

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Bakalářská práce

2009

Hana Flanderová

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Změny psychického stavu u umírajícího pacienta z pohledu sester
Bakalářská práce**

Mgr. Dita Nováková, DiS.

Hana Flanderová

2009

Abstrakt

Téma této práce je Změny psychického stavu umírajících pacientů z pohledu sester. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části najdeme jednotlivá období, kterými umírající člověk prochází. Při získávání těchto informací vycházíme hlavně z poznatků Elisabeth Kübler-Ross, lékařky, která velkou část své praxe věnovala péči o umírající pacienty. V teoretické části nezapomínáme ani na sestry, které pečují o umírající pacienty. Uvádíme zde základní informace o syndromu vyhoření, a několik rad, jak se mu při namáhavé práci sestry vyhnout.

Cílem práce bylo zjistit, jak se mění umírající pacient po psychické stránce z pohledu sester, a jaký je přístup sester k umírajícím pacientům a co ho ovlivňuje. Náš průzkum probíhal v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a v Nemocnici v Novém Městě na Moravě a.s. Výzkum byl realizován od února do dubna 2009. Metodu dotazníku jsme doplnili o pozorování. Předpokládali jsme, že se sestry umírajícím pacientům vyhýbají. Další náš předpoklad byl, že nejčastějším ošetřovatelským problémem u umírajících pacientů je strach. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že se sestry umírajícím pacientům opravdu vyhýbají, ale tento fakt si nepřipouští. Sestry považují za nejčastější změnu psychického stavu u umírajících pacientů apatii.

Považujeme za vhodné s výsledky výzkumu seznámit zdravotníky, kteří pečují v nemocnici o umírající pacienty, protože právě na nich záleží, za jakých podmínek budou umírající pacienti opouštět tento svět. Tuto problematiku by bylo vhodné zařadit jako jedno z témat odborných seminářů.

The subject of this thesis is called “Psychological changes in dying patients, as seen from nurses’ point of view”. The thesis is divided into the theoretical and practical parts.

The theoretical part contains the particular periods that the dying person has to go through. Obtaining this information is based mainly on knowledge compiled by Elisabeth Kübler-Ross, a physician who devoted a lot of her practice to the care of dying patients. In the theoretical part, we do not forget the nurses who take care of dying patients. We present here the basic information on the burnt-out syndrome and some advice on how to avoid it in the demanding work of nurses.

The objective of my thesis was to find out how dying patients change psychologically, from nurses’ point of view, what nurses’ attitude to dying patients is like and what it is influenced by. Our research was conducted in the České Budějovice Hospital a.s. and in the Nové Město na Moravě Hospital a.s. The research was conducted from February to April 2009. We enlarged the questionnaire method with observations. We assumed that nurses evaded dying patients. Another assumption of ours was that the most frequent nursing problem connected with dying patients was fear. It has emerged from the research results that nurses really evade dying patients, but do not take this fact to heart. In the nurses’ point of view the most frequent change in dying patients’ psychological state is apathy.

We consider it to be suitable to inform medical staffs taking care of dying patients, with the results of our research, because it depends on them under what conditions dying patients will leave this world. It could be beneficial to include these questions among topics of professional seminars.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Změny psychického stavu u umírajících pacientů z pohledu sester vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 4. 5. 2009

.....

Poděkování:

Chtěla bych zde poděkovat Mgr. Ditě Novákové, DiS. za cenné rady a připomínky při vedení této práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Stav pre, in a post finem	4
1.1.1 Fáze pre finem:	4
1.1.2 Fáze in finem:	5
1.1.3 Post finem:	6
1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross	6
1.2.1 První stadium - Negace	6
1.2.2 Druhé stadium – Agrese	7
1.2.3 Třetí stadium – Smlouvání	9
1.2.4 Čtvrté stadium – Deprese	10
1.2.5 Páté stadium – Smíření	11
1.3 Potřeby člověka ve fázi pre finem a jejich uspokojování	12
1.3.1 Biologické potřeby	13
1.3.2 Psychosociální potřeby	14
1.3.3 Spirituální potřeby	15
1.4 Smrt:	16
1.5 Důstojná smrt	17
1.6 Psychologická problematika umírání a smrti	17
1.7 Komunikace s pacientem v terminálním stádiu	18
1.8 Duševní hygiena zdravotní sestry	19
1.8.1 Syndrom vyhoření	19
1.8.2 Prevence syndromu vyhoření u sester	20
2. Cíle práce a hypotézy	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Hypotézy	22
3. Metodika	23
3.1 Metodika práce	23
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	23

4. Výsledky	24
4.1 Dotazník	24
4.2 Pozorování sester	34
4.3 Skryté zúčastněné pozorování přístupu sester	39
5. Diskuze:	42
6. Závěr	48
7. Klíčová slova	49
8. Seznam použitých zdrojů	50
9. Seznam příloh	52

Úvod

V našem životě jsou jen dvě věci stoprocentně jisté. První z nich je ta, že jsme se narodili a ta druhá, že zemřeme. Někdo možná dříve, jiný později. Smrt je nutností, proti smrti je člověk bezmocný a nemá šanci ji odvrátit a to ani za cenu sebeusilovnějšího snažení (19).

Téma smrt a umírání bývá velmi často tabuizováno. Možná je to právě tím, že se umírání přesunulo z domácího prostředí do nemocnice. A tím, jak smrt začala odcházet z našeho každodenního života, ani my zdravotníci nevíme, jak se smrti naložit. Je možná instinktivně dáno, že se jí snažíme vyhýbat, ze svého života ji vytěšňovat. Ale to nesmíme. A to nejen kvůli sobě samým, ale hlavně kvůli našim umírajícím pacientům. Měli bychom vědět, jak s takovými pacienty jednat, jak k nim přistupovat, jak uspokojit jejich potřeby. Měli bychom jim umět pomoci opustit tento svět s úctou. S úctou k nim samým, s úctou k jedinečnému člověku.

Jestliže, se někoho zeptáme, kde by chtěl zemřít, jsem si téměř jistá, že to místo nebude nemocnice. Ale bohužel je tomu velmi často tak, že lidé v nemocnici umírají. Myslím si, že je velmi důležité, abychom my, zdravotníci, uměli těmto lidem pomoci. Měli bychom znovu uznat smrt součástí našeho života, umět se s ní vyrovnat, přijmout ji jako fakt. Jestliže nezačneme o smrti mluvit, psát, diskutovat, nebo se jí jinak zabývat, nemůžeme být těmi, kteří budou umět pomoci.

1. Současný stav

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...) (8).

1.1 Stav *pre, in a post finem*

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 stádium, dále pak následuje stav *post finem*. V tomto okamžiku je na místě poskytnout člověku s úctou poslední péči a pomoci pozůstalým.

1.1.1 Fáze *pre finem*:

Fáze *pre finem* začíná tehdy, když zdravotníci, a nebo sám pacient zjistí, že jeho nemoc je vážná, nebo dokonce neslučitelná se životem. Smrt je tedy v blízkém, nebo v některých případech ve vzdáleném období velmi pravděpodobná. Umírání je tedy proces, na jehož počátku stojí diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci.

V tomto období by měl nemocný vědět, že se mu dostane nejen pomoci lékařské, ale i psychologické. U takovýchto pacientů je nezbytné zabránit psychické a sociální smrti. Sociální smrt je stav, kdy pacient stále žije, ale již nemá možnost udržovat sociální a interpersonální vztahy.

Na otázku, jak vhodně přistupovat k lidem v tomto stádiu, lze odpovědět, že především je zapotřebí respektovat jednotlivé fáze psychické odezvy na sdělení neblahé diagnózy. Jak na tuto situaci může člověk reagovat, popsala např. E. Kübler-Ross, (jednotlivými stádii se zabýváme v dalších částech této práce).

Je velmi vhodné, možná dokonce i nezbytné, aby v této situaci pomohl člověku psycholog nebo sociální pracovník. Nezastupitelnou funkci má v tomto období rodina, nebo různé svépomocné skupiny a spolky (4).

Prožívání strachu ze smrti a umírání je v tomto období intenzivnější, než v samotném období *in finem*. Tento stav lze vysvětlit tím, že daný člověk ještě nezemřel, a dokud ještě žije, chce si ještě splnit své cíle. Strach ze smrti je přeměněním strachem o život a nelze jej proto zaměňovat se strachem z vlastního zemření.

V každém případě, je nezbytné pomoci úskalí nemoci v této fázi překonat, poskytovat člověku dle jeho potřeb emoční podporu. Odborníci se shodují, že nemocný by měl mít v této situaci alespoň jednoho člověka, s kterým může o svých potřebách otevřeně hovořit (4) .

1.1.2 Fáze in finem:

Období in finem je totožné s tzv. terminálním stavem. V dnešní době, více než kdy jindy se setkáváme s tím, že člověk umírá v nemocnici. V moderních a vyspělých zemích umírá v nemocnicích až 80% všech lidí. Hovoříme o tzv. institucionálním modelu umírání.

Narození dítěte se často odehrává v přítomnosti otce, dítě i matka mají po svém boku člověka, který jim poskytuje emoční podporu. Člověk v terminálním stádiu v nemocnici často umírá sám. Někteří odborníci se shodují na tom, že umírající člověk se nikdy necítil tak osamocen, jako je tomu v dnešní době. V dřívějších dobách bývalo zcela normální a běžné, že smrti byli přítomni příbuzní, kde každý z nich měl svou roli. Nemocný vyslovil svá přání, dostal tzv. „poslední pomazání“ a v klidu ukončil pout' na tomto světě. Umírání mělo sociální rozměr. Když člověk umíral, po boku mu stála nejen jeho rodina, ale i přátelé, sousedé, kněz a v neposlední řadě také víra.

Mnoho laiků si myslí, že když je člověk v terminálním stádiu umístěn do nemocnice, je to pro něho to nejlepší místo. Tady se ale velmi často setkáváme s tím, že bývá „odsunut“. Někdy se to odehrává proto, že se zdravotníci umírajícího bojí, snad je to kvůli tomu, že jim připomíná jejich vlastní smrtelnost, jindy jen proto, že neví, jak se k takovému člověku chovat. Přibližně od poloviny minulého století se nejvhodnějším místem, kde jsou uspokojovány všechny potřeby umírajícího člověka stal hospic. Hospic je takové místo, kde svého klienta doprovodí až ke konečné fázi jeho života, ke smrti (4, 7, 24).

Všichni bychom si měli uvědomit, že smrt patří do našeho života stejně jako narození. Smrt je totiž jediná jistota, kterou máme, a proto bychom se měli snažit vhodně doprovázet ostatní, protože jednou i my budeme stát před branami smrti a nebudeme tam chtít zůstat sami (4, 7, 24).

1.1.3 Post finem:

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé.

I přes skutečnost, že většina zdravotníků neví, jak přistupovat k člověku v terminálním stádiu, to jaké úkony následují, po té co člověk zemřel, ví většinou přesně.

To, jak má probíhat ošetření člověka po smrti zde nebudeme popisovat, to je možné si přečíst v téměř každé učebnici ošetrovatelství. V následujících řádkách bychom chtěli poskytnout několik málo rad, jak důstojně pečovat o zemřelého a jeho blízké. Když terminálně nemocný člověk zemře, měli bychom nechat příbuzné, aby se se svým blízkým rozloučili, můžeme také otevřít okno, aby mohla duše opustit tělo a nalézt „věčný klid“. Tělo zemřelého by mělo být na následující 2 hodiny převezeno do místnosti k tomu určené. Předání osobních věcí pozůstalým od zdravotníků by mělo obsahovat ujištění, že jejich příbuzný netrpěl a sdělit jim jeho případná poslední přání. Neměli bychom také zapomínat na kondolenci (4).

1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross byla lékařka, která velkou část své praxe věnovala péči o umírající pacienty. Společně se svými studenty navštěvovala v nemocnici pacienty v terminálním stádiu. Během svých interview rozmlouvala s více než dvěma sty pacienty a díky tomu se jí podařilo identifikovat pět stádií, kterými umírající člověk prochází.

Tato lékařka velmi přehledně a jasně charakterizovala jednotlivé fáze, kterými člověk prochází, je-li mu sdělena neblahá diagnóza. Vymezila jednotlivá období, popsala pocity člověka a také důvody, proč k nim dochází. Chápala člověka jako bytost, která i přes své onemocnění stále zůstává v sociální interakci. Zdůraznila, že onemocnění nezasahuje jen samotného nemocného jedince, ale i jeho příbuzné a blízké. Právě tito lidé nesou tíhu onemocnění spolu s vážně nemocným pacientem (7, 13).

1.2.1 První stadium - Negace

První období, kterým umírající pacienti prochází, se nazývá stádium negace (popírání a izolace). Většina pacientů reaguje na zprávu o terminálním stádiu své nemoci slovy „Ne, to se určitě netýká mě, ne to není možné?“, „Ne já ne, pro mne to

neplatí. To není možné“. „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“ Toto stádium je společné jak pro pacienty, kteří o závažnosti svého stavu věděli, tak i pro ty, kterým nikdo nic neřekl, nebo i ty, kteří k tomuto závěru došli sami.

K úplnému nebo částečnému popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to jak v první fázi nemoci, kdy jim lékař jejich diagnózu sdělil, tak i v průběhu fází dalších. Odmítání reality u takto nemocných lidí funguje jako jakýsi nárazník, který jim pomáhá překonat období, kdy jim byla sdělena ona šokující zpráva o jejich zdravotním stavu. (12, 13, 6).

Je to období, kdy nemocný přijímá informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Přesvědčuje často sám sebe, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejlépe opakovaně vysvětlit, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat (6).

„Odmítání, negace, obvykle bývá jen dočasnou ochrannou strategií a je záhy vystřídána částečným přijetím skutečnosti. Trvalá a neustále udržovaná negace nemusí vždy přinášet zvýšený stres, zejména, vydrží-li až do samého konce, což je však výjimka (13, s 39)“.

Nemocniční personál, ať už jsou to sestry, lékaři, sociální pracovníci nebo duchovní netuší, o co všechno přicházejí, když se takovým pacientům snaží vyhnout. Jestliže člověka zajímají zákonitosti lidského chování, systém různých adaptací a obran, které si lidé vytvářejí, aby mohli takové stresy vůbec vydržet, potom je právě tady to místo, kde se o tom všem lze dozvědět (13).

1.2.2 Druhé stádium – Agrese

Po prvním stadiu, kdy člověk svou nemoc popírá, následuje většinou období agrese (zloby), zlosti, závisti, vzteku a mrzutosti. Tito pacienti si často kladou otázky: „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“, „Vždyť mi nic nebylo.“ Takoví pacienti mají často vztek na ostatní zdravé lidi, členy rodiny nebo na zdravotníky. Pacientův hněv se obrací na každého, s kým přijde nemocný do styku (12, 13, 6).

Člověk v této fázi je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný protestu, zmatku a nechápe, proč zrovna on musel vážně onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, co je ten pravý důvod, proč je takhle nemocný. Myslí si, že mu všichni křivdí, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přesto si však někde v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Připadá si velmi trapně, ale nemůže si pomoci. Odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami není řešením. Tuto informaci by měli mít zejména příbuzní. Rodina by také měla vědět, že období kterým nemocný prochází, je jednou z fází umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi (6).

Nemocnému v takovéto fázi je velmi těžké se zavděčit. Dle takových pacientů jsou lékaři neschopní, neumí správně udělat testy ani zvolit správný druh diety. Zbytečně prodlužují hospitalizaci a nerespektují přání nemocného. Ještě více než lékaři odnášejí vztek nemocného sestry, ty ať udělají cokoli, nic není pacientům vhod. Jakmile opustí pacientův pokoj, hned je volá pomocí zvonku zpět. Rodina, která přichází na návštěvu je přijímána bez radosti a vstřícnosti, což u příbuzných často vyvolává smutek a slzy. Návštěva probíhá často ve stísněném duchu, což z ní činí bolestnou událost pro obě strany. To je také důvod, proč příbuzní odmítají další návštěvy svého blízkého, což v něm ještě více umocňuje pocit nespokojenosti, zlosti a hněvu (12, 13).

Problém nás, pečovatelů spočívá hlavně v tom, že se nedokážeme vcítit do pacientových pocitů, proto také nemůžeme pochopit, kde se v člověku může brát taková zloba a zášť. Možná bychom se také takhle chovali, kdybychom zjistili, že veškerá snaha něčeho dosáhnout se stává mizivou. Všechny naše plány se rozplynuly a ty peníze, které jsme celý život dávali stranou, abychom si splnili svůj velký sen, již nebudeme moci použít. Je tedy logické, že umírající cítí zlobu a zlost. A proti komu ji mají obrátit, než proti těm, kteří jim jejich situaci ještě více připomínají. Příbuzní jistě mají své plány a cíle, které si mohou splnit a budou k tomu moci dokonce použít i ty jeho našetřené peníze. A co teprve zdravotníci, kteří když jim skončí směna v klidu odcházejí domů za rodinou (12, 13).

„Kamkoliv pacient pohlédne, všude nachází důvod ke zlobě. Zprávy hovoří o katastrofách, válkách a tragédiích, to všechno je přece tak vzdáleno – zde je přece jeho tragédie a ta bude velmi rychle zapomenuta. To on však nechce, brání se proti tomu, on nesmí být tak rychle zapomenut (12, s.24)“!

Člověk, kolem kterého se něco podobného děje, se snaží, aby na něho zapomenuto nebylo. Začne křičet, stěžovat si, vyžadovat pozornost, snaží se nám sdělit, že ještě žije, je mezi námi, neumřel. Jsou-li v okolí lidé, kteří chápou jeho situaci, věnují mu pozornost a dokážou mu naslouchat, sám se uklidní, zmírní svoji zlost a přestává klást nadměrné požadavky. Problém nastává tehdy, nepochopí-li příbuzní a zdravotníci, že ona zloba a zášť není namířena proti nim, ale jedná se o reakci na situaci, do které se nemocný dostal. Ti, co toto nepochopí, mohou po té oplácet pacientovi stejnou mincí a tím jeho utrpení ještě zvyšovat. Příbuzní a blízcí přestanou nemocného navštěvovat, nebo omezí návštěvy na minimum. Zdravotnický personál se snaží vyhýbat pokoji, na kterém pacient leží a komunikaci omezit jen na nezbytně nutnou (12, 13).

1.2.3 Třetí stadium – Smlouvání

Třetí fáze, kterou nemocný člověk prochází, je sice méně známá, ale pro pacienta často velmi důležitá, protože na ni spoléhá jako na svého pomocníka. Ve třetí fázi, fázi smlouvání se nemocný snaží oddálit příchod nevyhnutelného, za pomoci jakéhosi vyjednávání.

Již v dětství jsme se naučili, že když se snažíme, děláme něco, co není nezbytně nutné, následuje odměna. Tohoto modelu se snažíme využít ve fázi smlouvání. Přáním nemocných často bývá prodloužení života, anebo prožít alespoň své poslední dny bez bolesti.

V tomto období nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak ještě naplnit čas, který mu zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Hledá zázračné léky, léčitele, diety. Je ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby. Velmi častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby vnuka... Ať zdravotník, nebo blízký člověk, který provází ve fázi smlouvání, má velmi důležitý úkol a to pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Jestliže se nemocný ptá, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme „to sotva“.

Hovoříme s ním o tom, proč je to pro něj důležité, že je to možné, ale že nikdo nemáme „záruční list“ na další den.

Každý člověk, i ten, kterému bylo umožněno si svůj cíl splnit, u něho však nezůstane. Někdy ještě ten den, jindy den následující začíná opět vyslovovat svá přání a podmínky, „Ještě bych se chtěl dožít toho či onoho, nic jiného již nežádám.“ (6, 12, 13, 24).

1.2.4 Čtvrté stadium – Deprese

Když už se smrtelně nemocný člověk nemůže dále obelhávat a je mu zcela jasné, že jeho nemoc je nevyléčitelná, nemůže již svůj stav odbývat smíchem. Zlost ustupuje a přichází na řadu pocit ztráty. Ztráta může mít mnoho podob. Nemocný ztrácí své postavení ve společnosti, léčení stojí peníze, kvůli dlouhodobé nemoci také často přichází o zdroj příjmů. Kromě toho také musí myslet na svůj definitivní konec, na odchod ze života. Dá se tedy říci, že první druh deprese je reaktivní, druhý pak přípravný. První formu deprese často provází pocity studu a viny. Velkou pomocí pro takové pacienty je, když se někdo postará o potřebné změny v domácnosti, velmi důležité je, když někdo převezme roli pečovatele o nezaopatřené děti nebo nemohoucí rodiče. Velmi často se setkáváme s tím, že deprese se zlepší, když se vyřeší otázky, které jsou životně důležité pro našeho pacienta.

Druhý druh deprese nevzniká z útrpné ztráty, ale z té hrozící. Obvyklou reakcí na tento stav druhých lidí je snaha rozveselit je, vnutit jim, že situace není tak černá, jak vypadá. Takové pacienty upozorňujeme na světlé stránky života. V takovýchto situacích však bohužel často zdravotníci myslí na sebe, protože nejsou schopni snášet pohled na smutné lidi ve svém okolí (6, 12, 13).

Je-li však deprese nástrojem, pomocí kterého se nemocný připravuje na ztrátu všech milovaných, pak povzbuzování není vždy zcela na místě. Neměli bychom pacienta nutit, aby hledal jen světlé stránky věcí, protože by to znamenalo, že nemá přemýšlet o nastávající smrti. Není smysluplné říkat mu, aby nebyl smutný, když všichni v jeho okolí jsou smutní z toho, že ztrácí milovanou osobu. Jestliže je mu dovoleno vyjádřit svůj žal, nestydět se za něj, nic neskrývat, dospěje ke konečné fázi

smíření mnohem snáze a rychleji a bude vděčný těm, kdo jsou mu i v takých chvílích na blízku a nesnaží se ho za každou cenu rozveselit.

Ve fázi deprese je na místě podávání antidepresiv, ale nejvíce pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu, a který ho provází těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu probíhá hlavou.

Každý cítí velmi intenzivní bolest, když ztrácí milovanou bytost. Nemocný je však v postavení, že ztrácí vše, co miloval. Uvědomme si, že ten, kdo může vyjádřit svou bolest, se pak snadněji smíří se svým osudem (6, 12, 13).

1.2.5 Páté stadium – Smíření

Jestliže měl pacient dostatek času a neumíral náhle, a jestliže překonal předcházející stadia, dostane se do období, kdy již nepřijímá svůj osud hněvivě a sklíčeně. Nyní hledí vstříc svému konci. Cítí se velmi unavený, slabý a ve velmi častých a krátkých intervalech podřimuje. Avšak tento spánek je jiný než ve fázi deprese, již neotupuje bolest. Tuto fázi lze do jisté míry považovat také za období rezignace. Nemocní si často říkají „K čemu bojovat, teď už nemohu“. Takováto vyjádření napovídají tomu, že nemocný nepřijímá svůj osud zcela odevzdaně (6, 12, 13).

Fáze smíření by neměla být mylně chápána jako šťastný stav. Nemocný bývá osvobozen od krutých pocitů, zdá se, že bolest odchází a pro nemocného nastává čas klidu před odchodem z tohoto života. Toto je období, kdy rodina a nejbližší potřebují více pomoci a podpory než sám pacient. Umírající člověk již dosáhl v tomto období určité míry klidu a pokoje. Přejí si být co nejméně zatěžován zprávami a problémy vnějšího světa. Nemocný již během návštěv není tak hovorný, jako býval dříve. Komunikace mezi ním a návštěvou se omezuje spíše na gesta, obvykle to bývá jen pohyb ruky, který naznačí, aby rodina ještě zůstala. Pro nemocného bývá často nejvhodnějším průběhem návštěvy jen prosté držení za ruku, které ho naplňuje pocitem, že ho neopouštíme a stojíme při něm až do samotného konce. Cítí, že nebyl ponechán sám sobě, i když mu jeho zdravotní stav nedovoluje mluvit, jeho pohled říká víc než by mohla jakákoli slova.

Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. Je i menší množství pacientů, kteří se snaží bojovat až do samého konce a nedosáhnou fáze souladu. Avšak i tito pacienti si jednoho dne přiznají, že už nemohou dál. V tomto okamžiku jejich boj končí, a čím více se snažili smrti uniknout, tím více si ztížili konečné přijetí klidu a důstojnosti. Tito pacienti jsou rodinou a zdravotníky chybně považováni za velmi silné a houževnaté.

Výše popsané fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí však vždy nutně zachovávat toto pořadí. Naopak, často se stává, že se některé fáze vracejí, různě se prolínají a střídají, a to dokonce i několikrát během jednoho dne. Některé se dokonce nemusí vyskytovat vůbec.

Podobnými fázemi jako umírající procházejí také jejich blízcí. Jednotlivé fáze vyrovnání se s blížící se smrtí blízkého bývá obvykle odlišné. Nemocní i příbuzní a blízcí se mohou nacházet v různých fázích, a i proto může být někdy vzájemná komunikace mezi nimi obtížná.

Rodina nebo přátelé nemocného mohou trpět pocitem viny, že mu nemohou nebo neumí poskytnout všechno, co by měli. Jedni více pečují a starají se o praktické záležitosti, někteří si přichází s nemocným popovídat, zazpívat, předčítat mu z knihy. Při hovoru s nemocným je důležité, aby mohl mluvit o strachu, o fantaziích „co bude potom“, o poslední chvíli. Je vhodné a pro pacienta přínosné, když si každý z blízkých najde tu formu pomoci, která mu vyhovuje (6, 12, 13).

1.3 Potřeby člověka ve fázi pre finem a jejich uspokojování

K tomu, abychom mohli maximálně kvalitně zajistit péči o klienty v terminálním stádiu, je nutné, abychom se blíže seznámili s jejich specifickými potřebami. Pro zdravého člověka je většinou velmi obtížné vcítit se do pocitů umírajících. Dnešní moderní medicína je zaměřena hlavně na uzdravení a umírá-li nám pacient, považujeme to za prohru. I když se možnosti medicíny značně změnily a hlavně zlepšily, tomu abychom stejně jednou všichni zemřeli, se zabránit nedá. Smrt je nedílnou součástí našeho života.

Ošetrovatelství je založené na uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb a to nejen klientů a pacientů, které čeká uzdravení. Lidé v terminálním stádiu si zaslouží holistický přístup stejně jako ostatní, a možná že i trochu více, neboť jsou to oni, kteří odcházejí z tohoto světa a opouštějí své nejbližší.

Tak jak se liší některé potřeby u každé zdravého člověka, stejně tak se liší i potřeby umírajících. Mezi potřebami umírajících, stejně jako mezi potřebami zdravých, lze však nalézt takové, které jsou pro většinu z nich obdobné (17, 18, 20, 22, 24).

1.3.1 Biologické potřeby

V období pre finem často člověk přichází o svoji soběstačnost, a z toho také vyplývají jeho potřeby. Takovýto člověk není často schopen se samostatně najíst nebo napít. *Sstravy*, je vhodné ji podávat správně kaloricky plnohodnotnou, vhodně nutričně vyváženou, čerstvě připravenou a vhodně esteticky upravenou. Sestavujeme-li vhodný jídelníček, je při tom třeba myslet na možnosti klienta (stav chrupu, schopnost polykání). Obecně se doporučuje podávat stravu častěji v menších dávkách. Dle přítomných problémů možno stravu podávat enterální, nebo nasogastrální sondou. Při aplikaci opiátů nebo chemoterapie se může vyskytnout nauzea, která někdy zapříčiní aspiraci potravy. Nachází-li se člověk těsně v období pre finem a nemá-li chuť nic jíst, nenuťte ho. Co je však nezbytné, aby měl zajištěný dostatečný příjem *tekutin*. Lidé v terminálním stádiu preferují chladnější nápoje (např. ananasový džus), které je vhodné podávat v takových nádobách, které usnadní příjem tekutin (hrneček s brčkem, s víčkem nebo lahvičky od „jupíků“). Pocit žízně zůstává zachován až do doby krátce před smrtí, a proto není-li nemocný již schopen přijímat dostatek tekutin per os, zajistíme jejich podání parenterální cestou. *Vyprazdňování moči a stolice* je další oblastí, které se týká péče o pacienta v terminálním stádiu. Člověk ve fázi pre finem se často stává inkontinentním (častěji moč, někdy i stolice), je proto nezbytné používat vhodné pomůcky a dodržovat hygienu, protože i taková péče je součástí prevence dekubitů. Celkovou *hygienickou péči* provádíme u ležícího pacienta alespoň jedenkrát denně, péči o dutinu ústní dvakrát denně a je-li to potřeba, provádíme částečnou hygienu i víckrát denně (stomie, inkontinence...). Součástí hygienické péče je také používání speciálních přípravků proti dekubitům. *Dušnost* je čistě subjektivním příznakem, kdy postižený trpí

nedostatkem vzduchu. Dušnost může člověk pociťovat i tehdy, když se nám zdá, že dýchá bez problémů. Příčinami dušnosti mohou být onemocnění kardiovaskulárního systému, dýchacího systému či anémie. Terapie dušnosti spočívá v odstranění příčiny. A jestliže tato terapie není účinná, je možné podání opioidů, kortikoidů, bronchodilatátorů a v neposlední řadě kyslíku. Je také vhodné, je-li klient dušný, zaujímá-li úlevovou polohu (Fawlerovu, Ortopnoickou). *Bolest*, kterou člověk v terminálním stadiu pociťuje může být fyzická, ale i psychická. Jestliže pacient říká, že cítí bolest, musíme mu tento fakt věřit!!! Popisovat, jaký je rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí není cílem této kapitoly, chceme jen upozornit na fakt, že většina klientů v terminálním stádiu trpí bolestí a naším cílem by mělo být, je té bolesti zbavit. I přes nepřeberné množství léčebných prostředků a léků stále jsou mezi námi terminální pacienti, kteří bolestí trpí. To, co můžeme my sestry pro takové pacienty udělat, není jen podání analgetik dle ordinace lékaře, hodnocení jejich účinků, ale je to i možnost využití nefarmakologických metod odpoutání od bolesti (relaxace, terapie hudbou, hypnóza, autogenní trénink...) (17, 18, 20, 22, 24).

1.3.2 Psychosociální potřeby

Každý z nás má z něčeho strach, a ne jinak je tomu i u lidí v terminálním stádiu. Umírající člověk se bojí bolesti a utrpení, které by mohlo smrt provázet. Může mít také strach z osamění, ze smrti samotné. Strach z toho co se bude dít, až zemře, provází téměř všechny umírající. Cílem naší péče by mělo být jim pomoci, a není to pomoc nijak náročná. Důležité je, aby takový člověk cítil lásku, pomoc, sounáležitost. Toho se nechá velmi snadno dosáhnout tím, že budeme umírajícímu na blízku, že na něho budeme klidně mluvit, budeme naslouchat, tomu co říká, jemně se ho dotýkat, nebo ho budeme jen držet mlčky za ruku. Protože další potřeba, kterou umírající člověk má, je potřeba blízkosti druhého člověka. Bylo by proto vhodné, aby mohli blízcí takového člověka kdykoliv navštívit. Možnost mít u sebe své blízké je dobrá nejen pro toho, kdo opouští tento svět, ale i pro ty, kteří budou opuštěni. Těm tento fakt často pomůže v době, kdy truchlí nad svým blízkým.

Mezi další potřeby, které umírající má, patří potřeba znát pravdu. Když člověk ví, že se chýlí jeho život ke konci, má ještě čas zařídit si své poslední „záležitosti“,

napsat závěť, dát svým blízkým poslední sbohem. Dříve tak často praktikovaná „pia fraus“ - milosrdná lež, člověka svazuje a zabraňuje mu své poslední záležitosti řešit. Takovýto člověk většinou tuší, že se blíží okamžik jeho odchodu, ale většinou již je pozdě, nemá sílu, čas nebo možnost dořešit vše potřebné ve svém životě. Pravda o zdravotním stavu by měla být podle zákona v ČR sdělena každému z nás. Sdělovat skutečnost blížící se smrti jistě není jednoduchá ani pro jednu ze zúčastněných stran, ale je nezbytná. Je proto vhodné sdělovat takovouto informaci ve vhodném prostředí, v klidu, takovým způsobem, aby člověk pochopil to, co informace znamenají a samozřejmě s úctou. Velmi často je nutné sdělovat informace po částech, podle toho, zda je toho již pacient schopen.

A další, ale v žádném případě ne poslední potřebou, kterou umírající má, a která by měla patřit k samozřejmostem, je potřeba zůstat člověkem s vlastní autonomií pokud možno až do konce. Není nic horšího, než pečující zdravotník, který si tento fakt neuvědomuje, nebo ještě hůř, uvědomuje-li si ho, ale úmyslně, jen kvůli vlastnímu pohodlí se tak nechová. Bylo by vhodné, aby se každý zdravotník seznámil s Chartou umírajících (viz příloha 5) a zamyslel se nad jejím obsahem vždy, když bude o umírajícího pacienta pečovat (5, 18).

1.3.3 Spirituální potřeby

Spirituální péče je péčí o duši, nebo duchovní podstatu člověka. Je-li umírající člověk věřícím, měli bychom znát specifika, jak poskytnout kvalitní duchovní péči, jaké jsou náboženské rituály spojené s umíráním a smrtí a kdo je kompetentní je vykonávat (koho kontaktovat).

Duchovní péče není jen uspokojování potřeb věřících lidí. I nevěřící lidé se velmi často zabývají důležitými otázkami o smyslu vlastního života. Je pro ně velmi důležité vědět, že jim bylo odpuštěno a také oni sami mají potřebu odpouštět ostatním. Je nutné, aby ten, kdo život opouští, věděl, že jeho život na tomto světě měl smysl a cenu. Necítí-li, že jeho život měl, a nebo má smysl, pak se tento stav velmi podobá stavu duševní nouze. Takový člověk se po té velmi trápí a je mu proto nutné dát najevo, že v každé situaci je možné žít smysluplně.

Naším hlavním cílem by mělo být, mít dostatek informací o přání klienta a jeho životě. Umírající potřebuje mít jistotu, že v době, kdy se bude blížit jeho konec, o něho budou pečovat ti lidé, kteří ho znají.

Důležitým předpokladem kvalitní duchovní péče jsou vztahy mezi lidmi. Pouze v partnerském vztahu mezi klientem a ostatními členy týmu může probíhat kvalitní duchovní péče. Respekt k duchovnímu životu člověka je jedním ze základních předpokladů humánní péče (10, 18, 20, 24).

1.4 Smrt:

„Zánik organismu (smrt) je ireverzibilní (nevratná) ztráta celovztažného uspořádání organismu (23, s 23)“.

Projevy smrti:

Rigor mortis: je ztuhnutí těla, které se začíná projevovat nejdříve za 2 hodiny a to nejprve na svazech obličeje, dále postupuje od horních končetin, přes trup a dolní končetiny. Rigor mortis postihne celé tělo za 7 – 10 hodin. Tento stav se nechá zrušit použitím svalové síly, nebo sám zmizí přibližně po 96 hodinách. Právě toto je důvod, proč je nutné upravit tělo (zavřít oči, podvázat bradu, upravit polohu končetin) ještě před jeho nástupem.

Algor mortis: je postupný pokles teploty těla a to přibližně o 1 °C za hodinu, až se postupně vyrovná s teplotou okolí. Rychlost chladnutí těla je závislé na teplotě okolí a na množství oblečení.

Livor mortis: znamená posmrtné skvrny, které jsou způsobeny zástavou krevního oběhu a stékáním krve v cévách na nejnižší uložená místa. Na kůži, stejně jako na orgánech se projevují červenofialovým zbarvením. Vzhledem k těmto skutečnostem se tělo zemřelého ukládá do polohy na zádech, aby se tyto skvrny neobjevovaly na krku nebo obličeji.

Autolýza: samonatrávení je způsobeno přítomností enzymů ve tkáních. Tyto pochody začínají ihned po smrti. Samonatrávení je urychlováno vyššími teplotami (11, 23).

1.5 Důstojná smrt

Pojem důstojná smrt je běžně používán, ale ne vždy je zcela jasné, co znamená. Hovoříme-li o umírajících, může důstojná smrt znamenat pohodlí, pohodu, klid, žádný zmatek, ale i čistotu a pořádek. Cílem ošetrovatelské péče je toto zajistit pro co největší počet lidí v terminálním stádiu. Hovořit o dobré smrti znamená hovořit o posledních dnech a týdnech života, a ne jen pouze o posledních minutách! Neboť jsou to právě poslední dny a týdny, které určují, jestli bude konec života prožit umírajícími a jejich blízkými jako lidsky důstojný a smysluplný.

Dát člověku možnost důstojně odejít z tohoto světa také znamená ponechat mu možnost svobodně se rozhodnout, kde se o něho budou starat, jestli v nemocnici, doma, v domově pro seniory nebo v hospici. Kdy bude v kontaktu se zdravotníky a jaké aktivity bude vykonávat samostatně v rámci svých možností. Kdy ho budou navštěvovat příbuzní a přátelé.

Lidé v terminálním stádiu si často přejí, aby mohli ovlivňovat události před smrtí a mohli pokojně a v klidu odejít z tohoto světa. V tomto období mohou sestry pomoci takovýmto pacientům nalézt smysl konce života a nechat je určit vlastní priority fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.

Slovo důstojnost, anglicky dignity, se v angličtině přímo odvozuje z latinského dignus, což znamená cena nebo hodnota. Aplikujeme-li toto slovo na lidské bytosti, v jakémkoli stadiu života anebo za jakýchkoli podmínek, potom můžeme chápat důstojnost jako úctu, kterou dlužíme druhým vzhledem k jejich hodnotě jako lidí. V době, kdy lidé umírají, projevujeme úctu jejich důstojnosti, když jim prokazujeme, jak si jich ceníme, hledáme a respektujeme jejich přání, když mírníme jejich utrpení a když jim dáváme najevo, že je neopustíme ani v těchto nejtěžších chvílích. Takové počínání je projevem vzájemné závislosti lidí mezi sebou, vědomé toho, že pomáháme-li a poskytujeme-li útěchu druhým, povzbuzujeme svou vlastní důstojnost (22, 11, 8, 2).

1.6 Psychologická problematika umírání a smrti

Sestra se v průběhu svého povolání mnohokrát setká se smrtí a umíráním. I přes tuto skutečnost je smrt velmi náročnou situací. Existují dva hlavní důvody, proč prožíváme setkání se smrtí jako traumatizující zážitek. Ten první je, že smrt toho druhého nám připomíná naši vlastní smrtelnost. Druhý důvod je ten, že nejsme

připraveni komunikovat s pacientem v terminálním stádiu na profesionálně správné úrovni. To, že nedokážeme vhodně komunikovat s vážně nemocným, v nás často vyvolává pocit selhání a nespokojenosti.

Po té, co se narodíme je naší další jistotou to, že zemřeme. V dnešní době pokročilé medicíny je běžné, že se umírá ve stáří. Proto je tedy smrt spojována s vyšším věkem. Každý z nás tedy počítá s tím, že smrt ho čeká až ve vyšším věku, až někde v dalekém stáří, které je ještě v nedohlednu. Sestry se během své praxe setkávají velmi často s umírajícími pacienty. Je proto nezbytné, aby si byla sestra schopna vytvořit vztah ke smrti. Tento fakt ovšem nelze uskutečnit bez toho, že by byla schopna přijmout vlastní stáří a především svou vlastní smrtelnost. Sestrám proto hrozí při setkání se smrtí dvě základní nebezpečí. První je, že u ní dojde k psychické traumatizaci v takovém rozsahu, že již není schopna vykonávat svoje povolání a svoji profesy na dobro opouští. A ta druhá, že se postupem času dostane do stádia profesionální deformace, která vyústí v naprosté citové vzdálení od umírajícího nebo až k agresivnímu chování k němu nebo jeho blízkým (3).

1.7 Komunikace s pacientem v terminálním stádiu

Kvalitní komunikace je nezbytná při správné interakci mezi sestrou a pacientem v terminálním stádiu. Dobrá komunikace pozitivně ovlivňuje psychický stav, ale často může také pomoci ve zmírnění fyzických obtíží.

Při komunikaci s pacientem hraje velkou úlohu hlavně neverbální komunikace. Z naší nonverbality umírající člověk vycítí naši upřímnost. To jak k němu přistupujeme, jak se na něho díváme, jak na něho saháme, to všechno svědčí o našem vztahu k němu.

Většina zdravotníků by jistě měla zájem vědět, jak s terminálním pacientem hovořit. Existují určitá pravidla o čem, nebo jak s umírajícími pacienty mluvit. Je vhodné naslouchat tomu, co nám chce umírající říci, než abychom se snažili za každou cenu mu něco říkat. Je vhodné, aby v místnosti umírající nezůstával sám, pocit osamění je velmi ubíjející. Je také potřeba si uvědomit, že i umírající člověk v agonii slyší, a proto je dobré, aby tam, kde se takový člověk nachází, byla navozena příjemná, klidná a pokojná atmosféra. V průběhu rozhovoru s umírajícím pacientem je vhodné užít prvky

terapeutické komunikace, jako jsou parafrázování, naslouchání, zrcadlení atd. Právě neznalost terapeutické komunikace může vést k tomu, že náhodná komunikace ze strany zdravotníků, může umírajícímu člověku spíše ublížit, než pomoci (14, 16, 20).

1.8 Duševní hygiena zdravotní sestry

Má-li sestra dobře a kvalitně pečovat o své pacienty, pak je zapotřebí, aby i ona byla v dobrém stavu. Je tedy nutné, aby se sestry naučily pečovat sami o sebe. Péče o sebe sama může mít řadu oblastí. Jsou to například péče o stravování, o vlastní vzhled, o tělesný, ale i duševní život. Jak správně pečovat o svou tělesnou stránku již není nutné v dnešní době zdůrazňovat. Naše psychika je však věcí zcela odlišnou, mnoho z nás si neuvědomuje, jak je péče v této oblasti důležitá (15).

1.8.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout, dříve označovaný burn-out, původně u nás překládán jako syndrom vypálení, vyhaslosti) vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou pro člověka emocionálně náročné. Burnout je stav vnitřního vyčerpání, silného poklesu výkonnosti a různorodých psychosomatických obtíží. V dnešní době však ještě není klasifikován jako nemoc.

Tento syndrom se projevuje u profesí, které jsou charakterizované intenzivním kontaktem s lidmi, vysokou pracovní náročností a také u těch, kteří jsou za svůj výkon neadekvátně hodnoceni. Mezi takovéto profese dozajista patří také práce sestry. Objevuje se hlavně při práci s lidmi, v tzv. „pomáhajících profesích“. Jeho výskyt souvisí se zátěží, ale i selháním osobních mechanismů na zvládání nároků. Snáze vyhořet může ten, který hořel. Což znamená, že ten, který je z počátku zapálený do své práce, dává jí všechno, očekává cíle, které jsou nerealistické, se snadno vyčerpá po stránce fyzické, psychické i emocionální (1, 9).

Emocionální vyčerpání se projevuje tak, že člověk ztrácí „kapacitu pro lidi“, nechce slyšet o trápení druhých, cítí se citově vysátý a prožívá pocity, že nemůže ostatním pomoci, protože neví jak. Snaží se lidem vyhýbat, už ho nebaví vcítovat se do pocitů jiných, při kontaktu s lidmi je agresivní, nepřátelský, podrážděný. Tyto projevy

jsou patrné nejprve v práci, postupně jsou však přenášeny i na blízké okolí. Přátelé a rodina se pro takového člověka stávají přítěží.

Psychické vyčerpání se projevuje negativním postojem k sobě, k ostatním a změnou životních postojů. Všichni kolem mají na člověka nějaké nároky, už ho nebaví nic dělat, všechno je problém. Takový člověk často zapomíná, snaží se vyhnout dalším úkolům, nesnáší změny, vytrácí se smysl práce, později i života, mohou se dokonce objevit i sebevražedné myšlenky.

Tělesné vyčerpání je typické nedostatkem energie, únavou, bolestmi svalů nebo tělesnou slabostí. Jedná se o odlišný prožitek únavy. V případě syndromu vyhoření je únava spojena s pocitem selhání či pocitem viny. Únava, slabost se projevují, i když reálná fyzická aktivita nebyla během dne příliš vysoká. Člověk se může po probuzení cítit neodpočatý, nevyspalý.

Změny v sociálních vztazích jsou patrné především tím, že se postižený vyhýbá kontaktu s lidmi. Nejprve jsou to pacienti, později spolupracovníci a nakonec i přátelé a rodina. Člověk je více podrážděný, z toho vyplývá zvýšená incidence konfliktů, je lhostejný, přestává mít zájem o hodnocení druhých lidí (1, 9).

1.8.2 Prevence syndromu vyhoření u sester

Předcházet syndromu vyhoření kde pracují ohrožení lidé je možné jednak na úrovni jedince, a nebo na úrovni organizace.

Jak o sebe správně pečovat na osobní úrovni?

Nalézt smysluplnou pracovní činnost, mít přirozený vztah k práci a dalším životním aktivitám, získat a převzít profesionální autonomii a oporu.

Mít vytvořený svůj vlastní smysluplný život (dobré vztahy, dostatek fyzické aktivity...) i mimo svoji profesi je nejlepší prevencí na osobní úrovni. Náplní pracovní činnosti sestry je péče o pacienty, ale aby ji mohly vykonávat dostatečně efektivně, je potřeba se napřed umět postarat sami o sebe. Některá literatura doporučuje udržet rovnováhu mezi zátěží (stresorem) a tím, co nám poskytuje sílu a energii (salutorem).

Stresorů život poskytuje dostatek, je proto nezbytné, aby si sestry uměli aktivně vyhledávat jejich protiklady. Někdo by měl udělat razantní změny ve svém dosavadním životě, jinému bude stačit pouze změna některých postojů, naučit se více odpočívat, naučit se stanovovat si realistické cíle atd.

Dále následuje jen výčet aktivit, které jsou vhodné jako prevence syndromu vyhoření. A nebo takové aktivity, které jsou vhodné, když už se nějaké příznaky syndromu vyhoření vyskytly. Pečujte o sebe, odpočívejte, myslete i na své potřeby, Požádejte o pomoc tam, kde vaše síly nestačí! Udělejte si čas na svůj život, na „své“ lidi, na své koníčky! Udržujte se v dobré tělesné kondici! Nenoste si práci domů! (1).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké změny psychické stavu u umírajících pacientů sestry nejčastěji pozorují

Cíl 2: Zjistit, jaký je přístup sester k umírajícím pacientům a co ho ovlivňuje

2.2 Hypotézy

H 1: Nejčastější ošetrovatelský problém u umírajících pacientů je strach

H 2: Sestry se umírajícím pacientům vyhýbají

3. Metodika

3.1 Metodika práce

V práci byla použita technika dotazování, metoda dotazníku. Šetření bylo doplněno pozorováním. Tvorba dotazníku a pozorování bylo konzultováno s Mgr. Kašpárkovou a Mgr. Gregorem, kteří pracují jako kliničtí psychologové.

Dotazník určený sestřám se skládal z otevřených, polootevřených a uzavřených otázek. Pozorování bylo zaměřeno na změny psychického stavu umírajících pacientů. Sestry během ošetrovatelské péče pozorovaly změny psychického stavu umírajícího pacienta. Tyto změny zaznamenávaly do předem připravených tabulek. Skryté pozorování bylo použito, abychom zjistili, jaký je přístup sester a jak komunikují s umírajícími pacienty. Naše poznatky jsme zaznamenávali do předem připravených tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

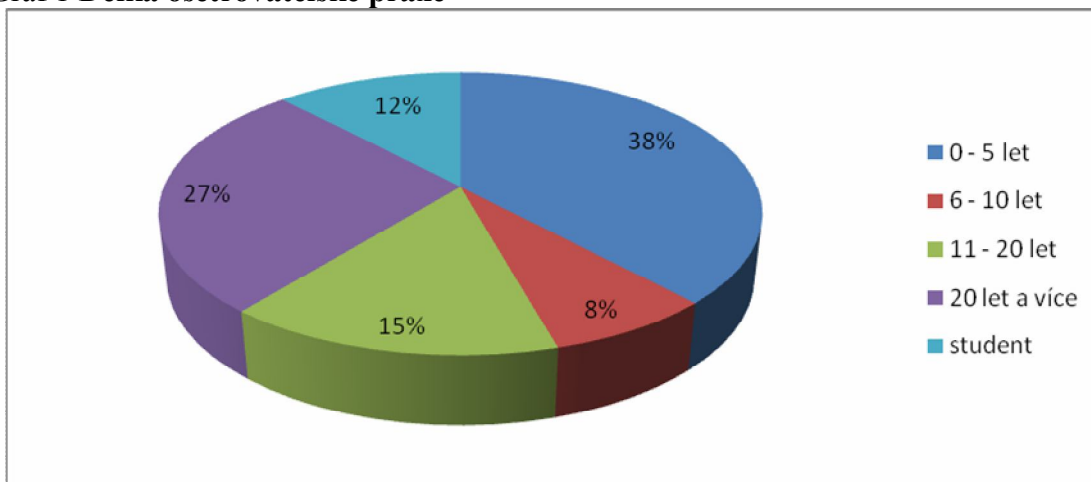
Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující na standardních jednotkách nemocnic v Českých Budějovicích a.s. a Novém Městě na Moravě a.s. Jednalo se o oddělení neurologické, interní, onkologické a oddělení následné péče. Tyto sestry byly požádány, aby vyplnily dotazník dle uvedených instrukcí. Do výzkumu se také zapojilo 11 studentek ZSF JČU oboru všeobecná sestra na odborné praxi. Sestřám bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Vráceno bylo celkem 98 dotazníků, z nichž muselo být 6 vyřazeno pro neúplné zodpovězení. Z celkového počtu jich tedy zůstalo použitelných 92, což tvoří 77% z počtu rozdaných dotazníků. Výzkum byl realizován od února do dubna 2009.

Dále bylo do našeho výzkumu zcela anonymně zapojeno pět pacientů v terminálním stádiu, u kterých sestry pozorovaly změny psychického stavu. Při ošetrovatelské péči o tyto pacienty jsme dále měli možnost pozorovat a zaznamenávat přístup a komunikaci sester s pacienty v terminálním stádiu.

4. Výsledky

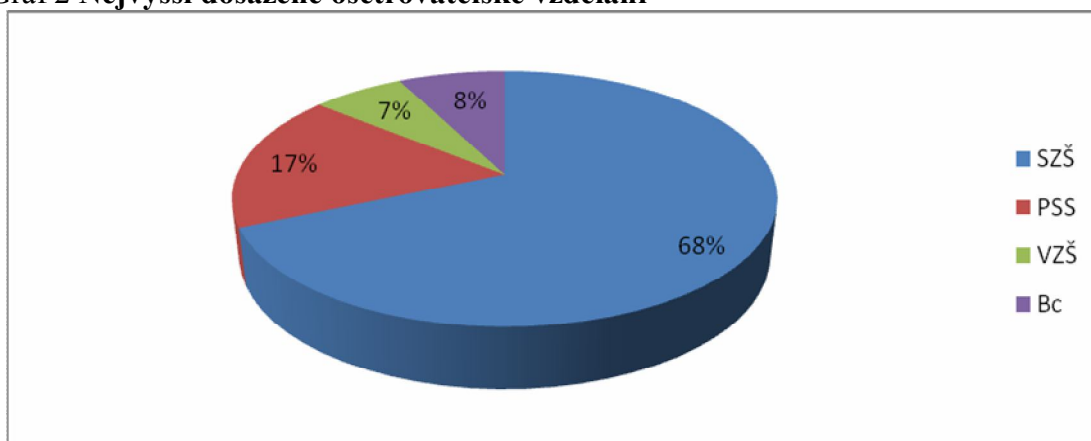
4.1 Dotazník

Graf 1 Délka ošetrovateľskej praxe



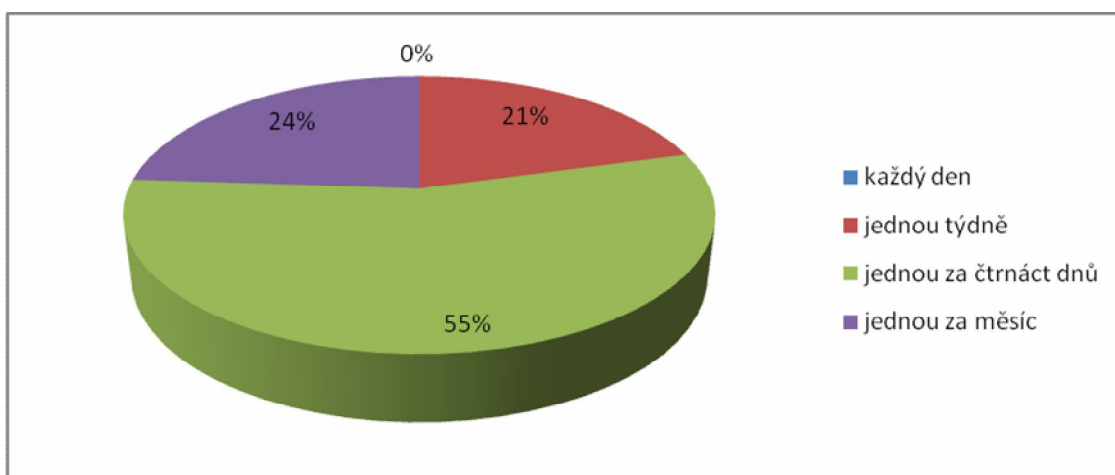
Na otázku, koľko let pracujú sestry vo zdravotníctví, odpovedalo 38% (35) sester, že dĺžka jejich ošetrovateľskej praxe je 0-5 let, u 27% (25) sester je dĺžka praxe 20 let a viac, 15% (14) sester pracuje vo zdravotníctví 11-20 let a 8% (7) sester má 6-10-ti letou praxi vo zdravotníctví. 12% (11) respondentů boli študenti zdravotne sociálnej fakulty oboru všeobecná sestra

Graf 2 Najvyšší dosažené ošetrovateľské vzdelání



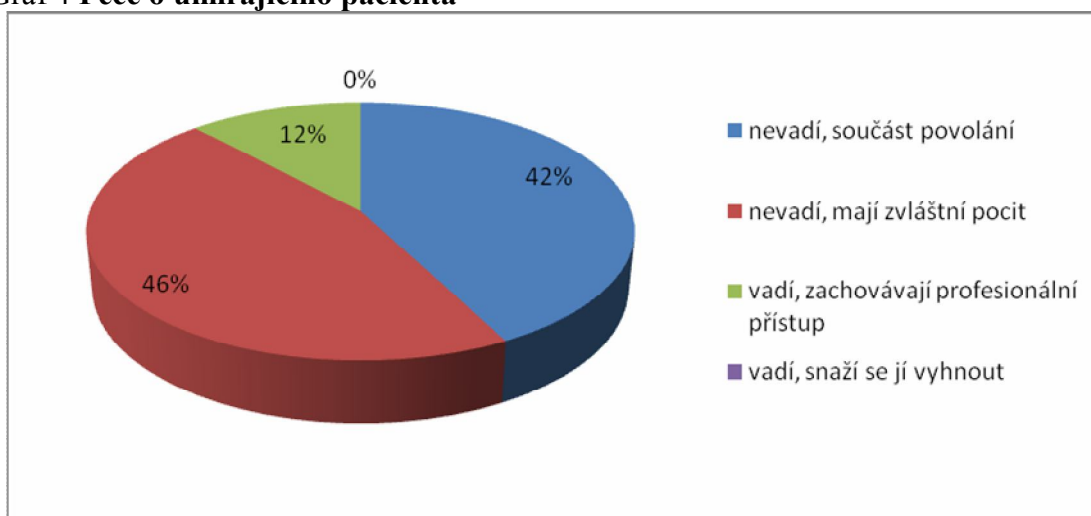
Z výskumného vzorku 92 sester jich 68% (63) má vysťudovanou strednú zdravotníckou školu, 17% (16) sester vysťudovalo postgraduálne špecializačné štúdium, vyššiu zdravotníckou školu má 7% (6) sestry a bakalársky odbor všeobecná sestra vysťudovalo 18% (7) sester.

Graf 3 Četnost kontaktů na oddělení s umírajícími pacienty



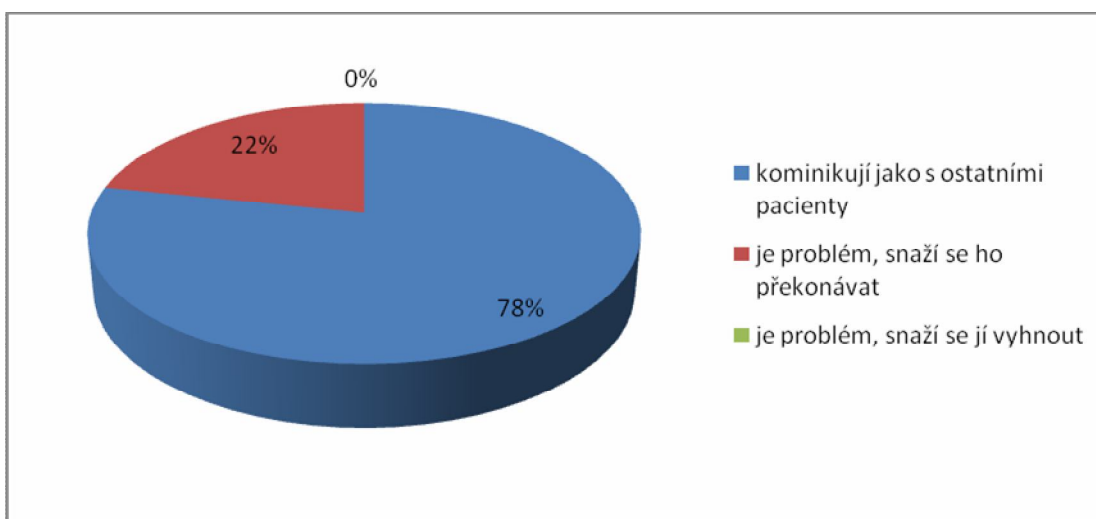
Na otázku, jak často se sestry setkávají na svém oddělení s umírajícími pacienty odpovědělo 21% (19) sester jednou týdně, 55% (51) sester jednou za čtrnáct dnů, 24% (22) sester jednou za měsíc. Možnost, kdy se setkávají sestry s umírajícím pacientem každý den, nezvolila žádná z dotazovaných sester.

Graf 4 Péče o umírajícího pacienta



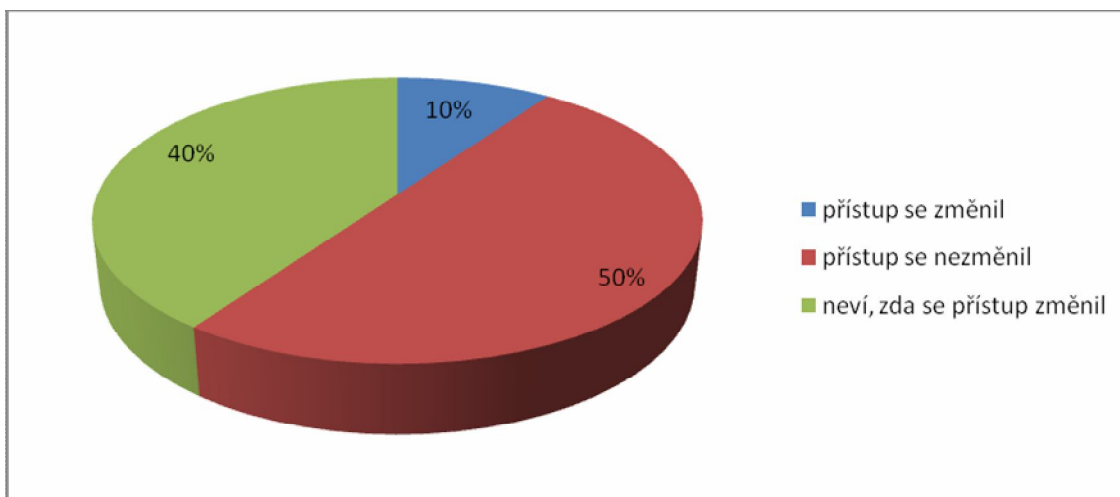
Na otázku, zda činí ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta sestrám problém, odpovědělo 42% (39) sester, že jim péče nevadí, považují ji za součást svého povolání, 46% (42) sester péče o umírajícího pacienta nevadí, ale mají zvláštní pocit, 12% (11) sester péče o umírajícího pacienta vadí, ale i přes to zachovávají profesionální přístup. Možnost, kdy sestrám péče o umírajícího pacienta vadí, a snaží se jí vyhnout, nezvolila žádná sestra.

Graf 5 Komunikace s pacientem v terminálním stádiu



Z celkového počtu 92 dotazovaných 78% (72) sester odpovědělo, že s umírajícími pacienty komunikují stejně jako s ostatními, pro 22% (20) sester je komunikace s umírajícím pacientem problém, ale snaží se ho překonávat. Žádná z dotazovaných sester nezvolila možnost, že komunikace s pacientem v terminálním stádiu je problém, a snaží se jí vyhnout.

Graf 6 Změna přístupu sester k umírajícím pacientům po smrti blízké osoby



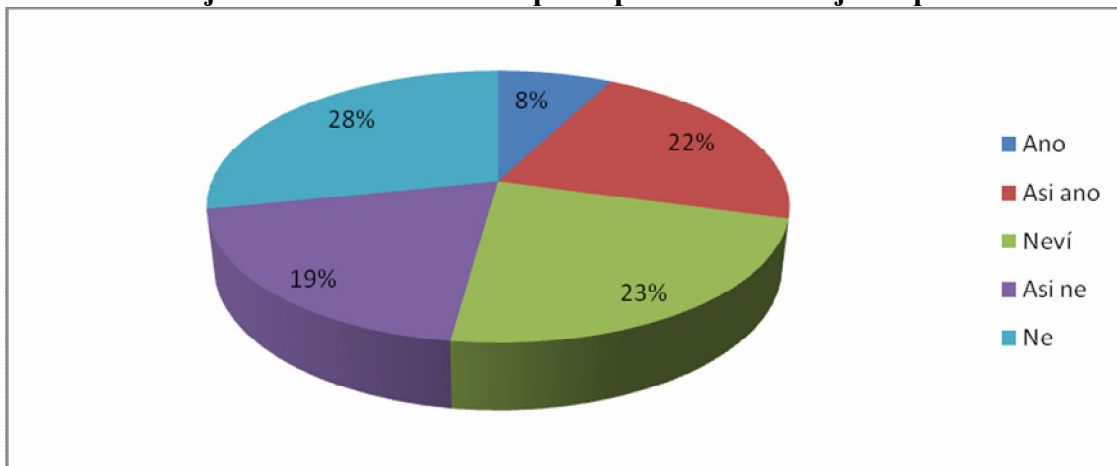
Přístup sester se dle jejich názoru k umírajícím pacientům se po smrti blízké osoby nezměnil u 50% (46) dotazovaných, 40% (37) sester neví, zda se jejich přístup k umírajícím pacientům změnil po smrti blízké osoby. Přístup sester k umírajícím pacientům se změnil po smrti blízké osoby u 10% (9) sester.

Tabulka 1 **Změna přístupu k pacientům v terminálním stádiu po smrti blízké osoby**

Pomoci lidem zemřít v klidu a důstojně	1
Rozumím lépe pocitům příbuzných	1
Empatie	1
Cítím smutek	1
Častější kontakty, aby nebyl sám	1
Změna komunikace	1
Používání haptiky	1
Větší soucit s umírajícími	1
Snaha pacientům více porozumět a vyhovět jejich potřebám	1

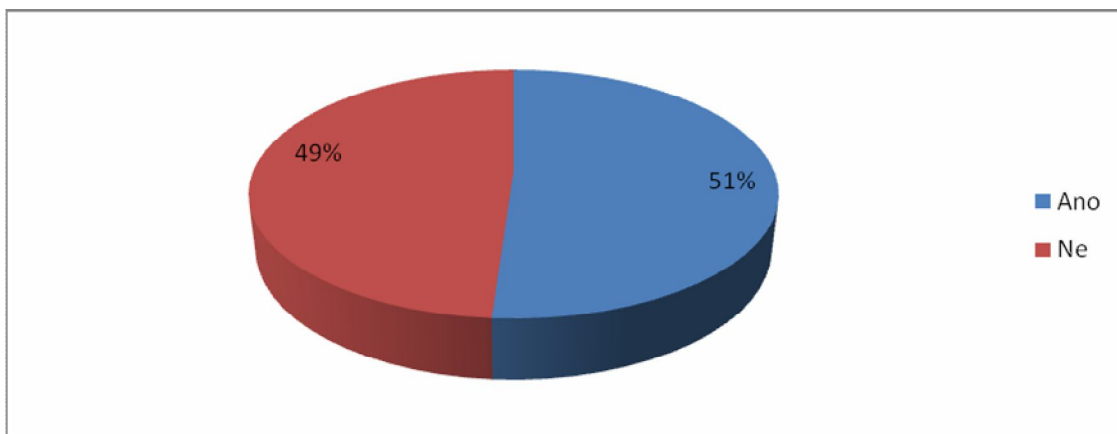
Přístup k umírajícím pacientům se změnil po smrti blízké osoby u 10% (9) sester. Každá z nich měla možnost napsat jak, u každé se odpověď lišila, každá byla zastoupena pouze jednou. Dotazované sestry uváděly tyto možnosti: Pomoci lidem zemřít v klidu, důstojně, Rozumím lépe pocitům příbuzných, Empatie, Cítí smutek, Častější kontakty aby nebyl sám, Změna komunikace, Používání haptiky, Větší soucit s umírajícími, Snaha pacientům více porozumět a vyhovět jejich potřebám

Graf 7 Ovlivňuje strach z vlastní smrti přístup sester k umírajícím pacientům



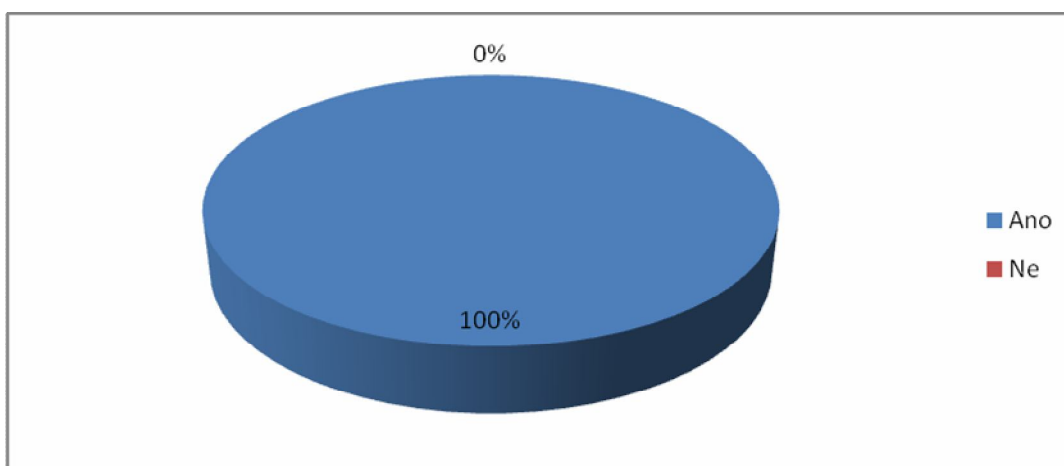
Z celkového počtu 92 (100%) dotazovaných si 8% (7) sester myslí, že jejich přístup k umírajícím pacientům ovlivňuje jejich strach z vlastní smrti, 22% (20) sester uvádí odpověď na otázku, zda ovlivňuje strach z vlastní smrti přístup sester k umírajícím pacientům odpověď asi ano, 23% (21) sester na tuto otázku odpovědělo, že neví, 20 % (18) sester si myslí, že strach z vlastní smrti asi neovlivňuje jejich přístup k umírajícím pacientům. 27 % (26) sester uvedlo, že jejich přístup k umírajícím pacientům neovlivňuje strach z vlastní smrti.

Graf 8 Ošetření těla zemřelého považují za rutinní součást povolání



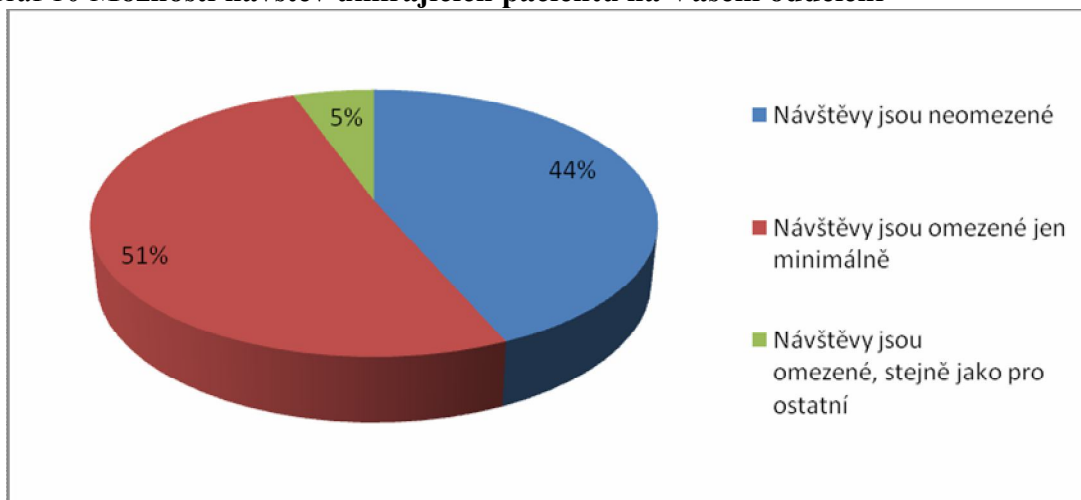
Na otázku, zda považují sestry ošetřování těla zemřelého pacienta za rutinní součást svého povolání, odpovědělo 51% (47) sester že ano. 49% (45) sester nepovažuje ošetřování těla zemřelého za rutinní součást svého povolání.

Graf 9 Dodržování pietních pravidel při ošetření těla zemřelého



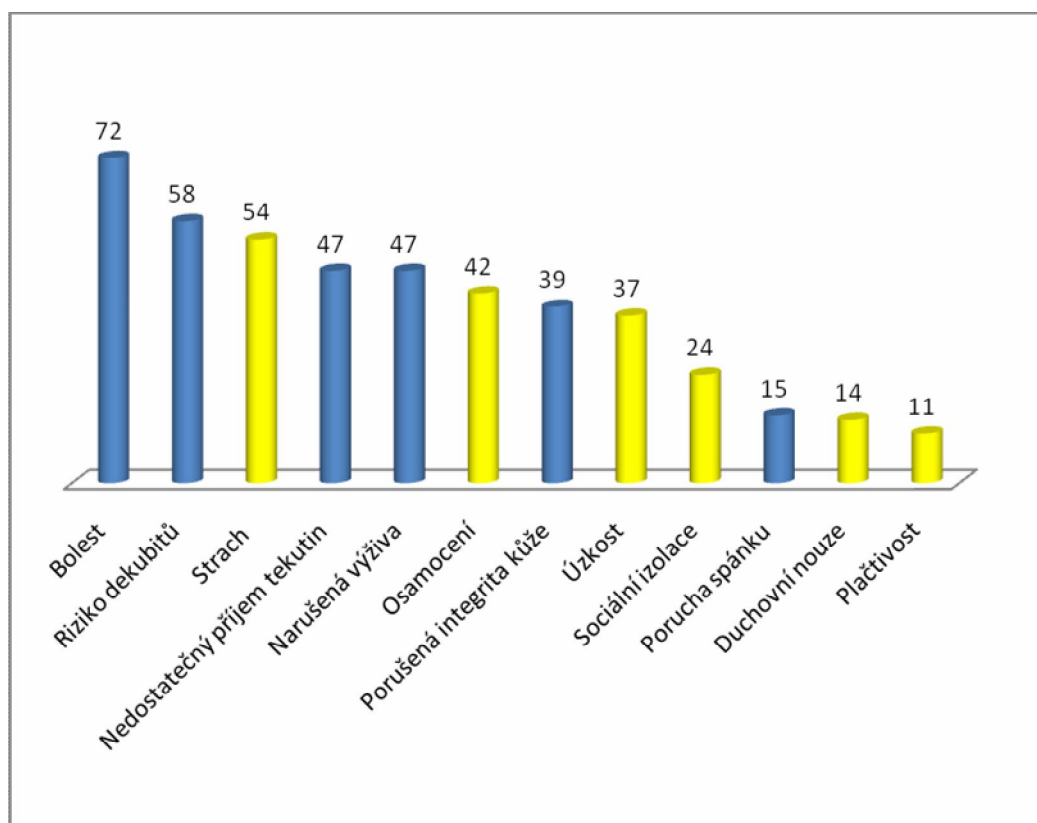
Tento graf souvisí grafem předešlým, z kterého je patrné, že 45 sester nepovažuje ošetření těla zemřelého za rutinní součást povolání. Těmto sestrám byla dále položena otázka, zda dodržují při ošetření těla zemřelého pietní pravidla. Proto je v tomto grafu považováno 45 sester za 100% dotazovaných. 100 % (45) sester, které nepovažují péči o mrtvé tělo pouze za rutinní součást svého povolání, shodně uvedlo, že během péče o tělo zemřelého pacienta dodržuje pietní pravidla, mezi která patří např. důstojná manipulace s tělem, komunikace s kolegy.

Graf 10 Možnosti návštěv umírajících pacientů na Vašem oddělení



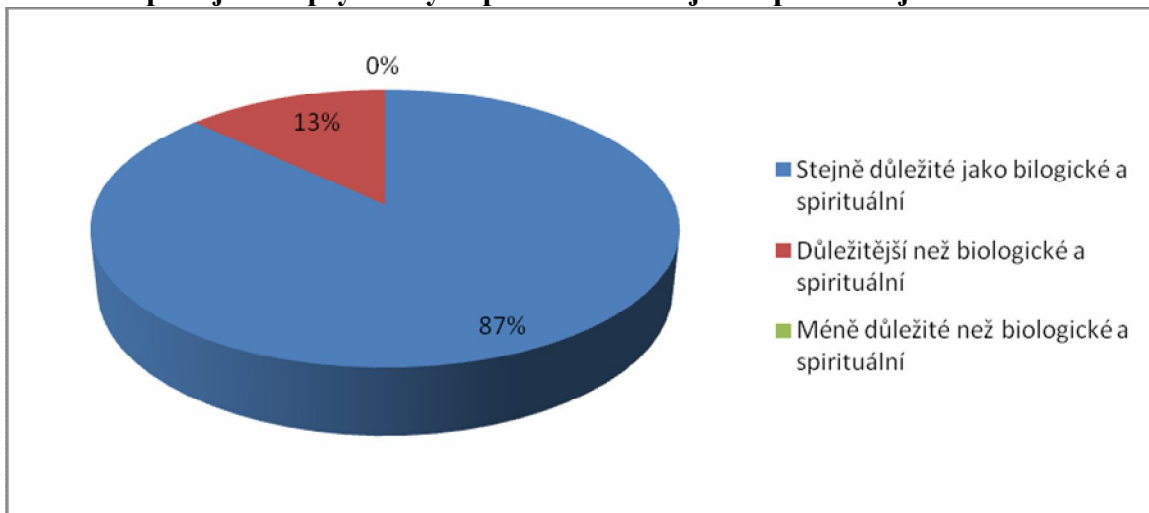
Neomezené návštěvy pro umírající pacienty na jejich oddělení uvádí 43% (40) sester, 52% (47) zvolilo odpověď, že návštěvy umírajících pacientů jsou omezeny jen minimálně (noc, ranní hygiena, odběry biologického materiálu..). Omezené návštěvní hodiny stejně jako pro ostatní pacienty uvedlo 5% (5) sester.

Graf 11 Četnost ošetrovatelských problémů u umírajících pacientů



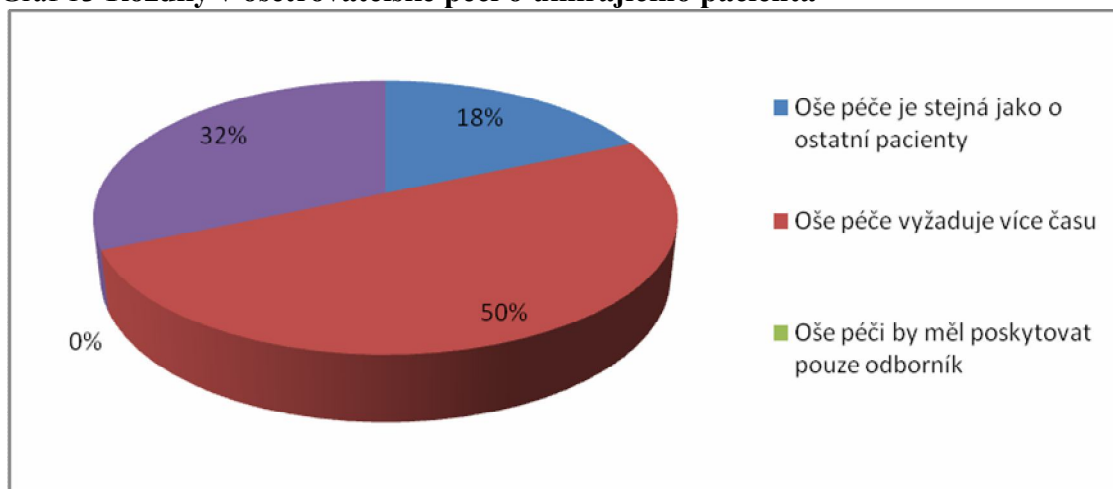
Sestry měly možnost určit, jaké ošetrovatelské problémy se nejčastěji vyskytují v jejich plánech péče o umírající pacienty. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí, proto je četnost uváděna v reálných číslech, nikoli v procentech. Modře je značena oblast biologických potřeb, žlutá značí oblast psycho-socio-spirituálních potřeb. Ošetrovatelský problém bolest sestry uvedly 72, riziko dekubitů uvedlo 58 sester, strach 54 sester, nedostatečný příjem tekutin 47 sester, narušená výživa 47 sester, osamocení 42 sester, porušená integrita kůže 39 sester, úzkost 37 sester, sociální izolace 24 sester, porucha spánku 15 sester, duchovní nouze 14 sester a plačtivost 11 sester.

Graf 12 Uspokojování psychických potřeb u umírajících pacientů je:



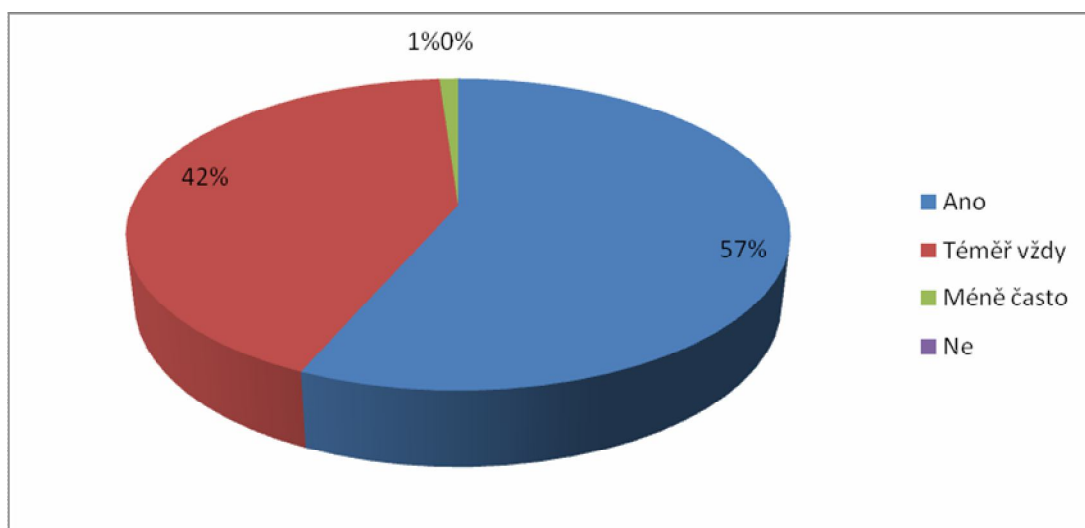
Uspokojování psychických potřeb považuje za stejně důležité jako uspokojování potřeb biologických a spirituálních 87% (80) sester, dokonce 13% (12) sester považuje uspokojování psychických potřeb umírajících za důležitější než uspokojování potřeb biologických a spirituálních. Možnost, že psychické potřeby jsou méně důležité než potřeby biologické a spirituální nezvolila žádná z dotazovaných sester.

Graf 13 Rozdíly v ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta



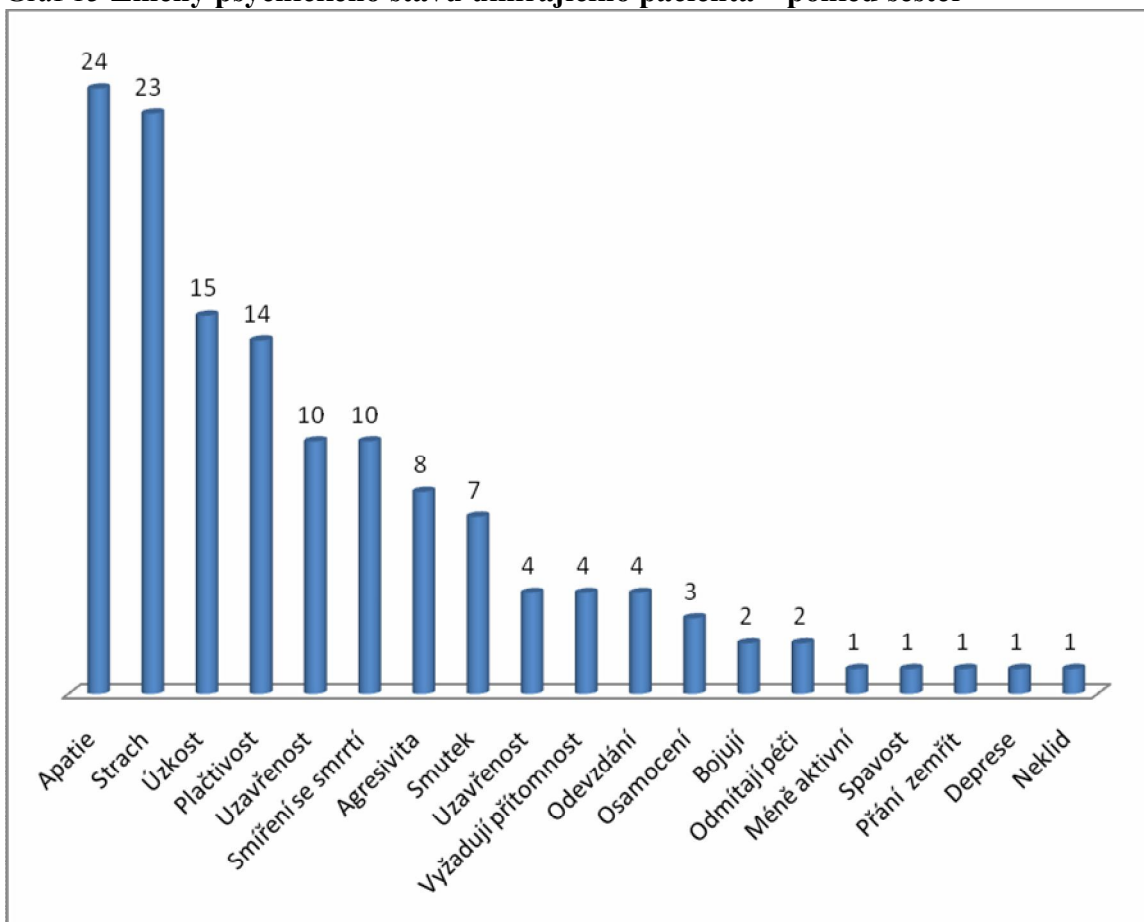
Že ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu je stejná jako u ostatních pacientů si myslí 18% (17) sester, 50% (46) sester se domnívá, že ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu vyžaduje více času a 32% (29) sester si myslí, že během ošetrovatelské péče je za potřebí se zaměřit na identifikaci potřeb a jejich uspokojování.

Graf 14 **Snaha uspokojit psychické problémy během péče o umírajícího pacienta**



Vždy uspokojovat psychické potřeby umírajícího pacienta se snaží 57% (52) sester, 42% (39) sester se o toto snaží téměř vždy, 1% (1) sester se snaží uspokojovat psychické problémy umírajícího pacienta méně často. Možnost, že se sestra nesnaží uspokojovat psychické problémy umírajícího pacienta nazvolila žádná z dotazovaných sester.

Graf 15 Změny psychického stavu umírajícího pacienta – pohled sester



Tento graf ukazuje četnost (v reálných číslech) kterou uváděly sestry, jak se pacient mění po psychické stránce v terminálním stádiu. Některé sestry uváděly i více možností, proto počet odpovědí neodpovídá celkovému počtu respondentů. Odpověď, že projevy umírajících jsou apatie sestry označily 24, strach 23, úzkost 15, plačtivost 14, uzavřenost 10, smíření se smrtí 10, agresivita 8, smutek 7, uzavřenost 4, vyžadování přítomnosti 4, odevzdání 4, osamocení 3, bojovnost 2, odmítání péče 2, méně aktivní 1, spaví 1, přejí si zemřít 1, deprese 1, neklid 1.

4.2 Pozorování sester

Během pozorování jsme měli možnost se setkat s pěti umírajícími pacienty. Následující tabulky uvádějí, jaké byly psychické změny těchto konkrétních pacientů. Každého konkrétního pacienta pozorovaly vždy čtyři sestry.

Tabulka 2 **Pacient 1**

Změna psychického stavu	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
apatie	ano	ano	ano	ano
zmatenost	-----	ano	ano	ano
vzpurnost	-----	ano	ano	-----
smutek	ano	-----	-----	ano
rezignace	ano	-----	-----	-----
agrese	-----	-----	-----	-----
uzavřenost	-----	-----	-----	-----
plačtivost	-----	-----	-----	-----
úzkost	-----	-----	-----	-----
projevy bolesti	-----	-----	-----	-----
dočasná alterace vědomí	-----	-----	-----	-----
porucha vědomí	-----	-----	-----	-----
klid	-----	-----	-----	-----
nekomunikuje	-----	-----	-----	-----

Sestra 1 uvedla, že byl pacient apatický, smutný a rezignoval. Sestra 2 označila, že pacient byl apatický, zmatený a vzpurný. Sestra 3 popsala pacienta také jako apatického, zmateného a vzpurného. Poslední sestra 4 u pacienta pozorovala změny jako jsou apatie, zmatenost a smutek.

Tabulka 3 **Pacient 2**

Změna psychického stavu	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
apatie	ano	ano	ano	ano
zmatenost	-----	-----	-----	-----
vzpurnost	-----	-----	-----	-----
smutek	-----	-----	-----	-----
rezignace	-----	-----	-----	-----
agrese	-----	-----	ano	-----
uzavřenost	ano	ano	-----	ano
plačtivost	-----	ano	-----	-----
úzkost	ano	-----	-----	ano
projevy bolesti	-----	-----	-----	-----
dočasná alterace vědomí	-----	-----	-----	-----
porucha vědomí	-----	-----	-----	-----
klid	-----	-----	-----	-----
nekomunikuje	-----	-----	-----	-----

Sestra 1 popsala pacienta jako apatického, uzavřeného a úzkostného, druhá sestra uvedla tyto změny psychického stavu uzavřenost, apatie a plačtivost. Sestra 3 zvolila, že byl pacient apatický a agresivní. Sestra 4 popsala pacienta totožně se sestrou 1 a to tak, že pacient byl apatický, uzavřený a úzkostný.

Tabulka 4 **Pacient 3**

Změna psychického stavu	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
apatie	ano	ano	ano	ano
zmatenost	-----	-----	-----	-----
vzurnost	-----	-----	-----	-----
smutek	-----	-----	-----	-----
rezignace	-----	-----	-----	-----
agrese	-----	-----	-----	-----
uzavřenost	ano	ano	-----	ano
plačtivost	-----	-----	-----	-----
úzkost	-----	-----	-----	-----
projevy bolesti	-----	ano		ano
dočasná alterace vědomí	ano	ano	ano	ano
porucha vědomí	-----	-----	-----	-----
klid	-----	-----	-----	-----
nekomunikuje	-----	-----	-----	-----

Dvě sestry, sestra 2 a sestra 4 zvolily stejné možnosti, podle jejich názoru byl pacient apatický, uzavřený, měl projevy bolesti a dočasnou alteraci vědomí. Sestra 1 popsala pacienta jako apatického, uzavřeného a s dočasnou alterací vědomí. Sestra 3 uvedla, že pacient byl apatický a s dočasnou alterací vědomí.

Tabulka 5 **Pacient 4**

Změna psychického stavu	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
apatie	ano	ano	ano	ano
zmatenost	-----	-----	-----	-----
vzpurnost	-----	-----	-----	-----
smutek	-----	-----	-----	-----
rezignace	-----	-----	-----	-----
agrese	-----	-----	-----	-----
uzavřenost	-----	-----	-----	-----
plačtivost	-----	-----	-----	-----
úzkost	-----	-----	-----	-----
projevy bolesti	-----	-----	-----	-----
dočasná alterace vědomí	-----	-----	-----	-----
porucha vědomí	ano	ano	-----	ano
klid	-----	ano	ano	-----
nekomunikuje	-----	-----	-----	-----

I u tohoto pacienta se shodly dvě sestry na tom, jak se změnil, označily, že byl apatický a měl poruchu vědomí. Tyto odpovědi volily sestra 1 a sestra 4. Sestra 2 popsala pacienta jako apatického, klidného a s poruchou vědomí. Sestra 3 označila, že byl pacient apatický a klidný.

Tabulka 6 **Pacient 5**

Změna psychického stavu	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
apatie	ano	ano	ano	ano
zmatenost	-----	-----	-----	-----
vzurnost	-----	-----	-----	-----
smutek	-----	-----	-----	-----
rezignace	-----	-----	-----	-----
agrese	-----	-----	-----	-----
uzavřenost	ano	ano	-----	ano
plačtivost	-----	-----	-----	-----
úzkost	-----	-----	-----	-----
projevy bolesti	-----	-----	-----	-----
dočasná alterace vědomí	-----	-----	-----	-----
porucha vědomí	-----	-----	-----	-----
klid	-----	-----	-----	-----
nekomunikuje	-----	ano	ano	-----

Sestry 1 a 4 shodně hodnotily pacienta jako apatického a uzavřeného. Sestra 2 zvolila možnost, že pacient nekomunikoval, byl uzavřený a apatický. Sestra 3 označila pacienta jako apatického a nekomunikativního.

4.3 Skryté zúčastněné pozorování přístupu sester

Během doby, kdy jsme společně se sestrami pečovali o umírající pacienty, probíhalo skryté zúčastněné pozorování. Toto pozorování bylo zaměřeno na přístup sester k umírajícím pacientům a na způsob komunikace s nimi. Během pozorování byl zaznamenáván účel a četnost návštěv a způsob a účel komunikace sester s umírajícími pacienty. Toto jsme vždy zaznamenávali po dobu 5ti hodin.

Tabulka 7 **Komunikace sester s umírajícími pacienty**

Komunikace	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5
Verbální	//////	////	//////	//////	//////
Neverbální	//////	//	///	//////	//////
Uspokojení biologických potřeb	//////	////	////	//////	//////
Uspokojení psycho-soc-spirit. potřeb	///	/		///	///

Sestry s pacientem 1 komunikovaly 6krát verbálně a 6krát také neverbálně. 7krát sestry za pomoci komunikace uspokojovaly pouze biologické potřeby. Za účelem uspokojení psycho-socio-spirituálních potřeb komunikovaly sestry s tímto pacientem jen jednou. S pacientem 2 komunikovaly sestry verbálně 4krát a neverbálně 2krát. 4 krát byla komunikace zaměřena na uspokojení biologických potřeb a jen jednou na uspokojení psycho-socio-spirituálních potřeb. S pacientem 3 sestry verbálně komunikovaly 5krát a neverbálně 3krát. Na uspokojování biologických potřeb byla zaměřena komunikace 4krát, ale komunikaci, pomocí které by byly uspokojeny psycho-socio-spirituální potřeby jsme nezaznamenali ani jednou. S pacientem 4 verbálně komunikovaly sestry 7krát a shodně 7krát také neverbálně. Sestry komunikovaly s pacientem za účelem uspokojit biologické potřeby 8krát a za účelem uspokojit psycho-socio-spirituální potřeby 3krát. S pacientem 5 sestry shodně 6krát komunikovaly verbálně a 6krát také neverbálně. 6krát byla komunikace zaměřena na uspokojení biologických potřeb a 4krát na uspokojení potřeb psycho-socio-spirituálních.

Tabulka 9 Návštěvy sester na pokojích umírajících pacientů

Účel - uspokojení potřeb	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5
Biologických	////////	////	////	////////	////
Psychických	//			//	//
Sociálních	/	/		/	//
Spirituálních					

Pacienta 1 navštívily sestry na pokoji celkem 10, z tohoto počtu bylo celkem 7 návštěv za účelem uspokojení biologických potřeb, 2krát byly na pokoji tohoto pacienta sestry, aby uspokojily psychické potřeby, jednou aby řešily problém v oblasti sociální. Oblast spirituální nebyla zastoupena ani jednou. Pacient 2 měl během našeho pozorování celkem 5 návštěv sester, 4krát byly sestry za účelem uspokojení biologických potřeb a jednou potřeb sociálních. Oblast psychických a spirituálních potřeb nebyla u tohoto pacienta během našeho pozorování uspokojována. Pacienta 3 navštívily sestry na pokoji po dobu našeho pozorování jen 5krát, během těchto návštěv byly uspokojovány pouze biologické potřeby, oblast psycho-socio-spirituálních potřeb nebyla u tohoto pacienta zastoupena. Celkem 11 návštěv na svém pokoji měl během našeho pozorování pacient 4. 8krát navštívily sestry jeho pokoj, aby uspokojily jeho biologické potřeby, 2krát aby uspokojily potřeby z oblasti psychické a jednou potřeby sociální. Ani tento pacient neměl uspokojovány potřeby spirituální. Celkem 10krát byly sestry během našeho pozorování na pokoji pacienta 5. Za účelem uspokojení biologických potřeb navštívily sestry pokoj 6krát, aby uspokojily psychické potřeby, navštívily pokoj pacienta 2krát a stejně tak 2krát, aby uspokojily sociální potřeby. Oblast spirituálních potřeb nebyly ani tentokrát uspokojovány.

Tabulka 10 **Návštěvy sester na pokojích ostatních pacientů**

	U pacienta 1	U pacienta 2	U pacienta 3	U pacienta 4	U pacienta 4
Počet návštěv	////////	////////	////////	////////	////////

Během skrytého zúčastněného pozorování jsme zaznamenávali také návštěvy sester na pokoji, který sousedil s pokojem umírajícího pacienta. U 1. pacienta navštívily sestry vedlejší pokoj 12krát. 8krát navštívily sestry sousední pokoj umírajícího pacienta číslo 2. U umírajícího pacienta 3 navštívily sestry vedlejší pokoj celkem 9krát. U 4. pacienta sestry byly na vedlejším pokoji celkem 11krát. U posledního 5. umírajícího pacienta sestry navštívily sousední pokoj celkem 12krát.

5. Diskuze:

Cílem této práce bylo zjistit, jak se umírající pacienti mění po psychické stránce a zjistit, jaký je přístup sester k umírajícím pacientům a co tento přístup ovlivňuje.

Našeho průzkumu se zúčastnilo 92 respondentů, 81 z nich byly sestry, které pracují na standardních odděleních v nemocnici a 11 studentek oboru všeobecná sestra ZFS JČU na odborné praxi. Překvapilo nás, že 38% sester pracuje ve zdravotnictví do 5-ti let a 27% dotazovaných sester pracuje ve zdravotnictví více než 20 let. Vezmeme-li v úvahu, že dalších 12% respondentů byli studenti, potom zbývá pouhých 23% sester, které pracují ve zdravotnictví od 6 do 19 let. Nevíme, zda se jedná o pouhou shodu okolností, ale kde jsou tedy sestry s touto délkou praxe? Bylo by jistě zajímavé zjistit, jaká je délka praxe všech sester, které pracují na odděleních, kde se častěji setkávají s umírajícími pacienty. Mohla snad u těchto sester nastat situace, kterou popisuje Čechová v Psychologii a pedagogice? Situace je taková, že u sestry při kontaktu se smrtí může dojít k tak velké psychické traumatizaci, že je nucena opustit své původní povolání. Tuto skutečnost může ovlivňovat také fakt, že sestry během studia, kdy se připravují na své budoucí nejen fyzicky, ale i psychicky náročné povolání, nemají možnost se seznámit s thanatologií, tedy naukou o smrti a umírání. V rámci pomaturitního bakalářského studia je již s výukou thanatologie více či méně počítáno, avšak na středních zdravotnických školách tomu tak dříve nebývalo. Sestry přicházely do praxe velmi mladé a nebyly velmi často schopné konfrontace se smrtí. Možná že i právě tato skutečnost ovlivňuje přístup dotazovaných sester k umírajícím pacientům, neboť 68% dotazovaných sester má vystudovanou pouze střední zdravotnickou školu.

Je také velmi zajímavé, že 50% dotazovaných sester konstatovalo, že na ošetrovatelskou péči o umírajícího pacienta potřebují více času, měli jsme však během pozorování možnost sledovat, že je tomu právě naopak. Sestry více času věnují ostatním pacientům a péči o umírající pacienty často omezují jen na uspokojování biologických potřeb.

Jak uvádí Jankovský v Etice pro pomáhající profese, dnes se téměř výhradně setkáváme s tzv. institucionálním modelem umírání. Tento fakt také potvrzují výsledky

našeho průzkumu, z něhož vyplývá, že s umírajícími pacienty se 21% dotazovaných sester setkává každý týden a jednou za čtrnáct dnů dokonce celých 55% dotazovaných.

V této práci jsme se zaměřili na identifikaci psychických potřeb umírajících pacientů z pohledu sester a také na přístup zdravotníků k umírajícím pacientům. Za součást přístupu k pacientům také považujeme způsob komunikace s pacienty v terminálním stádiu. Komunikace sester s umírajícími pacienty byla často velmi strohá, většinou pouze v rozsahu nezbytném pro vykonávaný úkol.

V dotazníku sestry na otázku, zda je pro ně komunikace s pacientem v terminálním stádiu problémem, odpovídalo 78 % sester, že komunikace s takovými pacienty pro ně problémem není, že s umírajícími pacienty komunikují stejně jako s ostatními pacienty. Jelikož však byl dotazník doplněn ještě o pozorování, měli jsme možnost objektivně posoudit, že komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu je problém. Tento fakt si však sestry nechtějí sami připustit. Výsledky našeho průzkumu jsou v souladu s informacemi, které uvádí O 'Connor v knize Paliativní péče. O 'Connor doslovně píše, že: „Podle mnoha výzkumů se sestry a další zdravotničtí pracovníci chovají způsobem, který blokuje komunikaci. Komunikaci může negativně ovlivnit nedostatek dovedností nebo strach z toho, že sestra nebude umět odpovědět na otázky pacienta. Problémem je, že zdravotníci si své nedostatky často neuvědomují a své schopnosti přeceňují.“ O 'Connor také dále uvádí, že dobrá komunikace je nezbytná pro dobrou interakci mezi zdravotníky a pacienty v terminálním stádiu. Podle výsledků průzkumů může dokonce vhodná komunikace nejen pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta, ale také napomoci zmírnění fyzických příznaků nemoci.

Ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu není pro 42% dotazovaných sester problém, taková péče jim nevadí, berou ji jako součást svého povolání. My jsme však měli během pozorování možnost sledovat, jak často sestry navštěvují pokoj umírajícího pacienta, jak dlouho u něho pobývají. Četnost návštěv sester na pokojích umírajících pacientů se lišila od návštěv sester na pokojích ostatních pacientů. Kontakt sester s umírajícími pacienty byl také různý dle jednotlivých oddělení, ale celkově z našeho pozorování vyšlo, že sestry jsou v kontaktu s umírajícími pacienty méně než s ostatními. Tento fakt potvrzuje námi stanovenou hypotézu, že sestry se umírajícím pacientům vyhýbají. Během pozorování jsme zaznamenávali přítomnost sester na pokojích umírajících pacientů a přítomnost sester u ostatních pacientů. Kontakt

s umírajícími pacienty se většinou omezoval pouze na ordinované výkony, nebo na polohování, příjem stravy, tekutin atd. Tyto úkony byly vykonávány rutinně a dle našeho názoru v co možná nejkratším časovém úseku. S ostatními pacienty sestry často zůstávaly déle, rozebíraly s nimi jejich potřeby, přání a problémy. O'Connor v Paliativní péči uvádí, že se sestry v péči o umírající pacienty zaměřují pouze na praktické výkony. Dle vlastního pozorování můžeme říct, že tomu tak není vždy, ale bohužel většinou to takto v praxi opravdu funguje. Haškovcová v Tanatologii informuje, že v roce 2000 a 2001 byl proveden výzkum, podle něhož jsou obavy obyvatel spojené s procesem umírání velmi značné. Lidé se obávají bolesti, ztráty soběstačnosti, odloučení od blízkých osob, psychického utrpení, osamocení, ztráty důstojnosti a také toho, co bude po smrti. Drtivá většina občanů, kteří byli dotazováni (91%) je přesvědčeno, že je velmi důležité zlepšit péči o umírající. Tento fakt potvrzují výsledky rozsáhlého výzkumu z let 2003 až 2004, z kterých vyplynulo, že je potřeba naléhavě zkvalitnit péči o umírající, tento fakt uvádí Špinková ve svém článku v odborném časopise.

Další informace, které z dotazníků vyplynuly, bylo, co ovlivňuje přístup sester k umírajícím pacientům. Proto jsme sestrám v dotazníku položili otázku, jestli se jejich přístup k umírajícím pacientům změnil po smrti blízké osoby. 50% sester zvolilo odpověď, že se jejich přístup k umírajícím pacientům, po smrti blízké osoby, nezměnil. Přístup sester k umírajícím pacientům se změnil po smrti blízké osoby u 10% sester. Těchto devět sester mělo nadále možnost popsat, jak se změnil jejich přístup k umírajícím pacientům. U každé se odpověď lišila, každá byla zastoupena pouze jednou. Dotazované sestry uvedly tyto možnosti: pomoci lidem zemřít v klidu, důstojně, další sestra uváděla, že rozumí lépe pocitům příbuzných, snaží se o empatii, další sestra cítí smutek, jiná se snaží o častější kontakt-aby nebyl sám, snaží se změnit komunikaci, používat haptiku, má větší soucit s umírajícími, snaží se pacientům více porozumět a vyhovět jejich potřebám. Dále jsme se sester v dotazníku ptali, zda si myslí, že strach z vlastní smrti ovlivňuje jejich přístup k umírajícím pacientům. Pouze 8% sester na tuto otázku odpovědělo, že jejich přístup k umírajícím pacientům ovlivňuje jejich strach z vlastní smrti. Dalších 22% sester uvádí odpověď asi ano, že strach z vlastní smrti ovlivňuje jejich přístup k umírajícím pacientům. 27 % sester uvádí, že strach z vlastní smrti neovlivňuje jejich přístup k umírajícím pacientům.

Pera ve své publikaci *Nemocným na blízku* uvádí: „K životu patří i umírání a také smrt, která je u každého zcela osobní a jedinečná. Je potřeba mít na paměti, že nemocný touží po vztahu k celé své bytosti, a to zahrnuje nejen jeho tělo, ale i jeho duši, jeho společenské zázemí, jeho náboženské cítění, i otázky smyslu života a viny.“ Avšak O'Connor v *Paliativní péči* uvádí, že se sestry během péče o umírající pacienty zaměřují spíše na tělesné symptomy, než na emocionální problémy. Tento fakt také potvrzuje graf 11, z kterého vyplývá, že se sestry opravdu zaměřují více na oblast potřeb biologických. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí a vybrat, které ošetrovatelské problémy se u jejich umírajících pacientů nejčastěji objevují. Skutečnost, že nejčastěji sestry volily ošetrovatelský problém bolest, následující bylo riziko dekubitů a až na třetí pozici se objevil strach, potvrzuje orientaci sester na somatické obtíže umírajícího klienta. Je však také velmi zajímavé, že jestliže měly sestry možnost zvolit, považovalo 87% dotazovaných sester psychické problémy za stejně důležité jako biologické a spirituální, a dokonce 13% sester považuje psychické problémy za důležitější než biologické a spirituální. Čím to tedy je, že sestry se v péči o umírající pacienty zaměřují hlavně na oblast fyzických problémů? Haškovcová v *Tanatologii* uvádí, že v rámci toho, že dříve lidé umírali v domácím prostředí, se každý její člen v průběhu života několikrát setkával tváří v tvář umírání a smrti. Takovýto člověk přijímal smrt jako součást svého života a podle toho se také choval. Může tedy fakt institucionalizace smrti a umírání za to, že se ji snažíme jako lidé, ale i jako zdravotníci vytěsnit ze svého života? Pro zdravotníka je ovšem poskytování pomoci jeho každodenním úkolem, součástí jeho povolání. Je tedy pro něj samozřejmě jednodušší uspokojovat potřeby biologické, než psychické a sociální. Uspokojování psychických a spirituálních potřeb vyžaduje od zdravotníků větší úsilí, větší zapojení vlastní osobnosti do péče, ale to ne každý je schopný a ochotný poskytnout.

O tom, jaké jsou změny psychického stavu u umírajících pacientů, píše Kelnarová v knize *Tanatologie v ošetrovatelství*. Kelnarová uvádí změny jako jsou: Obavy z toho, co bude dál, jestli pacient bude trpět bolestmi, až se přiblíží doba smrti, zda existuje nějaké „potom“, co bude s dětmi, nezůstanu v době smrti sám. Dalším projevem, který se v této knize uvádí, je strach. Strach z bolesti, o rodinu, jak budu vypadat, až budu umírat, že ztratím soběstačnost... Strach dle Kelnarové často pacienti popírají, o to víc se pro ně stává mučivým. Mezi příznaky, které autorka uvádí, jsou

úzkost, pocity viny, smutek, hněv, naděje, radost a také víra. Během průzkumu, který jsme prováděli, měly sestry možnost v dotaznících vypsát, jak se umírající pacienti mění po psychické stránce. Nejčtenější odpovědi byly apatie a strach. Již v našich hypotézách jsme předpokládali, že nejčastější změnou psychického stavu umírajících pacientů bude strach. Z výsledků průzkumu je patrné, že se hypotéza nepotvrdila. Sestry se nejčastěji setkávají s apatickými umírajícími pacienty. Tato skutečnost se také shoduje s tím, co uvádí Kelnarová, avšak apatie, nebo jiný stav alterace vědomí v její publikaci není uveden. Misconiová ve své knize Péče o umírající a hospicová péče popisuje, že v období před vlastní smrtí často předchází stavy transu určitého stupně. Ona tento stav transu popisuje jako určitý změněný stav vědomí. Její poznatky vysvětlují četnost odpovědí, které vyjadřují apatii jako změnu stavu umírajícího pacienta. Tato odpověď se dle našeho názoru vyskytovala v takové četnosti díky tomu, že každý chápeme pojem umírající pacient jinak. Někdo pod pojem umírající pacient zařadí toho, kterému byla sdělena diagnóza s infaustní prognózou, jiný si pod pojmem umírající pacient představí člověka ve fázi in finem. Ať už chápeme pod pojmem umírající pacient pacienta s infaustní prognózou nebo pacienta v období in finem měli bychom mít vždy na paměti, to co v knize Tanatologie v ošetrovatelství uvádí Kelnarová: „K pacientovi je třeba přistupovat s úctou a empatií, je třeba se snažit o zajištění co nejlepší kvality života. Umírající pacient žádá od sester profesionální chování, ochotu, trpělivost, pochopení, dotek, úsměv, odpověď na dotazy nebo zajištění někoho, kdo je schopen na jeho dotazy odpovědět. Vyžaduje respekt k jeho soukromí a právům, empatii a podporu v jeho konečné etapě života.“

Z naší práce vyplynul mimo jiné také další zajímavý fakt, a to je možnost návštěv umírajících pacientů na odděleních. V dnešní době, kdy bývají na standardních odděleních velmi často neomezené návštěvy i pro „běžné“ pacienty, jsme předpokládali tuto skutečnost i pro umírající pacienty. Jak uvádíme v teoretické části této práce, bylo by vhodné, aby mohli blízcí umírající člověka kdykoliv navštívit. Tato skutečnost by dozajista pomohla nejen umírajícímu pacientovi, ale také jeho blízkým. Těm může tento fakt pomoci v té chvíli, kdy pochybují, zda udělali vše potřebné pro to, aby usnadnili odchod svého blízkého. V 95% případů jsou návštěvy umírajících na odděleních neomezené, nebo omezené jen minimálně. Tato omezení se týkají většinou hygienické péče nebo odběrů biologického materiálu. Ale i přes tuto skutečnost stále ještě zbývá

5% odpovědí, kde respondenti uvádějí, že jsou návštěvy umírajícího pacienta stejně omezené jako pro ostatní pacienty. Podle našeho názoru může mít tento fakt za následek strádání nejen umírajícího pacienta, ale také jeho blízkých.

Cíle, které jsme si zvolili na začátku této práce, se nám podařilo splnit. Zjistili jsme, jak se umírající pacient mění po psychické stránce z pohledu sester. Dále se nám také podařilo zjistit, jaký je přístup zdravotníků k umírajícím pacientům. Považovali bychom za vhodné s výsledky našeho průzkumu seznámit zdravotníky, protože už jen samotný fakt, že se začne o smrti hovořit, může znamenat zkvalitnění přístupu zdravotníků k umírajícím pacientům.

6. Závěr

Bakalářská práce měla za cíl zjistit, jak se mění umírající pacient po psychické stránce z pohledu sester a jaký je přístup sester k umírajícím pacientům. V současné době umírá v nemocnicích velký počet obyvatel, a proto si myslíme, že oblast thanatologie by měla být pro zdravotníky velmi aktuálním tématem.

Předpokládali jsme, že se sestry umírajícím pacientům vyhýbají. Tento fakt se nám také podařilo potvrdit, neboť jsme během našeho šetření měli možnost tuto situaci posoudit. Sestry si však myslí, že pro ně péče o umírajícího pacienta není problém. Jejich domněnku se nám však za pomoci pozorování podařilo vyvrátit. Sestry se péčí o umírající pacienty vyhýbají. Během péče o tyto pacienty uspokojují převážně biologické potřeby. Nechceme nijak znevažovat jejich důležitost, ale člověk je holistická bytost a měl by mít uspokojeny všechny potřeby, a to nejen ty biologické. Myslíme si, že umírající si zaslouží mít uspokojeny všechny oblasti potřeb a to hlavně z toho důvodu, abychom mu pomohli opustit tento svět v klidu a s úctou. Předpokládali jsme, že nejčastějším ošetrovatelským problémem u umírajících pacientů z pohledu sester je strach, tento náš předpoklad se však nepotvrdil, neboť sestrami nejčastěji volená změna psychického stavu byla apatie.

Rádi bychom zde také upozornili na fakt, který jsme již zmiňovali v diskuzi, a to, že dnes se téměř výhradně setkáváme s tzv. institucionálním modelem umírání. Sestry pracující v nemocnici se proto setkávají s umírajícími pacienty velmi často a podle našeho mínění tomu tak bude i nadále. Proto si myslíme, že výsledky naší práce by měly posloužit jako varování, a napomoci k tomu, aby se problematika thanatologie a celkově péče o umírající pacienty stala součástí různých seminářů nebo diskuzí. Měli bychom pomoci zdravotníkům nalézt způsob, jak přijmout smrt jako součást života a jak se s ní vyrovnat. Pak možná přestane být umírání a smrt v nemocnicích strašákem pro většinu lidí.

7. Klíčová slova

Umírání

Psychické změny

Sestra

Péče

Potřeby

Komunikace

8. Seznam použitých zdrojů

- 1) BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80 -7013-439-9.
- 2) BYOCK, I. *Dobré umírání*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.
- 3) ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
- 4) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- 5) HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 6) <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209> - 1.10. 2008
- 7) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 221 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 8) KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. Vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
- 9) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 10) KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brano: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- 11) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R.. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN80-217-0528-0.
- 12) KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*, 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
- 13) KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- 14) KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
- 15) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- 17) KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty, návrat domů*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
- 18) MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, MZ, MPSV, VZP, Magistrát Hlavního města Prahy, 2000. 96 s. ISBN neuvedeno
- 19) MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- 20) O 'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 21) PERA, H. WEINERT, B. *Nemocným na blízku*. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 80-7021-152-0.
- 22) POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
- 23) STRÍLETSKÝ, J. *Patologie*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2001. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.
- 24) SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
- 25) ŠPINKOVÁ, M. Jak se umírá v České republice?. *In Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7-8, s 48. ISSN 1210-0404.

9. Seznam příloh

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Záznamový arch pro sestry
Příloha 3	Záznamový arch, skryté pozorování (umírající pacient)
Příloha 4	Záznamový arch, skryté pozorování (ostatní pacienti)
Příloha 5	Charta umírajících
Příloha 6	Prevence syndromu vyhoření

Příloha 1

Vážená(ý) respondente(tko),

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, oboru Všeobecná sestra a prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou součástí mé bakalářské práce na téma Psychické změny u umírajících pacientů z pohledu sester. Dotazník je anonymní, otázky prosím kroužkujte nebo doplňte. Za vyplnění předem děkuji

Hana Flanderová

1) Na jakém oddělení pracujete, nebo jaký studujete obor?
.....

2) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11- 20 let
- d) 20 a více
- e) student

3) Jaká je nejvyšší dosažená úroveň Vašeho ošetrovatelského vzdělání?

- ☐ SZŠ
- ☐ PSS
- ☐ VZŠ
- ☐ VŠ – ☐ Bc
- ☐ Mgr

4) Jak často se setkáváte na oddělení s umírajícími pacienty?

- ☐ Každý den
- ☐ Přibližně jednou týdně
- ☐ Přibližně jednou za čtrnáct dnů
- ☐ Jiný časový interval, prosím napište.....

5) Činí Vám péče o umírajícího pacienta problém?

- ☐ Péče o takového pacienta mi nevádí, beru to jako součást svého povolání
- ☐ Péče o takového pacienta mi nevádí, ale i přes to mám vždy zvláštní pocit
- ☐ Péče o takového pacienta mi vadí, ale zachovám profesionální přístup
- ☐ Péče o takového pacienta mi vadí, péči o něj se snažím vyhnout

6) Komunikace s pacientem v terminálním stádiu

- ☐ S terminálním pacientem komunikuji jako s ostatními pacienty
- ☐ Je pro mne problém, ale snažím se ho překonávat
- ☐ Je pro mne problém, snažím se jí vyhnout

7) Změnil se Váš postoj k umírajícím pacientům po smrti Vám blízké osoby?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

8) Jestliže ano, jak? (prosím dopište)

9) Myslíte si, že Váš přístup k umírajícím pacientům ovlivňuje Váš strach z vlastní smrti?

- ☐ Ano
- ☐ Asi ano
- ☐ Nevím
- ☐ Asi ne
- ☐ Ne

10) Ošetření těla zemřelého беру jen jako další rutinní součást mé práce

- ☐ Ano
- ☐ Ne

11) Jestliže ne, dodržujete určitá pietní pravidla (důstojná manipulace s tělem, komunikace s kolegy...)

- ☐ Ano
- ☐ Ne

12) V mých plánech péče o umírající pacienty se nejčastěji objevují tyto problémy (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ bolest
- ☐ riziko dekubitů
- ☐ porušená integrita kůže
- ☐ narušená výživa
- ☐ nedostatečný příjem tekutin
- ☐ porucha spánku
- ☐ strach
- ☐ úzkost
- ☐ plačtivost
- ☐ sociální izolace
- ☐ osamocení
- ☐ duchovní nouze

13) Uspokojování psychických potřeb umírajících je

- ☐ Stejně důležité jako biologických a spirituálních
- ☐ Důležitější než biologických a spirituálních
- ☐ Méně důležité než biologické a spirituální

14) Návštěvy umírajících pacientů na vašem oddělení

- ☐ Jsou neomezené
- ☐ Omezené jen minimálně (noc, ranní hygiena, odběry..)
- ☐ Časově omezené, stejně jako pro ostatní

15) Peču-li o umírajícího pacienta, snažím se uspokojit všechny jeho potřeby a přání.

- ☐ Ano
- ☐ Téměř vždy
- ☐ Méně často
- ☐ Ne

16) Jaké rozdíly v ošetrovatelské péči pozorujete u umírajícího pacienta?

- ☐ Oše. péče o umírajícího je stejná, jako o ostatních pacienty
- ☐ Poskytnutí oše. péče vyžaduje více času
- ☐ Měl by ji poskytovat pouze odborník
- ☐ Během oše. péče je nezbytné zaměřit se na identifikaci potřeb pacienta a jejich uspokojování

17) Jak se pacient mění po psychické stránce v terminálním stádiu ? (prosím dopište)

Příloha 2

Do této tabulky prosím zaznamenejte, jak se umírající pacient mění po psychické stránce, objevíte-li jinou změnu psychického stavu, prosím dopište ji do volné kolonky.

Děkuji za spolupráci Hana Flanderová

Změna psychického stavu	Jestliže je změna přítomna, označte kolonku
apatie	
strach	
vzpurnost	
smutek	
rezignace	
agrese	
uzavřenost	
plačtivost	
úzkost	
projevy bolesti	
porucha vědomí	
klid	

Příloha 3

Komunikace:

Komunikace	Počet
Verbální	
Neverbální	
Uspokojení biologických potřeb	
Uspokojení psycho-soc- spirit. potřeb	

Návštěvy:

Účel - uspokojení potřeb	Počet
Biologických	
Psychických	
Sociálních	
Spirituálních	

Příloha 4

Počet návštěv na vedlejším pokoji	
--------------------------------------	--

Příloha 5

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 nevyléčitelně 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 nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně 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 nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně 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“ nevyléčitelně 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 nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=187>

Příloha 6

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

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

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

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

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

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

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

16. Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často (15, s 10-11)“.

