

# **Duchovní péče o umírající pacienty z pohledu všeobecné sestry oddělení následné péče**

Ana-Iuliana Stenbergerová

---

Bakalářská práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ana-Iuliana Stenbergerová**

Osobní číslo: **H12360**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Duchovní péče o umírající pacienty z pohledu všeobecné sestry na oddělení následné péče**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury související s tématem bakalářské práce.**

**Vymezení terminologie.**

**Teoretická východiska v oblasti duchovní péče: filozofie holismu, etický přístup, komunikace, ošetrovatelská péče o umírající, NANDA diagnózy.**

**Empirická část: kvantitativní metoda empirické části, technika dotazníku dle vlastní konstrukce.**

**Realizace výzkumného šetření a interpretace výsledků.**

**Doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BYOCK, Ira. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013, 325 s. ISBN 978-80-7429-134-0.**

**HATOKOVÁ, Mária. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach. 2. upr. vyd. Košice: Equilibria, 2013, 244 s. ISBN 978-80-8143-125-8.**

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**KELNAROVÁ, Jarmila. Thanatologie v ošetrovatelství. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.**

**KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.**

**KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.**

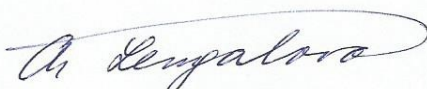
**SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.**

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu



## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

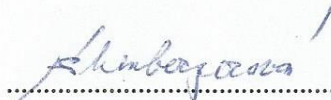
- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

13.2.2015

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*



(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce je vypracována v zájmu poskytování duchovní péče umírajícím pacientům na odděleních následné péče. Záměrem je postoj všeobecných sester k této problematice, neboť nedílnou součástí našeho života je duchovní potřeba, kterou každý člověk může jinak chápat, přijímat i poskytovat. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část poskytuje informace o duchovní péči, filozofii holismu, etickém přístupu k umírajícím, komunikaci a ošetrovatelské péči o umírající. Praktická část se věnuje dotazníkovému šetření, jeho výsledkům a hodnocení, jak vnímají a poskytují duchovní péči umírajícím pacientům všeobecné sestry na odděleních následné péče.

Klíčová slova: duchovní péče, potřeby umírajících, etika péče, komunikace

## **ABSTRACT**

This thesis is developed in order to provide spiritual care for the dying patients on wards aftercare. The intention is the position of general nurses of this issue, as an integral part of our life is a spiritual need that every person can distinctly understand, accept and deliver. The work consists of theoretical and practical parts. Theoretical part provides information about spiritual care, philosophy of holism, ethical approach to dying, communication and nursing care for the dying. The practical part is devoted to the questionnaire investigation and its results and evaluation of how they perceive and provide spiritual care for dying patients a nurses on the wards aftercare.

Keywords: spiritual care, needs of the dying, the ethics of care, communications

Motto:

*„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“*

Tomáš Garrigue Masaryk

### **Poděkování:**

Mé poděkování patří doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady a ochotu, kterou mi při zpracování mé bakalářské práce věnovala. Děkuji také Mgr. Daně Klimešové za pomoc při gramatické a stylistické kontrole práce.



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DUCHOVNÍ ASPEKT</b> .....	<b>12</b>
1.1 ZDRAVOTNÍK V ROLI POSKYTOVATELE DUCHOVNÍ PÉČE .....	13
1.2 SPIRITUÁLNÍ SLUŽBA V ROLI POSKYTOVATELE DUCHOVNÍ PÉČE .....	15
<b>2 FILOZOFIE HOLISMU</b> .....	<b>16</b>
2.1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ A DUCHOVNÍ ČÁSTI CELKU .....	16
2.1.1 Potřeby biologické .....	16
2.1.2 Potřeby psychologické .....	17
2.1.3 Potřeby sociální .....	17
2.1.4 Potřeby duchovní .....	17
2.2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍHO .....	18
<b>3 ETICKÝ PŘÍSTUP</b> .....	<b>20</b>
3.1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....	21
3.2 ETICKÉ PRINCIPY V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	22
3.3 ETICKÉ JEDNÁNÍ SESTRY .....	23
<b>4 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM</b> .....	<b>26</b>
4.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	27
4.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	28
4.3 PROBLÉMY V KOMUNIKACI .....	30
<b>5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b> .....	<b>32</b>
5.1 ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE .....	32
5.2 UMÍRÁNÍ A SMRT .....	33
5.2.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové .....	34
5.2.2 Terminální stav .....	36
5.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V TERMINÁLNÍM STADIU ONEMOCNĚNÍ .....	37
5.3.1 Posouzení .....	37
5.3.2 Diagnostika .....	37
5.3.3 Plánování .....	41
5.3.4 Realizace .....	42
5.3.5 Vyhodnocení .....	42
5.4 EMOCE SESTRY PŘI PÉČI O UMÍRAJÍCÍ A ZEMŘELÉ .....	42
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>45</b>
<b>6 VÝZKUM A JEHO METODIKA</b> .....	<b>46</b>
6.1 CÍLE VÝZKUMU .....	46
6.2 METODIKA VÝZKUMU .....	47
6.3 REALIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	48
<b>7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT</b> .....	<b>49</b>
<b>8 DISKUZE</b> .....	<b>76</b>
8.1 ZHDNOCENÍ CÍLŮ .....	80
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>82</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>83</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>87</b>

## ÚVOD

*„Až si budeme vědomi své úlohy, byť se zdá nejméně důležitá, pak teprve budeme šťastni. Teprve potom budeme moci žít v pokoji a zemřít v pokoji, neboť to, co dává smysl životu, dává ho i smrti.“*

Antoine de Saint-Exupéry

Dnes je dopřáno jen malému procentu seniorů umírat doma mezi příbuznými. Smrt je v současné době mobilů, internetu, spotřeby a konzumu, a zároveň v době skloňování lidských práv ve všech pádech, dehumanizována snad nejvíce v našich dějinách. Víme, jak se dnes umírá? Buď v nemocnici, často za plentou mezi baňkami a hadičkami, nebo v jiném ústavu při často chladné rutině personálu, méně často i doma. Smrt je dnes stále více zanedbávána, zatlačována do bezradného mlčení. Umíráme sami, často bez příbuzných a známých, které milujeme. Zdravotníci rodinu nenahradí, ale můžou doprovodit umírajícího na jeho poslední cestě, která může být bez bolesti a strachu. Zajímají se všeobecné sestry o zvláštnosti při umírání? O péči o umírající, chování umírajících, o fáze umírání, postoje ošetřujících, o klinicko-ošetrovatelské aspekty umírání, o zvláštnosti potřeb v umírání, o vedení rozhovoru tak, aby nerušil, ale pomáhal, o zamezení terapeutického a psychického nihilismu? Každý z profesionálů má vlastní odpověď.

Kdo z nás by netoužil po dobré, důstojné smrti? Ať jsme i v poslední chvíli našeho života někdo, jedinečná bytost. Současná medicína se nám snaží umožnit prožití posledních chvil života bez velkých bolestí. Zdravotník může pro umírajícího vykonat jistě hodně, ale nemůžeme po něm požadovat, aby každému pacientovi zajistil psychický komfort nebo aby plně pochopil jeho duchovní potřeby. Avšak v jeho možnostech je zajistit podmínky a vytvořit tak prostor pro naplnění jeho potřeb a respektovat jeho osobnost.

Nevím, kolik všeobecných sester si při práci s umírajícími uvědomuje jejich nezastupitelnou přítomnost, činnosti, slova, doteky, výraz obličeje a mnoho dalších skutečností, které ovlivňují prožívání a chování těžce nemocného. Možná ani netuší, že všechny rutinní činnosti, co dělají a že jsou jen „tady“, můžou uspokojit mnoho potřeb umírajících, nejen biologické, psychické, sociální, ale i ty duchovní, kterým některé sestry možná nevěnují patřičnou pozornost.



## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DUCHOVNÍ ASPEKT

Funk (2014, s. 131) hovoří o duchovním aspektu jako o zvýšené citlivosti k existenciálním potřebám člověka. Můžeme mluvit také o „obyčejném lidském“ porozumění nebo snaze najít nějaký smysl v obtížné a mezní situaci, jakým je závažné život ohrožující onemocnění. Špatenková (2014, s. 60) vyjadřuje spiritualitu jako obecné pojetí vnitřního obrazu člověka, který určuje jeho životní orientaci a která může, ale také nemusí mít přímou náboženskou souvislost. Můžeme tedy říci, že spirituální potřeby mají úzký vztah k hledání smyslu života a smrti, ačkoli většina z nás ji omezuje jen na religiozitu. Také spirituální potřebu můžeme chápat jako prostředek k dosažení „duchovního blaha“.

Péče o duchovní stránku člověka je v ošetrovatelství chápána jako součást multidisciplinárního přístupu k pacientům a jejich utrpení. Duchovní oblast může být zdrojem utrpení, ale pro větší část těžce nemocných pacientů je zdrojem posily, útěchy a motivace. Je vhodné, aby zdravotníci s tímto zdrojem počítali a přiměřeně jej u pacientů podporovali (Sláma, 2007, s. 340).

Spirituální nebo duchovní rozměr člověka označujeme jako oblast, kde si pacient klade základní lidské otázky:

- Je nějaký smysl mého života?
- Co je v životě důležité a na čem vlastně záleží?
- Proč mám dělat jen dobré věci a kde mám vzít k tomu sílu?
- Co s pocitem křivdy a viny? Jak najdu cestu k odpuštění a ke smíření s druhými lidmi?
- Jak zjistím tajemství smrti? Čeká mě něco po smrti?
- Je vůbec nějaký bůh?

Každý člověk si tyto otázky klade jedinečným způsobem. Odpovědi se naskýtají různé. Někteří pacienti je hledají a řeší v rámci některého z náboženství. Poskytnutá duchovní služba může pomoci pacientovi, ale i zdravotníkům, rozvinout jiný pohled na význam jejich života ve zdraví i v nemoci (Sláma, 2007, s. 340).

Absence smyslu života se může prohlubovat často nadměrnou úzkostí ze smrti. Dalo by se očekávat, že zklamaní a nespokojení lidé by mohli uvítat odpočinek, který právě smrt přinese. Ale opak je pravdou, neboť pocit naplnění, že člověk dobře prožil svůj život, který

měl smysl, právě zmírňuje strach a úzkost ze smrti. Dokud jsme nepoznali plný život, nedokážeme čelit přicházející nevyhnutelné smrti. Hledání smyslu života nemusíme chápat pouze jako duchovní čin, ale činy každodenního jednání celého člověka (Kupka, 2014, s. 15).

Sestry musí také usilovat o poznání kulturní souvislosti každého pacienta a jejího porozumění, má-li být péče o umírajícího komplexní. Očekává se, že bude respektovat jeho kulturu, ale také, že vytvoří vhodné podmínky pro uspokojování jeho individuálních kulturních hodnot, víry a potřeb, a to i ve fázi umírání. U nemocného, tím spíše umírajícího člověka, jsou kulturní a spirituální potřeby mnohdy na nejvyšší požadované úrovni. Někdy až dominantní, neboť zásadním důvodem ovlivňují jeho myšlení, prožívání, chování a také jeho fyziologické potřeby a jejich uspokojování. Například aktuální potřeba modlitby, odpuštění, kontaktu s rodinou je pro umírajícího mnohem důležitější než hygienická péče, kterou mu chce sestra v dobrém úmyslu poskytnout (Špatenková, 2014, s. 59–60).

### 1.1 Zdravotník v roli poskytovatele duchovní péče

Mnohdy se setkáváme s názorem, že pacient nechce faráře, tudíž nemá žádné duchovní potřeby. Je to mezi zdravotníky hodně rozšířený mýtus. Nerozlišují duchovní službu, jako např. udělení svátosti smíření (tzv. zpověď) a duchovní doprovázení, což je pojem mnohem širší. V nemoci se setkáváme častěji s přehodnocením hierarchie hodnot člověka, „ateista“ prosí o modlitbu a hledá smysl svého utrpení či smysl svého života. Získáme-li pacientovu důvěru, jeho duchovní potřeby nám snáze vyplynou na povrch. Tělesné potřeby zjišťovat umíme: „Bolí vás něco? Stolicí máte pravidelnou? Máte problémy s dýcháním?“ Ovšem zjistit duchovní potřeby tímto způsobem tak dobře nejde. Myslíme si, že často používaný formulář s otázkami: „Jste věřící? Ano/Ne. Jste pokřtěný? Ano/Ne.“, nám stačí. Nyní si řekněme, co jsme se z takového dotazníku u příjmové anamnézy o duchovních potřebách dozvěděli? Vůbec nic, jen jsme si ujasnili, zda je pacient věřící nebo nevěřící (Svatošová, 2012, s. 39–40).

Uspokojení duchovní potřeby pacienta je základní a nejdůležitější dovedností – uměním naslouchat. Je bezpodmínečně nutné naučit se naslouchat a k tomu slyšet mnohem víc, než je slovy řečeno. Zároveň si všimnout a správně interpretovat pacientovy emoce a řeč těla neboli nonverbální projevy, které nám z části prozradí, jak se pacient cítí. Hluboký povzdech, vlhké oči nebo slzy nám poví někdy víc než slova. Musíme si ještě uvědomit, že nemocný pozná, jestli mu opravdu nasloucháme, nebo to jen předstíráme, jestli ho v duchu



kritizujeme, nebo odsuzujeme, pozná, jestli nám na něm opravdu záleží a snažíme se ho pochopit. Musíme si uvědomit, že naslouchání není jen umírajícího slyšet (Svatošová, 2012, s. 50). Umírající občas touží pocítit letmý dotek ruky, aby se jí mohl chopit a vnímat blízkost druhého člověka. Jindy ho dotyk může rušit. Pokusme se vycítit, co právě chce. Můžeme se ho případně také zeptat, ale nevnímejme jeho odmítnutí jako důkaz nelásky. Umírající má většinou co dělat sám se sebou a se svým životem (Funk, 2014, s. 167). Můžeme využít i schopnost empatie a snáze vycítit, co je pro něj dobré a co je špatné. Dále nedirektivní chování, kdy nebudeme nemocnému udělovat hotové rady, ale pomůžeme mu, aby řešení našel sám. Necháme vyprávět jeho příběh, nepřerušujeme ho, dáme mu pocítit důležitosti, jedinečnosti a toho, že si ho vážíme. Informace o svých duchovních potřebách nám může poskytnout i pacient v hlubokém bezvědomí. Např. najdeme-li jeho vlastnoručně psaný lístek s prosbou: „V případě náhlého zhoršení stavu, zavolejte ke mně, prosím, katolického kněze.“ Máme hned jasno a během minuty, víme, co máme dělat. Mnohdy nám může leccos říct Bible na stolku, křížek na krku i rodina, ale my nesmíme zůstat nečinní. Budeme-li si vědomi své vlastní nedokonalosti, a přesto se budeme mít rádi, tím budeme mít pro naše pacienty větší pochopení (Svatošová, 2012, s. 50–51).

Většina z nás ani netuší, ale ani o tom nepřemýšlí, jak se umírající cítí a co vnímá. Nejen své pocity, ale i nás, jako sestry vykonávající svou profesi. Toto vzkazuje sestřím umírající pacient:

*„Jak si představuji laskavou péči?*

*Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.*

*Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení.*

*Když ke mně přijdete a věříte ve mne, uzdravení – neuzdravení.*

*Když mě berete jako individualitu.*

*Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.*

*Když se zajímáte o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.*

*Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mne jako osobu.*

*Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.*

*Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.*

*Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde* (Špatenková, 2009, s. 115).“

## 1.2 Spirituální služba v roli poskytovatele duchovní péče

V našich zemích se terminologicky užívá označení nemocniční kaplan (případně pastor) nebo duchovní služba. Tato duchovní služba je určena všem lidem, kteří jsou ve styku s nemocničním zařízením – pacientům, jejich příbuzným nebo zaměstnancům. Vychází z existenciálních a etických principů, které jsou společné pro danou kulturu. Na každém oddělení nemocnice je vhodné zveřejnit na dostupném a dobře viditelném místě jméno, telefonní číslo, dobu a místo zastížení nemocničního kaplana. Nemocniční kaplan má hájit především neměnnou hodnotu člověka, má být ochráncem před poškozením pacienta, měl by být trpělivý v naslouchání a porozumění, a také má zpřístupňovat spirituální rozměr utrpení jak ve smyslu náboženském, tak ve smyslu existenciálním (Sláma, 2007, s. 341).

Podle O. Slámy (2007, s. 341) bývá spirituální služba dělena na obecnou a speciální:

- **obecná spirituální služba** spočívá v naslouchání, hledání smyslu života v nemoci, pomoci zvládnout nesnadnou životní situaci, vyrovnání se s obavami všech druhů, pomoci při urovnání křivdy, viny, neúspěchu a spočívá i v modlitbě. Tuto službu mohou poskytovat všichni lidé: specialisté – teologové, církevně pověřené osoby, psychologové, ale i sami zdravotníci, rodinní příslušníci a také dobrovolníci;
- **speciální spirituální služba** se týká činností, na které je potřeba speciální vzdělání nebo církevní pověření (a někdy i svěcení) – jsou to např.: příprava k přijetí svátostí, udělení samotných svátostí (např. křest, svátost nemocných, svátost smíření atd.) nebo příprava a vedení bohoslužeb a mší.

Při aktivní práci se spirituální oblastí člověka můžeme pozorovat tyto změny: snížení úzkosti a deprese, snížení pocitu osamělosti a izolace, nemocní dokážou plnohodnotněji prožívat svůj život jak v průběhu onkologické léčby, tak i v době terminální fáze onemocnění, mohou mít také pocit osobního růstu jako výsledku neustálého boje s nevyléčitelnou nemocí (Sláma, 2007, s. 344).

## 2 FILOZOFIE HOLISMU

Holismus, z řeckého slova holos – celý, úplný, vyjadřuje idealistickou filozofii, vyzdviženo je prvenství celku nad jeho částmi. Člověk je chápan jako bytost bio-psycho-sociální a duchovní. Holistický princip tvrdí, že vlastnosti, které má nějaký celek, jsou odlišné a nadřazené vlastnostem jednotlivých částí tohoto celku. Pokud některou z těchto stránek opustíme, dochází k rozdělení bytosti jako celku (Kutnohorská, 2007, s. 35).

*„Holismus je základem ošetrovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru ošetrovatelství (Plevová, 2011, s. 63).“*

### 2.1 Bio-psycho-sociální a duchovní části celku

V posledních letech jsme si při vnímání člověka jako bio-psycho-sociální bytosti zvykli mluvit též o duchovní (spirituální) sféře. Tyto sféry člověka tvoří vzájemnou jednotu. Z dějin filozofického myšlení je patrné, že jejich vzájemný vztah a uspořádání jsou však mnohem složitější (Jankovský, 2003, s. 15).

Holistická ošetrovatelská péče přijímá práva pacienta, která jsou začleněnou součástí ošetrovatelství a léčebného procesu. Neoddělitelnou součástí je mimo jiné i ošetrovatelský proces, který řeší problémy nemocného systémově a komplexně. Zaměřuje se vždy na celou bytost jedince, nejen na nemoc samotnou (Pavlíková, 2006, s. 14). Pokud je filozofie holismu částí moderního ošetrovatelství, je jedinečnou úlohou sestry na všech úrovních péče (péče o zdraví, prožívání nemoci, zotavování se či umírání) uspokojovat pacientovy fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby (Plevová, 2011, s. 62).

#### 2.1.1 Potřeby biologické

Do biologických potřeb řadíme všechno, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i speciálně upravenou. Dále se potřebuje co nejpřirozenějším způsobem zbavit produktů svého metabolismu, pokud možno bez cévek a bez klystýru. Současně se tělo musí zásobit dostatkem kyslíku, což není při onemocnění dýchacích cest a srdce tak jednoduché. Dalším požadavkem je nutit tělo k aktivitě, neboť to, co se nepoužívá, předčasně chátrá nebo se proleží. Většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, umíme dobře a odborně zvládnout v nemocnici, ale nemusí tomu tak vždy být. Například podmínky pro dobrý a nerušený spánek může mít pacient lepší doma (Svatošová, 2012, s. 22).



### 2.1.2 Potřeby psychologické

Sem patří zejména potřeba respektování lidské důstojnosti, a to samozřejmě nezávisle na tělesném stavu nemocného. Člověk je jedinečnou bytostí s vlastním a neopakovatelným posláním v životě. Proto je nutné ho respektovat a chápat, tím spíše v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje. Nemocný potřebuje být se svým okolím v kontaktu, potřebuje s ním komunikovat. Občas i my zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči i naše oblečení apod. Důležité je proto nelhat, mluvit pravdu, jednat uctivě, vhodně oslovit pacienta, neboť neverbální komunikace prozradí mnoho. Každý potřebuje bezpečí a jistotu, hlavně po čas nemoci, kdy všechno vkládá do našich rukou. Komunikace s pacientem v agónii je velmi důležitá, ale jen málo profesionálů to ví. Kdyby jen tušili, co všechno mohou pro umírajícího v jeho posledních hodinách udělat, nedělali by se tak hrubé chyby (Svatošová, 2012, s. 22).

### 2.1.3 Potřeby sociální

Nemocný potřebuje kontakt s blízkými, ale mějme na paměti, že nikoli vždy a všechny. Má právo si sám návštěvy usměrňovat a my bychom to měli plně respektovat. Nejsilnější vazbu má s rodinou, ale nejen s ní. Plnil mnoho sociálních a nezastupitelných rolí, které v nemocnici postrádá a řešil situace, které se mu honí hlavou a my o tom ani nevíme (Svatošová, 2012, s. 22–23).

### 2.1.4 Potřeby duchovní

Tyto potřeby pacienta byly do nedávné doby pro nás víceméně tabu. Nelze se ani divit, že mnoho lidí, včetně zdravotníků, se domnívá, že se jedná o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro můžeme tvrdit, že je tomu naopak. Ne, že by věřící svoje duchovní potřeby neměli, mají je, jen vědí, co s nimi dělat a kam se obrátit. Lidé v průběhu vážné nemoci, kteří z víry nežijí, se právě v této době začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života. Každý v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. Potřebuje vědět, jaký měl a jaký má smysl jeho život až do konce. Nenaplněnost těchto potřeb se rovná stavu duchovní nouze. Je potřeba umět nasměrovat nemocného, protože v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová, 2012, s. 23).

Mezi duchovní potřeby těžce nemocných a umírajících můžeme řadit nejdůležitější potřeby, kterými jsou: **Přijetí** – akceptujeme pacienta se všemi jeho náladami, postoji, ale

i s jeho chorobou. **Důstojnost** – k pacientovi nemusíme mít vždy sympatie, ale má právo na úctu a respektování jeho důstojnosti. **Pravdomluvnost** – umírající často vycítí přetvářku, proto potřebuje, abychom mluvili o něm vždy před ním. **Samota** – je něco jiné, než ticho. Těžko ji v nemocnici dosáhnout v přítomnosti mnoha spolupacientů a zdravotnického personálu, ale každý může mít svoji „komůrku“ sám v sobě. Může sloužit na přemýšlení a modlitby. Respektujeme ji. **Odpuštění** – sem můžeme řadit přiznání vin, zpověď, odpuštění druhým, ale i sám sobě, což přináší velkou duchovní či duševní úlevu. **Společenství** – člověk byl stvořen Bohem pro život ve společenství až do smrti. Zde je nutná komunikace, ale svoje místo má i mlčení. Je potřebné mluvit i k těžce nemocnému, i když není při vědomí. **Dovolení umřít** – přijde chvíle, kdy umírající pocítí potřebu vyslovit před druhými, sebou i Bohem, že „už chce odejít“, zemřít. Neměli bychom mu v tom bránit, jen ho v uspokojení doprovodit až na konec (Hatóková, 2013, s. 130–131). Šamánková (2011, s. 37) ještě poukazuje, že u těchto lidí můžeme pozorovat silnou potřebu **nechat odkaz**, doslova uvádí: „*Tato potřeba je pro každého jedince důležitá, zejména nabývá významu při prožívání těžké a nevyléčitelné nemoci, kdy poukazem na již vykonané můžeme nemocnému ulehčit jeho situaci, dát význam prožitému.*“

## 2.2 Uspokojování potřeb umírajícího

Sestra v procesu umírání pacienta je v první řadě osobou ošetřující a pečující. Uspokojování potřeb nemocného nastává v pořadí jejich naléhavosti. Nejčastěji tvrdíme, že nejdůležitější je uspokojování biologických potřeb, bez kterých nemůžeme efektivně uspokojit další potřeby psychosociální, duchovní i kulturní. Avšak mohou nastat i situace, kdy tomu tak není. Setkáváme se mnohdy u umírajících s nutností uspokojit právě ty vyšší potřeby, tj. psychosociální, kulturní a duchovní (spirituální). Je nutné si připustit, že zdravotníci tyto potřeby zanedbávají. Z psychologických potřeb je důležité zdůraznit potřebu bezpečí a jistoty, příslušnosti a lásky, potřebu sebeúcty. Právě tyto potřeby jsou u umírajících zdůrazňovány (Špatenková, 2014, s. 54).

Tyto potřeby umírajících můžeme chápat jako „nejdůležitější“ a věnovat jim ve své praxi náležitou pozornost. Potřeba nezůstat sám, komunikovat, být v přítomnosti druhých, potřeba soukromí a intimity (vyjádření něžnosti od svých blízkých), hovořit o smyslu svého života, vyjádřit se ke svému současnému stavu nemoci (vyslovit obavy z utrpení a smrti, vyjádřit svou úzkost, bolest, beznaděj), potřeba hledání smyslu v utrpení, potřeba zorganizovat vlastní smrt a pohřeb, potřeba truchlit, zaplakat si, připravit se na svou vlastní smrt

a přijmout ji, potřeba rituálů (rozloučit se, pomodlit se a přijmout náboženské úkony), ujištění, že smrt nebude bolet a v neposlední řadě neztratit kontrolu nad sebou a svým okolím. Uspokojení výše uvedených potřeb je pro mnohé každodenním úkolem. Sestra by měla respektovat všechny potřeby umírajícího, umožnit mu kontakt s rodinou, blízkými, nabídnout vlastní přítomnost, rodinu podpořit, motivovat a zbavit strachu z dotyku, ale i eliminovat návštěvy dle přání umírajícího, naslouchat, empaticky sdílet pocity, umožnit přítomnost duchovního, zprostředkovat právní služby, dle možností realizovat přání, správně informovat a nechat umírajícího se rozhodnout o své péči, podporovat sebekontrolu, snažit se bolest tišit co nejefektivněji, kvalitně spolupracovat ve zdravotnickém týmu a mnoho dalších aktivit a úkonů, které jsme schopni pro umírajícího udělat, jen si to uvědomit (Tomagová, 2008, s. 173–176).

### 3 ETICKÝ PŘÍSTUP

Etika nestanovuje, co smíme a co nesmíme, ale pomáhá nám rozlišovat a hledat ve všech situacích, co je mravné, co je nemravné a podle toho jednat správně či nesprávně. Z etického hlediska je za nejvyšší lidskou hodnotu považováno dobro. Tedy etika nás učí, co je dobré a co není dobré (Kutnohorská, 2007, s. 15).

Poskytovat kvalifikovanou péči umírajícím, zemřelým i pozůstalým vyžaduje od sester nejen osvojené vědomosti o umírání a smrti, ale také především použitelné dovednosti a schopnosti. Nemyslíme tím přímou ošetrovatelskou péčí (ošetrovatelské výkony), ale důležitou rovinu komunikace, naslouchání, empatie a porozumění. Hlavně je to úcta k člověku jako takovému, kterou považujeme za základ etického přístupu k nemocnému a za základ všech sesterských ctností. Mezi ně řadíme lásku k nemocnému, trpělivost, obětavost, odpovědnost, vlídnost, sociální citění, velkorysost, taktnost, ohleduplnost, diskrétnost, ochotu, spolehlivost atd. Dalšími důležitými etickými požadavky na sestry ve vztahu k umírání a smrti pacientů je respektování jejich důstojnosti a autonomie, které mají svůj nezastupitelný význam v životě člověka až do smrti (Špatenková, 2014, s. 62).

I když jsou umírající pacienti v konečném stadiu nemoci často závislí na poskytnuté péči, která se řídí respektováním jejich práv. Tato práva vyplývají především z Listiny základních práv a svobod a ze závazných mezinárodních dokumentů. Umírající mají v první řadě právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Důležitou roli hraje léčba bolesti a léčba dalších specifických symptomů provázejících umírání. Nesmíme opomenout respekt k osobnosti pacienta, citlivý přístup, empatickou komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Každý pacient má právo na zachování lidské důstojnosti a soukromí. Můžeme zde zahrnout zachování soukromí při léčebných úkonech, osobní hygieně a vykonání potřeby, kdy musíme dodržet intimitu pacienta. Zachování soukromí se týká i rozhovoru s rodinnými příslušníky či lékařem bez přítomnosti jiné osoby, pokud si to pacient přeje (§ 31–33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Pacient má právo o sobě do posledních chvil rozhodovat, proto musí být informován o svém zdravotním stavu a léčbě. Vztahují se k tomu všechna práva informovaného souhlasu a přístupu ke zdravotnické dokumentaci. Aby mohla být všechna práva pacientů realizována, musí být o nich poučeni a znát je. Zdravotnické zařízení by je proto mělo mít vystavené na viditelném a dostupném místě, nebo sestra nesoběstačného pacienta informuje sama. Existuje také nezávazný dokument Charta práv umírajících (Příloha P II), který je doporučením

Rady Evropy k péči o umírající. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících (Špatenková, 2014, s. 72).

Snažme se, aby se stále více uplatňovala demedicinizace umírání, avšak nejsme ani zde na úplném začátku. Do popředí vystupují různé praktiky thanatologie, která je, zjednodušeně řečeno, etikou umírání. Je výsledkem přírodních a společenských věd a navazující sociální péče. Zasahuje do medicíny, biologie, psychologie, etiky, práva, ale i spirituality. Je to mezivědní obor zabývající se dějem smrti a umíráním ze všech možných hledisek. Dobré a důstojné umírání je takové, kde je hlavní autoritou sám umírající. Proto je důležité klást důraz na jedinečnost umírajícího a jeho individuální volbu v procesu léčby a péče (Funk, 2014, s. 130–131).

### 3.1 Lidská důstojnost

Koncepce péče je založená na etice, která považuje za morální jednání sestry chránit a podporovat lidskou důstojnost pacientů. Vztah sestry a pacienta, humanizace mezilidských vztahů a postoj mezi sestrou a pacientem je považován v ošetrovatelské praxi za morální základ. Péče je založena na morálním ideálu lidské důstojnosti zakořeněné v našich představách, proto by sestra měla své chování a péči poskytovat v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny (Kutnohorská, 2013, s. 52).

Důstojnost obvykle spojujeme se slovy jako je úcta, autonomie a ovládnutí. Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují lidskou důstojnost, je nutné věnovat čas k pochopení toho, co vlastně důstojné je. Na základě mravních principů, kulturních tradic, postojů k životu, k úctě člověka nebo na základě empatického chování často tušíme, co je důstojné a kde je hranice naší lidské důstojnosti. Pokud respektujeme důstojnost člověka, musíme mu projevit úctu, neodpírat mu právo na autonomii a princip beneficence (viz Kap. 3.2), naplnit mu potřebu uznání, svobodu vlastního rozhodování a dodržovat etiketu – společenskou zdvořilost a mezilidskou komunikaci (Kutnohorská, 2013, s. 56–59).

Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence, dále se považuje za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života související se zdravotním stavem, zdravotním postižením i způsobem poskytování zdravotnických či sociálních služeb. Jedna z věcí, kterými můžeme poměrně dobře poměřovat a hodnotit kvalitu péče o umírajícího člověka, je právě hodnocení zachování a rozvoje jeho důstojnosti jakožto člověka (Důstojnost, online,

© 2015). Např. v knize „Dobré umírání“ autor zdůrazňuje příběhy lidí, kteří prošli nelehkým koncem svého života, a zároveň popisuje úsilí, aby poslední chvíle člověka proběhly důstojně (Byock, 2013).

Přepravou do nemocnice mnohdy začíná dlouhé utrpení a těžké stresy. Pacient je pak mnohdy redukován na biologickou hmotu, která se musí za každou cenu udržet co nejdéle při životě. Lékaři často považují smrt pacienta za svou prohru, je pro ně věcí prestiže. Jak je pacientem život prožíván a vnímán, to už nikoho, často ani rodinu, nezajímá (např. i člověk, který je už zjevně na odchodu z tohoto světa a odmítá proto stravu, bývá v některých nemocnicích napojen na umělou výživu nosní sondou, a když má personál obavy, aby si sondu nevytrhnul, připoutá mu ruce k lůžku). Sotva se dá zemřít důstojně, když je pacient pod tíhou záhadných rozhodnutí okolí, které mu odepřelo podíl na srozumitelných informacích a rozhodnutí o poslední fázi jeho života, o léčebných úkonech, o způsobu strávení své poslední chvíle. Změna prostředí, ztráta soukromí, jiné způsoby vykonávání úkonů personálem, než na jaké byl nemocný zvyklý, závislost na pomoci jiných lidí než doma, to vše může vést k frustraci, kdy se pacient stává méně odolným, křehčím a vše je pro něj mnohem těžší. Vztah rodiny a zdravotníka by měl směřovat ke spolupráci, důvěře, sdílení. Musíme myslet na to, že pod příkrývkou či plachetkou je člověk, jehož duše potřebuje vlídným slovem odpovídat na otázky, třeba i ty nevyřčené, či společně se zamyslet nad jeho uplynulým životem, jeho vztahy, výhrami i prohrami a podobně. Mějme na paměti, že je to člověk, bytost, kterou jsme i my (Funk, 2014, s. 127).

### 3.2 Etické principy v ošetřovatelství

**Autonomie** je etický princip prosazující myšlenku, že každý člověk by měl mít právo určovat své chování a jednání dle vlastních etických zásad. Pokud ctíme autonomii jednotlivce, tím tolerujeme jeho volby osobních hodnot a přesvědčení. Náboženství řadíme rovněž do svobodné volby sociokulturních hodnot. Autonomní pacienti mohou, dle svého rozhodnutí, přesunout zodpovědnost ošetřovatelské péče na jinou osobu, např. všeobecnou sestru, ošetřovatelku. Dalším principem je **beneficence**, tedy prospěšnost, která zavazuje konat dobro prospěné pro pacienta a zároveň se vyhnout jeho poškození a újmě. Například nezůstávat v některých případech nečinný. **Důvěryhodnost** znamená zůstat věrný svým závazkům a dodržovat je. Tyto závazky jsou důležité mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, například při zachování soukromí citlivých dat. Důvěryhodnost je také zakotvena v ošetřovatelském etickém kodexu. **Spravedlnost** vyžaduje rovné jednání s lidmi,

kteří jsou v podobné, nebo rozdílné situaci. To znamená, když mají pacienti stejné potřeby v péči o zdraví, mělo by být o ně postaráno stejně. **Veracita** neboli pravdomlupnost je princip, při kterém máme závazek říkat druhým pravdu a neklamati je. Můžeme také mluvit o pravdivosti vůči sobě samému nebo také povinnosti vůči druhému (Kutnohorská, 2007, s. 18). **Nonmaleficence** poukazuje na to, že jakékoli jednání nesmí pacienta primárně a cíleně poškodit, tedy neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. Musíme od něj vzdalovat všechno škodlivé – od bolesti až po sociální ublížení, např. převod majetku v terminální fázi pod nátlakem jeho rodiny (Sláma, 2007, s. 320).

Nemocný i umírající si přejí, aby byly dodržovány základní etické principy, mezi které také patří ohleduplná péče, zmírnění bolestí a zachování lidské důstojnosti až do konce života (Kopecká, 2008, s. 88).

### 3.3 Etické jednání sestry

Zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o umírající pacienty, musí dbát na to, aby nemocní neztratili až do konce svého života lidskou důstojnost. Není etické přihlížet na tyto lidské bytosti jako na bezperspektivní, jejichž život už nemá žádný význam. Je potřeba chápat každou lidskou bytost jako jedinečnou a hodnou svého života od narození až po přirozený konec. Nároky na osobnost zdravotnických pracovníků a jejich etické postoje jsou obzvlášť vysoké tam, kde jsou pacienti imobilní nebo s psychickým onemocněním. Tato skupina je bezmocná a závislá na péči jiných. Znalostí fyzických i psychických možností pacienta můžeme předejít mnoha rozporům. Při snaze zlepšit soběstačnost pacienta úkony, které jsou pro něj prospěšné, může nemocný vnímat jako týrání. Hranice chápání nemocného mezi nácvikem soběstačnosti a týráním je velmi křehká (Kopecká, 2008, s. 86–87). Vnímat a pochopit chování a pocity umírajícího v celé jejich šíři a hloubce je prakticky nemožné. Jedná se o prožitky a emoce, které velmi vyčerpávají a mají silný emoční náboj, a proto se jim intuitivně vyhýbáme. Jen málokdo má ochotu a vnitřní sílu toto břímě s umírajícím nést, a ještě méně je těch, které to nějakým způsobem obohacuje, posiluje, ponaučuje (Špatenková, 2014, s. 64).



Podle Kutnohorské (2007, s. 37) je etické jednání sestry dáno:

- **názory a postoji v oblasti filozofie, ideologie a náboženství** – vlastní světonázorová orientace se odráží v našem myšlení, činech, hodnocení a chování,
- **teorií ošetřovatelství a ošetřovatelskou etikou** – s vývojem ošetřovatelství se dnes už neklade největší důraz na ošetřovatelskou techniku práce, ale nyní se požaduje i psychosociální působení na pacienta. Etika chování v ošetřovatelství je hlavní součástí přístupu k nemocnému nebo klientovi,
- **právním systémem a zákonnými normami zdravotní péče** – činy, které jsou legalizovány a zákonem povoleny. Etika úzce souvisí s právním systémem,
- **vědecko-technickou úrovní, materiálním a personálním vybavením pracoviště** – tímto se vytváří tlak na vzdělání a osobnost sestry, naopak vzdělání sestry zvyšuje tlak na poskytovatele zdravotnických služeb k lepšímu vybavení pracoviště,
- **postavením sestry, jejími povinnostmi a odpovědností** – souvisí to s tím, jak sestry definují obsah své profese. Prestiž povolání, specifická pracovní činnost, role ve zdravotnickém týmu vede k jejímu etickému přístupu v ošetřovatelství,
- **osobními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti** – není jednoduché pochopit lidské jednání a jeho dopady, je důležité znát všechny souvislosti.

Podle průzkumu se většina sester smrti bojí, samy netuší, co s nimi při jejich smrti bude. Požadavky na pečující jsou značné a předpokládají i osobní práci na vlastním charakteru. Potřebné vlastnosti se nezískávají hned, cesta sebevýchovy od teorie do praxe je složitá, závisí na charakterově volní kvalitě každé ošetřující osoby. To, aby umírající mohl plnohodnotně přijít až do svého konce s námi jako pečujícími, musíme být ochotni nasadit při pečování celou svou osobnost včetně svých osobních zvláštností a musíme napřed znát vlastní postoje, které jsou následující:

- Chceme-li pečovat o umírající, musíme zaujmout postoj k sobě samému.
- Péči o umírající je vyžadován náš vlastní postoj k smrti.
- Pečujeme-li o umírající, musíme umět být opravdový.
- Chceme-li pomáhat umírajícím, musíme umět být pravdivý.

- Kdo pečuje o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřít se jakéhokoliv hodnocení (Funk, 2014, s. 142–147).

Ještě dříve než se v manuálu „péče o zemřelého“ objevila povinnost vyvětrání pokoje po úmrtí pacienta, měly sestry a ošetřovatelky samy od sebe ve zvyku hned po úmrtí otevřít okno. Dělo se tak podle starého zvyku, aby dušička mohla snáze vyletět. Neumíme říct, zda je to skutečně podstatné, ale určitě to svědčí o vážnosti a úctě k majestátu smrti i k umírajícímu (Funk, 2014, s. 137).

## 4 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM

Vytvoření optimální léčebné prostředí, aby se pacient necítil osamocen, dosáhneme v první řadě vhodnou komunikací. Komunikace s umírajícími je jedna z nejtěžších dovedností v komunikaci, která v poslední době prokazatelně přispívá ke kvalitě života v terminálním stadiu (Plevová, 2011, s. 57).

Pro komunikaci s umírajícími můžeme využít následující doporučení:

- Vytvořit důvěrný vztah, kdy můžeme s nemocným a jeho rodinou sdílet jejich pocity a myšlenky.
- Nabídnout dostatek času k rozhovoru, zvážení a rozhodnutí.
- Nevyhýbat se pacientovým otázkám o nemoci a smrti.
- Poskytovat pravdivé informace, v souladu s našimi kompetencemi, pokud pacient tyto informace vyžaduje.
- Poskytovat shodné informace a nekritizovat jiné poskytovatele zdravotní péče.
- Přijmout jakoukoliv reakci pacienta na zprávu o jeho nemoci a umírání.
- Být citlivý k potřebě pacienta mluvit nebo mlčet.
- Akceptovat neverbální projevy bolesti, přítomnost bolesti a pozorně naslouchat.
- Nebagatelizovat slovní vyjádření pacienta, nikdy neříkat: „To vás nemůže tak bolet, to nic není.“
- Porozumět obavám, strachu a úzkosti pacienta.
- Jednat s empatií a respektem.
- Raději používat otevřené otázky: „Jak se cítíte?“
- Nezapomínat na potřebu sociálního kontaktu s blízkými, zapojit rodinu do péče.
- Povzbudit pacienta, aby dokončil „věci“, na kterých mu záleží.
- Předpokládat, že pacient v bezvědomí může vnímat, i když nemůže mluvit.
- Mluvit na pacienta neustále tak, jako by mohl všechno slyšet.
- Nemluvit o pacientovi při jeho lůžku.
- Popisovat a vysvětlovat veškeré činnosti, které s pacientem provádíme.

- Pečovat vždy s laskavostí a ohleduplností.
- Pomáhat pacientovi žít v přítomném okamžiku (Plevová, 2011, s. 57–60).

Důležitou součástí komunikace je empatie, která se projevuje vcítěním se do duševního stavu pacienta. Zároveň pochopit a vnímat jeho aktuální i potenciální vnitřní svět se všemi subjektivními významy a pocity. Empatie je založena na intenzivním přijímání signálů neverbální komunikace. Možná jsme se už setkali s nedostatkem empatie, např. při bagatelizaci strachu, úzkosti, bolesti, nějaké potřeby apod. Aktivní naslouchání je další nedílnou součástí komunikace. Je to aktivní proces, který vyžaduje cílevědomé úsilí potlačit vlastní potřeby a reakce. Často se setkáváme s nedostatkem času, abychom mohli aktivně pacientům naslouchat. Někdy jen posloucháme, ale nevnímáme. Každý z nás určitě zažil ten pocit, kdy nás někdo nevnímá, a my máme potřebu něco důležitého sdělit. Příjemné to není, a o to více v prožívání těžké nemoci (Plevová, 2011, s. 41–43).

#### 4.1 Verbální komunikace

Její základem je slovo. Dělíme ji na ústní a písemnou. Mezi základní vlastnosti ústní komunikace patří kontakt, při kterém máme větší možnost dešifrovat i neverbální komunikaci, a tím můžeme vhodněji reagovat na pochopení dané informace. Mluvenou řeč doplňují tzv. paralingvistické projevy (Hatoková, 2013, s. 84–85), např. tón a síla hlasu, rychlost verbálního projevu, objem, plynulost, kvalita a chyby v řeči (přerěknutí), parafrázování, pomlky a barva hlasu (Špatenková, 2009, s. 35). Písemná komunikace se vyznačuje stabilitou napsaných slov, a tím překonává dvě základní bariéry komunikace – prostor (napsané si můžeme vzít sebou) a čas (překonává přímé situace). Další výhodou je, že čtenář nemusí mít paměťové schopnosti, protože se kdykoli může vrátit na začátek psaných slov (Hatoková, 2013, s. 86).

Verbální komunikaci ve zdravotnickém zařízení musíme řídit individuálním přístupem – založený na věku, vývojové úrovni, kultuře, přímé situaci a stavu onemocnění. Při vedení rozhovoru projevujeme úctu a srdečnost. Je vhodné ho začít neformálně, vyhnout se otázkám typu „proč“ (mohou u pacienta vyvolat výčitky) a nepoužívat zdravotnický žargon a odbornou terminologii. V případě, kdy se nedostáváme k cíli rozhovoru, můžeme pacienta vhodným způsobem usměrnit. Samozřejmě nezapomínáme krotit vlastní zvědavost a dopřát pacientovi dostatek času (Plevová, 2011, s. 28).

## 4.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, někdy může zcela nahradit komunikaci verbální. V určité situaci postačuje mimika, držení těla nebo nějaké gesto, kdy není třeba žádné slovo. Prostřednictvím neverbálních projevů můžeme vyjádřit celou řadu skutečností, mnohé pocity a city lze vyjádřit nejlépe právě nonverbálně – výrazem v obličeji a pohyby těla. Např. zájem můžeme vyjádřit mírným předklonem k druhému, očním kontaktem, popřípadě i dotykem ruky. Pokud chceme projevit svůj zájem o pacienta, měli bychom to udělat právě tak (Špatenková, 2009, s. 28–29).

Obecně se mluví o devíti formách mimoslovní komunikace:

**Vzhled a úprava zevnějšku** – sesterská uniforma je určitým symbolem vyjadřujícím jistou pozici, roli a zároveň vyjadřuje, že jsme připraveni poskytovat ošetrovatelskou péči. Neupravený zevnějšek, nevhodné oblečení může u pacienta vyvolávat nejistotu a pochyby. Sestry by se měly zároveň vyvarovat neadekvátnímu způsobu úpravy těla a zevnějšku, jako je piercing, tetování, umělé nehty, velké náušnice apod. Taková úprava zevnějšku na pacienty totiž nepůsobí důvěryhodně (Špatenková, 2009, s. 29–30). Na opačnou stranu sestřím může zevnějšek umírajícího prozradit víc o jeho prožívání, stadiu nemoci a léčebného procesu, který podstoupil. Napovídá nám o míře jeho sebezpeče a vztahu k její důležitosti. Může se samozřejmě stát, že sám umírající nás požádá o úpravu vlasů, ostříhání nehtů nebo o pomoc nasadit šperky (Hatoková, 2013, s. 91).

**Mimika** – nejsilnějším odrazem prožívání našich emocí je výraz tváře. Vyjadřujeme tím radost, smutek, strach, štěstí, překvapení, rozčilení, spokojenost, nezájem apod. Úsměv, pokud se používá za vhodných podmínek, vyjadřuje radost, vřelost. Nesmíme se bát reagovat na pacientovy pocity, které právě vyjadřuje výrazem obličeje, protože mnoho nemocných se tímto způsobem přetvářet neumí. Jestliže pacientovi řekneme: „Zdá se mi, že jste smutný.“ nebo „Vypadáte velmi smutně.“, tím povzbudíme jeho pocity a myšlení (Špatenková, 2009, s. 30).

**Řeč očí a pohledů** – patří mezi nejdůležitější způsoby komunikace, u které sledujeme cíl zaměření pohledu, dobu pohledu, úhel pootevření očních víček, průměr zorničky (mění se pod vlivem emocí), mrkací pohyby víček a pohyby obočí. Dlouhé trvání pohledu patří známým, blízkým a lidem, kterých si vážíme a obdivujeme. Pohled z očí do očí bývá vyvrcholením kladných i záporných emocí. Uhýbavým pohledem můžeme pozorovat, že nemocnému téma rozhovoru nevyhovuje, může být pro něj intimní a má potřebu ho ukončit.

V péči o umírajícího je důležitý přímý oční kontakt, abychom mohli vnímat a číst jeho nevyslovené potřeby (Hatoková, 2013, s. 90).

**Proxemika** – je komunikace udržováním určité vzdálenosti. Je dána individualitou člověka a kontextem, ve kterém komunikace probíhá. Prostorově se proxemika rozděluje do čtyř vzdáleností, které vyjadřují určitý vztah mezi lidmi.

Veřejná zóna (odstup větší než 3,7m) – sestry komunikují v této vzdálenosti např. při mluvení na společenském fóru, výuce studentů ve třídě, svědeckví před soudem.

Společenská zóna (rozmezí od 1,2 do 3,7 m) – v této vzdálenosti probíhá vizita, skupinová edukace pacientů, vedení svépomocných pacientů/rodinných příslušníků.

Osobní zóna (rozmezí od 45 do 120 cm) – označována jako podání ruky. Ve zdravotnictví ji využíváme při sezení u lůžka pacienta, rozhovoru s pacientem, sběru ošetřovatelské anamnézy, individuální edukaci pacienta, předávání informací u lůžka pacienta.

Intimní zóna (odstup 45 cm a méně) – je výhradně pro nejbližší osoby. Registrujeme ji všemi smysly a má velký emocionální náboj. Při realizaci ošetřovatelského procesu sestra často vstupuje do intimní zóny pacienta, např. držení dítěte, provádění fyzikálního vyšetření, hygienická péče, péče o vyprazdňování pacienta, oblékání a úprava pacienta, krmení pacienta apod. V této zóně by měla sestra k pacientovi přistupovat taktně, s respektem a předem ho upozornit na činnosti vyrušující jeho osobní zónu (Plevová, 2011, s. 37–39).

**Haptika** – tento pojem označuje komunikaci dotekem. Držení za ruku nebo lehký dotek na paži může pacienta ve stresových situacích uklidnit či podpořit. Dotek může upoutat pozornost nesoustředěného pacienta, vyjadřuje určitý zájem, podtrhuje sdílení a blízkost s jiným člověkem, je projevem a nedílnou součástí ošetřovatelské péče. Silný dotek si pacient často vysvětluje jako kontrolující, příkazový nebo hostilní. Proto je důležité vytvořit důvěrný vztah, který snižuje úzkost pacienta před každým nepříjemným a bolestivým dotekem (Špatenková, 2009, s. 32). V péči o umírající dotek mnohdy předčí všechna slova. Sám umírající může toužit po doteku, držení za ruku, pohlazení po tváři a tím klidněji prožívat své poslední chvíle s námi (Hatoková, 2013, s. 90).

**Gestika** – komunikace gesty, řeč rukou, kde se nejvíce projevují interindividuální rozdíly, které zřejmě souvisí s temperamentem. V souvislosti s kulturou se může odlišovat i význam jednotlivých gest (Plevová, 2011, s. 35). Otevřené ruce a paže mohou vyjadřovat

otevřenost a upřímnost. Založené paže nebo překřížené ruce vyjadřují zase rezervovanost vůči komunikaci nebo nejistotu (Špatenková, 2009, s. 33).

**Kinezika** – tzv. komunikace pohybem, popisuje pohyby rukou, nohou, jednotlivých částí těla, popř. celého těla a jejich rytmus, dynamiku, uvolnění nebo napětí (Plevová, 2011, s. 32).

**Posturika** – je komunikace postojem, polohou a konfigurací těla, které vyjadřují to, jak se člověk cítí, co se stalo nebo jak se bude chovat. Asi nám pacient těžko uvěří, že máme na něj čas, když budeme „u lůžka hlavou a nohama ve dveřích“. Také křečovitá poloha pacienta na lůžku nám spolu s jeho mimikou naznačuje, že se necítí dobře a má bolesti. Celkové uvolnění nám zase naznačuje, že se pacient v naší přítomnosti cítí dobře (Hatoková, 2013, s. 88).

**Teritorialita** – komunikace prostorem. Uspořádáním okolního prostředí pacientova lůžka i samotné lůžko, můžeme docílit, že se pacient bude cítit dobře. Často se setkáváme s fotografiemi příbuzných, dárky, knihami, jídlem a náboženskými předměty na nočním stolku. Toto nám může hodně o pacientovi prozradit a ulehčit nám navázání kontaktu (Hatoková, 2013, s. 91).

### 4.3 Problémy v komunikaci

Při kontaktu s pacienty, jejichž stav se rapidně zhoršuje, se u sester setkáváme se stoupající intenzitou prožívané zátěže. Mohou se projevit problémy v komunikaci s umírajícím člověkem, hlavně v případě, kdy se sestra k nemocnému více emocionálně váže nebo nenavázala žádný pozitivní vztah (Kupka, 2014, s. 38).

Verbální komunikaci s pacientem může ovlivňovat ze strany zdravotníků nepřiměřené:

- příkazování („Sem si neseďte, sedněte si tam!“, „Nechyťte to! Dejte ruce pryč!“),
- moralizování a kázání („Nemáte právo takhle činit. Je to hřích!“),
- souzení, kritika, obviňování („Jak můžete takhle uvažovat?“),
- podceňování pacienta („Tomu opravdu nemůžete rozumět!“),
- povyšování se nad pacienta („Tam vás to nemůže bolet! Musím to snad vědět, ne?“),



- srovnávání s jinými, nebo dokonce se sebou („Podívejte se na paní Novákovou, ona to zvládne, tak musíte i vy!“ , „Jo, křečové žíly, ty mám taky a ještě horší!“),
- vyrušování soukromými telefonáty,
- ironie, nevhodný humor („No teda, ve vás to ale vrže...“),
- etiketizace, tzv. označení pacientů „nálepkami“, většinou negativními („Prostě hysterka a ten dement vedle!“),
- stereotypizace, iracionální posuzování jedinců i celých skupin („Všichni senioři jsou sklerotici.“).

Chybná a nevhodná verbální komunikace může být intenzivním zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta zdravotnickým pracovníkem. Slovo nepůsobí jako lék, ale jako jed. Slova dokážou potěšit, utěšit, urazit, ponížit, dokonce i ranit, a to nevyjímaje ani v období umírání. Musíme si uvědomit, že co bylo jednou vyřčeno, už nelze vzít zpět a mnohdy nepomáhají ani žádné omluvy (Špatenková, 2009, s. 36–37).

Často se setkáváme s tím, že sestry nevědí, jak s umírajícím komunikovat. Nechtějí umírajícímu slovem ublížit, říct něco nevhodného, otevřít jeho „třináctou komnatu“, a proto se komunikaci záměrně vyhýbají. Nutné je podotknout, že této dovednosti správné komunikace není možné se naučit za několik hodin strávených v učebně, ale je možné tímto způsobem vzbudit další zájem o tuto problematiku (Heřmanová, 2012, s. 166).

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Přístup k umírání a smrti je v různých zemích odlišný, např. v Nizozemsku, kde péče o umírajícího člověka v tamních zařízeních pro seniory a chronicky nemocné je v užším kontaktu se zdravotníky a rodinou. Když přichází čas smrti, je rodina automaticky přizvána k spoluúčasti v péči, i v noci. V době volna přichází nezřídka i primární sestra klienta k poslednímu rozloučení. Než tělo zesnulého opustí zařízení, rodina se sestrou a lékařem vzpomínají na zesnulého a jeho poslední dny. Když tělo opouští zařízení, tak všichni personál a ostatní blízcí klienti vytvoří špalír a důstojně vyprovodí zesnulého (Vytejková, 2013, s. 238).

I nemocný člověk na konci svého života může mít subjektivní pocit vysoké kvality života, když je o něho dobře pečováno, má sociální kontakty a určité zájmy. Vyléčení nemusí být vždy výsledkem našeho úsilí, ale může to být zlepšení stavu a zvýšení spokojenosti nemocného (Kopecká, 2008, s. 87).

Péče o člověka na sklonu života je úlohou složitou, kdy se předpokládá osobní zralost, moudrost, profesionalita a zároveň lidskost pečujícího. Nyní v případě sestry. Nelze považovat péči o umírajícího člověka a tělo zemřelého za otázku manuální zručnosti, neboť se jedná zejména o humánní rozměr (Vytejková, 2013, s. 246).

Ošetrovatelská péče pokračuje i po smrti pacienta. Důstojná péče o tělo zemřelého a citlivost k truchlení rodiny zesnulého je výhradně odpovědností sestry. Někteří pozůstalí mohou chtít strávit nějaký čas se svým blízkým o samotě, jiní ocení přítomnost sestry nebo duchovního, je-li to možné, umožníme jim to. Pokud je to vhodné a možné, respektujeme náboženské a etnické názory a zvyky každého člověka (Špatenková, 2009, s. 117).

### 5.1 Oddělení následné péče

Péče o terminálně nemocné v ČR se odehrává v domácím prostředí, ambulantních a lůžkových zařízeních. Lůžková péče je poskytována na odděleních následné péče, v léčebně dlouhodobě nemocných, na oddělení ošetrovatelské péče, v centrech klinické gerontologie aj. Do těchto zařízení jsou umísťováni pacienti, u kterých předpokládáme lůžkovou péči delší než jeden měsíc. Jsou to specializovaná zdravotnická zařízení pro léčení a ošetřování starých a dlouhodobě nemocných lidí. Úkoly a činnosti těchto zařízení stanovuje koncepce oboru geriatric. Léčebny dlouhodobě nemocných byly zřízeny k 1. 1. 1974. Komplex péče je tvořena diagnostikou, léčebnou péčí, ošetrovatelskou péčí, rehabili-

tační péčí, nácvikem denních činností. Nutné je také brát zřetel na změnu sociokulturních souvislostí a blízkost smrti (Kupka, 2014, s. 35).

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou místem, kde se stárnutí, umírání a smrt setkávají. Pro laiky i odborníky se léčebny staly jakýmsi synonymem „kde se umírá“ a pro zdravotnické pracovníky se toto oddělení může stát bezperspektivní, neprestižní. Proto je pořád nutné, aby byl kladen důraz na výběr zdravotníků těchto oddělení. V současné době je pobyt pacientů v těchto zařízeních definován ustanovením zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Na lůžka následné péče jsou přijímáni pacienti, kteří přicházejí z akutních lůžek nemocnic k doléčení po předchozím akutním onemocnění. Realitou je, že jsou zde přijímáni pacienti velmi časně, nedoléčení, s nutností dalšího vyšetření, a pacienti k delší rehabilitaci a ze sociálních důvodů. K hospitalizaci jsou přijímáni i pacienti v terminálním stadiu onemocnění a těmto pacientům je poskytnuta ošetrovatelská péče zaměřená na paliativní péči. A toto jsou pacienti, kteří na lůžkách následné péče umírají (Špatenková, 2014, s. 65–66).

Z výzkumu veřejného mínění, který provedla agentura STEM/MARK pro hospicové občanské sdružení Cesta domů, vyplynulo, že lidé chtějí umírat doma (78 %), jsou ochotni se o své blízké postarat až do konce (80 %) a zdravotníci rovněž považují domácí prostředí za nejlepší místo pro umírající (88 %). Na konci svého života by chtělo mít kolem sebe rodinu celkem 69 % lidí, 45 % partnera a jen 5 % z nás by si přálo mít kolem sebe zdravotníky. Pouhá osmina dotázaných lidí by nebyla ochotna se o své blízké postarat, většina populace řekla, že by se postarala. I když to v praxi můžeme vidět jinak, deklarace je to silná (Funk, 2014, s. 124).

## 5.2 Umírání a smrt

Umírání a smrt je bezesporu zásadní událostí pro každého. Je to základní jistota v našem životě, kterou máme a každý z nás ji podstoupí. V minulosti se člověk setkával s umíráním častěji, neboť dnes většina lidí umírá v nějakém lékařském zařízení, a to často bez rozloučení se svými blízkými a také bez jejich přítomnosti. Mnoho skutečností, které se smrtí souvisí, je vinou její tabuizace, což brání osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících lidí. Pro zdravotníky je znalost této problematiky nezastupitelná, neboť potom konkrétní pomoc je obtížná až nemožná (Kupka, 2014, s. 17).

Poslední fází v životě člověka je umírání, které může být krátké, ale i příliš dlouhé. Je to proces, jehož konečným výsledkem je smrt jedince. V lékařském slova smyslu je umírání synonymem terminálního, konečného stavu, při němž dochází k nezvratnému selhávání životních funkcí a orgánů s následkem smrti. Umírání je složitý proces, jehož první fází je agonie, postupně nastupuje adynamie, poruchy krevního oběhu, poruchy dýchání, vyhasínají jednotlivé reflexy, nastupuje bezvědomí, pokles svalového napětí, objevuje se facies Hippocratica (propadnutí očí a tváře, vystupují lícni kosti, brada a hrot nosu, vosková bledost kůže), klesá tělesná teplota, dýchání je přerušované a nakonec zcela ustává. Biologická smrt představuje konečnou fázi života, charakterizuje ji ukončení životních projevů, a to i na buněčné úrovni. Výsledkem jsou mrtvolné změny, tzv. jisté známky smrti. Biologické smrti může předcházet tzv. smrt sociální, je to stav, kdy ostatní lidé v okolí už umírajícího nepovažují za osobnost, ale považují ho za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře. S touto situací se můžeme setkat u dlouhodobé institucionalizace, při které umírající ztrácí sociální role a kontakty. V medicíně je definice sociální smrti odlišná. Rozumí tím obraz částečné smrti mozku při zachování bulbárních funkcí, normálním dýcháním a oběhu, s částečně zachovanými duševními a senzomotorickými funkcemi. Umírající už nepředstavuje rozumovou bytost (Špatenková, 2014, s. 31–34). Avšak pro mnoho lidí není umírání pouze patologický proces, ale současně se jedná o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou nezastupitelnou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi (Sláma, 2007, s. 301).

### 5.2.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Kübler-Rossová (1992, s. 35–120) uvádí ve své knize „O smrti a umírání“ základní členění průběhu přizpůsobování se faktu nevyлéčitelného onemocnění a vyjadřuje ho v několika následujících stadiích. Jednotlivá stadia prožívání onemocnění byla formulována takto:

#### První stadium – popírání a izolace

Většina terminálně nemocných reaguje na tuto skutečnost slovy: „Ne, to není možné, to se mě určitě netýká.“ Toto prvotní odmítání je charakteristické pro lidi, které lékař informoval hned na počátku nemoci, nebo nemocný nebyl ještě schopen si tuto skutečnost připustit a připraven ji přijmout. Jiní lidé reagují na necitlivé sdělení této informace od osoby, která jim není zcela blízká. Avšak většina pacientů se uchyluje k popírání nepříznivé diagnózy nejen v prvních fázích nemoci, ale často i v těch pozdějších. Lidé se často domnívají, že se

jedná o omyl, záměnu pacientů, výsledků, nesprávnou diagnostiku, a proto se často snaží ověřit diagnózu u jiného lékaře. Musíme s nemocným v tomto stadiu navázat kontakt a získat jeho důvěru.

#### Druhé stadium – agrese

Nastupuje především agrese a hostilita vůči okolí, pocity zlosti, vzteku, závisti. Často kladená otázka: „Proč zrovna já? Proč to není ten druhý?“ Nemocný jedná s pocity závisti a žárlivosti vůči ostatním, zdravým lidem. Často nastávají konfliktní situace se zdravotníky i rodinou, neboť nepřiměřená negace není zcela chápána. Ovšem pokud nemocného respektujeme, chápeme, věnujeme mu pozornost, svůj čas, může se jeho zlost zmírnit, ztišit.

#### Třetí stadium – smlouvání

Nemocný často smlouvá o čas, chce docílit nějaké dohody, oddálení smrti. Často se ptá, zda má šanci se dožít nějaké významné životní události. Dále smlouvá, že když se uzdraví, všechny své nezdařené a špatné činy napraví. Chápe nemoc jako trest, který nějakým způsobem ve svém životě zapříčinil. Často pacient smýšlí o alternativních postupech a přiklání se k víře.

#### Čtvrté stadium – deprese

Nemocný si začíná uvědomovat, že popírání, zlost a smlouvání už nemá význam k zlepšení jeho stavu. Přibývají příznaky onemocnění, terapeutické postupy, operace, ubývá sil a nemocný už nemůže dál, nastává pocit velké ztráty. Může pociťovat strach, že neprožije ty významné očekávané životní události. Naši reakcí je pacienta povzbudit, rozveselit, přimluvit se k dobru. Toto je namístě, pokud pacient neprožívá depresi, kdy se připravuje na ztrátu svých blízkých, milovaných. Nenutíme ho být šťastným, vidět pozitivní stránky věci, neboť tím bráníme, aby smýšlel o svojí nastávající smrti. Musíme dát jeho smutku volnost, protože bez této možnosti nemůže umírající dojít do stadia posledního.

#### Páté stadium – akceptace

V této poslední fázi nemocný dospěl k poznání pravého stavu věcí a smířil se s ním. Nastává pocit vnitřní vyrovnanosti, pacient se cítí být spokojený, klidný, smířený. Často řeší a uspořádává své poslední důležité záležitosti. Toto stadium by nemělo být považováno za šťastné, neboť je to tzv. ztráta vědomí, spánek, poslední čas před koncem. V této chvíli příbuzní potřebují větší psychickou podporu než sám umírající. Nemusí všichni dospět až do tohoto stadia, neboť umírají ještě dříve, než se s vlastní smrtí vyrovnali.

Je třeba ještě zdůraznit, že všechna stadia jsou doprovázena nadějí na zlepšení stavu. I ti nejrealističtější pacienti si ponechávají možnost nějaké naděje, která přijde ještě v okamžik jejich života jako spasení. Naděje, že někdo vymyslí nový způsob léčby, nový lék, stane se zázrak a oni budou ti vyvolení. Ať už tomu budeme říkat naděje, pacienti si toto, byť málo, ponechávají v těch nejtěžších situacích, ve kterých z toho dokážou ještě žít (Kübler-Rossová, 1992, s. 122).

### 5.2.2 Terminální stav

Existuje velká skupina nemocných, u kterých je obtížné rozpoznat nereverzibilní orgánové selhávání a zhoršování klinického stavu. Lékař musí zhodnotit stav pacienta a určit, zda nemocný už nedospěl do terminálního stavu nemoci. Tímto se musí přehodnotit všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy podle toho, zda k dosažení důstojného umírání přispívají. Projevem vstupu pacienta do terminální fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového stavu a prohlubování těchto symptomů:

- odmítání jídla a pití (nauzea, zvracení, dysfagie),
- vzdalování se a ztráta zájmu o okolí, často dezorientace, někdy halucinace, neklid,
- narůstající celková únava a slabost, prohlubování denního spánku, pacient se stává nesoběstačným a je závislý na pomoci jiných,
- nepravidelnost v dýchání (Cheyneovo-Stokesovo dýchání, apnoické pauzy),
- chrčivé dýchání (není projevem edému plic, ale stagnace sekretu v dýchacích cestách),
- oligurie až anurie,
- změny ve výrazu tváře – facies Hippocratica,
- zašpičatění nosu, periferní cyanóza na končetinách, mramorová kůže.

Terminální fázi můžeme hodnotit tehdy, pokud nenalezneme jinou léčebně ovlivnitelnou (reverzibilní) příčinu, jako je dehydratace, hyperkalcémie, hypoglykémie, hyponatremie i hypernatremie, anémie, urémie, jaterní encefalopatie, infekce, intrakraniální hypertenze, kardiální dekompenzace, obstrukce dýchacích cest, těžká deprese a nežádoucí účinky léků (opioidy, benzodiazepiny, antidepresiva). Když už dospějeme k rozhodnutí, že se jedná o terminální stav pacienta, je třeba vhodným a přiměřeným způsobem informovat pacientovu rodinu, a pokud to stav dovolí, i samotného pacienta. Nezbytnou formalitou je toto

rozhodnutí zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří pro nás nový klinický koncept péče a naším společným cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit (Sláma, 2007, s. 301-304).

### 5.3 Ošetřovatelský proces v terminálním stadiu onemocnění

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je určit pacientův stav, aktuální nebo potenciální problémy v péči o zdraví, naplánovat uspokojení individuálních potřeb a vykonat specifické ošetřovatelské postupy k jejich dosažení (Poledníková, 2013, s. 16). Metoda ošetřovatelského procesu je důležitá i při komplexní péči o umírající pacienty, protože se tato specifická péče promítá ve všech fázích tohoto procesu (Kelnarová, 2007, s. 55).

#### 5.3.1 Posouzení

V první fázi ošetřovatelského procesu získáváme potřebné informace od pacienta, dále interpretujeme tyto získané informace, určíme aktuální i potenciální problémy pacienta a jeho potřeb, vymezíme priority ošetřování a je-li to možné, projednáme stanovené potřeby a priority s pacientem (Kelnarová, 2007, s. 54).

**Anamnéza** - první informace od pacienta v terminálním stadiu nemoci se zaměřují na posouzení problémů, které jsou v přímé souvislosti s biologickými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Biologické potřeby umírajícího, v rámci uspokojení, je potřeba zaměřit na hygienu, výživu a příjem tekutin, vylučování, pohyb, spánek a odpočinek, popřípadě zmatenost a neklid pacienta a na sledování fyziologických funkcí. Zvýšenou pozornost musíme také věnovat kontrole a léčbě bolesti. Ve finální fázi je nutné sledovat příznaky, které nám jednoznačně ukazují k momentu blížící se smrti. Duchovní potřeby bychom měli zaměřit na to, co umírajícímu nejvíce pomáhá v této těžké situaci, např. rodina, pomodlit se, duchovní osoba, vyzpovídat se, promluvit si apod. (Poledníková, 2013, s. 210).

#### 5.3.2 Diagnostika

Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o odpovědích nemocného i jeho rodiny na skutečné, nebo potenciální zdravotní nebo životní problémy. Zároveň nám poskytuje zá-

klad pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení cílů, za které sestra plně zodpovídá (Kelnarová, 2007, s. 54).

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienta v terminálním stadiu nemoci podle NANDA intervenčních diagnóz (Herdman, překlad Kudlová, 2013):

### **Doména 1 – Podpora zdraví**

*Neefektivní udržování zdraví 00099*

### **Doména 2 – Výživa**

*Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu 00002*

*Porucha polykání 00103*

*Riziko nerovnováhy elektrolytů 00195*

*Snížený objem tekutin v organismu 00027*

*Riziko sníženého objemu tekutin v organismu 00028*

### **Doména 3 – Vylučování a výměna**

*Zhoršené vylučování moči 00016*

*Zácpa 00011*

*Průjem 00013*

### **Doména 4 – Aktivita/odpočinek**

*Narušený vzorec spánku 00198*

*Riziko syndromu nepoužívání (muskuloskeletárního systému) 00040*

*Zhoršená tělesná pohyblivost 00085*

*Únava 00093*

*Intolerance aktivity 00092*

*Zhoršená spontánní ventilace 00033*

*Deficit sebepéče při koupání 00108*

*Deficit sebepéče při oblékání 00109*

*Deficit sebepéče při stravování 00102*



*Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110*

**Doména 5 – Percepce/kognice**

*Opomíjení jedné strany (těla) 00123*

*Akutní zmatenost 00128*

*Zhoršená verbální komunikace 00051*

**Doména 6 – Sebepercepce**

*Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174*

*Riziko osamělosti 00054*

*Narušená osobní identita 00121*

*Riziko situačně nízké sebeúcty 00153*

*Narušený obraz těla 00118*

**Doména 7 – Vztahy mezi rolemi**

*Neefektivní plnění rolí 00055*

*Zhoršená sociální interakce 00052*

**Doména 8 – Sexualita**

*Neefektivní vzorec sexuality 00065*

**Doména 9 – Zvládání/tolerance zátěže**

*Neefektivní zvládání zátěže 00069*

*Úzkost ze smrti 00147*

*Strach 000148*

*Bezmocnost 00125*

**Doména 10 – Životní principy**

*Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu) 00068*

*Zhoršená religiozita 00169*

*Duchovní strádání 00066*

**Doména 11 – Bezpečnost/ochrana**

*Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031*

*Riziko poškození 00035*

*Riziko narušení integrity kůže 00047*

**Doména 12 – Komfort**

*Nauzea 00134*

*Akutní bolest 00132*

*Chronická bolest 00133*

*Sociální izolace 00053*

**Doména 13 – Růst/vývoj**

V této doméně jsme nenalezli vhodnou ošetrovatelskou diagnózu.

Všechny určené diagnózy jsou důležité, ale v této bakalářské práci se zabýváme duchovní částí celku, ke které můžeme přiřadit tyto již zmíněné ošetrovatelské diagnózy:

*Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174*

*Riziko osamělosti 00054*

*Narušená osobní identita 00121*

*Riziko situačně nízké sebeúcty 00153*

*Narušený obraz těla 00118*

*Úzkost ze smrti 00147*

*Strach 000148*

*Bezmocnost 00125*

*Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu) 00068*

*Zhoršená religiozita 00169*

### 5.3.3 Plánování

Plánování zahrnuje činnosti, které vedou k uspokojení potřeb pacienta. Stanovíme cíle ošetrovatelské péče spolu s pacientem, dále se rozhodneme o ošetrovatelských výkonech, které pacient potřebuje a seznámíme členy zdravotnického týmu s ošetrovatelským plánem (Kelnarová, 2007, s. 54).

V souvislosti s uspokojováním duchovních potřeb umírajícího si na základně výše uvedených diagnóz stanovíme cíle a intervence, které vyplývají z určujících znaků, souvisejících faktorů a rizikových faktorů dané situace a individuálních potřeb pacienta, které nalezneme v knize s názvem Ošetrovatelské diagnózy: definice&klasifikace: 2012–2014, jejíž autorem je T. Heather Herdman, PhD, RN.

Některé příklady sesterských intervencí při uspokojování duchovních potřeb uvádí Kutnohorská (2013, s. 62):

- Respektovat příslušnost a projevy náboženské víry pacienta.
- Vytvořit vztah důvěry, naslouchat pacientovi a vyslechnout i jeho pocity.
- Vyjádřit empatii s pocity pacienta.
- Být otevřený k vyjádřeným pocitům pacienta o chorobě a smrti.
- Poskytovat podporu v době utrpení.
- Pečovat o pacienta důstojně.
- Přijmout otevřeně sdělení pacienta o jeho samotě a bezmoci.
- Povzbudit pacienta k přehodnocení života, k účasti na interakci s rodinou, k účasti na náboženských obřadech a praktikách, k využití duchovních zdrojů a prostředků.
- Zajistit soukromí a klidné prostředí ticha pro duchovní aktivity.
- Konzultovat se zdravotnickým týmem využití alternativního způsobu léčby.
- Pomoci pacientovi při objasnění jeho hodnot.
- Pomoci pacientovi vhodným způsobem vyjádřit a zmírnit smutek, vztek, strach.
- Podpořit zájmy pacienta.
- Zprostředkovat návštěvu duchovního.

### 5.3.4 Realizace

V této fázi ošetrovatelského procesu koordinujeme a vykonáváme ošetrovatelskou péči podle schválených intervencí, které vedou k dosažení cílů a tím uspokojení potřeb umírajícího (Kelnarová, 2007, s. 54)

### 5.3.5 Vyhodnocení

Důležitou a poslední částí procesu je vyhodnocení efektu péče a její zpětná vazba. Porovnáváme pokroky k dosažení výsledků s plánovanými cíli, všechny postupy a výsledky zhodnotíme a popřípadě plán péče upravíme, abychom dosáhli co nejvíce cílů a spokojenosti umírajícího (Kelnarová, 2007, s. 54–55).

## 5.4 Emoce sestry při péči o umírající a zemřelé

Péče o dlouhodobě nemocné, imobilní, často s postupující demencí a umírající pacienty je pro pečujícího velmi náročná. Zvýšený požadavek je kladen na střední zdravotnický personál s mimořádně obtížným výběrem pracovníků, neboť jsou vystaveni dlouhodobé zátěži – stresu. Zdravotníci všeobecně, ať už lékaři, nebo střední zdravotnický personál, ošetrovatelé, jsou lidé, na které je při jejich práci kladen zvýšený nárok ve smyslu každodenních situací, které nejen na základě své odbornosti, ale především z hlediska svých lidských kvalit musí řešit (Kupka, 2014, s. 35–36).

Od sestry se očekává právě její vysoká odbornost, profesionální zralost a mistrovství v komunikaci, protože spolupráce s nemocným je často velmi těžká. Pacient může být apatický, v kómatu, a přesto se od sestry vyžaduje, aby byla laskavá, obětavá, trpělivá, psychicky i fyzicky zdatná. Většina sester svoji práci dělá s láskou a jsou to drobnosti, které může pro umírajícího udělat a ukázat tím svoji osobní zralost. Pacient, který je ve zdánlivě hlubokém bezvědomí, dokáže vnímat její hlas, pohlazení, vlídnou přítomnost, bezpečí, jistotu a dokonce i to, že jsou dveře jeho pokoje jen zavřeny. Pro ošetrovatelskou péči o umírajícího a vnímání pocitů spojených s poskytnutím péče, je pro sestru důležité, aby se uměla vyrovnat s odchodem člověka, a aby umírání a smrt brala jako součást života (Kelnarová, 2007, s. 36).

Práce ve zdravotnictví ohrožuje zdravotní stav části zdravotníků projevy neurastenie a různými obrazy deprese, které jsou více či méně zapříčiněny specifickými vlivy. Tuto problematiku dnes vyjadřuje tzv. syndrom vyhoření. Burn-out syndrom (syndrom vyhoření, vyhaslosti) je reakce na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání

fyzických, emočních a duševních sil, kdy takto postižený přichází k závěru, že už nemůže dál a nastává pocit beznaděje. Emoční zátěž zdravotníka závisí na kontaktu s těžce nemocným, ale také na postavení pracovníka v týmu a míře jeho zodpovědnosti (lékař, sestra, sanitář, psycholog, laborant, fyzioterapeut, nutriční terapeut). Dále samozřejmě na spolupráci zdravotnického týmu, úvaze a nejistotě o správnosti zvoleného způsobu terapie, míře prožívání jistého utrpení, které léčebnými i jinými zákroky (převazy) způsobují pacientům, vyrovnání se s neúspěchem terapie, neméně důležitý je i typ onemocnění, jeho lokalizace a fáze onemocnění (Kupka, 2014, s. 38–39).

Martina Cichá v publikaci „O posledních věcech člověka“ (Špatenková, 2014, s. 50) uvádí, že na základě výzkumu, ve kterém byly zkoumány zátěžové situace sester ve vztahu k umírání a smrti, jsou tyto zátěžové situace nejčastější:

- přítomnost sestry při sdělování nepříznivé diagnózy lékařem,
- tlak rodiny umírajícího, aby jim sestra sdělila některé informace,
- nedostatečná informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu,
- bezmocnost pacienta,
- osamělý pacient, bez rodiny nebo bez jejich zájmu,
- případy, kdy se rodina nemocného štítí pro jeho marasmus,
- situace s ukončením záchrany života, odpojení od životně důležitých přístrojů,
- nedostatečné tlumení pacientů v terminálním stadiu,
- situace protrhovaného umírání u velmi starých pacientů,
- osobní přítomnost sestry u umírajícího v posledním okamžiku jeho života.

Tyto problematické, často dilematické situace byly sestrami vnímány na odděleních ARO, JIP, onkologických odděleních, v dialyzačních centrech a odděleních následné péče (Špatenková, 2014, s. 51).

*„Jakékoliv setkání se smrtí nás vždy konfrontuje s naší vlastní smrtelností. Můžete, jako zdravotnický profesionál, jehož úkolem je zachraňovat životy a bojovat se smrtí, pocítit bezmocnost, bezradnost, stres, nebo dokonce vyhoření. Dopřejte si v takovém případě «zvláštní zacházení». Netvařte se, že se nic nestalo a že život jde dál. Nechte na sebe alespoň chvíli působit zvláštní atmosféru daného okamžiku, ztište se a na chvíli se zastavte.*

*Můžete se pomodlit, můžete zavzpomínat. Dejte si kávu, čaj nebo minerálku. Vhodný je také kousek čokolády. Pokud se vás událost silně dotkla, neváhejte vyhledat oporu důvěryhodných osob (přátel, kolegů, supervizora, případně psychologa) a proberte s nimi všechno, co vás trápí (Špatenková, 2009, s. 117).“*

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 VÝZKUM A JEHO METODIKA

Pro praktickou část této bakalářské práce jsme využili kvantitativní metodu výzkumu. Realizace průzkumu byla hlavně v zájmu uspokojování duchovních potřeb umírajících, a proto jsme se zaměřili na všeobecné sestry, které tuto potřebu umírajících nějak vnímají a uspokojují.

Záměrně jsme pro realizaci šetření vybrali oddělení následné péče, jelikož se na tomto pracovišti často setkáváme s umírajícími pacienty a jejich duchovní potřeby hrají velkou roli. Do průzkumu byly zahrnuty tato zařízení: Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Uhersko-hradištská nemocnice, a. s., Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod, s.r.o. a Vsetínská nemocnice, a. s.

### 6.1 Cíle výzkumu

#### **Hlavní cíl:**

*Jak vnímají všeobecné sestry poskytování duchovní péče umírajícím.*

Hypotéza: Předpokládáme, že více než 30% všeobecných sester vnímá poskytování duchovní péče ryze jako záležitost spirituální služby.

#### **Dílčí cíle:**

1. *Zjistit, jak všeobecné sestry uspokojují duchovní potřeby umírajících.*
2. *Ověřit si, zda se duchovní potřeby zařazují do holistického přístupu.*

#### Hypotéza:

Předpokládáme, že více než 50% všeobecných sester neví, zda zařazovat duchovní péči do holistického přístupu.

3. *Zjistit, v čem je komunikace s umírajícím pro všeobecné sestry problematická.*
4. *Zjistit zájem všeobecných sester o další vzdělání v oblasti duchovní péče.*

#### Hypotéza:

Předpokládáme, že více než 10% všeobecných sester bude mít zájem rozšířit své vědomosti na duchovní téma.



Výzkumné otázky:

- VO<sub>1</sub> Co si představují všeobecné sestry pod pojmem „poskytování duchovní péče“ a jak ji samy poskytují? (otázka č. 6, 7, 17)
- VO<sub>2</sub> Využívají všeobecné sestry při péči o umírající holistický přístup? (otázka č. 12, 13, 14, 15)
- VO<sub>3</sub> Je komunikace s umírajícími pro všeobecné sestry problematická a využívají při interakci i neverbální komunikaci? (otázka č. 8, 9, 10, 11)
- VO<sub>4</sub> Myslí si všeobecné sestry, že se na jejich oddělení dobře poskytuje duchovní péče? (otázka č. 16)
- VO<sub>5</sub> Myslí si všeobecné sestry, že jsou všeobecné sestry po studiu připraveny pečovat o umírající? (otázka č. 18)
- VO<sub>6</sub> Mají všeobecné sestry zájem o další vzdělání týkající se duchovní péče o umírající? (otázka č. 19, 20)

## 6.2 Metodika výzkumu

Pro kvantitativní metodu jsme zvolili techniku dotazníku pro sběr dat a důležitých informací. Dotazník (Příloha P IV) je zcela anonymní a obsahuje 20 položek. Byly použity otázky uzavřené, kde jsou předem formulovány systematické odpovědi. Respondent vybírá jednu odpověď, která nejvíce vystihuje jeho postoj. Dále dotazník obsahuje otázky polouzavřené, což umožňuje respondentovi uvést vlastní názor, pokud jej předem dané odpovědi nevystihly.

Respondenty jsme volili z řad všeobecných sester pracujících na oddělení následné péče. Dotazník tedy mohly vyplnit jen všeobecné sestry, nikoli zdravotničtí asistenti. Věk respondentů a jejich praxe na daném oddělení nebyly zvoleny jako ovlivňující faktory pro průzkumné šetření a dosažení cílů.

### 6.3 Realizace dotazníkového šetření

Tvorba dotazníku, jeho obsah a otázky byly konzultovány s vedoucí práce, která schválila jeho správnost a formulaci.

Samotnému dotazníkovému šetření předcházela předvýzkum. V lednu 2015 byly rozdány tři dotazníky všeobecným sestřím na oddělení následné péče v Uherskohradištské nemocnici. Po jejich přečtení a vyplnění jsme se ujistili o srozumitelnosti a jednoduchosti obsahu dotazníku. Otázky a odpovědi jsme ponechali v původním znění a dotazník jsme použili v průzkumném šetření.

Před samotným rozdělením dotazníků jsme museli podat Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Příloha P III), ve vybraném zařízení. Po jeho schválení jsme v únoru 2015 provedli dotazníkové šetření ve zlínské Krajské nemocnici T. Bati, a. s. v Centru klinické gerontologie, v Uherskohradištské nemocnici, a. s. na Oddělení následné péče a Oddělení ošetrovatelské péče, v Městské nemocnici s poliklinikou Uh. Brod, s.r.o. na oddělení Léčebny následné péče a ve Vsetínské nemocnici, a. s. v Léčebně dlouhodobě nemocných. Staniční sestry byly předem informovány, že se jedná o dotazník určený pouze pro všeobecné sestry. V tomto případě bylo rozdáno celkem 105 dotazníků, které byly na oddělení ponechány tři týdny.

K analýze výzkumných dat bylo sesbíráno celkem 95 vyplněných dotazníků, kdy návratnost činí 90 %. Z toho 14 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost či nesrozumitelnost odpovědí. K vyhodnocení výzkumného šetření bylo použito 81 správně vyplněných dotazníků.

Nenastaly žádné problémy s Žadostí dotazníkového šetření či neochotou ze strany zdravotnického personálu. Hodnotím vše jako příjemnou zkušenost a získání nových poznatků ke zlepšení duchovní péče o umírající.

## 7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

### Otázka č. 1: Vaše pohlaví



Graf 1: Zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření

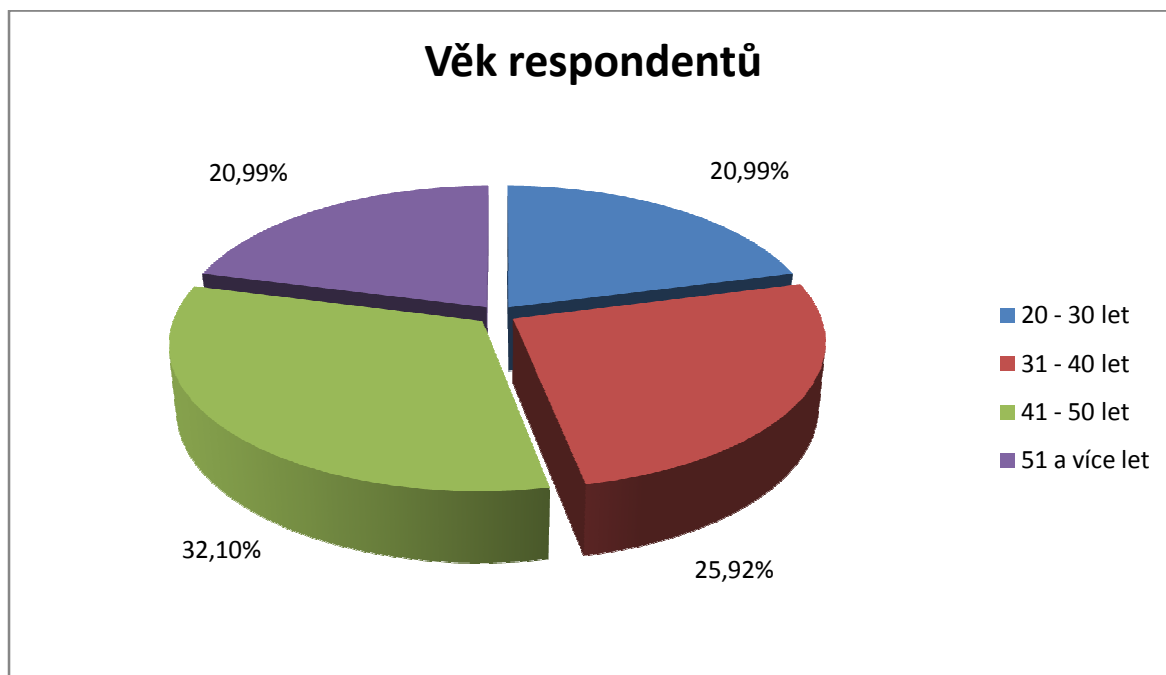
Tabulka 1: Zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	79	97,53 %
Muž	2	2,47 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Z 81 (100 %) respondentů pracujících na oddělení následné péče vyplnilo dotazník 79 žen (97,5 %) a dva muži (2,5 %). Na pozici všeobecná sestra pracují ve většině případů ženy, a proto jsme tuto skutečnost předpokládali.

## Otázka č. 2: Váš věk



Graf 2: Věk respondentů

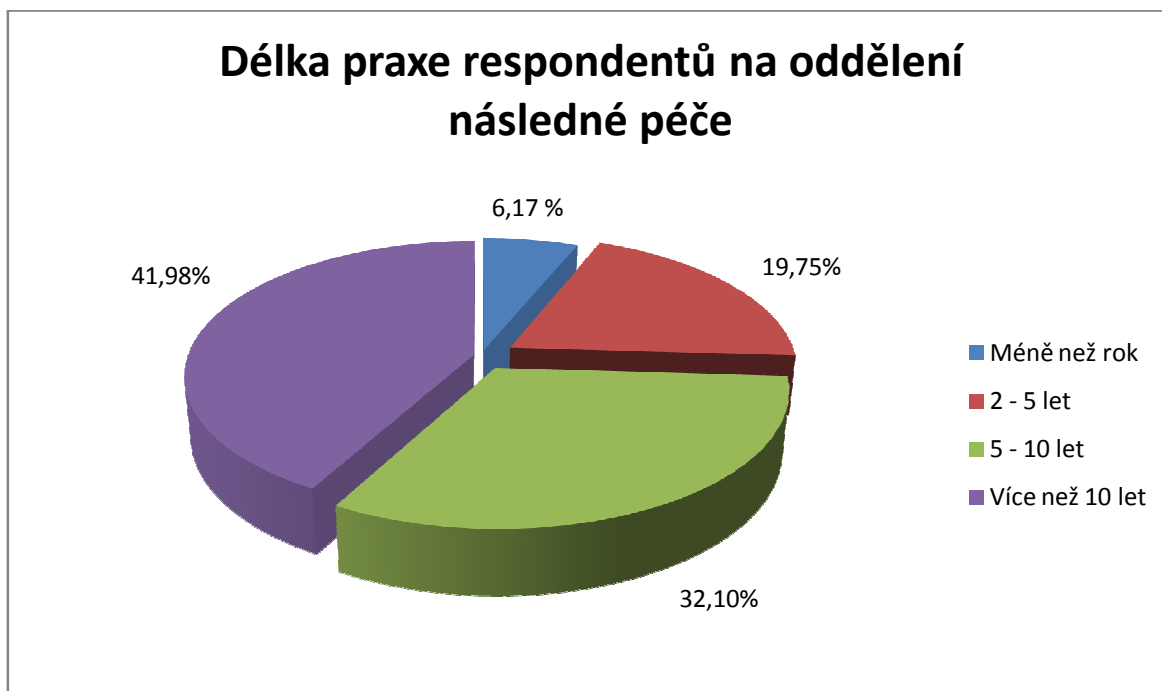
Tabulka 2: Věk respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 – 30 let	17	20,99 %
31 – 40 let	21	25,92 %
41 – 50 let	26	32,10 %
51 a více let	17	20,99 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z tabulky četností můžeme vidět, že největší zastoupení respondentů z celkového počtu 81 (100,00 %) bylo ve věku 41–50 let (32,10%). Dále v pořadí je věk 31–40 let (25,92 %) a nejméně respondentů bylo současně mezi 20–30 lety a starších 50 let (20,99 %).

## Otázka č. 3: Vaše délka praxe na oddělení následné péče



Graf 3: Délka praxe respondentů na oddělení následné péče

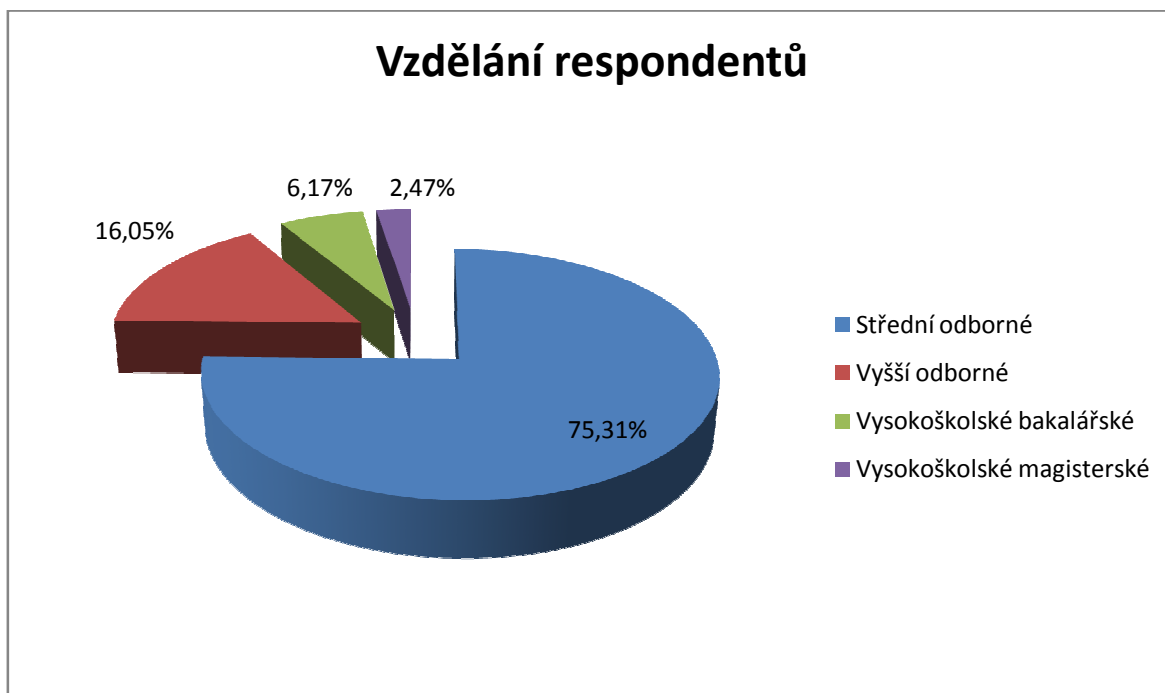
Tabulka 3: Délka praxe respondentů na oddělení následné péče

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než jeden rok	5	6,17 %
2 – 5 let	16	19,75 %
5 – 10 let	26	32,10 %
Více než 10 let	34	41,98 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Nejvíce dotazovaných, 34 (41,98 %) respondentů má praxi na oddělení následné péče delší než 10 let. Dalších 26 (32,10 %) má 5–10 let praxe, následně 16 (19,75 %) respondentů 2–5 let a posledních pět (6,17 %) má praxi kratší než jeden rok na daném oddělení.

## Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 4: Vzdělání respondentů

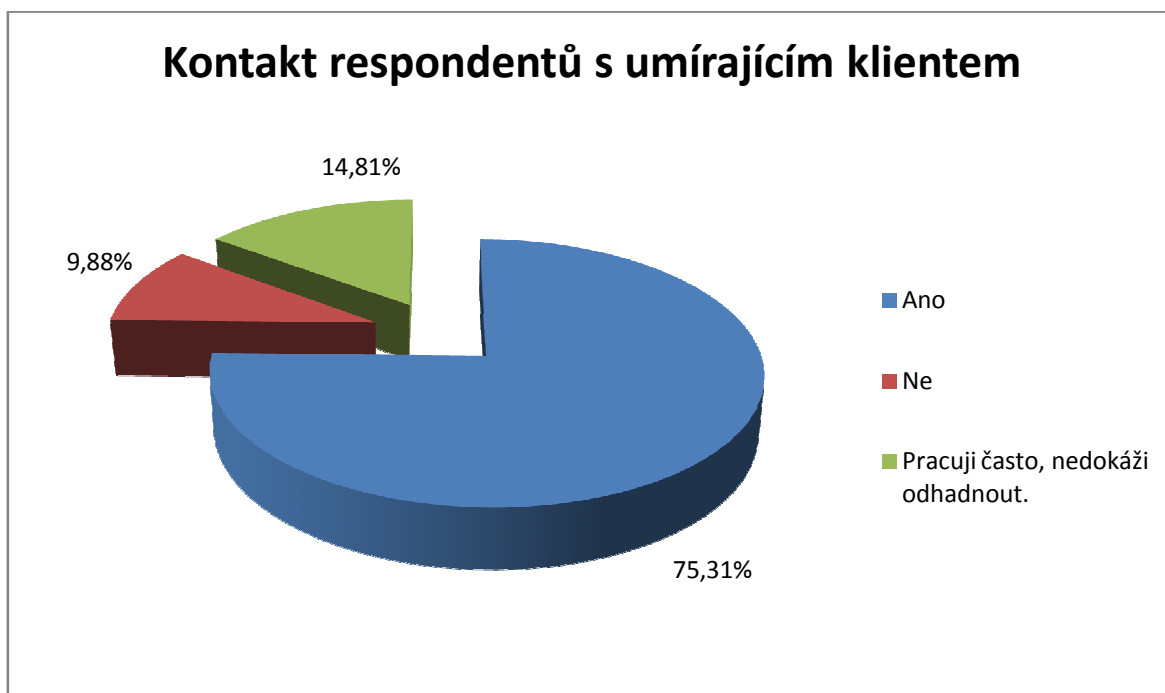
Tabulka 4: Vzdělání respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné	61	75,31 %
Vyšší odborné	13	16,05 %
Vysokoškolské bakalářské	5	6,17 %
Vysokoškolské magisterské	2	2,47 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z 81 (100,00 %) počtu dotazovaných všeobecných sester, 61 (75,31 %) z nich dosáhlo střední odborné vzdělání. Dále 13 (16,05 %) sester ukončilo vyšší odborné vzdělání a dalších sedm (8,64 %) vysokoškolské.

Otázka č. 5: Pracujete často (více než jednou za měsíc) v zaměstnání s umírajícím klientem?



Graf 5: Četnost kontaktu s umírajícím klientem

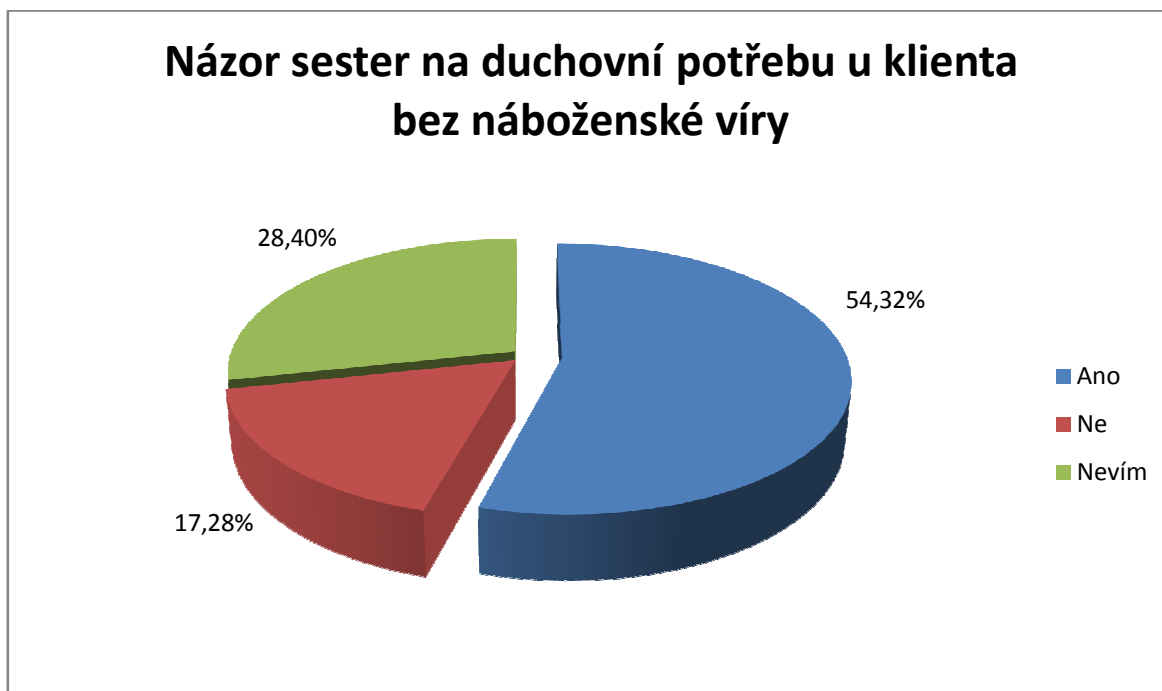
Tabulka 5: Četnost kontaktu s umírajícím klientem

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	61	75,31 %
Ne	8	9,88 %
Pracuji často, nedokážu odhadnout	12	14,81 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Častý kontakt s umírajícím klientem potvrdilo 61 (75,31 %) respondentů, dalších 12 (14,81 %) pracuje často, ale nedokáže odhadnout, zda víc než jednou za měsíc. Zbýlých osm (9,88 %) odpovědělo, že nepracuje. Tento výsledek se předpokládal, protože záměrem bylo vybrat pracoviště, kde všeobecné sestry každodenně přichází do kontaktu s umírajícím klientem.

Otázka č. 6: Myslíte si, že klient bez náboženské víry potřebuje duchovní péči?



Graf 6: Názor sester na duchovní potřebu u klienta bez náboženské víry

Tabulka 6: Názor sester na duchovní potřebu u klienta bez náboženské víry

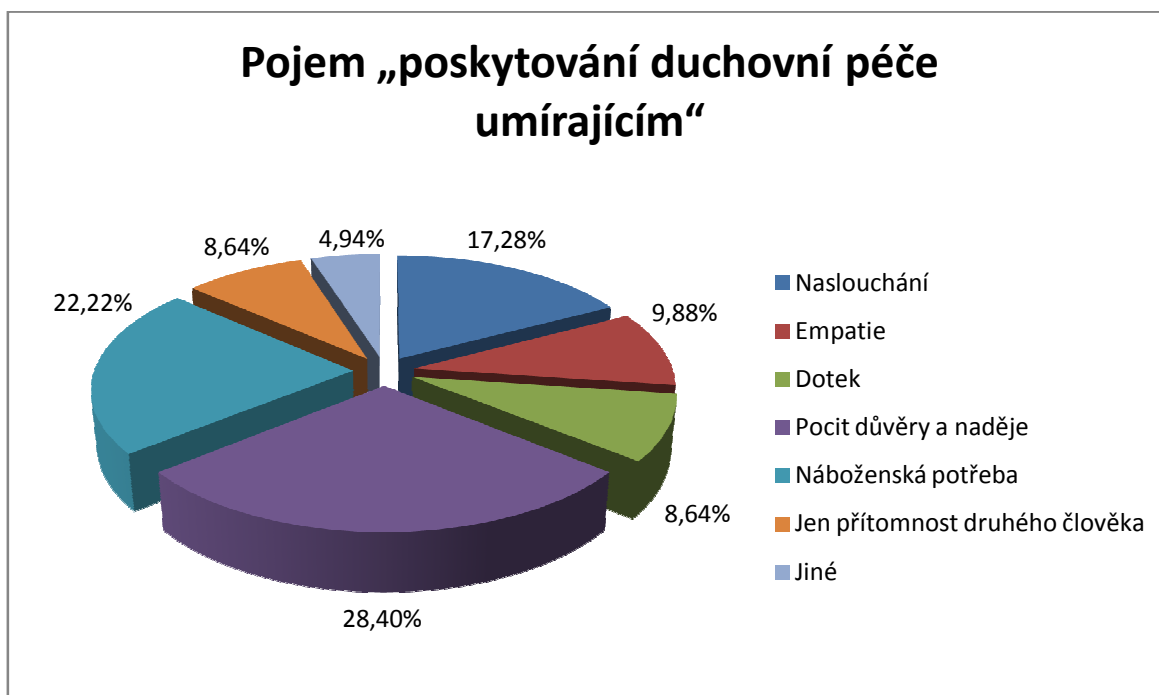
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	54,32 %
Ne	14	17,28 %
Nevím	23	28,40 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Z celkového počtu 81 (100,00 %) všeobecných sester si více než polovina (54,32 %) myslí, že i klient bez náboženské víry potřebuje uspokojit duchovní potřeby. Dalších 23 (28,40 %) sester neví a zbylých 14 (17,28 %) tvrdí, že je klient nepotřebuje.



Otázka č. 7: Co si představujete pod pojmem „poskytování duchovní péče umírajícím“?



Graf 7: Pojem „poskytování duchovní péče umírajícím“

Tabulka 7: Pojem „poskytování duchovní péče umírajícím“

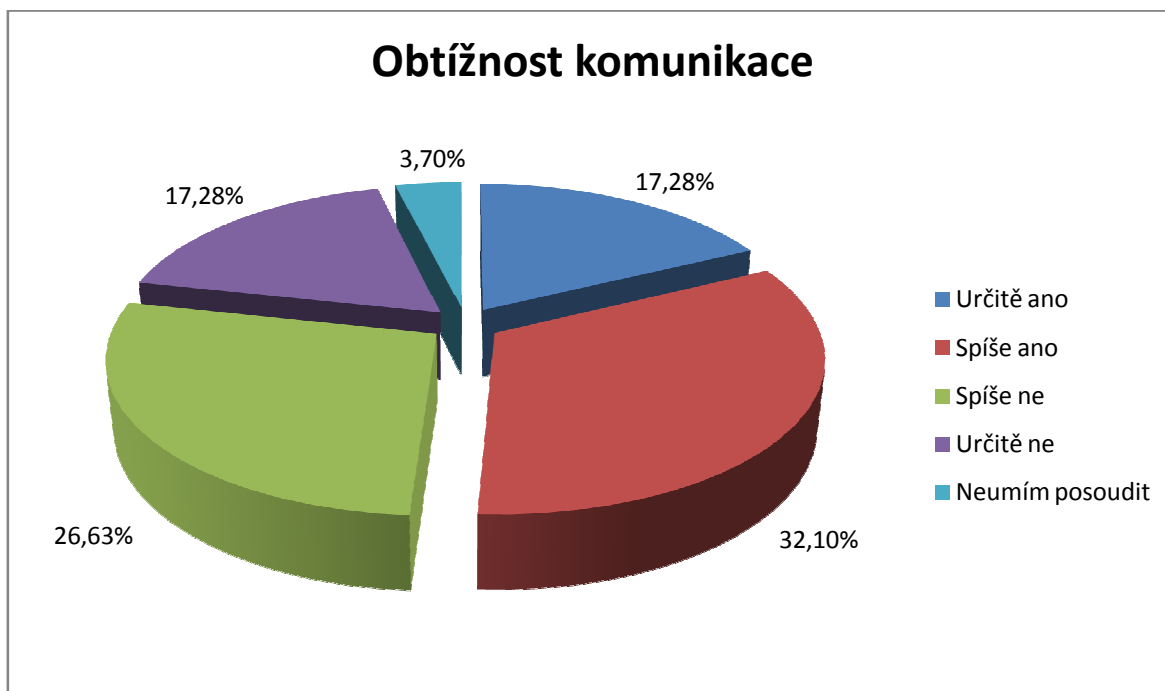
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Naslouchání	14	17,28 %
Empatie	8	9,88 %
Dotek	7	8,64 %
Pocit důvěry a naděje	23	28,40 %
Náboženská potřeba	18	22,22 %
Jen přítomnost druhého člověka	7	8,64 %
Jiné – prosím uveďte	4	4,94 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Pod pojmem „poskytování duchovní péče umírajícím“ si z celkového počtu 81 (100,00 %) respondentů představuje nejvíce 23 (28,40 %) sester, že se jedná o pocit důvěry a naděje. Dále 18 (22,22 %) sester si myslí, že je to náboženská potřeba, dalších

14 (17,28 %) naslouchání, osm (9,88 %) empatie a stejný počet sester, sedm (8,64 %), uvádí dotek a přítomnost druhého člověka. U odpovědi – Jiné, uvedli čtyři (4,94 %) respondenti: „víra spolu s psychickou oporou“, „vyhovět přáním a požadavkům – př. jídlo, hudba“ a dva respondenti uvedli, že by zakroužkovali „všechny“ odpovědi.

## Otázka č. 8: Je pro Vás komunikace s umírajícím obtížná?



Graf 8: Obtížnost komunikace s umírajícím

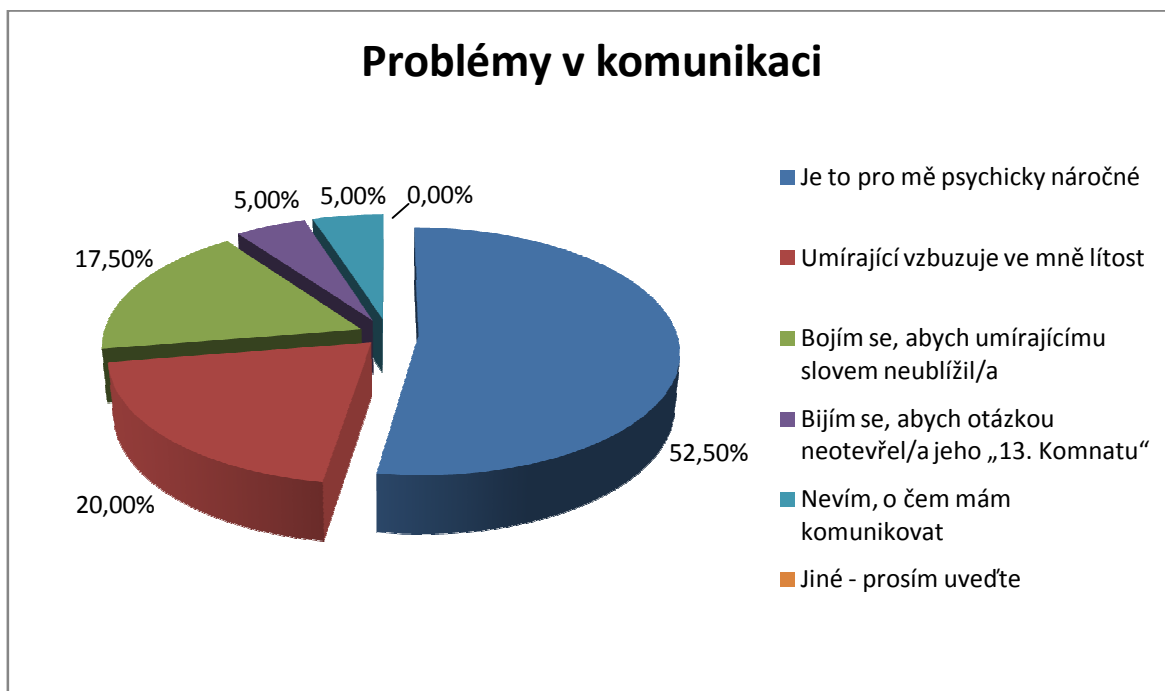
Tabulka 8: Obtížnost komunikace s umírajícím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	14	17,28 %
Spíše ano	26	32,10 %
Spíše ne	24	26,63 %
Určitě ne	14	17,28 %
Neumím posoudit	3	3,70 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z celkového počtu 81 (100,00 %) respondentů 38 (46,91 %) z nich nemá potíže v komunikaci s umírajícím. Tři (3,70 %) respondenti neumí posoudit tuto situaci. Pro dalších 40 (49,38 %) respondentů je obtížné komunikovat s umírajícím, a proto tyto respondenti uvedli v další otázce, proč je pro ně komunikace obtížná.

## Otázka č. 9: Proč je pro Vás obtížné komunikovat s umírajícím?



Graf 9: Problémy v komunikaci

Tabulka 9: Problémy v komunikaci

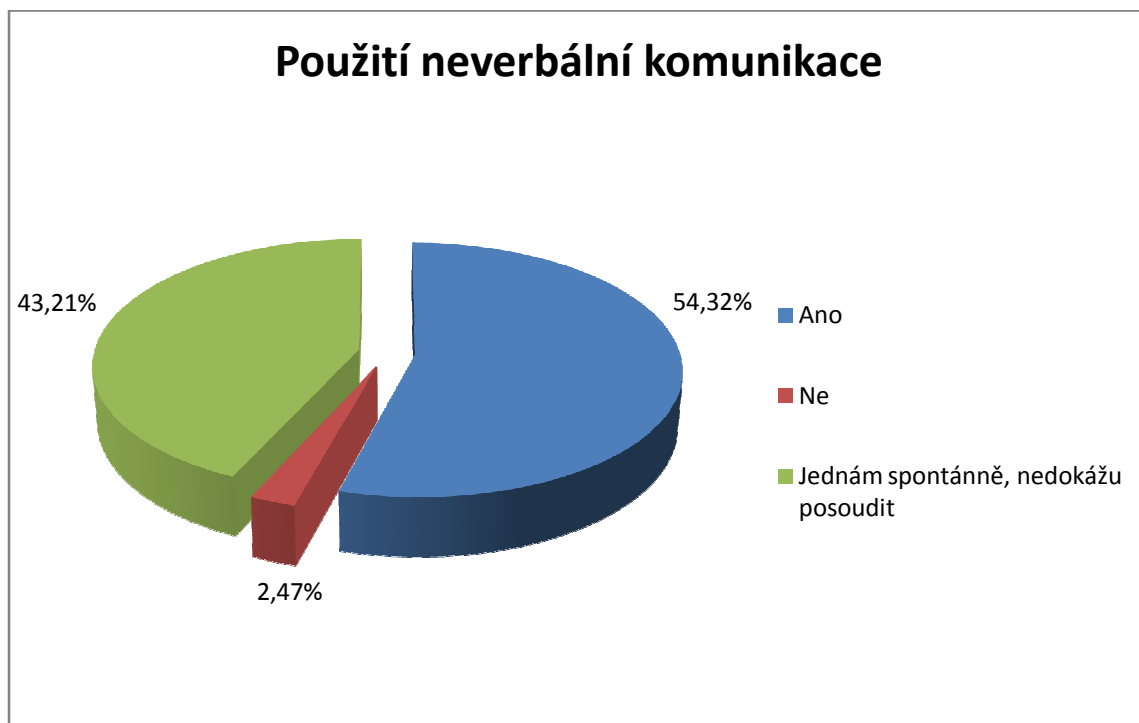
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je to pro mě psychicky náročné	21	52,50 %
Umírající vzbuzuje ve mně lítost	8	20,00 %
Bojím se, abych umírajícímu slovem neublížil/a	7	17,50 %
Bojím se, abych otázkou neotevřel/a jeho „13. komnatu“	2	5,00 %
Nevím, o čem mám komunikovat	2	5,00 %
Jiné – prosím uveďte	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z celkového počtu 40 (100,00 %) respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že mají problémy v komunikaci s umírajícím, uvedli důvody, proč je to pro ně obtížné. Nejvíce pro 21 (52,50 %) zúčastněných je psychicky náročné komunikovat s umírajícím. U dalších osmi (20,00 %) umírající vzbuzuje lítost a sedm (17,50 %) respondentů se bojí, aby

slovem neublížili. Nejméně odpovědí bylo u možností, kdy se dva (5,00 %) respondenti bojí, aby otázkou neotevřeli jeho „13. komnatu“ a další dva (5,00 %) neví, o čem mají komunikovat. Možnost uvést jiný názor ne zvolil ani jeden z respondentů.

Otázka č. 10: Je pro Vás při interakci s umírajícím důležitá neverbální komunikace?



Graf 10: Použití neverbální komunikace při interakci s umírajícím

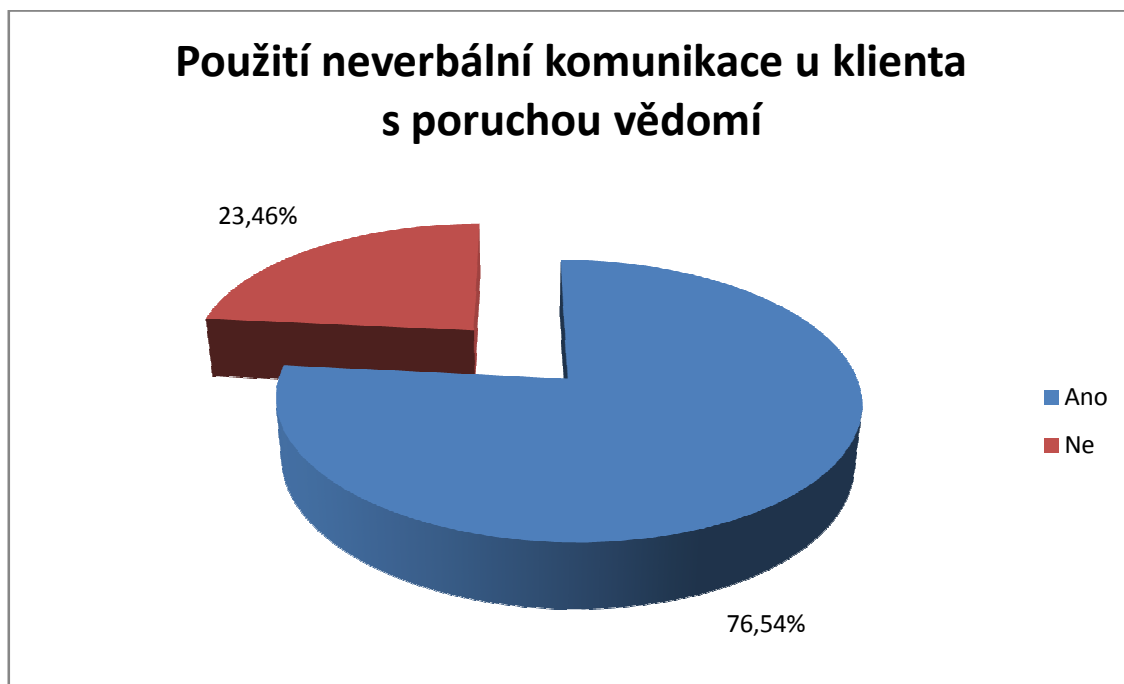
Tabulka 10: Použití neverbální komunikace při interakci s umírajícím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	54,32 %
Ne	2	2,47 %
Jednám spontánně, nedokážu posoudit	35	43,21 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Z celkového počtu 81 (100,00 %) dotazovaných, u 44 (54,32 %) z nich je důležitá neverbální komunikace při interakci s umírajícím, dále 35 (43,21 %) jedná spontánně a nedokáže posoudit tuto situaci a pro dva (2,47 %) respondenty není důležitá neverbální komunikace.

Otázka č. 11: Využíváte neverbální komunikaci u klienta s poruchou vědomí?



Graf 11: Použití neverbální komunikace u klienta s poruchou vědomí

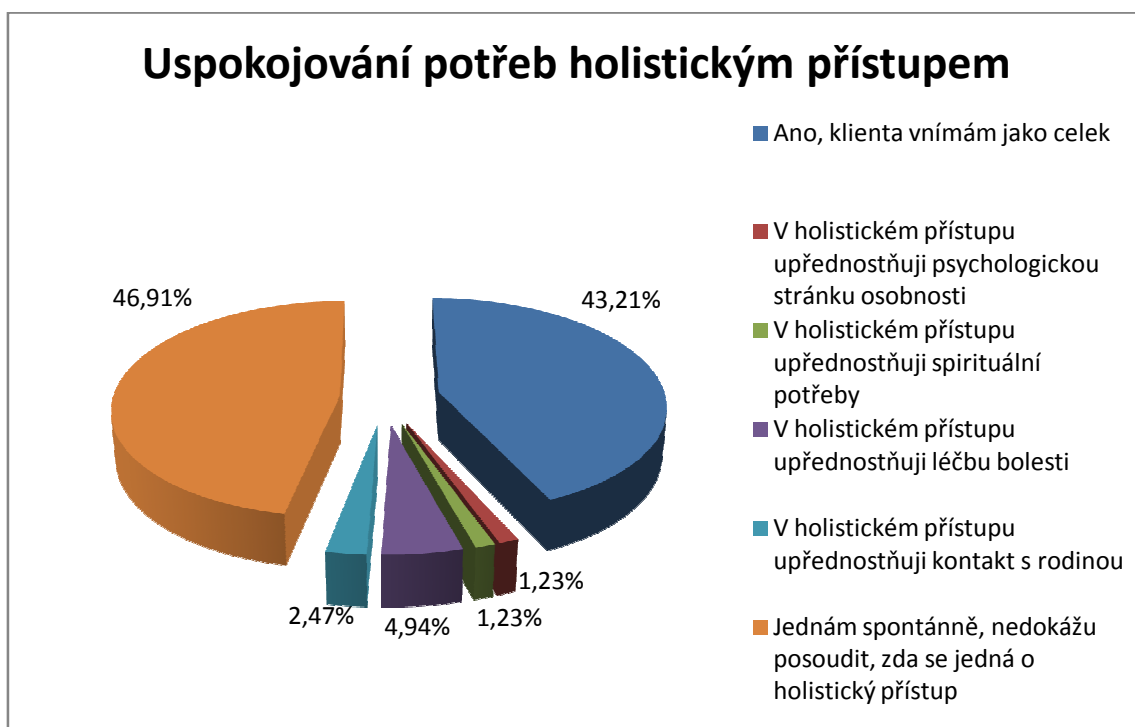
Tabulka 11: Použití neverbální komunikace u klienta s poruchou vědomí

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	76,54 %
Ne	19	23,46 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Použití neverbální komunikace u klienta s poruchou vědomí potvrdilo 62 (76,54%) respondentů z celkového počtu 81 (100 %) respondentů. Dalších 19 (23,46 %) nevyužívá neverbální komunikaci u těchto klientů.

Otázka č. 12: Řídíte se při uspokojování potřeb umírajícího holistickým přístupem?



Graf 12: Holistický přístup

Tabulka 12: Holistický přístup

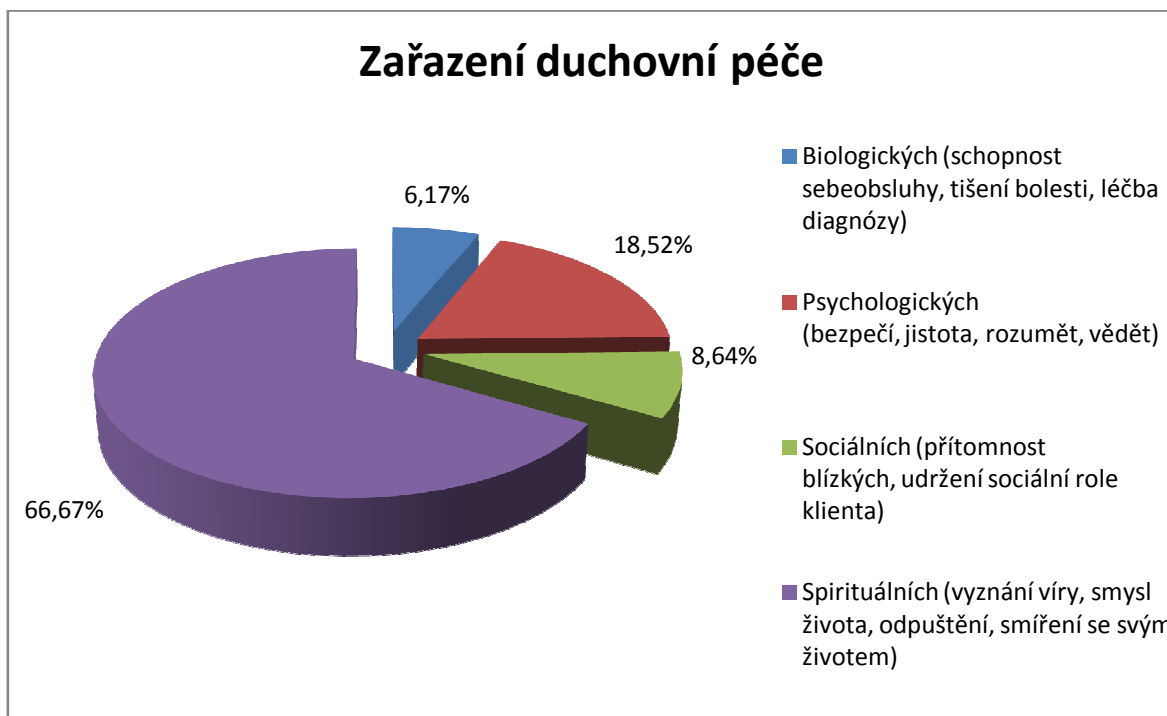
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, klienta vnímám jako celek	35	43,21 %
V holistickém přístupu upřednostňuji psychologickou stránku osobnosti	1	1,23 %
V holistickém přístupu upřednostňuji spirituální potřeby	1	1,23 %
V holistickém přístupu upřednostňuji léčbu bolesti	4	4,94 %
V holistickém přístupu upřednostňuji kontakt s rodinou	2	2,47 %
Jednám spontánně, nedokážu posoudit, zda se jedná o holistický přístup	38	46,91 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>



**Komentář:**

V holistickém přístupu při uspokojování potřeb umírajícího jeden (1,23 %) respondent upřednostňuje psychologickou stránku osobnosti a další jeden (1,23 %) spirituální potřeby. Potom dva (2,47 %) respondenti upřednostňují kontakt s rodinou a čtyři (4,94 %) léčbu bolesti. Klienta vnímá jako celek 35 (43,21 %) respondentů a nejvíce 38 (46,91 %) dalších jedná spontánně a nedokáže odhadnout, zda se jedná o holistický přístup.

Otázka č. 13: Do kterých potřeb klienta zařazujete nejčastěji duchovní péči?



Graf 13: Zařazení duchovní péče do lidských potřeb

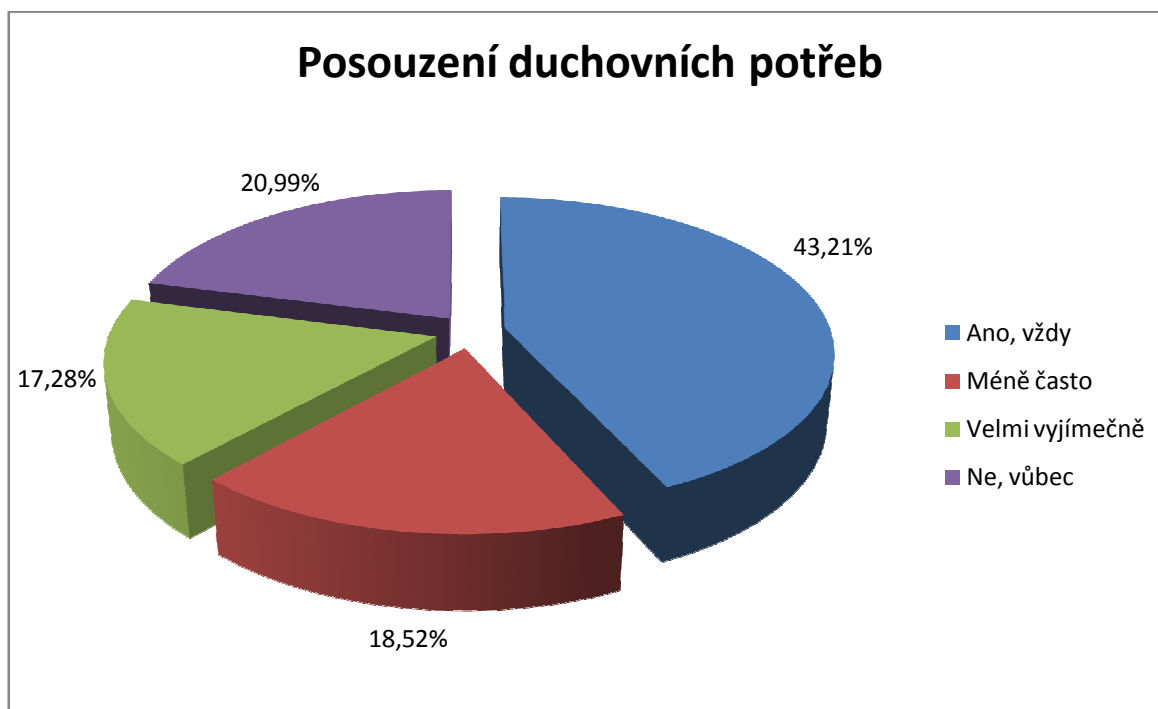
Tabulka 13: Zařazení duchovní péče do lidských potřeb

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Biologických (schopnost sebeobsluhy, tišení bolesti, léčba diagnózy)	5	6,17 %
Psychologických (bezpečí, jistota, rozumět, vědět)	15	18,52 %
Sociálních (přítomnost blízkých, udržení sociální role klienta)	7	8,64 %
Spirituálních (vyznání víry, smysl života, odpuštění, smíření se svým životem)	54	66,67 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z celkového počtu 81 (100,00 %) respondentů, pět (6,17 %) respondentů nejčastěji zařazuje duchovní péči do biologických potřeb klienta. Dalších sedm (8,64 %) do sociálních potřeb. Do psychologických potřeb zařazuje duchovní péči 15 (18,52 %) respondentů a nejvíce ji zařazují respondenti do spirituálních potřeb, a to 54 (66,67 %) zúčastněných.

Otázka č. 14: Získáváte při příjmu pacienta v ošetrovatelské anamnéze jeho duchovní potřeby?



Graf 14: Posouzení duchovních potřeb v ošetrovatelské anamnéze

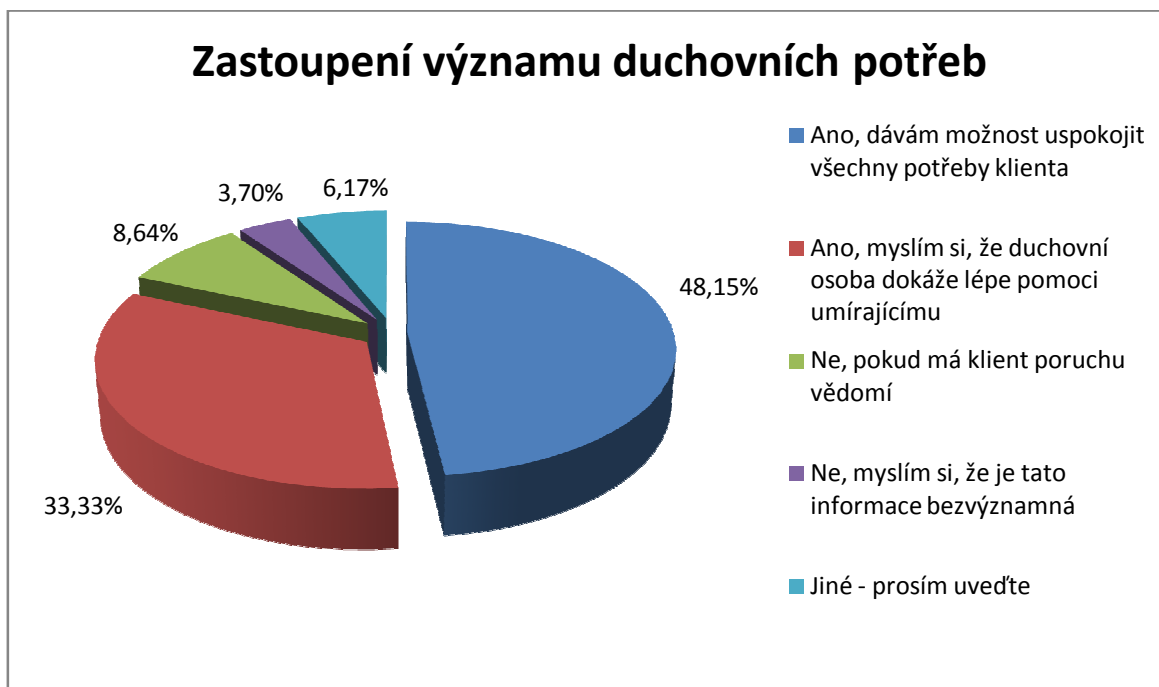
Tabulka 14: Posouzení duchovních potřeb v ošetrovatelské anamnéze

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	35	43,21 %
Méně často	15	18,52 %
Velmi výjimečně	14	17,28 %
Ne, vůbec	17	20,99 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Největší část, 35 (43,21 %) respondentů, získává při příjmu v ošetrovatelské anamnéze duchovní potřeby a dalších 17 (20,99 %) nezískává tuto informaci vůbec, méně často ji získává 15 (18,52 %) a velmi výjimečně 14 (17,28 %) zúčastněných.

## Otázka č. 15: Je pro Vás tato informace důležitá?



Graf 15: Zastoupení významu duchovních potřeb

Tabulka 15: Zastoupení významu duchovních potřeb

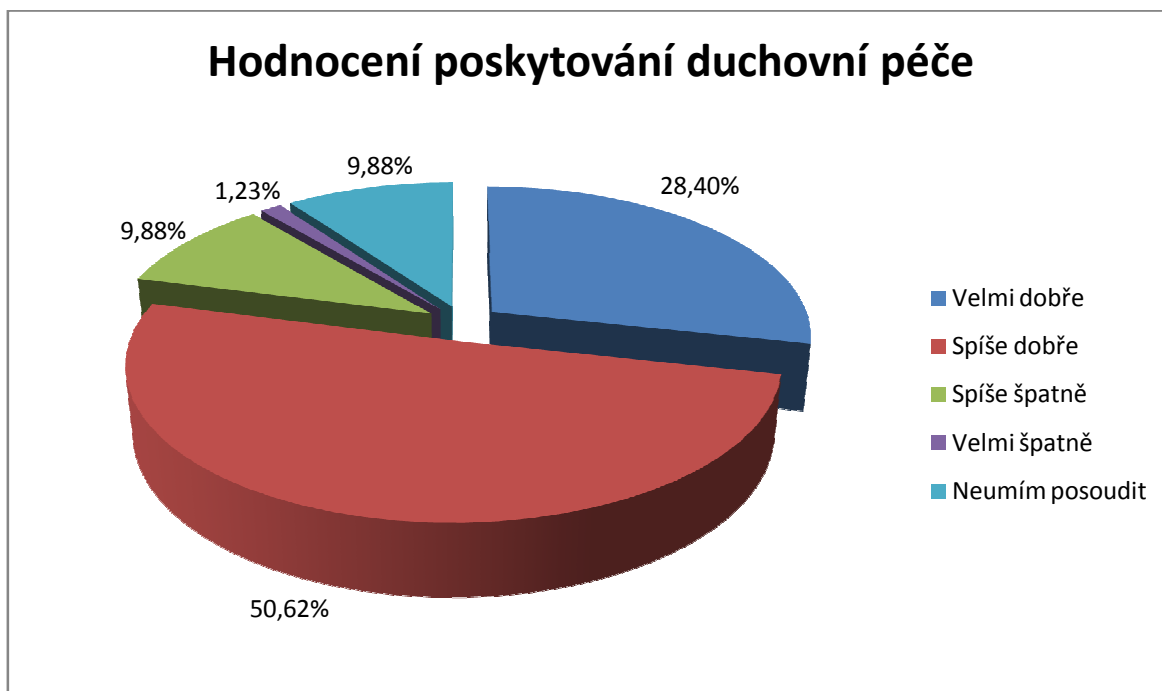
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, dávám možnost uspokojit všechny potřeby klienta	39	48,15 %
Ano, myslím si, že duchovní osoba dokáže lépe pomoci umírajícímu	27	33,33 %
Ne, pokud má klient poruchu vědomí	7	8,64 %
Ne, myslím si, že je tato informace bezvýznamná	3	3,70 %
Jiné – prosím uveďte	5	6,17 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Dávat možnost uspokojit všechny potřeby klienta potvrdilo 39 (48,15 %) respondentů a 26 (32,10 %) dalších si myslí, že duchovní osoba dokáže lépe pomoci umírajícímu. Pokud má klient poruchu vědomí, sedm (8,64 %) respondentů tvrdí, že není pro ně informace o duchovní potřebě důležitá a pro tři (3,70 %) respondenty je tato informace bezvý-

znamná. Vlastní názor uvedlo šest (7,41 %) respondentů: „občas“, „většinou se řídím dle přání pacienta a jeho rodiny“, „pouze na žádost klienta kontaktuji duchovního“, „časem hospitalizace vše zjistíme“, „důležité je, co chce pacient“.

Otázka č. 16: Jak hodnotíte na Vašem pracovišti poskytování duchovní péče?



Graf 16: Hodnocení poskytování duchovní péče na pracovišti

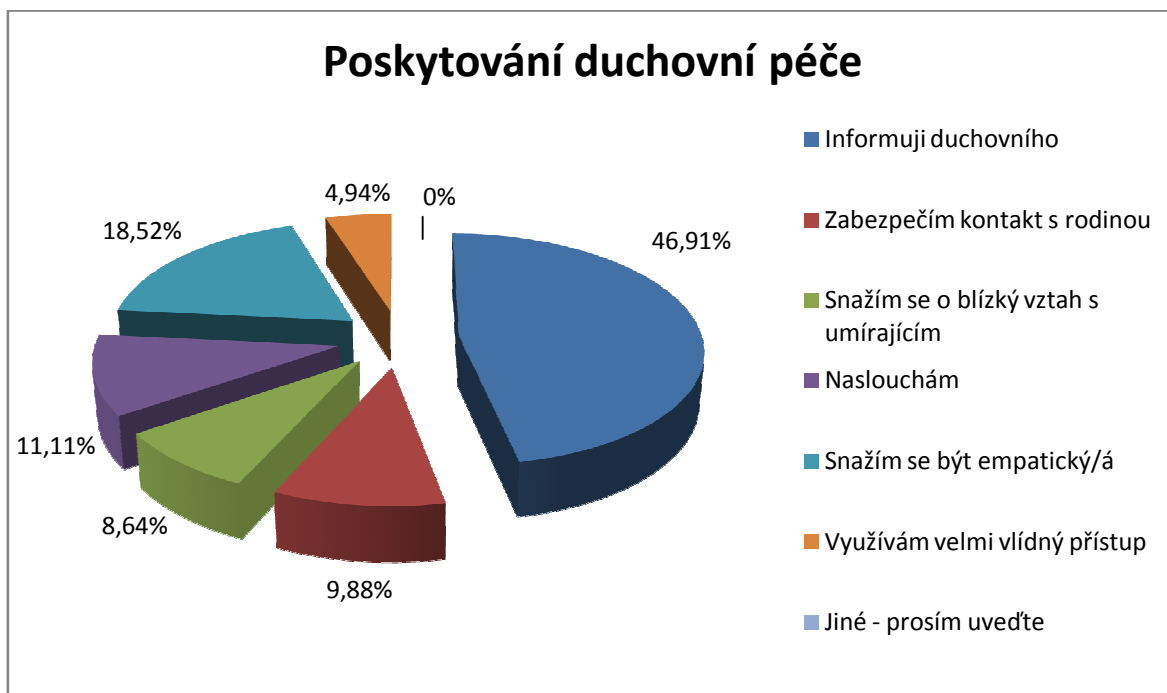
Tabulka 16: Hodnocení poskytování duchovní péče na pracovišti

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobře	23	28,40 %
Spíše dobře	41	50,62 %
Spíše špatně	8	9,88 %
Velmi špatně	1	1,23 %
Neumím posoudit	8	9,88 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Z celkového počtu 81 (100,00 %) respondentů, více než polovina, tj. 41 (50,62 %), hodnotí poskytování duchovní péče na svém pracovišti spíše dobře, dalších 23 (28,40 %) velmi dobře, osm (9,88 %) spíše špatně, jeden (1,23 %) velmi špatně a osm (9,88 %) zbylých neumí posoudit poskytování duchovní péče na pracovišti.

## Otázka č. 17: Jak poskytujete duchovní péči?



Graf 17: Poskytování duchovní péče

Tabulka 17: Poskytování duchovní péče

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Informuji duchovního	38	46,91 %
Zabezpečím kontakt s rodinou	8	9,88 %
Snažím se o blízký vztah s umírajícím	7	8,64 %
Naslouchám	9	11,11 %
Snažím se být empatický/á	15	18,52 %
Využívám velmi vlídný přístup	4	4,94 %
Jiné – prosím uveďte	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Při poskytování duchovní péče 38 (46,91 %) respondentů informuje duchovního, 15 (18,52 %) se snaží být empatickými, devět (11,11 %) naslouchá, osm (9,88 %) zabezpečí kontakt s rodinou, sedm (8,64 %) se snaží o blízký vztah s umírajícím a čtyři dotázaní



(4,94 %) využívají velmi vlídný přístup. Možnosti uvést jiný způsob poskytování duchovní péče nevyužil ani jeden z respondentů.

Otázka č. 18: Domníváte se, že jsou všeobecné sestry po studiu připraveny pečovat o umírající?



Graf 18: Připravenost VS po studiu na ošetrovatelskou péči o umírající

Tabulka 18: Připravenost VS po studiu na ošetrovatelskou péči o umírající

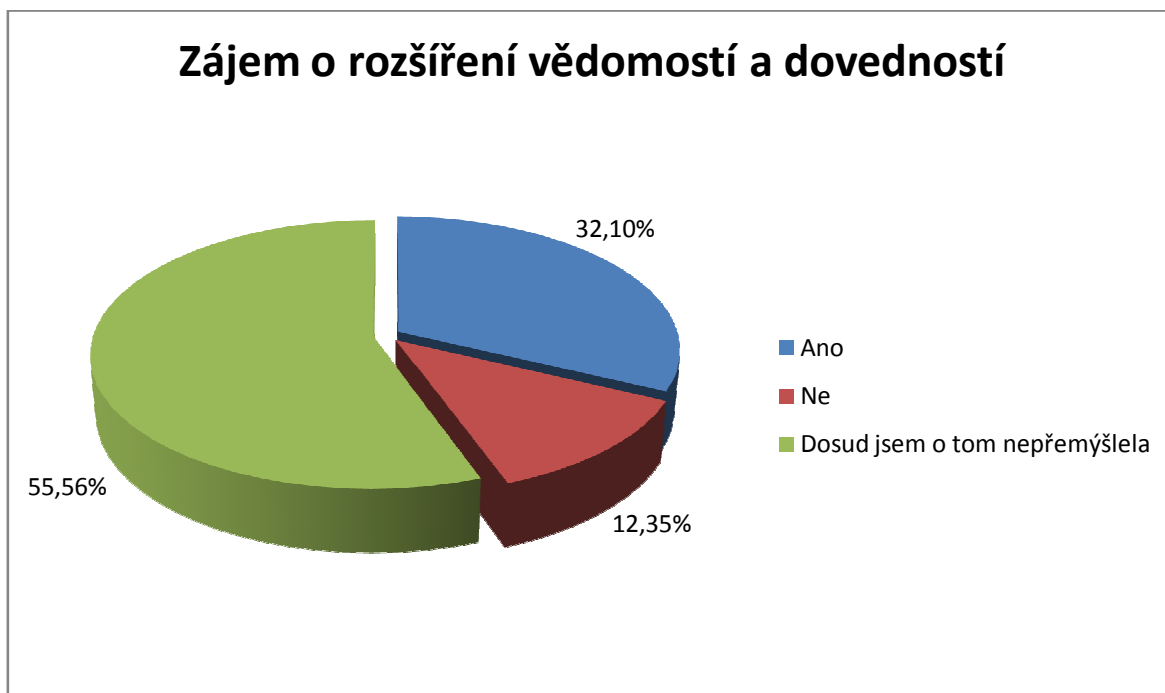
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, mají dostatek teoretických znalostí	11	13,58 %
Ano, nezáleží na vzdělání	7	8,64 %
Ne, jen praxe naučí všeobecné sestry pečovat o umírající	45	55,56 %
Ne, nikdo není připraven pečovat o umírající	10	12,35 %
Neumím posoudit	8	9,88 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

#### Komentář:

Z celkového počtu 81 (100 %) respondentů se 45 (55,56 %) respondentů domnívá, že jen praxe naučí VS pečovat o umírající, 11 (13,58 %) dalších si myslí, že VS mají dostatek teoretických znalostí. Tvrzení, že nikdo není připraven pečovat o umírající, potvrdilo

10 (12,35 %) respondentů. Tuto domněnku neumí posoudit osm (9,88 %) dotázaných a sedm (8,64 %) dalších si myslí, že nezáleží na vzdělání všeobecné sestry.

Otázka č. 19: Máte zájem rozšířit Vaše vědomosti a dovednosti v péči o umírající?



Graf 19: Zájem o rozšíření vědomostí a dovedností v péči o umírající

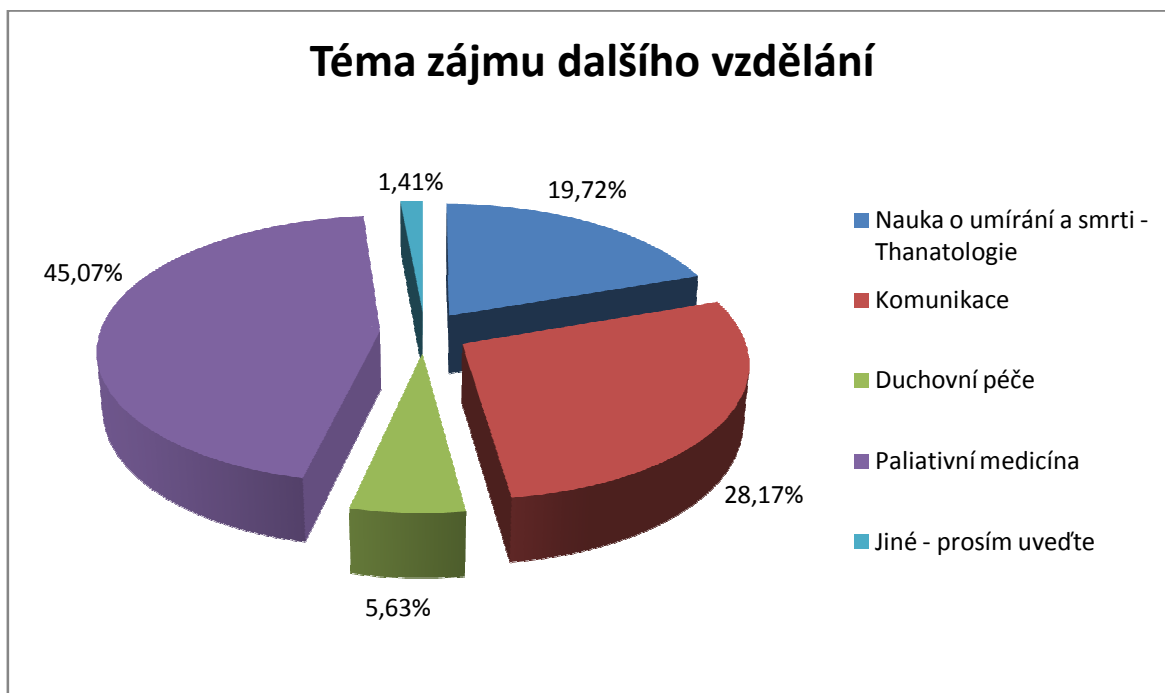
Tabulka 19: Zájem o rozšíření vědomostí a dovednosti v péči o umírající

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	32,10 %
Ne	10	12,35 %
Dosud jsem o tom nepřemýšlel/a	45	55,56 %
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100,00 %</b>

### Komentář:

O zájmu rozšířit si vědomosti a dovednosti v péči o umírající dosud nepřemýšlelo 45 (55,56 %) respondentů, zájem potvrdilo 26 (32,10 %) a dalších 10 (12,35 %) nemá zájem o další vzdělání na toto téma, a proto nepokračovali ve vyplnění poslední otázky dotazníku.

## Otázka č. 20: Co by Vás nejvíce zajímalo?



Graf 20: Téma zájmu dalšího vzdělání

Tabulka 20: Téma zájmu dalšího vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nauka o umírání a smrti – Thanatologie	14	19,72 %
Komunikace	20	28,17 %
Duchovní péče	4	5,63 %
Paliativní medicína	32	45,07 %
Jiné – prosím uveďte	1	1,41 %
<b>Celkem</b>	<b>71</b>	<b>100,00 %</b>

**Komentář:**

Z celkového počtu 71 (100,00 %) respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že mají zájem o další vzdělání nebo o tom dosud nepřemýšleli, 32 (45,07 %) z nich má zájem o téma paliativní péče, dalších 20 (28,17 %) zajímá komunikace, 14 (19,72 %) uvedlo Thanatologii a čtyři (5,63 %) respondenty zajímá duchovní péče. Uvést vlastní názor na téma zájmu využil jeden (1,41 %) respondent a uvedl, že ho zajímají „všechna“ témata.

## 8 DISKUZE

Realizace kvantitativního výzkumu proběhla na odděleních následné péče, které byly vybrány záměrně. Na odděleních tohoto typu se častěji setkáváme s umírajícími pacienty. Tato skutečnost byla prověřena otázkou č. 5 – Pracujete často (více než jednou za měsíc) s umírajícím klientem? Z výzkumného šetření vyplynulo, že 61 (75,31 %) respondentů pracuje více než jednou za měsíc s umírajícím klientem. Dvanáct (14,21 %) respondentů nedokáže tuto skutečnost odhadnout a posledních osm (9,88 %) respondentů ji nepotvrdilo.

Dotazníkové šetření bylo určeno všeobecným sestřám, bez ohledu na délku praxe na tomto oddělení. Abychom se vyhnuli nesprávnému typu respondentů, zajímal nás věk respondentů, vzdělání a praxe na oddělení následné péče. Z 81 (100 %) dotazovaných byli zastoupeni dva (2,47 %) muži a 79 (97,53 %) žen. Tímto se potvrzuje, že povolání všeobecné sestry vykonávají převážně ženy. Nejvíce respondentů bylo ve věku 41–50 let (32,10 %), dále ve věku 31–40 let (25,92 %). Ve stejném zastoupení zůstali respondenti starší 51 let a respondenti ve věku 20–30 let (20,99 %). Co se týče vzdělání, tak nejvíce respondentů, 61 (75,31 %), dosáhlo středního odborného vzdělání. Vyšší odborné vzdělání má 13 (16,05 %) respondentů, vysokoškolské bakalářské pět (6,17 %) respondentů a nejméně, tj. dva (2,47 %), respondenti dosáhli vysokoškolského magisterského vzdělání. Praxi na oddělení následné péče kratší než jeden rok má pět (6,17 %) respondentů, dále 16 (19,75 %) respondentů potvrdilo praxi v délce 2–5 let a o něco méně je respondentů s praxí 5–10 let, tj. 26 (32,10 %). Nejvíce 34 (41,98 %) respondentů má praxi delší než 10 let. Žádný z vyhodnocených dotazníků nevyplňovali respondenti ve věku 20–30 let s praxí kratší než jeden rok nebo s praxí 2–5 let, tyto dotazníky byly vyřazeny, abychom si byli jisti výběrem respondentů.

Dále nás zajímal názor, jestli si sestry myslí, že pacient bez náboženské víry potřebuje duchovní péči. Čtyřicet čtyři (54,32 %) respondentů uvedlo, že i tento pacient duchovní péči potřebuje. Nesouhlas vyjádřilo 14 (17,28 %) respondentů a zbylých 23 (28,40 %) neví. Můžeme tedy říci, že více než polovina všeobecných sester přemýšlí nad duchovními potřebami každého pacienta.

Co si sestry představují pod pojmem „poskytování duchovní péče umírajícím“ vyjádřili nejčastěji jako pocit důvěry a naděje (28,40 %). Dále jako náboženskou potřebu (22,22 %), naslouchání (17,28 %), empatii (9,88 %), dotek (8,64 %), jen přítomnost druhého člověka (8,64 %) a čtyři (4,94 %) respondenti uvedli svůj vlastní názor: „víra spolu

s psychickou oporou“, „vyhovět přáním a požadavkům – příp. jídlo, hudba“ a dva respondenti uvedli, že by zakroužkovali „všechny“ odpovědi. Pod představou pojmu „poskytování duchovní péče umírajícím“ se můžeme zamyslet nad tím, že většina respondentů nespojuje tento pojem pouze s vyznáním víry.

Při poskytování péče umírajícím je nezastupitelně důležitá komunikace, a proto nás zajímaly její bariéry. Problémy v komunikaci s umírajícím určitě má 14 (17,28 %) respondentů a spíše má 26 (32,10 %) dalších. Problémy s komunikací určitě nemá 14 (17,28 %) respondentů a spíše nemá 24 (26,63 %). Komunikační dovednost neumí posoudit tři (3,70 %) respondenti. Skoro polovina (49,38 %) respondentů má problémy v komunikaci s umírajícím, a proto by měli disponovat odbornou komunikační dovedností.

U 40 (100,00 %) respondentů, kteří potvrdili problematiku v komunikaci, jsme se záměrně tázali, proč je pro ně obtížné komunikovat s umírajícím. Pro 21 (52,50 %) respondentů je to psychicky náročné, u osmi (20,00 %) umírající vzbuzuje lítost, sedm (17,50 %) respondentů se bojí, aby umírajícímu slovem neublížili, dva (5,00 %) respondenti se bojí, aby neotevřeli jeho „13. komnatu“ a další dva (5,00 %) neví, o čem mají komunikovat. U více než 50 % respondentů je komunikace s umírajícím psychicky náročná. Vzhledem k tomuto výsledku bychom se měli zamyslet nad zvýšením psychické podpory všeobecných sester při péči o umírající. A to v základu tím, že práce těchto sester by měla být klidná, neuspěchaná, bez nátlaku a s dostatkem času pro kvalitní péči a tím i dostatkem personálu.

Zajímal nás ještě názor sester, jestli je důležitá neverbální komunikace při interakci s umírajícím. Důležitost neverbální komunikace při interakci s umírajícím potvrdilo 44 (54,32 %) respondentů a dále ji nepotvrdili dva (2,47 %) respondenti. Význam této komunikace nedokáže posoudit 35 (43,21 %) respondentů, neboť jednají spontánně. V péči o umírající je neverbální komunikace v některých případech nezastupitelná, a proto je významné její úroveň u sester neustále zvyšovat.

Doplnit předešlý názor jsme chtěli ještě o využití neverbální komunikace u pacientů s poruchou vědomí. Použití neverbální komunikace u těchto pacientů potvrdilo 62 (76,54 %) respondentů a dále ji nepotvrdilo 19 (23,46 %) respondentů. Výsledek nás utvrzuje v tom, že je neméně důležitá i neverbální komunikace mezi zdravotníkem a pacientem s poruchou vědomí.

Holistickou ošetrovatelskou péčí se snažíme maximálně uspokojit všechny potřeby pacienta. Chtěli jsme zjistit, zda sestry zahrnují právě holistický přístup do uspokojování potřeb umírajících. Spontánně při péči jedná a nedokáže posoudit 38 (46,91 %) respondentů, jestli se jedná o holistický přístup. Umírajícího vnímá jako celek 35 (43,21 %) respondentů. V holistickém přístupu čtyři (4,94 %) respondenti upřednostňují léčbu bolesti, dva (2,47 %) kontakt s rodinou, jeden (1,23 %) psychologickou stránku osobnosti a další jeden (1,23 %) respondent upřednostňuje spirituální potřeby. Holistickou péči vždy zaměřujeme na celou bytost, ne jen na nemoc samotnou nebo určitou část jedince, abychom uspokojili všechny potřeby umírajících.

Duchovní péče souvisí s duchovními potřebami, a tak nás dále zajímalo, kam sestry zařazují duchovní péči při uspokojování potřeb klienta. Zařazují ji do biologických, psychologických, sociálních či spirituálních potřeb? Respondenti ji zařazují nejvíce do spirituálních potřeb (vyznání víry, smysl života, odpuštění, smíření s životem), a to až 54 (66,64 %) respondentů. Do psychologických potřeb (bezpečí, jistota, rozumět, vědět) zařazuje duchovní péči 15 (18,52 %) respondentů, do potřeb sociálních (přítomnost blízkých, udržení sociálních rolí klienta) sedm (8,64 %) respondentů a do biologických potřeb (schopnost sebeobsluhy, tláčení bolesti, léčba diagnózy) ji zahrnuje pět (6,17 %) respondentů. Myslíme si, že zařazení duchovní péče do spirituálních potřeb je nejvhodnější, ale i ostatní potřeby mají svůj opodstatněný význam v duchovní péči.

Při příjmu pacienta na oddělení získáváme jeho potenciální problémy (potřeby). Zajímá nás, jestli se sestry zabývají v ošetrovatelské anamnéze duchovními potřebami. Třicet pět (43,21 %) respondentů získává vždy informace k vyhodnocení těchto potřeb, 15 (18,52 %) respondentů méně často, velmi výjimečně 14 (17,28 %) dalších a vůbec nezískává tuto informaci 17 (20,99 %) respondentů. Z výsledků tohoto šetření se domníváme, že duchovní potřeby je důležité zahrnout do ošetrovatelské anamnézy, ale tato kolonka by měla být volná pro jakoukoliv odpověď.

Jestli je informace o duchovních potřebách pro sestry důležitá, odpovědělo 39 (48,15 %) respondentů, že ano, protože dávají možnost uspokojit všechny potřeby. Pro dalších 27 (33,33 %) je tato informace důležitá, neboť si myslí, že duchovní osoba dokáže lépe pomoci umírajícímu. U sedmi (8,64 %) respondentů duchovní potřeba není důležitá, když má klient poruchu vědomí. Tři (3,70 %) respondenti si myslí, že je tato informace bezvýznamná a posledních pět (6,17 %) respondentů uvedlo svůj názor: „občas“, „většinou se řídím dle přání pacienta a jeho rodiny“, „pouze na žádost klienta kontaktuji duchovní-



ho“, „časem hospitalizace vše zjistíme“, „důležité je, co chce pacient“. O informace o duchovních potřebách se zajímá více než polovina respondentů, což považujeme za velice přínosné v péči o umírající.

Poskytování duchovní péče na oddělení následné péče respondenti hodnotili velmi dobře (28,40 %), spíše dobře (50,62 %), spíše špatně (9,88 %), velmi špatně (1,23 %) a neumí posoudit osm (9,88 %) respondentů. Větší část respondentů hodnotila poskytování duchovní péče na oddělení kladně, což je nejen pro nás pozitivní výsledek.

Na otázku, jak poskytují všeobecné sestry duchovní péči, odpovědělo 38 respondentů, že informuje duchovního (46,91 %). Být empatický je pro 15 (18,52 %) respondentů poskytování duchovní péče. Ostatní uvedli, že péči poskytují, když naslouchají (11,11 %), zabezpečí kontakt s rodinou (9,88 %), se snaží o blízký vztah s umírajícím (8,64 %) a když využívají velmi vlídný přístup (4,94 %). Předpokládáme, že nejvíce respondentů (46,91 %) uvedlo, že informují duchovního, protože je to v přímé souvislosti s náboženským vyznáním umírajícího nebo je to přímo cesta k uspokojení jeho duchovních potřeb.

Co si myslí sestry o přípravě všeobecných sester pečovat po studiu o umírající pacienty nás také zajímalo. Více než polovina, tj. 45 (55,56 %), respondentů se domnívá, že jen praxe naučí všeobecné sestry pečovat o umírající. Dalších 11 (13,58 %) se domnívá, že jsou připraveny, protože mají dostatek teoretických znalostí. Deset (12,35 %) respondentů říká, že nikdo není připraven pečovat o umírající a zbylých osm (9,88 %) neumí tuto domněnku posoudit.

Na konci dotazníkového šetření jsme chtěli ještě zjistit zájem všeobecných sester o péči o umírající. Zájem rozšířit své vědomosti a dovednosti v této oblasti mělo 26 (32,10 %) respondentů. Nezájem vyjádřilo 10 (12,35 %) respondentů a doposud o tom nepřemýšlelo 45 (55,56 %) respondentů. Výsledek tohoto šetření je pro nás přínosný, neboť jen 12,35 % respondentů vyjádřilo nezájem.

Poslední otázka byla vytvořena pro respondenty, kteří mají zájem o další vzdělání nebo o tom ještě nepřemýšleli, tj. 71 (100,00 %) respondentů dohromady. Nauka o umírání a smrti – thanatologie je téma zájmu pro 14 (19,72 %) respondentů. Dvacet (28,17 %) respondentů zajímá komunikace, čtyři (5,63 %) duchovní péče, 32 (45,07 %) dalších paliativní medicína a jeden (1,41 %) respondent by uvedl „všechny“ odpovědi. Z výsledků tohoto šetření máme dojem, že je potřebné rozšířit zájem o duchovní péči.

## 8.1 Zhodnocení cílů

### Hlavní cíl:

*Jak vnímají všeobecné sestry poskytování duchovní péče umírajícím.*

K dosažení tohoto cíle byly vytvořeny otázky č. 6, 7. Více než polovina (54,32 %) všeobecných sester si myslí, že duchovní péči potřebuje i pacient bez náboženské víry. Pod pojmem „poskytování duchovní péče“ si více než čtvrtina (28,40 %) sester představuje pocit důvěry a naděje. Poskytovat duchovní péči všem umírajícím bez ohledu na jejich směr víry je cíl ošetrovatelské péče a může to být i pomocí důvěry a naděje.

### Hypotéza:

*Předpokládáme, že více než 30% všeobecných sester vnímá poskytování duchovní péče ryze jako záležitost spirituální služby.*

Naše hypotéza se nepotvrdila, protože méně než 30 % všeobecných sester vnímá poskytování duchovní péče jako náboženskou potřebu (22,22 %).

### Dílčí cíle:

1. *Zjistit, jak všeobecné sestry uspokojují duchovní potřeby umírajících.*

K prvnímu dílčímu cíli se vztahuje otázka č. 17. Co se týče uspokojování duchovních potřeb, méně než polovina, 38 (46,91 %) respondentů uspokojuje tyto potřeby informováním duchovního. Nejčastěji všeobecné sestry při poskytování duchovní péče informují duchovní osobu.

2. *Ověřit si, zda se duchovní potřeby zařazují do holistického přístupu.*

Další cíl je zodpovězen otázkami č. 12, 13, 15. Při uspokojování duchovních potřeb, méně než polovina, 38 (46,91 %) respondentů, jedná spontánně a nedokáže odhadnout, zda se jedná o holistický přístup. Více než polovina, 54 (66,67 %) respondentů, zařazuje duchovní péči nejčastěji do spirituálních potřeb klienta. Informace o duchovní potřebě umírajícího je důležitá pro méně než polovinu respondentů, neboť 39 (48,15 %) jich dává možnost uspokojit všechny potřeby pacienta. Můžeme tedy říci, že duchovní potřeby zařazuje do holistického přístupu necelých 50 % dotázaných.

Hypotéza:

*Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester neví, zda zařazovat duchovní péči do holistického přístupu.*

Opět se naše hypotéza nepotvrdila, neboť jen 38 (46,91 %) respondentů jedná spontánně a neví, zda zařazují duchovní péči do holistického přístupu. Tuto hypotézu přesto hodnotíme jako pozitivní vzhledem k nízkému procentuálnímu zastoupení respondentů a poskytování péče holistickým přístupem, protože klienta vnímá jako celek 32 (43,21 %) respondentů.

3. *Zjistit, v čem je komunikace s umírajícím pro všeobecné sestry problematická.*

K tomuto cíli jsou přiřazeny otázky č. 8, 9, 10. Pro téměř polovinu respondentů, celkem 40 (49,38 %), je obtížné komunikovat s umírajícím. U těchto 40 (100,00 %) respondentů je problematická komunikace hlavně z důvodu psychické náročnosti, a to více než u poloviny z nich (52,50 %). Neverbální komunikaci při interakci s umírajícím využívá více než polovina respondentů, tj. 44 (54,32 %) z celkového počtu 81 (100,00 %). Nedostatek neverbální komunikace nehodnotíme jako problém v komunikaci s umírajícím, protože má velké procentuální zastoupení. Největší bariéru v komunikaci s umírajícím můžeme tedy hodnotit jako psychickou náročnost pečujícího.

4. *Zjistit zájem všeobecných sester o další vzdělání v oblasti duchovní péče.*

K poslednímu dílčímu cíli patří otázky č. 19, 20. Více než polovina, 45 (55,56 %) respondentů o zájmu rozšířit vědomosti a dovednosti v oblasti péče o umírající dosud nepřemýšlelo a 26 (32,10 %) dalších vyjádřilo zájem v této oblasti. Těchto 71 (100,00 %) respondentů uvedlo, jaké téma by je zajímalo. Z tohoto celkového počtu skoro polovina respondentů má zájem o paliativní medicínu, a to 32 (45,07 %) z nich.

Hypotéza:

*Předpokládáme, že více než 10 % všeobecných sester bude mít zájem rozšířit své vědomosti na duchovní téma.*

V tomto případě se hypotéza nepotvrdila, protože jen čtyři (5,63 %) respondenti mají zájem rozšířit své vědomosti na duchovní téma. Při zamyšlení nad malým počtem zájemců o duchovní péči z celkového počtu 81 respondentů, hodnotíme tento výsledek jako stěžejní při zvyšování kvalit duchovní péče.

## ZÁVĚR

Duchovní péče o umírající je čím dál aktuálnější téma. Rostoucí směrem dopředu, pomalu, ale jistě. Ve většině nemocničních zařízení mají k dispozici nemocničního kaplana, který se snaží poskytovat odbornou a kvalifikovanou duchovní péči. Práce všeobecných sester je pestrá, při mnoha ošetrovatelských postupech si ani nemusí uvědomovat, že také poskytují duchovní péči nejen informováním duchovního. Například stačí jen pouhý dotek ruky, úsměv, projev zájmu o pacienta, tiché mlčení či naslouchání, empatie, být důvěrným, nabídnout naději nebo jen osobní přítomnost. V dnešní době rychle provedené práce a nedostatku personálu, poskytnout něco takového, je k nezaplacení.

Z dosaženého výzkumného šetření, které probíhalo na odděleních následné péče, můžeme konstatovat, že se všeobecné sestry zabývají duchovními potřebami umírajících pacientů bez ohledu na jejich náboženské vyznání. Duchovní potřeby zařazují do holistického přístupu, který novodobé ošetrovatelství posunuje dopředu, neboť umírajícího sestry vnímají jako celek, jako bio-psycho-sociální a duchovní jednotu. Poskytovat duchovní péči umírajícím si sestry představují s pomocí důvěry a naděje, ale nejčastěji informují duchovního. Dávají možnost uspokojit všechny potřeby pacienta, ale některé si myslí, že právě duchovní dokáže lépe uspokojit duchovní potřeby umírajících. Největším problémem při komunikaci, která se odráží ve kvalitě poskytnuté péče, je psychická náročnost pro pečující. Péče o umírající je náročná, neboť v první řadě musíme ovládat své city a strach ze smrti, jak vlastní, tak i pacienta. Sestry, které projevíly zájem o další vzdělání, nejčastěji uvedly paliativní medicínu. V této oblasti se sestry mohou také dozvědět více o duchovní péči, neboť paliativní medicína se snaží respektovat individualitu lidské osobnosti a zároveň její jedinečnost z holistického pohledu. Vzdělávání všeobecných sester v oblasti duchovní nebo paliativní péče by mohlo přispět k naplnění kvality života umírajících pacientů, k jistotě jejich pokojné smrti a zároveň minimalizovat vznik syndromu vyhoření, kterým jsou sestry na oddělení následné péče obzvláště ohroženy.

Doufáme, že výsledek bakalářské práce bude iniciátorem k pochopení práce všeobecných sester na oddělení následné péče. Domněnka mnoha zdravotnických pracovníků a zastupitelů zdravotnických zařízení je, že na těchto odděleních pracují sestry, které jsou méně teoreticky či prakticky úspěšné. Právě na tyto sestry se kladou vyšší nároky, neboť péče o umírající je obzvlášť fyzicky i psychicky náročná, protože k zotavení se z některých okamžiků nestačí jen odejít z práce a odpočinout si.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BYOCK, Ira. 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-134-0.

FUNK, Karel. 2014. *Provázení stářím a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-87580-70-7.

HATOKOVÁ, Mária. 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. 2. upr. vyd. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.

HERDMAN, T., Heather. 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification : 2012-2014*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

HEŘMANOVÁ, Jana. 2012. *Etika v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

JAROŠOVÁ, Darja. 2000. *Teorie moderního ošetrovateľství*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-55-2.

KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovateľství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOPECKÁ, Katarína a Magdaléna KORCOVÁ. 2008. *Zdravotnícka etika*. 2. vyd. Bratislava: Osveta. ISBN 978-80-8063-278-6.

KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovateľství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovateľství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1992. *O smrti a umírání*. Přeložili Jiří KRÁLOVEC a Agentura Lingua. Turnov: Arica & Nadace Klíček. ISBN 80-900134-6-5.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 8070132779.

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PLEVOVÁ, Ilona. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-410-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

### **Elektronické zdroje:**

Důstojnost: E-learning [online]. 2015 [cit. 2015-15-02]. Dostupné z: WWW: <<http://elearning.cestadomu.cz/dustojnost-sp.html>>.

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření .....	49
Graf 2: Věk respondentů.....	50
Graf 3: Délka praxe respondentů na oddělení následné péče .....	51
Graf 4: Vzdělání respondentů .....	52
Graf 5: Četnost kontaktu s umírajícím klientem.....	53
Graf 6: Názor sester na duchovní potřebu u klienta bez náboženské víry .....	54
Graf 7: Pojem „poskytování duchovní péče umírajícím“ .....	55
Graf 8: Obtížnost komunikace s umírajícím.....	57
Graf 9: Problémy v komunikaci.....	58
Graf 10: Použití neverbální komunikace při interakci s umírajícím .....	60
Graf 11: Použití neverbální komunikace u klienta s poruchou vědomí .....	61
Graf 12: Holistický přístup .....	62
Graf 13: Zařazení duchovní péče do lidských potřeb .....	64
Graf 14: Posouzení duchovních potřeb v ošetrovatelské anamnéze .....	66
Graf 15: Zastoupení významu duchovních potřeb.....	67
Graf 16: Hodnocení poskytování duchovní péče na pracovišti .....	69
Graf 17: Poskytování duchovní péče.....	70
Graf 18: Přípravenost VS po studiu na ošetrovatelskou péči o umírající.....	72
Graf 19: Zájem o rozšíření vědomostí a dovedností v péči o umírající .....	74
Graf 20: Téma zájmu dalšího vzdělání.....	75

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření.....	49
Tabulka 2: Věk respondentů.....	50
Tabulka 3: Délka praxe respondentů na oddělení následné péče.....	51
Tabulka 4: Vzdělání respondentů.....	52
Tabulka 5: Četnost kontaktu s umírajícím klientem.....	53
Tabulka 6: Názor sester na duchovní potřebu u klienta bez náboženské víry.....	54
Tabulka 7: Pojem „poskytování duchovní péče umírajícím“.....	55
Tabulka 8: Obtížnost komunikace s umírajícím.....	57
Tabulka 9: Problémy v komunikaci.....	58
Tabulka 10: Použití neverbální komunikace při interakci s umírajícím.....	60
Tabulka 11: Použití neverbální komunikace u klienta s poruchou vědomí.....	61
Tabulka 12: Holistický přístup.....	62
Tabulka 13: Zařazení duchovní péče do lidských potřeb.....	64
Tabulka 14: Posouzení duchovních potřeb v ošetrovatelské anamnéze.....	66
Tabulka 15: Zastoupení významu duchovních potřeb.....	67
Tabulka 16: Hodnocení poskytování duchovní péče na pracovišti.....	69
Tabulka 17: Poskytování duchovní péče.....	70
Tabulka 18: Připravenost VS po studiu na ošetrovatelskou péči o umírající.....	72
Tabulka 19: Zájem o rozšíření vědomostí a dovedností v péči o umírající.....	74
Tabulka 20: Téma zájmu dalšího vzdělání.....	75



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: SEZNAM ZAŘÍZENÍ TYPU ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE VE  
ZLÍNSKÉM KRAJI

Příloha P II: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Příloha P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Příloha P IV: DOTAZNÍK

Příloha P I: SEZNAM ZAŘÍZENÍ TYPU ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE VE  
ZLÍNSKÉM KRAJI

**Zlín – Krajská nemocnice T. Bati, a. s.**

Centrum klinické gerontologie

- Oddělení akutní geriatric
- Oddělení následné péče s rehabilitací
- Oddělení ošetrovatelské péče
- Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

**Vsetín – Vsetínská nemocnice, a. s.**

- Léčebna dlouhodobě nemocných

**Valašské Meziříčí – Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s.**

- Oddělení následné péče

**Uherské Hradiště – Uherskohradištská nemocnice, a. s.**

- Oddělení následné péče
- Oddělení ošetrovatelské péče

**Uherský Brod – Městská nemocnice s poliklinikou Uh. Brod, s.r.o.**

- Léčebna následné péče

## Příloha P II: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

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

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

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

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

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

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

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

a) Že uznají a budou hájit nárok nevyлéčitelně 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 nevyлéčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
- Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyлéčitelně 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 nevyлéčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
- Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyлéčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyлéčitelně nemocné nebo umírající.
- Aby zajistily, že nevyлéčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato 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 nevyлéčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
- Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.

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

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


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

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

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

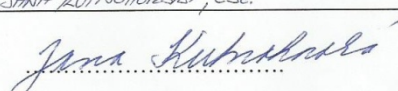
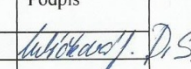
- Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“.
- Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající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

# Příloha P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

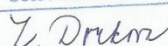
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	ANA-JULIANA STENBERG-LEDOVA		
Téma bakalářské práce	DOLHOVNÍ PRÁCE O UMĚNÍ O PACIENTY A ZOHLEDNĚNÍ VS OND		
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. JANA KUTNOHORSKÁ, CSc.		
	 podpis		
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
LEČEBNÁ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH	Souhlasím	Nesouhlasím	
VŠETŘÍNSKÁ NEMOCNICE a.s.	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

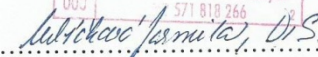
17-02-2015  
Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

94 Všeobecná nemocnice a.s.  
210 Hambošova 5, 755 01 Vsetín  
000 Léčebna dlouhodobě nemocných  
371 818 266

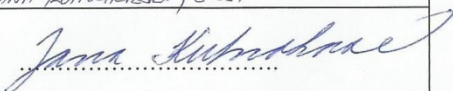
  
razítko a podpis zástupce zařízení





### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	ANA - JULIANA SZENREDESOVA'		
Téma bakalářské práce	DUCHOVNÍ PÉČE O UMÍRÁJÍCÍ PACIENTY A DOMEDU VS CWD		
Vedoucí bakalářské práce	doc. Ph.D. JANA KUTNÁHOVSKÁ, C.Sc.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	Uč. Brod, s.r.o.
LEČEBNA NA SLEDNÉ PÉČE	Souhlasím	Nesouhlasím	ICO: 25583905
	Souhlasím	Nesouhlasím	DIČ: CZ25583905
	Souhlasím	Nesouhlasím	partýzanů 2174 604 01 Uherský Brod

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

17-02-2015

Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
 Fakulta humanitních studií  
 Ústav zdravotnických věd




*Z. Dorková*

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

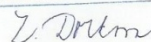
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	ANA - JULIANA STENŘEŽBERGHOVÁ	
Téma bakalářské práce	DUCHOVNÍ PÉČE O UMÍRATIČNÍ PACIENTY & POKYNU VS OND	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. JANA KUTNOHORSKÁ, CSc.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
ODDĚLENÍ NÁSLAVNÉ PÉČE	Souhlasím / <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	
ODDĚLENÍ OŠETROVATELSKÉ PÉČE	Souhlasím / <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	Souhlasím / <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne ...2.8.04... 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



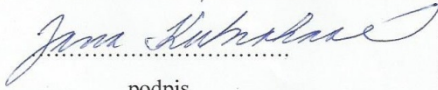
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.  
J. E. Purkyně 365  
606 08 Uherské Hradiště  
hlavní sestra

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

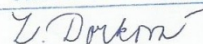
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	ANNA - JULIANA SZENBERGEROVÁ	
Téma bakalářské práce	DUCHOVNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY A ZOHLEDNĚNÍ VS ČAP	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. JANA KUJTOVÁ-HORSKÁ, CSc.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
CENTRUM KLINICKÉ GERONTOLOGIE KNTB, a.s. ZLÍN	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

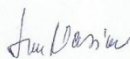
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 12. 1. 15

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
 Fakulta humanitních studií  
 Ústav zdravotnických věd

 17-02-2015

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd



Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
 Havlíčkův nábřeží 600  
 762 75 Zlín (9)

.....  
 razítko a podpis zástupce zařízení

## Příloha P IV: **DOTAZNÍK**

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Ana-Iuliana Stenbergerová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a slouží pouze jako podklad k vypracování mé bakalářské práce na téma: Duchovní péče o umírající pacienty z pohledu všeobecné sestry oddělení následné péče. Vámi poskytnuté odpovědi jsou pro mě cenným zdrojem informací.

Ana-Iuliana Stenbergerová

Prosím označte vždy jen jednu odpověď, která vystihuje Váš postoj.

**1. *Vaše pohlaví:***

- a) Žena
- b) Muž

**2. *Váš věk:***

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

**3. *Vaše délka praxe na oddělení následné péče:***

- a) Méně než rok
- b) 2 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) Více než 10 let

**4. *Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:***

- a) Střední odborné
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské bakalářské
- d) Vysokoškolské magisterské

**5. Pracujete často (více než jednou za měsíc) v zaměstnání s umírajícím klientem?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pracuji často, nedokážu odhadnout.

**6. Myslíte si, že klient bez náboženské víry potřebuje duchovní péči?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**7. Co si představujete pod pojmem „poskytování duchovní péče umírajícím“?**

- a) Naslouchání
- b) Dotek
- c) Pocit důvěry a naděje
- d) Náboženská potřeba
- e) Jen přítomnost druhého člověka
- f) Jiné – prosím uveďte:

.....

**8. Je pro Vás komunikace s umírajícím obtížná?**

Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Neumím posoudit
1	2	3	4	5

Pokud jste odpověděli záporně, pokračujte otázkou č. 10.

**9. Proč je pro Vás obtížné komunikovat s umírajícím?**

- a) Je to pro mě psychicky náročné.
- b) Vzbuzuje u mě umírající lítost.
- c) Bojím se, abych umírajícímu slovem neublížil/a.
- d) Bojím se, abych otázkou neotevřel/a jeho „13. komnatu“.
- e) Nevím, o čem mám komunikovat.
- f) Jiné – prosím uveďte:

.....

**10. Je pro Vás při interakci s umírajícím důležitá neverbální komunikace?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jednám spontánně, nedokážu posoudit.

**11. Využíváte neverbální komunikaci u klientů s poruchou vědomí?**

- a) Ano
- b) Ne

**12. Řídíte se při uspokojování potřeb umírajícího holistickým přístupem?**

- a) Ano, klienta vnímám jako celek.
- b) V holistickém přístupu upřednostňuji psychologickou stránku osobnosti.
- c) V holistickém přístupu upřednostňuji spirituální potřeby.
- d) V holistickém přístupu upřednostňuji léčbu bolesti.
- e) V holistickém přístupu upřednostňuji kontakt s rodinou.
- f) Jednám spontánně, nedokážu posoudit, zda je to holistický přístup.

**13. Do kterých potřeb klienta zařazujete nejčastěji duchovní péči?**

- a) Biologických (schopnost sebeobsluhy, tišení bolesti, léčba diagnózy)
- b) Psychologických (bezpečí, jistota, rozumět, vědět)
- c) Sociálních (přítomnost blízkých, udržení sociální role klienta)
- d) Spirituálních (vyznání víry, smysl života, odpuštění, smíření se svým životem)

**14. Získáváte při příjmu pacienta v ošetřovatelské anamnéze jeho duchovní potřeby?**

- a) Ano, vždy
- b) Méně často
- c) Velmi výjimečně
- d) Ne, vůbec

**15. Je pro Vás tato informace důležitá?**

- a) Ano, dávám možnost uspokojit všechny potřeby klienta.
- b) Ano, myslím si, že duchovní osoba dokáže lépe pomoci umírajícímu.
- c) Ne, pokud má klient poruchu vědomí.
- d) Ne, myslím si, že je tato informace bezvýznamná.
- e) Jiné – prosím uveďte:

.....

**16. Jak hodnotíte na Vašem pracovišti poskytování duchovní péče?**

Velmi dobře	Spíše dobře	Spíše špatně	Velmi špatně	Neumím posoudit
1	2	3	4	5

**17. Jak poskytujete duchovní péči?**

- a) Informuji duchovního.
- b) Zabezpečím kontakt s rodinou.
- c) Snažím se o blízký vztah s umírajícím.
- d) Naslouchám.
- e) Snažím se být empatická/ý.
- f) Využívám velmi vlídný přístup.
- g) Jiné – prosím uveďte:

.....

**18. Domníváte se, že jsou všeobecné sestry po studiu připraveny pečovat o umírající?**

- a) Ano, mají dostatek teoretických znalostí.
- b) Ano, nezáleží na vzdělání.
- c) Ne, jen praxe naučí všeobecné sestry pečovat o umírající.
- d) Ne, nikdo není připraven pečovat o umírající.
- e) Neumím posoudit.

**19. Máte zájem zlepšit Vaše vědomosti a dovednosti v péči o umírající?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Dosud jsem o tom nepřemýšlel/a.

Pokud jste odpověděli ne, děkuji za spolupráci.

**20. Co by Vás nejvíce zajímalo?**

- a) Nauka o umírání a smrti – Thanatologie
- b) Komunikace
- c) Duchovní péče
- d) Paliativní medicína
- e) Jiné – prosím uveďte:

.....

Děkuji za spolupráci.