zacházení s umírajícím člověkem běžné, mě přiměla k tomu, abych se touto problematikou začala zabývat. Touha setkat se se smrtí z jiného pohledu mě přivedla do jednoho z hospiců, kde jsem byla velice mile překvapena. Pochopila jsem, že smrt není vždy zlá, jak by se na první pohled mohlo zdát. Umírá-li někdo připravený a smířený, může odejít z tohoto světa zcela v pokoji a s úsměvem na tváři. Chtěla jsem poznat, zda lze také důstojně a klidně zemřít v nemocnici. Z tohoto důvodu jsem si ke své bakalářské práci zvolila téma „Ošetrovatelská péče o klienta ante finem“ a jako cíl jsem si stanovila „možnosti poskytování ošetrovatelské péče ošetřujícím zdravotnickým personálem v nemocnici a v hospici o klienta ante finem“.

Motto:

CO JE VLASTNĚ ČLOVĚK?

Člověk je jen tráva, jež usychá brzy,
stín, jenž rychle zmizí.
Člověk je jen pěna, co rozplyne se hned,
květina, již rychle vadne květ.
Člověk je jen dým, jež vítr rozvěje,
oheň, který rychle stráví sebe sama.
Člověk je jen list, jenž brzy padá k zemi,
tón, jenž odeznívá bez ozvěny.
Člověk je jen proud, který se nezdrží,
svíce, která rychle dohoří.
Člověk je jen sklo, co brzy rozbije se,
sen, jež příští jítro z mysli snese.
Člověk je jen vosk, co roztopí se hned,
růže, která brzy vybledne.
Člověk – brzy růžový a krásný,
brzy bledý, brzy smrt jej skácí.
Člověk je hned krása, velké jmění -
brzy také v umrlce se mění;
divadlo pomíjivosti,
zrcadlo nesmrtelnosti.

Abraham a Sancta Clara (1644–1709)
augustiniánský mnich a kazatel

1. Současný stav

1.1 Stav „ante finem“

Život člověka se podobá cestě. Každá cesta má svůj začátek, svůj průběh i svůj konec – přesně tak jako lidský život. Člověk se narodí, nějaký čas zde na zemi žije a nakonec zemře. Tak jako každá cesta je jiná, tak různé jsou lidské životy. Jedna cesta je příliš krátká, další je úzká, křivá, hrbolatá a zarostlá trním, jiná naopak rovná, krásná, široká a celkem pohodlná. Je to jako s lidským životem, jeden skončí příliš brzy, další trvá příliš dlouho a jinému člověku to dá pěkně zabrat, než doputuje po své cestě k cíli. Životní cestu může člověk různě ovlivňovat, ale nemůže si ji úplně přetvořit a musí si ji každý člověk projít sám a sám doputovat k cíli své cesty. Než jedinec zcela ukončí svoji

pouť na této zemi, nachází se na části životní cesty, která je finální a je zakončena smrtí člověka. Tuto poslední část životní cesty lze pojmenovat ante finem. Tento termín „ante finem“ lze volně přeložit jako čas před smrtí, umírání, nebo také poslední část lidského života. Je to náročná a mnohdy bolestná etapa nejen pro samotného umírajícího, ale také pro jeho okolí, pro jeho rodinu. Období umírání může být obdobím krize, ve kterém se často vyskytují obavy, strach a nejistota. Umírání je u každého jedince různé, nastává v jiný okamžik, za jiných okolností a nedá se předem přesně určit. Přesto lze popsat některé příznaky blížící se smrti. Umírání je tedy složitý proces, kdy fyzické a psychické symptomy jsou jen částí tohoto procesu. Předpokladem klidného a pokojného umírání je zvládnutí nejen tělesných potíží. To je velice důležité nejen pro umírajícího, ale i pro rodinu umírajícího a jeho blízké, kteří s ním tráví poslední chvíle jeho života. Z biologických potřeb je prioritní potřeba nemít bolest, ostatní v poslední fázi života ustupují do pozadí a do popředí se dostávají především potřeby psychické a spirituální, a dále potřeby sociální. Empatické chování zdravotnického personálu je pro všechny přítomné nadějí, že umírat je možné důstojně a bez nesnesitelných bolestí (6, 15, 29).

1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross

Než se nemocný člověk smíří se svojí nevyлéčitelnou chorobou, s konečností svého bytí a se smrtí, prochází několika různými fázemi. Jednou z možných fází prožívání nemoci je fáze smíření, která přichází za různou dobu, bývá různě dlouhá a nejčastěji bývá fází poslední. Není ale podmínkou, že umírající do této fáze vždy dospěje. Někteří nemocní si dlouho vůbec nepřipouští svoji chorobu až do té doby, než začnou mít potíže a musí svůj zdravotní stav začít řešit. Jiní naopak mohou propadnout depresi, ztratit zájem o okolní svět, anebo mohou na svoji nemoc zcela rezignovat, ztratit veškerou naději a vůli chtít žít. Lidé, kteří rezignují, poměrně často fáze smíření vůbec dosáhnou a mohou umírat neklidní a v nepokoji. V jakém psychickém stavu nemocní umírají, lze poměrně často ovlivnit, a proto by mělo být cílem zdravotnických pracovníků pomoci nemocnému umírat ve fázi smíření (18, 19).

1.2.1 Fáze negace

V prvním období procesu, které se nazývá fáze negace, nemocný prožívá šok, nemoc popírá a není s ní ztotožněný. Tato reakce se objevuje především u těch nemocných, kterým lékař sdělil diagnózu a poskytnul jim informace ohledně nemoci. Může se také objevit u těch nemocných, kteří bez lékaře dospěli sami k poznání nevyléčitelné choroby. Tuto reakci lze chápat jako obranný mechanismus nemocného. Ten není připravený na tuto situaci, je v psychickém šoku a hledá nějaké vysvětlení a východisko. Nemocný je otřesen a často odmítá spolupracovat s lékařem a také odmítá podstoupit léčbu, protože má pocit, že je již vše ztraceno a všechna snaha je marná. Reakce na diagnózu se mohou projevit různě – pláčem, uzavřením se do sebe, nebo také předstíráním pohody. Nejčastějšími verbálními projevy mohou být v tomto stádiu: „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“ (18, s.73). Nemocní si pečlivě vybírají jak rodinné příslušníky, tak přátele a zdravotníky, se kterými mluví o svém smrtelném onemocnění. Tímto způsobem si někdy tak vytváří jakousi obrannou zeď, které jim pomáhá zpracovat současný stres. Přístup sestry k nemocným v této fázi není jednoduchý. Je nutné, aby si sestra uvědomovala lidskou individualitu a s tímto vědomím k nemocnému přistupovala. Slova útěchy a vysvětlování zde většinou mnoho nepomáhají, přednější místo zde zaujímá sama osobnost sestry nebo důvěryhodná osoba, která si na nemocného udělá čas a místo slov útěchy mu bude pozorně naslouchat a podrží ho za ruku. Lze tedy říci, že v této fázi nejsou nejdůležitější infuze a léky tišící bolest, případně léky zmírňující úzkost a strach, ale na prvním místě tu stojí empatie, trpělivost a láska projevovaná sestrou a blízkými (7, 11, 12, 18, 19, 31).

1.2.2 Fáze agrese

Druhá fáze se nazývá obdobím agrese, lze ji také nazvat obdobím vzpoury nebo obdobím hněvu. Nemocný je rozzlobený nejen na zdravotníky, ale i na zdravé lidi, cítí křivdu, bere svoji nemoc jako velkou nespravedlnost. Sestra by se neměla tímto chováním pohoršovat, měla by nemocnému pomoci odreagovat se a měla by mu trpělivě odpovídat na jeho otázky. Na otázku: „Proč právě já?“ (19, s.35) může sestra

odpovědět: „Nevím, proč právě vy. Proč byste to zrovna vy být neměl?“ (19, s.35). Tato otázka může jedince vést k zamyšlení o vlastní smrtelnosti. Smrt čeká na každého, každý musí jednou zemřít. Zamyšlení může vyvolat další otázku: proč ke mně smrt přichází právě teď v tomto období? Když si nemocný položí tuto otázku, pravděpodobně si na ni také odpoví a do odpovědi zahrne své starosti, bolesti a útrapy. Tyto jeho výpovědi mohou sestře pomoci najít k nemocnému správnou cestu a být mu dobrou oporou, a o to by se měla sestra snažit. Má-li sestra v péči rozhněvaného a nepříjemného pacienta, je to pro ni i pro všechny ostatní kolem přítomné velmi náročné a nepříjemné. Sestra by měla rozpoznat důvod pacientova hněvu. Jestliže se nemocný zlobí kvůli konkrétním věcem nebo událostem, měla by je sestra v rámci svých možností řešit. Pacient se může hněvat kvůli stravě a sestra má možnost řešit problém s dietní sestrou. Je-li ovšem nemocný nepříjemný a nazlobený proto, že právě prochází fází agrese, měla by sestra vyjádřit pochopení a akceptovat jeho hněv. Tento hněv ale také může být zaměřen konkrétním směrem a zároveň jeho původ může pramenit z fáze agrese. Příkladem bývá hněvání se na Boha a to by sestru nemělo překvapit. Měla by být nemocnému oporou, nevyvracet mu jeho názor ani ho v jeho hněvu podporovat, spíše by se mohla pokusit nemocnému vysvětlit, že Bůh je jistě tak dobrý a velký, že jeho hněv přijme. Je-li ovšem nemocný bez vyznání, měla by být sestra velmi opatrná s poznámkami o Bohu, protože nemocného umírajícího může naopak ještě více popudit. Celkově vzato by mělo být chování sestry k umírajícímu pacientovi ve fázi agrese citlivé a empatické; nemocný by neměl mít pocit nadřazenosti sestry a měl by z jejího chování vycítit zájem o jeho osobu (12, 19).

1.2.3 Fáze smlouvání

Třetí fáze je charakteristická vyjednáváním a smlouváním. Je to přirozená reakce člověka, kterému dochází, že je skutečně nemocný a jeho choroba je závažná. Jeho žebříček dosavadních hodnot se mění a nemocný nejvíce touží po uzdravení, proto hledá zázračné léky a různé léčitele, je nakloněn každé pomoci, je ochotný zaplatit za vyléčení čímkoli, slibuje velké věci a nezdíraje se obrátit i k Bohu, v kterého nikdy dříve nevěřil. V tomto období také uzavírá různé smlouvy s okolím, s Bohem, nebo sám

se sebou. Vyslovuje různá přání ohledně své budoucnosti, např.: rád bych byl na svatbě své dcery, chtěl bych se dočkat vnoučat, ještě jednou bych se chtěl podívat na své oblíbené místo, apod. Tato fáze je prchavá a mnohdy se jí nevěnuje dostatečná pozornost. Důležité je si uvědomit, že nemocný často chápe svoji nemoc jako trest a má pocit viny, proto také činí různé velké sliby. Úkolem sestry i blízké rodiny nemocného v této fázi je zbavit nemocného pocitu viny. Velmi důležitá je zde ale především hlavně trpělivost a opatrnost. Nemocný jedinec hledá pomoc mimo zdravotnictví, které mu není schopno poskytnout vyléčení. Může proto navštěvovat různé léčitele, kteří nemusí být vždy odborníci s patřičným vzděláním, ale mohou to být různí podvodníci, kteří naopak mohou nemocnému ještě více ublížit než pomoci. Mnohdy sestra zůstává jako jediná osoba ve zdravotnictví, ve kterého nemocný ještě neztratil důvěru po neúspěchu medicíny. Proto je dobré, aby se sestra v této oblasti orientovala, rozpoznala hrozící nebezpečí a vhodným způsobem nemocného před podvodníky varovala (7, 11, 12, 18, 31).

1.2.4 Fáze deprese

Deprese je přirozená součást průběhu umírání, kterou umírající reaguje na velkou psychickou zátěž. Může být důsledkem dlouhotrvající terapie, která nepřináší žádnou úlevu a nemocného vysiluje a unavuje. Také to může být výsledek hlubokého smutku, který má základ v hrozící ztrátě nebo již v utrpené ztrátě. Nemocný se obává o svoji rodinu a její zajištění. Uvědomuje si plně skutečnost blízké smrti a její neodvratitelnosti a často má strach z bolesti, ze smrti a z toho, co bude po ní. Chce si dát věci do pořádku, urovnat spory se svými nejbližšími a není-li mu to umožněno, deprese se prohlubuje. Celkově se projevuje deprese na nemocném smutnou tváří, zpomaleným tempem, ztrátou zájmu a ochotou ke spolupráci a ztrátou chuti žít. Čím je nemocný smutnější a ve větší depresi, tím se obvykle zhoršují tělesné potíže, které působí zpětně na psychiku a nemocný se ocitá v začarovaném kruhu. Někdy ale paradoxně stačí střípek něčeho radostného, milá maličkost a nálada nemocného se zázračně mění. Této skutečnosti by si měla být vědoma sestra, která o nemocného pečuje, a měla by tyto malé radosti všedního dne objevovat a využívat jich. Tímto

ale nekončí úloha sestry u depresivních pacientů. Je důležité, aby sestra umírajícímu trpělivě naslouchala, pomáhala mu urovnat jeho vztahy a případné spory a pomohla mu v řešení otázky zajištění rodiny (7, 11, 12, 18, 20, 31).

1.2.5 Fáze smíření

Po obtížné fázi deprese by měla nastat fáze smíření. Fáze smíření by měla být poslední fází umírání. Je to fáze přijetí své nemoci, kdy nemocný již nemá potřebu získávat další informace. Je klidný, vyrovnaný a pokorný, již nebojuje o uzdravení, ale přijímá fakt, že nastává čas loučení. Fáze přijetí pravdy však nemusí vždy probíhat kladně. Místo smíření a souhlasu může nastat rezignace. Tu lze pochopit jako neovládání deprese, nebo také jako neúmyslné selhání doprovázejícího. Těžce nemocní sami mají spíše sklon k rezignaci než ke smíření. V tomto období může umírajícímu velice pomoci víra v Boha, která dává celému onemocnění a utrpení smysl. Cílem sestry a všech doprovázejících by měla být snaha udělat vše možné pro to, aby nemocný v poslední fázi umírání dospěl do fáze smíření a ne k rezignaci (7, 18). Jaký je rozdíl mezi smířením a rezignací popsala Elisabeth-Kübler-Ross: „Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň, které vyjadřuje jejich postoj „K čemu to je“; „Už mám všeho dost“. Je to výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy.“ (19, s. 45).

1.3 Smrt

Snad v každé společnosti existuje nějaké téma, o kterém se nemluví, nebo se o něm mluví málo. V naší společnosti k takovým tématům patří právě smrt; která je tabu v určité míře i ve zdravotnictví. O smrti lze hovořit obecně, diskutovat o ní a vést různé filosofické debaty. Jinak to ale vypadá, když se má hovořit o vlastních prožitcích spojených s umíráním, o problému vlastní smrtelnosti, nebo jak se co nejlépe chovat k nemocným lidem, kteří se sami blíží ke konci svého života. Samotnou smrt – mors,

letum, nebo exitus letalis lze chápat jako poslední etapu lidského života, která je zcela přirozená a proto by měla být také očekávána s důstojností a v klidu. Smrt je tedy konec existence lidského života, zánik organismu člověka. Dříve lidé častěji umírali tzv. na sešlost věkem, tedy přirozenou smrtí. V dnešní době je již téměř pravidlem, že smrt je konečným stavem nějakého patologického procesu v organismu člověka, tedy nemoci. Takové úmrtí bývá označováno jako lékařská smrt. Dle časového období můžeme smrt rozdělit na smrt předčasnou a smrt přiměřenou, neboli smrt v požehnaném věku. Samotné skonání probíhá v různém časovém horizontu. Smrt lze označit jako smrt náhlou, rychlou a pomalou. Rozdíly mezi smrtí náhlou a rychlou se často stírají. Náhlou smrtí rozumíme smrt po nepředvídané tragické události, kterou může být např. autonehoda nebo úraz; naopak rychlá smrt se vysvětluje jako úmrtí po krátké nemoci, kterou nezřídka bývá plicní embolie nebo akutní infarkt myokardu. Proti tomu stojí tzv. pomalá smrt. Ta se předem ohlašuje určitými příznaky a díky tomu se mohou příbuzní lépe předem připravit na bolestnou ztrátu. Mezi všeobecné příznaky blížící se smrti (pomalé smrti) patří úbytek sil, zkracování doby bdění a prodlužování spánku, nemocný se více vtahuje do sebe a oddaluje se vnějšímu světu. Umírající si ve svém polospánku a snech rekapituluje svůj končící život. Dále umírající méně hovoří, proto, jestli je to přání nemocného, by neměla sestra nutit umírajícího ke konverzaci, měla by naslouchat a tiše asistovat. Nemocný nestojí o návštěvy široké přízně, nemá zájem o noviny, zprávy a televizi, ale chce mít u sebe své nejbližší. Někdy nemocný vyžaduje samotu, to ale téměř výlučně neplatí v době samotné smrti. Je obecně známá spojitost mezi životem a stravou. Umírající však postupně potřebu výživy ztrácí; nejprve odmítá maso, poté další těžce stravitelné pokrmy, zeleninu a postupně všechno jídlo. Úkolem sestry je, aby doprovázejícím vysvětlila sníženou potřebu přijímat stravu, aby umírajícímu člověku nenutili žádné jídlo, pokud je odmítá, a ještě ho více nezatěžovali (6, 7, 14).

Již bylo řečeno, že umírající více spí, odpočívá, rozjímá a je zpravidla v klidu. Někdy ale přichází chvíle rozrušení, kdy nemocný bezcílně pohybuje rukama, strhává ze sebe osobní i ložní prádlo a může mít i další nezvyklé projevy chování. Toto chování pramení z končícího pozemského života a většinou ke zklidnění postačí, když si sestra

nebo jiný blízký člověk k umírajícímu sedne a ujistí ho, že není ve svém stavu opuštěný a sám.

Důležité je doprovázející poučit o tom, jak smrt přichází a jak vypadá. Mezi příznaky blízké smrti patří slábnoucí puls, změny tělesné teploty, umírající má studené a bledé končetiny a kolena, lokty získávají tmavší barvu, dech se stává nepravidelným, buď je příliš rychlý, nebo je velmi pomalý, může být chrčivý. Ústa jsou otevřená nebo polootevřená, oči bývají také otevřené nebo polootevřené, mají nepřítomný výraz a jakoby nevidí. Rysy v celé tváři se zvýrazňují a umírající člověk „špičatí“ a „propadá se“. Několik dní před smrtí většinou nastává relativní zlepšení. Umírající člověk je plně při vědomí, dobře slyší a na všechny podněty adekvátně reaguje; má potřebu se na lůžku posadit, někdy i touhu vstát, v tomto stavu nemocný může vyslovit ještě poslední přání. Tuto euforii brzy střídá koma, umírající opět své okolí jakoby nevnímá, ale slyší všechno. Na tuto skutečnost je důležité upozornit doprovázející, že mohou svému blízkému říci naposledy ještě něco milého. Po tomto komatu – agónii, nebo-li předsmrtném zápase, jsou zachovány ještě všechny základní životní funkce, postupně ale začínají selhávat ostatní orgány. Když dojde k zástavě dechu a srdce, nastává klinická smrt, která je reverzibilní. Po klinické smrti nastává smrt biologická a smrt mozku a tento stav je již ireverzibilní. A tímto člověk končí svoji pout' zde na zemi (9, 35).

1.4 Péče o umírající z pohledu historie

V průběhu dějin lidstva se péče o umírající měnila, kvalita poskytované péče závisela především na dané kultuře, na náboženství, ale také na filosofii dané doby a v neposlední řadě i na sociální a politické situaci. V dobách míru a pokoje se rozvíjela charitativní činnost, která měla v popředí zájmu hlavně nemohoucí, chudé, zubožené, různě handicapované a odstrčené, ale také umírající. Naopak v dobách válek, bojů a nepokojů se silně rozvíjela péče především o raněné a postižené válkou a péče o chronicky nemocné a umírající mnohdy šla stranou, to ale nebylo vždy pravidlem. Je známé, že v minulých dobách byla umírajícím věnována mnohem větší pozornost, než je tomu dnes. Umírající nekončili svoji životní pout' v různých institucích sami

a opuštění, ale umírali především doma v okruhu své nejbližší rodiny. Smrt byla tak přirozenou součástí života jako zrození nového člověka. Rodil se mnohem větší počet dětí, než v dnešní době, také jich ale mnohem větší procento umíralo. Jen určitá část populace se dožila dospělosti a ještě menší část stárí. Lze tedy konstatovat, že s vlastní smrtí bylo počítáno mnohdy více než s vlastním životem. Bylo zcela samozřejmé, že se lidé v průběhu života setkávali se smrtí často více než jednou nebo dvakrát, proto také věděli, jak smrt vypadá, co od ní mohou očekávat, a proto se jí tolik nebáli jako dnes. Snad to také bylo dáno tím, že smrtelné onemocnění netrvalo dlouho, lidé neměli vymoženosti dnešní moderní medicíny, proto také stonali krátce a umírali rychle. Umírání ale nebylo nikdy jednoduché, jak by se mohlo zdát. Samotná smrt po celou dobu historie lidské existence byla otázkou a otázkou také stále zůstává. Zda-li je smrt definitivním ukončením lidského života, nebo je-li to jen přechod z jednoho života do druhého, zůstává pro každého jedince záhadou až do okamžiku jeho vlastní smrti (6, 8).

Jak se dříve chovali lidé ke svým umírajícím a mrtvým můžeme vytušit z dochovaných předmětů a lidských ostatků již z doby kamenné. Některé lidské ostatky byly nalezeny v pradávných hrobech, jiné naopak byly nalezeny bez jakéhokoli řádu. Z toho lze vyvodit, že někteří lidé byli váženými členy svého společenství nejen za živa, ale úcta jim byla ponechána i po smrti a proto bylo jejich tělo řádně uloženo a pochováno. Následující doba bronzová se výrazně od doby kamenné lišila nejen svoji religiozitou. Byla charakteristická mohutným rozvojem polyteistických náboženství. Toto religiózní myšlení bylo úzce spjaté s také s umíráním a s úctou k mrtvému tělu. V této době se také začaly poprvé používat dnes tradiční rakve (11).

1.4.2 Prožívání smrti v prvních kulturách

V prvních civilizačních kulturách nalézáme snad první písemnou zmínku o smrti v babylonském Eposu o Gilgamešovi z konce 17. století před Kristem, který vypráví o smrti, hledání byliny nesmrtelnosti, o pochmurné říši mrtvých a osudu zemřelých v ní. Sám Gilgameš zde verbalizuje strach ze smrti poté, co mu zemře jeho přítel Enkidu. „Jaký spánek se na tebe snesl? Jsi v temnotě a neslyšíš mě... Budu, až zemřu, takový

jako Enkidu? Hoře mě proniklo, pojal mě strach ze smrti." (27, s.91). Po tomto otřesení přítelovou smrtí Gilgameš poznává vlastní smrtelnost a diví se, že on sám ještě žije (27).

Na umírání a smrt bylo v prvních kulturách nahlíženo různě. Ve starověkém Egyptě nebylo v popředí zájmu samotné umírání, ale důraz byl hlavně kladen na posmrtný život, na který se egyptští obyvatelé připravovali již v průběhu svého života. S mrtvým tělem bylo zacházeno s velikou úctou, nejprve se mrtvá těla ukládala do hrobek jen ustrojená a dostatečně vybavená pro další život, později se těla také balzamovala a mumifikovala, aby se zabránilo jejich rozpadu (11).

Jinak byla smrt chápána ve starověkém Řecku. Na rozdíl od Egyptanů Řekové, sice byli věřící, nebyli svým náboženstvím natolik spoutáni, a proto mohli o své smrti rozhodovat. Smrt chápali jako přirozenou součást života a neřešili ji ve smyslu zemřít či nezemřít, ale zabývali se myšlenkou, jak žít co nejlepší život a potom následně také dobře zemřít. „Umírání bylo spojováno s homérským pojetím psyché. Člověk umírá s posledním vydechnutím, neviditelný dech je psyché, fluidum, které je v nitru člověka za života a po smrti jej opouští, povoláno k božskému životu.“ (11, s.20). Myšlenkou smrti se v antice zabývali téměř všichni významní filosofové. Platón tvrdil, že duše je nesmrtelná, Epikúros prohlašoval, že zabývat se smrtí není vůbec důležité, Seneca neviděl ve smrti nic tragického, přijímal ji jako skutečnost celého života a zdůrazňoval, že důležitější je snažit se prožít dobrý život a tím se zároveň připravit i na dobrou smrt.

Jedním z významných osobností starověku byl také křesťanský myslitel Augustin, který se veřejně přiznal ze svého strachu ze smrti a věčného soudu, který prožíval před tím, než našel jistotu v Bohu. Věřil, že každý člověk po smrti vstupuje do věčného života a že hned po smrti přijímá za své činy na zemi buď odměnu nebo trest (11).

1.4.3 Péče o nemocné ve středověku

Péče o nemocné a umírající se ve středověku významně rozvíjela. V 6. století byl založen řád benediktinů, který se věnoval hlavně smrtelně nemocným. V této době také vznikaly domy pro nemocné, a to hlavně ve východořímské říši za vlády císaře

Juliána. V západních zemích vznikaly nemocnice, které se nazývaly nosokomia a později hospitály, kde nemocným poskytovali péči a léčili je převážně kněží a biskupové. Na péči o nemocné se také významně podílely rytířské řády a to zejména maltézští rytíři, kteří přišli z Jeruzaléma, rozšířili se po celé Evropě a ve své činnosti pokračují ještě dnes. Jejich činnosti si ve středověku lidé velice vážili, protože velice dbali na čisté prostředí a čisté prádlo a právě taková péče nebyla v té době vůbec obvyklá. O vznik prvního skutečného špitálu na území českých zemí se zasloužila Anežka Přemyslovna, která se sice narodila v bohaté rodině, ale její láska ji přivedla k těm nejchudším a nejubožejším lidem, o které se začala starat. Špitál postavila na břehu řeky Vltavy a také se zasloužila o vznik mužského i ženského kláštera, který byl známý jménem Na Františku. Zcela původní poslání tohoto špitálu bylo zaopatření nemocných, aby nezemřeli bez svaté zpovědi, pomazání nemocných a křesťanského pohřbu. Původní poslání se tedy rozšířilo. Nabídka služeb špitálu nebyla sice nijak rozsáhlá a ohromující, ale bylo zde poskytováno základní ošetření a některým nemocným se i stal trvalejším útlukem (11).

1.4.4 Péče o umírající a nemocné v 19. a 20. století

Přestože ve středověku byly zřizovány různé instituce a kláštery, kde se o nemocné a umírající pečovalo, úmrtnost byla stále vysoká. Ta se relativně snížila až v 19. století, a to nejen kvůli změně životního stylu, ale hlavně díky rozvíjející se medicíně a ošetrovatelství. Velkou zásluhu na rozvoji ošetrovatelství, a tím i snížení úmrtnosti, měla především Florence Nightingalová, která se proslavila hlavně v Krymské válce, kde díky své pečlivosti snížila úmrtnost raněných vojáků ze 40% na 2%. Když Florence přijela starat se o nemocné spolu s dalšími 38 sestrami, nebyla přivítána. Naštěstí díky své neústupnosti a neúnavnosti se Florence prosadila a začala pracovat v nemocnici, kde leželo 2 300 pacientů ve zcela neutěšených podmínkách. Nejdříve dala Florence do pořádku kuchyň, aby měli nemocní dostatek stravy podle potřeby, potom se pustila do toalet a nakonec vyčistila celou nemocnici a začala se věnovat ošetrovatelské činnosti spolu se svými sestrami. Velký důraz kladla na zdravé a čisté prostředí, na čistý vzduch, světlo, funkční odpady; také pečovala o teplo, ticho

a diety. Důležitost také přikládala člověku samotného – pozorovala ho a dbala na jeho osobní potřeby. Neméně velkou péči věnovala umírajícím vojákům, aby jim poskytla útěchu v posledních chvílích, kdy rodina nebyla nablízku. Za svoji práci byla také po válce významně oceněna. Roku 1859 sepsala svoje nejznámější dílo „Poznámky o ošetrovatelství“, které se stalo na dlouhý čas stěžejním dílem v ošetrovatelské literatuře (10, 36).

V dalším období se péče o umírající postupně měnila spolu s pokrokem a modernizací doby. Nemocným a umírajícím bylo třeba zajistit čisté lůžko, základní hygienické zázemí, teplo, vhodnou stravu a tekutiny. Protože to rodina nebyla schopna vždy zajistit, nebo to bylo pro ni příliš náročné, začali se nemocní a umírající přesouvat do různých institucí – nejdříve do chorobinců, později do špitálů a nemocnic. Důraz byl kladen především na kvantitu – zajistit péči pro co nejvíce lidí. Proto v zařízeních poskytujících péči nemocným vznikaly obrovské pokoje s mnoha lůžky. Skupině umírajících nebyla již věnována taková pozornost jako dříve, prioritou byla péče o vyléčitelně nemocné. Když někdo na pokoji umíral, ve snaze ulehčit mu, ochránit ho od pohledu cizích lidí na něj a zároveň uchránit spolupacienty na pohled umírajícího člověka, „vznikla tzv. praxe bílé zástěny – plenty“ (6, s. 30), se kterou se bohužel můžeme někde setkat ještě dnes. Postupně jak se začala zlepšovat ekonomická situace země, začala se zlepšovat i situace ve zdravotnictví. Pokoje pro nemocné nebyly již tak obrovské, i když stále byly velké, a byly vyčleněny zvláštní pokoje pro umírající. Bylo totiž mylně chápáno, že umírající potřebují především klid, ticho a samotu. Když se někdo nacházel v terminálním stádiu, byl jednoduše převezen na samostatný klidný pokoj, kde mohl „v klidu“ skonat. Aby byl zajištěn umírajícím skutečný klid, byly navíc zakázány návštěvy veřejnosti a tím i návštěvy příbuzných, které byly povolovány jen ve výjimečných situacích. Takové zacházení s umírajícím mělo velmi negativní vliv nejen na samotného umírajícího a na jeho rodinu, ale mělo to také dopad na spoluležící nemocné, kteří čekali, kdo z nich přijde další na řadu (6).

Tento velmi neutěšený stav péče o umírající viděla a nesouhlasila s ním anglická zdravotní sestra a později lékařka Cicely Saunders, která se již jako dobrovolnice v nemocnici sv. Lukáše přesvědčila o nutnosti změny v péči o umírající. V nemocnici

sv. Josefa poznala muže, který ji zásadně změnil život. Při jeho doprovázení pochopila, že umírající nejen potřebuje pomoc a podporu doprovázejícího, ale také on sám může doprovázejícího obdarovat a být mu oporou a útěchou. Jeho úmrtí ji natolik inspirovalo, že v Londýně roku 1967 založila první hospic na světě – St. Christopher's hospic, který je dnes známý po celém světě. Za svoje zásluhy byla Dr. Cicely Saunders povýšena anglickou královnou do šlechtického stavu, protože její myšlenka hospice nezůstala osamocená, ale rozšířila se natolik, že dnes již existuje ve světě něco přes 2 000 zařízení hospicové péče. Dame Cicely Saunders, OM, DBE, zakladatelka moderního hospicového hnutí, zemřela dne 14. července 2005 v 87 letech ve vlastním hospici obklopena láskyplnou péčí (30, 31).

1.5 Hospic

1.5.1 Pojem hospic a jeho vývoj

V dnešní době si pod pojmem hospic stále mnoho lidí mylně představí, že je to dům smutku, kam se chodí umřít, černá kobka; také se lze setkat s názorem, že je to léčebna dlouhodobě nemocných nebo dokonce domov důchodců. Hospic není ale ani dům smrti, ani domovem seniorů. „Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen“ (30, s. 123).

Pojem „hospic“ není ovšem žádnou novinkou. Již v Římské říši a hlavně ve středověku hospice existovaly. Hospic byl útlukem a odpočívadlem především pro poutníky na dalekých cestách, kteří si zde mohli odpočinout a načerpat nové síly pro další cestu; sloužil také nemocným, kteří se v hospici mohli zotavit, nebo také v klidu zemřít a občas posloužil těhotným ženám, které v hospici mohly porodit. Tyto hospice byly většinou klášterní a byly zřizovány mnichy. Nejznámější středověký hospic založil ve vysokých Alpách ve výšce 2 188 metrů sv. Bernard z Methonu. Myšlenka hospice se znovu objevila až v 19. století, a to v roce 1847, kdy společenství žen pod vedením Jeanne Garnierové otevřelo v Paříži dům pojmenovaný právě

„hospic“. Zde slovo „hospic“ získalo svůj význam, byl chápán jako místo, kde se pečuje o umírající. Dalším hospicem byl St. Joseph's Hospice v Hockney, který zřídily irské sestry a ve kterém také po 2. světové válce pracovala jako sestra Cicely Saunders. Zde také Cicely pochopila, že o umírající je třeba pečovat více, že péče o umírající je žalostně neutěšená a to ji donutilo k tomu, aby ve svých 38 letech vystudovala medicínu a jako lékařka zřídila hospic sv. Kryštofa. Tento hospic je dnes pokládán za skutečně první hospic v dnešním moderním chápání slova hospice a to především kvůli péči o celkovou bolest terminálně nemocných, kterou zde zajišťuje multidisciplinární tým (11, 20, 21, 30, 35).

Na filosofii hospice sv. Kryštofa navázal v roce 1995 první český hospic sv. Anežky, který v Červeném Kostelci založila MUDr. Marie Svatošová. Zajímavostí je, že jako Cicely Saunders, tak také Marie Svatošová, než se stala lékařkou, byla nejdříve zdravotní sestrou. Tento první český hospic se stal brzy inspirací pro vznik dalších hospiců. Nyní v České republice existuje přes 20 organizací poskytující hospicovou péči (20).

1.5.2 Hospicová péče

Každý hospic poskytuje hospicovou péči, která byla již mnohokrát definována různými autory a institucemi (viz příloha č. 1). Jednoduše lze hospicovou péči vysvětlit jako péči, která nestojí jen na technice, zručnostech a dovednostech sestry, ale je to péče plná ochoty a lásky, tedy péče laskavá. Jde o vyjádření postoje sestry k člověku. Tuto laskavou péči definoval krátce před svojí smrtí jeden klient v anglickém hospici takto: „Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesi, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám ho nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastni uprostřed vaší těžké

práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde." (30, s. 25).

Samotnou hospicovou péči lze rozdělit do tří základních typů: domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče. Domácí hospicovou péči je možno dále dělit na péči laickou a odbornou. Laická domácí hospicová péče je pro umírající téměř ideální. Umírající se nachází ve zcela přirozených podmínkách, pečují o něj jeho nejbližší a nemusí si zvykat na nové tváře ani nové prostředí. Není dnes příliš zvykem a není to ani příliš populární, aby si lidé brali své smrtelně nemocné příbuzné domů, starali se o ně a věnovali jim dostatečnou péči. Občas by snad rodina měla o svého umírajícího člena rodiny zájem a ráda by se o něj starala, mnohdy jí v tom ale brání náročnost a nezkušenost takovéto péče, ovšem větší překážkou častěji bývá zaměstnání, ze kterého se nelze uvolnit na delší dobu, a finanční situace. Někdy domácí laická hospicová péče nestačí a je třeba i péče odborné, která se od laické liší tím, že umírajícího doprovází multidisciplinární tým, jehož pracovníci jsou velmi často zaměstnanci lůžkového hospice. Odborná péče tedy laickou buď doplňuje, nebo ji zcela nahrazuje. Péče o klienta v terminálním stádiu, jak již bylo řečeno, je nejpříjemnější v domácím prostředí. To ale nemusí vždy klientovi vyhovovat pro svoji bariérovost nebo také hlučnost. Terminálně nemocnému často hlučnost nedělá dobře, vyžaduje klid, kdežto jiný člen rodiny potřebuje být hlasitý, např. truhlář může mít doma své zaměstnání, pianista potřebuje intenzivně cvičit hru na klavír; což je vzájemně nevyhovující oběma stranám (20, 30).

Dlouhodobá péče o nemocného ante finem bývá velmi náročná a může být pro doprovázející velkou přítěží, přestože se o svého blízkého starají rádi, tak si potřebují odpočinout. Pro nejen takovéto účely vznikly stacionární hospicové péče. Tato péče je ale omezena jen pro ty klienty, kteří zvládnou být mnohdy jen krátký transport. Ráno jsou odvezeni do stacionáře, kde o ně pečují odborný tým, a odpoledne nebo večer se opět vrací zpět domů. Tato péče není zdaleka jen „odpočinková“ pro klienta i rodinu, ale je především také vysoce odborná. Tým specialistů zde o nemocného pečují ve všech oblastech potřeb jeho osobnosti. Tato péče v určité fázi onemocnění může být pro klienty terminálně nemocné nejlepším řešením (20, 30).

Jestliže již nelze aplikovat na klienta ante finem domácí ani stacionární hospicovou péči, dostává se do popředí lůžková hospicová péče. Ta může být zvolena i z jiného důvodu – buď nejsou nablízku jiné možnosti hospicové péče, nebo se pro ni nemocný sám svobodně rozhodne. Tato forma hospicové péče je u nás nejznámější a nejrozšířenější. Pro přijetí do hospice musí klient splňovat kritéria daná hospicem, musí mít doporučení obvodního lékaře a je přijímán pouze hospicovým lékařem. Zda bude přijat klient do hospice sám, nebo zda bude mít s sebou doprovod, záleží jen na jeho rozhodnutí. Ostatně na každém pokoji v hospici je přistýlka a návštěvy jsou neomezené 24 hodin denně 365 dní v roce. Přestože hospic, tak jako každá organizace, musí mít svůj řád, snaží se vyjít klientovi ve všech jeho potřebách vstříc – ráno se nebudí, jak tomu bývá v jiných zdravotnických zařízeních, a klient může spát tak dlouho, jak chce on sám, může se kdy chce umýt a stravu si v určitém rozsahu také může vybrat sám. Prostředí je v celém areálu bezbariérové a je snaha, aby vybavení co nejvíce připomínalo domov. Další výhodou je, že když si chce nemocný popovídat, zcela jednoduše si popovídat může, protože je vždy blízko někdo, kdo mu bude naslouchat a dělat mu společnost. Snaha hospicové péče ve všech třech formách je taková, aby klient prožil zbytek svého života v té nejvyšší možné kvalitě a aby si své poslední dny užíval (20, 30).

1.6 Ošetrovatelská péče o klienty v terminálním stádiu

1.6.1 Charakteristika ošetrovatelské péče

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (24, s. 11). Ošetrovatelská péče má tedy v popředí zájmu člověka jako jedinečné individuum. Aby byla péče o jedince kvalitní i profesionální, používají se v ošetrovatelství různé techniky a dovednosti. Mezi nejznámější a nejpoužívanější patří metoda ošetrovatelského procesu, která byla zavedena v 50. letech minulého století. Nyní tvoří základ ošetrovatelství a lze jej definovat jako systematické, racionální a individualizované plánování, poskytování

a dokumentování ošetrovatelské péče (13, s. 16). Cílem ošetrovatelského procesu je hledat a určovat skutečné nebo potenciální ošetrovatelské problémy, které se následně vloží do ošetrovatelských diagnóz, naplňuje se péče, jak problém odstranit, nebo co udělat, aby nevznikl; provedou se naplánované ošetrovatelské intervence a ať už aktuální nebo potenciální problém se vyhodnotí a podle výsledku se naplňuje další péče. Mezi další významné a ve značné míře využívané techniky patří i ošetrovatelský výzkum, který pomáhá objevit nové moderní metody, postupy a pomůcky, které nemocným značně ulehčují nebo zpříjemňují jejich pobyt nebo ošetření nejen ve zdravotnických zařízeních a také pomáhají sestřám ulehčit práci (4, 13).

1.6.2 Paliativní péče

Paliativní péče je již nějakou dobu aktuálním tématem a to jak v ošetrovatelství, tak i v medicíně. Není snadné paliativní péči přesně definovat, protože v různých zemích a kulturách, ale také různými autory je chápána vždy trochu jinak. V USA se místo termínu paliativní péče užívá spíše termín „hospic“, který zde ale neznázorňuje vždy budovu nebo instituci jako u nás. Paliativní péči lze proto chápat jako filosofii, kterou lze aplikovat právě ve zmíněných hospicích, ale také v nemocnicích a v domácím prostředí (21, 31, 35). Protože paliativní péče není chápána vždy zcela stejným způsobem a je stále v aktivním vývoji, vzniklo již několik definic paliativní péče, např. Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči takto (2002): „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (21, s. 62). Snad nejjednodušeji lze paliativní péči definovat asi takto: „Paliativní péče je péče, která zmírňuje utrpení; nepředpokládá vyléčení.“ (13, s. 652). Samotný termín „paliativní“ pochází z latinského slova „pallium“, což znamená zakrytí pláštěm, pokrytí nebo také maska a odkrývá pravou podstatu slova. Choroby, které již nelze vyléčit, se jakoby zakrývají pláštěm a cílem je tedy projevy smrtelného onemocnění neléčit kurativně, ale jen symptomaticky, tzv. je maskovat (21).

Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který je složen z lékaře, ten na základě posouzení a diagnostikování stádia onemocnění umírajícího ordinuje příslušnou symptomatickou léčbu; sestry, která na základě lékařské ordinace provádí odborné ošetrovatelské výkony a pečuje o fyzické pohodlí a psychické uspokojení nemocného; dále do týmu patří psycholog, kněz nebo jiný pastorační asistent a v poslední řadě také dobrovolníci, jejichž role je v paliativní péči nezbytná a velmi přínosná (13). Aby byla péče o umírající kvalitní, je nutné, aby byli pracovníci paliativní péče dostatečně vzděláni. Zákon č.95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta sice uznává specializační obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“, však samotné studium paliativní péče je ve fázi vývoje. Toto vzdělání by mělo mít tři stupně – první základní stupeň určený pro všechny zdravotnické studenty i pracovníky, pro které paliativní péče je jen okrajovým oborem; druhý stupeň určený pro zdravotníky, kteří chtějí získat specializované znalosti v oboru paliativní péče z důvodu častějšího setkávání s péčí o umírající; třetí nejpokročilejší stupeň by zajišťoval specializaci v oboru a to zejména pro pracovníky ve vedoucích funkcích (22, 31).

Hlavními principy paliativní péče jsou jisté zásady, mezi které se řadí především důraz na samotnou osobu nevyлéčitelně nemocného, na kvalitu jeho života a v žádném případě se od něj neodvrací; dalším důležitým aspektem paliativní péče je zvládnutí bolesti – a to buď úplné, nebo se bolest sníží na snesitelnou míru. Paliativní péče vychází z individuálních potřeb terminálně nemocných, respektuje jejich osobu, vyznání a názory, velký důraz také klade na rodinu a přátele nemocného, kterým nabízí oporu a pomoc se zvládáním náročné životní situace v podobě hrozící ztráty a následně z utrpené ztráty. Lze tedy konstatovat, že paliativní péče je zaměřena na člověka celostně, je tedy holistická a zahrnuje v sobě všechny čtyři základní dimenze člověka, znamená to tedy, že člověk je bytost biologická, psychická, sociální a spirituální (23, 31).

1.7 Potřeby terminálně nemocného

1.7.1 Potřeby

Lidská osoba je bytost holistická, znamená to tedy, že člověk není pouze složen z různých částí, které dávají jeden celek, ale je to integrovaná bytost, která má ve svých čtyřech dimenzích své potřeby – tedy potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Jiným dělením lze také potřeby rozčlenit na potřeby nižší a vyšší. Nižší potřeby jsou potřeby základní, které člověk potřebuje uspokojovat kvůli své existenci. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, nemá jedinec potřebu uspokojovat potřeby vyšší a naopak – jsou-li potřeby nižší uspokojeny, do popředí zájmů se dostávají potřeby vyšší a jedinec touží tyto potřeby uspokojovat. Jednou z významných osobností, která se potřebami zabývala, byl americký psycholog Abraham H. Maslow, který je hierarchicky uspořádal dle důležitosti do pyramidy potřeb (viz příloha č. 2) (23, 32).

Člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální. Zdravotníci si ale velice často tyto čtyři dimenze lidské osobnosti neuvědomují. V nemocnici je prioritou uspokojovat potřeby biologické, a to především ty, které lze objektivně hodnotit, např. výživu – stravování, vyprazdňování, popř. hmotnost člověka; ostatní potřeby jsou bohužel velice často odsunovány do pozadí. Že nemocný potřebuje občas více než lék vlídné slovo sestry nebo lékaře, si stále ještě dnes velká část zdravotnického personálu neuvědomuje. Zdá se, že je důležité, aby nemocný neměl hlad, měl kde spát a nebyl příliš na obtíž, tedy aby neměl ani velkou bolest. Je pravda, že v době nemoci právě biologické potřeby vystupují do popředí, není to ale vždy pravidlem, a to obzvlášť u umírajících. Skutečností je, že umírající potřebuje mít zvládnutou bolest, to ale není zdaleka vše, co potřebuje. Touží se setkat se svými blízkými, dát do pořádku nevyřešené záležitosti a také velice často touží po Bohu nebo jiné duchovní síle. Strach a obavy ze smrti a konečnosti bytí často vyvolávají otázky po existenci posmrtného života a odpovědí je nejednou konverze k nějakému náboženství. Proto nelze jednoznačně říci, které z potřeb jsou pro umírající nejdůležitější. Jako je každý jedinec individuální, tak jsou individuální jeho potřeby a jejich uspokojování (2, 3, 20, 32).

1.7.2 Potřeby biologické

K životu potřebuje člověk, aby mu správně fungoval jeho organismus, uspokojovat základní biologické potřeby, mezi které např. patří potřeba výživy a vyprazdňování, potřeba spánku, pohybu, kyslíku, potřeba nemít bolest, potřeba rozmnožování a další. Je-li ovšem člověk na konci svého života, některé biologické potřeby ustupují do pozadí – terminálně nemocný již nemá potřebu být sexuálně aktivní, také potřeba výživy není na sklonku života nejdůležitější. Naopak o některé potřeby by měla sestra pečovat ve zvýšené míře (22, 32).

Aby mohl terminálně nemocný prožít kvalitně poslední část svého života, potřebuje být zbaven bolesti. Bolest člověka velice ovlivňuje a je-li přítomná, má vliv na chování nemocného. Bolest je subjektivní prožitek, který může být velice užitečný hlavně v počátečním stádiu onemocnění. Nezřídka je prvním ukazatelem onemocnění, který přivede nemocného k lékaři. Je-li ovšem bolest nesnesitelná nebo chronická, ztrácí svůj význam a je důležité vhodně ji léčit. Správné vyhodnocení bolesti je nezbytné pro její vhodnou léčbu. Někdy sestry bolest bohužel podceňují a pak nelze efektivně bolest léčit. Aby mohla sestra bolest správně vyhodnotit, je nutné, aby se nemocného na bolest pravidelně ptala. Jestliže nemocný bolest udává, měla by sestra nemocnému věřit, poté vybrat vhodné léčebné možnosti a podat ve správný čas lékařem naordinované léky. Při vyhodnocování bolesti by se měla sestra zaměřit na lokalizaci bolesti – bolest se může vyskytovat v jednom okamžiku na více místech, a tedy by měla sestra vyhodnocovat bolest na každém místě zvlášť, protože může jít o různé druhy bolesti a každá může vyžadovat jiný léčebný postup. Dále by se měla sestra zaměřit na intenzitu bolesti, charakter bolesti a na časový faktor. Nejrozšířenější metodou měření intenzity bolesti je vizuální analogová škála bolesti; bolest se hodnotí na stupnici 0 až 10, kdy 0 je žádná bolest a 10 představuje bolest nesnesitelnou. Charakter bolesti sestra hodnotí podle verbálního vyjádření nemocného, který bolest může popsat jako bolest tupou, ostrou, bodavou, vystřelující, nebo také jako křeč, pálení či brnění apod. Podle časového faktoru lze bolest hodnotit jako bolest epizodní, tedy bolest, která se vztahuje k určitému pohybu či aktivitě, lze ji předem vytušit a zabránit jí pomocí analgetik. V souvislosti s bolestí se lze setkat s termínem bolest průlomová. To je

bolest, která se předem neočekává a přichází náhle často ve velké intenzitě (3, 22, 31, 32).

Dalším tělesným symptomem, který je v paliativní péči nutné řešit, je dýchání. Terminálně nemocní mají často potíže s dýcháním a je žádoucí tento tělesný dyskomfort řešit. Tento „hlad po kyslíku“ neboli dušnost je jedním z nejobtížněji snášených symptomů. Trpí-li klient dušností, je velice omezený a kvalita jeho života je snížena, proto je důležité se na dušnost zaměřit. Je-li nemocný člověk dušný, sestra by se ho měla snažit nejdříve uklidnit, protože neklid dušnost zhoršuje a dělá ji nesnesitelnější. Dále by měla sestra nemocnému pomoci zaujmout polohu, která bude pro něj co možná nejvíce pohodlná a která mu usnadní dýchání. Je-li dušnost závažná, lékař obvykle ordinuje kyslík, popř. další léky. U nádorových onemocnění, kdy nádor způsobuje obstrukci dýchacích cest, či prorůstá do plicních struktur, není léčba kyslíkem prioritou číslo jedna. Zde je vhodnější paliativní radioterapie (bronchogenní karcinom a tumor způsobující endotracheální obstrukci); v některých případech se také doporučuje paliativní chemoterapie nebo hormonální terapie. Oxygenoterapie je v paliativní péči nezbytná, má ale své nevýhody – nemocný s kyslíkem musí být monitorován, je omezen ve všedních činnostech a snadno vzniká na kyslík fyzická i psychická závislost. V souvislosti s dýcháním se lze v paliativní péči setkat s tzv. chrčivým dýcháním, které se vyskytuje zejména v poslední fázi umírání. Toto chrčivé dýchání vzniká z hromadění sekretů v dýchacích cestách, které jsou procesem umírání těla již tak zesláblé, že nejsou schopny odkašlání. Toto chrčivé dýchání není nutné řešit, pokud to umírajícího očividně neobtěžuje. Na tuto skutečnost je třeba upozornit doprovázející a je dobré jim vysvětlit, že toto hlasité dýchání není projevem dušnosti ani jiného tělesného utrpení (22, 28).

Nevolnost a zvracení jsou další velmi časté fyzické symptomy v paliativní péči. „Odhaduje se, že 50–60 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním trpí nevolností a zvracením“ (22, s.143), což je velmi významné číslo, protože paliativní péče se poskytuje v nejširší míře především v hospicích, kde je průměrně 90 % pacientů s onkologickou diagnózou. Pro sestru je důležité, aby věděla, proč má nemocný nauzeu a zvrací. Příčin může být několik a ne všechny vyžadují stejný ošetrovatelský postup.

Jestliže má nemocný tyto obtíže po léčích, je třeba to oznámit lékaři a domluvit případnou změnu ordinace. Dále může nemocný zvracet z důvodu metabolické poruchy, radioterapie, zánětu na trávicím traktu, z důvodu dráždění čichového nervu, patologických změn na mozku a především z důvodu obstrukce a mechanické příčiny (zácpa, tumor, ascités, atd.). Ať je příčina nevolnosti a zvracení známá nebo ne, měla by sestra věnovat pozornost také dalším příznakům, které mohou nevolnost a zvracení provázet (bolesti dutiny ústní, bolesti břicha, průjem nebo zácpa, škytavka, zvracení bez nevolnosti nebo naopak nevolnost bez zvracení,...). Prvním z opatření při nevolnosti a zvracení bývá poskytnutí emitní misky, dále popř. poskytnutí patřičné hygieny a zároveň podání antiemetik dle ordinace lékaře. Mezi další patří dietní opatření. Je-li nauzea a zvracení opakovaného rázu, přijde na řadu úprava prostředí, kde se nemocný stravuje a hlavně úprava jídelníčku. Je dobré stravování plánovat, je-li to možné, podle nemocného. Z jídelníčku by se měla vyřadit jídla příliš sladká, tučná a smažená; jídlo mírně prisolené může naopak chuť k jídlu povzbudit. Porce se doporučují zmenšit a vhodně esteticky upravit. Doporučují se spíše jídla chladnější, dobře bývají snášeny ochucené kostky ledu, někdy i zmrzlina. Krátce před jídlem ani po něm není vhodné vykonávat větší fyzickou aktivitu a z ošetrovatelských výkonů není vhodné v tuto dobu provádět celkovou hygienu. V každém případě se doporučuje zvýšit hygienu dutiny ústní, a to nejen z hygienických důvodů, ale také pro zlepšení chuti k jídlu (22).

Mezi další projevy fyzického dyskomfortu v péči o umírající patří např. únava, zácpa a průjem, porucha výživy a tekutin a další. Všechny tyto symptomy nemocného nějakým způsobem omezují a kvůli nim se nemusí cítit po biologické stránce v pohodě. Je na sestře, aby tyto potíže včas objevila a zajistila kvalitní péči (22, 28).

1.7.3 Potřeby psychosociální

Onemocní-li člověk, ať už je starý nebo mladý, je jeho psychika vždy nějakým způsobem ovlivněna a to někdy méně, jindy více. Jedná-li se o chorobu závažnou, je dopad na psychiku jedince větší a také se většinou obtížněji zvládá. Jedním z nejobávanějších onemocnění dnešní doby je rakovina, která člověka téměř vždy

hluboce zasáhne. V dnešní době počet onkologicky nemocných stále stoupá, a i když věda značně pokročila a mnoho nemocných s rakovinou přežívá svoji nemoc po dlouhý čas, nebo se zcela vyléčí, je stále mnoho lidí, kteří tomuto onemocnění podlehnou. Toto onemocnění je v naší populaci již tak rozšířené, že se jen stěží najde rodina, ve které by se v širší přízni rakovina nevyskytla. Ať je ale onemocnění jakéhokoli rázu, je-li nevléčitelné, je to vždy pro jedince i jeho blízké velmi náročné. Než nemocný přijme verdikt nevléčitelného onemocnění, prochází tzv. fázemi prožívání nemoci, které definovala již v roce 1973 Elisabeth Kübler-Ross (viz kapitola 1.2). Těmito fázemi prochází podobně i rodina a blízcí přátelé nemocného a nezřídka se stává, že nemocný se nachází v jiné fázi, než jeho blízcí. Nemocný tedy může být již v očekávané fázi smíření a rodina může stále bojovat a doufat v uzdravení. Toho by si měla být sestra vědoma a měla s tím počítat, protože to může být pro umírajícího velmi zatěžující a bolestné. Je tedy na sestře a dalších ošetřujících, aby pomohli doprovázejícím dospět také do fáze smíření a přitom hájili práva pacienta (viz příloha č.3) (33).

Onemocní-li člověk nevléčitelnou chorobou, nejen že si obvykle přehodnotí své dosavadní životní hodnoty, ale velmi často také ztrácí dosavadní pocit bezpečí a jistoty. Dostává se z pozice zdravého člověka do pozice člověka omezeného s nejasnou budoucností. Životní cíle krátkodobé i dlouhodobé se najednou jakoby hroutí, nemocný se zdá být svojí chorobou zaskočen a náhle neví, jak se chovat a jaký postoj zaujmout. Jasná představa o budoucnosti spolu se všemi plány jakoby mávnutím proutku náhle mizí. Nemocný prožívá existenciální tíseň, která zahrnuje otázky umírání a smrti, otázky smyslu života, pocitu vlastní hodnoty, samoty, svobody a další. Do popředí se staví strach ze smrti, která se stává konkrétní a blízkou. Strach je velmi často ohromující, prostupuje celou bytost člověka a mění pohled na mnohé věci a události. Umírající se obává blízkého konce, postupného chátrání tělesné schránky a ztracení fyzické síly, závislosti na druhých a bezmocnosti, bolesti, samoty, dopadu jeho nemoci a smrti na rodinu a její zabezpečení a také se bojí, co bude po smrti, zda-li existuje posmrtný život. Prožívání strachu ze smrti je individuální, tak jako je individuální a originální každý člověk, a je ovlivněn nejen kulturou a náboženským vyznáním, mnohdy také nechtěně chováním zdravotníků a okolím. Vždyť umírání

a smrt jsou stále tabuizována, nepopulární a negativní témata, o kterých se mnoho lidí odmítá bavit, což strach ze smrti ještě více umocňuje a nemocný umírající se může cítit velmi osamocený, a to i přesto, že má kolem sebe své blízké. Toto duševní utrpení, které je způsobeno samotou, může být tolik kruté, že se umírající uzavře do sebe a ztratí důvěru ve své okolí, což může navíc zhoršit prožívání tělesného utrpení. Tělesné symptomy umí v dnešní době paliativní péče poměrně dobře léčit, obtížnější je to s utrpením psychickým v souvislosti s existencí tísni. Toto utrpení je specifickým problémem umírajících, které ohrožuje samotnou podstatu osobnosti, a proto je mnohem těžší a hůře zvladatelné a ovlivnitelné než fyzická bolest nebo deprese. Proto by měla být sestra pečující o umírající empatická a neměla by nechat umírajícího nemocného upadnout do izolující samoty (20, 22, 25, 26).

Komunikace s nemocným by měla patřit k základním dovednostem nejen sestry, ale také celého zdravotnického týmu. Je to dovednost náročná a člověk se jí učí po celý život. Specifická a snad nejnáročnější komunikace s nemocným je komunikace s umírajícím člověkem a jeho blízkými. Sestra by se měla naučit hovořit o smrti otevřeně a odpovídat umírajícímu na jeho otázky pravdivě, protože umírající lež velmi často vytyší, poté ztrácí v sestře důvěru, cítí se oklamán a následně se může izolovat. Je-li téma smrti aktuální, neměla by se mu sestra vyhýbat. I přestože musí balancovat s nepříznivou prognózou, neměla by sestra nikdy nemocnému brát jeho naději. V takovémto rozhovoru lze dosáhnout rovnováhy právě tím, že se sestra zaměří na kvalitu života nemocného, který mu ještě zbývá. Komunikace s umírajícím však nezahrnuje jen složku verbální. V některých situacích se slova hledají velmi těžko, jindy ani mluvit není vhodné a slova naopak mohou umírajícího ranit. V dnešním moderním světě se klade velký důraz na obraz těla. Každý chce být krásný, mladý a štíhlý. Tělesný vzhled se stal mnohým životní hodnotou. V době nevléčitelné nemoci se ale tělesný obraz obvykle mění, stává se nehezským a před takovými lidmi svět zavírá oči. Umírající se se svým změněným obrazem vlastního těla velmi často neumí smířit, cítí se méněcenný a nezřídka odpudivý. Přesto velmi často touží po tělesném kontaktu. Sestra by měla tuto potřebu vycítit a nebát se umírajícího dotknout, pohlídat ho, podržet ho za ruku. Toto empatické gesto milosrdenství spolu s laskavým pohledem od srdce často

umírajícího na jeho těžké cestě povzbudí a posílí, a to mnohdy více než slova útěchy. (22, 25). Tento blahodárný vliv radosti a lásky znali lidé již od pradávna a věděl to také i moudrý král Šalamoun, který řekl: „Radostné srdce hojí rány, kdežto ubitý duch vysušuje kosti“ (30, s.33).

1.7.4 Potřeby spirituální

V minulých dobách byla péče o umírající různá. Někdy se považovala nemoc za Boží trest a vyléčení bylo jen v Božích rukách, jindy se snažili lidé naopak umírajícímu ulehčit sami a na Boha si vzpomněli jen někdy. V době nedávno minulé se na Boha v naší zemi jakoby téměř zapomnělo a jediné co umírající potřeboval, byla lékařská péče. Dnes se již naštěstí na ošetrovatelských školách učí, že člověk je holistickou jednotkou a proto nepotřebuje uspokojovat jen potřeby biologické, ale také psychické a sociální. To je nyní velmi populární trend, na školách se tomu vyučuje a již i v praxi je vynaloženo úsilí tyto potřeby uspokojovat. Nemocní mohou mít již návštěvy ve zdravotnickém zařízení téměř po celý den, velký důraz je kladen na komunikaci a psychologii. Na co se ale stále zapomíná, je péče spirituální. Když se vyřkne slovo spirituální, mnoho lidí si představí pod tímto slovem jen Boha, nebo náboženství. I když náboženská víra patří mezi nejdůležitější spirituální potřeby, není jedinou spirituální potřebou. Lze říci, že téměř každý umírající má spirituální potřeby a přesto mnoho lidí je bez vyznání, i když se celkem často stává, že tzv. ateista na smrtelné posteli konvertuje k nějakému náboženství. Přestože Česká republika patří k nejateističtějším státům na světě, je důležité na spirituální potřeby religiózního charakteru pamatovat. Dnes je mnoho sester bez vyznání, náboženství není pro ně prioritní hodnotou, a proto také na tyto potřeby zapomínají. Je nutné si uvědomit, že právě spirituální potřeby v terminální fázi onemocnění vystupují do popředí a jejich neuspokojení může být pro nemocného velkou trýzní a spirituální bolestí. Proto je žádané, aby měla sestra o nejznámějších světových náboženstvích základní přehled. Na našem území je stále nejrozšířenější vyznání římsko-katolické, vzhledem k migraci obyvatel a s nimi příchodu nových kultur se objevují ale i náboženství další a to může být velikým zdrojem nedorozumění, jestliže na to není sestra připravena (2, 20, 22, 23).

Uspokojování spirituálních neboli duchovních potřeb není vůbec snadné. Dnes se již k umírajícímu automaticky duchovní nevolá, tak jak tomu bylo dříve. Ostatně duchovní potřeby neuspokojuje jen kněz či pastor, ale duchovní službu může poskytnout i sama sestra, nebo další doprovázející osoba. Duchovní služba by měla vést umírajícího člověka k tomu, aby se smířil se svým životem a se svou konečností, aby uměl svůj život zhodnotit a případně by mu měla pomoci v jeho víře. Důležité je zjistit, jestli je umírající nějakého vyznání, jestli duchovní pomoc absolutně odmítá, nebo zda není hledající – potom je důležité pomoci mu najít správnou cestu a povzbudit jeho naději. I když to může být v rozporu s vírou nebo hodnotami doprovázejícího, mělo by se jeho vyznání, přání a popř. modlitby či rituály respektovat a brát na vědomí. Umírající si velmi často klade otázku, zda existuje posmrtný život a co se s ním po smrti bude dít, nebo jak sama smrt vypadá. Je dobré umírajícímu nechat vždy nějakou naději, ať je již umírající nebo i doprovázející praktikující věřící, nebo zcela bez vyznání. Fakt je, že poměrně mnoho lidí prožilo tzv. klinickou smrt a potom nadšeně vyprávěli o tom, co prožili. To velice zaujalo vědce, kteří provedli výzkum tohoto „Lazarova syndromu“ a došli k závěru, že po srdeční zástavě není mozek zásoben kyslíkem a dochází k hypoxii mozku, což následně způsobí zvláštní snění, které lidé prezentují jako posmrtný život. Existují ale případy, které jsou tak zvláštní, že by se vědcům těžko obhajovaly. Velmi zajímavé jsou příběhy z hospiců a od lůžek umírajících, kteří svoji životní pout' zakončili v laskavé péči svých blízkých. Mnoho z těchto doprovázejících se stalo svědkem nevysvětlitelných a nezapomenutelných krásných okamžiků, které by je nikdy nepřesvědčili o mozkové hypoxii. Proč by se někteří lidé v okamžik smrti tak nádherně usmívali, nebo by se jakoby s někým vítali? Někteří umírající ještě sami stačili povědět těsně před smrtí, že vidí krásné jasné světlo nebo milou osobu a potom skonali se zářícím úsměvem na tváři. Je na každém člověku, aby si tyto prožitky zpracoval sám. Někdo to může opravdu chápat jako mozkovou hypoxii, jiný v tom může vidět nahlédnutí do posmrtného života. Těchto skutečností by si měla být sestra vědoma a nikdy by neměla umírajícímu brát jeho naději a přesvědčení (20, 32).

1.8 Péče o sestru

1.8.1 Požadavky na sestru

Povolání sestry je velmi náročné v oblasti fyzické i psychické. Sestra „musí“ být pohotová, flexibilní, zručná, měla by být spravedlivá, sociálně vyzrálá, komunikativní, empatická, měla by mít odborné znalosti, měla by pečovat o estetiku okolí i svého vzhledu, měla by se zajímat o nemocného a jeho potřeby a ty by měly být pro ni prioritní. Jednoduše řečeno by měla mít profesionální a zároveň holistický přístup k člověku. V souvislosti s vykonáváním svého povolání se sestra dostává do různě náročných situací. Mezi nejtěžší okamžiky patří setkání se s umíráním a se smrtí (3, 19). V souvislosti s umíráním se lze setkat s termínem respitní péče, což znamená péče ulehčující, nebo také péče o pečující. Tato péče předpokládá od sestry takovou vyrovnanost, aby dokázala vést rodinu umírajícího k psychické vyrovnanosti. Aby byla péče o doprovázející účinná a správná, měla by být sestra altruistická. „Altruismus je definován jako nesobecká láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním.“ (6, s. 188). Tento termín definoval francouzský filozof Augustus Comte (1798–1857), který byl zároveň přesvědčený, že altruismus je třeba nadřadit egoismu, tedy péči soustředěnou především na vlastní osobu. V dnešní době je altruismus chápán asi jako sociální cítění a je často předpokladem pro výběr povolání sestry. Správné je si uvědomit, co to je tato vlastnost, a neplést si ji s přehnaným sebeobětováním, nebo také tzv. spasitelským komplexem, při kterém jedinec zapomíná, že je důležité také pečovat sám o sebe. Protože kdo to neví, nebo to nepraktikuje, je u něj později poměrně velké riziko rozvoje syndromu vyhoření (6).

1.8.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, nebo-li také „burn out“, se nelehce definuje a mnohdy se nesprávně vysvětluje. Zcela jednoduše ho lze pojmut a pochopit jako vyprahlost nebo vypálení. Poprvé byl popsán v Americe na psychiatrii, později se ukázalo, že to není problém jen psychiatrů, ale je to problém téměř všech zdravotníků a dalších pomáhajících profesí, kde se předpokládá empatie. Empatie je u těchto pracovníků

pomáhajících profesí žádoucí, ale aby byla správná – lidská a zároveň profesionální, měla by být tzv. dvoufázová. V první fázi se předpokládá vcítění se do nemocného, do jeho problémů a pochopení ho (identifikace). V druhé fázi by se měl umět pomáhající pracovník těchto problémů zbavit a odložit je (reidentifikace) a v žádném případě si je nebrat domů. Sestra by si měla uvědomovat riziko syndromu vyhoření a preventivně proti němu bojovat. Nejvíce ohroženi bývají především ti lidé, kteří před nástupem do práce nepoznali blíže svoji profesi, kterou si zvolili a již mají vytvořené iluze, očekávání a plány, které jim není práce schopna vyplnit. Obvykle syndrom vyhoření začíná velkým nadšením a angažovaností, kdy má sestra velké plány a podává velký výkon. Po nějaké době nadšení přichází stagnace, sestra si uvědomí, že její plány jsou nereálné a navíc ji připadají nároky spolupracovníků příliš vysoké. Další přichází na řadu frustrace – klient bývá vnímán jako element, který sestru obtěžuje; sestry bývají nevlídné a samotná práce není pro ně uspokojením, ale spíše zklamáním. Po frustraci přijde obvykle apatie, kdy se sestra soustředí jen na nejdůležitější úkoly a vyhýbá se obzvláště těm, které od ní vyžadují nějakou kreativitu. Následuje samotné vyhoření, které se projevuje různě. Sestra se může cítit velmi unavená a vyčerpaná, bývá zde pocit ztráty smyslu práce a přichází odcizení. Celkově se syndrom vyhoření vyvíjí různě dlouho (měsíce i roky) a projevuje se odlišně. U někoho je to velmi výrazné, u jiných to může být naopak velmi nenápadné a jakoby skryté. Lze konstatovat, že syndrom vyhoření je výsledkem nesprávných technik vyrovnávání se se stresem, je to stav duševní i tělesný a nejčastěji se projevuje negativními pocity, ztrátou chuti do práce, pochybování o smyslu práce a někdy života, objevují se pochybnosti o správné volbě povolání aj. Aby sestra nepoškozovala svým syndromem vyhoření sama sebe ani pacienta, je důležité, aby jej náležitě léčila a uvědomělá sestra aby proti němu preventivně aktivně bojovala. Jako nejvhodnější technika terapeutická, ale i preventivní, se uvádí duševní hygiena (3, 6).

1.8.3 Duševní hygiena

Aby mohla sestra pečovat a být přínosem a oporou nejen nemocnému umírajícímu, ale také jeho rodině, měla by umět především pečovat sama o sebe. Jak

pečovat o sebe sama předkládá psychohygienu, což je poměrně mladý vědní obor, ale jeho zásady byly známé již ve starověké antice. Úkolem duševní hygieny je pochopení toho, že člověk se nemá druhým lidem jen dávat, ale má také umět přijímat, nejde zde o pouhé zbavení se negativních emocí. Duševní hygiena má několik oblastí, mezi které patří např. péče o tělesný vzhled, péče o své zdraví, péče o stravování a neposlední řadě péče o tělesný a duševní život. Existuje mnoho rad a technik, jak být duševně fit, mezi nejzákladnější patří dostatek odpočinku a jeho pravidelnost. I když je povolání zdravotní sestry náročné a není možné, aby sestra pracující ve směnném provozu chodila spát pravidelně, měla by se alespoň snažit mít spánek kvalitní, nerušený a dostatečně dlouhý. Do oblasti odpočinku patří i aktivní odpočívání, což mnoho lidí neumí a neustále se za něčím ženou. Odpočinkem se rozumí i dovolená. Doporučuje se, aby byla spíše souvislá a to optimálně 2 týdny. Mezi další doporučení patří kontakt s přáteli mimo obor zdravotnictví. Provozní směny jsou sice náročné na čas, je ale přínosné se s přáteli setkávat alespoň jednou za čas. Vhodné jsou také procházky do přírody, různé kulturní akce a někdy stačí odreagování na zahrádce nebo jiné ruční nebo domácí práce. Má-li sestra nějakou zálibu, měla by se jí věnovat a snažit se jí rozvíjet, i přestože se jí nemůže věnovat kvůli náročnosti povolání naplno. V každém případě je ale důležitá péče přímo o tělo. Není-li sestra v pořádku po fyzické stránce, promítá se jí to do psychiky a následně to působí negativně na nemocné. Pro fyzickou pohodu je nezbytné dodržovat zdravý životní styl. Mezi základní zásady patří již zmíněný odpočinek, spánek a zdravá výživa, radí se sem také přiměřený pohyb a další. Pro psychickou pohodu je důležitá pracovní a osobní spokojenost a vztahy na pracovišti i doma. Ne vždy a všude jsou vztahy ideální, ale chce-li je člověk nějakým způsobem změnit a ovlivnit, vždy by se měl nejprve zamyslet sám nad sebou, co pro to může udělat on sám. V naší době je poměrně již mnoho možností jak psychohygienu provádět a je na každé sestře, aby si sama pro sebe vybrala nejvhodnější možnosti, a tak nenechala vyčerpat své síly až do dna (3, 5, 6, 16). Jisté rady, jak pečovat sama o sebe, dávala již v jednom z prvních hospiců v Anglii svým ošetřovatelkám také doktorka Sheila Cassidyová (viz příloha číslo 4), která si byla vědoma toho, že je nutné, aby pečující, který má být přínosem umírajícím, byl nejprve on sám v pořádku.

Smrt je kruté slovo. Jakoby do naší doby ani nepatřilo. Může být ale opak pravdou? Smrt patří do každé doby a nikdo se jí nevyhne. Snad ji lze vytěsnit do pozadí – vypovídá o tom náš moderní svět, kterému se na smrt skoro podařilo zapomenout. Jaký je asi důvod? Můžeme se i setkat s následujícím názorem. Smrt je tak jedinečný a ničím neopakovatelný okamžik, na který bychom se měli připravit. Je to tolik zvláštní zkušenost absolutně lišící se od všech ostatních a přesto je vnímána negativně. Je pravdou, že období umírání je velmi náročné období pro samotného umírajícího i doprovázející. Vždy se našli lidé, kteří se smrtí zabývali, psali o ní a stále se o ní mnoho píše. Nikdo ji ale nikdy nevystihne přesně. Vždyť jak může někdo psát o smrti, když sám tento jedinečný okamžik smrti nikdy neprožil? Pro někoho to může být i posvátným okamžikem. Proč se lidé smrti bojí? Bojí se, že už nic nebude? Kdyby opravdu nic nebylo, tak se přeci není čeho bát! Nebo se bojí Boha? Bojí se svého svědomí? Vždyť se říká, že „Bůh je milující otec s širokým srdcem plným bezedného milosrdenství, který neodmítne žádného, kdo v něho doufá“, také se říká, že „Bůh je láska“, že „láska je silnější nežli smrt“, a „naděje umírá poslední“. Tohoto strachu ze smrti se může člověk zbavit ve fázi smíření. Pak je možné říci, že šlo o dobrou smrt, a protože sestra pomohla člověku důstojně ho doprovodit, naplnila tak svoji roli důstojným doprovázením.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem je posoudit možnosti poskytování ošetrovatelské péče ošetřujícím zdravotnickým personálem v nemocnici a v hospici o klienta ante finem.

2.2 Hypotézy práce

H1. Ošetřující zdravotnický personál poskytuje ošetrovatelskou péči klientovi ante finem dle standardu obou typů zařízení.

H2. Přístup péče o klienta ante finem je podmíněn emoční vyrovnaností ošetřujícího zdravotnického personálu.

H3. Ošetřující zdravotnický personál v nemocničním zařízení si neuvědomuje, že umění doprovázet je součástí ošetrovatelského procesu.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

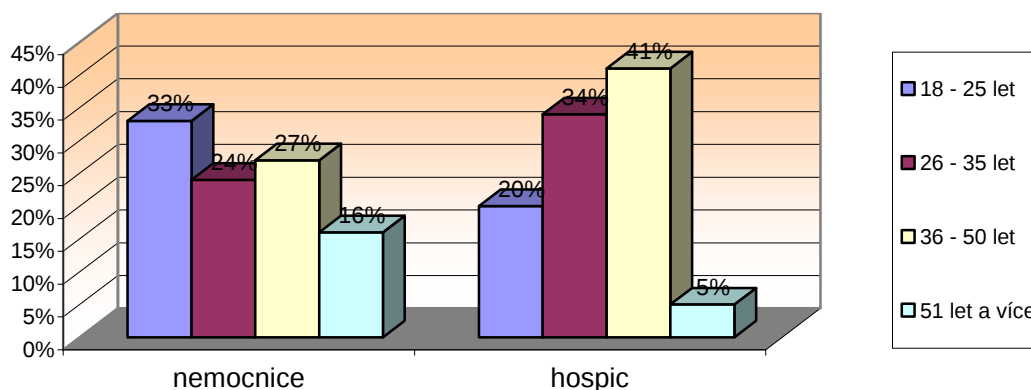
Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou. Byl použit dotazník pro ošetrovatelský zdravotnický personál pracující na lůžkových odděleních nemocnice (ONP, interní odd.) a v hospici (viz příloha č. 5). Dotazník byl anonymní a byl sestaven z otázek uzavřených; polouzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru; a otázek otevřených, které vybízely k vyjádření vlastního názoru. Dotazník obsahoval 25 otázek, které nejčastěji nabízely možnost výběru ze 4 nebo 5-ti možných odpovědí. Prvních 5 otázek bylo identifikačních; otázky 6 a 7 se týkaly setkávání se s úmrtím; na ošetrovatelský standard byly zaměřeny otázky 8 a 9; s umíráním spojeny byly otázky 10, 11, 12 a 17; na problematiku ošetrovatelského procesu a potřeb člověka byly zaměřeny otázky 13, 14, 15 a 16; emocemi se zabývaly otázky 18 a 19; a otázky 20, 21 a 22 byly zaměřeny na problematiku vlastní smrtelnosti. Otázky 24 a 25 byly otázky otevřené a nabízely vyjádření se k paliativní péči a jejím možnostem, které respondentům na oddělení chybí v poskytování péče klientům ante finem.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořil ošetrovatelský zdravotnický personál bez rozdílu věku, vzdělání a délky praxe ve zdravotnictví. Dotazníky byly rozdány v Nemocnici České Budějovice a.s., v Nemocnici Jihlava a v Nemocnici Třebíč na interním oddělení a oddělení následné péče; a v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci a v Hospici sv. Alžběty v Brně. Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků během měsíce února a března 2008; nevrátilo se 7 dotazníků a 11 dotazníků se vrátilo prázdných. Návratnost dotazníků byla 88 % z původního počtu. Dále bylo vyřazeno 15 dotazníků pro neúplné vyplnění. Celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 136 dotazníků, tedy 80 % z původního počtu rozdaných dotazníků. Výzkumný soubor tvořil 136 respondentů.

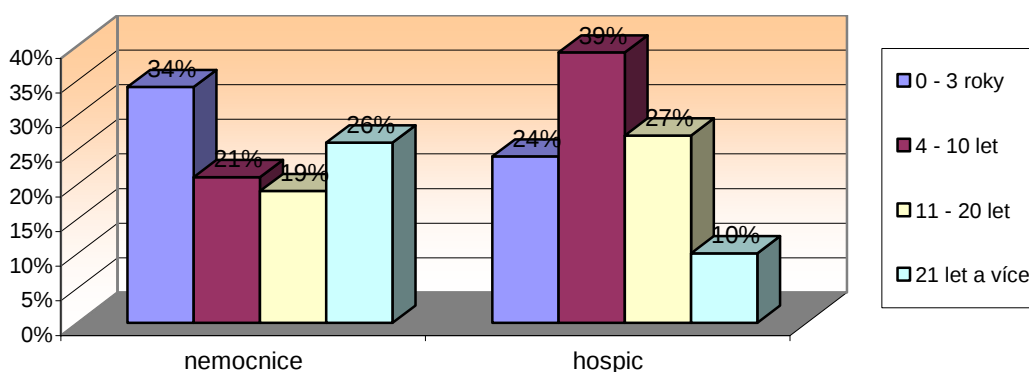
4. Výsledky

Graf 1 Věkové kategorie



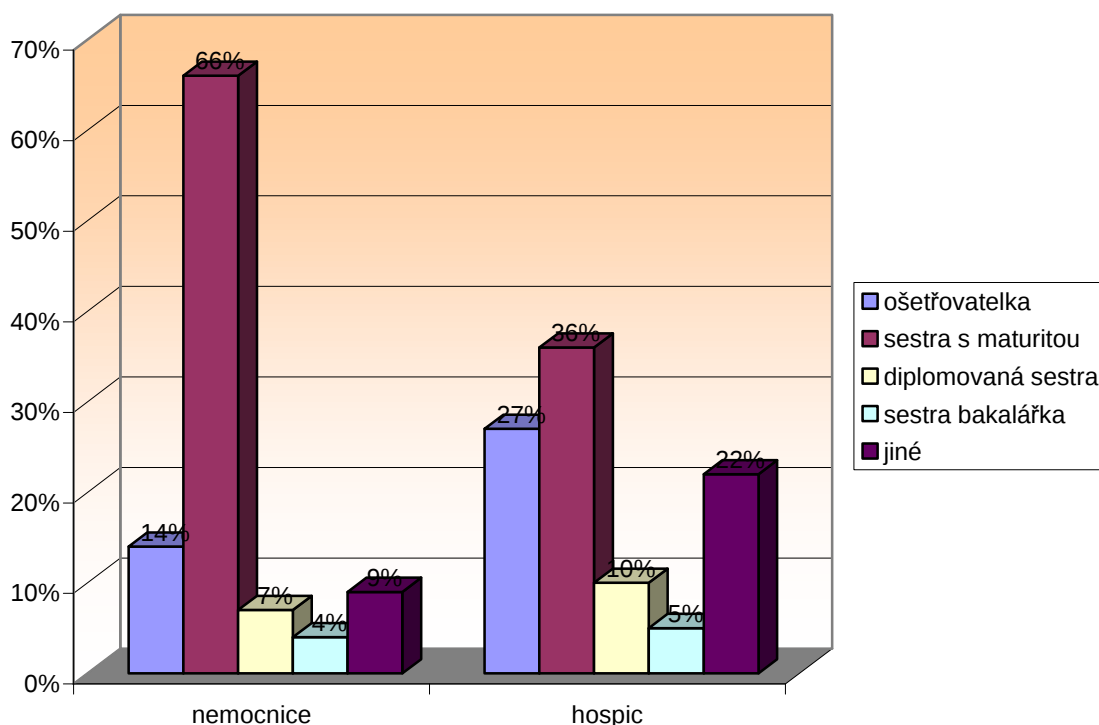
Graf ukazuje, že z celkového počtu 95 respondentů z nemocnice (100 %) bylo 31 respondentů (33 %) ve věku 18 – 25 let, 23 respondentů ve věku 26 – 35 let (24 %), 26 respondentů (27 %) ve věku 36 – 50 let a 15 respondentů (16 %) ve věku 51 a více let. Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů z hospice bylo ve věku 18 – 25 let 8 respondentů (20 %), ve věku 26 – 35 let 14 respondentů (34 %), ve věku 36 – 50 let 17 respondentů (41 %) a ve věku 51 let a více 2 respondenti (5 %).

Graf 2 Práce ve zdravotnictví



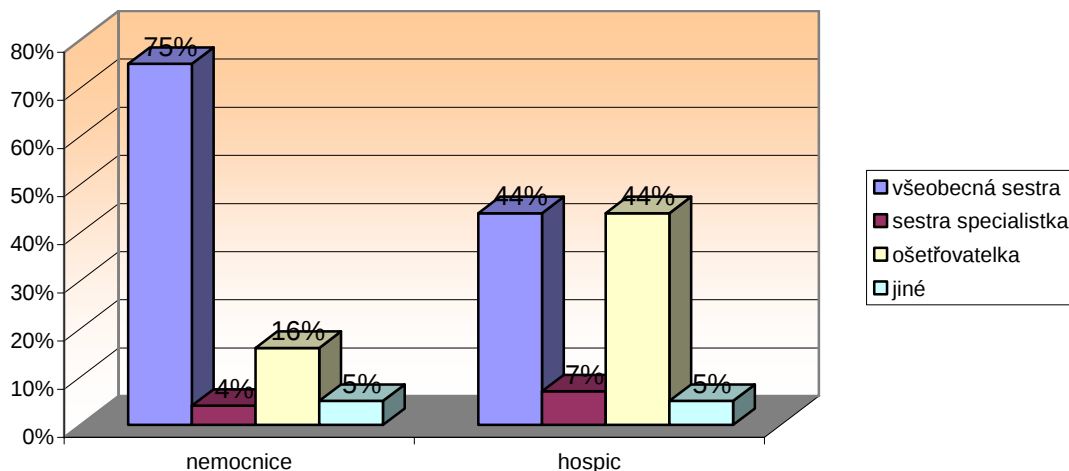
Ve zdravotnictví pracuje z nemocnice 0 – 3 roky 32 respondentů (34 %), 4 – 10 let 20 respondentů (21 %), 11 – 20 let 18 respondentů (19 %) a 21 let a více 25 respondentů (26 %). Z dotázaných respondentů z hospice pracuje ve zdravotnictví 0 – 3 roky 10 respondentů (24 %), 4 – 10 let 16 respondentů (39 %), 11 – 20 let 11 respondentů (27 %) a 21 let a více 4 respondenti (10 %).

Graf 3 Ukončené vzdělání



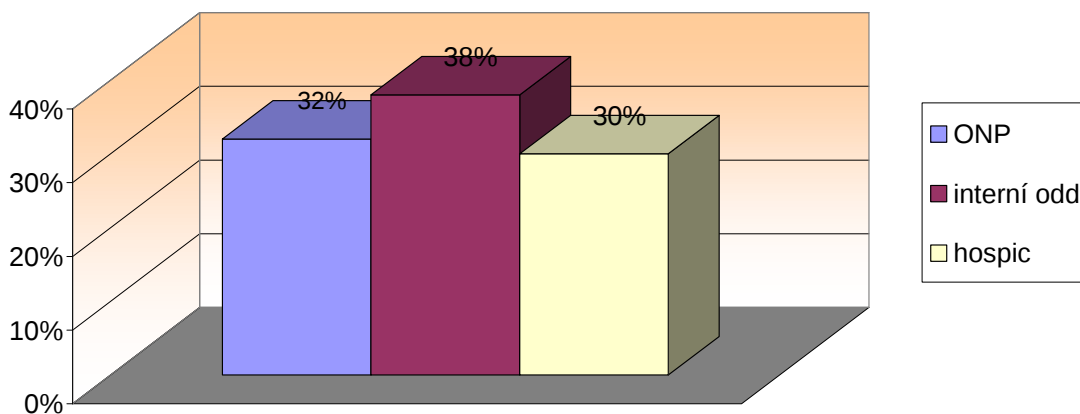
Výzkumu se z nemocnice účastnilo 13 ošetřovatelek (14 %), všeobecných sester s maturitou 63 (66 %), diplomovaných sester 7 (7 %), sestry bakalářky byly 4 (4 %) a možností „jiné“ odpovědělo 8 respondentů (9 %) – z toho 6 respondentů uvedlo pomaturitní specializační studium, 1 respondent uvedl jinou SOŠ než SZŠ a 1 respondent studuje VZŠ. Z hospice bylo ošetřovatelek 11 (27 %), všeobecných sester s maturitou 15 (36 %), diplomované sestry odpověděly 4 (10 %), sestry bakalářky 2 (5 %) a možností „jiné“ odpovědělo 9 respondentů (22 %), z toho 3 respondenti uvedli specializační pomaturitní studium, 2 respondenti uvedli jinou SOŠ než SZŠ, 1 respondent uvedl VŠ ošetřovatelství magisterské studium a 2 respondenti uvedli jinou VŠ.

Graf 4 Pozice na oddělení



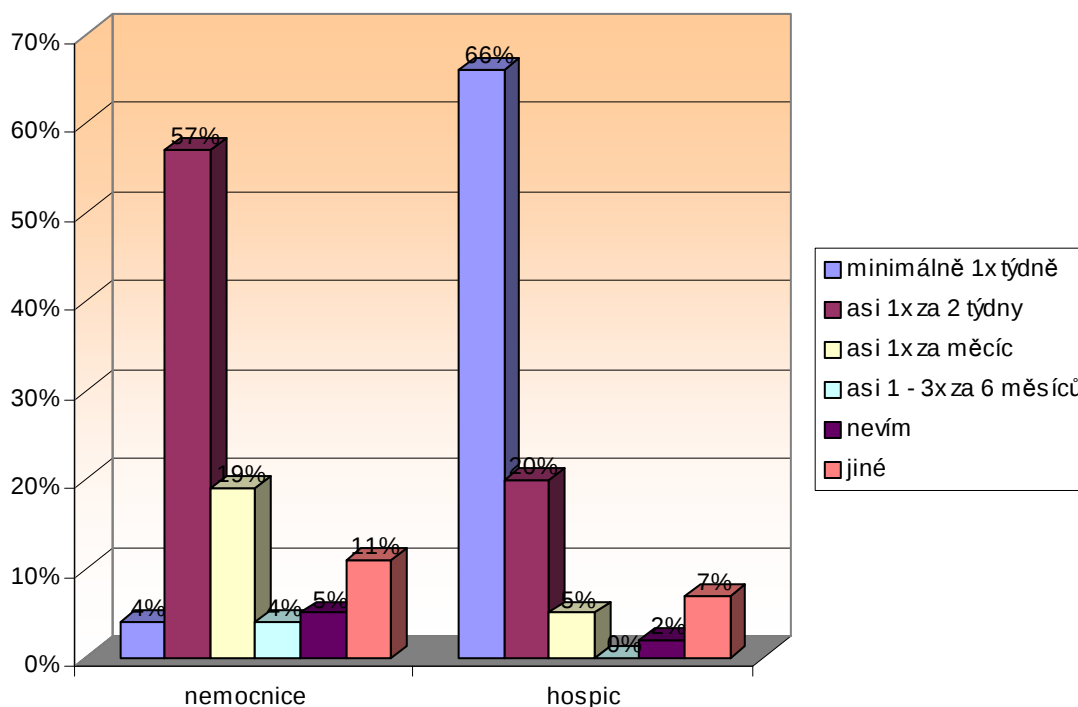
Jako všeobecná sestra na oddělení v nemocnici pracuje 71 respondentů (75 %), sestry specialistky 4 (4 %), ošetřovatelek 15 (16 %) a jinak odpovědělo 5 respondentů (5 %), z toho byly 3 staniční sestry, 1 vrchní sestra a 1 sanitářka. V hospici jako všeobecná sestra pracuje 18 respondentů (44 %), sestry specialistky 3 (7 %), ošetřovatelek 18 (44 %) a jinak odpověděli 2 respondenti (5 %), z toho byla 1 staniční sestra a 1 sanitář.

Graf 5 Pracoviště respondentů



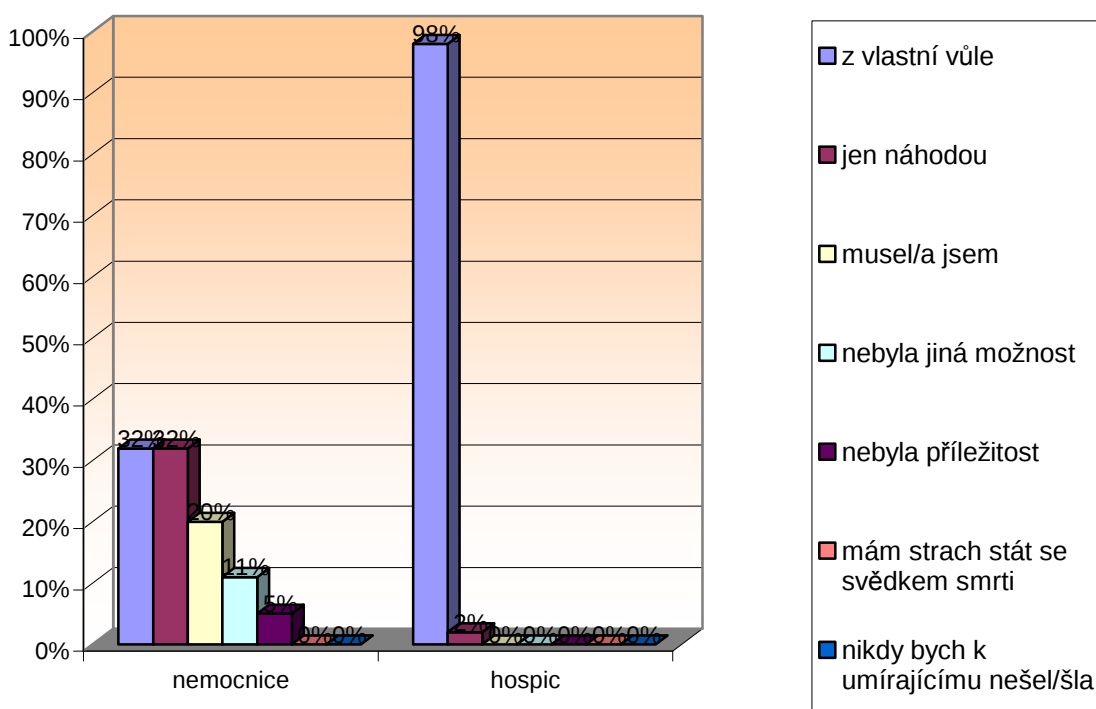
Z nemocnice z ONP odpovědělo 43 respondentů (32 %) a z interního oddělení 52 respondentů (38 %); 41 respondentů (30 %) bylo z hospice.

Graf 6 Setkávání se s úmrtím na oddělení



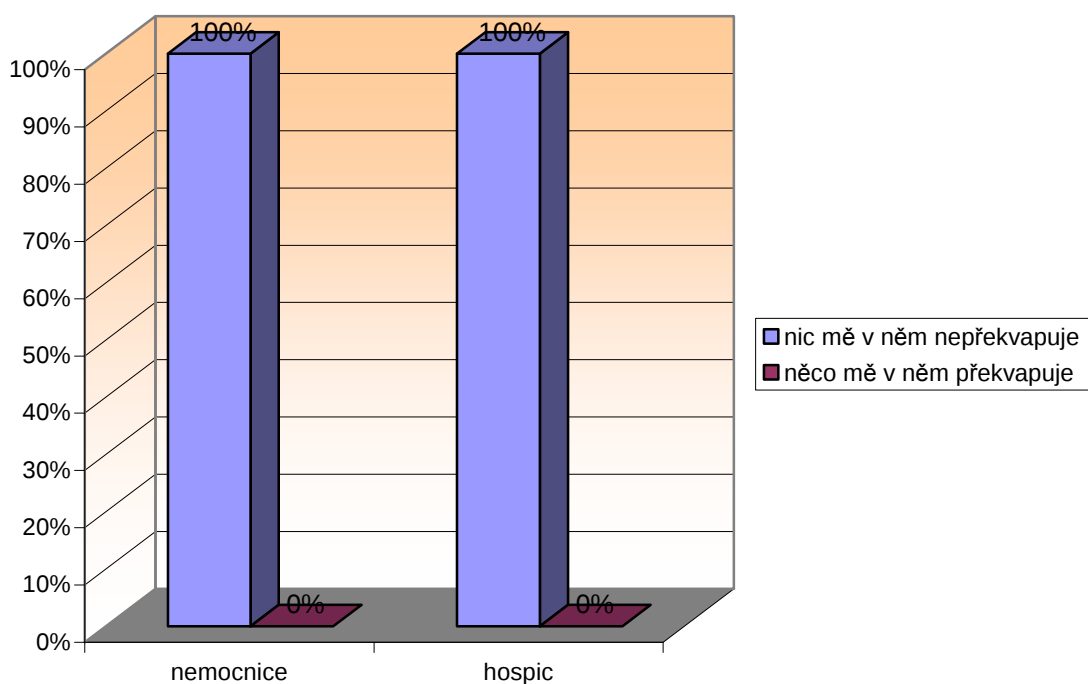
S úmrtím na oddělení setkávají z nemocnice 4 respondenti (4 %) minimálně 1x týdně, asi 1x za dva týdny 54 respondentů (57 %), asi 1x za měsíc 18 respondentů (19 %), asi 1-3x za 6 měsíců 4 respondenti (4 %), 5 respondentů (5 %) neví, jak často se s úmrtím na oddělení setkávají a 10 respondentů (11 %) odpovědělo možností jiné, kde všichni uvedli, že nelze určit, jak často se s úmrtím na oddělení setkávají, protože to bývá různé. V hospici se s úmrtím na oddělení minimálně 1x týdně setkává 27 respondentů (66 %), asi 1x za dva týdny 8 respondentů (20 %), asi 1x za měsíc 2 respondenti (5 %), asi 1-3x za 6 měsíců 0 respondentů (0 %), 1 respondent (2 %) neví, jak často se s úmrtím na oddělení setkává a 3 respondenti odpověděli možností jiné, kde také všichni uvedli, že nelze určit časovou jednotku, za kterou se s úmrtím na oddělení setkávají.

Graf 7 Přítomnost při úmrtí



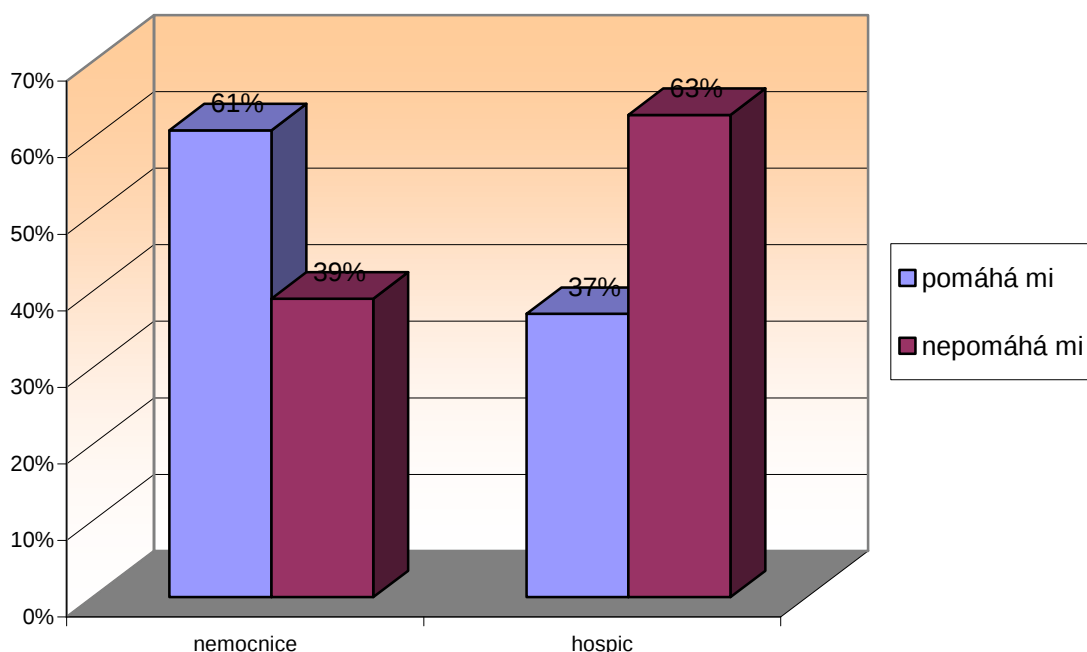
Počet respondentů z nemocnice, kteří byli přítomni při úmrtí klienta z vlastní vůle, protože ho nechtěli nechat zemřít o samotě, bylo 30 (32 %); jen náhodou bylo při úmrtí také 30 respondentů (32 %); počet respondentů, kteří z nějakého důvodu při úmrtí být museli, bylo 19 (20 %); 11 respondentů (11 %) se stalo svědkem smrti, protože nebyla jiná možnost; 5 respondentů (5 %) nemělo dosud příležitost setkat se se smrtí; a možností „mám strach stát se svědkem smrti“ a „nikdy bych k umírajícímu nešel/šla“ odpovědělo 0 respondentů (0 %). V hospici bylo při úmrtí klienta přítomno z vlastní vůle 40 respondentů (98 %), jen náhodou 1 respondent (2 %) a na další možnosti („musel/a jsem být přítomen/přítomno při úmrtí“; „nebyla jiná možnost“; „nebyla příležitost“; „mám strach stát se svědkem smrti“; „nikdy bych k umírajícímu nešel/šla“) odpovědělo 0 respondentů (0 %).

Graf 8 Ošetrovatelský standard zaměřený na péči o umírající



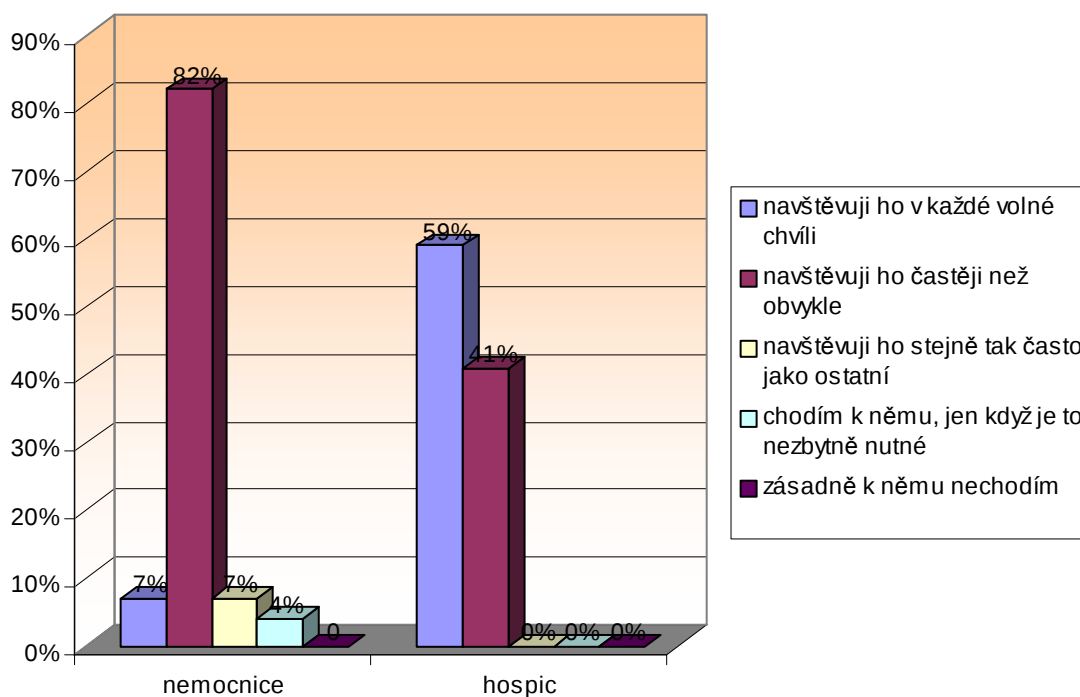
V ošetrovatelském standardu zaměřeném na péči o umírající nic nepřekvapuje z nemocnice 95 respondentů (100 %) a 41 respondentů z hospice (100 %). V ošetrovatelském standardu zaměřeném na péči o umírající je tedy něco překvapivé pro 0 respondentů (0 %) z obou typů zkoumaných pracovišť.

Graf 9 Ošetrovatelský standard v péči o umírající



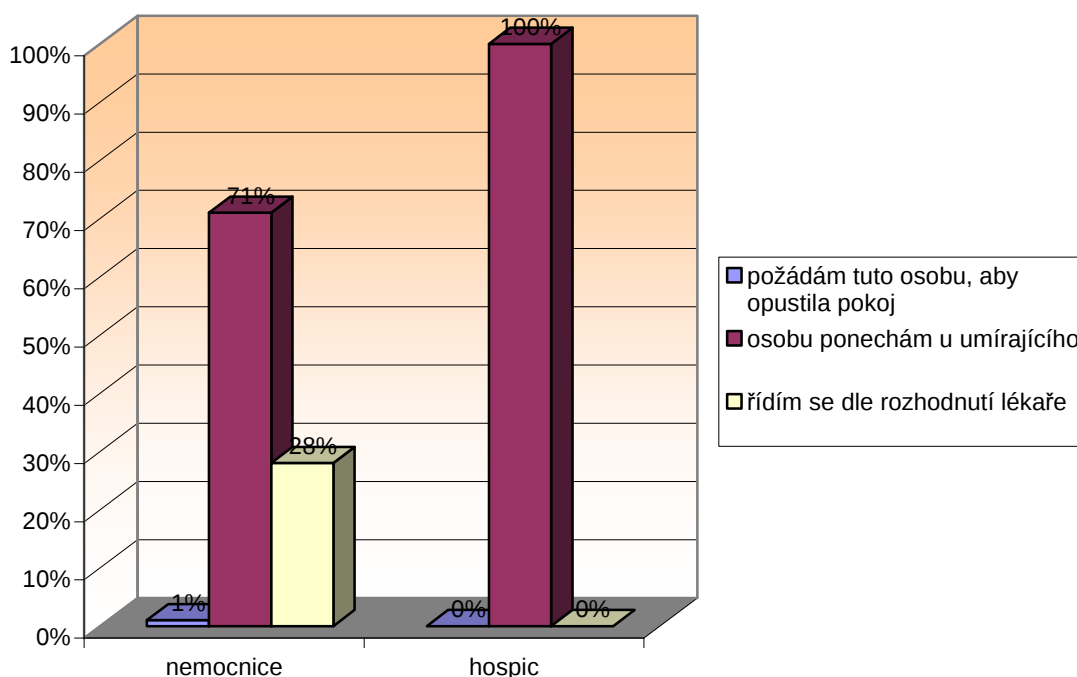
Ošetrovatelský standard pomáhá v nemocnici při poskytování péče umírajícím 58-ti respondentům (61 %) – většina z nich uvedla, že chápe oš. standard jako dobrého rádce, když si neví v péči o umírající rady; mohou v něm zjistit to, co si nepamatují; najdou v něm přesné instrukce a cenné informace; mohou si podle něj zkontrolovat, zda poskytnou kvalitní péči; a jeden z respondentů uvedl, že oš. standard limituje minimální kvalitu poskytované péče. Naopak 37 respondentů (39 %) uvedlo, že jim oš. standard v péči o umírající nepomáhá a to nejčastěji z důvodu nutnosti individuální péče, kterou konkrétní klient potřebuje a všechny možnosti tedy oš. standard nenabízí; a také velká část respondentů uvedla, že se oš. standardem neřídí buď proto, že mají na oddělení svůj speciální postup, nebo se podle něj řídit nechtějí, a někteří z respondentů uvedli, že oš. standard vůbec nečetli. V hospici ošetrovatelský standard při poskytování péče umírajícím pomáhá 15-ti respondentům (37 %) - vidí v něm také dobrého rádce a pomocníka. 26-ti respondentům (63 %) oš. standard nepomáhá, a to nejčastěji z důvodu, že oš. standard zaměřený na péči o umírající nemají k dispozici buď proto, že je v aktualizaci, nebo ho nemají dosud vytvořený. Část respondentů uvedla, že jim oš. standard nepomáhá kvůli nutnosti individuálního přístupu k umírajícím.

Graf 10 Přítomnost klienta ante finem na oddělení



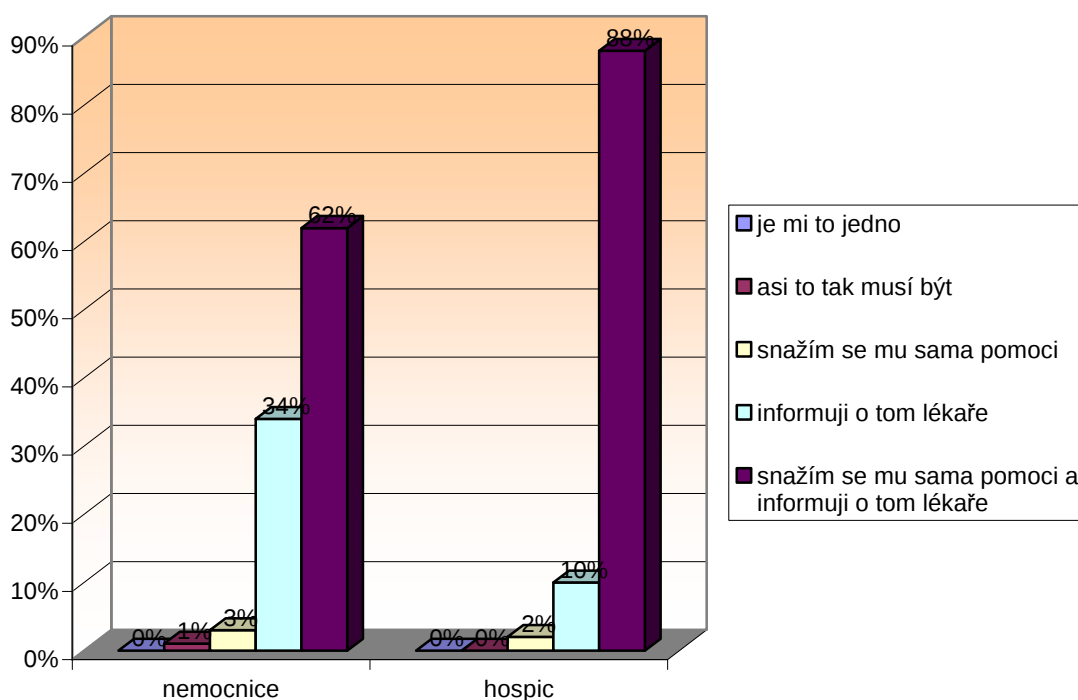
Je-li na oddělení klient ante finem v nemocnici, tak ho v každé volné chvíli na jeho pokoji navštěvuje 7 respondentů (7 %), častěji než obvykle ho navštěvuje 78 respondentů (82 %), stejně tak často, jako jiné klienty ho navštěvuje 7 respondentů (7 %), 3 respondenti (3 %) k němu chodí, jen když je to nezbytně nutné a zásadně k němu nechodí 0 respondentů (0 %). V hospici klienta ante finem v každé volné chvíli na jeho pokoji navštíví 24 respondentů (59 %), častěji než obvykle ho navštěvuje 17 respondentů (41 %) a 0 respondentů (0 %) ho navštěvuje tak často, jako ostatní; chodí k němu, jen když je to nezbytně nutné a zásadně k němu nechodí.

Graf 11 Blízká osoba u klienta ante finem



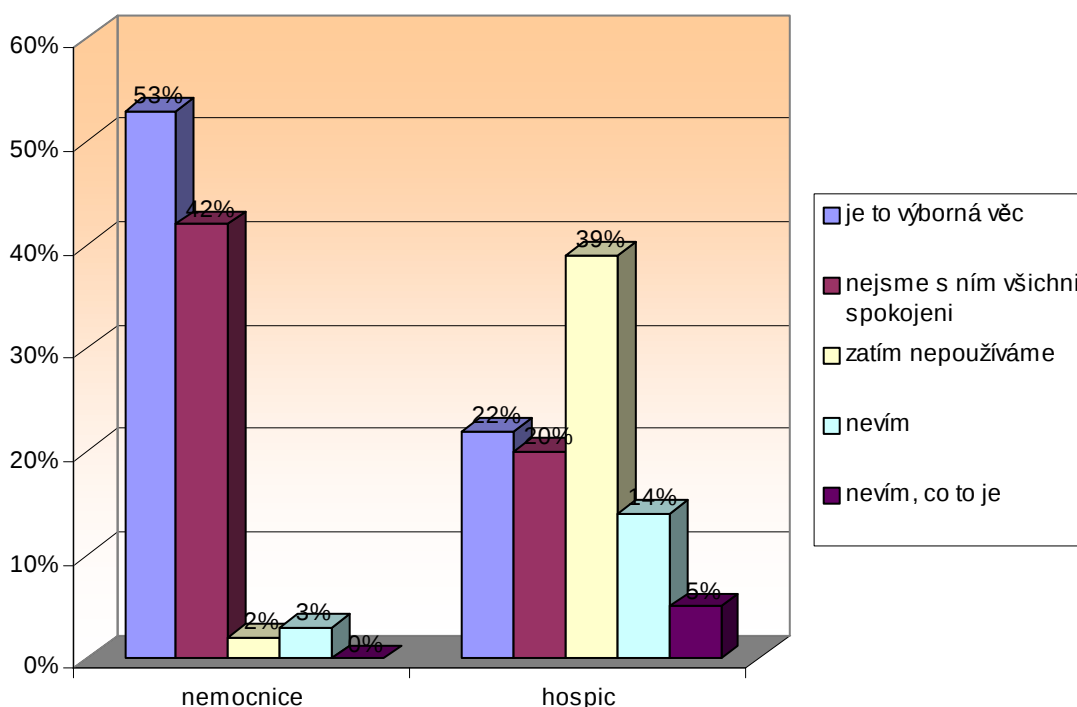
Je-li u klienta ante finem bezprostředně před jeho smrtí v nemocnici jeho blízká osoba, tak tuto osobu požádá, aby opustila pokoj, 1 respondent (1 %), 67 respondentů (71 %) tuto osobu u umírajícího ponechá a 27 respondentů (28 %) se řídí rozhodnutím lékaře. Je-li u klienta ante finem bezprostředně před jeho smrtí v hospici jeho blízká osoba, tak tuto osobu požádá, aby opustila pokoj 0 respondentů (0 %), 41 respondentů (100 %) tuto osobu u umírajícího ponechá a tedy žádný z respondentů (0 %) nečeká na rozhodnutí lékaře.

Graf 12 Nesnesitelná bolest



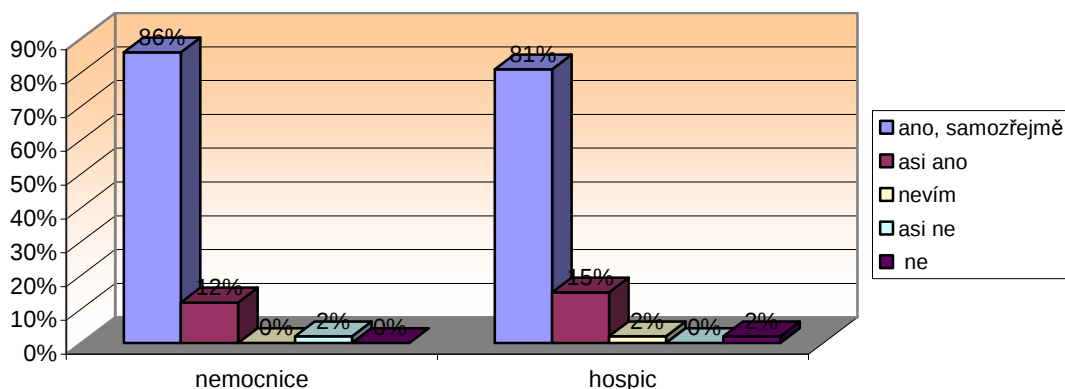
Trpí-li klient v terminálním stádiu nesnesitelnou bolestí v nemocnici, je to jedno 0 respondentům (0 %), 1 respondent (1 %) to chápe, že to tak musí být, 3 respondenti (3 %) se mu snaží sami pomoci v rámci možností svých kompetencí, 32 respondentů (34 %) o tom informuje lékaře a 59 respondentů (62 %) se mu snaží sami pomoci v rámci možností svých kompetencí a informuje o tom lékaře. Je-li v hospici klient v terminálním stádiu trpící nesnesitelnou bolestí, není to jedno žádnému z respondentů (0 %), žádný respondent (0 %) to nechápe tak, že to tak musí být, 1 respondent (2 %) se mu snaží sám pomoci v rámci možností svých kompetencí, 4 respondenti (10 %) o tom informují lékaře a 36 respondentů (88 %) se mu snaží sami pomoci v rámci možností svých kompetencí a informují o tom lékaře.

Graf 13 Využívání metody ošetrovatelského procesu na oddělení



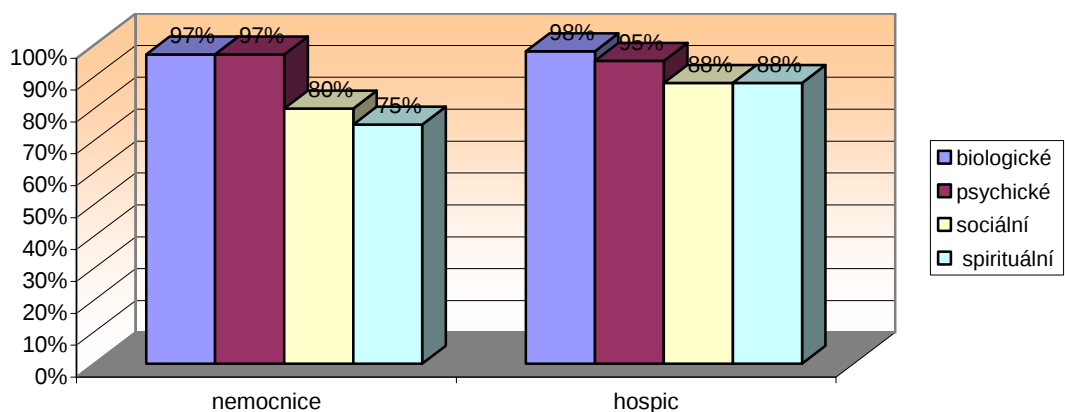
Z uvedených respondentů z nemocnice uvedlo 50 (53 %), že metodu ošetrovatelského procesu na oddělení využívají a myslí si, že je to dobrá věc, 40 respondentů (42 %) uvedlo, že metodu oš. procesu využívají, ale na oddělení s ní nejsou všichni spokojeni, 2 respondenti (2 %) uvedli, že metodu oš. procesu na oddělení zatím zavedenou nemají, 3 respondenti (3 %) neví a 0 respondentů (0 %) neví, co to oš. proces je. V hospici uvedlo 9 respondentů (22 %), že metodu oš. procesu na odd. využívají s tím, že je to dobrá věc, 8 respondentů (20 %) uvedlo, že oš. proces na odd. využívají, ale nejsou s ním všichni spokojeni, 16 respondentů (39 %) zatím tuto metodu nepoužívá, 6 respondentů (14 %) neví a 2 respondenti neví, co to oš. proces je.

Graf 14 Péče o umírajícího je součástí ošetrovatelského procesu



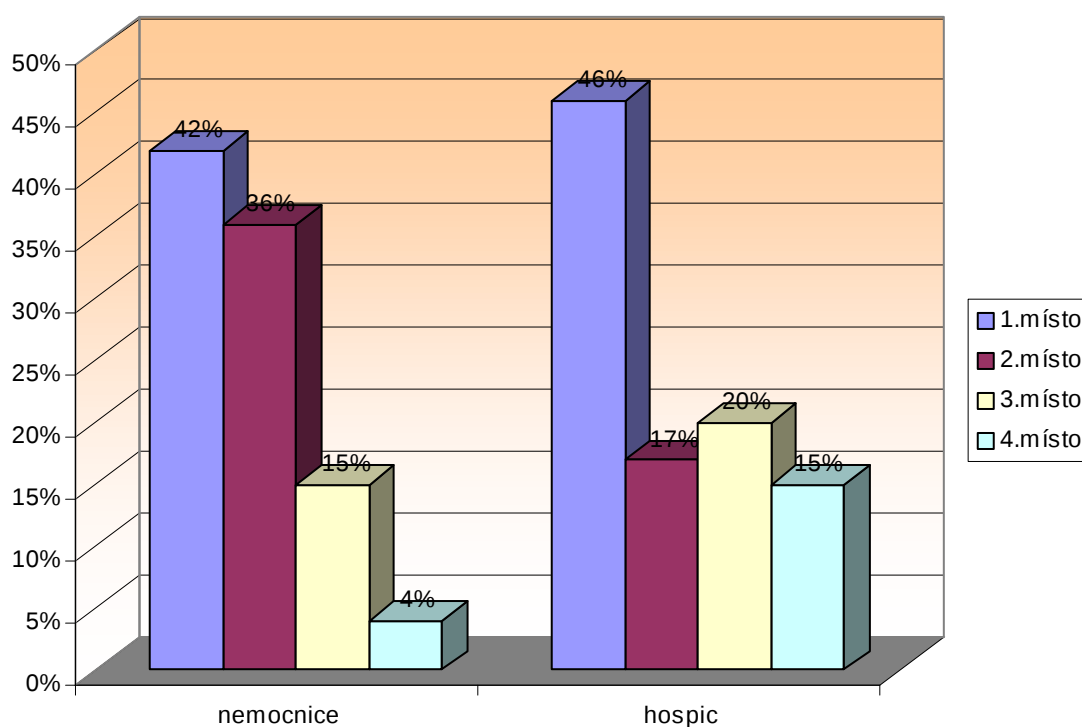
Z nemocnice uvedlo 82 respondentů (86 %), že péče o umírající je samozřejmě součástí oš. procesu, 11 respondentů (12 %) uvedlo „asi ano“, 0 respondentů (0 %) neví, 2 respondenti (2 %) uvedli „asi ne“ a 0 respondentů (0 %) „ne“. Z hospice uvedlo 33 respondentů (81 %), že péče o umírající je samozřejmě součástí oš. procesu, 6 respondentů (15 %) uvedlo „asi ano“, 1 respondent (2 %) neví, 0 respondentů (0 %) uvedlo „asi ne“ a 1 respondent (2 %) „ne“.

Graf 15 Uspokojování potřeb



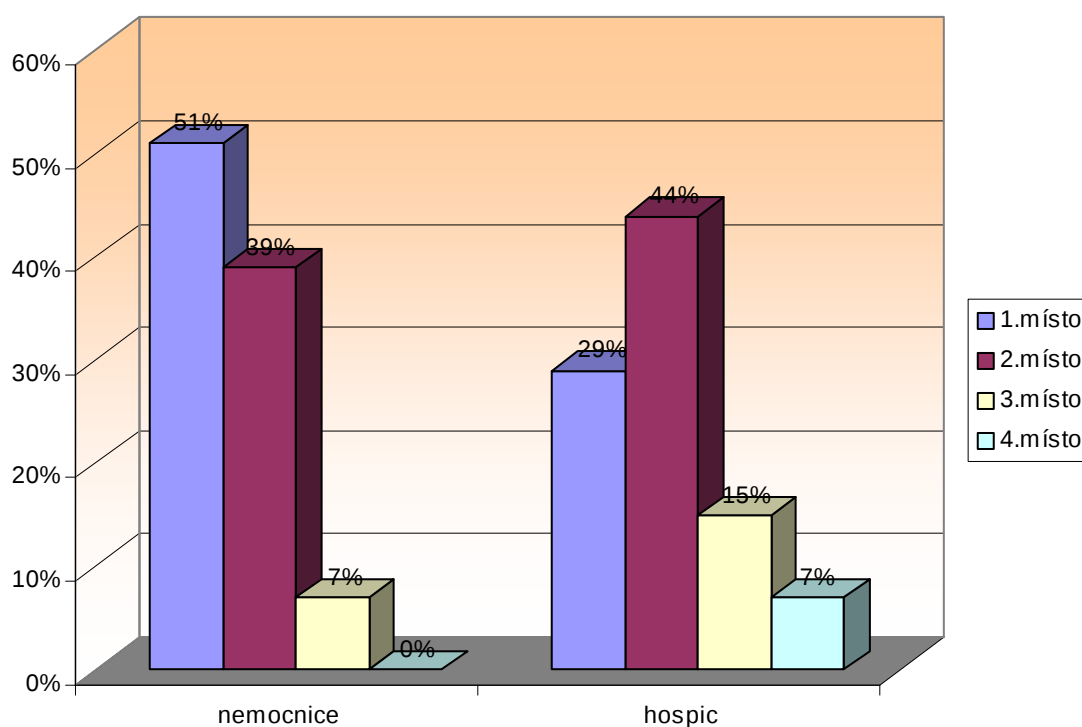
Biologické potřeby klientovi ante finem v nemocnici uspokojuje 92 respondentů (97 %), psychické potřeby také uspokojuje 92 respondentů (97 %), sociální potřeby 76 respondentů (80 %) a spirituální potřeby 71 respondentů (75 %). V hospici klientovi ante finem uspokojuje biologické potřeby 40 respondentů (98 %), psychické potřeby 39 respondentů (95 %), sociální potřeby 36 respondentů (88 %) a spirituální potřeby také 36 respondentů (88 %).

Graf 16a Potřeby biologické



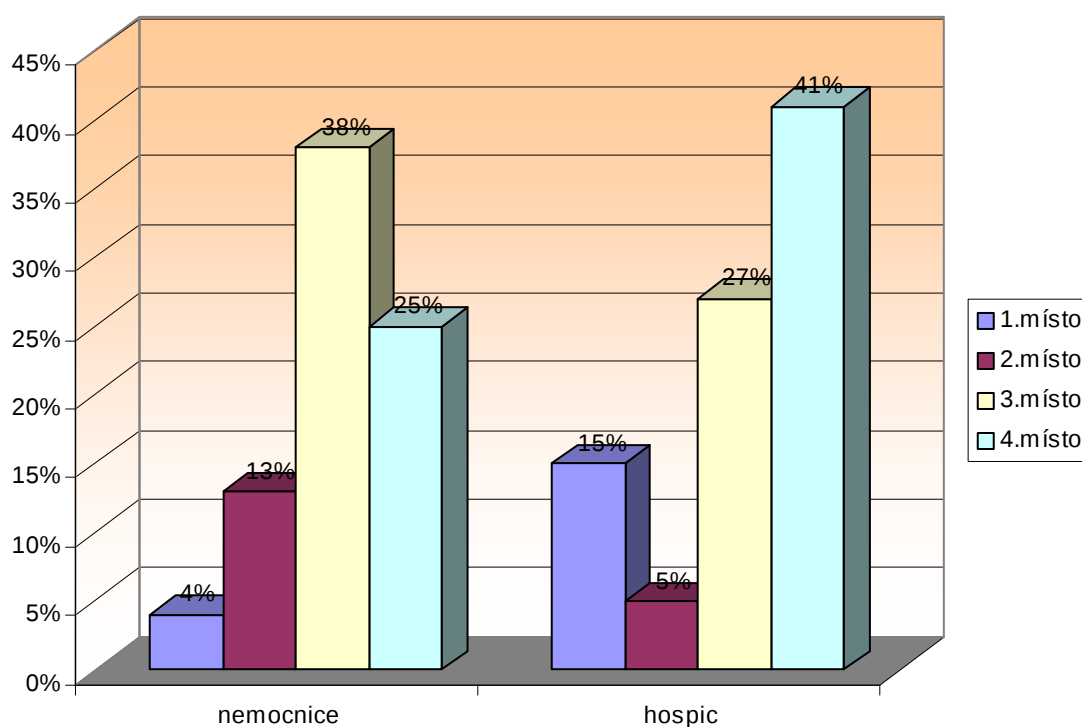
Z celkového počtu 95 respondentů z nemocnice uvedlo 92 respondentů (97 %), že uspokojuje u klienta ante finem biologické potřeby, z toho 40 respondentů (42 %) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 34 respondentů (36 %); na 3. místo 14 respondentů (15 %) a na 4. místo 4 respondenti (4 %). Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z hospice uspokojuje biologické potřeby klientovi ante finem 40 respondentů (98 %), z toho 19 respondentů klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo, na 2. místo 7 respondentů (17 %), na 3. místo respondentů (20%) a na 4. místo 6 respondentů (15 %).

Graf 16b Potřeby psychické



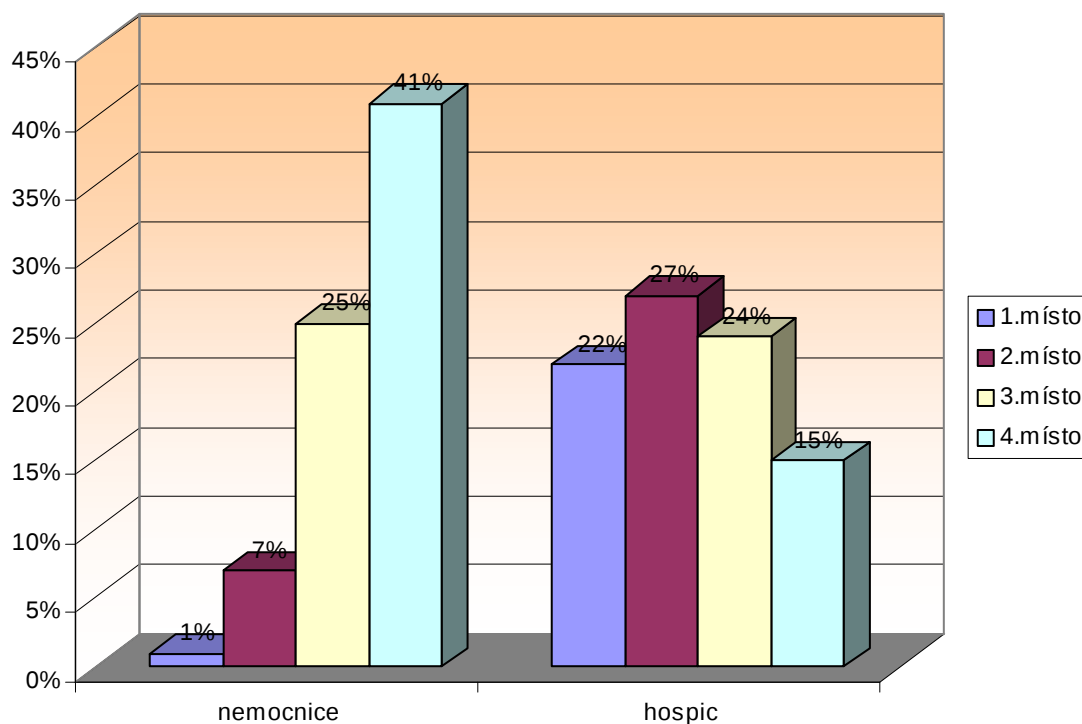
Z nemocnice uspokojuje klientovi ante finem psychické potřeby 92 respondentů (97 %), z toho 48 respondentů (51 %) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 37 respondentů (39 %); na 3. místo 7 respondentů (7 %) a na 4. místo 0 respondentů (0 %). Z hospice uspokojuje klientovi ante finem psychické potřeby 39 respondentů (95 %), z toho 12 respondentů (29 %) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 18 respondentů (44 %); na 3. místo 6 respondentů (15 %) a na 4. místo 3 respondenti (7 %).

Graf 16c Potřeby sociální



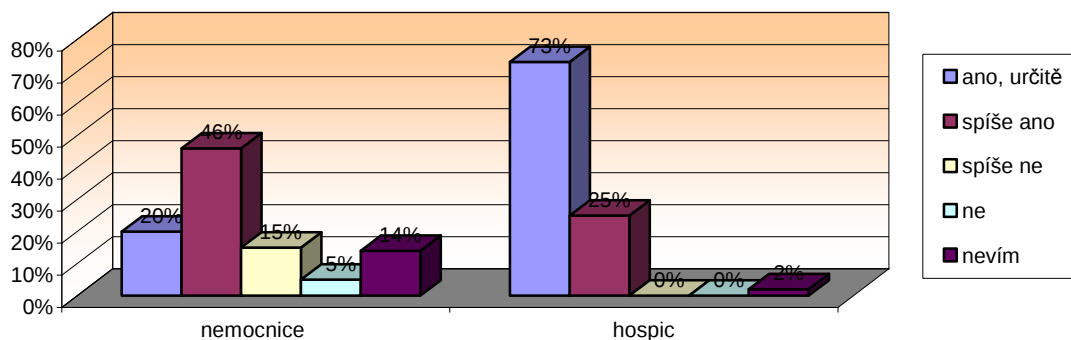
Sociální potřeby uspokojuje klientovi ante finem z nemocnice 76 respondentů (80 %), z toho 4 respondenti (4 %) kladou uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 12 respondentů (13 %); na 3. místo 36 respondentů (38 %) a na 4. místo 24 respondentů (25 %). Z hospice uspokojuje klientovi ante finem sociální potřeby 36 respondentů (88 %), z toho 4 respondenti (4 %) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 2 respondenti (5 %); na 3. místo 11 respondentů (27 %) a na 4. místo 17 respondentů (41 %).

Graf 16d Potřeby spirituální



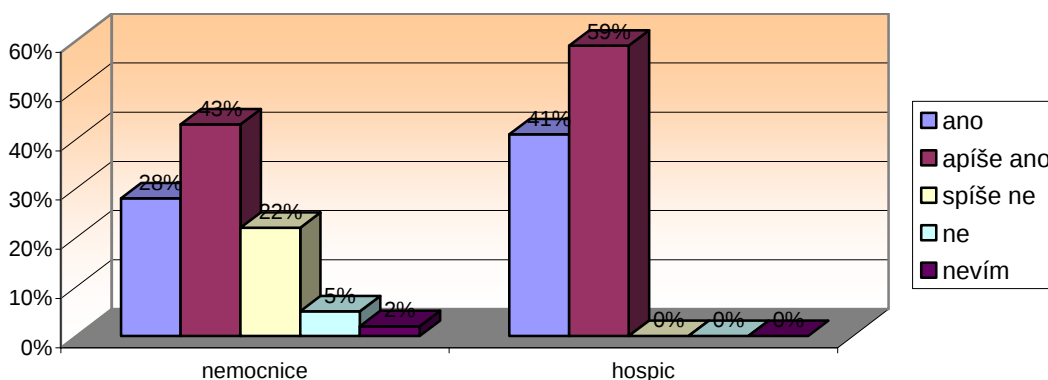
Z nemocnice uspokojuje klientovi ante finem spirituální potřeby 71 respondentů (75 %), z toho 1 respondent (1%) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 7 respondentů (7 %); na 3. místo 24 respondentů (25 %) a na 4. místo 39 respondentů (41 %). Spirituální potřeby uspokojuje klientovi ante finem v hospici 36 respondentů (88 %), z toho 9 respondentů (22 %) klade uspokojování těchto potřeb na 1. místo; na 2. místo 11 respondentů (27 %); na 3. místo 10 respondentů (24 %) a na 4. místo 6 respondentů (15 %).

Graf 17 Vnímání klienta v agónii



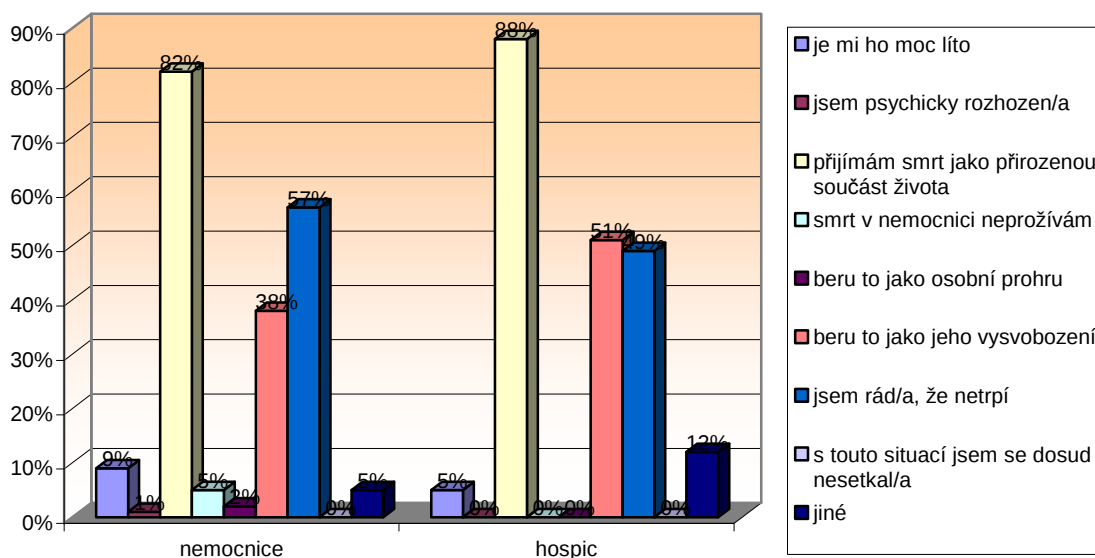
Z nemocnice uvedlo 19 respondentů (20 %), že klient ve smrtelné agónii vnímá své okolí, 44 respondentů (46 %) si myslí „spíše ano“, že klient vnímá své okolí, klient spíše své okolí nevnímá si myslí 14 respondentů (15 %), 5 respondentů (5 %) si myslí, že klient nevnímá své okolí vůbec a 13 respondentů (14 %) neví. Z hospice uvedlo 30 respondentů (73 %), že klient ve smrtelné agónii vnímá své okolí, 10 respondentů (25 %) si myslí „spíše ano“, že klient vnímá, klient spíše své okolí nevnímá nebo že je vůbec nevnímá si myslí 0 respondentů (0 %) a 1 respondent (2 %) neví.

Graf 18 Emoční vyrovnanost



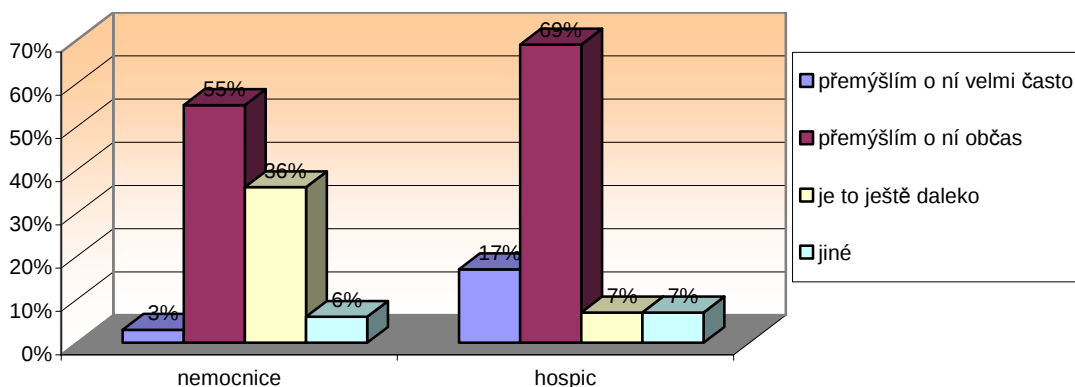
Při poskytování péče umírajícím v nemocnici se cítí emočně vyrovnaných 26 respondentů (28 %), spíše ano 41 respondentů (43 %), spíše ne 21 respondentů (22 %), 5 respondentů (5 %) se emočně vyrovnaní necítí a 2 respondenti (2 %) neví. V hospici se cítí emočně vyrovnaně při poskytování péče umírajícím 17 respondentů (41 %), 24 respondentů (59 %) uvedlo spíše ano, spíše ne a ne uvedlo 0 respondentů (0 %) a také 0 respondentů (0 %) neví.

Graf 19 Úmrtí klienta



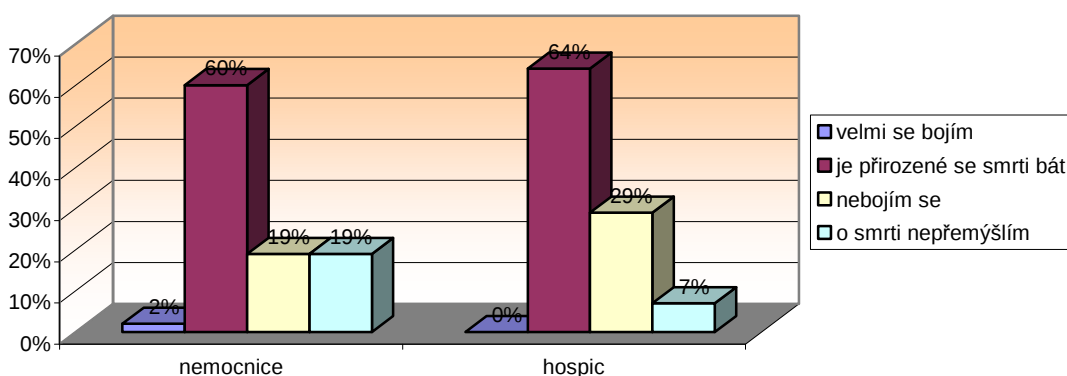
Zemře-li v nemocnici klient, 9 respondentů (9 %) cítí velkou lítost, psychicky rozhozený po celý den je 1 respondent (1 %), 78 respondentů (82 %) přijímá smrt jako přirozenou součást života, 5 respondentů (5 %) smrt v nemocnici neprožívá; jako osobní prohru to berou 2 respondenti (2 %), 36 respondentů (38 %) bere smrt klienta jako klientovo vysvobození, 54 respondentů (57 %) je rádo, že klient netrpí, 0 respondentů (0 %) se s touto situací ještě nesetkalo a možnosti „jiné“ využilo 5 respondentů (5 %), z toho 1 respondent uvedl, že je mu především líto pozůstalých a 2 respondenti uvedli, že mu klienta není líto, pokud to byl alkoholik a 2 respondenti také uvedli, že mu klienta není líto, pokud byl alkoholikem, navíc jim také není líto Romů a „fetáků“. Při úmrtí klienta v hospici cítí nad klientem velkou lítost 2 respondenti (5 %), psychicky rozhozený po celý den se necítí žádný respondent (0 %), smrt jako přirozenou součást života přijímá 36 respondentů (88 %), smrt neprožívá 0 respondentů, jako osobní prohru to také nebere žádný respondent (0 %), 21 respondentů (51 %) bere smrt klienta jako jeho vysvobození, 20 respondentů (49 %) je rádo, že klient netrpí, s touto situací se dosud nesetkalo 0 respondentů (0 %) a jinak odpovědělo 5 respondentů (12 %), z toho 4 respondenti odpověděli, že byli rádi, že se s klientem mohli setkat a že ho mohli vyprovodit právě v hospici, a 1 respondent uvedl, že se těší, až se s klientem jednou setká.

Graf 20 Vlastní smrt



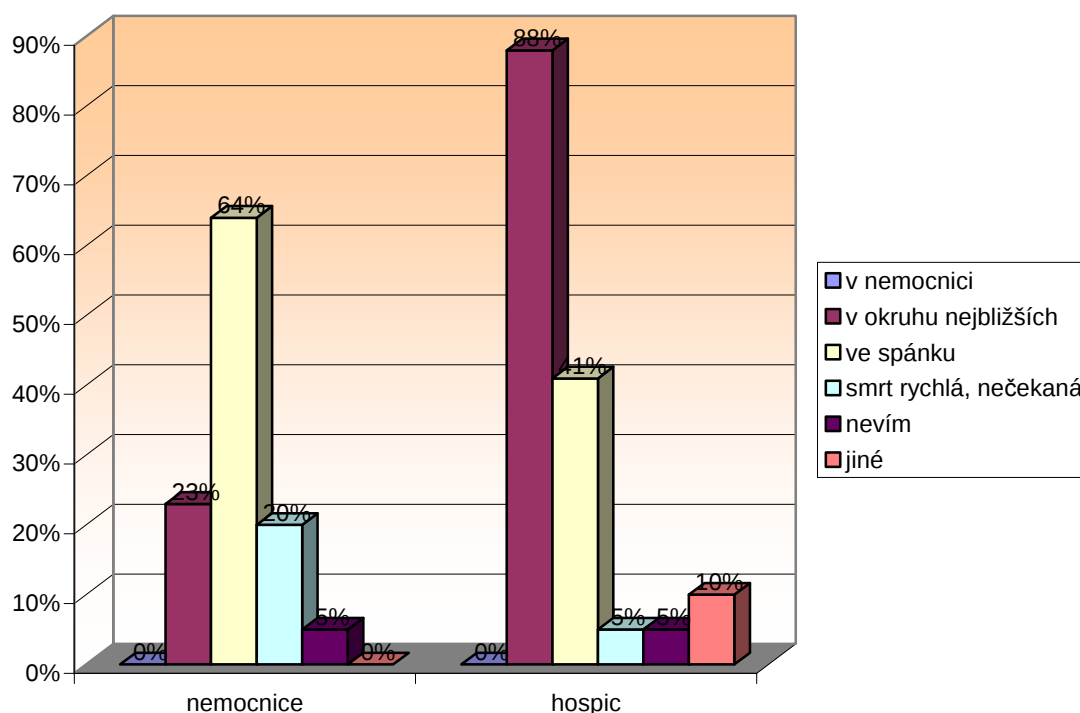
Velmi často o vlastní smrti přemýšlí z nemocnice 3 respondenti (3 %), občas 52 respondentů (55 %), 34 respondentů (36 %) hledí na vlastní smrt jako na něco vzdáleného a možností „jiné“ odpovědělo 6 respondentů (6 %), z toho 2 respondenti uvedli, že myšlenkou na smrt si nekazí náladu a 4 respondenti uvedli, že nad smrtí raději nepřemýšlí, nebo nad ní přemýšlí velmi zřídka. V hospici o vlastní smrti přemýšlí velmi často 7 respondentů (17 %), občas o smrti přemýšlí 28 respondentů (69 %), jako něco vzdáleného vidí svoji smrt 3 respondenti (7 %) a jinak odpověděli 3 respondenti (7 %), kteří přijímají smrt jako přirozenou součást života a 1 z nich si smrt nepřipouští.

Graf 21 Strach z vlastní smrti



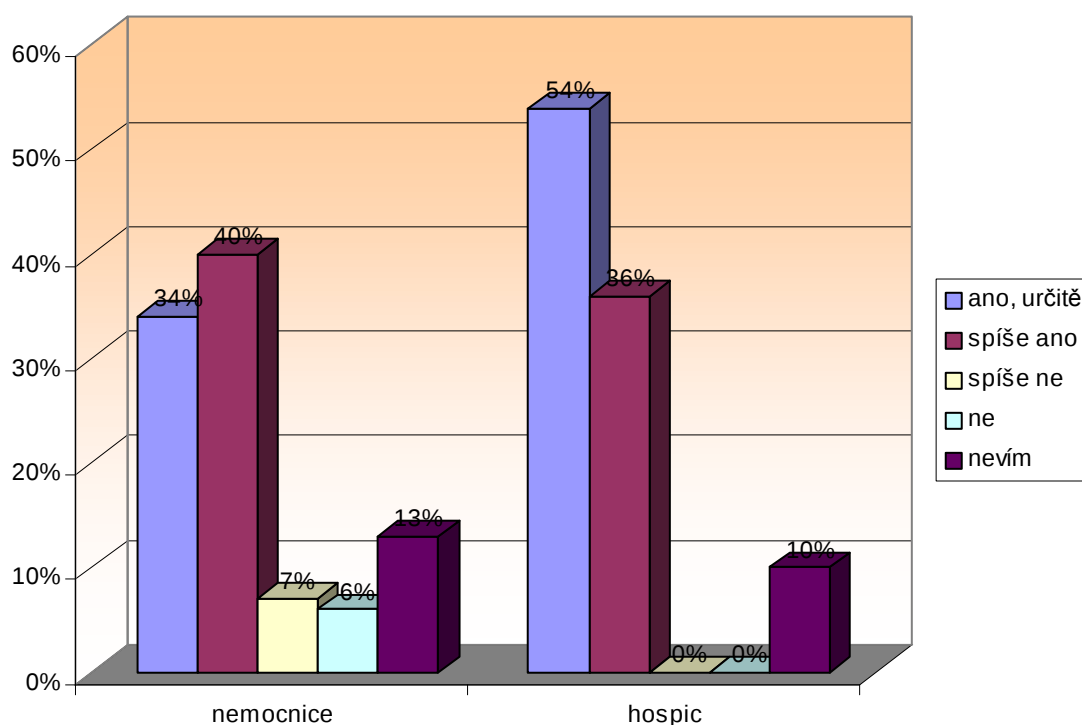
Vlastní smrti se z nemocnice velmi bojí 2 respondenti (2 %), 57 respondentů (60 %) strach ze smrti chápe jako něco přirozeného, 18 respondentů (19 %) se nebojí a 18 respondentů (19 %) o smrti nepřemýšlí. Z hospice se žádný respondent (0 %) vlastní smrti neobává příliš, 26 respondentů (64 %) chápe strach ze smrti jako něco přirozeného, 12 respondentů (20 %) se nebojí a 3 respondenti (7 %) o smrti nepřemýšlí.

Graf 22 Nejpříjemnější smrt



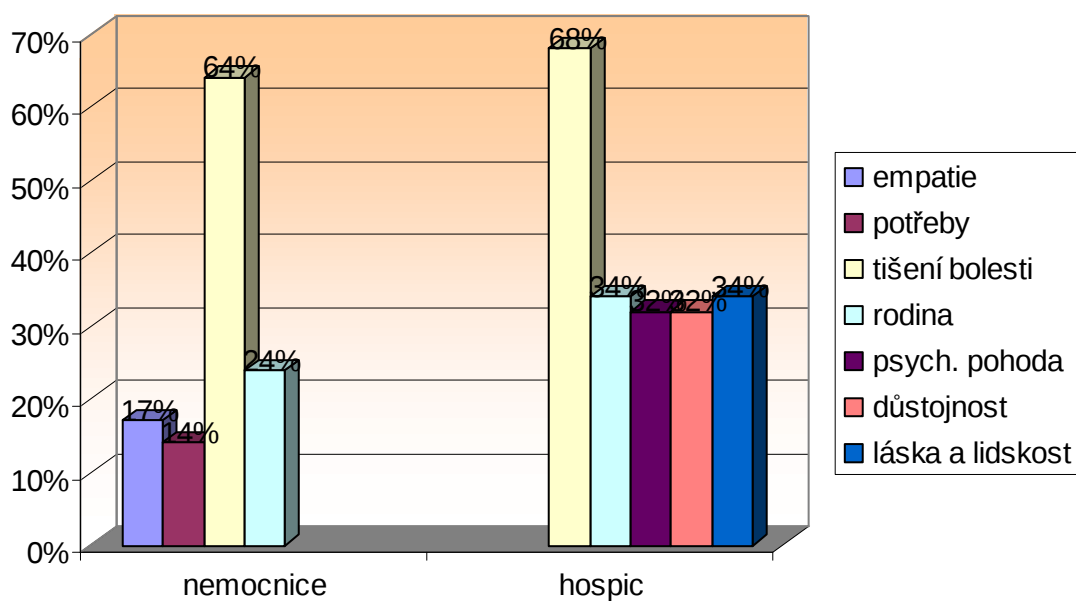
Jako nejpříjemnější smrt neuvedl žádný z respondentů (0 %) z nemocnice smrt v nemocnici, v okruhu nejbližších uvedlo 22 respondentů (23 %), ve spánku 61 respondentů (64 %), smrt rychlou a nečekanou uvedlo 19 respondentů (20 %), 5 respondentů (5 %) neví a možností „jiné“ neodpověděl žádný respondent (0 %). V hospici také neuvedl žádný z respondentů (0 %) jako nejpříjemnější smrt v nemocnici, v okruhu nejbližších uvedlo 36 respondentů (88 %), ve spánku 17 respondentů (41 %), smrt rychlou a nečekanou 2 respondenti (5 %), 2 respondenti (5 %) neví a jinak odpověděli 4 respondenti (10 %), kteří uvedli buď hospic, nebo že o tom ještě nepřemýšleli.

Graf 23 Náboženská víra a umírání



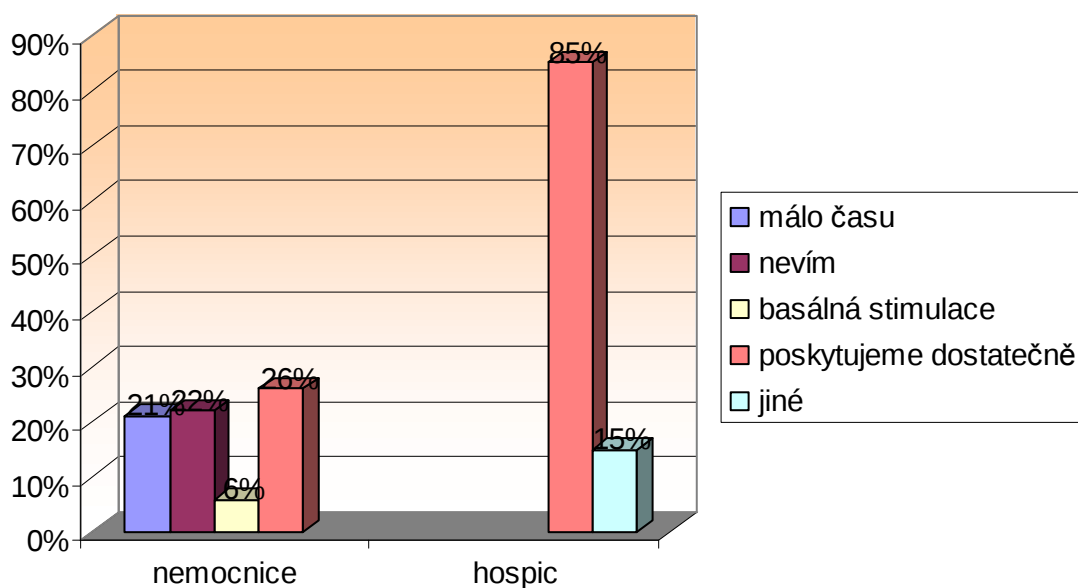
V nemocnici si myslí 32 respondentů (34 %), že náboženská víra usnadňuje utrpení a smrt člověka, 38 respondentů (40 %) uvedlo „spíše ano“; že náboženská víra spíše utrpení a smrt neulehčuje si myslí 7 respondentů (7 %), „ne“ uvedlo 6 respondentů (6 %) a 12 respondentů (12 %) uvedlo „nevím“. Víra ulehčuje utrpení a smrt člověku si myslí 22 respondentů (54 %) z hospice, „spíše ano“ si myslí 15 respondentů (36 %), víra utrpení a smrt spíše neusnadňuje nebo vůbec neusnadňuje si nemyslí žádný respondent (0 %) a 4 respondenti (10 %) neví.

Graf 24 Paliativní péče



Jako nejdůležitější prvky paliativní péče uvedli respondenti z nemocnice 4 nejčastěji opakující se odpovědi: 16 respondentů (17 %) uvedlo empatii, uspokojování všech potřeb umírajícího uvedlo 13 respondentů (14 %), tišení bolesti uvedlo 61 respondentů (64 %) a přítomnost rodiny u umírajícího a péči o ni uvedlo 23 respondentů (24 %). V hospici bylo nejčastěji opakovaných 5 odpovědí: tišení bolesti uvedlo 28 respondentů (68 %), přítomnost rodiny a péči o ni uvedlo 14 respondentů (34 %), psychickou pohodu uvedlo 13 respondentů (32 %), zachování důstojnosti a úcty k umírajícímu uvedlo 13 respondentů (32 %) a lásku a lidskost v péči o umírající uvedlo 14 respondentů (34 %).

Graf 25 Omezení v poskytování péče



Jako nejčastější překážku v poskytování paliativní péče v nemocnici vidí 20 respondentů (21 %) nedostatek času, 21 respondentů (22 %) uvedlo „nevím“, 6 respondentů (6 %) uvedlo, že nemají klientům ante finem poskytnout možnost basální stimulace a 25 respondentů (26 %) uvedlo, že paliativní péči poskytují dostatečně ve všech oblastech. V hospici uvedlo 35 respondentů (85 %), že paliativní péči poskytují dostatečně ve všech oblastech a 6 respondentů (6 %) uvedlo různé možnosti, např. canisterapii nebo kvalitní psychologické doprovázení.

5. Diskuse

Výzkum se zabýval postojem ošetrovatelského zdravotnického personálu k umírajícím, ke smrti a k možnostem paliativní péče na daném oddělení. Pro tento výzkum byla vybrána oddělení, na kterých je možné se se smrtí setkávat častěji než na jiných standardních odděleních. Výzkum probíhal na odděleních následné péče, kde celkové zastoupení respondentů bylo 43 (32 %); na interních odděleních, kde činilo výzkumný celek 52 respondentů (38 %); a v hospicích, kde počet respondentů byl 41 (30 %). Z každého zkoumaného oddělení bylo tedy zastoupení respondentů přibližně z jedné třetiny, což ukazuje graf 5. Cílem výzkumu bylo posoudit možnosti poskytování ošetrovatelské péče ošetřujícím zdravotnickým personálem v nemocnici a v hospici o klienta ante finem. Z tohoto důvodu byly výsledky zpracovány a dále uváděny jako respondenti z nemocnice a respondenti z hospice. Celkově výzkumný soubor tedy činilo 136 respondentů, z toho bylo 95 respondentů z nemocnice, kteří tvořili jednu výzkumnou jednotku (100 %), a 41 respondentů z hospice, kteří tvořili druhou výzkumnou jednotku (100 %).

Graf 1 ukazuje věkové zastoupení respondentů z jednotlivých pracovišť. Z uvedených výsledků vyplývá, že v nemocnici je nejvyšší počet zastoupených respondentů ve věkové kategorii 18 – 25 let (33 %), kdežto v hospici je nejvyšší zastoupení ve věkovém rozmezí 36 – 50 let (41 %) a následně ve věkovém rozmezí 26 – 35 let (34 %). Lze tedy předpokládat, že většina mladých absolventek dává přednost standardním oddělením, kde je možné se sice se smrtí setkat, není to ale oddělení na ošetřování umírajících přímo zaměřené. Je to snad také proto, jak uvádí Kelnarová (11), že umírání a smrt je pro ošetřující personál situací velice náročnou a stresující. To potvrzuje také Irmiš, který uvádí: „Umění zvládat stres je proces, kterého nedosáhneme hned.“(11, s. 37). Z toho lze vyvodit, že sestra, která se chce o umírajícího starat, by měla být vyrovnaná, měla by umět stres zvládat a také by měla být sociálně zralá, což Čechová (3) uvádí jako podmínku úspěšné sestry.

Na věkové zastoupení respondentů navazuje graf 2, který zobrazuje počet let práce ve zdravotnictví. Z výsledků vyplývá, že v nemocniční péči je nejvyšší zastoupení respondentů pracujících ve zdravotnictví 0 - 3 roky (34 %), zatímco v hospici nejvíce

zaměstnanců pracuje ve zdravotnictví 4 - 10 let. Je možné se pozastavit nad faktem, proč v hospici byli jen 4 (10 %) respondenti pracující ve zdravotnictví 21 let a více, když v nemocnici jich bylo stejně dlouho pracujících 26 %. Je možné se domnívat, že to souvisí s velkou psychickou zátěží? Haškovcová (6) uvádí, že je-li pracovník pomáhající profese vystaven dlouho nadlimitní zátěži, je ohrožen vývojem syndromu vyhoření. Misconiová (20) k tomu dodává, že více ohrožen syndromem vyhoření je ten člověk, který je dlouhodobě v situaci, ve které citově více dává druhým, než on sám přijímá; nebo je-li v takové situaci, ve které očekával něco podstatně jiného, než s čím se setkává v realitě. Je-li ale velká psychická zátěž pravým důvodem, proč v hospici je jen 10 % respondentů pracujících ve zdravotnictví 21 let a více, nelze jednoznačně říci. Vždyť ošetrovatelský zdravotnický personál v nemocniční péči je vystaven také poměrně velké psychické zátěži a riziko rozvoje syndromu vyhoření je také velké. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že ošetrovatelský personál v hospici prožívá, možná paradoxně, při své práci více radosti, umí se více těšit z drobných maličností, než personál v nemocnici, čímž nevědomě bojuje právě proti rozvoji syndromu vyhoření. Osobně se domnívám, že poměrně malé procento respondentů v hospici pracujících ve zdravotnictví 21 let a více bylo proto, že hospice jsou v České republice stále poměrně mladou institucí a ne všechny sestry a další ošetrovatelský personál, měli možnost v hospici pracovat.

Na nejvyšší ukončené vzdělání respondentů z jednotlivých pracovišť (graf 3), tedy vzdělání ošetrovatelky, všeobecné sestry s maturitou, diplomované sestra, sestry bakalářky aj., navazuje graf 4, který se vzděláním souvisí a ukazuje jednotlivé pozice respondentů na jejich oddělení. V nemocniční péči je z ošetrovatelského personálu převaha všeobecných sester (75 %), zatímco v hospici je přibližně stejné zastoupení sester (44 %) i ošetrovatelek (44 %). Z toho vyplývá, že v hospici není kladen důraz pouze na kvalitu odborných sesterských výkonů, ale je zde zvýrazněná také ošetrovatelská péče na potřeby klientů, ty aby mohly být uspokojeny kvalitně, je třeba mít dostatek personálu pečujícího nejen o tělesné blaho, čímž jsou právě ošetrovatelky.

Za povšimnutí také jistě stojí výsledek setkávání respondentů s úmrtím na jejich oddělení, na které poukazuje graf 6. Je vcelku zajímavé, jak často se s úmrtím

na oddělení setkává zdravotnický ošetrovatelský personál v nemocniční péči. 4 (4 %) respondenti uvedli, že se s úmrtím na oddělení setkávají minimálně 1x týdně a 54 (57 %) respondentů se setkává s úmrtím na oddělení asi 1x za 14 dní. Tento výsledek byl pro mě celkem překvapivý, protože jako studentka v nemocnici na praxi jsem si nikdy tuto skutečnost neuvědomila. V souvislosti s tímto poznatkem jsem dospěla k přesvědčení, že je velice důležité, aby ošetrovatelský personál v nemocniční péči měl alespoň základní znalosti v oblasti paliativní péče. Tento problém si také uvědomuje Šamánková, která uvádí, že „...obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti“ (31, s. 96).

Problematika umírání se dnes jakoby přesunula zcela do zdravotnických zařízení, doma, jak tomu bylo v minulosti běžné, se téměř neumírá. Z výzkumného šetření ale vyplývá, že žádný z respondentů by nechtěl umřít v nemocniční péči (graf 22), což není překvapivé, protože i výsledky výzkumu, který probíhal v České republice (34), nasvědčují tomu, že péče o umírající v nemocnici je nedostatečná. Jak ale tuto situaci změnit? Co by se mohlo proměnit, je přístup k umírajícím a péče o ně. V péči o umírající je často pro klienta důležitá přítomnost blízké osoby. V této oblasti jsou celkem pozitivní výsledky výzkumu. Graf 11 ukazuje, že pokud je u umírajícího klienta bezprostředně před jeho smrtí jeho blízká osoba, tuto osobu požádá, aby opustila pokoj, pouze 1 (1 %) respondent z nemocnice, 27 (28 %) respondentů z nemocnice se řídí rozhodnutím lékaře, všichni ostatní respondenti ponechají tuto osobu v přítomnosti klienta. S tímto také souvisí přítomnost při úmrtí klienta (graf 7). Z hospice bylo při úmrtí klienta přítomno 98 % respondentů z vlastní vůle, protože nechtěli nechat klienta v okamžiku smrti samotného; z nemocnice bylo z vlastní vůle v okamžiku smrti klienta 30 respondentů (32%), což je téměř 1/3 a lze to považovat za pozitivní číslo, zároveň je ale zarážející, že 30 (32%) respondentů bylo přítomno při úmrtí klienta jen náhodou a 19 (20 %) respondentů uvedlo, že při úmrtí klienta být museli.

Pozitivní jsou výsledky, na které poukazuje graf 10 a graf 12, které také souvisí přímo s umíráním. Je-li na oddělení klient v terminálním stádiu, tak 89 % respondentů z nemocnice klienta na jeho pokoji navštěvuje častěji než obvykle, někteří z nich

dokonce umírajícího klienta navštíví na jeho pokoji v každé volné chvíli. Co je také pozitivní, je zjištění toho, že když je na oddělení klient v terminálním stádiu trpící nesnesitelnou bolestí, není to lhostejné žádnému z respondentů, pouze 1 (1 %) respondent z nemocnice chápe jeho bolest jako něco nutného při umírání, ostatní respondenti se mu snaží nějakým způsobem pomoci – ať už sami v rámci možností svých kompetencí, nebo o tom informují lékaře. Vnímavost ošetrovatelského personálu k bolesti je velmi důležitá, protože, jak uvádí Brant, „lidé, kteří netrpí nesnesitelnou bolestí, se mohou zaměřit na psychické a duchovní záležitosti, které dávají smysl jejich posledním dnům“ (22, s. 89).

Jako první hypotézu jsem si stanovila: *Ošetrovatelský zdravotnický personál poskytuje ošetrovatelskou péči klientovi ante finem dle standardu obou typů zařízení.* Tato hypotéza, jak poukazuje graf 9, se nepotvrdila. V ošetrovatelském standardu zaměřeném na péči o umírající sice není pro žádného z respondentů nic, co by bylo pro něj překvapující (graf 8), v hospici ale ošetrovatelský standard v péči o umírající téměř 2/3 respondentů nepomáhá. Zjištění hlavního důvodu, proč standard personálu v hospici nepomáhá, bylo pro mě překvapující. Ze dvou zkoumaných hospiců téměř všichni respondenti uvedli, že ošetrovatelský standard nemají k dispozici, a to z důvodu aktualizace standardu, nebo z důvodu, že standard dosud není vytvořen.

Problematiky ošetrovatelského standardu se týká graf 13, který sleduje využívání metody ošetrovatelského procesu na oddělení. Z výsledků vyplývá, že v nemocniční péči je metoda ošetrovatelského procesu zavedena na každém ze zkoumaných oddělení (95 %), zatímco v hospici uvedlo využívání této metody pouze 42 % respondentů. Z vlastní zkušenosti ale mohu potvrdit, že v některém z hospiců sice ošetrovatelský proces zavedený nemají, ale stejně jako v ošetrovatelském procesu, je zde na člověka pohlíženo jako na holistickou jednotku, a péče o klienty ante finem je zde velmi kvalitní.

K problematice ošetrovatelského procesu se vztahuje třetí hypotéza: *Ošetřující zdravotnický personál v nemocničním zařízení si neuvědomuje, že umění doprovázet je součástí ošetrovatelského procesu.* Z uvedených výsledků (graf 14) je patrné, že nemocniční personál si uvědomuje, že péče o umírající je součástí oš. procesu.

Trachtová (32) uvádí, že ošetrovatelský proces se realizuje uspokojováním potřeb člověka. Na uspokojování potřeb poukazuje graf 15, dále graf 16a, b, c, d. Graf 16a zobrazuje uspokojování biologických potřeb. Je zajímavé, že biologické potřeby v nemocnici na prvním místě uspokojuje 42 % respondentů, toto číslo pak dále úměrně klesá s nižším umístěním. V hospici uspokojuje na prvním místě biologické potřeby 46 % respondentů a na druhém, třetím a čtvrtém místě přibližně stejný počet respondentů. Graf 16b poukazuje na uspokojování psychických potřeb. V nemocnici je na psychické potřeby kladen velký důraz - na první místo je uvedlo 51 % respondentů a na poslední čtvrté je neuvedl žádný z respondentů. V hospici je na psychické potřeby také kladen důraz, nejsou ale pro ošetřující personál potřebami dominantními. Na první místo je uvedlo 29 % respondentů a na čtvrté místo je uvedlo 7 % respondentů. Na uspokojování sociálních potřeb ukazuje graf 16c. V nemocniční péči jsou sociální potřeby nejčastěji kladeny na třetí místo, na první místo je uvedla pouze 4 % respondentů. V hospici sociální potřeby uvedlo 41 % respondentů na čtvrté místo, a na první místo je uvedlo 15 % respondentů, což je proti nemocnici podstatně vyšší číslo. Je také nutné podotknout, že v hospici sociální potřeby uspokojuje vyšší počet respondentů než v nemocnici (viz graf 15). Na poslední - spirituální potřeby poukazuje graf 16d, který zobrazuje celkem zajímavé výsledky. V nemocnici spirituální potřeby na první místo klade pouze 1 % respondentů a na poslední čtvrté místo 41 %. Naproti tomu v hospici uspokojuje spirituální potřeby na prvním místě 22 % respondentů a ostatní místa jsou obsazena přibližně stejným počtem respondentů. Lze tedy konstatovat, že v hospici je na uspokojování spirituálních potřeb kladen velký důraz, kdežto v nemocnici se na spirituální potřeby myslí až na posledním místě. To lze také vyčíst z grafu 15, který ukazuje výrazný rozdíl počtu respondentů z nemocnice a z hospice, kteří uspokojují spirituální potřeby. Z grafu 15 je také možné vyčíst, že potřeby člověka, tedy potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální, uspokojuje minimálně 3/4 respondentů; což dokazuje, že ošetrovatelský zdravotnický personál v nemocničním zařízení si uvědomuje, že péče o umírající je součástí ošetrovatelského procesu. Hypotéza 3 se tedy nepotvrdila.

Zajímavé jsou také výsledky grafu 17, který hodnotí vnímání klienta ve smrtelné agónii. V hospicové péči si myslí 73 % respondentů, že klient ve smrtelné agónii vnímá, v nemocniční péči je o tom přesvědčeno pouze 20 % respondentů. Pravděpodobně je to dáno tím, že hospicový personál má na klienty více času a má více zkušeností s umírajícími, které jim pomohly dospět k názoru o vnímání klienta v agónii. Misconiová popisuje tento trans (20, s. 14) jako změněné vědomí, kdy již umírající nemůže nijak reagovat na své okolí. Proti tomu názoru stojí Callanová a Kelleyová, které ve své knize „Poslední dary, jak porozumět zvláštním potřebám umírajících“ (1) popisují různé příběhy v souvislosti s umíráním a ne jedním příběhem vyvrací zmíněnou agónii jako stav, ve kterém umírající již nevnímá, nemůže se z něho probudit a tedy reagovat na své okolí. Osobně jsem přesvědčená o tom, že klienti v tomto stavu, i když velmi často nemohou na své okolí reagovat, vnímají. K tomuto přesvědčení jsem došla na základě vlastní zkušenosti v nemocniční péči na praxi, kde jsem se starala o klientku v tomto stavu. Snažila jsem se o ní pečovat se vši důstojností a všechny výkony, které jsem u ní dělala, jsem jí vždy vysvětlila, a to i přesto, že nemohla nijak reagovat. K překvapení všech se nemocná po několika dnech náhle probrala a právě přítomná rodina na návštěvě mi sdělila, že nechápe, proč na mě jedinou z ošetrovatelského personálu se jejich maminka tak pěkně usmívá. To bylo naposledy, kdy jsem klientku viděla. Její úsměv mě ale hřál u srdce ještě dlouho.

Jako druhou hypotézu jsem si zvolila: *Přístup péče o klienta ante finem je podmíněn emoční vyrovnaností ošetrujícího zdravotnického personálu.* Z výsledků grafu 18 a 19 vyplývá, že ošetrovatelský personál v hospici je emočně vyrovnanější, než personál v nemocnici. Hypotéza 2 se tedy potvrdila. S emoční vyrovnaností také souvisí přijetí vlastní smrtelnosti a obavy ze smrti, na které poukazuje graf 20 a 21. Respondentům z nemocnice (64 %) se zdá být nejpříjemnější smrtí smrt ve spánku, za to respondenti z hospice (88 %) by preferovali smrt v okruhu svých blízkých. Zajímavé, ale ne překvapivé, je zjištění, že žádný z respondentů by nechtěl umřít v nemocniční péči. Tento výsledek také koresponduje s výsledkem výzkumu, který v roce 2000 a 2001 proběhl v České republice. V tomto výzkumu byli osloveni dospělí respondenti z celé republiky a konečný výzkumný vzorek tvořilo více než

1 2000 respondentů. Výzkum byl zaměřený na celkový pohled péče o nevléčitelně nemocné a umírající. S péčí o umírající bylo spokojeno pouze 1,3 % respondentů, což je poměrně zarážející číslo. Kompletní výsledky výzkumu vyšly v roce 2004 v publikaci *Umírání a paliativní péče v ČR* (34).

Graf 23 ukazuje na názor respondentů k umírání a náboženské víře. V nemocnici se domnívá asi 1/3 respondentů, že náboženská víra usnadňuje utrpení a smrt člověka, v hospici je o tom přesvědčena více jak 1/2 respondentů. Jankovský uvádí, že z křesťanského hlediska může být utrpení dobrým prostředníkem pro spojení s Bohem (7). Osobně si troufám tvrdit, že lidé, kteří v „něco“ věří, umírají snadněji, protože mají naději otevřené budoucnosti. Naproti tomu lidé, kteří v nic nevěří, umírají obtížněji, protože smrt je pro ně úplným koncem.

Přehled o paliativní péči nabízí graf 24. Dotazníková otázka k tomuto grafu byla otevřená a vybízela respondenty k volné odpovědi. Za nejdůležitější v paliativní péči pokládají respondenti z nemocnice (64 %) i z hospice (68 %) tišení bolesti. Nejčastější odpovědi z nemocnice byl dále kontakt s rodinou (24 %), empatie (17 %) a obecné uspokojování potřeb. V hospici nejčastější odpovědi za tišením bolesti byla rodina (34 %) a lidskost s láskou (34 %), dále psychická pohoda klienta (29 %) a zachování důstojnosti (29 %). Na tuto otázku volně navazovala další otevřená otázka, která se ptala respondentů na omezení paliativní péče na oddělení, tedy na možnosti paliativní péče, které nemohou svým klientům poskytnout (graf 25). V hospici si většina respondentů (85 %) myslí, že paliativní péči poskytují dostatečně, v nemocniční péči je o tom přesvědčena 1/4 respondentů (26 %). Jako největší problém v nemocnici vidí nedostatek času v péči o klienta ante finem 21 % respondentů, 22 % respondentů uvedlo „nevím“. Předpokládám, že tito respondenti nemají přehled o tom, jaké možnosti paliativní péče nabízí.

Při výzkumném šetření, které bylo pro mě velmi obohacující, jsem dospěla k přesvědčení, že péče o umírající je stále v naší zemi nedostačující. Zároveň jsem si uvědomila, že v nemocniční péči je snaha o zkvalitnění této péči, což také potvrzuje vyvrácení třetí hypotézy (ošetřující zdravotnický personál v nemocničním zařízení si

neuvědomuje, že umění doprovázet je součástí ošetrovatelského procesu). Častým problémem v nemocnici při poskytování paliativní péče je ale bohužel nedostatek času, ale také nedostatečné znalosti v této oblasti. Proto by tato práce mohla také posloužit ošetřujícímu personálu v nemocnici k rozšíření znalostí v oblasti paliativní péče.

6. Závěr

Péče o umírající je velmi aktuální, protože stále přibývá dlouhodobě nevyлéčitelně nemocných, kteří potřebují odbornou pomoc a péči nejen sestry. V České republice je péče o umírající stále nedostačující (34) a je vhodné se touto problematikou zabývat. Proto také byla tato práce zaměřena na problematiku umírání a smrti. Pro zpracování této práce byl stanoven jeden cíl a tři hypotézy.

Cílem práce bylo posoudit možnosti poskytování ošetrovatelské péče ošetrojícím zdravotnickým personálem v nemocnici a v hospici o klienta ante finem. Cíl práce byl splněn. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že možnosti poskytování péče klientovi v terminálním stádiu v nemocniční péči jsou převážně ovlivněny nedostatkem času, dále si ošetrovatelský zdravotnický personál zcela neuvědomuje možnosti paliativní péče, kdežto v hospici jsou podmínky pro paliativní péči vytvořeny na kvalitní úrovni. Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníku. Výzkumný soubor tvořil ošetrovatelský zdravotnický personál z interního oddělení a z oddělení následné péče z nemocnice v Českých Budějovicích, v Jihlavě a v Třebíči; a v hospici v Prachaticích, v Červeném Kostelci a v Brně. Byly stanoveny hypotézy: H1 Ošetrojící zdravotnický personál poskytuje ošetrovatelskou péči klientovi ante finem dle standardu obou typů zařízení - nebyla potvrzena. H2 Přístup péče o klienta ante finem je podmíněn emoční vyrovnaností ošetrojícího zdravotnického personálu byla potvrzena. H3 Ošetrojící zdravotnický personál v nemocničním zařízení si neuvědomuje, že umění doprovázet je součástí ošetrovatelského procesu nebyla potvrzena.

Výsledky práce budou poskytnuty jedné ze zkoumaných nemocnic a dvěma hospicům a mohou posloužit k zamyšlení nad možným rozšířením a zkvalitněním poskytování paliativní péče v daných zařízeních. Dále tato práce může posloužit studentům Zdravotně sociální fakulty i dalším zdravotníkům k utvoření náhledu o dané problematice a možné zkvalitnění poskytované péče klientům ante finem.

7. Seznam použitých zdrojů

1. CALLANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary, jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. vydání. Praha: Vašehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
2. COBB, M. *The dying soul, Spiritual care at the end of life*. 2. vydání. Buckingham: Open University Press, 2001. 145 s. ISBN 0-335-20053-2.
3. ČECHOVÁ, H., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 119 s. ISBN 978-80-7367-346-8.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
7. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
9. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetřovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy. Část 1., vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2.vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 226 s. ISBN neuvedeno.

10. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
11. KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
12. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVERIOVÁ, R., *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax. [Díl] 1.* 1. vydání. Martin: Osvěta 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
13. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky - metodika sesterských činností: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
16. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
17. KUBELKA, L. *Dame Cicely Sunderson (22. června 1918 - 14.července 2005)*. [cit.2007-10-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/004/000475.doc>>.
18. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

19. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: 1995. 288 s. ISBN neuvedeno.
20. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky: 1998. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
21. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
22. O'CONNOR, M., ARANDRA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
23. OPATRŇÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných?*. 1. vydání. Praha: Ecce homo, 2004. 31 s. ISBN 80-7192-347-8.
24. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. 2. vydání přepracované. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
25. RIVOIREOVÁ, B. *Naděje tváří v tvář umírání*. 1. vydání. Praha: Paulínky, 2007. 79 s. ISBN 978-80-86949-27-7.
26. ŘEZNÍČKOVÁ, M. Pro mě smrt není konec, ale brána do věčnosti, která se otevře (rozhovor s Marií Svatošovou). *Rodinný život*. Olomouc: 2008, roč. 18, č.1, 5 s. ISSN 1214-0856.
27. SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.

28. SKÁLA, B. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLK JEP, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.
29. SLÁMA, O. *Symptomy terminální fáze a jejich léčba / Co lze a co nelze zvládnout v domácím prostředí/*. [cit.2007-11-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/symptomy.rtf>>.
30. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vydání. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-90249-0-2.
31. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
32. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
33. UHROVÁ, M., NEZU, A., M., KOHOUTEK, T. *Pomoc pacientům při zvládání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
34. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. [cit.2008-04-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/002/000295.pdf>>.
35. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSLÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
36. WICHSOVÁ, J. *Florence Nightingalová: ošetrovatelka – legenda*. [cit.2007-11-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.instrumentarky.cz/tisk.php?id=347>>.

8. Klíčová slova

Hospic

Ošetrovatelská péče

Paliativní péče

Smrt

Terminální stádium

Umírání

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh:

1. Definice pojmu „hospicová péče“
2. Maslow
3. Práva umírajících
4. Péče o pečovatelky - rady dle anglické doktorky Sheily Cassidyové
5. Dotazník

Příloha 1 Definice pojmu „hospicová péče“

Dle světové zdravotnické organizace

Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná všem indikačních, diagnostických i věkových skupin u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.

Dle Světové organizace domácí a hospicové péče

Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče - cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, kterým bylo prognosticky určeno pravděpodobné přežití v maximálním rozsahu do šesti měsíců

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky

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

Dle Americké akademie pro léčbu bolesti

Jedná se o 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 i duševní. Péči zajišťuje tým speciálně erudovaných pracovníků. Péče se týká nejen pacienta, ale to i rodiny a to ještě nejméně po dobu jednoho roku po úmrtí pacienta.

Dle Elisabeth Kübler-Ross

Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk - důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou.

Dle Berniho. S. Siegela

Hospicová péče nám pomáhá naplno žít poslední dny našeho života. Učí nás žít nyní, ale dává nám i odvahu střetnout se s každým dnem přibližující se smrti a zužitkovat naši bolest a utrpení jako motivátory a ukazatele nového směru.

Dle Cicelly Saundersové

Hospicová péče je péče člověka člověku v utrpení způsobeném nemocí a umíráním.

Zdroj: 20

Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: 32

Příloha 3 Péče o pečovatelky - rady dle anglické doktorky Sheily Cassidyové

1. Buď k sobě vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka - ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení byď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zasluhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připust' si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřed' se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo dnes v práci udělat a raduj se z toho.

9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak - tvořivě.

10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.

11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.

12. Plánuj si předem chvíle „útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.

13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč raději říkat „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.

14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu má pak asi tvé „ano“?

15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu více udělat nedá. Připusť si to - uvědom si, že nejsi všemohoucí.

16. Raduj se, hraj si a směj se - ráda a často.

Zdroj: 16

Příloha 4 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 zemřít neopuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.

Zdroj: 6

Příloha 5 Dotazník

D o t a z n í k – Ošetřovatelská péče o klienta ante finem

Dobrý den!

Jmenuji se Markéta Jansová a jsem studentkou 3.ročníku ZSF JČU v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila problematiku ošetřovatelské péče o klienta ante finem (ante finem = před smrtí).

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a všechna uvedená data budou použita pouze v rámci výzkumného šetření.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Na otázky odpovídejte, pokud není uvedeno jinak, vždy jen 1 možností.

1. Kolik je Vám let?

- 18 - 25 let ☐
- 26-35 let ☐
- 36 - 50 let ☐
- 51 a více ☐

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 0 - 3 roky ☐
- 4 - 10 let ☐
- 11 - 20 let ☐
- 21 a více let ☐

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- ošetřovatelka ☐
- všeobecná sestra s maturitou ☐
- diplomovaná sestra ☐
- všeobecná sestra bakalářka ☐
- jiné, prosím rozepište:

.....

4. Na oddělení pracujete jako

- všeobecná sestra ☐
- sestra specialista ☐
- ošetřovatelka ☐
- jiné, prosím rozepište:

.....

5. Na jakém oddělení pracujete?

- ONP ☐
- interní oddělení ☐
- hospic ☐

6. Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s úmrtím?

- minimálně 1x týdně ☐
asi 1x za 2 týdny ☐
asi 1x za měsíc ☐
asi 1-3x za 6 měsíců ☐
nevím ☐
jiné, prosím rozepište:

.....

7. Byl/a jste někdy přítomen/přítomna při úmrtí?

- ano, nechtěl/a jsem umírajícího nechat o samotě ☐
ano, jen náhodou ☐
ano, musel/a jsem ☐
ano, nebyla jiná možnost ☐
ne, neměl/a jsem dosud příležitost ☐
ne, mám strach stát se svědkem smrti ☐
ne, nikdy bych k umírajícímu nešel/nešla ☐

8. Překvapuje Vás něco při čtení ošetrovatelského standardu zaměřeného na péči o umírající?

- ne ☐
ano ☐

Pokud ano, prosím uveďte:

.....

9. Pomáhá Vám ošetrovatelský standard v péči o klienta ante finem?

- ano ☐

Prosím rozepište proč:

- ne ☐

Prosím rozepište proč:

10. Když mám na oddělení klienta/pacienta v terminálním stádiu

- snažím se nenechávat ho o samotě a v každé volné chvíli ho navštívím ☐
snažím se ho navštěvovat častěji než obvykle ☐
na pokoj chodím stejně tak často jako k jiným nemocným ☐
chodím k němu, jen když je to nezbytně nutné ☐
zásadně k němu nechodím a na jeho pokoj posílám jinou sestru ☐

11. Pokud je u umírajícího klienta/pacienta bezprostředně před jeho smrtí jeho blízká osoba, požádáte tuto osobu, aby opustila pokoj?

- ano ☐
ne ☐
řídím se dle rozhodnutí lékaře ☐

- 12. Když zjistím, že klient/pacient v terminálním stádiu trpí nesnesitelnou bolestí**
- je mi to jedno ☐
 - je mi ho líto, asi to tak musí být ☐
 - snažím se mu sám/sama pomoci od bolesti v rámci možností svých kompetencí ☐
 - informuji o tom lékaře ☐
 - snažím se mu sám/sama pomoci od bolesti v rámci možností svých kompetencí a informuji o tom lékaře ☐

- 13. Využíváte na oddělení metodu ošetrovatelského procesu?**
- ano, je to dobrá věc ☐
 - ano, nejsme s ním všichni spokojeni ☐
 - ne, ošetrovatelský proces není na našem oddělení zatím zavedený ☐
 - nevím ☐
 - nevím, co to je ☐

- 14. Myslíte si, že péče o umírajícího je součástí ošetrovatelského procesu?**
- ano, samozřejmě ☐
 - asi ano ☐
 - nevím ☐
 - asi ne ☐
 - ne ☐

- 15. U člověka ante finem uspokojují potřeby: (u této otázky můžete uvést více odpovědí)**
- biologické ☐
 - psychické ☐
 - sociální ☐
 - spirituální ☐

- 16. Vámi uvedené potřeby seřad'te podle Vašich priorit, jak si myslíte, že je to pro člověka ante finem nejvhodnější (č.1 - nejvyšší priorita,...)**

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

- 17. Je-li klient/pacient v terminálním stádiu ve smrtelné agónii, myslíte si, že Vás vnímá?**
- ano, určitě ☐
 - spíše ano ☐
 - spíše ne ☐
 - ne ☐
 - nevím ☐

- 18. Cítíte se při péči o umírající emočně vyrovnaný/á?**
- ano ☐
 - spíše ano ☐
 - spíše ne ☐
 - ne ☐
 - nevím ☐

19. Když mi zemře na oddělení klient/ pacient (u této otázky můžete uvést více odpovědí)

- je mi ho moc líto ☐
- jsem psychicky rozhozen/a celý den ☐
- je mi ho líto, ale přijímám smrt jako přirozenou součást života ☐
- je mi to jedno, naučil/a jsem se smrt v nemocnici neprožívat ☐
- beru to jako osobní prohru ☐
- beru to jako jeho vysvobození ☐
- jsem rád/a, že netrpí ☐
- s takovou situací jsem se ještě nesetkal/a ☐
- jiné, prosím rozepište:

.....

20. Přemýšlíte o vlastní smrti?

- ano, velmi často ☐
- ano, občas ☐
- ne, to je ještě daleko ☐
- jiné, prosím rozepište:

.....

21. Bojíte se vlastní smrti?

- ano, velmi ☐
- ano, je přirozené se smrti bát ☐
- ne, nebojím se ☐
- o smrti nepřemýšlím ☐

22. Jaká smrt se Vám zdá nejpříjemnější? (u této otázky můžete uvést více odpovědí)

- smrt v odborné péči v nemocnici ☐
- klidná smrt v okruhu rodiny nebo přátel ☐
- ve spánku ☐
- smrt rychlá, nečekaná ☐
- nevím ☐
- jiné, prosím rozepište:

.....

23. Myslíte si, že náboženská víra usnadňuje utrpení a smrt člověka?

- ano, určitě ☐
- spíše ano ☐
- spíše ne ☐
- ne ☐
- nevím ☐

24. Co je pro Vás v paliativní péči nejdůležitější?

Prosím rozepište:

.....

25. Které z ošetrovatelských postupů při paliativní péči nemáte možnost poskytnout svým klientům ante finem?

Uved'te pro Vás nejpodstatnější příklad:

.....