

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Kateřina Ševčíková

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**POSTOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K UMÍRÁNÍ
A SMRTI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 30. 3. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Aleně Pistulkové za věcné rady, připomínky a za trpělivé vedení této bakalářské práce. Další poděkování patří celé mé rodině a přátelům za trpělivost a podporu. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno: Ševčíková Kateřina

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

Počet stran: číslované 68, nečíslované 33

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: umírání, smrt, zdravotnický záchranář, thanatologie, euthanázie, dystanázie

Souhrn:

Bakalářská práce na téma: „Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti“ popisuje stresové a motivační faktory v práci zdravotnických záchranářů. Práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V teoretické části nahlížíme do historie a snažíme se o přiblížení rituálů konkrétních národností spojené s umíráním a pohřbíváním. Zaměřujeme se na umírajícího dospělého a dítě, na jejich možnosti péče a prostředí kde umírají. Dále se zabýváme i často diskutovanými tématy jako je euthanázie a dystanázie. Průzkumná část obsahuje šetření zaměřující se na postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti v PNP a NP, na to co zdravotnické záchranáře nejvíce frustruje při péči o umírajícího v PNP a NP, a zda zdravotničtí záchranáři mají zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče. Získané výsledky jsou vyhodnoceny a zpracovány do tabulek a grafů.

Annotation

Surname and name: Ševčíková Kateřina

Department: Department of Paramedic and Technical studies

Title of thesis: The attitude of paramedics to dying and death

Consultant: PhDr. Alena Pistulková

Number of pages: numbered 68, unnumbered 33

Number of appendices: 7

Number of literature čems used: 28

Key words: dying, death, paramedic, thanatologie, euthanasia, dystanasia

Summary:

The topic of this bachelor diploma work is: "Paramedic's attitude to death and dying." It describes stress and motivational factors for paramedics in their job. This Bachelor diploma work is separated into theoretical part and practical part. The theoretical part is about searching in history where we try to explain any rituals of specific nationalities which are connected with death and bury. We are focused on dying of adults or children and care options and the surroundings where they are dying. It also deals with very often discussed issues as Euthanasia and Dysthanasia are. The practical part of this Bachelor diploma work contains research about attitudes to dying and death among Paramedics who works in Pre-hospital Emergency Care or at Urgent Department. We try to find what is the most frustrating about taking care of dying patients for them. Furthermore we are determining if Paramedics are interested in another education in palliative care. Results we got are processed into graphs and tabels.

OBSAH

ÚVOD	10
1 VYMEZENÍ POJMŮ	12
1.1 Thanatologie	12
1.2 Umírání	13
1.3 Smrt.....	15
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	17
2.1 Fáze umírání	17
2.2 Umírání a smrt z historického hlediska	19
2.3 Umírání a smrt ve světě	21
2.4 Možnosti péče o umírající pacienty	23
2.4.1 Paliativní péče	23
2.4.2 Hospicová péče	25
3 UMÍRÁNÍ.....	27
3.1 Péče o umírající	27
3.2 Modely umírání.....	28
3.2.1 Domácí model umírání.....	28
3.2.2 Institucionální model umírání	29
3.3 Umírající dítě	31
4 SMRT.....	34
4.1 Diagnostika smrti	34
4.2 Euthanasie.....	36
4.3 Dystanasie.....	37
4.4 Péče o mrtvé tělo.....	38
5 POSTOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	40
5.1 Zdravotnický záchranář	40

5.2 Péče o zemřelé v přednemočnické neodkladné péči	41
5.3 Zátěžové a stresové situace	42
5.4 Syndrom vyhoření	44
5.5 Motivace zdravotnických záchranářů	45
PRŮZKUMNÁ ČÁST	48
6 CÍLE A HYPOTÉZY	48
7 METODIKA	49
PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	50
8 DISKUZE	73
ZÁVĚR	78
LITERATURA A PRAMENY	79
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM GRAFŮ	84
SEZNAM PŘÍLOH	85
PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na postoje zdravotnických záchranářů k umírání a smrti. Ačkoli umírání i smrt jsou nedílnou součástí života každého jedince, jsou v naší společnosti poměrně tabuizované. Každý člověk by si měl uvědomit, že na tomto světě nebude navždy. Měl by pochopit, že tato „závěrečná“ etapa života se bude jednou týkat i jeho. Je zcela přirozené, že se smrti bojíme, je pro nás přeci jen vstupem do neznáma. Nikdo netuší, co na nás na tzv. „druhé straně“ čeká, a na co se máme připravit. Je-li to vůbec možné? Zdáli naše poslední vydechnutí bude bolestivé? Budeme-li i nadále vnímat bolest a emoce či nikoliv? Tyto a mnoho dalších otázek se časem vkradou na mysl každému z nás. Avšak daleko více než smrti se bojíme umírání, jelikož umírání u každého z nás je zcela odlišné.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě absolvovaných praxí na zdravotnických záchranných službách (dále jen ZZS) a na anesteziologicko resuscitačních klinikách a odděleních (dále jen ARK, ARO), kde jsem se velmi často setkávala s danou problematikou. V rámci ZZS jsem se zúčastnila mnoha výjezdů, během nichž jsem měla možnost pozorovat emoce zdravotnických záchranářů při kontaktu se zemřelým (například po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR) či ohledávání zemřelého těla). Taktéž na ARK (ARO) jsem se setkala s několika případy, jež skončily pacientovo smrtí (například po dlouhodobé nemoci). Domnívám se, že toto téma je přínosné především z hlediska zdravotnických záchranářů vzhledem k tomu, že jejich profese je hlavně emočně náročná, čímž hrozí riziko vzniku syndromu vyhoření.

Bakalářská práce je členěna do pěti kapitol, které jsou tvořeny podkapitolami a oddíly. První kapitola je věnována základní terminologii. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku smrti a umírání, přičemž třetí a čtvrtá samostatně popisují tyto dva fenomény. Stěžejní a zároveň poslední kapitola teoretické části je zaměřena na postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti. Touto problematikou se zabývá mnoho významných českých i světových autorů, je k nalezení nespočet internetových zdrojů. Významnou část bakalářské práce tvoří průzkum, jenž proběhne v prosinci roku 2012 a lednu 2013 na vybraných ARK (ARO) a ZZS pracovištích plzeňského, středočeského kraje a Prahy. Pro teoretickou část bude čerpáno z odborné literatury a internetových zdrojů určených nejen pro zdravotníky, ale i laickou veřejnost, zaměřených na umírání

a smrt. Pro průzkumnou část je zvolen kvantitativní výzkum skrze strukturovaný anonymní dotazník obsahující sedmnáct otázek.

Cílem bakalářské práce je v první řadě porovnat postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP) a nemocniční péči (dále jen NP). Dále analyzovat, co zdravotnické záchranáře nejvíce frustruje při péči o umírajícího v PNP a NP. Zda zdravotničtí záchranáři pracující na ARK (ARO) či ZZS mají zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Tato kapitola je věnována obecné terminologii. Zabývá se jednotlivými pojmy, v nichž se odráží stěžejní část bakalářské práce. Thanatologii jakožto nauce o umírání a o smrti. Umíráním, jež je poslední etapou před samotnou smrtí. A závěrem smrtí, která je definitivním ukončením lidského života. (Haškovcová, 2007)

1.1 Thanatologie

Obor thanatologie je většinou definován jako interdisciplinární vědní obor o smrti, umírání a o všech fenoménech, které jsou s ním spojeny. Tento název pochází ze jména řeckého boha Thanatos, bratra Hypnova, smrtelného spánku a smrti, který je většinou zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Prakticky se tímto oborem zabývá celá řada klasických oborů, jako je např. filosofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie a mnoho dalších. Důvodem je bezpochyby různorodost náhledu na danou problematiku, protože každý z těchto oborů se vyjadřuje ke stejnému tématu ze svého úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod. Thanatologie se nepřednáší jako samostatná vědní disciplína. Nejen pro obtížnost sevířit jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také proto, že nikdo nechce být označen za thanatologa. Být thanatologem, zabývat se otázkou smrti a umírání je považováno za morbidní a psychopatické. V dnešní době se nemluví o umění zemřít, nýbrž o umění život prodloužit. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

Většina lékařů moderní doby hledá nové ars moriendi (umění zemřít), ale zapomíná, že kultura umírání vždy přímo souvisí s kulturou života. Není zcela jasné, kdy začal proces, kterým se lékaři začali distancovat od svých pacientů, můžeme se pouze domnívat. Každopádně propast mezi vysoce vzdělaným, technicky vybaveným lékařem a trpícím pacientem je veliká. Právě proto je tak překážkou účastné pomoci v procesu umírání. Lékařství je obor, kde se prolíná odbornost a lidskost. V dnešní době se proto dbá na to, aby se na lékařských fakultách, na fakultách i na středních a vyšších odborných zdravotnických školách vyučovala v rámci ostatních vědních oborů problematika umírání a smrti. Zdravotníci by se měli naučit být citliví k lidským potřebám umírajících, a zároveň by měli být schopni zvládat psychickou zátěž, která z toho vyplývá. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

Thanatologie vznikla ve Spojených státech amerických a zde se také podnítil veliký zájem o tento obor i o fenomén rostoucího pocitu viny za smrt jiných. Počátkem šedesátých let zformulovala základy moderní thanatologie Elizabeth Kübler-Rossová. Zájem o přednášky, zaměřené na problematiku umírání a smrt, stále stoupá a to nejen mezi zdravotnickými pracovníky, ale i u laické veřejnosti. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007) *Smrt každého člověka je jedinečná a neopakovatelná ve svém subjektivním prožitku.* (Kelnarová, 2007, s. 9)

1.2 Umírání

Umírání je poslední fází lidského života. Většina lidí ji vnímá jako období krize, strachu a nejistoty. „*Žádný člověk neumírá stejně, jen ve smrti jsme si rovni.*“ (Haškovcová, 1975, s. 59) O umírání se dá hovořit jako o přechodné fázi mezi životem a smrtí. Tímto se můžeme pokusit vymezit začátek a konec fáze. (Haškovcová, 1975; Haškovcová, 2007)

Na umírání lze nahlížet více způsoby. Jedním z nich, biologicky vzato, je absolutní smrt, která nastává, až když odumře poslední buňka organismu. Dalším z nich, z klinicko-psychologického a sociálního hlediska, je psychická smrt. Ta nastává ve chvíli, kdy úplně vymizí vědomí pacienta. Při sledování vědomí pacienta můžeme určit začátek umírání, v jehož průběhu ustávají životně důležité funkce organismu. (Haškovcová, 2007)

„*Theodor Storm popsal ve své básni začátek umírání velmi výstižně:*

Začátek konce

Je to okamžik, sotva bolest, pouze pocit právě zažitý. A přesto se ti stále vybavuje a přesto tě ruší v životě.

Chceš-li si na něj stěžovat druhým, nemůžeš jej vyjádřit. Praviš sám sobě: „To nic není! a přesto tě neopouští.

Svět se ti stane tak podivně cizím a potichu tě opouští všechna naděje. A nakonec, nakonec víš, že tě zastihl šíp smrti“. (Blumenthal - Barby, 1987, s. 42)

Takže nejdůležitější je vlastní vnímání konečné fáze života pacientem. (Blumenthal - Barby, 1987)

V tomto období přicházíme o fyzické i psychické síly, mnoho umírajících ztrácí zájem o okolní svět a přerušují kontakty s blízkými. Umírající v této fázi často spí, jsou klidní, zasněně bdí a často ve snech či polosnech vedou monology, v nichž rekapituluji

celý svůj život nebo jeho části. Většinou se svými vzpomínkami chtějí být sami, někteří ale uvítají přítomnost jiné osoby. Postupem času u pacienta převládá mlčení. V takových chvílích je důležité pamatovat na sílu a význam ticha. Pacient se zabývá, ať už nahlas nebo ve skrytu, různými otázkami, typu: „Jak dlouho budu ještě trpět?“, „Kolik času mi ještě zbývá?“ Na tyto otázky se mu často dostane odpovědi „na takové věci ani nemysli“. Ale on na ně myslet musí, proto je dobré s nimi dopředu počítat, a ujistit ho, že ať se stane cokoliv, tak vy jste s ním. Ze strany lékařů je dobré umírajícího ujistit, že máte léky odstraňující bolest. (Haškovcová, 2007)

„*Umírání je proces, který probíhá v určitém čase.*“ (Haškovcová, 2007, s. 81) Spousta příbuzných je velmi překvapená, že umírajícímu nic nechutná. Oni pak mají pocit viny, že umírajícího nedonutili nic sníst a kvůli tomu zemřel. Proto by jim mělo být vysvětleno ze strany zdravotníků, že v závěru života je střídání chutí i nechutenství běžné. „*Daniela Tausch-Flammerová má dobré zkušenosti s argumentem, že umírající nejenže nechce jíst, ale ani jíst nepotřebuje. To proto, že „tělesnou energii, kterou získáváme prostřednictvím jídla, on už nepotřebuje.*“ (Haškovcová, 2007, s. 81) Za to potřebuje dostatek tekutin. Je tedy důležité, aby si příbuzní osvojili základní pravidla pitného režimu (tekutiny po lžičkách, později otírání rtů) a dodržovali je. Protože dehydratovaný pacient skutečně trpí a většinou nemá pocit žízně. (Haškovcová, 2007)

Nejistotu až paniku vyvolává neklid umírajícího, jenž se projevuje např. bezcílnými pohyby nohou, rukou či prstů. Tyto projevy většinou signalizují příchod smrti. Neklid je však snadno zvladatelný a stačí, když si k umírajícímu kdokoliv, nejlépe příbuzný, sedne na postel, chytne ho za ruku a ujistí ho, že není sám. Avšak několik dní před smrtí nastává euforie, neboli přehnaný pocit dobrého stavu, pohody, spokojenosti a dobré nálady. Jsou to poslední momenty, kdy se člověk chová „jako kdysi“, má zájem o druhé lidi, je zcela v bdělém stavu, má snahu se posadit nebo i vstát. Euforii bohužel vystřídá smrtelné kóma. Je to hluboké bezvědomí s vymizením jakékoli volní činnosti. Oči umírajícího jsou otevřené nebo polootevřené, ústa bývají nedovřená a reakce na naše slova není žádná. Zornice stále méně reagují na osvit. Ruce, nohy a kolena jsou chladnější než ostatní části těla a barva kůže má temnější odstín. Důležité je, aby osoby v jeho blízkosti hovořili tak, jako kdyby byl při vědomí, slova totiž „nejdou do prázdna“, a umírající je slyší. Proto je tato fáze poslední možností umírajícímu něco sdělit. Je vhodné na to příbuzné upozornit a popřípadě je i povzbudit. (Haškovcová, 2007)

„Proces umírání pokračuje. Puls umírajícího slábne nebo se mění, klesá krevní tlak a tělesná teplota. Dech se může zrychlovat, nebo naopak bývá pomalý, s dlouhými pauzami, „ve kterých vždy myslíme, že je to výdech poslední“. (Haškovcová, 2007, s. 82)

Umírajícího je třeba přikrýt teplou dekou, nelékařští zdravotničtí pracovníci (dále jen NLZP) zajišťují průchodnost dýchacích cest a vhodnou polohu pacienta, tj. zvýšená horní polovina těla. Před okamžikem vlastní smrti je na pacientovi vidět náhlé zklidnění tváře. Mnoho lidí tvrdí, že v očích umírajícího zahlédli něco podobného „záclonám“ nebo, že se mu výrazně projasnili oči (pomněnková modř). (Haškovcová, 2007; Haškovcová, 1975)

Většina umírajících odchází v tichosti, ale někteří mohou mít tzv. poslední myšlenku. Ta většinou vyjadřuje momentální potřebu nebo atmosféru dané situace. Například: „Pít!“, „Horko!“ nebo „Sněží!“ (pacientka byla přikryta sněhobílou dekou). Poté pacient naposledy vydechne a zemře. (Haškovcová, 2007; Haškovcová, 1975)

1.3 Smrt

Smrt je v soudním lékařství definována jako nezvratná zástava srdeční činnosti, s níž se pojí nezvratná zástava dýchání a zánik všech funkcí mozku. Patofyziologicky vzato, jde o nezvratné ukončení všech základních životních funkcí, mezi které se řadí také funkce homeostázy. Od roku 1968 světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) doporučila posuzovat smrt člověka podle nových medicínských poznatků a možností. A to tak, že člověk s izolovaným nezvratným, trvalým vyhasnutím všech mozkových funkcí, je považován za mrtvého, i přesto, že další funkce organismu, přímo na mozku závislé, mohly být stále uměle udržovány nebo mohly fungovat autonomně. (Haškovcová, 2007; Pokorný, 2004)

V dřívějších letech lidé umírali spíše tzv. přirozenou smrtí, někdy také označovanou jako sešlost věkem. V dnešní době ovšem smrt bývá spíše následkem nějakého patologického procesu (nemoci). Smrt může mít různou rychlost. Rozlišuje se smrt náhlá, rychlá a pomalá. Pojmy náhlá a rychlá smrt jsou si velmi podobné, protože náhlá smrt svůj příchod neavizuje a rychlá to činí velmi nezřetelně. Náhlá smrt je často spojována s tragickou smrtí (př. autonehoda, úraz), pojem rychlá značí nemoc (př. infarkt myokardu). Smrt může být také předčasná či přiměřená. Rozlišuje se podle toho, v jakém

věku smrt člověka zasáhla. Další je smrt, kterou si způsobí člověk sám, ať už neúmyslně = sebezabitím, nebo úmyslně = sebevraždou. (Haškovcová, 2007; Pokorný, 2004)

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání je poslední fází lidského života, která když skončí, nastane smrt. Každý umírající jedinec vnímá a prožívá svou vlastní smrt rozdílně. Od toho se odvíjí následující fáze přijmutí skutečnosti, že dotyčný umírá. Někdo tuto skutečnost nepřijme až do poslední chvíle, čímž se ochudí o možná ještě krásné poslední dny, které mohl prožít se svými blízkými. Také se zde zabýváme pohledem na umírání a smrt v historii, jak ji vnímali dříve a jak ji vnímáme dnes, jaké jsou odlišnosti v rituálech a pohřbívání v různých kulturách, jak dlouho se po pohřbu drží smutek a co se smí a nesmí dělat. Dobrá je taky informovanost rodiny i umírajícího o možnostech péče. Je zde možnost využití služeb hospiců či paliativní péče. Které mohou pomoci toto smutné období o něco málo zpříjemnit a zjednodušit. ((Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>)

2.1 Fáze umírání

Jak jsme již zmiňovali, každý člověk umírá jinak. Proto se i fáze umírání mohou lišit, a to v délce, některé fáze se vůbec nemusejí dostavit, některé se mohou opakovat a můžou měnit pořadí. Průběh záleží především na druhu onemocnění. (<http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>)

Elizabeth Kübler-Rossová rozlišuje umírání na 5 fází:

První fáze je negace, šok, popírání, odmítání přijmout pravdu. Projevuje se výroky typu: „*Ne já ne, pro mne to neplatí!*“, „*To není možné!*“, „*To musí být omyl!*“, „*Zaměnili výsledky.*“ (Blumenthal – Barby, 1987, s. 63) Je to v podstatě první reakce na sdělení o jeho osudu a často bývá impulzivní a nekontrolovaná. Každý člověk tuhle informaci prožívá jinak. Někdo to úplně vytěsni nebo popře, a někdo se dokonce pokusí spáchat sebevraždu. Při popření pacient natolik věří, že je zdravý, že odmítá jakékoliv diagnostické či terapeutické zásahy. Myslí si, že pro něj nejsou nutné. Najdou se i tací lidé, kteří bohužel zůstanou v této první fázi až do doby krátce před smrtí. Z pohledu zdravotníků je důležité toto respektovat a naučit se s tímto pacientem komunikovat. V této fázi je zkrátka nezbytné umět čekat. Rozhodně je podstatné mít se stále na pozoru. To kdyby pacient přijal pravdu a poprosil o oporu, abychom na to byli připraveni a neodkládali to. Pokud bychom to odložili na jindy, na později, pacient by se mohl už nadobro stáhnout do sebe a odmítal by

jakoukoliv pomoc. (Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>)

Druhou fází je agrese, hněv, vzpoura. Projevuje se typickými výroky: „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“, „Vždyť mi nic nebylo.“ Tato fáze je psychicky náročná pro všechny zúčastněné. Nemocný se začne pomalu vyrovnávat se svým osudem, což má za následek projev nevysvětlitelných výbuchů vzteku. Pro nic za nic a na všechny. Bohužel i na lidi, kteří se mu snaží pomoci a i na své blízké, které má tak moc rád. Nejčastějším terčem jsou NLZP, jelikož v pacientově přítomnosti tráví nejvíce času. Všechno, co udělají, je špatně. Pacient nadává, pokud vejdou do pokoje, že nemůže být ani chvíli sám. Ve chvíli, kdy tam nikdo není, nadává, že se o něho nikdo nestará. Neustále čeká na své příbuzné, a když přijdou, zahrne je výčitkami. Zkrátka všechno je špatně. Často se jeho hněv otočí dovnitř a má sklon k sebetržnění. Tomuto vystupování nikdo z jeho okolí nerozumí a bojí se ho. Následně se od pacienta začnou lidé izolovat. Sestry se mu vyhýbají a příbuzní si hledají záminky, aby nemuseli na návštěvy. V závěru se zjistí, že pacient svým hněvem pouze žádá o pomoc a porozumění. Zjistí se, že jen všem všechno záviděl a vyčítal jim, že oni si mohou užívat, jít domů, válet se u vody, ale on musí tvrdnout v nemocnici. Je třeba, aby personál i příbuzní byli informováni o možných fázích umírání a byli na takovéto výbuchy hněvu připraveni a rozhodně je nebrali vážně. Prostě to chce čas a trpělivost. (Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>)

Smlouvání, vyjednávání, typické hledání zázračných léků, léčitelů, diet apod. spadá do třetí fáze. Kdy tedy nemocný plně chápe a přijal svou nemoc. Začíná rekapitulovat, jak žil, co všechno v životě dokázal, ale hlavně přemýšlí, jak nahnat ještě nějaký čas, aby mohl stihnout to, co doposud nestihl. Přemýšlí o tom, jak naložit se zbývajícím časem, co by chtěl ještě ve svém životě dokázat. Často si dává různé cíle, např.: chtěl bych tu být na synově promoci, vnukově svatbě atd. Je důležité dávat si krátkodobé cíle. V této fázi se vyptává lékařů a NLZP na nové léčebné metody a na pokusy v jiných zdravotnických zařízeních (dále jen ZZ). Tato fáze mu vlastně umožňuje odložit nevyhnutelné. Samozřejmě, že ošetřující personál by měl pacienta chápat, ale nikoli s ním dále spekulovat. (Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>)

Čtvrtou fází je deprese, smutek, zoufalství, např. strach z utrpené ztráty, strach z hrozící ztráty, strach o zajištění rodiny atd. Nemocnému ubývá fyzických i psychických sil a je unavený z neodvratitelného konce. Deprese vyvolává často na jedné straně lítost ke

všemu, co opustí a na druhé straně rozloučení se všemi blízkými. Že bude muset opustit svoje životní role, jak pracovníka, tak člena rodiny. V tomto období bývají vhodná antidepresiva, ale nejvíce umírajícímu pomůže přítomnost někoho z blízkých. Jak jsme se již zmiňovali, postačí, když se k němu posadí někdo z rodiny, bude ho držet za ruku, bude mu naslouchat a povídat si s ním. Občas se stává, že při základní depresivní náladě si pacient chce vyžádat „vysvobozující injekci“, aby nemusel tak dlouho čekat. Zde je nejdůležitější podpora rodiny i zdravotnického personálu, protože pokud překlene tuhle fázi, může zažít ještě pár krásných dnů. Právě ty jsou pro umírajícího velmi důležité. (Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>)

Pátá fáze je smíření, souhlas. Je to přijetí pravdy a snaha o co nejpříjemnější prožití posledních chvil. Do této fáze se nemusí zdaleka dostat všichni. U pacienta může dojít k rezignaci či stavu beznaděje. Je zde tedy důležité podporovat ho a být mu nablízku. (Blumenthal – Barby, 1987; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>)

2.2 Umírání a smrt z historického hlediska

Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. (Haškovcová, 2007, s. 23) Každý člověk by si měl uvědomovat svoji konečnost, protože nikdo nemá dost času. Čas každého z nás je limitovaný. Z historického hlediska můžeme pozorovat značné rozdíly týkající se akceptace smrti. V minulosti byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. (Haškovcová, 2007)

Ariés popisuje čtyři základní orientace:

První vystihuje období od nejstarších dob až do středověku. Smrt byla tzv. „neškodná, krotká, ochočená“ byla běžnou součástí každodenního života. Umírali mladí lidé, děti, matky při porodu a lidé při hromadných neštěstích (katastrofy, epidemie). *Každý viděl umírat své přátele a příbuzné a každý se připravoval na svou smrt.* (Munzarová, 2005, s. 66) Umírající se rozloučil s rodinou, se svými blízkými, lehl si, zkřížil si paže a čekal na smrt. Tomuto procesu byli samozřejmě přítomni členové rodiny. I sousedé přišli umírajícího doprovodit na jeho posledním úseku života. V této době, díky přítomnosti rodiny při posledních minutách umírajícího, všichni věděli, jak se o svého příbuzného starat a nepotřebovali k tomu pomoc profesionálů. (Munzarová, 2005)

Další období Ariés datuje zhruba od dvanáctého do patnáctého století, kdy si člověk začal uvědomovat svoji individualitu vůči společnosti. *Familiárnost všech se smrtí byla nahrazena důrazem na vlastní smrt každého jednotlivce. Tato druhá orientace („má vlastní smrt“, „smrt – osobní konec“)* pokládala smrt za poslední a osobní drama jednotlivce. (Munzarová, 2005, s. 66)

V devatenáctém století však dominuje „smrt jiného“. Lidé omdlévají, chřadnou a drží půst, a to jen proto, že vnímají smrt někoho jiného s větší nevolí. Nebojí se tedy vlastní smrti, ale smrti toho druhého. Tyto pocity stojí za zrodem hrobů a hřbitovů. Na smrt bylo nahlíženo s bolestí především proto, že smrt nás oddělí od našich milovaných a tím ukončí naše vztahy. Posmrtný život si představovali jako věčný spánek nebo jako nekonečný pobyt v pekle či v nebi. Také doufali ve vzájemné setkání. Poslední vůle se příliš nepsali, lidé své věci svěřovali svým blízkým v důvěře. (Munzarová, 2005; Blumenthal – Barby, 1987)

Ve čtvrté orientaci, ve dvacátém století dochází k „popření, odmítání smrti“. Většina lidí už neumírá doma, ale spíše v nemocnicích. Již nechtějí mít smrt doma, v bytě, pořád na očích. Je lepší o smrti nic nevědět a ani o ní přemýšlet. Nejdůležitější je pro ně zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý a bezstarostný život. Takže bylo lepší na smrt nemyslet, protože by jim tyto plány a sny jen kazila. (Munzarová, 2005; Blumenthal – Barby, 1987)

„Smrt je kompletně medicalizována: má místo nejlépe pouze v nemocnici, jedině lékař ji může potvrdit a orazítkovat a smutnou skutečností je, že lékaři často více manipulují s léky, přístroji a s nemocným orgánem než s člověkem v jeho celistvosti a v jeho nouzi.“ (Munzarová, 2005, s. 68) Snaží se všemi možnými způsoby oddálit okamžik smrti, který by brali jako selhání svého umění. Bohužel se zcela vypařilo ono hippokratovské, že lékař jen někdy uzdravuje, vždy však pečuje. *„Všichni víme, co je to „mozková smrt“, mluvíme o „smrti srdeční“ a přitom nevíme vůbec nic o tom, co se děje v jednom jediném umírajícím člověku.“* (Munzarová, 2005, s. 68)

Dnešní přístup ke smrti a umírání se však naštěstí liší a mění k lepšímu. Dochází k mohutným hnutím s bojem za skutečně dobrou a důstojnou smrt. Vznikají hospice, jejichž cílem je paliativní péči pomoci nemocnému a jeho rodině. Snaží se pečovat o všechny potřeby člověka: fyzické, psychické, spirituální i sociální. (Munzarová, 2005)

2.3 Umírání a smrt ve světě

Umírání, smrt a s nimi spojené rituály a zvyklosti se liší v každé národnosti, náboženství a zemi. Dovolili jsme si vybrat jen některé typy, které jsou podle našeho názoru zajímavé.

Dle islámských zvyků je zdravotnický pracovník povinen nahlásit úmrtí člověka islámskému centru. Islámská etika nařizuje rodině navštěvovat své nemocné. Člověku tak připomíná dar a křehkost zdraví. Účelem mladších, je doprovázet své starší až do poslední chvíle. Po úmrtí se recituje Korán a vzpomíná na Alláha. Následně se umyje tělo nebožtíka a to tak, že muži muže a ženy ženu. A to s veškerou ohleduplností, protože jak učil Boží Posel, zlomení kosti mrtvému je jako zlomení kosti živému. Takže opatrně, s úctou a respektem. Poté tělo navoněli vonnými esencemi a zabalili jej do bílého plátna. Tím byl zemřelý připraven na pohřeb, který se dle islámské tradice má konat co nejdříve, ale nejlépe den po skonu. Co se týče samotného pohřbu, ten bývá již skromný a jednoduchý. Pozůstalí říkají pohřební modlitbu zvanou dženáza. Poté je nebožtík na dřevěné desce odnesen k místu posledního odpočinku a zabalen v bílé látce, je uložen do předem vyhloubeného hrobu. Každý by měl do hrobu vhodit alespoň hrst hlíny. Tím se značí jednota muslimů a jejich vzájemnost po celý život. (<http://www.e-islam.cz/node/475>)

Dále jsme vybrali Židy, mezi jejichž praktiky při umírání patří především nutná přítomnost rodiny, umírající nesmí zůstat sám. V blízkosti umírajícího je zapálena svíce. Umírající je povinen za přítomnosti duchovního se naposledy vyznat ze svých hříchů, odříkat poslední modlitbu a vyznat tak tím svou víru. Při péči o zemřelého, Židé nechávají tělo osm minut bez doteku a k nosu mu přikládají pířko. Poté nejbližší příbuzný zavře zemřelému oči i ústa. Mytí těla provádí teplou vodou za doprovodu modlitby seskládané z veršů Bible. Následně zesnulého oblečou do zvláštních kalhot, košile, ponožek, čepice, rubáše (kitl) a pásku vyrobeného z bílého plátna, nazývající se tachrichin. Položí ho na zem, nohama ke dveřím, s rukama volně podél těla a zakryjí jej látkou. Zapálenou svíci dají co nejbližší hlavy. Následný pohřeb se koná co nejdříve, pokud to jde, tak ještě týž den. Judaismus zakazuje do hrobu zemřelého vkládat šperky i květiny. Nesmí být vidět rozdíl mezi chudým a bohatým, proto mají všichni pohřbení stejné oblečení a neohoblované rakve. Dalším zvykem je, že si blízcí příbuzní na výraz smutku před obřadem natrhnou své oblečení. Po odzpívání modlitby a smuteční řeči se seřadí průvod, v čele s hodnostářem pohřebního bratrstva s pokladničkou na milodary. Za ním se dál řadí nejbližší příbuzní

zemřelého a ostatní zúčastnění. Při cestě k hrobu se sedmkrát přednese žalm 91. Po spuštění rakve do hrobu, každý z přítomných na ni vysype tři lopatky hlíny. Poslední fáze se odehrává v synagoze a zúčastnění se modlí žalm 49. Někdo z přítomných mužů přednese modlitbu Kadiš, při odchodu si všichni rituálně umyjí ruce a přátelé zvou pozůstalé na hostinu útěchy.

(http://cs.wikipedia.org/wiki/Židovský_způsob_pohřbívání;

www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/KS_při_umírání.pdf)

Další vybranou skupinou jsou Vietnamci. Ti upřednostňují domácí model umírání a přikládají velký význam péči o své rodiče ve stáří a truchlení nad jejich smrtí. Truchlicí doba je obvykle tři roky. Při úmrtí se shromáždí celá rodina kolem zemřelého a nejstarší potomek navrhne jméno pro zesnulého. Neboť jméno, co používal za života, je bráno jako nešťastné, na to aby ho používal i po smrti. Muži většinou mají jméno Trung jakožto věrnost nebo True jako lojalita. Ženy jsou Trinh jako oddanost nebo Thuan, což je harmonie. Dle rituálu, když zemře rodič, by děti neměly tuto skutečnost přijmout. Proto zesnulému dávají hůlky mezi zuby a jeho tělo položí na matraci na podlahu, ve snaze přivést ho zpět k životu. Dalším rituálem je, že nejstarší potomek vezme zesnulému rodiči košili, kterou nosil zaživa a mává s ní ve vzduchu, aby se duše zemřelého vrátila zpět do těla. Poté, co potomci dokončí tyto rituály, se provádí očista těla. Zemřelý se omyje, což symbolizuje opláchnutí prachu pozemského světa. Do úst zesnulého vkládají peníze, zlato a rýži, na znamení, že tento svět opustil, aniž by za života trpěl bídou či hladem. Následně je tělo zabaleno do bílého plátna a uloženo do rakve, u níž rodinní příslušníci drží čestnou stráž, až do chvíle, kdy je vybrán příznivý čas pro pohřeb. Dříve truchlicí v období smutku nosili speciální smuteční oděv a nesměli si česat ani stříhat vlasy. Nebylo ani dovoleno jíst dobré jídlo a provádět jakoukoliv formu zábavy. V dnešní době, v období smutku, nosí kus černé látky kolem paže, na klopě či na hlavě. Svatební obřady jsou v tomto období nadále zakázány. (<http://www.asianstyle.cz/kultura/7800-vietnamske-pohrebni-ritualy>)

Také Romové upřednostňují umírání v domácím prostředí. U lůžka zemřelého se schází celé jeho příbuzenstvo a setrvává u něho až do konce. Při posledním výdechu umírajícího se zakrývají všechna zrcadla v místnosti, aby se ochránil svět živých před světem duchů. Ženám se odebírají šperky a rozpouští vlasy, aby se jejich duše odpoutala od těla. Péči o tělo obstarává rodina sama a vodu, kterou ho umývali, vylévají do míst, kudy nikdo nechodí. Z důvodu, aby nikoho nepostihla nemoc. Také v místnosti, kde je zemřelý uložen se nesmí vařit ani větrat. Mrtvému se zatlačují oči mincemi, aby si nevzal

nikoho s sebou. Na nohou se nechávají pouze ponožky nebo boty bez tkaniček. Do rukou mu vkládají peníze, potřebné při cestě na onen svět. Pokud zemře doma, je zvykem nechat ho doma až do pohřbu. Aby zesnulého chránili před zlými duchy, bdí u jeho těla, hrají karty a vyprávějí si o něm historky. V den pohřbu se všichni shromáždí u rakve, zemřelého poprosí o odpuštění a i oni mu odpustí. Poté se místnost vysvětlí svěcenou vodou a následuje smuteční průvod. V období smutku se nesmí zpívat, tancovat ani si přit'ukávat sklenicemi. Tyto jejich rituály a zvyky slouží k udržení dobrého vztahu se zemřelým. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/umirani-a-smrt-v-romske-kulture-472814>)

V Grónsku své mrtvé pohřbívají do země, kterou musí rozbítet pneumatickým kladivem. A to protože země je tam trvale zmrzlá. Oproti tomu domorodí obyvatelé Grónska, kteří věří v převtělování duší, pohřbívají své zemřelé na kamenité vyvýšeniny. To proto, aby měli dobrý výhled. Například východní inuité ukládali těla a rituální předměty na vybraná místa, zakrývali je kameny nebo je nechávali jen tak ležet na sněhu. V severozápadní části Aljašky mrtvé pohřbívají do země, v jiných oblastech je dávali ve skrčené poloze do dřevěných rakví. U jihozápadních kmenů se pohřbívají buď na lešení, opět kvůli výhledu, nebo do země, vyzdobené mnoha dřevěnými sochami. (<http://www.funeralq.cz/rubriky/byt-hrobnikem-je-v-gronsku-jedno-z-nejtezsich-povolani>)

2.4 Možnosti péče o umírající pacienty

V této podkapitole přibližujeme možnosti péče o umírající pacienty. Každý jedinec, který trpí nevy léčitelnou nemocí má možnost zvolit si, kde a jak by chtěl poslední chvíle strávit. V tomto těžkém období, jak pro rodinu, tak i pro samotného pacienta, jsou zde možnosti paliativní a hospicové péče. Které poskytují psychickou podporu a snaží se toto těžké období co nejvíce zpříjemnit. Jak umírajícímu pacientovi, tak i jeho nejbližším. (Munzarová, 2005; <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>)

2.4.1 Paliativní péče

Název pochází z latinského pallium, což znamená maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. Paliativní péče je tedy komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče. Je poskytována pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem je zmírnit bolest a jeho další tělesné, duševní, psychologické

a sociální strádání. Zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. (<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>)

WHO podporuje paliativní medicínu, která poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů nemoci. Dále život a umírání pokládá za normální proces. Cílem paliativní péče není smrt urychlovat, ani odsuzovat. Integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Nabízí podpůrný systém, aby pomohla pacientům žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné. Dále nabízí podpůrný systém, který má rodinám pomoci vyrovnat se s pacientovou nemocí a s jeho ztrátou. Paliativní péče poskytuje cestou týmového přístupu pomoc odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku, je-li to třeba. Také usiluje o zvyšování kvality života a může mít pozitivní vliv na průběh nemoci. Paliativní péče je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, jako je chemoterapie nebo ozařování. Zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací. (Payenová, 2007)

Cecilie Saundersová zasvětila celý svůj život péči o pacienty, kteří trpí pokročilou a progresivní chorobou. Také je považována za zakladatelku moderní paliativní péče. V roce 1967 otevřela Hospic svatého Kryštofa v Londýně. Saundersová učila, že každý nemocný má své zvláštní a speciální potřeby a stejně tak i jeho rodina. Proto je nutné, odhalovat a odlehčovat jejich trápení a to nejen nemocnému, ale i jeho rodině. (<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>; Payenová, 2007, Munzarová, 2005)

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Základem je sledování a rozpoznání toho, co významně ovlivňuje kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou atd.). Tuto obecnou paliativní péči by měli umět poskytovat všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

(<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>; Payenová, 2007, Munzarová, 2005)

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni a mají potřebné zkušenosti v otázkách paliativní péče. Tato péče je poskytována pacientům a jejich rodinám. Hlavní náplní těchto týmů je poskytování paliativní péče. (Munzarová, 2005; Forman, 2003; <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>)

2.4.2 Hospicová péče

Hospicová péče je poskytována v lůžkovém zařízení v hospici, nebo ve stacionáři, který je součástí hospice a dále také v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci. Hospice se skládají z lůžkové části, jež má obvykle do 25 lůžek. Dále ze stacionáře, jehož činnost je rozsáhlá a kombinována s agenturní domácí péčí. V hospicích je taktéž vzdělávací centrum s poradnou. Jeho prostředí je velmi příjemné a interiér připomíná spíše domov než nemocnici. Na rozdíl od nemocnic v hospici funguje individuální denní režim. Je spíše přizpůsoben potřebám a přáním pacientů. Pacienti vstávají a uléhají, kdy chtějí. Mohou si zvolit, kdy chtějí jíst, kdy se bude provádět hygiena. Hned po ránu se mohou obléci do civilních šatů a každý pacient má přidělenou svoji ošetřovatelku či sestru. Každý pokoj je vybavený telefonem. Pacienti mají přístup na terasu, zahradu, která jim umožňuje pobyt na čerstvém vzduchu. Návštěvy jsou naprosto neomezené. V jakýkoliv den i hodinu. Je možná i nepřetržitá přítomnost příbuzných a ti, kteří mají zájem, mohou pomáhat s péčí o umírajícího, pro něhož je to velká psychická podpora. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

Myšlenka hospice vychází z úcty k lidské bytosti, z úcty k umírajícímu a z jeho potřeb. Dále se v hospici ctí autonomie člověka a jeho právo rozhodovat se. V hospici jde o doprovázení umírajících lidí a jejich rodin. Poskytuje paliativní péči i léčbu, respektuje uspokojování potřeb psychických, sociálních a spirituálních. Rozhodně neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Hlavní je, že pacient v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost, a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

Pro hospicovou péči je důležité poskytování paliativní ošetřovatelské péče. Proto mají hospice nadstandardní vybavení, co se týče kvality i množství, jaké nenajdeme v žádné nemocnici. Například lůžka s nastavitelnou výškou, polohovatelná a elektricky ovládána. Většina pomůcek je jednorázová, při hygieně se nešetří voňavými spreji, běžně se používá pojízdná vana, mobilní dávkovače léků. Do hospice jsou přijímáni pacienti, které ohrožuje daná choroba na životě, tudíž potřebují intenzivní paliativní léčbu a péči, ale zároveň není nutná hospitalizace v nemocnici a nestačí nebo není možná domácí péče. Pro přijetí je bezpodmínečně nutný plný písemný informovaný souhlas nemocného. Další podmínkou je neblahá prognóza a potřeba paliativní péče, kterou již nelze provádět v domácím prostředí. Návrh na přijetí do hospice dává zpravidla ošetřující lékař, ale vlastní

iniciativu může projevit rodina nebo i samotný pacient. O tom, zda bude pacient přijat či nikoliv, rozhoduje vedoucí lékař hospice. (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

3 UMÍRÁNÍ

Umírání je nevyhnutelnou součástí života každého jedince. Bohužel nebo bohudík nikdo z nás neví, kdy nás tato životní etapa dostihne. Jde – li o umírání následkem dlouhé nemoci, má člověk alespoň čas nebo spíše možnost se na tuto událost „připravit“ a zajistit si potřebné věci. I pro ostatní příslušníky rodiny je tento smutek snesitelnější, než když člověk zemře náhle či násilnou smrtí. Mnohonásobně intenzivněji tyto pocity vnímáme, jedná – li se o malé děti. (Haškovcová, 2007; Kübler – Rossová, 2003)

3.1 Péče o umírající

V předchozích letech bylo značným problémem zajistit každému umírajícímu alespoň minimální, tj. základní zázemí a nejdůležitější fyzické potřeby. O sociálních otázkách nemohlo být ani řeči, i když se postupem času ustálila určitá schémata na zaopatřování sirotků a vdov. O psychické potřeby v našem slova smyslu se také nejednalo. Lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat a i umírající věděl, co se od něho očekává a to díky tomu, že dříve smrt nebyla tabuizovaná. Umírajícím velmi pomohlo, že se se smrtí setkávali od mala a jako děti často sekundovali u lůžka jiných lidí, kteří umírali. *„Každý rituál zklidňuje emotivně vypjatou situaci a základní scénář umírání a smrti byl na elementární úrovni všeobecně znám.“* (Haškovcová, 2007, s. 26) Velmi důležitou součástí rituálu byla duchovní péče a byla taktéž její nejpropracovanější složkou. Duchovní péči poskytovali kněží, věřící a rodinní příslušníci byli průvodci člověka „jdoucího ke smrti“. Postupem času se o péči o umírající začali ujímat obce, šlechta i církev. Vznikaly chudobince, chorobince, špitály i pastušky, což signalizuje snahu o vznik dostupné sítě pomoci potřebným, především chudým lidem. Tato snaha o změnu je zřetelná zejména od dob středověku. Do té doby byla kvalitní péče o umírající dostupná pouze pro bohaté a mocné. Ti měli určitá privilegia jako např. přítomnost lékaře u lůžka (což si většina chudých nemohla dovolit nejen při umírání, ale ani během života). (Haškovcová, 2007; Ellershaw, 2003)

3.2 Modely umírání

Téměř každý člověk si přeje zemřít doma, obklopen milující rodinou a přáteli. Ale ne vždy tomu tak je. V dřívějších dobách byl domácí model umírání samozřejmostí, lidé uměli perfektně pečovat o své umírající rodinné příslušníky. V dnešní době se dává přednost spíše institucionálnímu modelu umírání. Lidé neumějí a snad ani nechtějí umět pečovat o své umírající blízké. Ať už je to strachem či neochotou, avšak doufejme, že se znovu naučíme postavit se smrti čelem a tudíž zařídit svým nejbližším krásný a příjemný odchod z tohoto světa jako tomu bylo dříve. (Haškovcová, 2007)

3.2.1 Domácí model umírání

Spočívá v představě o „hřejivé náruči“ všech zúčastněných, kteří umírajícího doprovázejí. Standardní postup je, že samotný umírající vyhodnotil svoji situaci a uznal, že nastal jeho čas tzv. „poslední hodinka“. Proto svolal členy své rodiny, aby mohl vyslovit svá poslední přání. Poté se s nimi důstojně rozloučil a příbuzní zavolali kněze. Katolický kněz přicházel k domu umírajícího vždy se zvonečkem v ruce, aby všichni ve vsi věděli, že jednomu z obyvatel bude zvonit hrana. *Poskytnutím svátosti nemocných kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu.* (Haškovcová, 2007, s. 27) Laici to nazývají poslední pomazání, avšak nutně nemusí být poslední (zaopatření nemocného a posila pro tělo a duši může být udělována opakovaně). Poté se umírající zklidnil, tiše a trpělivě čekal na svou smrt, většinou v oparu milosrdné agónie. Pokud, ale měl silné bolesti a nedařilo se je zvládnout laickou pomocí, byl výjimečně volán lékař, aby podal zklidňující injekci morfia. Bohužel takto idylické umírání bylo spíše vzácností. Mnoho umírajících nemělo rodinu, nebo ji měli nefunkční či nedosažitelnou. Lékař nebyl vždy přítomen při domácím umírání. Bylo to jednak nedostatkem lékařů a také tím, že pozůstalí neměli dost peněz ani na základní honorář. (Haškovcová, 2007)

Glorifikace domácího modelu umírání má však své důvody. Lidé, kteří měli rodiny, neumírali sami a umírání bylo sociálním aktem. V rodině si rozdělovali pečovatelské role s ohledem na tradici. Důležitou psychickou oporu jim poskytovala osobní víra, kněz a také sousedé, kteří se do procesu zapojovali. V dnešní době umírající a jejich rodiny hodně postrádají právě psychickou podporu a pomoc, proto velmi rádi vzpomínají na domácí model umírání, a to i přes jeho četná negativa. (Haškovcová, 2007)

Je důležité zdůraznit, že dříve se za svůj život každý člen rodiny setkal s umírajícím a s mrtvým tělem několikrát. „*Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka.*“ (Haškovcová, 2007, s. 28) Lidé byli velmi zběhlí v jednotlivých fázích umírání. Výrazy jako, „už se špičatí“ a má „záclonky v očích“ jim nebyly cizí. Tyto slovní výrazy jsou projevy zcela jistě se blížící smrti. Samozřejmě také ovládali tradiční laické ošetrovatelské úkony a prováděli je. Věděli, že když už umírající odmítal jíst tuhou stravu, nabídli mu slabý polévkový vývar a později už jen tekutiny, zejména bylinné čaje. Přikrývali ho vrstvou pokrývek, protože zesláblý umírající pociťuje zimu, především na končetinách a nepřekvapila je ani změna barvy kůže na loktech a kolenou. V pokoji udržovali pološero, protože si byli vědomi, že nemocnému nedělá ostré světlo dobře. Když dotyčný zemřel, bylo zvykem, že mu nejstarší syn zatlačil oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby mohla duše zemřelého odlétnout. Chvilku postát a v úctě se pomodlit „Otče náš“, bylo samozřejmostí. Dále se zemřelý omyl, podvázala se mu brada a oblékli ho. To vše patřilo k běžně zažitým dovednostem. Pohřeb byl často vypravován z domova, kde bylo mrtvé tělo zpravidla tři dny vystaveno ve slavnostním pokoji. To proto, aby se se zemřelým mohli všichni rozloučit. (Haškovcová, 2007)

Dnešní moderní člověk tyto znalosti a cenné dovednosti bohužel nemá a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. „*Kay Blumenthal Barby v této souvislosti zdůrazňuje, že na smrt nemá nikdo dostatečné vzdělání.*“ (Haškovcová, 2007, s. 29) Setkávání se smrtí v dětství i dospělosti dnes není tak časté a první a „pozdní“ setkání provází panický strach a bezradnost. Nejistota je velká a ochromující, že mnoho lidí, ačkoliv by moc chtěli, si nedokážou nebo spíše nezvládnou osvojit patřičné dovednosti. Nepochybné je, že rodina i umírající v dnešní době vnímají umírání jako krizi, kterou jde jen těžko zvládnout. (Haškovcová, 2007)

3.2.2 Institucionální model umírání

Tento model se vyvíjel postupně. Zprvu bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný pacient a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů (chorobinců), o něco déle do zdravotnických zařízení (špitálů, nemocnic). Byly to velké pokoje, ve kterých bylo mnoho postelí a mezi nimi pouze uličky, později pak noční stolky. Za hlavou pacienta visela černá tabule, na kterou se napsalo jméno a rok narození nemocného, popřípadě i diagnóza. Postupem času tyto tabule vystřídaly chorobopisy, které zachycovaly

podrobnější údaje o pacientovi. Zmíněný chorobopis spolu s teplotní tabulkou se ukládal do speciální přihrádky nacházející se u nohou pacienta. Ošetrovatelská péče byla především laická, ale zakládána hodně na empirii. I přesto, že řádové sestry neměly odborné vzdělání, zvládaly tradiční ošetrovatelské techniky bravurně. (Haškovcová, 2007)

Angličanka Florence Nightingalová žijící v letech 1820 – 1910 je zakladatelkou ošetrovatelství a také autorkou legendární Knihy o ošetrování nemocných. *„Florence vnímala ošetrování jako poslání, jako něco, čemu se ošetrovatelka musí věnovat tělem i duší, co je hlavní náplní jejího života, hlavním jejím posláním.“* (Kutnohorská, 2010, s. 37) Také se zasloužila o vznik první ošetrovatelské školy v Londýně, která se stala vzorem pro mnoho dalších zemí. V Rakousko – Uhersku byla v roce 1874 otevřena první zdravotnická škola, a to „Česká ošetrovatelská škola“, na níž měl zásluhu Vítězslav Janovský a čelné představitelky Ženského výrobního spolku českého, Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská. Pozvolna se opatrovnická činnost začala měnit v činnost ošetrovatelskou, podloženou znalostmi a dovednostmi. Historie ošetrovatelství je velmi zajímavé a obšírné téma. Chtěli bychom ještě dodat, že skutečně odborná ošetrovatelská škola byla založena v Praze až v roce 1916. (Haškovcová, 2007; Kafková, 1992)

Z odborného hlediska nebyla umírajícím dlouhou dobu věnována speciální pozornost. Jejich lůžka se nacházela mezi všemi ostatními pacienty. Na základě toho vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty, které se začaly používat ve 20. letech 20. století. Tyto plenty měli zajistit především klid umírajícímu a ušetřit spolupacienty pohledu na umírajícího. Postupem času, při zlepšení ekonomické situace v jednotlivých zemích, došlo k vyčlenění samostatného pokoje pro umírající. Někde se bílá plenta používá dodnes, ale samostatný pokoj nikoliv. *„Medicína se totiž změnila a začala vítězit. Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zázrak a lékaři uplatňovali pia fraus (milosrdnou lež).“* (Haškovcová, 2007, s. 30) A tak nic netušící umírající při převozu do samostatného pokoje zcela překvapivě pochopil, že nastává jeho konec, a to v úplném osamění. Nemělo to negativní psychický vliv pouze na umírajícího, ale i na spolupacienty, báli se, že je brzy potká stejný osud. Vrcholem všeho bylo přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl zajištěn tak, že na péči o umírajícího pacienta se nesměl podílet nikdo z rodiny, ani nikdo z veřejnosti. Byly striktně dané dny na návštěvy a příbuzní se ani příliš nebránili. Takže v době, kdy člověk potřebuje největší podporu a prostou přítomnost své rodiny, zůstal sám. Další věci jsou mimořádné propustky. Opravňovaly příbuzné k denním návštěvám, ale byly vystavovány pouze výjimečně, protože přítomnost rodin narušovala

chod oddělení. Příbuzní se jich bohužel ani moc nedožadovali, nechtěli se stávat poslem špatných zpráv a navíc věřili, že těžce nemocným a umírajícím je v náručí profesionálů, kteří to umějí, nejlépe. Moderní člověk tedy umírá sám, obklopen pouze bílou zástěnou anebo za přítomnosti cizích lidí. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v domněnce, že moderní medicína zabráni smrti nebo, že jim alespoň zařídí důstojný odchod. V prvním případě (zabránění smrti) se o to snaží za každou cenu, i za cenu dystanázie. V druhém případě (důstojný odchod) selhávají. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt. V takovýchto situacích si medicína uvědomuje existenci svých vlastních hranic, že veškerý život nelze řídit nebo ovládat prostřednictvím medicíny. Její možnosti jsou stejně tak omezené jako ty lidské. A právě o to víc usilujeme o účastnou péči. (Haškovcová, 2007)

3.3 Umírající dítě

Přijetí vážné nemoci s pravděpodobnou hrozbou smrti je závislé na věku dítěte. Je třeba rozlišovat potřeby předškolních dětí, dětí ve věku školní docházky, v pubertě a v adolescenci. Důležité je brát ohled na jejich psychickou zralost, osobní zkušenost a pojmový aparát. Většina malých dětí si myslí, že vše špatné, co je v životě potká, mají na vině rodiče. Proto některé považují svoji nemoc za osobní selhání svých rodičů. Hostilita vůči rodičům je poměrně častá a zhoršuje už tak složitou a nešťastnou situaci. Naopak jiné děti si myslí, že za neštěstí svých plačících rodičů stojí právě oni. Utěšují se tím, že až umřou, tak jeho rodičům bude jistě lépe. Děti nemálo kdy mluví o svých touhách a strachu otevřeně. Autoři toto popisují jako tzv. akcelerované zrání, kdy dítě mluví jako „starý mladý“ a používá pojmy, o nichž často neví, co znamenají a ani to vědět nemůže. Nebo slovům přisuzuje jiný význam, než doopravdy mají. Pravděpodobně každé hospitalizované dítě touží po domově, ale postupem času se touha vytrácí a ono přijímá, že jeho domovem se stává nemocnice. Velmi charakteristické je uzavírání se do vnitřního světa, mlčení, smutek, pasivita až apatie. Odborníci se shodují, že děti zhruba od 9 let svého věku si uvědomují a rozumějí konečnosti svého života v tom smyslu, že umírají. U dospívajících pozorujeme často změněné sebepojetí, především trvá-li nemoc dlouho. Nejde jenom o problematiku smrti, ale také o to, „jak mě přijímají ostatní“. Častou reakcí bývá popírání

nemoci formou hyperkompenzace. V posledních letech se s velkým úspěchem rozvíjí tzv. arteterapie, která je zaměřená na terapii uměním. Obecně zahrnuje všechny druhy umění, z nichž nejvíce dominuje výtvarné. Cílem této terapie je porozumět vnitřnímu světu nemocného a správně volit lepší metody pomoci. Častými obrázky malých dětí bývají andělé, nebe či peklo. V jejich kresbách je patrná symbolika pohádek a smrt je pro ně pouze vratný děj, protože nerozlišují rozdíl mezi snem a realitou. Děti staršího věku už volí obrázky s abstraktnější tematikou, zejména nefigurativní obrazy smrti. Velmi nápadná je také symbolika tzv. předznamenání smrti. Děti jsou během arteterapie vyloženě vyzývány, aby vyjádřily své obavy a strach malováním, což se dá z léčebného hlediska vnímat jako forma úlevy. Samozřejmě je důležité všechny nakreslené obrázky s dětmi projít a prokonzultovat je s nimi. (Haškovcová, 2007)

Další a velmi podstatnou část tvoří rodiče pozůstalých dětí. Rodiče, kterým děti zemřely na podkladě dlouhodobého onemocnění, které zemřely náhle - vlivem nějakého úrazu či neštěstí, nebo které si na život sáhly samy. Všechny možné způsoby úmrtí dětí jsou stejně zarmocující a psychicky i fyzicky náročné pro celou rodinu. Důležité je ve fázi, kdy rodiče zjistí, že jejich dítě je nevléčitelně nemocné, zapojovat do péče o něho i jeho vlastní sourozence, pokud nějaké má. Rodiče nesmí zapomínat na své ostatní děti. I ony přicházejí o někoho, koho mají rády, a přece jenom jsou ještě malé a nevědí, co mají cítit ani jak se chovat. Chtějí podat pomocnou ruku, ale na druhou stranu určitě není správné děti do této aktivity nutit. Musejí chtít samy. Samozřejmě je jim také třeba umožnit účast na pohřbu, pokud si samy nepřejí něco jiného. (Haškovcová, 2007; Kübler – Rossová, 2003)

Důležité je v těchto chvílích nebýt sám. Pro každého člověka to musí být mnohonásobně horší, pokud nemá žádný podpůrný systém. Je nasnadě najít nějakou pomocnou ruku. Například mnoho lidí, jejichž děti byly zneužity a zavražděny, nachází pomoc v dílech duchovních vůdců, kteří je vedou k vyššímu pochopení života a smrti, aniž by jakkoliv snižovali povahu jejich utrpení a ztráty. Jiní se uchylují k psychoterapii a jiným pomůže někdo, od koho by to nejméně čekali, a to např. sousedé, s kterými nikdy dříve nebyli v kontaktu. Je také velmi těžké vyrovnat se s vinou, kterou na sebe ukládá asi každý rodič. „Kdybych tam byl, tak by se to určitě nestalo.“ „Kdybych se s ním alespoň předtím tak nepohádal.“ V těchto chvílích rodiče, kterým zemře dítě takto náhle, prožívají úmrtí mnohem dramatičtěji než ti, kterým zemřelo dítě po dlouhé nemoci. Přece jen se na jeho odchod mohli „připravit“ a hlavně měli šanci se s ním rozloučit. Jak popisuje E. Kübler-

Rossová ve své knížce: *„Rodiče zavražděných dětí, jejich sourozenci, prarodiče a příbuzní se se smrtí dítěte vyrovnávají daleko hůře nežli ti, kterým byla dopřána milost v podobě času i času na to, aby se nové situaci přizpůsobili, aby se předem připravili na to, co je čeká, aby prožili svůj zármutek a žal. Příbuzní zavražděných dětí jsou nejen ochuzeni o tuto přípravnou fázi, byť by byla sebekratší, ale nemají ani příležitost naposledy se s dítětem rozloučit.“* (Kübler – Rossová, 2003 s. 111)

4 SMRT

Ze zdravotnického hlediska je důležité umět správně diagnostikovat smrt, aby nedošlo k často obávanému, špatnému ohledání a člověk nebyl stále živ. V některých případech, kdy člověk ví, že zemře a nebude to mít dlouhého trvání, kdy dotyčný už je jen upoután na lůžko v nesnesitelných bolestech. Nabízí se zde otázka často diskutované problematiky euthanazie. Kdy by bylo vhodné euthanázii využít a kdy nikoliv. Zda je tato praktika zneužitelná. Pro většinu takto trpících lidí by byla euthanazie vysvobozením. Další otázkou je distanzie, kdy se ví nebo spíše tuší, že se člověk už nemůže uzdravit a na úkor toho je mu neustále nasazována další a další léčba. To vede k zamyšlení, zda je toto tzv. „umělé prodlužování života“ vůbec potřebné a etické. V neposlední řadě je důležitý um zdravotnického personálu dobře a kvalitně se postarat o tělo zemřelého. (Virt, 2000; Pokorný, 2004; Haškovcová, 2010)

4.1 Diagnostika smrti

Každý člověk jednou zemře, je to poslední fáze života každého z nás. Když tato fáze skončí, člověk umře. Naskytá se nám mnoho otázek: Jak se zjistí, že je člověk doopravdy mrtvý? Podle jakých kritérií se zjistí, že už skutečně nastala smrt? A jsou tyto metody opravdu spolehlivé? V dřívějších dobách nebyly žádné propracované metody na určení smrti. Člověk se považoval za mrtvého, když mu přestalo bít srdce, když se nezvratně zastavil krevní oběh a přestal dýchat. V té době se mnoho lidí obávalo, aby nebyli nedbale ohledáni a pohřbeni příliš brzy. Pokroky medicíny umožňují dočasnou podporu srdeční činnosti a krevního oběhu pomocí přístrojů. Nasnadě jsou tedy další otázky. Jak dlouho by měl být člověk udržován při životě pomocí přístrojů? Kdy je dovoleno přerušit přístrojovou podporu? Přístroje by se měli vypnout, tehdy když člověk zemře. Nejen že postupy intenzivní medicíny jsou drahé, ale z lidského hlediska také nesmyslné a přiči se pietě, pokud se v nich pokračuje po delší dobu u mrtvého člověka. Lékařská fakulta Harvardské university v roce 1968 ustanovila komisi, která měla určit pravidla pro co nejrychlejší zjištění okamžiku smrti. Výsledkem bylo, že za diagnostiku okamžité smrti se považuje nezvratné ukončení činnosti celého mozku. Nejenom mozkové kůry, ale i mozkového kmene. K tomu musí být jednoznačně prokázána: neexistence jakékoliv elektroencefalograficky prokazatelné známky mozkové činnosti a mozkových proudů. Definitivní vyhasnutí jakékoliv tělesné aktivity, závislé na mozkové činnosti, jako

je spontánní dýchání a reflexy. Takto prokázaná mozková smrt se považuje za smrt člověka. (Virt, 2000)

Měli bychom si dávat pozor na nejisté známky smrti, které by nás mohli mylně přesvědčit o smrti člověka. Mezi nejisté známky smrti se řadí např.: pallor mortis (zblednutí) projevující se krátce po zástavě a někdy i těsně před ní. Pallor mortis je způsobený reflektorickou kontrakcí arterií, arteriol a částečně i kapilár, čímž se vytlačí krev do žil, dojde k ochabnutí svalstva, které může nastat ještě před zástavou srdce a dechu. Některé funkce mohou být naopak po smrti určitou dobu stále zachovány, např. po dekapitaci se oči mohou ještě otevřít, činí ataktické pohyby, lapavé dýchací pohyby, na trupu jsou tonické i klonické křeče. Elektrická dráždivost svalstva může být pozitivní po dobu 3-5 hod, mechanická do 6 hod po smrti. Taktéž dráždivost hladkých svalů zůstává u zemřelých dlouho zachována, např. při polítní studenou vodou mu vyvoláme tzv. „husí kůži“. Za určitých podmínek mohou potní žlázy reagovat i 30 hod po smrti. Jednoduchý a praktický test k prokázání smrti je tonelliho zkouška. Provádí se tlakem prstů na oční bulbus, což způsobí nestejnou deformaci zornice, pokud stlačíme dvěma prsty je zornice oválná, pokud třemi prsty tak je trojhranná. U živého člověka se zornice při tonelliho zkoušce nedeformuje. Tato zkouška je prokazatelná již několik minut po smrti a vyvolatelná je nejdéle do 2 hodin. Zkouška však není proveditelná u glaukomu a utopených. U oběšenců k deformaci zornice dochází až za delší dobu. (Pokorný, 2004)

Mezi další prokazatelné projevy smrti patří posmrtné změny a to posmrtné skvrny, které vznikají po zástavě srdce klesáním krvinek venózním systémem na nejnižší uložená místa v těle. V prvních hodinách při otočení zemřelého, např. na bok se posmrtné skvrny přestěhují opět na nejnižší uložená místa. Začínají se tvořit obvykle za 20 min ostrůvkovitě po stranách krku, za 1-2 hod začínají splývat, plně vyvinuty bývají za 6 hod. Dalším projevem je chladnutí mrtvoly. Nejdříve chladnou periferní části, jako obličej, ruce a nohy a to již za 1-2 hod. Naposledy chladne břicho, podpaží a okolí genitálu, uvnitř těla se drží teplo nejdéle v oblasti ledvin. Zasychání je dalším posmrtným jevem. Nastává brzy po smrti a nejdříve zasychají vlhká místa jako je spojivka, zkalení rohovky, zevní část rtů, oděrky vzniklé zaživa atd. (Pokorný, 2004)

Fermentativní posmrtnou změnou je rigor mortis (posmrtná ztuhlost), která začíná nejdříve na žvýkacích svalech zhruba za 2-4 hod po smrti, dále na obličejových a šíjových svalech, na horních a na konec na dolních končetinách. Obvykle za 6-8 hod nastane úplná ztuhlost, která trvá několik hodin až dnů a pak ve stejném pořadí jak začala, tak mizí.

V prostředí s vysokou teplotou nastupuje ztuhlost rychleji, ale dřívě vymizí, kdežto při nízké teplotě se vyvíjí pomaleji, ale déle trvá. Všechny tyto příznaky se hodnotí a pozorují při diagnostice smrti. (Pokorný, 2004)

4.2 Euthanazie

Pojem euthanazie je v dnešní době jedno z nejdiskutovanějších a zároveň nejsložitějších témat. Je souhrnným názvem celé řady různých situací. Název vychází z řeckého slova eu = dobrý, thanatos = smrt, což je bráno jako milosrdná, dobrá, krásná, lehká smrt. Jde o odejmutí života na přání pacienta. Odborníci považují název euthanazie za příliš emocionální a hanlivý, proto by byli raději za pojmenování DNR (do not resuscitate) ve světě a v České republice NR (neresuscitovat). Též se používá termín nepokračování v léčbě (withdrawing) nebo nezahajování léčby (withholding). (Haškovcová, 2007; Munzarová, 2005; Císařová, 2000)

Euthanazii dělíme na aktivní a pasivní. Kdy aktivní je tzv. strategie „přeplněné stříkačky“, což je tedy akt jiné osoby (lékaře), který na přání nevléčitelně nemocného pacienta provede výkon vedoucí k ukončení života. Aktivní euthanazie má různé varianty. Euthanazii nevyžádanou, kdy pacient není schopen sám požádat o urychlení nastávající smrti, ale předpokládá se, že kdyby se mohl sám rozhodnout s euthanazií by souhlasil. Tudíž je tedy brána za euthanazii nevyžádanou, ale chtěnou. Samozřejmě, že pacientovo přání nelze nijak doložit, bere se tedy tato euthanazie za euthanazii nedobrovolnou. Oproti aktivní máme i pasivní euthanazii, kdy jde o tzv. strategii „odkloněné stříkačky“. Zahrnuje přerušování léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, vedoucí k neúměrnému zatěžování a prodlužování života nemocného. Využívá se tehdy, kdy byly vyčerpány jiné dosažitelné formy pomoci. Pasivní euthanazie je vnímána jako korelát práva na tzv. přirozenou smrt, ale prakticky jde o nebránění nastávající smrti. Právo na tzv. přirozenou smrt by mohlo být naplňováno, ať už se souhlasem či bez souhlasu pacienta. Hlavním problémem je však systém kritérií, který by umožnil „přirozenou smrt“ a zároveň zabránil zneužití, jednoduše, který by určil, že každá další léčba bude marná. Ukončit nebo nezahájit léčbu je někdy vhodné a jindy nutné. Je důležité přihlížet i k názoru pacienta a nejen na medicínský názor. V době kdy se pacient není schopen vyjádřit, přiblíží se k předem vysloveným přáním. Důležité je, že i v naší republice díky Konvekci o biomedicíně se na předem vyslovená přání musí přihlížet. Další formou euthanazie je

asistovaná sebevražda (physician assisted suicide = PAS). Kdy pacient si přeje zemřít, protože má nevléčitelnou nemoc, je sužován nesnesitelnými bolestmi a jeho onemocnění nemá příznivou prognózu. Pacient žádá lékaře o pomoc, radu či konkrétní prostředek k realizování odchodu ze života. Někdy označováno jako tzv. návod k vysvobození. Tento akt vykonává sám pacient za asistence lékaře. Prenatální euthanazie je jinými slovy interrupce, kdy mnoho odborníků ji odmítá. Z důvodu, že každý má právo na život a tudíž někdo silnější (v tomto případě matka) by neměl rozhodovat o jeho bytí či nebytí. Také neznamená, že nechtěné dítě je nemocné dítě, nejedná se o neblahou prognózu ani o nesnesitelné bolesti nežádá nás o milosrdnou smrt, což ani nemůže. Zbývá pojem sociální euthanazie, který je ke škodě věci v České republice málo používán. Bylo by skvělé poskytovat všem lidem takovou péči, kdykoli a kdekoli na základě současných poznatků vědy a špičkové medicíny. Lidem se, ale poskytuje pouze redukovaná péče s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje. Sociální euthanazie souvisí s ekonomickým i etickým problémem číslo jedna, totiž s alokací zdrojů. (Haškovcová, 2007; Munzarová, 2005; Císařová, 2000)

4.3 Dystanazie

Dystanazie, jinak řečeno, zadržaná smrt, je umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání. Je zároveň nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy umírající potřebují spíše paliativní péči.

(<http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>)

Oddalovat smrt je vysoce hodnotný a ušlechtilý čin, ale nebrat na vědomí konečnost člověka je projevem lidské i profesionální nezodpovědnosti, která se vymstí nejméně dvakrát. Poprvé ve chvíli, kdy člověk právě vstoupil do procesu umírání a nejsou dostatečně zohledněny jeho potřeby. V úvodu fáze umírání vítězná moc medicíny končí a měla by nastoupit paliativní forma péče a to jak o umírajícího, tak i o rodinu. Bohužel je paliativní péče zahajována příliš pozdě, nebo vůbec. Za druhé jsou zdravotníci příliš hyperaktivní a školení na vítězný boj s nemocí. Používají veškeré metody a techniky, které mají k dispozici a snaží se zvrátit neblahý stav věci a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. Někdy by bylo prostě lepší přenechat vládu přírodě a umírající pacient by nebyl zbytečně zatěžován léčbou, která mu přináší spíše více obtíží, než prospěchu. „*Stav, kdy*

smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanází neboli zadržanou smrtí.“ (Haškovcová, 2007, s. 33)

Důležitou otázkou je, kdo by měl umírající převzít do péče v době, kdy jsou vyčerpány lékařské pokusy o uzdravení. Tato péče by měla být přesně vymezená a měla by se odvíjet od potřeb umírajících. Daniel Callahan upozorňuje, že „moderní medicína neučinila problém smrti jednodušším“ a proto s moderním týmem definoval jednu z priorit medicíny takto: *„Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu... Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná.*“ (Haškovcová, 2007 s. 33)

Proto by měl být zápas s chorobou vyvážený vědomím, že není cílem učinit tělo nesmrtelným, nýbrž umožnit lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji. (Haškovcová, 2007; <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>)

4.4 Péče o mrtvé tělo

Úmrtí pacienta vždy konstatuje lékař podle platných odborných kritérií. V praxi je smrt nejčastěji konstatována jako nevratná zástava srdeční činnosti. Pro potřebu transplantace, k předpokládanému odběru orgánů se používají kritéria smrti mozku. Ihned po smrti pacienta v nemocničním zařízení je důležité zajistit intimitu nemocného a to použitím zástěny nebo převozem do místnosti k tomu určené. Také je nezbytně důležité brát ohled na spolupacienty, kteří nemohou sami opustit pokoj. NLZP je povinen po celou dobu ošetřování zemřelého dodržovat zásady etického chování. (Haškovcová, 2007; Blažková, 2011)

Péče o mrtvé tělo obstarává NLZP. NLZP má povinnost zavřít zemřelému oči, obinadlem podvázat bradu, končetiny nechat volně podél těla, vysvlečené tělo uložit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo a omýt ho. Pokud je u zemřelého plánovaná pitva, ponechává se mu identifikační náramek. Dále NLZP musí, vyjmout snímatelnou zubní protézu, pokud ji pacient měl a odebrat veškeré ozdobné předměty (jako jsou hodinky, prsteny, náramky, náušnice, řetízky atd.). Nejde - li některý z těchto předmětů sundat, je třeba provést záznam do Listu o prohlídce zemřelého dále do dokumentace a uvést jejich stručný popis (bílý, žlutý kov apod.). Potom NLZP dekanyluje všechny katétry (periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, nasogastrickou, nasojejunální sondu, centrální

žilní katetr, arteriální kanylu, tracheostomickou kanylu, endotracheální kanylu, intrakraniální čidlo atd.), Redonův, hrudní, T-drén či drén z operační rány ponechá, pouze ho zkrátí na 1 – 2 cm u těla zemřelého. Veškeré rány se musí čistě převázat. Zajistit identifikaci zemřelého pomocí štítku, na kterém je zřetelně napsáno jméno, příjmení, rodné číslo a datum i hodina úmrtí, včetně údaje o oddělení, kde dotyčný zemřel. Štítek se upevní na pravý palec u nohy a totéž se napíše lihovým fixem přímo na pokožku zemřelého, obvykle na levé stehno (viz příloha č. 7). (Haškovcová, 2007; Blažková, 2011)

Na závěr je tělo zabaleno a ponecháno dvě hodiny v klidu na oddělení nebo v místnosti k tomu určené. Pak už zbývají povinnosti vztahující se k administrativním úkonům (dokumentace na oddělení, Oznámení úmrtí příbuzným – viz příloha č. 6) a jednak k vyřešení pozůstalosti. (Haškovcová, 2007)

5 POSTOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K UMÍRÁNÍ A SMRTI

Zdravotničtí záchranáři jsou poměrně často svědky závažných situací, které mnohdy končí pacientovo smrtí. Jsou opětovně vystavováni velké psychické zátěži a jejich práce vyžaduje každodenní vyrovnanost, připravenost a empatický postoj k záchraně lidských životů. Jsou zde popsány motivace a stresové faktory při výkonu jejich profese. Péče o zemřelého v terénu a samotný postoj zdravotnických záchranářů. (Baštecká, 2005; Andršová, 2012)

5.1 Zdravotnický záchranář

Profese zdravotnického záchranáře výrazně převyšuje rámeček „normálního“ povolání. Důležitou osobnostní výbavou každého zdravotnického záchranáře je schopnost zvládat velkou psychickou zátěž. Ta je třeba ke zdolávání náročných situací, kdy je v ohrožení lidský život. Také, aby zdravotničtí záchranáři byli schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, ovládali své emoce, byli svědky životních tragédií a spolurozhodovali o přežití či nepřežití pacientů. Spousta začínajících zdravotnických záchranářů očekává, že těmto situacím budou vystavováni co nejčastěji – oni totiž chtějí zachraňovat lidské životy, chtějí pomáhat, a proto jsou tady. Také doufají, že v této činnosti budou úspěšní. Oproti tomu se v praxi setkávají spíše s neakutními stavy pacientů. Mnoho výjezdů se tak stává spíše opětovným měřením fyziologických funkcí, ordinací fyziologických roztoků a odvozů do nemocnic. Nastává otázka, jakými osobnostními charakteristikami by zdravotnický záchranář měl disponovat, aby byl schopen podávat dobrý výkon v oblasti odborné i psychosociální. Zdravotnický záchranář by měl být i po letech práce empatický, citlivý a ohleduplný k pacientovi i k sobě. (Andršová, 2012)

V mnoha odborných literaturách se udávají tyto dovednosti, kterými by měl zdravotnický záchranář disponovat: efektivní chování, vysoká míra sebekontroly a schopnost vhledu do dané krizové situace. Konkrétně Sihelská (2007) udává tyto charakteristiky: každý zdravotnický záchranář by si měl být vědom, že chce svou práci dělat a bude jí muset obětovat nejedny svátky namísto slavení s rodinou. Zdravotnický záchranář by měl vynikat i po fyzické stránce jako je vytrvalost, obratnost i schopnost sáhnout si až na dno svých fyzických sil. Dále by měl disponovat teoretickými

a praktickými vědomostmi, celoživotně se vzdělávat a absolvovat odborné stáže a soutěže. Měl by být morálně zralý, dokázat komunikovat a pedagogicky působit. V neposlední řadě by měl být psychicky i sociálně zralý, dobře se orientovat v prostoru, být rozhodný, obětavý, ochotný pomáhat druhým, taktní, spolehlivý, pohotový a mnoho a mnoho dalších vlastností. To samozřejmě nelze. Nikdo nejsme dokonalý a ani zdravotnický záchranář není žádný nadčlověk. Je to jen „obyčejný člověk“, který se liší pouze vzděláním a dodržováním základních pravidel: „Salus aegroti suprema lex“ = zdraví pacienta je nejvyšším zákonem a „Primum non nocere“ = především neškodit. Ve výše zmíněných vlastnostech, ale absentuje důležitý životní nadhled a schopnost neztratit životní optimismus v těžkých situacích, po náročných výjezdech. (Andršová, 2012)

5.2 Péče o zemřelé v přednemočnické neodkladné péči

Péči o zemřelé v PNP zajišťuje posádka ZZS neboli rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP). Smrt může konstatovat pouze lékař. Podle dosud platné vyhlášky č. 19/1988 (zákona č. 256/2001 Sb.) o postupu při úmrtí a o pohřebnictví se úmrtí oznamuje, pokud k němu došlo mimo zdravotnické zařízení (ZZ), příslušnému praktickému lékaři (LSPP). Pokud má prohlížející lékař podezření na úmrtí, způsobené trestným činem či sebevraždou, musí okamžitě informovat policii české republiky (dále jen PČR). Vyrozumění blízké osoby zemřelého je povinností PČR, nikoliv lékaře (jako je to v ZZ). V situacích, kdy došlo k násilné smrti či jen k podezření na ní, nebo jedná - li se o osoby neznámé totožnosti a při úmrtí osob v dopravním prostředku, je lékař povinen přivolat na místo události PČR. Pitvu lékař musí nařídit vždy, pokud nemůže stanovit příčinu smrti. Jediné, kdy lékař nemusí, ale může pitvu nařídit je tehdy, když po zevní prohlídce a zhodnocení všech okolností rozhodne, že osoba zemřela přirozenou smrtí. Zdravotní pitvu může nařídit pouze lékař provádějící zevní prohlídku mrtvé osoby. Soudní pitvu nařizují orgány činné v trestním řízení. V případě, že není nařízená pitva, lékař vyplňuje pouze List o prohlídce mrtvého (příloha č. 4). Kde v kolonce č. 24 se nařizuje pitva (návrh prohlížejícího lékaře). Spolu s Listem o prohlídce mrtvého musí vyplnit i Průvodní list ke zdravotní nebo soudní pitvě (příloha č. 5). (Pokorný, 2004)

U výjezdů, kdy je lékař přesvědčen o přirozené příčině smrti není toto úmrtí hlášeno PČR. Lékaři je doporučeno hlásit úmrtí PČR v případech, kdy není možné určit příčinu smrti, dále pokud jde o úmrtí dítěte či mladých osob, úmrtí osamělé osoby, osoby

zemřelé na veřejných a frekventovaných místech a u cizích státních příslušníků. Při násilné smrti lékař nejdříve konstatuje smrt. V případě, že ještě není přítomna PČR, ihned ji zavolá a doporučí výjezd i soudního lékaře. Tělo zemřelého se nechává na místě události, kde se o něj postará buď pohřební služba, nebo se převeze na soudní či zdravotní pitvu. (Pokorný, 2004)

5.3 Zátěžové a stresové situace

V důsledku násilných činů páchaných na zdravotnických záchranářích je považována práce ZZS za rizikovou. Každý den zdravotničtí záchranáři řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na silnicích při dopravních nehodách, dále na pracovištích, při násilných činech, tudíž je denně provází negativní pocity, emoce, stres, strach a mnoho dalších pocitů. Denně se setkávají s případy, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí, tím jsou zdravotničtí záchranáři neustále konfrontováni s otázkou „bytí či nebytí“. Snaha o záchranu života je často marná nebo velmi komplikovaná a to v důsledku okolností na místě zásahu. Zdravotničtí záchranáři při výkonu své práce musí zvládat zátěž nárazovou i chronickou. (Baštecká, 2005)

Mezi nárazové, rizikové a stresové faktory v povolání zdravotnických záchranářů spadá práce jak zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS) tak výjezdových posádek ZZS. Co se týče ZOS je prvním stresovým faktorem již přijetí samotné výzvy. Kdy pracovníci ZOS musí jednat klidně a vyrovnaně. Snaží se uklidnit mnohdy vyděšené volající a pokouší se je navést na poskytnutí správné první pomoci. Dále musejí vyhodnotit závažnost situace a rozhodnout jakou posádku na místo odešlou. Tím to však nekončí, musí i nadále sledovat průběh celého výjezdu a být v kontaktu s posádkou. Největším stresovým faktorem u pracovníků ZOS bývají mimořádné události, kdy v rámci traumaplánu musí zvládat komunikaci s operačními středisky policie a hasičů, třídit transporty postižených, komunikovat s nemocničními zařízeními a s veliteli zásahu. Na ZOS volně navazuje práce zdravotnických záchranářů, pro které vše začíná přijetím výzvy z dispečinku. Zdravotničtí záchranáři jsou pod neustálým časovým tlakem, kdy ve dne musí vyjet do jedné minuty a v noci do dvou minut po obdržení výzvy. Pro řidiče bývá stresová samotná cesta na místo zásahu. Jednak dynamickým stylem jízdy, hustým silničním provozem a také strachem, že může svojí sebemenší nepozorností způsobit nehodu. Na místě události je důležité v co nejkratším čase propojit diagnostické a léčebné

výkony a to i za okolních podmínek, které mohou být často nevšední a obtížné (sklepy, ubytovny, silnice, nepřízeň počasí apod.). Také musí pracovat pod kritickým a emočně laděným dohledem veřejnosti, médií, příbuzných a rodiny. Dalšími stresory jsou nutnost rychlého a správného rozhodování, sehranost posádky, spolupráce s ostatními složkami integrovaného záchranného systému (dále jen IZS), umění improvizovat, rychle pracovat s přístroji a pomůckami, fyzická zdatnost, ochrana sebe sama před infekcemi, napadením, chemickými či jinými riziky. V neposlední řadě kvalitní komunikace se ZOS. Zde patří mimořádné události mezi nejvíce stresující faktory. Postupuje se při nich úplně jinak, probíhá zde třídění pacientů, neprovádí se KPR. Kvůli velkému množství pacientů se zdravotnickým záchranářům zvyšují kompetence, tudíž mají větší odpovědnost a tím větší psychickou zátěž. (Baštecká, 2005)

Při předávání pacienta do nemocničního zařízení je velkou překážkou častá neochota lékařů daného oddělení přijmout pacienta s tím, že tvrdí, že „k nim rozhodně nepatří.“ Nastává tak neustálé přesouvání pacienta z oddělení na oddělení, z nemocnice do nemocnice. Proto je ideální předávat pacienta na centrální příjem, který v dnešní době je již velmi rozšířený. V neposlední řadě, po skončení výjezdu chybí fáze cílově zaměřeného hodnocení, vyhodnocení pocitů, debriefing a defusing a to především po psychicky náročných výjezdech. (Baštecká, 2005)

Chronickou zátěž vyvolává neustálá pohotovost zdravotnických záchranářů, čekání na výjezdy. Hlavními stresory jsou směnnost, nepravidelná životospráva spojená se špatnými návyky (jako kouření či nadměrné pití kávy). Mezi sociologické stresové faktory řadíme nemožnost prezentace své vlastní odpovědné, kvalitní a odborné práce (kvůli povinné mlčenlivosti). Strach ze společenského neuplatnění v případě invalidity, nemoci či stáří zdravotnického záchranáře. Vlivem těchto nárazových a chronických zátěží může dojít k různým reakcím jako je stres, frustrace, deprese a v neposlední řadě, až k syndromu vyhoření, viz níže. (Baštecká, 2005)

5.4 Syndrom vyhoření

O syndromu vyhoření nebo také o burnout syndromu se hovoří u pomáhajících profesí, jako jsou složky IZS. Často tento pojem vyznačuje určitou emoční únavu a stav citové vyprahlosti. K vyhoření většinou dochází v době vyčerpání určitých psychických rezerv a to v důsledku chronického stresu a zanedbávání svých potřeb. Nerovnováhou mezi zátěží a klidem, mezi odpočinkem a aktivitou. Na syndromu vyhoření se podílejí nejen vnější stresory, ale i osobní charakterové vlastnosti jedince. Jako jsou vysoké cíle, perfekcionismus, přetěžování se, workoholismus, neschopnost asertivně jednat, přísné sebehodnocení, nedostatek času na své blízké a své zájmy. Vzhledem ke stresující náplni práce zdravotnických záchranářů může často docházet k rozvoji burnout syndromu. A to vlivem vysoké zátěže, působením rušivých vlivů, možné frustraci, nedostatkem uznání, konflikty nejen s pacienty, ale i s kolegy. S přibývajícím praxí na ZZS roste i riziko rozvoje syndromu vyhoření. (Andršová, 2012; Kebza, 2003; Haškovcová, 2007)

V dnešní době se hlavní příznaky burnout syndromu, rozdělují do více rovin. K rovině kognitivní patří především nechuť a lhostejnost k práci, ztráta nadšení a pracovního nasazení, ztráta zodpovědnosti a další. V rovině emocionální se nejvíce projevuje beznaděj, sklíčenost, pocit bezmoci, agresivita, úzkost, pocit nedostatku společenského uznání, pláč či výbuchy vzteku. Na úrovni tělesných příznaků jde o nedostatek energie, poruchy spánku, nechuť k jídlu, stálou vyčerpanost, snadnou unavitelnost, sexuální poruchy, somatické obtíže. Poslední rovinou jsou sociální vztahy, kdy dochází k odcizení toho člověka. Omezuje kontakty s kolegy i kamarády, přibývá konfliktů v jeho soukromí i na pracovišti, co nejméně konverzuje, ztrácí zájem o své záliby. Dochází k vnitřní rezignaci, je pasivní, cynický atd. V takové to době daná osoba má sklony k větší konzumaci alkoholu, kávy, tabáku, některých léků a někdy i drog. Rozvoji syndromu vyhoření předchází velké pracovní vypětí. Dochází i k úvahám o správnosti volby povolání. Burnout syndrom se vyvíjí dlouhodobě a probíhá v určitých fázích. První (iniciační) fází je nadšení, zapálení pro dané povolání, vysoké ideály, angažovanost v práci a vysoký výkon. V práci zdravotnického záchranáře to může znamenat: braní si služby navíc, aktivní účast na veškerých seminářích a školení, věnování svého volného času pracovním povinnostem. Tato fáze pozvolna přechází do fáze stagnace neboli k prozření, „vystřízlivění“. Zdravotnickému záchranáři dochází, že dané ideály a cíle nejsou plně realizovatelné, že nestíhá nic jiného, žádnou mimopracovní činnost.

Následuje fáze frustrace, kdy si zdravotnický záchranář uvědomuje omezenost svých možností a začíná pochybovat o smysluplnosti a významu své profese. V této fázi nastávají problémy emocionální. Fáze frustrace přechází do fáze apatie, kdy dochází k vnitřní rezignaci. Zdravotnický záchranář je trvale nespokojený v práci, má pocit zklamání, soustřeďuje se na plnění stereotypních úkolů, vyhýbá se kreativě, bývá nepřátelský. Dalo by se říci, že syndrom vyhoření je na vrcholu. Poslední fází je fáze intervence, kdy záleží na zdravotnickém záchranáři, jaký bude jeho další krok. Zda se rozhodne vystoupit ze zajetých kolejí. Najde si čas na své zájmy a přátele, popřípadě začne docházet na terapii. (Andršová, 2012; Kebza, 2003; Haškovcová, 2007)

Nejlepším řešením burnout syndromu je jeho prevence. Umět si zorganizovat a obohacovat svou práci, efektivně využívat přestávky, nebrat si neúspěch v práci příliš osobně. Snažit se vyvarovat negativním myšlenkám, předcházet konfliktům, vyhledávat nové výzvy. Mimo jiné žít zdravě, doplňovat energii, pečovat o sebe a nikdy neodmítat nabídnutou pomoc. Celkově i na ZZS by měla být k dispozici odborná pomoc psychologa. (Andršová, 2012; Kebza, 2003; Haškovcová, 2007)

V souhrnu má burnout syndrom dopady na kvalitu poskytované péče. Kdy zdravotnický záchranář je nespokojený, podává nižší výkony, má menší zájem o pacienta a tím větší předpoklad pro vzniknutí profesní chyby. Tím může být pacient traumatizován nebo i iatrogeně poškozen. Ruku v ruce se syndromem vyhoření se mohou objevit deprese, které jsou varovným signálem pro riziko užívání návykových látek nebo nebezpečí suicida. (Andršová, 2012; Kebza, 2003; Haškovcová, 2007)

5.5 Motivace zdravotnických záchranářů

Zdravotnické záchranáře charakterizuje především akčnost, odvaha a schopnost improvizace. Jejich motivačními potřebami jsou: potřeba obětovat se, pomáhat ostatním bez ohledu na vlastní pohodlí či potřeby. Potřeba dobrodružství, „adrenalinových“ situací zvyšující výkonnost a motivaci zdravotnického záchranáře. Touha předvést své odborné záchranářské dovednosti a schopnosti. Zajištění respektu ve společnosti. (Andršová, 2012; Baštecká, 2005)

Práce zdravotnických záchranářů je velmi náročná, a i přesto, že by měli být odolní vůči stresu apod., má jejich práce značný vliv na jejich psychiku. Může vést až k psychické újmě. Proto je vhodná podpora, salutory či antistresové metody. Takovým

mottem by mohlo být „*Kdo chce dávat, musí také vědět, kde brát!*“ (Andršová, 2012, s. 97) Existují programy pro pomáhající profese. Jako je psychohygienu, což je vědecky propracovaný systém pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy. Základními pravidly jsou zdravý životní styl a správná životospráva. Jedním ze salutorů pro zdravotnického záchranáře může být pozitivní motivace v práci i humor na pracovišti. Také, pokud je na ní tak nahlíženo, může jim jejich práce přinášet uspokojení a radost. Největším pozitivem na záchranné službě je brána pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, akčnost a náročnost, zajímavost a pestrost práce, kolektiv, plat a hlavně společenské uznání. V rámci psychohygieny je pro pracovníky ZZS zřízen Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS), kde je mnoho kurzů s antistresovými programy, relaxačními metodami, učením asertivity a rozvojem osobnosti. Záleží na každém záchranáři, co si zvolí, co mu přijde nejpříhodnější. Je to určitá prevence syndromu vyhoření. V české republice (dále jen ČR) je SPIS teprve v začátcích, ale snaží se o vytvoření odolnosti proti psychické zátěži, pomáhá pochopit reakce na krizovou událost, normalizovat stresovou reakci a učí vhodné způsoby adaptace na psychickou zátěž a stres. Do SPIS spadá debriefing, který se snaží snižovat hladinu stresu, pomáhá stabilizovat situaci a hlavně aktivovat vlastní zdroje, aby zdravotnický záchranář mohl co nejdříve normálně fungovat. Dále defusing, což je kratší verze debriefingu neboli kratší strukturovaný skupinový rozhovor. Využívá se bezprostředně po traumatické události nejdéle však do 8 hodin po události. Účelem je zmírnění fyziologických, emocionálních a kognitivních příznaků. Dalším je demobilizace, ta je z nich nejkratší. Je to tzv. krátké „vypnutí“ u zdravotnických záchranářů podílejících se na dlouhodobých záchranářských činnostech. Cílem demobilizace je informovat, zprostředkovat a uvolnit návazné služby. (Andršová, 2012; Baštecká, 2005)

Většina zdravotnických záchranářů, „cizí“ pomoc nevyhledává a ani vyhledávat nechce. Pro takové zdravotnické záchranáře existují soukromé antistresové programy. Cílem je salutogeneze. Salutor je opak stresoru, který podporuje naše zdraví, dodává nám energii, radost a celkově nás posiluje. Zvládání stresu lze rozdělit na strategie krátkodobé (akutní), kdy se snaží o okamžité snížení stresové reakce organismu a na dlouhodobé, kam spadá především správná životospráva. Ideální ke snížení stresu je meditace, která rychle uvolňuje tělo a zklidňuje mysl, zlepšuje zdravotní stav, rozpouští smutek a zmatenost. Do života vnáší klid, krásu a moudrost. Existují tzv. bleskové (krátkodobé) meditace, které jsou vhodné ve větším množství než jedna dlouhá, vzhledem k jejímu doznívání. Meditaci

je třeba navozovat častěji, spouští uvolňující reakci a stresovou reakci potlačuje. Mezi bleskové meditace patří především práce s dechem, vnímání rozpínání břicha a bránice, pohyb ve formě procházek, masáž či automasáž lícních kostí, chodidel a hlavy. Dále si každý den udělat alespoň 30 minut jen a jen pro sebe, dělat si radost, kupovat si dárky, zajistit si pohodlí (teplo, pohodlný oděv, oblíbená poloha) a relaxovat. Také je vhodná krátkodobá meditace nazývaná: „spojení energií (studené) vody“ kdy s prohloubeným vnímáním se pomalu a po douškách napijeme. Ponoříme ruce do vody až po předloktí a necháme vodu působit. Využívají se relaxační koupele či sprchy, chlazení krčních tepen vodou, obkladem. (Andršová, 2012; Baštecká, 2005)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 CÍLE A HYPOTÉZY

Cíl 1: Porovnat postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti v PNP a NP.

Cíl 2: Zjistit, co zdravotnické záchranáře nejvíce frustruje při péči o umírajícího v PNP a v NP.

Cíl 3: Zjistit, zda zdravotničtí záchranáři pracující na ARK (ARO) či ZZS mají zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

H 1: Předpokládám, že zdravotničtí záchranáři pracující v NP vnímají smrt pacienta negativněji než zdravotničtí záchranáři pracující v PNP.

H 2: Předpokládám, že zdravotnické záchranáře pracující v NP při péči o umírajícího pacienta daleko více frustruje stáří pacienta než zdravotnické záchranáře pracující v PNP.

H 3: Domnívám se, že zdravotničtí záchranáři pracující v PNP a NP nemají zájem se dále vzdělávat v oblasti paliativní péče.

7 METODIKA

Pro průzkumnou část bakalářské práce jsme si zvolili kvantitativní výzkum, uskutečněný pomocí strukturovaného dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a tvoří jej 17 otázek. (Příloha č. 3) Z toho 10 uzavřených a 7 polouzavřených. U polouzavřených otázek mohli respondenti napsat jiné další skutečnosti či jinou vlastní možnost.

První tři otázky byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru, zbylých 14 otázek se vztahuje k daným hypotézám.

Výzkumné šetření proběhlo v období prosince 2012 a ledna 2013 na vybraných ARK (ARO) a ZZS pracovištích plzeňského, středočeského kraje a Prahy. Výsledky výzkumu jsou zpracovány do grafů a tabulek pomocí textového editoru Word a Excel 2007.

Dotazníkové šetření bylo tvořeno zdravotnickými záchranáři, pracujícími na anesteziologicko resuscitačních klinikách či oddělení a na zdravotnických záchranných službách plzeňského, středočeského kraje a v Praze.

Celkem bylo rozdáno 100 (100%) dotazníků. Kdy 50 (50%) dotazníků bylo dáno na zdravotnické záchranné služby a 50 (50%) na anesteziologicko resuscitační kliniky či oddělení. Ze 100 (100%) dotazníků se jich vrátilo 88 (88%), ale pro nečitelnost a neúplnost dotazníků, se jich 7 (7%) muselo vyřadit. Tudiž z 50 (50%) dotazníků podaných na ZZS, se vrátilo 47 (47%) dotazníků a pro nečitelnost a neúplnost byli 3 (3%) vyřazeni. A z 50 (50%) dotazníků podaných na ARK (ARO), se vrátilo 41 (41%) dotazníků a pro nečitelnost a neúplnost byli 4 (4%) vyřazeni. Výsledky výzkumu byly tedy zpracovány na základě 81 (81%) kompletně vyplněných dotazníků. Celková návratnost byla 81%.

PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

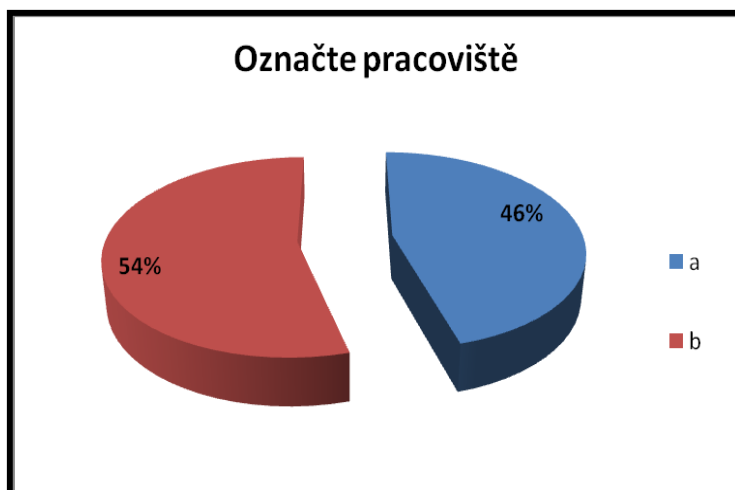
Otázka č.1: Označte pracoviště:

- a) ARK (ARO)
- b) ZZS

Tab. č. 1 Pracoviště

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	37	46%
b	44	54%
Celkem	81	100%

Graf č. 1 Pracoviště



Z celkového počtu 81 (100%) respondentů odpovědělo na dotazníkové šetření 37 (46%) zdravotnických záchranářů pracujících na ARK (ARO) a 44 (54%) zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS.

Otázka č. 2: Označte pohlaví:

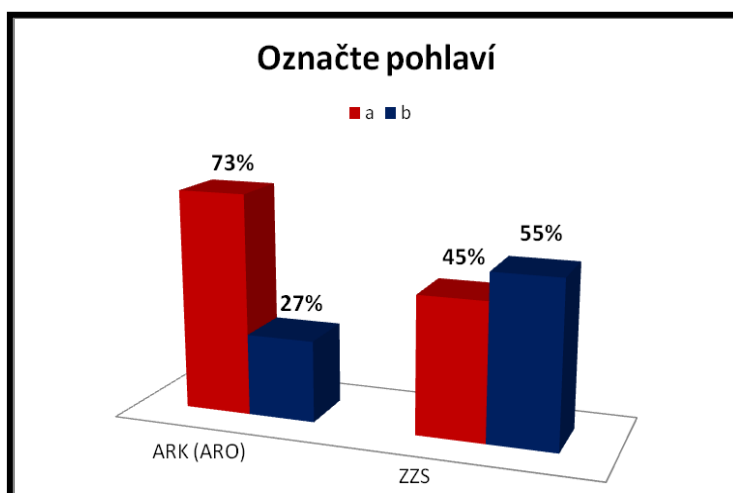
a) Žena

b) Muž

Tab. č. 2 Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ARK (ARO)	Absolutní četnost ZZS	Relativní četnost ZZS
a	27	73%	20	45%
b	10	27%	24	55%
Celkem	37	100%	44	100%

Graf č. 2 Pohlaví



Z této otázky vyplývá, že odpovídajících respondentů z ARO (ARK) bylo 27 (73%) žen a 10 (27%) mužů, a ze ZZS odpovědělo 20 (45%) žen a 24 (55%) mužů.

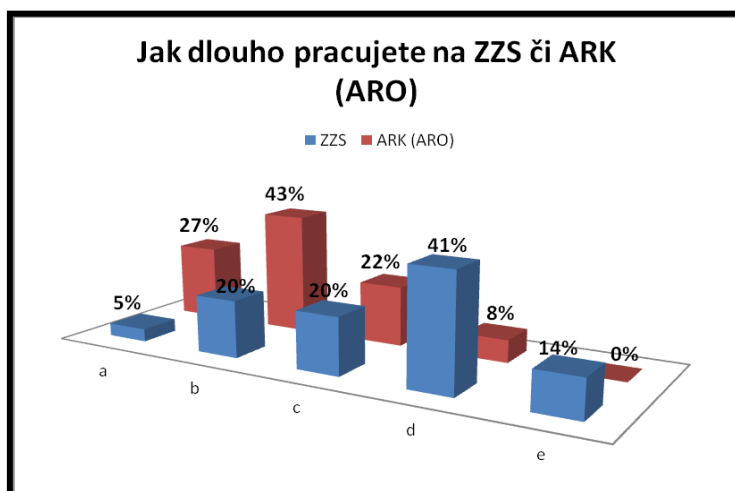
Otázka č. 3: Označte, jak dlouho pracujete na ZZS či ARK (ARO):

- a) Méně než rok
- b) 1 až 5 let
- c) 6 až 10 let
- d) 11 až 20 let
- e) Nad 20 let

Tab. č. 3 Délka odborné praxe

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	2	10	5%	27%
b	9	16	20%	43%
c	9	8	20%	22%
d	18	3	41%	8%
e	6	0	14%	0%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 3 Délka odborné praxe



Z celkového počtu 44 (100%) dotazovaných pracuje na ZZS méně než rok 2 (5%), 1 až 5 let zde pracuje 9 (20%), 6 až 10 let také 9 (20%), v rozmezí 11 až 20 let 18 (41%) a nad 20 let 6 (14%) zdravotnických záchranářů.

Dále z celkového počtu 37 (100%) dotazovaných pracuje na ARK (ARO) méně než rok 10 (27%), 1 až 5 let 16 (43%), 6 až 10 let 8 (22%), 11 až 20 let 3 (8%) a nad 20 let 0 (0%) zdravotnických záchranářů.

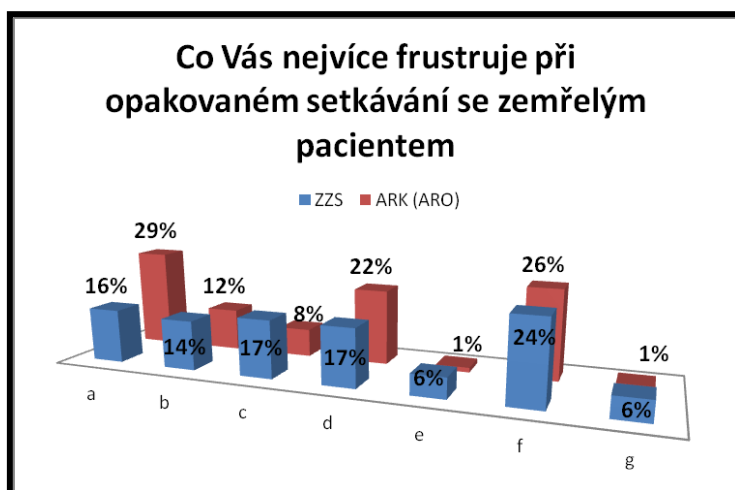
Otázka č. 4: Co Vás nejvíce frustruje při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem?
(2 možnosti)

- a) Bezmocnost
- b) Uvědomění si své smrti
- c) Strach ze smrti
- d) Strach o své blízké
- e) Negativní dopad na osobní (rodinný) život
- f) Věk pacienta
- g) Jiné – uveďte

Tab. č. 4 Nejčastější frustrace při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	13	21	16%	29%
b	12	9	14%	12%
c	14	6	17%	8%
d	14	16	17%	22%
e	5	1	6%	1%
f	20	19	24%	26%
g	5	1	6%	1%
Celkem	83	73	100%	100%

Graf č. 4 Nejčastější frustrace při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem



V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí, nebo napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 83 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 20 (24%) respondentů, že při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem je nejvíce frustrující věk pacienta, 14 (17%) respondentů uvedlo strach ze smrti, 14 (17%) respondentů strach o své blízké, 13 (16%) respondentů bezmocnost, 12 (14%) respondentů uvědomění si své smrti, 5 (6%) respondentů negativní dopad na osobní (rodinný) život.

Jako jinou možnost uvedlo 5 (6%) respondentů z toho čtyři, že neví a jeden uvedl chování lidí na místě (př. chování rodiny).

Z celkového počtu 73 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ARK (ARO), uvedlo 21 (29%) respondentů, že při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem je nejvíce frustrující bezmocnost, 19 (26%) respondentů věk pacienta, 16 (22%) respondentů strach o své blízké, 9 (12%) respondentů uvědomění si své smrti, 6 (8%) respondentů strach ze smrti, 1 (1%) respondent negativní dopad na osobní (rodinný) život.

1 (1%) respondent uvedl jako jinou možnost nic.

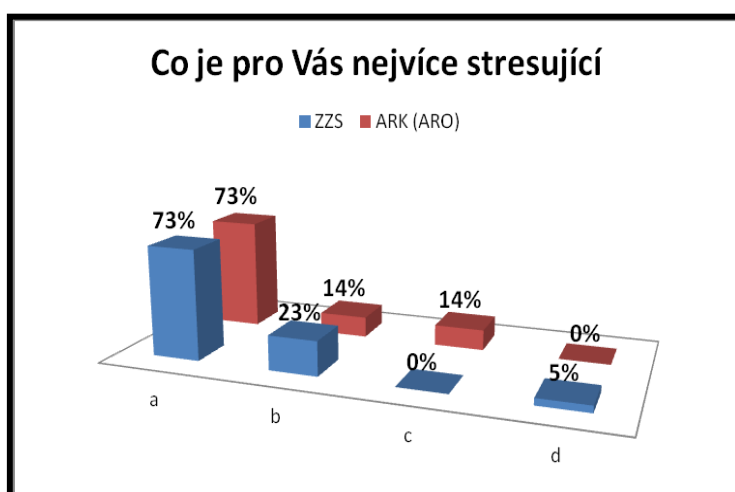
Otázka č. 5: Co je pro Vás nejvíce stresující?

- a) Úmrtí dítěte
- b) Úmrtí mladého člověka
- c) Úmrtí starého člověka
- d) Úmrtí všech, bez rozdílu věku

Tab. č. 5 Nejvíce stresující faktor

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	32	27	73%	73%
b	10	5	23%	14%
c	0	5	0%	14%
d	2	0	5%	0%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 5 Nejvíce stresující faktor



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS uvedlo 32 (73%) respondentů, jako nejvíce stresující úmrtí dítěte, 10 (23%) respondentů úmrtí mladého člověka, 2 (5%) respondenti úmrtí všech, bez rozdílu věku a úmrtí starého člověka nevedl nikdo.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 27 (73%) jako nejvíce stresující úmrtí dítěte, 5 (14%) respondentů úmrtí mladého člověka, 5 (14%) úmrtí starého člověka a úmrtí všech bez rozdílu věku nevedl nikdo.

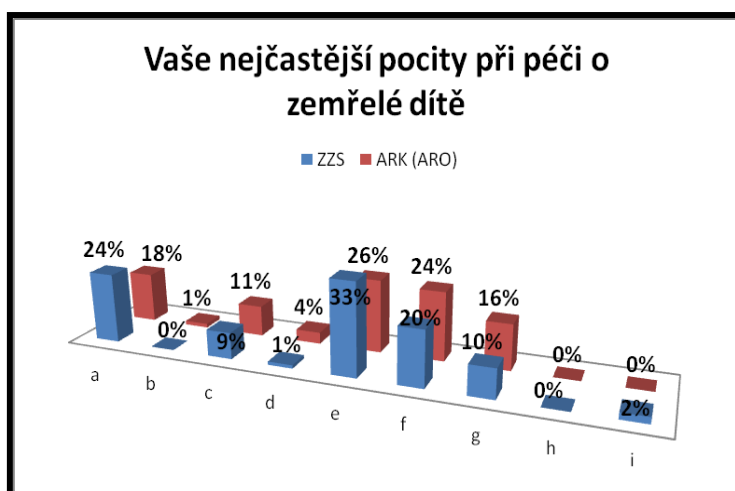
Otázka č. 6: Jaké jsou Vaše nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě? (2 možnosti)

- a) Lítost
- b) Strach
- c) Úzkost
- d) Osobní selhání
- e) Bezmocnost
- f) Smutek, tíseň
- g) Hněv, zloba
- h) Lhostejnost
- i) Jiné

Tab. č. 6 Nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	21	13	24%	18%
b	0	1	0%	1%
c	8	8	9%	11%
d	1	3	1%	4%
e	28	19	33%	26%
f	17	18	20%	24%
g	9	12	10%	16%
h	0	0	0%	0%
i	2	0	2%	0%
Celkem	86	74	100%	100%

Graf č. 6 Nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě



V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 86 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 28 (33%) respondentů jako nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě bezmocnost, 21 (24%) respondentů lítost, 17 (20%) respondentů uvedlo smutek, tíseň, 9 (10%) respondentů hněv, zloba, 8 (9%) respondentů úzkost, 1 (1%) respondent uvedl osobní selhání.

Jako jinou možnost uvedli 2 (2%) respondenti, a to žádné pocity.

Z celkového počtu 74 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 19 (26%) respondentů, jako nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě bezmocnost, 18 (24%) respondentů smutek, tíseň, 13 (18%) respondentů lítost, 12 (16%) respondentů uvedlo hněv, zloba, 8 (11%) respondentů úzkost, 3 (4%) respondenti osobní selhání, 1 (1%) respondent strach, žádný z respondentů 0 (0%) neuvedl lhostejnost a jinou možnost.

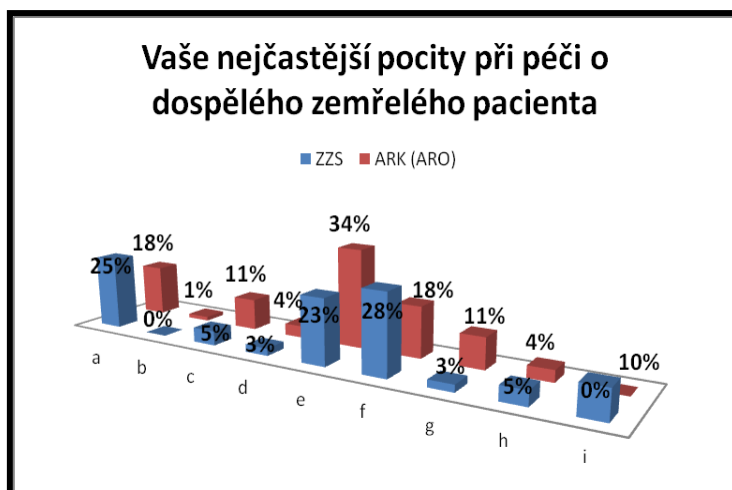
Otázka č. 7: Jaké jsou Vaše nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta? (2 možnosti)

- a) Lítost
- b) Strach
- c) Úzkost
- d) Osobní selhání
- e) Bezmocnost
- f) Smutek, tíseň
- g) Hněv, zloba
- h) Lhostejnost
- i) Jiné

Tab. č. 7 Nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta

Odpověď	Absolutní četnost ZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	20	13	25%	18%
b	0	1	0%	1%
c	4	8	5%	11%
d	2	3	3%	4%
e	18	25	23%	34%
f	22	13	28%	18%
g	2	8	3%	11%
h	4	3	5%	4%
i	8	0	10%	0%
Celkem	80	74	100%	100%

Graf č. 7 Nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta



V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí nebo napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 80 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 22 (28%) respondentů jako nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta smutek, tíseň, 20 (25%) respondentů lítost, 18 (23%) respondentů bezmocnost, 4 (5%) respondenti uvedli úzkost, 4 (5%) respondenti uvedli lhostejnost, 2 (3%) respondenti osobní selhání, 2 (3%) respondenti uvedli hněv, zloba.

Jako jinou možnost uvedlo 8 (10%) respondentů a to, že záleží na příčině úmrtí, respekt ze smrti, snaha to nevnímat nebo nemají žádné pocity.

Z celkového počtu 74 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 25 (34%) respondentů jako nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta bezmocnost, 13 (18%) respondentů smutek, tíseň, 13 (18%) respondentů lítost, 8 (11%) respondentů úzkost, 8 (11%) respondentů hněv, zloba, 3 (4%) respondenti osobní selhání, 3 (4%) respondenti lhostejnost, 1 (1%) respondent uvedl strach.

Jinou možnost neuvedl žádný respondent.

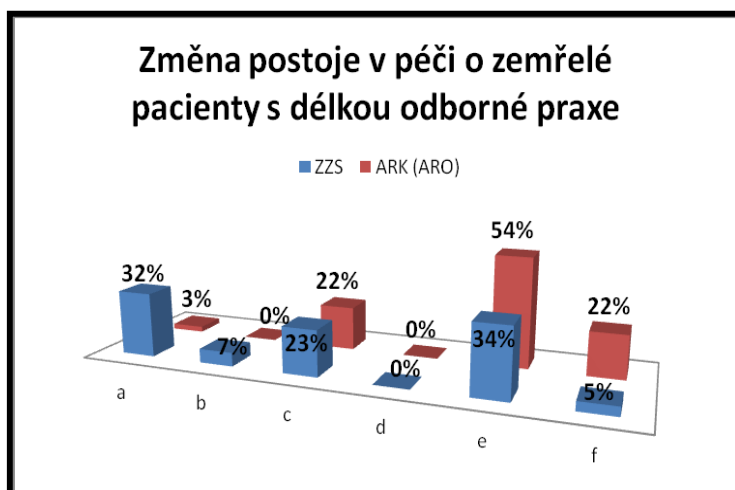
Otázka č. 8: Změnil se Váš postoj v péči o zemřelé pacienty s délkou Vaší odborné praxe?

- a) Ano, se smrtí pacienta se vyrovnávám snáze než dříve
- b) Ano, se smrtí pacienta se vyrovnávám hůře než dříve
- c) Záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pocítuji jako méně frustrující
- d) Záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pocítuji jako více frustrující
- e) Ne, nezměnil
- f) Nevím

Tab. č. 8 Změna postoje v péči o zemřelé pacienty v závislosti na délce odborné praxe

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	14	1	32%	3%
b	3	0	7%	0%
c	10	8	23%	22%
d	0	0	0%	0%
e	15	20	34%	54%
f	2	8	5%	22%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 8 Změna postoje v péči o zemřelé pacienty v závislosti na délce odborné praxe



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS nejčastěji na otázku, zda se jejich postoj v péči o zemřelé pacienty s jejich délkou odborné praxe změnil uvedlo 15 (34%) respondentů, že ne, nezměnil, 14 (32%) respondentů ano, se smrtí se vyrovnávají snáze než dříve, 10 (23%) respondentů uvedlo, že záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pocítují jako méně frustrující, 3 (7%) respondenti ano, se smrtí pacienta se

vyrovnávají hůře než dříve, 2 (5%) respondenti neví a 0 (0%) respondentů záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pociťují jako více frustrující.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO) nejčastěji na otázku, zda se jejich postoj v péči o zemřelé pacienty s jejich délkou odborné praxe změnil uvedlo 20 (54%) respondentů, že ne, nezměnil, 8 (22%) respondentů neví, 8 (22%) respondentů uvedlo, že záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pociťují jako méně frustrující, 1 (3%) respondent ano, se smrtí pacienta se vyrovnává snáze než dříve, 0 (0%) respondentů ano, se smrtí pacienta se vyrovnávají hůře než dříve, 0 (0%) respondentů záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pociťují jako více frustrující.

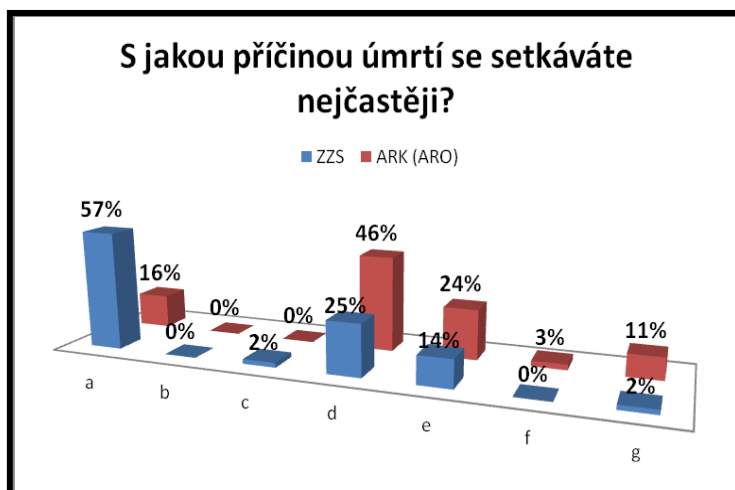
Otázka č. 9: S jakou příčinou úmrtí se setkáváte nejčastěji?

- a) Přírozená smrt (stáří)
- b) Vražda
- c) Sebevražda
- d) Nehoda
- e) Úraz
- f) Cizí zavinění
- g) Jiné

Tab. č. 9 Nejčastější setkávání s příčinou úmrtí

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	25	6	57%	16%
b	0	0	0%	0%
c	1	0	2%	0%
d	11	17	25%	46%
e	6	9	14%	24%
f	0	1	0%	3%
g	1	4	2%	11%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 9 Nejčastější setkávání s příčinou úmrtí



V této otázce měli respondenti možnost napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 44 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ZZS uvedlo 25 (57%) respondentů, že s nejčastější příčinou úmrtí se setkávají s přirozenou smrtí,

11 (25%) respondentů s nehodou, 6 (14%) respondentů s úrazy, 1 (2%) respondent uvedl sebevraždu, 0 (0%) respondentů s vraždou a 0 (0%) respondentů s cizím zaviněním.

Jako jinou možnost uvedl 1 (2%) respondent a to smrt následkem nemoci.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 17 (46%) respondentů, že s nejčastější příčinou úmrtí se setkávají s nehodou, 9 (24%) respondentů s úrazy, 6 (16%) respondentů s přirozenou smrtí, 1 (3%) respondent s cizím zaviněním, 0 (0%) respondentů s vraždou a 0 (0%) respondentů se sebevraždou.

Jako jinou možnost uvedli 4 (11%) respondenti, z toho tři respondenti napsali závažné onemocnění, jeden s nemocí a operanty.

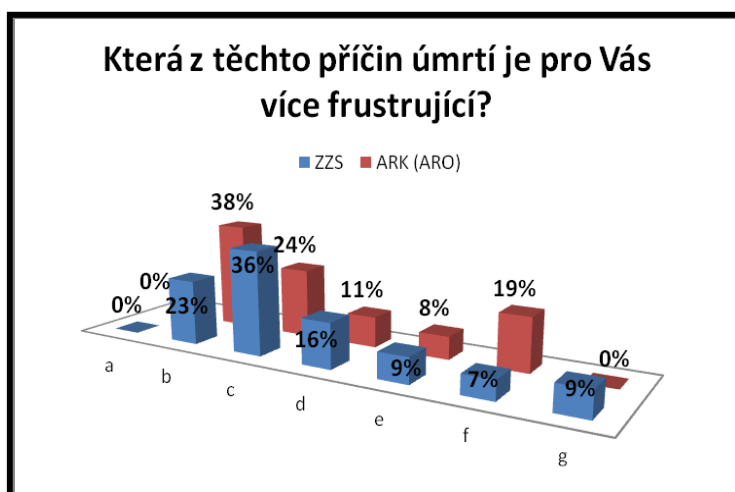
Otázka č. 10: Která z těchto příčin úmrtí je pro Vás více frustrující?

- a) Přírozená smrt
- b) Vražda
- c) Sebevražda
- d) Nehoda
- e) Úraz
- f) Cizí zavinění
- g) Jiné

Tab. č. 10 Nejvíce frustrující příčina úmrtí

Odpověď	Absolutní četnost ZJS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZJS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	0	0	0%	0%
b	10	14	23%	38%
c	16	9	36%	24%
d	7	4	16%	11%
e	4	3	9%	8%
f	3	7	7%	19%
g	4	0	9%	0%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 10 Nejvíce frustrující příčina úmrtí



V této otázce měli respondenti možnost napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 44 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ZJS uvedlo 16 (36%) respondentů, jako nejvíce frustrující příčinu úmrtí sebevraždu, 10 (23%)

respondentů uvedlo vraždu, 7 (16%) respondentů nehodu, 4 (9%) respondenti úraz, 3 (7%) respondenti cizí zavinění, 0 (0%) respondentů přirozenou smrt.

Jako jinou možnost uvedli 4 (9%) respondenti, z toho dva uvedli krátkou vážnou nemoc a dva žádnou možnost.

Z celkového počtu 37 (100%) odpovědí od respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 14 (38%) respondentů, jako nejvíce frustrující příčinu úmrtí vraždu, 9 (24%) respondentů uvedlo sebevraždu, 7 (19%) respondentů cizí zavinění, 4 (11%) respondenti nehodu, 3 (8%) respondenti úraz, 0 (0%) respondentů přirozenou smrt.

Jinou možnost neuvedl žádný z respondentů 0 (0%).

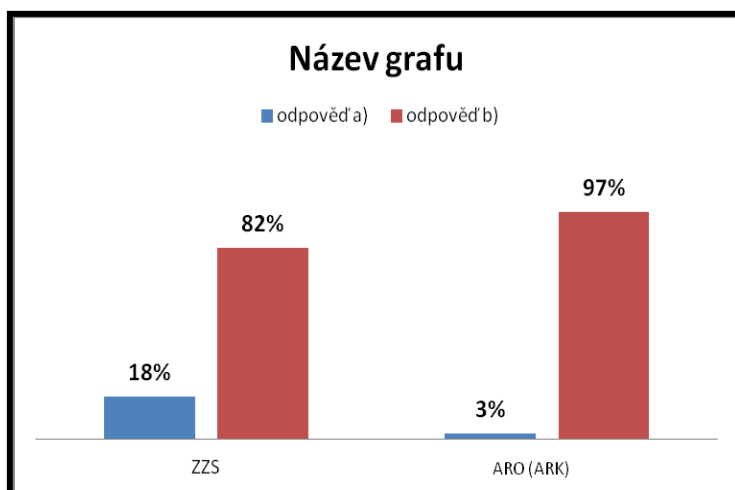
Otázka č. 11: Zanechal ve Vás nějaký konkrétní případ tak hlubokou a těžkou vzpomínku, aby jste potřeboval/a odbornou pomoc psychologa?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. č. 11 Potřeba odborné pomoci psychologa

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	8	1	18%	3%
b	36	36	82%	97%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 11 Potřeba odborné pomoci psychologa



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 36 (82%) respondentů, že v minulosti nepotřebovali odbornou pomoc psychologa, 8 (18%) respondentů uvedlo, že odbornou pomoc psychologa potřebovala.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), uvedlo 36 (97%) respondentů, že v minulosti nepotřebovali odbornou pomoc psychologa, 1 (3%) respondent uvedl, že odbornou pomoc psychologa potřeboval.

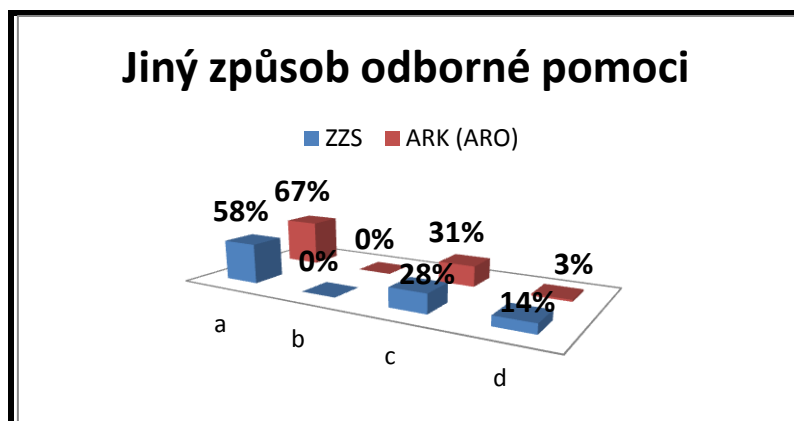
Otázka č. 12: Pokud na otázku č. 11 odpovíte ne, označte jiný způsob:

- a) Stačilo se vypovídat osobě mě blízké
- b) Pomocí léků
- c) Pomocí alkoholu
- d) Jiné řešení

Tab. č. 12 Jiný způsob vyrovnávání se s psychickou zátěží

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	21	24	58%	67%
b	0	0	0%	0%
c	10	11	28%	31%
d	5	1	14%	3%
Celkem	36	36	100%	100%

Graf č. 12 Jiný způsob vyrovnávání se s psychickou zátěží



Z celkového počtu 36 (100%) respondentů pracujících na ZZS uvedlo 21 (58%) respondentů, že jako jiný způsob vyrovnání se s psychickou zátěží se stačilo vypovídat osobě jim blízké, 10 (28%) respondentů s pomocí alkoholu, 0 (0%) respondentů pomocí léků.

Jiné řešení zvolilo 5 (30%) respondentů a to žádný způsob.

Z celkového počtu 36 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO) uvedlo 24 (67%) respondentů, že jako jiný způsob vyrovnání se s psychickou zátěží se stačilo vypovídat osobě jim blízké, 11 (31%) respondentů s pomocí alkoholu, 0 (0%) respondentů pomocí léků.

Jiné řešení zvolil 1 (3%) respondent a to vypovídání se u piva.

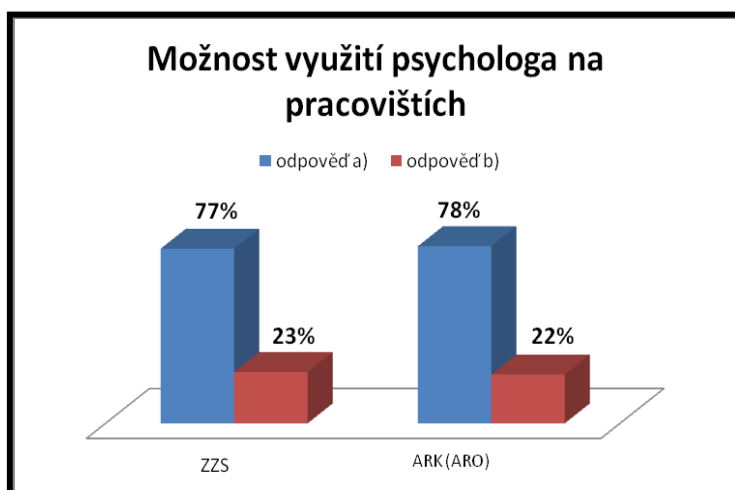
Otázka č. 13: Máte na svých pracovištích možnost využít služby psychologa?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. č. 13 Možnost využití psychologa na pracovištích

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	34	29	77%	78%
b	10	8	23%	22%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf. č. 13 Možnost využití psychologa na pracovištích



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 34 (77%) respondentů, že má možnost využití služeb psychologa na svém pracovišti, 10 (23%) respondentů uvedlo, že tuto možnost nemá.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), uvedlo 29 (78%) respondentů, že má možnost využití služeb psychologa na svém pracovišti, 8 (22%) respondentů uvedlo, že tuto možnost nemá.

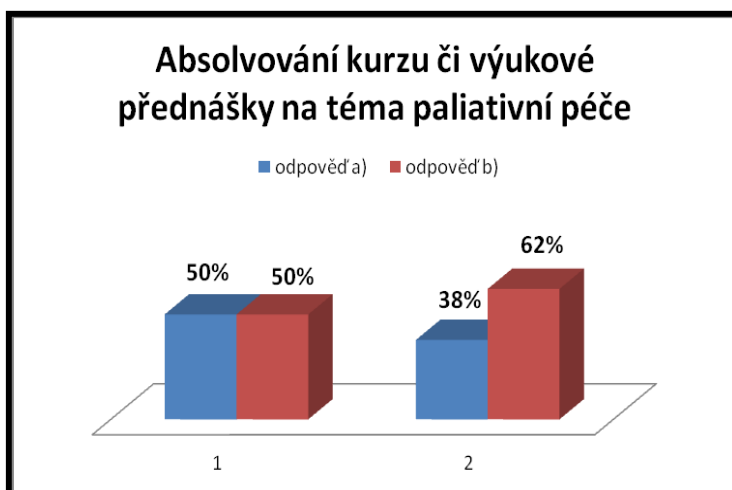
Otázka č. 14: Absolvovali jste někdy kurz či výukovou přednášku na téma paliativní péče?

- a) Ano, absolvoval/a jsem
- b) Ne, neabsolvoval/a jsem

Tab. č. 14 Absolvování kurzu či výukové přednášky na téma paliativní péče

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	22	14	50%	38%
b	22	23	50%	62%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 14 Absolvování kurzu či výukové přednášky na téma paliativní péče



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, uvedlo 22 (50%) respondentů, že kurz či výukovou přednášku na téma paliativní péče absolvovali, 22 (50%) respondentů ji neabsolvovalo.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), uvedlo 23 (62%) respondentů, že kurz či výukovou přednášku na téma paliativní péče absolvovali, 14 (38%) respondentů ji neabsolvovalo.

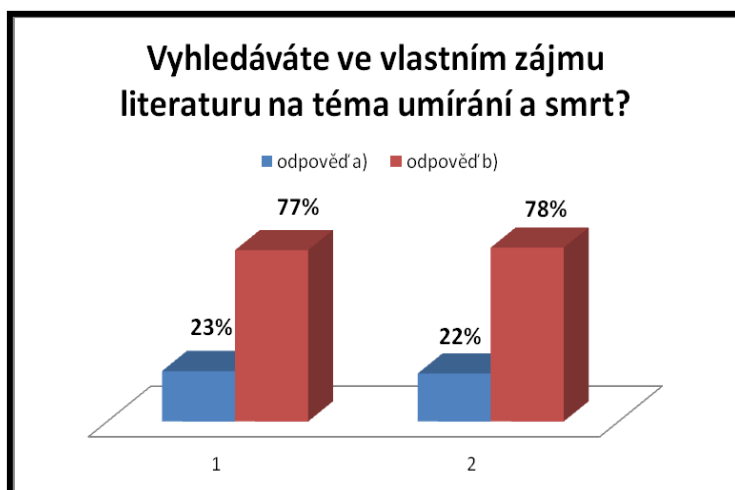
Otázka č. 15: Vyhledáváte ve vlastním zájmu literaturu (internet, knihy, časopisy) na téma umírání a smrt?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. č. 15 Vyhledávání literatury na téma paliativní péče ve vlastním zájmu

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	10	8	23%	22%
b	34	29	77%	78%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 15 Vyhledávání literatury na téma paliativní péče ve vlastním zájmu



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, ve vlastním zájmu literaturu na téma umírání a smrt 34 (77%) respondentů vyhledává a 10 (23%) respondentů ji nevyhledává.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), ve vlastním zájmu literaturu na téma umírání a smrt 29 (78%) respondentů vyhledává a 8 (22%) respondentů ji nevyhledává.

Otázka č. 16: Máte zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče?

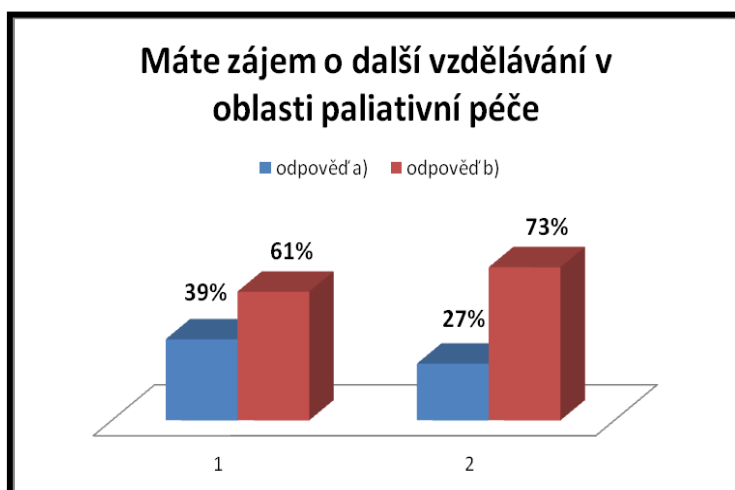
a) Ano

b) Ne

Tab. č. 16 Zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	17	10	39%	27%
b	27	27	61%	73%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 16 Zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče



Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, 27 (61%) respondentů o další vzdělávání v oblasti paliativní péče nemá zájem a 17 (39%) respondentů o další vzdělávání zájem má.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), 27 (73%) respondentů o další vzdělávání v oblasti paliativní péče nemá zájem a 10 (27%) respondentů o další vzdělávání zájem má.

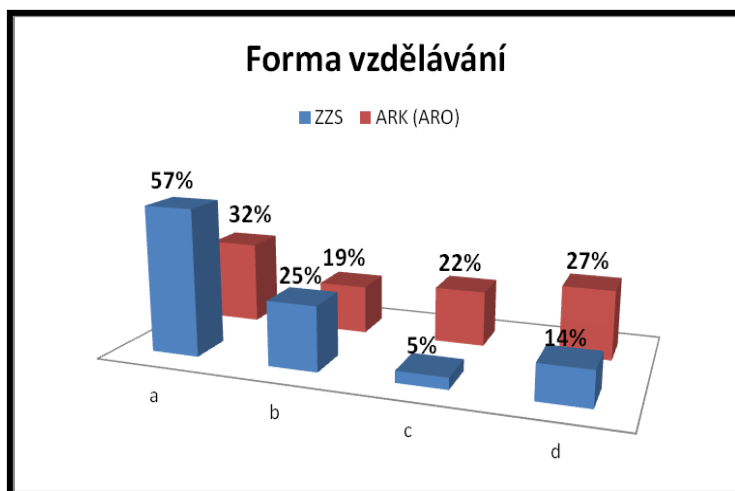
Otázka č. 17: Jakou formu vzdělávání byste si zvolili?

- a) Seminář
- b) E – learning
- c) Certifikovaný kurz
- d) Jiné

Tab. č. 17 Forma vzdělávání

Odpověď	Absolutní četnost ZZS	Absolutní četnost ARK (ARO)	Relativní četnost ZZS	Relativní četnost ARK (ARO)
a	25	12	57%	32%
b	11	7	25%	19%
c	2	8	5%	22%
d	6	10	14%	27%
Celkem	44	37	100%	100%

Graf č. 17 Forma vzdělávání



V této otázce měli respondenti možnost napsat svou vlastní odpověď.

Z celkového počtu 44 (100%) respondentů pracujících na ZZS, by si 25 (57%) respondentů zvolilo jako formu vzdělávání seminář, 11 (25%) respondentů by si vybralo e – learning, 2 (5%) respondenti by zvolili certifikovaný kurz.

Jako jinou možnost uvedlo 6 (14%) respondentů a to žádnou formu.

Z celkového počtu 37 (100%) respondentů pracujících na ARK (ARO), by si 12 (32%) respondentů zvolilo jako formu vzdělávání seminář, 8 (22%) respondentů certifikovaný kurz a 7 (19%) respondentů e – learning.

Jako jinou možnost uvedlo 10 (27%) respondentů a to žádnou formu.

8 DISKUZE

Při zpracovávání bakalářské práce byly sestaveny tři cíle. Prvním cílem bylo porovnat postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti v PNP a NP. Druhým cílem práce bylo zjistit, co zdravotnické záchranáře nejvíce frustruje při péči o umírajícího v PNP a NP. Posledním, třetím cílem bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři pracující na ARK (ARO) či ZZS mají zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče. Na základě stanovených cílů byly ověřovány tři předem stanovené hypotézy, které byly pomocí strukturovaného anonymního dotazníku potvrzeny či vyvráceny.

První 3 otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (viz graf 1, 2 a 3). První otázkou jsme zjišťovali pracoviště zkoumaného souboru. Z rozdaných 100 dotazníků se vrátilo 44 (54%) dotazníků od zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS a z ARK (ARO) se jich navrátilo 37 (46%). Druhá otázka v dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Z pracovišť ARK (ARO) se dotazníkového šetření zúčastnilo větší množství žen (73%) než mužů (27%). Oproti tomu ze ZZS se zúčastnilo více mužů (55%) nežli žen (45%). U třetí otázky respondenti odpovídali na délku jejich odborné praxe na daném pracovišti. Z výsledků vyplývá, že na ZZS je nejvíce zdravotnických záchranářů s délkou odborné praxe 11 až 20 let (41%) a (5%) s praxí méně než rok. Na ARK (ARO) je největší podíl zdravotnických záchranářů pracujících 1 až 5 let (43%) a žádný z nich, zde nepracuje více než 20 let (0%).

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že zdravotničtí záchranáři pracující v NP vnímají smrt pacienta negativněji než zdravotničtí záchranáři pracující v PNP.

K ověření hypotézy byly vytvořeny otázky číslo 6, 7 a 8 (viz graf 6,7 a 8). Tato hypotéza byla stanovena na základě prvního cílu, kde nás zajímá rozdíl v postoji zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS a na ARK (ARO) k umírání a smrti. Otázka číslo 6 je zaměřena na nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě, kdy tato setkání bývají velmi emotivní a náročná. Především v případě, kdy samotní zdravotničtí záchranáři mají doma děti stejného věku. Zdravotničtí záchranáři pracující na ZZS uvedli jako nejčastější pocity bezmocnost (33%), lítost (24%), smutek, tíseň uvedlo (20%) respondentů a někteří uvedli i hněv a zlobu (10%), (2%) uvedli, že nepocitují nic. Respondenti pracující na ARK (ARO) uvedli nejčastěji bezmocnost (26%), smutek, tíseň (24%) a stejně jako respondenti ze ZZS někteří uvedli i hněv a zlobu (16%). Z respondentů pracujících na ARK (ARO)

neuevdl nikdo jinou možnost. Odhaduji, že všichni, nejen zdravotničtí záchranáři, by z části pociťovali hněv i zlobu v případech, kdy jde o malé děti, které zemřeli násilnou smrtí či cizím zaviněním. V sedmé otázce se zaměřujeme na nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta. Vnímání smrti u dospělého je neméně závažnou tematikou, stejně jako prožívání smrti dítěte. Respondenti pracující na ZZS uvádí nejčastěji smutek, tíseň (28%), lítost (25%), jako jinou možnost zvolilo (10%) dotazovaných a to, že záleží na příčině úmrtí, dále respekt ze smrti, snaha o to nic nevnímat a v neposlední řadě žádné pocity. U respondentů pracujících na ARK (ARO) se nejčastěji vyskytovala bezmocnost (34%), smutek, tíseň (18%) a lítost (18%). Jinou možnost neuvedl nikdo. V těchto odpovědích se často respondenti shodovali, ačkoliv každý jedinec smrt vnímá absolutně jinak, je zřejmé, že je tato situace pro všechny z nás frustrující a zarmucující událostí. Otázkou č. 8 jsme se dotazovali, zda se změnil jejich postoj v péči o zemřelé pacienty s délkou jejich odborné praxe, ve které většina respondentů ze ZZS uvedla, že se jejich postoj nezměnil (34%), jako další možnost respondenti uvádějí, že se postupem času se smrtí pacienta vyrovnávají snáze než dříve (32%). Dalších (23%) respondentů uvedlo, že záleží na okolnostech, ale přesto smrt pacienta pociťují jako méně frustrující. (5%) respondentů uvedlo, že neví. Nadpoloviční většina respondentů (54%) pracujících na ARK (ARO) uvádí, že se jejich postoj nezměnil, další z nich uvádějí, že neví (22%) a stejná část respondentů uvedla, že záleží na okolnostech, ale přesto smrt pacienta pociťují jako méně frustrující (22%). Jelikož tyto otázky ukázaly, že zdravotničtí záchranáři pracující na ZZS a ARK (ARO) vnímají umírání a smrt velmi podobně, zařadili jsme k ověření této hypotézy i otázky číslo 11, 12 a 13 (viz graf 11, 12 a 13). Kdy v otázce číslo 11 zjišťujeme, zda ve zdravotnických záchranářích zanechal nějaký konkrétní případ tak hlubokou a těžkou vzpomínku, aby využili odbornou pomoc psychologa. K mému velkému překvapení uvedlo (18%) respondentů pracujících na ZZS, že takovou pomoc vyhledali. Jsem velmi ráda, že se za tuto skutečnost nestydí, jelikož ani není za co se stydět. V jiných zemích je vyhledávání odborné pomoci normální a u zdravotnických profesí po náročných výjezdech či těžké službě i povinné, což považuji za správné. (Andršová, 2012) Zbylých (82%) respondentů ze ZZS uvedlo, že odbornou pomoc nevyhledali. Respondenti pracující na ARK (ARO) uvedli, že odbornou pomoc nevyhledali, a to (97%) z nich, zbylé (3%) tuto pomoc využili. Na tuto otázku navazuje otázka číslo 12, kde se ptáme, pokud dotazovaní nevyužili odbornou pomoc psychologa, jakou jinou možnost pomoci by tedy zvolili. Většina respondentů (58%) ze ZZS by si

vybralo vypovídání se osobě jim blízké, dalších (14%) respondentů uvedlo jinou možnost a to žádný způsob. Pomocí alkoholu by to řešilo (28%) respondentů a žádný z respondentů si nevybral možnost pomocí léků, což je potěšující zjištění. U respondentů pracujících na ARK (ARO) si (66%) také zvolilo vypovídání se osobě jim blízké, (31%) respondentů uvedlo pomocí alkoholu. Jinou možnost uvedli (3%) a to žádnou pomoc. Stejně tak jako u respondentů ze ZZS si nikdo z dotazovaných, pracujících na ARK (ARO) nezvolil možnost pomocí léků. Většina z nás řeší své problémy se svými známými a je jedno jestli u kávy či u piva, ale je důležitý v těchto chvílích vědět, že máme komu důvěřovat a mít se komu svěřit. A pomoc někoho cizího v tomto případě psychologa je pro nás mnohdy nepředstavitelnou možností a tudíž i poslední variantou jak své trápení řešit. Dále jsme v otázce číslo 13 zjišťovali, zda zdravotničtí záchranáři mají možnost na svých pracovištích využít služby psychologa. Respondenti ze ZZS uvedli, že tuto možnost mají (77%), zbylých (23%) uvedlo, že nikoliv. Respondenti z ARK (ARO) uvedli též, že mají možnost využití služeb psychologa (78%) a zbylých (22%) uvedlo, že tu možnost nemají. Zde je otázka, zda opravdu nemají možnost využít pomoc psychologa nebo jestli o této možnosti neví a ani se o ni nezajímají. Možnost využití služeb psychologa si myslím, že by měla být přístupná na všech pracovištích podobného rázu a to především na pracovištích, kde jsou zaměstnanci často vystavováni psychickému vypětí. Vzhledem k analýze zjištěných faktů, jsme došli k závěru, že **hypotéza číslo 1, se nepotvrdila** a zdravotničtí záchranáři pracující na ZZS umírání a smrt vnímají negativněji, než zdravotničtí záchranáři pracující na ARK (ARO).

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že zdravotnické záchranáře pracující v NP při péči o umírajícího daleko více frustruje stáří pacienta než zdravotnické záchranáře pracující v PNP.

K ověření této hypotézy se vztahují otázky číslo 4, 5, 9 a 10 (viz graf 4, 5, 9 a 10). Hypotéza byla stanovena na základě druhého cílu, kde jsme chtěli zjistit, co zdravotnické záchranáře nejvíce frustruje při péči o umírajícího v PNP a NP. V otázce č. 4 se respondentů dotazujeme, co je nejvíce frustruje při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem. Zdravotnické záchranáře pracující na ZZS při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem nejvíce frustruje věk pacienta (24%), dále pak shodně strach ze smrti a strach o své blízké (17%), (16%) dotazovaných uvedlo bezmocnost a jako nejméně frustrující uvedli negativní dopad na osobní život (6%). A (6%) respondentů uvedlo jinou

možnost, část z nich chování lidí na místě události, zbytek dotazovaných uvedl, že neví, co je nejvíce frustruje. Respondenti pracující na ARK (ARO) oproti tomu uvedli nejčastěji, jako nejvíce frustrující, bezmocnost (29%) a také věk pacienta (26%). Strach o své blízké uvedlo (22%) respondentů a strach o své blízké (8%) dotazovaných. Jako nejméně frustrující je pro ně stejně, tak jako i pro respondenty ze ZZS, negativní dopad na osobní život (1%). A (1%) respondentů zvolilo jako jinou možnost „nic“. V otázce číslo 5 jsme zjišťovali, co je pro zdravotnické záchranáře nejvíce frustrující při výkonu jejich profese. Nepřekvapilo mě, že většina respondentů pracujících na ZZS uvedlo úmrtí dítěte (73%). Nezanedbatelná část i úmrtí mladého člověka (23%). (5%) respondentů uvedlo úmrtí všech bez rozdílu věku a žádný z nich neuvedl úmrtí starého člověka. Stejně je to mu tak i u respondentů z ARK (ARO), kteří považují za nejvíce frustrující úmrtí dítěte (73%). Shodně uvedli úmrtí mladého člověka (14%) a úmrtí starého člověka (14%). Ani jeden respondent neuvedl úmrtí všech bez rozdílu věku. Z dalších otázek číslo 9 a 10 vyplývá, že i když se zdravotničtí záchranáři pracující na ZZS ve své profesi nejčastěji setkávají s příčinou úmrtí, kterou je přirozená smrt (57%), (25%) respondentů uvádí nehodu, (14%) z nich uvádí úraz, je pro ně nejvíce frustrující sebevražda (36%) a vražda (23%). Pro zbylých (16%) respondentů je další frustrující příčinou nehoda. Zdravotničtí záchranáři pracující na ARK (ARO) se nejčastěji setkávají s příčinou úmrtí následkem nehody (46%), (24%) respondentů uvedlo s úrazy, s přirozenou smrtí (16%) a (11%) uvádí jinou možnost onemocnění včetně operantů. Ale nejvíce frustrující je pro respondenty pracující na ARK (ARO) příčina úmrtí vražda (38%), dále sebevražda (24%), také smrt způsobená cizím zaviněním (19%), pro (11%) dotazovaných je to nehoda a pro (8%) úraz. Z těchto odpovědí vyplývá, že při péči o umírajícího je nejvíce frustrující stáří pacienta, a to pro zdravotnické záchranáře pracující na ARK (ARO). Tudíž jak jsme předpokládali, **hypotéza č. 2 se potvrdila.**

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že zdravotničtí záchranáři pracující v PNP a NP nemají zájem se dále vzdělávat v oblasti paliativní péče.

Tato hypotéza byla stanovena na základě toho, že jsme chtěli zjistit kolik zdravotnický záchranářů pracujících ať už na ZZS či ARK (ARO) má zájem se nadále vzdělávat v oblasti paliativní péče. K této hypotéze se vážou otázky číslo 14, 15, 16 a 17 (viz graf 14, 15, 16 a 17). Otázkou číslo 14 jsme zjišťovali, zda zdravotničtí záchranáři někdy absolvovali kurz či výukovou přednášku na téma paliativní péče. Přesně (44%)

respondentů uvedlo, že výukovou přednášku či kurz absolvovali a (56%) respondentů toto neabsolvovalo. V otázce číslo 15 zjišťujeme, zda respondenti ve svém volném čase vyhledávají literaturu na téma umírání a smrt. Respondenti uvedli, že tuto tematiku nevyhledávají (78%), pouhých (22%) respondentů ano. Jak jsme předpokládali, většina z respondentů nemá zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče. Na to se ptáme v otázce číslo 16, kde respondenti uvedli, že (67%) nemá zájem a zbylých (33%) dotazovaných o další vzdělávání zájem má. V poslední otázce číslo 17 zjišťujeme, jakou formu vzdělávání by si zvolili. Nejčastější odpovědí od respondentů byl seminář (46%), následně by si zvolili e – learning (22%), (20%) dotazovaných by si ne zvolilo nic a pouhých (12%) označilo certifikovaný kurz. Z těchto otázek vyplynulo, že nadpoloviční většina zdravotnických záchranářů pracujících na ZZS i na ARK (ARO) nemá o další vzdělávání v oblasti paliativní péče zájem. Tímto se **hypotéza č. 4 potvrdila**.

ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce bylo zjistit postoje zdravotnických záchranářů k umírání a smrti. Teoretická část byla rozdělena do pěti hlavních kapitol, kde první kapitola objasňuje základní terminologii důležitou pro stěžejní část bakalářské práce. Následující kapitoly byly zaměřeny na fáze přijmutí skutečnosti, že dotyčný umírá, pohled na umírání a smrt v historii, odlišnosti v rituálech a pohřbívání v různých kulturách, na možnosti péče o umírajícího. Zabývaly jsme se péčí o umírající dospělé i děti v domácím a institucionálním prostředí. Také jsme se zaměřily na diagnostiku smrti, euthanázii a distanázii a následnou péči o zemřelé tělo. Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na stresové faktory a motivace zdravotnických záchranářů při výkonu jejich profese a dále na péči o zemřelé v terénu.

Předem stanovené cíle pro bakalářskou práci jsme splnily. Dvě ze stanovených hypotéz se nám potvrdily. Hypotéza, která předpokládala, že zdravotničtí záchranáři pracující v NP vnímají smrt pacienta negativněji než zdravotničtí záchranáři pracující v PNP, byla vyvrácena.

Vzhledem k získaným výsledkům, jsme zjistili, že zdravotnické záchranáře při výkonu jejich profese, kde se velmi často setkávají s umírajícími a zemřelými pacienty, nejvíce frustruje stáří pacienta, strach ze smrti, strach o své blízké i bezmocnost. Mezi nejčastější pocity při péči o zemřelé ať už dospělé či mladé pacienty patří bezmocnost, lítost, smutek, tíseň a někdy i hněv a zloba. Zjistily jsme, že většina zdravotnických záchranářů pracujících v PNP a NP nemá zájem se nadále vzdělávat v oblasti paliativní péče.

Profese zdravotnických záchranářů je emočně i fyzicky náročná. Jejich hlavním úkolem je poskytovat záchranu života každému jedinci. Své emoce většinou nedávají najevo, a to ani po skončení náročného výjezdu. Vzhledem k náročnosti profese zdravotnických záchranářů a ke zjištěným faktům jsme se rozhodly sestavit několik bodů intervenčních technik, které by mohly být prezentovány formou manuálu pro zdravotnické záchranáře. Tyto techniky nejsou nijak časově náročné a NLZP je zvládnou sami v pohodlí domova.

LITERATURA A PRAMENY

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BLAŽKOVÁ, Marie. *Postup při úmrtí ve FN Plzeň: Standardní ošetrovatelský postup.*, [cit. 20.3.2014], 8.8.2011.

BLUMENTHAL - BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004, 183 s. Studijní texty Orac. ISBN 80-861-9975-4.

Definice paliativní péče. *Umírání* [online]. 2012, [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

ELLERSHAW, John a Susie WILKINSON. *Care of the dying: a pathway to excellence*. New York: Oxford University Press, 2003, xiii, 214 p. ISBN 01-985-0933-2.

Fáze vyrovnávání se s nemocí. *Umírání* [online]. 2004, [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnavani-se-s-nemoci.html>

FORMAN, Walter B. *Hospice and palliative care: concepts and practice*. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, c2003, xx, 288 p. ISBN 07-637-1566-2.

Funeral quartal. *Funeralq* [online]. 16.1.2011 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.funeralq.cz/rubriky/byt-hrobnikem-je-v-gronsku-jedno-z-nejtezsich-povolani>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.

KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 185 s. ISBN 80-701-3123-3.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. Praha: Ermat, 2003, 311 s. ISBN 80-903-0861-9.

Kulturní zvyky a rituály v souvislosti se smrtí. *Szsmb* [online]. 14.8.2010 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/KS_při_umírání.pdf

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

Paliativní péče: principy a praxe. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.

POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80-726-2259-5.

Sestra +. *Zdravi.e15* [online]. 6.11.2013 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/umirani-a-smrt-v-romske-kulture-472814>

Slovník pojmů. *Hospice* [online]. 2010 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

Umírání a smrt v islámu. *E - ISLÁM* [online]. 11.9.2010 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.e-islam.cz/node/475>

Vietnamské pohřební rituály. *Asianstyle* [online]. 9.8.2013 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.asianstyle.cz/kultura/7800-vietnamske-pohrebni-ritualy>

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Vyd. 1. Překlad Theodora Starnovská, Dagmar Pohunková. Praha: Vyšehrad, 2000, 95 s. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-702-1330-2.

Židovský způsob pohřbívání. *Wikipedie* [online]. 11.3.2013 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Židovský_způsob_pohřbívání

SEZNAM ZKRATEK

ARK – anesteziologicko resuscitační klinika

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

ČR – česká republika

DNR – neresuscitovat (do not resuscitate)

FN – fakultní nemocnice

HZS – hasičský záchranný sbor

IZS – integrovaný záchranný systém

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LSPP – lékařská služba první pomoci

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

NP – nemocniční péče

NR – neresuscitovat

PAS – asistovaná sebevražda (physician assisted suicide)

PČR – policie české republiky

PNP – přednemocniční neodkladná péče

RLP – rychlá lékařská pomoc

SPIS – systém psychosociální intervenční služby

WHO – světová zdravotnická organizace (World health organization)

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZ – zdravotnické zařízení

ZZS – zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Pracoviště

Tab. č. 2 Pohlaví

Tab. č. 3 Délka odborné praxe

Tab. č. 4 Nejčastější frustrace při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem

Tab. č. 5 Nejvíce stresující faktor

Tab. č. 6 Nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě

Tab. č. 7 Nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta

Tab. č. 8 Změna postoje v péči o zemřelé pacienty v závislosti na délce odborné praxe

Tab. č. 9 Nejčastější setkávání s příčinou úmrtí

Tab. č. 10 Nejvíce frustrující příčina úmrtí

Tab. č. 11 Potřeba odborné pomoci psychologa

Tab. č. 12 Jiný způsob vyrovnávání se s psychickou zátěží

Tab. č. 13 Možnost využití psychologa na pracovištích

Tab. č. 14 Absolvování kurzu či výukové přednášky na téma paliativní péče

Tab. č. 15 Vyhledávání literatury na téma paliativní péče ve vlastním zájmu

Tab. č. 16 Zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče

Tab. č. 17 Forma vzdělávání

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pracoviště

Graf č. 2 Pohlaví

Graf č. 3 Délka odborné praxe

Graf č. 4 Nejčastější frustrace při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem

Graf č. 5 Nejvíce stresující faktor

Graf č. 6 Nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě

Graf č. 7 Nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta

Graf č. 8 Změna postoje v péči o zemřelé pacienty v závislosti na délce odborné praxe

Graf č. 9 Nejčastější setkávání s příčinou úmrtí

Graf č. 10 Nejvíce frustrující příčina úmrtí

Graf č. 11 Potřeba odborné pomoci psychologa

Graf č. 12 Jiný způsob vyrovnávání se s psychickou zátěží

Graf č. 13 Možnost využití psychologa na pracovištích

Graf č. 14 Absolvování kurzu či výukové přednášky na téma paliativní péče

Graf č. 15 Vyhledávání literatury na téma paliativní péče ve vlastním zájmu

Graf č. 16 Zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče

Graf č. 17 Forma vzdělávání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o poskytnutí informací

Příloha č. 2: Povolení dotazníkového šetření ve FN Plzeň

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: List o prohlídce mrtvého (ZZS)

Příloha č. 5: Průvodní list ke zdravotní a soudní pitvě (ZZS)

Příloha č. 6: Oznámení úmrtí (ARK/ARO)

Příloha č. 7: Postup při úmrtí ve FN Plzeň

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Žádost o poskytnutí informací

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Jméno a příjmení studenta: Kateřina Ševčíková

Fakulta: Fakulta zdravotnických studií

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Studijní obor / ročník: Zdravotnický záchranář, 3. ročník

Název bakalářské práce: Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti

Vedoucí bakalářské práce / kontakt: PhDr. Alena Pistulková / apistul@kaz.zcu.cz

Akademický rok: 2012/2013

Metoda empirické části:

dotazník k šetření (zaslán v příloze)

Pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím:

Zdravotnické pracovníky FN (zdravotnické záchranáře)

Žádám o možnost poskytnutí informací o léčebných /ošetřovatelských metodách, aplikovaných u umírajících pacientů, v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je:
Bc. Jitka Kašparová / Mgr. Josef Baxa

Kontaktní tel., e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň:
377 401 717, KASPAROVAJ@fnplzen.cz, ARO / 377 104 382, baxajo@fnplzen.cz,
ARK

jiné:
.....

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce: 26.11.2012 – 4.1.2013

Kontaktní pracoviště pro empirickou část:

Anesteziologicko resuscitační klinika, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

Anesteziologicko resuscitační oddělení, Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň – Bory

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Kateřina Ševčíková, tel: 602 809 433, ksevciko@students.zcu.cz

V Plzni dne: 18.12.2012

Příloha 2 - Povolení dotazníkového šetření ve FN Plzeň

Vážená paní
Kateřina Ševčíková
Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra
záchranářství a technických oborů

Povolení dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného zdravotnickým záchranářům, na Vámi vybraných pracovištích FN Plzeň – ARO, ARK - a to v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti*“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných / dotazníkových šetření):

- 1 VNELZP (vrchní nelékaři) oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- 2 Osobně rozdáte a seberete dotazníky.
- 4 Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- 5 Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků dotazník vyplnit, pokud by vyplnění dotazníku narušovalo plnění jejich pracovních povinností či pokud by vyplnění dotazníku narušovalo jejich soukromí. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

27. 12. 2012

Příloha 3 – Dotazník

Vážení zdravotničtí záchranáři,

jmenuji se Kateřina Ševčíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Tento dotazník je určen pro zpracování bakalářské práce, ve které se zabývám postojem zdravotnických záchranářů k umírání a smrti.

Cílem bakalářské práce je zjistit Vaše postoje k umírání a smrti a to co Vás nejvíce frustruje při péči o zemřelé. Dotazník je anonymní a skládá se z otázek uzavřených a polootevřených, celkem 17 otázek. V každé otázce zakroužkujte pouze jednu možnou variantu, pokud nebude u otázky uvedeno jinak.

Předem děkuji za Vaši trpělivost a čas při vyplnění dotazníku.

Kateřina Ševčíková ZDZ3

1. Označte pracoviště
 - a) ARK (ARO)
 - b) ZZS

2. Označte pohlaví:
 - a) Žena
 - b) Muž

3. Označte jak dlouho pracujete na ZZS či na ARK (ARO)?
 - a) Méně než rok
 - b) 1 až 5 let
 - c) 6 až 10 let
 - d) 11 až 20 let
 - e) Nad 20 let

4. Co Vás nejvíce frustruje při opakovaném setkávání se zemřelým pacientem? (2 možnosti)
 - a) Bezmocnost

- b) Uvědomění si své smrti
- c) Strach ze smrti
- d) Strach o své blízké
- e) Negativní dopad na osobní (rodinný) život
- f) Věk pacienta
- g) Jiné – uveďte

5. Co je pro Vás více stresující?

- a) Úmrtí dítěte
- b) Úmrtí mladého člověka
- c) Úmrtí starého člověka
- d) Úmrtí všech, bez rozdílu věku

6. Jaké jsou Vaše nejčastější pocity při péči o zemřelé dítě? (2 možnosti)

- a) Lítost
- b) Strach
- c) Úzkost
- d) Osobní selhání
- e) Bezmocnost
- f) Smutek, tíseň
- g) Hněv, zloba
- h) Lhostejnost
- i) Jiné.....

7. Jaké jsou Vaše nejčastější pocity při péči o dospělého zemřelého pacienta? (2 možnosti)

- a) Lítost
- b) Strach
- c) Úzkost
- d) Osobní selhání
- e) Bezmocnost
- f) Smutek, tíseň
- g) Hněv, zloba

- h) Lhostejnost
- i) Jiné.....

8. Změnil se Váš postoj v péči o zemřelé pacienty s délkou Vaší odborné praxe?

- a) Ano, se smrtí pacienta se vyrovnám snáze než dříve
- b) Ano, se smrtí pacienta se vyrovnám hůře než dříve
- c) Záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pociťuji jako méně frustrující
- d) Záleží na okolnostech, ale i přesto smrt pacienta pociťuji jako více frustrující
- e) Ne, nezměnil
- f) Nevím

9. S jakou příčinou úmrtí se setkáváte nejčastěji?

- a) Přirozená smrt (stáří)
- b) Vražda
- c) Sebevražda
- d) Nehoda
- e) Úraz
- f) Cizí zavinění
- g) Jiné.....

10. Která z těchto příčin úmrtí je pro Vás více frustrující?

- a) Přirozená smrt
- b) Vražda
- c) Sebevražda
- d) Nehoda
- e) Úraz
- f) Cizí zavinění
- g) Jiné.....

11. Zanechal ve Vás nějaký konkrétní případ tak hlubokou a těžkou vzpomínku, aby jste potřeboval/a odbornou pomoc psychologa?

- a) Ano
- b) Ne

12. Pokud na otázku č.11 odpovíte ne, označte jiný způsob
- a) Stačilo se vypovídat osobě mě blízké
 - b) Pomocí léků
 - c) Pomocí alkoholu
 - d) Jiné řešení.....
13. Máte na svých pracovištích možnost využít služby psychologa?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Absolvovali jste někdy kurz či výukovou přednášku na téma paliativní péče?
- a) Ano, absolvoval/a jsem
 - b) Ne, neabsolvoval/a jsem
15. Vyhledáváte ve vlastním zájmu literaturu (internet, knihy, časopisy) na téma umírání a smrt?
- a) Ano
 - b) Ne
16. Máte zájem o další vzdělání v oblasti paliativní péče?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Jakou formu vzdělávání byste si zvolili?
- a) Seminář
 - b) E-learning
 - c) Certifikovaný kurz
 - d) Jiné.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Kateřina Ševčíková ZDZ3

Příloha 4 – List o prohlídce mrtvého

Poř. č. svazek ročník
 Rok:
 Ošetřovací číslo:
 Číslo listu o prohlídce:
 Číslo pitevního protokolu:

List o prohlídce mrtvého

1. Jméno: Příjmení: roz.:
 (při změně jména nebo příjmení též jméno nebo příjmení dřívější)

2. Datum narození: Rodné číslo: 3. Pohlaví:
 (u neznámých mrtvů přibližně stáří)

4. Rodinný stav: 5. Státní příslušnost: 6. Národnost:
 7. a) Zaměstnání: b) Zaměstnavatel:
 c) Zdroj obživy: 8. Nejvyšší ukončené vzdělání:
 9. Rodiště: obec: ulice, číslo:
 okres: kraj (u cizinců stát):
 10. Bydliště: obec: ulice, číslo:
 (u novorozenců bydliště matčino) kraj (u cizinců stát):
 okres:

11. a) Jméno a příjmení manžela(ky) i zamřelého(é): roz.:
 b) Datum narození manžela(ky): pokud žije, rodné číslo:

12. Datum a místo uzavření manželství:

13. Jméno a příjmení otec: pokud žije, rodné číslo:
 rodičů zemřelého matka: pokud žije, rodné číslo:

14. Datum úmrtí: roz. 15. Jde o prohlídku mrtvé narozeného dítěte? Ano - Ne
 (den, měsíc, rok – hodina) (nápadně zaškrtněte)

16. Místo úmrtí: 17. Kde nastalo úmrtí?
 (nálezu mrtvolou) (adresa) (doma, v nemocnici, v léčebném ústavě, na ulici, při převozu, apod.)

18. Kým, kde a od kdy byl zemřelý naposledy léčen:

19. Příčina smrti (podle klinického nálezu)		Přibližná doba mezi začátkem nemocnění a smrtí	Znak Podrobného seznamu MKN
I.	Nemoc (stav), která(ý) přímo vedl(a) k smrti (bezprostřední příčina smrti **) Předchozí příčiny, tj. chorobné stavy jsou-li jaké, které způsobily stav uvedený pod a): prvotní příčina (základní nemoc, hlavní nemoc) se uvede nakonec pod c)	a)	
		b)	
		c)	
II.	Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, spolupodmínující smrt, které nebyly v příčinné souvislosti s nemocí nebo stavem uvedeným pod I. a)		

** To neznamená způsob smrti (např.: srdeční selhání, astenie apod.), nýbrž nemoc, úraz nebo komplikaci, které způsobily smrt.

20. Šlo o přenosnou nemoc? Ano – Ne 21. Šlo o nemoc z povolání? Ano – Ne

22. Šlo o pracovní úraz, náhodný úraz, vraždu, sebevraždu?
 (zaškrtněte a uveďte mechanismus smrti, např. pád z výše, oběšení, přejetí vlakem, zabítí zvířetem, přejetí traktorem, apod.)

Snímatelné ozdoby nebo protézy z drahých kovů

23. a) U dětí: 1. mrtvé narozených
 2. zemřelých
 do 1 roku: zralé - nezralé (zaškrtněte)
 do 24 hodin po porodu: délka života v hod.:
 do 15 let: rodiče manželé? Ano - ne (zaškrtněte)
 Má matka výdělečné povolání a jaké?

Při narození hmotnost v g: délka v cm:

b) U zemřelých žen: počet živě narozených dětí:

24. Návrh prohlížejího lékaře:
 (návrh k pítvě, zdravotně bezpečnostní opatření, lhůta a způsob pohřbu)

V dne (místo prohlídky) (den, měsíc, rok – hodina prohlídky)

.....
 Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

.....
 Razítko a podpis prohlížejího lékaře

25. Závěrečná diagnóza po provedení pitvy:		Přibližná doba mezi začátkem nemocnění a smrtí	Znak Podrobného seznamu MKN
I.	Nemoc (stav), která(y) přímo vedl(a) k smrti (bezprostřední příčina smrti **) Předchozí příčiny, tj. chorobné stavy jsou-li jaké, které způsobily stav uvedený pod a): prvotní příčina (základní nemoc, hlavní nemoc) se uvede nakonec pod c)	a)	
		b)	
		c)	
II.	Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, spolupodmiňující smrt, které nebyly v příčinné souvislosti s nemocí nebo stavem uvedeným pod I. a)		

**) To neznamená způsob smrti (např.: srdeční selhání, astenie apod.), nýbrž nemoc, úraz nebo komplikaci, které způsobily smrt.

26. Šlo o přenosnou nemoc?	Ano – Ne	27. Šlo o nemoc z povolání?	Ano – Ne
28. Šlo o pracovní úraz, náhodný úraz, vraždu, sebevraždu? (zaškrtněte a uveďte mechanismus smrti, např. pád z výše, oběšení, přejetí vlakem, zabití zvířetem, přejetí traktorem, apod.)			

V (místo pitvy) dne (den, měsíc, rok – hodina pitvy)

Razítko a podpis pitvajících lékařů

Povolení pohřbu žehem

Datum pohřbu: Místo pohřbu:

Proti pohřbu žehem jsou – nejsou námitky

V dne
(Razítko okresního úřadu)

V dne
Razítko (podpis) okres. odděl. policie

Povolení převozu k pohřbení

Povoluje se pod čj. V ze dne dne

převoz do:

Hlášeno k zápisu do matriky dne:

Výkaz pro ČSÚ vyhotoven dne:

Úmrtí list a žádost o pohřebné vydány dne:

V dne

Razítko okresního úřadu

a odeslán dne:

Razítko a podpis matrikáře

Poučení

Prohlízející lékař vyplní a podepíše trojmo; byl-li mrtvý ošetřován jiným lékařem než prohlízejícím, vyplní a podepíše diagnostickou část listu ošetřující lékař, v pochybnostech o příčině smrti po poradě s odborným lékařem.

Jestliže prohlízející lékař byl zároveň ošetřujícím lékařem, musí podle § 3 odst. 1 vyhl. MZa č. 47/1965 Sb. provést prohlídku zemřelého jiný oprávněný prohlízející lékař, který vyplní a podepíše list. Byla-li provedena pitva, není nutné pro účely pohřbu včetně pohřbu žehem potvrzení ošetřujícího lékaře.

Úmrtí oznámí prohlízející lékař doručením všech tří vyhotovení matrikářů příslušnému podle místa úmrtí nebo nálezu mrtvolou nejpozději následujícího dne po úmrtí. Má-li být mrtvola pitvána mimo matriční obvod, doručí prohlízející lékař matrikářů nejprve „Předběžné oznámení úmrtí“ (č. skl. 14 168 O) a odesle trojmo vyplněný list s mrtvolou k pitvě. Pitvajícím lékařem po pitvě odesle dvě vyhotovení matrikářů příslušnému podle místa úmrtí. Jedno vyhotovení vydá obstarávatelé pohřbu.

List musí být vyplněn čitelně ve všech rubrikách; jména a diagnózy musí být vyplněny strojem nebo hůlkovým písmem.

Lékařské potvrzení, povolení k pohřbu žehem a povolení převozu k pohřbení, obsažené na listu, nahrazují zvláštní lékařská vyjádření a povolení z hlediska lékařského, potřebná k pohřbu žehem nebo k převozu mrtvého.

K jednotlivým rubrikám

7. Pod písmenem a) zaměstnání a b) zaměstnavatel uvádějte vždy údaje o zemělém nebo jeho zvířeti, u důchodců jejich poslední zaměstnání a zaměstnavatele.

Zaměstnání vyplňte co nej přesněji (např. havíř, prodáváč, frezař, učitel, průvodčí, chovatel drůbeže, traktorista).

Zaměstnavatele uveďte podle škály; státní sektor, soukromý sektor, ZD, ostatní družstva, samostatné hospodaření, svobodná povolání.

Zdroj obživy zemělého uveďte podle škály; výdělečně činný, závislý na výděl. činném (manželka v dom., dítě, důchodce, závislý na důchodci).

8. Nejvyšší ukončené vzdělání uveďte jen u osob starších 15 let) v jedné ze čtyř skupin: základní (včetně nedokončeného), střední bez maturity (včetně vyučen), střední s maturitou, vysokoškolské.

15. Prohlídku mrtvé narozeného dítěte odlište od prohlídky zemělých osob nápadným zaškrtnutím slova „Ano“. Mrtvé narozené dítě je mrtvý plod narozený po 28 týdnech těhotenství. Nelze-li určit délku těhotenství v týdnech, je rozhodující hmotnost plodu. Mrtvý plod s hmotností 1000 g nebo více se považuje za mrtvé narozené dítě. Plod lehčí než 1000 g je potrat a list se na něj nevystavuje. Při ukončení těhotenství s více plody, z nichž alespoň jeden má znaky živého nebo mrtvého dítěte, musí být všechny plody hlášeny jako narozené děti.

16. Místo úmrtí je adresa místa úmrtí nebo nálezu mrtvolou.

18. Byl-li zemělý léčen v nemocnici, uveďte, na kterém oddělení.

19. V části I je uvedena posloupnost kauzálně spojených stavů, které vedly přímo k smrti, a to tak, že na prvním místě je bezprostřední příčina smrti, na posledním místě pod c) pak prvotní příčina smrti, tj. nemoc nebo zranění, jimž začal/šetřezac chorobných jevů vedoucích k smrti.

Prvotní příčina je určena pro statistické zpracování, a proto je též nemocí hlavní, tj. nejzávažnější.

V části II se uvádějí další nemoci, které měly také, ale menší měrou, vliv na letální ukončení nemoci, jestliže s hlavní posloupností přímo nesusvisejí.

Příklady vyplnění:

- I. a) Infarkt myokardu
b) -
c) Skleróza tepen věnitých
II. Chronická bronchitida
- I. a) Septikémie
b) Gangréna
c) Diabetes
II. -
- I. a) Krvácení do mozku (cévního původu)
b) Sekundární hypertenze při arterioskleróze
c) Celková arterioskleróza
II. -
- I. a) Akutní nekróza jater
b) Cirhóza jater
c) Infekční zánět jater
II. Ischemická fibróza myokardu

22. Po zaškrtnutí druhu vnější příčiny smrti uveďte ještě podrobně mechanismus smrti, aby bylo umožněno zpracování podle dodatekové klasifikace vnějších příčin poranění a otrav „E“.

25. Závěrečná diagnóza po provedení pitvy je určena s přihlídnutím k vyšetření, anamnéze a ostatním zjištěním za života nemocného i k výsledkům pitvy a dalších vyšetření po smrti. Pro vyplnění platí poučení u bodu 19.

28. Viz. poučení u bodu 22.

Příloha 5 – Průvodní list ke zdravotní a soudní pitvě

Průvodní list ke zdravotní a soudní pitvě

Jméno a příjmení _____ RČ _____ nar. _____ bytem _____

Ohledání kde _____ kdy _____ v hod. _____ min. _____

Popis místa nálezu mrtvoly, její polohy, popis stavu oděvu (výtok z tělních otvorů apod.)

Teplota prostředí _____ °C

Posmrtné změny

Ztuhlost:

vyznačena na svalstvu žvýkacím silně slabě na horních končetinách silně slabě na dolních končetinách silně slabě
chybí chybí chybí

Posmrtné skvrny

Kde: _____ vyznačeny slabě, silně _____ splývající mapovité _____ vytlačitelné _____ lehce těžce nevytlačitelné

Barva skvrn:

_____ podkožní žíly ne – prosvítají

Jiné doplnění (teplota těla, známky hniloby, vajíčka hmyzu, apod.) _____

Zjištěné známky zevního násilí: ANO NE kde (podrobný popis) _____

Anamnéza, okolnosti, doba smrti podle svědků: _____

Závěr:

Příčina smrti _____

Doba smrti podle posmrtných změn **JE – NENÍ** v rozporu s údaji svědků _____

Jde o smrt nenásilnou, úraz, sebevraždu je podezření z trestného činu **ANO - NE** jedná se o smrt násilnou **ANO - NE**

Hlášeno Policii ČR kam _____ dne _____ v hod. _____

Nařizují provedení pitvy zdravotní kde _____ navrhuji provedení pitvy soudní _____

Nenařizují pitvu z důvodu _____

Prohlídka místa u mrtvého ukončena v hod. _____ min. _____

.....
Podpis a jmenovka lékaře, razítko

Výpis z pitevního protokolu č.:

Pitva provedena dne:

Při pitvě zjištěno:

Připomínky:

Poučení:

Průvodní list ke zdravotní či soudní pitvě vyplní lékař na základě prohlídky zemřelého a jeho okolí (místa činu) trojnásobně, čitelně a zašle spolu s mrtvolou k pitvě.

U pitev zdravotních vyplní druhou stránku tohoto listu rovněž ve trojnásobném vyhotovení pitvajícím lékařem. Po pitvě zašle jeden exemplář s výpisem pitevního protokolu zdravotnickému zařízení, jeden příslušnému oddělení policie a jeden založí do Pitevního protokolu.

Vyplnění Průvodního listu ke zdravotní a soudní pitvě nezbavuje lékaře povinnosti vyplnit List o prohlídce mrtvého, jak je stanoveno vyhláškou ministerstva zdravotnictví č 47/55 sb.

Příloha 6 – Oznámení umrtí



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
áleř Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

OZNÁMENÍ ÚMRTÍ

Sdělení o úmrtí pacienta

S hlubokou lítostí Vám oznamujeme, že dne v hodin
zemřel/a

pan/í na klinice/oddělení

Pozůstalost po zemřelém je možno vyzvednout na oddělení v pracovní dny mezi 7:00 a 14:00
hodinou.

Oznámení vystavil/a: (jmenovka, podpis)

Tel. číslo/kontakt:

Razítko zdravotnického zařízení:

Příloha 7 – Postup při úmrtí ve FN Plzeň

SNL/DOS/SOP/015/03

Postup při úmrtí ve FN Plzeň

Účinnost od:	8.8.2011	Revize:	1 x za 3 roky
Kontaktní osoba:	Mgr. Marie Blažková, kl. 3503	Garant:	Bc. Mašínová Andrea, MBA
Rozsah působnosti:	NELZP v rámci ZOK FN Plzeň, lůžková i ambulantní část nemocnice		

Obsah

1.	Pojmy a zkratky	2
1.1.	Pojmy	2
1.2.	Zkratky	2
2.	Související interní a externí dokumenty	2
3.	Úvod	2
4.	Definice	3
5.	Cíl	3
6.	Kompetentní osoby k výkonu	3
7.	Pomůcky	3
8.	Ošetrovatelský postup	3
9.	Dokumentace	5
10.	Komplikace	5
11.	Formuláře	5
12.	Zvláštní upozornění	5
13.	Přílohy	6
14.	Literatura	6
15.	Zpracovatelský tým standardu	6
16.	Oponenti	6
17.	Rozdělovník	6
18.	Klíčová slova	6

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kl. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašínová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--

1. Pojmy a zkratky

1.1. Pojmy

Pojmy pro účely tohoto standardu:

Smrt

exitus letalis, nepřítomnost vitálních funkcí

1.2. Zkratky

COS	centrální operační sály
CŽK	centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
DK	dolní končetina
FN	Fakultní nemocnice
HK	horní končetina
MTZ	materiálně-technické zabezpečení
NELZP	nelékařský zdravotnický pracovník
NZP	nižší zdravotnický pracovník
OOPP	osobní ochranné pracovní pomůcky
OP	ochranné pomůcky
PEG	perkutánní gastrostomie
PZP	pomocný zdravotnický pracovník
ŠPAÚ	Šiklův patologicko-anatomický ústav
WM	Win Medicalc
ZOK	zdravotnické oddělení/klinika

2. Související interní a externí dokumenty

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbivnictví a o změně některých zákonů

Zákon č. 338/2008 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákon č. 20/1966 Sb., Péče o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o NELZP v platném znění).

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění

Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

SME 3/008 Hygienický plán FN Plzeň

SME/4/001 Poskytování osobních ochranných pracovních prostředků a mycích, čistících a dezinfekčních prostředků

SME 7/002 Likvidace odpadu

SME 3/006 Evidence a manipulace s věcmi a penězi pacientů

SNA/007 Realizace Regulačních poplatků v rámci FN Plzeň

SNA/016 Manipulace s prádlem

SLN/002 Identifikační náramky pro hospitalizované pacienty

SNL/004 Hygiena rukou a hygienické požadavky na zdravotnického pracovníka

3. Úvod

Úmrtí pacienta ve FN může nastat na lůžkovém oddělení, během vyšetřování v prostorách komplementu, při diagnostickém nebo terapeutickém zákroku.

NELZP, který zjistil úmrtí, je povinen uvědomit neprodleně ošetřujícího nebo službu konajícího lékaře. Lékař provede prohlídku těla zemřelého včetně vyplnění zákonem stanovených tiskopisů a záznamů do zdravotnické dokumentace. Účelem prohlídky těla zemřelého je konstatování smrti. Po potvrzení smrti

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kl. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašínová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--

lékařem přejímá veškerou péči o zemřelého NELZP. Po celou dobu ošetřování zemřelého NELZP dodržuje zásady etického chování.

4. Definice

Po konstatování smrti nemocného lékařem je provedena očista, úprava a identifikace těla zemřelého ve FN a následné činnosti související s úmrtím a transportem těla zemřelého.

5. Cíl

Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu a s přihlédnutím na náboženské vyznání zemřelého nebo jeho rodiny (blízkých).

6. Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry všech oborů/porodní asistentky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, ostatní zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením sestry dle náplně činnosti.

7. Pomůcky

- jednorázové OOPP (rukavice, igelitová zástěra, ústenka, další OP dle potřeby)
- hygienické pomůcky k očištění těla zemřelého
- obvazový materiál k ošetření ran a ostatních vstupů
- popisovač kůže
- obinadlo
- vak určený k transportu těla zemřelého
- identifikační kartička
- příslušná dokumentace

8. Ošetřovatelský postup

Kompetentní osoba k výkonu po konstatování smrti lékařem:

- převezme tělo zemřelého do místnosti určené k jeho úpravě, je-li to v rámci ZOK možné, nebo použije pomůcky k zajištění intimity zemřelého (zástěna, apod.)
- uloží svlečené tělo zemřelého do vodorovné polohy, identifikační náramek ponechá, jen pokud bude u zemřelého provedena pitva
- vyjme snímatelné zubní náhrady, očistí je a uloží k osobním věcem zemřelého
- společně s lékařem zkontroluje dutinu ústní a spočítá nesnímatelné zubní náhrady ze žlutého nebo bílého kovu, lékař provede zápis do dokumentace
- odstraní všechny ozdobné předměty, s cennostmi zachází dle směrnice FN
- pokud nelze ozdobný předmět (nejčastěji prsten) sejmout, ponechá se na zemřelém a lékař tuto skutečnost zaznamená do Listu o prohlídce mrtvého
- zajistí, aby měl zemřelý zavřené oči, pokud zůstávají otevřená ústa, podváže je obinadlem, horní končetiny nechá volně ležet podél těla
- odstraní periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, nasogastrickou, nasojejunální sondu, tracheostomickou kanylu
- po domluvě s lékařem odstraní ČŽK, PEG, všechny drény - vzniklé otvory zakryje čistým, suchým krytím
- provede hygienickou očistu zemřelého
- zajistí následující identifikaci těla zemřelého
 1. popisovačem na kůži popíše levou dolní končetinu v oblasti stehna (při její amputaci pravou dolní končetinu, při amputaci obou DK stejným způsobem postupuje na HK v oblasti paže) následujícími údaji – jméno a příjmení zemřelého, rodné číslo (identifikační číslo) zemřelého, datum a hodina úmrtí, název ZOK (novorozence, kojence, batolata a děti do 6 let popíše sestra na hrudník dítěte)

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kl. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašinová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--



2. přípevní vypsanou identifikační kartičku (Identifikace zemřelého) na palec druhé dolní končetiny, případně na horní končetinu (novorozenci a kojenci nejsou označeni kartičkou)
- zakryje tělo zemřelého čistým prostěradlem nebo rouškou
 - dále kompetentní osoba vypíše Oznámení úmrtí a zajistí doručení do příjmací kanceláře, nebo k sekretářce daného ZOK, k zajištění odeslání písemného oznámení listovní zásilkou s doručenkou v nejbližší pracovní den
 - sepiše seznam věcí a cenností do Knihy zemřelých za přítomnosti svědka, zápis podepíše a o podpis požádá také svědka
 - věci zemřelého řádně označí a uloží je na místo k tomu určené na ZOK
 - informuje zaměstnance Pokladny, nebo sekretářku ZOK o úmrtí, pokud má zemřelý uložené cennosti v trezoru FN
 - zemře-li nemocný v odpoledních či nočních hodinách, o víkendu nebo ve svátek, předání informace zajistí v nejbližší pracovní den staniční sestra daného ZOK
 - podá zprávu sociální pracovníci, pokud jde o zemřelou osamělou osobu
 - podá zprávu příjmací kanceláři, jde-li o cizince bez příbuzných na území ČR
 - odepíše zemřelého ze stavu v Knize příchodů a odchodů, ve WM tak učiní ošetřující lékař
 - vystaví fakturu za Regulační poplatky dle standardu
 - požádá o odvoz těla zemřelého, vypíše Příkaz k přepravě (FN Lochotín)
 - odvoz může být realizován nejdříve 2 hodiny po lékařem konstatované smrti
 - sanitáři uloží tělo zemřelého do vaku pro zemřelé a následně transportují tělo zemřelého do ústavní márnice vozidlem určeným pro přepravu zemřelých
 - v odpoledních a nočních hodinách zajistí sanitáři převoz zemřelého na vozíku k tomu určenému, ke kterému tělo zemřelého ve vaku přípevní, aby nedošlo k jeho sesunutí během transportu
 - připraví lékařem vypsaný List o prohlídce mrtvého (lékař vyhotoví 3 kopie, z nichž jedna zůstává v dokumentaci zemřelého), Průvodní list ke klinické pitvě dospělých (2x)
 - zajistí ve spolupráci s NZP/PZP desinfekci a úklid lůžka, nočního stolku a všech používaných pomůcek dle hygienického plánu FN
 - předávání pozůstalosti provádí kompetentní osoba v důstojném a klidném prostředí osobám uvedeným v Informovaném souhlasu
 - do Knihy zemřelých zapíše jméno a příjmení, číslo občanského průkazu (pasu) a příbuzenský vztah osoby, která pozůstalost přebírá
 - vyžádá si podpis přebírající osoby a podepíše se jako vydávající
 - informuje přebírající osobu o uložení cenností v trezoru FN a podá informaci o vyzvednutí cenností z centrálního trezoru FN na základě realizačního poukazu, který vystaví notářství vyřizující pozůstalost zemřelého
 - fakturu za Regulační poplatky předává v souladu se souvisejícím standardem
 - předá přebírající osobě Informace pro pozůstalé

Způsoby oznámení úmrtí

- podává se pouze rodině či osobě uvedené v dokumentaci zemřelého (Informovaný souhlas s hospitalizací)
 1. **telefonické oznámení** na uvedený kontakt ve zdravotnické dokumentaci pacienta - provádí výhradně ošetřující lékař
 2. **písemné oznámení** na předepsaném formuláři z Řízení dokumentace - provádí kompetentní osoba, která pošle toto oznámení listovní zásilkou s doručenkou v nejbližší pracovní den
- Existují 3 typy obálek s doručenkou, které je možno vyzvednout ve skladu MTZ – objednáva je kompetentní osoba daného ZOK
- 1) **obálka s červeným pruhem** – pouze do vlastních rukou adresáta
 - 2) **obálka s modrým pruhem** – pouze pro určeného zákonného zástupce, který musí předložit plnou moc
 - 3) **bílá obálka** – tu může převzít kdokoliv, kdo se k dopisu jako první dostane – poštovní doručovatel vydá dopis tomuto příjemci proti podpisu

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kl. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašinová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--

**Způsoby transportu těla zemřelého****AREÁL BORY**

kl. 2340 v době od 5:00 do 14:00 hodin (pítevní sanitáři ŠPAÚ)
kl. 2424 v době od 14:00 do 5:00 hodin a o víkendech a svátcích

AREÁL LOCHOTÍN

kl. 3105, odvoz zajistí sanitáři Centrálního příjmu Lochotín na základě vypsání Příkazu k přepravě

9. Dokumentace

- List o prohlídce mrtvého
- Průvodní list ke klinické pitvě dospělých
- Oznámení o úmrtí
- Kniha zemřelých
- Kniha příchoďů a odchodů
- Doklad o uložení cenností
- Příkaz ke zdravotnímu transportu
- Informace pro pozůstalé
- chorobopis
- ošetřovatelská/zdravotnická dokumentace
- Faktura za regulační poplatky

10. Komplikace

Zemře-li nemocný na COS FN Lochotín či FN Bory během výkonu na operačním sále, předá anesteziologická sestra zemřelého sestře příslušného oddělení k ošetření těla zemřelého dle platného standardu.

Sanitář COS odveze zemřelého na operačním stole k překládacímu zařízení (Lochotín), sestra COS otevře dveře vedle překládacího zařízení a zemřelý je přeložen na lůžko vyčleněné pro převoz zemřelých.

Operační stůl je po důkladné dezinfekci převezen zpět na operační sál.

11. Formuláře

FN 0009 Informace pro pozůstalé
FN 0047 Identifikace zemřelého
FN 0048 Oznámení o úmrtí

12. Zvláštní upozornění

Manipulace s monstrózním tělem zemřelého

- S pacientem do 250 kg (odhadem) manipulují sanitáři Centrálního provozu, kteří jsou s touto povinností seznámeni. S monstrózním pacientem budou manipulovat v zesílené sestavě s pomocí kmenového sanitáře z příslušného ZOK. K převozu zemřelého na patologii se používají tzv. zesílená prostěradla, což znamená, že několik rozložených prostěradel položíme na sebe a jejich rohy k sobě svážeme pevnou tkanicí. Konce tkanice se mohou použít na připevnění dalšího prostěradla, kterým se mrtvé tělo zakryje. Použijí se v případě, že není možné zemřelého uložit do vaku.
- S pacientem nad 250 kg (odhadem) manipulují členové Hasičského záchranného sboru, které přivolá na žádost kmenového ZOK *administrátor FN /tel.č. 1111*).

Úmrtí pacienta před přijetím na ambulanci

- smrt pacienta konstatuje lékař centrálního příjmu (platí pro příjmové ambulance v celé FN)
- *lékař CP vypíše formuláře k povinné zdravotní pitvě na ústavu sociálního lékařství, jelikož se jedná o náhlé tzv. úmrtí*
- o tělo zemřelého a jeho odvoz se postarají pracovníci CP dle platného standardu

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kl. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašinová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--



- zprávu o úmrtí pacienta podává příbuzným (popř. zdravotně-sociální pracovnice v případě není-li kontakt na příbuzné znám) lékař z příjmové ambulance
- je-li pacient již přijat k hospitalizaci a zemře během transportu na oddělení, příjem je zrušen a zemřelý se po domluvě ošetří standardním způsobem buď na příjmové ambulanci nebo na oddělení

13. Přílohy

Protokol s kritérii k auditu

14. Literatura

1. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIVIERIOVÁ R. Ošetrovatelstvo. 1. vydání, Martin: Osveta, 1995, 1471s., ISBN 80-217-0528-0
2. RICHARDS. A., EDWARDS S., Repetitorium pro zdravotní sestry. 1. vydání, Grada: Praha, 2004, 376s., ISBN 80-247-0932-5
3. VOKURKA M., HUGO J. Praktický slovník medicíny. 7. vydání, Maxdorf: Praha, 2004, 490s., ISBN 80-7345-009-7
4. VORLÍČEK J., ADAM Z. a kol. Paliativní medicína. 1. vydání, Grada Avicenum: Praha, 1998, 480s., ISBN 80 247-1357-8

15. Zpracovatelský tým standardu

Mgr. Marie Blažková
Bc. Markéta Hošková
Bc. Lucie Čadová
PhDr. Jiří Frei
Bc. Věra Kaslová
Bc. Martina Šellingová
Bc. Markéta Cihlářová

16. Oponenti

MUDr. Petr Mukenšnabl
Hana Kasalová

17. Rozdělovník

Náměstek pro LPP, náměstkyně pro OP, vedoucí ZOK - NELZP, vedoucí úseků ZOK - NELZP, všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, zdravotničtí asistenti, NZP a PZP, všichni NELZP

18. Klíčová slova

smrt - zemřelý – identifikace nemocného – úmrtí

Ověřil: M. Sotáková	Správce dokumentů: M. Sotáková/kI. 2444	Vedoucí ZT/datum: Mgr. M. Blažková/1.8.2011	Schválil/datum: Bc. A. Mašinová, MBA/5.8.2011
------------------------	--	--	--