

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Lucie Radová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Lucie Radová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ V INTENZIVNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

PLZEŇ 2012

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie RADOVÁ**  
Osobní číslo: **Z09B0078P**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Problematika umírání v intenzivní péči**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

**Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma  
Stanovit cíl kvalifikační práce  
Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS  
Popsat metodiku praktické části  
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce  
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS  
Dodržet citační normu

---

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

ADAMUS, M. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

IRWIN, R.S.; RIPPE, J.M. Intensive care medicine. 6th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 487 pages. ISBN-10: 0-7817-9153-7, ISBN-13: 978-0-7817-9153-3.

JAROŠOVÁ, D.; RŮŽIČKOVÁ, R. Umírání z pohledu sestry. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.

KOŘENEK, J. Lékařská etika. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

MATZO, M.L.; SHERMAN, D.W. Palliative care nursing: quality care to the end of life. 3rd edition. New York : Springer Publishing Company, 2010. 576 pages. ISBN 978-0-8261-5792-8.

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

ŠEVČÍK, P.; ČERNÝ, V.; VÍTOVEC, J. Intenzivní medicína. 2. vyd. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.

ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA Š. Euthanasie: víme, o čem mluvíme? 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2006. 42 s. ISBN 80-239-8592-2.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

**31. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**31. března 2012**



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.

děkan

L.S.



Mgr. Lucie Kašová  
vedoucí katedry

dne

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechnu použitou literaturu a prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. března 2012

.....  
vlastnoruční podpis

## Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Zuzaně Jandíkové, DiS. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, vstřícnost a trpělivost. Také děkuji celé své rodině a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

## **Anotace**

Příjmení a jméno:	Radová Lucie
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Problematika umírání v intenzivní péči
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.
Počet stran - číslované:	68
Počet stran - nečíslované:	32
Počet příloh:	7
Počet titulů použité literatury:	50
Klíčová slova:	etická dilemata, intenzivní medicína, paliativní péče, smrt, umírání, všeobecná sestra

### **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku umírání v prostředí intenzivní péče. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. V teoretické části je nejprve nastíněno prostředí intenzivní medicíny a specifika péče o pacienta na tomto typu oddělení. V další samostatné kapitole je popsán proces umírání včetně péče o umírající pacienty, o jejich příbuzné a péče o zemřelého. Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje etickým a právním aspektům umírání týkající se intenzivní péče.

Praktická část se zaměřuje na vlastní šetření, které mapuje pocity všeobecných sester při péči o umírající pacienty. Výsledky byly zjištěny metodou kvantitativního výzkumu.

## **Annotation**

Surname and name:	Radová Lucie
Department:	Nursing and Midwifery
Title of thesis:	The problems of dying in intensive care unit
Consultant:	Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.
Number of pages - numbered:	68
Number of pages - unnumbered:	32
Number of appendices:	7
Number of literature items used:	50
Keywords:	dying, death, ethical dilemmas, intensive medicine, nurse, palliative care

### **Summary:**

This thesis is focused on the problems of dying and death in the setting of intensive medicine. The thesis consists of two principal parts, theoretical and practical. In the theoretical part, it is first outlined the setting of intensive medicine and the specifics of patient care in this ward. In the next part, it describes the process of dying, including care for dying patients, for their family, and for the care of the dead person. The final section of the theoretical part is devoted to ethical and legal aspects of intensive medicine.

The practical part is focused on the author's own investigation. It examines the feelings of a nurse when caring for dying patients. Results were obtained using quantitative investigation.



# OBSAH

ÚVOD.....	9
1 INTENZIVNÍ MEDICÍNA .....	10
1.1 Péče o pacienta .....	12
1.2 Klasifikace akutních stavů.....	13
2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	15
2.1 Fáze umírání .....	16
2.2 Období umírání.....	17
2.3 Péče o umírajícího z pohledu sestry .....	19
2.4 Péče o zemřelého z pohledu sestry .....	21
2.5 Sestra a jednání s pozůstalými.....	22
3 UMÍRÁNÍ V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ .....	23
3.1 Paliativní péče v intenzivní medicíně.....	23
3.1.1 Nejčastější potíže a potřeby umírajících.....	24
3.1.2 Bazální stimulace.....	29
4 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY UMÍRÁNÍ.....	31
4.1 Práva pacientů a práva umírajících.....	32
4.2 Dříve vyslovená přání.....	33
4.3 Do not resuscitate .....	35
4.4 Život udržující léčba.....	35
5 PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
5.1 Cíl výzkumu .....	39
5.2 Vzorek respondentů.....	39
5.3 Metoda a organizace výzkumu .....	39
5.4 Zpracování údajů .....	40
5.5 Prezentace a interpretace výsledků.....	41
6 DISKUSE .....	64
ZÁVĚR.....	75
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	77
SEZNAM GRAFŮ .....	82
SEZNAM TABULEK .....	83
7 SEZNAM PŘÍLOH .....	84

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem; třeba je pro člověka největším dobrem.“*

*Platón*

## ÚVOD

Umírání patří k životu a stejně jako smrt je jeho neoddělitelnou součástí. V laické i odborné veřejnosti se jedná o velmi diskutovaná témata. V současné společnosti o nich není populární mluvit, možná pro to, že vyvolávají nepříjemné pocity, bezmocnost, úzkost a strach z vlastní smrti. Přesto je ale potřeba věnovat jim patřičnou pozornost.

Péče o umírající pacienty v intenzivní medicíně je rozdílná od péče na standardním oddělení. V posledních letech dochází k tomu, že vlivem přetechnizované společnosti se péče o umírající stává velmi anonymní. To se týká zejména právě intenzivní medicíny, kde převládá technické vybavení. Pacienti jsou tak obklopeni spoustou přístrojů, které musí sestra nepřetržitě sledovat a mohlo by se tak stát, že svůj zájem přeorientuje na přepisování čísel z monitorů a pacientovi nebude věnovat dostatečnou pozornost. I zvyšující se nároky na práci sester jak po stránce vědomostní, tak po stránce administrativní, mohou vést k tomu, že umírajícím pacientům neposkytnou takovou péči, jakou by bylo potřeba. Ti tak v mnoha případech umírají osamoceni, většinou i bez rodiny, protože uspořádání pracovišť intenzivní medicíny nedovoluje jejich přítomnost až do konce pacientova života.

Intenzivní medicína je pro mě velmi zajímavým medicínským oborem, kterému bych se chtěla v budoucnu věnovat. Můžeme se zde setkat s různými názory týkající se péče o umírající, které s sebou přinášejí mnoho otázek a nejasností. Tato péče je pro sestry velmi psychicky i fyzicky náročná. Při své odborné praxi na vysoké škole jsem byla několikrát konfrontována s umíráním i smrtí pacientů. Spolu se zájmem o tento náročný obor jsem si záměrně zvolila téma mé bakalářské práce „Problematika umírání v intenzivní péči“.

Cílem mé výzkumné části je porovnat pocity všeobecných sester při ošetřování umírajících pacientů. Zvolila jsem možnost porovnání sester z intenzivní medicíny a ze standardního oddělení. Pro sestry je jejich práce posláním, přináší jim radost, ale zároveň je velmi psychicky, emočně i fyzicky náročná. Proto se budu také zajímat o to, zda mají sestry možnost požádat o podporu psychologa či pro ně pracoviště organizuje supervize.

# 1 INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Pracoviště intenzivní medicíny slouží pacientům, kteří trpí závažným onemocněním nebo život ohrožujícím onemocněním, kdy jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo když jim selhává jeden či více orgánů. Toto oddělení je nepostradatelné pro většinu nemocnic. Pacienti bývají přijímáni od záchranné služby, překládáni z jiného oddělení nebo z jiného zdravotnického zařízení. [1]

Podle možností poskytované péče se jednotky intenzivní péče (dále jen „JIP“) rozdělují následovně. Intenzivní péče I. stupně (nižší) se většinou soustřeďuje do menších oblastních nemocnic, kde se provádí základní monitorování pod zvýšeným dohledem sestry, kardiopulmonální resuscitace (dále jen „KPR“), krátkodobá (do 24 hodin) umělá plicní ventilace (dále jen „UPV“). Oproti tomu intenzivní péče II. stupně (vyšší) poskytuje pacientovi specializovanější ošetření. Mimo základní monitorování a dlouhodobější UPV, lze zde zajistit invazivní monitoraci<sup>1</sup>, ale chybí speciální metody monitoringu, např. měření intrakraniálního tlaku apod. Ve fakultních nemocnicích se poskytuje intenzivní péče III. stupně, tedy ta nejvyšší, resuscitační. Tyto jednotky jsou orientovány na nejtěžší případy, tudíž se setkávají s velkou úmrtností. [2, 3]

V poskytované péči se ještě řadí mezi standardní oddělení a jednotky intenzivní péče **intermediální jednotky**, které poskytují základní monitorování a léčbu pacientů, kteří jsou potenciálně vystaveni orgánovému selhání nebo je o ně potřeba zvýšeně pečovat.

Vybavení oddělení intenzivní péče je velmi obsáhlé, např. infuzní pumpy, lineární dávkovače, monitorovací zařízení, elektrokardiograf (dále jen „EKG“), defibrilátory, telemetry, plicní ventilátory, dialyzační přístroj, enterální pumpa, intubační fibroskop, pulzní oxymetr, RTG přístroj, ultrazvuková nebulizace apod. Nedílnou součástí těchto oddělení je i farmakologické vybavení jakou jsou prostředky k sedaci, ke zmírnění bolesti pacientů, antibiotická léčba apod.

Ve velkých nemocnicích se intenzivní péče rozděluje na obecné jednotky intenzivní péče typu anesteziologicko-resuscitačního oddělení (dále jen „ARO“), oborové a specializované jednotky intenzivní péče, např. **metabolická**, která poskytuje péči u metabolických, endokrinologických nebo gastroenterologických onemocnění; **koronární**, která se zabývá invazivní kardiologií, závažnými poruchami srdečního rytmu apod.; **transplantační**, které se ještě rozdělují podle transplantovaného orgánu; **chirurgické** apod. [3]

---

<sup>1</sup> Invazivní měření tělesné teploty, měření arteriálního tlaku apod.

Personální zajištění těchto oddělení zabezpečuje lékař, který je kontinuálně přítomen, a ošetřující personál. Tím se rozumí všeobecná sestra, diplomovaná všeobecná sestra, všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním, zdravotnický záchranář nebo všeobecná sestra se specializací SIP – sestra pro intenzivní péči, dříve ARIP<sup>2</sup>. Počet všeobecných sester na lůžko pacienta je dán různým typem nemocnic. Optimální je, aby jedna sestra měla maximálně dva pacienta. Vzdělávání sester se řídí zákonem 96/2004 Sb. v aktuálním znění. Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí SIP má větší kompetence k výkonu svého povolání než sestra bez specializace. Toto vychází z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, konkrétně §54 a §55. Na základě této legislativy je všeobecná sestra specialistka oprávněna bez odborného dohledu a bez indikace lékaře edukovat pacienty, sledovat a vyhodnocovat pacientův stav, hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu, provádět ošetrovatelský výzkum, připravovat standardy a vést specializační vzdělání. Na základě indikace lékaře sestra připravuje pacienta na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází pacienta, asistuje při výkonech, sleduje a ošetřuje pacienta po výkonu. Sestra specialistka smí tuto péči poskytovat pacientům starším 10ti let. Bez odborného dohledu i bez indikace lékaře zejména sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotí fyziologické funkce, analyzuje křivku EKG, zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest u dospělého a s použitím dostupného technického vybavení, včetně použití defibrilátoru. Sestra pečuje o dýchací cesty pacienta i na UPV, odsává z dolních dýchacích cest. Podle potřeby může provádět i tracheobronchiální laváž. Dále kontroluje vybavení pracoviště, funkčnost přístrojů, analyzuje jejich poruchu a řeší ji. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře sestra specialistka měří a analyzuje fyziologické funkce pacienta specializovanými způsoby i invazivní cestou, provádí katetrizaci močového měchýře u mužů, zavádí gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí, provádí výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami, vykonává činnosti u pacienta s akutním nebo chronickým selháváním ledvin. Edukuje pacienty v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací, podílí se na aplikaci metod léčby bolesti, provádí punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis. Pod odborným dohledem pak sestra aplikuje transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, extubuje pacienty

---

<sup>2</sup> Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

s tracheální kanylou, provádí externí kardiostimulaci. Dále poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče specializovanou ošetrovatelskou péči jako zdravotnický záchranář podle §17. Vzdělávání sester v oblasti péče o umírající je u nás stále omezené. Ve většině bakalářských programů je možnost volitelného předmětu Paliativní a hospicová péče. Dále mají sestry možnost absolvovat certifikované nebo akreditované kurzy. [4]

Na odděleních intenzivní péče dochází ke kategorizaci nemocných podle jejich stavu a prognózy. Léčba se rozděluje na plnou léčbu, nerozšiřování již zavedené léčby a na bazální terapii. Při plné léčbě lékaři využívají všech možných léčebných postupů, které mohou příznivě ovlivnit pacientovu léčbu (včetně KPR). Na základě zhodnocení anamnézy, stavu a prognózy pacienta se lékaři mohou rozhodnout pro nerozšiřování již zavedené léčby<sup>3</sup>. Sem řadíme i ordinaci do not resuscitate (dále jen „DNR“). Při bazální terapii se poskytuje pouze základní léčba a ustupuje se od té intenzivní. V praxi to znamená vysazení veškeré léčby, ale obvykle ponechání UPV v základním nastavení, bazálního tekutinového příjmu a u ventilovaných nemocných dostatečná sedace. [2]

## 1.1 Péče o pacienta

Na rozdíl od standardního oddělení vyžadují pacienti na JIP/ARO kontinuální monitoring životních funkcí, zajištění dýchacích cest nejčastěji endotracheální intubací a připojení na ventilátor, podávání výživy parenterální nebo enterální cestou, lékovou podporu oběhu, náhradu krevních ztrát apod.

Rozsah poskytované péče je závislý na stavu pacienta a jeho diagnóze, která většinou nedovoluje pacientům, aby se o sebe postarali sami. Tím se dostávají do podřízené pozice a jsou závislí na péči ošetřujícího personálu.

Stav pacienta je nepřetržitě sledován sestrou, která vše zapisuje do dokumentace, kde nesmí chybět informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud je pacient ve stavu, kdy tento souhlas nemůže podepsat, podává se do 24 hodin žádost k detenčnímu řízení k příslušnému obvodnímu soudu. Jako každý pacient i pacient na JIP/ARO má celou řadu svých potřeb. K nejčastějším patří: dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. Tyto potřeby jednotlivě rozebírám v samostatné kapitole č. 3. [5]

O'Connor a Aranda ve své knize *Paliativní péče pro sestry všech oborů* uvádí nejčastější problémy při péči o umírající pacienty v prostředí intenzivní medicíny. Jako hlavní problém označují to, že jsou stále častěji přijímání spíše starší pacienti s akutním

---

<sup>3</sup> Např. nezvyšování dávek katecholaminů, nezahajování UPV apod.

zhoršením chronického stavu než stavy způsobené infekcí či úrazem. Dále uvádí, že 15-35% jich zemře už během léčby na lůžkách intenzivní péče a velké procento krátce po propuštění. Většina pacientů (90%) umírá na JIP/ARO na základě rozhodnutí o neposkytnutí nebo ukončení život prodlužující léčby. Toto „neléčení“ je velkým diagnostickým a etickým problémem, kdy se zdravotnický personál ocitá „na hraně“ zákona. [6]

## 1.2 Klasifikace akutních stavů

Skórovací systémy v intenzivní péči slouží k posouzení závažnosti akutních stavů, náročnosti péče, rizika komplikací a úmrtí v dané situaci. K celosvětově užívaným patří: GCS, APACHE II, SOFA a TISS. [5]

Glasgow coma scale (dále jen „GCS“) slouží k vyhodnocení stavu vědomí. Sčítá se úroveň tří vyšetřovacích funkcí a výsledek se zapíše do dokumentace. GCS pod 3 znamená hluboké kóma, GCS pod 8 ukazuje na nutnost hospitalizace pacienta na oddělení intenzivní péče. (Tabulka 1)

**Tabulka 1 Glasgow coma scale [5]**

<i>Odpověď</i>	<i>Reakce na určitý podnět</i>	<i>Body</i>
<i>Otevření očí</i>	spontánní	<b>4</b>
	na oslovení	<b>3</b>
	na bolestivý podnět	<b>2</b>
	pacient nereaguje	<b>1</b>
<i>Slovní odpověď</i>	plně orientován	<b>5</b>
	zmatená	<b>4</b>
	nepřiměřená	<b>3</b>
	nesrozumitelná	<b>2</b>
	bez odpovědi	<b>1</b>
<i>Motorická odpověď</i>	uposlechne příkaz	<b>6</b>
	adekvátní reakce na bolestivý podnět	<b>5</b>
	úhyb	<b>4</b>
	flexe na bolestivý podnět	<b>3</b>
	extenze na bolestivý podnět	<b>2</b>
	bez odpovědi	<b>1</b>

Skórovací systém APACHE II<sup>4</sup> (viz Příloha A) umožňuje stanovit závažnost onemocnění podle několika hodnot. Hodnotí se GCS, tělesná teplota, střední arteriální tlak, srdeční frekvence, frekvence dýchání aj. Tento výpočet je složitý, proto pro usnadnění kalkulací vznikly počítačové programy. [5]

<sup>4</sup> Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

System SOFA<sup>5</sup> (viz Příloha B) slouží k hodnocení multiorgánové dysfunkce v průběhu hospitalizace. Toto měření se provádí opakovaně a je ukazatelem morbidit. [2]

TISS<sup>6</sup> vypočítává náročnost ošetrovatelské péče a náklady spojené s léčbou a hospitalizací pacienta. [2]

---

<sup>5</sup> Sepsis-related Organ Failure Assessment

<sup>6</sup> Therapeutic Intervention Scoring System

## 2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Jednou z nejnáročnějších situací, se kterou se sestra může setkat je umírání a smrt. Těm se věnuje interdisciplinární vědní obor s názvem thanatologie<sup>7</sup>. Umírání je pro každého člověka poslední fází života. Díky pokroku moderní medicíny se prodloužila délka života, avšak péče o umírající na významu neztratila. Díky tomu trvá umírání déle a přináší tak nejistotu, strach a úzkost nejen pacientům, ale i ošetřujícímu personálu. Po mnoho let u nás byla smrt a umírání tabuizována, nejspíš ze strachu ze smrti v období válek ve 20. století. Od roku 1989, ve světě již kolem 70. let, dochází k detabuizaci a o tomto tématu se na veřejnosti začíná více mluvit. [7]

Umírání je různě dlouhý proces. Vzhledem k tomu, že je každý jedinečný, tak i umírání a smrt probíhají u různých lidí odlišně. Pacientům docházejí síly, klesá zájem o jiné lidi, televizi, odmítají návštěvy, často spí, někteří chtějí být sami a jsou naprosto klidní. Umírajícím se mohou měnit chutě nebo mohou stravu úplně odmítat. V prožívání blížícího se konce hrají důležitou roli určité faktory: věk, pohlaví, příbuzní (dětí, manžel/ka, bez příbuzných), vzdělání a diagnóza nemoci. Podle délky tohoto procesu rozlišujeme rychlou smrt, kterou by si přála většina lidí, a pomalé umírání (dny, měsíce), které s sebou přináší řadu problémů – dlouhodobou bolest, utrpení, beznaděj jak pacienta, tak i příbuzných a známých. Tito pacienti bývají většinou závislí na pomoci druhých a nedokážou ovlivnit podmínky pro své umírání. [7,8]

Pojem umírání bývá různě definován. „*Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu*“ (9, s. 20) Terminálním stavem rozumíme nezvratné a postupné selhávání životních funkcí, jehož následkem je smrt. Několik dní před smrtí nastává období euforie, která je vnímána jako poslední vzplanutí sil a pacienti se náhle cítí v lepším stavu. [10]

Umírání má svoji historickou dimenzi. Zatímco dříve lidé umírali obklopeni svojí rodinou, v současnosti se umírání a smrt přesouvá do nemocnic a stává se tak lékařskou záležitostí. Umírání tak ztrácí charakter sociálního aktu. V minulosti lidé i krátce stonali a rychleji umírali. V 60. letech 20. století se objevuje nový termín dystanázie neboli zadržaná smrt, který je logickým důsledkem přetechnizované společnosti. Tím dochází k situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek zemřel. [10]

---

<sup>7</sup> Název je odvozen od Thanatose, což byl řecký bůh smrtelného spánku a smrti.



Smrt je dnes brána jako selhání přístrojů nebo lidského faktoru, celkově se jedná v současné době stále o dost tabuizované téma. Samotnou smrt můžeme rozdělit na sociální, psychickou a fyzickou. Sociální smrt může postihnout i zdravého člověka a nastává tehdy, když člověk žije, ale je odtržen od sociálních vztahů a nelze ho do společnosti vrátit. Psychickou smrtí rozumíme naprostou lhostejnost, rezignaci, beznaděj a zoufalství. Ta usnadňuje vstup smrti fyzické, kdy dochází k úplné ztrátě vědomí. Smrt nastává v momentě, kdy přestane fungovat mozek., Po této smrti nastává smrt jednotlivých orgánů lidského těla. Poslední tvrzení slouží jako nejlepší kritérium pro stanovení smrti. Dále jsou známky smrti rozděleny na jisté a nejisté. Jako jisté známky jsou brány různé posmrtně změny na těle, které se ovšem dostavují až s určitým časovým odstupem. Patří sem posmrtná ztuhlost, posmrtná bledost, posmrtné srážení krve, posmrtné chladnutí těla, posmrtný rozklad a posmrtná hniloba. Mezi nejisté známky patří zástava dýchání, činnosti srdce a vyhaslý zornicový reflex. [7]

## 2.1 Fáze umírání

Americká psycholožka Elizabeth Kübler-Ross v roce 1969 v knize „*O umírání a smrti*“ poprvé popsala model umírání v pěti fázích. Popisuje stádia, kterými pacienti prochází od momentu, kdy jsou seznámeni s terminálním stavem své nemoci. Podkladem byl výzkum a rozhovory s 500 umírajícími. Jednotlivé fáze jsou v angličtině známy pod zkratkou DABDA<sup>8</sup>. Jednotlivé fáze se mezi sebou mohou různě prolínat, některé se mohou opakovaně vracet nebo se nemusí dostavit vůbec. [7, 11]

První fází je **negace, popření, šok**, kdy se pacient dozvídá o své diagnóze. Není na tuhle situaci připraven, bere jí jako omyl nebo chybu zdravotníků, je zmatený a nechápe fakt konce. Pacienti často odmítají spolupracovat s lékaři nebo nechtějí podstoupit léčbu. Mnohdy si ani nepamatují nic z toho, co jim lékař vysvětloval. Mezi časté reakce patří pláč a uzavření se do sebe. Zde je pro sestru důležité navázat s pacientem kontakt a získat si jeho důvěru. [7, 11]

Druhou fází je **agrese, hněv, vzpoura, zlost**, kdy je nemocný plný negativních emocí, dostane vztek na okolí a dostavuje se závist, nenávist i rozmrzelost. Pacienti si často vybíjí vztek na všechno a na všechny. Snaží se přijít na to, co v životě udělali špatně a proč zrovna oni onemocněli. Okolí by tuhle reakci mělo pochopit a nepohoršovat se. Často se stává, že příbuzní odmítají chodit do nemocnice na návštěvy, protože

---

<sup>8</sup> Denial – popírání/šok, Anger – hněv/agrese, Bargaining - smlouvání, Depression – deprese, Acceptance – smíření

je na ně příbuzný zlý nebo odcházejí z návštěv se slzami v očích. Je důležité, aby ošetřující personál pečoval právě i o příbuzné nemocných, vše jim dostatečně vysvětlil a byl jim oporou ve zvládnání těchto nepříjemných situací. Stejně tak by se zdravotnický personál neměl nechat strhnout a reagovat vztahovačně nebo zlostně. [7, 11]

Třetí fází je **vyjednávání, kompromisy, smlouvání**, kdy nemocný hledá nějakou poslední možnost - hledání zázračných léků, léčitelů nebo diet. Přemýšlí o smyslu života, smlouvá o čas a nejčastěji se obrací k Bohu. [7]

Čtvrtou fází je **deprese**, kdy se dostavuje hluboký smutek ze ztráty zdraví, nové budoucnosti i vyčerpání z dlouhotrvající léčby, např. z ozařování. Pacienti přicházejí o své zaměstnání, s tím můžou souviset finanční problémy a vzniklý strach se zajištěním rodiny. Odmítají návštěvy, jsou mlčenliví a většinu času tráví v pláči s pocity strachu a úzkosti. Loučí se se světem, dávají si do pořádku majetkové i osobní záležitosti. Od zdravotníků i rodiny se v této fázi očekává, že budou trpěliví, budou naslouchat a respektovat lidskou důstojnost, nechají umírajícího vypovídat se nebo pomohou urovnat jeho vztahy. Pokud bude mít pacient dostatek podpory a pochopení, nemusí být tato fáze tak dlouhá. [7, 11]

Poslední, pátou fází je **smíření, akceptace**, kdy se pacienti s osudem již vyrovnali, přijali pravdu a nastává čas loučení. Zde se mění komunikace na neverbální. Je důležité, aby u pacienta byla rodina, často totiž chtějí držet za ruce. Tím se ubezpečí, že neumírají úplně osamoceni. Někteří pacienti této fáze dosáhnout vůbec nemusí, protože s nemocí bojují až do konce. Dále se mohou objevovat různé pocity, jako jsou zlost, strach, úzkost, pláč, beznaděj, nenávisť, ale i trpělivost a pochopení. Důležité je nezapomínat na rodinu a doprovázející, protože ti mohou potřebovat větší pomoc než samotný umírající. [7, 11]

## 2.2 Období umírání

Proces umírání, kdy na začátku je diagnóza vážné a prognosticky špatné nemoci, dělíme do tří různě dlouhých fází: pre finem, in finem a post finem.

Období pre finem začíná v momentě, kdy si pacient uvědomí, že je jeho nemoc závažná, neslučitelná se životem a je různě dlouhé - od měsíců až po roky. Pacient musí vědět, že mu bude poskytnuta kromě pomoci lékařské i pomoc psychologická a lidská. Ošetřující personál by měl zabránit u pacienta smrti psychické, protože psychická rezignace a beznaděj usnadní vstup smrti fyzické. Pacienti jsou ohroženi i sociální smrtí, protože prožívají ztrátu nebo změnu zaměstnání, mají ekonomické problémy, musejí se vyrovnat s odchodem partnera apod. Hlavním úkolem sestry je zmírnit subjektivní

potíže pacienta a respektovat výše popsané fáze psychické odezvy na rozvoj infaustní nemoci. Neopominutelnou pomoc zde budou poskytovat psychologové, sociální pracovníci a různé spolky nemocných sdružovaných nejčastěji podle diagnóz. U pacientů se v této fázi objevují i úzkostné stavy z ohrožení, strach ze smrti nebo vytěšňování hrozící smrti, tzv. adaptabilní negligace. Pacienta je po toto období důležité vést úskalími nemoci, být mu emoční podporou, vést s ním otevřený rozhovor, pokud tak žádá. Je velice individuální, jak se pacienti k nemoci postaví. Velký význam zde hraje premorbidní osobnost, tj. osobnost, jaká byla před zahájením nemoci. Postoj k nemoci může být např. hypochondrický, bagatelizující, heroický aj. [7, 9, 12]

Období *in finem* představuje umírání ve vlastním slova smyslu a je synonymem s lékařským termínem „terminální stav“. Z etického hlediska do této situace spadá problematika eutanázie, ritualizovaného a institucionálního umírání. [7]

Ritualizace smrti se stává v posledních letech hlavním problémem, protože většina nemocných umírá v nemocničních nebo jiných zařízeních. Často se v této souvislosti hovoří o odosobněné péči a dehumanizaci, protože jsou často těžce nemocní odesíláni do nemocnic, kde umírají po boku cizích lidí. Domácí model umírání, kdy po staletí umírali lidé především doma obklopeni rodinou, se tak stává minulostí. Umírání bylo sociálním aktem, kdy se o umírající starali členové rodiny, umírající se s nimi rozloučil a vyslovil svá poslední přání. Takto brali všichni členové rodiny důstojnou smrt, kdežto v dnešní době si pod tímto pojmem spíše představíme umírání a smrt bez bolesti, bez utrpení a dalších potíží. [7, 12]

Péče o nemocné a umírající se postupně přesunula do nemocnic a nabyla hlavně odborného charakteru. Úmrtnost v nemocnicích je v současné době kolem 80%. Pacient tam mnohdy zůstává sám, chybí lidský kontakt, pohlazení. Většina pacientů touží po přítomnosti druhého člověka a milovaných osob. Příbuzní tráví u pacienta jen zlomek času a není jisté, že u něho budou v době smrti. Vhodnou moderní, bohužel jen doplňkovou, formou péče o umírající je hospicový systém. První hospic byl otevřen v roce 1967 v Anglii, u nás v roce 1996. V současnosti je v České republice v provozu 14 hospiců s kapacitou 384 lůžek, 1 dětský hospic spadající pod Nadační fond Klíček a několik málo mobilních domácích hospiců, což je pro celou naši republiku nedostačující. Bohužel se z kapacitních důvodů nemůže stát řešením pro umírající pacienty a jejich rodiny. Tento model umírání se nazývá institucionální. [9, 13, 14]

V intenzivní medicíně se setkáváme jak s akutním náhlým umíráním, tak s dlouhodobým. Rychlý a úspěšný rozvoj medicíny má za následek, že pacienti

přijímání v akutním ohrožení života jsou zachráněni a tím narůstá počet vážně nemocných pacientů, dlouhodobě ventilovaných, kdy se snižuje kvalita jejich života. Za podpory základních životních funkcí tak přežívají s beznadějnou prognózou několik týdnů, i měsíců. S ohledem na to vznikají v posledních letech lůžka dlouhodobé intenzivní péče a oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. V laickém, ale i profesionálním podvědomí jsou tato lůžka vnímána jako oddělení, na která se chodí umřít. Toto není pravidlo, protože značná část pacientů se po dlouhé hospitalizaci vrací zpět domů nebo jsou překládáni do rehabilitačních ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných apod. [15]

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé.

### **2.3 Péče o umírajícího z pohledu sestry**

Sestra by měla uspokojovat veškeré pacientovi bio-psycho-sociální i spirituální potřeby. Sledovat jeho fyziologické funkce, vyprazdňování, hydrataci a výživu, dbát na prevenci dekubitů, pečovat o čistotu lůžka a tělesnou hygienu. Pokud lze, sestra hodnotí bolest podle dostupných škál. Od sestry se vyžaduje dostatek empatie, pochopení, akceptace, i např. agresivního chování umírajícího, a dodržení Práv umírajících. Měla by respektovat přání pacienta, neskrývat svoji nejistotu, udělat si na pacienta dostatek času, projevit o něj osobní zájem, nehodnotit jeho chování, reflektovat jeho sdělení, reagovat autenticky<sup>9</sup>. Sestra by měla umožnit pacientovi, aby se zbavil pocitu strachu, beznaděje, deprese a vždy mu zajistit dostatek intimity a bezpečnosti. Měla by udržovat jeho pocit jistoty, důstojnosti, sebeúcty, povzbudit naději a pomáhat pacientovi přijmout vlastní ztráty. [12, 16, 17]

Velké množství personálu má problémy při komunikaci s umírajícím, avšak tu nelze oddělit od etické péče, protože je projevem morální péče. Komunikace na intenzivní péče je těžší v tom, že pacienti mohou být zaintubováni, farmakologicky tlumeni nebo v bezvědomí. Sestra by se neměla nechat strhnout velkým množstvím techniky a omezit péči jen na pozorování, obsluhování a zapisování z monitorů. Stejně tak jako pacienti při vědomí, i pacienti v bezvědomí nějakým způsobem vnímají, a proto je komunikace s nimi stejně podstatná. [12, 18]

Jako každý jiný pacient má i pacient na lůžku intenzivní péče právo na informace o zdravotním stavu, které musejí být lékařem poskytovány citlivě a s rozvahou. Sestra

---

<sup>9</sup> Pokud sestru pacient zaskočil otázkou, může odpovědět slovy: „Zaskočil jste mě, nevím, musím o tom přemýšlet.“

by měla utvářet pocit pohody uklidňujícími slovy, dotekem a pohlazením při každém kontaktu s pacientem. Podle zvyklosti oddělení aplikuje sestra u vybraných pacientů koncept bazální stimulace. Všechny tyto zásady by sestra měla dodržovat i v momentě, kdy se objeví u pacienta známky blížící se smrti. Pacient může mít opocenou, bledou až šedou kůži, zapadlé oči, chladnou kůži a po těle se mohou objevit skvrny ze slábnoucího krevního oběhu. Těm, kteří nejsou na UPV, pomalu slábne dech a mohou se objevit i apnoické pauzy. Postupně vyhasínají reflexy a ochabují svěrače. Objevuje se pouze inkontinence stolice, neboť pacienti na těchto odděleních mají většinou zaveden permanentní močový katétr kvůli sledování hodinové diurézy. Postupně slábne také zrak i sluch. [12, 17, 19]

Doprovázení umírajících je náročnou situací a vyžaduje hodně vnitřní síly a i v tento moment by sestra měla jednat s umírajícím jako se svéprávnou bytostí. [16]

Péče o umírající je pro zdravotníky velmi stresovou záležitostí, protože se s ním sblíží, umírající se svěřují se svými problémy, vypráví o svých dětech, vnoučatech. Zdravotníci často pociťují pocity frustrace, může docházet ke vzniku konfliktů s rodinnými příslušníky, ale i mezi kolegy z důvodu rozdílného názoru na léčbu pacienta. Ošetřující personál může mít i pocity viny z prodlužování umírání v případě pokračování intenzivní péče u beznadějných stavů. Péče o umírající klade velké nároky na psychiku ošetřujícího personálu, který by z tohoto důvodu měl mít k dispozici psychologa, sociálního pracovníka nebo někoho ze starších spolupracovníků, kterému by se mohl svěřit se svými problémy. Výhodou pro každého pracovníka je určitě také rodinné zázemí. [11, 12, 17, 18]

Pokud ošetřující personál trpí nějakými úzkostmi a potlačuje je, odrazí se to na komunikaci s pacientem nebo somatizací. Sestra na sobě může pociťovat velké množství potíží související s emocionálním i fyzickým vypětím, např. fyziologické projevy: palpitace, tachykardie, hypertenze, zácpa, průjmy, pocení dlaní, nebo psychické problémy jako je např. nespavost, děsivé sny, agresivita, vztek, netrpělivost aj. Zejména na odděleních intenzivní péče je možné se u ošetřujícího personálu setkat s vědomým potlačováním nepříjemných pocitů. Některé sestry se brání lítosti nad umírajícím tím, že jsou vůči němu drsné až hrubé. Vzhledem k danému velkému fyzickému, psychickému i emočnímu vyčerpání jsou sestry i lékaři na těchto odděleních velmi ohroženi syndromem vyhoření. [12, 17, 18]

## 2.4 Péče o zemřelého z pohledu sestry

Smrt konstatuje vždy lékař a následně vyplní List o prohlídce mrtvého, který musí obsahovat datum úmrtí, příčinu smrti a rozhodnutí o pitvě (atomická, zdravotní, soudní). Postup při úmrtí upravuje vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví. Při úmrtí ve zdravotnickém zařízení je pitva indikována u osob zemřelých násilným úmrtím včetně sebevraždy nebo je-li podezření, že smrt souvisí s nesprávným postupem při výkonu zdravotnického povolání. Lékař nemusí žádat rodinu o souhlas k provedení pitvy, stejně tak ji rodina nemůže lékaři zakázat. U očekávaných úmrtí je přínos pitvy velmi nepravděpodobný. [20]

Po ohledání přejímá tělo zemřelého sestra, která se chová taktně a důstojně. Je provedena očista a identifikace zemřelého. Sestra převezme zemřelého do místnosti k tomu určené nebo použije pomůcky k zajištění intimity nemocného. Z lůžka se odstraní všechna pomocná zařízení a tělo zemřelého se svlékne a umístí do vodorovné polohy. Identifikační náramek se ponechá pouze pokud bude provedena u zemřelého pitva. Sestra odstraní všechny šperky a ozdobné předměty. V případě, kdy nelze ozdobný předmět např. prsten sundat, ponechá ho na zemřelém a lékař tuto skutečnost zapíše do Listu o prohlídce mrtvého. Sestra zkontroluje stav chrupu - snímatelnou zubní protézu vyjme, očistí a uloží k osobním věcem nemocného. Společně s lékařem spočítá zuby ze žlutého a bílého kovu a zapíše do dokumentace. Dále sestra zajistí, aby zemřelý měl zavřené oči, ústa může podvázat obinadlem, pokud zůstávají otevřená. Horní končetiny volně leží podél těla. Sestra odstraní z těla zemřelého periferní žilní katétry, permanentní močový katétr, nasogastrickou, nasojejunální sondu, tracheostomickou kanylu. Po domluvě s lékařem odstraní centrální žilní katétr, perkutánní endoskopickou gastrostomii a všechny drény, vzniklé otvory zakryje čistým a suchým krytím. Dále sestra provede kompletní hygienickou očistu a identifikaci těla zemřelého. Označí tělo popisovačem na kůži na levou dolní končetinu v oblasti stehna<sup>10</sup> a štítkem na palec druhé dolní končetiny. Tělo zakryje do prostěradla a ponechá dvě hodiny v klidu. Následně sanitáři uloží tělo do vaku pro zemřelé a transportují zemřelého do ústavní márnice spolu s příslušnou dokumentací. Sestra provádí záznam do Knihy zemřelých, vypisuje Oznámení o úmrtí, sepisuje seznam věcí a cenností a zajistí s nižším zdravotnickým pracovníkem desinfekci a úklid lůžka, nočního stolku a všech používaných pomůcek. [5, 21]

---

<sup>10</sup> Uvádí se jméno a příjmení zemřelého, jeho rodné číslo, datum a hodina úmrtí a název oddělení, kde pacient zemřel.

## 2.5 Sestra a jednání s pozůstalými

O úmrtí rodinného příslušníka ve zdravotnickém zařízení se v minulosti rodina dozvíдалa nejčastěji z telegramu. Jeho zasílání bylo ovšem od 1. dubna 2010 Českou poštou zrušeno. V současné době tak mohou zdravotnická zařízení využít jinou službu, a to on-line dopis nebo písemné oznámení na předepsaném formuláři odesílaném v obálce s červeným či modrým pruhem. Častěji se využívá telefonické oznámení, které provádí výhradně lékař. Pro rodinu to je velká životní ztráta, proto je vhodné informovat je už o zhoršení stavu pacienta, aby si přivykali na vážnost stavu. Jednání s pozůstalými je pro zdravotníky velmi stresující a vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností. Sestry by měly mít na paměti, že pozůstalí jsou velmi zranitelní a potřebují také psychickou pomoc. [7]

Jednání s pozůstalými by mělo probíhat citlivě, trpělivě a v klidném prostředí bez rušivých elementů. Sestra by měla aktivně naslouchat bez odsuzování, nesnažit se zabránit pláči pozůstalých nebo je přerušovat při hovoru. Měly by být zachovány společenské rituály – personál by se měl rodině představit a vyjádřit jim soustrast, popsat co nejpodrobněji okolnosti úmrtí, ujistit rodinu, že pacient netrpěl. Sestra by měla při předávání pozůstalosti o zemřelém pronést pár slov. Pro zklidnění je možné seznámit pozůstalé s dalšími formalitami, které budou následovat (pohřební služba apod.). [7, 10]

Čím hlubší a vřelejší vztah byl mezi rodinnými příslušníky, tím větší bude u pozůstalých žal a zármutek. Rodina prochází nejprve fází šoku a otupělosti, která trvá několik hodin. Poté přichází fáze zármutku, žalu a truchlení v plné míře, která trvá i několik měsíců. Pozůstalý mívají deprese, pláčou, naříkají, mohou mít pocity viny, vzteku, ztráty cílů, ale i fyzické symptomy jako jsou palpitace, bolesti hlavy, sucho v ústech, ztrátu chuti k jídlu, nedostatek energie aj. Truchlení se přirovnává k hojení rány a podobá se depresi, ale samotnou depresí ani nemocí není. Je to normální, přirozená reakce na ztrátu blízkého člověka. Bez něho nedojde k vyrovnání a smíření se s úmrtím blízké osoby, kdy se pozůstalí rozhodnou začít znovu žít, navazují nové vztahy, získávají nové role. Při truchlení mohou nastat i komplikace, např. chronická reakce, kdy akutní projevy trvají déle než rok, nebo larvovaná reakce, kdy se rozvíjí komplikace typu závislosti na alkoholu, fobie, hypochondrie, až suicidální pokusy. V ošetřovatelství se nejčastěji hovoří o dysfunkčním smutku, který znemožňuje provádět aktivity každodenního života. Pozůstalí jsou příliš unaveni, neschopni provádět osobní hygienu nebo se v dostatečné míře postarat o domácnost. [11, 16, 20]

### 3 UMÍRÁNÍ V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Umírání na odděleních intenzivní péče je rozdílné od umírání na standardních odděleních. Pacienti mají většinou ovlivněné nebo změněné vědomí, někteří si neuvědomují své potřeby, je jim trvale měřena saturace a fyziologické funkce. Soukromí zde pacientovi také nelze plně poskytnout, většinou jsou pacienti odděleni pouze zástěnou. Přítomnost rodiny v momentě smrti nelze vždy zajistit, protože je nutná přítomnost zdravotníků pro zachraňující úkony, např. kardiopulmonální resuscitace, defibrilace apod. Pacienti tak umírají na pokojích po 2-5 pacientech za prudkého světla a zvuku alarmujících monitorů, obklopeni spoustou přístrojů, různých hadiček a dalšího technického vybavení, která představují u každého lůžka tzv. „ostrov života“. [22]

Tato situace nic nemění na tom, že o umírajícího musí být pečováno ze strany ošetřující personálu jako o lidskou bytost se všemi bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Vzhledem k tomu, že pacienti většinou nejsou schopni pocíťované potřeby projevit, musí je tedy sestra předvídat. Přikrývá pacienta podle tělesné teploty a teploty vzduchu v místnosti, v pravidelných intervalech je krmí parenterální nebo enterální cestou a většině pacientům podává dle ordinace lékaře analgetika též v pravidelných intervalech.

#### 3.1 Paliativní péče v intenzivní medicíně

V intenzivní péči je stejně tak důležitá i paliativní péče, která se stává nedílnou součástí péče na těchto odděleních a je v souladu se všemi právními i etickými principy. Přechází se na ni v případě, že nelze odstranit vyvolávající příčinu zhoršování pacientova závažného stavu a tím nelze zachovat jeho život a zdraví. Cílem je vyloučit pacientův dyskomfort, zachovat lidskou důstojnost a uspokojovat veškeré bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Ovšem chybí zde jeden z hlavních principů, a to ten, že pacienti si nejsou většinou vědomi toho, že umírají. Definice popisují paliativní péči jako celkovou péči o nemocné nereagující na kurativní léčbu a trpící progredujícími, pokročilým onemocněním. Poskytuje se tedy nejen umírajícím pacientům. Podle WHO definice zahrnuje i péči o pozůstalé. Základním pravidlem je zajistit pacientovi a jeho rodině uspokojivou kvalitu života. Snaží se zmírnit veškeré pacientovi obtíže<sup>11</sup>, které se objevují i u pacientů na odděleních intenzivní péče. [6, 10, 23]

---

<sup>11</sup> Potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, eliminace bolesti, zachování důstojnosti apod.



### 3.1.1 Nejčastější potíže a potřeby umírajících

Nemocné před koncem života většinou trápí nepříjemné obtíže, které lze ovlivnit farmakologicky nebo poskytováním ošetrovatelské péče. Úroveň vědomí (kvantitativní nebo kvalitativní poruchy) ovlivňuje veškeré potřeby pacientů v intenzivní péči. To ovšem nic nemění na tom, že pacienti sedovaní nebo v komatu mají stejné potřeby jako pacienti při vědomí. K nejčastějším potřebám umírajících pacientů na těchto odděleních patří fyziologické potřeby, kam spadá potřeba dýchání, výživy a tekutin, vyprazdňování, čistoty, spánku a život bez bolesti. Další potřebou je pocit jistoty a bezpečí a potřeba psychické vyrovnanosti, lásky a sounáležitosti. Důležitá je i úroveň soběstačnosti, která u umírajících pacientů na lůžkách intenzivní péče není dostačující vzhledem k různým poruchám vědomí nebo nutnosti upoutání na lůžko. Tím se pacient stává plně závislý na péči ošetřujícího personálu a na něm je, aby všechny pacientovy potřeby poznal a dostatečně je uspokojil. [5, 6, 10, 24]

Odborná literatura uvádí, že nejčastějším příznakem na lůžkách intenzivní péče je dušnost. Jde o subjektivní pocit nedostatku vzduchu provázený zvýšeným dechovým úsilím. Setkáváme se s ní u velkého množství pacientů. Příčin může být celá řada, nejčastěji se objevuje v důsledku srdečního selhání, obstrukce dýchacích cest a perikardiálního výpotku. Pokud dojde k dušnosti u pacientů při vědomí, objevují se pocity úzkosti a strachu ze smrti. Proto je nejdůležitější uložit pacienta do Fowlerovy polohy, zachovat klid a verbálně ho ujistit, že uděláme vše pro to, aby se mu ulevilo. Základní léčbou je oxygenoterapie. [10, 12]

U závažných stavů<sup>12</sup> se na lůžkách intenzivní péče nejčastěji setkáváme po farmakologické analgosedaci se zajištěním dýchacích cest endotracheální intubací. U pacientů vyžadujících dlouhodobou UPV se dýchací cesty zajišťují tracheostomickou kanylou. V těchto případech je pacient nějakou dobu uměle ventilován a je nutné mu pravidelně odsávat (uzavřený nebo otevřený způsob) sekret z dutiny ústní, nosní a z dýchacích cest za použití dostupných osobních ochranných pracovních pomůcek. Specifická je i péče o pacienta na UPV, kdy se musí pravidelně, nejčastěji dvakrát denně, měnit poloha endotracheální kanyly, kontrolovat tlak v těsnící manžetě, pečovat o ventilátor, pravidelně vyměňovat okruhy (cca po osmi dnech) a bakteriální filtry (každých 24 hodin). Dále se u pacientů na UPV po hodinových intervalech sleduje fotoreakce zornice, krevní tlak, tepová frekvence, frekvence a rytmus dýchání, dechová

---

<sup>12</sup> Těžká dušnost, bezvědomí, cévní mozková příhoda, šokové stavy apod.

amplituda, stav vědomí pomocí GCS, hloubka sedace, kterou ordinuje lékař. Ta se hodnotí podle Richmond agitation sedation scale (viz Příloha C). Neoptimálnější je stupeň 0 až 1, kdy je pacient klidný, bdělý, příp. vystrašený, ale bez agrese a výrazných pohybů. Pokud se na škále pohybujeme od 1 do 4 hovoříme o pacientech agitovaných až útočných, kdy v lehčím případě interferují s UPV, v horších případech si vytrhují invazivní vstupy a jsou agresivní vůči personálu. Pokud se na škále budeme pohybovat od -1 do -5 hovoříme o pacientech ospalých, lehce, středně a těžce sedovaných až neprobuditelných. Pokud bude pacient právě neprobuditelný a závislý na UPV, dostává se tak ošetřující personál na tenký led, kdy je před nimi těžké rozhodnutí, jestli pacientovi aplikovat „marnou léčbu“ nebo pacienta odpojit od ventilátoru. Tyto etické a právní problémy rozebírám v samostatné kapitole č. 4. [5, 10, 24]

U pacientů v terminálním stádiu nemoci se může objevit i hemoptýza nebo hemoptoe, které jsou pro pacienta také velmi stresující a mohou souviset s krvácením do gastrointestinálního traktu nebo s nádorem v dýchacích cestách. [12]

V oblasti příjmu výživy a tekutin se ošetřující personál dostává opět do nepříjemné situace, protože potřeba přijímat potravu patří k základním lidským potřebám. Podávání výživy a tekutin je v oblasti intenzivní péče dost změněné, protože většina pacientů nemůže z nějakého důvodu přijímat nic perorálně nebo trpí nechutenstvím. Nejčastěji se pacientům v závažných stavech podává výživa enterální nebo parenterální cestou<sup>13</sup>. Enterální podání výživy je řešeno přes nasogastrickou nebo nasojejunální sondu. Z dlouhodobého hlediska je výhodnější podávání přes perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG). Podávaná výživa musí být dostatečně nutričně vyvážená a kaloricky plnohodnotná, neboť špatná výživa vede k horšímu průběhu onemocnění. Pokud ovšem hovoříme o posledních dnech života pacienta, může se objevit z jeho strany odmítnutí výživy. To by ošetřující personál měl akceptovat a neměl by pacienta nutit k jídlu. Ovšem dostatečnou hydrataci by měl mít zajištěnou až do konce svého života. Dehydratovaný pacient není dobrým výstupem ošetrovatelské péče. V intenzivní péči je velmi změněn pocit žízně a potřeba přijmout tekutiny. Tekutiny se pacientovi poskytují stejnou formou jako výživa. Cílem je, aby pacient nechřadnul, nebyl kachektický a dehydratovaný. Podáváním výživy a tekutin se snažíme zajistit pacientovo fyzické pohodlí. I v případě, že výživu i tekutiny podáváme jinou než perorální cestou, nesmíme opomenout důslednou péči o dutinu ústní a tím zabránění vzniku možných mykóz nebo stomatitid. Některé

---

<sup>13</sup> Dočasná aplikace cestou periferního žilního katétru, z dlouhodobějšího hlediska spíše přes centrální žilní katétr.

názory poukazují na to, že podávání výživy a tekutin je formou prodlužování života pacienta. [5, 6, 10, 24]

Potřeba vyprazdňování je na lůžkách intenzivní péče pro pacienty velice nepříjemná, neboť jsou upoutáni k lůžku, kde se musí i vyprázdnit. U pacientů se můžeme setkat s průjemem, kdy hrozí dehydratace, nebo s inkontinencí stolice. Ta se objevuje v průběhu umírání v důsledku vyhasínání funkce svěračů, jak bylo popsáno výše. Pacienti nemají dostatečný pohyb důležitý pro pravidelné vyprazdňování a často se setkávají také se zácpou, která může souviset i s léčbou opiáty a dalšími léky, s dehydratací, se sníženou výživou nebo s chorobnými stavy (např. poruchy míchy). Obstipace je řešena několika způsoby - perorálním podáním laxativ, rektálním podáním ve formě glycerinového čípku nebo aplikací klyzmatu. V momentě, kdy ani jedna z forem nepomůže, lékař stolici vybaví digitálně. I v případě, že pacient není při vědomí, měla by sestra zachovávat při vyprazdňování nemocného na lůžku jeho intimitu. S vylučováním souvisím i potřeba močení. Pacienti na jednotkách intenzivní péče mají zaveden permanentní močový katétr, kvůli pravidelnému měření diurézy. Zde je z pohledu personálu důležité pečovat o katétr a zamezit přenosu infekce do močových cest, která by výrazně mohla pacientův stav zhoršit. [5, 10, 12, 20]

Další potřebou je u pacientů eliminace bolesti. Jedná se o nepříjemný senzorický a emocionální zážitek spojený s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Na bolesti se podílí mnoho faktorů, je velmi subjektivní, a proto je důležité ji pacientovi vždy věřit. V intenzivní péči je bolest důležitým ukazatelem např. vzniku nového onemocnění (plicní embolie), zhoršení stavu nebo vzniku komplikací. Obecně se léčba bolesti velmi často podceňuje, ale u pacientů v kritickém stavu udržovaných v umělém spánku nejde posoudit, jestli bolest mají nebo nikoliv. Proto dostávají kontinuálně v rámci sedace analgetika, pak se hovoří o analgosedaci. U pacientů v bezvědomí nereagujících na bolestivý podnět není nutné podávat analgetika. Nedostatečná analgosedace působí jako významný stresor. Její hloubka se také může hodnotit podle Ramsaye (Tabulka 2) a je založena pouze na subjektivním posouzení lékaře. Hodnotí se úroveň bdělosti a hloubka spánku body od 1 do 6. [5, 12, 24]

**Tabulka 2 Ramsay score [25]**

<b>Skóre</b>	<b>Popis</b>
<b>0</b>	bdělý, orientovaný
<b>1</b>	agitovaný, neklidný, úzkostný
<b>2</b>	bdělý, spolupracující, orientovaný, toleruje ventilaci
<b>3</b>	reakce na oslovení nebo dotyk
<b>4</b>	otevře oči na hlasité oslovení, okamžitá reakce na bolestivý podnět
<b>5</b>	zpomalená reakce na bolestivý podnět
<b>6</b>	žádná reakce na bolestivé podněty

Pokud jsou pacienti při vědomí, hodnotíme bolest podle dostupných škál, např. vizuální analogická škála (VAS). Od pacienta odebíráme i údaje o typu bolesti, lokalizaci, vyzařování atd. Při podávání opiátů u pacientů v terminálním stádiu nemoci musíme brát v potaz to, že tlumí dechové centrum nebo mohou vyvolat myoklonus. [24]

V posledních dnech života je důležitá i dostatečná hygiena u pacienta a tím naplnění jeho potřeby o čistotu. Nikdy by se nemělo stát, že se u pacientů v terminálním stádiu nemoci osobní hygiena odbývá, protože zanedbáváním hygienického režimu je pacient ohrožen vznikem dekubitů. V intenzivní medicíně patří hygiena ke každodenním rituálům a za pacienty sedované nebo v bezvědomí přebírá plnění této potřeby plně sestra. Ta musí tuto péči provádět velmi citlivě a všimnout si všech změn na pacientově kůži. Ve velmi těžkých stavech není možné polohovat pacienta, aniž by byly ohroženy jeho životní funkce, proto je vhodné omývat jenom části, které jsou v dosahu. Spolupracující pacienty se snažíme do poslední možné chvíle alespoň částečně zapojit do osobní hygieny. [5, 10, 24]

Na druhém místě Maslowovy pyramidy potřeb nalézáme potřebu jistoty a bezpečí. Je důležitá pro všechny lidi, nemocné a hlavně pro umírající. Ti např. chtějí mít jistotu, že nebudou umírat sami. U pacientů s poruchou vědomí nelze dostatečně zhodnotit jejich pocity, a proto se k nim přistupuje jako by byli při vědomí. Musí jim být podán dostatek informací a pomáhá blízkost ošetřujícího personálu nebo rodinných příslušníků. Pacienti při vědomí mají situaci o něco těžší, protože si uvědomují daný stav a hospitalizaci. Opět je nutné pacienta dostatečně informovat podle jeho psychického stavu. U všech pacientů je nutné zabezpečit je před možností pádu a poranění se o různé předměty nebo o sebe samého. [5, 10, 24]

U umírajících pacientů na všech typech oddělení je důležité ulevit jim od psychických potíží. Na jednotkách intenzivní péče jsou o něco nepříjemnější, protože pacienti s infaustní prognózou mají tato lůžka spojená s prožíváním velké bolesti

a se ztrátou intimity. Pacienti při vědomí trpí úzkostmi z blížící se smrti, smutkem, neklidem a může se objevit zmatenost, která může být právě signálem blížící se smrti. Mohou pociťovat i určitou psychickou tíseň, která je také spojena se strachem ze smrti.  
[5, 24]

### 3.1.2 Bazální stimulace

Zakladatelem konceptu bazální stimulace (dále jen „BS“) je speciální pedagog Prof. Andreas Fröhlich, který se věnoval dětem s hlubokou mentální retardací (IQ pod 20). Do ošetrovatelské péče přenesla tento koncept v roce 1980 prof. Christel Bienstein. Prokázala úspěšnost při aplikaci v ošetrovatelské péči v oblasti intenzivní medicíny. V České republice je koncept zatím v počátcích rozvoje a o jeho rozšíření se zasloužila PhDr. Karolína Friedlová.

BS je souhrn ošetrovatelských a rehabilitačních postupů, kterými je podporováno lidské vnímání v nejzákladnější (bazální) rovině. Používá se v domovech důchodců, na geriatrických a neonatologických odděleních a nezastupitelný význam má právě na odděleních intenzivní medicíny, kde mají často pacienti porušeno vnímání vlastního těla a okolního světa. BS je vhodná pro větší spektrum pacientů: tělesně i duševně postižené, umírající, pacienty v apalickém stavu, s Alzheimerovou chorobou, po poranění mozku, v bezvědomí apod. Cílem je vybavit uložené vzpomínky, tím aktivovat mozkovou činnost a podpořit vnímání, komunikaci a hybnost pacientů. Tyto tři oblasti jsou základními prvky konceptu.

Je důležité dodržovat určité zásady při poskytování této terapie. Pacienti by měli mít možnost používat své hygienické potřeby, tím si vybavují známé vůně. Důležitý je právě kontakt s rodinou, od které se doplňuje anamnéza v rámci ošetrovatelského procesu, např. jaký byl pacient typ osobnosti před hospitalizací, zda je pravák nebo levák, jaké doteky měl rád, jaké měl spánkové návyky (poloha během spánku), jak se holil, které zvuky rád poslouchal, jaké měl oblíbené vůně apod.

Techniky konceptu se dělí na základní: somatická, vestibulární a vibrační stimulace; a nadstavbové: optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální stimulace.

Dotek je základním prvkem somatické stimulace. Důležité jsou ucelené, jasné a cílené doteky. Omezit by se měly ty chaotické, které vyvolávají strach a nejistotu, lehké a doteky pouze prsty. Ošetřující personál by se měl domluvit na základě anamnézy na iniciálním doteku (nejčastěji rameno, paže, ruka), kterým začíná a případně i končí naše přítomnost u pacienta. Vhodné je umístění cedule s tímto dotekem do blízkosti pacientova lůžka, aby tak činil veškerý ošetřující personál. Do somatické stimulace patří i celková koupel, která může být zklidňující, osvěžující apod. Dále sem řadíme různé typy polohování a stimulaci dýchání.

Při vestibulární stimulaci je základem změna polohy hlavy pacienta, která aktivuje rovnovážné ústrojí.

Cílem vibrační stimulace je podpořit vnímání vibrací z povrchu do hloubky těla. Jako vibrační média působí ruce sestry, různé technické přístroje, např. elektrický zubní kartáček apod.

Kolem pacienta je při hospitalizaci neznámé prostředí a v poloze na zádech zná pacient pouze pohled do stropu a na část přístrojů. Proto je při optické stimulaci výhodou nabízet pacientovi např. fotografie rodiny a měnit pravidelně polohu těla.

Při auditivní stimulaci se uplatňuje verbální komunikace s pacientem, která je doplněna tělesným kontaktem a je důležitá i u těch, kteří jsou v komatu či farmakologicky tlumeni. Dále sem řadíme poslech oblíbené hudby, vyprávění apod.

Mezi předměty k taktilně-haptické stimulaci patří oblíbené předměty, hračky, kelímky, potřeby k osobní hygieně, ale i vlastní ponožky. Nedostatek této stimulace se projevuje nenechavýma rukama pacientů, které sahají po všech hadičkách.

Olfaktorickou stimulací umožníme pacientovi vnímat oblíbenou vůni, kdy je opět důležité vycházet z anamnézy, protože stejná vůně může vyvolat u dvou pacientů velmi rozdílné reakce.

Orální stimulaci můžeme provádět při krmení pacienta, event. při hygieně dutiny ústní nejčastěji molitanovou štětičkou namočenou nejčastěji ve Skinsept mucosa, např. k podpoře slin. Sestry by si měly uvědomit, že ústa patří k nejcitlivějším místům na těle a vyhnout se tak hrubému zacházení v této oblasti. [26, 27, 28, 29]

## 4 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY UMÍRÁNÍ

Umírání je diskutovaným tématem v různých oborech, ale také v etice. Etikou rozumíme vědeckou disciplínu pocházející z dob Aristotela, zkoumající morálku, což je systém hodnot a norem, které určují lidské chování a jednání. Od práva se liší tím, že není psaná a autoritativně vymahatelná. Etickými problémy medicíny se zabývá lékařská etika, která vychází z deontologie<sup>14</sup>. Předmětem této profesní etiky jsou morálně etické problémy<sup>15</sup> týkající se lékařské praxe. [7, 18, 30]

Z lékařské etiky vychází ošetrovatelská etika, která nabývá v posledních letech více na významu díky tomu, jak se mění postavení sestry. Ta zastává mnoho rolí: ošetrovatelka, komunikátorka, edukátorka, manažerka, výzkumný pracovník apod. Obecně lze říci, že předmětem ošetrovatelské etiky je vztah sestry k pacientovi a vztah sestry ke kolegům. Sestra by při vlastním etickém rozhodování měla vycházet z Etického kodexu sester (viz Příloha D). [30, 31]

Jako samostatná vědní disciplína je používán také termín bioetika, který není synonymem lékařské etiky, ale rovněž se zabývá etickými otázkami péče o zdraví nebo o počátku a závěru života. Zahrnuje širší oblast problémů, sdružuje více disciplín a zohledňuje požadavky vycházející např. ze sociologie. [7, 18]

Péče o kriticky nemocné a umírající v prostředí intenzivní péče s sebou přináší nejen řadu léčebných a diagnostických postupů, ale také řadu etických problémů. Péče na těchto odděleních by měla být poskytována podle těchto principů: beneficence, nonmaleficence, autonomie a respektování zákona. [1, 18]

Princip beneficence představuje jednání lékaře a sestry, které by mělo být vždy v zájmu a ku prospěchu pacienta. Základ je v Hippokratově zásadě: „Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem.“ Obsahuje základní principy v jednání lékaře: chránit život, obnovit zdraví, zlepšit kvalitu života, ulevit od bolesti, obnovit nebo zlepšit poškozené orgánové funkce. [2, 18]

Nikdy nemocného nepoškodit je požadavkem principu nonmaleficence, kdy se lékař a sestra musí vyhýbat postupům, které by měly negativní dopad na pacienta, či by ho mohly usmrtit. Základ má opět v Hippokratově zásadě: “Především neškodit.“ [2, 18]

---

<sup>14</sup> Pojem vychází z řeckého deon (= povinnost) a v lékařství určuje povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům i veřejnosti. První deontologickým kodexem je Hippokratova přísaha. [18]

<sup>15</sup> Např. problematika lidské reprodukce, problematika umírajících, paliativní medicíny a eutanazie apod.



Respektováním autonomie pacienta vyjadřuje lékař a sestra zájem o jeho osobu. Tento složitý princip znamená, že lékaři a sestry by neměli mít právo léčit schopného pacienta bez jeho souhlasu. Pokud nelze v souvislosti se zdravotním stavem pacienta souhlas odebrat (nebo od nejbližších příbuzných), postupuje lékař podle výše popsaných postupů. Lékaři by tak proto měli respektovat rozhodnutí právně způsobilého pacienta, který odmítne léčbu. [2, 18]

Neméně důležitým principem je ten, kdy lékaři musí zajistit takovou péči, na kterou má pacient ze zákona právo. Nemělo by se tak stávat, že pacientům nebudou aplikovány moderní léčebné postupy, které by mohly ekonomicky zatížit dané zdravotnické pracoviště. [2, 18]

V péči o umírající v prostředí intenzivní péče se často setkáváme s etickými otázkami a problémy. Jsou jimi hlavně: odpojení od UPV, pokyn DNR, zadržovaná léčba, vysazení podávání nutriční a hydratace, neúspěšné prodlužování života a umírání, problematika odběrů orgánů a tkání od mrtvých pro účely transplantace a eutanázie.

#### **4.1 Práva pacientů a práva umírajících**

K základním etickým povinnostem sestry patří respektování lidské důstojnosti a dodržování lidských práv, která jsou nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Rozšířením lidských práv i do oblasti medicíny mají i pacienti svá práva. Od 1. dubna 2012 se právy pacientů bude zabývat i nově vzniklý zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který klade nároky na pacienty a ukládá jim určité povinnosti<sup>16</sup>. V České republice vzešel v platnost Kodex o právech pacientů<sup>17</sup> (viz Příloha E) v roce 1992 po vyhlášení Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ty vycházejí z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Tato úmluva se dostatečně nevěnuje smrtelně nemocným a umírajícím. Na základě toho byl přijat Parlamentním shromážděním Rady Evropy 25. června 1999 dokument Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, který bývá také nazýván „Charta práv umírajících“ (viz Příloha F). Shromáždění v tomto dokumentu např. vyzvalo všechny členské státy, aby vydaly legislativní opatření, které by zajistilo, aby umírající pacienti nebyli vystaveni těmto nepříjemnostem: umírání s nesnesitelnými symptomy

---

<sup>16</sup> Např. nepoužívat během hospitalizace alkohol ani jiné návykové látky, dodržovat léčebný postup apod.

<sup>17</sup> Soubor etických pravidel, nelze z něho vyvodit trestně-právní ani občansko-právní odpovědnost. Nevýhodou je, že obsahuje pouze práva pacientů a neukládá pacientům povinnosti (např. nezaměřovat svoji anamnézu). [32] Vzhledem k tomuto nedostatku se nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zabývá i povinnostmi pacientů.

(bolest), prodlužování umírání proti vůli pacienta, umírání o samotě a v sociální izolaci, omezování život udržující léčby z ekonomických důvodů apod., a tím byla chráněna a respektována lidská důstojnost. [7, 18, 30, 33, 34, 35]

## 4.2 Dříve vyslovená přání

Pojmem „dříve vyslovená přání“ se rozumí právní úkon, který vstoupil do českého prostředí v roce 2001, kdy byla přijata Úmluva o lidských právech a biomedicíně. V devátém článku stojí, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta, pokud není v době zákroku ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. V České republice chyběla do letošního roku konkrétnější právní úprava, praktické zkušenosti ovšem chybějí dále. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, řeší otázku dříve vyslovených přání v §36. Pacient může písemnou formou vyjádřit svou vůli, přání (living will<sup>18</sup>) pro futuro, tedy pro případ, že by nebyl schopen pro závažnost zdravotního stavu vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, ani nijak verbalizovat svá přání. Tento dokument je součástí zdravotnické dokumentace daného pacienta, je platný pět let a musí být opatřen úředně ověřeným podpisem a součástí musí také být písemné poučení o důsledcích pacientova rozhodnutí. Lékař poté musí brát ohled na to, jestli se dříve vyslovené přání vztahuje na konkrétní pacientovu situaci, a jestli se přání pacienta časem nezměnilo. Pacienti také mohou přání vyslovit po přijetí do zdravotnického zařízení nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. V tomto případě musí být záznam v dokumentaci podepsán pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. Dříve vyslovená přání nelze respektovat v případě, že by vedla k aktivnímu ukončení života pacienta, nebo pokud by jejich splnění ohrožovalo další osoby. Tento institut také nelze uplatnit u nezletilých osob nebo u pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům. [34, 35]

Právní úprava Advanced directives<sup>19</sup> ve Spojených státech amerických je upravována na federální úrovni zákonem z roku 1990. Ten definuje Advanced directives jako závazný, písemný, předem vyslovený pokyn pacienta, pro případ, že by v dané situaci nebyl schopen o léčbě rozhodnout. Lékař může uplatit tzv. námitku z důvodu svědomí a pacientovo přání nerespektovat, ovšem jen v závažných případech. I tak je lékařovo rozhodnutí zpětně přezkoumáno. Každý stát si dále upravuje vnitřní právní úpravou institut Advanced directives, a právo zná dva pojmy: living will a health care proxy. Living will je stejně jako v ČR dokument, ve kterém pacient pro futuro odmítá konkrétní léčbu (i život

<sup>18</sup> Doslova znamená „živoucí“ nebo „živá vůle.“

<sup>19</sup> Lze přeložit jako „předem stanovená vůle.“

zachraňující) a jeho součástí většinou bývá health care proxy. Tento pojem představuje zástupce, kterého určí pacient pro případy, kdy sám nebude schopen rozhodovat o léčbě. [36, 37]

V Německu nebyl institut dříve vyslovených přání nijak upraven zákonem a ani nebral v úvahu článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně do roku 2009, kdy byl schválen samotný zákon o dříve vyslovených přáních. Obsah pojmu Patientenverfügung je definován jako písemné prohlášení plnoleté osoby pro případ, že bude v budoucnu nezpůsobilá vyjádřit se ke svému zdravotnímu stavu nebo možným léčebným zákrokům, které by mohly být v budoucnu indikovány. Prostřednictvím tzv. Patiententestament je přípustné odmítnout život zachraňující a život prodlužující léčbu. Ovšem nelze odmítnout bazální léčbu (léky proti bolesti apod.). Pokud je lékařem znám Patientenverfügung, musí tak léčba odpovídat dříve vyslovenému přání, jiný postup by byl protiprávní. Pokud lékař zahájí léčbu, která je pacientem odmítnuta v psaném dokumentu, pak musí být bezprostředně ukončena. Nevýhodou beze sporu je, že platnost dříve vysloveného přání v německé právní úpravě zcela chybí. Pokud pacient žádá aktivní eutanázii nebo odmítá bazální léčbu, na dříve vyslovené přání není brán zřetel. Podle zákona má dále pacient právo zvolit si opatrovníka pro oblast zdravotní péče. Pokud tak neučiní, bude mu stanoven soudem. Dále také upravuje pravidla, na základě kterých se opatrovník spolu s lékařem domlouvá o kvalitě dříve vyslovených přání a o pacientově zdravotním stavu. [36]

Velice zajímavá právní úprava dříve vyslovených přání je ve Španělsku, které se zavázalo respektovat článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Dále jsou Instrucciones previas uzákoněny v zákoně o autonomii pacienta a o právech a povinnostech souvisejících s poskytováním informací a zdravotnickou dokumentací. Lékař nemusí respektovat dříve vyslovené přání v případě, že bude v rozporu s jeho úsudkem, pokud by vedlo k aktivní eutanázii nebo pokud nemůže zdravotnické zařízení tuto léčbu finančně či personálně zajistit vzhledem k omezeným zdrojům ve zdravotnictví. Pokud pacient nesepsal Instrucciones previas<sup>20</sup>, jsou přizváni rodinní příslušníci, aby rozhodli o další léčbě pacienta. Španělský zákon přímo neuvádí, k jakým postupům lze dříve vyslovené přání vyslovit. To se tak může týkat i odmítnutí bazální léčby nebo napojení na přístroje. [36]

---

<sup>20</sup> Sepisuje se u notáře nebo za přítomnosti tří svědků, z nichž minimálně dva nesmějí být žádným způsobem spřízněni s pacientem.

### 4.3 Do not resuscitate

U terminálně nemocných pacientů, kde se očekává smrt, může dát lékař pokyn DNR („neresuscitovat“). Jde o velmi ožehavé téma, které vyvolává emoce nejen v lékařské praxi. V současné době neexistuje v České republice zákon, který by tento pojem upravoval, a tak lékaři vycházejí z vnitřních předpisů daného zdravotnického zařízení (spíše výjimečně), nebo častěji v rámci týmu lékařů při hodnocení stavu pacienta. Dále lékaři mohou přihlížet na doporučení České lékařské komory. Pokyn DNR by měl být obnovován každých 48-72 hodin a zaznamenán v dokumentaci, aby v případě srdeční zástavy nikdo z personálu resuscitaci nezahajoval. [5]

Ve Spojených státech amerických má DNR (někdy také DNAR<sup>21</sup>) původ v přáních umírajících pacientů, aby jejich život nebyl prodlužován a při zástavě oběhu nebyly obnovovány vitální funkce. V současné době řadí tento pokyn pod Advance Directives a jeho závaznost je tak jasně deklarována. [36]

V Anglii a Walesu přijali v roce 2002 společné stanovisko v rámci British Medical Association a dalších asociací, které sjednocuje a upravuje postup lege artis zdravotnických pracovníků při rozhodování o zahájení resuscitace. Bylo tak učiněno na základě neudržitelné situace, kdy ve zdravotnických zařízeních bylo běžnou praxí, že za dospělé a plně právně způsobilé pacienty bylo rozhodnuto, že v případě zástavy oběhu nebudou zahájeny život zachraňující úkony. [36]

### 4.4 Život udržující léčba

Život udržující léčba je závažným etickým problémem u lůžka umírajícího hlavně v prostředí intenzivní medicíny. V podstatě by se dalo říci, že se díky ní prodlužuje proces umírání. Podle Hippokrata by lékař měl rozhodnout, co je pro pacienta zbytečné a neaplikovat marnou léčbu, která není pro pacienta přínosem a zatěžuje ho. Současná medicína dokáže díky moderním technologiím mnoho pacientů zachránit, a tak by z klinického i etického hlediska měli zdravotničtí pracovníci vědět, kdy nenasadit nebo vysadit život udržující léčbu a nechat pacienta zemřít v důsledku onemocnění, které je příčinou jeho závažného stavu. Lékaři se tak často dostávají do konfliktu s rodinnými příslušníky i s ostatními odborníky, kdy má každá strana jiný názor na přerušování léčby. Definovat marnou léčbu je velmi obtížné, proto lékaři vycházejí např. z těchto pohledů:

---

<sup>21</sup> Do not attempt resuscitation, v překladu „Nepokoušet se o resuscitaci.“ Tento pojem poukazuje na to, že ne každá resuscitace je úspěšná.

pravděpodobnost přínosu daného postupu je pro pacienta velmi malá; intenzivní léčba selhává; tentýž postup již dříve selhal; léčba nevede k cíli. [1, 7, 30]

V souvislosti s marnou léčbou se často objevují otázky „kvality života“. Tento pojem vypovídá o osobní zkušenosti života spolu s veškerou bolestí, nadějí, radostí apod. U umírajících pacientů by se dalo říci, že různé zákroky vedou jen k prodloužení jejich zoufalého stavu a neposkytnou v žádném případě zlepšení tělesné i duševní pohody. [7, 30]

Jakákoliv koncepce marné léčby nebude východiskem, přinese pouze další otázky a těžkosti. Lékaři se v současné době mohou řídit podle právně nezávazného australského Etického doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby z roku 1998. Ovšem i tento dokument je často součástí diskusí v mnoha oborech, nejen medicínských. [30]

Často je pacient převeden na zadrženou léčbu, kdy je jeho stav neslučitelný se životem. U pacientů se ponechává stávající ventilační režim, stávající terapie, nezvyšují se dávky léků, nezahajuje se ani nová terapie. Po přechodu na bazální terapii, která se po určitém čase zahajuje, má pacient základní ventilační režim, analgosedaci, tekutiny, antibiotika k eliminaci zdroje infekce a gastrickou výživu. V tomto okamžiku se naskýtají další etické otázky, jako je ukončení ventilační podpory a ukončení umělého podávání výživy a tekutin. Všechny postupy musí být lege artis a v souladu s etickými principy poskytování péče. [1, 7, 30]

Odpojení od ventilátoru v terminálním stádiu nemoci (terminal weaning) není urychlení procesu umírání, ale vysazení terapie, která nemá žádné medicínské opodstatnění u pacientů s ireverzibilním orgánovým poškozením. Další indikací může být i snížení utrpení umírajícího. Děje se tak postupně, kdy se snižují parametry ventilace, méně často se provádí extrémní podobou ukončení UPV, a to terminální extubací. V první fázi se sníží PEEP<sup>22</sup>, ve druhé fázi se snižuje FiO<sub>2</sub><sup>23</sup>. Ve třetí fázi se sníží minutová dechová frekvence nebo se sníží podpora dechového objemu a ve čtvrté fázi se odpojuje pacient od ventilátoru a extubuje se. Tyto postupy se mohou lišit podle zvyklostí daných oddělení. Pokud jsou splněny všechny podmínky v souladu s etickými a právními aspekty, tak tento postup nelze označit za eutanázii. Opět by měly být respektovány všechny etické principy uplatňované v intenzivní medicíně při poskytování péče (beneficence, nonmaleficence, respektování zákona). Z právního hlediska se nejvíce odpojení od ventilátoru dotýká zákona

---

<sup>22</sup> pozitivní tlak na konci výdechu

<sup>23</sup> koncentrace kyslíku ve vdechované směsi

č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a Základní listiny práv a svobod, kde se například píše, že každý má právo na život, nikdo nesmí být života zbaven apod. [1, 30, 33, 38, 39, 40]

Při realizaci ukončování ventilační podpory musí být dosaženy tyto cíle: zajištění volných dýchacích cest, absence pocitu dušnosti nebo bolesti, kontrola sekrece z dýchacích cest. Indikace musí být písemně podložena, zakládá se protokol pro terminální odpojení. V průběhu ukončování ventilační podpory sestra monitoruje pacienta<sup>24</sup>, zaznamenává bolest, dyskomfort, dechovou tíseň. Podle ordinace lékaře zajistí dostatečnou analgosedaci, volné dýchací cesty, kontroluje sekreci a zajistí tiché klidné prostředí s možností přítomnosti rodiny. Pomalé ukončování ventilační podpory má hlavní nevýhodu v prodlužování terminálního stavu a tím i utrpení pacienta, i rodiny. Naopak rychlé ukončení může způsobit určitý dyskomfort spojený s pocitem nedostatkem vzduchu. [40, 41]

Dalším často diskutovaným tématem je ukončení umělého podávání tekutin a výživy<sup>25</sup>. I v momentě, kdy výživa není hlavním cílem péče, vyplňuje pacientovi potřeby spojené s psychickými i emocionálními aspekty života. Jsou různé argumenty pro a proti ukončení ANH. Jako hlavní důvod pro neukončování ANH je fakt, že výživa a tekutiny jsou základní složkou lidské péče a patří do fyziologických potřeb Maslowovy pyramidy hodnot (potřeba přijímání potravy, potřeba vody). Bez těchto potřeb by pacient zemřel žízní a hladem, což by bylo značně neetické. Tím, že pacientovi podáváme tekutiny a výživu, vyjadřujeme naši péči a podporu. Po vysazení ANH musí ošetřující personál s umírajícím pacientem vždy zacházet důstojně jako s lidskou bytostí, nesmí u něho zanedbávat péči (hygiena dutiny ústní, prevence dekubitů) v domnění, že zemře. [6, 7, 30, 33]

Na druhou stranu může být umělá výživa značnou zátěží umírajícího a tak by se mělo zvážit, zda není z etického pohledu lepší u pacientů s ireverzibilním zdravotním stavem ukončit ANH. Názory pro vysazení ANH se opírají o fakt, že výživa a tekutiny jsou součástí léčby, nikoliv péčí. Nekonečné podávání ANH vede k prodlužování procesu umírání. Pacienti v bezvědomí mohou být takto udržováni při životě několik měsíců až let a nabízí se zde otázka, zda tato léčba není marná a zbytečná. [6, 7, 30, 33]

---

<sup>24</sup> Sestra sleduje dechovou a tepovou frekvenci, pulzní oxymetrii, kapnometrii, monitoruje EKG a hodnotí GCS.

<sup>25</sup> asistované nutrice a hydratace – dále jen „ANH“

Podle australského Etického doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby, se zaměřením na podávání výživy a tekutin, by výživa a tekutiny byly zbytečné, pokud by jejich aplikace nepřinesla pacientovi žádnou úlevu a ani nezabránila přicházející smrti. Obzvláště obtížné je zhodnocení ANH u pacientů v bezvědomí, kde je hlavním cílem ošetřujícího personálu udržet lidské zdraví. Opět se naskýtá otázka, jestli v případě ireverzibilního stavu nebude možná lepší ukončit umělé podávání výživy a tekutin. [6, 7, 30, 33]

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zmapovat a porovnat postoj a pocity sester při péči o umírající pacienty na pracovišti intenzivní medicíny a na standardním oddělení v rámci Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen „FN“).

Hypotézy byly stanoveny tři:

**H1:** Sestry z JIP/ARO mají možnost, vzhledem k častějšímu setkávání se s umírajícími pacienty, vyhledat pomoc klinického psychologa, na rozdíl od sester ze standardního oddělení.

**H2:** Sestry z JIP/ARO se hůře vyrovnávají se smrtí pacientů než sestry ze standardního oddělení.

**H3:** Sestry z JIP/ARO přistupují k umírajícím stejně jako sestry ze standardního oddělení.

### 5.2 Vzorek respondentů

Dotazníky (viz Příloha G) byly určeny pro všeobecné sestry/všeobecné ošetřovatele pracující na odděleních intenzivní medicíny a na standardních odděleních.

V rámci pracovišť intenzivní medicíny byla zvolena ve FN Lochotín anesteziologicko-resuscitační klinika, neurochirurgická, neurologická, kardiologická, kardiochirurgická a metabolická JIP, a z FN Bory: anesteziologicko-resuscitační oddělení včetně dlouhodobé intenzivní péče.

Standardní oddělení byla zvolena z lochotínské části FN: interní, chirurgické, neurologické, kardiochirurgické, kardiologické. Z borské části FN oddělení geriatrické a klinika tuberkulózních a respiračních nemocí.

### 5.3 Metoda a organizace výzkumu

Výzkumná část byla realizována metodou kvantitativního šetření formou anonymního dotazníku, který obsahoval 23 otázek. Tento druh výzkumu jsem zvolila záměrně, protože mi umožnil oslovit větší množství respondentů a srovnání těchto oddělení mělo tak určitou vypovídací hodnotu. V dotazníku bylo použito 14 otázek



uzavřených, 8 polootevřených a 1 výčtová, která umožňuje zvolit více odpovědí. Dotazníky vycházejí z teoretické části a ze stanoveného cíle a hypotéz.

Srozumitelnost dotazníku byla ověřena pilotní studií, kdy byl rozdán 5 sestrám z JIP a 5 sestrám ze standardního oddělení. Na základě této studie došlo k úpravě několika otázek. U otázky č. 12, 13, 14 chyběla dotázaným možnost odpovědi „nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a“, a u otázky č. 18 postrádaly sestry možnost „častěji“.

Výzkumné šetření proběhlo v prosinci 2011 ve Fakultní nemocnici v Plzni po písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Na většině odděleních jsem se setkala se při žádosti o rozdaní dotazníku se vstřícností a ochotou vrchních i staničních sester.

## **5.4 Zpracování údajů**

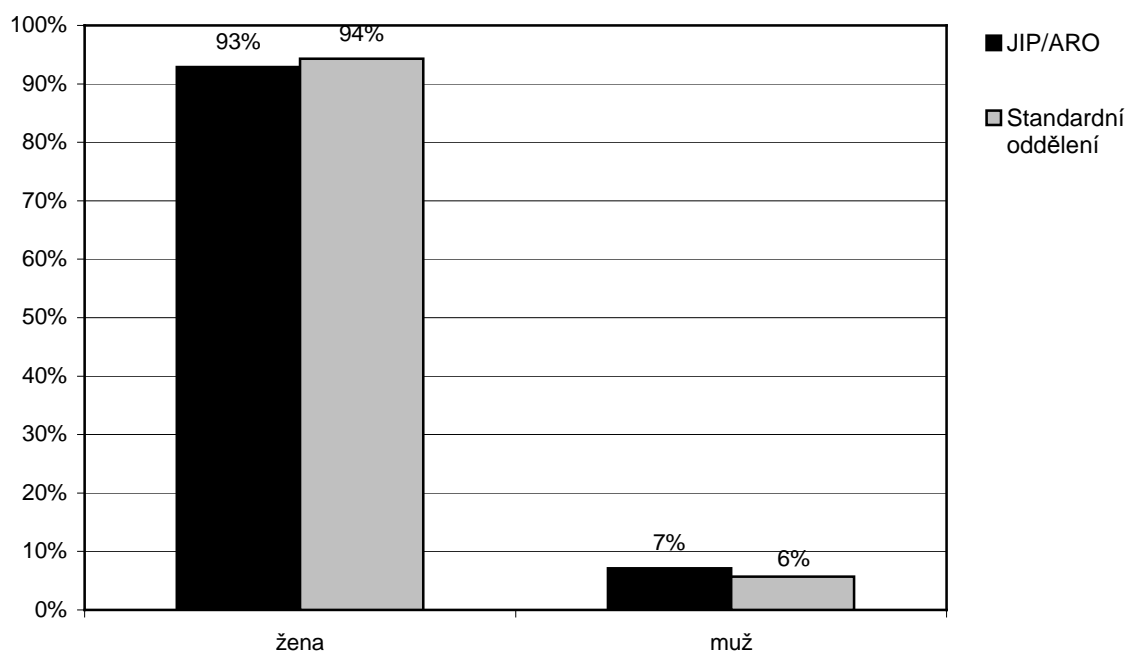
Celkový počet rozdaných dotazníků byl 166, z nich se vrátilo o 14 méně, tedy 152. Návratnost činila 92%. 12 dotazníků bylo dále vyřazeno pro neúplné vyplnění a do výzkumného šetření tak bylo zahrnuto 140 (100%) dotazníků, 70 ze standardních oddělení, 70 z JIP/ARO.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel. Ke každé otázce z dotazníku byl zpracován sloupcový graf doplněný komentářem, v některých případech byla použita pro lepší přehlednost tabulka s komentářem.

## 5.5 Prezentace a interpretace výsledků

Vyhodnocení otázky č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

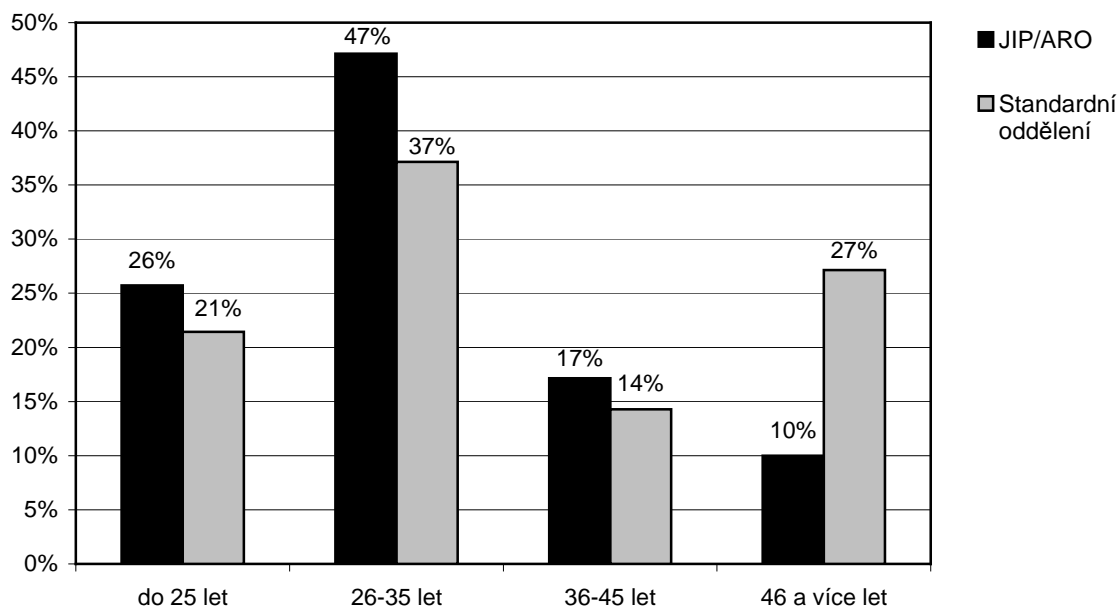
**Graf 1 Pohlaví respondentů**



Z grafu vyplývá, že se výzkumného šetření z JIP/ARO zúčastnilo 65 žen (93 %) a 5 mužů (7 %). Ze standardního oddělení se zúčastnilo 66 žen (94 %) a 4 muži (6 %).

## Vyhodnocení otázky č. 2 – Kolik je Vám let?

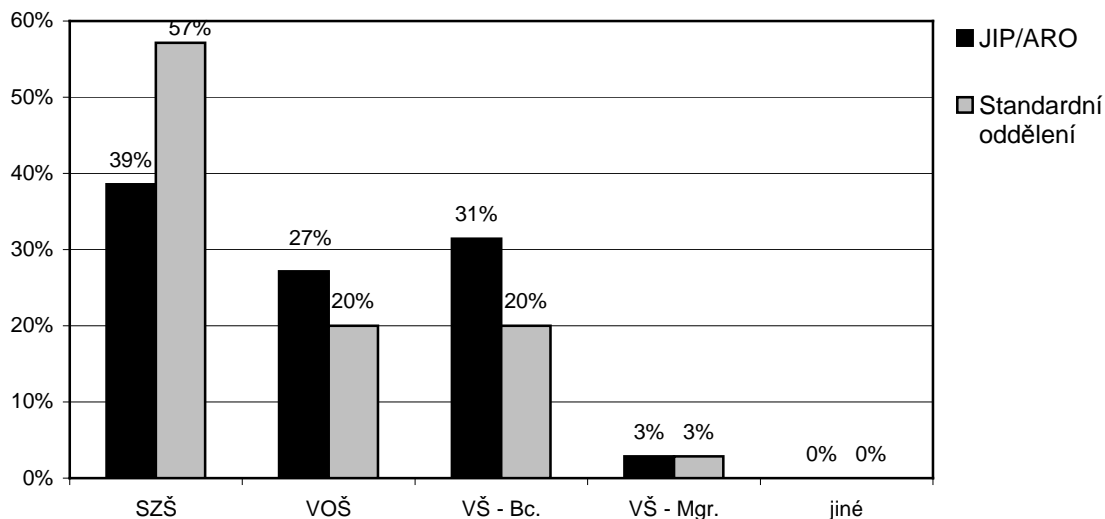
**Graf 2 Věk respondentů**



Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 26-35 let, a to z JIP/ARO v počtu 33 (47 %) a ze standardního oddělení v počtu 26 (37 %). Ve věkové skupině do 25 let bylo z JIP/ARO 18 (26 %) respondentů a ze standardního oddělení 15 (21 %) respondentů. Rozmezí věku od 36 do 45 let zastupuje z JIP/ARO 12 (17 %) respondentů a ze standardního oddělení 10 (14 %). Z grafu vyplývá, že nejméně zastoupenou věkovou skupinou na JIP/ARO je věk od 46 let a výše a to v počtu 7 (10 %) respondentů. V té samé věkové skupině bylo zastoupeno ze standardního oddělení 19 (27 %) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

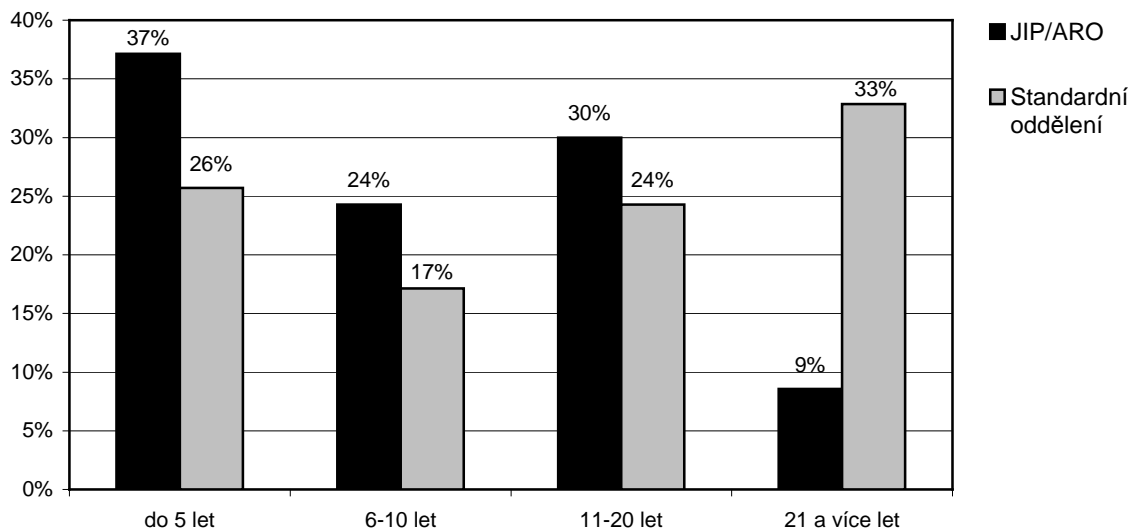


Z grafu 3 vyplývá, že na JIP/ARO pracuje nejvíce personálu se středoškolským vzděláním, a to 27 (39 %). Dále má 22 (31 %) respondentů vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu a 19 (27 %) jich má vyšší odborné vzdělání. Zbylí 2 (3 %) respondenti mají vysokoškolské vzdělání v magisterském programu.

Ze standardního oddělení je nejvyšší zastoupení respondentů, tj. 40 (57 %) také se středoškolským vzděláním, 14 (20 %) jich má vyšší odborné vzdělání, dále jich má 14 (20 %) vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu. Vysokoškolské vzdělání v magisterském programu mají 2 respondenti (3 %).

## Vyhodnocení otázky č. 4 – Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

**Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví**

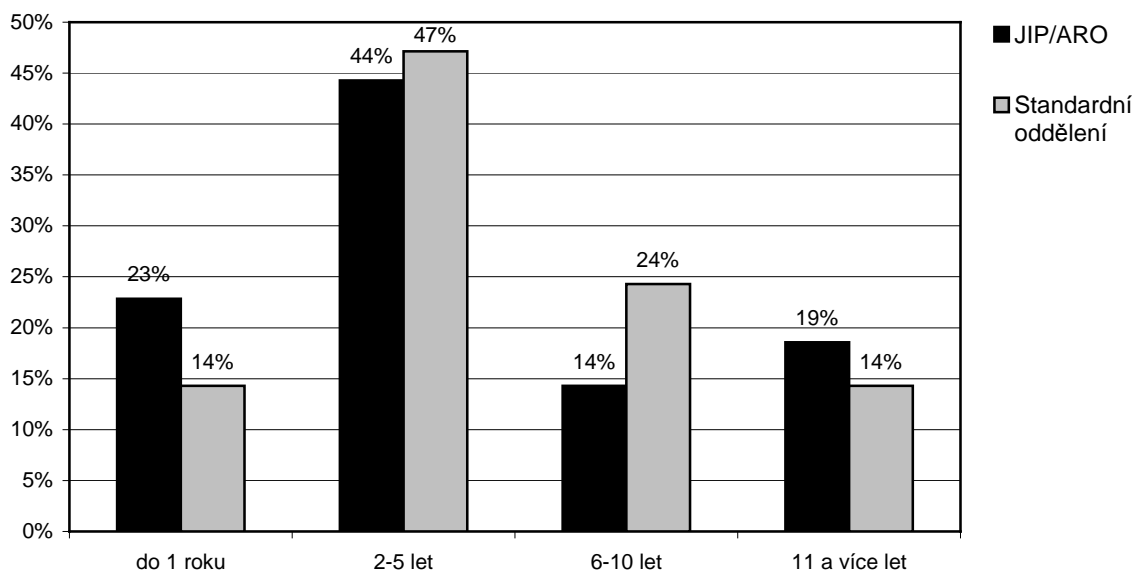


Nejvíce, tj. 26 (37 %) respondentů z JIP/ARO pracuje ve zdravotnictví do 5 let. Mezi 11 a 20 lety pracuje v oboru 21 (30 %) respondentů, v rozmezí 6-10 let 17 (24 %) respondentů. 6 (9 %) jich spadá do celkové praxe více jak 21 let.

Ze standardního oddělení pracuje ve zdravotnictví nejvíce respondentů, tj. 23 (33 %), 21 a více let. Hranici pěti let nepřesáhlo 18 (26 %) respondentů. Praxi 11-20 let má 17 (24 %) zdravotnických pracovníků. Nejméně respondentů, tj. 12 (17 %) pracuje ve zdravotnictví 6-10 let.

Vyhodnocení otázky č. 5 – Kolik let pracujete na stávajícím oddělení?

**Graf 5 Délka praxe na stávajícím oddělení**

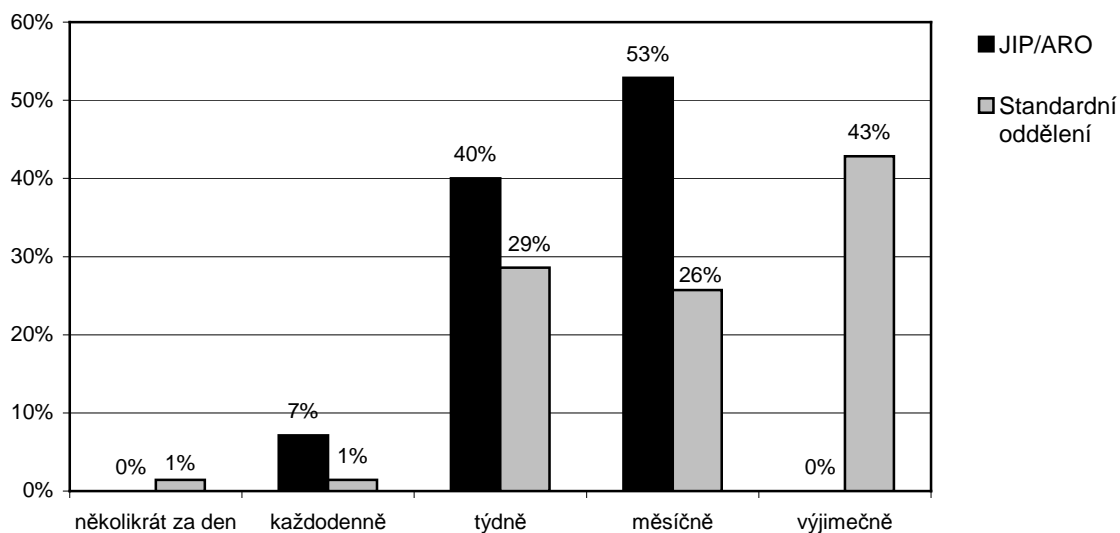


Praxi 2-5 let v intenzivní medicíně má nejvíce respondentů, tj. 31 (44 %). Do 1 roku jich zde pracuje 16 (23 %). 13 (19 %) respondentů spadá do celkové praxe 11 a více let. Nejméně je zastoupeno 10 (14 %) respondentů s praxí 6-10 let.

33 (47 %) respondentů pracuje na stávajícím standardním oddělení 2-5 let. S praxí 6-10 let jich je 17 (24 %). 10 (14 %) z dotázaných zde pracuje 11 a více let a 10 (14 %) respondentů zde pracuje do jednoho roku.

Vyhodnocení otázky č. 6 – Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?

**Graf 6 Četnost setkání se s umírajícími pacienty**

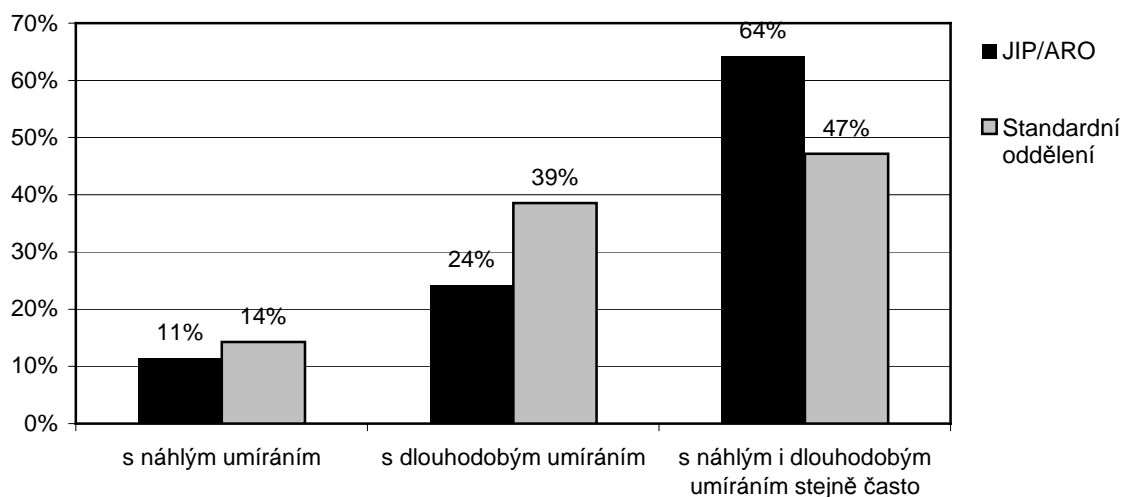


Z uvedeného grafu vyplývá, že na JIP/ARO se respondenti nejvíce setkávají s umíráním měsíčně. Tuto odpověď zvolilo 37 (53 %) respondentů. 28 (40 %) respondentů se s umíráním setkává týdně a 5 (7 %) každodenně. Možnost „výjimečně“ a „několikrát za den“ nebyla respondenty z JIP/ARO zaškrtnuta.

Z počtu 70 respondentů se na standardním oddělení setkává s umíráním 30 (43 %) výjimečně, 20 (29 %) týdně, 18 (26 %) měsíčně a 1 (1 %) každodenně. 1 (1%) respondent uvedl, že se s umíráním na standardním oddělení setkává několikrát za den.

Vyhodnocení otázky č. 7 – Na Vašem oddělení se častěji setkáváte s ...

**Graf 7 Četnost setkání se s náhlým nebo dlouhodobým umíráním**

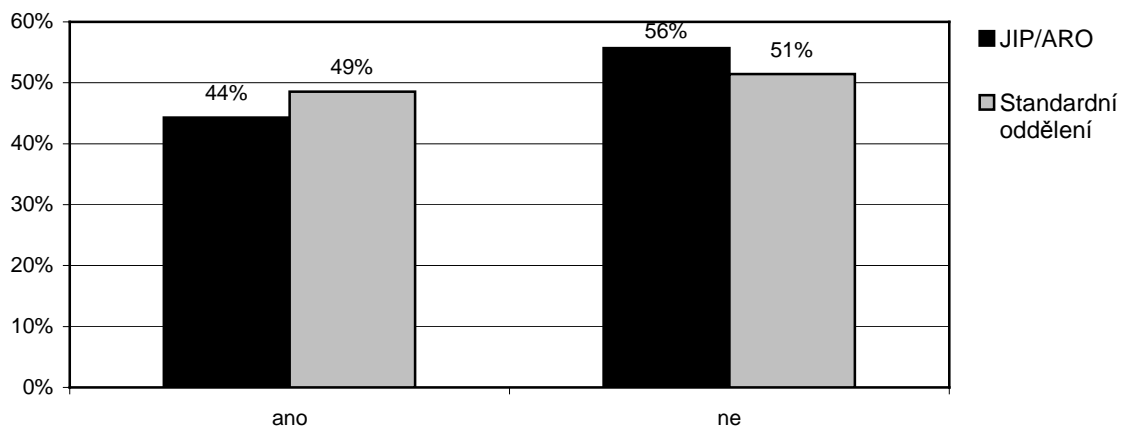


Z celkového počtu 140 respondentů jich nejvíce uvedlo, že se na oddělení setkávají stejně často s náhlým i dlouhodobým umíráním. Z JIP/ARO tuto formu odpovědi zvolilo 45 (64 %) respondentů, ze standardního oddělení 33 (47 %). 27 (39 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že se setkávají s dlouhodobým umíráním. Z JIP/ARO zvolilo tuto možnost 17 (24 %) respondentů. S náhlým umíráním (do 2 dnů) se na standardním oddělení setkává 10 (14 %) respondentů, na JIP/ARO 8 (11 %).



Vyhodnocení otázky č. 8 – Je pro Vás těžké vyrovnat se se smrtí pacienta?

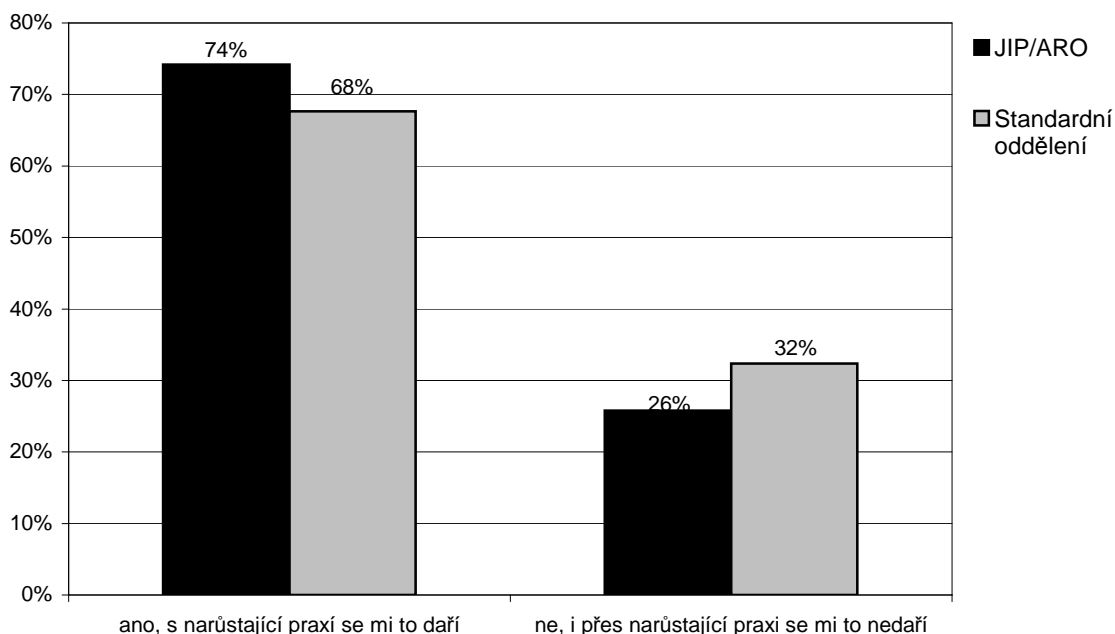
**Graf 8 Vyrovnání se se smrtí**



Z uvedeného grafu je patrné, že nejvíce respondentů, tj. 39 (56 %) z JIP/ARO a 36 (51 %) ze standardního oddělení nemá problém vyrovnat se se smrtí pacienta. 31 (44 %) respondentů z JIP/ARO a 34 (49 %) ze standardního oddělení uvedlo, že se těžko se smrtí pacienta vyrovnávají.

Vyhodnocení otázky č. 9 – Daří se Vám vyrovnávat se se smrtí pacientů s narůstající praxí?

**Graf 9 Vyrovnání se se smrtí v souvislosti s narůstající praxí**



Na otázku č. 9 odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli v předchozí otázce odpověď „ano“, tudíž je pro ně těžké vyrovnat se se smrtí pacientů.

Z počtu 31 (100 %) respondentů z JIP/ARO jich 23 (74 %) uvedlo, že se s umíráním pacientů vyrovnávají lépe s narůstající praxí. 8 (26 %) jich zvolilo možnost, že ani s narůstající praxí se jim vyrovnávání se smrtí nedaří.

Ze standardního oddělení odpovědělo na tuto otázku 34 (100 %) respondentů. S narůstající praxí se jich lépe vyrovnává se smrtí pacientů 23 (68 %). Zbylých 11 (32 %) se hůře vyrovnává se smrtí pacientů i přes narůstající se praxi.

Vyhodnocení otázky č. 10 – Jaké pocity u Vás převládají při ošetřování umírajícího pacienta?

**Tabulka 3 Pocity při ošetřování umírajícího pacienta**

	<b>JIP/ARO</b>	<b>Standardní oddělení</b>
<b>Neprožívám žádné pocity</b>	<b>21 %</b>	<b>10 %</b>
<b>Pocity lítosti, smutku, žalu</b>	<b>36 %</b>	<b>47 %</b>
<b>Pocity bezradnosti</b>	<b>30 %</b>	<b>26 %</b>
<b>Strach z vlastního selhání</b>	<b>4 %</b>	<b>9 %</b>
<b>Odpor</b>	<b>1 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a</b>	<b>0 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Jiné</b>	<b>7 %</b>	<b>4 %</b>

Z výzkumného šetření vyplývá, že u zdravotnických pracovníků pracujících na JIP/ARO převládají při ošetřování umírajícího pacienta pocity lítosti, smutku, žalu. Tuto možnost uvedlo 25 (36 %) respondentů. 21 (30 %) jich prožívá pocity bezradnosti, 15 (21 %) neprožívá žádné pocity. U 3 (4 %) respondentů převládá strach z vlastního selhání, 1 (1 %) pociťuje při ošetřování odpor. 5 (7 %) respondentů uvedlo možnost „jiné“. V odpovědi „jiné“ uvedli, že jejich pocity se odvíjejí podle dané situace, podle délky hospitalizace nebo podle pacientovy diagnózy. Dalšími uvedenými odpověďmi byla úcta k životu nebo strach ze smrti blízkých osob. Odpověď „nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a“ ne zvolil z JIP/ARO žádný respondent.

Na standardním oddělení pociťuje při ošetřování umírajícího pacienta nejvíce zdravotnických pracovníků, a to 33 (47 %) pocity lítosti, smutku, žalu. Pocity bezradnosti prožívá 18 (26 %) respondentů. Žádné pocity neprožívá 7 (10 %) dotázaných. 6 (9 %) respondentů má obavu z vlastního selhání, 2 (3 %) pociťují odpor. 1 (1%) respondent uvedl, že se s ošetřováním umírajícího nikdy nesetkal. Možnost „jiné“ uvedli 3 (4 %) respondenti a dopsali odpovědi, že u nich převládá pocit bezmocnosti, nespravedlnosti, smutek a smíření se s vlastní smrtí. Další odpovědí bylo, že má respondent nepříjemný pocit z toho, že pacient umírá nedůstojně.

Vyhodnocení otázky č. 11 – Co prožíváte, když odcházíte ze služby, při které zemřel pacient, kterého jste ošetřoval/a?

**Tabulka 4 Pocity po úmrtí pacienta**

	<b>JIP/ARO</b>	<b>Standardní oddělení</b>
<b>Neprožívám žádné pocity</b>	<b>6 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Snažím se na to rychle zapomenout</b>	<b>21 %</b>	<b>17 %</b>
<b>Moje reakce závisí na věku pacienta, jeho diagnóze, délce hospitalizace</b>	<b>70 %</b>	<b>60 %</b>
<b>Stále na to musím myslet, i doma</b>	<b>3 %</b>	<b>14 %</b>
<b>Nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a</b>	<b>0 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Jiné</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>

Nejvíce, tj. 49 (70 %) respondentů z JIP/ARO a 42 (60 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že se jejich pocity odrážejí od věku pacienta, jeho diagnóze a délce hospitalizace. 15 (21 %) sester z prostředí intenzivní medicíny se snaží rychle zapomenout na úmrtí pacienta, 4 (6 %) neprožívají žádné pocity, nepřemýšlí o tom a 2 (3 %) na to stále musí myslet, i doma. Odpověď „nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a“ a „jiné“ ne zvolil z JIP/ARO žádný respondent.

12 (17 %) respondentů ze standardního oddělení se snaží na úmrtí rychle zapomenout, 10 (14 %) jich na to musí stále myslet, i doma. 5 (7 %) dotázaných uvedlo, že neprožívá žádné pocity. 1 (1 %) respondent se s touto situací nikdy nesetkal, proto zvolil odpověď „nevím“.

Vyhodnocení otázky č. 12 – Jaké pocity u Vás převládají při ošetřování zemřelého pacienta?

**Tabulka 5 Pocity při ošetřování zemřelého pacienta**

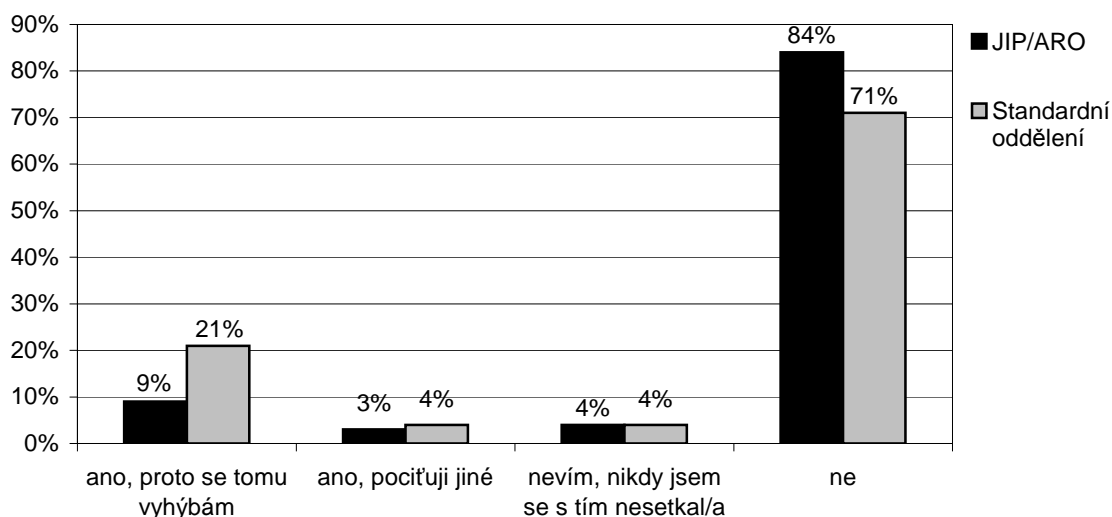
	<b>JIP/ARO</b>	<b>Standardní oddělení</b>
<b>Neprožívám žádné pocity</b>	<b>29 %</b>	<b>27 %</b>
<b>Pocity lítosti, smutku, žalu</b>	<b>40 %</b>	<b>41 %</b>
<b>Pocity bezradnosti</b>	<b>19 %</b>	<b>16 %</b>
<b>Strach z vlastního selhání</b>	<b>6 %</b>	<b>10 %</b>
<b>Odpor</b>	<b>6 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Jiné</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>

Z tabulky č. 5 vyplývá, že u respondentů pracujících na JIP/ARO nejvíce převládají při ošetřování zemřelého pacienta pocity lítosti, smutku, žalu. Takto odpovědělo 28 (40 %) respondentů. Dále jich 20 (29 %) neprožívá žádné pocity, u 13 (19 %) převládají pocity bezradnosti, 4 (6 %) pociťují strach z vlastního selhání, u 4 (6 %) převládá odpor a 1 (1 %) respondent se se situací nikdy nesetkal, zvolil odpověď „nevím“. Odpověď „jiné“ nezvolil žádný respondent.

U respondentů ze standardního oddělení převládají také pocity lítosti, smutku, žalu, a to v počtu 29 (41 %). 19 (27 %) jich neprožívá žádné pocity, 11 (16 %) prožívá pocity bezradnosti, 7 (10 %) má strach z vlastního selhání, 1 (1 %) pociťuje odpor, 1 (1 %) neví, protože se se situací nikdy nesetkal. Odpověď „jiné“ zvolili 2 (3 %) z dotázaných a jako další odpověď uvedli: smutek, ale patří to k životu; těžko se mi to posuzuje.

Vyhodnocení otázky č. 13 – Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?

**Graf 10** Potíže při komunikaci s umírajícím pacientem

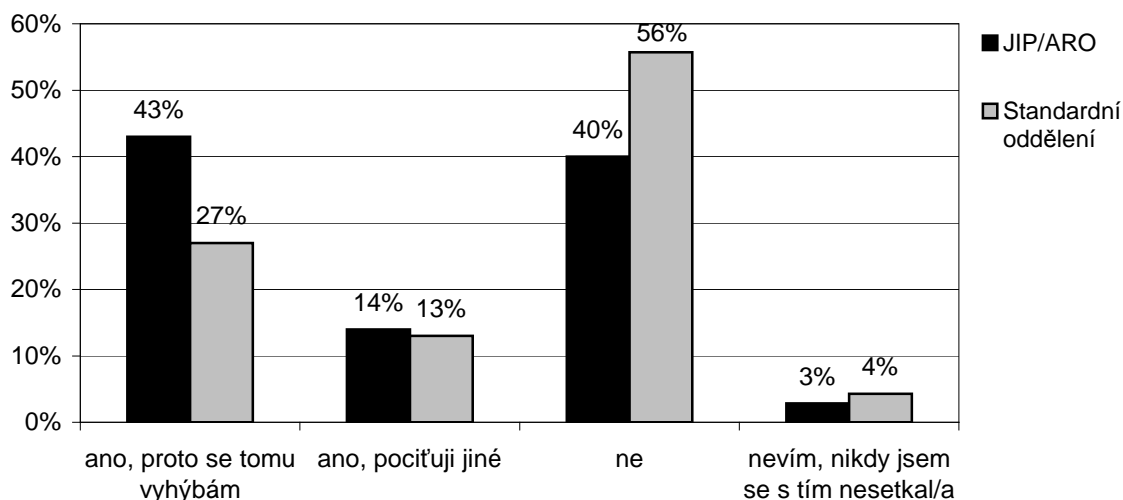


59 (84 %) respondentů z JIP/ARO uvedlo, že jim nečiní potíže komunikovat s umírajícím pacientem. 6 (9 %) jich uvedlo, že má tento problém také, a proto se komunikaci raději vyhýbají. Možnost „nevím“ zvolili 3 (4 %) respondenti, protože se s danou situací nikdy nesetkali. Odpověď „ano, jiné“ zvolili 2 (3 %) respondenti, kteří uvedli, že potíže s umírajícími mají hlavně pokud jsou v umělém spánku. Druhou odpovědí bylo, že respondent neví, jak pacientovi slovně pomoci.

Pro 50 (71 %) sester ze standardního oddělení není problém komunikovat s umírajícím pacientem. 14 (21 %) respondentů má s nimi potíže komunikovat, proto se komunikaci raději vyhýbají. 3 (4 %) respondenti se s touto situací nikdy nesetkali, zvolili možnost „nevím“. 3 (4 %) dotázaní uvedli odpověď „ano, jiné“ a doplnili odpověď: bojím se hovorů o smrti; nevím, o čem s pacientem mluvit; nevím, co říci - dávat falešné naděje?

Vyhodnocení otázky č. 14 – Působí Vám potíže komunikovat s blízkými umírajícího pacienta?

**Graf 11** *Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího pacienta*



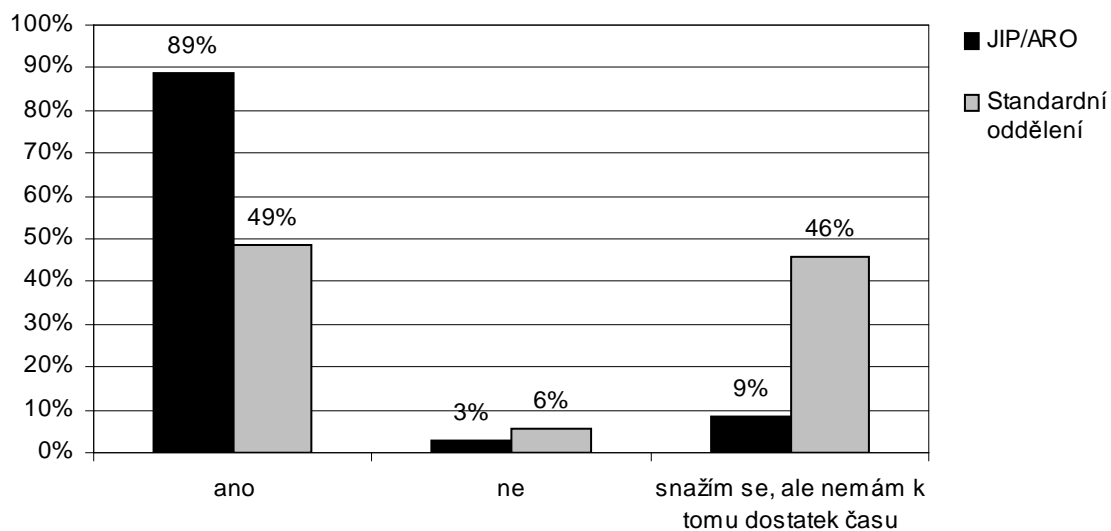
Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce respondentů z JIP/ARO, tj. 30 (43 %) zvolilo k otázce č. 14 možnost „ano, proto se tomu vyhýbám“. Ze standardního oddělení tuto možnost označilo 19 (27 %) respondentů. Odpověď „ne“ zvolilo 28 (40 %) dotazovaných z JIP/ARO a 39 (56 %) ze standardního oddělení. S komunikací s blízkými umírajících pacientů se nikdy neseťkali 2 (3 %) respondenti z JIP/ARO a ze standardního oddělení 3 (4 %). Odpověď „ano, jiné“ zvolilo z JIP/ARO 10 (14 %) respondentů a ze standardního oddělení 9 (13 %). Doplněné odpovědi vkládám pro lepší přehlednost do Tabulky 6.

**Tabulka 6** *Potíže při komunikaci s pozůstalými*

JIP/ARO	Standardní oddělení
Vyžadují informace spadající do lékařské kompetence.	Cítím lítost, bezradnost, smutek.
Cítím se, jako bych byl „nezvaný“ host u lůžka.	Nevím, jak správně oslovit a potěšit.
Nevím, jak jim slovně pomoci a co říci.	Nemám k tomu dostatek sil.
Je mi líto jejich smutku.	Nesmím sdělovat informace o zdravotním stavu, ale jsem na to často dotazována zoufalými příbuznými.
Těžce snáším pláč rodiny a příbuzných.	
Je mi jich líto.	
Cítím beznaděj, pocit smutku.	Cítím se trapně, že neumím smrti zabránit.

Vyhodnocení otázky č. 15 – Myslíte si, že v péči o umírajícího děláte maximum?

**Graf 12 Maximální péče o umírající pacienty**



62 (89 %) respondentů z JIP/ARO a 34 (49 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že v péči o umírající dělají maximum. Z JIP/ARO uvedlo odpověď „snažím se, ale nemám k tomu dostatek času“ 6 (9 %) respondentů. Stejně odpovědělo 32 (46 %) respondentů ze standardního oddělení. Odpověď „ne“ uvedli z JIP/ARO 2 (3 %) respondenti a ze standardního oddělení 4 (6 %).



Vyhodnocení otázky č. 16 – Setkal/a jste se někdy u Vašich kolegyň/kolegů s nedbalým zacházením při ošetřování umírajícího pacienta?

**Tabulka 7 Setkání se s nedbalým zacházením při ošetřování umírajících pacientů**

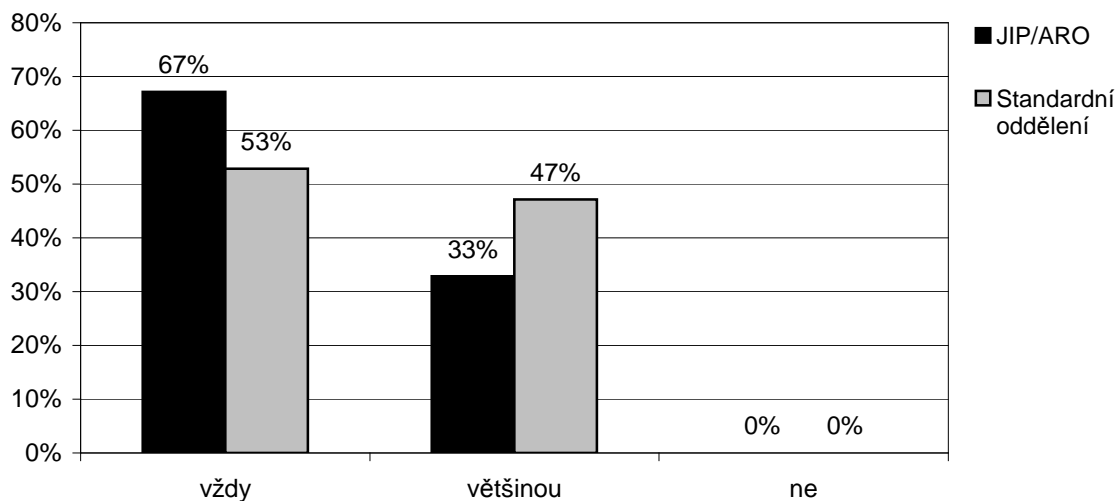
	<b>JIP/ARO</b>	<b>Standardní oddělení</b>
<b>Ano, u umírajících se někdy zanedbává hygiena</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>
<b>Ano, nad umírajícími se často vtipkuje</b>	<b>1 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Ano, sestry často hovoří o umírajícím, jako by tam nebyl</b>	<b>14 %</b>	<b>9 %</b>
<b>Ano, jiné</b>	<b>0 %</b>	<b>1 %</b>
<b>Spíše ne</b>	<b>29 %</b>	<b>39 %</b>
<b>Ne</b>	<b>44 %</b>	<b>33 %</b>
<b>Momentálně si neuvědomuji</b>	<b>6 %</b>	<b>7 %</b>

Respondenti na JIP/ARO zvolili u otázky, zda se někdy setkali s nedbalým zacházením s umírajícími pacienty nejčastěji odpověď „ne“, a to v počtu 31 (44 %). 20 (29 %) jich zvolilo odpověď „spíše ne“, 10 (14 %) „ano, sestry často hovoří o umírajícím, jako by tam nebyl“. 4 (6 %) respondenti zvolili „ano, u umírajících se někdy zanedbává hygiena“ a 4 (6 %) si momentálně neuvědomovali. 1 (1 %) respondent uvedl, že se nad umírajícími často vtipkuje. Možnost „ano, jiné“ ne zvolil z JIP/ARO žádný respondent.

Na standardním oddělení zvolilo 27 (39 %) respondentů odpověď „spíše ne“, 23 (33 %) odpověď „ne“, 6 (9 %) „ano, u umírajících se někdy zanedbává hygiena“. 6 (9 %) respondentů zvolilo odpověď „ano, sestry často hovoří o umírajícím, jako by tam nebyl“. Momentálně si neuvědomovalo 5 (7 %) respondentů. 2 (3 %) uvedli, že se nad umírajícími často vtipkuje. 1 (1 %) respondent zvolil odpověď „ano, jiné“.

Vyhodnocení otázky č. 17 – Snažíte se dodržovat intimitu i u umírajících pacientů?

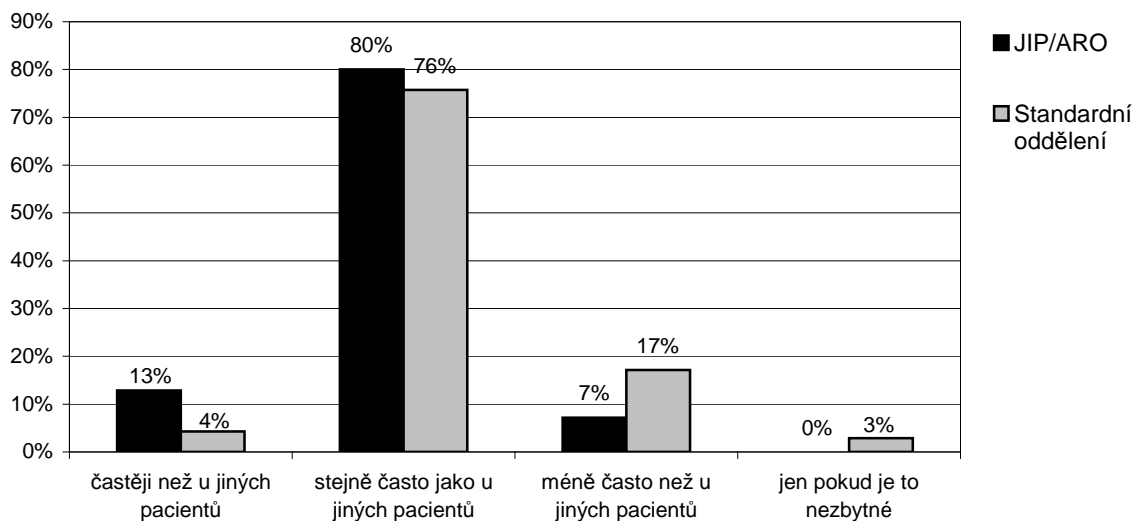
**Graf 13 Dodržování intimity u umírajících pacientů**



Z grafu vyplývá, že se 47 (67 %) respondentů z JIP/ARO a 37 (53 %) ze standardního oddělení snaží vždy udržovat intimitu u umírajících pacientů. Většinou se jí snaží dodržovat 23 (33 %) respondentů z JIP/ARO a 33 (47 %) ze standardního oddělení. Na odpověď „ne“ neodpověděl žádný respondent.

Vyhodnocení otázky č. 18 – Jak často navštěvujete pokoj s umírajícím pacientem ve srovnání s jinými nemocnými?

**Graf 14 Četnost návštěv pokoje s umírajícím pacientem**

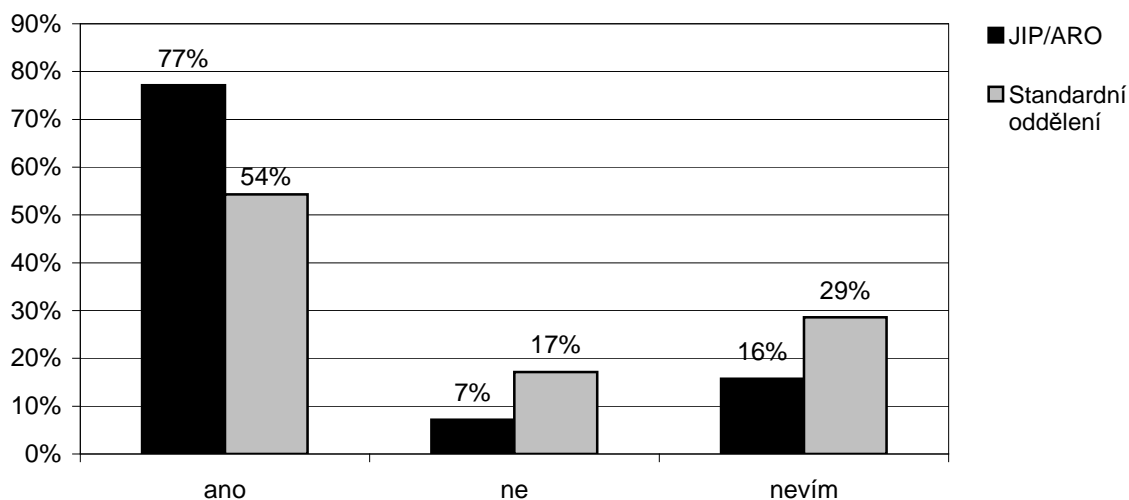


56 (80 %) respondentů pracujících v intenzivní medicíně navštěvuje pokoj s umírajícím pacientem ve srovnání s jinými pacienty stejně často, 9 (13 %) respondentů častěji, 5 (7 %) respondentů méně často. Odpověď „jen pokud je to nezbytné“ nevolil z JIP/ARO žádný respondent.

Z odpovědí ze standardního oddělení bylo nejvíce zastoupeno, že respondenti navštěvují pokoj stejně často. Tuto možnost zvolilo 53 (76 %) z dotázaných, odpověď „méně často“ 12 (17 %), „častěji“ 3 (4 %) a „jen pokud je to nezbytné“ 2 (3 %) respondenti.

Vyhodnocení otázky č. 19 – Máte na oddělení možnost požádat o podporu klinického psychologa?

**Graf 15** Možnost konzultace s klinickým psychologem

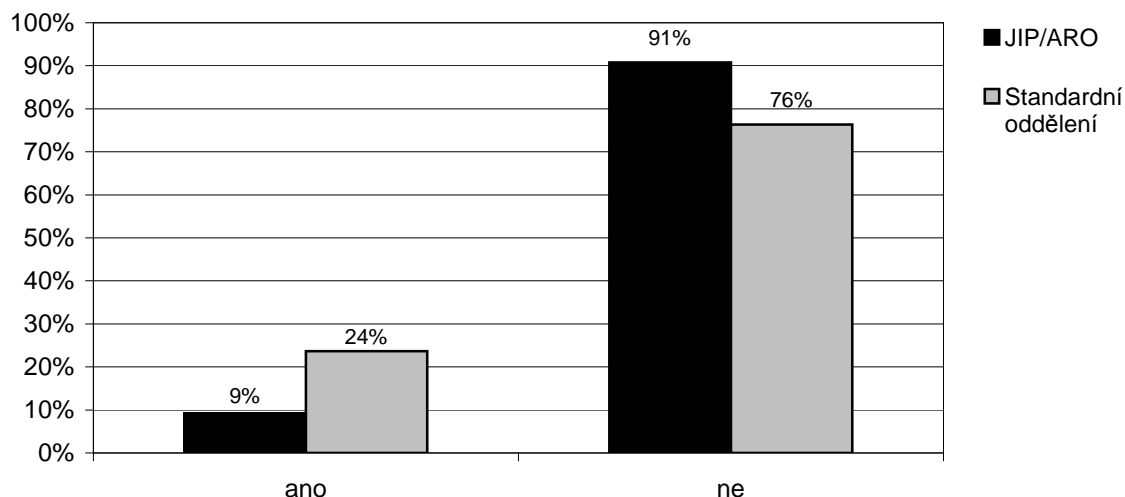


Z prostředí intenzivní medicíny uvedlo 54 (77 %) respondentů, že mají možnost požádat o podporu klinického psychologa. 11 (16 %) z dotázaných neví a 5 (7 %) jich uvedlo, že možnost nemají.

Odpověď „ano“ zvolilo 38 (54 %) respondentů ze standardního oddělení, odpověď „nevím“ 20 (29 %) a zbylých 12 (17 %) dotázaných zvolilo odpověď „ne“.

Vyhodnocení otázky č. 20 – Využil/a jste někdy této možnosti?

**Graf 16** *Využití možnosti konzultace s klinickým psychologem*

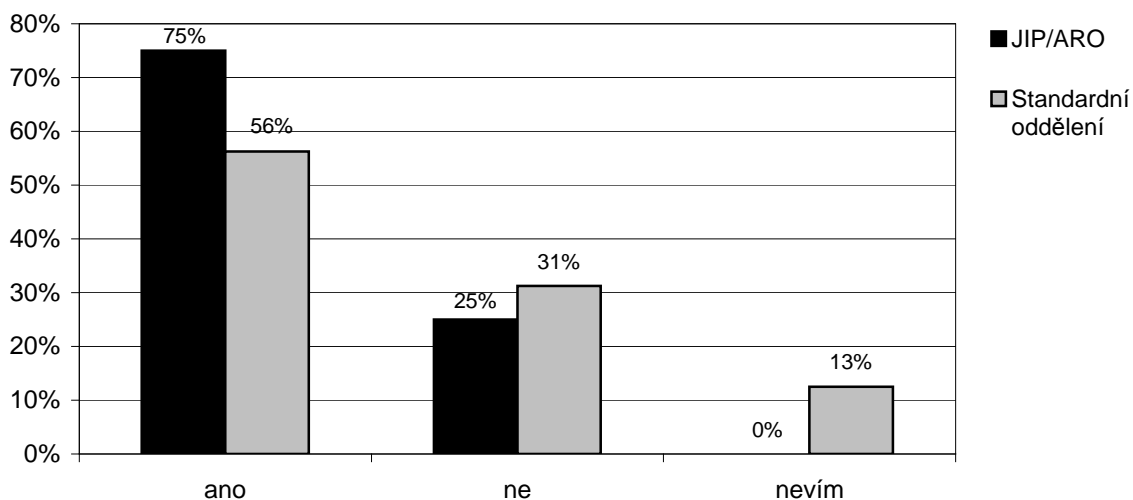


Na otázku č. 20 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď, že mají možnost na oddělení požádat o podporu klinického psychologa.

Z počtu 54 (100 %) respondentů z JIP/ARO jich 49 (91 %) nikdy nevyužilo možnost konzultace s klinickým psychologem. 5 (9 %) jich tuto možnost využilo. Na standardním oddělení této možnosti využilo 9 (24 %) dotázaných, z celkového počtu 38 (100 %). Odpověď „ne“ zvolilo zbylých 29 (76 %) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 21 – Pokud byste dostal/a možnost konzultace s klinickým psychologem, využil/a byste jí?

**Graf 17 Zájem o konzultaci s klinickým psychologem**

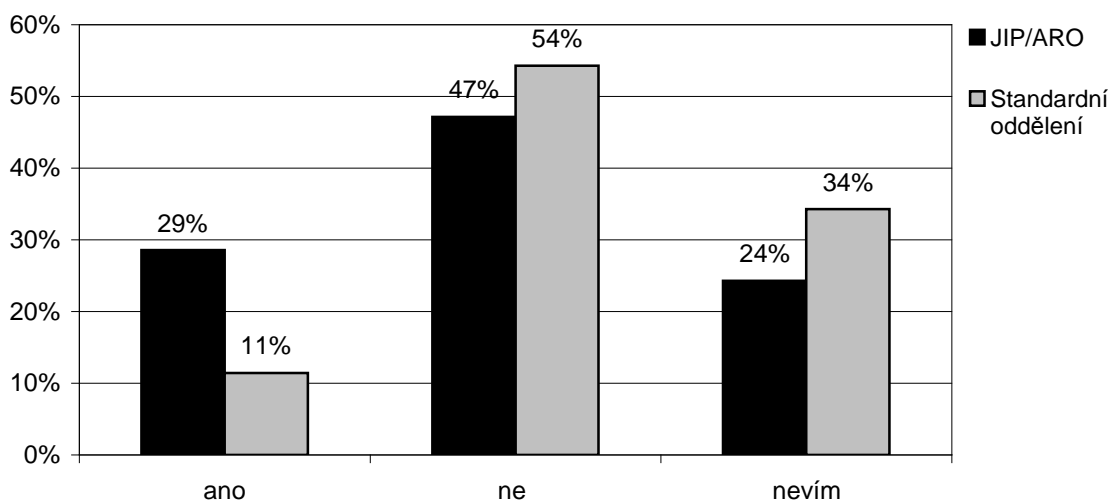


Na otázku č. 21 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 19 zvolili odpověď, že nemají možnost konzultace s klinickým psychologem nebo zadrželi odpověď „nevím“. Z počtu 16 (100 %) respondentů z JIP/ARO by jich využilo případnou možnost konzultace s klinickým psychologem 12 (75 %). Zbylí 4 (25 %) respondenti by možnost nevyužili. Odpověď „nevím“ nezvolil žádný respondent z JIP/ARO.

Ze standardního oddělení z celkového počtu 32 (100 %) respondentů by jich možnost konzultace s psychologem využilo 18 (56 %), 10 (31 %) respondentů by možností nevyužilo a 4 (13 %) neví.

Vyhodnocení otázky č. 22 – Organizuje pro Vás pracoviště supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti?

**Graf 18 Organizace supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti**



Respondenti pracující v intenzivní medicíně uvedli v počtu 33 (47 %), že pro ně pracoviště neorganizuje supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti. 20 (29 %) dotázaných uvedlo odpověď „ano“ a 17 (24 %) jich neví.

38 (54 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že pro ně pracoviště supervize neorganizuje, 24 (34 %) neví a 8 (11 %) uvedlo, že je pro ně pracoviště organizuje.

Vyhodnocení otázky č. 23 – Jak se odreagováváte po práci?

**Tabulka 8 Způsob odreagování se**

	<b>JIP/ARO</b>	<b>Standardní oddělení</b>
<b>Sport</b>	<b>70 %</b>	<b>39 %</b>
<b>Rodina, přátelé</b>	<b>100 %</b>	<b>77 %</b>
<b>Turistika, příroda</b>	<b>50 %</b>	<b>43 %</b>
<b>Relaxace</b>	<b>56 %</b>	<b>31 %</b>
<b>Spánek</b>	<b>70 %</b>	<b>56 %</b>
<b>Televize</b>	<b>46 %</b>	<b>43 %</b>
<b>Zahrada</b>	<b>33 %</b>	<b>20 %</b>
<b>Knihy, četba</b>	<b>43 %</b>	<b>46 %</b>
<b>Na žádné odreagování nemám čas</b>	<b>0 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Jiné</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>

V otázce č. 23 respondenti uváděli, jak se odreagovávají po práci. Jednalo se o otázku výčtovou a dotázaní tak mohli volit více odpovědí.

Na JIP/ARO uvedlo 70 (100 %) respondentů rodinu a přátelé, 49 (70 %) spánek, 49 (70 %) sport, 39 (56 %) relaxaci, 35 (50 %) turistiku a přírodu, 32 (46 %) televizi, 30 (43 %) knihy a četbu, 23 (33 %) zahradu a 4 (6 %) uvedli „jiné“, kde dopsali možnosti: nakupování, procházka se psem, hudba, ruční práce. Odpověď „na žádné odreagování nemám čas“ nevedl na JIP/ARO žádný respondent.

Respondenti ze standardního oddělení uváděli také nejčastěji rodinu a přátelé, a to v počtu 54 (77 %). 39 (56 %) jich uvedlo spánek, 32 (46 %) knihy a četbu, 30 (43 %) televizi, také 30 (43 %) turistiku a přírodu, 27 (39 %) sport, 22 (31 %) relaxaci, 14 (20 %) zahradu. 5 (7 %) jich uvedlo, že na žádné odreagování nemají čas a 6 (9 %) respondentů zvolilo odpověď „jiné“, kde dopsali možnosti: ruční práce, nakupování, příprava do školy, kino, divadlo, cestování, zpěv.



## 6 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit postoj a pocity sester při péči o umírající pacienty. Tento cíl byl splněn. Výzkumné šetření proběhlo nejprve mezi sestrami na JIP/ARO. Poté jsem chtěla výsledky šetření porovnat s jinou skupinou sester, proto jsem ho ještě uskutečnila na standardním oddělení.

Prvních pět otázek dotazníku bylo věnováno vstupním údajům: věku, pohlaví, dosaženému vzdělání, délce praxe ve zdravotnictví i na samotném oddělení. Bylo pro mě překvapením, že na JIP/ARO převažovaly sestry se středoškolským vzděláním, a to v počtu 27 (39 %). Stejně tak převažovaly sestry se středoškolským vzděláním na standardním oddělení, v počtu 40 (57 %). Dále mě zaujalo, že 13 (19 %) respondentů z JIP/ARO uvedlo, že mají na tomto oddělení praxi více jak 11 let. Tato oddělení jsou spojena s velkou fyzickou, psychickou i emoční zátěží. Stresových faktorů v práci sestry na JIP/ARO je celá řada. Stejně jako na standardním oddělení dochází k zatížení páteře, kloubů, svalů, narušení spánkového rytmu. Sestry jsou v prostředí spojeném s rizikem infekce, s kontaktem s dezinfekčními prostředky atd. V intenzivní medicíně jsou dále na sestry kladeny vysoké nároky na paměť a znalost medicíny. Často se setkávají s utrpením, bolestí. Negativním faktorem je i nízké ohodnocení náročné práce (nejen finančně). Mezi stresové situace patří i to, že se sestry setkávají s akutními příjmy, těžkými klinickými stavy, s častým umíráním a s resuscitací. Vzhledem k náročnosti práce postihuje syndrom vyhoření nejvíce sestry pracujících na onkologii, v hospicích a právě na JIP/ARO. Na druhou stranu je práce v prostředí intenzivní medicíny různorodá. Tím, sestry poskytnou pacientům komplexní péči, může u nich dojít k pocitu uspokojení z práce a tím ke snížení rizika syndromu vyhoření. Myslím si, že většina sester je po nějaké době odhodlána vzhledem k psychickému vyčerpání přejít na jiné pracoviště. Vzhledem k riziku vzniku syndromu vyhoření to může být sestřám po nějaké době i doporučeno. Překvapilo mě, že Košnarová ve své práci na téma *Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester* uvádí, že tímto syndromem jsou nejvíce ohroženy sestry s praxí do 3 let. Ty totiž přicházejí do zaměstnání s nadšením, s ambicemi. Pokud jim práce nepřinese to, co očekávaly, nadšení opadá a přichází zklamání. [42, 43]

V dotazníku jsem použila několik doplňujících otázek. První byla, jestli se sestry setkávají častěji s náhlým nebo dlouhodobým umíráním. Hranici náhlého úmrtí jsem stanovila do dvou dnů. Očekávala jsem, že se sestry ze standardního oddělení budou z větší části setkávat spíše s dlouhodobým umíráním a sestry z JIP/ARO spíše s náhlým umíráním.

Výsledky průzkumu mojí domněnku vyvrátily. Z celkového počtu uvedlo 45 (64 %) respondentů z JIP/ARO, že se setkávají s náhlým i dlouhodobým umíráním stejně často, 17 respondentů (24 %) spíše s dlouhodobým umíráním. A jen 8 (11 %) respondentů uvedlo, že se setkávají s umíráním náhlým. Ze standardního oddělení se 33 (47 %) z dotázaných setkává s náhlým i dlouhodobým umíráním stejně často. Zajímavé je, že 10 (14 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že se setkávají spíše s náhlým umíráním, což nevedli ani pracovníci ARO. Zde se nabízí myšlenka, že na tato oddělení bývají překládáni pacienti tzv. „na dožití,“ což je bohužel realitou na spoustě oddělení. Je otázkou, jestli pacienty v terminálním stavu ještě zatěžovat změnou prostředí při přesunech po odděleních. Na druhou stranu je nutné uvažovat o tom, že je pravděpodobně zbytečné, aby pacienti, u kterých se už nepokračuje s intenzivní léčbou, zůstávali na akutních lůžkách a „zabírali“ ho pro akutní příjem. Náklady spojené s léčbou pacientů na lůžkách intenzivní péče jsou velmi vysoké. Tuto moji domněnku potvrdila i práce Josefa Slánského<sup>26</sup>. Ten čerpal z údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a uvedl, že jednodenní pobyt pacienta na lůžku JIP/ARO vyjde na více než 31 000 Kč. Oproti tomu jeden den pacientovi hospitalizace na lůžku standardního oddělení vyjde „jen“ na 6 926 Kč. Ředitel Úrazové nemocnice v Brně Ing. Karel Doležal v článku *Den v Úrazové nemocnici Brno stojí třikrát víc než u milosrdných* upřesnil, že se pobyt pacienta na lůžku JIP/ARO pohybuje v rozmezí 12 – 30 000 Kč. Konečné číslo záleží na rozsahu léčby, použití přístrojové techniky, počtu operací apod. [44, 45]

Hypotéza č. 1 zněla: *Sestry z JIP/ARO mají možnost, vzhledem k častějšímu setkávání se s umírajícími pacienty, vyhledat pomoc klinického psychologa na rozdíl od sester ze standardního oddělení.* K této hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 6, 19, 20, 21 a 22. Nejprve bylo nutné potvrdit si, že se sestry z JIP/ARO setkávají s umíráním častěji než sestry ze standardního oddělení. Toto tvrzení se mi skutečně potvrdilo, protože 37 (53 %) respondentů z JIP/ARO se setkává s umíráním každý měsíc. U respondentů ze standardního oddělení bylo nejvíce možností u odpovědi „výjimečně,“ a to v počtu 30 (43 %). Tato hypotéza se mi nepotvrdila, neboť z dalších výsledků výzkumného šetření vyplývá, že i sestry na standardním oddělení mají možnost vyhledat pomoc klinického psychologa. Takto odpovědělo 38 (54 %) ze 70 dotázaných. Z JIP/ARO má možnost vyhledat tuto pomoc 54 (77 %) respondentů. Poměrně vysoké číslo respondentů, tj. 20 (29 %) ze standardního oddělení neví, zda má na oddělení možnost

---

<sup>26</sup> Diplomová práce (2006) na téma *Vyčíslení výdajů při usmrcení člověka vlivem dopravní nehody a hledání cest, jak jim zabránit.*

podpory psychologa. Na odděleních, kde mají sestry tuto možnost, ji využilo pouze malé množství. Z počtu 54 (100 %) respondentů z JIP/ARO jich pouze 5 (5 %) vyhledalo pomoc klinického psychologa. Ze standardního oddělení z počtu 38 (100 %) využilo této možnosti 9 (24 %) z dotázaných. Na první pohled to může vypadat tak, že sestry jsou se smrtí buď vyrovnané, nebo se s ní vyrovnávají samy, možná i lehce a nepotřebují v této oblasti pomoc. Na druhou stranu můžou mít některé sestry strach mluvit před cizím člověkem, otevřít se mu a svěřovat se mu s osobními problémy. Některým sestrám nemusí být daný psycholog sympatický a tím může vznikat řada konfliktů a nepříjemných situací. Respondentům, kteří uvedli, že nemají možnost požádat o podporu klinického psychologa, byla položena otázka, pokud by jí měli, zda by jí využili. Z celkového počtu 16 (100 %) respondentů z JIP/ARO by jich 12 (75 %) tuto možnost uvítalo. Zbytek by zájem neměl. Ze standardního oddělení by také většina respondentů, tj. 18 (56 %) ráda využila konzultaci s klinickým psychologem. Překvapivé vyústění pro mě měla otázka, zda organizuje pracoviště pro sestry supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti. 33 (47 %) respondentů z JIP/ARO a 38 (54 %) ze standardního oddělení uvedlo, že pro ně oddělení žádné takové semináře neorganizuje. Ze standardního oddělení jich dalších 24 (34 %) neví, zda pracoviště něco podobného organizuje. Z JIP/ARO neví 17 (24 %) respondentů. Důvody těchto čísel mohou být různé. Na jednu stranu se samy sestry o tuto možnost nedostatečně zajímají nebo nechtějí další semináře, které by jim zabíraly osobní volno. Dále můžou mít sestry určitou obavu ze supervizí, které mohou být vyvolané některými mýty. Například, že se supervize týkají pouze psychiatrie, že jsou kontrolou poskytované péče, nebo že supervizi potřebuje jen ten, kdo má nějaký konkrétní problém. Na druhou stranu se sestry mohou zajímat, chtěly by supervize, ale vedení daných pracovišť tuto možnost nenabízí nebo nedostatečně informuje své podřízené. Supervize jsou určeny pro pracovníky v tzv. pomáhajících profesích. Jedná se o velmi rozsáhlé téma, které by s přehledem obsáhlo další bakalářskou práci. Ve zkratce by se dalo říci, že kvalitně a odborně vedená supervize je důležitým bodem v prevenci syndromu vyhoření. Umožňuje další osobní i profesní rozvoj, povzbuzuje a motivuje pracovníky. Je založena na vzájemné spolupráci a důvěře k supervizorovi. Účastníci si při nich oddechnou od nutnosti být perfektní a poddávat bezchybné výkony. Mohou zde vyjádřit své nadšení i negativní emoce, které do teď museli v rámci profesionality skrývat (frustrace, zlost, strach apod.). Mají zde klid, čas a prostor na reflexi. Na supervizory jsou kladeny vysoké nároky, neboť zastávají ve skupině lidí významnou roli – řídí komunikaci, pečují o potřeby účastníků, musí být dostatečně profesionální, poskytují konstruktivní

zpětnou vazbu, řeší problémy, motivují. Z toho důvodu by měli mít absolvovaný příslušný kurz. Výhodou určitě bude externí supervizor, který nebude zaujatý. Měl by se vyhnout hodnocení chování zúčastněných, netolerantnímu chování nebo zdůrazňování negativních vlastností účastníků. Druhy supervizí jsou různé. Ve zdravotnictví se nejvíce aplikují týmová a skupinová sezení. Výhodou určitě je, že mohou všichni diskutovat otevřeně o svých zážitcích, pocitech a zkušenostech. Nevýhodou je nedostatek času na jednotlivce a možnost vzniku nedůvěry mezi supervizorem a některým z účastníků. Supervize zaměřené na problematiku umírání a smrti jsou vhodné i z toho hlediska, že se o tomto tématu bude v pravidelných posezeních hovořit a diskutovat. Sestry by se zde mohly dozvědět, jak reagovat na někdy nepříjemné otázky umírajících nebo jak slovně vyjádřit podporu a pomoc. Touto problematikou se v rámci vyššího odborného i vysokoškolského vzdělání zabývají předměty: Komunikace, Komunikace s nemocným, Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné, Psychologie apod. Závěrem by se dalo říci, že středoškolsky vzdělané sestry, kterých je v mém šetření na JIP/ARO nejvíce, budou mít v tomto směru větší problémy a nejistotu než vysokoškolsky vzdělané sestry. [46, 47]

Hypotéza č. 2 zněla: *Sestry z JIP/ARO se hůře vyrovnávají se smrtí pacienta než sestry ze standardního oddělení.* K této hypotéze se z dotazníku vztahovaly otázky č. 8, 9, 11, 12. Ani tato hypotéza se mi nepotvrdila, protože u sester z obou typů oddělení převládají podobné pocity při úmrtí pacienta. U otázky, zda je pro sestry těžké vyrovnat se se smrtí pacienta, jsem očekávala, že většina sester ze standardního oddělení bude smrt pacientů snášet lépe než sestry z JIP/ARO. Tuto domněnku jsem vyvodila z toho, že mají na oddělení většinou hodně pacientů a nevzniknou mezi nimi a umírajícími pacienty takové vazby. Na rozdíl od toho sestry na JIP/ARO pečují o málo pacientů, jsou s nimi v kontaktu prakticky po celou pracovní dobu, vznikají mezi nimi užší vazby, a proto by je smrt mohla více zasáhnout. Výsledky byly velmi vyrovnané. Na standardním oddělení 36 (51 %) sester uvedlo, že nemá problém vyrovnat se se smrtí pacienta, pro 34 (49 %) to problémem je. Těmto respondentům jsem položila ještě otázku, jestli si myslí, že se s narůstající praxí se smrtí vyrovnávají lépe. Uspokojivé je, že se to daří 23 (68 %). Bohužel 11 (32 %) respondentům se nedaří vyrovnávat se se smrtí pacientů i přes narůstající praxi. 39 (56 %) respondentů z JIP/ARO uvedlo, že nemají problém vyrovnat se se smrtí pacienta. Z 31 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že se se smrtí vyrovnávají špatně, jich 23 (74 %) uvedlo, že se lépe vyrovnávají se smrtí s přibývajícím roky v praxi. Na zbylých 8 (26 %) respondentů nemá délka praxe vliv na prožívání smrti pacientů a i přes přibývajícím praxi ji špatně snášejí. Překvapilo mě, že i sestry s praxí

na JIP/ARO více jak 21 let mají problém vyrovnat se se smrtí pacientů i přes přibývající praxi. Na druhou stranu všechny sestry s praxí do 1 roku tento problém nemají. Tento výsledek bych očekávala přesně naopak. Myslela jsem si, že sestry s delší praxí zažily více umírajících pacientů a díky tomu se nyní se smrtí vyrovnají lépe. Na rozdíl od toho mladé sestry v adaptačním procesu (praxe na JIP/ARO do 1 roku) se s umírajícími tolik nesetkaly, a proto se s umíráním a smrtí vyrovnávají hůře. Možné vysvětlení je i v tom, že sestry s delší praxí jsou středoškolsky vzdělané a zaučující se sestry vysokoškolsky vzdělané a tím pádem lépe připravené na umírání i smrt ze studií. Další možností je to, že mladší sestry nemají tolik životních zkušeností, smrt si nepřipouští a nepřemýšlí o ní. Starší sestry už se nad otázkou smrti zamýšlí více. Nemusí se jednat jen o jejich vlastní smrt, ale i o ztrátu rodiny a blízkých. Co se týče otázky č. 11, tak 10 (14 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že na úmrtí pacienta musí stále myslet i doma. To musí být zátěž nejen pro ně, ale i pro ostatní členy rodiny a může to mít negativní dopad na jejich osobní život. Dotyčný přestane mít zájem o své koníčky, uzavře se a stále bude přemýšlet o práci. Myslím si, že svůj problém a nepříjemné myšlenky nebude ventilovat mimo svou osobu a bude je ukrývat. Tím začne docházet v rodině i mezi přáteli ke konfliktním situacím. Vzniklé nepříjemnosti si může sestra poté vybit na pacientech, o něž pečuje. Zde by mohl hrát určitou roli opět právě klinický psycholog. Ovšem musí sestra sama chtít a jeho pomoc vyhledat. Respondenti, kteří se s umíráním setkávají výjimečně uvedli, že při úmrtí pacienta, kterého ošetřovali, neprožívají při odchodu domů žádné pocity. Takto odpověděli jen 4 (6 %) respondenti z JIP/ARO a 5 (7 %) ze standardního oddělení. Důvodem bude právě to, že se s úmrtím setkávají výjimečně a nějakým způsobem ho přejdou nebo se s ním dokáží bez problémů vyrovnat. Většina respondentů z výzkumu Jarošové a Růžičkové uvedla, že při odchodu domů neprožívá žádné pocity. Výsledky výzkumu vyšly v roce 2001 v brožuře *Umírání z pohledu sestry*, kde autorky popisují autentické pocity sester při setkání s umírajícími a smrtí. Sestry zde také popisovaly, že pocity při úmrtí záleží na více faktorech – věku pacienta, délce hospitalizace apod. V mém šetření uvedla podobně většina z dotázaných, a to 49 (70 %) z JIP/ARO a 42 (60 %) ze standardního oddělení, že reagují na smrt pacienta podle jeho věku, diagnózy a délce hospitalizace. Pro někoho bude těžké, když zemře dítě nebo mladý člověk. Pfefferová prováděla v roce 2009 výzkum na ARO pražských nemocnic v rámci diplomové práce *Umírání a smrt na ARO*. Z něho vyšlo, že většina sester (61 %) prožívá hůře umírání a smrt mladšího člověka. Ti mají život před sebou, neumírají smíření jako starší pacienti. Většinou mají pocit nespravedlnosti a smutku, že musí opustit život, který

pro ně teprve začal. Pro sestru se jedná o velmi náročnou situaci, protože musí mladého člověka uklidnit, sama zachovat klid a zvládnout své emoce. Určitou roli hraje i délka hospitalizace a délka samotného procesu umírání. I mladý člověk se se smrtí může smířit. Pro některé sestry bude zase nepříjemnější smrt staršího dlouhodobě hospitalizovaného pacienta, na kterého si zvykly, navázaly s ním bližší kontakt, pacient se jim svěřoval, vyprávěl o rodině apod. Pro někoho je těžké vyrovnat se s náhlým úmrtím, když během chvíle i přes veškerou snahu ztratí „pod rukama“ život, ať mladého či staršího pacienta. O smrti se často dopředu neví, přichází náhle. Ale u pacientů na bazální terapii se dá očekávat a sestry s ní musí počítat. U otázky č. 12 mě velmi překvapilo, že druhou nejčastější odpovědí bylo, že sestry neprožívají při péči o mrtvé tělo žádné pocity. Takto odpovědělo 20 (29 %) respondentů z JIP/ARO a 19 (27 %) ze standardního oddělení. Během praxe jsem se setkala s péčí o zemřelého a tato činnost pro mě příjemnou nebyla. Pociťovala jsem smíšené pocity, ale i u ošetřujícího personálu jsem viděla ambivalentní pocity, strach, lítost i pláč. Člověk přemýšlí o vlastní smrti i o tom, jestli je nějaký další život po životě. Možná se i sestry snaží skrýt svoje pocity, nejistotu a nepříjemné myšlenky před ostatními. 13 (19 %) respondentů z JIP/ARO a 11 (16 %) ze standardního oddělení uvedlo, že se u nich objevují pocity bezradnosti. Ty mohou být spojené s tím, že se i přes veškerou snahu a péči nedaří zachraňovat všechny pacienty. Ošetřující personál tak může velice rychle propadnout úvahám, že je jejich péče zbytečná. Každý člověk je individuální a tyto situace prožívá odlišně. Co je nepříjemné pro jednoho, druhý přejde z nadhledem a bez zamyšlení. Jarošová a Růžičková také uvádí, že žádná ze sester nepociťovala při ošetřování zemřelého odpor. Z mého šetření vyplynulo, že tento pocit zažívají 4 (6 %) sestry z JIP/ARO a 1 (1%) ze standardního oddělení. Jedinou myšlenkou, která mě pro vysvětlení napadá je, že tento pocit vyplývá z posmrtných změn na těle (posmrtná ztuhlost, posmrtné skvrny i posmrtný zápach). [48, 49]

Hypotéza č. 3 zněla: *Sestry z JIP/ARO přistupují k umírajícím stejně jako sestry ze standardního oddělení.* V dotazníku k ní patřily otázky č. 10, 13, 15, 16, 17, 18. Jako doplňující otázku jsem zde zvolila tu, jestli mají sestry problém komunikovat s blízkými umírajících pacientů. Bylo zajímavým zjištěním, že většina sester ze standardního oddělení tento problém nemá a sestrám z JIP/ARO působí komunikace s příbuznými potíže. Proto se jí 30 (43 %) sester bohužel vyhýbá. To je vysoké číslo. Práce sestry je z mnoha ohledů těžká a komunikace s příbuznými je nedílnou součástí profese sestry. Sestry na JIP/ARO komunikují s blízkými pacientů velmi často a tak si osobně nedokáží představit, jak takové vyhýbání se komunikaci s pozůstalými může v praxi vypadat. Jedná se o velmi náročnou

komunikaci, ke které je potřeba velká dávka profesionality a komunikačních dovedností. Rodina by měla být podporována od prvního kontaktu se sestrou. Důležité je dát příbuzným dostatek prostoru na kladení otázek, i když ty mohou být někdy nepříjemné. Někteří respondenti ze standardního oddělení uváděli jako další možnost odpovědi, že po nich zoufalá rodina často požaduje informace, které spadají do lékařských kompetencí. Některé sestry, jak uvádějí, nemají k rozhovoru s blízkými dostatek sil a neví, jak je slovně potěšit. Nebo neví, jak reagovat na pláč pozůstalých. Jedna respondentka dokonce uvedla, že se cítí trapně, protože nedokáže smrti zabránit. Sestry z JIP/ARO uváděly, že se cítí trapně, protože musí zůstat s příbuznými u lůžka pacienta. Myslím si, že v současné době nejsou vysokoškolsky vzdělané sestry dostatečně připraveny na komunikaci s příbuznými umírajících. V rámci studijních programů se této problematice dotýká výuka pouze velmi okrajově. Sestrám by s těmito problémy mohly pomoci supervize, kde by se dozvěděly, jak s pozůstalými jednat, komunikovat, jak zvládat svoje emoce a jak reagovat na jejich otázky nebo pláč. Bohužel tyto supervize nejsou pravidlem. Jsou spíše výjimkou, ale začínají se do zdravotnictví více a více prodírat. Výhodou jsou v současné době i kurzy a semináře zaměřující se na komunikaci s příbuznými umírajících/zemřelých. Zmínit můžu například kurz určený pro zdravotnické pracovníky s názvem *Provázení umírajících a jednání s pozůstalými*, který proběhl v polovině března 2012 v Plzni. Další kurzy nabízí Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen „NCONZO“) v Brně, hospice, nemocnice a jiná zařízení. Cílem těchto kurzů je pomoci zdravotnickým pracovníkům zvládat obtížné situace při komunikaci s příbuznými umírajících nebo s pozůstalými.

Hypotéza č. 3 se mi potvrdila. Z výzkumu vyplývá, že přístup k umírajícím pacientům je stejný na lůžkách intenzivní medicíny a na standardním oddělení. Sestry z obou oddělení nejvíce prožívají pocity lítosti, smutku, žalu, v počtu 25 (36 %) z JIP/ARO a 33 (47 %) ze standardního oddělení, dále pocity bezradnosti. U varianty „jiné“ byla zajímavá možnost od respondenta ze standardního oddělení, že při umírání prožívá nepříjemný pocit z nedůstojného umírání daného pacienta. Otázkou je, co si sestra představuje pod pojmem důstojné a nedůstojné umírání. Lidská důstojnost je právní pojem a má chránit umírajícího před nedůstojným zacházením. Je nedotknutelná a musí být respektována. Pokud ji sestry zachovají, projeví vůči umírajícímu respekt a úctu. Pro někoho může pojem důstojné umírání znamenat jen zajištění čistého lůžka, tepla, jídla a pití. Potřeba potravy a pití je u umírajících velmi rozdílná. Základem je, aby pacient netrpěl pocity hladu a žízně, utrpením, bolestí, a aby nebyl osamocen. Při důstojném

umírání by komfort a pohodlí pacienta mělo být přednější než jakékoliv úkony spojené s ošetrovatelským povoláním. Vzhledem k tomu, že pacienti na JIP/ARO umírají mnohdy osamoceni, někdo by mohl namítat, že je tak umírání v tomto prostředí nedůstojné. Z výzkumu Pfefferové vyplývá, že sestry (68 respondentů) berou jako jeden z hlavních nedostatků v péči o umírající na ARO právě osamělost. Stejně tak působí na tomto oddělení nedůstojně nevhodné a rutinní chování sester, hluk, světlo, prostorové podmínky a nemožnost soukromí. S tím souvisí možné nerespektování intimity v rámci ošetrovatelských i lékařských výkonů. Etické aspekty umírání (ukončení podávání tekutin, zadržaná léčba, eutanázie apod.) někdo zahrne pod důstojné někdo pod nedůstojné umírání. Názory na tato témata jsou velmi rozdílné a vyvolávají ve společnosti mnohdy bouřlivé diskuse.

Dále respondenti uváděli, že se při péči o umírajícího pacienta smířují s vlastní smrtí nebo je přepadne strach ze smrti blízkých osob. Pfefferová ve svém výzkumu uvádí, že u většiny respondentů převládá při ošetřování umírajícího pacienta psychické napětí a jako velmi frustrující berou sestry přítomnost rodiny u umírajícího/zemřelého. Pouze 10% respondentů pociťuje pocity lítosti. Toto nízké číslo může být výsledkem toho, že sestry nemají s umírajícím tak úzký vztah a jeho smrt je více nezasáhne. Na druhou stranu mohou mít s umírajícím bližší vztah, ale jsou vyrovnané, se smrtí smířené a smrt pacienta je tak příliš nezasáhne. [49]

Příjemným zjištěním pro mě bylo, že většina sester nemá problémy komunikovat s umírajícími. Bohužel se na každém z oddělení najde pár jedinců, kteří se komunikaci raději vyhýbají. Důležité je uvědomit si, že v terminální fázi nemoci vystupují u umírajících spirituální potřeby nad ty biologické. Je tedy důležité, když sami pacienti chtějí a mohou, aby se sestry rozhovorům s nimi nevyhýbaly. Pacienti se často chtějí svěřit nebo mají otázky. Přijde mi to nejdůležitější, ale zároveň i nejtěžší – nebát se s nimi komunikovat. Při komunikaci je výhodou použít haptiku, neboť i ta působí uklidňujícím dojmem. Vnímají i pacienti v bezvědomí, vigilním kómatu či v agónii před smrtí. Nedokáží sice rozumět našim slovům, nedokáží odpovědět, ale určitě vnímají pocity. I u těchto nemocných je nutné zajistit klidný přístup a důstojné zacházení. Mnohdy za nimi nechodí ani rodina a zdravotníci jsou tak jediní, se kterými prožívají konec svého života. V dotaznících se objevily odpovědi u sester z JIP/ARO, že neví, co pacientům říci, jak jim slovně pomoci, jak mluvit na ty, co jsou v bezvědomí a u sester ze standardního oddělení, zda mají dávat umírajícím falešné naděje. Získávání komunikačních dovedností důležitých při péči o umírající je náplní kurzů a seminářů organizovaných NCONZO,



hospicovými sdruženími a dalšími zařízeními. Nápomocné by opět mohly být i realizované supervize ve zdravotnických zařízeních. Vzdělání v oblasti paliativní péče je v současné době v České republice velmi omezené. Sestry jsou tak odkázány na vlastní zájem o tuto problematiku. Odborná literatura a odborné časopisy (např. Sestra, Florence) nabízí nepřeberné množství článků na tato témata. Podle Pfefferové se sestry o tuto problematiku samy velmi málo zajímají. Většina respondentů uvedla, že odbornou literaturu na toto téma vyhledávají výjimečně, 15 % nikdy. Vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání se paliativní péči zabývá jen okrajově. Na vyšších zdravotnických školách je toto téma probíráno v rámci jiných předmětů, např. Psychologii, Etice v ošetrovatelství, Ošetrovatelství v klinických oborech. Na některých vysokých školách je povinný předmět Paliativní a hospicová péče, někde jen jako povinně volitelný. Paliativní péče se zde dále dotýká i jiné předměty: Komunikace, Psychologie, Etika v ošetrovatelství, Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné. V rámci SIP se tento předmět nevyučuje, opět se o něm zmiňují přednášející okrajově v jiných předmětech. [49]

V otázce č. 15, zda si respondenti myslí, že dělají v péči o umírající maximum, se mi potvrdilo, že jsou sestry ze standardního oddělení více zatíženy jinou prací než péčí o pacienty. 32 (46 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že by se rádi snažili, ale nemají k tomu dostatek času. To může být způsobeno více faktory. Zvyšuje se administrativa, kterou musí sestra zpracovat. Na oddělení může být i nedostatek personálu, který musí poskytovat ošetrovatelskou péči většímu počtu pacientů a na potřeby umírajících nezbývá tolik času. Na druhou stranu nemusí mít sestra dostatek snahy a vůle poskytnout umírajícímu maximální péči. Tyto úsudky čerpám z vlastní praxe, kdy péče o umírající na některých odděleních nebyla z daleka dostačující. 62 (89 %) respondentů z JIP/ARO uvedlo, že v péči o umírající dělají maximum. Tady výhodu vidím v tom, že sestry mají na starosti jednoho, maximálně dva pacienty a mohou se jim dostatečně věnovat. Tím, že s ním tráví veškerý čas během pracovní doby, dokáží zhodnotit jeho stav, plně saturovat jeho potřeby a ihned reagovat na zhoršení stavu. Úmyslně jsem do dotazníku zařadila otázku, zda se někdy personál setkal u kolegyň/kolegů s nedbalým zacházením při ošetrování umírajících pacientů. Výsledky mého šetření mě potěšily, neboť se s tímto chováním vůbec nesešlo 31 (44 %) respondentů z JIP/ARO a 23 (33 %) ze standardního oddělení. A spíše se s ním nesešlo 20 (29 %) respondentů z JIP/ARO a 27 (39 %) ze standardního oddělení. Je otázkou, zda se s neetickým přístupem opravdu nesešli nebo nebyla úplná upřímnost. Každopádně já mohu ze své malé zkušenosti, kterou jsem nabyla během praxe na vysoké škole říci, že jsem se setkala na spoustě

oddělení s nevhodným chováním sester. U umírajících se často zanedbávala hygiena, sestry nad nimi velmi často vtipkovaly. Nad zemřelým tělem se chovaly velmi neeticky a ironicky hovořily o zemřelém i jeho rodině. 4 (6 %) respondenti z JIP/ARO a 6 (9 %) ze standardního oddělení uvedlo, že se u umírajících často zanedbává hygiena. To svědčí o nekvalitně poskytované ošetrovatelské péči, která by měla být základem na všech odděleních. Dané sestry možná spoléhají na to, že umírající nemá dostatek sil, aby se nějakým způsobem bránil. Sestra by se měla řídit při výkonu svého povolání Etickým kodexem sester. Bohužel ten je pouze etickým doporučením, není právně podložený, takže při jeho nedodržení nehrozí žádné sankce. Možná by stálo za úvahu, zda by se toto nemělo změnit. Dalším nepřilíš etických chování je, že sestry hovoří před umírajícím, jako by tam nebyl. S tímto chováním se setkala 10 (14 %) respondentů z JIP/ARO a 6 (9 %) ze standardního oddělení. K této odpovědi často respondenti doplňovali, že se nevhodně u lůžka umírajícího chovají i lékaři. Nejméně respondentů, a to 1 (1 %) z JIP/ARO a 2 (3 %) ze standardního oddělení odpověděli, že se nad umírajícími často vtipkuje. Jarošová a Růžičková ve svém výzkumu uvádějí, že je těžké určit, kdo co považuje za etické a neetické chování. Sestry v jejich šetření uvádějí, že se u umírajících šidí toaleta a jídlo. Jedna respondentka přiznala i to, že několikrát upozornila na nevhodné chování kolegyň, ale vždy se to obrátilo proti ní. Dále sestry uvádějí, že se nad umírajícími vtipkuje nebo se o něm hovoří, jako by tam nebyl. Další respondentka uvedla, že se s nevhodným chováním setkává spíše u mladších kolegyň a nemá cenu jim domlouvat. Sestry se několikrát shodly na tom, že nemají kolegyně žádnou úctu k tělu zemřelého. Myslím si, že tímto nevhodným chováním možná sestry skrývají vnitřní nejistotu, strach, bezmocnost nebo osobní či rodinné problémy. Nebo se sestry mohou snažit začlenit do kolektivu tím, že napodobují chování ostatních zdravotnických pracovníků. Sestra může být i cílem mobbingu<sup>27</sup> a opět se tímto chováním snaží zakrývat své psychické potíže. Každý člověk je individuální, některé sestry jsou citově oploštělé, cynické, což může být ale i projevem syndromu vyhoření. Psychické a emoční vyčerpání se poté odráží při práci s pacienty. Sestra je bere jako zatěžující objekt, hovoří o nich ironicky, chová se k nim chladně, odtažitě až agresivně. Pokud hovoříme o neetickém chování, z mého šetření vyplynulo, že takto jedná vždy jen několik jednotlivců v rámci oddělení. Je to sice malé číslo, ale lepší by bylo, aby tento přístup k umírajícím vymizel z nemocnic úplně.

---

<sup>27</sup> Mobbing je chápán jako psychický teror na pracovišti. Může mít různé formy, např. i šíření pomluv.

Dále pro mě bylo příjemných zjištěním, že většina sester se snaží dodržovat intimitu u pacientů vždy, a to v počtu 47 (67 %) z JIP/ARO a 37 (53 %) ze standardního oddělení. Většinou se jí snaží dodržet 23 (33 %) sester z JIP/ARO a 33 (47 %) ze standardního oddělení. Dodržení intimity je hlavním krokem k zajištění důstojnosti umírajícího pacienta. Pokoj s umírajícím navštěvuje 56 (80 %) respondentů z JIP/ARO a 53 (76 %) ze standardního oddělení stejně často jako pokoje s jinými nemocnými. Někteří respondenti navštěvují pokoj častěji, což svědčí o tom, že mají o pacienta značný zájem a snaží se mu být neustále na blízku. Takto odpovědělo 9 (13 %) respondentů z JIP/ARO a bohužel jen 3 (4 %) ze standardního oddělení. Zajímavým zjištěním je, že 2 (3 %) respondenti ze standardního oddělení uvedli, že pokoj s umírajícím navštěvují jen pokud je to nezbytné, což z mého pohledu může svědčit o více věcech. Sestra může mít strach z otázek umírajícího nebo o něj nechce pečovat a cíleně se mu vyhýbá. Nebo sestra péči pacientovi poskytnout chce, ale nemá k tomu dostatek času (málo personálu, hodně administrativy apod.).

Vzhledem k riziku syndromu vyhoření jsem se v poslední doplňující otázce zajímala, jak se sestry odreagovávají po práci. Syndrom vyhoření nebo-li burn-out syndrom postihuje zejména sestry pracující na JIP/ARO. Na jeho vzniku se podílí více faktorů: pracovní (např. stres v práci), osobní (problematický osobní život), osobností a povahové rysy. Postihuje spíše sestry se sklony k pedantství, cílevědomé a neschopné relaxovat. Probíhá v několika fázích: nadšení, stagnace, frustrace, apatie. Jedná se o velmi rozsáhlé téma, které by zabralo samostatnou bakalářskou práci. Projevuje se v rovině psychické (pocit marnosti, zbytečnosti apod.), fyzické (únava, bolesti, poruchy spánku apod.) a sociální. Důležité je předcházet jeho rozvoji nebo ho podchytit v počáteční fázi. Je důležité mimo zaměstnání na práci nemyslet, nenechat si ovlivnit osobní život, nevzdávat se koníčků a zájmů. Většina sester hledá oddych u rodiny a přátel formou pasivního odpočinku. Sestry evidentně rády odpočívají formou spánku nebo aktivním odpočinkem v rámci sportovních aktivit, turistiky, trávením času v přírodě. Další část jich tráví volný čas sledováním televize, relaxací, četbou. 5 (7 %) respondentů ze standardního oddělení uvedlo, že na žádné odreagování nemají čas. Snad se jejich časová tíseň a s tím spojený stres neodrazí při péči o pacienty. [50]

## ZÁVĚR

Vlivem stárnutí obyvatelstva a přibývání počtu onkologických a kardiovaskulárních onemocnění se každým rokem zvyšuje počet umírajících pacientů. A proto si myslím, že téma mojí bakalářské práce je v současné době velmi aktuální.

Problematika umírání a smrti v intenzivní medicíně přináší stále nové a nové poznatky a je potřeba se jimi do hloubky zabývat, rozebírat je a přinášet nová fakta. Vždy by měl být na prvním místě zájem o pacienta. V posledních letech, kdy se zdokonaluje technické vybavení, se snižuje mortalita, ale rapidně se zvyšuje počet chronicky nemocných. Mnozí z nich následně vyžadují intenzivní péči. Z toho důvodu vznikají ve spoustě nemocnic oddělení pro dlouhodobou intenzivní péči. Sestry i lékaři se pak setkávají i s mnoha etickými problémy, jako je např. nedůstojné prodlužování života. Proto jsem i závěrečnou kapitolu věnovala etickým a právním aspektům umírání. Názory na tuto problematiku jsou různé. Na začátku teoretické práce jsem se snažila popsat prostředí intenzivní medicíny, dále jsem se věnovala samotnému procesu umírání a péči o umírající pacienty. V samostatné kapitole jsem se zaměřila přímo na umírání v intenzivní medicíně, kam neodmyslitelně patří paliativní péče a prvky bazální stimulace, která je důležitá zejména u pacientů v bezvědomí.

Cílem mého šetření bylo zjistit a porovnat postoj a pocity sester při ošetřování umírajícího pacienta. Zvolila jsem kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníků, které bylo nejprve uskutečněno mezi sestrami na pracovištích intenzivní péče. Následně jsem se rozhodla provést šetření i mezi sestrami na standardním oddělení, abych mohla jejich pocity vzájemně porovnat. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek. Určila jsem si tři hypotézy, z nichž dvě byly vyvráceny a jedna potvrzena.

Z výsledků mého šetření vyplývá, že umírání sestry vnímají spíše jako náročnou a nepříjemnou situaci. Proto by měly být maximálně podporovány od kolegů, rodiny i od vedoucích pracovníků daných pracovišť. Jakýmsi personálním standardem by mělo být zavedení a pravidelné organizování supervizí v běžné praxi. V současné době se supervize ve zdravotnictví uplatňují v omezené míře, zejména se s nimi setkáme při poskytování paliativní péče v hospicích. Kvůli náročnosti práce by měly být ovšem rozšířeny i na oddělení poskytující péči o dlouhodobě nemocné a na oddělení intenzivní péče. Jejich cílem je určitě prevence syndromu vyhoření, kterým jsou zdravotničtí pracovníci na takto rizikových pracovištích velmi ohroženi. Další možností může být pomoc při konzultaci s klinickým psychologem. Na některých odděleních tuto možnost již

mají, ale jak můj průzkum prokázal, sestry jsou o tom buď nedostatečně informovány, nebo se samy o tuto možnost nezajímají.

Tato práce by mohla přimět sestry zamyslet se nad stále tabuizovaným tématem umírání a smrti. Závěrem je doporučení, aby se zdravotnická a jiná zařízení ve větší míře zaměřila na organizování vzdělávacích seminářů, kde by si sestry prohloubily znalosti z oboru paliativní péče a péče o umírající pacienty, a tím se zbavily mnohdy nepříjemných pocitů, které je provázejí při péči o umírající, ale i o jejich příbuzné. Jako prevence syndromu vyhoření je pro sestry velmi důležitá duševní hygiena. Tím se dostávám k dalšímu doporučení, aby management pracovišť zavedl pravidelné organizování supervizí s tematikou umírání a smrti. V budoucnu, v rámci navazujícího magisterského studia, bych se ráda zaměřila na samotnou supervizi a její organizování na JIP/ARO. Sama bych jí v budoucím zaměstnání určitě uvítala. Supervize je výborným krokem k zamyšlení se nad sebou samým a svým chováním.

## POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír a VÍTOVEC, Jiří. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
3. ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
4. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů*. 1. 3. 2011, částka 20, s. 482-543. Dostupný z: <<http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/11-055.htm>>.
5. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
6. O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
8. VIRT, Günter. *Žít až do konce : etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
10. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
11. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
12. VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
13. Dětský hospic. *Nadační fond Klíček* [online]. 2011 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/index2.html>

14. Hospice v České republice - členové APHPP. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2010 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>
15. ZVONÍKOVÁ, Eva. Péče o pacienty na OCHRIP a DIP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, 12, s. 80. ISSN 1210-0404.
16. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace : komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
17. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
18. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 2. vyd. . Praha : Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
19. SNL/DOS/SOP/046/01. *Paliativní péče o umírajícího pacienta*. Plzeň: Fakultní nemocnice, 2011.
20. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
21. SNL/DOS/SOP/015/02. *Postup při úmrtí ve FN Plzeň*. Plzeň: Fakultní nemocnice, 2010.
22. LAYEROVÁ, Helena. *Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP*. České Budějovice, 2011. 112 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie TREŠLOVÁ.
23. PAŘÍZKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. 2011, č. 10, [cit. 2011-11-25]. Dostupný z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>
24. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
25. CVACHOVEC, Karel. Analgosedace v resuscitační péči. 2. *lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z: <http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/3a0.htm>

26. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
27. KLIČKOVÁ, Hana. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení*. Brno, 2007. 91 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Petra JUŘENÍKOVÁ.
28. KLIMČÍKOVÁ, Martina. *Aplikace konceptu bazální stimulace v práci sester*. Brno, 2008. 96 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jitka DRESSLEROVÁ.
29. SLEZÁK, Patrik. Bazální stimulace v praxi na ARO. *Sestra* [online]. 9.7.2010, 7-8, [cit. 2011-12-08]. Dostupný z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-praxi-na-aro-453231>
30. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
31. URBANOVÁ, Kateřina. *Problematika umírání v intenzivní medicíně*. Olomouc, 2010. 121 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Helena KISVETROVÁ.
32. VONDRÁČEK, Lubomír a KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo : pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
33. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
34. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 6.11.2011, částka 131, s. 4730-4801.
35. Předpis č. 96/2001 Sb. m.s., úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *Sbírka mezinárodní smluv*. 1.10.2001, částka 44. Dostupný z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=ss01096&cd=77&typ=r>
36. CÍSAŘOVÁ, Dagmar, et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do not resuscitate v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, Právnická fakulta, ediční středisko, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6.



37. KABELKA, Ladislav a PROKOP, Jiří Maxmilián. Advanced directives. Umírání [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/advanced-directives.html>
38. ČESKO. Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka předpisů*. 30. 3. 1966, částka 7, s. 74-91. Dostupný z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC\\_8411\\_name=o%20p%C3%A9%C4%8Di%20o%20zdrav%C3%AD%20lidu&PC\\_8411\\_l=20/1966&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_name=o%20p%C3%A9%C4%8Di%20o%20zdrav%C3%AD%20lidu&PC_8411_l=20/1966&PC_8411_ps=10#10821)
39. Listina základních práv a svobod, ve znění ústavního zákona č. 2/1993 Sb., v aktuálním znění. Sb. In: *Sbírka předpisů*. 16.12.1992. Dostupná z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
40. PAŘÍZKOVÁ, Renata, et al. Zkušenosti s ukončováním ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*. 2001, 2, 69-72. ISSN 0862-4968.
41. ČERNÝ, Vladimír, et al. Ukončování ventilační podpory u nemocných v intenzivní péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*. 2001, 2, 64-68. ISSN 0862-4968.
42. ŠNAJDROVÁ, Ladislava. *Stresové faktory v práci sester na jednotce intenzivní péče*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Zdeňka ŽIDKOVÁ.
43. KOŠŇAROVÁ, Ivana. *Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester*. Brno, 2006. 145 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Pavel HUMPOLÍČEK.
44. SLÁNSKÝ, Josef. *Vyčíslení výdajů při usmrcení člověka vlivem dopravní nehody a hledání cest, jak jim zabránit*. Praha, 2011. 33 s. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská. Vedoucí práce Michal MERVART.
45. KUČEROVÁ, Lucie. Den v Úrazové nemocnici Brno stojí třikrát víc než u milosrdných. In: *MEDICAL TRIBUNE CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 19.9.2011 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/24013>
46. PULPÁNOVÁ, Lucie. *Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Markéta VALENTOVÁ.

47. Supervize v pomáhajících profesích. *SUPERVIZE-PSYCHOTERAPIE* [online]. 2007 [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.supervize-psychotherapie.cz/supervize-v-pomahajicich-profesich.html>
48. JAROŠOVÁ, Darja a RŮŽIČKOVÁ, Radka. *Umírání z pohledu sestry*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.
49. PFEFFEROVÁ, Eva. *Umírání a smrt na ARO*. Praha, 2009. 77 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1 lékařská fakulta. Vedoucí práce Eva UCHYTILOVÁ.
50. SNOPKOVÁ, Ivana. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra* [online]. 2007, 7-8 [cit. 2012-02-25]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/burn-out-syndrom-cili-syndrom-vyhoreni-313491>

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	41
Graf 2 Věk respondentů .....	42
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	43
Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví .....	44
Graf 5 Délka praxe na stávajícím oddělení .....	45
Graf 6 Četnost setkání se s umírajícími pacienty .....	46
Graf 7 Četnost setkání se s náhlým nebo dlouhodobým umíráním .....	47
Graf 8 Vyrovnání se se smrtí .....	48
Graf 9 Vyrovnání se se smrtí v souvislosti s narůstající praxí .....	49
Graf 10 Potíže při komunikaci s umírajícím pacientem .....	53
Graf 11 Potíže při komunikaci s blízkými umírajícího pacienta .....	54
Graf 12 Maximální péče o umírající pacienty .....	55
Graf 13 Dodržování intimity u umírajících pacientů .....	57
Graf 14 Četnost návštěv pokoje s umírajícím pacientem .....	58
Graf 15 Možnost konzultace s klinickým psychologem .....	59
Graf 16 Využití možnosti konzultace s klinickým psychologem .....	60
Graf 17 Zájem o konzultaci s klinickým psychologem .....	61
Graf 18 Organizace supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti .....	62

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Glasgow coma scale .....	13
Tabulka 2 Ramsay score .....	27
Tabulka 3 Pocity při ošetřování umírajícího pacienta .....	50
Tabulka 4 Pocity po úmrtí pacienta .....	51
Tabulka 5 Pocity při ošetřování zemřelého pacienta .....	52
Tabulka 6 Potíže při komunikaci s pozůstalými .....	55
Tabulka 7 Setkání se s nedbalým zacházením při ošetřování umírajících pacientů .....	56
Tabulka 8 Způsob odreagování se .....	63

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - APACHE II

Příloha B - SOFA skóre

Příloha C - Richmond agitation sedation scale (RASS)

Příloha D - Etický kodex sester

Příloha E - Práva pacientů

Příloha F - Charta práv umírajících

Příloha G - Dotazník

## Příloha A – APACHE II

Parametr	Hodnota	Body
Teplota(°C)	<input type="text"/>	0
Střední krevní tlak (mmHg)	<input type="text"/>	0
Srdeční frekvence	<input type="text"/>	0
Dechová frekvence	<input type="text"/>	0
Oxygenace	Je-li $FiO_2 \geq 0,5$ : A-a difference $O_2$ : <input type="text"/> Je-li $FiO_2 < 0,5$ : $PaO_2$ : <input type="text"/>	0
Arteriální pH	Arteriální pH: <input type="text"/> Není-li arteriální pH, použije se $HCO_3^-$ v séru [mmol/L]: <input type="text"/>	0
Natrium v séru [mmol/L]	<input type="text"/>	0
Kalium v séru [mmol/L]	<input type="text"/>	0
Kreatinin v séru	U pacientů s akutním renálním selháním: <input type="text"/> U pacientů bez akutního renálního selhání: <input type="text"/>	0
Hematokrit (%)	<input type="text"/>	0
Leukocyty [ $\times 10^3/mm^3$ ]	<input type="text"/>	0
Glasgow Coma Score	<input type="text"/>	0
Věk [roky]	<input type="text"/>	0
Těžká chronická orgánová nedostatečnost nebo snížená obranyschopnost <sup>1)</sup>	<input type="text"/>	0
<b>APACHE II skóre:</b>	<b>0 bodů</b>	
<b>Odhadovaná nemocniční mortalita:</b>	<b>0%</b>	

Zdroj: APACHE II. Klasifikace, tabulky: *Medicine simple* [online]. 5.9.2008 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/apache-ii>

## Příloha B – SOFA skóre

<b>Respirační systém</b>	
< 400	<b>1</b>
< 300	<b>2</b>
< 200 a mechanická ventilace	<b>3</b>
< 100 a mechanická ventilace	<b>4</b>
<b>Nervový systém - Glasgow coma scale</b>	
13 - 14	<b>1</b>
10 - 12	<b>2</b>
6 - 9	<b>3</b>
<6	<b>4</b>
<b>Kardiovaskulární systém (střední systémový tlak, podpora v <math>\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math>)</b>	
pod 70 mmHg	<b>1</b>
dopamin $\leq 5$ , dobutamin (jakákoliv dávka)	<b>2</b>
dopamin $> 5$ nebo adrenalin $\leq 0,1$ nebo noradrenalin $\leq 0,1$	<b>3</b>
dopamin $> 15$ nebo adrenalin $> 0,1$ nebo noradrenalin $> 0,1$	<b>4</b>
<b>Jaterní funkce (<math>\mu\text{mol}/\text{L}</math> [<math>\text{mg}/\text{dL}</math>])</b>	
20-32 [1,2-1,9mg/dL]	<b>1</b>
33-101 [2,0-5,9mg/dL]	<b>2</b>
102-204 [6,0-11,9mg/dL]	<b>3</b>
$> 204$ [ $> 12,0\text{mg}/\text{dL}$ ]	<b>4</b>
<b>Koagulace (destičky <math>10^3/\mu\text{L}</math>)</b>	
<150	<b>1</b>
<100	<b>2</b>
<50	<b>3</b>
<20	<b>4</b>
<b>Renální funkce - kreatinin (<math>\mu\text{mol}/\text{L}</math> [<math>\text{mg}/\text{dL}</math>])</b>	
110-170 [1,2-1,9mg/dL]	<b>1</b>
171-299 [2,0-3,4mg/dL]	<b>2</b>
300-440 [3,5-4,9mg/dL] nebo diuréza $< 500\text{mL}/\text{den}$	<b>3</b>
$> 440$ [ $> 5,0\text{mg}/\text{dL}$ ] nebo diuréza $< 200\text{mL}/\text{den}$	<b>4</b>

**SOFA SCORE: 0**

Zdroj: SOFA skóre. Klasifikace, tabulky: *Medicine simple* [online]. 5.9.2008 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/sofa-skore>

### Příloha C – Richmond agitation sedation scale (RASS)

Skóre	Stav	Popis
+4	útočný	očividně bojovný, násilný, bezprostředně ohrožuje personál
+3	velmi agitovaný	cíleně vytahuje invazivní vstupy, agresivní
+2	agitovaný	časté necílené pohyby, interferuje s ventilátorem
+1	neklidný	vystrašený, úzkostný, bez známek agrese a výrazných pohybů
0	bdělý, klidný	
-1	somnolence	není plně bdělý, ale reaguje při oslovení (otevření očí/zafixuje pohled >10 s)
-2	lehká sedace	krátké probuzení a oční kontakt na oslovení (<10)
-3	střední sedace	na oslovení se pohne či krátce otevře oči (nefixuje pohled)
-4	hluboká sedace	nereaguje na oslovení, pouze pohyb či otevření očí na fyzikální podnět
-5	neprobuditelný	nereaguje na oslovení ani fyzikální podnět

Zdroj: Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *Vanderbilt University Medical Center* [online]. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z: <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/docs/RASS.pdf>



## **Příloha D – Etický kodex sester**

### Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetřovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### Zdravotní sestra a spoluobčan

- Sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.
- Sestra považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědoma povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděla v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Sestra nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem

### Zdravotní sestra a péče v praxi

- Sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá odpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### Zdravotní sestra a společnost

- Sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní. Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci
- Sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

### Zdravotní sestra a povolání

- Sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.
- Sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

*Zdroj:* KELNAROVÁ, Jarmila, et al. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 1. ročník. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.

## **Příloha E – Práva pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.*

## **Příloha F – Charta práv umírajících**

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

(„Charta práv umírajících“)

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

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

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

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

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

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.

- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.



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

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

*Zdroj: Charta práv umírajících. Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z:*

*<http://helpnet.webmagazine.cz/dokumenty/deklarace-prav/284-3>*

## **Příloha G – Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Radová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás touto cestou chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která je na téma „Problematika umírání v intenzivní péči“.

Dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze ke studijním účelům.

Odpovědi prosím označte křížkem do vyznačeného pole. Pokud není psáno jinak, je možná pouze jedna odpověď. V několika otázkách bych Vás požádala o stručné doplnění do vyznačeného vytečkovaného místa.

Předem děkuji za Váš čas i spolupráci.

Lucie Radová

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2) Kolik je Vám let?

- do 25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- jiné:.....

4) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

5) Kolik let pracujete na stávajícím oddělení?

- do 1 roku
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11 a více let

6) Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s umírajícími pacienty?

- několikrát za den
- každodenně
- týdně
- měsíčně
- výjimečně

7) Na Vašem oddělení se častěji setkáváte s .....

- s náhlým úmrtím (do 2 dnů)
- s dlouhodobým umíráním
- s náhlým i dlouhodobým umíráním stejně často

8) Je pro Vás těžké vyrovnat se se smrtí pacienta?

- ano
- ne (*dále pokračujte na otázku č. 11*)

9) Daří se Vám vyrovnávat se se smrtí pacientů s narůstající praxí?

- ano
- ne

10) Jaké pocity u Vás převládají při ošetřování umírajícího pacienta?

- neprožívám žádné pocity
- pocity lítosti, smutku, žalu
- pocity bezradnosti
- strach z vlastního selhání
- odpor
- nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a
- jiné:.....

11) Co prožíváte, když odcházíte ze služby, při které zemřel pacient, kterého jste ošetřoval/a?

- neprožívám žádné pocity a nepřemýšlím o tom
- snažím se na to rychle zapomenout
- moje reakce závisí na věku pacienta, jeho diagnóze, délce hospitalizace
- stále na to musím myslet, i doma
- nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a
- jiné:.....

12) Jaké pocity u Vás převládají při ošetřování zemřelého pacienta?

- neprožívám žádné pocity
- pocity lítosti, smutku, žalu
- pocity bezradnosti
- strach z vlastního selhání
- odpor
- nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a
- jiné: .....

13) Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?

- ano, jaké? .....
- ano, proto se tomu vyhýbám
- ne
- nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a

14) Působí Vám potíže komunikovat s blízkými umírajícího pacienta?

- ano, jaké? .....
- ano, proto se tomu vyhýbám
- ne
- nevím, nikdy jsem se s tím nesetkal/a

15) Myslíte si, že v péči o umírajícího děláte maximum?

- ano
- ne
- snažím se, ale nemám k tomu dostatek času

16) Setkal/a jste se někdy u Vašich kolegyně/kolegů s nedbalým zacházením při ošetřování umírajícího pacienta?

- ano, u umírajících se někdy zanedbává hygiena
- ano, nad umírajícími se často vtipkuje
- ano, sestry často hovoří o umírajícím, jako by tam nebyl
- ano, jiné: .....
- spíše ne
- ne
- momentálně si neuvědomuji

17) Snažíte se dodržovat intimitu i u umírajících pacientů?

- vždy
- většinou
- ne

18) Jak často navštěvujete pokoj s umírajícím pacientem ve srovnání s jinými nemocnými?

- častěji
- stejně často
- méně často
- jen pokud je to nezbytné (ordinace lékaře, vizita apod.)

19) Máte na oddělení možnost požádat o podporu klinického psychologa?

- ano
- ne
- nevím

*pokud jste zvolila odpověď „ne“ nebo „nevím“ pokračujte na otázku č. 21*

20) Využil/a jste někdy této možnosti? *(dále pokračujte na otázku č. 22)*

- ano
- ne

21) Pokud byste dostal/a možnost konzultace s klinickým psychologem, využil/a byste jí?

- ano
- ne
- nevím

22) Organizuje pro Vás pracoviště supervize se zaměřením na problematiku umírání a smrti?

- ano
- ne
- nevím

23) Jak se odreagováváte po práci? – *zde můžete zvolit více odpovědí*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sport              | <input type="checkbox"/> zahrada                        |
| <input type="checkbox"/> rodina, přátelé    | <input type="checkbox"/> knihy, četba                   |
| <input type="checkbox"/> turistika, příroda | <input type="checkbox"/> na žádné odreagování nemám čas |
| <input type="checkbox"/> relaxace           | <input type="checkbox"/> jiné:.....                     |
| <input type="checkbox"/> spánek             | .....   |
| <input type="checkbox"/> televize           | .....   |