



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Umírání ve zdravotnickém zařízení pohledem
ošetřovatelského personálu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Agáta Váchová

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Svidenská, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Umírání ve zdravotnickém zařízení pohledem ošetrovatelského personálu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2022

.....

(Agáta Váchová)

Poděkování

Velké poděkování patří především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Tereze Svidenské Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, podporu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat informantům za ochotu, čas a poskytnuté odpovědi k výzkumné části bakalářské práce. Děkuji také své rodině a blízkým za podporu po celou dobu studia.

Umírání ve zdravotnickém zařízení pohledem ošetrovatelského personálu

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá umíráním ve zdravotnickém zařízení pohledem ošetrovatelského personálu. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce obsahuje základní informace a pojmy týkající se umírání a smrti, vliv umírání na ošetrovatelský personál a specifika ošetrovatelské péče o umírající pacienty. Hlavním cílem bylo zjistit jakou podporu získává ošetrovatelský personál od managementu a jak ošetrovatelský personál zajišťuje potřeby umírajícímu pacientovi. Pro dosažení těchto cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

Empirická část práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval dvacet jedna otázek. Výzkumný soubor byl tvořen praktickými a všeobecnými sestrami na vybraných nemocničních odděleních. Získané informace byly následně zpracovány formou otevřeného kódování a poté kategorizovány do sedmi kategorií.

Z výsledků je zjevné, že psychologická podpora od managementu je ošetrovatelskému personálu poskytována zejména staniční či vrchní sestrou. V případě psychické potřeby se ošetrovatelský personál odkazuje spíše na rodinu a přátele. Velká část informantů se ztotožnila se syndromem vyhoření, který může být důsledkem nedostatečné psychologické podpory od managementu, jež by mohla být poskytována například formou seminářů či návštěvou psychologa. Z druhého cíle vyplynulo, že pro zajištění biologických potřeb je zásadní tlumení bolesti, hygienická péče přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta a podávání stravy dle přání pacienta. Pro zajištění psychických potřeb je důležitá podpora od personálu, která kvůli nedostatku času a personálu bývá opomíjena. Sociální potřeby zajišťuje především rodina umírajícího pacienta formou návštěv nebo nemocniční kaplan. Nejčastěji vyskytující se překážkou je uzpůsobení pokojů pacientů, které není vhodné pro zajištění soukromí umírajícího pacienta a jeho rodiny.

Výsledky výzkumu práce byly použity k vytvoření podkladu semináře pro sestry.

Klíčová slova

umírající pacient; ošetrovatelský personál; psychologická podpora; management; potřeby umírajících; překážky

Dying in Medical Institution from the Point of View of Nursing Staff

Abstract

The bachelor's thesis deals with dying in medical institution from the point of view of nursing staff. The thesis is divided into theoretical and research parts. The theoretical part of the thesis contains basic information and concepts related to dying and death, the impact of dying on nursing staff and the specifics of nursing care for dying patients. The main aim was to find out what support the nursing staff receives from the management and how the nursing staff provide for the needs of the dying patient. In order to achieve these objectives, five research questions were identified.

The empirical part of the thesis was done through a qualitative research investigation in the form of a semi-structured interview, which included twenty-one questions. The research population consisted of nurse practitioners and general nurses in the selected hospital wards. The collected information was then processed in the form of open coding and then categorized into seven categories.

From the results, it is clear that psychological support from the management is mainly provided to the nursing staff by the station or head nurse. In case of psychological need, the nursing staff refer more to family and friends. A large number of informants were identified with burnout syndrome, which can result from a lack of psychological support from the management, that could be provided for example in the form of seminars or through visiting a psychologist. The second objective revealed that the pain control, hygienic care adapted to the patient's health condition and the provision of food according to the patient's wishes are essential to ensure biological needs. The support from the staff is important to meet psychological needs, which is often neglected due to the lack of time and staff. The social needs are mainly provided by the family of the dying patient through visits or by a hospital chaplain. The most common obstacle is the arrangement of patient rooms, which is not suitable for ensuring the privacy of the dying patient and his/her family.

The results of the thesis research were used to form the basis of a workshop for nurses.

Key words

dying patient; nursing staff; psychological support; management; needs of the dying; barriers

OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Problematika konečné fáze života	9
1.1.1 Pohled vybraných náboženství na umírání	11
1.1.2 Hospice a péče o rodinu umírajícího.....	17
1.1.3 Tabuizace smrti	19
1.2 Poskytování paliativní péče	19
1.2.1 Potřeby pacientů v terminálním stádiu onemocnění	21
1.2.2 Potřeby biologické	21
1.2.3 Potřeby psychické	22
1.2.4 Potřeby sociální	23
1.2.5 Potřeby spirituální	24
1.3 Vliv umírání na ošetrovatelský personál	24
1.3.1 Psychická zátěž ošetrovatelského personálu v péči o umírajícího pacienta 25	
1.3.2 Syndrom vyhoření a jeho prevence.....	26
1.4 Vybrané aspekty v péči o umírajícího pacienta	27
1.4.1 Hygienická péče a péče o pokožku	27
1.4.2 Výživa a vylučování.....	28
1.4.3 Tišení bolesti	30
1.4.4 Péče o psychiku pacienta	31
1.4.5 Péče o pozůstalé	32
1.4.6 Péče o mrtvé tělo.....	33
2 Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky	35

3 Metodika	36
3.1 Použité metody	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 Výsledky	37
4.1 Charakteristika probandů	37
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů	38
5 Diskuze	49
6 Závěr	55
7 Seznam literatury	57
8 Seznam tabulek.....	62
9 Seznam příloh	63
10 Seznam zkratk	65

Úvod

Umírání a smrt je nevyhnutelnou součástí života každého jedince. Mnoho lidí skutečnost smrti vytěšňuje ze svého vědomí z důvodu strachu z ukončení vlastní existence. Smrt je přemísťována do zdravotnických zařízení a v běžném životě tabuizována. V medicíně se v souvislosti s umíráním a smrtí setkáváme s pojmem thanatologie. Thanatologie je lékařský obor, který je zaměřen na aspekty umírání a smrti. V rámci této problematiky se zabývá i vztahem ošetrovatelského personálu k umírajícímu pacientovi a jeho rodině. Dalším souvisejícím pojmem je paliativní péče. Tento druh péče je poskytován výhradně pacientům v terminálním stádiu života se zaměřením na jejich bio-psycho-socio-spirituální části. Ošetrovatelská péče u nevléčitelně nemocných pacientů je orientována v zásadě na zmírnění nepříjemných symptomů a zajištění důstojného odchodu, nikoliv na vyléčení pacienta.

Pro všechny osoby je umírání a samotná smrt emočně náročným stavem. Právě zdravotnický personál je s umíráním a se smrtí konfrontován více než kdokoliv jiný. Potýká se tak s obrovským nátlakem, který může negativně působit na psychický stav. Problematika umírání a smrti je pojmána rozdílně ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí. Rovněž pohled ošetrovatelského personálu na tuto problematiku je vnímán každým jedincem odlišně. Jednak může být pro zdravotníky tato situace obohacující, díky životním zkušenostem a názorům, které jim umírající pacienti předávají. Na druhé straně může mít setkání s touto skutečností negativní dopad. Jedinec tak může pociťovat dlouhodobý stres nebo strach projevující se při péči o umírajícího pacienta či v osobním životě. Vyvrcholení této negativní zátěže může být důsledkem syndromu vyhoření, který se projevuje fyzickým a emocionálním vyčerpáním. Protektivním faktorem syndromu vyhoření je schopnost aktivně trávit volný čas, odpočívat a v krajním případě změnit pracoviště.

Hlavním impulzem k výběru tohoto tématu byl vlastní zájem o problematiku umírání a smrti po několika zkušenostech s úmrtím pacientů či rodinných příslušníků. Proto jsem považovala za důležité zjistit, jak umírání a smrt působí jednak na ošetrovatelský personál, ale i na umírajícího pacienta.

1. Současný stav

Konečnost lidského života lze definovat jako základní danost či situaci člověka, nezávisle na tom, zda věříme či nevěříme v nesmrtelnost (Čáp et al., 2016). Kisvetrová, (2018) také uvádí, že téma smrti ovlivňuje myšlení každého jedince bez ohledu na to, zda je ochoten tuto realitu přijmout.

1.1 Problematika konečné fáze života

Každého z nás čeká v životě konfrontace se smrtí, například smrt blízkých, pacientů a v neposlední řadě smrt vlastní (Špatenková et al., 2014). V dnešní vyspělé společnosti vyvolávají představy o umírání a smrti mnohem větší obavy než v minulosti (Kisvetrová, 2018). Smrt v nás vyvolává pocity bezradnosti či strachu, proto ji vytěšňujeme ze svého vědomí (Nezbeda, 2016).

Lékařský obor, zabývající se problematikou umírání a smrti se odborně nazývá thanatologie (Koukolík, 2014). Thanatologie popisuje aspekty umírání a smrti v nejrůznějších oblastech, tak aby tvořila holistický celek (Špatenková et al., 2014). Dostálová (2016) dále uvádí, že je thanatologie rozšířený interdisciplinární obor zabývající se teoretickými pojmy umírání a smrti, vztahem ošetrovatelského personálu k umírajícímu pacientovi, vztahem mezi lékařem a umírajícím pacientem. Mimo jiné je do tohoto oboru zahrnuta i rodina umírajícího pacienta (Kupka, 2014).

Umírání je proces, který je rozdělen na tři časová období – pre finem, in finem a post finem. V období pre finem je pacient seznámen se skutečností, že trpí nevléčitelným onemocněním, kterému může předcházet smrt (Kupka, 2014). Tato fáze začíná obdobím, kdy byly vyčerpány všechny léčebné možnosti (Burda a Šolcová, 2016). V tomto období je cílem odstranění příznaků, nebo alespoň snaha o jejich zmírnění. Stav pacienta v tomto stadiu může trvat dny, měsíce ale i několik let (Kupka, 2014). Období in finem, tedy období vlastního umírání je na hranici s fyzickou smrtí (Špatenková et al., 2014) V této fázi dochází k postupnému vyhasínání základních životních funkcí (Burda a Šolcová, 2016). Dochází k agonii, kdy je oslabena srdeční činnost člověka, objevují se poruchy dýchání, vyhasínají reflexy. Mezi další projevy patří oslabení svalového napětí, pokles tělesné teploty a známky bezvědomí. Jsou viditelné propadlé oči a tváře, zvýrazněné lícní kosti, brada, nos a bledá vosková kůže. Obecně jsou tyto jevy nazývány facies Hippocratica. V tomto stadiu je vyzdvihnuto téma paliativní či hospicové péče. Poslední období post finem je charakteristické smrtí nemocného. V tomto období je zahrnuta péče

o tělo zemřelého a psychická odezva pozůstalých (Špatenková et al., 2014). Zde je rozhodující, jakou podobu zármutku bude rodina zemřelého projevovat (Kupka, 2014).

Truchlení je přirozený způsob zpracování ztráty (Kupka, 2014). Období zármutku začíná před vlastním úmrtím blízkého, a to již v paliativní fázi onemocnění (Bužgová, 2019). Je nezbytné, aby si příbuzní umírajícího připustili, že se skutečně jedná o umírání. Na reakci pozůstalých a průběhu truchlení se významně podílejí okolnosti úmrtí. Pozůstalí se mohou se smrtí vyrovnávat lépe, pokud byla očekávána, oproti smrti nečekané a náhlé. I když jsou patrné známky přicházející smrti, příbuzní k nim mohou zaujmout i ambivalentní vztah. Představa, že by je měl blízký člověk opustit je pro ně nepřijatelná (Špatenková et al., 2014). Žal nad ztrátou blízkého člověka může probíhat normálním způsobem. Výjimkou není ani úzkostná forma zármutku, která může vyústit do depresivních reakcí. Mohou se objevit i neobvyklé formy zármutku, například smích či silné rozrušení (Kupka, 2014). Rovněž může být smrt pro všechny zúčastněné vnímána jako úleva a vysvobození, pokud umírající dlouhodobě trpěl. S úlevou ale mohou přicházet i pocity viny, zda se rodina zesnulému dostatečně věnovala (Bužgová, 2019). Kupka (2014) uvádí, že bychom si měli připustit jakýkoliv projev zármutku, protože je přirozený.

Odezva umírajících pacientů na nepříznivou diagnózu je různá (Vorlíček et al., 2012). Je závislá na temperamentových vlastnostech, osobnostních rozdílech či momentálním psychickém rozpoložení nemocného. Zásadní je způsob, jakým je nemocnému diagnóza sdělena (Kupka, 2014). Jednu z teorií definující fáze psychické odezvy na závažné onemocnění popsala Elisabeth Kübler Ross (Vorlíček et al., 2012). Těmito fázemi neprochází jen pacienti, ale i jejich nejbližší. Jednotlivé fáze se mohou navzájem prolínat nebo se střídát, či vracet (Bužgová, 2019). Některé fáze mohou dokonce chybět (Vorlíček et al., 2012). Mezi stádia prožívání onemocnění patří – popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese, přijetí (Kübler-Ross, 2014). V první fázi popření pacient není schopen přijmout fakt o svém zdravotním stavu a hledá logické vysvětlení. Snaží se najít odlišné lékařské i nelékařské znalce, kteří by tuto skutečnost vyvrátili (Špatenková et al., 2014). Často se vyjadřuje větami, kterými tuto situaci popírá (Vorlíček et al., 2012). Tato fáze je charakteristická zejména pro ty, které nedoprovází nepříjemné pocity během onemocnění. Nepřipouští si, že by mohli trpět závažným onemocněním z důvodu minimálních či žádných příznaků (Kupka, 2014). Ve druhé fázi agrese je pacient vzbouřen proti této skutečnosti (Bužgová, 2019). V této fázi jsou dominantní pocity závidění a žárlivosti (Kupka, 2014). Pacient projevuje zlost vůči lidem ve svém okolí, kteří

jsou zdraví (Vorlíček et al., 2012). Zaujímá agresivní chování jako obrannou reakci proti této pravdě (Kübler-Ross, 2014). Rovněž může projevat hněv vůči Bohu (Špatenková et al., 2014). Ve třetí fázi smlouvání nemocný přijímá realitu blížící se smrti (Bužgová, 2019). Mezi častý projev patří odkládání dané situace a hledání možností, které by vedly k vyléčení onemocnění nebo alespoň k prodloužení života umírajícího (Špatenková et al., 2014). Nemocný smlouvá o čas a je pro něj důležité dožít se významné životní události (Kupka, 2014). V této fázi je zásadní pokusit se zrealizovat pacientova vyslovená přání. Předposlední a zároveň nejtěžší psychická odezva je fáze deprese. Pacient v této fázi podléhá pocitu beznaděje, strachu či úzkosti (Vorlíček et al., 2012). Tento stav se projevuje pláčem a smutkem z blížícího se konce (Bužgová, 2019). V období deprese by neměl být nemocný sám, to ale platí i pro další fáze. Bez možnosti svobody nemůže pacient dojít do fáze poslední (Kupka, 2014). Závěrečnou fází je fáze smíření neboli akceptace. Tato fáze se projevuje psychickým uvolněním, kdy u nemocného převažuje rozumový přístup namísto vypjatých emocí (Vorlíček et al., 2012). V této fázi se lze setkat s pacienty, kteří projevují zájem v uspořádání si posledních významných událostí. Toto stadium není bohužel tak časté (Kupka, 2014). Umírání je tedy chápáno jako různě dlouho trvající proces, jehož finálním stavem je smrt (Špatenková et al., 2014).

Smrt je definovaná jako zánik všech základních funkcí organismu. Mimo zánik tkání, orgánů a buněk jde především o zhroucení vztahů mezi nimi. Diagnostiku smrti provádí zkušený lékař na základě vyšetřování, kdy tělo nereaguje na bolestivý podnět nad úrovní šíjí, oči jsou ve střední pozici, zorničky nereagují na světlo a jsou rozšířené. Zemřelí rovněž nereagují na dotyk oční rohovky (Koukolík, 2014). I přesto, že je smrt nevyhnutelnou součástí života každého člověka, mnoho z nás se chová jako by se nás toto téma netýkalo (Špatenková et al., 2014). Zdravotníci přistupují k umírajícím na základě vlastního porozumění fenoménu umírání a smrti (Bužgová, 2019). Člověku pomáhá přemítat si smrt delší dobu předtím, než k ní dojde, a to proto, aby vyhlídku smrti lépe akceptoval (Bužgová, 2019).

1.1.1 Pohled vybraných náboženství na umírání

Každý jedinec je ovlivňován kulturním prostředím, ve kterém vyrůstá, pracuje nebo studuje a v rámci socializace se učí, co od něj společnost vyžaduje. Pojem kultura má mnoho významů a nelze ho definovat jednoznačně. Kultura je kolektivní jev, protože je částečně sdílena s lidmi, kteří žijí nebo žili v sociálním prostředí, ve kterém se s ní seznámili. Každá kultura má určitá specifika týkající se víry, hodnot, zvyků, způsobů

léčby a péče, které je potřeba si osvojit a využívat při poskytování péče lidem z jiného kulturního prostředí. Za kulturu je považováno i ošetrovatelství (Kutnohorská, 2013).

Pro pochopení člověka v dané společnosti je významná hmotná a nehmotná kultura. Hmotná kultura se vyznačuje například nástroji, dopravními prostředky, potravinami, či oblečením. Nehmotnou kulturou rozumíme ideje, normy, umělecká díla, hodnoty a další symbolické předměty (Křížová, 2018). Přestože jsou kulturní jevy často skryté, při poskytování ošetrovatelské péče mají velký význam. Při zajišťování kvalitní péče je potřeba myslet na to, že každý člověk je svébytnou osobností s typickým kulturním profilem. Zvláště důležité, při poskytování zdravotní péče je respektování identity a důstojnosti pacienta z jiné kultury, který je v době nemoci na tyto aspekty výrazně citlivý. V současném ošetrovatelství je požadován holistický přístup v péči o nemocného. Jsou uspokojovány potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Právě potřeby spirituální u některých lidí v době nemoci mohou nabýt priority nad potřebami biologickými (Kutnohorská, 2013). Místo pojmu spirituální je v českém jazyce používán pojem duchovní. Duchovní potřeby jako jsou potřeba lásky, víry, naděje, smyslu života či bezpečí mají lidé po celý život. Tyto potřeby vystupují více do popředí v některých životních situacích. Těmito momenty jsou například ztráta blízké osoby, vážná nemoc či bolest. Duchovní potřeby má každý jedinec, bez ohledu na víru (Bužgová, 2019). Pacienti v konečné fázi života mají určité spirituální potřeby, mezi které například patří přítomnost blízké osoby, naděje či pozitivní náhled na budoucnost. Jedním ze způsobů vyjádření spirituality je i náboženství. Jedná se o soubor definovaných přesvědčení o Bohu či Vyšší moci, která jsou společná určité skupině věřících lidí (Kisvetrová, 2018). Smrt je základní lidské téma a každá osoba v dané kultuře se s ním vyrovnává jinak (Kupka, 2014).

Křesťanství je historické monoteistické náboženství, které je od počátku považováno za pokračování židovství (McGrath, 2014, Tůma, 2011). Křesťanství uznává jednoho Boha, který je znázorněn ve třech podobách – Otec, Syn a Duch svatý (Dingová Šliková et al., 2018). Hlavním zdrojem informací je Bible, která je složena ze Starého a Nového Zákona. Starý zákon souvisí s judaismem. Nový zákon pojednává o Ježiši z Nazaretu (Tůma, 2011). Ježíš Kristus je považován za prostředníka, skrze něhož lze poznat a pochopit Boha. Věřící jsou skrze svoji víru sjednoceny s Ježíšem. Křesťanství svým členům nabízí například nový pocit identity a společenského postavení (Tůma, 2011). Rovněž přikládá velký význam lásce a odpuštění (Dingová Šliková et al., 2018). Mimo jiné dává možnost získat pocit vyšší osobní ceny a hodnoty i těm, kteří se nachází na nejnižší příčce společenského žebříčku. Nedílnou součástí křesťanství je snaha o

sociální kontakt a podporu chudých a nemocných (McGrath, 2014). Nový zákon pojednává o Ježíšově vítězství nad smrtí, které je vyjádřeno dvěma různými teologickými koncepty. Prvním pojmem je „zmrtvýchvstání“, kdy Ježíš svou mocí přemohl vlastní smrt. Druhým pojmem je „vzkříšení“, kdy Bůh vyvedl ze smrti svého syna. Ježíš se tak zaslubuje těm, kteří v něj věří, že kdyby zemřeli, nezemřou navěky (Ondračka et al., 2017).

V novozákonním Listě apoštola Jakuba je nemocným a umírajícím udělována tzv. „svátost pomazání nemocných“ (Ondračka et al., 2017). Pro těžce nemocného je svátost posilou víry (Svatošová, 2012). Tuto svátost uděluje pouze kněz nebo biskup a její význam spočívá v pomazání čela a rukou nemocných oleum infirmorum (Svatošová, 2012, Ondračka et al., 2017). Tento olej je posvěcený biskupem na Zelený čtvrtek. Pokud je to možné, kněz může sloužit u lůžka nemocného mši nebo svatým přijímáním (Ondračka et al., 2017). Eucharistie neboli svaté přijímání je nemocnému poskytnuto ve formě mše u lůžka nemocného, nebo je nemocnému svátost donesena přímo z kostela (Svatošová, 2012). Nemocný může rovněž požádat i o svátost smíření, kdy se vyzpovídá z hříchů a obdrží rozhřešení. Pokud by si umírající přál přijmout křest, ale není pokřtěný, může tuto svátost mimo kněze provést kterýkoliv laik. Podmínkou je, aby přesně zachoval obřad a dodržoval pravidla církve. V případě, kdy je umírající v bezvědomí a je zřejmé, že při vědomí by o tuto svátost požádal, lze udělit křest, pomazání či rozhřešení i u něj (Ondračka et al., 2017). Věřící se dokážou smířit s těžkou nemocí, hendikepy i smrtí mnohem snadněji než lidé bez víry (Dingová, Šliková et al., 2018). Tyto tradice platí zejména pro katolickou církev. **Protestantské** církve rovněž praktikují modlitbu u umírajícího a zemřelého, ale tradici svátosti pomazání umírajících zrušili (Ondračka et al., 2017). Tyto církve neuznávají ani svátost smíření (Svatošová, 2012). V protestantismu jsou uznávány pouze dvě svátosti, a to křest a eucharistie – večeře Páně (Mc Grath, 2014). **Pravoslavné** církve mají v zásadě totožné svátosti jako katolické církve. Svátosti jsou pravoslavnou církví nazývány „tajiny“ (Nešpor a Vojtíšek, 2016). Pro některé věřící je důležité vědět, který duchovní mu tyto svátosti udělí, a to z důvodu, že je nepřijme každý od každého. Eucharistie může být pravoslavnému donesena obdobně jako katolíkoví, ale pouze za předpokladu, že se nejprve vyzpovídá. Pomazání nemocných svěceným olejem za doprovodu modlitby má význam v udělení boží milosti a v pravoslavné církvi se provádí i u zdravých věřících v době Velkého postu (Nešpor a Vojtíšek, 2016, Svatošová, 2012). Velký půst probíhá 40 dnů před Velikonocemi a Vánoce, přičemž Velikonoce jsou nejvýznamnějším svátkem (Plevová et al., 2019).

Vlastní pohřební obřad je v křesťanském náboženství doplněn o řadu modliteb, žehnání a biblických čtení (Ondračka et al., 2017). V křesťanském starověku byla přípustná pouze inhumace, tedy uložení těla do hrobu. Kremaci neboli pohřeb žehem křesťané odmítali a později byl dokonce církví zakázán (Špatenková et al., 2014). V současné době je povolen pohřeb žehem i v obřadní síni krematoria, který vykonává kněz, jáhen či pověřený laik (Tůma, 2011). Toto tvrzení je platné jak pro církev katolickou, tak i pravoslavnou (Ondračka et al., 2017).

Judaismus je dalším monoteistickým náboženstvím (Tůma, 2011). Z historicko-věřoučného hlediska patří mezi tzv. abrahámovská náboženství, protože praotcem judaismu, křesťanství a islámu je biblický patriarcha Abrahám (Ondračka et al., 2017). Judaismus je založen na povrchní spravedlnosti a nezná Boží milost. Toto přesvědčení pojednává o tom, že všichni lidé od Adama mající podíl na prvotním hříchu se ho za žádných okolností nemohou zbavit vlastním úsilím. Na rozdíl od křesťanství, je judaismus považován za náboženství strachu. Židovství zná prý pouze spravedlivého Boha pomsty, nikoliv Boha milosrdenství a odpuštění (Brumlik, 2012). Základní náboženskou povinností judaismu je modlitba, a to ráno, odpoledne, večer a při jídle. Ve zdravotnickém zařízení je důležité zajištění dostatečného soukromí pro možnost modlení (Dingová Šliková et al., 2018).

Rituály spojené s umíráním a se smrtí mají v judaismu určitá specifika (Ondračka et al., 2017). V judaismu je život chápán nekonečně vzácně a svatě a každý jeho okamžik by měl být chráněn (Güvercin a Munir, 2017). Pokud někdo vážně onemocní nebo je jeho stav v ohrožení života, je nutností příbuzných docházet k nemocnému na návštěvy, bez ohledu na to, zda je v domácím prostředí nebo v nemocnici. Cílem návštěvy je nemocného utěšit, dát mu najevo účast a modlit se za jeho uzdravení. Důležité je dodržet správný čas a vhodnou délku návštěvy, tak aby nebyl nemocný rušen a vyčerpáván. V jeho přítomnosti je nutné vynechat konverzace o mrtvých a sdělování špatných zpráv, aby nedošlo ke zhoršení jeho stavu. Pokud je zdravotní stav nemocného bez naděje a pacient trpí, není doporučeno prodlužování jeho života umělými prostředky. Je-li nemocný patrně na pokraji smrti, je mu nabídnuto, aby odřikal „viduj“, kdy vyznává své viny. Tímto vyznáním může vyznat důvěru v moc Boží, která mu může přinést uzdravení, nebo vyznat svou naději, kdy mu smrtí budou odpuštěny všechny hříchy a zaslouží si podíl v budoucím světě. Výrazem úcty k umírajícímu v kritickém okamžiku svého života je přítomnost blízkých (Ondračka et al., 2017).

Po smrti nemocného by příbuzní měli zavřít jeho oči a ústa, zakrýt obličej a otočit nemocného nohama ke dveřím. U hlavy zemřelého se zapaluje svíce, někdy se zakrývají všechna zrcadla v domě. O smrti nemocného podává informace pohřebnímu bratrstvu místní rabín. Smrt potvrzuje a dokládá lékař. Nejdůležitějším aktem před pohřbem je omytí mrtvého těla za doprovodu předepsaných modliteb. Následně je zemřelý oblékán do rubáše, který by měl být prostý, bílý a šitý ručně. U mužů se dává modlitební šála neboli talit. Podle zákona židovského náboženství musí pohřeb proběhnout do 24 hodin po smrti z důvodu neúcty k zemřelému (Ondračka et al., 2017). Ortodoxní židé pohřbívají i amputáty, protože vše má být navráceno do země (Dingová Šliková et al., 2018).

Buddhismus je světové náboženství pocházející z oblasti Indie. Za zakladatele tohoto náboženství je považován Gitana, který je nazýván titulem Buddha, v překladu probuzený. Buddha se soustředil na praktické záležitosti, namísto náboženské problematiky či vztahem mezi člověkem a Bohem (Tůma, 2011). Buddha shrnul jádro svého učení v prvním kázání do tzv. čtyř vznešených pravd. První vznešená pravda jedná o strastné existenci, která má charakter utrpení. Zde jsou spojeny záležitosti, které jsou člověku nepříjemné s odloučením od toho, co je člověku příjemné. Druhá vznešená pravda je zaměřena na příčinu utrpení. Mezi tyto příčiny patří touha po rozkoši, bytí, touha po jevech. Tyto jevy jsou pomíjivé, a proto touha o připoutanost k nim vede k utrpení. Ve třetí vznešené pravdě je psáno o zániku utrpení. K zániku utrpení je nutné odstranění touhy. Stav bez utrpení je nazýván nirvána. Ve čtvrté vznešené pravdě je pojednáváno o cestě, která vede k odstranění utrpení. Základním aspektem buddhismu je víra ve znovuzrození. Proces znovuzrození nemá počátek ani konec, pokud nedosáhne jedince probuzení a nirvány (Ondračka et al., 2017). Buddhismus je založen na víře, že lidská duše prochází koloběhem několika znovuzrození, vtělení či reinkarnace na různých úrovních existence. Základním principem tohoto náboženství je nenásilí, moudrost a soucit (Dingová Šliková et al., 2018).

Smrt pro buddhisty není konečnou fází života, ale dalším okamžikem v procesu znovuzrození. Buddhismus uznává karmanový zákon, který je zaměřen na činy a následky jedince. Životní podmínky nejsou dány náhodně, ale na základě činů, který dotyčný vykonává. Špatné činy mají za následek nepříjemné podmínky, naopak od činů dobrých, které činí podmínky příjemné. K lůžku umírajícího je vhodné umístit obrázek či sošku Buddhy pro dosažení kontemplace (Ondračka et al., 2017). Což je nejvyšší forma meditace, kdy je meditující ztotožněn s absolutní realitou nebo duchovně spojen s bohem. Často je kontemplace zaměňována s koncentrací, která je však užší a tvrdší. Kontemplaci

lze hodnotit i jako jemnou koncentraci mysli (Dostálová, 2016). V buddhistické kontemplaci jde o očistění mysli a osvobození z vlastního utrpení a zla (Vira.cz, 2017). Rovněž může být zorganizováno zpívání pariit neboli ochranných zpěvů. V théravádové tradici, neuznávající přítomnost mezistavu, je okamžik smrti nahrazen okamžikem zplození. V blížícím se momentu smrti, člověk ztrácí kontrolu nad svou myslí a vidí obrazy související s jeho karmou. V těchto vizích se ukazuje i místo, kam se jedinec přerodí. Dle výrazu obličeje umírajícího lze usoudit, jakým směrem míří. Významnou roli v tomto momentu hraje přítomnost dalších lidí, zejména zjevují-li se umírajícímu nepříjemné vize. Ty by měli v člověku vzbudit pozitivní mysl a jistotu. Buddhismus jako způsob pohřbu preferuje kremaci, není ale vyloučeno ani pohřbení do země. Závěrečný rituál provedou povolání mniši ráno v den pohřbu. Rituál mohou provést i příbuzní nebo přátelé zemřelého (Ondračka et al., 2017). U zemřelého jsou vykonávány rituální obřady doprovázené zpěvem (Dingová Šliková et al., 2018).

Islám je nejmladším monoteistickým náboženstvím, jehož zakladatelem je Muhammad/Mohamed (Tůma, 2011). Vyznavači islámu jsou muslimové. Hlavní autoritou tohoto náboženství je kniha Korán, o níž muslimové věří, že jí všemocný Bůh, Alláh předal proroku Mohamedovi. Muslimové považují islám jako ucelený způsob života. Pro muslimy je zásadní modlení, a to až pětkrát denně (Kutnohorská, 2013). Nemocní se mohou modlit třikrát denně (Dingová Šliková et al., 2018). Modlení provádí buď v soukromí, nebo v kolektivu. Procesu modlení předchází omývání sloužící k očištění těla. Každý muslim má povinnost modlení, nezávisle na pohlaví. Výjimkou jsou jedinci s vážnou nemocí, ženy, které právě menstrují, rodí nebo jsou v období šestinedělí (Kutnohorská, 2013).

V závěrečné fázi života je projevem kultury úcta a důstojnost k člověku. Muslimové dovolují lékařům používat všechny prostředky, které vedou k záchraně či prodloužení života muslima. Pokud by šlo ale o utrpení pacienta, není povinné prodlužovat život za každou cenu. V muslimském náboženství není smrt chápána jako konec života, ale jako konec předem určeného času, který byl člověku poskytnut jako zkouška na tomto světě (Kutnohorská, 2013). Islám má vymezené přechodové rituály, které jsou specifické pro narození a smrt. Umírajícímu je do ucha pošeptána šaháda, představující vyznání víry, kterou následně sám vysloví (Ondračka et al., 2017). Tato slova jsou rovněž šeptána i novorozenci po narození (Kutnohorská, 2013). Umírající je na lůžku umístěn tak aby byl obrácen tváří k Mekce (Dingová Šliková et al., 2018). V době umírání jsou přítomni rodinní příslušníci nemocného, kteří se o něj intenzivně starají a předčítají mu z Koránu

(Kutnohorská, 2013). Po smrti je neodstrožené tělo několikrát omyto člověkem stejného pohlaví (Ondračka et al., 2017, Kutnohorská, 2013). Omývání by mělo být zahájeno na pravé polovině těla, několikrát za sebou a v lichém počtu (Kutnohorská, 2013). Poslední omytí zesnulého je ozvláštněno přidáním vonné esence do vody (Ondračka et al., 2017). Přidává se lotosový květ nebo kafr. Zemřelí je zabalen do rubáše, odhalený zůstává pouze obličej (Dingová Šliková et al., 2018, Kutnohorská, 2013). Příbuzní zemřelého kladou důraz na rychlé pochování zemřelého (Ondračka et al., 2017). Zesnulý je pohřben přímo do země, z důvodu zákazu pohřbu kremací. U uložení těla zemřelého do země mohou být přítomni pouze muži (Kutnohorská, 2013).

1.1.2 Hospice a péče o rodinu umírajícího

Pojem hospic lze z angličtiny přeložit jako útulek či útočiště. Dříve byl tento termín používán jako „dům odpočinku“ a sloužil zejména poutníkům k zotavení a přípravě na další cestu (Kupka, 2014). V hospici měli poutníci možnost odpočinku, jídla, ošetření a duchovní pomoci (Tomeš et al., 2015).

Nyní je hospic zařízením určeným pro dlouhodobě nemocné pacienty s nevléčitelným onemocněním. Pojem hospicová péče je spjat s pojmem paliativní péče, ta je ale oproti hospicové péči novější (Tomeš et al., 2015). V některých státech je hospicová péče od té paliativní jasně oddělena, zatímco v jiných zemích jsou oba tyto pojmy chápány totožně. Hospicový program zajišťuje psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající pacienty a jejich rodiny (Kisvetrová, 2018). Kromě zvládnutí tělesných příznaků je cílem hospicové péče i pomoc při procházení těžkých fází, které popsala Kübler-Rossová (Svatošová, 2012). Tyto služby poskytují paliativní a podpůrné služby za hospitalizace nebo v domácím prostředí (Kupka, 2014).

Rozlišují se tři formy hospicové péče. První z nich je domácí hospicová péče, která je zvolena v případě, že pobyt v nemocnici ztrácí pro umírajícího smysl (Kupka, 2014). Domácí neboli mobilní hospic poskytuje specializovanou péči v domácím prostředí, a to formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších odborníků (Bužgová, 2019). Tato komplexní péče je rovněž poskytována i rodině umírajícího (Marková et al., 2015). Garantuje dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu (Bužgová, 2019). Další formou je stacionární hospicová péče, která funguje tak, že je pacient ráno přijat a odpoledne nebo k večeru propuštěn domů (Kupka, 2014). Stacionáře tedy poskytují denní péči pacientům, kteří žijí doma (Bužgová, 2019). Péče je zřízena zejména pro ty, kteří si v domácím prostředí neumí poradit s problémy, jež se týkají jejich onemocnění. K těm patří například tlumení bolesti nebo neschopnost otevřené

komunikace mezi umírajícím a rodinou (Kupka, 2014). Mimo jiné tento druh péče umožňuje odpočinek hlavním pečovatelům (rodině, příbuzným) k usnadnění dalšího pobytu pacienta doma a k předcházení zbytečné hospitalizace (Bužgová, 2019).

Posledním typem je lůžková hospicová péče, která je vybavena speciálním zařízením zlehčující péči o nemocného (Kupka, 2014). Jedná se o samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění. Předpokládaná doba pobytu v této instituci je zhruba 3-4 týdny. Důraz je zde především kladen na zajištění individuálních potřeb, přání a vhodného prostředí nemocnému, tak aby mohl být v kontaktu se svými blízkými (Bužgová, 2019). Důvody pro umístění pacienta do lůžkové hospicové péče mohou být stejné jako při poskytování stacionární hospicové péče (Kupka, 2014).

Obecně slouží hospicová péče zejména k zachování důstojnosti, kterou nemocniční zařízení nezajistí v takovém rozsahu (Tomeš et al., 2015). Umístění pacienta do lůžkové hospicové péče obnáší splnění daných kritérií. Tím nejdůležitějším je informovaný souhlas nemocného, ve vymezených případech lze akceptovat i souhlas blízké osoby. O přijetí do této instituce rozhoduje hospicový lékař ve spolupráci s ošetřujícím lékařem (Kupka, 2014). Podmínkou pro přijetí nemocného je rovněž zdravotní stav, který je přechodně zlepšen pro zmírnění příznaků, nikoliv pro léčbu onemocnění (Tomeš et al., 2015).

V paliativní péči sehrává významnou roli rodina nemocného. Ve vztahu k paliativní péči rodinu lze definovat jako blízké osoby bez ohledu na příbuzenský vztah (Bužgová, 2015). Rodina nemusí být spojena pokrevním nebo právním svazkem (Bužgová, 2019). Důležitou součástí multidisciplinární péče je hodnocení potřeb, které umožní rozpoznání oblastí, které rodina považuje za důležité a potřebuje v nich pomoc a podporu. K nejdůležitějším potřebám rodinných příslušníků patří zejména ujištění o tom, zda nemocný netrpí velkými obtížemi, dostatečná informovanost, praktické dovednosti v péči a emocionální podpora. Právě podpora rodinných příslušníků je jedním z nejdůležitějších principů paliativní péče a je prosazována od počátku moderního hospicového hnutí (Bužgová, 2015). Pro pacienta je v závěru života důležité vnímat přítomnost blízké osoby, která mu pomáhá v pocitech beznaděje, osamělosti a emocionálním stresu (Kisvetrová, 2018).

Sestra může ošetrovatelskými aktivitami příznivě ovlivnit kvalitu života pacienta a proces truchlení rodinných příslušníků. Koncept ošetrovatelských aktivit zaměřených na rodinné příslušníky by měl zahrnovat naslouchání a uklidnění, poskytnutí dostatečných

informací, umožnění přítomnosti u pacienta či nabídnutí spirituální podpory. Pokud rodinný příslušník projeví zájem, může se v určitých oblastech zapojit do péče o svého blízkého. Jedná se například o pomoc se stravováním, péči o dutinu ústní či pasivní pohyby končetinami. Tato laskavá péče od blízkých osob poskytuje nemocnému pocit vnitřního klidu a napomáhá snížit obavy z blížícího se konce (Kisvetrová, 2018).

1.1.3 Tabuizace smrti

Všechny obavy lidí souvisejí se strachem ze smrti, a to proto, že smrt je tajemstvím, o kterém víme málo nebo nic. Vypořádání se smrtí je náročné, i přes hledání způsobů, jak tuto skutečnost změnit (Pereira, 2013). Od fylogenetického a ontogenetického vývoje člověka je základem lidské identity vědomí, že život je konečný. Právě skutečnost smrti tvoří vědomí člověka o vlastní smrtelnosti. Vědomí vlastní smrtelnosti je nazýváno ontologie fenoménu smrtelnosti, a to zejména pro pochopení jejího významu. Prostřednictvím tohoto vědomí si ke smrti vlastní či smrti blízkého člověka vytváříme vztah. V důsledku tohoto uvědomění je téma smrti často vytěsňované do nevědomí či podvědomí (Čáp et al., 2016).

V současné vyspělé společnosti je smrt tabuizovaná, a proto vyvolává větší strach a úzkost, než tomu bylo dříve (Kisvetrová, 2018). Nezbeda (2016) také uvádí, že v české společnosti je údajně smrt tabu. Tvrdí, že tabu se ale týká něčeho zakázaného či nepřipustného. Vztah ke smrti je chápán odlišně. Smrt je vytěsňována z našeho vědomí, z hovorů a obecně ze života. Vztah ke smrti je spjat s výrazy bezradnosti, strachem a pasivitou. Žít s vědomím smrti vyžaduje neustálý strach o sebe a své blízké. Dříve byla smrt chápána jako přirozená událost, dnes je přemísťována do zdravotnických a sociálních institucí, kde se stává medicínskou záležitostí. Smrt je postupně vytlačována ze života rodin a komunit. Umírající tak prožívá konec svého života osamělý. Teprve v posledních dvaceti letech dochází k postupné detabuizaci umírání a smrti, a to zejména z důvodu rozvoje hospicové a paliativní péče. S tím se zvýšil i zájem zdravotníků o intervence, které pomáhají pacientovi a jeho blízkým eliminovat existencionální a emocionální utrpení. Rovněž jsou prospěšné i pro smířování se s realitou blížícího konce (Kisvetrová, 2018). Je potřeba přijmout skutečnost, že smrt může být i naším přítelem, a to především pro konečnou úlevu od utrpení (Lakasing, 2014).

1.2 Poskytování paliativní péče

Paliativní péče zajišťuje komplexní péči pacientům, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu (Bužgová, 2019). Je opakem léčby kurativní, která dodržuje radikální

postup vedoucí k úplnému vyléčení. Paliativní léčbu lze vztahovat k různým nevyléčitelným onemocněním (Dostálová, 2016). Mezi onemocnění vyžadující poskytování této péče patří – onkologická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění, konečná stádia chronických orgánových chorob, AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome, CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc, polymorbidní geriatrickí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, vybrané vrozené pediatrické syndromy a pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v rámci intenzivní péče (Bužgová, 2019). Náplň paliativní péče spočívá ve zmírnění tělesné a duševní bolesti (Tomeš et al., 2015). Dále řeší psychologické, sociální a duchovní problémy nemocných (Bužgová, 2019). S paliativní péčí souvisí pojem terminální péče, která zajišťuje péči o pacienty v období bezprostředně hrozící smrti, která je očekávána během několika hodin či dní (Bužgová, 2015).

Paliativní péče je rozdělena na obecnou a speciální. Cílem obecné paliativní péče je zmírnění bolesti, a to především po stránce tělesné (Tomeš et al., 2015). Je zaměřena na základní léčbu symptomů, respektování pacientovi autonomie a efektivní komunikaci (Bužgová, 2015). Tento druh péče je poskytován v prostředí lůžkových oddělení nebo v rámci domácí péče zdravotnickým personálem na základě jejich kompetencí. Na kvalitě obecné paliativní péče se významně podílí vzdělání zdravotníků v této oblasti. Je vyžadováno, aby sestra měla tzv. měkké kompetence, vztahující se ke komunikaci, psychosociálním a spirituálním ošetrovatelským intervencím. Speciální paliativní péče je poskytována ve specializovaných institucích interdisciplinárním týmem, který poskytuje péči s tímto zaměřením (Kisvetrová, 2018). Speciální paliativní péče má mimo jiné i sociální náboj. Snaží se zachovat důstojnost umírajícího a poskytnout podporu jeho blízkým (Tomeš et al., 2015).

Po spojení pojmů zdravotní a sociální péče se dnes používá označení hospicová paliativní péče. Rozlišujícím znakem mezi paliativní a hospicovou péčí je, že paliativní péče je zaměřena na všechny zdravotnické aspekty dlouhodobě nevyléčitelně nemocných pacientů. Oproti tomu hospicová péče je soustředěna na terminální stádium nemoci (Tomeš et al., 2015). Další odlišností je v umístění, kde jsou tyto služby poskytovány. Paliativní péče je poskytována v nemocničním prostředí na jednotlivých odděleních. Lůžkové hospice jsou tvořeny samostatným zdravotnickým zařízením (Kisvetrová, 2018).

1.2.1 Potřeby pacientů v terminálním stádiu onemocnění

Definice lidské potřeby vyplývá ze stavu, který je charakterizovaný dynamickou silou vznikající z pocitu nedostatku či přebytku. Jedná se tedy o stav, který nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojujeme. Potřeby úzce souvisí s kvalitou našeho života, proto jsou nutné a užitečné (Šamánková, 2011). Z hlediska antropologického je potřeba něco, bez čeho se člověk nedokáže obejít. Lidské potřeby jsou projevem vztahu člověka k sobě samému ale i k jeho okolí. Lze je chápat i jako nároky organismu spojené s bytím, životními hodnotami, cíli, tužbami či přáními (Špatenková et al., 2014). Vědomé vnímání potřeb vzniká v důsledku jejich nedostatku či naplnění. Množství a intenzita potřeb je závislá na pohlaví, věku, kulturní a společenské úrovni, zdravotním stavu, zkušenostech, prostředí a dalších okolnostech. Potřeba je považována za základní formu motivů (Šamánková, 2011). Stává se tak impulsem k nějaké aktivitě, která stimuluje člověka k provádění činnosti, kterou danou potřebu naplní (Vágnerová, 2017). Lidé v závěrečné fázi života mají v zásadě stejné potřeby jako každý jiný člověk, s výjimkou několika zvláštností, které souvisejí s tímto obdobím (Bužgová, 2019). V období blížící se smrti většinou dochází k subjektivnímu přehodnocení jednotlivých potřeb, a to nejen u umírajících ale také u doprovázejících a pozůstalých (Špatenková et al., 2014). Priorita potřeb se tedy v průběhu jejich onemocnění může měnit (Bužgová, 2019) Potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a spirituální (Špatenková et al., 2014). Podmínkou nutnou k poskytování další kvalitní péče je klíčové zahájení včasné diskuse o rozsahu potřeb nemocného (Bužgová, 2015).

1.2.2 Potřeby biologické

Potřeby biologické neboli fyziologické vychází z podstaty člověka jako živé bytosti (Šamánková, 2011). Jsou řazeny k základním potřebám a musí být uspokojovány na prvním místě pro prospěch nemocného (Bužgová, 2019). Biologické potřeby označované jako pudy, jsou vrozené. Pudy slouží k zachování sama sebe a k zachování rodu. Zachování sama sebe představuje potřebu jídla, vody, kyslíku, tepla a bezpečí. Zachování rodu je chápáno jako zplození potomstva a péče o něj (Vágnerová, 2017). V nemoci do těchto potřeb patří vše, co potřebuje nemocné tělo (Svatošová, 2012). V první řadě je klíčové potlačení dystanázie. Tím se rozumí zmírnění nebo odstranění nepříjemných symptomů, mezi které patří bolest, obtížné dýchání, kašel, zvracení či neschopnost udržet stolici a moč (Špatenková et al., 2014). Nemocný potřebuje přijímat potravu, a to i upravenou zvláštním způsobem (Svatošová, 2012). V konečné fázi života není nutné nutit nemocného jíst, protože přichází o chuť k jídlu. Přijetí faktu, že mizí potřeba jídla a pití

souvisí s přijetím smrti (Bužgová, 2019). Umírající může dostat chuť na něco dobrého, jako je například pivo či víno. Pokud je to možné, měli bychom jeho přání v nejpříjemnější formě splnit (Špatenková et al., 2014). Další potřebou je zbavení produktů vlastního metabolismu, a to především nejpřirozenějším způsobem bez použití cévek či klystýrů (Svatošová, 2012). Nutné je rovněž zajištění hydratace. Nemocný může pociťovat sucho v ústech, a proto je důležité ústa vytírat a zvlhčovat. Proto, aby se umírající cítil dobře je nutné zajištění kvalitní ošetrovatelské péče včetně hygieny, která příznivě přispívá k prevenci dekubitů. I úprava vzhledu má pozitivní vliv na mezilidské vztahy (Bužgová, 2019). V rámci možností nemocného je nutné nutit jeho tělo k aktivitě, aby nedošlo k jeho zchátrání nebo proležení (Svatošová, 2012). K prevenci únavy přispívá právě rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem. Stejně důležitý na konci i na začátku života je dotek a pohlazení, které by mělo být součástí péče (Bužgová, 2019).

1.2.3 Potřeby psychické

Další kategorii potřeb představují potřeby psychické (Špatenková et al., 2014). Ty vycházejí z jednotlivého prožívání a vnímání světa (Šamánková, 2011). Jsou uspořádány od nejvýznamnějších k těm méně významným. Pro různé lidi mají odlišný význam a bývají tak různým způsobem uspokojovány. K základní geneticky podmíněné psychické potřebě patří potřeba stimulace, která je na jedné straně omezena jejím minimem, způsobující pocit nudy a na druhé straně maximem, vyvolávající dráždění a vyčerpání. Lidé s potřebou prožít silné zážitky mají sklon k riskování a vyhledávání vzrušení. Naopak lidé preferující klid a stereotyp bývají nenápadní a spolehliví. Širší psychologický význam má potřeba jistoty a bezpečí. Jedná se o pocit tělesného bezpečí a spolehlivost řádu a pravidel, které umožňují dosáhnout kognitivní jistoty (Vágnerová, 2017). U nemocného jedince nutno předpokládat ztrátu jistoty, která je způsobena onemocněním a vším co s ním souvisí (Šamánková, 2011). Lidé potřebují mít jistotu, že je o ně postaráno kompetentními odborníky (Bužgová, 2019). Dlouhotrvající nejistota způsobuje nedůvěru v kohokoliv a pocit generalizovaného ohrožení projevující se reakcemi úzkosti či agrese (Vágnerová, 2017). Pociťování bezpečí může být závislý například na prostředí, kde nemocný bývá. Důležitá je rovněž souvislost potřeby bezpečí s pravdou, kdy je zásadní, aby měl nemocný dostatek informací o své nemoci (Bužgová, 2019). Při umírání je zásadně ovlivněna celá psychická sféra člověka. Umírající pociťuje obavy z vlastního bytí a strach z umírání (Špatenková et al., 2014). Nezávisle na stavu tělesné schránky je nejdůležitější potřeba respektování lidské důstojnosti (Svatošová, 2012). Důstojnost je univerzální lidskou záležitostí. Jedná se o povinnost určitého respektu, úctyhodnosti a pocty. V

lidském životě je důstojnost přisuzována jak lidem zdravým, tak i nemocným. Dotýká se hodnocení úcty, kterou lidé pocítují od druhých a kterou druhým poskytují. Respektování lidské důstojnosti vede k lepšímu naplnění společenské role a umožňuje být člověkem v pravém slova smyslu (Heřmanová et al., 2012). Zdravotníci a populace mají největší obavy ze ztráty důstojnosti související se ztrátou soběstačnosti (Špatenková et al., 2014). Respektování důstojnosti člověka je důležité v každém období života, o něco více ale v době završování specifického životního úkolu (Svatošová, 2012). Významná je i potřeba naděje, kterou lze chápat jako podmíněnou důvěru v pozitivní výsledek (Vágnerová, 2017). Důležitou potřebou, týkající se seberealizace je potřeba plánovat. I člověk ve fázi blížící se smrti má potřebu plánovat. Takové plány se mohou zdát zvláštní, pro umírající jsou ale nezbytné. Mohou být projevem tužeb a přání (Bužgová, 2019). K dalším psychickým potřebám řadíme například potřebu autonomie, spolupatříčnosti, informovanosti, klidu a estetična. Pro naplnění psychických potřeb umírajících je zásadní aktivní naslouchání a empatický postoj (Špatenková et al., 2014).

1.2.4 Potřeby sociální

Sociálně zaměřené potřeby mohou být individuální pro každého člověka (Vágnerová, 2017). Jsou závislé na společnosti, ve které jedinec žije a touze sociálního zázemí a postavení (Šamánková, 2011). Základem je potřeba sociálního kontaktu. Pro většinu lidí je důležitá potřeba žít v přátelských vztazích a být součástí určité sociální skupiny. Obecně je tato potřeba nazývána potřeba sounáležitosti a akceptace jinými lidmi. Při jejím uspokojení dochází k eliminaci nejistoty, posílení pocitu bezpečí a potvrzení vlastní hodnoty (Vágnerová, 2017). Každý člověk má potřebu, aby ho měl někdo rád a aby i on měl možnost mít někoho rád. Tuto potřebu silně pocítuje právě umírající člověk (Bužgová, 2019). Nemocný má zájem o návštěvy a potřebuje je. Avšak tak to nemusí být v každém případě, a proto by měl mít právo na vlastní usměrňování návštěv. Obvykle má umírající nejsilnější vazby s rodinou (Svatošová, 2012). V terminální fázi onemocnění jsou velice důležité kvalitní sociální vztahy a sociální opora, která je nemocnému poskytována nejbližší osobou. Od společnosti potřebuje kladné postoje, ocenění, přijetí a lásku. Také uspořádání a vyjasnění sociálních vazeb je pro odchod ze života velmi důležité. V době umírání by přirozenou součástí společenského života měl být akt rozloučení, při kterém člověk dává najevo schopnost loučit se a smutnět. Při potlačení nebo dokonce neuskutečnění rozlučného aktu často dochází k tomu, že pozůstali prožívají patologický smutek či trauma ze smrti blízké osoby (Špatenková et al., 2014).

1.2.5 Potřeby spirituální

Spirituální potřeby byly až do nedávné doby více méně tabu. Mnoho lidí se domnívá, že uspokojování těchto potřeb vyžadují pouze věřící (Svatošová, 2012). Spirituální potřeby nemají pouze lidé věřící, ale každý člověk (Špatenková et al., 2014). Duchovní potřeby souvisí s duchovním, religiózním, filozofickým a psychologickým zaměřením a cítěním (Šamánková, 2011). Spiritualita zahrnuje otázky spojené s podstatou lidského bytí, a proto si je pokládají všichni na celém světě (Špatenková et al., 2014). Nemocný člověk kromě léčení a odborného ošetřování potřebuje také lidi, kteří jsou schopni přijímat jeho stavy naděje a beznaděje či radosti a úzkosti (Vorlíček et al., 2012). U umírajících jsou v popředí zájmu náboženské potřeby, k nimž patří například potřeba přijetí svátosti nebo účast na mši či zpovědi (Špatenková et al., 2014). Spiritualita má významný vliv na to, jak se pacient vyrovná se závažnou život ohrožující diagnózou, průběhem léčby, obdobím remise, opakující se recidivou, či procesem umírání. Pacient chápe spiritualitu jako abstraktní pojem, který popisuje jako jedinečnou osobní víru, dodávající mu sílu a pomoc při hledání smyslu života. Prostřednictvím spirituality mohou nemocní hledat smysl nemoci a utrpení, čímž mohou být osvobozeni od zoufalství. Dokonce mohou v negativní zkušenosti nemoci najít i potenciální pozitivní smysl (Kisvetrová, 2018). V průběhu vážné nemoci se pacienti začínají zabývat životně důležitými otázkami týkající se smyslu vlastního života (Svatošová, 2012). Pacienti v terminálním stádiu se domnívají, že by zdravotníci měli mluvit s pacienty o jejich duchovních potřebách a chtějí, aby jejich potřeby byly řešeny. Duchovní potřeby umírající pacienti vyjadřují například náboženstvím či přítomností blízké osoby. V rámci léčebného plánu by se měli sestry aktivně začlenit do poskytování duchovní péče, a to zejména u pacientů s život ohrožující nemocí (Kisvetrová, 2018). Rovněž se při plnění spirituálních potřeb může účastnit i nemocniční kaplan, který je v dnešní době součástí zdravotnického týmu (Svatošová, 2012).

1.3 Vliv umírání na ošetrovatelský personál

Umírání je bez pochyby emočně náročná situace pro všechny zúčastněné, včetně zdravotníků (Špatenková et al., 2014). Doprovázení pacientů v nejnáročnějším období jejich života a podíl na zmírňování jejich utrpení mohou být pro zdravotníky nesmírně obohacující zkušenosti. Z druhé strany neustálé vystavování utrpení a ztrátě může mít i negativní dopad na psychiku ošetřujících (Bužgová, 2019). Ošetrovatelská péče o umírající je jednou z nejnáročnějších činností v ošetrovatelství (Burda a Šolcová, 2016).

Mnoho sester, zejména těch začínajících není dostatečně připravena na péči o pacienta v závěrečné fázi života (Kiser Larson a Woonhwa, 2016). Tíha péče o umírající tak spadá především na zdravotnický personál (Kisvetrová, 2018). Proto, aby sestra mohla pečovat o druhé je nutné, aby uměla pečovat i sama o sebe. Proto je při péči o umírající nutná podpora ze strany ošetrovatelského managementu například formou seminářů, supervizí či možností psychologické pomoci. Mimo to je nezbytná i podpora ze strany blízkých zdravotníka (Burda a Šolcová, 2016).

1.3.1 Psychická zátěž ošetrovatelského personálu v péči o umírajícího pacienta

Profese sester patří mezi jedno z nejnáročnějších povolání, a to z důvodu přímé pracovní zátěže a neustálých požadavků na vzdělávání a učení. Sestra se setkává se smrtí, s trpícími, umírajícími a nevléčitelně nemocnými pacienty, což může být důsledkem nadměrného stresu (Venglářová et al., 2011).

Stres je termín definující situaci, kdy živý organismus vystavený zátěži aktivuje obranné reakce, které musí zachovat homeostázu a zabránit poškození či smrti organismu (Adam et al., 2019). Stres a zátěž vznikají v případě, že je míra stresorů vyšší než schopnosti jedince vypořádat se s touto situací (Kurucová, 2016). Jsou rozlišovány dva základní druhy stresu. Prvním z nich je eustres, který působí příznivě a člověku dodává aktivní energii (Venglářová et al., 2011). Eustres neboli pozitivní zátěž v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům (Adam et al., 2019). Může způsobit přetížení člověka, ale v kladném slova smyslu. Do situací vztahujících se k eustresu patří například narození dítěte či různé oslavy (Venglářová et al., 2011). Opakem eustresu je distres, který je charakteristický nadměrnou zátěží způsobující přetížení jedince (Adam et al., 2019). Distres je nepříjemný stres, který v dané situaci převyšuje možnosti člověka (Venglářová et al., 2011).

Psychickou zátěž lze definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. S psychickou zátěží jsou jednoznačně spojené některé faktory práce. Jedná se především o přetížení, kombinaci vysoké náročnosti práce s nízkou mírou vlastní kontroly nad prací, časový tlak, monotonii, konfliktní interpersonální vztahy, vysokou odpovědnost, směnovou a noční práci a mnoho dalších (Vévoda et al., 2013). Při výkonu své profese sestra staví zájmy nemocných nad zájmy vlastní, což od ní vyžaduje nezištnost, sebezapření a ochotu. Ve zdravotnictví jsou pracoviště, které jsou zdrojem většího stresu než ostatní (Mellanová, 2017). Obecně je práce ve zdravotnictví zdrojem značné psychické a fyzické zátěže (Kupka, 2014). Zdravotníci představují jednu z nejvíce zatížených skupin. Bývají v

konfrontaci se situacemi sdělování kruté pravdy týkající se diagnózy a prognózy pacienta. Bezprostředně poskytují ošetrovatelskou péči umírajícím, vidí jejich bolest, trápení a zoufalství (Špatenková et al., 2014). Z hlediska stupně zátěže patří péče o umírajícího pacienta k nejvýraznějším. Pacient v terminálním stádiu onemocnění znamená pro ošetřující personál situaci, která je náročná na jejich odolnost a schopnost zvládat mezní situace. Základem úspěšné adaptace na zátěž vyplývající z péče o umírající pacienty je vyrovnání se s pocity, které souvisejí s faktem vlastní smrtelnosti (Kupka, 2014).

1.3.2 Syndrom vyhoření a jeho prevence

Syndrom vyhoření byl popsán v roce 1974 jako tělesný a duševní stav, který se vyskytuje v profesích, při kterých dochází k intenzivnímu kontaktu s druhými lidmi (Mellanová, 2017). Popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání způsobené zvyšujícími se nároky od okolí nebo od samotného jedince (Venglářová et al., 2011). Vyhoření se často objevuje u pracovníků, jejichž práce souvisí s rozhodováním o osudu druhých lidí. Těmi jsou nejčastěji lékaři, psychologové, sestry, sociální a rehabilitační pracovníci a další. Větší riziko vyhoření je zjevné u lidí, kteří mají vytvořené iluze o tom, jak velké naplnění jim povolání přinese, což způsobuje nerovnováhu mezi profesním očekáváním a realitou (Mellanová, 2017). Není proto dobré od svého nástupu do zaměstnání očekávat mnoho (Dostálová, 2016). Rovněž jsou nejvíce ohroženi ti, kteří jsou zprvu vysoce motivováni a ochotni se plně věnovat své práci. Tito lidé očekávají, že smysl života naleznou ve smysluplné práci pomáhající těžce nemocným pacientům. Po určitém čase zjišťují, že jejich očekávání z práce se nenaplnila a mají pocit zmarnění či životního nenaplnění. Pocit zmarnění způsobuje ztrátu empatie a plnění pouze nejnnutnějších pracovních povinností (Vorlíček et al., 2012).

Lze rozlišit pět stádií syndromu vyhoření. K těmto fázím patří – nadšení, stagnace, frustrace, apatie a intervence (Dostálová, 2016). V první fázi nadšení člověk přemýšlí, jak svým klientům zpestřit poskytovanou službu a nevnímá jako problém zůstat přes čas. Zdravotník je plný ideálů a pracuje nad rámec svých povinností. Ve fázi stagnace dochází k vzrůstu pocitu neuspokojení, marnosti a zklamání. Dochází k postupnému vyhýbání se kontaktu s pacientem. Ve třetím stádiu frustrace jsou pocity neuspokojenosti mnohem intenzivnější. Fáze apatie je typická postojem k práci jako k povinnosti a převážnou starostí o peníze. V poslední fázi dochází k úplnému vyčerpání, které může být provázeno tělesnými obtížemi, rozvojem závislosti nebo dokonce pokusem o sebevraždu (Kupka, 2014, Kapounová, 2020). Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří oblastí. První z nich je tělesné vyčerpání, projevující se chronickou únavou, nedostatkem energie,

bolestmi svalů, tělesnou slabostí, změnami hmotnosti či rychlejší unavitelností a zvýšenou potřebou spánku. Druhou oblastí je psychické vyčerpání, které je charakteristické negativním postojem k sobě i k ostatním. Dochází k přehodnocení dosavadních životních postojů. Člověk je cynický, negativní, nechce podstoupit nové změny a dochází k útlumu aktivity a tvořivosti. Na závěr je popsáno emocionální vyčerpání, při kterém se člověk uzavírá do sebe a ztrácí zájem o ostatní lidi. Dochází ke ztrátě radosti z kontaktu s lidmi, které může být přeneseno i do rodiny (Venglářová et al., 2011). Zažívá pochybovačnost vůči všemu a krajní pesimismus (Dostálová, 2016). Proces, jehož závěrem je vyhasnutí, většinou trvá několik měsíců až let (Mellanová, 2017). Vyhoření je doprovázeno ztrátou ideálů, energie či smysluplnosti života v práci (Vorlíček et al., 2012). Pro syndrom vyhoření je typické, že jeho projevy jsou zjevné spíše v psychice nemocného. Navenek se projevují až později (Venglářová et al., 2011).

Obranou syndromu vyhoření je zejména střídání pozic v rámci pracoviště, vhodné využívání dovolené, schopnost odpočívat, relaxovat a účelně trávit volný čas. Zásadní může být rovněž změna pracoviště na dobu nejméně tři měsíců nebo natrvalo (Vorlíček et al., 2012). K dalším protektivním faktorům řadíme asertivitu, sebedůvěru, sociální podporu od okolí a pocit osobní pohody (Špirudová, 2015). Nevyhovující stav související se syndromem vyhoření může pracovník řešit pozitivně nebo negativně. Negativní řešení je přisuzováno například k odchodu ze zaměstnání, kdy člověk pocítuje osobní selhání či ztrátu. Při pozitivním postoji dochází k přehodnocení priorit a využívání nadání a silných stránek (Dostálová, 2016). Účinným protektivním prostředkem v ošetrovatelské praxi je odstoupení od osobního prožívání lidských osudů a vztahování je k vlastní osobě (Mlýnková, 2017).

1.4 Vybrané aspekty v péči o umírajícího pacienta

1.4.1 Hygienická péče a péče o pokožku

Potřeba čistoty a hygieny patří mezi základní biologické potřeby (Kelnarová et al., 2015). Tuto potřebu lze definovat ve třech základních rovinách. V rovině biologické jsou odstraňovány mikroorganismy, sekrety a exkreta z těla. Psychologická rovina navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Hygiena může mít nezastupitelné místo i v rovině spirituální, podílející se na rituálním významu. V rovině sociální vytváří příjemné prostředí (Dingová Šliková et al., 2018). Chodící nemocný provádí hygienickou péči sám, částečně soběstačný nemocný a ležící pacient je odkázán na pomoc druhých osob (Kelnarová et al., 2015). Při provádění hygienické péče je nutné řídit se potřebami

pacienta. Pokud se pacient necítí dobře, není třeba provádět kompletní hygienickou péči. V posledních chvílích života nemocného je velice důležité zvolit co nejméně zatěžující metody, a to například pomocí speciálních vlhčených ubrousků či vlhčené mycí čepice (Burda a Šolcová, 2016).

V rámci hygienické péče je prováděna i péče o pokožku. Je nutné udržovat kůži v suchém a čistém stavu (Burda a Šolcová, 2015). Je potřeba minimalizovat vliv vlhkosti při inkontinenci a využívat vhodné pomůcky (Kelnarová et al., 2015). Doporučuje se používání zejména jednorázových pomůcek (Kapounová, 2020). Během hygienické péče si všímáme změn na kůži, jako jsou například modřiny, odřeniny, nezhojené jizvy, proleženiny či dekubity. Jedním z nejúčinnějších preventivních opatření vzniku opruzenin a dekubitů je polohování pacienta (Burda a Šolcová, 2015). V posledních dnech života jsou pacienti mnohem náchylnější ke vzniku proleženin (Bužgová, 2019). Nemocný je polohován obvykle po 2 hodinách (Kelnarová et al., 2015). Suchou kůži pravidelně promašťujeme, umýváme bez použití mýdla a dbáme na pravidelný pitný režim pacienta (Burda a Šolcová, 2015). V případě vzniku proleženin, dekubitů či jiných defektů zvolíme vhodný postup a prostředky k ošetření. Při péči o defekty dodržujeme zásady asepse (Kelnarová et al., 2015).

1.4.2 Výživa a vylučování

Pro správnou funkci celého organismu je podmínkou adekvátní příjem potravy. Cílem výživy je poskytnout organismu vodu, živiny, látky nezbytné k metabolismu, minerály a vitaminy (Dingová Šliková et al., 2018). Velmi častým symptomem pokročilých onemocnění je snížená až vymizelá chuť k jídlu (Vorlíček et al., 2012). Jedním z typických klinických projevů umírání je odmítání jídla a tekutin. U pacientů v terminálním stádiu strava nepřináší benefit a energetický příjem nezlepšuje kvalitu života a ani ho neprodlužuje. Naopak může spíše uměle prodlužovat umírání (Vágnerová et al., 2020). Závěr života je obvykle spojen s katabolismem organismu, kdy metabolické návyky mohou být nižší a organismus musí vynaložit více úsilí, aby stravu zpracoval, což může být pro pacienta velice zatěžující (Vytejková et al., 2013). U nemocným s prognózou v řádu měsíců je indikovaná komplexní podpora apetitu. Někdy jsou podávány preparáty stimuluující chuť k jídlu, jako je například Prednison, Megace a Provera (Vorlíček et al., 2012). Při podávání stravy a tekutin je zásadní respektování přání pacienta. Rovněž je velmi důležité zvolit časový harmonogram podávání stravy, který pacientovi vyhovuje (Burda a Šolcová, 2016).

Přirozenou a preferovanou formou nutriční podpory je enterální výživa (Vorlíček et al., 2012). Enterální výživa zahrnuje jak perorální nutriční doplňky, tak umělou výživu podávanou pomocí gastrické, duodenální, jejunální sondy či PEG (Kapounová, 2020). Enterální výživa je aplikována do gastrointestinálního traktu (Vytejková et al., 2013). Může být podávána per os pomocí orogastrické sondy. Mezi další nejčastější způsoby podání enterální výživy patří nazogastrická sonda indikovaná v případě, že pacient není schopen přijmout potravu per os. Další alternativou při nemožnosti příjmu potravy per os je PEG neboli perkutánní endoskopická gastrostomie. Spočívá ve vytvoření kanálku, jehož jeden otvor ústí v žaludku a druhý na kůži břicha (Dingová Šliková et al., 2018). Provádí se v případech, kdy má nemocný problém v oblasti hltanu nebo jícnu, nemůže polykat či vážně posun stravy z jícnu do žaludku (Kelnarová et al., 2015). Pokud není možné podávání stravy enterálně je zvolena výživa parenterální (Dingová Šliková et al., 2018). Ta zajišťuje podávání výživných roztoků přímo do krevního oběhu pacienta (Kelnarová et al., 2015). Jedná se o podávání výživných roztoků mimostřevní cestou, s vynecháním gastrointestinálního traktu (Vytejková et al., 2013). Parenterální výživa je podávána přes periferní nebo centrální žilní katétr (Dingová Šliková et al., 2018).

V případě, že je pacient schopen perorálního příjmu, pokračujeme v podávání stravy per os (Vágnerová et al., 2020). Nemocní, u nichž se nedaří udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost, mohou být vhodnou alternativou přípravky enterální výživy, které jsou ordinovány formou popíjení po malých dávkách jako tzv. sipping (Vorlíček et al., 2012). Sipping je popíjení perorálních nutričních doplňků a je indikován u pacientů jejichž gastrointestinální trakt je funkční (Vytejková et al., 2013). Tyto přípravky mají mnoho výhod, jako například možnost okamžitého použití, velký výběr příchutí, vysoký obsah energie a bílkovin, definovaný obsah živin, včetně vitamínů a stopových prvků (Vorlíček et al., 2012). Jedná se o přípravky různých příchutí ve formě mléčného nápoje, džusu či krému. Nejčastěji se podávají přípravky Nutridrink, Protifar, Fresubin nebo Nutrilac (Kapounová, 2020). Hlavním úkolem sippingu je doplnění energetických hodnot, které pacient není schopen přijmout v běžné stravě (Dingová Šliková et al., 2018)

Pravidelné vylučování patří k základním biologickým potřebám zdravého i nemocného člověka. Narušení této sféry nepříjemně komplikuje pacientův zdravotní stav (Burda a Šolcová, 2015). Mnoho nežádoucích účinků souvisejících s vylučováním způsobují téměř všechna opioidní analgetika (Rokyta et al., 2017). Na počátku podávání opioidů se zpravidla objevuje nevolnost či zvracení. V případě silného zvracení se podávají antiemetika po dobu 3-7 dnů (Vorlíček et al., 2012). Dále je nutné zajistit polohu

v polosedě nebo na boku k zabránění aspirace (Kapounová, 2020). Ke klinicky nejzávažnějším nežádoucím účinkům opiátů patří zácpa, která většinou trvá po celou dobu podávání těchto léčiv (Vorlíček et al., 2012). V průběhu dlouhodobé léčby jsou žádoucí dietní opatření, dostatečný příjem tekutin a podávání laxativ (Rokyta et al., 2017). Rovněž je zásadní redukce stresu, nácvik defekačního reflexu a dostatek spánku (Dingová Šliková et al., 2018). Nesmí chybět ani edukace pacienta o dodržování pravidelného režimu dne a pravidelném stravování s vysokým obsahem vlákniny (Kapounová, 2020).

1.4.3 Tišení bolesti

Bolest je chápána jako nepříjemný, senzorický, emoční a mentální pocit související s psychickými reakcemi. Vzniká při poškození tkáně onemocněním, úrazem nebo operačním zákrokem (Dingová Šliková et al., 2018). Prožívání bolesti je subjektivní jev, který je závislý na celé řadě faktorů a každý člověk jej vnímá individuálním způsobem (Kupka, 2014, Pokorná et al., 2013). Bolest je jedním z nejobávanějších klinických příznaků nádorového onemocnění (Vorlíček et al., 2012). Potřeba být bez bolesti je řazena do základních smyslových percepcí, to znamená, že je přiřazována na stejnou úroveň jako vidět, slyšet, hmatat, čichat a chutnat (Šamánková, 2011). Nezbytnou součástí péče na konci života je adekvátní zvládnání bolesti (Wilkie a Ezenwa, 2012). Zvládnání bolesti a úspěšnost její léčby je závislá na míře pacientovi adaptace. Maladaptace, frustrace, úzkost, únava a strach nepříznivě ovlivňují intenzitu bolesti. Zjištění příčiny bolesti je základním předpokladem úspěšné léčby. Hlavním faktorem, který rozhoduje o celkovém vlivu bolesti na pacienta je intenzita (Vorlíček et al., 2012). Pokud je bolest intenzivní a dlouhodobá, mimořádně vyčerpává síly člověka (Dostálová, 2016).

Existuje několik metod měření intenzity bolesti jako například verbální škála bolesti, vizuální analogová škála či numerická škála. Při využití verbální škály pacient hodnotí intenzitu své bolesti pomocí nabídnutých kategorií (např. žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná). Při zvolení vizuální analogové škály označí pacient intenzitu své bolesti na úsečce znázorňující kontinuum intenzity od „žádné bolesti“ až po „nejhorší bolest jakou si umí představit“ (Vorlíček et al., 2012). Vizuální analogová škála patří k nejčastějším způsobům hodnocení bolesti (Pokorná et al., 2013) V numerické škále přiřadí pacient intenzitě své bolesti číslo, obvykle v rozmezí 0-10. Větší číslo vyznačuje větší bolest (Vorlíček et al., 2012). Tento druh slouží k subjektivnímu hodnocení intenzity bolesti (Pokorná et al., 2013).

Tlumení bolesti lze provést na základě farmakologické nebo nefarmakologické léčby. V rámci farmakologické léčby jsou pacientovi podávána analgetika. Analgetika se

dělí na dvě skupiny, a to neopioidní a opioidní (Rokyta et al., 2017). K léčbě mírné bolesti jsou předepsána neopioidní analgetika, k léčbě středně silné bolesti slabé opioidy kombinované s neopioidními analgetiky a k léčbě silné bolesti jsou indikovány silné opioidy (Vorlíček et al., 2012). Cílem léčby bolesti je snížení její intenzity na přijatelnou úroveň nebo v ideálním případě její úplné odstranění (Rokyta et al., 2017). K léčbě bolesti řadíme také nefarmakologické intervence. Mezi ty nejběžnější patří například kognitivně behaviorální terapie, relaxační techniky, biologická zpětná vazba nebo transdermální nervová elektrostimulace. Kognitivně behaviorální terapie usiluje o změnu myšlení, chování lidí a zvýšení odolnosti zvládat zátěž. Cílem této terapie je naučit pacienty dovednostem, které jsou potřeba k tomu, aby se dokázali lépe vypořádat s bolestí. Biologická zpětná vazba neboli biofeedback využívá nástroje, které zesilují informace přicházející z těla, jako je teplota kůže nebo napětí kosterního svalstva. Poté je transformují do viditelné podoby, například do záblesků světla, aby byli měřitelné. Tímto způsobem lze ukázat pacientovi fyziologické reakce ovladatelné vůlí, jako je stres či napětí (Bužgová, 2019). Sestra může přispět některými nefarmakologickými metodami ke zmírnění pacientova utrpení. Těmi nejčastějšími jsou: přemístění pozornosti a zaměstnání jinými činnostmi, intervence teplem, intervence chladem či masáž (Plevová et al., 2018).

1.4.4 Péče o psychiku pacienta

Proces umírání je bolestivou kapitolou lidského života. Nevyléčitelně nemocní pacienti prožívají pocity lítosti nad svým zdravotním stavem a postupně se musí vyrovnávat s celou řadou ztrát a s faktem, že se dny jejich života chýlí ke konci (Plevová et al., 2018). Důležitým konceptem paliativní péče je emocionální stránka nemocného (Bužgová, 2019). Zátěž nemocných v terminální fázi onemocnění je individuální. Někteří mohou prožívat poslední chvíle života radostně, jiní mohou trpět (Plevová et al., 2018).

Zdravotníci by měli dbát na každodenní psychickou pohodu pacienta (Plevová et al., 2018). Velmi významná je schopnost naslouchat. Rovněž je kladen důraz na neverbální komunikaci, která mnohdy vyjadřuje více než slova. V rámci psychosociální podpory pacienta je důležité zaměřit se na udržení naděje pro plnění reálných cílů v časově přiměřeném horizontu. Každý pacient má právo na pláč k vyjádření svých skutečných pocitů. Svou přítomnost poskytujeme pacientovi prostřednictvím nedirektivního empatického rozhovoru a fyzického kontaktu (Bužgová, 2019). Klíčové slovo související s podporou pacienta je empatie (Adam et al., 2019). Řecký pojem *empathia* znamená „vcítění“ neboli „porozumění vcítěním“ (Dostálová, 2016). Také ho lze chápat jako

schopnost vnímání pocitů, emocí jiných lidí, vcítění se do emocí druhého. S empatií souvisí rovněž empatická inteligence definovaná jako schopnost pomocí práce s vlastními emocemi řešit interpersonální situace a konflikty (Adam et al., 2019). Často se setkáváme s pacienty hluboce sociálně opuštěnými. V tomto případě musí do jisté míry chybějící rodinu nahrazovat právě zdravotníci. Vzhledem k množství práce a nedostatku ošetřujícího personálu se tak často veškerý kontakt s nemocným redukuje pouze na otázky týkající se tělesných obtíží. V českých i zahraničních zdravotnických zařízeních se v podpůrné komunikaci velice osvědčují motivovaní a připravení dobrovolníci (Vorlíček et al., 2012).

1.4.5 Péče o pozůstalé

Ztráta blízkého člověka je pro pozůstalé zátěžovou životní situací, která má vliv na psychiku, tělesné fungování a sociální vztahy (Kupka, 2014). V jediném okamžiku dojde k radikální změně jejich života (Bužgová, 2019). Pozůstalí často potřebují pomoc a podporu, zejména pro utváření dalšího života a znovuzískání osobní rovnováhy (Kupka, 2014). Péči o pozůstalé mohou poskytovat zdravotníci, psychologové, odborní poradci či dobrovolníci (Bužgová, 2019). Pomoc pozůstalým představuje široké spektrum, a to od laické pomoci až po profesionální aktivity. Také může mít různou podobu od soucitné a empatické komunikace přes krizovou intervenci, poradenství až po psychiatrickou péči (Špatenková, 2012).

Pomoc pozůstalým lze poskytnout neformálním nebo formálním způsobem. Neformální druh pomoci představuje nejobvyklejší způsob, k němuž patří především svépomoc a vzájemná pomoc. Svěpomoc zahrnuje okolnosti, kdy si pozůstalý chce pomoci s využitím vlastních možností. Při vzájemné pomoci jsou zapojeni členové rodiny či příbuzní (Špatenková et al., 2014). Úmrtí člena rodiny vyvolává nové specifické problémy, ale může mít vliv i na řešení problémů stávajících. V tomto případě není rodina vhodným poskytovatelem účinné pomoci (Špatenková, 2012). Pokud dojde k selhání tradičních zdrojů sociální podpory, pozůstalí se obrací na profesionály, kteří poskytují pomoc formálním způsobem (Špatenková et al., 2014) Pro pozůstalé může být mnohdy přijatelnější mluvit o těchto zraňujících záležitostech s cizím člověkem (Bužgová, 2019). V rámci hospicové péče je možnost využití poradenství, které je poskytováno formou individuálních rozhovorů, telefonických rozhovorů, svépomocných skupin pro pozůstalé či vzpomínkových akcí (Bužgová, 2015). Předpokladem kvalitního poradenství pro pozůstalé je znalost problematiky procesu truchlení, symptomatologie zármutku a vlastní postoj ke smrti ze strany poradce (Špatenková et al., 2014). Při spolupráci s pozůstalými

je nezbytné především aktivní naslouchání, projev soustrasti a dostatek času ke zvládnutí problému. Rovněž je zásadní v některých situacích umět mlčet (Kupka, 2014).

1.4.6 Péče o mrtvé tělo

Poslední povinností sestry vůči pacientovi je péče o mrtvé tělo (Kapounová, 2020). Sestra vyslovuje podezření smrti na základě nejistých a jistých znaků, úmrtí konstatuje pouze lékař (Vytejšková et al., 2013, Bužgová, 2019). K nejistým známkám smrti patří zástava srdeční činnosti, zástava dýchání a rozšířené zornice nereagující na světlo (Bužgová, 2019). K jistým známkám smrti řadíme posmrtnou ztuhlost, posmrtný zápach, posmrtné skvrny, posmrtný rozklad a voskovou bledost (Vytejšková et al., 2013, Veverková et al., 2019). Bezprostředně po smrti je nutné zajištění intimity zemřelého, a to například s použitím zástěny či přemístěním do místnosti k tomu určené (Bužgová, 2019). Pokud je to možné, je vhodné, aby ostatní pacienti opustili pokoj (Kapounová, 2020). Tato péče by měla zahrnovat úctu a respekt důstojnosti k člověku i po jeho smrti. Obecně péče o mrtvé tělo zahrnuje i další činnosti, k nimž patří – vyslovení smrti dle nejistých známek, pozůstalost, administrativní opatření, a nakonec úprava a dezinfekce pokoje (Bužgová, 2019). Při poskytování péče o mrtvé tělo jsou nutné pomůcky jako ochranné rukavice, empír či ústenka, pomůcky k hygienické péči, nůžky, obinadlo, popisovací fix, vak na tělo zemřelého či textilní prostěradla a igelitové pytle na osobní věci zemřelého (Vytejšková et al., 2013).

Péči o mrtvé tělo provádí minimálně dvě osoby z důvodu náročnosti a právních náležitostí (Burda a Šolcová, 2016). Nejprve si nasadíme ochranné rukavice a odstraníme deku, polštář a jiné pomůcky z lůžka zemřelého (Mlýnková, 2017). Prostěradlo je ponecháno pro případné zabalení těla. Odstraňování invazivních vstupů se provádí dle standardů ošetrovatelské péče (Burda a Šolcová, 2016). Zatímco Vytejšková et al. (2013) uvádí, že z těla zemřelého odstraníme cévky, katétry, obvazy a náplasti, v literatuře Veverkové et al. (2019) se dočteme o opaku. Poté je zahájena hygienická péče o mrtvé tělo, odstraněn umělý chrup a sundány šperky (Vytejšková et al., 2013). Mrtvé tělo umístíme do vodorovné polohy a ruce položíme podél těla (Mlýnková, 2017). Sestra provede identifikaci zemřelého pomocí fixu, kdy na pravou dolní končetinu napíše příjmení zemřelého, rodné číslo, datum a oddělení kde došlo k úmrtí (Kapounová, 2020). Na závěr tělo umístíme do igelitového vaku, popř. zabalíme do prostěradla (Veverková et al., 2019). Tělo je po dobu 2 hodin od konstatování smrti ponecháno na oddělení (Rozsypal et al., 2014). Po uplynutí této doby je transportní službou převezeno na patologicko-anatomické oddělení (Vytejšková et al., 2013). Sestra zaznamenaná poslední

chvíle pacienta, provedené činnosti a čas úmrtí do ošetrovatelské dokumentace (Kapounová, 2020). Úlohou sestry po úmrtí pacienta je také vyřízení pozůstalosti. Sestra připraví všechny osobní věci zemřelého a zhotoví jejich seznam, poté jej s dalším svědkem podepíše. Předávání pozůstalosti rodinným příslušníkům je rovněž velmi nepříjemnou a citlivou záležitostí, proto je nutné přistupovat s respektem i k věcem zemřelého (Bužgová, 2019). Pozůstalost může předat všeobecná sestra po předložení občanského průkazu příbuzných (Mlýnková, 2017).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Zjistit, jakou podporu získává ošetrovatelský personál od managementu.

Cíl 2

Zjistit, jak ošetrovatelský personál zajišťuje potřeby umírajícímu pacientovi.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1

Jakou podporu získává ošetrovatelský personál od managementu?

Otázka 2

Jaké překážky vnímá ošetrovatelský personál v péči o umírající pacienty?

Otázka 3

Jak zajišťuje ošetrovatelský personál biologické potřeby umírajících pacientů?

Otázka 4

Jak zajišťuje ošetrovatelský personál psychické potřeby umírajících pacientů?

Otázka 5

Jak zajišťuje ošetrovatelský personál sociální potřeby umírajících pacientů?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní metodou formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo ve vybrané Jihočeské nemocnici s praktickými a všeobecnými sestrami. Před zahájením výzkumného šetření byl nutný písemný souhlas od hlavní sestry nemocnice. Souhlas je k nahlédnutí u autorky práce. Poté následoval ústní souhlas od vrchních či staničních sester vybraných oddělení. Hlavní sestru jsem slovně seznámila s tématem své bakalářské práce a předložila podklad s cíli práce, výzkumnými otázkami a otázkami k rozhovoru. Po ústním schválení od vrchních či staničních sester jsem požádala o spolupráci při výběru informantů. Účast na rozhovorech byla zcela dobrovolná. Před samotným zahájením rozhovoru byli informanti seznámeni s průběhem rozhovoru a s možností neodpovídat na všechny položené otázky. Rovněž byli ujištěni o zachování anonymity získaných dat.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únor 2022. Rozhovor obsahoval 21 otevřených otázek. První okruh otázek se týkal identifikačních údajů informantů, kde byl zahrnutý věk, vzdělání a délka praxe. Ve druhé části otázek byly informantům pokládány otázky týkající se pocitů při úmrtí pacienta a vlastní smířenosti se smrtí. Další okruh otázek se týkal možnosti psychologické podpory a syndromu vyhoření. Poslední část otázek byla zaměřena na uspokojování potřeb umírajících pacientů a možná specifika v péči o umírající. V případě nejasností byl rozhovor rozšířen doplňujícími otázkami. Polostrukturovaný rozhovor byl zaznamenán metodou zvukové nahrávky po předchozím ústním souhlasu všech informantů. Rozhovory trvaly přibližně 20 minut a byly prováděny na denní místnosti sester. Poté byla každá nahrávka doslovně přepsána v programu Microsoft Word a bylo provedeno otevřené kódování technikou „papír a tužka“ sloužící k podrobnému rozboru (Švaříček et al., 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 8 sestrami. Jednalo se o praktické a všeobecné sestry pracující na onkologickém, interním, anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na oddělení následné péče. Byly osloveny sestry se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním. Dvě sestry mají ke středoškolskému vzdělání specializaci na ARIP – Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče. Věk informantů se pohyboval od 24 do 62 let. Délka praxe se pohybovala od 3 do 44 let. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika probandů

Tabulka 1 Charakteristika probandů

Informant	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
S1	49	Středoškolské	20
S2	56	Středoškolské	38
S3	24	Středoškolské	5
S4	26	Vysokoškolské (Bc)	3
S5	26	Vysokoškolské (Bc)	6
S6	44	Středoškolské+ARIP	25
S7	62	Středoškolské+ARIP	44
S8	46	Středoškolské	22

(Zdroj vlastní)

Informantce S1 je 49 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské. Ve zdravotnickém zařízení působí 20 let.

Informantce S2 je 56 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské. Ve zdravotnickém zařízení působí 38 let.

Informantce S3 je 24 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské. Ve zdravotnickém zařízení působí 5 let.

Informantce S4 je 26 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla vysokoškolské bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení působí 3 roky.

Informantce S5 je 26 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla vysokoškolské bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení působí 6 let.

Informantce S6 je 44 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské s následnou specializací na ARIP-Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče. Ve zdravotnickém zařízení působí 25 let.

Informantce S7 je 62 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské s následnou specializací na ARIP-Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče. Ve zdravotnickém zařízení působí 44 let.

Informantce S8 je 46 let a jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské. Ve zdravotnickém zařízení působí 22 let.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Tabulka 2 Kategorizace výsledků rozhovorů

1. Kategorie	Pocity sester při úmrtí pacienta
2. Kategorie	Osobní postoj ke smrti a umírání
3. Kategorie	Možnost psychologické podpory
4. Kategorie	Projevy syndromu vyhoření
5. Kategorie	Výskyt překážek a jejich odstranění
6. Kategorie	Specifika péče o umírající pacienty
7. Kategorie	Zajišťování potřeb umírajících pacientů

(Zdroj vlastní)

Kategorie 1 Pocity sester při úmrtí pacienta

První kategorie představuje, jak často se informanti setkávají se smrtí v rámci své profese. Tato kategorie rovněž zahrnuje, jaké v této situaci zažívají pocity.

Na dotaz, jak často se informanti setkávají se smrtí v rámci své profese většina uvedla, že úmrtí na oddělení je velmi častou záležitostí. Konkrétně se tak vyjádřili S1, S2, S4, S5, S6, S7. S1 odpověděla, že se s úmrtím setkává: „Každý den, každou pracovní směnu v podstatě, tedy třeba čtyři dvanáctihodinové směny týdně.“ Podobně se vyjádřila i S2: „V práci skoro každou směnu, ob směnu, je to různé.“ S4 a S5 dodali, že s úmrtím na oddělení přichází do styku zhruba dvakrát týdně. S6 stručně odpověděla: „Skoro denně.“ S7 doplnila: „Na ARU se umírá poměrně často, takže to pro mě je častý zážitek. Naštěstí to jsou většinou starší pacienti. Se smrtí dítěte jsem se často neselekávala, jelikož vážnější případy se vozili do dětské nemocnice.“ S3 odpověděla, že jde o individuální záležitost: „Někdy celý měsíc nikdo nezemře, jindy během týdne zemřou třeba čtyři pacienti. Záleží i na věku a zdravotním stavu pacienta.“ S8 taktéž uvedla, že je to individuální: „Byla doba, kdy jsme měli tři úmrtí za noční směnu, pak třeba jedno úmrtí za měsíc. Na tomto oddělení je převážně starší generace, proto je pochopitelné, že je to velice časté.“

Na otázku, jaké v této situaci informanti zažívají pocity S1 a S2 uvedli, že jsou vůči situaci, kdy pacient zemře po letech praxe imunní. S1 doplnila: „Samozřejmě tady jsou pacienti někdy mladší, s těmi lidmi si povídáte, někdo je vám bližší, i třeba v situaci kdy přijde rodina a je tady, takže máte komplikovanější situaci, že jste u nich. Já mám citovější vnímání, s tou rodinou soucítím a není mi z toho nejlíp.“ S2 dodala, že záleží na situaci a na náladě. S3 konstatovala, že pokud jde o mladšího pacienta, nemá z toho dobrý pocit a je jí to líto. S4 a S5 odpověděli, že při úmrtí pacienta nezažívají žádné pocity. Konkrétně

se tak vyjádřila S4: „*Žádné pocity nezažívám, myslím že na to není v tu chvíli čas.*“ S5 k tomu dodala že: „*Ve většině případů jde o starší lidi, takže tu smrt vnímám přirozeně.*“ S3 také odpověděla, že pokud umírají starší pacienti, je to přirozenější. S6 uvedla, že při úmrtí pacienta zažívá smutek: „*Smutek hlavně pro tu rodinu, že přichází o někoho blízkého. U nás na oddělení se setkáváme s lidmi v různém věku, proto mě samozřejmě smrt mladšího pacienta nebo pacienta v mém věku zasáhne mnohem víc.*“ S8 také zmínila, že je pro ni stěžejní vcítění se s rodinou zemřelého a dále dodala, že: „*Imunní vůči tomu člověk být nemůže při téhle práci, protože to musí dělat s nějakým citem, ale někdy to беру tak, že pro ty lidi je to vysvobození, když jde o onkologicky nemocné pacienty, kteří mají bolesti a trápí se.*“ S7 dokonce odpověděla, že po neúspěšné resuscitaci zažívala několika denní traumatický zážitek. S2, S4, S5, S6 konstatovali, že úmrtí na oddělení berou jako součást práce.

Kategorie 2 Osobní postoj ke smrti a umírání

Druhá kategorie se zabývá osobním postojem informantů ke smrti a umírání. Rovněž je kladen důraz na smířenost informantů se smrtí.

Na otázku, zda se nějakým způsobem změnil postoj informantů ke smrti a umírání S1 a S5 odpověděli, že ne. S1 dodala: „*Tuhle situaci bych nezahrnovala do soukromého života. Vím, že mám maminku, která jednou zemře. To se s tím nemůže vypořádat nikdo, nikdo nemůže vědět, jak bude reagovat.*“ S5 zmínila, že smrt vnímá jako součást života ale smrt v práci a v osobním životě jsou dvě odlišné situace. Dále doplnila: „*V osobním životě se to člověka dotkne samozřejmě víc, tady jsou to pro vás cizí lidé.*“ S2 také konstatovala, že smrt bere jako součást života ale: „*Vzhledem k tomu, že mi ještě nikdo z blízkých příbuzných nezemřel, tak nevím, jak se k tomu budu stavět, jak to budu cítit.*“ S3 rovněž dodala, že smrt v práci a v osobním životě vnímá odlišně: „*Nedokážu si představit, jak bych reagovala nebo budu reagovat až zemře mně někdo blízký. Smrt v práci a v osobním životě jsou dvě odlišné věci. Vím, že kdyby někomu blízkému nebo i mně diagnostikovali nevyléčitelnou nemoc, měla bych k tomu určitě jiný postoj v rámci té profese, ale co se týče přímo umírání a smrti, to nemůžu říct.*“ Informanti S6, S7 a S8 zmínili, že se jejich postoj ke smrti a umírání v rámci jejich profese změnil. S4 odpověděla: „*Nemohu říct, že se úplně změnil, ale беру to jako věc, která tady je. Myslím, že je lepší, aby člověk, který je nemocný a trpí, zemřel.*“ S6 dodala, že si váží více života díky uvědomění jeho křehkosti. Dle odpovědi S7 smrt není zlá: „*Horší je umírání, pokud má pacient bolesti a trpí. Myslím si, že já sama bych se smrti nebála, ale umírání ano.*“

S8 uvedla: „Člověk vidí, že když ti lidé umírají, že většina z nich chce mít u sebe rodinu. Dokážu se díky tomu více vcítit do jejich situace, protože sama mám rodiče ve věku, kdy se jich smrt týká.“

Na otázku týkající se vlastní smrtelnosti S1 odpověděla: „Smířená určitě nejsem, i když někdo řekne, že je smířený, tak v určité situaci, co se týče jeho rodinného příslušníka nikdy neví, jak bude reagovat. Myslím, že na to není připraven nikdo v žádné situaci.“ S3 taktéž dodala, že se smrtí smířená není, protože je mezi mladšími a téma smrti je pro ni vzdálené: „Ale díky té profesi mám na umírání a smrt určitě jiný pohled než lidé, pro které to není v práci běžné.“ Dle S6 se smrtí smířit nedá, ale bere to jako součást života. Na základě odpovědí S2, S4, S5, S7 a S8 lze konstatovat, že většina informantů je se smrtí smířená díky své profesi. Konkrétně se tak vyjádřila S2: „My tady ty lidi vidíme, jsme si vědomi toho, jak vypadají, co prožívají, takže nějakým způsobem víme, co nás může čekat.“ S4 k odpovědi doplnila, že je se smrtí smířena i díky životním zkušenostem. S5 stručně odpověděla: „Nikdy jsem se se smrtí nesečkala tolik jako v práci, takže určitě jsem smířená díky tomu, co dělám.“ S7 se ztotožňuje s názorem S2: „Nevím, jestli je to v zásadě profesí nebo i mým věkem, kdy už je vám tohle téma bližší. Zdravotník smrt vnímá jinak, oproti laikovi. Myslím, že zdravotník je se smrtí smířený více než laik, protože si vše okolo umírání a smrti dokáže představit, zná to. Myslím, že zdravotník, který je se smrtí a s umíráním obeznámený, se jí i více bojí.“ S8 zmínila svou osobní zkušenost: „Na vlastní kůži jsem zažila anafylaktický šok a bezvědomí, takže tuším, o čem to je, i ty následky toho všeho.“ Dále obdobně jako S2 a S7 doplnila, že laik se do této situace nedokáže vcítit tolik jako zdravotník.

Kategorie 3 Možnost psychologické podpory

V této kategorii se informanti vyjadřovali, zda mají možnost psychologické podpory a jakou formou je jim tato podpora poskytována.

Většina informantů odpovědělo na otázku, zda vědí o možnosti psychologické podpory od managementu spíše negativně (S1, S2, S4, S5). S1 odpověděla, že o žádné možnosti neví, ale: „Myslím, že kdybychom o tu pomoc požádali, tak nám ji někdo poskytne.“ Totožně se vyjádřila i S2 a S3. S2 uvedla: „O žádné podpoře nevím, nikdy jsem se o to nezajímala, protože jsem to nepotřebovala. Sám od sebe nás nikdo neinformoval, ale pokud by byla potřeba, nějaká možnost by určitě byla.“ S4 bez váhání konstatovala: „Ne, ani nás na to nikdo nepřipravil, nikdo nepřipraví nově přichozí sestry, nejsou seznámený s tou situací, že jim někdo může zemřít. Často se stává, že i první den nástupu do práce

se s tím nově přichozí sestry setkají a tu situaci neznají, nemají k dispozici žádnou podporu a o noční směně už vůbec. Přes den maximálně staniční sestra je ochotna poskytnout psychologickou podporu, a to jen z vlastní vůle.“ S3 sdělila, že v oblasti umírání a smrti se mohou obrátit na staniční nebo vrchní sestru: „Lidé jsou všímaví, takže myslím, že kdyby někdo pomoc potřeboval, určitě by si toho někdo z okolí všimnul a pomoc nabídnul.“ Možnost podpory od staniční či vrchní sestry uvedli dále i informanti S5, S6, S7, S8. S6 k odpovědi doplnila, že během covidové situace měli možnost konzultace s psychologem a pomoc jim byla nabídnuta i bez požádání. Informanti S7 a S8 mimo jiné uvedli i podporu od primáře či primářky oddělení. S7 svou odpověď dále rozvedla: „Za celou svou zdravotnickou praxi můžu říct, že jsem měla štěstí na vedení. Měla jsem štěstí na primáře a vrchní sestru a vždy mi byli velkou oporou, ať jsem cítila jakýkoliv problém, kdykoliv jsem se na ně mohla obrátit a všechno se vyřešilo. S nabídkou sami o sobě nepřišli ale setkala jsem se s řadou kolegyně, které pracovali v hospici a od nich jsem čerpala informace a zjistila jsem, že ta smrt kolikrát není zlá a že i v tom hospici mají lidé klidnou smrt a mohou zemřít důstojně v kruhu své rodiny, a to taky člověka uklidní.“

Následující odpovědi se týkaly otázek, zda mají informanti jinou možnost psychologické podpory mimo podpory od managementu, případně na koho se obrátili po první zkušenosti s úmrtím pacienta. S1 odpověděla: „Já se s tím vyrovnávám po svém v osobním životě. Mám psy, takže se s tím vyrovnávám osobně venku na procházkách, kde to ventiluji ven. Žádnou psychickou podporu nevyhledávám.“ Po prvním úmrtí na oddělení jí byla největší oporou maminka a starší kolegyně, která jí na situaci částečně připravila. S2 zmínila, že nikdy neměla pocit, že by musela vyhledat psychologickou pomoc: „Když je to v práci náročnější, je pro mě oporou rodina. První úmrtí v praxi mě samozřejmě zasáhlo, cítila jsem tu blízkost smrti a křehkost lidského života. Byla jsem hodně mladá, bylo to pro mě v tu chvíli těžko pochopitelné a největší oporou pro mě byly kolegyně na směně.“ S3 rovněž dodala, že po první zkušenosti se smrtí jí byla největší oporou zkušenější kolegyně: „Máme povinnost zachovat mlčenlivost, takže je nějakým způsobem těžké o tom mluvit doma ve velkém rozsahu. Doma většinou poznají, že se něco děje, takže v rámci zachování mlčenlivosti můžu nastínit situaci doma a probrat to. Takže největší podporou je určitě rodina a manžel.“ Po otázce týkající se prvního úmrtí se S3 vybavily pocity: „V tu chvíli to vnímáte jako součást vaší práce a prožíváte to až ve volném čase, kdy máte možnost to probrat s někým blízkým. Samozřejmě v tu chvíli mi byla oporou kolegyně, která už zkušenost měla a snažila se mě připravit.“ S4, S5, S6, S7

taktéž zmínili podporu od rodiny a přátel. S4 znovu vyzdvihla podporu od staniční sestry: „*V době prvního úmrtí na oddělení mi byla oporou právě staniční sestra, která díky bohu byla zrovna poblíž.*“ S6 a S8 se shodli, že největší oporu cítí u spolu kolegyně, které danou situaci prožívají společně. S8 je názoru, že zážitky z práce nechce sdílet s rodinou: „*Jsem máma, mám děti a těžko se mi do tohoto tématu zapojují. Já nechci, aby o tom věděli, aby měli strach, takže podporu mám spíše v práci s kolegyněmi, které to v danou chvíli prožívají se mnou. Nechci do toho rodinu zatahovat.*“

Kategorie 4 Projevy syndromu vyhoření

Tato kategorie se zabývá projevy syndromu vyhoření, které informanti zaznamenali ve svém okolí či u sebe.

Většina informantů vyzdvihla syndrom vyhoření u kolegyně. Konkrétně se jedná o S3, S4, S5, S6, S7 a S8. Informantka S3 na úvod zmínila, že o oddělení, kde pracuje je všeobecně známo, že je náročné fyzicky i psychicky a poté dodala: „*Někdy je to náročnější, takže je to i znát na ostatních kolegyních, že jsou vyčerpané, k těm lidem se nechovají vždy příjemně, upadá nadšení do práce, jsou netrpělivé. Má to vliv na celý kolektiv, ta atmosféra je často na bodě mrazu.*“ S4 popsala chování kolegyně: „*Byla zlá, nepříjemná, vše jí obtěžovalo, každý příjem byl problém a de facto zbytečný, potlačovala příznaky pacientů.*“ Dle stručné odpovědi S5 se kolegyně chovala neempaticky k pacientům i ke kolegyním. S6 uvedla projevy jako: podrážděnost, apatie, nezájem o práci a okolí. S7 uvedla: „*Projevovalo se to náladovostí, netrpělivostí k pacientům, nepříjemným tónem při komunikaci. Samozřejmě to mělo vliv na celý kolektiv.*“ S8 zaznamenala syndrom vyhoření u sebe i u kolegyně v důsledku vytvoření citového pouta k pacientům „*Většina z nás to vnímalo stejně a k pacientům si vytvářela určité pouto. Každý odchod pacienta byl pro každého z nás smutnou záležitostí.*“ Informantka S1 konstatovala: „*Já myslím, že teď to poznáváme všichni i sami na sobě, co se týče covidové situace. Pociťujeme únavu a vyčerpání, takže nějaké známky vyhoření to určitě jsou, ale přímo jako syndrom vyhoření bych to nepovažovala. Myslím, že syndromem vyhoření jsou ohroženi spíše mladé sestřičky z důvodu náročnosti práce, nátlaku, více práce za ošetrovatelky nebo lékaře. Myslím, že syndrom vyhoření úplně nepoznáme a nikdo si to nepřipouští.*“ S2 se se syndromem vyhoření setkala často: „*Někdy je to opravdu na hraně. Myslím, že nějakým způsobem jsme vyhořelé všechny.*“ Oproti názoru S1 si S2 myslí, že: „*mladé sestry to berou více s nadhledem, protože si to vykompenzují v osobním životě. My starší cítíme únavu a na aktivity mimo práci nemáme energii.*“

Následující odpovědi vyzdvihují projevy syndromu vyhoření, které informanti zaznamenali u sebe. S1 si není vědoma toho, že by byla postižena syndromem vyhoření: „*Já si myslím, že ne. Akorát jsem byla unavená, protože jsme sloužili za nemoce nebo za dovolené, měli jsme méně volna, ale jinak si myslím, že syndrom vyhoření jsem nepocítovala, nebo si to neuvědomuji.*“ S2 zmínila možné projevy, které přisuzovala syndromu vyhoření: „*Asi pocit, že už v životě chodím jen do práce, aby člověk jen přežil, aby vydělal peníze a zaplatil vše potřebné, žádné naplnění už z té práce. Do práce už člověk nechodí s žádnou radostí, doma zažívá deprese.*“ S3 naopak odpověděla: „*Často cítím únavu a vyčerpání, někdy je to lepší, někdy horší ale k syndromu vyhoření bych to nepřirážovala*“. Odpovědi S4 a S5 se výrazně shodovaly. S4 uvedla, že v jednu chvíli cítila syndrom vyhoření velmi intenzivně: „*Nechtělo se mi chodit do práce, byla jsem rozhodnutá, že dám výpověď. Je to způsobený především náročností té práce, a to jak po stránce psychické, tak i fyzické. Většina lidí je ležících, jsou těžký, péče okolo nich je náročná a nás je málo. Je po nás vyžadováno příliš požadavků i práce okolo. Je to způsobený i tou administrativou, kterou ke každému pacientovi zvlášť máme a je to náročné dát každému pacientovi to co by měl mít.* S5 dodala: „*Člověku se nechce do práce, nezávisle na tom, jestli slouží s dobrou kolegyní nebo ne.*“ S6 se také zmínila, že u sebe pozorovala projevy syndromu vyhoření, a proto se rozhodla pro změnu oddělení: „*Projevovalo se to v zásadě stejně jako jsem popsala projevy u kolegyně, hlavně tedy nechutí k práci. Změna pracoviště to maximálně vylepšila, vůbec nelituji, že jsem po 25 letech změnila oddělení.*“ S7 se s projevy syndromu vyhoření příliš neztotožňuje, ale změnu oddělení považuje za důležitou: „*Já z vlastní zkušenosti můžu říct, že jsem snad nevyhořela. Celý život mě tato práce baví a naplňuje. Já po 40 letech změnila profesi a začala jsem pracovat u lůžka a je to dobře, čas od času změnit prostředí, oddělení a kolektiv, protože to dodá novou energii a nové poznatky.*“ S8 mezi hlavní příznak syndromu vyhoření, který u sebe vyzorovala přirazuje lítost k pacientům: „*Já jsem pocítovala syndrom vyhoření, protože jsem pracovala 10 let v soukromém domově pro seniory, kde byli převážně pacienti s Alzheimerovým onemocněním. Bylo to hlavně při kontaktu s rodinami těch pacientů, protože jsem viděla, jak je vnímají a jak se k nim chovají, proto mi jich bylo líto. Projevovalo se to lítostí k těm pacientům, které jsem potkávala denně 5-6 let, než zemřeli a já si k nim vytvořila nějaký osobní vztah. Snášela jsem to velmi špatně, a proto mi změna pracoviště pomohla, především v tom, že pacienti se tu často střídají.*“

Kategorie 5 Výskyt překážek a jejich odstranění

V této kategorii se informanti vyjádřili k překážkám v péči o umírající pacienty a k tomu, jakým způsobem by bylo možné je eliminovat.

Téměř všichni informanti (S2, S3, S4, S5, S6, S7) uvedli překážky, které komplikují péči o umírající pacienty. S2 nejprve odpověděla: „*U nás na oddělení žádné překážky nevnímám, ten postup je stejný několik let, tak aby fungoval co nejlíp.*“ Poté si vybavila, že největší překážku vnímala v covidové době, kdy pro všechny byla situace nová a neznámá: „*Jediné, co vnímám nebo jsem vnímala za obtížnější byla ta péče o pacienty v době covidu, bylo to pro nás nové a cizí. Když zemřel infekční člověk, nikdo nevěděl, jak k němu přistupovat, jak pečovat o mrtvé tělo.*“ S3 v ošetrovatelské péči v zásadě žádné překážky nevnímá: „*Co se týče péče ošetrovatelské a sesterské žádné překážky nevnímám. Snažíme se poskytnout pacientovi například antidekubitor, odsávání, aby pro pacienta nebylo umírání horší.*“ Posléze ale dodala, že deficit vnímá v hygienické péči: „*Já myslím, že ta ošetrovatelská péče, jako například hygienická péče by mohla být ve větším rozsahu, ale na to není čas a bohužel ani dostatek personálu. Také na oddělení nemáme zřízenou koupelnu, což je určitě negativum, protože většina lidí je imobilních a ta hygiena na lůžku dle mého není dostačující.*“ Jako řešení tedy uvedla zřízení koupelny pro imobilní pacienty a navýšení personálu, zejména ošetrovatelského, který je pro tyto pacienty nenahraditelný. S4 vnímá jako největší překážku v uzpůsobení pokojů pacientů: „*Umírající lidé umírají vedle lidí, kteří jsou při vědomí a při smyslech a oni sami to vnímají, že vedle nich zemřel člověk. Takový člověk by neměl vidět, jak může sám dopadnout a je to pro něj určitá dávka stresu.*“ jako řešení tedy uvedla: „*Myslím, že by měl být zřízen minimálně jeden pokoj pro terminálně nemocné pacienty tak, aby bylo zajištěno soukromí toho pacienta a nemělo to vliv na ostatní vnímající pacienty. Rovněž i kvůli soukromí pro rodinu umírajícího.*“ S5 uvedla v zásadě stejný problém jako S4: „*Uzpůsobení pokojů pro umírající pacienty a zajištění soukromí rodiny při návštěvách umírajícího pacienta. Určitě je to nepříjemné i pro pacienty ze stejného pokoje, kteří jsou nějakým způsobem omezováni, když se například přijde rodina umírajícího rozloučit a pacient musí opustit pokoj, aby jim nechal prostor.*“ Pro odstranění této překážky taktéž uvedla zřízení samostatného pokoje pro terminálně nemocné pacienty. S6 stručně odpověděla: „*Není čas se věnovat umírajícím, ani rodině. Často není možné ani včas informovat rodinu.*“ Tuto překážku hodnotí v zásadě jako neřešitelnou: „*Čas nezměníme. Když jde o náhlé úmrtí, bohužel se s tím nedá nic dělat.*“ S7 zmínila zkušenost z bývalého pracoviště: „*Tam byl lékař, který byl silný ateista a někteří pacienti požadují kněze při*

umírání a ten lékař tomu nebyl nakloněn. Bylo mi to líto, když to rázně těm umírajícím pacientům odepřel nebo měl nemístné poznámky, protože každý má nárok na náboženské vyznání. Jinak si myslím, že k umírajícím se chováme slušně a snažíme se jim zajistit důstojnou smrt.“ Poté dodala, že se změnila doba a v případě, že pacient umírá je umístěn na samostatný pokoj, případně oddělen plentou, tak aby bylo zajištěno jeho soukromí. Pouze S1 a S8 konstatovali, že žádné překážky v péči o umírající pacienty nevnímají. S1 odpověděla, že pokud by nějaké překážky byly, mohl by za ně sám ošetřovatelský personál a tomu se snaží předejít: *„Vše zajišťujeme my, ať už jde o důstojnost umírajícího nebo spolu pacientů, snažíme se zajistit vhodné podmínky, aby žádné překážky nevznikaly.*“ S8 stručně dodala: *„Překážky nevnímám, pacientům jsou umožněny návštěvy kdykoliv, snažíme se o tlumení bolesti.*“ Pouze zmínila, že je pro ni stěžejní kontakt s rodinou při předávání pozůstalosti.

Kategorie 6 Specifika péče o umírající pacienty

V této kategorii informanti odpovídali, zda je podle nich péče o umírající pacienty něčím specifická.

Informanti S1, S4, S5, S7 a S8 zmínili odlišnost především v komunikaci. S1 odpověděla: *„My víme, že ten pacient umírá, u toho druhého víme, že se vyléčí. K těm pacientům se chováme naprosto stejně, aby nepoznal, že má nevyléčitelnou nemoc. S těma umírajícíma si více povídáme, více s nimi cítíme. Ti lidé se chovají jinak, vědí že tady zůstanou, takže ta péče je jiná v tom, že jsou na nás více závislí. Snažíme se těmto pacientům více věnovat, více s nimi komunikovat. Takže určitě ta specifika je zásadně v té komunikaci. Také myslím že je odlišná v tlumení bolesti. Umírající mají obvykle velké bolesti. Jinak například kontaktujeme rodinu, aby pacientovi přinesli něco dobrého k jídlu, abychom pacientovi dopřáli a umožnili mu zemřít v určité pohodě.*“ S4 dodala, že vyléčitelně nemocnému člověku můžete poskytnout slova podpory a naděje. Nevyléčitelně nemocnému pacientovi nelze poskytnout slova naděje: *„Proto je důležité umírající pacienty vyslechnout, protože cítí strach a neví, jaký budou mít konec.*“ Dále zmínila specifika: *„V tlumení nepříjemných příznaků a pocitů. V tom je zásadní péče ošetřovatelek, protože ty jsou u umírajícího pacienta nejvíce. Těmto pacientům jako sestry podáváme léky na tlumení bolesti, ale tu klíčovou roli sehrávají právě ošetřovatelky, které pacientovi poskytují hygienickou péči, péči o dutinu ústní, výměnu ložního prádla, pomoc při vyličování a při stravování.*“ S5 považuje za důležité, aby byla přizpůsobena komunikace s umírajícím pacientem: *„My jsme kolikrát poslední, koho vidí,*

takže určitě v tom, abychom mu byli nablízku v té poslední chvíli. Vyléčitelně nemocnému můžete říct, že půjde domů, umírajícímu to nezaručíte. Také si dávat pozor na slova naděje.“ S7 podotkla, že je zásadní, aby umírající pacient věděl, že umírá, i přesto jak obtížné toto sdělení může být: „U umírajícího pacienta je velice těžké s ním mluvit na rovinu a sdělit mu, že je to konec, ale je to důležité, aby věděl, že je nevléčitelně nemocný a že ten konec se blíží, aby měl čas a prostor se na to připravit. Myslím, že s pacientem by o jeho nevléčitelném onemocnění měli mluvit především rodinní příslušníci.“ S8 zmínila, že komunikace je odlišná zejména u umírajících, kteří hůře vnímají. Informanti S2, S3, S6 uvedli specifika v tlumení bolesti a odstranění nepříjemných symptomů. S2 odpověděla: „Jinak se léčí člověk, který umírá a jinak člověk, který se uzdraví. Pro ty umírající je zásadní tlumení bolesti a odstranění nepříjemných příznaků spojených s umíráním.“ Dále uvedla odlišnost v přístupu k pacientovi: „Umírající pacienti tu většinou bývají delší dobu, jsou tu sami a my jsme jim v tu chvíli nejbližší.“ S3 vnímá poskytování ošetrovatelské péče totožně u umírajících pacientů i u pacientů, kteří mají vyléčitelné onemocnění: „Myslím, že co se týče té péče, tak tu mají všichni stejnou, kromě tlumení bolesti, která je umírajícím pacientům zajišťována v maximálním rozsahu, protože to je většinou jediné, jak jim ten odchod zpříjemnit.“ Dle odpovědi S6 by měl být kladen důraz na zajištění důstojnosti: „V té ošetrovatelské péči je to samozřejmě odstranění potíží, které umírání doprovází a pomoc důstojného odchodu, aby nebyl znečištěn či v bolestech.“

Kategorie 7 Zajišťování potřeb umírajících pacientů

V této kategorii se informanti vyjadřovali, co si představují pod jednotlivými potřebami (biologické, psychické a sociální) a jak jsou tyto potřeby umírajícím pacientům zajišťovány. V první části jsou uvedeny odpovědi informantů, které se vztahují k potřebám biologickým.

Většina informantů uvedla, že pod pojmem biologická potřeba si vybaví hygienickou péči a tlumení bolesti. Konkrétně tak uvedla S1: „Je to hygiena, ten člověk je umírající a je potřeba, aby byl také v čistém. To znamená, že toho pacienta nevynecháváme v této oblasti i přesto, že je umírající. Je čistý i při převozu na patologii, na to také klademe velký důraz.“ K další biologické potřebě dodala tlumení bolesti. S2 primárně zmínila také hygienickou péči, dále dodala i další biologické potřeby, které jsou důležité pro umírající pacienty: „Zajištění té hygienické péče ve stejném rozsahu jako o vyléčitelného pacienta. Umírající většinou nemají chuť k jídlu, tak určitě jim dopřát to na co mají chuť i po

domluvě s rodinou. Po domluvě s lékařem určitě navýšení opiátů, aby umírající netrpěl.“ S3 taktéž zmínila hygienickou péči, která zahrnuje péči o kůži a prevenci dekubitů a proleženin. Uvedla, že aktivně využívají antidekubitní pomůcky a pacienty pravidelně polohují. S4 konstatovala, že: *„V téhle fázi má umírající člověk základní potřebu, aby netrpěl. Ten člověk cítí, že se blíží konec, takže jakákoliv bolest mu akorát přihorší. Pak určitě aby byl v čistém, nebyl dehydratovaný nebo hladový.*“ S5, S6 a S8 se jako většina shodují v prioritním tlumení bolesti. S8 do biologických potřeb zakomponovala také péči o mrtvé tělo. S7 považuje za důležité zapojení rodinných příslušníků při uspokojování pacientových potřeb: *„Kolikrát má sestra problém, aby těch několik pacientů obsloužila a do toho dělala administrativní práci. Ti lidé při těchto činnostech potřebují čas a klid a často jim to v nemocničním prostředí není umožněno. Určitě je dobré, aby se do uspokojování pacientových potřeb zapojila i rodina, která tak pacientovi umožní provádění těchto činností v klidu, beze spěchu.*

V druhé části odpovědí jsou uvedeny potřeby psychické. Téměř všichni informanti S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8 se shodují v názoru, že pro zajištění psychické potřeby je zásadní podpora od personálu. S1 považuje za důležité umět psychicky podpořit i rodinu umírajícího pacienta: *„My jako sestry jsme u pacienta celou dobu, rodina se vás ptá, takže je na místě podpora té rodiny, poskytnout jim možnost, aby si k umírajícímu sedli, drželi ho za ruku, povídali si s ním i přesto, že nemusí vnímat. U nás na oddělení je podpora té rodiny častá, protože se chodí rozloučit a nesou to špatně. V případě potřeby podáme léky na uklidnění, ptáme se, jak se cítí. Důležité je informovat rodinu o tom, že jejich blízký umírá nebo zemřel, aby měli prostor a čas se rozloučit.*“ S3 dokonce zdůraznila prvky bazální stimulace: *„Já si myslím, že i přesto že pacienti, kteří umírají, moc nekomunikují, nevnímají nebo jsou zmatení, tak je důležité s nimi komunikovat, říkat co u nich budeme dělat, dotknout se jich.*“ S5 a S6 odpověděli, že pacienti mají možnost psychické podpory od nemocničního kaplana, který je součástí zdravotnickému týmu. S6 dále odpověděla, že je zásadní: *„Mluvit k pacientům narovinu, vše jim vysvětlit, dostatečně je informovat o zdravotním stavu a samozřejmě svou přítomností je podpořit.*“ S7 sdělila, že v uspokojování pacientových psychických potřeb má nezastupitelnou roli hospic. V nemocničním prostředí *„Je určitě podpora jak od personálu, tak od rodiny. Sestra může pacientovi dodat důvěru, sílu, naději ale přeci jenom rodina je rodina.*“ S8 se vyjádřila obdobně jako S7: *„Někdy se stane, že sami cítí že zemřou a chtějí vidět své blízké. Pokud není přítomna rodina, je důležité, abychom u pacienta byly my.*“

Poslední část je zaměřena na zajišťování sociálních potřeb umírajících pacientů. Všichni informanti se shodují, že pro uspokojení sociálních potřeb zaujímá nezastupitelné místo rodina umírajícího pacienta. Tato potřeba je umírajícím pacientům poskytována formou návštěv. S1 sdělila: „*Určitě umožnit návštěvy rodinných příslušníků, i přes omezení návštěv v souvislosti s covidovou situací. U nás na oddělení rodinu v tomto směru neomezujeme a mohou pacienta navštívit kdykoliv a na jak dlouho chtějí.*“ Stejně se vyjádřila i S2, S3, S4, S5 a S8. Svou odpověď S5 doplnila: „*Také určitě přizpůsobit pokoj podle pacientů, aby i mezi sebou měli možnost se bavit.*“ S6 konstatovala, že v poslední době se často setkávají i s žádostmi o notáře: „*Kdy chtějí pacienti sepsat poslední vůli, převést majetek a podobně.*“ S7 se s ostatními informanty v názoru příliš neztotožňuje: „*Těžko říct, zda se chce umírající člověk setkat s rodinou či jinými blízkými. Je důležité, aby umírající pacient vyslovil svůj názor a bylo mu vyhověno. Ne každý pacient musí mít sociální potřebu.*“

5 Diskuze

Téma bakalářské práce Umírání ve zdravotnickém zařízení pohledem ošetřovatelského personálu mělo stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jakou podporu získává ošetřovatelský personál od managementu. V této souvislosti byl kladen důraz také na problematiku syndromu vyhoření, který se ošetřovatelského personálu bezprostředně týká. Pokud ošetřovatelský personál nemá možnost psychologické podpory od managementu, bylo žádoucí zjistit, jakým způsobem využívá psychickou podporu mimo zdravotnické zařízení. Tento cíl byl stanoven zejména proto, abychom zjistili, jak péče o umírající pacienty ovlivňuje psychický stav ošetřovatelského personálu. Druhý cíl byl zaměřen konkrétně na umírající pacienty. Zabýval se jednotlivými potřebami umírajících pacientů a způsobem jakým jsou pacientům potřeby zajišťovány. Cíle byly formulovány do pěti výzkumných otázek, ze kterých bylo posléze vytvořeno dvacet jedna otázek k polostrukturovanému rozhovoru. Polostrukturované rozhovory proběhly s osmi informanty pracujícími na pozici praktické či všeobecné sestry na vybraných odděleních.

První výzkumná otázka zněla: **„Jakou podporu získává ošetřovatelský personál od managementu?“** Dle Špatenkové et al. (2014) jsou na sestry a lékaře v oblasti umírání kladeny extrémně vysoké nároky, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické a sociální. Právě sestry jsou s umíráním a se smrtí konfrontovány více než kdokoli jiný. Odpovědi informantů S1, S2, S4, S5, S6, S7 se s tímto názorem shodují. S1 zmínila, že se s úmrtím pacienta setkává: *„Každý den, každou pracovní směnu v podstatě, tedy třeba čtyři dvanáctihodinové směny týdně.“* Pro sestry může být péče o umírající pacienty stěžejní zejména proto, že si k pacientům vytvoří blízký vztah (Bužgová, 2019). S tím se ztotožňuje S1 a S8. S1 uvedla, že s pacienty tráví mnoho času, a proto mohou být zdravotníkům bližší. Burda a Šolcová (2016) tvrdí, že při péči o umírající pacienty je nezbytná podpora od managementu, a to například formou seminářů, supervizí či návštěvou psychologa. Na tuto otázku informanti S1, S2, S4, S5 zaujali spíše negativní postoj. Tito informanti sdělili, že o žádné psychologické podpoře nemají informace. S4 odpověděla, že na péči o umírající pacienty je nikdo nepřipravil: *„Nikdo nepřipraví nově příchozí sestry, nejsou seznámeny s tou situací. Často se stává, že i první den nástupu do práce se s tím nově příchozí sestry setkají a tu situaci neznají, nemají k dispozici žádnou podporu a o noční směně už vůbec. Přes den maximálně staniční sestra je ochotna poskytnout psychologickou podporu, a to jen z vlastní vůle.“* Dle mého názoru by

psychologická podpora od managementu neměla být opomíjena, a to především pro začínající sestry, které často nastupují do zaměstnání nepřipravené na tyto vypjaté situace. Informanti S3, S4, S5, S6, S7, S8 zmínili možnost psychologické podpory od staniční či vrchní sestry. Odpověď S6 koresponduje s odpovědí výše uvedených autorů: „*V rámci covidu jsme měli možnost konzultace s psychologem.*“ Burda a Šolcová (2016) dále uvádí, že pokud informantům neposkytuje psychologickou podporu management, zastupuje nenahraditelné místo rodina a přátelé. Tyto dva aspekty uvedli všichni informanti, vyjma S8, která nechce rodinu zatěžovat pracovními záležitostmi. Kupka (2014) při péči o umírající považuje za důležité, vyrovnat se s faktem vlastní smrtelnosti. Bužgová (2019) naopak uvádí, že pro sestry v paliativní péči je stěžejní vyrovnat se se smrtí a umíráním, kvůli uvědomění vlastní konečnosti. Dle informanta S6 se se smrtí smířit nelze. Podobně se vyjádřila i S1 a S3, které taktéž uvedli, že se smrtí smířeny nejsou. Dále vnímají smrt v práci a osobním životě jako dvě odlišné situace. Většina zbylých informantů (S2, S4, S5, S7, S8) konstatovala, že jsou se smrtí smířeny díky své profesi. Důležité je zmínit odpověď S2: „*My tady ty lidi vidíme, jsme si vědomi toho, jak vypadají, co prožívají, takže nějakým způsobem víme, co nás může čekat.*“ S7 je názoru, že u zdravotníků vyvolává smrt a umírání větší strach než u laiků. Strach zdravotníků z vlastní smrti definovala i Raudenská a Javůrková (2011). Podstatným rysem pomáhajících profesí je zaměření na pomoc druhým v různých životních situacích, jako je péče o chronicky nemocné či umírající pacienty (Jochmannová et al., 2022). Dle Venglářové et al. (2011) je péče o tyto pacienty vysoce zatěžující. S náročností práce se ztotožňuje odpověď S4: „*Většina lidí je ležících, jsou těžký, péče okolo nich je náročná a nás je málo. Je po nás vyžadováno příliš požadavků i práce okolo. Je to způsobený i tou administrativou, kterou ke každému pacientovi zvlášť máme a je to náročný dát každému pacientovi to, co by měl mít.*“ Dle Vorlíčka et al. (2012) může být dlouhodobé řešení stresových situací, trvalá blízkost smrti či nenaplněnost z výsledků své práce důsledkem syndromu vyhoření. Vlastní zkušenost se syndromem vyhoření popsali informanti S2, S4, S5, S6, S8. Kelnarová a Matějková (2014) uvádí několik varovných signálů projevující se tělesným, psychickým a emocionálním vyčerpáním. Tělesné vyčerpání je charakteristické pro tyto příznaky – únava, nedostatek energie, svalové bolesti či pocity tělesné slabosti (Venglářová et al., 2011). Projevy týkající se tělesného vyčerpání popsali informanti S1 a S3. Psychické vyčerpání se projevuje negativismem k vlastní osobě či neochotou něco měnit (Kupka, 2014). Informanti S2, S4, S5, S6, S8 popsali jevy týkající se především emocionálního vyčerpání. Kelnarová a Matějková (2014) k emocionálnímu vyčerpání

přiřazují pocity beznaděje, bezmoci a citovou vyprahlost. S tím se shoduje odpověď S2, která odpověděla: „*Asi pocit, že už v životě chodím jen do práce, aby člověk jen přežil, aby vydělal peníze a zaplatil vše potřebné, žádné naplnění už z té práce. Do práce už člověk nechodí s žádnou radostí, doma zažívá deprese.*“ Za důležité považuji zmínit odpověď S8, která syndrom vyhoření prožívala lítostí k pacientům: „*Bylo to hlavně při kontaktu s rodinami těch pacientů, protože jsem viděla, jak je vnímají a jak se k nim chovají, proto mi jich bylo líto. Projevovalo se to lítostí k těm pacientům, které jsem potkávala denně 5-6 let, než zemřeli a já si k nim vytvořila nějaký osobní vztah.*“ Dle Mlýnkové (2017) je účinným protektivním faktorem vůči této situaci odstoupení od osobního prožívání lidských osudů. Zdravotník, který se nedokáže oprostít od osobního vztahu k nemocnému často není schopen profesi vykonávat a ze zdravotnictví odchází (Mellanová, 2017). Venglářová et al. (2011) uvádí, že syndromem vyhoření jsou ohroženy zejména začínající sestry. Také Kiser Larson a Woonhwa (2016) tvrdí, že mnoho začínajících sester není dostatečně připravena na péči o umírající pacienty. S tímto názorem souhlasí S1: „*Myslím, že syndromem vyhoření jsou ohroženy spíše mladé sestřičky z důvodu náročnosti práce, nátlaku, více práce za ošetřovatelky nebo lékaře.*“ S2 je přesvědčena o opaku: „*Mladé sestry to berou více s nadhledem, protože si to vykompenzují v osobním životě. My starší cítíme únavu a na aktivity mimo práci nemáme energii.*“ Já osobně se přikláním k názoru S1 a výše uvedených autorů. Myslím, že mnoho začínajících sester nastupuje do zaměstnání s příliš velkým očekáváním, které není posléze naplněno. Účinnou obranou proti syndromu vyhoření může být změna pracoviště (Vorlíček et al., 2012). To zmínila také S6, S7 a S8. S7 uvedla i další pozitiva, která změna pracoviště může přinést: „*Já po 40 letech změnila profesi a začala jsem pracovat u lůžka a je to dobře, čas od času změnit prostředí, oddělení a kolektiv, protože to dodá novou energii a nové poznatky.*“ Dostálová (2016) naopak uvádí, že změna pracoviště v rámci oboru může být pouze dočasným řešením, a to především z důvodu opakovaného setkání se stejnými problémy.

Jako druhá výzkumná otázka byla stanovena: „**Jaké překážky vnímá ošetřovatelský personál v péči o umírající pacienty?**“ S4 a S5 hodnotí jako nejvíce obtížnou překážku v uzpůsobení pokojů pacientů. Jako příklad lze uvést odpověď S4: „*Umírající lidé umírají vedle lidí, kteří jsou při vědomí a při smyslech a oni sami to vnímají, že vedle nich zemřel člověk. Takový člověk by neměl vidět, jak může sám dopadnout a je to pro něj určitá dávka stresu.*“ K tomuto zaujímá také negativní postoj Bužgová (2015), která tvrdí, že nejčastějšími nedostatky v péči o pacienty v závěru života jsou nedostatečná

komunikace či vícelůžkové pokoje. Z důvodu nedostatku jednolůžkových pokojů jsou často spolu pacienti svědky terminální fáze života, což může být příčinou negativního psychického zážitku (Ptáček et al., 2011). S7 naopak odpověděla, že pokud pacient umírá, je umístěn na samostatný pokoj nebo oddělen plentou. S8 považuje za překážku kontakt s rodinou zemřelého při předávání pozůstalosti. Předání pozůstalosti je jedním z nejobtížnějších úkonů jak pro blízké, tak pro zdravotnický personál (Burda a Šolcová, 2016). Malíková (2020) uvádí, že pro zvládnutí úspěšné komunikace s rodinou zemřelého má výrazný podíl osobnostní typ zdravotníka, úroveň emoční inteligence či schopnost využít znalosti z psychologie. S7 zmínila zajímavou zkušenost z bývalého pracoviště, kde se setkala s překážkou při péči o umírající: „*Tam byl lékař, který byl silný ateista a někteří pacienti požadují kněze při umírání a ten lékař tomu nebyl nakloněn. Bylo mi to líto, když to rázně těm umírajícím pacientům odepřel nebo měl nemístné poznámky, protože každý má nárok na náboženské vyznání.*“ S právem na náboženské vyznání souhlasí taktéž Kelnarová a Matějková (2014). Většina zbylých informantů je názoru, že poskytují ošetrovatelskou péči dle stanovených postupů, tak aby žádné překážky nevznikaly.

Jako třetí výzkumná otázka byla určena: „**Jak zajišťuje ošetrovatelský personál biologické potřeby umírajících pacientů?**“ Lidé v konečné fázi života mají v zásadě stejné potřeby jako každý jiný člověk, pouze s výjimkou několika zvláštností (Bužgová, 2019). Dle Šamánkové (2011) jsou v popředí zájmu potřeby biologické, proto musí být uspokojovány na prvním místě. Téměř všichni informanti přiřazují k biologickým potřebám hygienickou péči, tlumení bolesti, stravování a vylučování. Špatenková et al. (2014) považuje za důležité zmírnění nepříjemných symptomů a odstranění bolesti. S tím se ztotožňuje odpověď S4: „*V téhle fázi má umírající člověk základní potřebu, aby netrpěl. Ten člověk cítí, že se blíží konec, takže jakákoliv bolest mu akorát přihorší.*“ Tlumení bolesti je zásadní i pro S1, S2, S5, S6, S8. Dle Svatošové (2012) je o většinu biologických potřeb, včetně tlumení bolesti správně postaráno v nemocnici. Špatenková et al. (2014) tvrdí, že pokud dostane umírající chuť na něco dobrého, měli bychom jeho přání v nejpříjemnější formě splnit. S tím se shoduje S2, která odpověděla: „*Umírající většinou nemají chuť k jídlu, tak určitě jim dopřát to na co mají chuť i po domluvě s rodinou.*“ Bužgová (2019) řadí k biologickým potřebám také hygienickou péči. S1 klade na hygienickou péči velký důraz: „*Ten člověk je umírající a je potřeba aby byl také v čistém. To znamená, že toho pacienta nevynecháváme v této oblasti, i přesto, že je umírající. Je čistý i při převozu na patologii, na to také klademe velký důraz.*“ S6 zdůraznila přizpůsobení hygienické péče zdravotnímu stavu pacienta. Kisvetrová (2018)

zmiňuje možnost zapojení rodinných příslušníků při uspokojování potřeb. To je důležité i dle odpovědi S6: „*Určitě je dobré, aby se do uspokojování pacientových potřeb zapojila i rodina, která tak pacientovi umožní provádění těchto činností v klidu, beze spěchu.*“ K uspokojování pacientových potřeb řadíme i potřeby psychické. K tomu byla vymezena čtvrtá výzkumná otázka: „***Jak zajišťuje ošetrovatelský personál psychické potřeby umírajících pacientů?***“ Většina informantů S2, S3, S4, S6, S7, S8 uvedla, že pro zajištění psychických potřeb je významná podpora od personálu. Špatenková et al. (2014) se s tímto názorem příliš neshoduje. Tvrdí, že uspokojování psychických potřeb je zdravotníky často zanedbáváno. Lze tak usoudit i z odpovědi S4 a S5. S5 sdělila, že z jejich strany psychická podpora není ale jako vhodnou alternativu zmínila využití nemocničního kaplana. S4 odpověděla: „*Určitě podpora od nás jako od personálu, ale na to bohužel není čas ani prostor, byť byste chtěla, protože k těm lidem si po určitém čase vytvoříte nějaký vztah, nejsou vám lhostejní, vidíte na nich, že si chtějí povídat a nechtějí být sami.*“ Pro S6 je prioritní psychickou potřebou: „*Znat pravdu, mluvit k pacientům narovinu, vše jim vysvětlit, dostatečně je informovat o zdravotním stavu a samozřejmě svou přítomností je podpořit.*“ Důležitá je potřeba pravdy, kdy je zásadní, aby měl nemocný dostatek informací o své nemoci (Bužgová, 2019). S7 konstatovala: „*Myslím, že v té psychické podpoře je nezastupitelný hospic, který poskytuje psychickou podporu opravdu ve velkém rozsahu.*“ Dle Tomeše et al. (2015) hospic poskytuje pacientům a jejich rodinám výraznou sociální podporu, na rozdíl od nemocničního prostředí. S1 naopak tvrdí, že podporu rodiny umírajících pacientů poskytují v nemocničním zařízení ve velkém rozsahu: „*Určitě je důležité kontaktovat rodinu, což dělá samozřejmě lékař. My jako sestry jsme u pacienta celou dobu, rodina se vás ptá, takže je na místě podpora té rodiny, poskytnout jim možnost, aby si k umírajícímu sedli, drželi ho za ruku, povídali si s ním i přesto, že nemusí vnímat. U nás na oddělení je podpora té rodiny častá, protože se chodí rozloučit a nesou to špatně. V případě potřeby podáme léky na uklidnění, ptáme se, jak se cítí. Důležité je informovat rodinu o tom, že jejich blízký umírá nebo zemřel, aby měli prostor a čas se rozloučit.*“ Kupka (2014) rovněž vyzdvihuje podporu rodin umírajících pacientů v rámci paliativní péče, která tak umožňuje snadnější vyrovnání se s pacientovým onemocněním. Sociální potřeby jsou pro umírající stejně významné jako potřeby předchozí. Tím se zabývala pátá výzkumná otázka: „***Jak zajišťuje ošetrovatelský personál sociální potřeby umírajících pacientů?***“ Pro zajištění sociálních potřeb je dle všech informantů, vyjma S7 důležité umožnění návštěv rodinných příslušníků. Ondriová (2021) uvádí, že i přes vysoce profesionální

ošetřovatelskou péči zdravotničtí pracovníci nejsou schopni zastoupit nejbližší příbuzné. Sociální potřeby jsou každým jedincem vnímány individuálně (Vágnerová, 2017). To potvrzuje odpověď S7: „*Těžko říct, zda se chce umírající člověk setkat s rodinou či jinými blízkými.*“ Dle Svatošové (2012) by měl být kladen důraz na usměrňování návštěv nemocnými. To považuje za důležité taktéž S7: „*Je důležité, aby umírající pacient vyslovil svůj názor a bylo mu vyhověno. Ne každý pacient musí mít sociální potřebu.*“ Za důležité považují zmínit odpověď S4: „*Určitě by ti lidé neměli umírat sami, takže poskytnout jim návštěvy v jakémkoliv rozsahu, protože my bohužel nemáme dostatek času na poskytování této potřeby.*“ Dvořáčková (2012) je také názoru, že v době umírání by umírající neměli být sami. Naopak ale uvádí, že strach ze smrti blízkých v příbuzných umírajícího může vyvolat strach z vlastní smrti, a proto se často brání tomu, aby jejich nejbližší umíral v jejich blízkosti. S8 považuje za nezbytné začlenit rodinu a poskytnout jim dostatek informací. Kabelka (2020) se s tímto názorem shoduje a tvrdí, že integrace rodiny do péče o jejich nejbližší je velmi přínosná. S6 sdělila, že v poslední době se setkávají s žádostí o notáře, kdy chtějí pacienti sepsat poslední vůli. Raudenská a Javůrková (2011) tvrdí, že pokud se pacient zbaví jakýchkoliv forem vlastnictví, bude jeho strach ze smrti mírnější.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou podporu získává ošetrovatelský personál od managementu a jak ošetrovatelský personál zajišťuje potřeby umírajícímu pacientovi. K dosažení těchto cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jakou podporu získává ošetrovatelský personál od managementu. Z výsledků vyplynulo, že pokud je ošetrovatelskému personálu poskytována psychologická podpora od managementu, je to nejčastěji uskutečněno ze strany staniční či vrchní sestry. Téměř všichni informanti sdělili, že psychologickou podporu nevyžadují. Je-li potřeba, jsou podporováni rodinou a přáteli. Také lze usoudit, že absence psychologické podpory od managementu, která by mohla být poskytována například formou seminářů či návštěvou psychologa může být důsledkem syndromu vyhoření, s kterým se velká část informantů ztotožnila. Lze říci, že syndromem vyhoření jsou ohroženy zejména začínající sestry, které nejsou na náročnost práce připraveny. Proto by psychologická podpora od managementu tomuto stavu mohla předcházet.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na překážky v péči o umírající pacienty. Stále se vyskytujícím problémem v péči o umírající je nedostatek soukromí pro pacienta v terminálním stádiu z důvodu vícelůžkových pokojů. Informanti uvedli, že pokud není možnost umístit umírajícího pacienta na samostatný pokoj, je oddělen plentou od ostatních pacientů. Tento problém se netýká jen umírajících pacientů, ale také jejich rodin, pro které je zajištění soukromí v této chvíli zásadní.

Poslední tři výzkumné otázky se týkaly individuálních potřeb (biologických, psychických, sociálních) umírajících pacientů a způsobem, jakým jsou jednotlivé potřeby zajišťovány. Z výsledků bylo zjištěno, že pro většinu informantů je v rámci biologických potřeb důležité tlumení bolesti, které může alespoň částečně zmírnit nepříjemné symptomy spojené s umíráním. Nezbytné je také zajištění hygienické péče, která by měla být přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta. Rovněž stravování je v době umírání u pacientů rozdílné z důvodu snížené chuti k jídlu. V této fázi by pacientům měla být poskytnuta strava dle jejich přání. Pro zajištění psychických potřeb je dle všech informantů významná podpora od personálu. Ta ale kvůli nedostatku času a ošetrovatelského personálu nemůže být poskytována ve velkém rozsahu. V tomto případě zastupuje nenahraditelné místo rodina umírajícího pacienta, která formou návštěv zajišťuje potřeby sociální. V případě, že nezajistí sociální potřeby rodina pacienta, je ve

zdravotnickém zařízení možnost využití nemocničního kaplana. Za důležité považuji zmínit odpověď S7, která je názoru, že ne každý člověk musí mít sociální potřebu. Proto je důležité přizpůsobit návštěvy rodinných příslušníků přáním pacienta. S ohledem na výše uvedené považuji naplnění cílů za splněné.

Práce by měla být přínosná zejména pro ošetrovatelský personál a studenty zdravotnických oborů, kteří mají o tuto tematiku zájem. Na základě získaných informací byl vytvořen podklad semináře pro sestry, který alespoň částečně umožní orientovat se v závěrečné fázi života.

7 Seznam literatury

1. ADAM, Z. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: GRADA Publishing a.s, 208 s. ISBN 978-80-271-2539-5.
2. BRUMLIK, M., 2012. *Judaismus*. Praha: GRADA Publishing a.s, 228 s. ISBN 978-80-247-3914-4.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: GRADA Publishing a.s, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: GRADA Publishing a.s, 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: GRADA Publishing a.s, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. BUŽGOVÁ, R., 2019. *Paliativní péče v geriatrii*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 91 s. ISBN 978-80-7368-835-6.
7. ČÁP, J. et al., 2016. *Lidská důstojnost v kontexte smrti a umierania*. Osveta, 185 s. ISBN 978-80_8063-448-3.
8. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: GRADA Publishing a.s, 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
9. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: GRADA Publishing a.s, 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
10. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: GRADA Publishing a.s, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
11. GÜVERCIN, C.H., MUNIR, K.M., 2017. *A Comparative Analysis of Bioethical Issues from View Points of Religious Affairs Administration in Turkey, Roman Catholicism and Orthodox Judaism*. Acta Bioeth, 23(2). DOI: 10.4067/S1726-569X2017000200327.
12. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA Publishing a.s, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
13. JOCHMANNOVÁ, L. et al., 2022. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: GRADA Publishing a.s, 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.

14. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: GRADA Publishing a.s, 240 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
15. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
16. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství: pro střední zdravotnické školy - 1.ročník*. Praha: GRADA Publishing a.s, 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
17. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: GRADA Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3600-6.
18. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
19. KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
20. KISER LARSON, N., WOONHWA, K., 2016. *Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units*. Clin J Oncol Nurs, 20(2). DOI: 10.1188/16.CJON.158-164.
21. KOUKOLÍK, F., 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 864 s. ISBN 978-80-246-2464-8.
22. KŘÍŽOVÁ, E., 2018. *Zdraví-kultura-společnost*. Univerzita Karlova: Karolinum, 140 s. ISBN 978-80-246-3937-6.
23. KÜBLER ROSS, E., 2014. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. SCRIBNER, 273 p. ISBN 1476775540.
24. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: GRADA Publishing a.s, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
25. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné*. Praha: GRADA Publishing a.s, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: GRADA Publishing a.s, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
27. LAKASING, E., 2014. *Death's Worsening Taboo: Is Hampering The Provision of High Quality Palliative Care*. Br J Gen Pract, 64, 622. DOI: 10.3399/bjgp14X679769.

28. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: GRADA Publishing a.s, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
29. MARKOVÁ, A. et al., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2.vyd. Praha: Cesta domů, 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
30. MC GRATH, A., 2014. *Dějiny křesťanství*. Praha: Volvox Globator, 1830 s. ISBN 978-80-7511-081-7.
31. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: GRADA Publishing a.s, 509 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
32. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
33. NEZBEDA, O., 2016. *Průvodce smrtelínka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka s.r.o, 288 s. ISBN 978-80-7432-747-6.
34. NEŠPOR, Z., VOJTÍŠEK, Z., 2016. *Encyklopedie menších křesťanských církví v České republice*. Praha: Karolinum, 656 s. ISBN 978-80-246-3315-2.
35. ONDRAČKA, L. et al., 2017. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2.vyd. Praha: Cesta domů, 80 s. ISBN 978-80-88126-22-5.
36. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA Publishing a.s, 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
37. PEREIRA, J.C., 2013. *Procedures for Dealing with the Taboo of Death*. Portuguese: Cien Saude Colet, 18(9), 2699-709. DOI: 10.1590/s1413-81232013000900025.
38. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
39. PLEVOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství II: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
40. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: GRADA Publishing a.s, 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
41. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně: Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: GRADA Publishing a.s, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
42. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: GRADA Publishing a.s, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
43. ROKYTA, R. et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: GRADA Publishing a.s, 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.

44. ROZSYPAL, H. et al., 2014. Péče o zemřelého na infekční nemoc. In: *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, s. 396. ISBN 978-80-246-2197-5.
45. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: GRADA Publishing a.s, 319 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
46. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: GRADA Publishing a.s, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
47. ŠPATENKOVÁ, N., 2012. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
48. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 315 s. ISBN 978-80-7492-149-0.
49. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: GRADA Publishing a.s, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
50. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. PORTÁL, 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
51. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
52. TŮMA, J., 2011. *Sociální práce a nová náboženská hnutí*. Brno: L. Marek, 122 s. ISBN 978-80-87127-31-5.
53. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Univerzita Karlova: Karolinum, 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
54. VÁGNEROVÁ, T. et al., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Univerzita Karlova: Karolinum, 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
55. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: GRADA Publishing a.s, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
56. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: GRADA Publishing a.s, 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
57. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: GRADA Publishing a.s, 539 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
58. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

59. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: GRADA Publishing a.s, 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
60. WILKIE, D.J., EZENWA, M.O., 2012. *Pain and Symptom Management in Palliative Care and at End of Life*. Epub, 60(6), 357-64. DOI: 10.1016/j.outlook.2012.08.002.
61. Zen buddhismus a křesťanství, 1. 11. 2017. [online]. Vira.cz, Bůh, křesťanství: Z víry čerpat sílu k životu. Praha. [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: <https://www.vira.cz/texty/otazky-a-odpovedi/zen-buddhismus-a-krestanstvi?fbclid=IwAR0PhUOb0QERoS6D5XFEIuxRMAcuQE5YKhBFwk8j8J2couhN5P70JxJx68Q>.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika probandů

Tabulka 2 Kategorizace výsledků rozhovorů

9 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?
- 4) Jakou máte specializaci?
- 5) Jak často se v rámci své profese setkáváte s umíráním a se smrtí? Pokud ne, setkala jste se s umíráním a se smrtí během odborné praxe při studiu?
- 6) Jaké v této situaci zažíváte nebo jste zažíval/a pocity?
- 7) Změnil se Váš postoj ke smrti v osobním životě?
- 8) Jste smířen/a se smrtí obecně?
- 9) Myslíte, že jste se smrtí smířen/a díky své profesi?
- 10) Máte možnost psychologické podpory od managementu? Pokud ano, jakou formou?
- 11) Podporuje Vás management v oblasti smrti a umírání?
- 12) Pokud Vás nepodporuje management máte jinou možnost podpory?
- 13) Setkala jste se ve své profesi se syndromem vyhoření?
- 14) Měl/a jste někdy v souvislosti se svou profesí pocit, že jste ohrožen/a syndromem vyhoření? Pokud ano, jakým způsobem se to projevovalo?
- 15) Vnímáte nějaké překážky v péči o umírající?
- 16) Jakou překážku v péči o umírajícího pacienta hodnotíte jako nejvíce obtížnou?
- 17) Jak by se daly tyto faktory podle Vás ovlivnit?
- 18) Co si představujete pod pojmem „biologická potřeba“? Jak je tato potřeba umírajícím pacientům zajišťována?
- 19) Co si představujete pod pojmem „psychická potřeba“? Jak je tato potřeba umírajícím pacientům zajišťována?
- 20) Co si představujete pod pojmem „sociální potřeba“? Jak je tato potřeba umírajícím pacientům zajišťována?
- 21) V čem je podle Vás péče o umírající odlišná od péče o pacienta s vyléčitelnou nemocí?

10 Seznam zkratk

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

ARIP – Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče