

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Ošetrovatelská péče o zemřelého – teorie a praxe

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Marie Trešlová

2008

Petra Houfková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Ošetrovatelská péče o zemřelého – teorie a praxe 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.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Trešlové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Nursing Care For The Dead – Theory and Practice

The birth of a person is the first stage of human life and the last stage is the end of human life, the death. Even at present the death remains hidden, people do not like hearing and talking about it. Everybody is afraid of death, in other words each of us is scared of suffering, which may accompany dying.

The topic of my thesis is Nursing care for the dead. My intention was to find out whether nurses treat the dead body with respect and piety. The work is divided in two parts: theoretical and practical. Its theoretical part describes the death from the historical point of view, nursing care for the dead body and individual stages of dying are mentioned. Last but not least neither survivors are forgotten, since the loss of a close person is always the most difficult situation in their life.

The aim of my thesis is to find out how nurses approach the care for the dead and what they feel when treating the dead body. On the basis of these aims the following hypotheses were formulated: 1. Nurses caring for the dead observe the ethical attitude.

2. Nurses do not perceive treating the dead body as a positive part of nursing care. After all modern nursing leads us to a more profound reflection and possibility of improving the ethical attitude and expressing the dignity to the dead.

For the research carried out in the Mental home in Havlíčkův Brod the method of inquiry and questionnaire was used. The questionnaire contained twenty-six questions and was completely anonymous. The questions were directed at feelings, attitude and perception of nurses when taking care of the dead. The research results were processed on the basis of eighty-four correctly filled in questionnaires which confirmed the two above mentioned hypotheses.

The expected practical application of my work is undoubtedly improving the care for the dead body – observing ethical attitude under any circumstances as well as outlining the possibilities whether it is necessary to help nurses perceive the care for the dead body as a positive part of nursing care.

**„Zrání je lidská cesta životem a smrt je
poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti“**

Elizabeth Kübler - Ross

Obsah:

Úvod.....	2
1 Současný stav.....	3
1.1 Umírání a smrt z historického hlediska.....	3
1.2 Etické problémy umírání a smrti.....	4
1.2.1 Etika a ošetrovatelství.....	5
1.3 Ošetrovatelská péče o zemřelé.....	6
1.4 Proces umírání.....	7
1.4.1 Pre finem.....	8
1.4.2 In finem.....	9
1.4.3 Post finem.....	10
1.4.4 První okamžiky po smrti.....	11
1.5 Péče o mrtvé tělo.....	12
1.5.1 Pomůcky k péči o mrtvé tělo.....	13
1.5.2 Ošetrovatelský postup při péči o mrtvé tělo.....	14
1.5.3 Pozůstalost.....	15
1.5.4 Emocionální stav sester.....	16
1.6 Pozůstalí.....	17
1.6.1 Komunikace s pozůstalými.....	18
1.7 Pitva.....	19
1.8 Pohřeb.....	21
2 Cíle a hypotézy.....	22
3 Metodika.....	23
4 Výsledky.....	24
5 Diskuze.....	51
6 Závěr.....	57
7 Seznam použitých zdrojů.....	58
8 Klíčová slova.....	60
9 Přílohy.....	61

Úvod

Lidský život je složen z jednotlivých vývojových období a každé toto období je vyznačováno anatomickými, fyziologickými a duševními zvláštnostmi. Narození člověka je první fází lidského života a poslední, závěrečnou fází je zánik lidské bytosti, smrt. V dnešní době je smrt skrývána a stále zůstává i jedním z tabuizovaných témat. Lidé o ni neradi slyší, ale i hovoří. Každý člověk se bojí smrti, jinak řečeno, každý z nás má strach z utrpení a bolesti, které mohou v průběhu umírání nastat. Vždyť nikdo se nerodí sám, a tak by i nikdo neměl sám umírat (4).

Téma mé bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o zemřelého – teorie a praxe. Toto téma jsem si vybrala, abych se přesvědčila, že zdravotní sestry k mrtvému tělu přistupují s úctou a řádnou pietou. Péče o mrtvé tělo není zrovna považována za nejpříjemnější činnost v povolání zdravotních sester, ale bohužel se jí nemůžeme ani vyhybat, neboť se s ní častokrát setkáváme tváří v tvář. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V teoretické části popisují smrt z historického hlediska, ošetrovatelskou péči o mrtvé tělo a jsou zde i podrobně rozepsány jednotlivé fáze umírání. Dále zde popisují samotný postup a pomůcky, které při této ošetrovatelské péči použijeme. Jedna podkapitola se věnuje i emocionálnímu stavu zdravotních sester, které tuto péči vykonávají, a je zde i zmínka o možnostech zvládání stresu, který s péčí o mrtvé tělo může souviset. V neposlední řadě nejsou opomenuti ani pozůstalí, pro které je ztráta blízkého a milovaného člověka tou nejtěžší životní situací.

Chtěla bych se především zaměřit na postoj, jaký zdravotní sestry zaujímají při této nelehké ošetrovatelské péči a co pro ně vyjadřuje slovo „důstojnost“. Dále bych chtěla zjistit, zda je péče o mrtvé tělo a jeho ošetření něčím výjimečná či odlišná od běžného postupu u standardu, který je platný v daném zdravotnickém zařízení. Cílem práce je zjistit, jak zdravotní sestry přistupují k péči o zemřelého, a jaké pocity mají při manipulaci s mrtvým tělem.

1 Současný stav

1.1 Umírání a smrt z historického hlediska

Filozofie umírání a smrti je stará, jako lidstvo samo. Smrt nebyla tabuizována, byla běžnou součástí pozemského života a byla vždy viditelná. Lidé věděli, jak se mají vůči umírajícím chovat a dokonce i sám umírající věděl, co se od něj očekává. Určitou duševní rovnováhu čerpal ze své vlastní zkušenosti, kdy se sám během svého života setkal se smrtí někoho blízkého, nejčastěji se v tomto případě jednalo o rodinného příslušníka. Relativní útěchou jim byla sdílená víra v život po smrti, který už nadále nebude sužován různými útrapami, bolestmi a nemocemi (4, 24).

Umírání bývalo většinou záležitostí veřejnou a rituály, které s ním bývaly spojené měly člověku pomoci se vyrovnat se světem v rovině náboženské tak i světské. Vždy bylo třeba, aby v okamžiku smrti byl již umírající smířen s Bohem, rodinou ale i s obcí. V samotných obřadech, které provázely poslední chvíle života, se tak prolínal respekt k řádu duchovního posvátna a světského práva. K tradičním obřadům umírání v domácím prostředí patřilo hlavně dávat pozůstalým členům rodiny, hlavně dětem požehnání. Za velikou hanbu se považovalo to, když dítě od svých rodičů nedostalo právě ono požehnání. V lidové tradici měla poslední slova a přání, která byla pronesena na smrtelném loži závazný význam. Přání umírajícího bylo třeba splnit, neboť měla váhu téměř bytostného poselství a jejich nesplnění bylo obzvlášť závažným porušením norem chování (19).

Dnes již existuje vědní obor, který se zabývá samotnými procesy umírání a smrti a tím je Thanatologie. Thanatologie (tanatologie) bývá většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech jejích fenoménech, které jsou s ní spojeny. Samotný název pro tento obor je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Tímto představitelem je Thanatos, který byl bratr Hypnův, a zpravidla bývá zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Obsah tohoto

vědního oboru je rozptýlen do celé řady jiných klasických oborů, kam patří filozofie, teologie, psychologie, medicína či sociologie (4).

Základy moderní thanatologie formulovala počátkem šedesátých let minulého století Elizabeth Kübler - Rossová, která pronesla, že k problematice umírání a smrti je potřeba vždy přistupovat s velkým ohledem. V České republice se problematice umírání a smrti věnuje Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc., Prof. PhDr. Jaro Krivohlavý CSc. a MUDr. Marie Svatošová (4, 7).

1.2 Etické problémy umírání a smrti

Umírání a smrt je velké lidské téma a především údělem člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine a tato jediná jistota bývá zahalena do nejistoty, vždyť nikdo z nás neví přesně, kdy a jakým způsobem se tak stane. Složitou problematiku umírání a smrti je vhodné z metodického hlediska nejprve nějak utřídit, následně je nutné si ji osvojit a především respektovat. Potřebou je upozornit na podstatu zájmu moderního člověka o fenomén smrti. Tématizovat smrt není nic morbidního, nýbrž snaha otevřít problém smyslu konečného lidského osudu. Samotný lidský život je vymezen zrozením a smrtí, život to je šance, která je člověku dána, a je jen pouze na člověku, jestli ji využije a především jak ji využije. V tomto daném smyslu tvoří život sféru možností, ale také svobody, i když člověk nezvolil podmínky, za kterých bude jeho konkrétní život realizován (3).

Lékaři a zdravotnický personál se v poslední době stále více a více zajímají o problematiku umírání a smrti. Důvodem bývá jakási nejistota, nevědí jaký postoj mají k umírajícímu zaujmout a smrt člověka tak bývá chápána jako prohra, ve které není ani prostor pro smíření. Každý člověk se bojí smrti, jinak řečeno, každý má strach hlavně z utrpení a bolesti, které mohou právě v době umírání nastat (3).

1.2.1 Etika a ošetrovatelství

Ošetrovatelství je integrovaná, vědní disciplína, jejíž hlavním posláním je vhodnými metodami, systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené chorobou a pomáhat těm, kteří se sami o sebe nemohou, nevědí jak a nebo se nechťejí starat. Moderní ošetrovatelství je spojeno se jménem známé Angličanky Florence Nightingalové, která je zakladatelkou ošetrovatelství. V Londýně založila první ošetrovatelskou školu a je také autorkou legendární Knihy o ošetřování nemocných. Nightingalová definovala ošetrovatelství jako činnost, která využívá prostředí pacienta na pomoc při jeho uzdravení. Základem pro uzdravení vždy považovala čisté, tiché a dobře větrané prostředí (8, 21).

Během Krymské války (1854-1856) Nightingalová usilovala o zlepšení zdravotní péče u zraněných vojáků a následně i u samotného obyvatelstva. Vždy se starala o pohodlí nemocných a v té době se snažila zabránit i tak velmi rozšířeným chorobám, které se vyskytovaly z ubohých podmínek ve městě. Prioritou pro ni samotnou bylo čisté a klidné prostředí, ve kterém se nemocní nacházeli, správná hygiena a teplá strava. Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla z pohledu odborného ošetrovatelství věnována speciální pozornost. Pokud někdo právě opouštěl pozemský svět, vše se odehrávalo na lůžku, které se nacházelo mezi ostatními nemocnými. Ve snaze o zlepšení této problematiky, vznikaly postupně takzvané bílé zástěny, plenty. Postupem času došlo k vyčlenění jednoho zvláštního pokoje, který byl určený pro umírající pacienty. Pro tento pokoj bylo charakteristické zajištění přísného klidu a pořádku, který umírající právě potřebují, a tak byla rodina nemocného vyloučena z účasti na péči o umírajícího vlastního člena rodiny. Tento pokoj měl však negativní psychický dopad i na samotného umírajícího (4, 8).

V dávných dobách bylo v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Všechny generace se častěji setkávaly se smrtí a jednotlivci se tak během svého krátkého a nejistého života učili umírat, když ve svém okolí pozorovali smrt nebo pomáhali těm lidem, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Lidé umírali nejen doma, ale i

na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoliv pomoci. Umírání bylo krátké a nebylo oddalováno pomocí léčených metod. Lidé dokonce dokázali předpovídat jednotlivé fáze umírání, ovládali a prováděli i tradiční laické ošetrovatelské úkony. Víme že, umírající, když odmítal tuhou stravu dostával slabý polévkový vývar a později dostával již jen tekutiny, nejčastěji se jednalo o bylinné čaje. Dále ho přikrývali vrstvou pokrývek, protože věděli, že umírající pacient pocítuje zimu, zejména na končetinách. V místnosti, kde se umírající nacházel udržovali pološero, protože věděli, že ostré světlo je značně nepříjemné. Po smrti, mu zpravidla nejstarší syn zavřel oči a otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Všichni přítomní setrvali v klidu, a v úctě se pomodlili. Mrtvé tělo omyli, podvázali bradu a také ho oblékli do jím připravených šatů (1, 4).

Etický kodex sester poskytuje základní rámec, podle kterého by měly zdravotní sestry činit svá vlastní etická rozhodování. Povolání zdravotní sestry je z hlediska vlastní odborné přípravy tak i profesionálního výkonu velice náročné. Od zdravotních sester se očekává celá řada činností, která ovlivňují prožívání a jednání nemocných tak i základní povinnosti, mezi které patří - podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Hlavním objektem pro zdravotní sestry je v prvé řadě člověk. Kodex sester byl přijat Českou asociací sester, je pravidelně revidován a jeho úkolem je informovat sestry, tak i ostatní zdravotnické pracovníky, ale i veřejnost o potřebách a požadavcích v oblasti etiky při poskytování ošetrovatelské péče (3, 18).

1.3 Ošetrovatelská péče o zemřelé

V minulosti byla ošetrovatelská péče založena jen na plnění rutinních úkolů. Postupem času docházelo ke změnám, které nastaly v oblasti organizace práce, v poskytování plánovité ošetrovatelské péče, která je nyní zaměřená na individualitu člověka, na jeho problémy a potřeby. V současné době má ošetrovatelská péče za cíl, poskytnout umírajícímu co nejkvalitnější život až dokonce – důstojné doprovázení.

Pacient je tak v centru zájmu a činnosti celého ošetrovatelského týmu. Zde se uplatňuje holistická teorie, ve které je člověk brán jako celek. Celek člověka zahrnuje a obsahuje pět součástí najednou. Jedná se o součást biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a zároveň i duchovní. Dojde-li však k poruše v jedné části celku, následně pak dochází k poruše celého systému (7, 16).

Moderní ošetrovatelství nás vede k hlubšímu zamyšlení a možnosti zkvalitňování etického přístupu a vyjadřování důstojnosti k zemřelému. Komplexní ošetrovatelská péče o umírající a zemřelé patří z profesionálního hlediska mezi nejobtížnější práce sester a to jak po stránce manažerské, psychické, etické, sociální, kulturní, fyzické, právní tak i duchovní. Ošetrovatelská péče o zemřelého je i přesto významnou odbornou ošetrovatelskou činností, která zemřelému vyjadřuje určitou důstojnost (7, 25).

1.4 Proces umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem pro terminální stav. Terminální stav zde je definován, jako stav, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí orgánů a tkání, jehož výsledkem je zánik organismu - smrt. Člověk umírá fakticky tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný „program života“, nebo když je v určitém čase a v daném čase realizován „program smrti“. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí (3, s.205).

Problematika umírání je dosti tabuizované téma i proto, že si sami nechceme přiznat svoji smrtelnost, nebo že máme obavy o konci svého života vůbec diskutovat. Pro člověka je nejvíce skličující právě onen strach ze smrti. Umírající se vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že je u konce sil a že jeho život končí. Z metodického hlediska lze rozdělit proces umírání na tři časově nestejná, ale zato výrazná období. Proces umírání má tedy tři fáze. První fází je období *pre finem*, druhou fází je období *in finem* a třetí, poslední fází je období *post finem* (3, 12).

Definice smrti, smrt je z lékařského a biologického hlediska zastavení všech životních funkcí v organismu, které jsou spojeny s nezvratnými změnami a obnovení životních funkcí, tak již není možné. Smrt může mít několik podob, jedná se o smrt klinickou, která nastává po zástavě srdeční činnosti a dýchání, při okamžité zahájení neodkladné resuscitace, lze však v některých případech tyto funkce znovu obnovit. Při biologické smrti dochází k nezvratnému zániku buněk, vitální funkce však mohou být uměle udržovány. Smrt mozku nastává zhruba po pěti minutách po zástavě oběhu a na elektroencefalografii již nejdůležitější složky mozku nefungují. Smrt je, tedy stav organismu, který nastává až po ukončení života (7, 15).

1.4.1 Pre finem

Období pre finem nastává v okamžiku, kdy se nemocný dozvídá svoji diagnózu. Dané onemocnění je vážné a s životem téměř neslučitelné. Smrt je pak v určitém a relativně dlouhém čase, jedná se o týdny, či měsíce vysoce pravděpodobná. Umírání je v daném slova smyslu proces, jehož začátkem je vážná, dlouhodobá a prognosticky neblahá diagnóza nemoci. Během tohoto období bývá největší etický problém spatřován právě v míře informovanosti nemocného. Ostatní potřeby pacienta lze zvládnout, dle všeobecného mínění, prostředky lékařské či psychologické pomoci. Nemocného je třeba uchránit od takzvané psychické a sociální smrti. Vždyť nikdo z nás by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Fyzická smrt nastává, kdy nemocný intenzivně prožívá beznaděj a zoufalství. Sociálním umíráním, lze označit stavy, kdy sice člověk žije, ale je vytěsněn z důležitých sociálních, ale i interpersonálních vztahů, je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit zpět do kontextu této společnosti (3).

Pro nemocné, které se v tomto stádiu nacházejí, je třeba respektovat jednotlivé a zákonitě probíhající fáze psychické odezvy, tak jak je popsala E.Kübler - Rossová. První stádium je šok, popírání a izolace, kdy nemocní po obdržení zprávy o stavu svého onemocnění, reagují slovy – ne, to se mne netýká, to je určitě omyl. Druhé stádium je

agrese, zlost. Nemocní si kladou otázku, proč zrovna já, následují pocity zlosti, vzteku, závislosti, nenávisti a rozmrzelosti. Třetí stádium jsou kompromisy, smlouvání. Většinu smluv v tomto stádiu lidé uzavírají s Bohem, většinou o tom ani s nikým nehovoří. Čtvrté stádium je deprese. V tomto stádiu dlouhodobě léčený pacient ztrácí sílu. Často se vyskytují i finanční problémy, ztráta zaměstnání. Nemocní již nemají potřebnou sílu bojovat o život a jsou připraveni na smrt. Páté stádium je akceptace. Pokud pacient zvládl předešlá stadia, nastává jakýsi poslední odpočinek před dlouhou cestou. Komunikace se stává neverbální. Umírající si přeje, abychom ho drželi za ruku, převažuje zde potřeba pocitu blízkosti, bezpečí a jistoty (7, 10, 14).

1.4.2 In finem

Tato situace je totožná s lékařským pojetím - terminální stav, který se projevuje celou řadou somatických a psychických změn. Z etického hlediska se v tomto stádiu otevírají dva problémové okruhy, mezi ně se řadí ritualizace smrti v průběhu hospitalizace a problematika eutanázie. Smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin. Laiky uklidňuje tvrzení, že umírajícím je lépe, jsou-li v rukách profesionálů. Společnost bohužel odsunuje umírajícího do instituce a tam je profesionálně opět odsunut. Společně pak podléháme iluzi, že o umírající a smrt jednotlivce, by se měl starat pouze kolektiv vyškolených odborníků. Je potřeba se zabývat problémem lidské konečnosti, vyrovnat se, je-li to možné s faktem smrti a respektovat, že umírání musí opět získat charakter sociálního aktu. Smrt patří k životu, a svým způsobem také do života. V dnešní době si kolem smrti nejsme jisti ničím, zahltil nás strach, který svou velikostí zabraňuje střízlivému pohledu a konstruktivnímu počínání, tedy tomu procesu, který je nazýván ritualizací umírání a smrti. Model, který by dovolil umírajícímu a jeho nejbližším „přiměřeně“ se chovat, však bohužel stále chybí. Eutanázie, tímto označením se rozumí dobrá, snadná, krásná smrt a jednak usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství. Většina lidí si přeje zemřít

v klidu, bez bolesti, ideálem však přetrvává „krásná“ smrt ve spánku (3, 5).

Dříve se zkušenosti předávaly z generace na generaci. Věděli, jak mají pečovat o umírajícího, ale také znali prožitek, co je umírání a smrt z blízka. Smrt nastala po ritualizovaném rozloučení až za určitou, individuálně dlouhou dobu. Umírající byl smířen se stavem věcí a v náručích svých milujících a milovaných osob čekal na „kmoťříčku smrt“. V dnešní době důstojná smrt je synonymem určitého celkového bio-psycho-sociálního komfortu. Umírajícím je sice poskytována potřebná péče, ale bohužel chybí lidský kontakt. Umírání a smrt ztratily prvky sociálního aktu (3, 20).

Umírající nemá představu konkrétních regulativ, ošetřující jsou pro něho cizí lidé. Zajistí pořádek, čistotu, přinesou jídlo a léky, ale není zde lidský kontakt – nepohladí nás. Příbuzní jsou daleko, není zde zaručeno, že ve chvíli smrti bude někdo u umírajícího. Smrt však může nastat v době, kdy příbuzní nemohou v nemocnici být spolu se svým blízkým. Nejbližší tak pak nemají možnost se rozloučit, říct tak poslední slova. Zármutek a šok z blížící se smrti u pacienta vyvolávají pochybnosti, pocity bezmocnosti, sebeobviňování, smutek, beznaděj až deprese. Napětí u pacienta zvyšuje strach z blížící se smrti, z bolesti a ze samoty (3, 12, 17, 22, 23).

V roce 1999 chválil parlament Rady Evropy významný dokument, který je v České republice znám pod názvem - Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících - viz příloha č. 1 (3, 8).

1.4.3 Post finem

Tato fáze nastává tehdy, když došlo k ireverzibilní zástavě dýchání a srdeční činnosti. Je charakteristická péčí o mrtvé tělo a rovněž tak zahrnuje i péči o pozůstalé. Právě zemřelé tělo upravíme a uložíme do vodorovné polohy a ponecháme jej na lůžku k povinnému dvouhodinovému odpočinku. Okolo zemřelého obestavíme zástěny, tím mu vyjádříme důstojnost, a u ostatních pacientů se tak pokusíme zabránit či zmírnit psychickou disbalanci. Neméně významným a palčivým problémem je způsob

sdělování úmrtí příbuzným. Zasilání telegrafů je sice běžnou praxí, ale má však spoustu úskalí. Blízcí příbuzní pak nejčastěji chtějí vědět, při osobním kontaktu, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého a hlavně zda netrpěl. Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, předání všech osobních věcí, dokladů je velice nutná, neboť pozůstalým velice usnadní unést právě prožívanou ztrátu.

Sesterská činnost ve fázi post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo, rovněž i komunikaci s pozůstalými, jak to dané okolnosti dovolují. Nejčastěji v kontaktu s pacientem je právě sestra, která jako první zjišťuje nejisté známky smrti – zástava srdeční činnosti, zástava dýchání a rozšířené zornice, které nereagují na světlo. Okamžiky post finem nastávají ve chvíli, kdy ošetřující lékař stanoví smrt pacienta. Lékař je povinný zjišťovat smrt člověka v souladu s poznatky vědy. Osoba se pokládá za mrtvou, jakmile lékař zjistí, že došlo k trvalé zástavě dýchání a srdeční činnosti. Smrt je, tedy stav organismu, která nastává po ukončení života (3, 7, 12).

Ošetřovatelská péče, poskytována zemřelému dle standardu v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě - příloha č. 4.

1.4.4 První okamžiky po smrti

První minuty po skonu blízkého, bývají pro příbuzné naplněny bezradností. „Hra je dohrána, co bude dál?“ (4, s.80) Jak budou dotyční žít bez člověka, kterého měli tolik rádi? Jak mají citově uvěřit tomu, že zemřel, i když racionálně hrozbu ztráty akceptovali? Zmatenost, zvláštnost tohoto okamžiku a nejistota nemají být ihned překrývány různými aktivitami. Německá psycholožka Daniela Tausch-Flammerová radí: „Nechte na sebe působit ticho a zvláštnosti tohoto daného okamžiku. Nejprve je nutné přijmout danou ztrátu, pochopit a přijmout, že se již stalo to, co se očekávalo, a na průchod otevřeného žalu je ještě čas“ (4, s.80).

Věcně, ani formálně nejsou doposud zvládnuty bezprostřední chvíle po smrti. Bezesporu existuje rozdíl mezi tím, zda pacient zemřel v doprovodu svých nejbližších či

v úplném osamění. Většina pacientů bohužel umírá v nejrůznějších zdravotnických či jiných zařízeních, často v osamění. Příbuzní v dané hodince bohužel nejsou přítomni u lůžka svého nejbližšího, a tak nemají možnost se s mrtvým ani důstojně rozloučit. Pokud pacient umírá v přítomnosti svých blízkých, nepocítuje tak pocit samoty. Po smrti se věřící lidé mohou nahlas či v duchu pomodlit, nevěřící příbuzní mohou jen asociativně vzpomínat na chvíle, které s umírajícím prožili nebo si mohou společný život zrekapitulovat. V souladu s tradicí je velice vhodné otevřít okno, aby dušička mohla v klidu odlétnout, na místo, kde jí bude již dobře. V místnosti je vhodné zapálit svíčku či na lůžko jen tak položit květinu. Reakce na ztrátu mohou být výrazně individuální a velkou chybou by bylo spontánním projevům prvního smutku bránit nebo jej snad kritizovat (4).

1.5 Péče o mrtvé tělo

Bezprostředně po smrti je nutno zajistit intimitu zemřelého, a to za pomoci zástěn či zajistíme převoz do místnosti k tomu určené. Tato místnost by měla být tichá, dobře větratelná a hezky vyzdobená svíčkami a různými náboženskými předměty. Vždyť každý člověk má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolesti, důstojně a obklopen citlivou péčí či v přítomnosti svých nejbližších (7, 20). V příloze č. 3 je vyobrazen pokoj pro zemřelé v nemocnici ve Finsku. Takovéto pokoje jsou běžnou součástí každé stanice, a zde se mohou příbuzní se zemřelým v klidu a důstojně rozloučit.

Při manipulaci s mrtvým tělem sestra zachovává důstojnost a po celou dobu se vyvaruje nevhodným slovním projevům. Samozřejmě nikdy nezapomíná na etický přístup a za každých podmínek dodržuje intimitu zemřelého. Manipulaci s mrtvým tělem musí sestra ukončit dříve, než se objeví posmrtné změny. Ztuhnutí těla (rigor mortis) se objevuje za dvě až čtyři hodiny po smrti. V této fázi je třeba upravit polohu zemřelého a provést všechny ošetrovatelské úkony. Dále dochází k postupnému snížení

teploty těla (algor mortis), kůže zemřelého je bledá. Následkem rozpadu červených krvinek a uvolněním hemoglobinu vznikají posmrtné skvrny (livor mortis). Tkáň se stává měkčí, proto je potřeba mrtvé tělo uložit do chladné a pietně vyzdobené místnosti, která je k tomu určená. Po dvouhodinovém klidu na lůžku je vhodné, již na čistě upravené lůžko položit květinu (4).

1.5.1 Pomůcky k péči o mrtvé tělo

Při péči o mrtvé tělo si sestra připraví všechny potřebné pomůcky, mezi které patří pomůcky a přípravky k hygieně, nástroje na odstranění drénů, obinadla k fixaci dolní čelisti, koš na znečištěné ložní prádlo, kartičku na označení mrtvého těla a kompletní zdravotnickou dokumentaci (12).

Sestra si připraví gumové rukavice, umyvadlo s teplou vodou, mýdlo a všechny potřebné hygienické pomůcky, které použije k hygieně při péči o mrtvé tělo. Dále si připraví potřebné nástroje, které použije například na zkrácení drénů. Do emitní misky odkládáme veškerý použitý biologický materiál. Vhodný obvazový materiál nám poslouží při fixaci dolní čelisti či na zakrytí ran na těle. Dále si připravíme ústní lopatku, mulové čtverce, které nám poslouží na vyjmutí a na zabalení snímatelné zubní protézy. Kartičku, která slouží k identifikaci těla, dále využijeme popisovač, abychom mohly popsat - označit tělo. Všechny osobní věci zemřelého (pozůstalost) sepíšeme a ponecháme je na oddělení, do té doby, než si je někdo z příbuzných přijde převzít. V neposlední řadě sestra připraví veškerou dokumentaci a tiskopisy, které jsou pro tuto událost typické. Po úmrtí pacienta provede lékař krátký zápis do dekurzu, a vyplní přesně daný počet Listů o prohlídce mrtvého a Průvodních listů k pitvě (12). V příloze č. 2 uvádím, jaký je postup při péči o zemřelého v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě.

1.5.2 Ošetrovatelský postup při péči o mrtvé tělo

Smrt je individuální zánik organismu, a tedy i lidského jedince. Po konstatování smrti od lékaře, další péče o mrtvé tělo tak přechází na sestru, která vždy za všech okolností dodržuje etický přístup a neustále dbá na intimitu právě zemřelého člověka. Zemřelého odpojíme od přístrojů, odstraníme veškeré pomůcky, tedy pokud je pacient před smrtí využíval, jako například kyslíkové brýle, permanentní močový katétr, nazogastrickou sondu či svody z elektrocardiografie. Drény však celé nevynadáme, pouze je zkrátíme a vhodným materiálem je překryjeme. Případné rány na těle očistíme a čistě je převážeme. Dále z těla odstraníme i ozdobné předměty, jako jsou prsteny, náramky, náušnice, řetízky či hodinky. Pokud však nelze některý z uvedených šperků sejmut, je třeba vše řádně zaznamenat v ohledacím listu a i v chorobopisu, včetně stručného popisu dané věci. Z lůžka po zemřelém odebereme polštář, přikrývku, antidekubitní pomůcky a tělo uložíme do vodorovné polohy na čisté prostěradlo. Svlékneme oděv, znečištěná místa na těle umyjeme a vlasy upravíme. Zemřelému zavřeme oči, pokud se otevírají, na oči přiložíme navlhčené mulové tampóny. V ústní dutině zkontrolujeme zuby ze žlutého či bílého kovu, zubní protézu vyjmeme a zabalíme za pomoci mulového čtverce. Na výslovné přání příbuzných, je možné zubní protézu ponechat. Vhodným obinadlem podvážeme bradu. Obinadlo však příliš neutahujeme, aby tvář zemřelého neměla utrpený výraz. Mrtvé tělo se označí, podle zvyklostí daného pracoviště. Nejčastěji je to však na určenou kartičku, na které nesmí chybět údaje o zemřelém. Musí zde být zřetelně napsáno jméno a příjmení zemřelého, datum narození, datum a hodina úmrtí. Pokud člověk zemřel v nemocnici, nesmí zde chybět údaje o oddělení, kde ke smrti došlo. Tato kartička se nejčastěji upevní na pravé zápěstí a okolo pravého kotníku dolní končetiny. V případě amputace ruky či nohy se všechny identifikační údaje vyznačí popisovačem přímo na kůži na zbylé části končetiny. Mrtvé tělo upravíme do vodorovné polohy, horní končetiny uložíme podél těla nebo je můžeme překřížit nad úrovní břicha. Upravené mrtvé tělo přikryjeme prostěradlem a necháme jej na lůžku. Mrtvé tělo nikdy nepřekládáme na vozík a ani ho

nedáváme do jiné místnosti, jako je například koupelna či sklad. Jsou-li rodinný příslušníci přítomni, umožníme jim poslední rozloučení se svým blízkým. Pokud si člověk před smrtí přál kněze, nebo až nyní je to přání rodiny, lze toto přání vyplnit. Starost o pozůstalost vykonávají vždy dvě sestry, kde jedna je v pozici svědka. Po zemřelém sepisujeme věci, které ponecháme na oddělení do doby, než si je rodina převezme. Pokud měl zemřelý na oddělení cennosti či peníze, tato pozůstalost se uzamyká do trezoru na oddělení. Pozůstalost se pak vydává příbuzným, po předložení občanského průkazu. Pokud nějaké cennosti, jako prsteny či náušnice byly ponechány zemřelému, příbuzným to sdělíme a vše zároveň zaevidujeme do dokumentace. Následně sestra provede záznam o času úmrtí a popřípadě i pacientova poslední slova, ale až po skončení všech činností, které souvisejí s péčí o mrtvé tělo. Dále se do dokumentace uvádějí ty úkony, které byly před smrtí provedeny (resuscitace, aplikace injekcí či intubace). Po uplynutí dvouhodinového odpočinku, sestra zajistí odvoz mrtvého těla na patologickoanatomické pracoviště spolu s vyplněnou dokumentací. Po odvozu mrtvého těla, místnost vyvětráme, všechny pomůcky, které jsme používaly očistíme, dezinfikujeme a vše uložíme zpět na místo k tomu určené (4, 12).

1.5.3 Pozůstalost

Další neopomenutelnou součástí při péči o zemřelého je pozůstalost. Po úmrtí pacienta sestra shromáždí všechny jeho osobní věci a zhotoví jejich jmenný seznam. Všechny věci se pak předávají pozůstalým, bezpodmínečně po předložení občanského průkazu a i proti písemnému podpisu. Pro příbuzné si sestra vyhradí dostatek času, předání pozůstalosti bude probíhat v klidném a důstojném prostředí. Pozůstalým sestra poskytne adekvátní časový prostor pro abreakce emocí, které jsou spojeny s úmrtím pacienta. Sestra se snaží truchlící pozůstalé podpořit a pomoci jim se smířit se ztrátou, která je nyní potkala, a časem tak najít i nový smysl života (7). Sestra vždy řádně poznamená, komu pozůstalost vydala, uvede i příbuzenský poměr

k zemřelému a zapíše i iniciály, jako je číslo občanského průkazu, adresa a rodné číslo. Pokud měl zemřelý hodnotnější pozůstalost, ta se uschovává v trezoru nemocničního zařízení a později se předává notářskému oddělení soudu, jako předmět pozůstalostního řízení. Občanský průkaz zemřelého se předává tomu, kdo bude zařizovat pohřeb, nemusí se vždy jednat o rodinného příslušníka, může to být i vzdálený příbuzný či jen známý. Pokud zemřelý bohužel nikoho nemá a nejsou zde známi ani jeho příbuzní, v takovém případě se postupuje tak, že se kontaktuje sociální pracovnice daného nemocničního zařízení, která zařídí vše potřebné (4).

Při předávání pozůstalosti, někteří pozůstalí sestrám ani sobě nepůsobí žádné problémy, celý akt předání přijímají jen věcně. Oproti tomu jiní pozůstalí se domáhají i věcí, které dle jejich názoru měl zemřelý u sebe. Zde je třeba ověřit, zda nedošlo k opomenutí a následně na to je třeba uplatnit společenský takt a příbuzné upozornit, že se mylí. Většina pak připustí, že konkrétní věc si odnesli během poslední návštěvy domů a jen malá část příbuzných si trvá neustále na svém. Z takovéto nově vzniklé situace může případně hrozit konflikt či dokonce stížnost. Tuto situaci řešíme vlídným slovem a trpělivým přístupem. Z celého rozhovoru nakonec vyjde najevo, že příbuzným se nejedná o nějakou tu konkrétní věc, ale spíše jim jde o to, že to byla poslední věc, kterou měl jejich nejbližší těsně před smrtí v ruce (4, 7).

1.5.4 Emocionální stav sester

Vykonávání péče o zemřelé tělo bývá pro sestru velice často stresující záležitostí. Vždyť právě sestra bývá v nejužším kontaktu s umírajícím a následuje ji i samotná péče o mrtvé tělo. Sestra odvádí nejenom práci odbornou, často i fyzicky velmi namáhavou, ale i psychicky a sociálně náročnou. Vždy musí zachovat klid a svoji důstojnost. Tím se sestra dostává do velmi složitých, obtížných a stresových situací (7). Dle MUDr. Felixe Irmiše může reakce na stres probíhat ve třech rovinách. První potíže jsou fyziologického (somatického) rázu, kam patří bušení srdce, potíže s krevním

tlakem, pocení dlaní, sucho v ústech a mnoho dalších. Druhou skupinou potíží, jsou potíže psychické (emocionální, subjektivní), kam se řadí pocit samoty, ztráta radosti z práce, nespavost, pocit vyčerpání a jiné. Třetí skupina zahrnuje potíže, které jsou spojené se změnou v chování. Zde se převážně objevuje nonverbální chování, jako je okusování nehtů, zvýšená gestikulace a zvyšování hlasu, může se zvýšit pití alkoholu či nadměrné kouření a mnoho dalších potíží (7).

Způsobem, jakým si sestra poradí se zvládáním stresu, je velmi individuální. Při setkání se smrtí, s utrpením, bolestí pomáhá sestrám řada metod, které slouží ke zvládání stresu. Patří sem kognitivně behaviorální metoda, relaxačně koncentrační trénink, aromaterapie, muzikoterapie, Schultzův autogenní trénink, self monitoring či stop technika. Záleží jen na samotné sestře, kterou z následujících metod si vybere, jakou techniku využije a zda vůbec nějakou bude potřebovat, aby ji samotná práce bavila, do práce chodila s radostí a nechápala ji jako zátěž. Zdravotní sestry jsou sociálně vyzrálejší a obor thanatologie se stále více zapojuje do standardů a seminářů, kde se o této problematice stále více diskutuje (7, 11).

1.6 Pozůstalí

Úmrtí blízkého člověka představuje pro pozůstalé vždy těžkou krizovou situaci a patří k velmi nepříjemným životním zkušenostem. Smrtí odchází blízký člověk definitivně, navždy. V takovéto situaci je zcela normální, že pozůstalí prožívají hluboký smutek, cítí se opuštěni, zoufalí a bezmocní. Truchlení neznamena jen cítit smutek, ale je to specifický psychologický proces, během něhož truchlící postupně nabývají schopnosti oprostit se od některých citů, které vztahovali k člověku, jenž už není a postupně přenést svou lásku na lidi, které jej obklopují (4, 9).

U rodinných příslušníků je reakce na umírání a smrt stejná, jako u samotného umírajícího. V první řadě je popírán ortel smrti, který je provázen strachem, dále se přidružuje úzkost, se zoufalým pláčem, který střídá samotná zlost, smlouvání, deprese a

akceptace. Pozůstalí se dozvídají o úmrtí blízkého člena rodiny prostřednictvím telegramu nebo jsou v době, kdy jejich nejbližší umírá přítomni u jeho lůžka. Pozůstalí mají právo být informováni o příčině smrti, tyto informace jim poskytuje zásadně ošetřující lékař. Pozůstalí se nejčastěji dotazují, jaké byly poslední okamžiky jejich nejbližšího, zda netrpěl, neumíral v bolestech či byl u jeho lůžka někdo přítomen a jaká byla jeho poslední slova, které před smrtí pronesl (4).

Smutek, zármutek a pláč doléhají na pozůstalé. Čím byl vztah mezi pozůstalými a zemřelým hlubší a vřelejší, o to víc bude zármutek a žal větší a intenzivnější. Nejbližší pozůstalí prožívají šok, jsou na dně, vše se jim najednou zhroutilo. Po smrti milovaného člena rodiny, nastává i v samotné rodině změna rolí, funkcí priorit a často se změní i samotný žebříček hodnot. Rodina si postupně zvyká na odchod člena rodiny, postupně se začíná smiřovat se ztrátou a prázdným místem v kruhu rodiny. Jednotliví členové rodiny se vyrovnávají se ztrátou člena rodiny v různě dlouhém časovém harmonogramu. Přijetí této kruté pravdy záleží jen zcela na individuálních vlastnostech konkrétní osobnosti. Po smrti svého blízkého, pozůstalí začínají postupně nabírat síly a žít každodenní život tak, jak by si to přál i mrtvý (2, 7).

Dostatek času si také zdravotní sestra vyhradí při předávání pozůstalosti, i zde si musí uvědomit bolestivou situaci pozůstalých, chová se k nim ohleduplně, důstojně a taktně. Po smrti člena rodiny může být pro některé pozůstalé nacházení nového smyslu života dlouhé a složité. Sestra by měla pozůstalým nabídnout pomoc, která by nejvíce odpovídala jejich představám (4, 7).

1.6.1 Komunikace s pozůstalými

Na smrt blízkého člověka nejsme nikdo a nikdy připraveni. Pozůstalí prožívají celou řadu negativních emocí, které obvykle potlačují a skrývají. Mají strach z nejisté budoucnosti bez milovaného člověka. Neustále jsou sužováni nejistotou, nevědí kdy a jak jejich utrpení skončí, následují pocity viny, že si vůbec takovéto myšlenky

připouštějí. Většinou mívají dojem, že selhali, že nejsou více statečnější. Tyto pocity postupně vedou k velkému fyzickému ale hlavně psychickému vyčerpání (13).

Komunikace s pozůstalými je jedním z nejtěžších úkolů sestry. Obvykle nevíme, jak se k pozůstalým chovat, co udělat nebo co zrovna říci, proto se tomuto setkání raději snažíme vyhnout. Sestry by měly být seznámeny s problematikou truchlení, vhodné by bylo je k tomu vést již během studia, a také by měly vědět, co pozůstalí právě prožívají. Vždyť ztráta blízkého a milovaného člověka je na prvním místě, co se týká nejhorších životních situací. Poté, co jsou pozůstalí konfrontováni se smrtí svého blízkého člověka, se nacházejí ve fázi šoku. Pozůstalí se mohou začít chovat excesivně, mohou křičet, dupat, brečet či zemřelého budou hladit a líbat. Další variantou je, že pozůstalí mohou naopak zůstat zcela v klidu a nijak se neprojevovat. Mohou se však vyskytnout i neobvyklé reakce, jako je smích či vulgární verbální ventilace. Pozůstalí si častokrát myslí, že se chovají neadekvátně, sestry je však mohou utěšit slovy, že téměř cokoliv, co se s nimi děje je normální, přirozené. Pozůstalým nikdy nebráníme v pláči, pláč je v takovéto situaci považován za přiměřenou reakci, která bývá okolím tolerována. Sestra může pozůstalým nabídnout papírové kapesníky, a ať symbolicky či skutečně nabídnout své rameno k vyplakání. Nemusí však vehementně přemýšlet, jak pozůstalé utěšit, co jim právě povídat, vhodnější variantou je jim naslouchat. Většina odborníků se shoduje na tom, že otevřeně ventilovaný žal je mnohem lépe snášen než dlouho zadržovaná bolest (13).

Sestra pozůstalým poskytne ujištění, že my, jako zdravotnický personál, tak i oni, jako pozůstalí udělali pro zemřelého vše, co bylo v našich společných silách (7, 13).

1.7 Pitva

Příčiny smrti jsou obecně definovány jako všechny choroby, chorobné stavy či úrazy, které ke smrti vedly nebo k ní přispěly. To vše se podrobně vypíše na formulář List o prohlídce mrtvého, který je vyplňován příslušným lékařem o každé zemřelé osobě

a na něm jsou zaznamenány údaje, které ke smrti vedly. Příčiny smrti jsou klasifikovány a kódovány dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), které jsou vydané Světovou zdravotnickou organizací – WHO (6).

Pitvou se rozumí posmrtné vyšetření organismu, prováděné s pietou. Provádí se na patologickém oddělení, na anatomickém ústavu či na pracovišti soudního lékařství. Pitvu lze provést nejdříve po uplynutí dvou hodin, od chvíle, kdy lékař bezpečně konstatoval smrt člověka. Anatomická pitva slouží zejména k výuce mediků a dalšímu vzdělávání lékařů. Zdravotní pitva podléhá zákonu o péči o zdraví lidu a jeho prováděcí vyhlášce č.19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví. Provádí se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Existují však také situace, kdy je tato pitva povinná. A to v případě, že došlo k úmrtí osoby, která je mladší patnácti let, u žen které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem či v období šestinedělí. Dále se provádí, v případě, že došlo k úmrtí na infekční chorobu, která podléhá povinnému hlášení, jako je Human Immunodeficiency Virus (HIV) a další. Ze zákona se také pitva provádí u osob, které jsou ve výkonu vojenské služby či ve výkonu trestu, a to v případě, že je zde podezření na úmrtí zaviněné druhou osobou. Na ústavech soudního lékařství se provádí soudní pitva. Tu nařizuje Policie České republiky, v případech důvodného podezření na úmrtí zaviněné druhou osobou. Péče o mrtvé tělo, ať byla či nebyla nařízena pitva, by měla být příkladná a prováděna s řádnou pietou. To se samozřejmě týká i prevozů, z místa, kde k úmrtí došlo až na samotné patologické oddělení. O provedení pitvy, pokud člověk zemřel v nemocnici rozhoduje vždy vedoucí zdravotnického zařízení. V případech, že si rodina nepřeje pitvu, a pokud to není v rozporu se zákonem, by mělo být přání rodiny respektováno. Například Židé, ti by neměli býti pitváni vůbec, jelikož pitva ruší celistvost jejich těla, a tak eliminuje vzkříšení neporušeného těla (4, 6).

1.8 Pohřeb

Smuteční obřad či pohřeb může mít různé formy, vše záleží na přání pozůstalých. Může mít tradiční podobu jako obřad v krematoriu nebo na hřbitově. Během smutečního obřadu, duchovní či civilní řečník věnuje maximální pozornost myšlenkám a pocitům pozůstalým, ale tak i osobnosti zesnulého. Duchovní také může vykonat obřad vzpomínkový, který může být netradiční a je i více tvůrčí, při kterém bude větší pozornost věnovat osobnosti zesnulého a rovněž může dát rodině a přátelům najevo, své myšlenky a vzpomínky na něj (4, 19, 27).

Po dlouhá staletí mívál pohřeb i svůj ustálený scénář, který vytvořil určitou atmosféru, která byla typická pro tuto smutnou událost, a ve které bylo dovoleno plakat, zoufat a postupně se také začít smiřovat se ztrátou blízkého a milovaného člověka. O smrti se veřejně hovořilo a žal byl přijímán jako adekvátní projev reakce na ztrátu blízkého člověka. V domech, které postihla tato smutná tragédie platil určitý a tradicí vytvořený řád. Pozůstalí nosili černé šaty, na viditelném místě na oblečení nosili černou pásku, a tyto znamení měly upozornit všechny ostatní, že s dotyčnými mají jednat ohleduplně, neboť je potkalo veliké neštěstí (3).

Doba se však podstatně změnila, všechno se zrychlilo, ztechnizovalo a také odcizilo. Tyto změny však zasáhly i způsoby pohřbívání. Když člověk zemře, je stále rychleji a civilněji pohřbíván, na smrt není zkrátka čas. Vždyť ještě nedávno, zejména na vesnicích byly tradicí velké výpravné pohřby. Pohřební vůz tažený koňmi, byl postupně vystřídán černým automobilem, a tento vůz byl následně doprovázen četnými příbuznými a smutečními hosty. Po vykonané pobožnosti byla rakev spuštěna do hrobu a někdo z rodiny všem účastníkům obřadu poděkoval a následně je pozval na pohoštění někam do pohostinství a ty nejbližší, rodinu, do domu (3, 19).

Přítomnost nejbližších a jen pár minut jakéhosi rituálu je obrazem dnešního pohřbu. V dnešní době je samotný obřad standardizován a umožňuje jen velmi malé individuální variace. Možná, že se na zemřelé nezapomíná rychleji, než dříve, ale zármutek a žal pozůstalí často skrývají (3).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zjistit, jak sestry přistupují k péči o mrtvé tělo. A jaké pocity mají při manipulaci s mrtvým tělem.

2.2 Hypotézy

Pro dosažení vytýčených cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Sestry při péči o zemřelého dodržují etický přístup.

Hypotéza 2: Manipulaci s mrtvým tělem sestry nevnímají jako pozitivní součást ošetrovatelské péče

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování problematiky péče o zemřelého byla použita metoda dotazování, technika dotazníku (viz příloha č. 4). Dotazník jsem zvolila z důvodu možnosti oslovení většího počtu respondentů a urychlení procesu sběru dat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

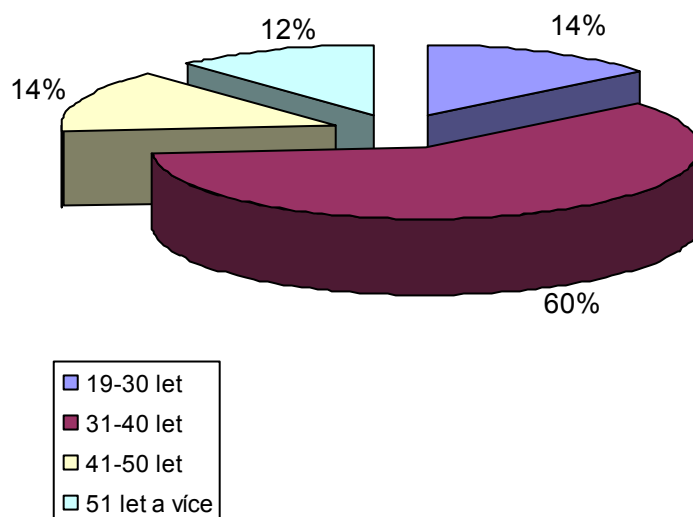
Výzkumný soubor se skládal z respondentů pracujících v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, a to jmenovitě z oddělení: příjímací gerontopsychiatrické oddělení pro ženy č.8, doléčovací gerontopsychiatrické oddělení pro muže č.9A, příjímací gerontopsychiatrické oddělení pro muže č.13, gerontopsychiatrické oddělení pro ženy č.15, interní oddělení L, interní oddělení č.7 a gerontometabolická jednotka. Výběr respondentů byl dán ochotou sester na konkrétním oddělení. Celkem 84 respondentů odpovídalo v anonymním dotazníku na otázky, které zjišťovaly pocity, přístup a vnímání sester při péči o mrtvé tělo a jakou pomoc mohou nabídnout pozůstalým. Dotazník obsahoval celkem 26 otázek. Pro dotazník byly použity otázky charakteru polozavřených, zavřených či otevřených. Některé otázky byly voleny tak, aby respondenti mohli uvést v konkrétní otázce i více odpovědí současně.

Celkem bylo v Psychiatrické léčebně rozdáno 100 anonymních dotazníků, z nichž se vrátilo správně vyplněných 84, které jsem mohla použít pro zpracování. Návratnost dotazníků byla 84%.

Výsledky výzkumu byly zpracovány na základě 84 správně vyplněných dotazníků (100%).

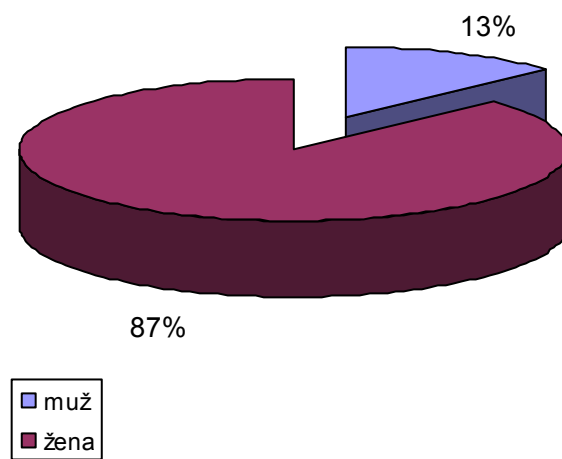
4 Výsledky

Graf 1 Věk



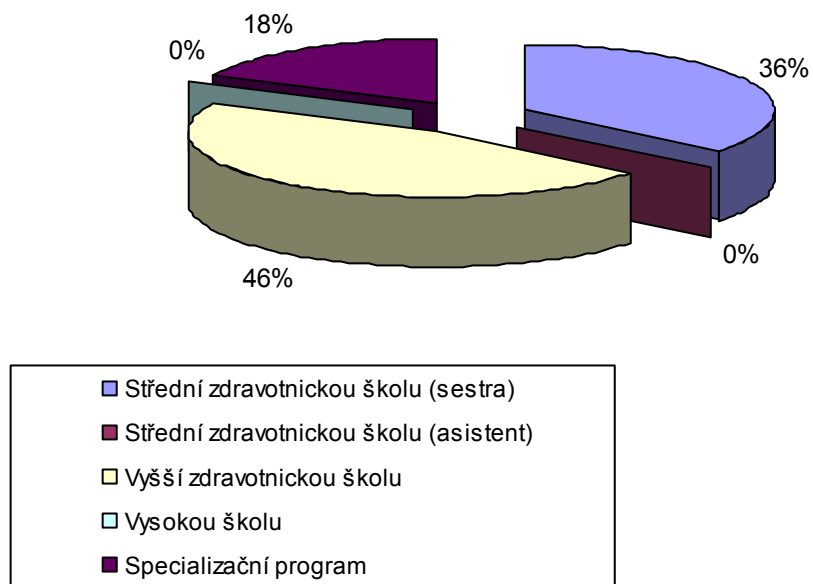
50 (60%) respondentů je ve věku mezi jednatřicátým rokem a čtyřicátým rokem života. Mezi jednačtyřicátým a padesátým rokem života je 12 (14%) dotazovaných respondentů a 10 (12%) respondentů je v kategorii jednapadesát let a více. 12 (14%) respondentů je ve věku mezi devatenáctým a třicátým rokem života.

Graf 2 Pohlaví



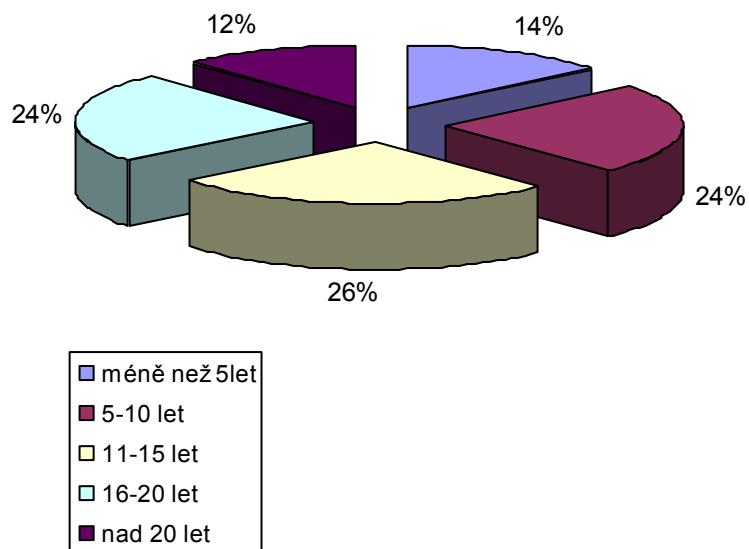
73 (87%) ze všech dotazovaných respondentů jsou ženy a jen 11 (13%) respondentů, kteří pracují v Psychiatrické léčebně jsou, muži.

Graf 3 Vzdělání



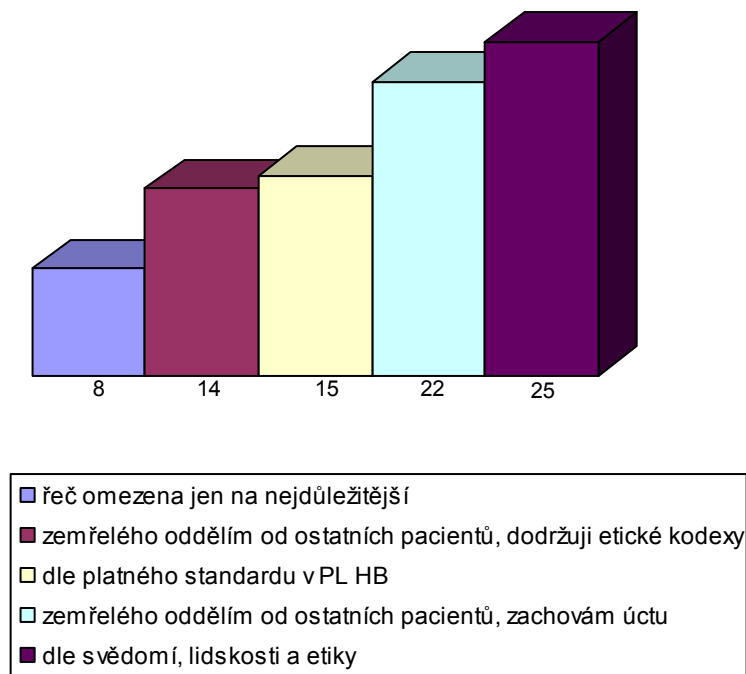
Největší skupinu tvoří respondenti, kteří dosáhli vzdělání na Vyšší zdravotnické škole, v této skupině je jejich počet 39 (46%). Vzdělání na Střední zdravotnické škole, obor asistent nemá nikdo (0%) z dotazovaných respondentů a obor sestra na Střední zdravotnické škole má 30 (36%) respondentů. Specializační program absolvovalo 15 (18%) respondentů a vysokoškolské vzdělání nemá nikdo (0%) z dotazovaných respondentů.

Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví



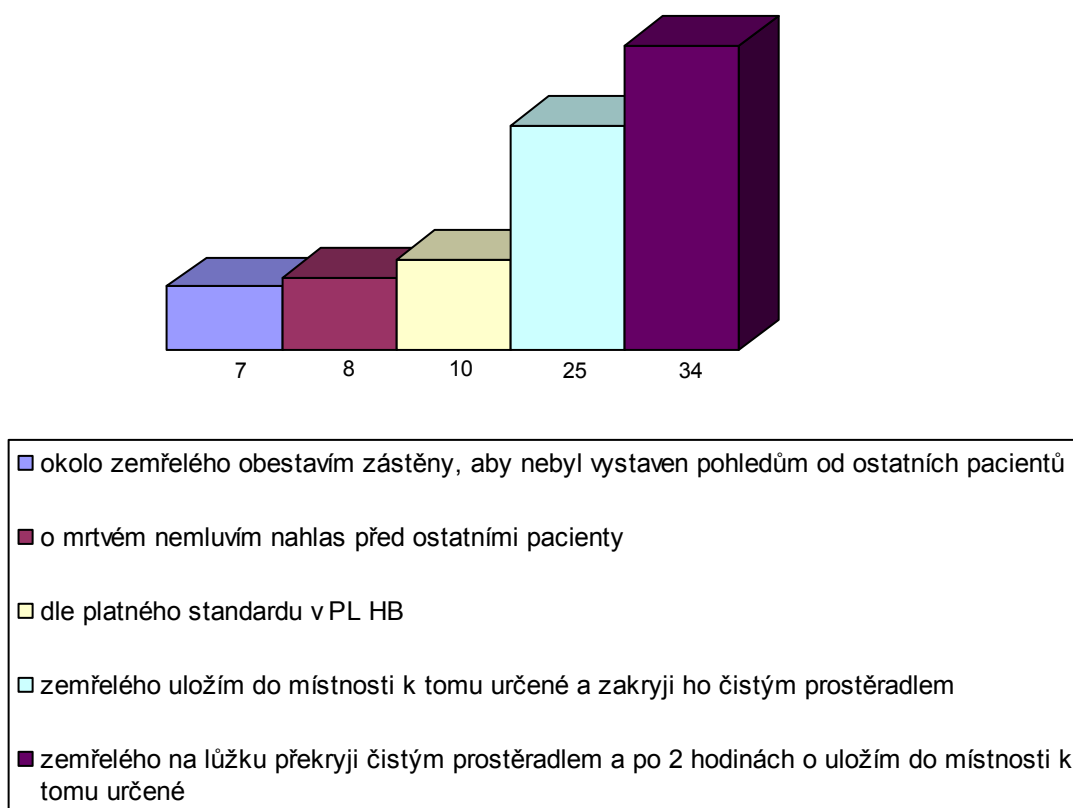
12 (14%) respondentů pracovalo v kategorii méně než 5 let, dále 20 (24%) respondentů v kategorii 5-10 let a 22 (26%) respondentů pracovalo v kategorii 11-15 let. V kategorii 16-20 let praxe ve zdravotnictví pracovalo 20 (24%) respondentů a 10 (12%) respondentů pracovalo ve zdravotnictví nad 20 let.

Graf 5 Dodržování důstojnosti při ošetření mrtvého těla



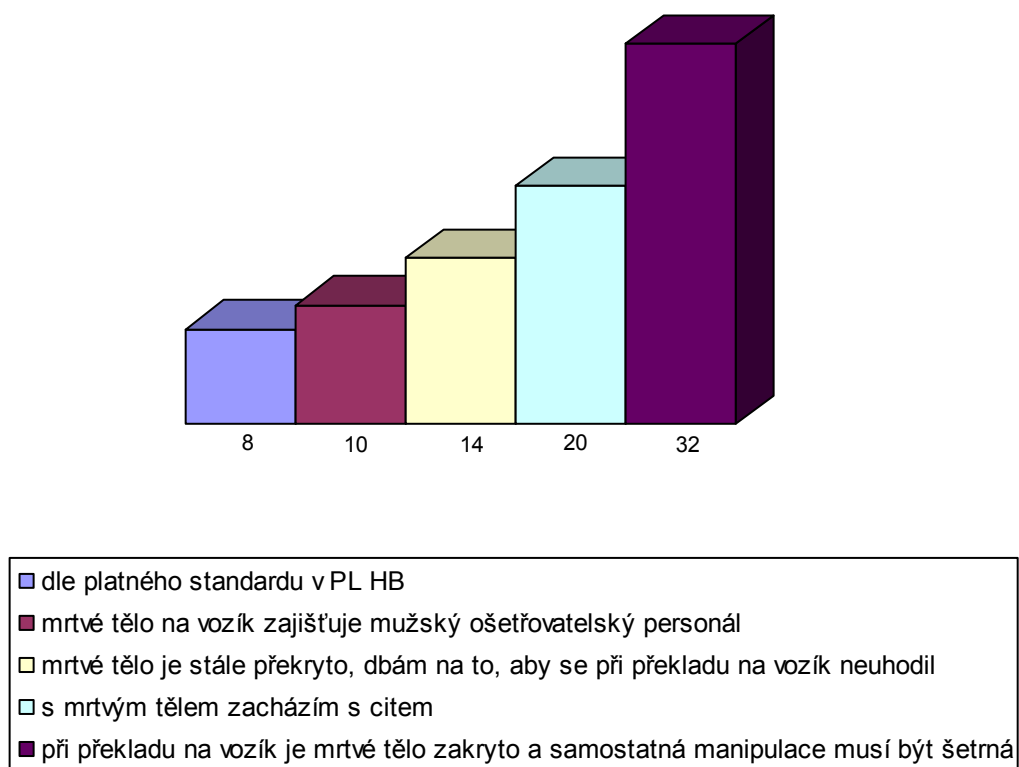
Na otevřenou otázku reagovali respondenti následovně: 8 (10%) respondentů omezí řeč s kolegou či kolegyní jen na nejdůležitější dotazy. 14 (17%) respondentů oddělí zemřelého od ostatních pacientů a dodržují etické kodexy. 15 (18%) respondentů uvedlo: důstojnost při ošetření mrtvého těla dodržují dle platného standardu v Psychiatrické léčebně a 22 (26%) respondentů důstojnost dodržují: zemřelého oddělí od ostatních pacientů a k tomu zachovávají úctu. 25 (29%) respondentů odpovědělo, že důstojnost dodržují dle svědomí, lidskosti a etiky.

Graf 6 Dodržování důstojnosti v době od ošetření mrtvého těla do převozu



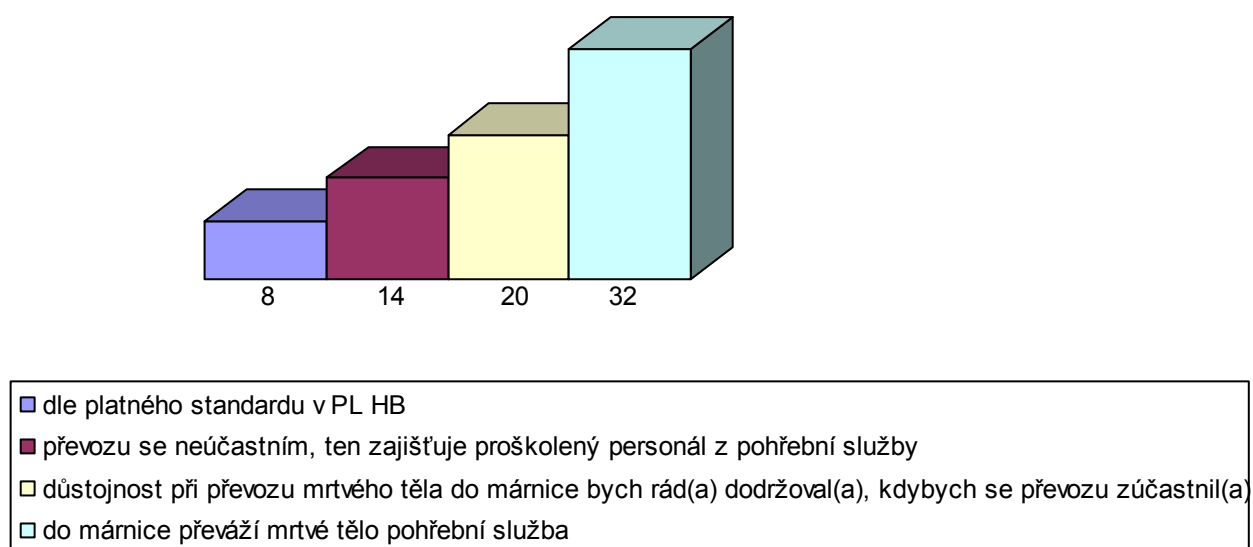
Na tuto otevřenou otázku reagovali respondenti následovně: 7 (8%) respondentů obestaví okolo mrtvého těla zástěny, aby nebyl vystaven pohledům od ostatních pacientů a 8 (10%) respondentů o mrtvém nemluví nahlas před ostatními pacienty. 10 (12%) respondentů dodržuje důstojnost dle platného standardu v Psychiatrické léčebně, 25 (30%) respondentů zemřelého uloží do místnosti k tomu určené a zakryjí ho čistým prostěradlem. 34 (40%) respondentů zemřelého na lůžku překryjí čistým prostěradlem a po 2 hodinách tělo uloží do místnosti k tomu určené.

Graf 7 Dodržování důstojnosti při překladi mrtvého těla na vozík



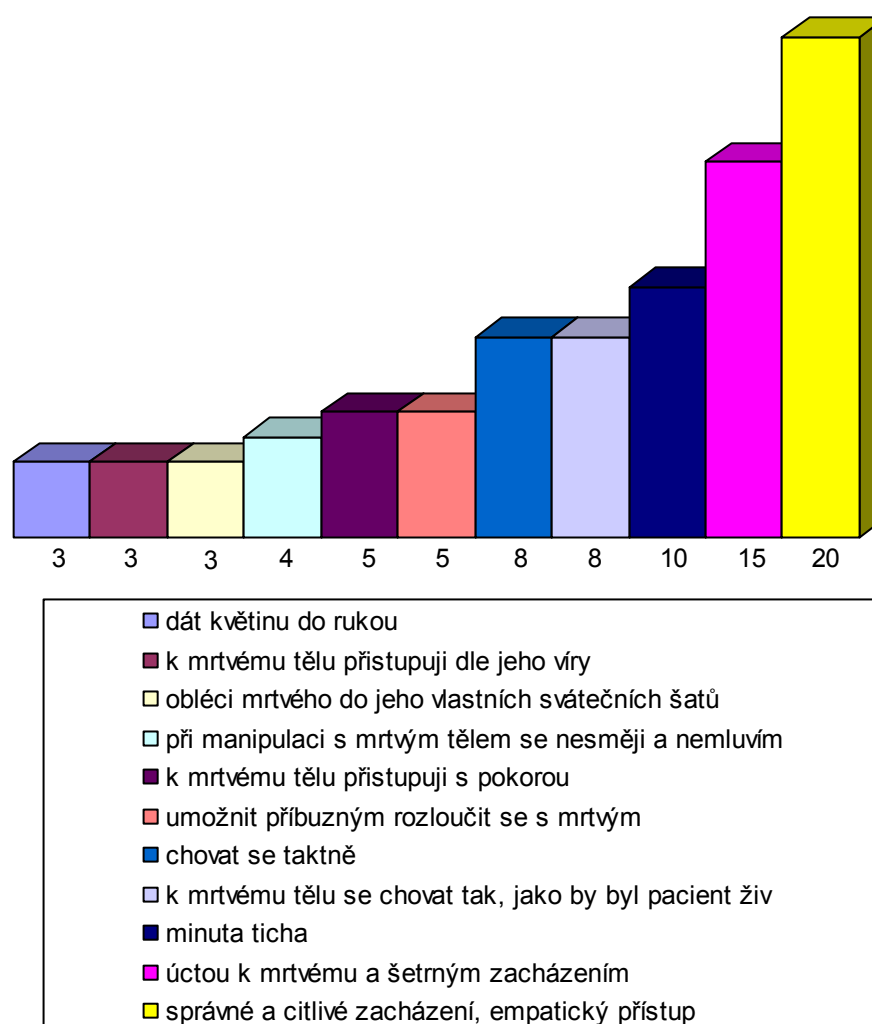
Na otevřenou otázku reagovali respondenti následovně: 8 (10%) respondentů dodržuje důstojnost dle platného standardu v Psychiatrické léčebně. 10 (12%) respondentů uvedlo: mrtvé tělo na vozík zajišťuje mužský ošetrovatelský personál a 14 (17%) respondentů uvedlo, že mrtvé tělo je stále překryto a při překladi na vozík dbají o to, aby se mrtvé tělo někde neuhodilo. 20 (24%) respondentů zachází s mrtvým tělem s citem a dle 32 (37%) respondentů: mrtvé tělo je zakryto a manipulace musí být šetrná.

Graf 8 Dodržování důstojnosti při převozu mrtvého těla do márnice



Na tuto otevřenou otázku reagovali respondenti následovně: 8 (11%) respondentů dodržuje důstojnost dle platného standardu v Psychiatrické léčebně a 14 (19%) respondentů uvedlo: při převozu mrtvého těla do márnice se neúčastním, protože jej zajišťuje proškolený personál z pohřební služby. 20 (27%) respondentů odpovědělo, že důstojnost při převozu mrtvého těla do márnice by rádi dodržovali, kdyby se samotného převozu účastnili a 32 (43%) respondentů uvedlo, že mrtvé tělo do márnice převáží pohřební služba.

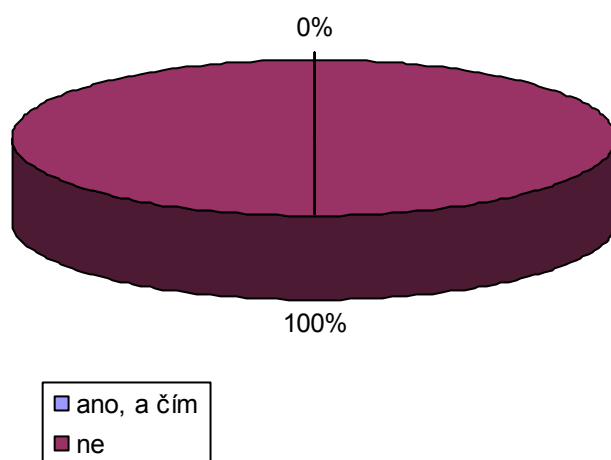
Graf 9 Nejdůstojnější přístup k mrtvému tělu



Květinu do rukou by mrtvému tělu dali 3 (4%) respondenti, 3 (4%) respondenti přistupují k mrtvému tělu dle jeho víry a rovněž 3 (4%) respondenti odpověděli: mrtvý by měl být oděn do svých vlastních svátečních šatů. 4 (5%) respondenti za odpověď zvolili, že při manipulaci s mrtvým tělem se nesmějí a nemluví, 5 (6%) respondentů vyjádří nejdůstojnější přístup tím, že k mrtvému tělu přistupují s pokorou a 5 (6%)

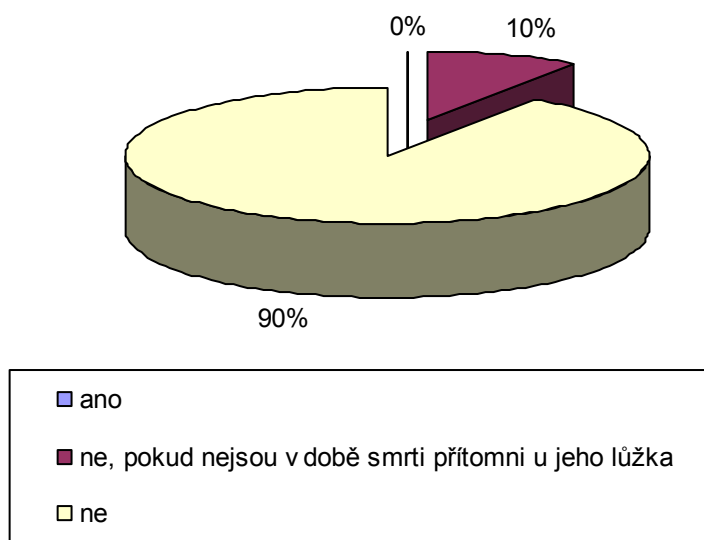
respondentů umožní, aby se příbuzní měli možnost s mrtvým rozloučit. 8 (10%) respondentů uvedlo, že jejich chování je taktní a 8 (10%) respondentů považuje za nejdůstojnější přístup: k mrtvému tělu se chováme tak, jako by byl pacient živ. 10 (11%) respondentů považuje za nejdůstojnější přístup držení minuty ticha, 15 (17%) respondentů odpovědělo úctou a šetrným zacházením a 20 (23%) respondentů odpovědělo správným a citlivým zacházením, empatickým přístupem. Tato otázka byla pro respondenty charakteru otázky otevřené.

Graf 10 Odchylka od standardu při ošetření mrtvého těla



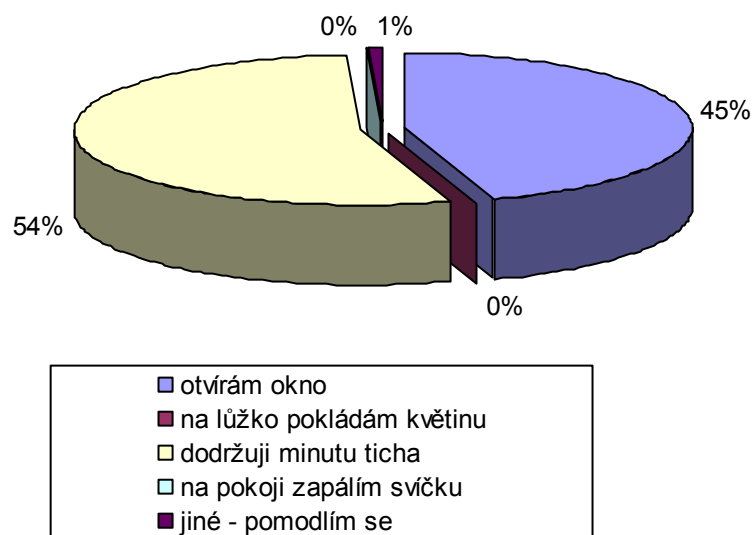
Ošetření mrtvého těla na vlastním oddělení je něčím výjimečným od běžného postupu u standardu odpovědělo všech 84 (100%) respondentů, že ne. Kladnou odpověď zvolilo 0 (0%) respondentů.

Graf 11 Přítomnost příbuzných u lůžka zemřelého



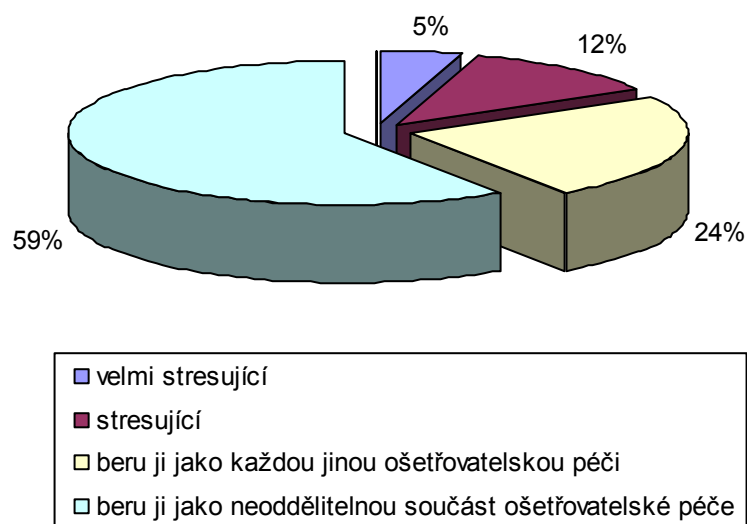
Zda se jedná o běžnou situaci, aby pozůstalí přicházeli k lůžku zemřelého odpovědělo 76 (90%) respondentů, že se o běžný postup nejedná. Za odpověď ano, je to běžné, aby pozůstalí přicházeli k lůžku zemřelého odpovědělo 0 (0%) respondentů. Dalších 8 (10%) respondentů uvedlo, že se nejedná o běžnou situaci, aby pozůstalí přicházeli k lůžku zemřelého, pokud nejsou zrovna přítomni v době smrti u jeho lůžka.

Graf 12 Jiné zvyklosti



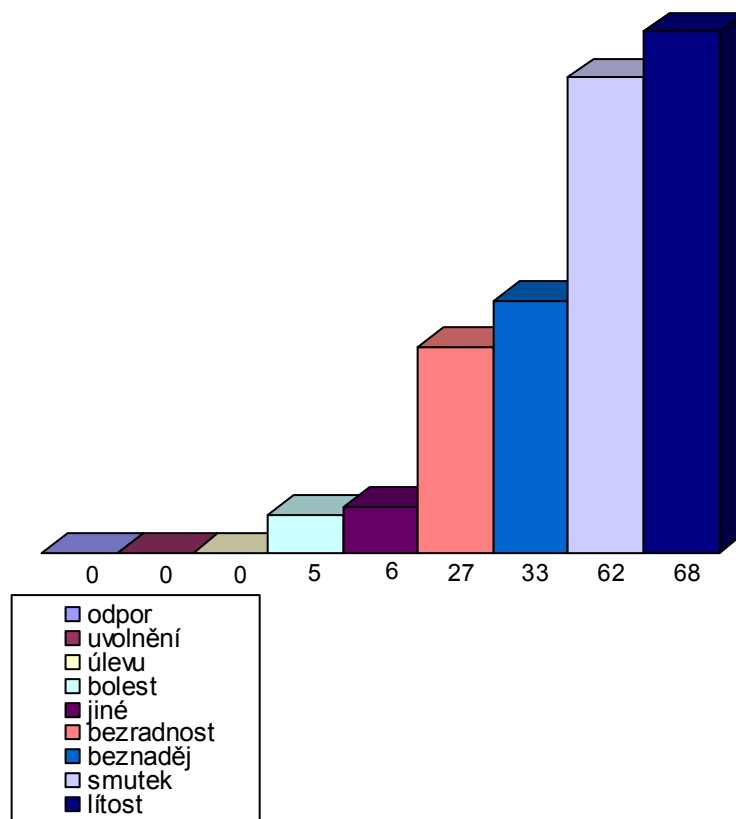
50 (45%) respondentů otvírá okno, co se týče provádění jiných zvyklostí na vlastním oddělení při péči o mrtvé tělo a na lůžko pokládá květinu 0 (0%) respondentů. Na pokoji zapaluje svíčku též 0 (0%) respondentů. Minutu ticha dodržuje 60 (55%) respondentů. Na poslední možnost jiné odpověděl jen jediný (1%) respondent, který uvedl, že při každém kontaktu se smrtí se pomodlí.

Graf 13 Vnímání péče o mrtvé tělo ošetřujícím personálem



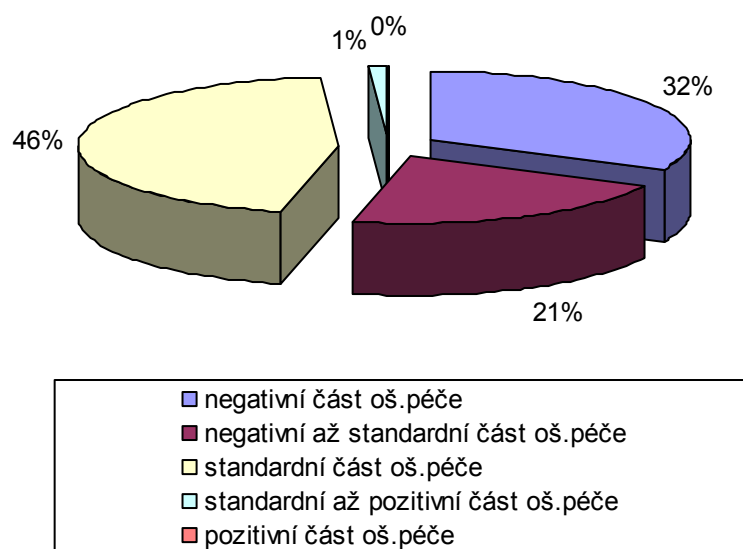
Pro 4 (5%) respondenty je péče o mrtvé tělo velmi stresující, 10 (12%) respondentů uvedlo za odpověď, že tato ošetřovatelská péče je pro ně stresující. 20 (24%) respondentů uvedlo, že péči o mrtvé tělo berou jako každou jinou ošetřovatelskou péči a 50 (59%) respondentů uvedlo za svoji odpověď, tuto péči beru jako neoddělitelnou součást ošetřovatelské péče.

Graf 14 Pocity při manipulaci s mrtvým tělem



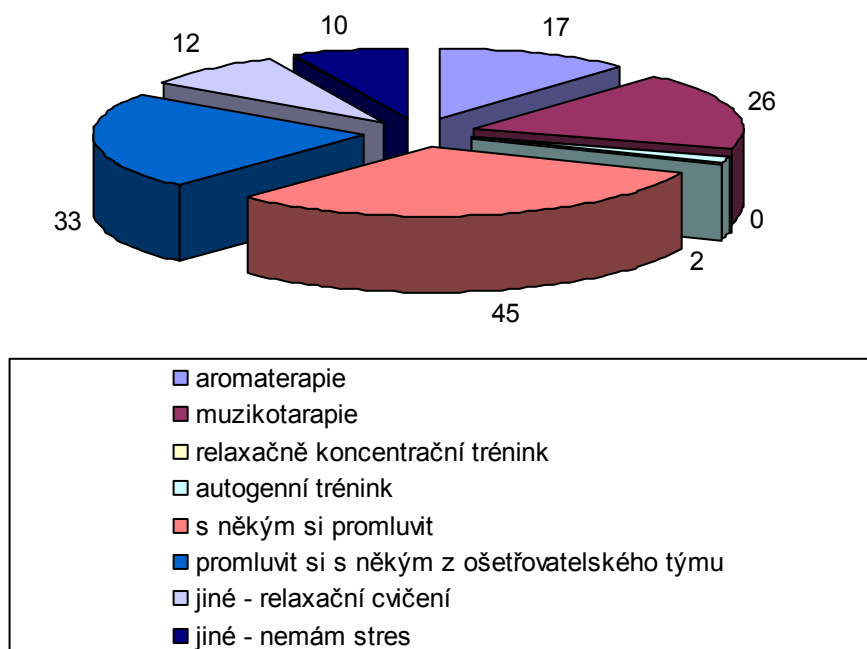
Respondenti uváděli své pocity, co cítí při manipulaci s mrtvým tělem. Odpor při manipulaci nepocítuje žádný (0%) z respondentů, nikdo (0%) z dotazovaných respondentů necítí uvolnění a úlevu nepocítuje ani jeden (0%) z respondentů. 5 (2%) respondentů při manipulaci s mrtvým tělem pocítuje bolest a na možnost jiné odpovědělo celkem 6 (3%) respondentů, pět z nich odpovědělo, že záleží také na celkovém stavu a typu onemocnění u konkrétního pacienta a tak někdy může být smrt chápána i jako vysvobození a jeden z nich uvedl: „Jedná se o koloběh života, možnost nového zrození“. Bezradnost mívá 27 (13%) respondentů, 33 (16%) respondentů při této manipulaci pocítuje beznaděj. Smutek byla, co se týče respondentů druhá nejčastější odpověď, tuto možnost zvolilo 62 (31%) respondentů. Nejvíce respondenti pocítují lítost, tak odpovědělo 68 (35%) z nich.

Graf 15 Péče o mrtvé tělo je pro mne



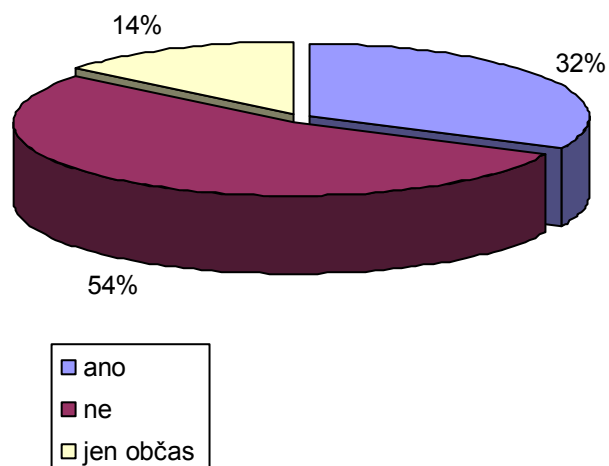
27 (32%) respondentů vyjádřilo, že péče o mrtvé tělo pro ně představuje negativní část ošetrovatelské péče, 18 (21%) respondentů znázornilo na škále rozmezí mezi negativní částí ošetrovatelské péče a standardní částí ošetrovatelské péče (norma). Za standardní část ošetrovatelské péče o mrtvé tělo považuje 38 (46%) dotázaných respondentů. Pouze jeden (1%) jediný respondent znázornil na škále rozmezí mezi standardní ošetrovatelskou péčí (norma) a pozitivní ošetrovatelskou péčí. V případě pozitivní odpovědi ano, či spíše ano se měl respondent vyjádřit. A tento jediný respondent uvedl: „Smrt nemusí znamenat to nejhorší, co když je tím nejlepším? Avšak netuším, co je dobré a co špatné. Kde se nalézá ona hranice? Kdo určuje, co je dobro a co zlo?“. Péči o mrtvé tělo nikdo (0%) z respondentů nepovažuje za pozitivní součást ošetrovatelské péče. O jakou část ošetrovatelské péče se jedná, to mohli respondenti znázornit na uvedené škále. A to zaškrtnutím v rozmezí od negativní části přes standardní část až po pozitivní část ošetrovatelské péče.

Graf 16 Možnosti zvládání stresu



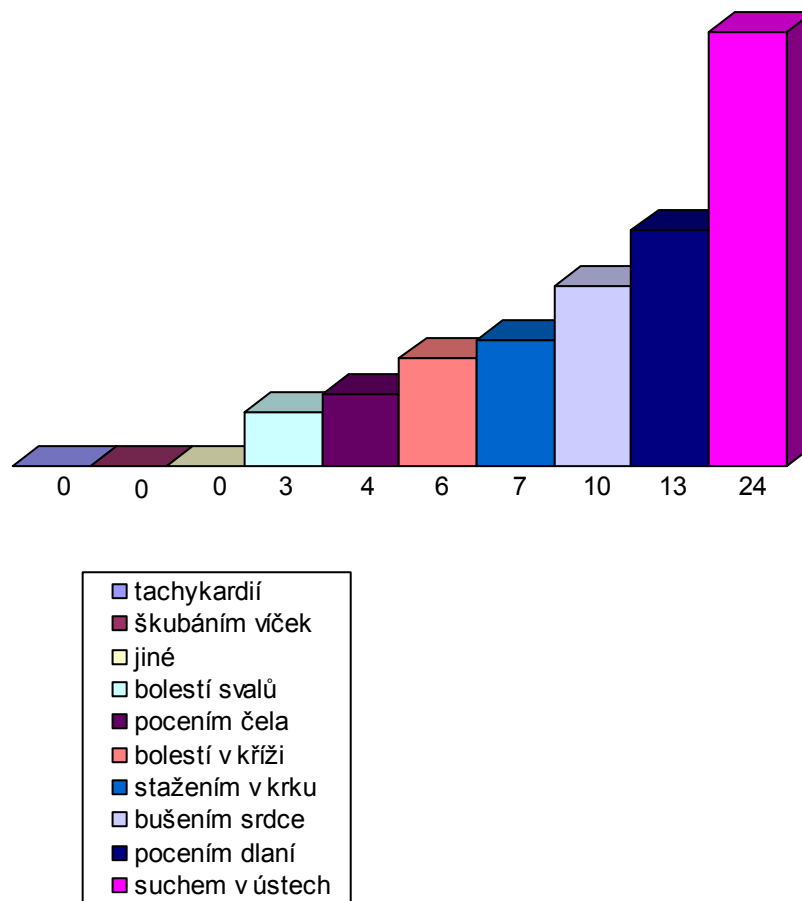
Při stresu, který může být následkem péče o mrtvé tělo mi nejvíce pomáhá „jen tak si s někým promluvit“, uvedlo 45 (31%) respondentů, 33 (23%) respondentů odpovědělo, že jim pomůže promluvit si s někým z ošetrovatelského týmu. 12 (8%) respondentů uvedlo, že při výskytu stresu jim pomáhá relaxační cvičení a 10 (7%) respondentů uvedlo, že stres se u nich nevyskytuje. Aromaterapie pomáhá při stresu 17 (12%) respondentům, muzikoterapie pomáhá 26 (18%) respondentům. Relaxačně koncentrační trénink nepraktikuje nikdo (0%) z dotázaných respondentů a autogenní trénink využívají 2 (1%) respondenti. Při této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně.

Graf 17 Potíže somatického rázu



45 (54%) respondentů říká, že potíže somatického rázu se u nich neprojevují. „Jen občas se u mne“ tyto potíže somatického rázu projevují se vyjádřilo 12 (14%) respondentů. 27 (32%) respondentů odpovědělo, že se u nich potíže somatického rázu, které souvisejí s péčí o mrtvé tělo projevují.

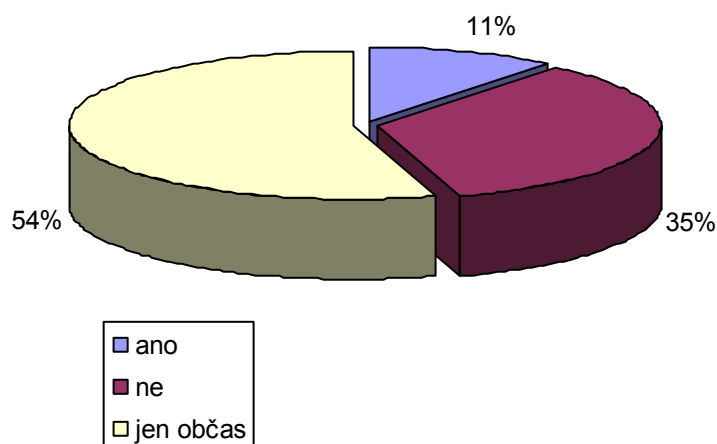
Graf 18 Projevy somatických potíží



Zde odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na předchozí otázku (č.17) zněla ano, potíže somatické rázu se u mne projevují nebo ti, jejichž odpověď zněla, tyto potíže se u mne vyskytují, ale jen občas. Tachykardie, škubání víček se nevyskytuje u žádného (0%) respondenta. Možnost odpovědi „jiné“ somatické potíže, které nebyly uvedeny, tuto odpověď neuvedl ani jeden (0%) respondent. 3 (4%) respondenti si stěžují na bolesti svalů a 4 (6%) respondenti si stěžuje na pocení čela, jako následek somatických potíží. Bolest v kříži uvedlo 6 (9%) respondentů a s pocitem stažením v krku má potíže 7 (10%) dotázaných respondentů. 10 (15%) respondentů uvedlo, že

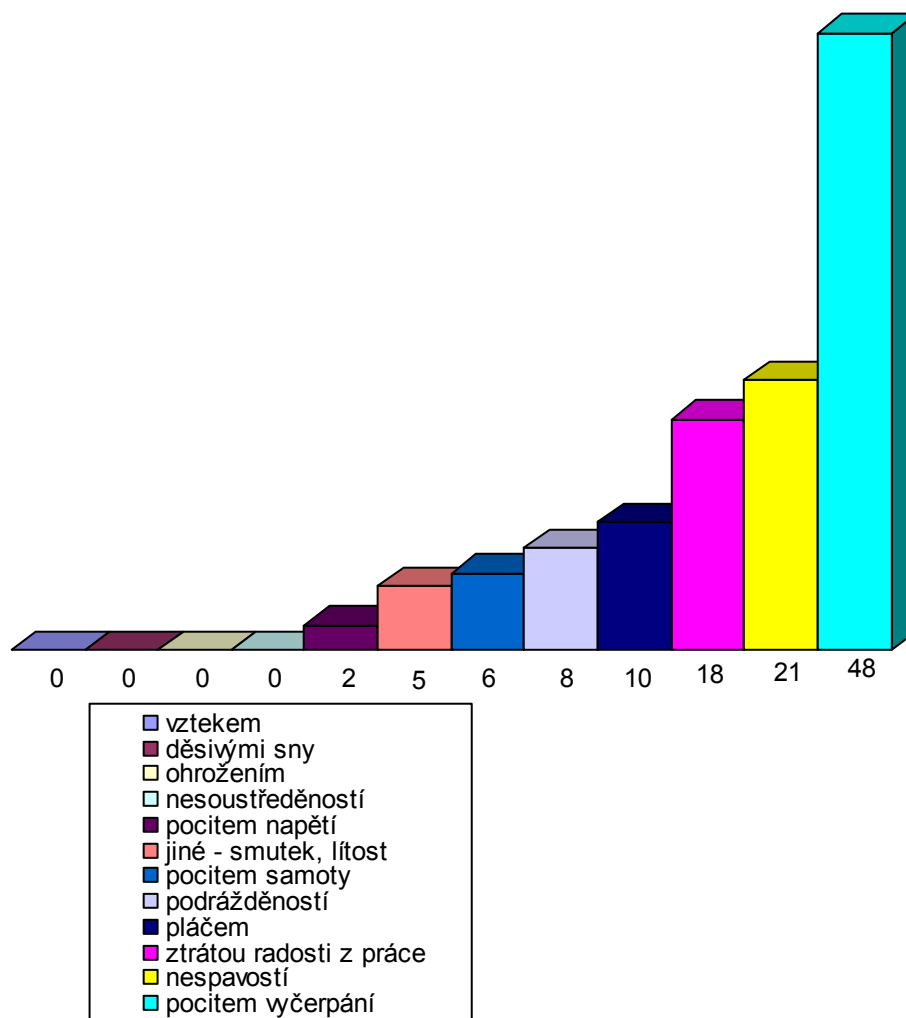
somatické potíže se u nich projevují bušením srdce, 13 (19%) respondentů se setkává s pocením dlaní a sucho v ústech sužuje 24 (37%) respondentů. Při této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně.

Graf 19 Potíže psychického rázu



Potíže psychického rázu jako následek péče o mrtvé tělo odpovědělo pozitivně 9 (11%) dotázaných respondentů. 29 (35%) respondentů uvedlo, že tyto potíže se u nich neprojevují a 46 (54%) respondentů odpovědělo, že potíže psychického rázu se u nich projevují, ale jen občas.

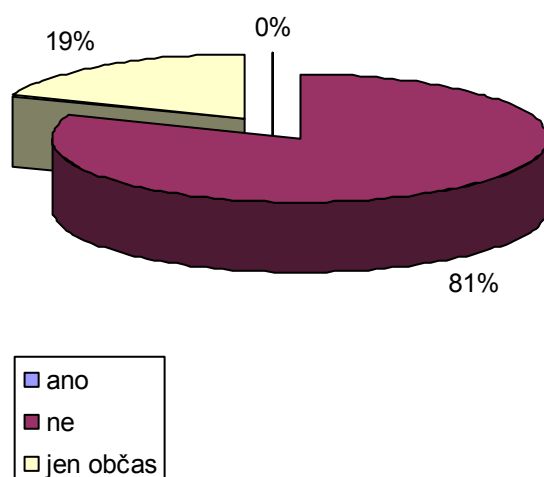
Graf 20 Projevy psychických potíží



Zde odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na předchozí otázku (č.19) zněla ano, potíže psychického rázu se u mne projevují nebo ti, jejichž odpověď zněla, tyto potíže se u mne vyskytují, ale jen občas. Vztek nepocituje nikdo (0%) z dotázaných respondentů a děsivé sny naštěstí netrápí žádného (0%) z respondentů. Pocit ohrožení se neobjevuje u žádného (0%) z respondentů a nesoustředěností netrpí žádný (0%) z dotázaných respondentů. 2 (2%) respondenti mají pocit napětí a do odpovědi „jiné“ uvedlo 5 (4%) respondentů, že psychické potíže se u nich projevují smutkem a lítostí.

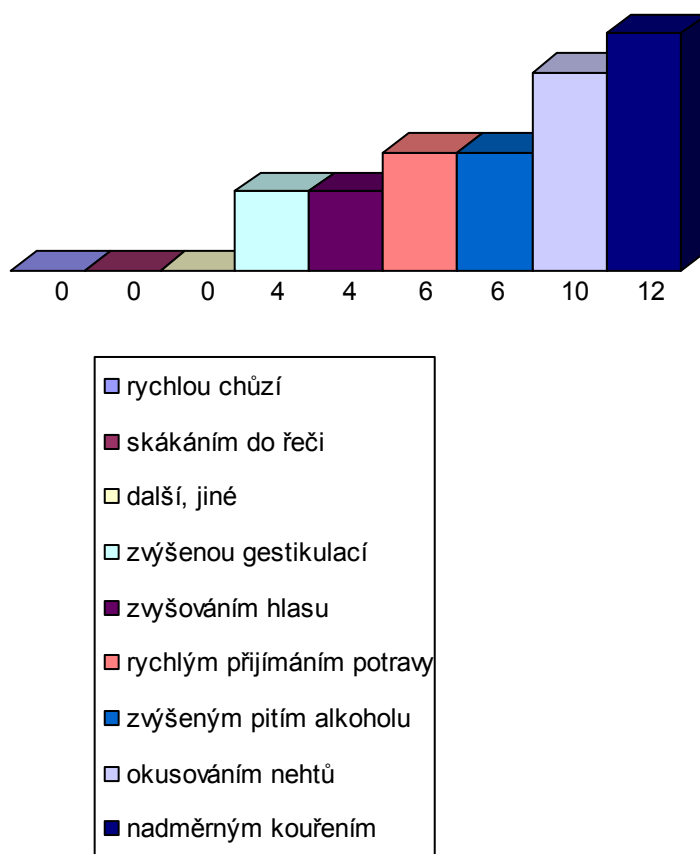
Pocit samoty vnímá 6 (5%) dotázaných respondentů, podrážděnost vnímá 8 (7%) respondentů. Pláč jako následek psychických potíží trápí 10 (8%) respondentů a ztráta radosti z práce trápí až 18 (15%) dotázaných respondentů. 21 (18%) respondentů trpí nespavostí a 48 (41%) respondentů na sobě pocítuje pocit vyčerpání. Při této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně.

Graf 21 Potíže se změnou v chování



68 (81%) respondentů nezaznamenalo na sobě potíže, které jsou spojené se změnou v chování, jako následek ošetrovatelské péče o mrtvé tělo. Jen občas tyto potíže registruji, uvedlo 16 (19%) respondentů. Na odpověď ano, tyto potíže se u mne vyskytují, tuto odpověď neuvedl ani jeden (0%) z dotazovaných respondentů.

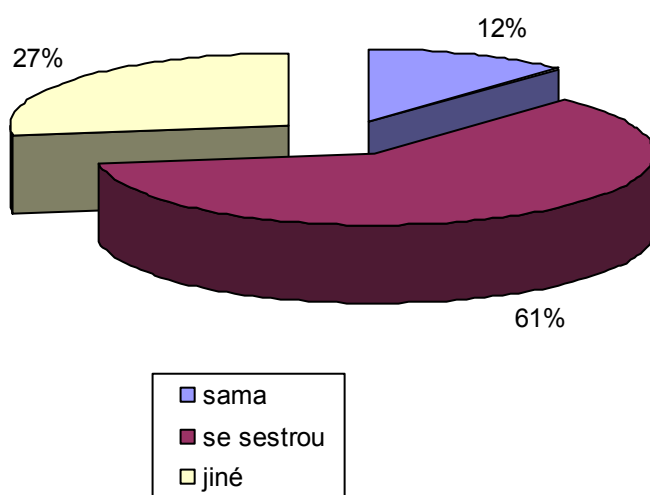
Graf 22 Projevy potíží se změnou chování



Zde odpovídali pouze ti respondenti, jejichž odpověď na předchozí otázku (č.21) zněla ano, potíže spojené se změnou v chování se u mne projevují, nebo ti, jejichž odpověď byla, tyto potíže se u mne vyskytují, ale jen občas. Rychlou chůzi jako následek péče o mrtvé tělo neuvedl ani jeden (0%) z dotazovaných respondentů a se skákáním do řeči nemá problém nikdo (0%) z respondentů. Možnost jiné nevyužil nikdo (0%) z dotázaných respondentů. Zvýšenou gestikulaci u sebe pozorují 4 (10%) respondenti a zvyšování hlasu se objevuje též u 4 (10%) respondentů. Mezi další potíže, které jsou

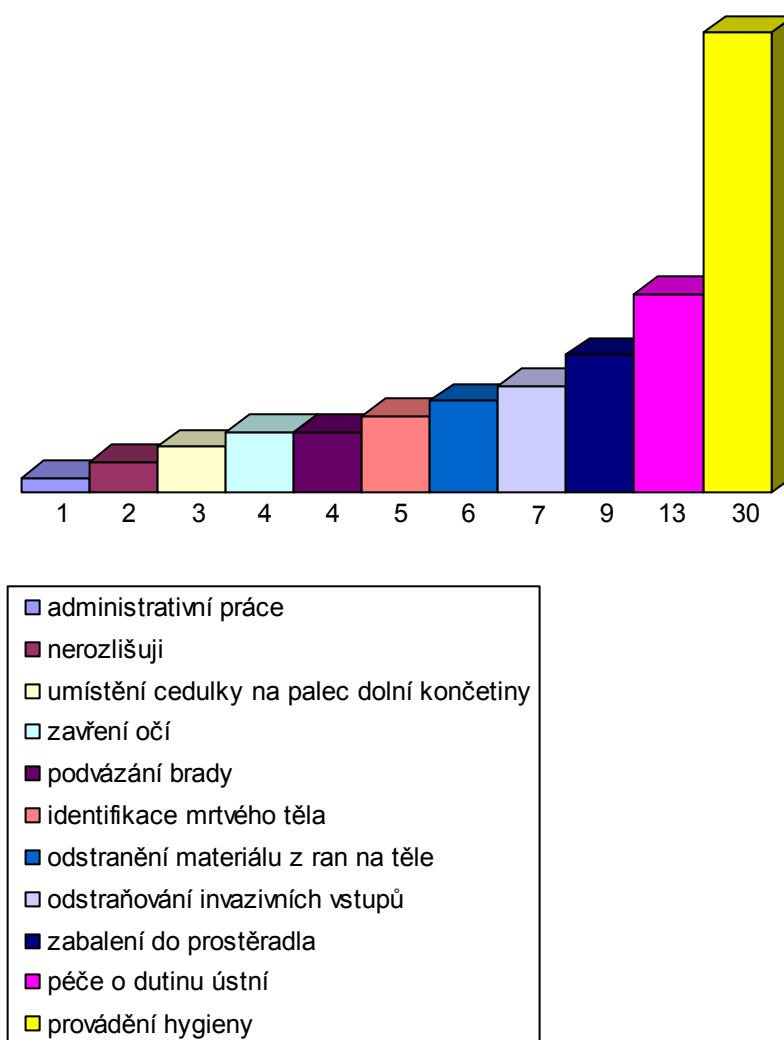
spojeny se změnou v chování patří i rychlé přijímání potravy, tuto odpověď zvolilo 6 (14%) respondentů a také 6 (14%) respondentů uvedlo, zvýšené pití alkoholu. Okusování nehtů trápí až 10 (24%) respondentů a nadměrné kouření trápí 12 (28%) dotázaných respondentů. Při této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně.

Graf 23 Vykonávání péče o mrtvé tělo



51 (61%) respondentů uvedlo za svoji odpověď, že péči o mrtvé tělo vykonávají současně ještě s jednou zdravotní sestrou. 10 (12%) respondentů odpovědělo, že tuto náročnou práci vykonávají zásadně sami a 23 (27%) z dotázaných respondentů zvolilo možnost jiné, kde za svoji odpověď uvedli, že s péčí o mrtvé tělo jim pomáhá sanitář či sanitářka.

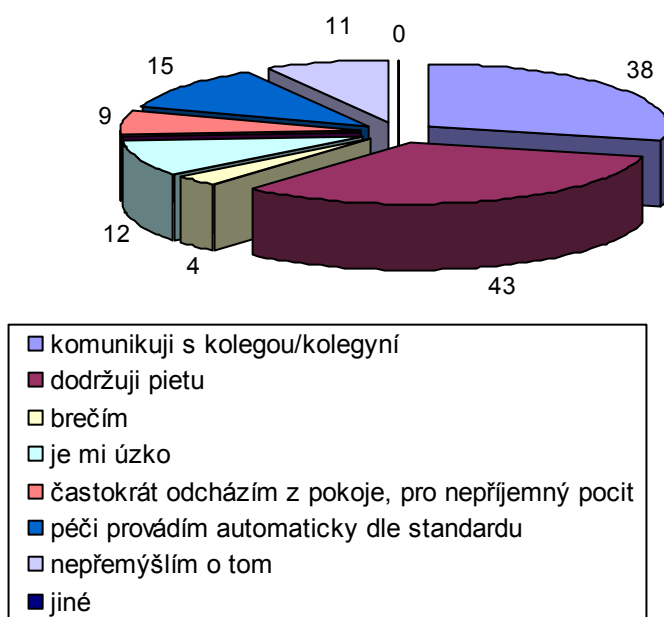
Graf 24 Nejtěžší část ošetrovatelské péče o mrtvé tělo



Za nejtěžší část z ošetrovatelské péče o mrtvé tělo považují respondenti v této otevřené otázce takto: Jeden (1%) jediný respondent uvedl administrativní práci, přípravu všech potřebných tiskopisů a jen 2 (2%) respondenti péči o mrtvé tělo nijak nerozlišují. 3 (4%) respondenti uvedli za nejtěžší umístění cedulky na palec dolní končetiny. 4 (5%) respondenti neradi podvazují bradu a zavření očí je pro 4 (5%) dotazované respondenty

ta nejtěžší prací, která jen může souviset s péčí o mrtvé tělo. Pro 5 (6%) respondentů je nejtěžší provést identifikaci mrtvého těla (popsat mrtvé tělo) a 6 (7%) respondentů odpovědělo, že odstraňování materiálu z ran na těle je pro ně tou nejhorší z částí péče o mrtvé tělo. 7 (8%) respondentů nerado odstraňuje jakékoliv invazivní vstupy z mrtvého těla a 9 (11%) respondentů uvádí, zabalení mrtvého těla do prostěradla. Pro 13 (15%) respondentů je zase nejtěžší péče o dutinu ústní, vyjmutí zubní protézy. Za nejtěžší část z ošetrovatelské péče o mrtvé tělo je pro respondenty provádění hygieny, tak odpovědělo 30 (36%) respondentů.

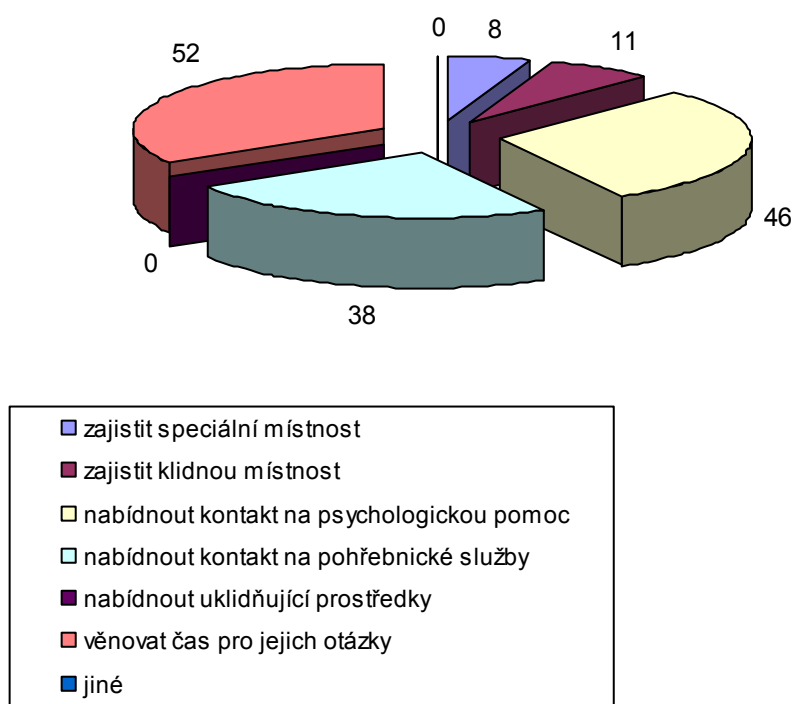
Graf 25 Pocity a úkony při péči o mrtvé tělo



Při ošetrovatelské péči o mrtvé tělo nejvíce respondentů a to v celkovém počtu 43 (33%) dodržuje za všech okolností pietu. 38 (29%) respondentů komunikuje během této

péče s kolegou či kolegyní a možnost jiné, nezvolil nikdo (0%) z dotazovaných respondentů. 11 (8%) respondentů uvedlo, že během péče o mrtvé tělo o ničem nepřemýšlí a dalších 15 (11%) respondentů odpovědělo, že péči o mrtvé tělo provádí automaticky dle standardu. 9 (7%) dotazovaných respondentů musí během této péče odejít z pokoje, jelikož je sužuje nepříjemný pocit, 12 (9%) respondentů pociťují během této ošetrovatelské péče úzkost. V průběhu péče o mrtvé tělo trápí 4 (3%) respondenty pláč. Při této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně.

Graf 26 Pomoc pro pozůstalé



Respondenti zde měli uvést, jak pozůstalým mohou pomoci. I zde, v této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí současně. 52 (33%) respondentů zvolilo za odpověď,

že nejvíce se pozůstalým snaží pomoci, tím že věnují dostatek času a prostoru na zodpovězení jejich otázek. Na možnost jiné nezodpověděl ani jeden (0%) z dotazovaných respondentů. 8 (5%) respondentů uvedlo, za svoji odpověď, že pozůstalým se snaží zajistit speciální místnost a 11 (7%) respondentů uvedlo, že pozůstalým zajistí klidnou místnost. Kontakt na psychologickou pomoc nabídne pozůstalým 46 (30%) respondentů a 38 (25%) respondentů nabídne pozůstalým možnost kontaktu na pohřebnické služby. Uklidňující prostředky pro pozůstalé nenabízí ani jeden (0%) z dotazovaných respondentů.

5 Diskuze

Pro ověření hypotéz byly ošetrovatelskému personálu rozdány dotazníky, kde vyplnění tohoto dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Dotazník, byl určený pro získání poznatků u ošetrovatelského personálu, jak vnímají ošetrovatelskou péči o mrtvé tělo a jaké pocity vnímají v průběhu této péče. Kromě identifikačních a cílených otázek, obsahoval dotazník i otázky otevřené. Výsledek ukázal u respondentů značnou převahu ženského personálu v Psychiatrické léčebně, oproti mužskému personálu (viz graf 2). Otázkou zůstává, proč zde pracuje více ženského personálu oproti mužskému. Domnívám se, že sesterská profese je v dnešní době přefeminizována. Jedná se o velice náročné povolání, které je i bohužel nedostatečně finančně ohodnocené, a tak muži častokrát volí jiné zaměstnání. Co se týče délky praxe a věku u respondentů, největší zastoupení zde měla skupina s délkou praxí 11-15 let (viz graf 4) a nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věkové kategorii 31-40 let (viz graf 1). Myslím si, že nejpočetnější skupinu, která zde pracuje tvoří ženy po mateřské dovolené, jelikož jsou schopny zvládat již větší nápor a mají i více zkušeností. U dotazovaných respondentů jednoznačně převažuje vzdělání, které absolvovali na vyšší zdravotnické škole (viz graf 3). Z dotazovaných respondentů nikdo neabsolvoval vzdělání na vysoké škole. Důvodem je, že dříve nebylo jiné vzdělání nabízeno. Zdravotní sestry mohly studovat pouze na střední či vyšší zdravotnické škole a v průběhu zaměstnání si mohly pouze dodělat specializační program, který byl zaměřený na jejich druh praxe, kterou vykonávají.

Dále bylo zjišťováno, jak daná skupina dodržuje důstojnost a empatii při péči o mrtvé tělo (viz graf 5, 6, 7, 8). Zde se potvrzují hypotézy, které byly stanoveny. Etický přístup a důstojnost dodržují všichni z dotazovaných respondentů a to v době od úmrtí pacienta až po předání těla proškoleným pracovníkům z anatomického pracoviště (3).

Další otázky byly zaměřeny na pocity ošetrovatelského personálu, které se setkávají se smrtí tváří v tvář u svých pacientů. Pro ošetrovatelský personál je péče s umírajícími a následně i kontakt se smrtí velice stresující záležitostí. Právě oni jsou

denně v kontaktu se smrtí, a tak se nemůžeme divit, že se občas u ošetrovatelského personálu nějaké ty potíže vyskytují. Vždyť od sester se vždy a za každých okolností očekává vysoká odbornost, profesionální zralost a empatie. 27% respondentů uvedlo, že se u nich potíže somatického rázu projevují a u 14% respondentů se tyto potíže vyskytují jen občas, a to zrovna není zanedbatelné procento (viz graf 17). Co se týče psychických potíží, ty trápí 11% respondentů a u 54% se tyto potíže vyskytují jen občas (viz graf 19). A potíže, které se nějak projevují se změnou v chování se vyskytují u 19% dotázaných respondentů (viz graf 21). Otázkou však zůstává, jak sestřím pomoci, co jim doporučit (3).

Několik respondentů uvedlo, že pokud se během své směny setkají se smrtí, tak si večer nějakou tu sklenku alkoholu dají a rádi si o tom i s někým pohovoří, tak se prý u nich eliminuje pocit vyčerpání, který může být i předstupeň syndromu vyhoření. S nadměrným kouřením se potýká až 28% dotázaných respondentů. Otevřenou otázkou také ještě zůstává zda věk, pohlaví a vzdělání může nějak souviset s dalšími pocity úzkosti a vyčerpání. Tato studie zůstane zatím bez výsledku. Bylo by vhodné tento výzkum zrealizovat.

Komunikace s pozůstalými patří též k nelehkým úkolům v profesi sestry. Vyžaduje velkou dávku profesionality a empatie. I dle literatury by jsme si měli na komunikaci s pozůstalými vyhradit dostatek času a pro rozhovor nalézt klidné a nerušené prostředí (viz kapitola 1.6.1). Pokud nás během rozhoru s pozůstalými nic nenapadá, jak jim zrovna nyní pomoci, jak je utěšit, za nejvhodnější variantu se uvádí jednoduše jim naslouchat (13). Velice milé bylo zjištění, že sestry se kontaktu s pozůstalými nevyhýbají, ba naopak se jim snaží poskytnout různé možnosti, jak tuto nelehkou situaci zvládnout (viz graf 26). Dotazovaní respondenti v dotazníku uvedli, že pozůstalým věnují čas pro zodpovězení jejich otázek a to ve 33%, ve 30% nabízejí kontakty na psychologa a v 25% nabízejí kontakt na pohřebnické služby.

Zajímavé bylo zjištění, že více než polovina dotázaných respondentů, při péči o mrtvé tělo automaticky otvírá okno a drží i minutu ticha. I když tyto úkony nejsou součástí platného standardu v Psychiatrické léčebně (viz příloha č. 2), je to však milé

zjištění. Oproti péči, která je poskytována v Hospici jsme stále však ještě pozadu (17). Tato speciální zařízení, která nabízí své služby pacientům v terminálním stádiu, má při kontaktu se smrtí celou řadu tradic, jak uvádí MUDr. Svatošová. Pozůstalí se mohou v klidu a nerušeně rozloučit se zemřelým v místnosti k tomu určené a také zde mohou zapálit i svíčky, jako vzpomínku na milovaného člověka, kterého bohužel ztratili. Ani pozůstalí nejsou opomenuti. Ztráta blízkého a milovaného člověka pro ně představuje těžkou životní situaci a pracovníci v Hospici jim dlouhodobě poskytují psychologickou pomoc, jak se s touto nově vzniklou situací mají vyrovnat a jak znovu najít smysl života (4, 17).

Z výsledků vyplývá, že v Psychiatrické léčebně zatím není běžné, aby pozůstalí přicházeli k lůžku zemřelého, výjimkou však je, pokud jsou příbuzní v době umírání a smrti přítomni u lůžka svého nejbližšího (graf 11). Otázkou však zůstává proč to tak je. Nejsou vhodné prostory nebo sami pozůstalí ještě nejsou tak silní, aby byli se svým nejbližším v jeho poslední hodině? I odborná literatura uvádí, že většina příbuzných, která ač svého nejbližšího miluje, nedokáže přijmout skutečnost, že se blíží jeho konec (4, 7).

I dnes v 21. století stále mnoho lidí umírá v nemocnicích. Průzkum ukázal, že přes 70% ze všech úmrtí v České republice nastává v nejrůznějších zdravotnických zařízeních (26). Péče o umírající a následně i kontakt se smrtí patří k nejnáročnějším úkonům v profesi sestry a to po stránce psychické i fyzické. Během tohoto období sestra zastupuje roli nejen ošetřovatelky či pečovatelky ale mnohdy zastupuje roli i samotné rodiny. I zde sestry prokázaly čest svému povolání a ve 33% vždy a za všech okolností dodržují pietu při péči o zemřelé tělo. Při samotné péči se dotazovaní respondenti nesmějí, nemluví a za všech okolností se chovají taktně (viz graf 9).

V 9% sestry pocítují úzkost, což vzhledem k této náročné péči není nic zvláštního (viz graf 25). Zde také uvádím možnosti, které by mohly pocit úzkosti, eliminovat. Jedná se o muzikoterapii, aromaterapii, autogenní trénink či si jen tak promluvit s někým blízkým. Dotazovaní respondenti nejčastěji využívají metodu komunikace – s někým si promluvit (viz graf 25). A další způsoby a metody, jak lze

odstranit úzkost či stres, odkazují na literaturu Křivohlavého a Pečenkové (11).

Přestože literatura uvádí, že péče o mrtvé tělo je pro ošetrovatelský personál stresující záležitostí, sestry ji vnímají jako neoddělitelnou (7). Proto se jedna otázka věnovala, i této problematice, co ošetrovatelskému personálu při stresu pomáhá? 31% respondentů uvedlo, že jim stačí si „jen tak s někým promluvit“. Nejčastěji se jedná o nejlepší kamarádky, kterým se mohou se vším svěřit (viz graf 16). Výzkum, který proběhl v Psychiatrické léčebně uvádí, že ošetřující personál vnímá ošetrovatelskou péči o mrtvé tělo jako neoddělitelnou součást ošetrovatelské péče, a to v 59%. A jen pro 5% respondentů je tato ošetrovatelská péče velmi stresující a 12% dotázaných respondentů ji považuje za stresující (viz graf 13). Za pozitivní příspěvek beru to, ačkoliv literatura uvádí, že péče o mrtvé tělo je pro sestry stresující záležitostí, k čemuž se přikláním i sama, tak dotazovaní respondenti z Psychiatrické léčebny tuto péči berou jako neoddělitelnou součást ošetrovatelské péče. Zde se uplatňuje holistická teorie, kde člověk je chápán jako celek (16).

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že ošetrovatelský personál v Psychiatrické léčebně vykonává péči o mrtvé tělo vždy současně ještě s jednou sestrou a to v 61% a jen 12% sester vykonává tuto náročnou péči samostatně (viz graf 23). Otázkou, však zůstává, která ze skupin sester je více ohrožená psychickými, somatickými potížemi či až syndromem vyhoření. Jestli ta, která pracuje společně s kolegyní nebo ta, která péči vykonává sama. Já osobně si myslím, že to je ta sestra, která pracuje samotně než ta, která se o tuto nelehkou péči může s někým podělit. Ke zjištění těchto faktů, by se musela provést nová studie.

Péče o mrtvé tělo není jen příprava dokumentace a potřebných formulářů, ale vyžaduje lidskost a empatii. I po smrti by mělo být se zemřelým zacházeno důstojně. Vždyť moderní ošetrovatelství nás stále vede k hlubšímu zamyšlení a možnosti zkvalitňování etického přístupu a tak vyjadřování důstojnosti k zemřelému. Respondenti také měli v jedné otevřené otázce uvést, jak se podle nich vyjádří nejdůstojnější přístup k mrtvému tělu. 23% respondentů shodně uvedlo, že s mrtvým tělem by se mělo správně a citlivě zacházet, druhá nejpočetnější skupina uvedla, že k mrtvému tělu se má

přístupovat s úctou a šetrným zacházením, tak odpovědělo 17% respondentů (viz graf 9). Výsledky z grafu č. 9 ukazují, že respondenti považují za nejdůstojnější přístup k mrtvému tělu jednoznačně empatický přístup, objevily se zde i odpovědi typu: Zemřelého by jsme oblékli do jeho vlastních svátečních šatů či mu jen tak do rukou vložili květinu. I když se tyto úkony běžně v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě neprovádějí, respondenti to považují za důstojný přístup k zemřelému a tyto úkony by rádi prováděli. Tyto výsledky se shodují i s odbornou literaturou (4).

Pro získání potřebných informací, byla pro respondenty připravená hodnotící škála, na které měli znázornit, co pro ně samotné znamená péče o mrtvé tělo. Zda ji vnímají jako negativní, standardní či pozitivní část ošetrovatelské péče. Zde se potvrdila i moje hypotéza, kterou jsem si stanovila: Manipulaci s mrtvým tělem sestry nevnímají jako pozitivní součást ošetrovatelské péče. Nikdo z dotazovaných respondentů nevnímá péči o mrtvé tělo jako pozitivní součást ošetrovatelské péče, pouze jeden jediný respondent znázornil na škále rozmezí mezi standardní ošetrovatelskou péčí a pozitivní ošetrovatelskou péčí (viz graf 15).

Pocity, jaké prožívá ošetrovatelský personál při manipulaci s mrtvým tělem jsou znázorněny v grafu 14. Respondenti během péče o mrtvé tělo nejvíce pociťují lítost a to v 35% a smutek pociťuje 31% dotázaných respondentů. Každý z nás prožívá kontakt se smrtí odlišně a u každého z nás vyvolá i jiné pocity. Zde si myslím hraje i důležitou roli věk a délka praxe, jak jsem již zmínila na začátku hodnocení. Vždyť zcela ten první kontakt se smrtí je pro nás úplně něčím novým. Ošetrovatelskému personálu bych nabídla, jak již bylo řečeno, nějakou vhodnou metodu jakou je třeba muzikoterapie, relaxačně koncentrační trénink nebo si jen tak s někým pohovořit a doporučila bych i literaturu (11). Dlouhodobý stres může mít za následek řadu negativních příčin, z jednou z nich může být i ztráta radosti z práce či pocit osamění.

Z výsledků vyplývá, že pro ošetrovatelský personál, který pracuje v Psychiatrické léčebně je provádění hygieny u mrtvého těla jednoznačně nejtěžší ošetrovatelskou péčí a druhá nejtěžší část je pro respondenty péče o dutiny zubní, vyjmutí zubní protézy (viz graf 24). Pro nikoho z nás není péče o mrtvé tělo příjemnou

záležitostí. Na tento typ ošetrovatelské péče nejsme stále zvyklí, ale nemůžeme ji vytěsnit z naší profese, neboť smrt patří k životu stejně jako další atributy.

V souvislosti s informovaností je nutno věnovat pozornost i právům umírajícím (viz příloha č. 1). Kde jedno z práv říká: “Mám právo na to, aby mi ve chvíli, kdy si uvědomím blížící smrt mi pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnutá i mým příbuzným“. Vždyť rodina přítomna u lůžka umírajícího snižuje strach z blížící se smrti, z bolesti a hlavně ze samoty (3). Nikdo z nás by nechtěl jednou umírat zcela sám a opuštěn. Jak říká Haškovcová, vždyť nikdo z nás se nerodí sám, a tak by i neměl sám umírat (4).

Dle mého názoru by měla každá sestra znát, jak k umírajícím přistupovat a jak zvládat i náročnou ošetrovatelskou péči o mrtvé tělo. Bylo by vhodné se účastnit nejrozličnějších seminářů, které se touto problematikou zabývají. Samozřejmostí je znalost odborné literatury na téma nauka o umírání a smrti. Za tyto knihy lze jednoznačně považovat Thanatologii a Lékařskou etiku od profesorky Heleny Haškovcové, která se o tuto problematiku v České republice zajímá.

6 Závěr

Tématem práce bylo „Ošetrovatelská péče o zemřelého – teorie a praxe“. Ošetrovatelské postupy při poskytování péče o mrtvé tělo patří do nejnáročnější oblasti péče poskytované sestrou, ale bohužel ji nemůžeme opomenout, protože smrt patří k životu a my se s ní častokrát setkáváme.

Jedním ze stanovených cílů bylo zjistit, jak sestry přistupují k péči o zemřelého. Po vyhodnocení dotazníků vyplněného sestrami jsme dospěli k výsledkům, že sestry k mrtvému tělu přistupují důstojně a je dodržován i etický přístup. Zde se potvrdila i hypotéza, kterou jsem si stanovila. V souvislosti s touto péčí se u sester objevují potíže psychického (pocit vyčerpání, pláč), somatického rázu (pocení dlaní, sucho v ústech) a rovněž i potíže, které souvisejí se změnou v chování (nadměrně kouření či zvýšené pití alkoholu). Tyto potíže by se neměly bagatelizovat nebo dělat, že se u sester vůbec nevyskytují. S výskytem těchto potíží mohou sestry ztratit motivaci a zájem o své povolání. Sestry by měly mít dostatek času pro relaxaci, v práci by neměly být přetěžovány a velice důležitá je i motivace na pracovišti.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké pocity mají sestry při manipulaci s mrtvým tělem. Výsledky ukázaly, že sestry nejvíce pociťují lítost a smutek. Domnívám se, že tyto pocity mívají všechny sestry, bez ohledu na vzdělání a na typ oddělení, kde pracují. Pro potvrzení či vyvrácení druhé hypotézy, měli respondenti v dotazníku uvést, jak vnímají péči o mrtvé tělo. I zde se potvrdila hypotéza, manipulaci s mrtvým tělem sestry nevnímají jako pozitivní součást ošetrovatelské péče. Cíle práce byly splněny.

Výsledky jednoznačně poukázaly na to, že vykonání hygieny u zemřelého představuje pro sestry nejtěžší část z ošetrovatelské péče. Toto zjištění vede k zamyšlení – co pro sestry udělat, aby tuto péči vnímaly jinak.

V rámci vzdělávání sester a další motivace v jejich náročné práci by se měly konat různé konference či semináře, kde by si sestry mohly předávat své dosavadní zkušenosti, informace či o problémech, které se týkají péče o mrtvé tělo jen tak diskutovat.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Assmann, J. *Smrt jako fenomén kulturní teorie*. 1.vyd. Praha 1: Vyšehrad, spol. s r.o., 2003. 96 s. ISBN 80-7021-514-3
2. Dominica, F. *Just My Reflection*. First Publisher. Darton: Longman and Todd Ltd, 1997. 153 s. ISBN 0-232-52211-1
3. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
4. Haškovcová, H. *Thanatologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7
5. Hromada, P. *Smrt a umírání v psychiatrické praxi*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod. 2004
6. Kasperová, M. *Pitva*. <http://www.ordinace.cz/clanek/pitva>, srpen 2, 2004
7. Kelnarová, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Littera, 2007. 103 s. ISBN 978-80-85763-36-2
8. Kozierová, B. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
9. Kubíčková, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1.vyd. Praha 6: ISV nakladatelství, 2001. 255 s. ISBN 80-85866-82-X
10. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
11. Křivohlavý, J., Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5
12. Krišková, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2.přepřac.a doplň.vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2
13. Křivánková, T., Špatenková, N. *Zázitek prázdného pokoje*. Florence 5/2007. s. 235-236. ISSN 1801-464X

14. Kübler-Ross, E. *Questions and Answers on Death and Dying*,
z ang. origin. přeložili Drábek T. a Tolar J., Praha: H&H Jinočany, 1995.
288 s. ISBN 0-02-089150-4
15. Mačák, J., Mačáková J. *Patologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004.
376 s. ISBN 80-247-0785-3
16. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003.
187 s. ISBN 80-246-0429-9
17. Misconiová, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí
péče ČR
18. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od a do z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,
a.s., 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2
19. Navrátilová, A. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. 1.vyd. Praha:
Vyšehrad, spol. s r.o., 2004. 416 s. ISBN 80-7021-397-3
20. Padlová, M. *Jak zajistit důstojné umírání*. Sestra 12/2007. s. 36-37.
ISSN 1210-04-04
21. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,
a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
22. Pírková, K. *Ošetřování nemocné ve stadiu in fine* (1.část). Sestra 6/2003. s. 26.
ISSN 1210-0404
23. Pírková, K. *Ošetřování nemocné ve stadiu in fine* (2.část). Sestra 7-8/2003.
s. 39-40. ISSN 1210-0404
24. Scherer, G. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské
nakladatelství, 2005. 269 s. ISBN 80-7192-914-X
25. Škrdlant, T. *Okno do duše umírajícího*.
http://www.jedensvetnaskolach.cz/download/pdf/jsnsfilmpdfsynopsis_15.pdf,
březen 3, 2008
26. www.hospice.cz
27. www.unitaria.cz/sluzby/pohrby.htm

8 Klíčová slova

Důstojnost

Pieta

Smrt

Mrtvé tělo

Péče o zemřelého

Pozůstalí

9 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – Seznam práv umírajícího

Příloha 2 – Standard péče o mrtvé tělo v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě

Příloha 3 – Pokoj pro zemřelé v nemocnici Kemi (Finsko)

Příloha 4 – Dotazník

Příloha 1 – Seznam práv umírajícího

Mám právo na to, aby se se mnou zacházelo jako s živým člověkem až do mé smrti.

Mám právo udržet si naději, ať už se zaměřím na cokoliv.

Mám právo na poskytování péče lidmi, kteří dokážou udržet moji naději, ať už se situace změní jakkoliv.

Mám právo vyjádřit svoje city týkající se blížící se smrti, a to svým vlastním způsobem.

Mám právo účastnit se na rozhodnutích, které se týkají péče o mne samotného.

Mám právo očekávat nepřetržitý medicínský i ošetrovatelský zájem o mne samotného, i když se budou muset „léčebné“ cíle nahradit cílem sledující udržení mojí „pohody“.

Mám právo na to, aby jsem nezemřel osamocený.

Mám právo na osvobození od bolesti.

Mám právo na čestné odpovědi na moje otázky.

Mám právo na to, aby mne nikdo neklamal.

Mám právo na to, aby mi ve chvíli, když si uvědomím hrozící smrt, pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnuta i mým příbuzným.

Mám právo zemřít v klidu a důstojně.

Mám právo ponechat si svoji individualitu a nebýt souzený za moje rozhodnutí, které může být v protikladu se stanovisky jiných.

Mám právo na rozhovory a rozšíření svých náboženských anebo duchovních názorů bez ohledu na to, co znamenají pro jiné.

Mám právo očekávat, že neporušitelnost lidského těla se bude respektovat i po smrti.

Mám právo na to, aby se o mne starali citliví, starostliví a zkušené lidé, kteří se budou snažit porozumět mým potřebám a kterým přinese i účast při konfrontaci se smrtí určité uspokojení.

Zdroj: Kozierová, B. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s.

ISBN 80-217-0528-0

Příloha 2 – Standard péče o mrtvé tělo v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě

STANDARD: PÉČE O MRTVÉ TĚLO

Účel:

1. splnění poslední povinnosti vůči nemocnému

Pomůcky:

Hygienické pomůcky a předepsaná dokumentace

Kompetentní sestra:

- I. úrovně odbornosti
- II. Úrovně odbornosti

Standardní postup:

1. ohledně mrtvého těla

- chovej se důstojně a taktně
- umístěte kolem lůžka zástěnu, event. pokud je to možné, požádejte ostatní nemocné, aby opustili pokoj
- svlékněte z mrtvého oděv a omyjte potřísněná místa
- odstraňte z těla kanyly, katetry, sondy, stomické sáčky apod. (drény se neodstraňují, pouze se zkrátí), pokud má pacient implantován kardiostimulátor, lékař ho zaznamená do Průvodního listu k pitvě (průkazku o kardiostimulátoru přiložte k Listu o prohlídce mrtvého – pokud ji pacient má v dokumentaci – a odešlete ji s ním na patologii).
- přelepte otvory, ze kterých by mohly odcházet tekutiny (sekrety, krev apod.)
- odstraňte z těla snímatelné ozdoby (šperky) a zubní protézy. Všechny zuby z bílého a žlutého kovu, které zůstanou zemřelému v ústech, lékař zapíše do Průvodního listu k pitvě.
- nehodnoťte cenné věci jako zlaté či stříbrné, ale zapisujte je do dekurzu jako předměty ze žlutého či bílého kovu (pokud nepůjdou sundat, запиšte tuto skutečnost do dekurzu.
- uložte cenné věci a zubní protézy, které obsahují zuby z bílého nebo žlutého kovu, ihned po sepsání do trezoru na oddělení a zajistěte jejich odevzdání do pokladny léčebny.

- označte zemřelého dvojím způsobem – fixem na kůži a lístkem na palec nohy
- narovnejte tělo do vodorovné polohy, odstraňte z lůžka pomocná zařízení, polštáře...
- zatlačte lehce mrtvému oční víčka
- zvedněte dolní čelist obinadlem, ovázaným kolem hlavy (příliš neutahujte)
- přikryjte tělo zemřelého
- ponechej jej 2 hodiny na lůžku na oddělení
- zajistěte po 2 hodinách transport do místnosti pro zemřelé
- vydesinfikujte lůžko po zemřelém, matrace, stolek a všechna pomocná zařízení
- zajistěte veškeré věci po zemřelém (včetně obyčejných zubních protéz), sepište je a uložte na předepsané místo na oddělení

2. ohledně administrativních činností sester

- nahlaste úmrtí ihned sloužícímu lékaři
- připravte dokumentaci: chorobopis nemocného včetně záhlavního listu a dekurzu, 4x List o prohlídce mrtvého, 2x Průvodní list k pitvě – i v případě, že pitva není požadována.
- na oddělení patologie doručte vyplněné tiskopisy: 3x List o prohlídce mrtvého a 1x Průvodní list k pitvě (v běžné pracovní době ihned po sepsání, pokud je úmrtí v odpoledních hodinách, event. v sobotu a v neděli – následující pracovní den ráno). Čtvrtý List o prohlídce mrtvého dopravte do výpravny, druhý Průvodní list k pitvě založte do chorobopisu.
- запиšte do dekurzu údaje o úmrtí, dále запиšte seznam a uložení věcí po zemřelém (cenné předměty uloženy do trezoru, ošacení uloženo v ...)
- nahlaste úmrtí po 2 hodinách od úmrtí vrátnici (vrátnice – zajistí odvoz těla) – v žádném případě se mrtvé tělo nesmí z oddělení odnést dříve než za 2 hodiny
- odneste vyplněný záhlavní list (opět po 2 hod.) do výpravny – odpoledne, v sobotu a v neděli sloužící žurnální sestře (zajistí odeslání telegramu příbuzným)

- zaznamenejte úmrtí do dokumentace (chorobopis – desky, dekurz, kniha přijetí a propuštění, počítačová síť).

V Havlíčkově Brodě 13.10.2000

Mgr. Knížková Jaroslava

Bc. Zdražilová Alena

Zdroj: Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Příloha 3 – Pokoj pro zemřelé v nemocnici Kemi (Finsko)



Zdroj: PhDr. Marie Trešlová

Příloha 4 – Dotazník

Dotazník:

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Petra Houfková a jsem posluchačkou 3. ročníku kombinovaného studia ošetrovatelství na ZSF JCU v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Dotazník, který jste právě dostala / dostal do rukou je součástí mé bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelská péče o zemřelého – teorie a praxe*. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zkvalitnění péče o mrtvé tělo a jak pomoci sestráům vnímat péči o mrtvé tělo. Označte vždy prosím jen jednu odpověď, která je Vám nejbližší, pokud není uvedeno jinak. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné. Předem děkuji za cenné informace a čas, který jste věnovala / věnoval vyplnění mého dotazníku.

Prosím vyplňte:

1. Můj věk je

- ☐ 19 – 30 let
- ☐ 31 – 40 let
- ☐ 41 – 50 let
- ☐ 51 let a více

2. Jsem

- ☐ muž
- ☐ žena

3. Vystudovala jsem

- ☐ Střední zdravotnickou školu (sestra)
- ☐ Střední zdravotnickou školu (asistent)
- ☐ Vyšší zdravotnickou školu
- ☐ Vysokou školu
- ☐ Specializační program

4. Délka mé praxe ve zdravotnictví je

- ☐ méně než 5 let
- ☐ 5 – 10 let
- ☐ 11 – 15 let
- ☐ 16 – 20 let
- ☐ nad 20 let

5. Důstojnost při ošetření mrtvého těla dodržuji a jak? (prosím doplňte)

.....
.....

6. Důstojnost v době od ošetření mrtvého těla do převozu dodržuji a jak? (prosím doplňte)

.....
.....

7. Důstojnost při překladi mrtvého těla na vozík dodržuji a jak? (prosím doplňte)

.....
.....

8. Důstojnost při převozu mrtvého těla do márnice dodržuji a jak? (prosím doplňte)

.....
.....

9. Čím se podle Vás vyjádří nejdůstojnější přístup k mrtvému tělu? (prosím doplňte)

.....
.....

10. Ošetření mrtvého těla na vašem oddělení je něčím výjimečným od běžného postupu u standardu?

O ano, a čím.....

O ne

11. Je u vás na oddělení běžné, aby pozůstalí přicházeli k lůžku zemřelého?

O ano

O ne

12. Jaké jiné zvyklosti na vlastním oddělení provádíte při péči o mrtvé tělo (lze uvést i více odpovědí současně)

O otvírám okno

O na lůžko pokládám květinu

O na pokoji zapálím svíčku

O dodržuji minutu ticha

O jiné.....

13. Péče o mrtvé tělo je pro mne situací

O velmi stresující

O stresující

O беру ji jako každou jinou ošetrovatelskou péči

O беру ji jako neoddělitelnou součást ošetrovatelské péče

14. Při manipulaci s mrtvým tělem pocítuji (lze uvést i více odpovědí současně)

O lítost

O bolest

O smutek

O beznaděj

O bezradnost

O odpor

O uvolnění

O úlevu

O jiné.....

15. Péče o mrtvé tělo je pro mne (znázorněte prosím na uvedené škále)

negativní

norma

pozitivní

část oš.péče

(standard.část oš.péče)

část oš.péče

Pokud se vaše odpověď blíží k pozitivní části oš.péče, uveďte prosím proč

.....

.....

16. Při stresu, který může být následkem péče o mrtvé tělo mi pomáhá (lze uvést i více odpovědí současně)

- ☐ O aromaterapie
- ☐ O muzikoterapie
- ☐ O relaxačně koncentrační trénink
- ☐ O autogenní trénink
- ☐ O s někým si promluvit
- ☐ O promluvit si s někým z ošetrovatelského týmu
- ☐ O jiné.....

17. S péčí o mrtvé tělo mohou souviset i potíže somatického rázu, u mne se projevují

- ☐ O ano
 - ☐ O ne
 - ☐ O jen občas
- (pokud vaše odpověď zní ne, na otázku č. 15 neodpovídejte)

18. Somatické potíže se u mne projevují (lze uvést i více odpovědí současně)

- ☐ O bušením srdce
- ☐ O tachykardií
- ☐ O bolestí v kříži
- ☐ O škubáním víček
- ☐ O stažením v krku
- ☐ O bolestí svalů
- ☐ O pocením dlaní
- ☐ O pocením čela
- ☐ O suchem v ústech
- ☐ O jiné.....

19. S péčí o mrtvé tělo mohou souviset i potíže psychického rázu, u mne se projevují

O ano

O ne

O jen občas

(pokud vaše odpověď zní ne, na otázku č.17 neodpovídejte)

20. Psychické potíže se u mne projevují (lze uvést i více odpovědí současně)

O nespavostí

O pocitem vyčerpání

O pocitem napětí

O pocitem samoty

O podrážděností

O vztekem

O děsivými sny

O ztrátou radosti z práce

O ohrožením

O pláčem

O nesoustředěností

O jiné.....

21. S péčí o mrtvé tělo mohou souviset také potíže, které jsou spojené se změnou v chování, u mne se projevují

O ano

O ne

O jen občas

(pokud vaše odpověď zní ne, na otázku č.19 neodpovídejte)

22. Potíže, které jsou spojené se změnou v chování, se u mne projevují (lze uvést i více odpovědí současně)

- ☐ O zvýšenou gestikulaci
- ☐ O rychlou chůzi
- ☐ O okusováním nehtů
- ☐ O zvyšováním hlasu
- ☐ O rychlým přijímáním potravy
- ☐ O zvýšeným pitím alkoholu
- ☐ O nadměrným kouřením
- ☐ O skákáním do řeči
- ☐ O jiné.....

23. Péči o mrtvé tělo vykonávám zásadně

- ☐ O sama
- ☐ O se sestrou
- ☐ O jiné.....

24. Nejtěžší z ošetrovatelské péče o mrtvé tělo je pro mne jaká část? (prosím doplňte)

.....

.....

25. Při ošetrovatelské péči o mrtvé tělo (lze uvést i více odpovědí současně)

- ☐ O komunikuji s kolegou / kolegyní
- ☐ O dodržuji pietu
- ☐ O brečím
- ☐ O je mi úzko
- ☐ O častokrát odcházím z pokoje, pro nepříjemný pocit
- ☐ O péči provádím automaticky dle standardu
- ☐ O nepřemýšlím o tom

O jiné.....

26. Při péči o pozůstalé mám možnost (lze uvést i více odpovědí současně)

☐ O zajistit speciální místnost

☐ O zajistit klidnou místnost

☐ O nabídnout kontakt na psychologickou pomoc

☐ O nabídnout kontakt na pohřebnické služby

☐ O nabídnout uklidňující prostředky

☐ O věnovat čas pro jejich otázky

O jiné.....