

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

**Úzkost a strach ze smrti u zdravotnického personálu
pečujícího o umírající na ARO**

Bakalářská práce

Jana Vašutová

4. ročník, bakalářský studijní program ošetrovatelství

forma studia: kombinovaná

studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

OLOMOUC 2010

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno autora:	Vašutová Jana
Instituce:	Ústav ošetrovatelství Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Název práce:	Úzkost a strach ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	76
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova v ČJ:	úzkost, strach, umírající, smrt, zdravotníci, paliativní péče, stres, syndrom vyhoření, etika, duševní hygiena
Klíčová slova v AJ:	anxiety, fear, dying person, medical stuff, paliative care, stress, burn out syndrom, ethics, mental hygiene

Bakalářská práce se zabývá prožíváním úzkosti a strachu ze smrti u zdravotních sester pracujících na resuscitačních odděleních. Vypovídá o vlivu péče na psychickou a emocionální stránku sester pečujících o umírající na ARO. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak dalece ovlivňuje péče o umírající jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání, co jim pomáhá se s touto psychicky velmi náročnou prací vyrovnávat a zda k tomu nějakým způsobem může přispět jejich zaměstnavatel. Pro empirickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum, technika sběru dat strukturovaný dotazník. Výsledky šetření jsou shrnuty v diskusi a závěru práce.

The bachelor degree thesis is devoted to the issue of feeling anxiety and fear of death by the nurses working at Critical Care Wards (“ARO“ wards in the Czech Republic). The work considers the influence of the provided care on the psychical and emotional aspects of the nurses who take care of dying patients at Critical Care Wards. The aim of this work is to find out how much the care of dying patients itself can influence nurses’ own attitude towards death and dying. Various ways of possible help for nurses to overcome difficulties of their psychically demanding work are discussed here as well as the possible support from their employer in this matter. The quantitative research and the structured questionnaire technique have been used in the empirical part of the work. The results of the search are summarized in the discussion and the conclusion of the work.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

.....

podpis

Děkuji paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za odborné vedení, podnětné připomínky a spolupráci při zhotovení této práce. Poděkování rovněž patří i mému příteli za jeho podporu. Dále děkuji všem respondentům za ochotu a spolupráci při sběru dat.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Umírání	8
1.1.1 Umírání a smrt v minulosti	8
1.1.2 Institucionální model umírání	9
1.1.3 Dystanázia neboli zadržaná smrt	10
1.1.4 Umírání v dnešní společnosti	11
1.2 Fáze procesu umírání	12
1.2.1 Období pre finem	13
1.2.2 Období in finem	14
1.2.3 Období post finem	15
1.3 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler Rossové	16
1.3.1 První fáze: Nebrání konce života na vědomí	17
1.3.2 Druhá fáze: Odmítání	17
1.3.3 Třetí fáze: Smlouvání	18
1.3.4 Čtvrtá fáze: Deprese	19
1.3.5 Pátá fáze: Smíření se	19
1.4 Smrt	20
1.4.1 Thanatologie	20
1.4.2 Tajemství smrti	21
1.4.3 Paliativní péče	21
1.4.4 Prožívání a emoce sestry při péči o umírající	22
1.5 Etika umírání a smrti	23
1.5.1 Eutanazie	24
1.5.2 Formy eutanazie	24
1.5.3 Eutanazie jako etický problém	25
1.5.4 Etické aspekty intenzivní medicíny	26
1.5.5 Základní etické principy	27
1.6 Úzkost a strach ze smrti	28
1.6.1 Strach a úzkost ze smrti v rámci diagnostické klasifikace NANDA	28
1.7 Duševní hygiena sestry	29
1.7.1 Emocionální problémy zdravotníků	29

1.7.2	Syndrom burn out	30
1.7.3	Způsoby k udržení dobrého duševního zdraví	31
2	PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1	Cíle práce	34
2.2	Metodika práce	34
2.3	Zpracování výzkumných dat	37
	DISKUSE	66
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM LITERATURY	71
	SEZNAM ZKRATEK	73
	SEZNAM TABULEK	74
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

Umírání a smrt je velké lidské a obtížné odborné téma. Oba fenomény je možné uvažovat z filozofických, teologických, psychologických i sociálních hledisek. Prakticky je však umírání i smrt především údělem člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine (Haškovcová, 2002, s. 202).

Pro sestry na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (dále jen ARO) je pohled na umírajícího, a nezdávka i trpícího pacienta nedílnou součástí jejich náročného povolání.

Personál čelí často smrti těch, kteří jsou v jejich péči a musí se s touto situací sami vyrovnat, ale také pomoci pacientům a jejich blízkým (O'Connor, Aranda, 2005, s. 265).

Medicína má v dnešní moderní době ve vyspělých zemích velkou moc. Jsou vyvíjeny a vynalézány stále nové a lepší léčebné metody, přístroje a farmaka, díky kterým je možno člověka udržovat při životě, i když to mnohdy už není ve prospěch pacienta a bylo by pro něj lepší „v klidu a důstojně“ zemřít.

Práce s umírajícími je velkým náporům na psychiku sester. Je proto důležité, není-li nutné, zaměřit se více na problematiku péče o umírající, ale také naučit sestry pečovat samy o sebe, o svoji duši.

Jak píše Ira Byock, lékař, který se více než pětadvacet let specializuje na oblast péče o umírající: „Být spolu s lidmi, kteří umírají při vědomí, a starostlivá péče o ně představují hodnoty pro ně i pro nás. Jejich vzpomínky, naše péče a čas, který spolu trávíme, to vše přispívá k odkazu, jenž obohacuje náš život“ (Byock, 2005, s. 15).

Věřím, že i péče o pacienty v bezvědomí, kteří na resuscitačních odděleních převažují, může být pro sestry obohacující a měly by ji brát jako jednu z největších životních zkušeností.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“, o stav, který bývá též označován pojmem in finem. Konkrétní závěr lidského života bývá velmi individualizován a odborníci se shodují v tom, že každý umírá „svou smrtí“.

V širších souvislostech je pak umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Jeho počátek můžeme spatřovat v okamžiku, kdy vejde v odbornou (tedy lékařovu) a následně i laickou (tedy pacientovu) povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem. Ačkoliv má pacient před sebou ještě relativně dlouhé období života, bude vždy jeho kvalita výrazně ovlivňována průběhem nemoci (Vorlíček, Adam et. al., 1998, s. 369).

1.1.1 Umírání a smrt v minulosti

Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích,

často o hladu, ve špině a bez jakékoli pomoci. Pouze bohatí lidé měli jistý materiální komfort a asistenci blízkých osob, kněze a lékaře.

Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád. Bylo by odvážné a možná nesprávné tvrdit, že se lidé v minulosti nebáli smrti. Vhodnější je připustit, že se jí báli jinak. Oni prostě odcházeli z tohoto slzavého údolí s přesvědčením, že je už »nic horšího« nemůže potkat. Relativní útěchou byla všeobecně sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi nejrůznějšího druhu (Haškovcová, 2007, s. 23-24).

1.1.2 Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejprve bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů (chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ošetrovatelské úkony měly především laický charakter opřený o bohatou empirii. Historie moderního ošetrovatelství je spojena se jménem Angličanky Florence Nightingalové, která žila v letech 1820 – 1910. V roce 1874 také byla otevřena na území Rakouska-Uherska první zdravotnická škola, a to Česká ošetrovatelská škola. Zásahu na jejím ustanovení měl lékař Vítězslav Janovský a čelné představitelky Ženského výrobního spolku českého, jmenovitě Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská.

Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla věnována z hlediska odborného ošetrovatelství dlouhou dobu speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo »mezi všemi«. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Ta se začala běžně používat až ve 20. letech 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího. Jak se zlepšovala ekonomická situace jednotlivých zemí, a tím pádem i jejich zdravotnických systémů, docházelo k vyčlenění jednoho zvláštního pokoje pro umírající. K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči

o těžce nemocné a umírající. Pověstné návštěvní středy a neděle dodržovali zdravotníci naprosto striktně a příbuzní se této praxi příliš nebránili. A tak v době, kdy nemocný člověk potřeboval podporu rodiny, byla mu fakticky odepřena možnost denně se s ní stýkat. A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabráni smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží »za každou cenu«, tedy i za cenu dystanázie. V tom druhém selhává. Nespokojeni jsou všichni. Hmatatelným výrazem neutěšeného stavu je stručný text telegramu, ve kterém se technickým, i když praktickým způsobem oznamuje, že zemřel člověk. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče (Haškovcová, 2007, s. 29-31).

1.1.3 Dystanázie neboli zadržaná smrt

Lidé spoléhají na vítěznou medicínu, protože s ní mají dobré zkušenosti. Zejména po druhé světové válce vědecká, specializovaná a superspecializovaná medicína opakovaně prokázala své přednosti. Lidstvu se splnila odvěká touha po signifikantním prodloužení střední délky života a po výrazném zkvalitnění života. Smrt je stále a stále odsouvána a mnozí nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné. Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je ale projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát.

Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tam moc vítězné medicíny končí a dotyčný i jeho rodina potřebují jiný typ pomoci. Paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány. Není tajemstvím, že některým profesionálům a laikům nejsou dokonce ani známy. Rodiny bývají rozčarovány tím, že záchrana, kterou si přejí, není možná, anebo tím, že se nemocnému nedostává laskavého doprovodu. Umírající na tom nejsou o mnoho lépe. Někteří doufají v nepřicházející zázrak a mají pocit, že je

lékaři v těžké situaci zradili. Jiní těžce prožívají, že jim není poskytována péče, která by pokryla jejich aktuální potřeby.

Druhé »zrady« se v dobrém úmyslu dopouštějí zdravotníci tím, že bývají hyperaktivní. Oni jsou totiž bez ohledu na profesní kategorii školeni na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošijně se snaží zvrátit neblahý stav věcí. Používají všech metod a technik, které ještě mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. Kdyby neintervenovali a přenechali vládu moudré přírodě, umírající by nebyl zatěžován léčbou, která už přináší víc obtíží než prospěchu. Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci **dystanázíí neboli zadrženu smrtí**. Relativní omluvou pro počínání profesionálů je, že nemalá část veřejnosti od nich očekává heroický zápas (Haškovcová, 2007, s. 31-33).

1.1.4 Umírání v dnešní společnosti

Smrt je dnes považována za bořitele všech nadějí, za to nejhorší, co nás v životě může potkat. Protože máme sklon každé úmrtí nějakým způsobem posuzovat, chápeme pod pojmem **normální** smrti klidné zesnutí po dlouhém, naplněném životě. Zapomínáme přitom, že umírání je ve skutečnosti dlouhotrvající a komplikovaný proces, v neposlední řadě také proto, že lékaři dnes dokáží pomocí vyspělých technologií život uměle prodlužovat. V naší moderní technické společnosti, která se během uplynulých let tak výrazně změnila, je život rušnější, povrchnější, individualističtější. Naučili jsme se nestarat o bližní. Navíc jsme tvář přestárlé společnosti překryli maskou nekritického kultu mládí. Všechno, co vypadá staře a nepěkně, bylo z veřejnosti odstraněno a diskrétně odsunuto do nemocnic a pečovatelských ústavů. Podnikáme všechno možné, abychom zbrzdili proces vlastního stárnutí – navštěvujeme fitnessstudia, podstupujeme kosmetické operace, lifting, odsávání tuku. Jde přitom ale jen o masivní vytěšňování vědomí vlastní pomíjivosti, tedy pouze zmodernizovaný výraz pravěkého strachu ze smrti.

Mnoho lidí dnes věří, že pouze onen poměrně krátký časový úsek, který strávíme v lidském těle, je opravdu důležitý. Proto mají lidé strach zabývat se vlastní pomíjivostí, i když jim ji různé životní ztráty opakovaně připomínají.

Vše, co nás v životě potká, je pomíjivé. To se týká i mezilidských vztahů. Nic netrvá věčně. Naše myšlenky, představy, nápady, kontakty a známosti existují jen v čase, a proto nutně mají svůj začátek, prostředek a konec. V životě nás zákonitě postihují ztráty. Pokud je dokážeme správným způsobem zpracovat, naučíme se na nich odpoutávat se, osvobodit se od pomíjivého.

V procesu umírání jsme pak konfrontováni s totálním odpoutáním se. Ztrácíme všechno, absolutně všechno. Kdo se v průběhu života nenaučil odpoutávat se, bude umírat těžce, protože musí opustit všechno, co na světě existuje. V tomto smyslu je umírání každého člověka stejně jedinečné a neopakovatelné jako jeho život. Veškeré dosud potlačované a nedořešené záležitosti se během posledních dnů života derou na povrch vědomí a ztěžují tak proces umírání. Představuje to náročný proces sebepoznání, odpuštění si a akceptování vlastního života. Je to velmi těžký proces, který dohání nejednoho umírajícího doslova k šílenství. Někdo se smrti až do posledního okamžiku neúprosně a urputně brání. Umírání tedy není v žádném případě jednoduché a neměli bychom si je přikrášlovat nebo glorifikovat. Nakonec se ukáže, že jsme za své umírání stejně jako za svůj život sami zodpovědni.

Když se včas seznámíme s dnešními poznatky o procesu umírání, můžeme se zbavit strachu z něj. Až budeme umírat, budeme si lépe vědomi toho, co se s námi děje (Jakoby, 2005, s. 11-16).

1.2 Fáze procesu umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Je-li stav pacienta zhodnocen jako „umírání“, mělo by se hlavním a jediným cílem léčby a péče stát, aby pacient trpěl co nejmenším dyskomfortem (aby necítil bolest, nezůstával osamocen a netrpěl strachem...).

Stav *pre finem* nazýváme období, od okamžiku kdy je člověku sdělena neblahá diagnóza do doby, než se u něho projeví známky terminálního stádia. Období *in finem* lze považovat také za terminální stadium, dále pak následuje stav *post finem*. V tomto okamžiku je na místě poskytnout člověku s úctou poslední péči a pomoci pozůstalým [Flanderová, 2009, online].

1.2.1 Období pre finem

Období pre finem začíná tam tehdy, kdy vejde v odbornou, případně laickou, tedy pacientovu povědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je pak v určitém i relativně dlouhém čase (týdny, měsíce) vysoce pravděpodobná. Umírání v tomto smyslu je proces, jehož začátkem je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci. Po celé toto období je třeba nejen usilovat o dosažení remise, popř. alespoň zmírnění obtíží strádajícího, ale také s ohledem na pravděpodobnost zlého konce nemocného úskalími nemoci vést. Konfrontace nemocného s bolestí a situací nemoci je výrazná, a jen zřídkakdy je uplatněn tak silný mechanismus strategie popření, že vyplní celý čas života s nemocí. Nemocný musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Nemocného je bezpodmínečně nutné uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky. Psychická rezignace, intenzívně prožívaná beznaděj a zoufalství nepochybně usnadňují vstup fyzické smrti. Psychologická intervence může uchránit těžce nemocného, »ke smrti pracujícího« člověka od tzv. sociální smrti. Sociálním umíráním lze označit stavy, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních, interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti.

I při vážném stavu, tedy v situaci pre finem, dochází současně nejen k uvědomování si závažného stavu, ale také k tzv. adaptabilní negligaci, tj. vytěsňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Popření, vytěsnění umírání, popř. hrozící smrti, bývá tím intenzivnější, čím více se člověk blíží k faktické smrti. Je to v jistém smyslu slova paradoxní, ale mnoho lidí se bojí vážné a ke smrti vedoucí nemoci více, když jsou zdraví, než když skutečně obávanou chorobou onemocní. Další zvláštnost se váže k prožívání strachu z umírání a ze smrti; v období pre finem jsou úzkostné stavy z ohrožení a manifestační strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi in finem.

V každém případě je třeba nemocného úskalími nemoci po celé období pre finem odborně vést a poskytovat mu podle potřeby intermitentně nebo trvale emoční podporu. Odborníci se shodují v tom, že každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci (Haškovcová, 2002, s. 205-208).

1.2.2 Období in finem

Situace in finem je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Z etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy: ritualizace smrti, zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanazie.

Příchodu nového člověka na svět běžně přiznáváme charakter radostného sociálního aktu. Nikdo se nerodí sám a i v našich podmínkách se množí případy, kdy je otec přítomen u porodu. Matka a novorozenec tak mají po boku člověka, který k nim patří nikoliv pouze jako biologicky spoluurčující jedinec vzniku nového života, ale jako garant emoční positivity a sociální jistoty ve smyslu vztahových hodnot. Smrti však byl upřen charakter sociálního aktu a někteří odborníci se shodují v názoru, že nikdy nebyl člověk v umírání tak sám jako v naší moderní době. Smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí. Umírání a smrt se diskrétně odehrávají mimo naši pozornost. Je třeba zabývat se, a to v širších souvislostech, problémem lidské konečnosti, vyrovnat se, pokud je to možné, s faktem smrti a respektovat, že také umírání musí opět získat charakter sociálního aktu. Smrt totiž patří k životu a patří svým způsobem také do života. Dnes si kolem umírání a smrti nejsme jisti ničím, a proto nás zahltil strach tak velký, že zabraňuje střízlivému pohledu a konstruktivnímu počínání, tedy tomu procesu, který je nazýván ritualizací umírání a smrti. Základní model, který by dovolil umírajícímu »přiměřeně« se chovat a který by umožnil totéž těm okolo, stále chybí.

Historicky vzato pečovala o nemocné a umírající především rodina, a to znamená, že péče o těžce nemocné a umírající byla převážně laická. Umírání doma mělo po staletí stejný, nutno říci, že vytříbený scénář: každý věděl, jaká je jeho role. Většina ze zúčastněných přejímala roli pečujícího se značnou dávkou samozřejmosti. I nemocný věděl, co se rámcově bude dít, až přijde jeho těžká hodinka. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Životem proškolený jedinec zvládl to, co bychom dnes nazvali adekvátním přístupem k umírajícímu. Samozřejmě, že se smrti také bál; ale jeho strach byl »normálnější«. Umírající zpravidla předjímal svůj skon, a proto mohl svolat příbuzné, proto mohl rozmlouvat s knězem a přijmout poslední pomazání, jakož i projevit poslední vůli. Smrt nastala po ritualizovaném rozloučení až za určitou, individuálně různou dobu.

Péče o nemocné a umírající se postupně přesunula do nemocnic a nabyla především odborného charakteru. Umírajícím je poskytována potřebná péče, dominantní je ale prakticismus a profesionalita. Chybí lidský kontakt. Umírání a smrt ztratily prvky sociálního aktu. Umírající nemá představu konkrétních regulativů, ošetřující jsou cizí. Zajistí čistotu, pořádek, přinesou jídlo a léky. Nepohladí. Příbuzní jsou daleko, občas přijdou na návštěvu. Nikde není zaručeno, že ve chvíli smrti bude někdo u nemocného. Smrt může nastat v době, kdy příbuzní nemohou v nemocnici být. Ti nejbližší nemají možnost se rozloučit, říci si poslední slova. Umírající nechce být sám a ve většině případů touží po přítomnosti druhého člověka. S radostí uvítá rodinného příslušníka či přítele, přijme však s porozuměním a vděkem i profesionála, a to tehdy, když rodina chybí, nemůže nebo není schopna zajistit doprovod.

V současné době se budují různá speciální zařízení pro umírající. Klasickým příkladem mohou být tzv. hospice. Pojem hospice znamená původně útulek, útočiště. Smyslem speciální péče nesoucí název Hospice je zajistit potřebným důstojné umírání. Prioritní je mírnit bolesti umírajících, nikoliv pouze fyzické, ale i psychické, a zajistit materiální a sociální komfort. V žádném případě nelze připustit izolaci nemocného. Návštěvy příbuzných a přátel jsou povolovány trvale. Každý pacient je soustavně vyzván, aby řekl, co si přeje, tázán na to, koho si přeje vidět a co případně chce a může udělat. Všechno úsilí směřuje k tomu, aby pacient žil pohodlně a úměrně svým možnostem s tím, že možnost smrti je v určité době reálná. V České republice byl otevřen první hospic v lednu 1996, a to v Červeném Kostelci (Haškovcová, 2002, s. 208-213).

1.2.3 Období post finem

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé. Po celou dobu ošetřování zemřelého si sestra počíná s příkladným taktem, k tělu zachovává náležitou úctu a pietu. Zemřelý zůstává na oddělení dvě hodiny. V praxi je někdy obtížné zvolit vhodné místo pro dvouhodinový klid zemřelého. Vhodná místnost zpravidla chybí a zůstane-li mrtvý předepsanou dobu na svém lůžku, způsobí nebo může způsobit psychickou disbalanci spolupacientů. Připustíme-li, že tato otázka je pouze technického a organizačního charakteru a bude postupně odstraněna vybudováním vhodného prostředí, odkryje se jiný problém. Je možné,

vhodné a etické přeložit »právě umírajícího« na zvláštní pokoj, který bývá označován jako »cela smrti«, nebo jej nechat naposled vydechnout mezi ostatními?

Neméně významným a palčivým problémem je způsob sdělování úmrtí příbuzným. Zasílání telegramů je sice běžnou praxí, která však má řadu úskalí. I když se jedná o tzv. avizované úmrtí, tj. ohlašované dlouhou a závažnou chorobou neblahé prognózy, často je telegrafické oznámení o úmrtí pro příbuzné šokující událostí. Bez problémů není ani předávání věcí pozůstalým, protože je často redukováno na instrumentální úroveň. Blízcí příbuzní však zpravidla chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého, a zejména si přejí být ujištěni o tom, že dotyčný netrpěl bolestmi. Z hlediska péče o pozůstalé je v oprávněně nárokovaném rozhovoru možné předejít nebo eliminovat rizika tzv. patologických forem žalu. Ostatně celá problematika péče o pozůstalé je ve vztahu k fyziologicky probíhajícím procesům zármutku a žalu. Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, ale i nezbytných dokladů a osobních věcí, je nutná, neboť usnadní nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu (Haškovcová, 2002, s. 233-234, Vučková, 1996, s. 94).

1.3 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler Rossové

Elisabeth Kübler Rossová je dnes považována za průkopnici výzkumu umírání. Již koncem šedesátých let minulého století rázně skoncovala s tabuizováním umírání a smrti. Díky její odvaze a rozhodnosti, s níž se zasazovala o práva a potřeby umírajících, se dnes můžeme svobodně rozhodnout, kde chceme zemřít: zda doma, v domově důchodců, v hospici nebo v nemocnici. Jako první popsala dnes již známý pětifázový model procesu umírání: nebrání konce života na vědomí, odmítání a vztek, smlouvání, deprese a nakonec smíření se s blízkí smrtí. Pochopitelně ne každý proces umírání probíhá přesně podle tohoto schématu: některé fáze mohou být přeskočeny, nebo dotyčný v jedné z nich uvízne, případně prochází všemi několikrát (Jakoby, 2005, s. 46).

1.3.1 První fáze: Nebrání konce života na vědomí

Když je někdo konfrontován se smrtelnou diagnózou, vyvolá to u něho nejdřív hluboký šok. Brání se realitě, která ohrožuje život. Je přirozené, že postižený reaguje popřením skutečnosti a jejím vytěsněním z vědomí: nechce si přiznat, že musí zemřít. Reakce na tento šok jsou různé: někdo se zhroutí a je jako ochrnutý, někdo hroživou informací vytěsňuje a strčí hlavu do písku, někteří dokonce diagnózu ignorují a žijí dál jako doposud, jako by se nic nestalo. Prvotní šok odeznívá jen velmi pomalu a trvá nějakou dobu, než si člověk význam smrtelné diagnózy skutečně uvědomí. Teprve potom může dostat strach jméno, může se o něm diskutovat, mohou být vyjádřeny potřeby nebo naděje. Chování pacientů je v průběhu této fáze často ambivalentní. Je to zdoluhavý proces, který od ošetřujícího vyžaduje hodně porozumění a trpělivosti. Nejedna pacient zůstane v této fázi odmítání a popření vězet. Zatvrdí se a nakonec zemře po dlouhém boji se smrtí bez usmíření. Není možné nutit druhého, aby se podíval pravdě do očí. K tomu se musí rozhodnout každý sám. Osoba, která umírajícího doprovází, by jej především měla nechat, aby vyjádřil svůj vlastní názor. Respekt k jeho postoji a k tomu, jaké jsou v daný okamžik reálné možnosti, je mimořádně důležitý. Doprovázející osoba tu je od toho, aby umírajícímu naslouchala a byla k dispozici; ne od toho, aby jej hodnotila nebo posilovala jeho obranné vytěsňující mechanismy. Typické průvodní projevy první fáze jsou tyto: šok, vytěsnění, popírání, kolísání nálad. Příklady toho, co takové osoby vyslovují: „Ne, já ne!“ „Tomu prostě nevěřím!“ „Cítím se bezmocný!“

Doprovázející osoba má v této fázi aplikovat následující stanoviska: vyčkávat, naslouchat, nic nenamítat, signalizovat ochotu povídat si (Jakoby, 2005, s. 48-49).

1.3.2 Druhá fáze: Odmítání

Když postižený opustí pozici vytěsňování, je zaplaven silnými emocemi. Před duchovním zrakem se mu vynoří všechny nevyřešené záležitosti, které během dosavadního života odsouval stranou. Zároveň roste jeho strach ze smrti a z toho, co po ní bude následovat. Tento chaos emocí v pacientovi vyvolává záchvaty vzteku a zuřivosti. Navenek se to projevuje neustálým kritizováním, nespokojeností a obviňováním druhých. Tato fáze je v celém procesu umírání nejtěžší, protože

postižený má sklon projevovat své negativní emoce tím, že své okolí tyranizuje. Pro pacienta samotného je ale mimořádně důležité, aby si uvědomoval emoce, které možná celý život potlačoval. Nyní vyplouvají na povrch všechny nezpracované bolesti, frustrace, nahromaděný vztek, nenávisť. Je to svým způsobem snaha o očistu, pokus vyrovnat se tváří v tvář blížící se smrti se sebou samým. Pacientovo chování se stává nevypočitatelným a pro doprovázející osoby je nyní obzvlášť důležité nebrat jeho slova osobně. Právě v této těžké fázi potřebuje jejich tichou přítomnost a pochopení. Umírající se tváří v tvář neodvratnému konci vzpírá svému osudu: „Proč právě já?“ nebo „Jak to může bůh dopustit?“

Typické průvodní projevy druhé fáze jsou vztek, zuřivost, nenávisť, kritizování, sebeobviňování. Doprovázející osoba má v této fázi volit následující postup: nebrat pacientova slova osobně, projevovat porozumění, nehodnotit, aktivně naslouchat, ale v případech potřeby si dovést zjednat odstup (Jakoby, 2005, s. 49-50).

1.3.3 Třetí fáze: Smlouvání

Když se výše popsaná fáze odporu a odmítání blíží ke konci, stane se z protivného pacienta vstřícná, příjemná osoba. Bude se pokoušet jistou smrt alespoň co nejvíc oddálit. V duchovní rovině se obrací k bohu s prosbou, aby mu dopřál ještě trochu času. „Když budu moci prožít ještě tyto Vánoce, tak potom...“

Navenek se nyní pacient snaží uspořádat své záležitosti. Píše závěť, snaží se dovést ke zdárnému konci nedořešené věci. Pacient chce mít uklizený stůl, zanechat po sobě čisto a pořádek. Zároveň se pokouší prodloužit si život alespoň o kousek, a proto smlouvá s osudem. Je také ochoten podstoupit všechny možné léčebné procedury.

Typické průvodní symptomy třetí fáze jsou: projevy naděje, ochota ke spolupráci, aktivní přístup, vstřícnost. Doprovázející osoba by měla v této fázi jednat následovně: nebrat naději, ale ani nevzbuzovat falešné očekávání, nehodnotit pacientovu vyjednávací strategii, i když ji třeba nepovažuje za správnou. Žádný z projevů pacientovy emocionální lability nebrat osobně (Jakoby, 2005, s. 51).

1.3.4 Čtvrtá fáze: Deprese

Během čtvrté fáze dochází pacient k poznání, že umírá. Není už schopen dál se obelhávat, něco si namlouvat. To u něj vyvolává smutek a depresi. Jde přitom o reakci na všechny dosavadní ztráty a na to, co všechno ve svém životě zmeškal, opomněl, propásl. Před jeho vnitřním zrakem vyvstávají obrazy, vynořují se vzpomínky, dávno zapomenuté příhody se opět derou do vědomí. Umírající si je plně vědom faktů, že mu zbývá už jen málo času na to, aby dokončil nevyřízené záležitosti. Někdo se zatvrdí, jiný se naopak pokouší navázat kontakt s osobou, s níž se chce usmířit. Pacienti v této fázi litují různých možností, které v životě nevyužili, uvědomují si, co ztrácejí, co všechno tu musí zanechat: přátele, místa, věci. Stojí tváří v tvář nevyhnutelnosti vlastní smrti a přiznávají si to: „Ano, musím zemřít.“ Popírání a potlačování se definitivně rozplynulo.

Typickými průvodními projevy čtvrté fáze jsou smutek, slzy, uzavírání se do sebe sama, depresivní ustrnutí, strach, hledání smyslu, životní bilancování. Doprovázející osoba má v této fázi následující záchytné body: nebránit slzám a smutku, nesnažit se pacienta rozptylovat a odvádět jeho pozornost, být přítomen, ukázat porozumění, pomáhat při praktických věcech, které je potřeba zařídit (Jakoby, 2005, s. 51-53).

1.3.5 Pátá fáze: Smíření se

V této fázi působí pacient psychicky i fyzicky velice mdlým dojmem, nicméně se už smířil s osudem. Nejistota a strach jej opustily, umírající akceptuje blížící se konec, někdy jej dokonce vnímá jako vysvobození. Je klidný a spokojený, dokáže si přiznat: „Ano, já umírám!“

Od doprovázejících osob se nyní nejvíc žádá, aby byly prostě přítomny. Právě v této situaci potřebuje umírající naši blízkost. Někdy je ovšem těžké rozlišit smíření se se smrtí od rezignace. Za unaveným přitakáním nebo odevzdaností se může skrývat právě rezignace. Pacienta ovládne pocit, že už nemůže nic dělat. Doprovázející osoba by měla být u jeho lůžka, držet jej za ruku, bude-li si to přát, aby se necítil opuštěn.

Typické průvodní jevy poslední, páté fáze: vnitřní zklidnění, vyčerpání, odpoutanost, zvýšená vnímavost. Doprovázející osoba má v této fázi postupovat takto:

udělat si pro umírajícího čas, být v jeho blízkosti, vyslechnout jeho poslední přání. Pokud se uzavře do sebe, akceptovat to. Mimořádně důležitý je pochopitelně tělesný kontakt (Jakoby, 2005, s. 53-54).

1.4 Smrt

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. V současnosti je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu (nemoci) (Haškovcová, 2007, s. 89-90).

1.4.1 Thanatologie

Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní.

Prakticky je však obsah oboru thanatologie »rozptýlen« do celé řady klasických oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. Relativním důvodem, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, je nejen obtížnost sevrít jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že pravděpodobně nikdo nechce být označen za thanatologa.

Thanatologická témata mají svou značnou naukovou část. Tu je třeba zvládnout obvyklým způsobem, tzn. klasickým učením. Velmi jsou diskutovány všechny postupy, které by mohly kýženým způsobem zasáhnout i postojovou složku každého studenta tak, aby byl schopen to, co se naučil a co ovládá, také uplatnit, a to právě v tak citlivých procesech, jakými jsou lidská účast a laskavý doprovod. Propojit výuku s výchovou je nezbytné, máme-li na mysli kulturní kultivaci procesu umírání a bereme-li v úvahu, že se student musí naučit být citlivý k lidským potřebám

umírajících a současně musí být schopen zvládat psychickou zátěž, která z takového přístupu nutně vyplývá (Haškovcová, 2007, s. 178-179).

1.4.2 Tajemství smrti

Problematika smrti a umírání je spojena s mnoha tajemnostmi. Mnohé se nám zdá nepochopitelné. Nad mnoha věcmi si klademe otázky. I když mnohé rozumem chápeme, přece jen s tím nejsme emocionálně zcela vyrovnaní. Je dokonce možné hovořit o mystériu (tajemství) smrti a o jeho kognitivní i emocionální odezvě. Každé mystérium má svou fascinaci (uhrančivost). Na druhé straně podléhá tendencím disimulace (zastírání toho, co je, tváření se k danému problému, jako kdyby nebyl, neexistoval). Tak se setkáváme na jedné straně se snahou bagatelizovat tyto problémy a na druhé s tendencí vidět ve smrti a umírání monstrum (hrůznost). Není tak příliš vzdálená doba, kdy u nás vozy pohřební služby nesměly jezdit ve dne, aby například odvážely do krematorií ty, kteří zemřeli, jen aby nebylo vidět, že existuje něco jiného nežli radostiplný život. Radostiplný život – a nic jiného.

Kromě toho se setkáváme s obecnými pravdami o smrti a umírání, které přijímáme „obecně“, aniž bychom je aplikovali do vlastního osobního života. Příkladem může být obecná pravda, že „člověk je smrtelný“. Ta je již méně často dotažena do logického konce: „i já jsem člověk“, a tedy „i já jsem smrtelný“. Jiným příkladem může být konstatování, že „smrt platí pro všechny stejně – pro chudého i bohatého, pro bílého i černého, pro pána i kmána“ atp. I tentokrát se málokdy setkáváme s dotažením konstatování do osobního rozměru typu „i já jí budu zasažen“. Podobně je tomu s konstatováním typu „smrt je hodinou pravdy“ – pro každého. Bude jí i pro mne (Křivohlavý, 2002, s. 153)?

1.4.3 Paliativní péče

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 říká, že 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 (Munzarová, 2005, s.62).

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je dále provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života.

K otázce eutanazie má jednoznačně vyhraněný postoj: Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE.

Paliativní medicína je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají.

Paliativní péče je zaměřena na uspokojování individuálních potřeb nemocných a jejich rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují především sestry celých 24 hodin denně. Proto je práce sestry v paliativní péči velmi náročná [Pfefferová, 2009, online].

1.4.4 Prožívání a emoce sestry při péči o umírající

Pro sestru je péče o umírajícího a styk s jeho rodinou stresující záležitostí. Sestra odvádí práci nejen odbornou, často i fyzicky velmi namáhavou, ale i psychicky, sociálně náročnou, která stále není společensky ani finančně doceněna. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionální zralost, mistrovství v komunikaci s umírajícím a jeho blízkými. Často je spolupráce s umírajícími velmi těžká, je apatický nebo je v kómatu a přesto se od sestry vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá, psychicky i fyzicky zdatná.

Pro ošetrovatelskou péči o umírající je důležité, aby se sestra uměla vyrovnat s odchodem člověka, a aby umírání a smrt brala jako součást života. Za svou práci sestra nedostane vždy úcty a poděkování, které by si zasloužila. Ne vždy se jí dostane poděkování a úcty od blízkých umírajícího. Ne vždy se blízcí chovají k umírajícímu s úctou. Ne vždy přijdou blízcí na návštěvu za umírajícím, často přichází až pro pozůstalost. Ne vždy umírá starý člověk, který prožil naplněný a dlouhý život a umírá smířen. Často na ARO umírají velmi mladí lidé, kteří mají celý život před sebou. Ti většinou neumírají tak klidně a smířeně jako starší jedinci. Mají pocit nespravedlnosti a nenaplnění, smutku, že musí opustit život, který pro ně teprve nedávno začal. A je to

sestra, která musí umět zachovat klid, důstojnost a ovládnout své emoce. Dostává se tak často do velmi složitých, obtížných a stresových situací. Způsob, jak si sestra poradí se zvládnutím stresu je velmi individuální.

Mezi nejčastější psychické potíže sester spojené s péčí o umírající a jejich blízké patří: pocit vyčerpání, napětí, pocit samoty a prázdnoty, úzkost, strach, tíseň, smutek, osobní selhání, lítost, ztráta radosti z práce atd. Vzdávající úzkost řeší některé sestry somatizací – pociťují různé obtíže na úrovni svého těla. To vše může vyústit až v syndrom vyhoření, tzv. burnout syndrom, který se projevuje stísněnou až depresivní náladou, poruchami koncentrace a paměti, nespavostí, únavou, ztrátou zájmů, sexuálními poruchami a zhoršením vztahů s okolím. Takové sestře chybí sebedůvěra, kreativita a klesá její výkonnost. Tento stav vyžaduje pomoc odborníků.

Nejdůležitější je ovšem vlastní postoj sestry k umírání a smrti. Sestra, která pečuje o umírající musí mít, mimo odborných, právních, etických a manažerských znalostí, nadhled, sociální zralost, musí být psychicky vyrovnaná, musí sama žít smysluplný život, pak je schopna pracovat beze strachu a stresu u nemocných v terminálním stádiu. Výhodou pro sestru je také dobré rodinné zázemí.

Prostředí ARO poskytuje málo příležitostí k reflexi zkušeností z péče o umírající pacienty a proces umírání a smrti se často zúží do několika málo hodin a dnů. Jde o kritické momenty, kdy sestry riskují emocionální vyčerpání, protože se snaží poskytovat svým pacientům kvalitní péči a zároveň potlačovat svůj vlastní strach a další pocity [Pfefferová, 2009, online].

1.5 Etika umírání a smrti

Sestra se v praxi dostává do velmi náročných situací, které musí zvládat odborně i lidsky. Jednou z nejnáročnějších je setkání s umíráním a smrtí. Smrt je jediná fakticita, která je člověku dána už v okamžiku zrození. Umírání a smrt je údělem člověka a všechny čeká. Tato jistota je zahalena do nejistoty. Nikdo neví, kdy a jak přijde. Jak sdělit, že se lidský život chýlí ke konci nebo byl ukončen? Otázky související s etikou umírání a smrti patří k lidsky i profesně nejnáročnějším. Ať už je život jakkoliv dlouhý, na jeho konci stojí smrt a ta by neměla být tabuizována (Kutnohorská, 2007, s. 70).

1.5.1 Eutanazie

Pojem eutanazie je rezervován pro dvě základní situace. Tradičním obsahem pojmu eutanazie je dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Původním obsahem pojmu byla dobrá smrt, která prakticky korelovala s představou a přáním lehké smrti. Většina lidí by si přála zemřít rychle, tiše, bez bolesti, nejlépe ve spánku a samozřejmě až v závěru dlouhého spokojeného života. Zemřít lehkou smrtí se pokládá za štěstí svého druhu. Je nesporným paradoxem, že lehký skon je dnes méně častý než v minulosti, neboť dobře míněné terapeutické intervence mají nezřídka za následek dystanazii. Stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je „nemožné“, je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými. Často právě nelehké umírání, spojené s bolestí iniciuje úvahy o milosrdné smrti (Haškovcová, 2007, s. 120, Vorlíček, Adam et. al., 1998, s. 374).

1.5.2 Formy eutanazie

V současné době je pojem eutanazie rezervován pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé:

- **eutanazie aktivní** – pacient trpí nevyлéčitelnou nemocí, která má neblahou prognózu, smrt lze reálně očekávat v krátké době (časové pásmo asi 6 měsíců), pacient trpí nesnesitelnými bolestmi a opakovaně žádá urychlení smrti, vykonavatelem aktivní eutanazie je lékař,
- **eutanazie nevyžádaná** – je variantou aktivní eutanazie a liší se tím, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat,
- **eutanazie nedobrovolná** – je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná, verifikovat pacientovu vůli a odlišit nevyžádanou eutanazii od nechtěné je metodicky nemožné,
- **eutanazie pasivní** – je ekvivalentem odnětí nebo přerušení léčby, nikoliv však ukončením péče, bývá interpretována jako právo na „přirozenou smrt“, a proto má mnoho zastánců.

Postupy DNR (do not resuscitate) jsou takové postupy, které dovolují za určitých podmínek, popřípadě s přihlédnutím k přání nemocného, které je dáno dopředu (forma living will), a s použitím systému medicínských kritérií pro ukončení zejména

mimořádných terapií zastavit léčbu. Bezprostředním důsledkem pro pacienta je smrt. Programy DNR jsou používány zejména na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. V poslední době se diskutují kritéria, podle kterých by bylo možné objektivizovat tzv. marnou léčbu a tedy umožnit i její ukončení i v méně vypjatých situacích klinické praxe.

Asistovaná sebevražda – pacient je nevléčitelně nemocný, povaha nemoci má neblahou prognózu, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít, žádá lékaře o prostředek nebo metodickou radu, jak odejít ze života. Asistence lékaře je odborná, akt ukončení života však provádí pacient sám.

Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií bývá v praxi často nezřetelný. Z pedagogických důvodů a metodických důvodů je však možné i účelné hovořit o aktivní i pasivní eutanazii neboli o strategii přeplněné nebo naopak odkloněné stříkačky (Vorlíček, Adam et. al., 1998, s. 374-375).

1.5.3 Eutanazie jako etický problém

Eutanazie ANO či NE? Takto jednoznačná otázka tvoří ke škodě věci rámeček většiny diskuzí o eutanazii a nezřídka slouží k získání »objektivního« názoru občanů, kteří si nejsou vědomi složitosti ani vícevrstevnosti celého problému.

Reprezentanti jednoznačného ANO se odvolávají především na humanitu a domnívají se, že jedině eutanazie je uchrání před nesnesitelnými bolestmi a krutým umíráním. Věří také, že trpící člověk je schopen odpovědně a nezvratně posoudit svou situaci a že jeho vůle zemřít je vrcholným projevem práva na sebeurčení. Jsou rovněž nezvratně přesvědčeni, že nemůže dojít k zneužití, protože lékaři jsou schopni stanovit takové podmínky, které vylučují účelovou a nežádoucí manipulaci.

Jasně NE lze odvodit na základě těchto hlavních námitek:

I když je člověk nevléčitelně nemocný a i když je jeho nemoc klasifikována jako smrtelná, vždy může dojít k překvapivému zvratu. Kdo z lékařů, dalších zdravotníků i laiků jen jedenkrát zažil, že nemocný »utekl hrobníkovi z lopaty«, bude v posuzování případné eutanazie nutně velmi opatrný. Pro eutanazii se jednoznačně vyjadřují lidé, kteří jsou zdraví a kteří ještě nebyli konfrontováni s nemocí a bolestí některého člena rodiny. Své stanovisko zpravidla radikálně mění, když se dny života

začnou krátit jim nebo někomu blízkému. Pak je náhle každý den drahý a každá i minimální naděje na zlepšení stavu vítaná.

Žádost umírajícího o milosrdnou smrt je většinou ambivalentní. Na jedné straně si těžce zkoušený člověk přeje vysvobození, na druhé straně se těší ze života, i když je zkalen celou řadou obtíží. Z tohoto **důvodu lze považovat za neetické, aby člověk žádal o svou vlastní smrt.**

Každý lékař především chrání život svého pacienta. Pro celou řadu lékařů je proto už pouhá myšlenka na eutanazii prohřeškem proti etice a základnímu určení jeho profese. I ti, kteří připouštějí možnost některé z forem eutanazie, však dobře cítí rozpor mezi tradiční povinností ochrany života a současnou možností jeho »předčasného« ukončení. Nezřídka pak docházejí k závěru, že jediným mravně ospravedlnitelným rozhodnutím je kvalitní paliativní léčba, popřípadě možnost **»nechat zemřít«** (upustit od takových zásahů, které jsou označovány jako marné).

Právě proto, že dochází k stále většímu obdivu k »rychlému« a »ekonomicky výhodnému« řešení formou eutanazie a k přijímání příslušných liberálních zákonů v celé řadě zemí, nevyjímaje Českou republiku, je třeba uvést také názor Světové lékařské asociace. Také tato organizace opakovaně formulovala své stanovisko k eutanazii. V tom z roku 2004, zatím posledním v pořadí, se praví, že **»eutanazie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe«** a vyzývá lékaře, aby »odmítli účast při eutanazii a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminlizoval«. Dále je se vší odpovědností zdůrazněno, že »skutečnost, že lékař jednal v souladu se zákonem, nutně neznamená, že lékař jednal eticky«. Je jen logické, že **mají být změněny ty zákony, které jsou v konfliktu s lékařskou etikou** (Haškovcová, 2007, s. 157-159).

1.5.4 Etické aspekty intenzivní medicíny

Rozvoj intenzivní medicíny přinesl v posledních letech kromě nových diagnostických a léčebných postupů také i řadu etických otázek a problémů spojených s péčí o kriticky nemocné. Je nepochybné, že tento vývoj zvýšil pravděpodobnost přežití některých stavů a pozměnil naše vnímání reverzibility orgánového poškození či selhání. Nicméně narůstající nepoměr mezi možnostmi současné lékařské vědy a dostupnými zdroji je stále zřetelnější. Ekonomické aspekty intenzivní medicíny se

stávají nedílnou součástí etické problematiky. Do obsahu diskusí nad výsledky poskytované péče se dostává v minulých letech nepříliš zdůrazňovaný aspekt – dosažená **kvalita života nemocných**.

Přes rozdílnost názorů a postojů zdravotníků i ekonomů k těmto otázkám musí základní myšlenka medicíny zůstat vždy stejná, tj. veškeré úsilí věnovat ve prospěch nemocného až do okamžiku, kdy jsme přesvědčeni, že další léčba vede jen k utrpení nemocného bez naděje na příznivý výsledek (*salus aegroti suprema lex*). Aplikace základních etických principů by měla být za všech okolností nedílnou součástí celkového hodnocení nemocného v procesu stanovení diagnostické a léčebné strategie (Ševčík, Černý, Vítovec et. al., 2000, s. 6).

1.5.5 Základní etické principy

Princip beneficence (princip konání vždy v zájmu a ku prospěchu nemocného). Tento princip vyjadřuje základní axiomy celé medicíny, kterými jsou

- ochrana zdraví
- obnovení zdraví
- úleva od strádání a bolesti
- obnova či korekce poškozených orgánových funkcí
- zlepšení kvality života

Princip nonmaleficence (nikdy nemocného nepoškodit, *primum non nocere*). V praxi znamená uplatnění tohoto principu vyhýbat se všem postupům, které by mohly mít negativní dopad na nemocného, kdy jejich případný nežádoucí efekt či riziko nejsou adekvátně a zřetelně vyváženy přínosem zvolené metody či postupu.

Princip autonomie – lékaři by neměli mít právo léčit pacienta schopného vlastního rozhodování bez jeho souhlasu. Aplikace tohoto principu je vyjádřením respektu lékaře k osobě a autonomii člověka. Informovaný souhlas nemocného s navrhovaným léčebně diagnostickým postupem by měl být pravidlem v situacích, kdy je možno jej vzhledem ke kompetenci nemocného získat. V intenzivní medicíně je otázka souhlasu nemocného s léčbou zvláště problematická, a pokud není k dispozici souhlas pacienta či jeho nejbližších příbuzných, lékař postupuje podle výše uvedených principů.

Princip respektování zákona – tento princip znamená za všech okolností respektování platného právního rámce, tj. zajištění takové péče, na kterou má nemocný ze zákona právo. Vyjadřuje zájem společnosti na poskytnutí zákonem stanoveného rozsahu péče všem občanům (Ševčík, Černý, Vítovec et. al., 2000, s. 6-7).

Dne 20. 2. 2010 bylo projednáno a schváleno představenstvem České lékařské komory doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli a nabylo účinnosti dne 4. 3. 2010 (doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 v příloze č. 3).

1.6 Úzkost a strach ze smrti

Slovník definuje úzkost jako obavu nebo strach bez přesného důvodu. Je dominantním znakem úzkostných poruch a průvodním jevem mnoha dalších poruch zdraví, kde je výrazem povšechných obav z neisté budoucnosti (Vokurka, Hugo et. al., 2005, s. 944).

Člověk, který má velký strach ze smrti, se bojí i života. Strach patří k člověku: je to emoce, pocit, afekt. Strach je nezbytný, plní užitečnou funkci, protože nás informuje o hrozícím nebezpečí. Často nás také vybízí, abychom něco ve svém životě změnili. Někdy se stane signálem, který nás přiměje ke změně kurzu, a tím pozitivně ovlivní naši budoucnost (Jakoby, 2005, s. 61).

1.6.1 Strach a úzkost ze smrti v rámci diagnostické klasifikace NANDA

Ošetřovatelské diagnózy **Strach** a **Úzkost ze smrti** spadají v rámci diagnostické klasifikace NANDA do diagnostické domény **č. 9 Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu**, která poskytuje informace k ošetřovatelské diagnostice v oblasti zvládnání životních událostí (ošetřovatelské diagnózy a diagnostické prvky uvedeny v příloze č. 4).

Standardizované názvy ošetřovatelských diagnóz jsou v této doméně zařazeny do **tří tříd**:

1. třída: posttraumatická odezva
2. třída: reakce na zvládání zátěže
3. třída: neurobehaviorální stres

Obě ošetřovatelské diagnózy, strach i úzkost ze smrti, jsou zařazeny do druhé třídy. Třída reakce na zvládání zátěže je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti **zvládání stresu, který souvisí s okolím člověka**. Obě jsou ošetřovatelskými diagnózami **aktuálními** (Marečková, 2006, s. 171-178).

1.7 Duševní hygiena sestry

Chceme-li, aby někdo něco dělal dobře, pak je dobré, když se zajímáme i o to, jak mu je. Je-li mu dobře, dá se očekávat, že bude dobře dělat i to, co dělat má. Není-li mu dobře, není samozřejmé, že by „automaticky“ podával dobrý výkon. Má-li zdravotní sestra dobře pracovat – má-li pečovat o pacienty a být jim mimo jiné i povzbuzující sociální oporou, pak je zapotřebí, aby byla i ona sama v dobrém stavu.

Jedním z úkolů zdravotní sestry je pečovat o pacienty. V pozadí tohoto úkolu – a nejen jeho – stojí však jiný, který má na práci – a nejen na práci – zdravotní sestry mimořádný vliv. Je jím **péče o sebe** (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9).

1.7.1 Emocionální problémy zdravotníků

Práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka. Proto by bylo užitečné, aby management zdravotnické zařízení zakalkuloval pro každého začínajícího pracovníka do svých programů poskytnutí zkušebního období, během něhož by si mohli, on sám i jeho nadřízení, ověřit, zda se pro takovou práci hodí. Tato doba by měla trvat, dle našeho názoru, nejméně půl roku.

Pro začátečníka v této práci by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo někdo ze starších spolupracovníků, kterému by se mohl svěřit se svými problémy. Tento „supervizor“ by mu měl pomoci k pochopení motivací ke zvolené

práci a také postoje k vlastní smrti. Nastupující pracovník by měl znát svou **toleranci k nadlimitním zátěžím**. To neznamena, že by nesměl mít nějaké citlivé místo, ale měl by o něm vědět jak on, tak i jeho nadřízený (Vorlíček, Adam et. al., 1998, s. 409).

1.7.2 Syndrom burn out

Syndrom burn out se objevuje po různě dlouhé době profesionální aktivity, zvláště u lékařů a sester. Jde o specifickou emoční únavu projevující se dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Postižený se obtížně soustřeďuje na nemocné, trpívá pocity zatrpklosti, dojmem, že se nic nedaří, nic nemá cenu atd. může vést k formálnosti v práci, ke ztrátě zájmu o pacienty, v extrémních případech k alkoholismu, toxikomaniím i sebevražedným pokusům.

Osoby tímto syndromem trpí nejen samy. Trpí i jejich práce z hlediska kvality a rovněž jejich docházka do zaměstnání v důsledku zvýšené pracovní neschopnosti. Postižení tímto syndromem bývají kromě zdravotníků i učitelé, právníci, policisté apod. Příčinou syndromu bývá ztráta uspokojení z práce v povolání, když není smysluplně vyvážena emoční bilance nákladů a zisku. Dosáhnout uspokojení v povolání lze prožitkem úspěchu, uznáním, pocitem seberealizace a pocitem sounáležitosti k určité skupině nebo ústavu.

V medicíně jsou příčinou tohoto syndromu rovněž vysoké požadavky špičkové péče, zatížení prací ve střídavých směnách, přesčasy, nouzová nasazení a podobně. Uplatňují se i osobnostní faktory zdravotníka (Vorlíček, Adam et. al., 1998, s. 347,411).

1.7.3 Způsoby k udržení dobrého duševního zdraví

Pustit k sobě světlo

Bylo prokázáno, že přírodní světlo ovlivňuje hladiny melatoninu. Tento hormon má vliv na spánek, náladu i reprodukční cyklus. Má-li člověk tohoto hormonu málo, může to vést k depresi. Sestra by se proto měla snažit o častý pobyt v přírodě. V zaměstnání by se měla snažit pustit světlo do místnosti a zatahovat rolety jen v nutných případech.

Řešit problémy

Problémy by se měly řešit a ne odsouvat do pozadí. Dochází pak k tomu, že z malého problému se stane problém obrovský, na jehož řešení potom nutné vynaložit mnohem více sil.

K řešení problému pak sestře mohou pomoci známé ošetřovatelské diagnózy.

Je třeba si stanovit problém, příčinu, projevy. Poté si stanovit cíl a způsob, jakým se k vytyčenému cíli dostat. V poslední fázi je nutno provést vyhodnocení.

Po příchodu z práce si stanovit 30 minut odpočinku

Je vhodné domluvit se s rodinou, že po příchodu ze zaměstnání bude mít sestra 30 minut odpočinku a nikdo ji nebude obtěžovat svými problémy. V tuto dobu je vhodné se osprchovat, smýt ze sebe veškerou únavu, posadit se do křesla nebo si lehnout a pustit si příjemnou hudbu.

Vést „pokladnici uznání“

Pokladnici uznání si můžeme představit jako deník, do kterého si sestra zaznamenává všechny úspěchy a věci, které jí udělaly radost. V období smutku se k nim může vracet.

„Světít neděli“

Už naši předci věděli, že člověk potřebuje jeden den v týdnu na zotavení. Péče o nemocné většinou vyžaduje dvousměnný nebo třisměnný provoz a sestra je mnohdy o nedělích v práci, proto jí může činit potíže v neděli odpočívat. V tom případě je vhodné stanovit si některý jiný volný den v týdnu jako náhradu za neděli.

Radovat se z maličkostí

Sestra se může, a také by se měla, radovat z každého daru života. Když se člověk podívá kolem sebe, může se radovat třeba z toho, že svítí sluníčko nebo i z toho, že prší a on má deštník. Další důvody radosti lze hledat v dobré a funkční rodině. Každý je individuum a každá má také jiný důvod k radosti. Jisté však je, že mnohdy se stačí dívat na svět s otevřenýma očima a důvod se vždycky najde.

Relaxovat

Existuje celá řada relaxačních technik a každý si může vybrat podle toho, jak mu ta či ona technika vyhovuje.

Nejznámější relaxační metody jsou aromaterapie, muzikoterapie, autogenní trénink, Gutmannova relaxace vsedě, progresivní relaxace dle E. Jacobsonova.

Využívat masáže a akupresury

Cílem masáží je uvolnit svalové napětí a odstranit únavu. Akupresura posiluje vnitřní orgány.

Zrekapitulovat den, modlitba

Každý večer před spaním, je-li to možné, je vhodné provést zrekapitulování uplynulého dne, věřící se mohou pomodlit. Jedinec by si měl uvědomit, co se mu ten den povedlo, čím udělal druhým radost, čím udělali druzí radost jemu a z jakých věcí by se mohl radovat. Také by si měl uvědomit, co neudělal správně a jak by měl příště jednat jinak, aby se chyby už neopakovaly.

Dostatek spánku

Ve spánku se obnovují naše duševní síly, proto by sestra měla dbát na dostatek spánku. Při nespavosti se snažit vyvarovat užívání léků na spaní a místo nich využít některou z alternativních forem, například čaj z heřmánku a meduňky, vyvětrání ložnice nebo pustit CD s vhodnou hudbou.

Využití barev

Všechno, co člověka obklopuje, má barvu. Každá barva na člověka nějak působí. Modrá barva uklidňuje, působí studeným dojmem. Zelená představuje rovnováhu, vyrovnanost. Červená hřeje, stimuluje. Žlutá hřeje, vytváří pocity tepla, rozradostňuje. Bílá asociuje čistotu a duchovno.

Supervize – Balintovská skupina

Supervize znamená dohled, kontrolu nebo také řízení.

Balintovská skupina je metoda supervize, kterou v 50. letech vytvořil psychoanalytik M. Bálint. Skupina příslušníků určité profese se sejde pod vedením odborníka. Na sezení některý z účastníků přednese problém, který v něm vyvolal vnitřní konflikt a ostatní účastníci se ho spolu s vedoucím skupiny snaží řešit [Kopečná, 2008, online].

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Práce je zaměřena na prožívání úzkosti a strachu ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na resuscitačních odděleních.

CÍL 1

Zjistit, jaký vliv má péče o umírající na ARO na psychickou a emocionální stránku nelékařského zdravotnického personálu.

CÍL 2

Zjistit, zda péče o umírající ovlivňuje jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání.

CÍL 3

Zjistit, co jim pomáhá vyrovnávat se s touto velmi psychicky náročnou prací, zda mají oporu ve vedení a jakou formu odreagování se a odbourání stresu by uvítali v rámci zaměstnaneckých benefitů.

2.2 Metodika práce

Použitá technika

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum založen na technice sběru dat a potřebných údajů formou anonymního dotazníku.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 46).

Výsledný dotazník (příloha č.), který byl použit k realizaci výzkumného šetření, je sestaven z dvacetišesti, převážně uzavřených otázek. A to jak dichotomických, tak polytomických. Uzavřené otázky nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze

kterých respondent vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 49). Dále byly využity otázky polootevřené (otázka č. 2, 14, 19).

Obsah dotazníku byl rozdělen do čtyř podskupin I., II., III. a IV. část.

První část byla zaměřena na osobní a pracovní údaje o respondentech.

Druhá část byla zaměřena na to, jaký vliv má péče o umírající na ARO na psychickou a emocionální stránku sester.

Třetí část byla zaměřena na vlastní myšlenky a úvahy sester o smrti.

Čtvrtá část byla zaměřena na zjištění, co pomáhá sestřím vyrovnávat se s touto psychicky velmi náročnou prací, zda mají oporu ve vedení a jakou formu odreagování se a odbourání stresu by uvítali v rámci zaměstnaneckých benefitů.

Pro cíl 1 byly stanoveny položky s číslem 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Pro cíl 2 byly stanoveny položky s číslem 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Pro cíl 3 byly stanoveny položky s číslem 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazník byl sestaven pro řadové sestry (ženy i muže) lůžkových anesteziologicko-resuscitačních oddělení tří vybraných nemocnic Moravskoslezského kraje:

- Nemocnice ve Frýdku – Místku, příspěvková organizace,
- Fakultní nemocnice Ostrava,
- Vítkovická nemocnice, a.s.

Kritériem nebyl věk respondentů ani délka jejich odborné praxe.

Organizace dotazníkového šetření

Obsahová správnost a formulace jednotlivých otázek dotazníku byla konzultována s vedoucím práce.

V prosinci 2009 byl proveden na ARO v Nemocnici ve Frýdku – Místku pilotážní výzkum, kterého se zúčastnilo 5 zdravotních sester.

Cílem předvýzkumu bylo ověřit srozumitelnost a jednoduchost nabízených otázek. Bylo zjištěno, že otázky byly jasné a jejich zodpovězení nečinilo dotazovaným potíže. Dotazník byl použit jako definitivní verze a následně použit k výzkumnému šetření.

Výzkum jsem začala zkontaktováním hlavních sester vybraných nemocnic prostřednictvím e-mailu. Po jejich souhlasu byly osobně nebo telefonicky osloveny vrchní sestry anesteziologicko – resuscitačních oddělení, kterým byly v domluveném termínu předány dotazníky a které byly požádány o spolupráci a dohled během vyplňování dotazníků, které byly na odděleních ponechány 14 dní.

Pro zpracování potřebných dat byl použit dotazník s 27 položkami. Celkově bylo rozdáno 82 dotazníků a následně sesbíráno 78. Z toho 15 dotazníků bylo vyřazeno vzhledem k nejasným odpovědím. K vyhodnocení bylo tedy použito 63 dotazníků. Návratnost činila 76,9%.

Spolupráce se zdravotnickými zařízeními byla dobrá, ve všech zařízeních byly velmi ochotní.

2.3 Zpracování výzkumných dat

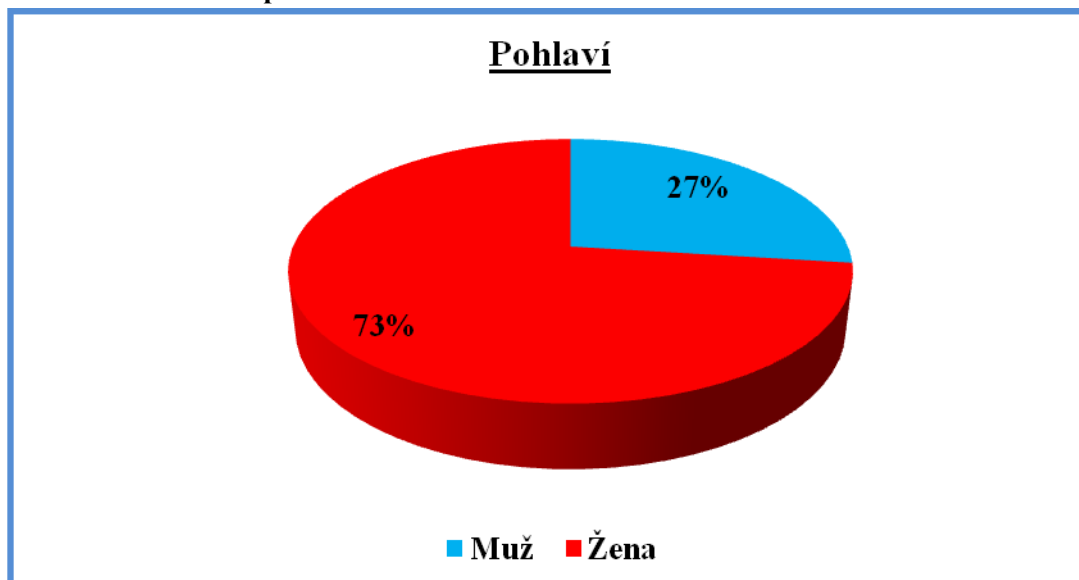
Pohlaví respondentů

Z 63 respondentů vyplnilo dotazník 46 žen (73,0%) a 17 mužů (27,0%). Tabulka č. 1, graf č. 1.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	17	27,0%
Žena	46	73,0%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Délka praxe na ARO

Z celkového počtu 63 respondentů uvedli 3 (4,8%) délku praxe méně než 1 rok, praxi do 2 let uvedlo 8 (12,7%) respondentů. Do 5 let pracuje na ARO 22 (34,9%) sester, do 10 let 16 (25,4%) sester a do 15 let 3 (4,8%) sestry. Praxi delší než 20 let uvedlo 8 (12,7%) respondentů. Tabulka č. 2, graf č. 2.

Tabulka č. 2 Délka praxe na ARO

Délka praxe na ARO	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	3	4,8%
1 - 2 roky	8	12,7%
3 - 5 let	22	34,9%
6 - 10 let	16	25,4%
11 - 15 let	3	4,8%
16 - 20 let	3	4,8%
Více jak 20 let	8	12,7%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 2 Délka praxe na ARO



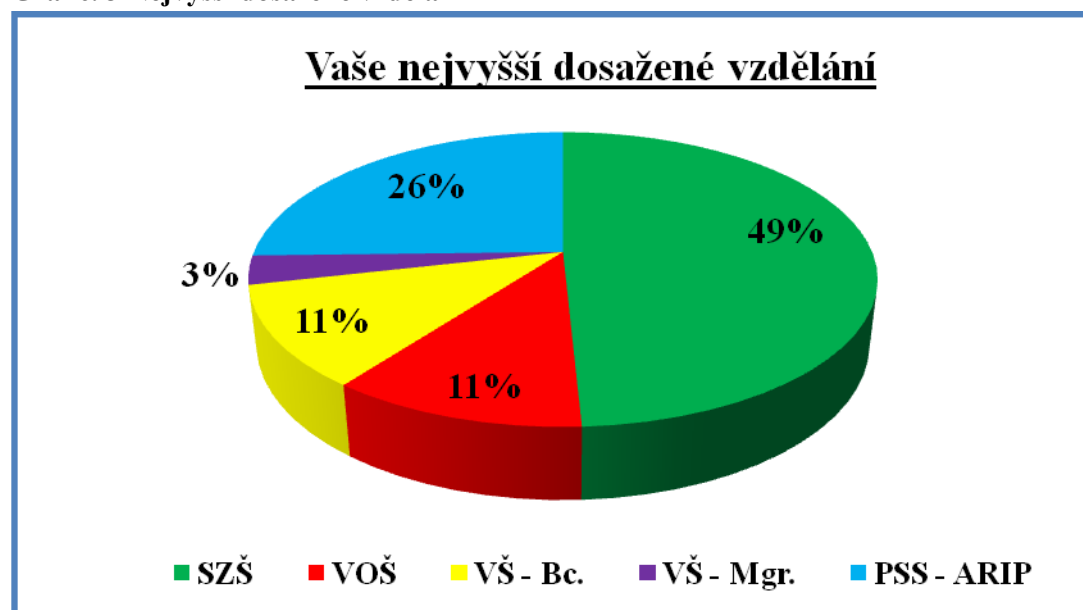
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z 63 oslovených respondentů má 31 (49,2%) středoškolské vzdělání na SZŠ. 7 respondentů (11,1%) absolvovalo vyšší odbornou školu a užívá titul DIS za jménem, 7 (11,1%) dotázaných dosáhlo bakalářského vzdělání, 2 (3,2%) respondenti uvedli magisterské vzdělání. Pomaturitní specializační studium absolvovalo 16 (25,4%) respondentů, z toho všichni specializaci ARIP. Tabulka č. 3, graf č. 3.

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	31	49,2%
Vyšší odborná škola	7	11,1%
Vysoká škola - bakalářské vzdělání	7	11,1%
Vysoká škola - magisterské vzdělání	2	3,2%
Pomaturitní specializační studium - anesteziologie, resuscitační a intenzivní péče	16	25,4%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



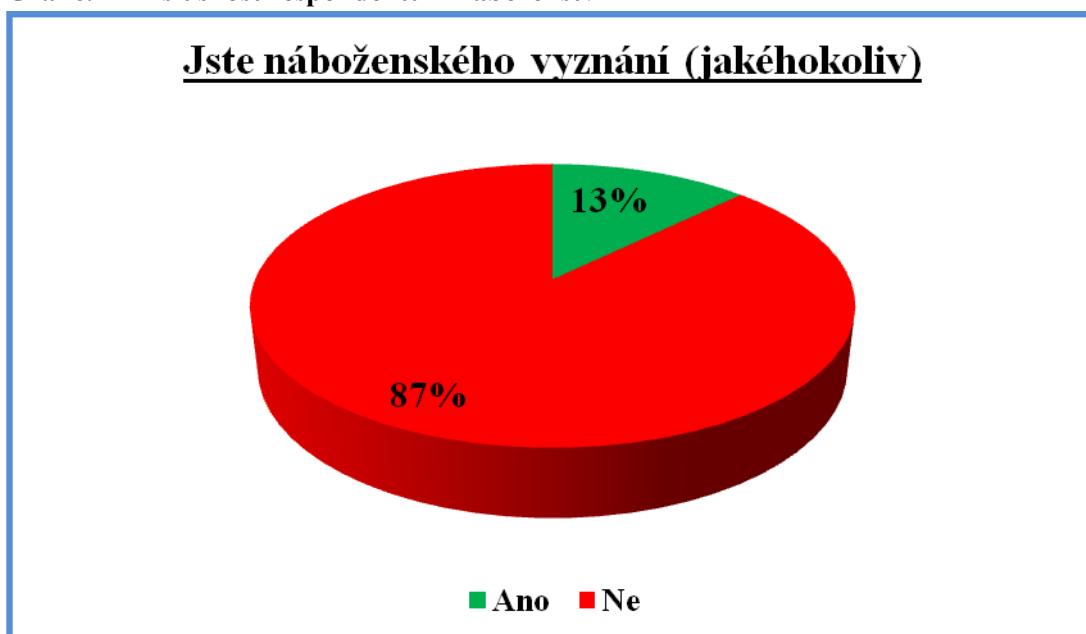
Příslušnost respondentů k náboženství

Z celkového počtu 63 respondentů je 8 (12,7%) věřících a 55 (87,3%) respondentů je bez náboženského vyznání. Tabulka č. 4, graf č. 4.

Tabulka č. 4 Příslušnost respondentů k náboženství

Jste náboženské vyznání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	12,7%
Ne	55	87,3%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 4 Příslušnost respondentů k náboženství



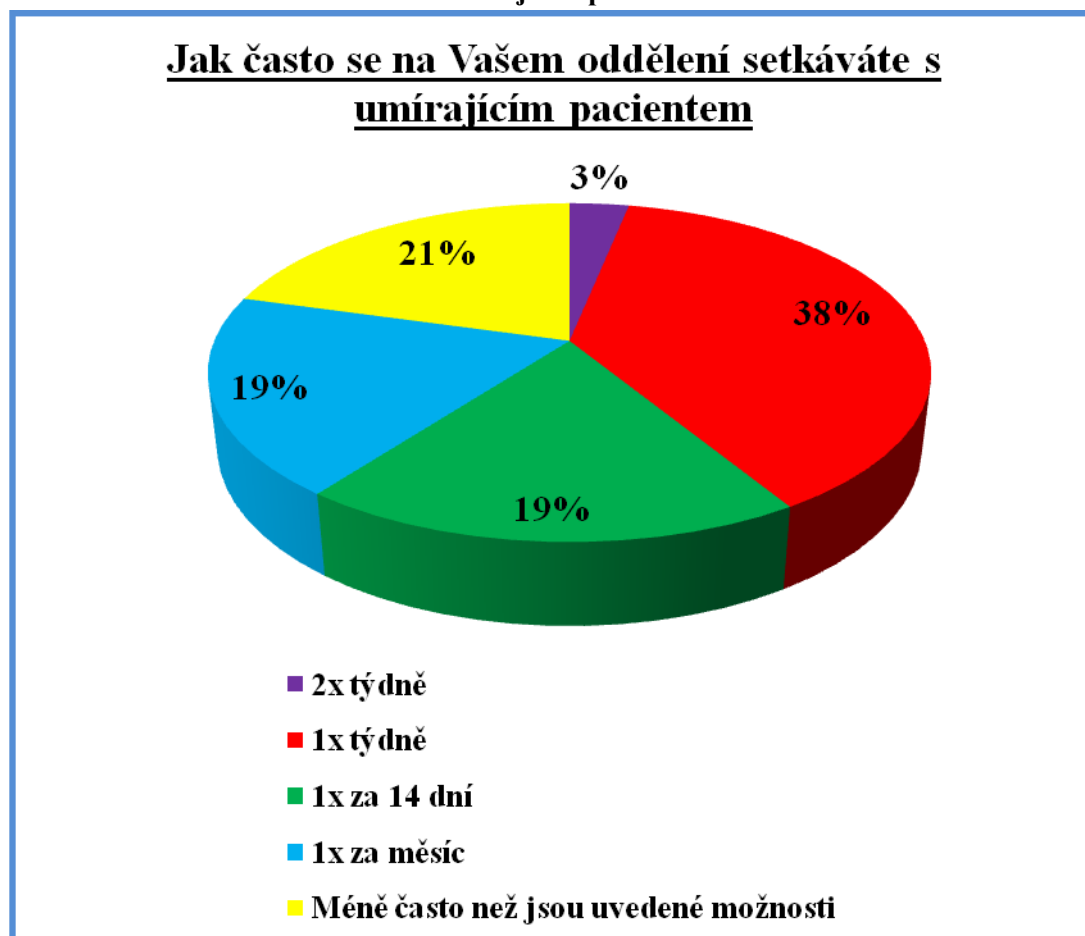
Frekvence setkávání se s umírajícím pacientem na ARO

Na otázku jak často se setkávají s umírajícím pacientem na svém oddělení odpověděli 2 (3,2%) respondenti že 2x do týdne, 24 (38,1%) dotázaných uvedlo 1x týdně, 12 (19,0%) respondentů 1x za 14 dní, 12 (19,0%) respondentů 1x za měsíc a méně často než jsou uvedené možnosti uvedlo 13 (20,6%) respondentů. Tabulka č. 5, graf č. 5.

Tabulka č. 5 Frekvence setkávání se s umírajícím pacientem na ARO

Setkání s umírajícím	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x týdně	2	3,2%
1x týdně	24	38,1%
1x za 14 dní	12	19,0%
1x za měsíc	12	19,0%
Méně často než jsou uvedené možnosti	13	20,6%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 5 Frekvence setkávání se s umírajícím pacientem na ARO



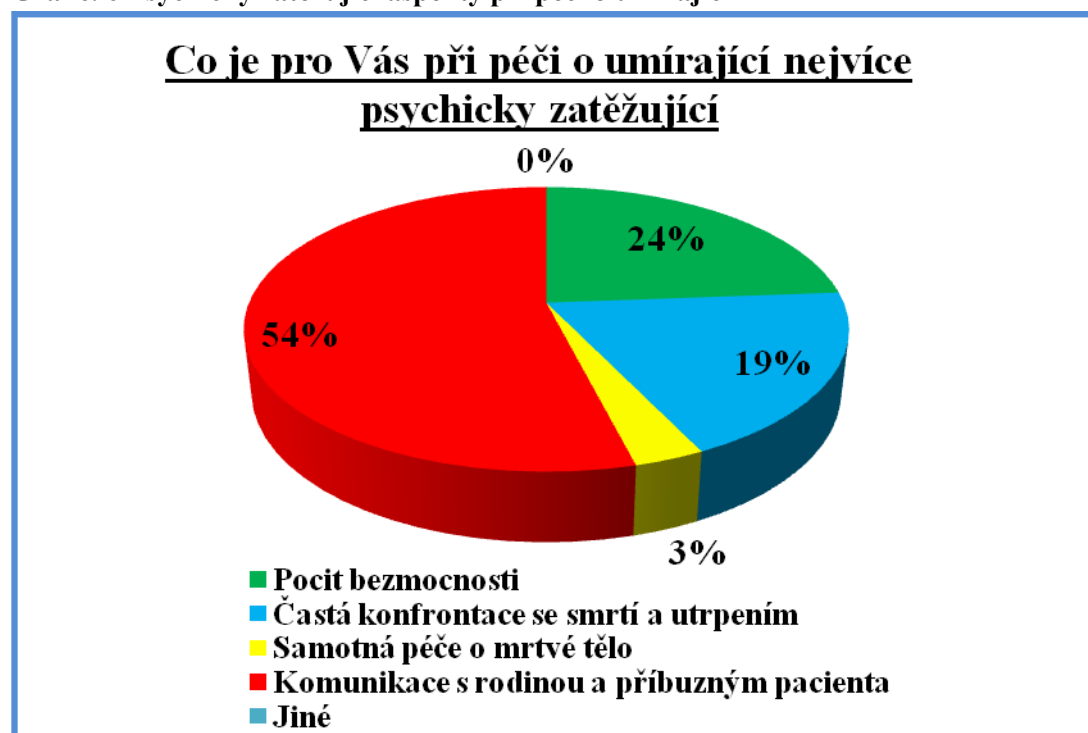
Nejvíce psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající

Z celkového počtu 63 respondentů uvedlo 15 (23,8%) dotázaných pocit bezmocnosti, častou konfrontaci se smrtí a utrpením udává 12 (19,0%) respondentů, samotnou péči o mrtvé tělo označili 2 (3,2%) respondenti a komunikaci s rodinou a příbuznými pacienta zvolilo 34 (54,0%) respondentů. Doplnit jinou možnost žádný z respondentů nevyužil. Tabulka č. 6, graf č. 6.

Tabulka č. 6 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající

Zatěžující aspekty	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pocit bezmocnosti	15	23,8%
Častá konfrontace se smrtí a utrpením	12	19,0%
Samotná péče o mrtvé tělo	2	3,2%
Komunikace s rodinou a příbuzným pacienta	34	54,0%
Jiné	0	0,0%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 6 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající



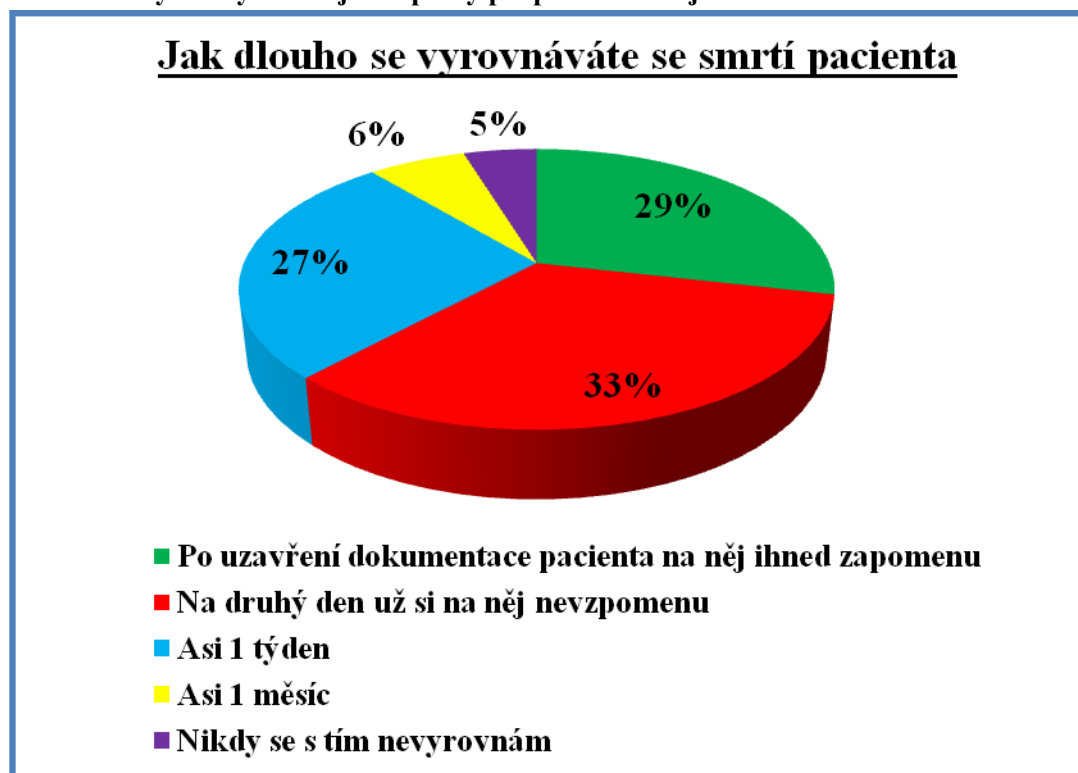
Čas potřebný k vyrovnání se se smrtí pacienta

Z celkového počtu 63 respondentů jich 18 (28,6%) uvedlo, že na pacienta zapomene ihned po uzavření jeho dokumentace, 21 (33,3%) dotázaných si na něj na druhý den už nevpomene, 17 (27,0%) respondentů se vyrovnává se smrtí pacienta asi 1 týden, 4 (6,3%) respondenti asi 1 měsíc a 3 respondenti se se smrtí pacienta nevyrovnají nikdy. Tabulka č. 7, graf č. 7.

Tabulka č. 7 Čas potřebný k vyrovnání se se smrtí pacienta

Vyrovnávání se se smrtí pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po uzavření dokumentace pacienta na něj ihned zapomenu	18	28,6%
Na druhý den už si na něj nevpomenu	21	33,3%
Asi 1 týden	17	27,0%
Asi 1 měsíc	4	6,3%
Nikdy se s tím nevyrovnám	3	4,8%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 7 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající



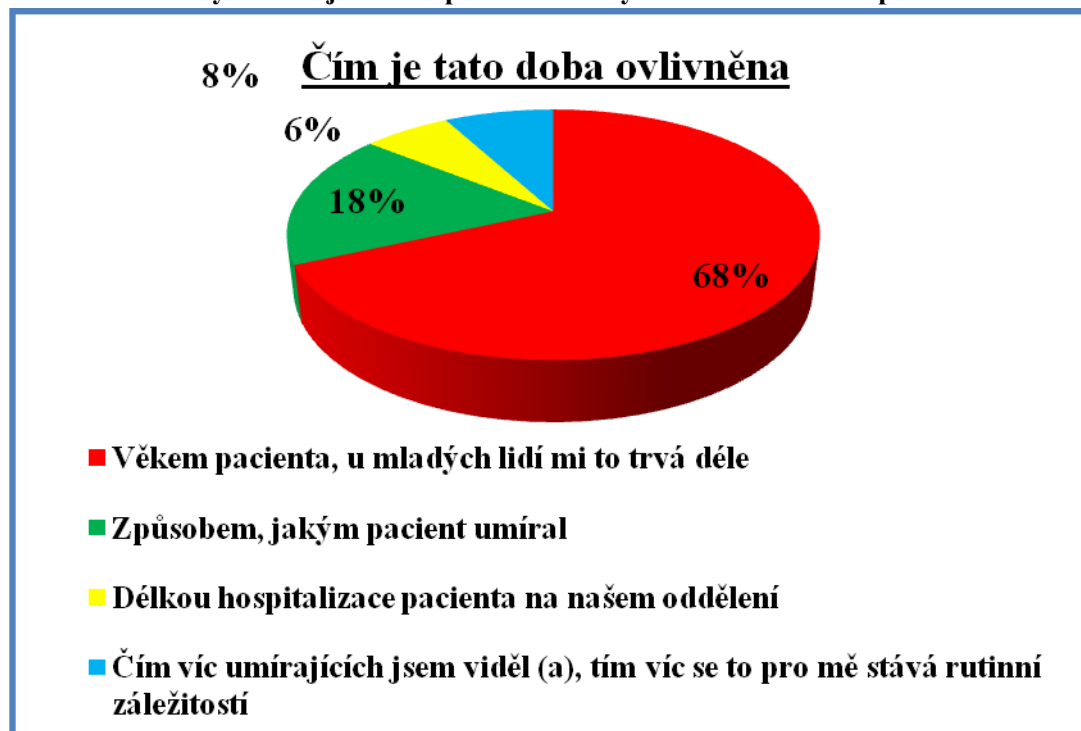
Faktory ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta

Věk pacienta jako faktor ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta uvedlo 43 (68,3%) dotázaných, pro 11 (17,5%) respondentů je to způsob, jakým pacient umíral, délku hospitalizace na oddělení uvedli 4 (6,3%) respondenti a pro 5 (7,9%) respondentů se to postupem času stává rutinní záležitostí. Tabulka č. 8, graf č. 8.

Tabulka č. 8 Faktory ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta

Čím je tato doba ovlivněna	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věkem pacienta, u mladých lidí mi to trvá déle	43	68,3%
Způsobem, jakým pacient umíral	11	17,5%
Délkou hospitalizace pacienta na našem oddělení	4	6,3%
Čím víc umírajících jsem viděl (a), tím víc se to pro mě stává rutinní záležitostí	5	7,9%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 8 Faktory ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta



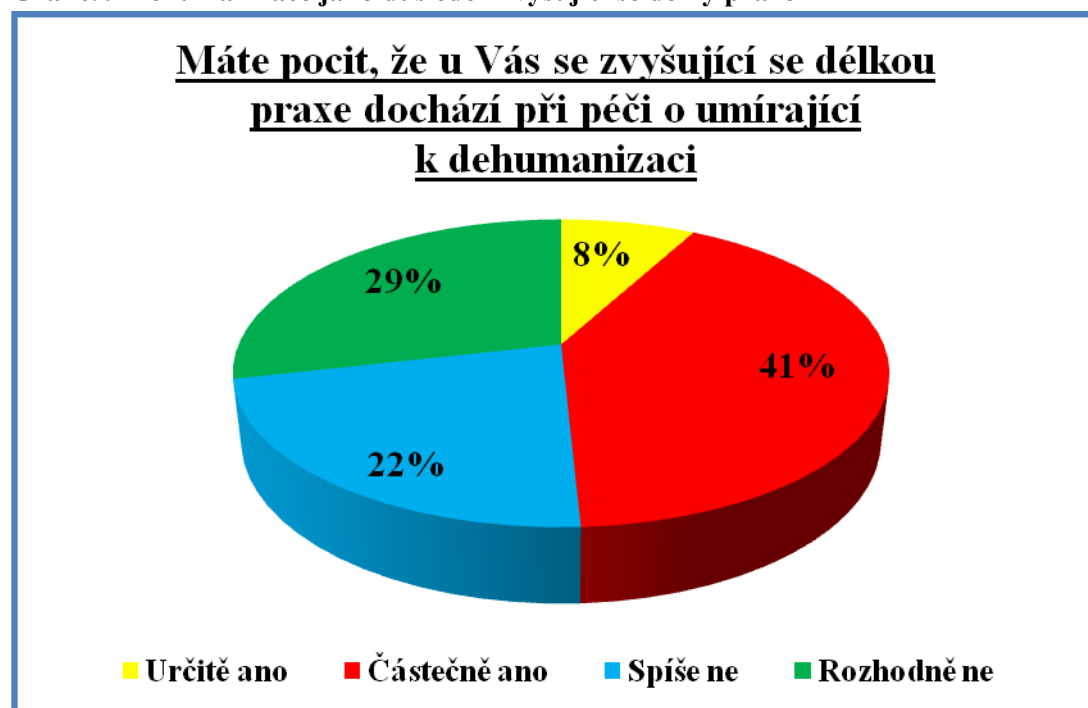
Dehumanizace jako důsledek zvyšující se délky praxe

Z celkového počtu 63 respondentů má 5 (7,9%) pocit, že se zvyšující se délkou praxe u nich dochází při péči o umírající k dehumanizaci, u 26 (41,3%) dotázaných k ní dochází částečně, 14 (22,2%) respondentů odpovědělo, že spíše ne a 18 (28,6%) respondentů uvedlo, že rozhodně ne. Tabulka č. 9, graf č. 9.

Tabulka č. 9 Dehumanizace jako důsledek zvyšující se délky praxe

Pocit dehumanizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	7,9%
Částečně ano	26	41,3%
Spíše ne	14	22,2%
Rozhodně ne	18	28,6%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 9 Dehumanizace jako důsledek zvyšující se délky praxe



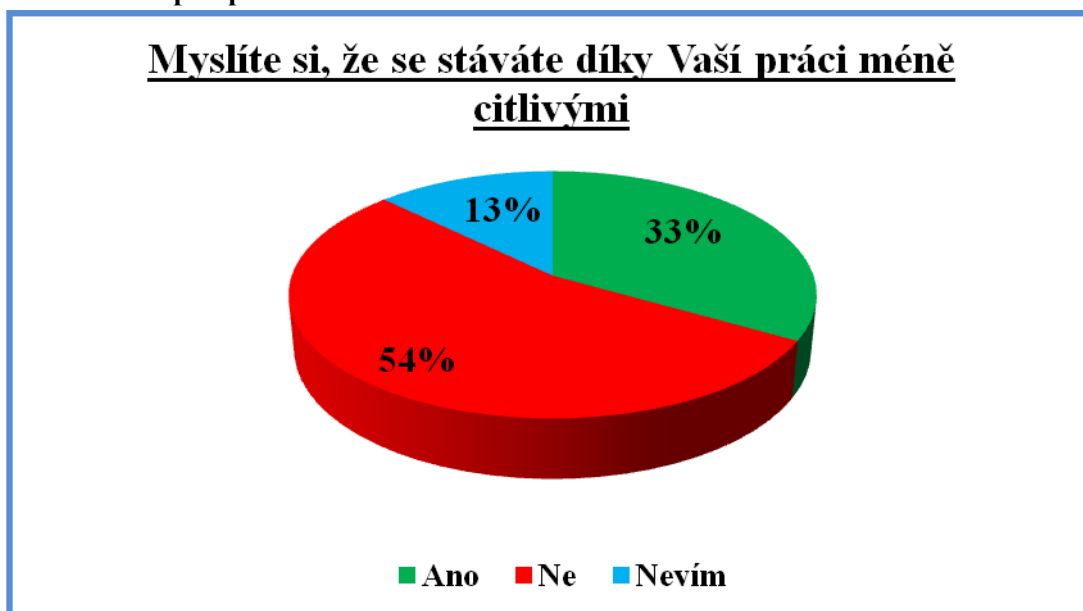
Dopad profese na citovou stránku sester

Z 63 respondentů odpovědělo 21 (33,3%), že se stává kvůli své práci méně citlivými, 34 (54,0%) respondentů je přesvědčeno, že jejich profese nemá na jejich citovou stránku vliv a 8 (12,7%) respondentů odpovědělo, že neví. Tabulka č. 10, graf č. 10.

Tabulka č. 10 Dopad profese na citovou stránku sester

Méně citliví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	33,3%
Ne	34	54,0%
Nevím	8	12,7%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 10 Dopad profese na citovou stránku sester



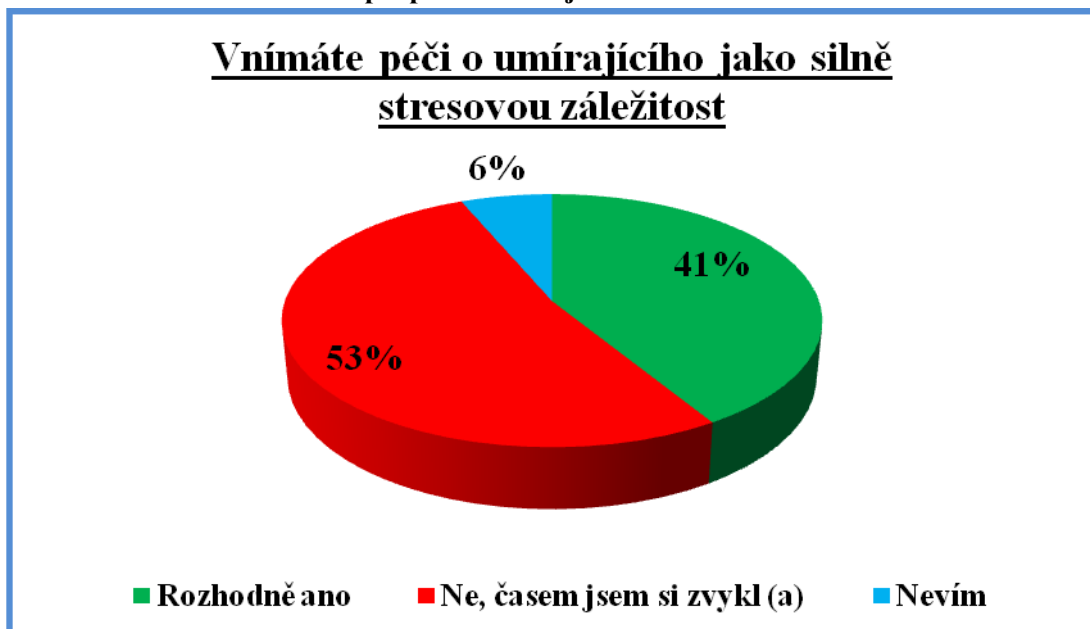
Pocitování stresu při péči o umírající

Z 63 respondentů odpovědělo 26 (41,3%), že péči o umírající vnímá jako silně stresovou záležitost. 33 (52,4%) respondentů udává opak s odůvodněním, že si časem zvykli a 4 (6,3%) respondenti odpověděli, že neví. Tabulka č. 11, graf č. 11.

Tabulka č. 11 Pocitování stresu při péči o umírající

Pocitování stresu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	26	41,3%
Ne, časem jsem si zvykl (a)	33	52,4%
Nevím	4	6,3%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 11 Pocitování stresu při péči o umírající



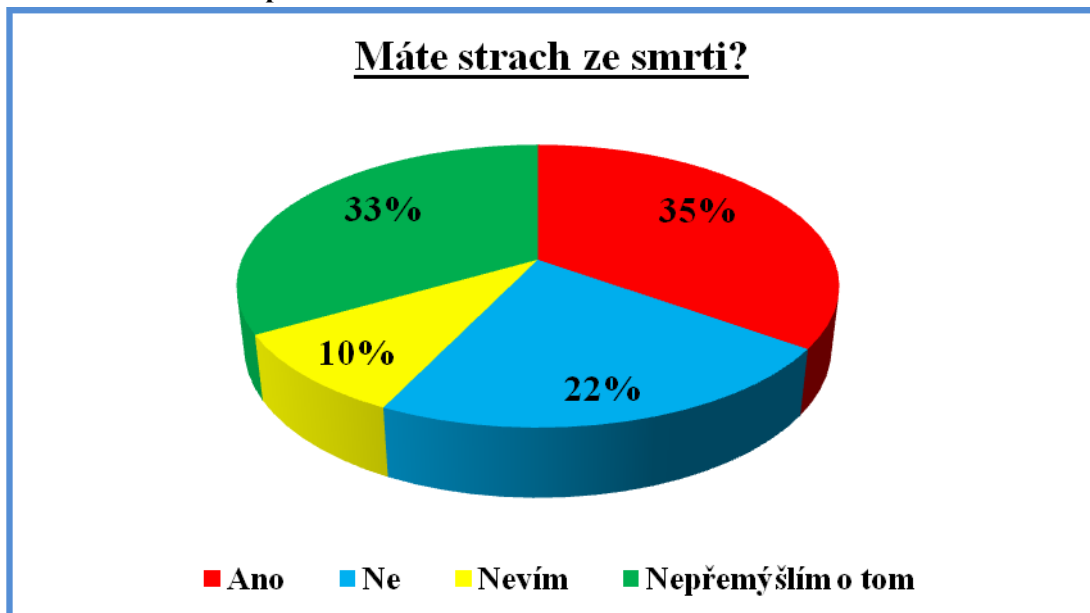
Strach respondentů ze smrti

Z 63 dotázaných 22 (34,9%) uvedlo, že má strach ze smrti, 14 (22,2%) respondentů odpovědělo, že strach nemá a 21 (33,3%) o tom nepřemýšlí. Tabulka č. 12, graf č. 12.

Tabulka č. 12 Strach respondentů ze smrti

Strach ze smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	34,9%
Ne	14	22,2%
Nevím	6	9,5%
Nepřemýšlím o tom	21	33,3%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 12 Strach respondentů ze smrti



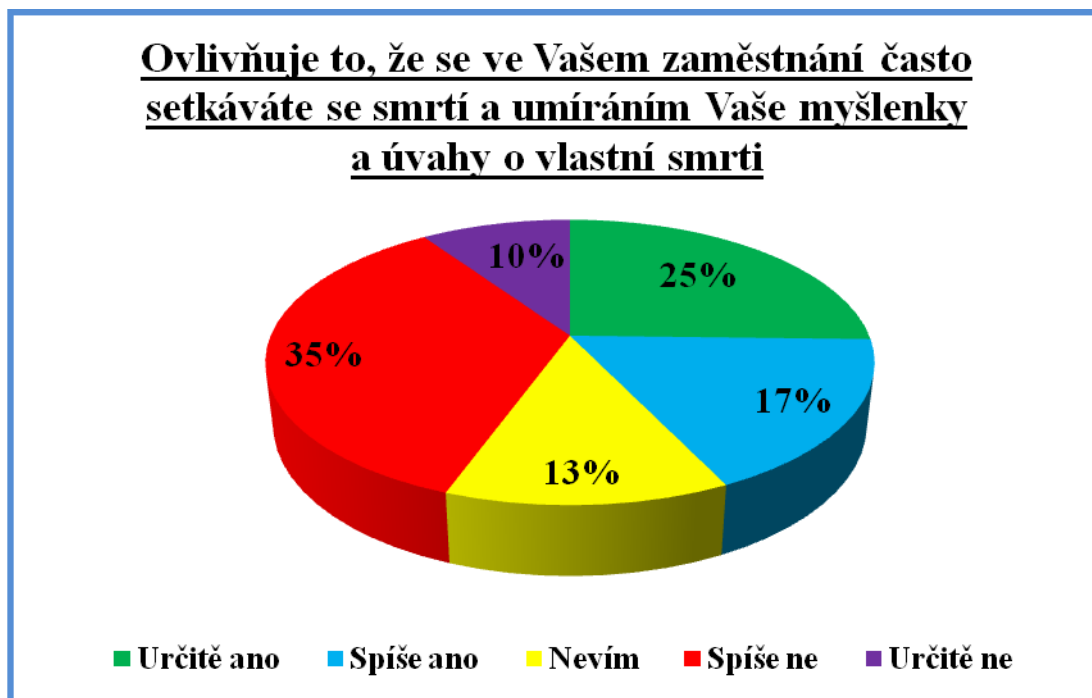
Vliv časté konfrontace s umírajícími pacienty na myšlenky a úvahy sester o vlastní smrti

Z celkového počtu 63 respondentů jich 16 (25,4%) uvedlo, že časté setkávání se se smrtí pacienta určitě má vliv na to, že přemýšlejí o vlastní smrti, 11 (17,5%) dotázaných odpovědělo, že spíše ano, 8 (12,7%) respondentů neví, 22 (34,9%) se domnívá, že spíše ne a 6 (9,5%) si myslí, že to vliv určitě nemá. Tabulka č. 13, graf č. 13.

Tabulka č. 13 Vliv časté konfrontace s umírajícími pacienty na myšlenky a úvahy sester o vlastní smrti

Častá konfrontace s umírajícími – vliv na úvahy o vlastní smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	16	25,4%
Spíše ano	11	17,5%
Nevím	8	12,7%
Spíše ne	22	34,9%
Určitě ne	6	9,5%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 13 Vliv časté konfrontace s umírajícími pacienty na myšlenky a úvahy sester o vlastní smrti



Přemýšlení respondentů o vlastní smrti

Z celkového počtu 63 respondentů jich 5 (7,9%) uvedlo, že na vlastní smrt myslí velmi často. 42 (66,7%) dotázaných se snaží tyto myšlenky potlačovat a 16 (25,4%) respondentů uvádí, že nikdy na vlastní smrt nepomysleli. Tabulka č. 14, graf č. 14.

Tabulka č. 14 Přemýšlení respondentů o vlastní smrti

Myšlenky na vlastní smrt	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, velmi často	5	7,9%
Ne, snažím se tyto myšlenky potlačovat	42	66,7%
Ne, nikdy	16	25,4%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 14 Přemýšlení respondentů o vlastní smrti



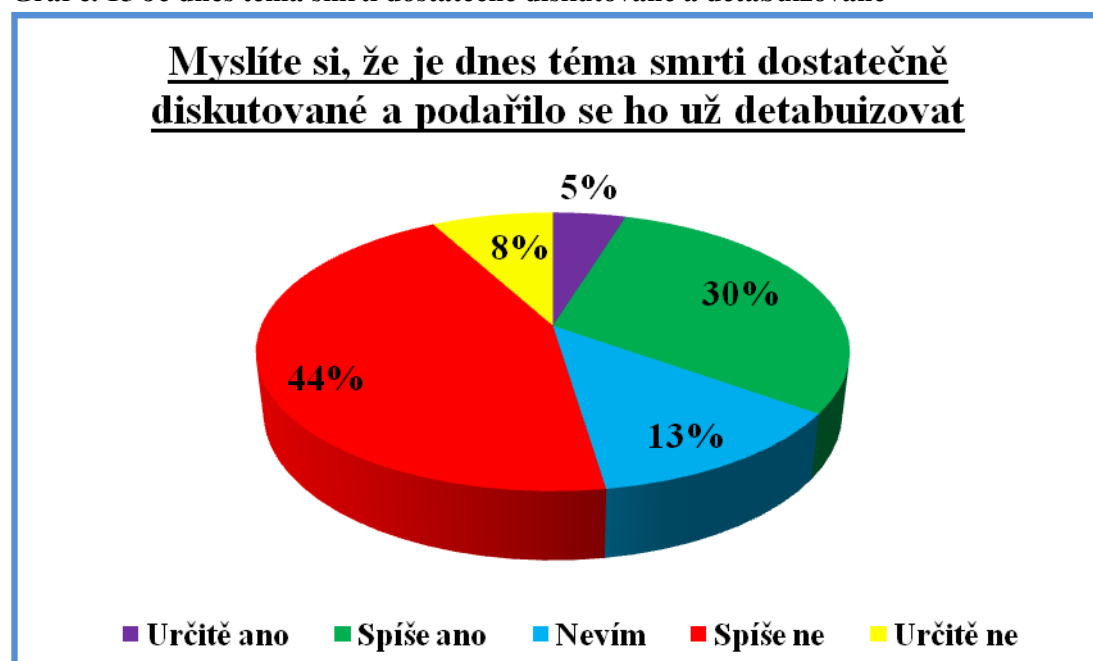
Je dnes téma smrti dostatečně diskutované a detabuizované?

Z celkového počtu 63 respondentů si 3 (4,8%) myslí, že určitě ano, 19 (30,2%) dotázaných se domnívá, že spíše ano, 8 (12,7%) respondentů neví, 28 (44,4%) respondentů udává, že spíše ne a 5 (7,9%) respondentů si myslí, že určitě ne. Tabulka č. 15, graf č. 15.

Tabulka č. 15 Je dnes téma smrti dostatečně diskutované a detabuizované

Detabuizace smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	3	4,8%
Spíše ano	19	30,2%
Nevím	8	12,7%
Spíše ne	28	44,4%
Určitě ne	5	7,9%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 15 Je dnes téma smrti dostatečně diskutované a detabuizované



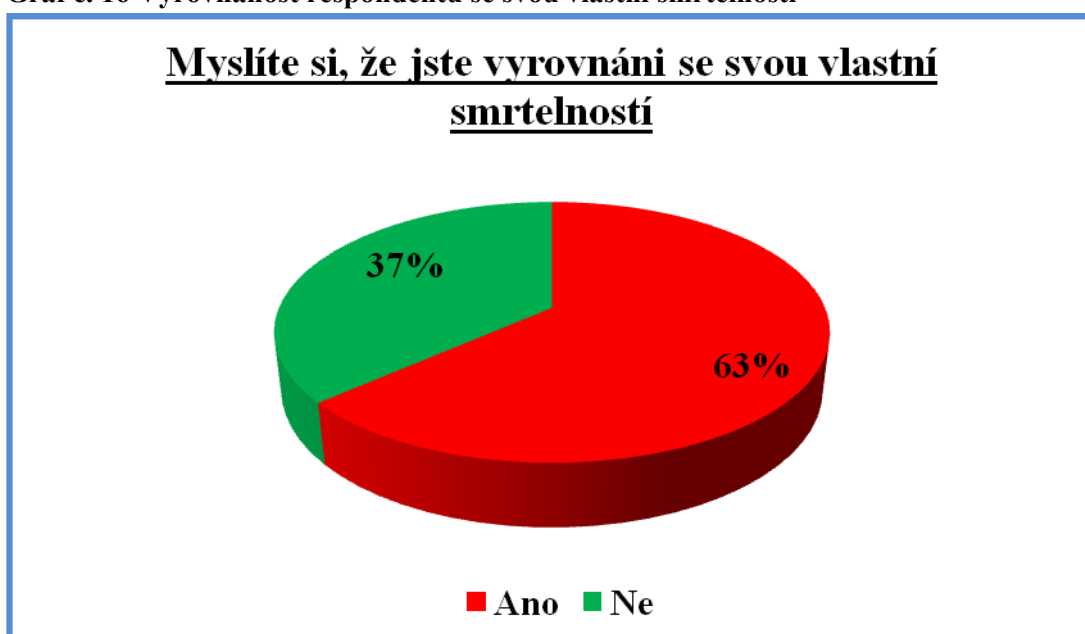
Vyrovnanost respondentů se svou vlastní smrtelností

Z 63 respondentů jich 40 (63,5%) odpovědělo, že jsou vyrovnaní se svojí smrtelností, 23 (36,5%) dotázaných uvedlo, že s ní vyrovnaní nejsou. Tabulka č. 16, graf č. 16.

Tabulka č. 16 Vyrovnanost respondentů se svou vlastní smrtelností

Vyrovnanost se smrtí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	63,5%
Ne	23	36,5%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 16 Vyrovnanost respondentů se svou vlastní smrtelností



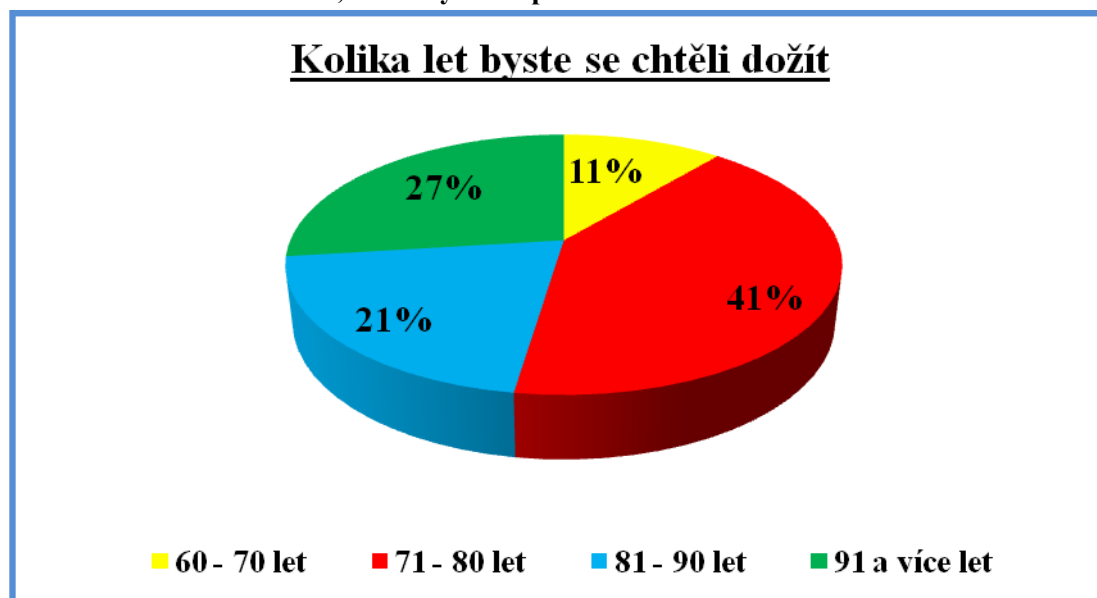
Věková hranice, které by se respondenti chtěli dožít

Z celkového počtu 63 respondentů by se jich 7 (11,1%) chtělo dožít 60-70 let, 26 (41,3%) respondentů 71-80 let, 13 (20,6%) respondentů 81-90 let a 17 (27,0%) dotázaných by se chtělo dožít věkové hranice 91 a více let. Tabulka č. 17, graf č. 17.

Tabulka č. 17 Věková hranice, které by se respondenti chtěli dožít

Kolika let byste se chtěli dožít	Absolutní četnost	Relativní četnost
60 - 70 let	7	11,1%
71 - 80 let	26	41,3%
81 - 90 let	13	20,6%
91 a více let	17	27,0%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 17 Věková hranice, které by se respondenti chtěli dožít



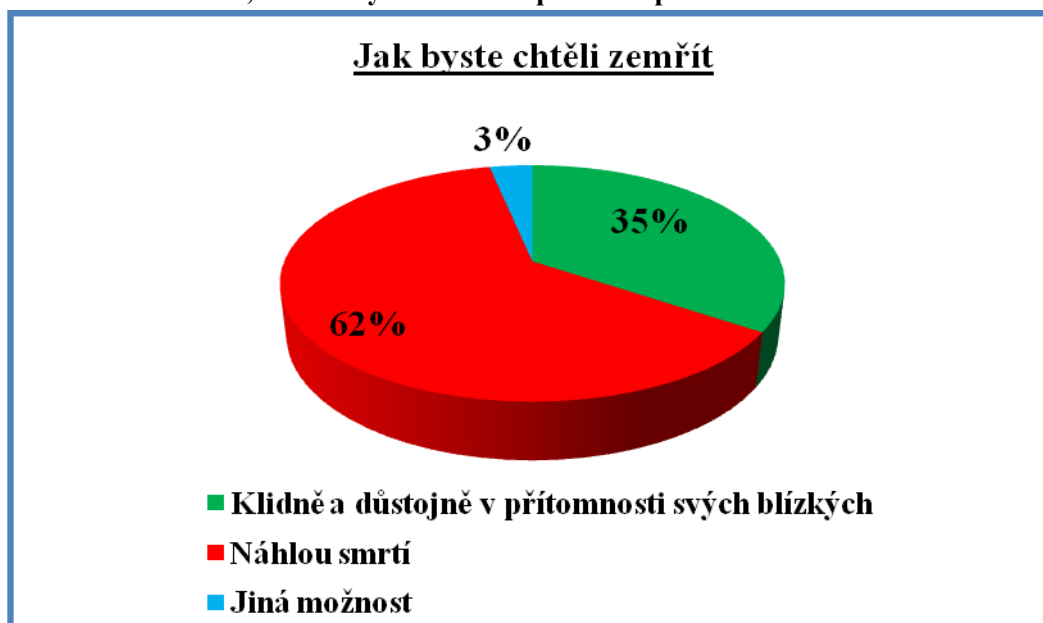
Možnost, kterou by si zvolili respondenti pro své úmrtí

Z celkového počtu 63 respondentů by jich 21 (33,3%) chtělo zemřít klidně a důstojně v přítomnosti svých blízkých, 38 (60,3%) respondentů by chtělo zemřít náhlou smrtí. Jinou možnost si zvolili 4 (6,4%) respondenti, z toho 2 (3,2%) respondenti uvedli, že by chtěli zemřít ve spánku, 1 (1,6%) respondent nad tím neuvažoval a 1 (1,6%) dotázaný by chtěl zemřít šťastný. Tabulka č. 18, graf č. 18.

Tabulka č. 18 Možnost, kterou by si zvolili respondenti pro své úmrtí

Jak byste chtěli zemřít	Absolutní četnost	Relativní četnost	
Klidně a důstojně v přítomnosti svých blízkých	21	33,3%	
Náhlou smrtí	38	60,3%	
Jiná možnost	Ve spánku	2	3,2%
	Neuvažoval jsem nad tím	1	1,6%
	Šťastný	1	1,6%
Celkem	61	100,0%	

Graf č. 18 Možnost, kterou by si zvolili respondenti pro své úmrtí



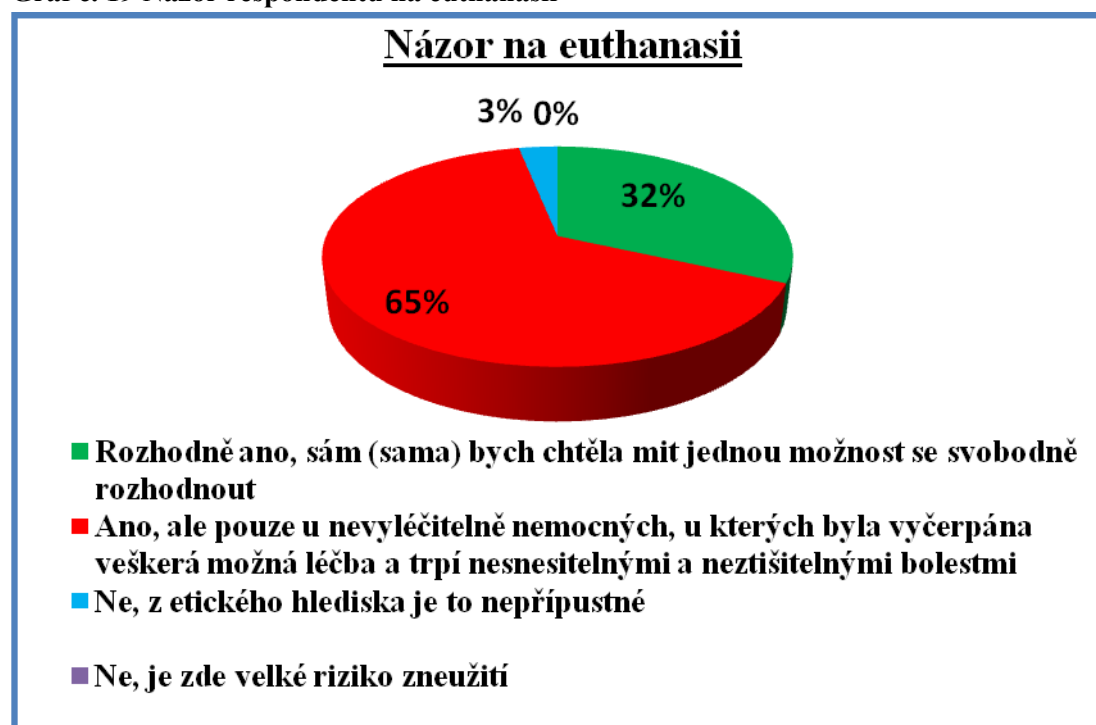
Názor respondentů na euthanasii

Z celkového počtu 63 respondentů je jich 20 (31,7%) rozhodně pro euthanasii, 41 (65,1%) s ní souhlasí, ale pouze u nevléčitelně nemocných, u kterých byla vyčerpána veškerá možná léčba a trpí nesnesitelnými bolestmi, pro 2 (3,2%) respondenty je to z etického hlediska nepřijatelné a poslední z možností, kterou bylo velké riziko zneužití euthanasie neoznačil z dotázaných nikdo. Tabulka č. 19, graf č. 19.

Tabulka č. 19 Názor respondentů na euthanasii

Názor na euthanasii	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano, možnost se jednou svobodně rozhodnout	20	31,7%
Ano, ale pouze (nevléčitelně nemocní, vyčerpána léčba, neztižitelné bolesti)	41	65,1%
Ne, z etického hlediska je to nepřijatelné	2	3,2%
Ne, je zde velké riziko zneužití	0	0,0%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 19 Názor respondentů na euthanasii



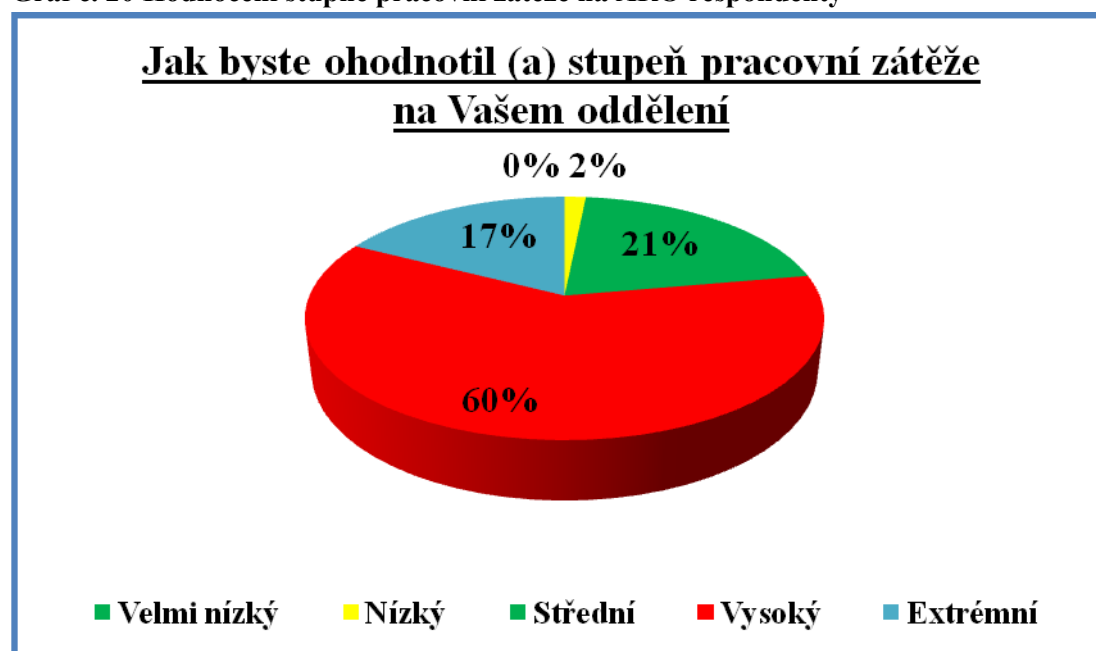
Hodnocení stupně pracovní zátěže na ARO respondenty

Z celkového počtu 63 respondentů si 1 (1,6%) myslí, že stupeň pracovní zátěže na ARO je nízký, 13 (20,6%) dotázaných hodnotí stupeň zátěže jako střední, pro 38 (60,3%) respondentů je pracovní zátěž na oddělení vysoká a pro 11 (17,5%) respondentů extrémní. Nikdo z dotázaných neoznačil stupeň zátěže jako velmi nízký. Tabulka č. 20, graf č. 20.

Tabulka č. 20 Hodnocení stupně pracovní zátěže na ARO respondenty

Stupeň pracovní zátěže na Vašem oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nízký	0	0,0%
Nízký	1	1,6%
Střední	13	20,6%
Vysoký	38	60,3%
Extrémní	11	17,5%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 20 Hodnocení stupně pracovní zátěže na ARO respondenty



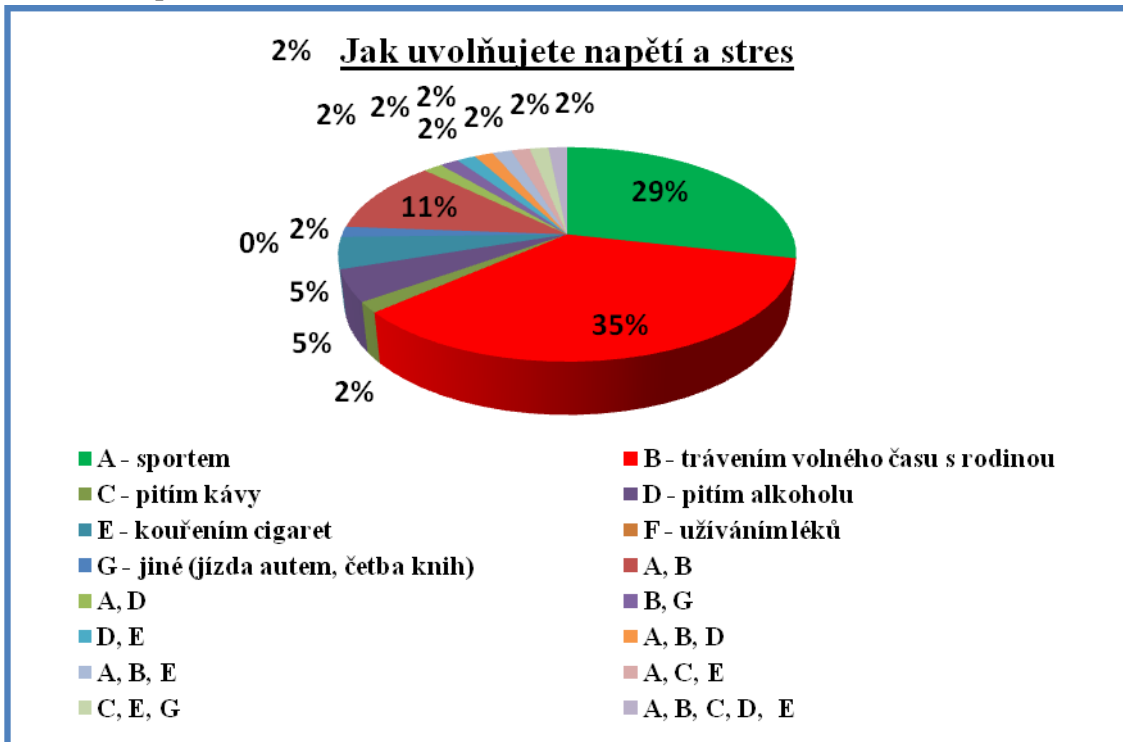
Způsob, jakým se respondenti zbavují stresu a napětí ze zaměstnání

Z celkového počtu 63 dotázaných na položku **jak uvolňujete napětí a stres** odpovědělo 18 (28,6%) respondentů, že sportem, 22 (34,9%) respondentů trávením volného času se svou rodinou a přáteli, 1 (1,6%) respondent pitím kávy, 3 (4,8%) respondenti pitím alkoholu, 3 (4,8%) kouřením cigaret, 1 (1,6%) respondent uvedl jízdu autem a četbu knih, 7 (11,1%) respondentů uvedlo odpovědi a, b. Po 1 respondentu (1,6%) uvedlo kombinace odpovědí a,b; a,d; b,g; d,e; a,b,d; a,b,e; a,c,e; c,e,g; a,b,c,d,e.

Tabulka č. 21 Způsob zbavování se stresu

Jak uvolňujete napětí a stres	Absolutní četnost	Relativní četnost
A - sportem	18	28,6%
B - trávením volného času s rodinou	22	34,9%
C - pitím kávy	1	1,6%
D - pitím alkoholu	3	4,8%
E - kouřením cigaret	3	4,8%
F - užíváním léků	0	0,0%
G - jiné (jízda autem, knihy)	1	1,6%
A, B	7	11,1%
A, D	1	1,6%
B, G	1	1,6%
D, E	1	1,6%
A, B, D	1	1,6%
A, B, E	1	1,6%
A, C, E	1	1,6%
C, E, G	1	1,6%
A, B, C, D, E	1	1,6%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 21 Způsob zbavování se stresu



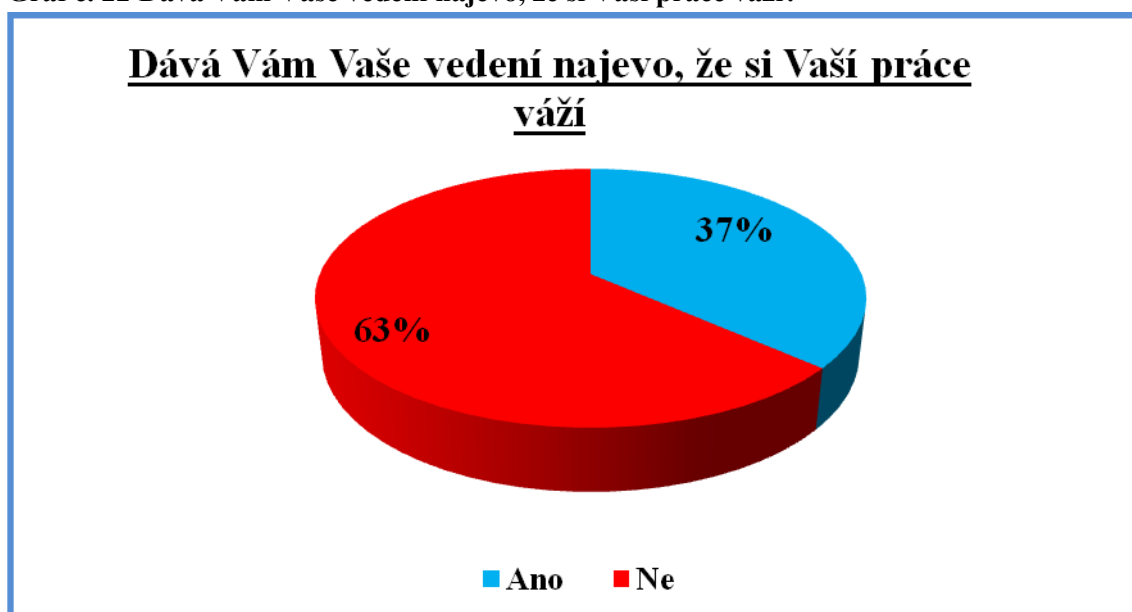
Projevy uznání ze strany vedení k práci sester

Z celkového počtu 63 respondentů jich 23 (36,5%) uvedlo, že jim jejich vedení dává najevo, že si jejich práce váží. 40 (63,5%) respondentů si myslí, že ne. Tabulka č. 22, graf č. 22.

Tabulka č. 22 Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práce váží?

Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práce váží?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	36,5%
Ne	40	63,5%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 22 Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práce váží?



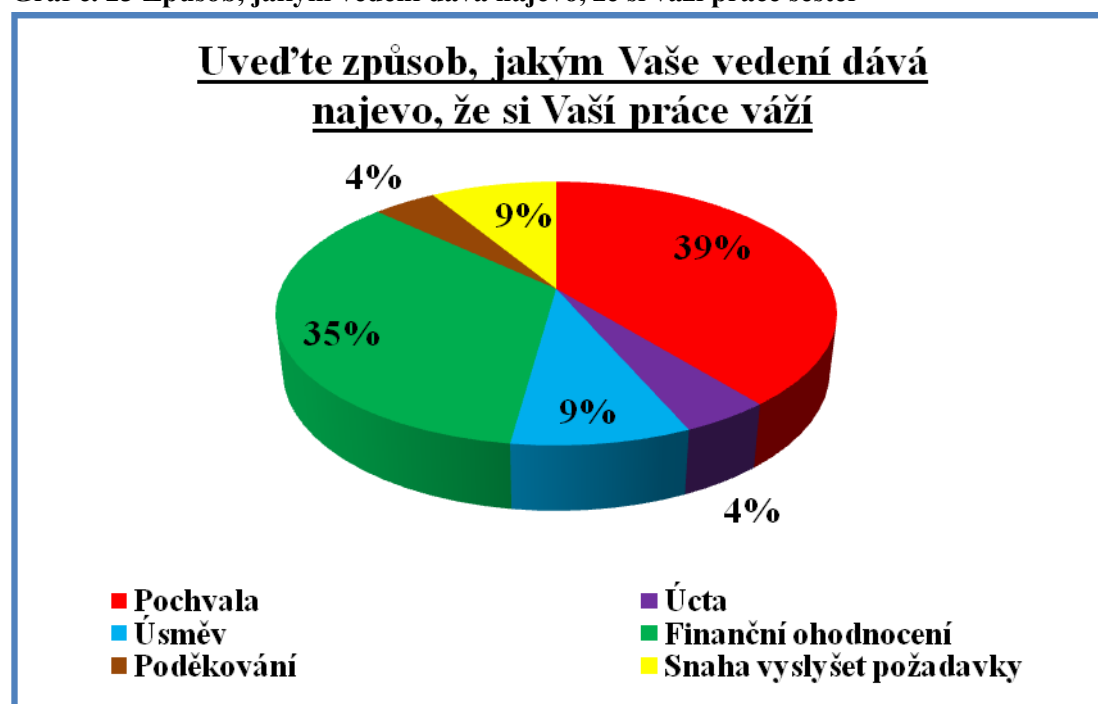
Způsob, jakým vedení dává najevo, že si váží práce sester

Jelikož tato otázka byla podmíněna kladnou odpovědí na otázku č. 22, odpovídalo pouze 23 respondentů. Z toho 9 (39,1%) respondentů jako způsob uznání za jejich práci od vedení uvedlo pochvalu, 1 (4,3%) respondent napsal úctu, 2 (8,7%) respondenti úsměv, 8 (34,8%) respondentů finanční ohodnocení, 1 (4,3%) respondent poděkování a 2 (8,7%) respondenti uvedli snahu vedení vyslyšet jejich požadavky. Tabulka č. 23, graf č. 23.

Tabulka č. 23 Způsob, jakým vedení dává najevo, že si váží práce sester

Způsob, jakým Vaše vedení dává najevo, že si Vaši práci váží	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pochvala	9	39,1%
Úcta	1	4,3%
Úsměv	2	8,7%
Finanční ohodnocení	8	34,8%
Poděkování	1	4,3%
Snaha vyslyšet požadavky	2	8,7%
Celkem	23	100,0%

Graf č. 23 Způsob, jakým vedení dává najevo, že si váží práce sester



Způsob kompenzace za psychickou zátěž sester ve formě zaměstnaneckých benefitů

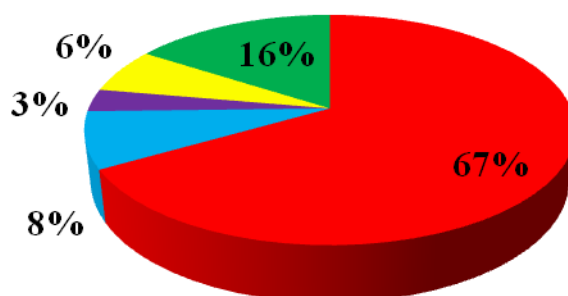
Z celkového počtu 63 respondentů by jich 42 (66,7%) jako kompenzaci za psychickou zátěž uvítalo vyšší finanční ohodnocení, 5 (7,9%) dotázaných by zvolilo permanentky na sportovní aktivity, 2 (3,2%) respondenti by rádi měli možnost promluvit si s psychologem, 4 (6,3%) respondenti uvedli, že by jim stačilo slovo uznání a ocenění od svých nadřízených a 10 (15,9%) respondentů označilo pobyt v relaxačním centru. Tabulka č. 24, graf č. 24.

Tabulka č. 24 Způsob kompenzace za psychickou zátěž sester ve formě zaměstnavatelských benefitů

Kompenzace od zaměstnavatele	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyšší finanční ohodnocení	42	66,7%
Ve formě permanentek na sportovní aktivity	5	7,9%
Možnost promluvit si s psychologem	2	3,2%
Stačilo by mi slovo uznání a ocenění od mých nadřízených	4	6,3%
Pobyt v relaxačním centru	10	15,9%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 24 Způsob kompenzace za psychickou zátěž sester ve formě zaměstnaneckých benefitů

Kterou možnost byste nejvíce uvítali jako kompenzaci od zaměstnavatele za psychickou zátěž spojenou s Vaším povoláním



- Vyšší finanční ohodnocení
- Ve formě permanentek na sportovní aktivity
- Možnost promluvit si s psychologem
- Stačilo by mi slovo uznání a ocenění od mých nadřízených
- Pobyt v relaxačním centru

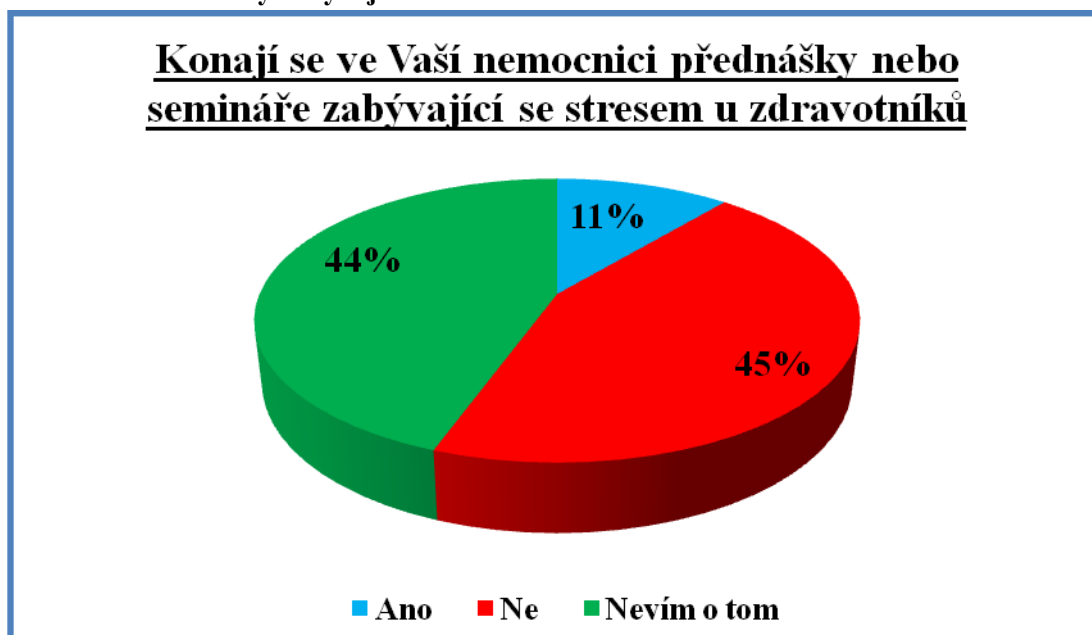
Přednášky zabývající se stresem u zdravotníků

Z celkového počtu 63 respondentů jich 7 (11,1%) odpovědělo, že se v jejich nemocnicích konají přednášky zabývající se stresem zdravotníků, 28 (44,4%) respondentů uvedlo, že se u nich přednášky zabývající se tímto tématem nekonají a zbývajících 28 (44,4%) dotázaných o tom neví. Tabulka č. 25, graf č. 25.

Tabulka č. 25 Přednášky zabývající se stresem u zdravotníků

Konání seminářů o stresu u zdravotníků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	11,1%
Ne	28	44,4%
Nevím o tom	28	44,4%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 25 Přednášky zabývající se stresem u zdravotníků



Zájem respondentů o semináře zabývající se stresem u zdravotníků

Z celkového počtu 63 respondentů jich 34 (54,0%) má zájem se těchto seminářů účastnit, 14 (22,2%) respondentů zájem nemá a 15 (23,8%) respondentů neví. Tabulka č. 26, graf č. 26.

Tabulka č. 26 Zájem respondentů o semináře

Zájem se seminářů zúčastnit	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	34	54,0%
Ne	14	22,2%
Nevím o tom	15	23,8%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 26 Zájem respondentů o semináře



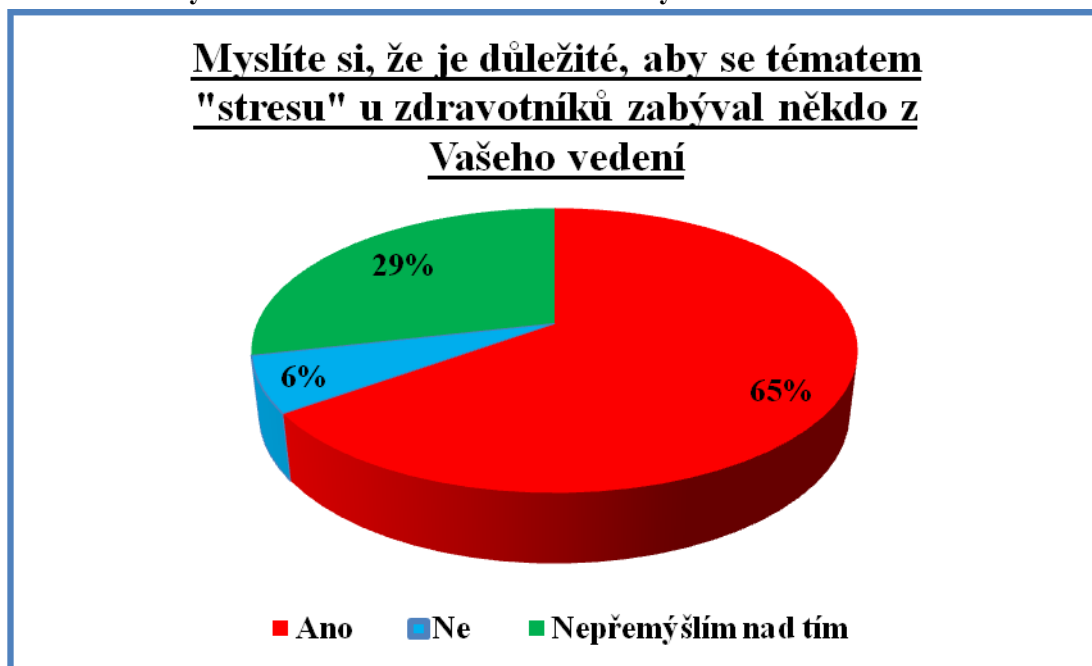
Názor respondentů na důležitost zabývání se stresem u zdravotníků ze strany jejich vedení

Z celkového počtu 63 respondentů se jich 41 (65,1%) domnívá, že by se jejich vedení mělo zabývat stresem u zdravotníků, 4 (6,3%) respondenti si myslí, že ne a 18 (28,6%) respondentů o tom nepřemýšlí. Tabulka č. 27, graf č. 27.

Tabulka č. 27 Zabývání se stresem zdravotníků ze strany vedení

Zabývání se stresem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	65,1%
Ne	4	6,3%
Nepřemýšlím nad tím	18	28,6%
Celkem	63	100,0%

Graf č. 27 Zabývání se stresem zdravotníků ze strany vedení



DISKUSE

Bakalářská práce byla zaměřena na zjištění vlivu péče o umírající pacienty na psychickou a emocionální stránku sester anesteziologicko-resuscitačních oddělení, na to, zda častá péče o umírající ovlivňuje jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání, co jim pomáhá vyrovnávat se s touto psychicky náročnou prací a jaká forma zaměstnaneckých benefitů by jim pomohla k odreagování a odbourání stresu, který jejich zaměstnání obnáší.

Dotazníkové šetření proběhlo ve třech nemocnicích Moravskoslezského kraje na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Otázky v dotazníku byly rozděleny do čtyř podskupin (I, II, III, IV) z důvodu lepší přehlednosti. Získané a zpracované údaje jsou popsány v tabulkách a grafech v kapitole 2.2. – Interpretace dat a pro diskusi byly vybrány nejzajímavější z nich.

Podskupina I byla zaměřena na osobní a pracovní údaje respondentů. Co se pohlaví týče, dotazníkového šetření se zúčastnilo 27,0% mužů, z čehož usuzujeme, že akutní medicína, i když jen u lůžka, je atraktivním oborem i pro muže. Překvapivé bylo zjištění, že na anesteziologicko-resuscitačních odděleních pracují převážně sestry s délkou praxe do 10 let. Máme za to, že je to dáno náročností oboru, a vyšší psychickou zátěží, které jsou sestry na tomto oddělení vystaveny, a proto po určité době odcházejí na klidnější pracoviště.

Příjemným zjištěním bylo zastoupení sester s bakalářským a hlavně magisterským vzděláním. I když jejich počet není nijak závratný, domníváme se, že takto vzdělaných sester bude do budoucna přibývat, což jistě přispěje ke zkvalitnění péče na těchto odděleních.

Podskupina II zjišťovala, jaký vliv má péče o umírající na ARO na psychickou a emocionální stránku sester.

Jako nejvíce psychicky zatěžující aspekt při péči o umírající 54% sester uvedlo komunikaci s rodinou a příbuznými pacienta. Očekávanou nejčastěji uvedenou možností byla častá konfrontace se smrtí a utrpením. Psychickou zátěž spojenou s komunikací s rodinou přičítáme tomu, že ne každý dokáže tuto informaci přijmout s okamžitým pochopením. Někteří příbuzní po sdělení infaustní prognózy ve svém zármutku a pocitu bezmocnosti přičítají částečnou vinu za špatný zdravotní stav svého

příbuzného zdravotnickému zařízení, potažmo personálu. Do doby, než se vyrovnají s touto skutečností, je mnohdy velmi obtížné s těmito příbuznými komunikovat a od sester se očekává velká dávka trpělivosti, empatie a pochopení.

O tom, že zvyšující se délka praxe sebou přináší pocit dehumanizace je s určitostí přesvědčeno 7,9% sester a 41,3% sester má pocit, že u nich narůstající délka praxe vyvolává pocit dehumanizace částečně. Domníváme se, že je to způsobeno potlačováním strachu ze své vlastní smrtelnosti, ale také je to zřejmě důsledek časté péče o relativně vysoký počet umírajících na těchto odděleních. S výše uvedeným souvisí i vnímání péče o umírajícího jako stresové záležitosti. Celých 52,4% sester uvedlo, že si na tuto péči časem zvykli, a nepocítují ji jako stresovou. Otázkou je, jak dlouho jim tento pocit vydrží a zda okamžik, kdy se stres vyplaví napovrch a sestry si ho začnou uvědomovat, není časem jedním z důvodů odchodu sester na jiné oddělení.

Podskupina III byla zaměřena na vlastní myšlenky a úvahy sester o smrti.

Na otázku, kterou jsem zjišťovala, jak často sestry přepadají myšlenky na vlastní smrt, odpovědělo celých 66,7% sester, že se snaží tyto myšlenky potlačovat. Vzhledem k častému vystavení pohledu sester na umírající pacienty se nám zdají tyto výsledky pochopitelné. Naopak nás zarazila odpověď, kdy 25,4% sester uvedlo, že je nikdy myšlenky na vlastní smrt nepřepadají, což je jen těžko uvěřitelné.

U otázky zjišťující vyrovnanost sester se svojí vlastní smrtelností odpověděla nadpoloviční většina, že ano. Tento výsledek ovšem bereme s jistým nadhledem, jelikož jednodušeji se odpovídá na vyrovnanost se smrtí zdravému jedinci, a jinak člověku vážně nemocnému, pro kterého už je jistota blízkého konce neměnnou skutečností.

Tuto naši domněnku do jisté míry potvrzuje i odpověď sester na otázku týkající se jejich představy o způsobu vlastního úmrtí. Velké procento sester by si totiž zvolilo náhlou smrt. Tuto možnost by si jistě zvolila většina lidí, nejen zdravotníků, ale sestry, a zvláště na ARO, vidí každý den na vlastní oči, co dokáže moderní medicína a sofistikované léčebné postupy. Lidé, kteří by dříve zemřeli, jsou dnes udržováni při životě díky přístrojům podporujícím nebo zastupujícím některé základní životní funkce. V mnoha případech to spíše prodlužuje utrpení nemocného, než by to mělo pro pacienta přínos v podobě prodloužení života, zvláště pak jeho kvality.

Velmi zajímavým se nám jeví zjištění, že téměř všichni dotázaní (u některých je ovšem podmínkou nevyléčitelné onemocnění a neztížitelné bolesti), jsou zastánci

euthanasie. Překvapivým momentem je pro nás především to, že někteří z oslovených respondentů jsou podle výsledků věřícími. Zápornou odpověď z celkového počtu však uvedli jen 2 dotázaní. Toto vysoké číslo kladných odpovědí přičítáme každodennímu setkávání se sester s lidským utrpením v podobě mnoha závažných a nevléčitelných typů onemocnění.

Podskupina IV byla zaměřena na zjištění, jak se sestry vyrovnávají s psychickou náročností svého zaměstnání, zda mají oporu ve vedení a co by uvítali v rámci zaměstnavatelských benefitů.

Většina sester hodnotí stupeň pracovní zátěže na ARO jako vysoký, což bylo očekávané zjištění. Jako nejčastěji uváděné odpovědi co se týče zbavování se napětí a stresu ze zaměstnání byly sport a trávení volného času s rodinou.

Jako znepokojivý hodnotíme přístup vedení ke svým podřízeným. 63% sester uvedlo, že jim jejich vedení nedává najevo, že si váží jejich práce. Myslíme si, že je to pro vrchní a staniční sestry důvod k zamyšlení o přístupu ke svým podřízeným. Dobře odvedená práce sester je koneckonců nejlepší vizitkou vrchních sester o tom, jak vedou své oddělení. Měly by si uvědomit, že každý člověk potřebuje občas slyšet slova uznání a ocenění, aby měl motivaci dál dobře odvádět svou práci. Nevyslovení těchto slov může mnohé demotivovat, což v konečném důsledku může vést až k syndromu vyhoření.

Co se týče kompenzace za psychickou zátěž sester spojenou s jejich prací ve formě zaměstnaneckých benefitů by 66,7% dotázaných uvítalo vyšší finanční ohodnocení. Máme za to, že tento výsledek odráží i neuspokojivý pocit sester z toho, že jejich práce je z finančního hlediska stále ještě nedostatečně ohodnocena. Je zajímavé, že pouze 2 respondenti by si zvolili možnost promluvit si s psychologem. Těžko posoudit, zda příčinou nezájmu ostatních je obava a stud svěřovat se někomu o tom, co je tíží v souvislosti s jejich povoláním, nebo že by měli pocit, že jako profesionálové selhali.

Z naší práce vyplynula i podstatná informace, kterou je názor většiny dotázaných, že stresem u zdravotníků by se měl hlouběji zabývat i někdo z vedoucích pracovníků. Přispělo by to jistě k lepší komunikaci mezi sestrami a jejich nadřízenými, a pro sestry by to byla i známka toho, že vykonávání jejich náročného povolání není jejich nadřízeným úplně lhostejné.

ZÁVĚR

Prvním cílem této práce bylo zjištění vlivu péče o umírající na resuscitačních odděleních na psychickou a emocionální stránku sester.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že:

- 33,3% sester si na zemřelého pacienta na druhý den již nevzpomene, 28,6% sester na něj zapomíná ihned po uzavření jeho dokumentace a pouze 4,8% respondentů se s tím nevyrovná nikdy,
- nejvíce uváděným faktorem ovlivňujícím dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta byl jeho věk – 68,3% sester,
- 41,3% sester si myslí, že u nich dochází částečně k dehumanizaci v důsledku zvyšující se délky praxe, 7,9% sester uvedlo, že určitě ano
- 54,0 % sester je přesvědčeno, že se díky své profesi nestávají méně citlivými
- 52,4% respondentů nepocituje stres při péči o umírající, jelikož si časem zvykli.

Výsledky šetření jsou podrobně popsány v kapitole 2.3.

Cíl 1 byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda péče o umírající ovlivňuje myšlenky sester na vlastní smrt a umírání.

Z výsledků šetření vyplynulo, že:

- strach ze smrti má 34,9% respondentů,
- 34,9% sester spíše neovlivňuje to, že se často setkávají se smrtí a umíráním jejich myšlenky a úvahy o vlastní smrti,
- potlačovat myšlenky na vlastní smrt se snaží 66,7% sester,
- 44,4% sester si myslí, že téma smrti dnes ještě není dostatečně diskutované a detabuizované
- 63,5% respondentů je vyrovnáno se svou vlastní smrtelností
- nejvíce dotazovaných by chtělo zemřít náhlou smrtí – 60,3%,
- k možnosti euthanasie u nevléčitelně nemocných, u kterých byla vyčerpána veškerá možná léčba a trpí nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi by se přiklánělo 65,1% sester.

Podrobněji kapitola 2.3.

Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, co sestřám pomáhá vyrovnávat se s touto velmi psychicky náročnou prací, zda mají oporu ve vedení a jakou formu odreagování se a odbourání stresu by uvítali v rámci zaměstnaneckých benefitů.

Zjištěno bylo, že:

- 60,3% sester hodnotí stupeň pracovní zátěže na resuscitačním oddělení jako vysoký,
- 63,5% sester jejich vedení nedává žádným způsobem najevo, že si váží jejich práce,
- jako kompenzaci od zaměstnavatele za psychickou zátěž spojenou s jejich zaměstnáním by 66,7% sester uvítalo vyšší finanční ohodnocení,
- 54% respondentů by mělo zájem účastnit se seminářů zabývajících se stresem zdravotníků.

Více v kapitole 2.3.

Také cíl 3 byl splněn.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že péče o umírající na resuscitačních odděleních není pro většinu sester po psychické stránce nijak zvlášť zatěžující. Poměrně vysoké procento sester se snaží potlačovat myšlenky na vlastní smrt a umírání, proto si myslíme, že by bylo vhodné pořádat alespoň v rámci provozní schůze oddělení jakési „minisemináře“ týkající se problematiky smrti, umírání, vyrovnanosti se smrtí, duševní hygieny sestry apod. Velké rezervy jsou v přístupu k sestřám ze strany vedoucích pracovníků. Ve značné míře záleží i na nich, zda chtějí mít na svém pracovišti spokojené pracovníky, a proto by neměli zapomínat své podřízené občas alespoň pochválit za dobře odváděnou práci. Management nemocnic by pak svým zaměstnancům mohl nabídnout alespoň 1x ročně bezplatný víkendový pobyt v nějakém relaxačním centru, jelikož nepředpokládáme, že by se v jejich rozpočtu našly peníze na zvýšení odměn zaměstnanců, i když tuto možnost by sestry uvítaly nejvíce.

SEZNAM LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-467-2.
2. BYOCK, Ira. *Dobré umírání*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.
3. BYSTRICKÝ, Zdeněk. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“* [online]. Informační a diskusní portál Umírání.cz [cit. 23.3.2010]. Dostupné na WWW:> <http://www.umirani.cz/> <
4. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. Česká lékařská komora [cit. 23.3.2010]. Dostupné na WWW: ><http://www.lkcr.cz/> <
5. FLANDEROVÁ, Hana. *Změny psychického stavu umírajících pacientů z pohledu sester* [online]. Vysokoškolské kvalifikační práce [cit. 23.3.2010]. Dostupné na WWW: ><http://theses.cz/> <
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. IVANOVÁ, Kateřina, a JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
9. JAKOBY, Bernard. *Tajemství umírání*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2005. 128 s. ISBN 80-86761-42-8.
10. KOPEČNÁ, Jarmila. *Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester* [online]. Vysokoškolské kvalifikační práce [cit. 23.3.2010]. Dostupné na WWW: ><http://theses.cz/> <
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
15. MUNZAROVÁ, Marta. *Euthanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
16. O'CONNOR, Margaret, a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
17. PFEFFEROVÁ, Eva. *Umírání a smrt na ARO*. Praha, 2009. 77 s., 5. příl., 19. grafů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 1. LF UK 2009. Vedoucí práce: Mudr. Eva Uchytlová Ph.D.
18. ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTOVEC, Jiří aj. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 393 s. ISBN 80-7262-042-8.
19. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan aj. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.
20. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk aj. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
21. VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelství – III*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 152 s. ISBN 80-7168-367-1.

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
ARIP	anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
a.s.	akciová společnost
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
DiS.	Diplomovaný specialista
DNR	do not resuscitace
NANDA	severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
popř.	popřípadě
PSS	pomaturitní specializační studium
s.	strana
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....	37
Tabulka č. 2 Délka praxe na ARO.....	38
Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	39
Tabulka č. 4 Příslušnost respondentů k náboženství.....	40
Tabulka č. 5 Frekvence setkávání se s umírajícím pacientem na ARO.....	41
Tabulka č. 6 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající.....	42
Tabulka č. 7 Čas potřebný k vyrovnání se se smrtí pacienta.....	43
Tabulka č. 8 Faktory ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta ...	44
Tabulka č. 9 Dehumanizace jako důsledek zvyšující se délky praxe.....	45
Tabulka č. 10 Dopad profese na citovou stránku sester.....	46
Tabulka č. 11 Pociťování stresu při péči o umírající.....	47
Tabulka č.12 Strach respondentů ze smrti.....	48
Tabulka č. 13 Vliv časté konfrontace s umírajícími pacienty na myšlenky a úvahy sester o vlastní smrti.....	49
Tabulka č. 14 Přemýšlení respondentů o vlastní smrti.....	50
Tabulka č. 15 Je dnes téma smrti dostatečně diskutované a detabuizované.....	51
Tabulka č. 16 Vyrovnanost respondentů se svou vlastní smrtelností.....	52
Tabulka č. 17 Věková hranice, které by se respondenti chtěli dožít.....	53
Tabulka č. 18 Možnost, kterou by si zvolili respondenti pro své úmrtí.....	54
Tabulka č. 19 Názor respondentů na euthanasii.....	55
Tabulka č. 20 Hodnocení stupně pracovní zátěže na ARO respondenty.....	56
Tabulka č. 21 Způsob zbavování se stresu.....	57
Tabulka č. 22 Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práce váží?.....	59
Tabulka č. 23 Způsob, jakým vedení dává najevo, že si váží práce sester.....	60
Tabulka č. 24 Způsob kompenzace za psychickou zátěž sester ve formě zaměstnavatelských benefitů.....	61
Tabulka č. 25 Přednášky zabývající se stresem u zdravotníků.....	63
Tabulka č. 26 Zájem respondentů o semináře.....	64
Tabulka č. 27 Zabývání se stresem zdravotníků ze strany vedení.....	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	37
Graf č. 2 Délka praxe na ARO.....	38
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	39
Graf č. 4 Příslušnost respondentů k náboženství.....	40
Graf č. 5 Frekvence setkávání se s umírajícím pacientem na ARO.....	41
Graf č. 6 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající.....	42
Graf č. 7 Psychicky zatěžující aspekty při péči o umírající.....	43
Graf č. 8 Faktory ovlivňující dobu potřebnou k vyrovnání se se smrtí pacienta.....	44
Graf č. 9 Dehumanizace jako důsledek zvyšující se délky praxe.....	45
Graf č. 10 Dopad profese na citovou stránku sester.....	46
Graf č. 11 Pociťování stresu při péči o umírající.....	47
Graf č. 12 Strach respondentů ze smrti.....	48
Graf č. 13 Vliv časté konfrontace s umírajícími pacienty na myšlenky a úvahy sester o vlastní smrti.....	49
Graf č. 14 Přemýšlení respondentů o vlastní smrti.....	50
Graf č. 15 Je dnes téma smrti dostatečně diskutované a detabuizované.....	51
Graf č. 16 Vyrovnanost respondentů se svou vlastní smrtelností.....	52
Graf č. 17 Věková hranice, které by se respondenti chtěli dožít.....	53
Graf č. 18 Možnost, kterou by si zvolili respondenti pro své úmrtí.....	54
Graf č. 19 Názor respondentů na euthanasii.....	55
Graf č. 20 Hodnocení stupně pracovní zátěže na ARO respondenty.....	56
Graf č. 21 Způsob zbavování se stresu.....	58
Graf č. 22 Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práce váží?.....	59
Graf č. 23 Způsob, jakým vedení dává najevo, že si váží práce sester.....	60
Graf č. 24 Způsob kompenzace za psychickou zátěž sester ve formě zaměstnavatelských benefitů.....	62
Graf č. 25 Přednášky zabývající se stresem u zdravotníků.....	63
Graf č. 26 Zájem respondentů o semináře.....	64
Graf č. 27 Zabývání se stresem zdravotníků ze strany vedení.....	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Charta práv umírajících

Příloha č. 2 – Etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby se speciálním zaměřením k podávání výživy a tekutin

Příloha č. 3 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Příloha č. 4 - Ošetrovatelské diagnózy Strach a Úzkost ze smrti v NANDA – International

Příloha č. 5 – Dotazník

Příloha č. 6 - Žádosti o povolení šetření

Příloha č. 1 - Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají

jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

Příloha č. 2 – Etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby se speciálním zaměřením k podávání výživy a tekutin

ETICKÁ DOPORUČENÍ PRO VYSAZENÍ NEBO NENASAZENÍ ŽIVOT UDRŽUJÍCÍ LÉČBY SE SPECIÁLNÍM ZAMĚŘENÍM K PODÁVÁNÍ VÝŽIVY A TEKUTIN

(Plunkett Centre for Ethics in Health Care)

(1998)

V prosinci 1998 vydalo Plunkett Centre for Ethics in Health Care v australském Sydney následující etické doporučení. Text byl dlouhou dobu diskutován. Poradní bioetickou komisí Nemocnice svatého Vincence, jejímž úkolem je identifikovat kritické otázky v poskytování zdravotní péče a v lékařském výzkumu. Jedná se o křesťanské zdravotnické zařízení. Autoři níže uvedeného dokumentu si kladou otázku – respektive vyzývají k, do jaké míry tento protokol vyjadřuje jen zvláštní „křesťanský“ pohled na svět, nebo je-li i v souladu s názorem všech přemýšlejících lidí dobré vůle. Vždyť se jedná o otázky lidství a o otázky obecné lékařské etiky. Současně jsou si vědomi, že názory na tyto problémy jsou předmětem diskusí jak uvnitř, tak i vně křesťanské tradice. Pokud máme vyhovět doporučením Parlamentního shromáždění Rady Evropy, pak je třeba urychleně plnit uvedená doporučení. Vypracované australské doporučení může být inspirací.

Úvod a obecné principy

Vzhledem k pokrokům moderní medicíny je třeba, aby pacienti, jejich rodiny a zdravotničtí pracovníci věděli, kdy by bylo – a to jak z pohledu klinického tak etického – správné nenasadit nebo vysadit určitou život udržující léčbu a nechat nemocného zemřít v důsledku choroby, která je příčinou jeho stavu.

Jako katolické léčebné zařízení uznáváme, že lidský život je darem od boha a muži a ženy by měli být jeho odpovědnými správci. Důkladná klinická rozhodování závisí na uznání následujícího:

Důstojnost náleží každé lidské bytosti, i když je osoba těžce oslabená v důsledku choroby nebo zranění, nebo v důsledku mentálního nebo fyzického vyčerpání.

Vlastním cílem lékařství je prevence, léčba, zmírňování nebo zastavení rozvoje choroby: stabilizace uspokojivého stavu; nebo úleva od vyčerpávajících symptomů nemoci.

Nutnost zhodnotit dobro a zátěž léčebných možností – léčba může být podána nebo vysazena, jeli zhodnocena jako marná (zbytečná) nebo nadmíru zatěžující ve srovnání s předpokládaným dobrem. V některých případech zátěž léčby může zahrnovat i mimořádné požadavky na rodinu, ošetřovatele anebo zdroje na zdravotní péči.

Posvátnost lidského života – i ten, kdo již není schopen mít vědomý vztah k ostatním anebo již není schopen pokračovat v běžných aktivitách lidského života, má být zabezpečen veškerou dostupnou, patřičnou a účinnou léčbou.

Respekt k autonomii nemocného – nemocný sám je zdrojem práva zdravotníků být léčen. Kompetentní nemocní by měli být oprávněni k činění svobodných a informovaných rozhodnutí o léčebných možnostech, včetně odmítnutí takové léčby, kterou oni sami hodnotí jako nadmíru zatěžující (za předpokladu, samozřejmě, že nemocný není těžce depresivní). Pokud jsou nemocní neschopni učinit svá vlastní rozhodnutí, pak vedoucí lékaře je zodpovědný za rozhodnutí v nejlepším lékařském zájmu nemocného. Přitom musí uvažovat o tom, co by mohlo být známo o přáních nemocného stran léčení za takových okolností.

Některé specifické příklady

Antibiotika

Ačkoliv pneumonie a podobné choroby mohou být celkem snadno léčeny antibiotiky, někdy dochází k situacím (extrémně těžký stav s mnohočetnými chorobami nebo s velmi závažnou demencí), kdy se jeví, že jakákoliv nová léčba bude marná anebo nadmíru zatěžující. Je-li tomu tak, pak antibiotika a podobné přístupny nemusí být aplikovány.

Kardiopulmonální resuscitace (CPR)

Tento pojem zahrnuje řadu možností, z nichž by však mnohé nakladly těžká břemena na křehké velmi staré osoby, anebo, jež by v případě úspěchu vedly jen ke krátkodobému prodloužení života, možná dokonce za situace nesmírně závažného oslabení. Rozhodnutí nezahajovat CPR je ospravedlnitelné na základě zvážení, že

dobro získané resuscitací by bylo neúměrné k tíži břemene, jímž by pak byl nemocný obtížen.

Ventilace

Mnozí vedou uspokojivý a vsutku naplněný život, ačkoliv jsou závislí na mechanické ventilaci. Nicméně někdy dochází k případů, kdy nemocní posuzují použití ventilátoru jako nesmírnou zátěž pro sebe anebo pro ostatní. Pokud je tomu tak, pak rozhodnutí k odstranění podpory ventilace může být eticky ospravedlnitelné.

Dialýza

Renální dialýza může být nákladná a často je provázena podstatnou zátěží pro nemocného . Dialýza by tedy byla nepatřičná tehdy, pokud by zahrnovala nerozumnou zátěž pro nemocného anebo pro ostatní a pokud by vedla jen k udržování nejistého a velmi tíživého terminálního stavu.

Výživa a tekutiny

Výživa a tekutiny by byly z lékařského pohledu zbytečné (a to z mravního ne povinné) tehdy, pokud by jejich aplikace nepřinášela úlevu a ani nezabraňovala bezprostředně přicházející smrti anebo pokud by výživa a tekutiny nemohly být lidským tělem asimilovány.

A ačkoliv pokračující legitimní diskuse o tom, co je to zbytečnost (marnost – „futility“) anebo co je to obtížnost („burdensomeness“) v případě podávání výživy a tekutin (obzvláště u pacientů, kteří jsou trvale v bezvědomí), předpokladem by vždy mělo být, že udržení lidského života je naším nejzákladnějším vyjádřením úcty k osobě, o jejíž život se jedná. Z toho vyplývá, že výživa a tekutiny by měly být nemocným v bezvědomí podávány trvale a to až do doby, dokud není jasně zhodnoceno, že toto podávání je z lékařského hlediska zbytečné anebo nadměrně zatěžující pro nemocného nebo pro ostatní.

V naší společnosti poskytování výživy a tekutin většinou nepředstavuje významné nároky na pečovatele nebo zdravotnické prostředky.

Dobrá medicína léčí osoby spíše než jejich stav. Úcta k jejich důstojnosti vyžaduje, aby nebyly ani nedostatečně a ani nadměrně léčeny, avšak aby měly přístup k jakékoliv péči, která je patřičná k jejich stavu.

Rozhodovací proces (konzultace, komunikace, dokumentace)

Vzhledem k možnosti závažné fyzické nebo duševní choroby (např. demence, retardace, deprese nebo psychózy) je někdy nutné vyžádat zhodnocení psychiatra, který posoudí, zda je nemocný kompetentní k rozhodování o život – prodlužující léčbě.

V případě kompetentního pacienta rozhodování o nenasazení nebo o vysazení léčby by mělo být nastoleno pouze až poté, kdy vedoucí lékař prodiskutoval celou záležitost s nemocným a zjistil, že pacient soudí, že dobro léčby by bylo v disproporci k zátěži, kterou v důsledku této léčby nemocný předvídá (s výjimkou mimořádných případů, kdy je lékař přesvědčen, že nemocný trpí závažnou psychickou rozladou anebo myšlenkami na sebevraždu).

V případě nekompetentního nemocného, rozhodování o nenasazení nebo vysazení léčby by mělo být nastoleno pouze až tehdy, kdy vedoucí lékař posoudil, že léčba by byla marná anebo dobro z ní pocházející by bylo v disproporci k zátěži, která by tím byla uvalena na nemocného anebo na dostupné zdravotnické zdroje.

Při tvorbě těchto léčebných rozhodování by měl vedoucí lékař konzultovat s rodinou, se zákonným zástupcem, s jinými, kteří mají v tomto kontextu pro nemocného význam („signifiant others“) a s těmi, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta. Měl by brát jejich názory v úvahu při utváření svého rozhodnutí a toto rozhodnutí jim vysvětlit.

Vedoucí sestra je zodpovědná za to, že bude komunikovat, a že vysvětlí toto rozhodnutí ostatním členům ošetrovatelského týmu i členům přidružených týmů. Rodině, těm, kteří mají v tomto kontextu význam („significant others“), a členům pečovatelských týmů by měla být dána patřičná možnost být vyslechnut a rovněž by jim měla být dána možnost pastorální péče. Je nutné být citlivým vůči náboženským a kulturním zázemím pacientů a jejich rodin a přátel, jelikož některá vyznání a některé kultury více než jiné odporují nenasazení nebo vysazení určité léčby.

Rozhodnutí spolu s krátkým sdělením důvodů, které k němu vedly stejně tak jako krátké poznámky o konzultacích, by měly být dokumentovány v záznamech pacienta, datovány a podepsány vedoucím lékařem nebo jeho zástupcem, který toto zaznamená jako rozhodnutí vedoucího lékaře.

Rozhodnutí k omezení, nepodání nebo vysazení léčby mě mělo být pravidelně přezkoumáváno a dokumentováno (nejméně jednou za týden) i jako odezva na změny ve stavu nemocného nebo na žádosti pacienta nebo jeho rodiny.

Poté, co určitá léčba nebyla podána nebo byla vysazena, musí být nemocnému i nadále poskytována veškerá ostatní péče a pozornost, patřičná k jeho specifickému stavu a k jeho důstojnosti jako lidské bytosti.

Příloha č. 3 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.

f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko

- odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
- nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl.

Terminologie

a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.

c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyhléditelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.

f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) Život člověka je konečný.

b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.

c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou

vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.

d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).

e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.

g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno

h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.

i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7

Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

Příloha č. 4 - Ošetřovatelské diagnózy Strach a Úzkost ze smrti v NANDA – International

Strach – 00148

I. KROK

URČUJÍCÍ ZNAKY se dělí na znaky 1. obecné, 2. kognitivní, 3. v chování a 4. tělesné.

1. K obecným určujícím znakům patří:

- klient sděluje, že:
 - má předtuchu, že se něco stane
 - má zvýšenou tenzi (napětí)
 - snížené sebehodnocení
 - bývá často rozčilený (rozrušený)
 - má sklon k panikaření, děsy, hrůzu
 - chová se pod vlivem strachu ze skutečného nebo domnělého nebezpečí nepřiměřeně (je panický).

2. Ke kognitivním určujícím znakům patří:

- identifikace objektu, který strach vyvolává
- podněty, které klienta přesvědčují o ohrožení
- zmenšená produktivita, schopnost se učit, schopnost řešit problémy.

3. K určujícím znakům v oblasti chování patří:

- zvýšená ostražitost
- únikové nebo útočné chování
- impulzivita (vznětlivost, neuváženost v jednání)
- předpojaté zaměření pozornosti na něco (například na ohnisko strachu).

4. K tělesným určujícím znakům patří:

- zrychlený pulz
- nechutenství
- nauzea
- zvracení
- průjem
- napjaté svaly

- vyčerpanost
- zrychlení frekvence dýchání a zkrácení dechu
- bledost
- zvýšené pocení
- zvýšený systolický krevní tlak
- rozšíření zornic
- sucho v ústech.

II. KROK

Při nálezů minimálně jednoho určujícího znaku posoudíme přítomnost **SOUVISEJÍCÍCH FAKTORŮ**:

- přirozený/instinktivní zdroj strachu (neočekávaný zvuk, výška, bolest, ztráta fyzické podpory)
- naučená odezva (například na vnější podmínky, vytvořená jinou osobou nebo identifikací s jinými osobami)
- odloučení od opory (partnera, blízkých atd.) v situaci, která navozuje stres (například při hospitalizaci, nemocničních procedurách)
- klient není obeznámen s prostředím a novými zážitky
- jazyková bariéra
- senzorické poruchy
- podněty navozující fobii.

III. KROK

Pokud jsme našli kombinaci některého z určujících znaků a některého ze souvisejících faktorů, přistoupíme k **ověření**. Zvážíme, zda je klient skutečně v situaci stanovené definicí: **Strach** je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

IV. KROK

Pokud je výsledek ověření pozitivní, **zaznamenáme** přítomnost strachu do **ošetřovatelské dokumentace**.

Úzkost ze smrti – 00147

I. KROK

Nejprve se zaměříme na zjištění, zda se u klienta vyskytují tyto **URČUJÍCÍ ZNAKY**:

- obavy z dopadu vlastního úmrtí na blízké osoby
- bezmocnost vůči problémům souvisejícím s umíráním
- strach ze ztráty tělesných a/nebo duševních schopností v období umírání
- očekávání bolesti při umírání
- veliká sklíčenost
- strach z umírání
- starosti klienta o přepracovanost pečovatele (blízké osoby) v období nemohoucnosti a v terminálním stadiu onemocnění
- obavy ze setkání se Stvořitelem nebo pochybnosti o existenci Boha nebo vyšší bytosti
- totální ztráta kontroly nad svými stanovisky směrem ke své smrti
- negativistické představy o smrti nebo nepříjemné myšlenky o událostech souvisejících se smrtí nebo umíráním
- strach z protahovaného umírání
- strach z předčasné smrti, která zabrání uskutečnění důležitých životních cílů
- obavy z vyvolání smutku a utrpení blízkých osob
- strach o život rodiny po úmrtí
- strach z vývoje nevléčitelného onemocnění
- popření vlastní smrtelnosti nebo hrozící smrti.

II. KROK

SOUVISEJÍCÍ FAKTORY teprve budou vyvinuty, druhý diagnostický krok tedy nemůžeme provést. Autorka publikace se domnívá, že bychom před doplněním konkrétních souvisejících faktorů měli být k přesnosti diagnostiky této dysfunkční potřeby rezervovaní.

III. KROK

Pokud jsme našli některý z určujících znaků (po vyvinutí souvisejících faktorů v kombinaci s minimálně jedním z nich), přistoupíme k **ověření**. Zvážíme, zda je klient skutečně v situaci, jak stanovuje definice: **Úzkost ze smrti** je standardizovaný

název ošetrovatelského problému člověka, který v souvislosti s umíráním (nebo v souvislosti se smrtí) prožívá znepokojení nebo strach.

IV. KROK

Pokud je výsledek ověření pozitivní, **zaznamenáme** přítomnost úzkosti ze smrti do **ošetrovatelské dokumentace** (Marečková, 2006, s. 179-184).

Příloha č. 5 – Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jsem studentka 4.ročníku Fakulty zdravotnických věd na Univerzitě Palackého v Olomouci obor Ošetrovatelství – kombinovaná forma a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při realizaci výzkumu, týkajícího se problematiky Úzkost a strach ze smrti u nelékařského zdravotnického personálu pečujícího o pacienty umírající na ARO. Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního a dobrovolného dotazníku, který bude sloužit ke sběru a zhodnocení dat mé bakalářské práce. Zaškrtněte, prosím, vždy jednu z nabídnutých odpovědí, pokud není uvedeno jinak. Vyplněný dotazník vložte prosím do přiložené obálky a zalepte.

Děkuji, že jste si našli čas k vyplnění tohoto dotazníku.

Jana Vašutová

Osobní údaje

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Jak dlouho pracujete na ARO:

- a) méně než 1 rok
- b) 1 - 2 roky
- c) 3 - 5 let
- d) 6 - 10 let
- e) 11 - 15 let
- f) 16 - 20 let
- g) více jak 20 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola – bakalářské studium
- d) vysoká škola – magisterské studium
- e) postgraduální specializační studium – upřesněte jaké: _____

4. Jste náboženského vyznání (jakéhokoliv)?

- a) ano
 - b) ne
-

- 5. Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícím pacientem (přibližně)?**
- a) 2x týdně
 - b) 1x týdně
 - c) 1x za 14 dní
 - d) 1x za 14 dní
 - e) 1x za měsíc
 - f) méně často než jsou uvedené možnosti
- 6. Co je pro Vás při péči o umírající nejvíce psychicky zatěžující?**
- a) pocit bezmocnosti
 - b) častá konfrontace se smrtí a utrpením
 - c) samotná péče o mrtvé tělo
 - d) komunikace s rodinou a příbuzným pacienta
 - e) jiné (uveďte prosím) _____
- 7. Jak dlouho se vyrovnáváte se smrtí pacienta?**
- a) po uzavření dokumentace pacienta na něj ihned zapomenu
 - b) na druhý den už si na něj nevzpomenu
 - c) asi 1 týden
 - d) asi 1 měsíc
 - e) nikdy se s tím nevyrovnám
- 8. Čím je tato doba ovlivněna?**
- a) věkem pacienta, u mladých lidí mi to trvá déle
 - b) způsobem, jakým pacient umíral
 - c) délkou hospitalizace pacienta na našem oddělení
 - d) čím víc umírajících jsem viděl(a), tím víc se to pro mě stává rutinní záležitostí
- 9. Máte pocit, že u Vás se zvyšující se délkou praxe dochází při péči o umírající k dehumanizaci?**
- a) určitě ano
 - b) částečně ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
- 10. Myslíte si, že se stáváte díky Vaší práci méně citlivými?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

11. Vnímáte péči o umírajícího jako silně stresovou záležitost?

- a) rozhodně ano
- b) ne, časem jsem si zvykl(a)
- c) nevím

12. Máte strach ze smrti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nepřemýšlím o tom

13. Ovlivňuje to, že se ve Vašem zaměstnání často setkáváte se smrtí a umíráním Vaše myšlenky a úvahy o vlastní smrti?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

14. Přepadají Vás myšlenky na vlastní smrt často?

- a) ano, velmi často
- b) ne, snažím se tyto myšlenky potlačovat
- c) ne, nikdy

15. Myslíte si, že je dnes téma smrti dostatečně diskutované a podařilo se ho už detabuizovat?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

16. Myslíte si, že jste vyrovnáni se svou vlastní smrtelností?

- a) ano
- b) ne

17. Kolika let byste se chtěli dožít

- a) 60 – 70 ti let
- b) 71 – 80 ti let
- c) 81 – 90 ti let
- d) 91 a více let

18. Jak byste chtěli zemřít?

- a) klidně a důstojně v přítomnosti svých blízkých
- b) náhlou smrtí
- c) jiná možnost (prosím uveďte) _____

19. Jaký je Váš názor na euthanasii?

- a) rozhodně ano, sám (sama) bych chtěla mít jednou možnost se svobodně rozhodnout
- b) ano, ale pouze u nevléčitelně nemocných, u kterých byla vyčerpána veškerá možná léčba a trpí nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi
- c) ne, z etického hlediska je to nepřípustné
- d) ne, je zde velké riziko zneužití

20. Jak byste ohodnotil (a) stupeň pracovní zátěže na Vašem oddělení?

- a) velmi nízký
- b) nízký
- c) střední
- d) vysoký
- e) extrémní

21. Jak uvolňujete napětí a stres ze zaměstnání? (můžete zvolit více možností)

- a) sportem
- b) trávením volného času s rodinou a blízkými
- c) pitím kávy
- d) pitím alkoholu
- e) kouřením cigaret
- f) užíváním léků (na spaní, od bolesti,...)
- g) jiné (prosím uveďte) _____

22. Dává Vám Vaše vedení najevo, že si Vaší práci váží?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděli ANO, přejděte prosím na otázku č. 21.

Pokud jste odpověděli NE, vynechejte prosím otázku č. 21.

23. Uveďte způsob, jakým Vaše vedení dává najevo, že si Vaší práce váží

- 24. Kterou možnost byste nejvíce uvítali jako kompenzaci od zaměstnavatele za psychickou zátěž spojenou s Vaším povoláním?**
- a) vyšší finanční ohodnocení
 - b) ve formě permanentek na sportovní aktivity
 - c) možnost promluvit si s psychologem
 - d) stačilo by mi slovo uznání a ocenění od mých nadřízených
 - e) pobyt v relaxačním centru
- 25. Konají se ve Vaší nemocnici přednášky nebo semináře týkající se stresu zdravotníků?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím o tom
- 26. Měli byste zájem se takovýchto seminářů zúčastnit?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 27. Myslíte si, že je důležité, aby se tématem „stresu u zdravotníků“ zabýval někdo z Vašeho vedení?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nepřemýšlím nad tím

Příloha č. 6 - Žádosti o povolení šetření

Náměstek pro ošetrovatelskou péči
p. Miroslava Čechová
Nemocnice ve Frýdku - Místku, p.o.
El. Krásnohorské 321
738 18 Frýdek- Místek

Ve Frýdku-Místku dne: 4.1.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na lůžkových odděleních ARO Nemocnice ve Frýdku – Místku, p.o.

Vážená paní náměstkyně,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících na lůžkovém oddělení ARO Nemocnice ve Frýdku-Místku,p.o. Dotazníkové šetření je součástí mé závěrečné bakalářské práce, která se věnuje prožívání úzkosti a strachu ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO.

Práce vypovídá o vlivu péče na psychickou a emocionální stránku nelékařského zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO, jak dalece ovlivňuje péče o umírající jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání a zjišťuje, co jim pomáhá se s touto psychicky velmi náročnou prací vyrovnávat a zda k tomu nějakým způsobem může přispět jejich zaměstnavatel.

Pro zjištění relevantních dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník, který je přiložen k žádosti. Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, Csc. z Ústavu ošetrovatelství FZV UP v Olomouci.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Vašutová
Studentka 4. ročníku Ošetrovatelství
Kombinovaná forma studia
Fakulta Zdravotnických věd UP v Olomouci

Kontaktní adresa:

Jana Vašutová
Horní 2923
Frýdek-Místek
738 01
e-mail: vasutovajana@seznam.cz
tel: 604642651
oddělení: COS 558415693

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění.....

.....
.....
.....

Datum: *H. 1. 2010*



razítko a podpis:

Škarabelová Marie

Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči
Bc. Mária Dobešová
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790/5
708 00 Ostrava-Poruba

Ve Frýdku-Místku dne: 4.1.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na lůžkových odděleních ARO Fakultní nemocnice v Ostravě

Vážená paní náměstkyně,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících na lůžkovém oddělení ARO Fakultní nemocnice v Ostravě. Dotazníkové šetření je součástí mé závěrečné bakalářské práce, která se věnuje prožívání úzkosti a strachu ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO.

Práce vypovídá o vlivu péče na psychickou a emocionální stránku nelékařského zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO, jak dalece ovlivňuje péče o umírající jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání a zjišťuje, co jim pomáhá se s touto psychicky velmi náročnou prací vyrovnávat a zda k tomu nějakým způsobem může přispět jejich zaměstnavatel.

Pro zjištění relevantních dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník, který je přiložen k žádosti. Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, Csc. z Ústavu ošetrovatelství FZV UP v Olomouci.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Vašutová
Studentka 4. ročníku Ošetrovatelství
Kombinovaná forma studia
Fakulta Zdravotnických věd UP v Olomouci

Kontaktní adresa:

Jana Vašutová

Horní 2923

Frýdek-Místek

738 01

e-mail: vasutovajana@seznam.cz

tel: 604642651

pracoviště: Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., oddělení: COS 558 415 693

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění.....

Datum:

4. 1. 2010

razítko a podpis:

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
Bc. Mária Dobešová
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči
17. listopadu 1790, 708 00 Ostrava

Manažerka pro ošetrovatelskou péči
p. Xenie Gašparová
Vítkovická nemocnice a.s.
Zálužanského 1192/15
703 84 Ostrava-Vítkovice

Ve Frýdku-Místku dne: 4.1.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na lůžkových odděleních ARO Vítkovické nemocnice a.s.

Vážená paní manažerko,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového šetření u všeobecných sester pracujících na lůžkovém oddělení ARO Vítkovické nemocnice a.s. Dotazníkové šetření je součástí mé závěrečné bakalářské práce, která se věnuje prožívání úzkosti a strachu ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO.

Práce vypovídá o vlivu péče na psychickou a emocionální stránku nelékařského zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO, jak dalece ovlivňuje péče o umírající jejich vlastní myšlenky na smrt a umírání a zjišťuje, co jim pomáhá se s touto psychicky velmi náročnou prací vyrovnávat a zda k tomu nějakým způsobem může přispět jejich zaměstnavatel.

Pro zjištění relevantních dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník, který je přiložen k žádosti. Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, Csc. z Ústavu ošetrovatelství FZV UP v Olomouci.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Vašutová
Studentka 4. ročníku Ošetrovatelství
Kombinovaná forma studia
Fakulta Zdravotnických věd UP v Olomouci

Kontaktní adresa:

Jana Vašutová

Horní 2923

Frýdek-Místek

738 01

e-mail: vasutovajana@seznam.cz

tel: 604642651

pracoviště: Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., oddělení: COS 558 415 693

Vyjádření vedení instituce:

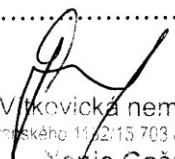
žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění.....
.....

Datum: 4.1.2010

razítko a podpis:


Vítkovická nemocnice a.s.
Zálužanského 1192/15 703 84 Ostrava - Vítkovice
Xenie Gašparová
manažerka pro ošetrovatelskou péči