

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Radka Čermáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Smrt a úmrtí v nemocnici z pohledu sester

Radka Čermáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Radka Čermáková**
Osobní číslo: **Z17023**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Smrt a úmrtí v nemocnici z pohledu sester**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Gabrielová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

.....

Jméno a příjmení

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji paní Mgr. Markétě Gabrielové za odborné vedení bakalářské práce, za vstřícnost, podporující přístup, poskytování cenných rad a za čas, který mi věnovala. Velké díky také patří všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumného šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou, jak zdravotní sestry vnímají umírání a smrt pacientů na svém oddělení. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou charakterizována témata jako umírání, smrt, paliativní péče, potřeby umírajících a časté potíže u onkologických pacientů v terminálním stádiu. Další téma se věnují osobnosti sestry a péči o pečující. Empirická část vyplývá z kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry umírání a smrt na svém oddělení, jak samy přistupují k všeobecnému tématu smrt, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty na jejich oddělení a jak pečují o své fyzické a duševní zdraví. Kritériem, pro výběr vhodných respondentů jsou pracující sestry na onkologickém pracovišti, které pečují o terminálně nemocné pacienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

Umírání; smrt; paliativní péče; potřeby umírajících; osobnost sestry; péče o pečující

ANNOTATION

This bachelor's thesis describes how nurses cope with the death of patients at their department. Thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part describes topics such as dying, death, palliative care, the needs of the dying patients and frequent problems of patients with cancer who are currently in the terminal stage. Following topics describe the personality of nurses taking care of people who take care of others. The empirical part is based on qualitative research, which aimed to find out how nurses perceive death and what are the conditions for dying patients at their department and how nurses take care of their own physical and mental health. The selection of suitable respondents for this thesis was based on criteria that respondents work as nurses at the oncology department where they take care of terminally ill patients.

KEYWORDS

Dying; death; palliative care; the needs of dying patients; the personality of the nurse; caregiver

Obsah

ÚVOD	1
1. CÍL PRÁCE	2
2. UMÍRÁNÍ	4
2.1. Fáze umírání	4
2.2. Fáze smiřování se s nevyléčitelnou nemocí dle E. K. Ross.....	5
2.2.1. První fáze – Popírání a izolace	5
2.2.2. Druhá fáze – Zlost	6
2.2.3. Třetí fáze – Smlouvání	6
2.2.4. Čtvrtá fáze – Deprese	6
2.2.5. Pátá fáze – Akceptace	7
3. SMRT	8
3.1. Důstojná smrt a kvalita života	9
3.2. Umírání v České republice v číslech	9
4. PALIATIVNÍ PÉČE	12
4.1. Obecná a specializovaná paliativní péče	12
4.1.1. Interdisciplinární tým	13
4.2. Zdravotní sestry a jejich setkávání se smrtí v paliativní péči	13
5. ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	15
5.1. Hospic	15
5.2. Mobilní hospic	16
5.3. Nemocniční paliativní péče	16
6. POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	18
6.1. Biologické potřeby.....	18
6.2. Psychické potřeby	18
6.3. Sociální potřeby	19
6.4. Spirituální potřeby	19
6.5. Komunikace s umírajícími.....	19
7. ČASTÉ POTÍŽE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V TERMINÁLNÍM STÁDIU	21
7.1. Respirační potíže.....	21
7.1.1. Dušnost	21
7.1.2. Hemoptýza	21
7.2. Bolest	22
7.3. Nežádoucí účinky opiátových analgetik.....	22
7.3.1. Zácpa	22
7.3.2. Svědění.....	23
7.4. Hematologické aspekty.....	23
7.4.1. Anémie	23
7.4.2. Trombembolická nemoc.....	23
7.5. Psychické potíže	24
7.5.1. Úzkost	24
7.5.2. Delirium.....	24
7.6. Únava.....	25

7.7. Pocení	25
8. OSOBNOST SESTRY	26
8.1. Faktory ovlivňující profesní chování sestry.....	27
9. PÉČE O PEČUJÍCÍ.....	28
9.1. Systém intervenční psychosociální služby	28
9.2. Syndrom vyhoření	28
9.3. Americká iniciativa pro zdraví sester	29
9.4. Supervize	30
9.5. Jiné možnosti péče o psychiku sestry	31
10. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
11. METODIKA VÝZKUMU.....	35
11.1. Výběr typu výzkumu	35
11.2. Kvalitativní výzkum	35
11.3. Rozhovor.....	36
11.4. Tvorba polostrukturovaného rozhovoru	37
11.5. Charakteristika respondentů	37
11.6. Realizace rozhovorů	38
11.7. Respondenti	39
11.8. Limity výzkumu.....	41
12. VÝSLEDKY VÝZKUMŮ	42
12.1. Centrální kategorie – Umírání a smrt pacientů z pohledu sester	42
12.1.1. Kategorie – Onkologické pracoviště.....	42
12.1.2. Práce na oddělení	44
12.1.3. Podmínky pro pacienty a rodinu.....	46
12.1.4. Smrt z pohledu sester	49
12.1.5. Fyzická a duševní péče	50
13. DISKUZE	53
ZÁVĚR	56
POUŽITÁ LITERATURA	58
PŘÍLOHY.....	63

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Profily respondentů	40
--	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

MOÚ Masarykův onkologický ústav

resp. Respondent

SPIS Systém psychosociální intervenční služby

ÚVOD

V této bakalářské práci se zaměřuji na téma „Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sester“. Toto téma jsem si zvolila, protože je velmi zajímavé i ojedinělé, moc se o něm nehovoří a chtěla jsem se k této problematice více přiblížit, něco se o ní dozvědět a něčemu se přiučit. Jak říká Ondřej Nezbeda ve své knize, umírání a smrt pacientů je dnes v české společnosti tabu. To je ale poněkud nepřesné, neboť se týká něčeho zakázaného a nepřipustného. Lidé se snaží smrt vytěsnit ze svého vědomí, vyloučit ji z hovorů a vyhostit ze života. Podle Nezbedy náš vztah ke smrti vystihují spíše výrazy typu jako je bezradnost, pasivita a strach (Nezbeda, 2016). Díky této práci jsem si mohla rozšířit obzory a nahlédnout do jádra paliativní péče, péči o nemocné, jak se můžeme vyhnout syndromu vyhoření, díky supervizi či jiných programů které napomáhají sestřám se vypořádat s náročností své profese.

Bakalářská práce má dvě části, a to teoretickou a empirickou. V teoretické části se práce zabývá problematikou umírání a smrti. Práce se také zabývá paliativní péčí, druhy a způsoby poskytování paliativní péče, potřebami a častými potížemi umírajícího pacienta. V neposlední řadě je pozornost zaměřena na osobnost sestry a péče o jejich duševní a fyzický stav.

Empirická část se zabývá kvalitativním výzkumem prováděným formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro účely výzkumu bylo vybráno sedm respondentů (dále bude uváděno již jen resp.) z řad zdravotních sester pracujících s terminálně nemocnými pacienty na onkologickém pracovišti. Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně nedoslovně přepsány, neboť se jedná o anonymní typ výzkumu. Rozhovor se týkal názorů sester na umírání, smrt, názor na své oddělení a komunikaci s personálem, péči o pacienty a možnosti vzdělávání či supervize. Některé odpovědi při rozhovorech bohužel naplnily mé negativní domněnky, ale byla jsem i velmi mile překvapena a zaskočena některými výpověďmi resp.

1. CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části:

- Umírání a smrt
- Paliativní péče
- Druhy a způsoby poskytování paliativní péče
- Potřeby a časté potíže umírajícího pacienta
- Osobnost sestry
- Péče o duševní a fyzický stav sestry
- Programy podporující sestřskou profesi

Cíl průzkumné empirické části:

- **Cíl 1** - Jak vnímají sestry umírání a smrt na svém oddělení
- **Cíl 2** - Jak samy sestry přistupují k všeobecnému tématu smrt
- **Cíl 3** - Jaké jsou podmínky pro umírající pacienty na jejich oddělení
- **Cíl 4** - Jak pečují sestry o své fyzické a duševní zdraví

TEORETICKÁ ČÁST

2. UMÍRÁNÍ

Umírání je v lékařském slova smyslu synonymem terminálního (konečného) stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání a orgánů. Představuje různě dlouho trvající proces, jehož výsledným stavem je smrt jedince. Terminální stav může trvat několik hodin, dnů nebo týdnů. Výjimečně dojde k okamžitému odumření celého organismu najednou. Převážně nastává smrt jedince pro chronickou poruchu funkce některého pro život důležitého orgánu nebo systému, která vede k postupnému omezování jednotlivých vitálních funkcí, až nakonec vyústí v definitivní zástavu všech životních pochodů (Centrum paliativní péče, 2018, Špaténková, 2014).

Umírání je složitý a individuální proces. Nastupuje únava a slabost, snižuje a vytrácí se zájem o dění okolo a potřeba jíst. Umírající často více spí, obracejí se do svého nitra, a mají tak menší potřebu mluvit. Může se také objevovat tělesný neklid. Většina umírajících upadá do agonie. Délka umírání závisí na řadě okolností, jako je charakter onemocnění, věk, celkový stav organismu, péče apod. Postupně nastávají poruchy krevního oběhu, nastupuje bezvědomí, dochází k poklesu svalového napětí, dostavují se poruchy dýchání; je přerušované, až nakonec zcela ustává (Špaténková, 2014).

2.1. Fáze umírání

Proces umírání se dělí na tři období, a to *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Kutnohorská, 2007).

Období *pre finem*. Toto období může trvat několik měsíců až řadu let. Začíná sdělením nepříznivého onemocnění. Je to doba změn, a to často sociálních, pracovních i ekonomických, kdy z důvodů nemoci a její prognózy člověk přehodnocuje svůj život a prochází stádiem smířováním se s nemocí. Po celé toto období je potřeba dbát o zmírnění subjektivních potíží nemocného. Pacient musí bezpečně vědět, že je mu nabídnuta pomoc jak medicínská, tak i lidská. Vzhledem k předpokládané délce přežití je vhodné pokračovat v zavedené prevenci a léčbě ostatních chronických onemocnění. V případě potřeby je obvykle indikována plná intenzivní a resuscitační léčba (Kutnohorská, 2007, Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Období *in finem* je totožné s pojetím tzv. terminálního stavu. Období *in finem* považujeme za poslední týdny a dny onemocnění. Dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčního orgánu. Cílem léčby v tomto období je minimalizovat diskomfort a umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt.

Intenzivní a resuscitační péče obvykle nejsou indikovány (Kutnohorská, 2007, Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Období post finem začíná smrtí dotyčného a zahrnuje péči o tělesnou schránku zemřelého a psychické strádání pozůstalých (Špaténková, 2014).

2.2. Fáze smiřování se s nevléčitelnou nemocí dle E. K. Ross

V odborných literaturách bývají citována stádia, kterými si umírající procházejí. Těmto stádiím se věnovala psycholožka Elisabeth Kübler-Ross, která definovala pět fází smiřování se s nevléčitelnou nemocí. Pracovala s umírajícími lidmi a pečovala o své blízké, kteří se vyrovnávali se závažnou diagnózou. Na základě této zkušenosti popsala stádia, kterými nemocný prochází po sdělení nepříjemné zprávy ohledně nevléčitelné diagnózy (Kübler-Ross, 2015).

2.2.1. První fáze – Popírání a izolace

První pacientovou reakcí na zprávu o terminálním stádiu jeho onemocnění může být šok či otřes, ze kterého se postupně zotavuje. Po zotavení přijde popírání, že se tohle nemůže týkat právě jeho. Protože si v podvědomí myslíme, že jsme nesmrtelní, a proto se těžko dokážeme postavit tváří v tvář vlastní smrti. Strach ze smrti je společný všem lidem ve všech dobách života (Kübler-Ross, 2015).

Popírání je často jen dočasnou obrannou strategií, po nějaké chvíli se promění v přijetí skutečnosti. Jen málo nemocných dokáže popírat svoji nemoc a nadcházející smrt až do úplného konce. Většina pacientů svou situaci nepopírá v takové míře. Jsou chvíle, kdy dokáží své postavení realisticky zhodnotit, ale vzápětí takto realistický pohled nejsou schopni udržet trvale (Kübler-Ross, 2015).

Neznamená to ale, že se pacient nikdy nesmíří se svojí diagnózou. Časem si o své nemoci a nadcházející smrti bude chtít s někým popovídat. Takový rozhovor se může konat až ve chvíli, kdy pacient bude připravený čelit tomuto tématu. Rozmluvu je však potřeba ukončit v momentě, kdy pacient začne couvat a hledat možnosti popírání své nemoci. Z hlediska personálu je velmi důležité se tomuto rozhovoru s nemocným nevyhýbat. Nemocný si buduje důvěru a pozná, že je tu někdo, komu na něm záleží a je mu k dispozici (Kübler-Ross, 2015).

2.2.2. Druhá fáze – Zlost

Když je prvotní popírání neudržitelné, nastupují pocity vzteku a závisti. Na rozdíl od stádia popírání je stádium hněvu pro rodinu i personál obtížnější (Kübler-Ross, 2015).

Pacienta v takovém stádiu je třeba respektovat a chápat. Tragédií je to, že o příčinách hněvu u pacientů vůbec nepřemýšlíme a jejich zlost si bereme osobně, ačkoli to původně nemá s námi nic společného. Problémem poté je, pokud zdravotnický personál nebo rodina zareagují na útoky vztahovačně a začnou zlobu oplácet (Kübler-Ross, 2015).

2.2.3. Třetí fáze – Smlouvání

Jestliže nemocný přešel první a druhou fázi, ve které se snažil popírat své onemocnění a pak se na všechny zlobit, přichází stádium smlouvání. Obvykle smlouvání vede k postupné dosažitelnosti ve svůj prospěch. Vážně nemocný pacient se uchyluje ke stejným praktikám. Často si lidé přejí prodloužení života nebo několik dnů strávit bez bolesti (Kübler-Ross, 2015).

Smlouvání je vlastně pokusem o odklad. Většina pacientů uzavírá smlouvy s Bohem a obvykle je drží v tajnosti. Mnoho z nich tak slibuje služby Bohu, církvi, darování těla na vědu, pokud lékaři dokáží prodloužit jejich život. Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s pocitem viny, a proto je dobré pro zdravotnický personál, aby tyto poznámky nesmetli ze stolu (Kübler-Ross, 2015).

2.2.4. Čtvrtá fáze – Deprese

Pokud smrtelně nemocný pacient dál nemůže svou nemoc popírat a je nucen podstupovat další hospitalizaci a operace, nemůže se už dále usmívat. Jeho stoicismus¹, zlost a hněv vystřídá pocit ztráty. Každá ztráta znamená pro pacienta něco jiného. Mnoho z nich řeší finanční problémy, neboť hospitalizace a léčba něco stojí. Každý si touto reaktivní depresí prochází. Na druhé straně je deprese přípravná, tzn., že se pacient připravuje na rozloučení s tímto světem (Kübler-Ross, 2015).

Naší první reakcí vůči smutným lidem je snaha je rozveselit. Říkáme jim, aby se na situaci podívali z lepší stránky a neztráceli naději. Vyzýváme je, aby si všímali pozitivních věcí kolem sebe. Takový přístup bývá užitečný u terminálně nemocných pacientů, u kterých se jedná o první typ deprese. Sociální pracovníci a duchovní mohou být během tohoto nepříjemného

¹ vnitřní vyrovnanost, duševní klid.

období rodině velkou oporou, neboť pacientům se velice uleví, když jsou veškeré nepříjemnosti ohledně financí, rodiny a soukromého života zabezpečeny (Kübler-Ross, 2015).

Jedná-li se však o druhý typ deprese, kdy se pacient připravuje na rozloučení se svými blízkými, útěcha v tuto chvíli není na místě. Dobré je pacientovi dovolit, aby vyjádřil svůj žal a dospěl ke konečnému smíření. Tento druh deprese má spíše tichou podobu, proto může být příjemný dotyk ruky nebo pohlazení po vlasech. Často rodina nerozumí smíření nemocného a nedokáže přijmout jeho konec. Rodina by měla vědět, že přípravná deprese je nezbytná a prospěšná. Tohoto stavu jsou však schopni dosáhnout pouze ti pacienti, kteří si prošli cestu bolesti a úzkosti (Kübler-Ross, 2015).

2.2.5. Pátá fáze – Akceptace

Akceptace vypadá jako stav, kdy veškerá bolest odešla, boj skončil a nastal takzvaný poslední odpočinek. Jedná se o období, kdy více podpory a porozumění potřebuje více rodina než pacient. Jakmile umírající pacient dosáhne vnitřního pokoje, okruh jeho zájmů se zúží. Dává přednost samotě, návštěvy často nejsou vítány a nemocný nemá náladu na povídání. Pokud měl pacient dostatečnou podporu při překonávání předchozích stádií, dosáhne stavu, kdy jeho mysl neprobouzí depresi, ani hněv. Pacient na svůj nadcházející konec pohlíží v tichém očekávání, kdy bývá unavený a hodně zesláblý (Kübler-Ross, 2015).

3. SMRT

Smrt je definována jako nezvratné zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušení látkové výměny v organismu. Jedná se o zánik živého organismu, ke kterému dochází buď přirozeně, v důsledku biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce. Smrt je završením a ukončením lidského života (Špaténková, 2014).

Definovat smrt není tak jednoduché, neboť medicínské, biologické, filozofické, sociologické, psychologické a teologické definice akcentují různé aspekty. Klíčové je medicínské vymezení smrti. Jedině lékař je totiž kompetentní osobou konstatovat smrt (Špaténková, 2014).

Tradičně byla smrt pojmem označujícím zástavu srdeční činnosti. Některé srdeční zástavy je možné resuscitovat, a smrt tak zvrátit. Pokud se prokáže její neúspěch, je dán okamžik smrti. Po zástavě oběhu následuje biologická smrt mozku. Smrt mozku znamená smrt jedince, neboť mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka (Špaténková, 2014).

Aby se stanovila smrt jedince, jsou určeny známky smrti, které se dělí na nejisté a jisté. Mezi nejisté známky smrti patří zástava dechu, srdeční činnosti a vyhasnutí zornicových a rohovkových reflexů. Jisté známky smrti se dělí na fyzikální a chemické. Sem patří posmrtná bledost, skvrny (nejčastěji v oblasti zad, hýždí, dolních a horních končetin), chladnutí těla, tuhnutí těla, které nastává za dvě hodiny po smrti, rozklad těla a srážení krve. Očekávaná úmrtí pacienta představuje v ústavní péči obvykle rutinní situaci, která vyžaduje konstatování smrti lékařem, vyplnění Listu o prohlídce zemřelého, standardní nakládání s tělem, sepsání pozůstatostí a vyrozumění rodiny, které se v dnešní době provádí většinou telefonicky na kontakt uvedený ve zdravotnické dokumentaci (Mačák, Mačáková 2004, Špaténková, 2014).

V České republice každoročně umírá kolem 112 000 lidí, z nichž nejpočetnější skupinu tvoří starší lidé, kde věk u mužů dosahuje 74. roku a u žen okolo 85–89. roku. Taková smrt je vnímána jako přiměřená, přirozená nebo očekávaná. Náhlá neočekávaná úmrtí jsou v tomto věku podstatně méně častá. Smrt, která je důsledkem nějaké nemoci, bývá označována také jako lékařská smrt. Mezi hlavní příčiny úmrtí ve vyšším věku patří kardiovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, malignity, úrazy a demence (Šanda, 2020, Špaténková, 2014).

Pojem náhlá smrt označuje situaci, kdy dojde ke smrti bez jakýchkoli chorobných příznaků a kdy smrt nastává obvykle v krátké době. Úmrtí v takové době nastává do dvou až šesti hodin. Často se náhlá smrt zaměňuje s výrazem neočekávaná smrt. Neočekávaná smrt je taková, kdy

u pacienta dojde ke zlepšení stavu, daří se mu dobře a jeho stav se náhle zhorší a dojde ke smrti (Špaténková, 2014).

3.1. Důstojná smrt a kvalita života

Důstojná smrt se dá též označit jako estetická stránka procesu umírání. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání je blízkost druhé osoby. Přítomnost druhých lidí činí sociální akt, který může vytvořit reálný předpoklad pro důstojný rámec umírání a smrti. Proces umírání a především to, jak jej pacient vnímá a prožívá, velmi závisí na psychologické péči jeho příbuzných (Haškovcová, 2007, Vymětal, 2003).

S důstojností je spojena i kvalita života, která obsahuje mnoho významů. Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života vázána na postavení jedince ke světu v kontextu kultury, hodnotových systémů, osobních cílů a životního stylu. Důležitá je i tělesná a sociální dimenze. Kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče spolu se sociálním standardem je nezbytným předpokladem pro psychickou potřebu umírajících. Patří sem potřeba nezůstat sám, komunikovat s druhými, soukromí a intimita, vyjádřit se ke svému současnému stavu, vyjádřit svou úzkost a bolest, potřeba hledání odpovědi na otázku, potřeba truchlit, potřeba rituálů aj. Prostřednictvím nedirektivních empatických rozhovorů poskytujeme umírajícímu citovou podporu a vědomí, že mu jsme k dispozici nejen jako ošetřující personál, ale i jako osoba, na kterou se dá spolehnout. K dosažení kvality života těžce nemocného a umírajícího pacienta je potřeba pomoc všech, kteří se na péči podílejí (Haškovcová, 2007, Vymětal, 2003).

Kvalita života z hlediska nemoci se dělí na dva úhly pohledu. Vnější pohled spočívá v tom, že ošetřující nebo příbuzní hodnotí pacientův stav z vnějšku a domnívají se, že jeho kvalita života je velmi nízká. Druhý pohled je subjektivním hodnocením samotného pacienta, který může mít opačný názor. V rámci výzkumu byl pro hodnocení kvality života vytvořen speciální dotazník *Index Quality of Life*, který obsahuje 16 jednotlivých položek. Domény dotazníku zahrnují prostředí, zdravotní stav pacienta, stav pečovatele, smysl života pečovatele, kvalita poskytované péče, příbuzenské vztahy a finance. Skóre se pohybuje v rozmezí 0–100. Vyšší číslo vždy znamená lepší kvalitu života (Bužgová, 2015, Haškovcová, 2007).

3.2. Umírání v České republice v číslech

V roce 2018 bylo zaznamenáno 112 920 úmrtí. Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy, a to jak u mužů, tak u žen. Druhou nejčtenější příčinou jsou dlouhodobě zhoubné novotvary. Na tuto příčinu v roce 2018 zemřelo zhruba 27 tisíc osob. Nejvyšší podíl zemřelých

na zhoubné novotvary se u mužů nachází ve věku 55–69 let, u žen je výskyt tohoto onemocnění dosažen ve vyšším věku. Po 75. roku výskyt novotvarů klesá. Třetí nejčastější příčinou smrti byly nemoci dýchací soustavy (ÚZIS ČR, 2019).

Ohledně místa úmrtí došlo v roce 2018 k téměř 2/3 úmrtí v nemocnici či léčebném ústavu, dalších téměř 9 % úmrtí se odehrálo v zařízení sociální péče. Ve svých domovech zemřela zhruba 1/5 osob. Nejnižší úmrtnost a nejvyšší naději dožití u mužů i žen zaznamenává Praha, Královéhradecký kraj, Kraj Vysočina a kraj Pardubický. Naopak nejnižší naději dožití, a tedy nejvyšší úmrtnost zaznamenává Ústecký, Karlovarský a Moravskoslezský kraj (ÚZIS ČR, 2019).

Onkologická a chronická onemocnění dnes představují nejvýznamnější zdravotní hrozbu v Evropě. S chronickými nemocemi se potýká více než 80 % lidí starších 65 let, a jsou zodpovědné za 86 % všech úmrtí. Onkologická onemocnění jsou každoročně nově diagnostikována u téměř 4 milionů lidí. Paliativní péče je nezbytná součástí odpovědi na otázku, jak do budoucna těmto nemocím čelit (Marková, 2010).

Díky velkému pokroku medicíny se snížil počet úmrtí v mladém věku. Zatímco na začátku 20. století umírali běžně děti a dospělí na všední choroby a každý se setkal se smrtí, v současné době není výjimkou, když má dospělý člověk stále prarodiče. Tím se prodloužil i lidský věk. Dnes, kdy je smrt spíše zdravotnickým problémem, se mladá generace téměř vůbec neseťkává s reálnou smrtí, nýbrž se smrtí ve virtuálním světě – v počítačových hrách, ve filmech, kde lidé umírají po stovkách. Zde je smrt často spojena s krví, a dramatickými okolnostmi se potlačuje přirozený konec každého lidského života. Pokud se člověk setká s umírajícím, kterému je poskytována paliativní péče, může být pak velice překvapen (Marková, 2010).

„Dvacetiletý Petr přijel do hospice navštívit svého umírajícího dědečka. Stejně jako již předtím jeho rodičům nabídli členové týmu i Petrovi, zda by nechtěl s dědečkem zůstat v hospici, že jeho stav je již velmi vážný, a je možné, že ke smrti dojde v následujících 24 hodinách. Po chvíli váhání Petr tuto nabídku přijal. Nebylo mu moc jasné, co by měl v pokoji dělat, ale děda byl rád, že je tam s ním, a to zatím stačilo. Dával mu napít, vyprávěl mu, co ve škole, jak s holkami. Sestřičky se občas na pokoj zastavily, pomohly dědu obrátit, daly mu trochu napít lžičkou. Petrovi přinesly kafe. Večer si jedna z nich přišla sednout a přiměla Petra vzpomínat, jaké to bylo, když dědovi a babičce jezdil v dětství na prázdniny. Zdálo se, že i dědovi to vzpomínání dělá dobře, i když slábnul před očima. Odpoledne při Petrově příjezdu ještě s obtížemi mluvil, teď

kolem desáté večer se již jen občas pousmál, nebo naznačil, že má žízeň. Byl hodně unavený. Potom tvrdě usnul. Petr si také lehl, sestřičky ho ujistily, že budou na pokoj chodit. Chvilí před půlnocí Petra probudilo ticho. Děda nedýchal. Klidně ležel a Petrovi se zdálo, že se usmívá. „Dědo, děkuju za všechno,“ zašeptal. V tu chvíli přišla sestřička. Když společně dědu ošetřili a oblékli do jeho nejlepších „nedělních“ šatů, svěřil se Petr: „Měl jsem strašný strach, že to bude nějak bolestné, že bude děda křičet nebo krvácet, a ono to bylo takhle krásné. Děkuju vám za tu zkušenost, moc děkuju“ (Marková, 2010, str. 16–17).

4. PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je specializovaná lékařská a ošetrovatelská péče o lidi s vážným onemocněním, spíše v pokročilém či terminálním stádiu. Je založena na potřebách pacienta, nikoli na jeho prognóze. Je vhodná v jakémkoli věku a v jakémkoli stádiu vážného onemocnění, a může být poskytnuta spolu s kurativní léčbou. Tento druh péče je zaměřen na poskytování úlevy od příznaků a stresu nemoci. Cílem je zmírnit utrpení a zlepšit kvalitu života pacienta i rodiny (CAPC, 2020, Umírání.cz, 2015).

Má vytvářet chráněný prostor, kde nemocní pacienti s omezenými možnostmi a značnými obtížemi mohou zůstat sami sebou a nadále být v kontaktu se svojí rodinou. Základem je odborné a dosvědčující doprovázení pacientů, zachování jejich možnosti, realizace a přání. Neměla by nemocného pohlcovat, oddělovat ho od své rodiny a zkracovat s jeho utrpením život (Marková, 2010).

Paliativní péče naplňuje lidské potřeby, vědomě chápe pacienty, jejich stonání, léčí a podporuje sociální role a jejich život. Z přístupu humanistického, paliativní péče usiluje o optimální péči a podporu pacientů, jejich rodin a usiluje o smysluplnost zbývajících času. Z hlediska fiskálního usiluje o stabilitu veřejných rozpočtů a zlevnění zdravotní péče a snížení nákladů na léčbu (Marková, 2010).

Nedávné studie v Anglii, včetně jedné zveřejněné v medicínském časopisu *New England Journal of Medicine*, ukázaly, že pacienti se závažným onemocněním, kterým byla poskytnuta paliativní péče, žili déle než ti, kteří tuto péči nedostali. Tím se vyvrací mýtus, že zahájením paliativní péče je nad pacientem podepsán ortel smrti. Další dostupná data ukazují, že pacienti, kteří prochází kurativní léčbou, mohou mít významný prospěch z paliativní péče. Řada odborných společností proto doporučuje, aby byla paliativní péče zařazena do standardního léčebného procesu u pacientů s pokročilou fází nemoci (CAPC, 2020, Centrum paliativní péče, 2015–2017).

Podle komplexnosti, odbornosti a rozsahu péče se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou (Bužgová, 2015).

4.1. Obecná a specializovaná paliativní péče

U obecné paliativní péče se jedná o klinickou péči poskytovanou pacientům v pokročilém stádiu nemoci. Je poskytována všemi zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Obecná paliativní

péče je poskytována všemi zdravotnickými pracovníky a ve všech zdravotnických zařízeních. Její součástí je vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče o kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora (Bužgová 2015, Skála, 2011, Sláma 2007).

Specializovaná paliativní péče nastává tehdy, když začíná mít pacient obtíže, které přesahují rámec a možnosti obecné paliativní péče. Za speciální paliativní péči se považují zařízení k tomu specializovaná, jako jsou domácí hospicová péče, lůžkové hospice, oddělení paliativní péče v rámci nemocnic, konziliární týmy paliativní a denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář). Ve většině těchto zařízení pracuje s pacientem a jeho rodinnou interdisciplinární tým. Jedná se o personál, který je proškolený a má často zkušenosti s paliativní péčí (Skála, 2011, Sláma, 2007, Tomeš 2015).

4.1.1. Interdisciplinární tým

Interdisciplinární tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelský personál a další specialisté, jako jsou sociální pracovníci, psychologové a psychiatři, duchovní, rehabilitační pracovníci a dobrovolníci. Týmy paliativní péče se zaměřují na kvalitu života. Pracují nejen s nemocným, ale kladou velký důraz také na jeho rodinu. Jejich cílem je poskytovat zdravotnické péče systematicky vhodnými metodami a všestranně uspokojovat potřeby pacienta ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním (CAPC, 2020).

4.2. Zdravotní sestry a jejich setkávání se smrtí v paliativní péči

První setkání se smrtí v profesi je velmi důležitou událostí v našem profesionálním rozvoji zdravotních sester. Avšak ne každá sestra si na něj pamatuje. Při setkávání se smrtí v profesním životě je velmi důležité se naučit zvolit správnou míru angažovanosti a zároveň optimálního odstupu (Marková, 2010).

Smutek či pláč je normální reakcí na jakoukoliv ztrátu. Tuto reakci si musíme prožít, abychom v sobě nehromadili problémy a nenesli si je tak do budoucna. Smutek je jedna z emocí, stav nálady, který je reakcí na událost, která se nás nepříznivě dotýká při ztrátě blízkého člověka či naděje. Pro vypořádání se s žalem je důležité si jej připustit. Je dobré o ztrátě a pocitech mluvit. Pomáhá to tak personálu i pozůstalým (Marková, 2010).

Sestra v péči o umírající pacienty potřebuje pracovat v dobrém týmu, který se společně soustředí na kvalitní životy svých pacientů a jejich rodin. Zdravotní sestra zaujímá v tomto týmu důležité postavení, neboť je pacientovi nejbližší v profesionálním směru. Musí mu umět správně

vysvětlit vše, na co se ptá. Sestra monitoruje všechny potřeby nemocného a společně s týmem hledá možnosti, jak pacientovi jeho potřeby splnit (Marková, 2010).

5. ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

„Výzkumy z poslední doby stále přesvědčivěji dokládají, že pacienti, kteří si zvolí paliativní postupy, tedy péči zaměřenou na poskytování úlevy, už v ranější fázi svého onemocnění žijí déle.“ (Nezbeda, 2016, str. 76).

5.1. Hospic

„Hospic má podobu lůžkového zařízení nebo domácí péče. Lůžkový hospic je „kamenné“, samostatně stojící zařízení poskytující paliativní péči. Domácí nebo také „mobilní“ hospic pak poskytuje paliativní péči v domácnostech pacientů, kde hlavními pečovateli jsou rodina a přátelé nemocného.“ (Umírání.cz, 2015)

Hospic poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v závěrečné fázi nevyléčitelného onemocnění. Zaměstnanci hospice sledují jednotlivé potřeby a přání každého nemocného, snaží se mu ulevit od bolesti a dalších trápení a podporují jej v tom, aby mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svojí rodinou (Umírání.cz, 2015).

Osobitá domácí atmosféra lůžkového hospice, maximální soukromí pacienta, kdy často bývají jednolůžkové pokoje a volný režim pro návštěvy, umožňuje splnit pacientům jejich přání a zůstat se svojí rodinou v kontaktu. V prostředí domova se zase hospicový tým snaží zapojit do péče rodinu a přátele nemocného podle jeho přání. Hospice hrají v dosavadním rozvoji paliativní péče důležitou roli (Umírání.cz, 2015).

Některé hospice rozvíjejí také respitní péči, odlehčovací a poradenské služby a intenzivní edukační činnost. Vliv a význam současných hospiců tak významně přesahuje pouhý objem poskytnuté lůžkové paliativní péče (Umírání.cz, 2015).

První hospic byl založen roku 1847 ve Francii v Lyonu Jeanne Garnierovou, která založila společenství žen, jež se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1878 vznikla nemocnice Our Lady's Hospice pro umírající, kterou založila Mary Aikenheadová v Dublinu. V roce 1967 byl otevřen moderní hospic St. Christopher's Hospice, v jehož čele stála MUDr. Cicely Saundersová, která se zabývala léčbou bolesti a obsáhlejší hospicovou péčí. Angličanka Cicely Saundersová je autorkou knihy *Hospic – žijící myšlenka*. Pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později získala lékařské vzdělání. Profesně se věnovala nemocným na konci životní cesty. Postoj, který popsala: *„Jste důležití, neboť jste tady. Jste důležití až do posledního*

okamžiku vašeho života, a my učiníme všechno, nejen abyste umírali v pokoji, nýbrž abyste mohli doposledka žít.“ (Haškovcová, 2007, Marková, 2010, in Student, 2006), Peřina, 2016).

První oddělení paliativní péče bylo v Československu otevřeno roku 1992 v Babicích nad Svítavou u Brna. O založení prvního hospice se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*². Prvním úspěšným počinem bylo vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen roku 1995 (Bužgová 2015, Haškovcová, 2007, Peřina, 2016).

5.2. Mobilní hospic

Mobilní hospic poskytuje paliativní péči v domácím prostředí, která je pacientovi přístupná 24 hodin, každý den. Multidisciplinární tým dochází za pacienty domů a umožňuje ve spolupráci s rodinou, aby nemocný mohl důstojně a bezbolestně zemřít v prostředí domova (Centrum paliativní péče, 2018).

5.3. Nemocniční paliativní péče

V nemocnicích se můžeme setkat se specializovanou paliativní péčí, kterou poskytuje paliativní tým. Pomáhá s péčí o pacienty na různých odděleních nemocnice. Slouží jako poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení a pracuje s rodinou pacienta (Centrum paliativní péče, 2018).

Další možností jsou lůžková oddělení paliativní péče, která mají podobu oddělení s hospicovými lůžky. Nemocniční paliativní péče zatím v České republice není běžnou součástí nemocniční péče (Centrum paliativní péče 2018).

První systémový krok, aby paliativní péče byla dostupná všem a stala se samozřejmou součástí života, představil v tomto směru program Spolu až do konce ve spolupráci s Centrem paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2018). Tento program s názvem Spolu až do konce realizuje Nadační fond Avast, jehož cílem je rozvíjet paliativní péči v nemocničním prostředí. V roce 2016 bylo v grantovém řízení vybráno 18 českých nemocnic. Hlavním cílem bylo vytvořit zázemí pro výměnu zkušeností a inspirace mezi podpořenými nemocnicemi. Organizovala se řada workshopů, na kterých mohly nemocnice sdílet to, co se jim daří, a mohly tak čerpat motivaci a tipy do další práce od kolegů z jiných organizací. Nemocnice získaly prostředky na rozvoj nemocničních paliativních týmů, školení personálu a vytvoření metodik a směrnic pro péči o nevyлéčitelně nemocné pacienty. Mezi vybrané nemocnice patří například Fakultní nemocnice

² *Ecce homo* prosazuje práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat hnutí hospicové a domácí péče v České republice.

Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Motol, Krajská nemocnice Liberec, Masarykův onkologický ústav Brno, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Jindřichův Hradec a další (Centrum paliativní péče, 2018).

Během celého dvouletého programu se mapovalo, s čím nemocnice zápasí a co jim v naplnění paliativní péče pomáhá. Díky tomuto programu se poprvé v historii českého zdravotnictví začala řešit dostupnost specializované paliativní péče v nemocnicích. V podpořených organizacích vznikly pilotní týmy, které pečovaly o stovky pacientů, a dokázaly, že tato služba je ve zdravotním systému velmi efektivní a potřebná. Program inspiroval Ministerstvo zdravotnictví ke spuštění vlastních projektů s cílem udržet nemocniční paliativní péče v systému (Centrum paliativní péče, 2018).

6. POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Lidské potřeby jsou základním projevem vztahu člověka k sobě samému i k jeho prostředí. Každý člověk má podle svých osobnostních charakteristik stanovené různé měřítko preference důležitosti potřeb. Mezi potřeby nemocných patří čtyři okruhy, a to biologické, psychologické, sociální a spirituální, které je potřeba respektovat. Nemocní si přejí umírat v příjemné péči a dobrém prostředí. Při nemožnosti realizace potřeb dochází k neuspokojování až frustraci, která porušuje rovnováhu i vztah k hodnotám (Marková, 2010, Svatošová, 2014).

6.1. Biologické potřeby

Mezi biologické potřeby patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Saturací biologických potřeb se snažíme udržovat stálost vnitřního prostředí. Patří sem spánek, vylučování, hygiena, pohyb, zajištění čerstvého vzduchu, mírnění bolesti a utrpení, dotyk a další. Při uspokojování biologických potřeb je třeba dbát na potlačení dystanazie. Znamená to, že odstraňujeme nebo zmírňujeme nepříjemné a vyčerpávající symptomy, mezi které nejčastěji patří bolest, potíže s dýcháním, kašel, zvracení, inkontinence moči a stolice, abychom nemocného udrželi co nejdéle při životě (Svatošová, 2014).

6.2. Psychické potřeby

Proces umírání a smrti vyvolává v psychické sféře výraznou odezvu. Umírající má strach. Nejdůležitější psychickou potřebou v období, kdy člověk svou specifickou úlohu završuje, je potřeba respektování lidské důstojnosti. Mezi další psychické potřeby patří autonomie, jistota a bezpečí, informovanost, nalezení klidu, seberealizace a estetičnost. V rámci uspokojování psychických potřeb u umírajících je důležité aktivní naslouchání a empatický postoj. Doprovázejícím a pozůstalým je potřeba vytvořit prostor pro vyjádření jejich emocí (Svatošová, 2014).

V roce 2011 realizovala výzkum agentura STEM/MARK (Smrt a péče o umírající – pohled laické i zdravotnické veřejnosti), která u populace i zdravotníků zjišťovala, čeho se na umírání nejvíce obávají. Zdravotníci i populace se nejvíce obávali ztráty důstojnosti, kterou dávají do souvislosti se ztrátou soběstačnosti. Na druhém místě 74 % zdravotníků a 46 % populace se bojí bolesti. Na třetím místě je obava z osamocení, která je výraznější u zdravotníků než u populace. Další je obava odloučení od blízkých a následně otázka, co bude po smrti (Svatošová, 2014).

6.3. Sociální potřeby

Člověk je společenská bytost, která nechce žít izolovaně a nechce izolovaně trpět a umírat. V terminální fázi, kdy člověk umírá, jsou důležité sociální vztahy a opora. Od společnosti potřebuje kladný postoj, ocenění, přijetí a lásku. Mezi sociální potřeby patří citová potřeba, sebeúcta a touha nezůstat sám (Svatošová, 2014).

Přirozenou součástí společenského života by měl být také akt rozloučení, při kterém člověk vyjadřuje svůj smutek a schopnost loučit se. Doprovázení umírajícího je nejen službou pro něho, ale také službou doprovázejícím (Svatošová, 2014).

V roce 2013 provedla agentura STEM/MARK výzkum, ve kterém se veřejně ptali lidí, kde by chtěli zemřít. Podle výsledků by si 78 % lidí přálo zemřít v prostředí domova. Děje se bohužel pravý opak, kdy lidé nejčastěji umírají v nemocnici (60 %) nebo v ústavech dlouhodobé péče (9 %) (Nezbeda, 2016).

6.4. Spirituální potřeby

Spiritualita zahrnuje otázky, které jsou spojeny s podstatou lidské bytosti, a proto si je kladou všichni lidé po celém světě. Každý pacient je neopakovatelnou bytostí se svou vlastní osobní hierarchií. Každý má své individuální potřeby, ale podle MUDr. Marie Svatošové je tou největší potřebou právě touha po lásce. Je možné, že touha po lásce a být milován je společná všem živým tvorům. Avšak na rozdíl od ostatních má člověk speciálně své svědomí. Jedině člověk je vybaven druhou signální soustavou a je schopen si klást otázky po smyslu a cíli života a hledat na ně odpovědi. Má schopnost uvědomovat si konečnost svého pozemského bytí a uvažovat o tom, co ho přesahuje (Svatošová, 2011, Svatošová, 2014).

U věřících umírajících lidí se do popředí dostávají náboženské potřeby, mezi které patří přijetí svátosti, účasti na mši či zpovědi. Priorita a nutnost těchto potřeb se může měnit, a proto je nutná aktualizace těchto potřeb podle přání umírajícího. Pro věřícího doprovázejícího a pozůstalého je důležité, aby poslední rozloučení proběhlo v duchu jeho víry. V době úmrtí dochází u lidí ke zpomalení a zklidnění. Pro zvládnutí smutku jsou důležité rituály truchlení (Svatošová, 2014).

6.5. Komunikace s umírajícími

Při umírání pacienta je nesmírně důležitá přítomnost rodiny a blízkých. Pokud je to možné, je důležité rodinu a přátele podpořit, připravit lůžko na pokoji, uvařit čaj nebo kávu, ale hlavně

být jim nablízku a hovořit s nimi. Je nutné hovořit o postupném vyhasínání organismu, o nepotřebnosti intenzivních zákroků a výživy a o tom, že nyní přišel čas na posezení u lůžka a doprovázení pacienta na jeho cestě. Pokud má rodina naši podporu, je to sice těžké, ale zvládnutelné. Pro dobrou komunikaci s nemocným je důležité se této komunikace nebát a ctít důstojnost nemocného (Kabelka, 2005).

Umírající někdy nerozeznává přítomné osoby, což pro ně může být velmi bolestivé. Musíme si uvědomit, že se nejedná o známku odmítnutí, nýbrž o to, že umírající ztrácí spojení s naší realitou. Často se stává, že umírající mluví k Bohu nebo k osobám, které neznáme nebo které už zemřely. Je důležité se nesnažit vymluvit mu jeho realitu nebo se ohánět halucinacemi, ale naopak se zapojit do jeho světa a naslouchat mu. Důležitým úkolem doprovázejícího je říkat pravdu. Člověk, který je na konci života, většinou svoji skutečnost vnímá, a pokud mu budeme nalhávat, že tu bude ještě dlouho, tak jej jenom vrháme do osamělosti a umírající se s blízcí se smrtí bude vyrovnávat sám (Umírání.cz, 2015).

Někdy umírající potřebuje, abyste mu dovolili odejít. Je to někdy velmi bolestivé, ale umírající často čeká na ujištění, že to bez něj zvládnete. Rozloučení tak může přinést pokoj jak jemu, tak i vám (Umírání.cz, 2015).

7. ČASTÉ POTÍŽE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V TERMINÁLNÍM STÁDIU

Nemocné před koncem života může trápit celá řada tělesných i psychických příznaků, které můžeme ovlivnit farmakologickou terapií, ale také ošetrovatelskými postupy (Marková, 2010).

7.1. Respirační potíže

7.1.1. Dušnost

Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. V posledních šesti týdnech života se objevuje až u 70 % onkologicky nemocných pacientů. Jedná se o velmi nepříjemný příznak, který je spojen s obavou o vlastní život (Marková, 2010).

Příčinou dušnosti může být ascites, oslabení dýchacího svalstva nebo následek podávání myorelaxancií. Akutní dušnost může být způsobena i úzkostí. Důležité je vědět, že pacient, který je hypoxický, cyanotický, povrchně lapavě dýchající nebo zahleněný, nemusí být dušný.

Důležité je pracovat s úzkostí nemocného. Pečovat o psychickou pohodu a porozumět jeho obavám a úzkostem, verbálně ho ujistit, že uděláme vše, co můžeme, a snažit se zachovat klid. Často pomůže čerstvý vzduch (Marková, 2010).

7.1.2. Hemoptýza

Hemoptýza neboli krev ve sputu patří mezi symptomy, které jsou pro nemocné velmi stresující. Vykašlaná krev nemusí vždy pocházet z plic. Může pocházet z dutiny ústní, orofaryngu a horních částí trávicího ústrojí. Nejčastěji se objevuje jako následek nádorového onemocnění plic, průdušek nebo nádorů v oblasti hlavy. Při řešení hemoptýzy je nutné podpořit nemocného a ujistit ho, že to bez něj zvládneme. Vhodná je poloha vsedě nebo polosedě a dát ledový obklad na hrudník. U hemoptýzy se nepodávají horké nápoje a strava (Marková, 2010, Sláma Kabelka, Vorlíček, 2011).

Masivní hemoptoe neboli chrlení krve má většinou za následek rozrušení větší cévy nádorem. U terminálně nemocných je důležité zachovat klid, odvrátit pozornost nemocného, přiložit savý materiál k ústům pacienta a zůstat s ním (Marková, 2010).

7.2. Bolest

Nezbeda ve své knize cituje Ondřeje Slámu z Masarykova onkologického ústavu v Brně, který říká: „Setkal jsem se s tím, že v momentu, kdy se pacient smíří se svou situací, stačí mu méně analgetik. A přitom nádor roste dál. Nedojde k vyléčení, ale jeho celkové zklidnění způsobí, že bolest mnohem lépe snáší.“ Bolest patří mezi nejčastější příznaky v paliativní péči. Bolestí trpí 73 % pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Bolest je vždy subjektivní a nemocnému ji musíme věřit. (Marková, 2010, Nezbeda 2016).

Úkolem sestry je bolest správně monitorovat, hodnotit a snažit se, aby byla u všech pacientů správně léčena. Pro hodnocení bolesti se nejčastěji používá hodnotící škála VAS (vizuální analogová stupnice, viz příloha) nebo Melzackova škála bolesti (viz příloha). Zjišťuje se intenzita, lokalizace, charakter a to, s čím je bolest spojena. Bolest se léčí farmakologickými nebo nefarmakologickými postupy, kam patří například psychická podpora nebo rehabilitace (Marková, 2010).

Podle třístupňového žebříčku WHO, kde stupeň první představuje mírné bolesti, se doporučují podávat neopioidní analgetika (paracetamol). Pokud tato analgetika nestačí, nastává stupeň druhý a přidávají se slabá opioidní analgetika (tramadol, kodein). Za třetí stupeň se považuje silná bolest, kde se slabá opioidní analgetika vyměňují za silná (morfin, fentanyl). Dále se uplatňují koanalgetika, která zvyšují účinnost analgetik nebo pomáhají bolest lépe snášet. Mezi koanalgetika například patří antiemetika, antidepressiva, myorelaxancia, kortikosteroidy a další (Marková, 2010, Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.3. Nežádoucí účinky opiátových analgetik

7.3.1. Zácpa

Všechna opiátová analgetika způsobují zácpu, proto je vhodné před podáváním analgetik nasadit laxativa, zvýšit příjem tekutin a vlákniny. Zácpa je obtížné a méně časté vyprazdňování stolice. Jedná se o zvýšené úsilí a diskomfort při defekaci. Vyskytuje se až u 80 % nemocných, proto je potřeba na ni aktivně myslet. Zácpa je provázena pocitem plnosti a napětí v břiše. Na vzniku zácpy se může podílet snížená pohyblivost, tělesná slabost, vyšší věk, nízký příjem stravy, dehydratace, hypokalémie, hyperkalcémie, hypothyreóza, léky nebo neurologické a psychické příčiny. Výraznější zácpa pak může vést k anorexii, nevolnosti, zvracení, močové retenci, zmatenosti a dalším problémům (Marková, 2010, Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.3.2. Svědění

Svědění je nepříjemný vjem, projevujícím se škrábáním svědicích míst. Nejčastěji se objevuje po aplikaci morfinu. Na svědění se podávají antihistaminika, v péči o kůži se aplikují chladivé a hydratační krémy s příměsí mentolu. Pokud svědění nadále přetrvává, může být nutné opiáty střídat (Marková, 2010, Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.4. Hematologické aspekty

7.4.1. Anémie

Anémie znamená pokles koncentrace hemoglobinu³ pod 130 g/l u mužů a pod 120 g/l u žen. Výskyt anémie u pokročilých a konečných stádiích onkologických i neonkologických nemocí bývá velmi častá (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Klinický obraz anémie zahrnuje únavu, slabost, námahovou dušnost, bolesti na hrudi, zhoršení nálady a koncentrace, vertigo a další. Důležitým faktorem je rychlost poklesu hemoglobinu a jak k poklesu došlo. Nejčastější příčinou anémie bývá snížená produkce červených krvinek v důsledku nádorové infiltrace kostní dřeně, krevní ztráty, chronické renální selhání, hemolýza a další (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Diagnostický a léčebný přístup k pacientovi s anémií se volí individuálně podle stavu základního onemocnění a prognózy. Klíčově důležitá je zástava krvácení, zpomalení krevních ztrát, snížení rizika krvácení, substituční terapie nebo nasazení erythropoetinu (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.4.2. Trombembolická nemoc

Riziko vzniku trombembolické nemoci (TEN) může být zvýšeno operačními výkony, útlakem cév nádoru, užíváním některých léků (kortikoidy), dehydratací a dalšími riziky (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Mezi projevy TEN patří akutní hluboká žilní trombóza, chronická žilní trombóza a plicní embolie. Za klinický obraz u trombóz se považují otoky, bolestivost, zvýšené hodnoty D-dimerů. Plicní embolie je u onkologických pacientů jednou z nejčastějších bezprostředních

³ Fyziologická hodnota hemoglobinu u mužů je 135–170 g/l. U žen se fyziologická hodnota hemoglobinu pohybuje mezi 120–160 g/l.

příčin smrti. Za klinický obraz plicní embolie se považují dyspnoe, cyanóza, tachykardie, tachypnoe, bolesti na hrudi, suchý kašel a zvýšená hodnota D-dimerů (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Při léčbě u TEN je třeba zvážit indikaci. U nevléčitelně nemocných je indikována standardní terapie TEN, a to nefrakciparinovaný heparin, nízkomolekulární heparin a následná antikoagulační léčba warfarinem (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.5. Psychické potíže

7.5.1. Úzkost

Úzkost je definována jako strach z něčeho neznámého a neurčitého. Může se projevovat tělesně, a to bušením srdce, pocením, třesem, obtížným dýcháním, břišní nevolností, návaly horka a chladu nebo nepříjemným pocitem na hrudi. Také se projevuje psychicky, a to neklidem, strachem ze smrti nebo závratí (Marková, 2010).

Úzkostný stav se v paliativní péči nejčastěji objevuje v souvislosti se strachem z bolesti, udušení nebo strachem ze smrti. Úkolem sestry je poznat, že pacient trpí úzkostí, a hovořit s ním o její příčině. Laskavý a klidný rozhovor může pacientovu úzkost zmírnit. Vedle terapeutického přístupu se využívá také farmakoterapie (Marková, 2010).

7.5.2. Delirium

Jedná se o akutně vzniklou poruchu vnímání, pozornosti a psychomotorických jevů. Rozlišujeme hypoaktivní delirium a agitované delirium (Marková, 2010).

Agitované delirium se projevuje psychomotorickým neklidem, kolísavým stavem vědomí, svalovými záškuby nebo křečemi. Hypoaktivní delirium bývá přisuzováno agonii (stavu před smrtí), a tudíž se neřeší. To může nemocnému znemožnit dokončit důležité úkoly na konci života (Marková, 2010).

Tomuto stavu je možné předejít úpravou vhodného vnějšího prostředí. Léčba spočívá v zjištění příčiny. Často pomůže vysazení některých postradatelných léků a úprava těch, které jsou nezbytné, například opiáty. Pokud se jedná o abstinенční příznaky, užívá se haloperidol, který zlepšuje kognitivní funkce a navozuje sedaci (Marková, 2010).

7.6. ÚNAVA

Únava je jedním z nejčastějších projevů pokročilého onemocnění. Projevuje se extrémní vyčerpaností, kterou ani spánek významněji nezlepší. Nemocní hovoří o ztrátě fyzické i psychické energie, o ztrátě zájmů čehokoliv, poruchách spánku či nespecifické bolesti kloubů (Sláma, 2011).

Mezi příčiny únavy patří anémie, hypotenze, léky, respirační insuficience, chemoterapie a radioterapie nebo terminální fáze. Terapie únavy se indikuje dle příčiny (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

7.7. Pocení

Pocení je sekrece tekutiny na povrchu kůže. Někdy bývá pocení důsledkem zvýšené teploty. U pacientů v paliativní péči často dochází k nadměrnému pocení při normální tělesné teplotě. Mezi příčiny pocení patří léky, endokrinní příčiny nebo horečka. Léčba pocení se řeší kauzálně. U pacientů v paliativní péči jsou často možnosti kauzálního postupu velmi omezené a volba léčebného postupu je vždy individuální (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

8. OSOBNOST SESTRY

K práci s nevyлéčitelně nemocnými je nezbytná určitá zralost, kterou musíme získat osobní zkušeností. Musíme prozkoumat svůj vlastní postoj k otázce smrti a umírání a teprve potom si budeme moci v klidu a bez úzkosti k terminálně nemocnému pacientovi přisednout a dát mu najevo ochotu sdílet s ním jeho starosti (Kübler-Ross, 2015).

Během života si člověk o sobě utváří určité názory, kterými hodnotí své já a to, jaký by měl být. Vytváří se sebepojetí, které značí pohled jedince k sobě samému a má velký vliv na jednání a chování. K výkonu profese zdravotní sestry jsou nezbytně nutné určité osobnostní předpoklady, mezi které patří tvůrčí přístup, kritičnost, sebekritičnost, empatie, klidné vystupování, optimismus, humánní vztah k nemocným a smysl pro povinnost a odpovědnost. Všechny tyto aspekty vyžadují sebekritickou kontrolu vlastního jednání (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, Zacharová, 2017).

Objektem práce sestry je pacient. Od sestry se očekává, že vedle řady profesionálních činností dokáže ovlivnit i chování a prožívání nemocného. Dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče a vztahů společnosti vůči zdravotníkům. Sestry patří mezi odborníky, které jsou plně zodpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Měly by brát v úvahu i morální hodnoty, mezi kterými je nejdůležitější úcta k člověku (Zacharová, 2017).

Ve vztahu sestra-pacient je základní povinností sestry poskytnout pomoc člověku, který potřebuje péči. Jednat s nemocným s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektovat jeho právo na sebeurčení. Nenechat se negativně ovlivnit věkem, pohlavím a osobností pacienta a zachovávat úctu k jeho životnímu stylu. Jednat tak, aby ochránila pacienta v protiletických a protiprávních krocích jakékoliv osoby a hájit pacientovo právo a soukromí. V očích pacienta by měla být sestra vždy člověkem, která má pochopení pro jejich problémy s nemocí a je vždy ochotná řešit problémy s laskavostí a tolerancí. Sestra stráví s pacientem poměrně mnoho času, a tak má šanci poznat pacienta po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař (Zacharová, 2017).

Zásady chování sester vychází z principů přijatých Mezinárodní radou sester, která vytvořila etický kodex sester. Mezi základní povinnosti sestry podle kodexu patří podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení (Zacharová, 2017).

8.1. Faktory ovlivňující profesní chování sestry

Profesní chování je ovlivňováno do jisté míry i tím, jak je chápána role sestry vůči činnosti, pacientům a spolupracovníkům. Dále je ovlivňováno i osobnostními předpoklady, které pomáhají k naplnění jejího poslání. Postavení sestry je určováno z historické, sociální a ekonomické stránky. Role sestry a její postavení je ale především závislé na faktorech, které jsou se zdravotnickou profesí spojeny. Mezi ovlivňující faktory patří kladné vlastnosti osobnosti, jako jsou zodpovědnost, altruismus, pracovitost, přiměřenost a sebevědomí. Důležité je rovněž celoživotní vzdělání, které umožní odbornou přípravu. Dále sem patří etické normy, které souvisí s profesní morálkou, prestiž povolání, která je určena náhledem společnosti na výkon práce sester a kvalita jednání a chování v zařízení, kde pracuje (Zacharová, 2017).

9. PÉČE O PEČUJÍCÍ

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch uvedl: „*Péče o zdravotníky je nesmírně náročná, a proto musíme předcházet tomu, že o pracovníky, kteří každodenně pečují o pacienty, není postaráno ve chvíli, kdy sami potřebují pomoc zejména psychického rázu. Psychosociální podpora je prevencí proti syndromu profesního vyhoření, který je u zdravotnických pracovníků diagnostikován častěji než u jiných povolání se zvýšenou psychickou zátěží.*“ (Štěpanyová, 2019).

9.1. Systém intervenční psychosociální služby

Ministerstvo zdravotnictví vydalo za účelem podpory a posílení personální stabilizace Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. Poskytování této podpory vychází z potřeb zdravotnických pracovníků a jde o aktivní opatření podporující zvládnutí psychicky zátěžových situací zasahujících zdravotnické pracovníky v souvislosti s výkonem profese. Psychosociální podpora nenahrazuje odbornou psychologickou péči, ale jde o kroky v rámci primární a sekundární prevence (Štěpanyová, 2019).

Poskytování podpory celorepublikově zajišťuje Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), který sdružuje jednotlivé peery a zdravotnické interveny, podílí se na jejich vzdělávání, rozvoji a organizaci. SPIS rovněž sjednocuje postupy při poskytování psychosociální podpory v resortu zdravotnictví a zajišťuje pořádání konferencí, jakož i konzultační činnost a odborné vedení peerů a zdravotnických interventů. Vzděláváním zdravotnických pracovníků poskytujících psychosociální podporu bylo pověřeno Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno (NCO NZO), které bude zajišťovat a organizovat nejen certifikované kurzy pro základní přípravu, ale i návazné vzdělávání (Štěpanyová, 2019).

9.2. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven vysoké emotivní zátěži. Setkáváme se s ním u profesí, kde je potřeba pracovat s lidmi, a je zde značná schopnost empatie (Haškovcová, 2007).

Syndrom vyhoření lze rozdělit do tří oblastí příznaků. Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, zvýšenou potřebou spánku a častější nemocností. Psychické vyčerpání se odráží v negativních postojích nejen k sobě samému, ale i k druhým a projevuje se změnou dosavadních životních postojů. Psychicky vyčerpaný člověk je nega-

tivní, pesimistický, nechce žádné změny, ani budovat něco nového. Objevují se poruchy soustředění a zapomětivosti. Dochází k utlumení celkové aktivity, kdy jeho práce a život přestávají mít smysl. Mohou se objevovat i sebevražedné sklony. Emocionální vyčerpání se projevují tím, že člověk ztrácí kapacitu pro lidi. Nezajímají ho starosti druhých nebo jejich trápení. Člověk cítí prázdno, beznaděj a uzavírá se do sebe. Vytrácí se radost při kontaktu s lidmi a nahrazuje se reakcí podráždění. Syndrom vyhoření je typickým příkladem zhrouceného adaptačního procesu. Nikdy by neměl být zaměňován za stres, neboť i při vysoké zátěži je možné mít celou situaci pod kontrolou (Haškovcová, 2007, Venglářová, 2011).

Rozvinutý syndrom vyhoření je třeba léčit. Mállokterý pracovník si se svou složitou situací dokáže sám poradit. Vyhořelý pracovník potřebuje formu intervence a dostavení se do psychické pohody. Syndrom vyhoření vzniká pravidelně a rozvíjí se do 2–5 let po nástupu do zaměstnání. Vedoucí pracovníci by se měli též chránit před vznikem syndromu vyhoření. Vůči podřízeným by měli uplatňovat racionální politiku, mít dostatek personálu a dostatečný čas na odpočinek (Haškovcová, 2007).

K prevenci vyhoření pomáhá adaptační praxe, kdy si musíme uvědomit, že práce zdravotní sestry je náročná po stránce psychické, fyzické i emocionální, a může se stát, že výdej energie bude nad sestry zisk a dojde k postupnému vyčerpání. Důležitá je péče o sebe, mít kontakt s přáteli a neustále si uvědomovat své dobré vlastnosti, nedostatky a pocity (Venglářová, 2011).

9.3. Americká iniciativa pro zdraví sester

Dne 1. května 2017 zahájila Americká asociace sester odvážnou iniciativu – Zdravá sestra, Healthy Nation Grand Challenge (HNHN) neboli Grand soutěž Zdravý národ. HNHN je sociální hnutí, jehož cílem je transformovat zdraví populace prostřednictvím zlepšování zdraví 4 milionů zaregistrovaných sester. Zapojuje do svého programu jednotlivce a organizace, které podporuje k fyzické aktivitě, odpočinku, výživě, kvalitě života a bezpečnosti. Poskytuje webové stránky, které inspirují sestry, studenty, zaměstnavatele i organizace k inspirujícím akcím. Možností je tak zapojovat se do výzev, diskuzí, mít přístup ke zdrojům a blogům (American Nurse Today, 2019).

Sestry čelí v každodenním životě mnoha zdravotním, bezpečnostním a hygienickým rizikům. Průběžné údaje z amerického průzkumu „Průzkum zdravé sestry“ (HealthyNurse Survey) ukazují naléhavou potřebu zlepšit u zdravotních sester zdraví, zejména v oblasti fyzické aktivity, výživy, odpočinku, bezpečnosti a kvality života. Zlepšení potřeb závisí na podpoře všech sester,

kolegů, zaměstnavatelů, profesních organizací a zdravotnických škol. Celkem 70 % zkoumaných sester v USA uvádí, že upřednostňuje zdraví, bezpečnost a hygienu svých pacientů před vlastními potřebami, což dokazuje, že nyní je ten pravý čas, aby se stanovily priority. Když pracujeme na vrcholu uspokojení, podáváme tu nejlepší péči. Zdravá sestra je tu od toho, aby pomáhala. Toto národní hnutí nabývá na dynamice a dotýká se životů tisíců sester (American Nurse Today, 2019).

Fyzická aktivita je u sester jednou z nejdůležitějších domén. Výsledky Healthy Nurse Survey ukazují, že sestry nemají dostatek fyzického pohybu a aktivit, což potvrdil i další průzkum, kde průměrné BMI (index tělesné hmotnosti) přesahoval u sester hranici 28.5, která spadá pod hranici nadváhy. V USA odborníci doporučují pro zvýšení fyzické aktivity posilování, procházky v přírodě a wellness. Dalším důležitým bodem je kvalita života. Účastníci HNHN se zaměřili na zvyšování odolnosti a zvládání stresu a zavázali se, že si udělají více času pro sebe a budou dělat věci, které jim přináší radost. Klíčem bylo si práci rozdělit na pracovní čas a přestávky (American Nurse Today, 2019).

9.4. Supervize

„Pokud si pracovník uvědomí a zakusí hodnotu dobré supervize na počátku profesní kariéry, návyk přijímat dobrou supervizi se stane nedílnou součástí jeho pracovního života a trvalého vývoje.“ (Hawkins, Shohet, 2004).

Supervize je ústřední forma podpory, při které se můžeme soustředit nejen na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Dále je supervize součástí našeho neustálého profesního učení a vývoje, včetně toho, že nás postupně naučí, jak se sami můžeme stát supervizory. Dobrý supervizor nám může pomoci lépe využívat vlastní zdroje a poradit si s objemem práce (Hawkins, Shohet, 2016).

Cílem supervize je zlepšit schopnosti pomáhat lidem. V naší společnosti se supervize rozvinula především v psychoterapii, kde supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, které vznikají při jeho práci. Supervize je intenzivní, interakční, mezilidský vztah, do kterého vstupuje supervizor, supervidovaný a zprostředkovaně klienti. Supervize může být individuální, skupinová nebo týmová. Skupinová supervize probíhá u pracovníků, kteří mají společnou nebo podobnou náplň práce, týmová supervize probíhá u pracovníků z jednoho oddělení (Marková, 2010).

9.5. Jiné možnosti péče o psychiku sestry

V MOÚ se Management nelékařských zdravotních pracovníků na základě dat zjištěných z anonymního dotazníku rozhodl aktivně napomáhat snižování stresové zátěže zejména u sester, a to zavedením Peer programu. Peer program je preventivní program, který je postaven na filozofii poskytování psychosociální intervence speciálně proškoleným kolegou z řad vrstevníků. Za vrstevníky se považují osoby, které si jsou blízké nejen věkem, ale také sociálním postavením a pracovním zařazením. Mnozí sdílejí i společné zájmy, hodnoty a role, což nahrává možnosti ztotožnění cílové skupiny zdravotníků v krizové situaci s peerem. Peer je kolega a člen týmu, který prošel speciálním školením, v němž získal kompetence vést preventivní programy zaměřené na zvládání zátěžových situací ve zdravotnictví a poskytnout podporu a péči zdravotnickým pracovníkům, kteří se zúčastnili mimořádné události. Ambicí Peer programu je zvýšit povědomí zaměstnanců o kompetencích peerů, zvýšit využívání služeb peera a tím napomoci snížit vnímání stresových situací na pracovišti, kde u onkologicky nemocných pracují zdravotníci pod velkým stresem a emočním vypětím. Vyškolení peeri poskytují svoje služby formou rozhovorů, a když zjistí, že kolega potřebuje pomoc od dalšího specialisty, mohou předat zaměstnanci kontakt a zajistit kontinuitu služby tak, jak si situace vyžaduje. Skupina peerů je pak v rámci MOÚ vedena tak, aby byly umožněny pravidelné schůzky či supervize (Kocourková, Malá aj., 2016).

Ráda bych zde zmínila i zajímavý projekt zdravotní sestry Pavla Boháčka, který se snaží na svém blogu a na sociálních sítích propagovat ošetrovatelství a důležitost péče o pečující (Men in nursing, 2019).

EMPIRICKÁ ČÁST

10. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Předmětem výzkumu bakalářské práce je zjistit, jak vnímají zdravotní sestry umírání a smrt na svém oddělení, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty a jak ony samy vnímají umírání a smrt, a zda mají možnost se v oblasti péče o umírající vzdělávat. Pro kvalitativní šetření byly stanoveny čtyři cíle a 18 výzkumných otázek. Práce se zabývá především tím, jak zdravotní sestry vnímají práci na onkologickém oddělení, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty na jejich odděleních a zda o sebe pečují po fyzické či duševní stránce. Empirická část práce shrnuje přítomnost paliativního týmu, možnosti a využívání supervize. V neposlední řadě je výzkum zaměřen na rozhovor pacienta a sestry o smrti, jaké pocity to u sestry vyvolává a jaký má zdravotní sestra postoj ke smrti.

Cíl 1

Zjistit, jaký mají pohled zdravotní sestry na umírání a smrt na svém oddělení.

Výzkumné otázky

VO1 – Kolik pacientů zemře měsíčně na vybraném oddělení?

VO2 – Setkávají se sestry s marnou kurativní léčbou?

VO3 – Porušily sestry kompetence, které se týkají podávání léků?

VO4 – Jak by sestry zhodnotily spolupráci s lékařem a jiným zdravotnickým personálem při péči o umírající?

VO5 – Jsou v nemocnici k dispozici týmy paliativní péče? Měly vybrané sestry možnost s ním spolupracovat?

Cíl 2

Zjistit, jak sestry samy přistupují k všeobecnému tématu smrti.

Výzkumné otázky

VO6 – Z jakého důvodu si sestry vybraly právě onkologické pracoviště?

VO7 – Mluví sestry s pacienty nebo oni s nimi o smrti a umírání? Jaké pocity to v nich vyvolává?

VO8 – Pamatují si sestry na první úmrtí pacienta?

VO9 – Jaký je postoj sester ke smrti? Přemýšlely nad vlastní smrtí?

VO10 – Nevadilo by sestrám, kdyby ony či jejich příbuzní umírali na jejich oddělení?

Cíl 3

Zjistit, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty na oddělení.

Výzkumné otázky

VO11 – Jaké jsou podmínky pro umírající pacienty a jejich rodiny na vybraných odděleních?

VO12 – Je nemocný, případně jeho rodina včas informována o závažnosti zdravotního stavu nemocného?

Cíl 4

Zhodnotit, zda se mají zdravotní sestry možnost v oblasti péče o umírající vzdělávat a jak pečují o své fyzické a duševní zdraví.

Výzkumné otázky

VO13 – Nosí si sestry osudy pacientů domů? Jak pečují o svoji fyzickou i duševní stránku?

VO14 – Mají sestry možnost se v oblasti péče o umírající vzdělávat? Mají možnost supervize či jiné podpůrné péče?

11. METODIKA VÝZKUMU

V následujícím textu je popsána metoda kvalitativního výzkumu, popis kvalitativního výzkumu, tvorba polostrukturovaného rozhovoru, pilotní šetření, charakteristika respondentů a realizace rozhovoru. Dále jsou zde uváděny popisy respondentů, limity výzkumů a výsledky.

11.1. Výběr typu výzkumu

Umírání a smrt v nemocnici je jedním z témat, o kterém se na veřejnosti moc nehovoří, a právě proto jsem si zvolila toto téma, abych podrobněji rozebrala vnímání a názory sester na téma umírání a smrt v nemocnici a abych díky anonymitě mohla prozkoumat názory, které se na veřejnosti doposud neřekly. Po pečlivém nastudování odborné literatury týkající se daného problému a konzultování tématu s vedoucí bakalářské práce, se stanovily cíle, které nás povedou touto problematikou.

Kvalitativní výzkum se jevil jako nejvhodnější a nejvíce přínosný pro otázky týkající se citlivých témat, jako je umírání a smrt pacientů na oddělení, jak sestry vnímají umírání a smrt nebo sebezpečí, neboť otázky byly otevřené a respondenti se mohli více rozmluvit a lépe vyjádřit svůj názor a pocity.

11.2. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum není jednoduché popsat, a proto v odborné literatuře není jasně definován. Názory na vymezení pojmu kvalitativní výzkum, nebo jak daný výzkum provádět, se mezi odborníky velmi liší. Lumír Klimeš z knihy Slovník cizích slov (1981) uvádí termín kvalita jako jakost, hodnotu nebo jako souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu. Z knihy Akademického slovníku (2001) od Petráčkové a Krause se dočítáme, že význam termínu kvalitativní obsahuje souhrn vlastností, jimiž se věc jako celek odlišuje od jiných, nebo naopak se odlišuje vlastností, které má společné s jinými věcmi (Miovský, 2006).

Kvalitativní přístup je v psychologických vědách charakteristický svojí jedinečností, neopakovatelností a kontextuálností. Další významnou roli hraje procesualnost a dynamika, díky které zkoumaný fenomén vznikl, rozvíjí se a zaniká. K procesualnosti se úzce váže dynamika, kdy proces se odehrává v čase a nemívá lineární průběh, zatím co dynamika změn se vlivem různých faktorů proměňuje. Prostřednictvím dynamiky sledujeme, jaké různé faktory mají na daný

proces vliv a jaké kvality tyto vlivy nabývají. Další citlivou charakteristikou je reflexivita. Důvodem je fakt, že při kvalitativním přístupu pracujeme s tím, že výzkumník se přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá, a tím způsobem se ovlivňuje a sám je jimi také ovlivňován (Mioviský, 2006).

Kvalitativní data jsou vázána na určitou matici (magnetofon, fotografie, papír aj.), říkáme, že jsou fixována. Pokrok technologií však oblast fixace kvalitativních dat výrazně posunul, neboť máme široké spektrum možností, jak kvalitativní data zaznamenat a jak získaný záznam uchovat pro další práci. Získané rozhovory byly nahrávány na diktafon, který dnes patří mezi nejčastější metody fixace kvalitativních dat. Jeho výhodou je komplexnost záznamu a autentičnost (Mioviský, 2006).

Rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem je ten, že kvantitativní přístup nám umožňuje testovat validitu porozumění, zatímco kvalitativní přístup nám pomáhá efektivně porozumět pozorované realitě a má hlubokou povahu dat. Mezi pozitiva kvalitativního výzkumu patří například to, že výzkumník spoluvytváří realitu a je součástí neustálé interpretace, respondent může svůj projev volit mezi více alternativami, jsou zde otevřené možnosti. Za negativa můžeme považovat zkoumání menšího počtu jedinců, provádění výzkumu na jednom místě, časově náročnější sběr a analýza dat (Mioviský, 2006).

Zpracování dat neprobíhá na podkladě statistiky numerických šetření, a proto nelze kvalitativní výsledky interpretovat kvantifikovaným způsobem. Při kvalitativním výzkumu je výzkumník v mnohem bližším kontaktu se zkoumanou situací nebo s účastníkem. Při práci výzkumník vytváří podrobný popis zkoumaného jevu. Lze k tomu využít různé přepisy terénních poznámek, pozorování, audio či videonahrávek, fotografie, rozhovory aj. (Hendl 2016).

11.3. Rozhovor

Vedení rozhovoru je velice náročnou činností vyžadující pečlivou přípravu výzkumníka a vysokou míru dovednosti a citlivosti vůči dotazovaným respondentům. Otázky v rozhovoru musí být formulované srozumitelným způsobem, při dotazování se pokládá pouze jedna otázka, která je řečená pomalu a srozumitelně. Respondentovi je ponecháván dostatečný prostor k vyjádření, zatímco výzkumník pozorně naslouchá a udržuje neutrální postoj ke sdělovaným údajům. Před zahájením dotazování respondenta je od výzkumníka vyžadováno rozhodnout o obsahu, formě i pořadí otázek. Na úplném začátku rozhovoru je pro výzkum důležité zajistit informovaný souhlas respondenta se záznamem rozhovoru na diktafon, informovat respondenta o anonymitě, informovat ho o účelu výzkumu, vysvětlit mu, co se bude po něm požadovat, stanovit přibližnou

časovou náročnost a podat základní informace o tazateli. Vhodné je zahájit rozhovor otázkami z přítomnosti a následně podávat otázky týkající se minulosti nebo budoucnosti. Z toho vyplývá také sled otázek, a to od jednodušších, kde odpovědi dotazovaným nečiní potíže, až po otázky mírně složitější. Těmi mohou být dotazy na pocity a názory respondentů týkající se tématu rozhovoru. Pro některé respondenty mohou být takové otázky náročné, a proto je důležité mít v této části rozhovoru již vytvořenou důvěrnou atmosféru mezi dotazovaným a tazatelem. Na závěr je vhodné poskytnout dotazovanému prostor, aby se případně mohl k některé části rozhovoru vrátit a vyjádřit se. Po získání kvalitativních dat od respondentů následoval přepis z diktafonu do textové povahy (Hendl 2016, Miovský 2006).

11.4. Tvorba polostrukturovaného rozhovoru

Po nastudování odborné literatury a porovnání již vzniklých výzkumů na podobné téma byly stanoveny cíle práce. Na základě cílů práce byly stanoveny jednotlivé otázky rozhovoru. Byl proveden pilotní rozhovor, kde strukturu rozhovoru prvotně tvořilo 16 otevřených otázek. Otázky byly položeny jedné zdravotní sestře, která dříve pracovala na hematologii. Zdravotní sestru jsem si vybrala z důvodu, neboť jsem absolvovala letní praxe na dětském oddělení, kde jsem právě potkala tuto sestřičku. Po navázání kontaktu jsem se jí zmínila o své práci, následně i o další praxi na hematologii, kdy mi sdělila, že na tomto oddělení dříve pracovala také. Po dotazu, zda by byla ochotná se mnou provést pilotní rozhovor, s nadšením nabídku přijala. Rozhovor proběhl v listopadu na dětském oddělení. Rozhovor v tu chvíli nebyl nahráván, ale své odpovědi mi znovu poslala přes e-mail. Na některé otázky sestřička odpovídat nechtěla, neboť ji přišly nevhodné nebo nepříjemné. Na základě tohoto rozhovoru bylo zjištěno, že některé otázky jsou špatně definované a nepřinesly by potřebná data. Otázky byly znovu upraveny, aby byly co nejvíce prospěšné pro zkoumání dané problematiky. Postupně byly stanovovány dílčí cíle práce. Takto vzniklé otázky rozhovoru byly konzultovány s vedoucí sestrou paliativního týmu, která pracuje na onkologickém pracovišti a zároveň vede paliativní tým. Tak došlo k dalšímu upravení otázek. Konečná úprava tvořila 18 otevřených otázek. Získaná data z pilotního šetření nebyla do výzkumu zpracována, neboť se jednalo z části o jiné otázky.

11.5. Charakteristika respondentů

Pro výzkum byli vybráni respondenti pracující na onkologickém pracovišti. Neboť se jedná podle statistik o druhé nejčastější pracoviště, kde se zdravotníci setkávají s umíráním a se smrtí. Díky vedoucí bakalářské práce, která několik let pracuje na onkologickém pracovišti bylo

možné získat na resp. kontakt. Resp. jsou tedy všichni zdravotníci pracující bez odborného dohledu na onkologickém pracovišti, a to na onkologii, hematologii a radiologii. Jedná se o pět žen a dva muže. Resp. pracují v nemocnicích nacházející se v Praze, v Králověhradeckém a Pardubickém kraji. Po souhlasu o provedení rozhovorů od respondentů mohlo výzkumné šetření začít (ÚZIS, 2019).

Celkově bylo pro výzkum osloveno sedm zdravotních sester. Výběr respondentů výzkumu byl proveden na základě kritérií výzkumu:

- Praktická/všeobecná sestra
- Výkon práce na onkologickém pracovišti
- Přímá péče o terminálně nemocné pacienty
- Ochota a souhlas účastnit se výzkumného šetření
- Délka praxe alespoň 3 roky

11.6. Realizace rozhovorů

Po vybrání sedmi respondentů, kteří souhlasili s rozhovorem, následovalo domluvení stanoveného termínu pro uskutečnění rozhovoru. Čtyři respondenti byli kontaktováni přes e-mail a tři respondenti přes SMS zprávu či telefonní hovor. Všichni respondenti byli upozorněni, že výsledky budou použity výhradně k účelům bakalářské práce a jejich odpovědi budou anonymní. Též byli upozorněni, že nemusí odpovídat, pokud by jim některá otázka byla nepříjemná. Všichni respondenti si sami zvolili datum, čas i místo uskutečnění dle svého volného času a aby se cítili bezpečně a příjemně. Rozhovory probíhaly v parku, v kavárně, ve zdravotnickém zařízení, kde respondenti pracují a přes telefon. Některé odpovědi byly odeslány prostřednictvím e-mailové korespondence. Po podepsání informovaného souhlasu a po vyjádření souhlasu mohl anonymní rozhovor nahrávaný na diktafon začít. Rozhovory probíhaly v období květen–červen 2020.

Doslovný přepis není uveden v práci z důvodu anonymizace respondentů a zdravotnických zařízení, kde zdravotníci pracují. Z důvodu častého popisu jmen a míst tyto informace nejsou v přepisu taktéž uvedeny, aby byla zachována jejich anonymita.

V průměru trval jeden rozhovor osmnáct minut. Nejkratší rozhovor trval osm minut, ten nejdélní dvacet sedm minut. Rozdíly v délce rozhovorů byly dány převážně osobnostními rysy jednotlivých respondentů, jejich komunikačními dovednostmi a časovým vytížením.

Před zahájením vlastního dotazování byly resp. položeny krátké identifikační otázky týkající se věku, délky praxe, dosaženého vzdělání a oddělení, na kterých respondenti působili dříve, a kde pracují nyní. Tyto otázky byly zařazeny na začátek rozhovoru, což je v mírném rozporu s doporučeními uváděnými v odborné literatuře. Důvodem pro toto zařazení identifikačních otázek bylo zobecnění a utvoření si hlavičky u respondenta, aby bylo jasné, že se jedná o správného respondenta, který přispěje k prováděnému výzkumu (Hendl, 2016).

Dalších osm otázek se týkalo samotného oddělení. Respondenti popisovali, co je přimělo pracovat na oddělení onkologie, kolik pacientů měsíčně zemře na oddělení, kde působí, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty, informovanost rodiny a pacienta, zda se setkali s marnou kurativní léčbou, zda porušili kompetence, co se týče podávání léků a spolupráce s lékaři při péči o umírající.

Zbylých sedm otázek v rozhovoru se zaměřovalo na samotné sestry a jejich postoj k umírání a smrti. Byly zde pokládány otázky týkající se povídání si s pacienty o smrti, vlastní postoj ke smrti, zda by nevadilo, kdyby příbuzný umíral na jejich oddělení, zda si osudy pacientů nosí domů, péče o sebe po duševní i fyzické stránce, možnost vzdělávání či supervize a zda v nemocnici působí paliativní tým. Na závěr mohli respondenti cokoliv dodat či doplnit to, co v rozhovoru nezaznělo.

Pokud si respondenti přáli nebo vyžadovali poslat bakalářskou práci, nahrávku či přepis rozhovoru, tato možnost jim byla poskytnuta. Otázky k rozhovoru jsou poskytnuty v příloze.

11.7. Respondenti

Jak již bylo výše popsáno, kvalitativní výzkum probíhal formou rozhovorů se zdravotními sestrami, které pracují na onkologickém pracovišti. Jak dokládá tabulka č. 1 níže, respondenti se skládali z pěti žen a dvou mužů. Každý respondent pracuje na jiném oddělení, nejsou tedy spolupracovníky. Věkové rozpětí respondentů bylo od 29 do 52 let. Převážná část dotazovaných dosáhla středoškolského vzdělání v oboru praktická sestra, pět respondentů má dosažené vysokoškolské bakalářské či magisterské vzdělání. Délka působení na hematologickém či onkologickém oddělení se výrazně liší. Nejkratší praxi má respondent G, který prozatím 11 měsíců působí na onkologii. Nejdéle zaměstnána na hematoonkologickém oddělení je respondentka D, která zde působí 24 let.

Tabulka 1 Profily respondentů

	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe zdravotní sestry	Současné oddělení a délka pracovního poměru
RESPONDENTKA A	Žena	52 let	Všeobecná sestra	14 let	Hematologie 14 let
RESPONDENTKA B	Žena	39 let	Střední škola s maturitou, praktická sestra	17 let	Dříve: onkologie 14 let Hematoonkologie 8 měsíců
RESPONDENTKA C	Žena	31 let	Všeobecná sestra, bakalář	12 let	Onkologie 5 let
RESPONDENTKA D	Žena	42 let	Všeobecná sestra, bakalář	24 let	Hematoonkologie 24 let Domácí hospic Dohoda
RESPONDENTKA E	Žena	39 let	Všeobecná sestra, bakalář	22 let	Onkologie 2 roky Infekční oddělení Přivýdělek
RESPONDENT F	Muž	35 let	Vysokoškolské, druhého stupně	17 let	Dříve 5 let onkologie
RESPONDENT G	Muž	29 let	Vyšší odborné	7 let	Onkologie 11 měsíců Oftalmologie 2 roky

11.8. Limity výzkumu

Výzkumná část práce byla prováděna ve snaze o získání co nejobjektivnějších představ k dané problematice. Přesto mohly být výsledky výzkumné části ovlivněny.

Hlavní omezení vyplývá z náročnosti nastalé situace, kterou zapříčinil COVID-19 a vyhlášený stav nouze. Respondenti se báli uskutečnění rozhovoru na základě opatrnosti vůči sobě a svému oddělení, odkud měli doporučení nestýkat se příliš s lidmi na veřejnosti. Právě tato skutečnost zapříčinila delší proces zpracování všech rozhovorů, neboť v této době nemohly být realizovány z důvodu omezení cestování a styku s cizími osobami, proto například respondentka B uvedla rozhovor prostřednictvím e-mailu. Ostatní termíny rozhovoru se posunuly, a kvůli tomu došlo ke zpracování výzkumu těsně před odevzdáním. Jedním z dalších omezení mohla být nedůvěra k výzkumníkovi i přesto, že byl rozhovor anonymní. Právě tato skutečnost mohla zapříčinit špatné vyhodnocení výsledků, pokud respondenti částečně zamlčeli pravdu.

Dalším limitem výzkumu by mohlo být ovlivnění z důvodu časového vytížení respondentů, kdy spěchali nebo byli v práci a snažili se o minimální zdržení rozhovorem. I přes veškerou snahu zajistit naprostý klid během rozhovoru byl jeden rozhovor mírně přerušen ostatními zaměstnanci oddělení, kteří například potřebovali zdravotnické pomůcky nebo se sháněli po respondentovi. Všechny tyto situace mohly ovlivnit kvalitu výzkumu.

12. VÝSLEDKY VÝZKUMŮ

V následujícím textu jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu prováděného formou rozhovorů s respondenty. Za respondenty byly zvoleny zdravotní sestry, které na onkologickém pracovišti pečují o terminálně nemocné pacienty.

12.1. Centrální kategorie – Umírání a smrt pacientů z pohledu sester

Umírání a smrt pacientů z pohledu sester je hlavním tématem, kterým se zabývá celá bakalářská práce. Právě z těchto důvodů byla takto nazvána centrální kategorie výzkumu. Pod takto širokou centrální kategorií bylo možno zařadit velké množství kategorií. Po analýze dat z rozhovorů a pro účely této práce bylo identifikováno pět kategorií. Konkrétně se jedná o kategorie: onkologické pracoviště, práce na oddělení, podmínky pro pacienty a rodinu, smrt z pohledu sester, fyzická a duševní péče.

12.1.1. Kategorie – Onkologické pracoviště

Pro výběr respondentů do výzkumu bylo zapotřebí získat dostatečné množství zdravotních sester působících v různých nemocnicích a městech, které se setkaly s péčí o terminálně nemocné pacienty. Onkologické pracoviště bylo k těmto účelům ideální, neboť právě na těchto odděleních se nachází nejvíce pacientů v terminálním stádiu svého onemocnění, a onkologické onemocnění patří mezi druhou nejčastější příčinu úmrtí v České republice. V kategorii onkologické pracoviště se respondenty ve svých odpovědích vyjadřují ke třem subkategoriím týkajících se oddělení (ÚZIS, 2019).

Proč pracujete právě na onkologickém oddělení?

Respondentky C a D si zvolily oddělení onkologie z části proto, že je k tomu vedla určitá minulost a zkušenost. Dalším faktorem bylo zalíbení v interních oborech a nabídnutí pracovní pozice na tomto oddělení. „*Měla jsem tady kolegyni z předešlé práce a jedna onkologická pacientka mi tak trošku pomohla si zvolit tohle oddělení.*“ (resp. C).

Respondenti B, E, F si vybrali onkologii ze zalíbení náplně práce a ze zájmu pečovat o těžce nemocné pacienty. Obdivují na pacientech jejich bojovnost, specifičnost a pokoru. „*Ta práce se mi tam líbí, myslím si, že ti onkologičtí pacienti jsou hodně specifičtí. Jsou více pokornější a smířlivější než pacienti na jiných odděleních.*“ (resp. E). Respondent F onkologie

nadchla už od počátku studií zdravotnické školy: „*Je to obor, který se neustále posouvá do popředí a je velmi zajímavý.*“

Respondenti A a G mají svůj vlastní důvod, proč si zvolili právě onkologii, resp. A uvádí, že si hematologii vybrala pod záměrem doporučení od hlavní sestry, když sháněla po mateřské dovolené pozici sanitářky, neboť neměla dosažené vzdělání na povolání sestry. Zatímco resp. G od školy pracoval na sále a zjišťoval, že ošetrovatelství vlastně nikdy nedělal, a tak se chtěl více zajímat o péči související s lůžkovou částí.

Kolik pacientů zemře měsíčně na vašem oddělení?

Respondentka D uvádí, že na lůžkovém oddělení hematonekologie zemře okolo deseti až patnácti pacientů měsíčně. Naopak resp. B za celých osm měsíců od nástupu do práce na oddělení hematoonkologie žádné úmrtí pacienta nezaznamenala.

Na oddělení onkologie se všech pět resp. (B, C, E, F, G) shoduje, že počet zemřelých je každý měsíc individuální. Respondentky B a C uvádí, že počet zemřelých měsíčně může dosáhnout i čísla deset či dvacet. „*Na hematoonkologii jsem ještě nezažila žádné úmrtí. Snažíme se, aby pacienti neumírali v nemocnici. Ale na onkologii tomu tak nebylo. Umíralo se tam hodně, klidně i 3× za den. Každý měsíc je o jiných číslech.*“ (resp. B). Kdežto resp. F uvádí klidně i 50 úmrtí za měsíc. „*Je to nárazové, nejhorší jsou zimní období a léto. Je to zvláštní, ale je to tak. Těch úmrtí je více v zimě a v létě. Někdy umírají lidi převážně v noci, což je taky zajímavost.*“ (resp. F). Zatímco resp. E tato čísla vyvrací a uvádí, že počet zemřelých je dva až tři. I resp. G uvádí, že někdy nezemře žádný pacient nebo jich zemře čtyři až pět. „*Desítky to určitě nejsou.*“ (resp. E). Na oddělení hematologie od ledna zemřeli tři lidé, jak uvádí resp. A: „*Není to úplně tak, že když pracujeme na hematologii, že by to bylo denní součástí oddělení.*“

Máte v nemocnici tým paliativní péče? Měl/a jste možnost s ním spolupracovat?

Pět resp. (A, B, C, D, F) uvádí, že na jejich oddělení působí paliativní tým. V nemocnici u resp. D vznikl nově paliativní tým spolu s paliativní ambulancí. Respondentky A a B měly a mají možnost s paliativním týmem spolupracovat. „*Měla jsem možnost s ním pracovat, a je skvělý.*“ (R. B).

Respondentky C a D zatím nespolečně spolupracovaly s paliativním týmem, a ani to nebyla potřeba. Respondent F nespolečně spolupracoval s paliativním týmem a když už, tak na dálku. K tématu působení paliativního týmu na oddělení se vyjádřil takto: „*Bohužel ta spolupráce té onkologie a paliativního týmu je směšná, protože ty onkologové nenaslouchají těm doktorům paliativní péče, a to*

z toho důvodu, že to jsou lékaři z ARA a oni mají pocit, že tihle doktoři to neumí, i když já si to nemyslím a je to velká škoda... Neměl jsem možnost s ním spolupracovat, na dálku když tak. A když jste něco chtěla, nebo když jsem s ním mluvil, tak to bylo natajno, aby nás neslyšela staniční sestra. To byl průšvih, pro ně to byl trn v oku nějaký paliativní tým a posun dopředu. Naopak ony nechtěly nic mít společného s paliativním týmem.“

Respondenti E a G uvádí, že u nich v nemocnici paliativní tým nepůsobí.

12.1.2. Práce na oddělení

V kategorii Práce na oddělení je popisováno, zda se zdravotní sestry, které pracují na hematologickém či onkologickém oddělení, setkávají s marnou kurativní léčbou, zda porušují kompetence. Dále respondenti zmiňují, jaká je spolupráce s lékařem a jiným zdravotnickým personálem. Popisují také otázku na téma hovoření s pacienty o umírání a smrti.

Setkáváte se s marnou kurativní léčbou?

S marnou kurativní léčbou se setkávají resp. C, D, E. *„Když jsou třeba pacienti po transplantaci kostní dřeně a když jsou pak z nějakého důvodu napojeni na ventilátor, tak z laického pohledu si říkáte, to není možný, že ho ještě chtějí léčit a pořád se pokračuje v té léčbě, což nám jako sestrám vadí, že se nám to zdá zbytečný. Ale zároveň do těch věcí nevidíme jako lékaři, takže to je těžké rozhodování. Ale právě se předtím nikdo toho pacienta nezeptá, jak by to chtěl on.“* (resp. D).

Respondenti F a G se někdy s marnou kurativní léčbou setkávají a někdy ne. *„Občas ten pocit mám. Nemáme takové medicínské znalosti, lékaři na to koukají jinak, ale z hlediska toho ošetrovatelství si občas myslím, že jsou některé věci zbytečné. Je otázkou, zda je to dobře, nebo špatně.“* (resp. G).

Respondentky A a B se na lůžkovém oddělení s marnou kurativní léčbou spíše nesetkávají. *„Lékaři se snaží léčit, a když to dojde do určitých fází, tak se léčba třeba ukončí. Není to rozhodnutí jednoho lékaře, ale více lékařů, kteří spolu pacientův stav konzultují.“* (resp. A).

Porušil/a jste někdy kompetence, co se týká podávání léků? Například bez ordinace lékaře nebo vyšší dávku?

Všichni resp. uvádí, že nikdy neporušili a neporušují kompetence, které se týkají podávání léků. Všechny potřeby a změny konzultují s lékařem. Respondentka B uvádí, že lékaři sice věděli o všem, co podala dříve nebo později, ale ne vše bylo zaznamenáno v dokumentaci. Respondent

F se k otázce vyjádřil, že toto se děje dennodenně, neboť jsme lidi a sestřičky se nedokážou koukat na to, jak pacienti trpí a umírají v bolestech, což je podle něj bohužel realitou především v nemocnici. Ale na oddělení mají takovou domluvu, že lékař přijde a podepíše to, co sestry podaly. *„Já osobně jsem nikdy nepodal lék bez toho, aby to lékař věděl. Nikdy jsem si nedovolil navýšit dávku opiátů, to je kompetence doktora a stojím si za tím a já to respektuji. Ale jindy je i pacienta utlumit hypnotikama, aby to prospal, aby to necítil, ale vždy o tom doktor věděl, nikdy jsem to nedělal natajno.“* (resp. F).

Jak byste zhodnotil/a spolupráci s lékařem a jiným zdravotnickým personálem při péči o umírající?

Respondent G si myslí, že spolupráce s lékaři i jiným zdravotnickým personálem funguje dobře, že jsou docela sehraní.

Respondenti B, C, D hodnotí komunikaci a práci podle povahy člověka a lékaře, kde resp. B i C uvádí, že i přes povahu člověka se všichni zdravotníci snaží, aby pacienti netrpěli, dělali vše, co je pro pacienta nejlepší a aby pacienti mohli v klidu odejít. Respondentka D i přes dobrou spolupráci uvádí: *„Podle mě spousta těch doktorů ještě tu paliaci neumí, že rychle nasadíme léky (morfin) a všechno vypneme. Jsou takové dvě stránky. Bud' dlouho nic neděláme, nebo pak se dělá vše strašně rychle. Ale myslím si, že ta spolupráce je dobrá.“*

Respondent F pokládá spolupráci za těžkou. *„Hodně onkologů nenaslouchá sestřím, bohužel je to tak. I když by měli, protože ta sestra je s tím pacientem 24 hodin denně, 12 hodin za službu jedna nebo druhá, ten doktor tam stojí 5 minut.“* Uvádí problém, že někteří doktoři chtějí být hned s prací hotovi a jsou neempatičtí. Avšak najdou se i lékaři, kteří dokážou u pacienta sedět hodinu, držet ho za ruku, hladit ho a mluvit s rodinou. *„Je to všechno o lidech a o charakteru toho člověka, a ta spolupráce sestra vs. doktor je hodně náročná.“* Dalším problémem jsou mladí lékaři, kteří vyšli ze školy a nenechají si poradit od sester. Nebo že lékaři vůbec neberou v potaz to, že sestra je vzdělaná. *„A v dnešní době je problém, že doktor bere sestru jako rivala, a ne jako kolegu, protože tam je potřeba spolupráce a týmový hráč.“*

Mluvíte s pacienty nebo naopak oni s vámi o smrti a umírání? Co ve vás takový rozhovor vyvolává?

U této otázky každý resp. odpověděl svým názorem, který se lehce lišil od ostatních. U resp. A a C si s umírajícími pacienty a rodinou chodí povídat paliativní tým, který tuto roli přebírá.

Respondentka A uvádí: „*Jelikož jako staniční sestra nepřijdu úplně dennodenně do styku s pacienty, ale pokud jsou na tom hodně špatně, tak za nimi jdu.*“ Také uvádí, že moc pacientů o smrti hovořit nechce, neboť jsme nastavení tak, že smrt úplně ještě nebereme jako součást života. Respondentka C uvádí, že na povídání si s pacienty o umírání a smrti není moc času, ale pokud je na oddělení někdo, koho znají nebo kdo si chce s nimi povídat, tak si třeba najdou chvíli čas o noční směně.

Respondentka B přiznává, že pokud pacient nezačne sám hovořit o smrti, tak se ho neptá. Uvádí, že pacienti se spíše o umírání baví s psychology nebo s příbuznými. Co se týče pocitů, resp. B uvádí, že hodně záleží na tom, jak to pacient sám prožívá, ale je ráda, pokud se jí některý pacient chce svěřit se svými pocity.

„*Většina pacientů se smrti bojí nebo o smrti mluvit nechtějí a většina jich má takovou naději na to uzdravení. Hodně pacienti chtějí slyšet, že se uzdraví, to smířování se smrtí je těžké.*“ (resp. D), dále resp. D uvádí, že pacientům nikdy nenamlouvají, že to bude dobré. Rozhovory bývají těžké, je těžké je formulovat a volit správná slova. Více je někdy potřeba jen naslouchat.

Respondenti E a G se téměř nesetkali s povídáním si s pacienty o umírání a smrti, resp. G uvádí, že pacienti jsou většinou utlumeni léky, které předepíše lékař, když vidí na pacientovi úzkost.

Respondent F uvádí, že pacienti o umírání a smrti mluvit nechtějí, neboť mají strach, jsou utlumeni nebo jsou na tom tak psychicky špatně, že ani nechtějí. S kým o tomto tématu ale zdravotníci mluví, je rodina pacienta. „*Spíše ale, kde se tohle hodně probírá, kde o tom hodně mluví, jsou v hospicích. Tam to funguje úplně super, proto já nejsem zastáncem umírání na onkologii v nemocnicích, ale v těch hospicích. Tam je to úplně bravurní.*“ (resp. F).

12.1.3. Podmínky pro pacienty a rodinu

V kategorii Podmínky pro pacienty a rodinu je popisováno, zda umírající pacienti mají možnost samostatného pokoje nebo možnost neomezené přítomnosti rodiny. Respondenti se zde vyjadřují i k názoru, zda jsou podmínky vyhovující nebo naopak co by změnili a zlepšili.

Jaké jsou podmínky pro umírající pacienty a jejich rodiny na vašem oddělení? Samostatný pokoj? Možnost návštěv? Kdybyste mohl/a, co byste změnil/a?

Na otázku, jaké jsou podmínky pro pacienty a rodinu na oddělení, zda mají samostatný pokoj či možnost návštěv se na oddělení u resp. A, C, D, F, G dá zařídit jednolůžkový pokoj a téměř

neomezená možnost přítomnosti rodiny (zůstat přes noc) bez ohledu na návštěvní hodiny. Respondentka D uvádí, že pokud se u pacienta jedná o předpokládané úmrtí, že je pacient v paliativní péči, tak umožňují na oddělení hematologické JIP zůstat návštěvám přes noc. *„Když jsou návštěvy, není problém umožnit rodině být tady přes noc. Nemyslím tím desetičlennou rodinu, ale jednoho člena. Nedáváme úplně lůžko na pokoj, ale pokud tam je křeslo, může tam být člen rodiny, jak je mu líbivo. Je to vždy se souhlasem pana přednosta.“* (resp. A). V době COVID-19 a karantény resp. A uvádí, že i za této situace tu rodinu od umírající pacientky nechali být s ní. V nemocnici x resp. F uvádí, že pacienti se oddělují na dvoulůžkový pokoj, kde mají k dispozici ještě jednu postel pro rodinu, aby tam s nimi mohla setrvat, než pacient odejde. Pacienti

se „sestehovávají“ tak, aby byli blízko sesterně a byli samostatně na pokoji. U resp. C se za poslední dva roky dodržují návštěvní hodiny. *„Nicméně, pokud jsou na nadstandardech, tak rodina s pacienty může být nepřetržitě. Když jsou pacienti v terminálním stádiu a není volný nadstandard nebo si ho nemůžou dovolit a je možnost být samostatně, tak je ukládáme samostatně na pokoj, a v případě terminálního stádia použijeme rodinu i mimo návštěvní hodiny.“* (resp. C). *„Dokonce i když někdo zemře, tak se chtějí pozůstalí rozloučit, připravíme tělo a oni se tak nějak rozloučí a my jim to umožníme.“* (resp. G). U všech resp. se snaží na oddělení vyjít pacientům i rodině vstříc, aby mohli být spolu.

Na oddělení u resp. B se naopak snaží, aby pacienti mohli být doma s rodinou a dojížděl za nimi domácí hospic. *„Na onkologii se umírá těžce. Občas i před pacientem, který ještě nemá vyčerpanou léčbu. Tak si umíte představit, co to s ním udělá.“* (resp. B). Dále uvádí, že podmínky pro pacienty a rodinu jsou hlavně o vedení kliniky a citlivému přístupu k pacientům. Je ráda, že pacienti mohou být doma, že funguje domácí hospic a že se tomuhle přístupu daří.

„To není problém jenom naší onkologie, ale i jiných zařízení lůžkových oddělení, kde jsem pracovala, protože ty podmínky jsou různé.“ (resp. E). Na oddělení u resp. E jsou pacienti umístěni na dvoulůžkovém pokoji, kde rodinu nesmí nechávat s pacientem přes noc, neboť vedle leží další pacient. Pokud se ale na pokoji pacient nachází sám, lze po domluvě s lékařem umožnit rodině strávit s pacientem celou noc.

Na doplňující otázku, zda by resp. něco změnili na svém oddělení z hlediska podmínek pro umírající pacienty a jejich rodiny, se resp. A, B, E shodují, že podmínky jsou vyhovující, i když to je někdy komplikované. Podle resp. B se věci posouvají dopředu, a to i díky sestřám. *„Asi bych tu nic neměnila, nechala bych to být, tak jak to je. Protože si myslím, že někteří lidé chtějí*

vidět své příbuzné v poslední fázi a někteří na to nemají a rozumím tomu, že si toho člověka chtějí pamatovat takového, jaký byl.“ (resp. A). Respondentka E by umožnila umírajícím pacientům samostatný pokoj a neomezenou možnost přítomnosti rodiny.

Na oddělení by se resp. D líbilo, kdyby lékaři včas stihli informovat rodinu o závažnosti stavu pacienta, neboť mají na oddělení i ventilované pacienty a lékaři někdy nestihnou sdělit informace rodině o kritickém stavu pacienta, takže se rodina s pacientem nestihne ani rozloučit. Ale díky nově fungujícímu paliativnímu týmu se situace zlepšuje. *„Stále je tam prostor co zlepšovat, hlavně hovořit s rodinou i pacientem. Třeba jaké má pacient přání a co by si přál, na to se hodně zapomíná, protože nikdo se jich předem nezeptá, zda chtějí napojit na přístroje, nebo ne, což tam podle mě tohle chybí.“*

Respondent F by rád změnil to, aby pacient neumíral v nemocnici, neboť se rozvíjí paliativní péče a je škoda, že lidé umírají v nemocnicích, když to není nutné. Mnoho pacientů si přeje umírat v domácím prostředí anebo v hospicích, což jsou luxusní podmínky jak pro rodinu, tak pro klienta. *„Proč by ti lidi měli umírat v nemocnici, když mnoho příbuzných nechce být u toho a pacient umírá sám mezi bílými zdmi, je to smutný a takový depresivní a jediný, kdo tam k němu dojde, je ta sestra, která ho chytne za ruku a pohládí ho, a ten pacient umírá na dobrý pocit, že tam není sám.“*

Respondent G by byl pro možnost, že pokud by to šlo, tak by povolil možnost eutanázie či něco tomu podobného.

Je dle vašeho názoru nemocný, případně jeho rodina, včas informován o závažnosti svého stavu?

Všichni resp. se shodli, že pacient i rodina jsou včas informováni o závažnosti stavu pacienta, ale záleží na lékaři. Respondentka D uvádí, že někdy je více informována rodina než pacient, což by takhle být nemělo. Respondent F se přiklání k názoru, že záleží na tom, jaký ten člověk je intelektuálně a jak dokáže přijmout informaci a zpracovat ji. *„Hodně často se mi stávalo to, a byl jsem i součástí rozhovoru toho, když doktor mluvil s pacientem i rodinou a ti pacienti to nebrali, smetli to ze stolu, nevnímali to a furt se chtěli léčit. Nebyli smířeni s touhle diagnózou a to, že je konec, že ta péče je ukončena. Tak to je jakoby na dlouhou trať a je potřeba pak pomoc psychologů.“*

12.1.4. Smrt z pohledu sester

V této kategorii respondenti odpovídají na vzpomínky prvního úmrtí pacienta a jaké pocity to v nich vyvolalo, jaký mají postoj ke smrti a zda by jim nevadilo, kdyby jejich příbuzný umíral na jejich oddělení.

Pamatujete si první úmrtí pacienta? Jaké pocity to ve vás vyvolalo?

Respondentky A, B, C, D, E se shodují, že první úmrtí pacienta zažily už na střední škole při praxích. R. D, E si na první úmrtí pacienta nevzpomínají. Respondentka C si na první úmrtí pacienta vzpomíná, bylo to na střední škole během přestávky na svačinu.

Respondent F zažil první úmrtí pacienta první den při nástupu do práce. *„Bylo to 6. srpna 2003. Byl to starý pán, který měl nádor oka. To oko bylo větší než hlava, byl to tzv. ‚nádor přes celý obličej‘. Bylo to velmi traumatizující pro mě, protože mě tam nechali samotného na tom pokoji s tímhle pacientem (tělem) a chtěl jsem odejít. Říkal jsem, že tuhle práci dělat nebudu. Ta onkologie pro mě končí.“*

U resp. A a E úmrtí pacienta nevyvolalo žádné pocity. *„Já si myslím, že ty pocity jsou stále stejné. Jednak je to práce, a člověk k tomu musí přistupovat jako k práci, jinak bych nemohla pracovat ve zdravotnictví. A jednak otevíráme okno a je to takový zvláštní pocit.“* (resp. A). Respondentka B uvádí, že je vděčná, že se nemocný netrápí, a to jak po fyzické, tak psychické stránce. Respondentka C si na první úmrtí pacienta vzpomíná, neboť jako mladá to velmi prožívala. *„Pocity nic moc. Spoustu let jsem měla schovaný její dopis, protože měla poruchu vyjadřování, takže se mi snažila tam pořádně něco napsat. Takže jakožto mladá jsem to strašně prožívala, několik dní jsem se to ještě snažila rozluštit.“*

Respondent G za svoji praxi úmrtí nezažil, ale pečoval a pečuje o umírající pacienta a nedělá mu to problém.

Jaký je váš postoj ke smrti? Přemýšlel/a jste nad vlastní smrtí?

Na otázku, jaký je postoj sester ke smrti a zda přemýšlely nad svojí smrtí, se každý resp. k názoru na smrt vyjádřil jinak. Všichni resp., až na A, E, G nad svojí smrtí přemýšleli, přesto resp. E uvádí, že s nadcházejícími lety nad tím člověk přemýšlet musí, ale zatím se k tomu nedopracovala. Respondentka A si však uvědomuje, že po narození dětí byla na sebe více opatrná, aby se jí něco nestalo, protože své děti chtěla vychovat. *„Je to přirozená součást života. Někdo zemře, někdo nový se narodí. Musíme tam všichni.“* (resp. E).

Podle resp. D by se ze smrti nemělo dělat takové tabu, a pokud to jde, lidé by měli více umírat doma. Pokud by mohla, ráda by na konci byla se svými blízkými, ať v nemocnici, nebo doma, i když ví, že ne vždy je to možné. Respondent F zdraví a svébytlí vnímá, jelikož je věřící, tak se neztotožňuje s eutanázií, naopak s paliativní péčí, neboť lidi jsou pro něho prioritou a neměli by umírat v bolestech. „Smrt vnímám jako součást našeho žití, člověk se rodí, člověk umírá a určitě bych nechtěl umírat v nemocnici, nevím, jestli bych chtěl umírat doma, spíše ne a volil bych variantu hospicu osobně.“ (resp. F). K postoji ke smrti se resp. B vyjadřuje: „*Zjistila jsem, že se nebojím. Možná je to tím, že jsem věřící a možná tím, že už dlouho pracuji s onkologicky nemocnými. Mám určitá přání a doufám, že se nějaká vyplní.*“

Respondentka C smrt trochu děsí, neboť si uvědomuje, jak v tomto provozu je vše strašně rychlé a člověk si smrt ani neuvědomuje. „*Prostě už někdy to berete jak na běžícím pásu.*“ Až pak když odchází domů, si uvědomuje, co se vlastně stalo. Čím je však starší, tím má o sebe větší strach.

Nevadilo by vám, kdyby vy nebo váš příbuzný umíral na vašem oddělení?

Na otázku, zda by resp. nevadilo, kdyby jejich příbuzný umíral na jejich oddělení se resp. A, B, D, F shodují, že by jim péče o umírajícího příbuzného na svém oddělení vadila. „*Nechtěla bych, aby někdo z příbuzných umíral v nemocnici. Ale aby umírali ve známém prostředí a s milujícími lidmi. Přála bych si, aby v nemocnici neumíral nikdo.*“ (resp. B). Respondent F by udělal vše pro to, aby v nemocnici byl co nejkratší dobu.

Naopak resp. E by péče o umírajícího příbuzného na svém oddělení vyhovovala, neboť by měla k němu přístup. Respondentka C by z psychologického hlediska péče o umírajícího příbuzného vadila na svém oddělení, ale z jiného hlediska by byla ráda, že má nad ním kontrolu a může tam být s ním u toho. „*Třeba kamarádka se teď léčí jinde, ale radši bych ji teď měla tady.*“ (resp. C). Respondent G uvádí, že pokud by pečoval o svého mladšího sourozence, který by měl zemřít, tak by to asi nechtěl. Ale na druhou stranu, pokud by sourozenec byl v jiném zařízení, kde by ta péče nebyla taková, jakou si představuje, tak by bojoval o možnost přeložení k sobě na oddělení. „*Hodně záleží na okolnostech, kdy se pak člověk zachová úplně jinak než teď, když v té situaci není.*“ (resp. G).

12.1.5. Fyzická a duševní péče

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je fyzicky i psychicky velmi náročná. Psychickou zátěž pocítují všichni, kteří se na péči podílejí. V kategorii Fyzická a duševní péče jsou respondenti

tázání, zda si nosí osudy pacientů domů a jak o sebe pečují po fyzické a psychické stránce. Další otázky jsou kladeny na možnost vzdělávání a možnosti supervize.

Nosíte si osudy pacientů domů? Jak o sebe pečujete – jak po fyzické, tak duševní stránce.

Všichni resp. kromě D si osudy pacientů snaží nenosit domů, i když někteří lidé jim v paměti zůstávají. Respondentka A svým mladým sestřičkám radí, ať si pacienty nepouští k tělu, protože pak je to nepříjemné. Respondent F uvádí, že když nastupoval do praxe, tak byl hodně nesmělý a citlivý, díky však starším sestrám z oboru, které ho naučily, že si má nechávat práci v práci, a doma být doma, tak odešel z práce, zavřel dveře a vypnul. Respondentky A i C se shodují, že nejde nesdílet osudy pacientů, kteří jsou moc mladí a nelze to jen tak přehlédnout. „*Jediné, co mě zasáhlo, byla smrt syna mé kamarádky. Starala jsem se o něj více, protože měl speciální terapii, takže na tohle si občas vzpomenu, protože to byl mladý kluk.*“ (resp. A).

Respondentka D si dříve nosila osudy pacientů domů více, ale od té doby, co má rodinu, tak má více starostí a v práci již nedělá na plný úvazek. „*Ale třeba se mi hodně zdálo o pacientech. Tomu se člověk asi nevyhne. Cíleně se na to snažím nemyslet, ale uvnitř to tam někde je a pak ve snech se to projeví.*“

Každý resp. se snaží pečovat o svůj fyzický i duševní stav jinak. Většina resp. (A, B, D, E) ráda čte knihy, dívá se na filmy, chodí do přírody či na túry nebo jezdí na kole. Respondentka E uvádí, že si i ráda někdy dá doma po práci skleničku vína, zatímco resp. B pečuje o svůj fyzický i duševní stav modlitbami. Respondentka C se ráda chodí rozptýlit na florbal, kde mají super partu, nebo když je potřeba, popovídá si se svojí maminkou, která je též zdravotní sestra. U resp. A se naopak doma téma nemocnice nerozebírá, neboť se manžel na toto téma nerad baví. Respondent F rád sportuje, má rád zábavu a má doma kočku, která mu dodává mnoho energie. Respondent G má dost zaměstnání, kde druhá práce má úplně opačný směr. Uvádí, že tam nabere úplně jinou sílu a energii.

Máte možnost se v oblasti péče o umírající vzdělávat? Máte možnost supervize či jiné podpůrné péče?

Až na resp. F mají všichni možnost jezdit na různé semináře či vyhledat možnost vzdělávání se. Respondenti A, E, G však tuto možnost nevyužívají, zatímco resp. B, C, D ano. Respondentka B uvádí, že u nich v práci mají paliativní péči o pacienty, která ji zajímá, a tuto možnost vzdělání využívá. Na oddělení u resp. C je možnost vzdělání podle období a dle možnosti nabídky.

Respondentka D uvádí, že na oddělení supervizi nemají, ale mají možnost jezdit na různé kongresy. Byla poprvé na supervizi v Cestě Domů, kam byla přizvána, a moc se jí to líbilo. *„Přišla tam externí doktorka, která celou supervizi zahájila a vedla. Řešily se tam provozní věci a témata, která se potřebovala řešit, a tak se o tom diskutovalo. Supervizorka se nás ptala, jak jsme prožívali tohle omezené období, jaké to bylo v práci, a ona to vždy tak nějak shrnula. Spoustu věcí je potřeba si říci mezi sebou a bylo by dobré i v nemocnici, aby to někdo vedl a všichni si sedli v místnosti a diskutovali. Je otázka, zda by o to byl zájem, protože by na to musel být čas v době, kdy nemáme službu. Myslím si, že supervize by na takových odděleních byla potřeba.“*

Respondent F v minulé práci neměl možnost vzdělávání či supervize, neboť na postech vrchní a staniční sestry seděly takové, co neměly rády vzdělávání sester, a naopak vzdělávání podkopávaly a snažily se v sestrách zájem „udupat“.

13. DISKUZE

Na základě polostrukturovaných rozhovorů jsem zjistila, jak sestry vnímají umírání a smrt na svém oddělení, jak samy přistupují k tématu smrt, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty na jejich oddělení a jak pečují o svůj fyzický a duševní stav. Získaná data, konkrétně od sedmi respondentů z onkologických pracovišť, kteří pracují nemocnicích v Praze, Královéhradeckém a Pardubickém kraji, jsem následně analyzovala. Před začátkem rozhovorů s respondenty jsem si stanovila cíle práce. Otázky k rozhovoru byly sestaveny tak, aby potvrdily, případně vyvrátily, mnou stanovené cíle. V otázkách k rozhovoru byly i takové, které se o žádné předpoklady neopíraly, ale byly čistě informativní. Výsledky bakalářské práce byly konfrontovány s podobnými výzkumy, odbornými články i s jinými bakalářskými pracemi.

Cíl 1 je zaměřený na problematiku, jak sestry vnímají umírání a smrt na svém oddělení. V otázce, „*Kolik pacientů měsíčně zemře na vašem oddělení?*“ byly odpovědi různé. Nejmenší číslo dosahovalo 2 úmrtí za měsíc, největší číslo 50. Podle statistik ÚZIS za rok 2018 zemřelo 112 920 lidí, z toho 27 tisíc lidí na zhoubné novotvary (ÚZIS, 2019). S tím se shodují i data od Roberta Šandy z roku 2019 z Českého statistického úřadu, který udává stejné číslo ročního úmrtí za rok. (Šanda, 2020). Hrubě by se dalo vypočítat, že pokud ročně zemře 27 000 lidí na zhoubné novotvary, tak číslo 50 se velmi přibližuje k měsíčnímu odhadu úmrtí. U otázky, zda se sestry setkávají s marnou kurativní léčbou se většina respondentů s kurativní léčbou na svém oddělení setkává. V otázce, jak by sestry zhodnotily spolupráci s lékařem a jiným zdravotnickým personálem při péči o umírající, se každý z respondentů vyjádřil jinak. I přesto, že někde komunikace funguje perfektně, někde záleží na lékaři, v jiné nemocnici je komunikace špatná. Každý názor je subjektivním pohledem respondenta. V otázce, zda u sester v nemocnici funguje paliativní tým a zda měly možnost s ním spolupracovat, téměř ve všech nemocnicích u respondentů paliativní tým funguje, kromě dvou. Jen dvě respondentky měly možnost pracovat s paliativním týmem. V diplomové práci Laschové (2010), lze uvést pouze porovnání, že plno pacientů neví, že paliativní péče existuje. V současné době nelze moji výzkumnou otázku porovnat a lze z toho pouze vyvodit, že ne ve všech zdravotnických zařízeních funguje paliativní tým. V Chartě práv umírajících se například uvádí doporučení respektovat a chránit důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím, že se vytvoří ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče a všem bude dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.

Cíl 2 je zaměřený na téma, jak sestry samy přistupují k všeobecnému tématu smrt. Podle knihy Olgy Novákové v Péči o psychiku onkologicky nemocných z roku 2016 uvádí, že je dobře,

když si sestra vybírá své povolání již na začátku studia. Někteří respondenti si však onkologické pracoviště nevybrali hned jako první volbu povolání. U otázky, zda sestry mluví s pacienty o smrti a umírání jsem nenašla příhodné porovnání s jinou bakalářskou prací či odbornou literaturou k této otázce. Z práce výzkumu dále vyplývá, že pacienti spíše nechtějí mluvit o umírání a smrti, pokud ano, tak spíše vyhledávají pomoc psychologa či paliativního týmu. V porovnání s bakalářskou prací Pospíšilové (2019), v které si všichni respondenti vzpomínají na první úmrtí pacienta a vyvolalo to v nich smíšené či nepříjemné pocity, v mém výzkumu si pouze 5 respondenti vzpomínají na první úmrtí pacienta a jeden respondent úmrtí pacienta ještě nezažil. Kromě dvou respondentů z toho však nikdo neměl špatné či nepříjemné pocity. Většina respondentů bere smrt jako součást života. Podle průzkumu Mgr. Markové (2010), která udělala u 30 sester průzkum, zda si pamatují na první úmrtí pacienta, většina, tedy 22 sester, si pamatuje na první úmrtí pacienta, se kterým se setkaly při podstupování praxí už na střední škole. S bakalářskou prací Pospíšilové (2019) se naše výzkumy shodují, že postoj sester ke smrti je pozitivní a realistický, postoj ke smrti berou jako součást života. V mé práci čtyři respondenti nad svojí smrtí přemýšleli, i když z ní mají trochu strach, když vidí, jak to chodí u nich na oddělení, kde ta smrt bývá častá. Tři respondenti nad smrtí zatím nepřemýšleli, ale přesto s rostoucím věkem na sebe dávají větší pozor. U otázky, zda by sestrám nevadilo, kdyby ony či jejich příbuzný umíral na jejich oddělení, jsem nenašla žádnou odbornou literaturu či práci, se kterou bych mohla porovnávat můj výzkum. Čtyři respondenti by nechtěli, aby jejich příbuzný umíral na jejich oddělení, neboť by jim to vadilo. Zatímco třem respondentům by nevadilo mít příbuzného na svém oddělení, neboť by mu mohli věnovat péči, měli ho pod kontrolou a nemuseli se obávat, že bude na jiném oddělení, kde mu nemusí být poskytována vhodná péče.

Cíl 3 je zaměřený na podmínky pro umírající pacienty na oddělení. V porovnání s bakalářskou prací Shmidové (2014), která se spíše zaměřuje na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, se v práci obě dvě shodujeme, že jedním z negativ je nedostatek času na pacienta a nemusí se jednat pouze o umírající. V porovnání s bakalářskou prací Jurkové (2015), která se zaměřuje na otázku, „*Jak si všeobecné sestry představují dobrou smrt*“ uvádí ve výsledcích, že nejčastější odpovědi byly „*bez umělého prodlužování života, v přítomnosti blízkých a rozloučit se se svými blízkými*“. V mé práci se otázka zaměřuje na možnost samostatného pokoje a neomezené možnosti přítomnosti rodiny a příbuzných. Krom jedné respondentky je u všech na oddělení možnost samostatného pokoje a neomezené možnosti návštěv. Jedna respondentka uvedla, že se u nich na oddělení snaží pacienty posílat domů, aby byli v prostředí domova a fungoval tam domácí hospic. Doplňující otázka byla, zda by chtěli něco respondenti u sebe na oddělení změnit.

Respondentka, u které neumožňuje oddělení samostatný pokoj a neomezené možnosti návštěv, by ráda uvítala tuto změnu, zatímco mnoho respondentů fandí paliativní péči a přáli by si, aby pacienti mohli umírat doma, nikoli v nemocnici. Jeden respondent se vyjádřil pro zavedení eutanázie či jiné podobné možnosti. U otázky, zda je nemocný, případně jeho rodina včas informována o závažnosti zdravotního stavu pacienta, se všichni respondenti shodli, že pacient i rodina jsou včas informováni. Ovšem záleží na lékaři, ale i na pacientovi či rodině, jak se s informací vyrovnají a zda ji dokáží přijmout. V Chartě práv umírajících se doporučuje pro nutné přijetí opatření, aby se prosadilo právo u nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na podání pravdivé, úplné, ale citlivě podané informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno její přání, kdyby nechtěla být informována.

Cíl 4 je zaměřený na sestry a jejich možnost se v oblasti péče o umírající vzdělávat, a jak pečují o své fyzické a duševní zdraví. U otázky, zda si sestry nosí osudy pacientů domů si všichni respondenti, kromě jedné, snaží nepouštět si osudy pacientů k tělu. Jedna respondentka uvádí, že se doma o tom nechtějí bavit, jiný respondent se naučil od starších sester, že práce se nechává v práci a doma má být doma. Někdy však nejde si nepřipouštět pacienty k tělu, zejména pokud byli známí či velmi mladí. Jak pečují o svůj fyzický a duševní stav se aktivity shodují s bakalářskou prací Mlejnkové (2017), kde respondenti provádí stejné rituály či aktivity. Většina respondentů sportuje, čte knihy, mají domácí mazlíčky, chodí na túry a výlety či mají druhou práci, při které se odreagují. V poslední výzkumné otázce, zda se sestry mají možnost v oblasti péče vzdělávat, například možnosti supervize se všichni respondenti, až na jednoho, mají možnost na oddělení vzdělávat, ale pouze tři z nich tuto možnost využívají. V diplomové práci Vanclové (2014) se naše výzkumy neshodují, neboť v její práci uvádí, že pro pracovníky v ošetrovatelství není žádný prostor k dovolání se po supervizi. V čem se ale naše práce shodují je fakt, jak uvedl jeden respondent ve výzkumu, že na vrchních pozicích sedí starší sestry, které neměly rády vzdělávání sester, a naopak podkopávaly sestřám možnost se vzdělávat. Vanclová tak uvádí, že u sester na manažerských pozicích upozorňovaly na fakt, že v této oblasti nelze další vývoj naprosto predikovat.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnována problematice umírání a smrti v nemocnici, konkrétně jak umírání a smrt vnímají sestry na svém oddělení. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry vnímají smrt a umírání na svém oddělení, jak samy přistupují k tématu smrt, jaké jsou podmínky pro umírající pacienty a rodinu na oddělení a zda mají možnosti vzdělání či jiné podpůrné péče.

Názory všech respondentů, se kterými jsem se měla možnost setkat a nahrát s nimi rozhovor, byly zajímavé a ojedinelé. Každý zdravotník si prošel svoji vlastní cestou, která mu zanechala pozitivní i negativní zkušenosti a názory na zdravotnictví.

Odpovědi, které mě příjemně překvapily, byly například u podmínek pro pacienta na oddělení. Možnost neomezené návštěvy či samostatného pokoje, a nemusí se tím myslet nadstandartní pokoj, mi přijde od oddělení jako velmi krásné gesto, kterým podtrhne horní příčku zachování kvality života a naplnění pacientových potřeb. Jsem ráda, že se propaguje paliativní péče a zdravotníci se snaží posílat umírající pacienty do prostředí domova, kde o ně může pečovat hospicová péče a zajistit jim tak potřeby, které by si přáli. Tím bych chtěla podpořit i hospice, ve kterých je podle respondenta péče úžasná a pokud by si mohl vybrat, kde by chtěl zemřít, tak by to bylo právě v hospici. Sama jsem absolvovala praxe v jednom hospici a byla jsem uchvácená, jak skvěle tam pečují o své klienty, jak je vše čisté a příjemné. Dále mi přijde skvělé, že se zdravotnictví snaží podporovat své zaměstnance, ať možnostmi vzdělávání se, supervize, tak i různých benefitů, které mají přinést zaměstnancům relax a odreagování se.

Dále se naskytly odpovědi na otázky, u kterých bych také ráda vyjádřila svůj názor. U otázky, zda se respondenti setkávají na oddělení s marnou kurativní léčbou bych též doplnila, že pokud pacient umírá, je vhodné přistoupit k paliativní péči a zajistit mu naplnění kvality života a doprovázet ho v příjemném odchodu ze života než marně léčit něco, co se už vyléčit nedá. Zaskočilo mě i doporučení v literatuře od Novákové (2016), že si sestry volí profesi už za studia. Osobně stále si nejsem jistá, kde bych chtěla pracovat a dle mého názoru není vůbec špatné vyzkoušet více oborů či oddělení a následně zhodnotit, kde se mi práce líbila nejvíce, a kde mě naplňovala. Velmi mě překvapilo, že si některé sestry nepamatují na prožití prvního úmrtí pacienta, neboť v mém případě se sice nejednalo přímo o stanovení smrti, avšak bylo již zřejmé, že k úmrtí pacientka směřuje. Jméno mladé slečny, která měla celý život před sebou, nikdy nezapomenu.

S jedním respondentem, se kterým jsem vedla delší hovor v kavárně, jsem byla velmi zklamaná, že i vyučeným sestřím s vysokoškolským vzděláním se podkopávají nohy a starší sestry se je snaží vyštípat ze svého oddělení. Z mých zkušeností z praxe vím, jak se k nám chovaly sestry, ale brala jsem to jako využívání studentů na praxi, i když některá chování sester byla nepřipustná. Trochu mě také zklamala komunikace s lékaři, u které respondent uváděl, že lékař a sestra jsou spíše rivalové než tým a nechovají se k nim jako ke vzdělaným sestřím. Věřím tomu, že některým slabším povahám pak toto chování nemusí sednout a raději se zdravotnictvím skončí, než aby se nechaly šikanovat.

Tato bakalářská práce je věnována sestřím pracujícím na onkologickém pracovišti. Přála bych si, aby se komunikace mezi zaměstnanci na odděleních zlepšila a jak jsem mohla mluvit s jednou respondentkou, aby vznikalo více a více hospicových domácích péčí, díky kterým by umírající pacienti mohli trávit poslední chvíle života v prostředí domova. Na základě zjištěných informací od respondentů by se práce mohla rozšířit opačným směrem na vnímání a pocity pacientů hospitalizovaných na oddělení.

POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje:

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1993. Sestra (Grada). ISBN 80-706-6534-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004, 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9

LONG, A. A. *Hellénistická filosofie: stoikové, epikurejci, skeptikové*. Praha: OIKOYMENH, 2003. Dějiny filosofie (OIKOYMENH). ISBN 80-729-8077-7.

- MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
- SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8740-X.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

Články:

KABELKA, Ladislav, *Jak komunikovat s umírajícím?* [online]. © 2005 [cit. 2020-06-18].

Dostupné z: <https://www.umirani.cz/poradna/jak-komunikovat-s-umirajicim>

KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ Tereza, aj. *Peer program psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům*. [online]. © 2016 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/peer-program-psychosocialni-podpory-zdravotnickym-pracovnikum/>

NEZBEDA, Ondřej. *Proč Češi umírají doma*. [online]. © 2016 [cit. 2020-06-17]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>

PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče*. [online]. © 2016 [cit. 2020-06-17]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

TEMEL, J. S. (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. In *The New England Journal of Medicine*. Vol. 363, No. 8.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* [online]. © 2011

[cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/vime-si-rady-s-duhovnimi-potrebami-nemocnych>

ŠANDA, Robert. *Pohyb obyvatelstva – rok 2019*. [online]. © 2020 [cit. 2020-06-16]. Do-

stupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ci/pohyb-obyvatelstva-rok-2019#>

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. *Ministerstvo zdravotnictví zavádí psychosociální podporu* [online].

© 2019, [cit. 2020-07-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zavadi-psychosocialni-podporu-zdravotnikum_17837_3970_1.html

ÚZIS ČR 2019: Zemřelí 2018. 128 01 Praha 2: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018-. ISSN 1210-9967

Elektronické časopisy:

American Nurse Today – Healthy Nurse Healthy Nation [online]. 2019, [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/~4a6d20/globalassets/docs/ana/practice/hnhn18-19highlights.pdf>

Bystřický, Zdeněk. Nemocnice Mělník – Charta práv umírajících [online]. 2018, [cit. 2020-07-06]. Dostupné z: <https://www.nemocnice-melnik.cz/wp-content/uploads/2018/07/CHARTA-PRAV-UMIRAJICICH.pdf>

Cara, Petr, Charvátová. Etický kodex ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. 2012, [cit. 2020-07-06]. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

PharmDr. Rychlíčková, Jitka. Koanalgetika – správná volba a indikace, praktickélekarnictví [online]. 2015, **11**(3) [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarnictvi.cz/pdfs/lek/2015/03/04.pdf>

Webové stránky:

Centrum paliativní péče. *Konec dobrý, všechno dobré.* [online]. 2015-2017, [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://konecdobry.cz/sest-faktu>

Centrum paliativní péče. *Spolu až do konce* [online]. 2018, [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/spolu-az-do-konce>

Centrum paliativní péče. *Spolu až do konce* [online]. 2018, [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Men in nursing CZ. *Proč se novináři neptají sester?* [online]. 2019, [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://meninnursingcz.blogspot.com/2019/02/proc-se-novinari-neptaji-sester.html>

The Center to Advance Palliative Care (CAPC): *Definition.* [online]. 2020, [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: <https://getpalliativecare.org/whatis/>

Umírání.cz. *Hospic a mobilní hospic* [online]. 2015, [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>

Umírání.cz. *Komunikace s umírajícím* [online]. 2015, [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-umirajicim#>

Studie:

POSPÍŠILOVÁ Jana, *Péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Brno, 2019. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.

LASCHOVÁ, Daniela. *Paliativní a hospicová péče*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

SCHMIDOVÁ, Žaneta. *Postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu na oddělení ONP a LDN*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence.

MLEJNKOVÁ, Natálie. *Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra Ošetrovatelství.

JURKOVÁ, Martina. *Dobrá smrt z pohledu všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Karlova Univerzita Praha. Lékařská fakulta. Oddělení ošetrovatelství.

PŘÍLOHY

Příloha A – Etický kodex sester - str. 1 (Cara, Petr, Charvátová, 2012)	64
Příloha B – Etický kodex sester, str. 2 (Cara, Petr, Charvátová, 2012) 1	65
Příloha C – Etický kodex sester, str. 3 (Cara, Petr, Charvátová, 2012) 1	66
Příloha D – Etický kodex sester, str. 4 (Cara, Petr, Charvátová, 2012) 1	67
Příloha E – Etický kodex sester, str. 5 (Cara, Petr, Charvátová, 2012) 1	68
Příloha F – Etický kodex sester, str. 6 (Cara, Petr, Charvátová, 2012) 1	69
Příloha G – Charta práv umírajících (Bystřický, 2018) 1	70
Příloha H – Charta práv umírajících (Bystřický, 2018) 1	71
Příloha I – Charta práv umírajících (Bystřický, 2018) 1	72
Příloha J – Charta práv umírajících (Bystřický, 2018) 1	73
Příloha K – Otázky k rozhovoru 1	74



Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

KODEX ICN

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a lidé

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

3. Sestry a profese

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a spolupracovníci

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex sester připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na realitu ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu sester připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování.

Následující tabulka by měla sestrám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studenti ošetrovatelství tak mohou:

- studovat normy spadající pod každý článek Kodexu,
- přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku v každé oblasti ošetrovatelství: v praxi, ve vzdělání, ve výzkumu nebo v řízení,
- diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníky a dalšími lidmi,
- použít konkrétní příklad z praxe k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Diskutovat o tom, jak by danou situaci řešili,
- pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování,
- spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuálním uplatňování etických norem do ošetrovatelské praxe, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a lidé

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity jako základ pro přístup k péči.	Vydávat prohlášení a standardy, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajišťovat kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky.
Zajišťovat dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vydávat standardy a prohlášení zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které podporují zachování mlčenlivosti.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a zachování mlčenlivosti.	Začleňovat otázky soukromí a zachování mlčenlivosti do národního etického kodexu sester.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Zajistit, aby studenti dokázali vnímat důležitost sociálních aktivit při řešení aktuálních problémů.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvářet standardy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Nabídnout příležitosti ke vzdělání, jako je celoživotní vzdělávání a rozvoj odborných znalostí a dovedností.	Zajišťovat přístup ke kontinuálnímu vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavádět do praxe systém pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a systematické registrace sester.	Provádět výzkum, který dokazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a rozvojem odborných znalostí a dovedností, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření standardů kvality péče.
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti vykonávat své povolání.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat zdravý životní styl mezi ošetrovatelským personálem. Lobovat za zdravé pracovní prostředí, služby pro sestry.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit standardy pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Umožnit vzdělávání týkající se tvorby standardů ošetrovatelské praxe, výzkumu, výuky a managementu.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření standardů pro vzdělávání, praxi, výzkum a management v ošetrovatelství.
Podporovat provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvím a zdravím na pracovišti. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení a standardy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v národních asociacích sester, za účelem tvorby příznivých socioekonomických podmínek pro sestry.	Informovat studenty o důležitosti členství v profesních sesterských asociacích.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravovat prohlášení a standardy týkající se otázek pracovního prostředí.

Článek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními příbuznými obory.
Vytvářet pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování.	Informovat o zásadách ošetrovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvářet povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvářet mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Vzdělávat studenty k ochraně jednotlivce, rodiny nebo komunity, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Připravovat dokumenty, prohlášení, a diskusní fóra související s bezpečností pacientů / klientů, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby byl Etický kodex pro sestry účinný, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, mezi sestrami v praxi, v časopisech pro sestry a v dalších médiích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, spotřebitelské skupiny, organizace pro lidská práva, skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

Spolupracovník	Jiné sestry a jiní zdravotničtí a nezdravotničtí pracovníci a odborníci.
Kooperující vztah	Profesionální vztah založený na kolegiální a vzájemné aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů.
Rodina	Sociální jednotka, skládající se ze členů, kteří jsou spojeni pokrevně, nebo příbuzenským, emočním či právním vztahem.
Sestra se dělí se společností	Sestra jako zdravotník a občan iniciuje a podporuje vhodné aktivity vedoucí k uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.
Osobní zdraví	Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry.
Osobní údaje	Informace o jednotlivci nebo o rodině získané během pracovního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, vznik nepříjemností nebo poškození jednotlivce či rodiny.
Příbuzné skupiny	Jiné sestry, zdravotničtí pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů.

CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících").

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, "že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel." V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení."

Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

Základní práva odvozená z důstojnosti nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.

MĚLNICKÁ ZDRAVOTNÍ, a.s. – NEMOCNICE MĚLNÍK, Pražská 528, Mělník, 276 01 IČO 27958639

Společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 12344, IČO 279 586 39

- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

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

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

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

- Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - Aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
 - Aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
 - Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
 - Aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
 - Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
 - Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.
 - Aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
 - Aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou,

- ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
- Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
 - Aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
 - Aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.
 - Tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
 - Aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přítom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
 - Aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
 - Aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.
 - Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v "pořízení" nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
 - Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.
 - Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na

Příloha J – Charta práv umírajících (Bystřický, 2018) 1

Mělnická zdravotní, a.s., Pražská 528/29, Mělník 27601
tel.: +420 315 639 111, fax: +420 315 639 110, e-mail: info@nemocnicecelnik.cz
www.nemocnicecelnik.cz



- život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života".
 - Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.
 - Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

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

Z anglického originálu © Cesta domů přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický



MĚLNICKÁ ZDRAVOTNÍ, a.s. – NEMOCNICE MĚLNÍK, Pražská 528, Mělník, 276 01 IČO 27958639

Společnost zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 12344, IČO 279 586 39

Příloha K – Otázky k rozhovoru 1

1. Kolik je vám let? Jak dlouho pracujete, jako zdravotní sestra?
2. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
3. Na jakých odděleních jste v minulosti pracovala a kde pracujete nyní? Jak dlouho zde pracujete?
4. Proč pracujete právě na onkologickém pracovišti?

5. Pamatujete si první úmrtí pacienta? Jaké pocity to ve vás vyvolalo?
6. Kolik pacientů měsíčně zemře na vašem oddělení?
7. Jaké jsou podmínky pro umírající pacienty a jejich rodiny na vašem oddělení? Samostatný pokoj? Možnost návštěv? Kdybyste mohla, co byste změnila?
8. Je, dle vašeho názoru nemocný a případně jeho rodina včas informován o závažnosti svého stavu?
9. Setkáváte se s marnou kurativní léčbou?
10. Porušila jste někdy kompetence, co se týká podávání léků? Např. bez ordinace lékaře, vyšší dávku?
11. Jak byste zhodnotila spolupráci s lékařem a jiným zdravotnickým personálem při péči o umírající?
12. Mluvíte vy s pacienty, nebo naopak mluví pacienti o smrti a umírání? Co ve vás takový rozhovor vyvolává?

13. Jaký je váš postoj ke smrti? Přemýšlela jste nad vlastní smrtí?
14. Nevadilo by vám, kdyby vy, nebo váš příbuzný umíral na vašem oddělení?
15. Nosíte si osudy pacientů domů? Jak o sebe pečujete – jak po fyzické, tak duševní stránce?
16. Máte možnost se v oblasti péče o umírající vzdělávat? Máte možnost supervize, či jiné podpůrné péče?
17. Máte v nemocnici tým paliativní péče? Měla jste možnost s ním spolupracovat?
18. Chtěla byste na závěr něco dodat, nebo doplnit, co v našem rozhovoru nezaznělo?