Vyšší odborná škola, střední odborná škola a
základní škola MILLS, s. r. o.
Čelákovice

Problematika smrti v akutní péči

Diplomovaný zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková Vypracovala: Věra Kolínská

Čelákovice 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně ocitoval. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

Praha 10. 5. 2012 Podpis:

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Jitce Havlíčkové za odborné vedení práce, její čas a přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem svým blízkým za podporu během mého studia.

Obsah

Úvod……6

1 Cíle absolventské práce……7

1.1 Hlavní cíl……7

1.2 Dílčí cíle ……7

2 Teoretická část……8

2.1 Thanatologie……8

2.2 Umírání……8

2.2.1 Umírání v minulosti ……8

2.2.2 Domácí model umírání ……9

2.2.3 Institucionální model umírání ……9

2.2.4 Ritualizace smrti ……10

2.2.5 Proces umírání ……11

2.2.6 Eutanázie ……12

2.3 Paliativní péče ……13

2.3.1 Základní principy paliativní medicíny ……14

2.4 Přednemocniční neodkladná péče……15

2.5 Jednotka intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační oddělení……15

2.5.1 Rozdělení neodkladných stavů ……16

2.5.2 Etické otázky v intenzivní péči ……16

2.5.3 Pravda na nemocničním lůžku ……17

2.5.4 Dystanázie ……18

2.5.5 DNR- Do Not Resuscitate ……18

2.6 Potřeby nemocného ……19

2.6.1 Zajišťování potřeb nemocného ……20

2.7 Terminální fáze ……20

2.7.1 Ošetřovatelská péče u symptomů terminální fáze……21

2.7.1.1 Dušnost ……21

2.7.1.2 Kašel ……21

2.7.1.3 Terminální chrčivé dýchání ……22

2.7.1.4 Dehydratace……22

2.7.1.5 Nauzea a zvracení……22

2.7.1.6 Nechutenství 23
2.7.1.7 Zácpa..... 23
2.7.1.8 Delirium 23
2.7.1.9 Bolest 23
2.8 Smrt.....25
2.8.1 Konstatování smrti..... 25
2.8.2 Péče o zemřelého 26
2.9 Smrt mimo zdravotnické zařízení 27
2.9.1 Oznámení úmrtí 27
2.9.2 Jisté a nejisté známky smrti 28
2.9.3 Legislativa v souvislosti s umíráním.....29
2.9.4 Nejčastější příčiny úmrtí v České republice 29
2.10 Výuka zdravotnického personálu v thanatologii..... 30
2.11 Stres, syndrom vyhoření..... 31
3 Praktická část..... 32
3.1 Úvod do praktické části..... 32
3.2 Cíle výzkumu 32
3.3 Výzkumný soubor 32
3.4 Výsledky dotazníkového šetření 33
4 Diskuze 44
Závěr..... 46
Резюме..... 47
Bibliografie..... 48

Úvod

Název absolventské práce **Problematika smrti v akutní péči** mě přilákal tím, že jde o téma mezní a navíc do jisté míry kontraproduktivní. Nabízí se schéma typu smrt = zmar, debakl zdravotnické péče. Během své praxe jsem však musela výskyt smrti vzít na vědomí, vyrovnat se s ním a ke svému překvapení se s touto skutečností začít učit zacházet. Poznala jsem, že smrt nelze od života oddělit a že jejím násilným „vyřazením" život neposílíme. Spíše naopak. Domnívám se, že každý zdravotník se musí průběžně s tímto problémem vyrovnávat. Smrt je záhada, kterou nikdo živý zcela nerozluští.

Smrt lze také chápat jako limitní případ akutní péče nastávající tehdy, když použité léčebné postupy již nestačí k záchraně života. Pojem smrti jako limity úspěšnosti akutní péče při daném stavu pacienta umožňuje nahlížet smrt z pozice života, byť v tomto případě již z pozice života ohroženého.

Péče o umírající je psychicky i fyzicky náročná. Role sestry je nezastupitelná: realizuje ošetřovatelskou péči, pacienta podporuje psychicky, je s ním v neustálém kontaktu, plní ordinaci lékaře. Připomenutí vlastní smrtelnosti v nás budí úzkost a emociální vypětí. Týmová práce se jeví nezbytností.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části představím téma, budu se zabývat nejčastějšími příčinami úmrtí, paliativní péčí, ošetřovatelským procesem u umírajícího člověka. Zdrojem informací bude vedle praxe především literatura. Praktickou část zpracuji pomocí dotazníku. Cílem mé práce bude zjistit, jaké má zdravotnický personál znalosti v péči o umírající.

Pouštět se do psaní této absolventské práce nabízí kromě studia a třídění informací také příslib poznávání, s čím vším se seznámím a jak to obohatí můj pohled na danou problematiku.

1 Cíl absolventské práce

1.1 Hlavní cíl

Přehledně zpracovat problematiku umírání a smrti s důrazem na prověření znalostí zdravotníků v oblasti thanatologie

1.2 Dílčí cíle

Vybrat podstatné do teoretických kapitol

Zpracovat a vyhodnotit dotazník pro zdravotnické pracovníky

2 Praktická část

Smrt je jen začátek, ale až té druhé kapitoly

William Shakespeare

2.1 Thanatologie

Thanatologie je věda o smrti. Jde o interdisciplinární obor, v němž je zahrnuta složka filosofická, teologická, medicínská, psychologická a sociologická. Název je odvozen od jména řeckého boha Thanata. [Haškovcová, 2007]

Thanatos byl bůh smrti, syn bohyně noci Nykty a boha věčné temnoty Tartara. Měl srdce ze železa a neznal slitování. Vzbuzoval hrůzu nejen mezi lidmi, ale i mezi bohy, kteří byli nesmrtelní. Antičtí umělci zobrazovali Thanata jako mladého muže s černými křídly a se zhaslou nebo zhasínající pochodní. Jeho bratr Hypnos byl bohem spánku. [Zamarovský, 1996]

Thanatos pouze "plnil termíny". Den smrti byl určen osudem.

2.2 Umírání

2.2.1 Umírání v minulosti

V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým pozemským životem a životem věčným. Jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Smrt byla běžnou součástí života. [Haškovcová, 2007]

Zhruba od 12. do 15. století doznala rozkvětu literatura, nazývaná ars moriendi - umění umírat. Ars moriendi podávala návody, jak se chovat v umírání a ve smrti, a to při umírání vlastním, tak i při smrti jiného člověka. Smrt těla byla považována za začátek a ne za konec a nebyl důvod protahovat život za každou cenu. [Munzarová, 2005]

Křesťanské pojetí nemoci ale i smrti je rozšířené i dnes a neztotožňují se s ním jen věřící. Propracované církevní rituály jsou záchranou i pro ty, kterým víra nic neříká. Vděčně přijímáme zvládnutý řád obřadů, který určuje jednání lidí a umožňuje zvládání složité životní situace. [Haškovcová, 2007]

2.2.2 Domácí model umírání

Představa umírání minulosti byla idealizována do podoby domácího modelu umírání. Lidé si přirozeně během svého života zvykali na myšlenku vlastní konečnosti. Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizována, tak také věděli, jak se mají k umírajícímu chovat. Umírající jistou duševní rovnováhu čerpal ze své vlastní životní zkušenosti, neboť ve svém životě několikrát byl u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí a s jeho pomocí. Smrt nastala po ritualizovaném rozloučení. Nemocný byl smířen se stavem věcí, i když se samozřejmě bál onoho kroku do neznáma. Duchovní péče byla složkou tohoto rituálu, poskytovali ji kněží a věřící rodinní příslušníci.

Bohatí a privilegovaní si mohli dovolit i lékaře u lůžka. [Haškovcová, 2007]

Lidé také uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání. Výrazy už se špičatí, má záclonky v očích, patřily do běžné slovní výbavy. Také zvládali laické ošetřovatelské úkony: zesláblého umírajícího přikrývali vrstvou dek, v místnosti bylo pološero. Správně tušili, že jejich blízkému je ostré světlo nepříjemné. [Haškovcová, 2007]

Když dotyčný zemřel, zatlačil mu zpravidla nejstarší syn oči. Další z přítomných otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Pozůstalí v klidu postáli a pomodlili se Otče náš. Omýt mrtvé tělo, podvázat bradu patřilo ke zvládnutým životním dovednostem. Pohřby byly nejčastěji vypravovány z domova. Mrtvé tělo bývalo vystaveno tři dny ve slavnostním pokoji. To proto, aby se příbuzní, sousedé mohli poklonit památce zemřelého a přišli ho doprovázet na jeho poslední životní pouti, která čekala na každého z nich. [Haškovcová, 2007]

Péče o umírajícího a všechny pohřební záležitosti byly úkolem rodiny. [Munzarová, 2005]

2.2.3 Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Péče o nemocné se přesouvala do chorobinců, později do nemocnic. Čistá postel, teplo, pravidelná strava se staly normou. Nemocným a umírajícím je poskytována odborná pomoc. [Haškovcová, 1997]

Zvyk izolovat umírajícího se datuje do počátku 30. let minulého století. Postel umírajícího byla obklopena bílou zástěnou. Koncem padesátých let se otevřeně začalo hovořit o tom, že bílá plenta násobí pocity osamění. Umírající většinou nechce být sám a

touží po přítomnosti druhého člověka. [Haškovcová, 1997] V moderním modelu umírání mnohdy chybí lidský kontakt a lidé vzpomínají na milující náruč rodiny.

Dnešní doba s novou intenzitou hovoří o důstojném umírání a důstojné smrti. Co by se mělo změnit? Důraz je kladen na lidskou účast a psychologickou podporu. Existují dva základní způsoby realizace. Ponechat umírajícího doma, ale zajistit i tam odbornou péči, nebo naopak přijmout rodinu do nemocnice. Tyto modely je možné oba kombinovat v rámci hospicového hnutí. [Haškovcová, 1997]

2.2.4 Ritualizace smrti

Dominantní model lékařství posledního století byl tzv. model biomedicínský. Jeho snahou je nalézat příčiny chorob a potíží člověka na úrovni biologie a fyziologie. Došlo k výrazným úspěchům jak v diagnostice, tak i v léčbě. V reakci na to mnohá hnutí zdůrazňují nutnost respektovat člověka v jeho celistvosti. [Munzarová, 2005]

Moderní forma ritualizace procesu umírání by měla splňovat požadavky na bio-psycho-sociální a taktéž na spirituální pohodu, což pro významnou část zdravotníků není překvapivý požadavek, sami si uvědomují komplexnost problematiky. Stále více se o ni zajímají. Důvodem je nejistota, jak se chovat k umírajícím. [Haškovcová, 1996]

Uvedené cíle není jednoduché naplnit, ale o laskavý doprovod se musí postarat všichni. Zdravotníky i laiky spojují obecné lidské otázky, které se vážou k závěru života. [Haškovcová, 1996]

Denní návštěvy se staly samozřejmé ve většině nemocnic. Rodina přijde na návštěvu, ale neví, co má říkat a jak se má chovat. Tyto situace jsou obtížné hlavně pro příbuzné, kteří se se smrtí nikoho blízkého nesetkali. [Kutnohorská, 2007] Nemají dříve běžnou osobní zkušenost se smrtí, s pomocí umírajícím, neznají ani tehdy běžné rituály. Předpokládají, že to vědí profesionálové. Závěr života vnímá dnešní umírající i jeho rodina jako situaci, kterou je těžké zvládnout. [Haškovcová, 2007]

Objevuje se stav psychické krize doprovázený negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí. Projevuje se silnou tenzí, úzkostí, zoufalstvím a beznadějí [Vágnerová, 2008]. Truchlení, smutek lítost má pro pozůstalého nenahraditelný význam, neboť mu umožňuje adaptovat se na změnu, ke které v jeho životě došlo. [Matoušek a kol., 2007]

2.2.5 Proces umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní. Umírání má u každého člověka zcela jedinečnou podobu. Jedinečné je také „načasování“ smrti. [Sláma, Drbal, Plátová, 2008]

Proces umírání se rozděluje na tři časově nestejně dlouhá období. Období pre finem, in finem a post finem.

Období **pre finem** začíná pacientovým povědomím o vážné nemoci, případně o její neslučitelnosti se životem. Konfrontace pacienta se situací je tak výrazná, že vyplní celý zbytek jeho života. Švýcarsko - americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross popsala jednotlivé fáze chování umírajícího takto:

První fáze - negace

Odmítání vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Pacient se dozví, že diagnóza je perspektivně neslučitelná se životem. V této fázi odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připraven. (To je určitě omyl…). [Kutnohorská, 2007]

Druhá fáze - agrese

Nemocný dostává vztek a popadne ho závist. Zlobí se na všechny a na všechno. Okolí by mělo tento hněv pochopit a nepohoršovat se. (Čí je to vina?). [Kutnohorská, 2007]

Třetí fáze - vyjednávání

Nemocný hledá ještě nějakou možnost, slibuje. Obrací se k Bohu. (Ochota zaplatit cokoliv…).

Čtvrtá fáze - deprese

Nastupuje zápas se smrtí. V této fázi se očekává od zdravotníků i od rodiny trpělivost a schopnost naslouchat. (Smutek z hrozící ztráty…). [Kutnohorská, 2007]

Pátá fáze - smíření

Je to doba klidu. Mizí zájem o informace. Nemocný používá gesta místo slov. Důležitá je přítomnost blízkých. Fázi smíření je nutno odlišit od rezignace. [Kutnohorská, 2007]

Tyto fáze nemusejí přicházet za sebou v uvedeném pořadí. Některé se mohou vracet, mohou se prolínat, některá může i chybět. Těmito fázemi procházejí i jeho blízcí.

Zdravotník by měl pomoci nemocnému i jim pomoci přijmout neodvratitelnou skutečnost. [Kutnohorská, 2007]

Pro pacienta je dobré vědět, že mu bude poskytnuta psychologická pomoc laická, ale i odborná. Pomoc profesionála bývá obvykle vítána. Popření, či vytěsnění umírání bývá daleko intenzivnější, jak se člověk blíží faktické smrti. [Kutnohorská, 2007]

V období **in finem** je také strach přítomen, ale má jiný obsah.

Člověk je často unaven, ubývají psychické i fyzické síly, je soustředěn na fungování své biologické existence, případně trpí zastřeným nebo změněným vědomím. Tato fáze je totožná s lékařským pojetím terminálního stavu. [Haškovcová, 1997]

Období post finem začíná smrtí člověka a zahrnuje pietní péči o tělesné ostatky zemřelého. Důležitou součástí tohoto období je také péče o pozůstalé.

2.2.6 Eutanazie

Pojem eutanazie pochází z řečtiny. Znamená dobrou, případně krásnou smrt. Představa o tom, co je dobrá smrt vycházela v antice z toho, co bylo považováno za dobrý život. Zda smrt bude dobrá, záleželo především na člověku samotném, jak se na tento rozhodující okamžik připravil. Za eutanazii byla považována rychlá smrt bez většího utrpení, nebo také smrt hrdinská na bitevním poli. [Špinková, Špinka, 2006]

K náboženským představám patřila i vize posledního soudu, při němž podsvětní bůh Hádés rozhodne o dalším osudu zemřelého. [Matoušek a kol., 2007]

Důležitý vliv na novodobé pojetí eutanazie mělo osvícenství. [Špinková, Špinka, 2006]

Eutanazií se dnes především rozumí lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení smrti druhého člověka.

V dnešní době probíhají diskuze o jasném vymezení pojmu eutanazie. Do diskusí se promítá také myšlenka, že utrpení nemá žádný smysl a je možné ho minimalizovat, rostoucí role medicíny a prostředky, kterými disponuje. [Munzarová, 2005]

Pasivní eutanazie za ní se považuje přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovali. Bývá také označována jako strategie odkloněné stříkačky. [Haškovcová, 2007]

Aktivní eutanazie vyžádaná je aktivní jednání, které má uspíšit či navodit smrt člověka. Někdy také bývá označována strategií přeplněné stříkačky.

Hippokratovská medicína se řídí přikazující zásadou, že nelze nikomu podat smrtící prostředek.

Pokud se nemocnému dostává správné péče a všestranné péče, o urychlení smrti téměř nikdy nepožádá. [Svatošová, 1995] Zajištění této péče by mělo být samozřejmostí. Důvody této žádosti jsou pak nejčastěji: strach z bolesti, strach z umírání, pocit opuštěnosti a osamělosti, pocit ztráty smyslu života. Je nutnou podmínkou rozvíjet etické přístupy k umírajícím a trpícím. Paliativní medicína a hospicová péče zahrnují v sobě řešení těchto problémů, jedná se o takový typ péče, která se snaží ošetřovat člověka v jeho celosti. Paliativní medicína není a nikdy by neměla být zaměřena k tomu, aby život ukončila předčasně. V České republice je eutanazie zakázána. [Munzarová, 2005]

2.3 Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná medicína představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, všemožně usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka. Paliativní péči lze poskytovat v zařízeních, která se jmenují hospice (z lat. hospicum, noclehárna), nebo na oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení. Slovo pallium je latinského původu a znamená plášť, roucho nebo obal. Použití slova paliativní péče symbolicky znamená poskytování nemocnému ochranu v extrémně nepříznivé situaci. Paliativní péči lze považovat za podpůrnou péči u pacientů v pokročilých a terminálních stadiích nevyléčitelných chorob. [Haškovcová, 2007]

Hospice existovaly za římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout a pokračovat v cestě, nemocní se pozdravili nebo přišli v klidu zemřít. [Munzarová, 2005]

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o tělo, ale také o duši a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

Rozvoj medicíny a její úspěchy (antibiotika, transplantace orgánů, podpora vitálních funkcí) dávaly ve 2. polovině 20. století důvod k optimismu. Převládalo přesvědčení, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Těžce nemocní a umírající, u kterých vítězná medicína selhala, se často ocitali zcela na pokraji zájmů zdravotníků., protože pro pacienta, kterého nelze vyléčit, se nedá již nic dělat. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

V padesátých letech dvacátého století jsou postupně formulovány zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti, nepříznivou prognózu můžeme vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývající života nemocného. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

V roce 1975 založil dr. Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Paliativní medicína začíná být uznávána jako samostatná lékařská odbornost.

V ČR byl uznán samostatný obor Paliativní medicína a léčba bolesti v roce 2004. Jako první byl otevřen hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.3.1 Základní principy paliativní medicíny

Otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nemocným a jeho blízkými je základním předpokladem paliativní medicíny. [Haškovcová, 2007]

Léčba a péče vychází z individuálních potřeb pacienta, zaměřuje se na zmírnění obtíží nemocného. Paliativní medicína je vedena snahou o udržení dobré kvality života. Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými symptomy a aby mohl vnímat svůj život až do konce jako smysluplný. [Haškovcová, 2007]

Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni lékaři a sestry s přihlédnutím na specifika své odbornosti.

2.4 Přednemocniční neodkladná péče

První pomoc je soubor jednoduchých, účelných opatření, která mohou být poskytnuty na místě nehody. Kvalitní a rychlá pomoc může mnohdy zachránit pacientovi život. Spadá do občanských povinností. Každý občan bez ohledu na věk a stupeň vzdělání je povinen poskytnout první pomoc podle svých schopností a znalostí a vyčkat u nemocného do příchodu zdravotnické pomoci.

Přednemocniční neodkladná péče je zajišťována zdravotnickou záchrannou službou. Poskytuje se na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, během dopravy postiženého k dalšímu odbornému ošetření a při jeho předání zdravotnickému zařízení. Systém pomoci je tvořen sledem úkonů, které je třeba provést k záchraně postižené osoby rychle a účelně. Postižený musí být na místě nehody ošetřen tak, aby během převozu do zdravotnického zařízení nevznikla, pokud to lze, újma na zdraví. [Počta a kol., 1996]

Převoz má být směrován do takového nejbližšího zdravotnického zařízení, kde se poskytne definitivní a komplexní ošetření. [Počta a kol., 1996]

2.5 Jednotka intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační oddělení

Jednotka intenzivní péče (JIP) je určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Dostupnost lékařů musí být okamžitá.

Na anesteziologicko resuscitačním oddělení (ARO) jsou hospitalizovaní pacienti, u kterých hrozí selhání základních životních funkcí, nebo ti, u nichž k tomuto selhání již došlo. Lékař musí být přítomen kontinuálně. [Adamus a kol., 2010]

Pacienti jsou přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, také z ostatních oddělení nemocnice, z ambulance, případně z oddělení urgentního příjmu a od záchranné služby.

Oddělení urgentního příjmu jsou v současné době zřizována za účelem plynulého přechodu z přednemocniční neodkladné péče do nemocniční neodkladné péče. Pacienti vyžadující neodkladnou nemocniční péči jsou kvalifikovaně ošetřování bez ohledu na tradiční oborové rozdělení medicíny. [Adamus a kol., 2010]

2.5.1 Rozdělení neodkladných stavů

Podle časové naléhavosti rozdělujeme neodkladné stavy:

- na kritické - vyžadující okamžité řešení
- na neodkladné - řešení je nutné obvykle do 1 -2 hodin
- na odložitelné - kdy řešení je možné provést do 2 - 24 hodin. [Adamus a kol., 2010]

Veškerou ošetřovatelskou a lékařskou péči vedeme ke stabilizaci celkového stavu nemocného. Rozsah poskytované péče je na JIP/ARO je závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného.

2.5.2 Etické otázky v intenzivní péči

Značný a rychlý rozvoj intenzivní medicíny v posledních letech znamená také mnoho etických otázek týkajících se péče o kriticky nemocné. Výsledky péče již nejsou hodnoceny pouze měřítkem přežití, ale i dosaženým stupněm kvality života pacienta. [Kapounová, 2007]

V intenzivní péči je cílem je maximální využití všech dostupných možností diagnostiky a terapie u pacientů, u nichž lze očekávat reálnou naději na zlepšení stavu, nebo obnovení přijatelné kvality života pacienta, a omezení nebo úprava léčby u těch pacientů, kde by další léčba vedla k prohloubení utrpení nemocného bez naděje na příznivý výsledek. [Kapounová, 2007]

Péče je poskytována podle základních etických principů vždy v zájmu a k prospěchu pacienta. Základní snaha zdravotníka spočívá v posilování zdraví, záchraně života a ulehčování utrpení. V roce 2001 byla Českou republikou podepsána Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Základním obecným pravidlem úmluvy je informovaný souhlas s jakýmkoli zákrokem v oblasti péče o zdraví. Vyšetřování a léčení se provádí se souhlasem pacienta. [Klener et al., 2006]

V případech nouze vyžadujících provedení okamžitého lékařského zákroku, nelze-li získat informovaný souhlas, úmluva umožňuje zákrok provést, je-li nezbytný pro zdraví příslušné osoby. [Klener et al., 2006]

V medicíně kritických stavů má důležitou roli úvaha, rozhodování, stanovení prognózy. Prognóza je v medicíně známým pojmem již z dob starého Egypta. Znamená

stanovení předpovědi dalšího vývoje zdravotního stavu. K dispozici jsou skórovací systémy, které pomáhají stanovit tíži akutního onemocnění. [Počta a kol., 1996]

Prognostická pásma:

- prognóza příznivá
- prognóza nejistá
- prognóza nepříznivá
- prognóza vysoce nepříznivá
- prognóza beznadějná - infaustní. [Bydžovský, 2008]

Čím je stav nemocného vážnější, tím je rozhodování obtížnější. Důležitým faktorem pro odhad prognózy je zkušenost a erudice lékařů. Je stanovována velice uvážlivě.

Podle prognostických úvah se stanovuje rozsah léčby, účinek nasazené léčby, informuje se rodina. [Adamus a kol., 2010]

Podle Zákona o zdravotních službách č.372/2011 Sb., budou moci pacienti písemně formulovat tzv. dříve vyslovené přání. Člověk má možnost si stanovit, jak si přeje, aby se s ním zacházelo v situaci, kdy již nebude moci dát svůj souhlas k lékařskému výkonu. Tak by bylo stanoveno, zda chce být oživován a jaké zákroky je ochoten podstoupit kdy již nebude schopen o lékařských výkonech sám rozhodovat. Tento dokument by měl mít pacient u sebe. Přání musí být písemné a s notářsky ověřeným podpisem. Pokud by si pacient ve svém dříve vysloveném přání eutanázii přál, v tomto bodě mu vyhověno nebude a jeho přání nelze akceptovat. [Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách /online/]

2.5.3 Pravda na nemocničním lůžku

Po druhé světové válce téměř všude na světě většinou přežívala strategie milosrdné lži ve sdělování informací pacientovi ohledně jeho zdravotního stavu, případně prognózy. Tato praxe byla vystřídána sdělováním pravdy. [Haškovcová, 1997]

Komu má být pravda sdělena?

V zásadě každému dospělému člověku. Vychází se z Listiny práv a svobod. Lékař má právo některé skutečnosti zamlčet, ale musí mít pro to důvod. [Haškovcová, 1997]

Nemocný by měl dostávat pravdivé informace, ale jen takové, které unese. Nejdříve by měly být sděleny nemocnému a s jeho souhlasem dalším příbuzným.

Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Každý má právo vědět, jaký je jeho zdravotní stav, jaká je prognóza. Má také právo na naději. Pacient také očekává ujištění, že nebude trpět tělesně ani psychicky a jeho dyskomfort bude minimalizován. [Haškovcová, 1997]

Rozhovor by měl být stručný a srozumitelný, pacient by měl mít možnost pokládat otázky. Sdělení by mělo být načasováno tak, aby pacient měl možnost následně hovořit ještě s někým jiným (s někým z rodiny, přítelem).

U velmi starých lidí lze uplatnit částečnou pravdu. [Haškovcová, 1997]

Zákon o zdravotních službách č.372/2011 Sb., stanovuje pacientovi právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu a způsobu léčby, které mu mají být poskytnuty. Pacient má také právo tyto informace odmítnout. [Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách /online/]

2.5.4 Dystanazie

Prvořadým úkolem zdravotníka, záchranáře - je záchrana pacientova života. K tomu slouží mnoho technik, farmakologických postupů a přístrojové diagnostiky a podpory. Občas se setkáváme s pojmem přístrojový život. [Haškovcová, 1997]

Stav, kdy je smrt neodvratná a přesto je medicínskými prostředky stále a namáhavě oddalována, je nazývána dystanazií, neboli zadrženou smrtí. Oddalování smrti je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin, ale nebrat na vědomí konečnost lidského života je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti. Zdravotníci stále intervenují ve prospěch života a tak zabraňují přirozenému průběhu umírání. [Haškovcová, 1997]

Téměř to vypadá, jako by nám vyspělá medicína trochu komplikovala život.

2.5.5 DNRO - Do Not Resuscitate Order

U terminálně nemocného člověka, kde se očekává smrt, může lékař dát souhlas s pokynem k neprovedení resuscitace (DNRO - do not resuscitace order). Tento pokyn by měl být obnovován každých 48 - 72 hodin. Pokud tuto ordinaci lékař zaznamená do dokumentace pacienta, sestra v případě zástavy srdeční činnosti či dýchání resuscitaci nezahajuje. Samozřejmou součástí je stálá maximální ošetřovatelská péče. [Kapounová, 2007]

Záchranář ani sestra nejsou oprávněni rozhodovat či jinak ovlivňovat ukončení resuscitace či podporu základních životních funkcí. To přísluší výhradně lékaři. [Kapounová, 2007]

2.6 Potřeby nemocného

Nemocným, umírajícím je třeba zabezpečit ošetřovatelskou péči, která vychází z individuálních potřeb. Každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle toho, jak sám vnímá umírání a smrt. Každý člověk si totiž uvědomuje konečnost svého života teprve v jeho průběhu.

Priorita potřeb se během nemoci mění. Na začátku onemocnění jsou v popředí potřeby biologické, v závěrečné fázi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. [Svatošová, 1995]

Do **potřeb biologických** patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Přijímat potravu, zbavit se produktů vlastního metabolismu. O většinu biologických potřeb bývá dobře postaráno v nemocnici. Ale nemusí to tak být vždycky.

Z **potřeb psychologických** je velmi důležité respektování lidské důstojnosti, zajišťování pocitu bezpečí. [Svatošová, 1995]

Nemocniční personál bývá často obviňován, že do péče je zapojeno mnoho přístrojů a žádný cit. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, lze přispět plněním následujících faktorů:

- udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného,
- odstranit nebo minimalizovat bolest,
- komunikovat,
- zajistit dostatečný odpočinek a spánek,
- vytvořit pocit jistoty a bezpečí.

Pro naplnění **potřeb sociálních** je důležitý kontakt se svými blízkými, kamarády.

O **spirituálních potřebách** pacienta se až do nedávné doby příliš nehovořilo. Právě v průběhu vážné choroby se začínají pacienti zabývat více otázkami týkajícími se smyslu života. Každý člověk chce vědět, že mu bylo odpuštěno a sám také odpouští. Je samozřejmé vyhovění žádosti umírajícího nebo rodiny o přítomnost duchovního u lůžka. Od zdravotní sestry se vyžaduje empatie, mít pochopení pro potřeby nemocného,

povzbuzování a posilování naděje [Kutnohorská, 2007]. Nikdy bychom neměli říkat, že situace je beznadějná. Lze říci, že situace je vážná. [Svatošová, 1995.

Způsob a úroveň poskytování ošetřovatelské péče umírajícím vyjadřuje stupeň etické zralosti a morální vyspělosti všech zdravotnických pracovníků. [Zeman a kol., 2003]

2.6.1 Zajišťování potřeb nemocného

Předpokladem zajišťování potřeb nemocných je správná komunikace. Poskytování kvalitní ošetřovatelské péče se bez ní neobejde. Komunikaci chápu jako profesionální dovednost. Aby mezi zdravotníkem a pacientem mohla probíhat a také plnila svůj smysl, je třeba aby, obě strany uměly, chtěly a měly možnost komunikovat.

Také neverbální komunikací je předáváno mnoho informací. Naše tvář je nejdůležitějším komunikačním nástrojem. Mimika a gestikulace zvyšují názornost toho, co chceme sdělit. [Kapounová, 2007]

Charakteristický rys moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální. [Trachtová a kol., 2006]

2.7 Terminální fáze

Terminální fáze je období posledních několika dnů a hodin lidského života. Ovšem jednoznačně a přesně ohraničit nejde, protože proces umírání je mnohovrstevný. U pacientů v terminální fázi bychom se měli postarat o minimalizaci dyskomfortu, odstraňování utrpení, neprodlužování procesu umírání, respektování jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu by měly být přizpůsobeny všechny léčebné a ošetřovatelské postupy. Klinický průběh terminálního stadia je závislý na typu onemocnění nebo poranění. Je indikována symptomatická léčba, tišení nepříznivých vjemů. Pacient by měl umírat v klidu. Lékař určuje způsob vedení léčby. [Haškovcová, 2007]

Je dobré podle možností být co nejvíce u lůžka umírajícího, který se musí vyrovnávat se zhoršováním svého zdravotního stavu. Obvykle není třeba mnoho říkat. Když však hovoříme, nezapomínejme, že nás umírající slyší. Povídat si o umírajícím v jeho přítomnosti, jako by již byl mrtvý, je nedůstojné a zraňující. [Sláma, Drbal, Plátová, 2008]

Marie Svatošová ve své práci uvádí, že jednou z nejdůležitějších vlastností zdravotníka při péči o umírající je jeho duševní vyrovnanost včetně jeho vyrovnání se s vlastní smrtelností. [Svatošová, 1995]

2.7.1 Ošetřovatelská péče u symptomů terminální fáze

Nejlepší léčbou tělesných symptomů je odstranění vyvolávající příčiny. Velice často neodstraníme a nevyřešíme všechny pacientovi obtíže. Je třeba spolu s nemocným stanovit, které ze symptomů a ostatních problémů jsou pro něj nejvýznamnější a těmi se zabývat přednostně. Zmírnění nepříjemných tělesných symptomů vnímá jako důležité také rodina umírajícího. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.1 Dušnost

Subjektivní pocit nedostatku vzduchu a obtížného dýchání. Bývá spojena s úzkostí, která pocit dušnosti dále zhoršuje. O kauzální léčbu se snažíme vždy, když je to možné. Symptomatická léčba je možná v každé situaci. Dýchání v závěru života může být nepravidelné a přestávky mezi jednotlivými dechy tak dlouhé (například 10–15 vteřin), že se nám může zdát, že již nemocný zemřel, a on přitom po chvíli opět začne dýchat.

Obecná opatření: Uklidnění pacienta, zaujetí, co nejpříjemnější polohy, čerstvý vzduch, dechová a relaxační cvičení. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.2 Kašel

Pokud je to možné a přiměřené, usilujeme o kauzální léčbu. Symptomatická léčba je indikována ve všech případech.

Obecná opatření: Odstranění dráždivých pachů, polohování, čerstvý vzduch. Usnadnění vykašlávání při produktivním kašli (zvlhčování vzduchu, inhalace, dechová

cvičení, poklepové masáže). Potlačení kašle při suchém dráždivém kašli (inhalace). [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.3 Terminální chrčivé dýchání

Hlasité chrčivé dýchání vzniká z hromadění sekretů ve velkých dýchacích cestách u zesláblých terminálně nemocných, kteří nejsou schopni expektorace. Často se vyskytuje u umírajících pacientů s poruchou vědomí charakteru soporu a komatu. Pacient sám většinou již sebe a své okolí nevnímá. Pacienta uložíme na bok. U nemocných při vědomí je odsávání zdrojem velkého dyskomfortu, zvyšuje riziko zvracení a aspirace a obvykle nevede k úlevě. Produkci sekretů lze snížit inhalací, podáním anticholinergik. Rodině pacienta je vhodné vysvětlit, že toto hlasité dýchání není projevem dušnosti či jiného utrpení umírajícího pacienta. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.4 Dehydratace

Zajištění dostatečného příjmu tekutin bývá obecně považováno za součást základní péče. Pravidelné nabízení tekutin per os v dostatečném množství je součástí základní ošetřovatelské péče. U pokročile a terminálně nemocných často není možné dostatečný příjem tekutin per os zajistit. Zásadní důležitost má u umírajících dobrá péče o dutinu ústní: sliznice mají sklon vysychat – dýchání ústy. Pravidelné zvlhčování a toaleta dutiny ústní (odstraňování hlenu, vyplachování čajem, otírání rtů) je dalším důležitým úkonem ošetřovatelské péče. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.5 Nauzea a zvracení

Příčin nevolnosti a zvracení může být u nemocných celá řada. Antiemetika volíme podle předpokládaného patogenetického mechanismu. Podáváme je v dostatečných dávkách a intervalech, přiměřenou aplikační cestou. Někdy je potřeba vyzkoušet více preparátů. Dietní opatření - lehce stravitelná jídla častěji podávaná v menších dávkách. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.6 Nechutenství

Snížená až vymizelá chuť k jídlu je velmi častým symptomem pokročilých onemocnění. Je částečně kauzálně ovlivnitelná. Častým důvodem snížené chuti k jídlu je nedostatečně zmírněná bolest. U pacientů v terminálním stadiu onemocnění v otázkách v příjmu potravy zcela respektujeme přání nemocného. Pokud jídlo nechce, nenaléháme. Tato skutečnost je často obtížně přijatelná pro pacientovy příbuzné, kteří mají obavu, aby jejich blízký neumřel hladem. Je potřeba je citlivě poučit že pacient hlad nepociťuje a odmítání potravy je přirozeným projevem umírání. Podávání umělé výživy není u pacientů v terminální fázi indikované. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.7 Zácpa

Zácpa bývá častá u pokročile a terminálně nemocných. Nejčastější příčiny jsou: omezená pohyblivost, dehydratace, malý perorální příjem, vliv léků.

Obecná opatření: dostatečná hydratace, tlumení bolestí spojených s defekací, zajištění intimity při defekaci, vysazení všech postradatelných léků, změna aplikační formy opioidů (parenterální podání a náplasťové lékové formy působí zácpu méně), obecná dietní opatření. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.8 Delirium

Akutně vzniklý syndrom charakterizovaný kolísavou intenzitou provázenou poruchami pozornosti, kognitivních funkcí, vnímání a psychomotorických projevů. Podle převažujících psychomotorických projevů se dělí na hyperaktivní - agitované, hypoaktivní a smíšené. Příčiny, vedoucí k nástupu deliria mohou být různé, např. metabolické příčiny, oběhové a další.

Snažíme se zajistit klidné prostředí, dostatek kvalitního spánku. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

2.7.1.9 Bolest

Bolest existuje odjakživa, stejně jako pokusy porozumět jí a léčit ji. Bolest nás upozorňuje na poranění nebo na nemoc a funguje jako ochranný mechanizmus. Reakce

na ni je u každého člověka odlišná. Proces bolesti zahrnuje komplexní fyziologické a psychické reakce, které se různí člověk od člověka a do konce i den ode dne. [Kolektiv autorů, 2006]

Bolest je vždy subjektivní. Je jedním z nejčastějších a nejobávanějších klinických symptomů. Intenzita bolesti je hlavním faktorem, který rozhoduje o jejím celkovém vlivu na pacienta. Silnou bolest je třeba považovat za neodkladný klinický stav, který vyžaduje okamžité řešení. Intenzita často během dne i v delším časovém období v závislosti na řadě faktorů významně kolísá.

Ještě bych zmínila rozdělení bolesti na akutní a chronickou. Akutní bolest se vyznačuje rychlým začátkem a předvídatelným koncem. Setkáváme se s ní hlavně při úrazech, při pooperačních stavech. Chronická bolest se vyznačuje delším časovým horizontem, trvá déle než šest měsíců a její příčinu nejsme schopni odstranit, ale dovedeme ji tlumit.

Většina doporučení pro léčbu bolesti vychází z rozdělení bolesti do tří stupňů: mírná, středně silná a silná. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol. 2006]

Mírná bolest obvykle poměrně málo narušuje pacientovy funkce a k jejímu zmírnění obvykle stačí neopioidní analgetika. Důležitá je edukace pacienta jak postupovat v případě, že se intenzita zhorší.

Středně silná bolest obvykle již významně ovlivňuje některé oblasti pacientova života. Je třeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a nejpozději za 24-72 hodin zhodnotit efekt této léčby.

Silná bolest (nejhorší bolest) vyžaduje rychlé zahájení léčby dostatečně silnými analgetiky, většinou silnými opioidy. Efekt této léčby je třeba zhodnotit nejpozději za 24 hodin a podle potřeby musíme dávky upravit. Dávkování silných opioidů je přísně individuální.

Základním vodítkem pro volbu analgetika je intenzita bolesti, kterou pacient udává. V případě deliria, bezvědomí je hodnocení jednotlivých symptomů obtížné a celkový dyskomfort je třeba posuzovat na základě pečlivého pozorování. [Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006]

Moderní léčba bolesti spočívá v zachování co nejvyšší kvality života umírajícího až do konce.

2.8 Smrt

Smrt je nezvratná (ireverzibilní) ztráta celovztažného uspořádání organismu. [Stříteský, 2001]

Smrt z lékařského hlediska je stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběhu a dýchání. [Martin Vokurka, Jan Hugo a kol., 2005]

Předsmrtný zápas je označován jako **agonie**. Jsou zachovány základní životní funkce, ale dochází k poruše funkce některých orgánů.

Smrt klinická - nastává při zástavě dechu a krevního oběhu, bezvědomí. Život nemocného je bezprostředně ohrožen.. Může být reverzibilní (správně vedenou první pomocí) nebo přechází v smrt biologickou. [Stříteský, 2001]

Smrt biologická - je dána nezvratným zánikem činnosti buněk různých orgánů a systémů. Je nezvratná. [Bydžovský, 2008]

Smrt mozku je nezvratné vymizení všech mozkových funkcí včetně funkcí mozkového kmene. Je přítomno hluboké koma, nevýbavnost mozkových reflexů.

Diagnostika mozkové smrti se provádí nejméně za 6-12 hodin od vzniku klinických známek mozkové smrti. Provádí se mozková panangiografie, kdy se kontrastní látka vstříkne do obou krčních tepen. Při mozkové smrti se kontrastní látka nedostane do mozkové tkáně. Provádí se dva nástřiky v intervalu třiceti minut. [Kapounová, 2007]

Rychlost skonu je různá. Rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou.

Náhlá smrt svůj příchod neavizuje, rychlá to činí nezřetelně nebo v omezeném rozsahu. Pojmy náhlá a rychlá smrt se překrývají. Náhlá smrt je často dávána do souvislosti s tragickou smrtí. Smrt rychlá reflektuje nemoc, která je příčinou rychlého skonu (např. infarkt myokardu). Oba tyto druhy smrti zaskočí zcela nepřipravené příbuzné. [Haškovcová, 2007]

Smrt si člověk také způsobí sám. Neúmyslně – sebezabitím, nebo úmyslně sebevraždou. [Haškovcová, 2007]

2.8.1 Konstatování smrti

Úmrtí konstatuje vždy lékař podle platných odborných kritérií. Určení okamžiku smrti má význam velký význam v řadě situací, např. při rozhodování, kdy považovat

resuscitaci za neúspěšnou a ukončit ji. Lékař prohlédne tělo za účelem konstatování úmrtí, dále vystaví List o prohlídce zemřelého v pěti kopiích. Pokud bude nařízena pitva, připravuje se šest kopií. Musí být vyplněny osobní údaje, datum a čas úmrtí, příčina smrti podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. revize. [Bydžovský, 2008] Následně lékař oznámí úmrtí rodině a vyjádří soustrast.

2.8.2 Péče o zemřelého

Péče o zemřelého patří mezi poslední povinnosti sestry k nemocnému. Tento úkon v sobě zahrnuje péči o tělo zemřelého, o pozůstalost a pozůstalé. Vždy bychom měli postupovat taktně, důstojně a eticky. Ošetření těla zemřelého se provádí podle interních předpisů daného zdravotnického zařízení a dále podle ošetřovatelského standardu. Dále se vychází ze zákona o pohřebnictví č. 256/2001 Sb., který reguluje postupy od předání těla zemřelého až k pohřbení. [Zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů č.256/2001 Sb., /online/]

Pokud není možné, aby ostatní pacienti opustili pokoj, je třeba kolem lůžka zemřelého přistavit zástěnu a zajistit intimitu. Dodnes se na některých odděleních, když zemře člověk, otevírá se okno.

Sestra z lůžka odstraní všechna pomocná zařízení, lůžkoviny. Zemřelého svlékne, odstraní náplasti, katétry a omyje tělo. Urovná tělo na čisté prostěradlo, zavře oči, zkontroluje stav chrupu, případně vyjme snímatelnou zubní protézu, podváže bradu

Je nutné zajistit identifikaci zemřelého dvěma jmenovkami. Na těch je napsáno jméno, příjmení, rodné číslo, název zdravotnického zařízení, oddělení, na kterém došlo k úmrtí. Také nechybí zaznamenání času úmrtí. Nakonec je tělo zabaleno do prostěradla a ponecháno dvě hodiny na oddělení.

Sestra sepíše se svědkem pozůstalost, cennosti uloží do trezoru. Vše pečlivě zaznamená do dekurzu a ošetřovatelské dokumentace. Pozůstalost se vydává pozůstalým, kteří se prokáží občanským průkazem.

2.9 Smrt mimo zdravotnické zařízení

Záchranář se také setkává s úmrtím mimo zdravotnické zařízení. Konstatovat smrt je oprávněn pouze lékař.

Náhlé úmrtí může nastat kdekoliv: doma, cestou do zaměstnání, na pracovišti, v dopravním prostředku, za volantem, při sportu. [Bydžovský, 2008]

Násilnou smrtí se rozumí smrt, která nastala působením násilí na organismus. Ke smrti může dojít ihned nebo krátce po předcházejícím násilí, nebo až za delší dobu jako důsledek komplikací. Podle druhu násilí k smrti může dojít působením mechanického násilí, fyzikálního násilí a působením chemických látek. Mezi mechanická násilí patří poranění různými nástroji ať už ostrými nebo tupými a různé druhy dušení.

V České republice se předpokládá souhlas se zařazením do transplantačního programu. Pokud dojde k mozkové smrti při dopravních nehodách, může být osoba vhodným dárcem orgánů. Již v přednemocniční neodkladné péči je toto mít na zřeteli a nemocného monitorovat, pečovat o dostatečnou perfuzi orgánů, zabránit vzniku hypotermie. [Bydžovský, 2008]

Vhodným dárcem může být osoba ve věku cca 5-55 let, která nemá infekční choroby, interní onemocnění nebo malignity, je hemodynamicky stabilní. [Bydžovský, 2008]

2.9.1 Oznámení úmrtí

Každé úmrtí mimo zdravotnické zařízení musí být ohlášeno místně příslušnému praktickému lékaři. Oznamovací povinnost má každý, kdo nalezl mrtvé tělo, nebo byl svědkem úmrtí. [Pokorný et al., 2010]

Lékař prohlédne tělo za účelem konstatování smrti, stanovení příčiny úmrtí. I u zdánlivě přirozené, nenásilné smrti je nutno zemřelého zevrubně prohlédnou a vyloučit známky násilného úmrtí. Posmrtné změny je nutné podrobně popsat. [Pokorný et al., 2010]

Dále vystaví list o prohlídce zemřelého. O každém nálezu mrtvoly musí být vyrozuměna Policie České republiky. Následně kontaktuje pohřební službu. Při nejasné příčině smrti prohlížející lékař rozhodne o zdravotně bezpečnostní pitvě, eventuelně indikuje PČR soudní pitvu. Kromě úmrtí beze svědků je pitva prováděna při úmrtí na

veřejnosti, u dětí, u ženy v souvislosti s porodem nebo potratem, násilné smrti, úrazu z povolání, osoby ve vazbě, neznámé či osamělé osobě, u cizinců, u dopravních nehod. Pitvy se provádějí na pracovištích soudního lékařství, nebo patologie. [Pokorný et al., 2010]

Při úmrtí v souvislost s trestným činem nebo sebevraždou musí být Policie České republiky informována ihned. Lékař vypíše dokumenty (vypsání Listu o prohlídce zemřelého, Průvodní list k pitvě, Příkaz ke zdravotnímu transportu) a zapečetěné je předá Policii ČR. [Bydžovský, 2008]

V případech úmrtí v souvislosti s trestným činem nařizuje vyšetřovatel soudní pitvu. Ve výjimečných případech ji také může nařídit soud. [Pokorný et al., 2010]

2.9.2 Jisté a nejisté známky smrti

V některých případech nenásilné i násilné smrtí lze v terénu málokdy s jistotou určit čas a příčinu smrti. Vycházíme z tzv. nejistých a jistých známek smrti.

Jisté známky smrti:

Tonelliho příznak - deformovatelnost zornice stlačením. Vyvíjí se záhy po úmrtí a bývá přítomen asi dvě hodiny. Tato zkouška se nedaří u oběšených, utopených a u glaukomu. Také vymizí reakce zornic na světlo.

Posmrtné skvrny - nafialovělé až temně fialové barvy. Nejčastěji se vyskytují na krku a zádech. Vznikají stékáním krve v cévách na nejníže položené části těla. Skvrny červené barvy se vyskytují u otrav kysličníkem uhelnatým, v případě nedostatku erytrocytů (anémie, vykrvácení) jsou nevýrazné. [Stříteský, 2001]

Zasychání kůže a sliznic, zkalení a vysychání rohovky. [Bydžovský, 2008]

Posmrtná ztuhlost - (rigor mortis) způsobuje zástava tvorby tepla v organizmu. Začíná asi jednu hodinu po smrti na svalech v obličeji, dále na dolních končetinách, trupu, horních končetinách. Začíná přibližně dvě hodiny po smrti. Plně vytvořená je za 6 - 12 hodin. Může být zrušena použitím síly a poté se již neobnoví. [Stříteský, 2001]

Mrtvolný chlad - tělo se ochlazuje cca o 1 stupeň C za hodinu, podle okolních podmínek. Po smrti klesá teplota zemřelého na teplotu okolí. [Stříteský, 2001]

Mrtvolný rozklad - začíná od 2. - 3. dne vlivem anaerobních bakterií. [Bydžovský, 2008]

Autolýza - samonatrávení je způsobena působením enzymů ve tkáních. Začíná okamžitě po smrti. [Stříteský, 2001]

Resuscitace se nezahajuje při jistých známkách smrt a při stavech neslučitelných se životem. [Bydžovský, 2008]

Nejisté známky smrti – zástava dýchání, zástava srdce, nevýbavnost reflexů, bledost kůže, pokles tělesné teploty zvláště na končetinách.

Se zdánlivou smrtí se můžeme setkat u úrazů elektrickým proudem, bleskem, u otrav (především hypnotiky), při silném podchlazení, u utopených a v komatu. Pokud má lékař nějaké pochybnosti o nastalé smrti, neprodleně musí zahájit resuscitaci a to tak dlouho, dokud nezjistí jisté známky smrti. Neodkladnou resuscitaci může ukončit pouze lékař. Čas úmrtí je časem ukončení resuscitace. [Bydžovský, 2008]

2.9.3 Legislativa vztahující se k problematice smrti

1. Zákon č. 256/2001 Sb. „O pohřebnictví a o změně některých zákonů“, v platném znění stanovuje podmínky pro zacházení s lidskými ostatky, práva a povinnosti související s provozováním pohřební služby, prováděním balzamací a konzervací lidských pozůstatků a s provozováním krematorií a pohřebišť. [Zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů č.256/2001 Sb., /online/]

2. Vyhláška č. 19/1988 Sb. ministerstva zdravotnictví ČSR „O postupu při úmrtí a pohřebnictví“, v platném znění, stanovuje povinnost oznámení úmrtí, prohlídky zemřelého, jejímž účelem je zjistit úmrtí a jeho příčiny. Ukládá podmínky pro provedení povinné pitvy, podmínky při odnímání tkání a orgánů z těl mrtvých. [Vyhláška MZ 19/1988 o postupu při úmrtí a o pohřebnictví o postupu při úmrtí, platná ustanovení dle zákona 256/2001 Sb., /online/]

3. **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

[Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách /online/]

2.9.4 Nejčastější příčiny úmrtí v České republice

Při statistickém určení příčiny smrti je rozhodující prvotní příčina smrti, jak byla stanovena lékařem při ohledání zemřelého. Používá se kódování podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. V současnosti platí 10. revize této klasifikace. [Český statistický úřad. *Zemřelí.* /online/]

- 51 % nemoci oběhové soustavy (ICHS-AIM, CMP)
- 26 % novotvary (onkologická onemocnění)
- 6 % vnější příčiny (poranění, otravy)
- 5,5 % nemoci dýchací soustavy
- 4,5% nemoci trávicí soustavy. [Bydžovský, 2008]

V roce 2009 zemřelo v České republice 107 421 osob. Nejčastější příčinou smrti jsou v České republice dlouhodobě nemoci oběhové soustavy. V roce 2009 zemřelo v důsledku kardiovaskulárních chorob 54,1 tis. osob, což představovalo 50,4% všech úmrtí.

Druhou nejčastější příčinou smrti jsou od druhé poloviny 80. let 20. století zhoubné novotvary. [Český statistický úřad. *Zemřelí.* /online/]

Zatímco u mužů byly třetí nejčastější příčinou smrti (se zhruba 8 % podílem na celkovém počtu zemřelých) vnější příčiny, např. dopravní nehody, otravy, sebevraždy, tonutí a další druhy traumat, u žen byly třetí nejfrekventovanější příčinou smrti nemoci dýchací soustavy (5,4 % zemřelých žen). [Český statistický úřad. *Zemřelí.* /online/]

2.10 Výuka zdravotnického personálu v thanatologii

Odborníci, kteří se zabývají problematikou umírání, se shodují v tom, se kterými okruhy thanatologie by měly být studenti zdravotních škol a medicíny seznámeni. [Haškovcová, 2007]

V rámci výuky by se měli zabývat smrtí jako daností, smrtí jako nutnou podmínkou života, smrtí v historii, jak ji lidé přijímají, co si o ní myslí filosofové, teologové. Dále by měli mít povědomí o procesu umírání, oborové péči o umírající, o psychických a spirituálních potřebách umírajících a jejich blízkých. Také by měli znát pojem dystanázie, důvody jejího vzniku, základní principy paliativní medicíny, vědět o eutanázii, o programu DNR. Stejně tak důležité jsou znalosti v oblasti kvality života, o ritualizaci smrti ve zdravotnickém zařízení. Je třeba seznámit se s dostupnou literaturou, která se k dané problematice váže. Mnoho studentů se s umíráním a se smrtí setkává až v průběhu praxe. [Haškovcová, 2007]

2.11 Stres, syndrom vyhoření

Není-li zdravotnický personál dostatečně připraven na zvládání úkolů v péči o nemocné, může u něj docházet k nakumulování stresu, syndromu vyhoření, které pak vedou k nekvalitní péči o nemocné. Pojem syndrom vyhoření bývá zaměňován za stres. Stres může, avšak nemusí dovést pracovníka až k vyhoření. Lidé jsou schopni a často i ochotni pracovat v náročných podmínkách a vysokém pracovním zatížení. Pokud zažívají, že jejich snažení má smysl, je podněcována motivace pokračovat. Schopnost zvládat stres je považována za jednu z nejvýraznějších známek duševního zdraví. [Křivohlavý, 2001]

Syndrom vyhoření se projevuje tendencí k únikovým mechanismům. Psychicky projevuje zklamáním, skepsí, nepřítomností zájmu, beznadějí, pocity ztráty smyslu. Vzniká tam, kde je pracovník vystaven velké psychické a emotivní zátěži. V profesním chování se může objevit nárůst rutinního výkonu, s tendencí minimalizovat kontakt s lidmi. Proces vyhoření má pozvolný, plíživý průběh. U člověka klesá schopnost adaptovat se, učit se novým věcem. [Vodáčková, 2007] Neléčený syndrom vyhoření může mít celou psychických i somatických následků. Výsledkem může být úplná ztráta schopnosti pracovat. [Haškovcová, 2007]

Velmi často se s ním setkáváme u zdravotníků, učitelů. Kdo pracuje v pomáhajících profesích, měl by také dbát o duševní hygienu a tak předcházet syndromu vyhoření. Respektovat svoji osobní hranici práce a odpočinku. [Vodáčková, 2007]

Po ukončení práce intuitivně používáme uvolňovací techniky jako protažení, vydýchnutí. Někdy ve velké zátěži zapomínáme jíst a pít. Je nutné si dopřát přiměřený odpočinek. Také je doporučováno nevzdávat se svých zálib, sportovních aktivit. Je dobré využívat sebevzdělávání jako další formy profesionálního seberozvoje. Významné je udržování všech mezilidských, kamarádských vztahů a tím se vyvarovat sociální izolace. [Vodáčková, 2007]

3 Praktická část

3.1 Úvod do praktické části

Pro praktickou část své absolventské práce jsem použila písemné dotazníkové šetření mezi zdravotníky. Zajímal mne jejich pohled a zkušenost s tématem umírání. Anonymní dotazník obsahoval 19 otázek. Volila jsem většinou uzavřenou formu otázek. Respondenti v nich zaškrtávali zvolené odpovědi. Dotazníkovým šetřením jsem se snažila zjistit potřebná data. Délku dotazníku jsem se snažila optimalizovat tak, aby jeho vyplnění respondent nepovažoval za ztrátu času.

3.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo přehledně zpracovat problematiku umírání a smrti a získat přehled o znalostech zdravotníků v oblasti thanatologie a jejich vnímání dané problematiky.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen zdravotníky na pozici zdravotní sestra pracujícími v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze 1 a studenty 2. a 3. ročníku VOŠ MILLS oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář v dálkovém studiu. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. Z 65 dotazníků, které se mi vrátily, muselo být 5 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Následující výsledky výzkumu byly tedy zpracovávány na základě 60 kompletně vyplněných dotazníků.

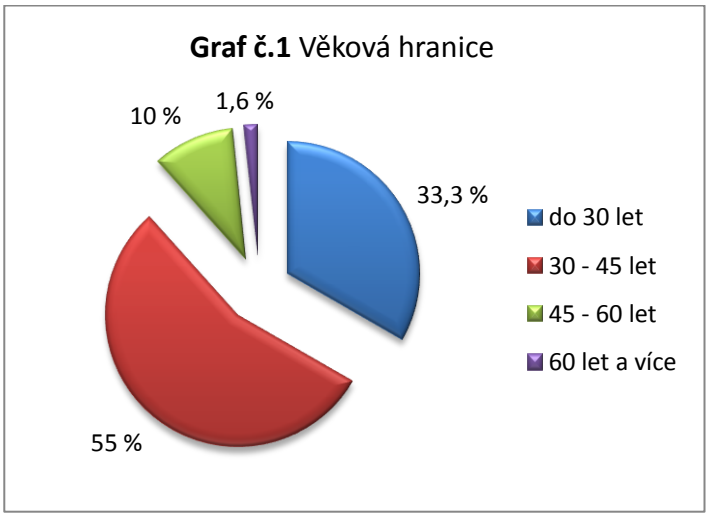
Na odpovědi měli respondenti neomezený čas (osobní spolupráce na vyplnění s 9 respondenty). Z tohoto výzkumného souboru je 17 mužů a 43 žen.

3.4 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Vaše věková hranice?

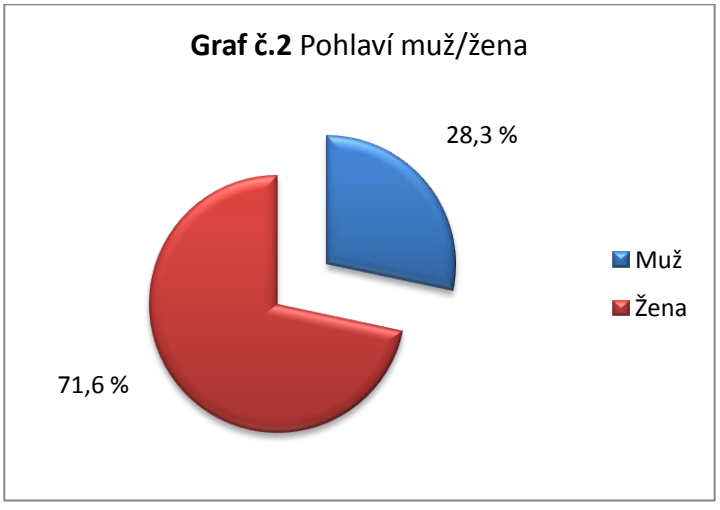
Tabulka č. 1: Věková hranice respondentů

Do 30 let	33,3 %
30- 45 let	55 %
45- 60 let	10%
60 let a více	1,6 %



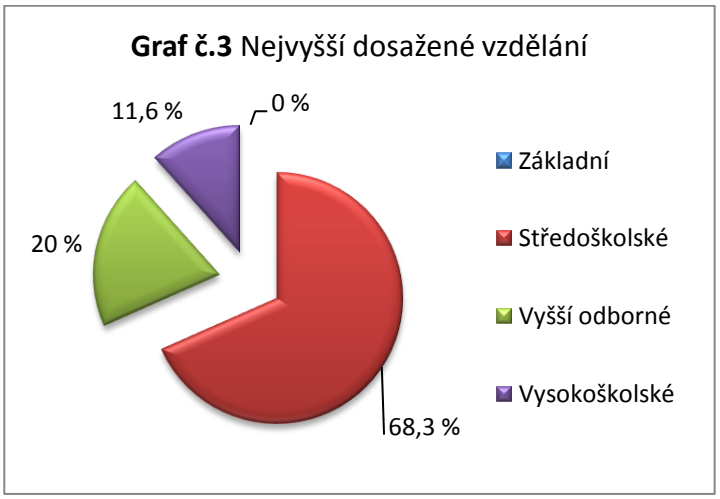
Podle rozložení grafu je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinou respondentů podle věku je skupina 30 - 45 let (55%), dále skupina respondentů do 30 let (33,3%). Ve věku 45 - 60 let je 6 (10,0 %) dotázaných a 1 (1,6 %) je ve věku nad šedesát let.

Otázka č. 2: Vaše pohlaví?



Z 60 respondentů odpovědělo 17 mužů (28,3 %) a 43 žen (71,6 %).

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

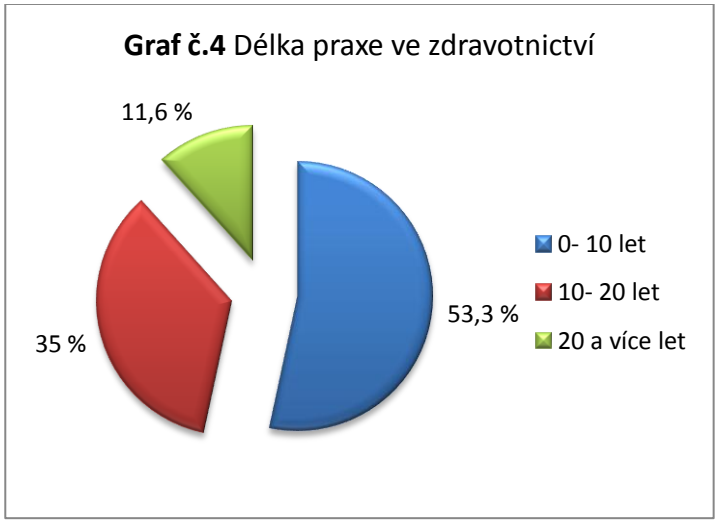


Základní vzdělání jako nejvyšší ukončené vzdělání neuvedl žádný z dotazovaných. Středoškoláků je 41 (68,3 %), vyšší odborné vzdělání má 12 (20 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání má 7 (11,6%) zdravotníků.

Otázka č. 4: Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

Tabulka č. 2: Délka praxe ve zdravotnictví

0- 10 let	53,3 %
10- 20 let	35 %
20 a více let	11,6 %

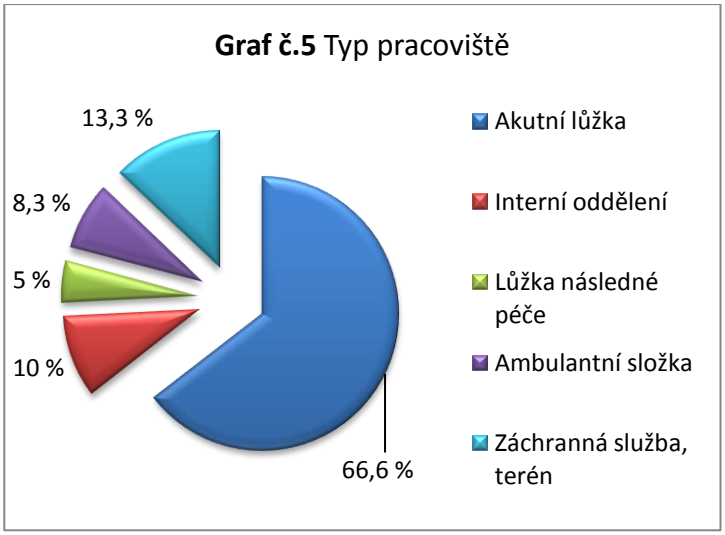


Délku praxe ve zdravotnictví do 10 let uvádí 32 (53,3 %) dotazovaných, od 10 do 20 let 21 (35,0 %) respondentů, 20 a více let uvádí 7 (11,6 %) zdravotníků.

Otázka č. 5: Na jakém typu oddělení pracujete?

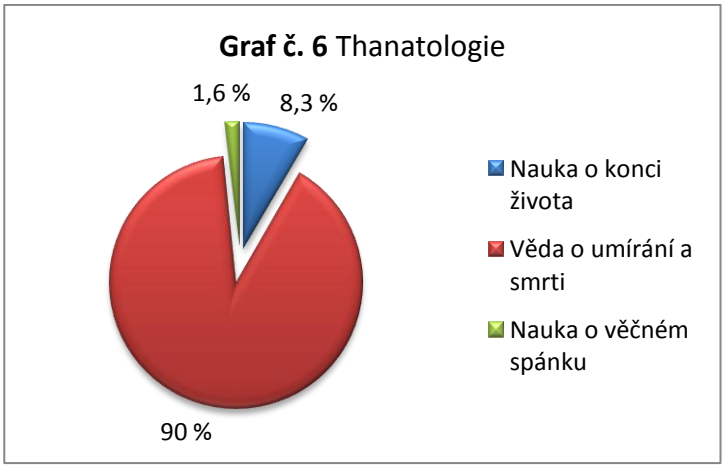
Tabulka č. 3: Typ pracoviště.

Akutní lůžka	66,6 %
Interní oddělení	10 %
Lůžka následné péče	5 %
Ambulantní složka	8,3 %
Záchranná služba terén	13,3 %



Na tuto otázku bylo odpovězeno takto: na akutních lůžkách pracuje 40 (66,6%), na interním oddělení 6 (10,0 %), na lůžkách následné péče 3 (5,0 %), v ambulantní složce 5 (8,3 %) a na záchranné službě 8 (13,3 %) respondentů.

Otázka č. 6: Thanatologie je podle vás?

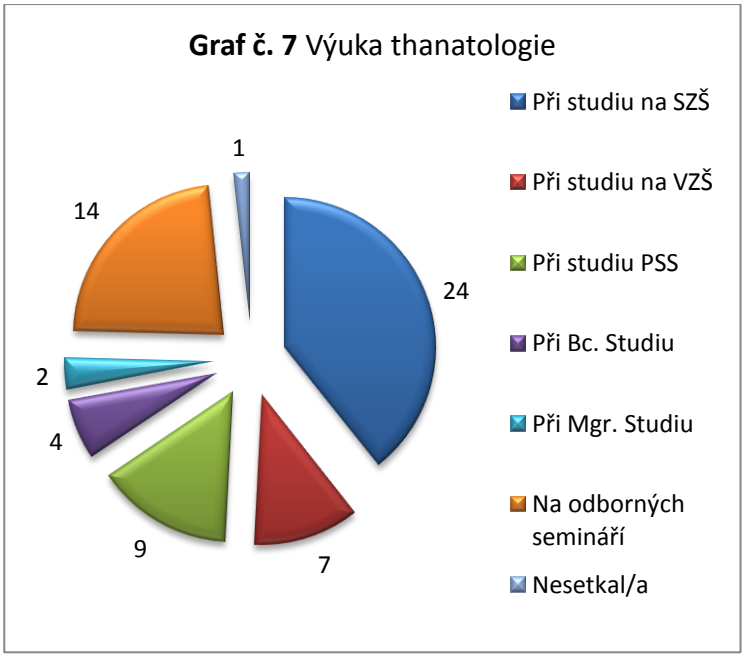


Tato otázka je zodpovězena takto: 5 (8,3 %) respondentů považuje thanatologii za nauku o konci života, pro většinu respondentů 54 (90,0 %) je thanatologie věda o umírání a smrti. Jeden dotázaný (1,6 %) se přiklonil k odpovědi, že thanatologie je nauka o věčném spánku.

Otázka č. 7: S výukou thanatologie jste se setkal/a:

Tabulka č. 4: Výuka thanatologie

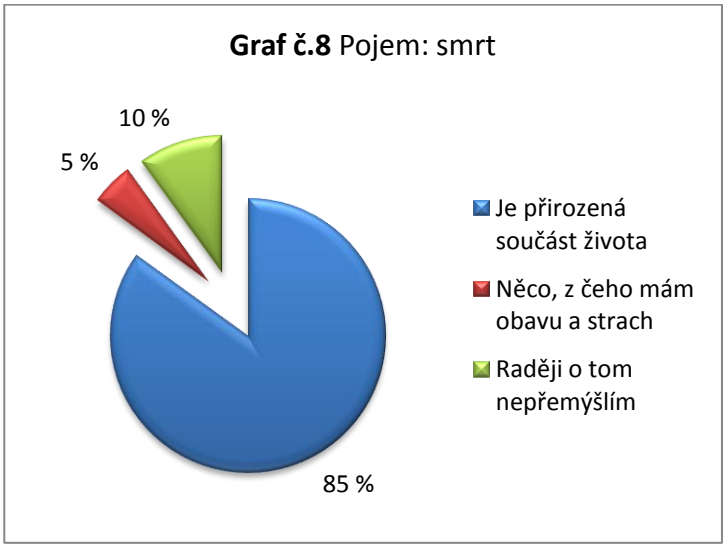
Při studiu na SZŠ	24
Při studiu na VZŠ	7
Při studiu PSS	9
Při Bc. studiu	4
Při Mgr. studiu	2
Na odborných seminářích	14
Nesetkal/a	1



V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 72 odpovědí se 24 dotazovaných s výukou thanatologie setkalo při studiu na SZŠ, 7 při studiu na VZŠ, 9 v průběhu pomaturitního specializačního studia, 4 při bakalářském studiu, 2 při magisterském studiu, 14 na odborných seminářích a 11 se věnovalo

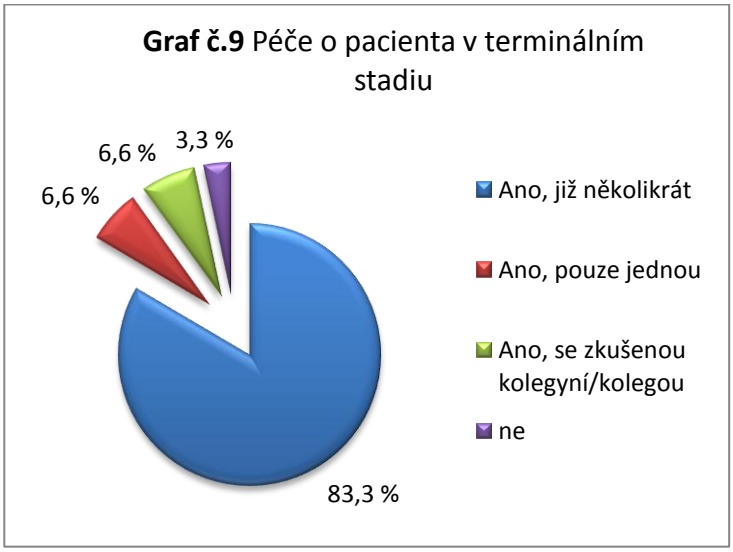
samostudiu. Pouze 1 respondent odpověděl, že se s výukou thanatologie ještě nikdy nesetkal. 11 respondentů zvolilo více odpovědí.

Otázka č. 8: Co pro Vás znamená pojem smrt?



Na otázku "Co pro vás znamená pojem smrt?" odpovědělo 51 (85,0 %) dotazovaných, že považuje smrt za přirozenou součást života, 3 (5,0 %) respondenti ji považují za něco, z čeho mají obavu a strach a 6 (10,0 %) raději o smrti nepřemýšlí.

Otázka č. 9: Pečoval jste již o pacienta v terminálním stadiu?

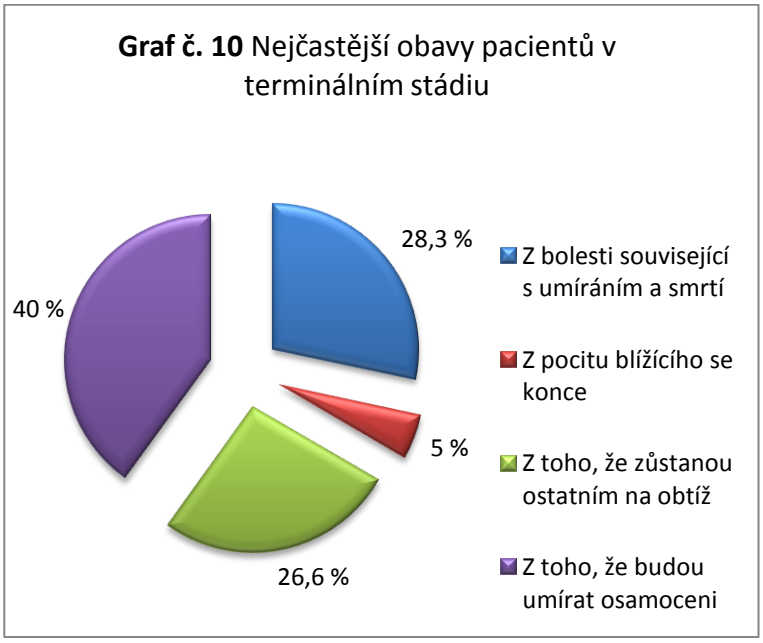


O pacienta v terminálním stadiu již několikrát pečovalo 50 (83,3%) dotázaných, 4 (6,6 %) respondenti uvedli, že pečovali pouze jednou. Se zkušenou kolegyní/kolegou o pacienta v terminálním stadiu pečovali 4 (6,6 %) dotazovaní a 2 (3,3%) respondenti ještě o pacienta v terminálním stadiu nepečovali.

Otázka č. 10: Jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější obavy pacientů v terminálním stádiu?

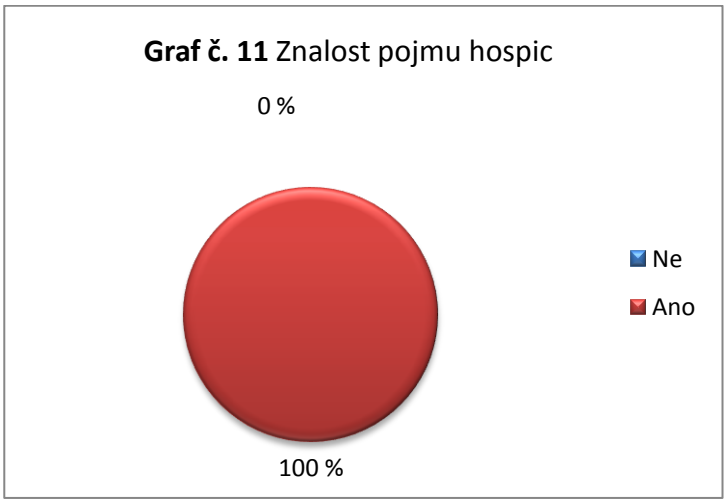
Tabulka č. 6: Nejčastější obavy pacientů v terminálním stadiu

Z bolesti související s umíráním a smrtí	28,3 %
Z pocitu blížícího se konce	5 %
Z toho, že zůstanou ostatním na obtíž	26,6 %
Z toho, že budou umírat osamoceni	40 %



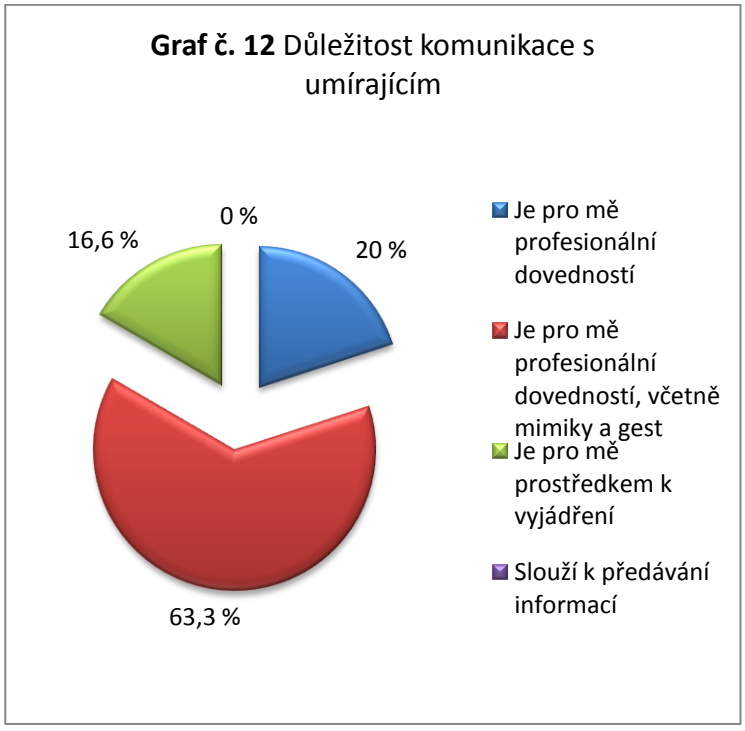
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů si 17 (28,3 %) myslí, že největší obavy pacienta v terminálním stadiu jsou z možné bolesti související s umíráním a smrtí, 3 (5,0 %) respondenti odpověděli, že z pocitu blížícího se konce, podle názoru 16 (26,6 %) dotázaných, že umírající nechce zůstat ostatním na obtíž a 24 (40,0 %) předpokládá, že se pacient obává umírání v osamocení.

Otázka č. 11: Znáte pojem hospic?



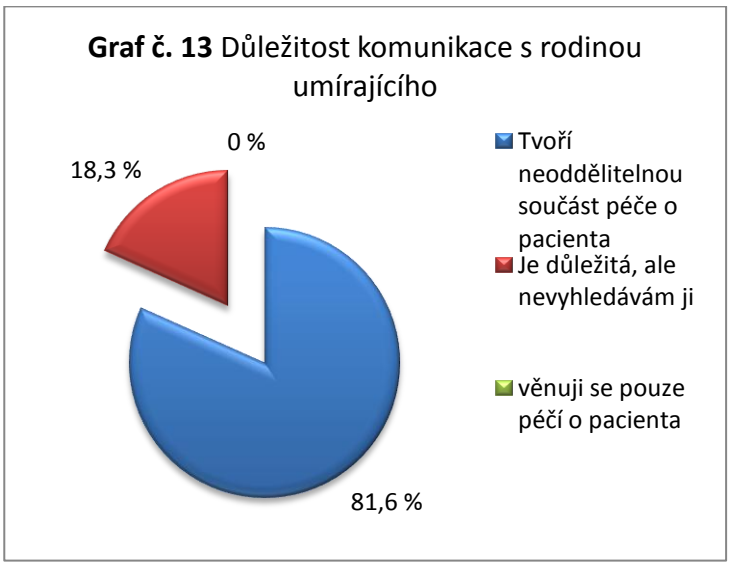
Všech 60 respondentů (100 %) odpovědělo, že zná pojem hospic.

Otázka č. 12: Jak důležitá je pro Vás komunikace s umírajícím?



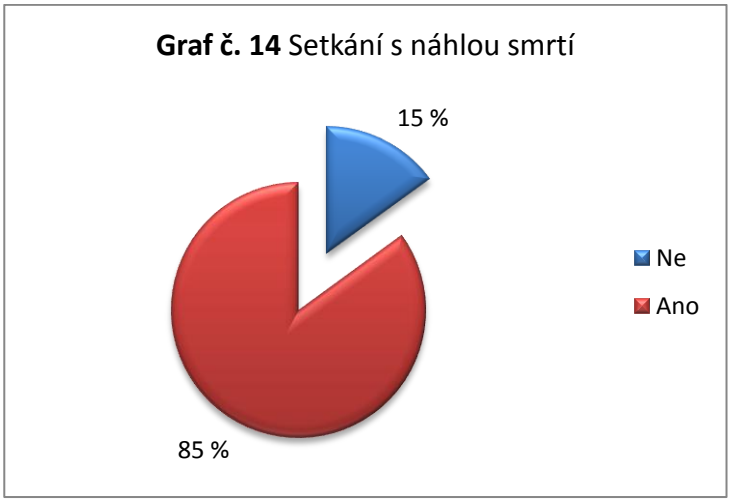
Komunikaci s umírajícím jako profesionální dovednost považuje za důležitou 12 (20,0 %) dotázaných, 38 (63,3 %) respondentů komunikaci chápe jako profesionální dovednost včetně mimiky a gest, 10 (16,6 %) respondentů uvedlo, že je komunikace prostředkem k vyjádření. Žádný respondent neuvedl, že komunikace s umírajícím slouží pouze k předávání informací.

Otázka č. 13: Jak důležitá je pro vás komunikace s rodinou (blízkými) umírajícího pacienta?



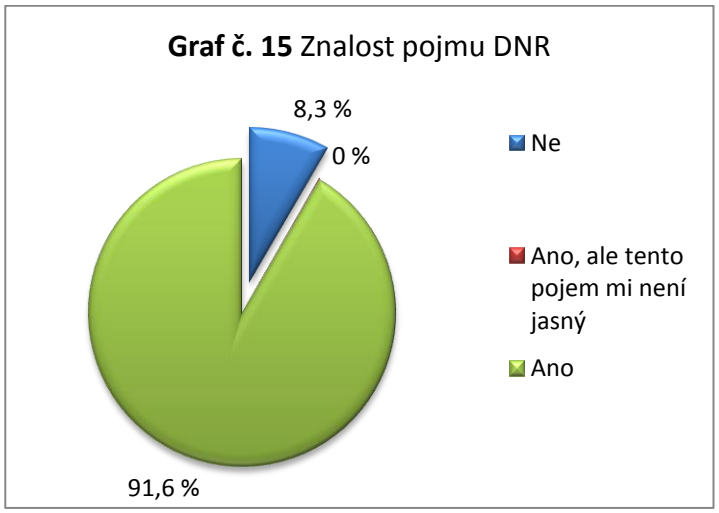
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů si 49 (81,6 %) myslí, že komunikace s rodinou (blízkými) umírajícími tvoří neoddělitelnou součást péče o pacienta, 11 (18,3 %) dotázaných ji také považuje za důležitou, ale nevyhledává ji, naštěstí nikdo není toho názoru, že by se měl věnovat pouze péči o pacienta.

Otázka č. 14: Setkal/a jste se s náhlou smrtí pacienta?



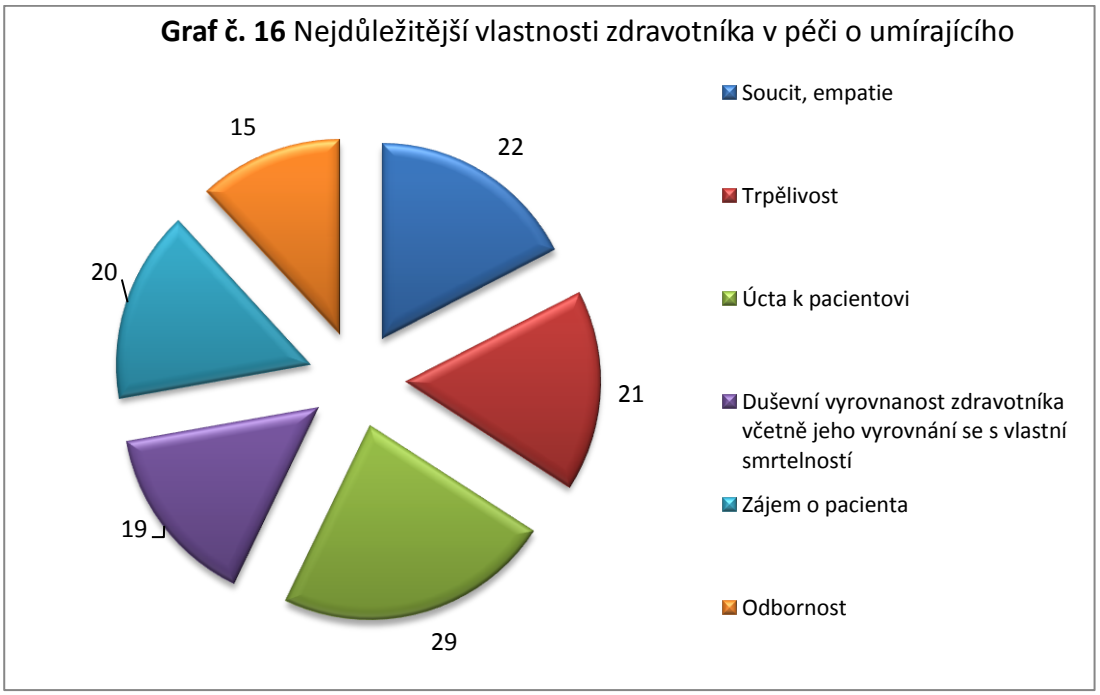
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů se setkalo s náhlou smrtí 51 (85,0 %) dotázaných, 9 (15,0 %) odpovědělo ne.

Otázka č. 15: Setkal/a jste se s pojmem DNR - Do Not Resuscitate?



Dotázaní respondenti na otázku, zda se setkali s pojmem DNR, odpověděli: 5 (8,3 %) se s tímto pojmem ještě nesetkalo, 55 (91,6 %) respondentů se s tímto pojmem setkalo. Nikdo neuvedl, že by se tímto pojmem setkal a zároveň by mu nebyl jasný.

Otázka č. 16: Které z uvedených vlastností zdravotníka považujete za nejdůležitější při péči o umírající pacienty?

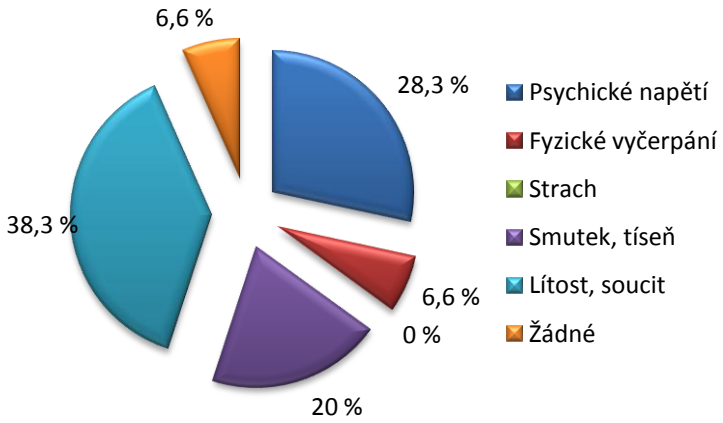


V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 126 odpovědí se 22 dotazovaných domnívá, že nejdůležitějšími vlastnostmi zdravotníka při péči o umírajícího jsou soucit a empatie, 21 je toho názoru, že to je trpělivost, 29

považuje za nejdůležitější úctu k pacientovi, 19 považuje za nejdůležitější duševní vyrovnanost zdravotníka včetně jeho vyrovnání se s vlastní konečností, 20 zájem o pacienta a 15 respondentů preferuje odbornost. Více vybraných odpovědí svědčí o tom, že umějí a chtějí k umírajícímu přistupovat komplexně a s citem.

Otázka č. 17: Objevují se u Vás některé z těchto pocitů při ošetřování umírajících?

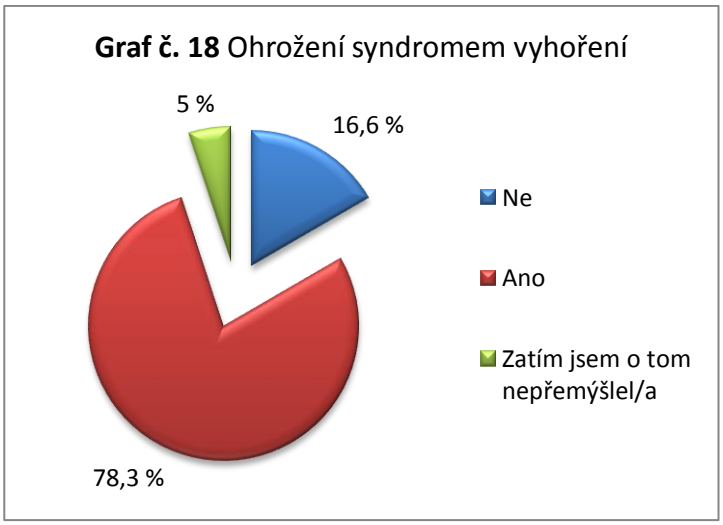
Graf č. 17 Pocity při ošetřování umírajících



Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů se u 23 (38,3 %) dotazovaných projevuje lítost a smutek při péči o umírajícího, u 17 (28,3 %) se objevuje psychické napětí, u 12 (20,0 %) smutek, tíseň, u 4 (6,6 %) fyzické vyčerpání. 4 (6,6 %) respondenti uvedli, že se žádné z uvedených pocitů u nich neobjevují. Strach nepociťuje žádný z dotázaných.

Otázka č. 18: Jste podle Vašeho názoru ve své profesi ohrožen/a syndromem vyhoření?

Graf č. 18 Ohrožení syndromem vyhoření



Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů si 47 (78,3 %) myslí, že je ve své profesi zdravotníka ohroženo syndromem vyhoření, 10 (16,6 %) si myslí, že není ohroženo a 3 (5,0 %) dotázaní ještě o tom nepřemýšleli.

Otázka č. 19: Co je v péči o umírající pro Vás nejtěžší?

Tato otázka byla otevřená. Respondenti měli možnost se vyjádřit k tomu, co považují v péči o umírajícího za nejtěžší. Převládala odpověď, že to je lítost, smutek, komunikace s rodinou, pozůstalými, dále nedostatek času být s umírajícím. Další odpovědi jsou:

- za nejtěžší považuji vše, co souvisí s psychikou umírajícího i pozůstalých,
- skloubit empatii a profesionální odstup,
- empatii k umírajícímu i k rodině,
- zachování nezbytného profesionálního odstupu. Když se o umírajícího pacienta starám delší dobu a vytváří se mezi námi přátelský vztah, abych jeho smrt neprožívala osobně jako u mě blízké osoby,
- práce s blízkými, kteří ještě nejsou smířeni s odchodem své blízké osoby,
- komunikuji s pacientem, udělám pro něj vše, co jde, ale smrti nezabráníme, to je nejhorší,
- aby pacient věděl, že v poslední chvíli není sám,
- profesionalitu zdravotníků, zachování důstojnosti pacienta,
- vše zvládnout tak, aby se pacient cítil co nejlépe v dané chvíli,
- uklidňovat jej a neříci že je to dobré,
- udržení emocí a vyrovnání,
- platné zákony ČR,
- ponechat umírajícího doma u rodiny, neodvážet ho do nemocnice, pacient je v cizím prostředí sám,
- psychické a fyzické napětí,
- když už se jen čeká, kdy nastane smrt a nedá se nic udělat,
- kontakt s konečností života, uvědomění si vlastní smrtelnosti.

Tyto odpovědi svědčí o individuálním prožívání péče o umírající a vyjadřují to, co je pro zdravotníky v této péči nejtěžší. Odpovědi jsou upřímné a proto různé, je snaha vyjádřit se sám za sebe.

4 Diskuse

V absolventské práci jsem se zaměřila na problematiku smrti v akutní péči. Jsem přesvědčena, že je důležité, jaký vztah mají zdravotníci k tomuto tématu, jak přistupují k péči o umírající.

Zdravotník, který chce kvalitně poskytovat ošetřovatelskou péči o umírající, ví, že sám musí být v psychické rovnováze. K tomu je třeba mít také vyřešen vztah ke své vlastní smrtelnosti, jak to uvádí ve své práci Marie Svatošová. [Svatošová, 1995] Cenné pohledy poskytuje publikace Thanatologie od profesorky Heleny Haškovcové. Myslím, že každý zdravotník by měl tuto knihu znát.

V dalších publikacích pak bylo téma zpracováno pouze částečně.

Významným zdrojem mých postojů k dané problematice je mé povolání zdravotní sestry. V průběhu služeb pečuji o pacienta, zaznamenávám aktuální stav a lékaři předávám konkrétní informace. Nejednou jsem byla přítomna tomu, kdy lékař podával rodině informace a průběžně jsem se nad vším zamýšlela.

V praktické části absolventské práce pomocí dotazníkového šetření jsem se snažila zjistit, jaké jsou znalosti zdravotníků v oblasti thanatologie a jejich zkušenosti s péčí o umírající.

Smrt je přirozená součást našeho života, i z dotazníkového šetření vyplynulo, že si to myslí naprostá většina respondentů. Přesto, když jsem rozdávala dotazníky, setkala jsem se nejednou s otázkou Proč zrovna toto téma?

Okamžik smrti v každém z nás vyvolává různé pocity. Téma smrti je těžké, takže se ani nedivím občasné snaze je zredukovat na záležitost technickou. Víme ale, co umírajícího trápí, z čeho má strach, umíme s ním v těchto těžkých chvílích komunikovat?

Zdravotníci vyhledávají odborné semináře a věnují se i samostudiu, neboť cítí potřebu dalšího vzdělání v oblasti péče o umírající a zlepšování komunikačních dovedností.

Byla jsem potěšena, že termín hospic znají všichni respondenti.

Komunikaci s rodinou (blízkými) umírajícího, někteří respondenti odpovídali, že ji příliš nevyhledávají. Je to také proto, že marně hledají slova, jak rodinu podpořit.

Také se většina dotazovaných (78,3 %) zamýšlí nad tím, že je ohrožena syndromem vyhoření.

Na otázku *Co je pro Vás v péči o umírajícího nejtěžší?* respondenti byli schopni vyjádřit celou škálu námětů a postojů, se kterými se v péči o umírající setkávají nejčastěji.

Při vyplňování dotazníků jsem získala dojem, že respondenti odpovídají s maximální úctou a s respektem k tomuto tématu. Poctivě se zamýšleli, co odpovědět, jak případně nejlépe odpověď formulovat. Je znát přemýšlení nad otázkou konce života.

Dotazníkové šetření ukázalo, že se zdravotníci o danou problematiku spontánně zajímají a také prokazují dobrou orientaci v oboru.

V neformálních rozhovorech se některé kolegyně a spolužáci pochvalně zmiňovali o odborných seminářích na dané téma, které doplňují jejich znalosti.

Během studia materiálů k této práci jsem také prohloubila svoje znalosti z thanatologie.

Zvládání uspokojování potřeb umírajícího není jednoduchý úkol a zdravotníci se snaží o optimální vyhovění těmto potřebám. Péče o umírající představuje velkou zátěž pro zdravotníky, zdravotní sestry. Přináší nám také zamýšlení se nad vlastní smrtelností. Zdravotník by měl znát obecně platné standardy a postupy v péči o umírající. To mu pomůže v této náročné ošetřovatelské péči zaujmout profesionální stanovisko.

Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo shromáždit informace o umírání smrti. Téma jsem teoreticky zpracovala v úvodních kapitolách své práce. V dalších kapitolách popisuji péči o umírající. Během studia materiálů k této práci jsem zjistila, jak je téma obsáhlé a snažila jsem se je srozumitelně zpracovat.

Praktickou část jsem zpracovala na základě anonymního dotazníkového šetření s cílem ověřit znalosti zdravotníků v oblast thanatologie.

Domnívám se, že jsem cíle práce splnila.

Dříve lidé věděli o umírání mnohé, dokázali umírajícímu posloužit jednoduchými ošetřovatelskými úkony. Velký význam měla víra v Boha a náboženské rituály. Lidé si dokázali vysvětlit význam bolesti a utrpení. Smrt byla vnímána jako začátek něčeho nového, začátek života věčného.

I nyní většinou připustíme, že smrt je samozřejmá součást života, ale myšlenku na ni k sobě nechceme příliš pustit. Lidé by chtěli umírat rychle, bez bolesti, ve spánku a na konci spokojeného života. Máme strach z fyzické bolesti, že budeme ostatním na obtíž, a z následného osamocení.

Díky vědě dokážeme vysvětlit mnoho patologických projevů nemoci, které byly našim předkům neznámy. Zdravotní péče je na velmi vysoké úrovni, ale umírá se často osamoceně. Lidé se odnaučili pečovat o umírající. Životní tempo se zrychluje a někdy příbuzným ani nezbývá čas se s umírajícím důstojně rozloučit. Naše společnost je více ateistická. Téměř veškerá péče zůstává na státních institucích. V současnosti se převážně umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, v domech seniorů. Zde by mělo být samozřejmostí postarat se o důstojné umírání, o paliativní formu pomoci, která by měla nastupovat ve fázi nezvratitelného konce**.**

Bylo by však zajímavé a možná prospěšné, kdyby se smrt zase vrátila k životu jako jeho přirozená součást. Konec stávajícího kultu věčného mládí, krásy a úspěchu by lehce blouznící lidstvo vrátil do normálu a přinesl by něco nového. Možná staronového.

Резюме

Моя выпускная работа называется Проблематика смерти в неотложной помощи.

Долгое время я работаю медсестрой в больнице. В своей ежедневной практике я часто сталкиваюсь с умирающими и со смертью. Забота об умирающих всё больше ложится на плечи медицинских работников, поэтому эта тема для меня актуальна.

В древние времена каждый знал, как выглядит умирающий и часто видел смерть вблизи. Люди даже могли прогнозировать каждую стадию смерти в отдельности.

В настоящее время люди большей частью умирают в больнице.

В рамках так называемой биомедицины в последнем веке установлены причины болезней на уровне физиологии и биологии. Таким образом сформировалось имение, что забота об умирающих должна находиться в компетенции профессиональных медицинских работников.

Медицинский работник должен иметь представление о потребностях больного и умирающего. Чтобы облегчить состояние близких людей, без того подавленных, беспомощных и растерянных, от медицинского работника требуется эмпатия, поддержка, сочувствие, умение дать надежду. Главную роль здесь, конечно, играют такт и этика. В медицине изучением смерти занимается наука Танатология.

Выпускная работа состоит из двух частей: теоретической и практической. В теоретической части работы раскрывается понятие о науке Танатология, о смерти в прошлом и настоящем, о паллиативной помощи, о заботливом уходе за умирающими.

Практическая часть работы посвящена структурировании знаний о Танатологии, необходимых медицинским работникам в работе с умирающими, в проявлении адекватной заботы о них; а также разработке анкеты и её анализ.

Выводы анкетного опроса представлены в графическом виде. Респонденты показали, что их знания достаточны. С моей точки зрения, цель работы достигнута.

Ключевые слова: умирающий, смерть, такт, этика, наука Танатология.

Bibliografie

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

2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu.* 1.vydání. Praha : Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.

3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén, 1997. 199 s. ISBN 80-85824-54-X.

4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. komentované vydání. Havířov-Město : Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přepracované vydání. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* 1. vydání. Praha : Grada, 2007. 352+16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.

7. KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství.* 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.

8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* 1.vydání. Praha : Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

10. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství.* 1. vydání. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

11. MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce.* 2.vydání. Praha : Portál. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

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

13. POČTA, J., a kol. *Kompendium neodkladné péče.* 1. vydání. Praha : Grada, 1996. 272 s. ISBN 80-7169-145-3.

14. POKORNÝ, J., et al. *Lékařská první pomoc.* 2., doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

15. SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, J. *Umřít doma příručka pro laické pečující.* Brno : Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978- 80- 254- 2788-0.

16. STŘÍTESKÝ, J., *Patologie*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2001. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.

17. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vydání. Praha : Ecce Homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.

18. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA Š. *Euthanasie Víme, o čem mluvíme?.* 1. vydání. Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006. 42 s. www.cestadomu.cz.

19. TRACHTOVÁ, E,. a kol.. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vydání. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

21. VODÁČKOVÁ, D., a kol. *Krizová intervence*. 2. vydání. Praha : Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

22. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Velký lékařský slovník.* 5. vydání. Praha : Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

23. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., a kol. *Klinická onkologie pro sestry.* 1. vydání. Praha : Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

24. ZAMAROVSKÝ, V. *Bohové a hrdinové antických bájí.* 4. upravené vydání. Praha : Brána, spol. s r. o., 1996. 454 s. ISBN 80-85946-29-7.

25. ZEMAN, M., a kol. *Chirurgická propedeutika.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

Elektronické dokumenty

1. Český statistický úřad. *Zemřelí.* /online/ [cit. 6. 8. 2011]. Dostupné z <http://www.czso.cz/cz/cisla/0/02/020100/zemreli.htm.>.

2. Zemřelí 2009. /online/ [cit. 11. 1. 2012] Dostupné z <http://www.uzis.cz/system/files/demozem2009.pdf.>.

3. Zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů č.256/2001 Sb., /online/ [cit. 28. 11. 2011]. Dostupné z <http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Pravo-Legislativa/Pravni-predpisy/Oblast-pohrebnictvi.>.

4. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách /online/ [cit. 2. 4. 2012] Dostupné z **<**http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-aplikaci-121-a-122-zakona-c372/2011-sbo-zdravotnich-sluzbach_5987_2527_3.html**>.**

5. Vyhláška MZ 19/1988 o postupu při úmrtí a o pohřebnictví o postupu při úmrtí, platná ustanovení dle zákona 256/2001 Sb., /online/ [cit. 28. 12. 2011]. Dostupné z <http://www.umirani.cz/res/data/010/001135.pdf.>.