

Identifikace potřeb umírajících pacientů

Vendula Martinková

Bakalářská práce
2015

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vendula Martinková**

Osobní číslo: **H12621**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Identifikace potřeb umírajících pacientů**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat literaturu související s tématem bakalářské práce.

Vymežit pojmy a teoretická východiska v oblasti potřeb terminálně nemocných a umírajících, umírání a smrti.

Připravit metodiku průzkumné části bakalářské práce.

Realizovat průzkum u všeobecných sester pomocí dotazníkového šetření.

Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HATOKOVÁ, Mária a kol. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Košice: Equilibria, 2013. ISBN 978-80-8143-125-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

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

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

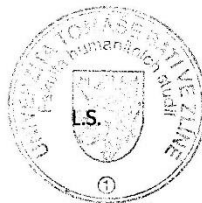
26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.2.2015

.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá především vymezením pojmů umírání, smrt a potřeby umírajících pacientů. Teoretická část se zaměřuje na paliativní péči a potřeby umírajících pacientů a jeho rodiny. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, zaměřen na uspokojování potřeb umírajících pacientů. Pro sběr dat bylo použito dotazníkového šetření. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o názorech a postojích všeobecných sester na vybraných odděleních, při péči o umírající pacienty.

Klíčová slova:

Paliativní péče, umírání, pacient, potřeby

ABSTRACT

Bachelor thesis deals namely with defining the notions of dying, death and the needs of dying patients. The theoretical part address mainly the palliative care and the needs of dying patients and their family. The practical part comprises a quantitative research aimed at satisfying the needs of the dying patients. For data collection we used a questionnaire survey. The analysis and interpretation of the obtained data provide information about opinions and attitudes of nurses in the selected departments when satisfying the needs of the dying patients.

Keywords:

Palliative care, dying, patient, needs

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph. D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Chtěla bych také poděkovat respondentům za ochotu při vyplnění dotazníků a dále svým rodičům a příteli za podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	13
1.1 UMÍRÁNÍ NAPŘÍČ HISTORIÍ.....	14
1.1.1 Vývoj hospicové péče	15
1.2 PALIATIVNÍ MEDICÍNA	16
1.3 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER - ROSS	17
1.3.1 Fáze první – popírání a izolace	17
1.3.2 Fáze druhá – agrese, zlost	17
1.3.3 Fáze třetí – vyjednávání	17
1.3.4 Fáze čtvrtá – deprese	17
1.3.5 Fáze pátá – smíření.....	18
2 POTŘEBY.....	19
2.1 POTŘEBY FYZIOLOGICKÉ	19
2.1.1 Bolest.....	19
2.1.2 Výživa a tekutiny	21
2.1.3 Dušnost.....	22
2.1.4 Hygiena	23
2.1.5 Vyprazdňování	23
2.2 POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ.....	24
2.2.1 Soběstačnost.....	26
2.2.2 Naděje	26
2.3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ	26
2.4 POTŘEBY DUCHOVNÍ – SPIRITUÁLNÍ	27
2.4.1 Spirituální bolest	27
2.4.2 Uspokojování duchovních potřeb	27
2.4.2.1 Nemocniční kaplan	28
3 PO SMRTI	29
3.1 PÉČE O MRTVÉ TĚLO	29
3.1.1 V nemocnici	29
3.1.2 V domácnosti	29
3.2 TRUCHLENÍ	30
3.2.1 Fáze truchlení	30
3.2.2 Spirituální bolest u pozůstalých	31
3.3 KOMUNIKACE S POZŮSTALÝMI.....	31
3.4 POHŘEB.....	32
3.4.1 Příprava a průběh pohřbu	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 CÍLE PRÁCE	35
4.1 HLAVNÍ CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	35
4.2 DÍLČÍ CÍLE	35
5 METODOLOGIE PRŮZKUMU	36

5.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ	36
5.2	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	36
5.3	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK	36
5.4	VÝSLEDKU PRŮZKUMU	37
6	DISKUZE	63
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM GRAFŮ	69
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Umírání je věc či proces, který v životě čeká každého z nás. Umírání je proces, cesta. V podstatě začínáme umírat už v okamžiku našeho zrození, už v tu chvíli započneme naši dlouhou cestu zakončenou smrtí.

Lze také říct, že umírání a smrt spojenou s koncem je pouze výmysl nás, lidí. Smrt může být úplný konec, avšak stejně tak to může být pouze posunutí se do dalšího stádia existence, kde již nepotřebujeme lidské tělo. Tudíž smrt, jakou známe my, může být konec všeho, nebo pouze selhání funkčnosti našeho fyzického těla. Díváme-li se nato z lékařského pohledu, je to konec, dál již nic není. Ovšem budeme-li se hlouběji zabývat smrtí z hlediska různých kultur po celém světě tak zjistíme, že ve většině smrt nemá s koncem moc společného. Berou to spíše jako posunutí lidské mysli do dalšího stádia. Každá kultura má své nebe a své peklo, zde je však problém pouze v chování každého člověka ve svém fyzickém životě.

Jakožto budoucí všeobecná sestra jsem se již se smrtí mnohdy setkala v praxi. Setkávala jsem se se smrtí klidnou, kde lidé odejdou na lůžku v nemocnici či jiném zařízení. A i přes častý kontakt se smrtí nedokážu sama říct, jak to s ní opravdu je. Viděla jsem mrtvá těla, studená bez jakýchkoli známek života, viděla jsem tedy smrt, jak ji známe a máme ji probádanou. Zároveň jsem však zažila mnoho věcí, například bezdůvodné zvonění zvonků u lůžka, kde před pár hodinami někdo zemřel, které zasahují mimo racionální myšlenky a lékařské znalosti a vede to k myšlenkám, že zde musí být i něco po smrti.

Nejzajímavější je však samotné umírání, to totiž lze pozorovat, řešit. Kdo nese umírání hůř? Člověk, co ví, že umírá a je nemocný nebo člověk, co si ještě před deseti vteřinami plánoval budoucnost a smrt ho zasáhla v nenadání? Smrt by měla být poklidná a člověk by měl mít v hlavě pořádek, měl by s ní být smířený tak, aby mohl v poklidu odejít. Lze tedy odhadnout, co se při zdoluhavém umírání starého člověka na lůžku v nemocnici honí hlavou. Je již rozloučený se svými milovanými, již jen čeká na svůj poslední okamžik, možná se trochu bojí, možná se těší. A nebo taky ne. Během doby, kterou měl na přemýšlení o smrti, si možná vyvodil v hlavě víc otázek a také spoustu strachu, možná, že se bojí pekla, nejspíš si mohl navodit velice stresující myšlenky, co bude po smrti. V těchto situacích je zřejmé, že to mají mnohem jednodušší lidé, kteří věří v nějaký posmrtný život, mají alespoň naději, že pro ně není konec. Co však očekává člověk, co celý život zarputile odmítá jakékoliv tyto možnosti?

Ať už je tedy umírání cestou ke konci, nebo pouze mostem k něčemu dalšímu, člověk by měl být na tuto událost připravený. Lidé nechtějí umřít, bojí se, ale nejenom smrti, ale také co bu-

de s jejich nejbližšími a také o co přijdou. Každý člověk tady byl a je za nějakým účelem a každý si zaslouží v klidu a důstojně odejít.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt jsou zcela normálními a biologickými procesy, které však dnešní doba tabuizuje, tváří se jako by smrt neexistovala, spousta lidí se snaží dostat tyto myšlenky z hlavy a tvářit se, že jich se smrt netýká. Dříve bylo zcela normální, že na běžné onemocnění umírali často i děti a mladí lidé, smrt byla realitou, umíralo se doma. V dnešní době je umírání přenášeno spíše do různých zdravotnických a sociálních zařízení, kvůli čemuž jsou lidé – příbuzní vyloučení z tohoto procesu a ať už samotný proces umírání či smrt můžou blízkým způsobovat značné psychické potíže. (Marková, 2010, s. 16)

Je důležité myslet na to, že během umírání, i když je člověk už zesláblý, je umírající svéprávná lidská bytost, je mravně zodpovědný a je tudíž hrubou chybou se k němu chovat jako k dítěti, či zlehčovat jeho požadavky. (Günter, 2000, s. 55)

Samotný proces umírání bývá rozdělen do 3 období:

- Období *pre finem* - je období, kdy se pacient dozvídá o svém onemocnění, které je neslučitelné se životem. V této fázi má člověk velký strach ze smrti, ale také různé plány a cíle. Je velmi důležité, aby nemocný věděl, že zde není možnost pouze lékařské péče, ale také psychologické a sociální. Vzdá-li totiž nemocný svůj boj psychicky, je průběh nemoci mnohem rychlejší a agresivnější. V tomto období potřebuje člověk velkou podporu. Často o své nemoci potřebuje hovořit, může se cítit izolován, bohužel se však většina lidí, ať už blízkých či zdravotníků, bojí na toto téma mluvit. Pacient by tak měl mít alespoň jednu osobu, se kterou může otevřeně hovořit.
- Období *in finem* - je to terminální fáze nemoci. V dnešní době se často tito pacienti překládají na LDN, kde i zde je snaha pacienty dále překládat, což může vypovídat o strachu ze smrti ze strany zdravotníků. Umírající může ztrácet vědomí, může vydávat chrčivé zvuky, klesá tlak i puls, velké klouby bývají tmavě zbarveny, za klasický rys terminálního stadia může být považováno špičatění se rysů v tváři. U pacienta při vědomí, se musí sledovat pitný režim, protože v tomto stavu většinou již nepocítuje pocit žízně, či si již není schopen říci. Někdy se může stát, zhruba 2 - 3 dny před koncem, že se pacient "probudí", má energii, snaží se posadit i jíst, následně však upadá do smrtelného kóma. V této fázi je velmi důležité vhodně volit slova. I když pacient může vypadat, že nevnímá, není tomu tak. Je zde vhodné pacienta chytnout za ruku, či ho pohladit a doprovodit ho na jeho poslední cestě.

- Období post finem - do tohoto období se zahrnuje péče o mrtvé tělo a také péče o pozůstalé. Je zde důležitá vhodná komunikace s pozůstalými, nechat je vyplakat, truchlit. Pokud nebyli u samotného umírání, chtějí vědět, jak to probíhalo, zda zemřelý ještě něco řekl, jestli netrpěl a neměl bolesti. (Ulrichová, 2009, s. 57 - 58; Kupka, 2011, s. 61 - 65)

1.1 Umírání napříč historií

Již od pradávna byli lidé fascinováni smrtí. Dokládají to různé nástěnné malby či architektonická díla, na nichž se dá vyzorovat víra v posmrtný život a postoj ke smrti. V dnešní době je však smrt vytěšňována a tabuizována společností, a to především kvůli moderním technologiím, které naopak mohou někdy spíše ublížit než pomoci. Také média pěstují obraz člověka jako mladého, krásného a úspěšného, umírání a smrt zde není vítána a pokud ano, stávají se z ní mediální senzace při tragických událostech. Dřív nebo později však musí otevřít každý jeden člověk oči, a to když se sám dostane do situace, kdy ztrácí svého blízkého či jako zdravotník setkávajíc se se smrtí de facto neustále.

Strach ze smrti se objevuje již v 19. století, jež je spojené s pokrokem a rozvojem společnosti. Prodlužuje se délka života, dochází k vytěšňování smrti, ale také se zrychluje život a s tím i pohřbívání. Pohřeb se koná co nejrychleji po smrti a také se stává předmětem byznysu. Vytěšňují se rituály, místo koní se používají auta, absence pohřebního průvodu, samotný obřad je zkrácený, lidé přestávají nosit černé šaty jako symbol ztráty a truchlení a tím vším přestává být smrt vnímána okolím, smrt začíná být nepřirozeným jevem a jakoby neexistuje.

20. století přináší nový trend v umírání a to především v nejvyspělejších státech. Společnost přijímá pouze smrti známých a významných osob, jinak ji úplně vytěšňuje. Pohřební rituály téměř vymizely, nad smrtí jedince se již společnost nepozastavuje. Dalším rysem tohoto trendu jsou rychlé změny. Dá se říct, že změny v oblasti umírání proběhly v období jedné generace, což se bere jako bezohledné, lidé si to však začali uvědomovat a zamýšlet se nad tím. Jak rychle společnost umírání vytěšnila ze svých životů, tak rychle se k nim vrátila v podobě různých příspěvků v médiích, knihách, šetřeních, atd.

Od 30. let minulého století dochází k izolaci umírajícího, což v dnešní době znamená umírání na oddělení v nemocnici či v jiném zařízení. Dříve vládl názor, že takto je správně, přitom pacient často nechce být sám a potřebuje něčí přítomnost. A také co se týče nových

technologií a odborných znalostí je na tom medicína a ošetrovatelská péče o dost lépe než v minulosti, chybí však lidský přístup.

Dříve v péči o nemocného figurovala především rodina, postava lékaře přichází až v 18. století. Každý v rodině měl svou roli pečujícího a i samotný umírající věděl, co ho čeká. On sám kdysi byl v roli pečujícího, a to třeba hned několikrát. Díky těmto zkušenostem a blízkosti smrti každý věděl, co jednou přijde.

Ovšem ne každý měl štěstí umřít doma u svých blízkých. Umíralo se často na ulici či na různých místech. Byla zde tedy snaha zřizovat zařízení pro tyto lidi alespoň se základní péčí, byli to především různé chudobince, špitály, aj., což dokazuje snahu o vznik zařízení poskytující pomoc potřebným.

Dnes se moderní medicína dokáže o pacienta postarat po fyzické stránce téměř dokonale. Bohužel však stále většina zdravotníků, nebo i členové rodiny nevědí jak s umírajícím komunikovat. Kombinace dobré péče o fyzickou stránku člověka s uspokojováním psychických potřeb dokáže poskytnout péče hospicová. (Kupka, 2011, s. 45 - 48)

1.1.1 Vývoj hospicové péče

Své kořeny má již ve středověku, kdy řády budovaly útulky na různých průchozích a nebezpečných místech, kde se setkávali poutníci ve své dlouhé a těžké cestě. Byla jim zde nabídnuta péče a strava bez ohledu na jejich vyznání, národnost či zámožnost. Jedním z těchto nejznámějších hospiců založil svatý Bernard z Menthonu r. 1049 v Alpách. Později zanikaly a jejich myšlenku obnovila v 18. století v Dublinu Mary Aikdenheadová ve formě nemocnice pro umírající, která se nazývala Hospic.

Počátkem 20. století přichází rozvoj těchto zařízení a v Londýně byl otevřen charitními sestrami hospic sv. Josefa, kde po 2. světové válce pracovala průkopnice moderního hospicu Cicely Saundersová (1918 – 2005), která roku 1967 v Londýně otevřela první moderní hospic St. Christopher 's Hospice, a to i přes počáteční odpor okolí.

Do roku 1989 byl v České republice pojem hospic neznámý, ale již po roce 1990 přicházely myšlenky hospicového hnutí ve formě sester v domácí péči. Díky tomu na mnoha místech začaly při charitách vznikat ošetrovatelské služby pro pacienty s nepříznivou prognózou. Tato péče nestačila uspokojovat potřeby a tak Marie Svatošová přišla s návrhem na lůžkovou formu této hospicové péče. Na základě toho dne 8. 12. 1955 vznikl v Červeném Kostelci první hospic v ČR - Hospic Anežky České.

Hospicová péče se řídí několika zásadami, kdy hlavním cílem je udržování dobré kvality života až do konce. Řídí se holistickým přístupem péče o pacienta, a je tedy nutné, aby pečující personál byl vzdělán ve všech jeho oblastech, a využívá se také pomoci dobrovolníků, často nezdravotníků. Je nutné zdůraznit, že péči se nedostává pouze pacientovi, ale také jeho rodině, a to před, během umírání a také po smrti, kdy mohou využít služby poradenství pro pozůstalé. (Günter, 2000, s. 47 – 48; Ulrichová, 2009, s. 98)

1.2 Paliativní medicína

Definice paliativní medicíny či péče je více, například definice dle American Academy of Hospice and Palliative Medicine: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“ (AAHPM cit. podle Marková, 2010, s. 19). WHO definuje paliativní péči jako: „... *přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problému spojené s život-ohrožujícím onemocněním, skrz prevenci a zmírnění utrpení, pomocí včasné identifikace, dokonalému posouzení a léčby bolesti a dalších tělesných, psychosociálních a duchovních problémů.*“ (WHO, ©2015)

Paliativní medicína se na rozdíl od kurativní léčby liší tím, že se neléčí samotné onemocnění, ale snaží se zlepšit subjektivní stav pacienta. Termín paliativní se odvozuje od latinského *pallium*, které se v češtině překládá jako příkrývka, v tomto významu ho však lze chápat jako ochranu, kterou má paliativní péče poskytovat pacientovi. Cílem paliativní medicíny je zlepšit kvalitu života pacienta a jeho rodiny, zmírnit utrpení, tzn. nebagatelizovat onemocnění, ale tako ho neurychlovat, zlepšit a udržovat v co nejlepší možné míře subjektivní stav pacienta a tišit bolesti. Dále je důležité nezapomínat na duchovní a psychologické potřeby pacienta. (Hatoková a kol., 2013, s. 42 - 43)

Všechny oblasti medicíny by měly mít vypracovaný plán paliativní péče, neboť ne vždy je možné či vhodné umístit umírajícího pacienta do hospice. Tato péče může být poskytována doma, v hospicích či jiných institucích, je však důležité mít promyšlený management služeb poskytující péči. Kromě odborníků se na péči můžou podílet také dobrovolníci či laici, a to v oblasti psychologické či duchovní, vše však musí být pod dohledem lékaře. (Haškovcová, 2000, s. 36 - 37)

1.3 Fáze umírání dle Elisabeth Kübler - Ross

Elisabeth Kübler – Ross (1926 – 2004), americká psychiatrička, rozlišuje 5 fází umírání, kterými prochází pacienti a často i jejich blízcí, jsou to fáze: popírání a izolace, agrese, vyjednávání, deprese a smíření.

1.3.1 Fáze první – popírání a izolace

Pacient odmítá přijmout svou diagnózu, odmítá si připustit, že je nemoc nevléčitelná. Není připraven na tuto situaci, nechává se vyšetřovat na jiných pracovištích, hledá vysvětlení v prohozených výsledcích. Toto popírání a odmítání skutečnosti je častější u pacientů, kterým byla diagnóza sdělena velmi neosobně či brzo a to většinou od lékařů, kteří svého pacienta moc dobře neznali, nebo si chtěli tuto situaci rychle odbít. Touto fází si však projde valná většina pacientů a může se prolínat i do fází pozdějších.

1.3.2 Fáze druhá – agrese, zlost

Pacienta se zmocňuje závist, že on je nemocný a ostatní zdraví, zlobí se na sebe, na své okolí. Tuto zlobu by mělo okolí – personál v zařízení, rodina i blízcí chápat, respektovat a nechat pacienta, aby tímto způsobem ventiloval své emoce. Bohužel to občas jde velmi obtížně a může se stát, že si pacientovo okolí tyto zlostné výlevy začne vztahovat na sebe a může omezit kontakt s pacientem či zkracovat čas návštěvy u nemocného. Když se to ovšem podaří a lidé začnou pacienta chápat, někdy stačí i věnovat mu malou pozornost nad rámec např. ošetřovatelských úkonů a pacienta vyslechnout, tak díky těmto drobnostem pacient uvidí, že není ostatním lhostejný.

1.3.3 Fáze třetí – vyjednávání

Pacient hledá další řešení, „něco za něco“. Hledá kompromisy, již nemá takový pocit zloby, ale snaží se smlouvat. K Bohu se často obrací i ateisté. Pacient stále není zcela ztotožněn s realitou. V této fázi je tak důležitý interdisciplinární přístup péče, kdy často duchovní (nemocniční kaplan) rozpozná příznaky smlouvání.

1.3.4 Fáze čtvrtá – deprese

Fáze deprese přichází ve chvíli, kdy si nemocný začne čím dál tím víc uvědomovat svou nemoc, začíná na sobě pozorovat úbytek síly, změnu vzhledu, či další a další příznaky progresu onemocnění. Často tuto fázi zhoršuje i finanční stránka léčení, může se stát, že nemocný člověk je živitel rodiny a jeho příjem nyní rodině chybí a on si to může vyčítat. Dů-

ležitá je spolupráce nejenom v oborech medicíny, ale také zapojit duchovní a zdravotně sociální pracovníky, což je velmi vhodné ve chvílích, kdy pacient je např. starší člověk a potřebuje řešit otázku „Kdo se postará o manželku, když už tady nebudu?“. Často je vidět velká úleva po vyřešení těchto záležitostí.

1.3.5 Fáze pátá – smíření

Tato fáze přichází po té, co pacientovi někdo pomohl překonat předchozí fáze. Je zde také důležitá podpora rodiny, která to potřebuje často více než pacient. Pacient už je většinou ležící, mizí zájem o informace, komunikace je spíše neverbální, především dotyky, blízkost. V této fázi je důležitá přítomnost rodiny a blízkých, aby nemocný neměl pocit, že tento svět opouští osamocen. (Kübler-Rossová, 1993, s. 35 – 99; Kutnohorská, 2007, s. 73)

2 POTŘEBY

Základní dělení potřeb sestavil americký psycholog Abraham Maslow, je to tzv. Maslowova pyramida potřeb. Maslow uvádí na první a také nejdůležitější příčce potřeby fyziologické – dýchání, potrava, být bez bolesti, vyprazdňování, spánek, teplo – bydlení, sex. Jsou-li tyto základní potřeby uspokojeny, může se člověk zaměřit na potřeby bezpečí a jistoty, což je potřeba být v bezpečí, nebýt v nějakém ohrožení a mít jistotu, či její hledání. Dále na třetím stupni se nachází potřeba lásky a společnosti, kdy osoba chce cítit lásku, chce být milována, ale také chce své city oplácet, potřebuje se někam zařadit, někam patřit. Na čtvrtém stupni se nachází potřeba sebeúcty – člověk chce, aby si ho druzí vážili a i on sám sebe potřebuje vidět pozitivně, nepodceňovat se. A na konečném vrcholu, čili pátém stupni pyramidy se nachází potřeba seberealizace, kdy se snad každý člověk chce dobře uplatnit a prosadit v tom, v čem se cítí sebevědomě a dobře, například student chce úspěšně dokončit školu a najít si dobrou práci ve svém oboru, která ho bude naplňovat. (Šamánková a kol., 2006, str. 55 – 56)

2.1 Potřeby fyziologické

Tato skupina potřeb zahrnuje to, co nemocnému člověku schází a často již v této oblasti není úplně soběstačný. Pacient může mít bolesti, potřebuje přijímat stravu, i když ne vždy tradičním způsobem, potřebuje mít zajištěnou potřebu vyprazdňování a v terminálním stádiu se velmi často již neobejde bez pomoci druhé osoby. (Svatošová, 2011, str. 19).

Ve zkratce by sestra při péči o pacienta v terminálním stádiu měla dbát především na důkladnou hygienu a vyprazdňování pacienta, zvlhčovat a vytírat dutinu ústní a rty, dbát na osobní pohodlí pacienta (od vyrovnávání prostěradel po natřepávání polštářů) a na jeho bezpečnost, mluvit taktně, s respektem a důstojností a neměla by pacienta nikdy nenechávat úplně samotného a opuštěného. (Křivohlavý, 1995, s. 21 – 22)

2.1.1 Bolest

Dle WHO je: „*bolest cokoliv o čem pacient řekne, že ho bolí.*“ V oblasti tišení bolesti má sestra nezastupitelnou úlohu. Jelikož je nejčastěji s pacientem v kontaktu, pozoruje a identifikuje jeho potřeby v této oblasti. Dnešní medicína umí zvládnout skoro všechny typy a stupně bolesti, proto je většinou chyba na straně zdravotníka, jestliže pacient trpí bolestí, a to z důvodu jeho nepozornosti, někdy až ignorace nebo deficitu znalostí. (Gulášová, 2009, s. 64; WHO, ©2008)

Bolest rozděluje Munzarová dle Saundersové na:

- bolest fyzickou – značně lépe definovatelná než ostatní;
- bolest spirituální – je špatně definovatelná, spojené s pocitem ztrátu smyslu života;
- bolest sociální – spojená se ztrátou role, rodiny a přátel;
- bolest emoční – řadí se sem fáze dle E. Kübler Rossové, tedy popírání, agrese, smlouvání, deprese a smíření. (Munzarová, 2005, s. 78 – 79)

Šamánková dále rozděluje bolest dle charakteru na:

- bolest akutní - je typická svým náhlým vzplanutím z plného zdraví, bývá provázena mydriázou, bušením srdce a pocením;
- bolest chronickou - jde o bolest trvající déle než 3 měsíce a rozdělujeme ji na benigní bolest (nenádorová etiologie) a maligní bolest (nádorová etiologie);
- bolest psychogenní – u této bolesti není příčina somatická, nýbrž je způsobena depresemi, stavy úzkosti či jinými psychickými poruchami, kdy však pacient opravdu bolest cítí a je důležité tuto situaci nebagatelizovat. (Šamánková a kol., 2006, s. 66 – 67)

Zvláštní kategorii bolesti má tzv. průlomová bolest, což je náhlá bolest vyskytující se u dobře zvládatelné chronické bolesti, např. při určitém pohybu, atd. Je to bolest střední až vysoké intenzity, trvající cca 30 minut až 1 hodinu, objevující se až 4x denně. Z řad výzkumů vyplývá, že průlomová bolest je projevem špatné prognózy onkologického onemocnění (nejčastěji nádory prostaty, konečníku, plic a prsu či u metastáz do kostí a nervového systému). Tato bolest snižuje obecně spokojenost pacienta s léčbou, ale také kvalitu života, kvalitu spánku a naopak zhoršuje psychické problémy pacienta a zvyšuje náklady na péči. (Krch, ©2010; Lecba-bolesti, ©2015)

Hodnocení bolesti je často velmi složité. Jelikož je bolest pouze pocit subjektivní, je nutné při získávání informací a anamnézy u bolesti být velmi pozorný, je důležité sledovat neverbální projevy – je nutné všimnout si především mimických projevů v obličeji, posturologických projevů a hýbání s končetinami, např. úlevovou polohu a cukání, dále naříkání, pláč, bolestivé vzdychání či projevy nervové činnosti, např. nauzeu až zvracení, dušnost – lapání po dechu, atd. Při získávání informací o bolesti, své dotazy lékaři a sestry zaměřují:

- na lokalizaci bolesti,

- na intenzitu a kvalitu bolesti,
- na výskyt bolesti během dne či noci,
- co bolest ovlivňuje, co ji zmírní nebo co naopak zhorší.

K lepšímu hodnocení bolesti se používají standardizované škály a mapy bolesti, např.:

- VAS (Visual Analogue Scale) - její výhody jsou, že je rychlá a srozumitelná, ale nevýhodou je její použitelnost pouze k určení intenzity bolesti,
- Mapa bolesti dle Margolese – jsou to obrázky lidského těla z různých úhlů k zaznamenání místa bolesti,
- Denní záznam bolesti dle Melzacka – je to tabulka obsahující všechny dny v týdnu a denní doby, do nichž pacient zaznamenává intenzitu bolesti na stupnici od 0 – žádná do 5 – nesnesitelná, a dále také uvádí, kolik léků od bolesti si užil a kolik hodin spal,
- Numerická škála bolesti – škála obsahuje 10 stupňů od žádné bolesti přes bolest středně silnou až po nesnesitelnou,
- Škála výrazů obličeje pro měření bolesti. (Šamánková, 2006, s. 70 – 72; ZSHK, ©2008)

Cílem terapie je odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti s co nejmenším výskytem vedlejších účinků. Jako vedlejší účinek léčby bolesti může být obluzený stav a těžká domluva s pacientem, či jak uvádí někteří autoři, by se mohli stát umírající pacienti na sklonku života narkomani.

Udává se, že největší projevy bolesti jsou navečer a brzo v noci. Těsně před smrtí však můžou bolesti polevit a pacientovi se uleví, tehdy je nutné myslet na možné snížení analgetik a také na poslední rozmluvu s pacientem, jež je při vědomí.

Zde se nabízí i myšlenka přípravy na bolest, ještě než k ní dojde, zatím toto téma jde však bokem a visí nad ním pomyslný otazník. (Křivohlavý, 1995, s. 24; Rokyta, 2009, s. 37)

2.1.2 Výživa a tekutiny

Vlivem postupující nemoci se potřeba jídla a pití snižuje. Je potřeba dělat jídla tak, aby je pacient mohl pohodlně přijímat, také aby byly chutnější a lépe stravitelnější, dle doporučení lékaře.

U pacienta v terminálním stádiu by se měl sledovat stav výživy a to především tělesná hmotnost, je-li pacient v takovém stavu, aby se postavil, dále laboratorní výsledky, různé projevy nevolnosti či slabosti. Při projevech nevolnosti a zvracení se jídlo podává po menších dávkách, často spojeno s podáváním antiemetik. Není-li pacient schopen přijímat potravu ústy, je nutné ji nahradit parenterální výživou. Je důležitá vhodná úprava jídla, například stravu pacientovi pokrájet nebo i rozmixovat a také edukovat rodinu o dietě. Dále je nutné dbát na přiměřenou hydrataci, což většinou u starších pacientů jde velmi obtížně, je tedy velmi důležitá aktivita sestry, či aby zabezpečila hydrataci jinak, například kontinuálně parenterální cestou. (Gulášová, 2009, s. 66; Křivohlavý, 1995, s. 23)

Někdy však není úplně vhodné pacienta nutit pít, neboť na sklonku života může mít mírně dehydratovaný pacient slabší bolesti a také méně sípat. (Hatoková, 2013, s. 62). Na konci života může mít pacient chuť na něco dobrého, někdy i velmi nezvyklého, něco co kvůli onemocnění a dietě nemohl konzumovat, ať je to čokoláda, ovoce či např. pivo. Toto přání by mělo být v přijatelné formě splněno. Neplní se tak pouze potřeba biologická, ale také psychologická a sociální, kdy pacient vidí, že lidé okolo něj mají zájem jeho potřebu uspokojit, a on tak může vidět, že mu na něm lidem, ať už rodině nebo personálu, záleží. (Hatoková, 2013, s. 64 - 65)

2.1.3 Dušnost

Mezi nejčastější respirační obtíže u onkologických pacientů patří dušnost. Je to subjektivní, těžko definovatelný pocit nedostatku vzduchu, kdy může mít pacient až obavy o svůj život. Na pacientovi leckdy nemusí jít vidět, že by dušností trpěl, on však může udávat, že se mu špatně dýchá, že se dusí a je důležité nikdy nepodceňovat pacientovi stížnosti. Příčina dušnosti nemusí být vždy známa a také čím déle dušnost trvá, tím více pacient může mít strach, deprese, může být až frustrovaný, což může tento stav zhoršovat. Jako další možné příčiny se udávají nežádoucí účinky léčby. Mezi nejčastější příčiny dušnosti patří:

- primární onemocnění – sem se řadí např. nádory, obstrukce DC a další onemocnění a nádory DC a plic, embolie, perikardiální výpotek ascites, hepatomegalie, anemie, apod.;
- vyčerpanost organismu – např. anemie, plicní embolie, nevzdušnost plic, empyém, apod.;

- léčba – následky operací (pneumektomie), radioterapie a chemoterapie způsobující fibrózu plic, onemocnění srdce či útlum kostní dřeně;
- jiná onemocnění – to může být v podstatě cokoliv, např. CHOPN, pneumothorax, astma bronchiale, srdeční selhání, acidóza, onemocnění srdečních chlopní, různé infekce, psychické problémy.

Při léčbě dušnosti se využívá symptomatické léčby, není-li tedy možné odstranit příčinu. Využívá se farmakologické terapie, a to především z oblasti opioidů, benzodiazepinů, nebulizovaných léků, kortikoidů a bronchodilatancií. Dále se využívá také kyslíková terapie, u které je však velkou nevýhodou závislost na podávání kyslíku, kdy má pacient obavy být bez zdroje kyslíku. Je také důležité, aby si sestra vytvořila dobrý vztah s pacientem, a je nutné, aby sestra uměla s těmito pacienty správně pracovat a pacient se necítil být izolován a osamocen. Při léčbě dušnosti je důležitý mezioborový přístup – využívat různé možnosti, jako např. rehabilitace, fyzioterapii, pomoc psychologa, apod. (O'Connor a kol., 2005, s. 101 – 108; Marková, 2010, s. 93)

2.1.4 Hygiena

Udržovat hygienu pacienta je důležité jak kvůli pocitu pacienta, tak jako prevenci proleženin a přeházení různých infekcí.

Přijmutí méně tekutin se však nejen kvůli hygieně dutiny ústní musí zabezpečit jinak - je nutné ústa vytírat, a to z důvodu sucha v ústech, hromadění hlenů či např. zbytků potravy či z estetického hlediska – zápach z úst či nepříjemný pocit v ústech. (Hatoková, 2013, s. 62)

Jako vedlejší účinek léčby se můžou objevovat bolestivé a suché sliznice, stomatitidy či mykózy. Je důležité, aby sliznice dutiny ústní byla vlhká, a to pomocí dostatečné hydratace pacienta, různými výplachy či žvýkáním – pokud je to možné. Dále při výskytu mykotických projevů je nutné ústa vytírat štětičkami. Zuby a zubní protézy čistit měkkým zubním kartáčkem. Zánět v dutině ústní může způsobovat bolest, je tedy nutné řešit to například podáním analgetik cca půl hodiny před jídlem, což je někdy vhodnější než řešit tento problém lokálním znecitlivěním, které může ovlivňovat chuť jídla. (Marková, 2013, s. 106)

2.1.5 Vyprazdňování

Hlavními problémy v této oblasti jsou dle Gulášové (2009, s. 66):

- a) zácpa – způsobuje ji hlavně onemocnění GIT, účinky některých léků, například opiáty a často je způsobena imobilizací pacienta na lůžku;
- b) průjem – opět příčina může být v GIT či jako nežádoucí účinek léčby;
- c) stomie – jako řešení u nádorů tenkého či tlustého střeva nebo urogenitálního traktu;
- d) diskomfort – v terminálním stádiu již často pacienti potřebují při vyprazdňování pomoc druhého, dochází tak k narušení soukromí a změně vyprazdňovacích návyků což způsobuje psychické problémy, především u mladších pacientů;
- e) inkontinence – způsobená chorobami urogenitálního traktu, častěji však při onemocněních CNS, kdy jsou postihnuta řídicí centra pro vyprazdňování a dále v terminálním stavu, kdy dochází k ochabnutí svalstva.

2.2 Potřeby psychologické

V oblasti psychologických potřeb je velmi důležité a nezbytné dbát, a to nejen při péči, na respektování lidské důstojnosti. Každá osoba je jedinečná, výjimečná a jako taková se musí respektovat, a to především v období, kdy se dozvídá o své nemoci, či je už na konci svého života. Na tomto principu je založeno hospicové hnutí, které zažívá „boom“ také v České republice. Dále je nutné nemocnému nikdy nelhat, dříve nebo později se i milosrdná lež dostane na povrch, a pokud sám pacient nevysloví přání, že například o své nemoci nechce vědět, nechce znát prognózu či jiné záležitosti, může se i dobře míněná lež obrátit proti rodině či zdravotníkovi, především lékaři. Čemu by se měla věnovat pozornost, nejsou pouze slova, ale také neverbální komunikace, tedy mimika, oční kontakt, doteky, pohyb a postoj, díky čemuž může pacient často vyčíst mnohem více informací než ze slov. (Svatošová, 2011, s. 20)

Je zde důležité se zmínit o emocionálním stavu nemocného a jeho blízkých, Kupka (2011, s. 58 – 59) uvádí 4 emocionální děje:

- strach - snad každého napadne přirozený strach z bolesti, strach z osamělosti, kdy má pacient obavy, že v nejtěžších chvílích bude osamocen, další velmi často se vyskytující strach z nesoběstačnosti, strach o své blízké, ať už po finanční stránce či kvůli své nepřítomnosti, a v neposlední řadě také obavy ze změny vzhledu, kvůli pokročilé nemoci či bolesti, apod.;

- pocity bolesti - je patrné, že bolest pacienta je tak velká jako jeho strach a obavy. Bolest se netýká pouze pacienta, ale také ošetřujícího personálu, a nikdy by nikdo neměl pacientovi říkat, že ho něco bolet nemůže nebo že přehání, což se bohužel děje často;
- pocity viny - v této situaci, kdy si může umírající vyčítat, že ne vždy se mu dařilo, či se někdy nezachoval tak jak by měl (dle něj - nesoudit člověka) je velmi důležitá podpora ať už blízkého či personálu v zařízení. Je dobré se pacienta zeptat (nenutit ho), co ho trápí, zda by se nechtěl svěřit nebo si nechtěl jen promluvit;
- pocity zlosti - zde je nutné si uvědomit, čím si pacient prochází, míchají se v něm různé pocity - dozvěděl se svou diagnózu, může mu to přijít jako nespravedlnost, proč on a ne někdo druhý, může to být mladý pacient, který spoustu svých potřeb již nestihne uspokojit.

Kromě těchto 4 emocionálních dějů uvádí Křivohlavý (1995, s. 31 – 35) také pozitivní emoce:

- víra – zde jde o víru pacienta v něco, co by chtěl ještě uskutečnit, zažít či někoho potkat. Pacient potřebuje mít naději, že se některé jeho přání ještě splní;
- empatie – empatií neboli soucítěním se rozumí vcítění se do někoho jiného, což samozřejmě, pokud se člověk nedostal do pacientovi situace, tak to úplně nejde. Je důležité se snažit postavit do role pacienta, snažit se pochopit jeho složitou situaci a tím pochopit i jeho potřeby;
- klid a mír – zde by se dalo zahrnout především klid a ticho, v čemž by se mělo pacientovi co nejvíce vyhovět. Kromě toho je důležité, aby i pacient našel v sobě klid a mír. Můžou ho trápit nevyřešené problémy či špatné vztahy s blízkými, které již dlouho neviděl. V této situaci je vhodné pacienta vyslechnout, ne však vyslýchat a v případě nevyjasněných vztahů s někým blízkým, se pokusit nějakým způsobem danou osobu kontaktovat, přeje-li si to pacient;
- láska – Křivohlavý zde uvádí pojmy *sebe-láska* a *tebe-láska*, přičemž *sebe-láska*, jde v tomto případě bokem. Pro pacienta je lepší pokud ještě dokáže lásku spíše dávat, než brát, potřebuje vidět, že lidem okolo něj mu na něm záleží, že jim záleží na nich samotných;

- radost – k pokojnému umírání je potřeba, aby pacient měl ještě trošku radosti, např. z toho, že měl spokojený život, či z toho že má kolem sebe na jeho poslední cestě své blízké.

2.2.1 Soběstačnost

Soběstačnost by se dala zařadit i k potřebám fyziologickým, je však nutné podotknout, že ztráta soběstačnosti má velký význam na psychiku nemocného. Je-li odkázán na pomoc druhých, často nejbližších, může to pro něj být velmi traumatizující, protože může mít pocit, že ztrátou soběstačnosti ztrácí i důstojnost. Většina lidí si také představuje, že umírat rovná se ležet, není tomu vždy tak. Je-li pacient schopen si sednout, či ujít pár kroků nebo se alespoň postavit, může se mu i velmi ulevit (např. u plicních nádorů, nemoci srdce), a také může ještě na chvíli získat pocit „svobody“, že není upoután na lůžko. (Křivohlavý, 1995, s. 22)

2.2.2 Naděje

Bez naděje není život, ani klidný odchod. Je to velmi důležitá součást lidského života a myšlení, zvláště u pacienta s nevléčitelnou chorobou, ať jsou to pravé či falešné naděje. Pomáhá mu to zvládat těžké situaci doma či v zařízení, např. v nemocnici různá vyšetření, nesoběstačnost, bolest. Vidět naději v těžké životní situaci je vždy mnohem snazší pro optimisty. Také neznamená, že dávat naději znamená lhát, právě naopak, lhaním se můžou lidé pečující připravovat o důvěru pacienta. Je však velmi důležité, aby se tato naděje pacientovi nikdy nebrala, ačkoliv se může zdát jakkoliv absurdní či nepochopitelná. (Křivohlavý, 1995, s. 32; Svatošová, 2011, s. 29 - 31)

2.3 Potřeby sociální

Sem patří potřeba sounáležitosti, potřeba někam patřit a nebýt sám. Co se týče nemocného člověka, vždy je dobré, pokud je hospitalizován či je klientem například hospicového zařízení, když za ním chodí návštěvy a nemocný vidí, že je o něj zájem, ale nejen ze strany rodiny, ale také personálu. Musí se však dbát na to, že pacient či klient nemusí mít vždy náladu přijmout návštěvu a toto jeho rozhodnutí respektovat a do ničeho ho nenutit. (Svatošová, 2011, s. 20)

2.4 Potřeby duchovní – spirituální

V minulosti se o těchto potřebách příliš nemluvilo. Pod pojmem duchovní, nebo-li spirituální potřeby si mnoho lidí představí různé potřeby spojené s věřícími lidmi. Bývá to často naopak, a nevěřící lidé, v náboženském slova smyslu, často vyhledávají pomoc při uspokojování těchto potřeb. Umírající lidé hledají na konci své cesty smysl života, potřebují ujištění, že jejich bytí na tomto světě mělo svůj důvod. V různých situacích či z různých důvodů potřebuje člověk dojít k odpuštění a také chce sám odpouštět. (Svatošová, 2011, s. 21)

2.4.1 Spirituální bolest

Často pacienti na první pohled zlí a věčně nespokojení potřebují duchovní pomoc nejvíce. Může se stát, že personál se takovému pacientovi začne vyhýbat, začne k němu pociťovat i odpor, je však nutné to překonat a naopak se o pacienta starat o to intenzivněji, zajímat se o něj, překonávat tu bariéru. Další signály spirituální bolesti může být přehnaná touha po pozornosti (např. zvonky kvůli každé maličkosti), zmínky o nespravedlnosti, opuštěnosti, apod. Často se projevuje také rezignací, poddání se nemoci a někdy dokonce i somatickými obtížemi bez jasného vysvětlení.

Extrémní spirituální bolest se objevuje, dochází-li k přehlížení spirituální bolesti, nebo měl pacient deprese, které vygradovaly až v tento stav. Pacient může žádat o ukončení svého života, má sebevražedné myšlenky, může dojít i k pokusům o sebevraždu. Tato bolest je často projevem selhání personálu při uspokojování některé z bio-psycho-socio-spirituální oblasti. (Svatošová, 2012, s. 55-58)

2.4.2 Uspokojování duchovních potřeb

Při uspokojování spirituálních potřeb je důležité, aby si umírající zvolil sám, kdo mu bude nablízku. Může to být člen rodiny, všeobecná sestra, ošetřovatelka či jiná osoba, které pacient důvěřuje. Pro poskytnutí základní duchovní péče má většina dospělých lidí, minimálně vést rozhovor, v němž vyslechne nemocného a ten si tak ujasní své otázky či pochybnosti, nebo alespoň si uleví při sdílení svých pocitů. Při příjmu pacienta ať už do zdravotnického či do sociálního zařízení by měla být nabídnuta duchovní pomoc odborníkem (kněz, pastorační pracovník), nikdy však vnucována.

V nemocnici je jádrem duchovní péče navštěvování nemocných. Je důležité, aby se všichni, jež nějakým způsobem pečují o nemocné, jednou za čas sešli, a dohromady se podělili o

své zkušenosti a rozhodli o další léčbě a intervencích u každého pacienta. (Opatrný, ©2000-2014; Pera, Weinhart, 1996, s. 65; Svatošová, 2012, s. 30)

2.4.2.1 Nemocniční kaplan

Je to osoba, která poskytuje pastorační péči ve zdravotnických či v sociálních zařízeních a to na základě pověření dané církví a smlouvy se zařízením. Kaplan poskytuje duchovní péči všem lidem bez ohledu na vyznání či onemocnění. Neposkytují pomoc jen pacientům, ale také lidem, kteří o ně pečují, ať už rodině či přímo personálu v zařízení.

Kaplanskou službu mohou provádět jak duchovní, tak laici, jež prošli odborným kurzem pastorační péče, mají povolení od církve a mají smlouvu či dohodu s daným zdravotnickým zařízením. Kaplan je součástí multidisciplinárního týmu.

Činnost kaplanů je zaměřena především:

- na ochranu důstojnosti pacientů,
- na spirituální dimenzi nemoci, smrti a lidského utrpení,
- na uspokojení spirituálních potřeb lidí s různým náboženským vyznáním a kulturou se zachováním respektu k jejich přesvědčení,
- na ochranu pacienta před nevhodným duchovním obtěžováním (vnucováním),
- na empatický přístup k pacientovi, naslouchání a pochopení,
- na konání bohoslužeb a udělování svátostí dle náboženské tradice,
- fungují jako prostředníci a obhájci osob, které potřebují zastání v zdravotnickém systému,
- podpora výzkumné činnosti spirituální péče a aktivní účast v ní,
- vyhodnocování poskytované spirituální péče. (Kaplan-nemocnice, ©2014)

3 PO SMRTI

Ztráta blízké osoby bývá pro pozůstalé velmi traumatizující, i pokud s blízkou smrtí počítají. Truchlení se odráží jak na psychice pozůstalých, tak v tělesné oblasti a fungování. Je však důležité umět komunikovat s pozůstalými, a také jim dokázat alespoň trochu pomoci. (Kupka, 2014, s. 124)

3.1 Péče o mrtvé tělo

Ihned po úmrtí pacienta není na místě být příliš aktivní. Je vhodné např. otevřít okno, zapálit svíčky, nechat působit ticho, někdo se může i pomodlit za zemřelého.

3.1.1 V nemocnici

Po úmrtí pacienta lékař provádí prohlídku a stanoví příčinu úmrtí. Při péči o mrtvé tělo je vždy lepší, pokud pracují sestry dvě. Sestra zajistí soukromí na pokoji a je-li to možné, požádá spolupacienty, aby si na chvíli odešli. Odstraní postranice, pomůcky doplňující lůžko, polštář, peřinu, mrtvý leží pouze na prostěradle a na podložce. Zemřelému sestra vysleče oděv, vyjme zubní protézu/y, zkrátí drény, odlepí náplasti a omyje tělo. Uloží tělo do vodorovné polohy, zavře zemřelému oči a podváže bradu. Poté označí tělo, aby nedošlo k záměně – na stehno píše údaje fixou, na palec u nohy štítek se jménem a příjmením, datem narození i úmrtí (píše se i čas), dále pak bydliště, oddělení, kde pacient zemřel, číslo chorobopisu a diagnózu. Po 2 hodinách sestra zavolá na patologii, pro odvoz. Poté sepíše všechny věci zemřelého a cennosti uloží do trezoru. Soupis se dělá před svědkem a je důležitý podpis svědka do knihy o pozůstalosti. Věci zemřelého si přebírají pozůstalí po přeložení OP a protipodpisu. Sestra se vždy musí chovat taktně. (Slezáková a kol., 2007, s. 162 – 163)

3.1.2 V domácnosti

Často zde může být ostych hýbat s mrtvým tělem, není se však čeho bát. Pokud je někomu nepříjemné být s mrtvým tělem sám, neměl by se bát někoho si zavolat. Měl by se také zavolat lékař, aby provedl prohlídku zemřelého, není však nutné ho volat uprostřed noci, často stačí i ráno přivolat praktického lékaře a poté pohřební službu. Tělo by se mělo uložit do vodorovné polohy, bez polštáře, je vhodné ztlumit topení, otevřít okna. Zavrou se víčka, může se vložit protéza či nemusí, záleží na situaci a vhodnosti a podváže se brada, většinou obvazem. Provádí se také celková hygiena a umytí těla, je důležité konat s rozmyslem,

jemně. Po umytí je vhodné dát pod zemřelého čistou plenu (z důvodu uvolnění svalstva a svěračů).

Pro poslední chvíle se zemřelým je vhodné uklidit pokoj od všech léků, či pomůcek, můžou se zapálit svíčky. Pozůstali se mohou sejít kolem lůžka a ještě se tiše rozloučit a zavzpomínat na zemřelého. (Umírání, ©2015)

3.2 Truchlení

Kupka (2011, s. 71) uvádí, že: „*Truchlení je komplexní emocionální, sociální a somatickou reakcí na ztrátu.*“ Jako reakce se může projevat záplavou různých emocí (žal, strach, agrese, pocit viny, osamělost, atd.), somatickými potížemi (nechutenství, únava, nespavost, zhoršení imunitního systému, svírání u srdce, atd.), chaotickým jednáním a změnou zvyklostí, vyhýbáním se společnosti, apod.

3.2.1 Fáze truchlení

Truchlení je proces, při kterém si pozůstali procházejí různými fázemi, např.:

1. Šok – fáze šoku nastává ihned po smrti blízkého a může trvat až 2 dny. Pozůstali nevěří nastalé situaci, odmítají přijmout skutečnost. Mohou se cítit jako ve snu, jsou zmatení, otupělí nebo naopak se mohou chovat bouřlivě – nařikají, objímají a hladí mrtvého.
2. Fáze sebekontroly – trvá zhruba do dne konání pohřbu. Pozůstali mají plno práce s pohřbem a nemají tak čas, aby plně podlehli smutku a truchlení. Teprve po pohřbu, kdy zůstávají sami, na ně doléhá smutek a ztráta.
3. Regrese – tato fáze probíhá cca kolem 3 měsíců. Pro tuto fáze je typické, že se pozůstali chovají občas jako děti, jsou plačtiví, apatičtí, zkroušení. Často dochází ke stálému vzpomínání na zesnulého, což zabraňuje se vrátit zpět do osobního a pracovního života a projevuje se *hledáním, nalézáním, loučením*. Pozůstali nechtějí nic měnit, říkají si, že mrtvý je stále živý, není však pouze zrovna s nimi. Často se vyskytuje nepokoj, nespavost, postupně se však začínají od zemřelého odpoutávat.
4. Adaptace – uvádí se, že doba trvání je i rok, někdy až 4 roky. Pozůstali se začínají smiřovat s nastalou situací, začínají opět normálně fungovat, ale nezapomínají. (Kubíčková, 2001, s. 33 – 36; Špatenková a kol., 2011, s. 70)

3.2.2 Spirituální bolest u pozůstalých

S akutní spirituální bolestí u pozůstalých se setkávají často zdravotníci v nemocnicích a různých zařízeních. Občas může přejít až do fáze patologického truchlení, které je však řešeno už psychiatrickou léčbou. Často se projevuje výčitkami svědomí – např. lhaní, že se nestihl rozloučit, apod. Svěřili-li se pozůstalí se svým trápením, tak tím, že je vyslyšen se jeho bolest mírní, neboť sdělená bolest je poloviční bolest. Občas však potřebuje pozůstalí ujištění vyšší autoritou a tehdy je vhodné kontaktovat duchovního. (Svatošová, 2012, s. 65)

3.3 Komunikace s pozůstalými

Je důležité pozůstalým nabízet pomoc, aby viděli, že nejsou sami na tuto nelehkou životní situaci. V první řadě by jim měli pomoci nejbližší rodinní příslušníci, přátelé či známí. Bohužel však v dnešní době tato pomoc selhává, a lidé se často obrací na cizí lidi, s kterými se jim hovoří o těžkých věcech jednodušeji, např. na poradce pro pozůstalé, krizového intervenanta.

Základem je navázání kontaktu s pozůstalým/i a vytvoření takové atmosféry, která umožní rozhovor a ventilaci různorodých emocí spojených se smrtí. Vhodné je začít vyjádřením lítosti, soucítěním, přijít s nabídkou pomoci, např. „*Je mi to líto.*“, „*Cítím s vámi.*“, „*Jsem zde, abych naslouchal.*“, „*Mohu pro vás něco udělat?*“, „*Je dobře, že jste přišel...*“.

Nevhodné a neúčelné jsou formulace, které jakoby odmítají truchlení, např.: „*Máš pro koho žít.*“, „*Vzmuž se...*“ či „*Máš celý život před sebou!*“.

Při komunikaci s pozůstalým/i může docházet často k chybám, a to jak ze strany rodiny, tak zdravotníků a odborníků v krizové intervenci, jsou to:

- eufemismy (např. místo slova *smrt* se řekne *to*)
- zabránění pláče (nechat pláči volný průchod, nebránit, ani se nepokoušet pláč zastavit)
- strach mluvit o zemřelém (vyvolávat pěkné vzpomínky, ne se jim vyhýbat)
- nevhodný tělesný kontakt (např. hlazení, objímání – ne každému to může být příjemné a vhodné)
- mýty o truchlení
- snaha pomoci za každou cenu

- plané útěchy a „dobré rady“

Jednou z hlavních schopností v práci pomáhajících profesí, zvláště u zdravotníků, je naslouchání. Při naslouchání je důležité udělat si dostatek času, být trpělivý a vnímavý. Dále je velmi vhodné zkusit se vžít do kůže pozůstalého. Při rozhovoru používat otázky otevřené, nepřerušovat pozůstalého a také ho neodsuzovat za jeho myšlenky a emoce. Je důležité ujišťovat pozůstalého, že opravdu nasloucháte a posloucháte, např. slovy *aha*, *ano*, ... Ne vždy je také nutné mluvit, i ticho může být součástí rozhovoru. Také je žádoucí, aby byl pozůstalý ujišťován, že udělal vše, co bylo v jeho silách a také ho podporovat v nových začátcích. A nakonec ujistit pozůstalé, že truchlení a emoce co prožívají, jsou zcela přirozené. (Špatenková a kol., 2011, s. 74 – 76)

3.4 Pohřeb

Lidé, tedy pozůstalí vidí pohřeb jako poslední věc, kterou můžou pro zemřelého vykonat, důstojně se s ním rozloučit, poděkovat mu či mu vzdát poctu. V přítomnosti ostatních lidí můžou hledat útěchu, nejsou v tom sami a můžou svůj smutek sdílet s ostatními. Pohřeb také plní řadu funkcí, a to:

- funkci biologickou – péče o mrtvé tělo;
- funkci psychologickou – pohřeb staví pozůstalé přímým pohledem do tváře smrti, sdílí svůj zármutek a vzpomínky;
- funkci sociální – pozůstalí se staví do nových rolí, příjemce sociální pomoci;
- funkci spirituální a kulturní – pohřeb spojuje lidský život smrtí, dává ji smysl. (Špatenková a kol., 2014, s. 166)

Pohřeb by se neměl nikdy uspěchat a konat brzo, protože pozůstalí mohou být stále ve fázi šoku a stále jim ztráta milovaného nedochází. Na druhou stranu je však těžké říci, kdy je brzo a kdy pozdě, uvádí se, že optimální doba je cca 5 dní po úmrtí, záleží však také na okolnostech.

Po pohřbu mívají lidé velký problém komunikovat s pozůstalými. Neví, zda se s nimi mohou bavit o jejich ztrátě, či naopak dělat, že se nic nestalo. Bohužel se kontaktu s nimi raději vyhýbají.

Přibývá také situací, kdy pohřeb zcela chybí. Možná si lidé, pozůstalí, neuvědomují důležitost tohoto aktu, bohužel však vynecháním pohřbu problémy nezmezí, a spíše naopak mů-

žou vznikat další. Tím, že se pohřeb neuskuteční, může se stát, že se nevyrovnají se ztrátou svého blízkého, nevyrovnají se s realitou a můžou se dostat do sociální izolace. (Špatenkova a kol., 2014, s. 165 – 169)

3.4.1 Příprava a průběh pohřbu

Během přípravy pohřbu nemají pozůstalí čas propadnout truchlení. I když dnes již jsou pohřební služby, dá se říct velmi profesionální, spoustu věcí si musí rodina udělat ještě sama a je tak vhodné mít někoho, kdo jim v této těžké životní situaci pomůže. Může to být někdo blízký, kdo má se zařizováním pohřbu zkušenosti, vyškolení pracovníci v pohřební službě nebo ostatní poradci pro pozůstalé, kteří by měli umět poradit také v oblasti materiálních záležitostí pohřbu.

Obřad je mezníkem dvou fází, přispívá také k tomu, že tato událost začne být vnímána jako realita, zvláště při pohledu na mrtvé tělo. Během obřadu mohou pozůstalí ventilovat své pocity, nářky, pláč nebo naopak někdo nemusí reagovat takto, což neznamená, že by netruchlil.

Důležitou roli hraje pohřeb jako přechodový rituál – lidé – pozůstalí se uvádí do nové role, do nového stavu. (Kubíčková, 2001, s. 244 – 248)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

4.1 Hlavní cíle praktické části

Zmapovat péči o umírající pacienty z pohledu sester na daných oddělení.

Zmapovat situaci a základní informovanost sester na daných oddělení v oblasti duchovních potřeb pacientů.

4.2 Dílčí cíle

Zjistit, jak často se sestry setkávají s péčí o umírající pacienty.

Zjistit, jaký přístup mají sestry k ošetřování o umírajícího pacienta.

Zjistit, jaké mají sestry priority v oblasti uspokojování potřeb umírajícího pacienta.

Zjistit, jaké překážky vidí sestry při péči o umírajícího pacienta.

Zjistit, jak sestry vnímají kvalitu péče na oddělení.

Zjistit, jak by sestry v případě možnosti ovlivnily péči o umírající pacienty.

Zjistit, kdy má rodina možnost navštívit příbuzného – pacienta.

Zjistit, co si sestry představují pod pojmem duchovní potřeby.

Zjistit, zda se sestry aktivně zajímají o duchovní potřeby pacientů.

Zjistit, zda sestry ví, na koho se v případě potřeby v oblasti duchovních potřeb obrátit.

5 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Výzkumné šetření bylo prováděné kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Dotazník je soubor otázek, které jsou vytištěny na daném formuláři. Na začátku je napsané krátké shrnutí důvodu vyplnění dotazníku a také utvrzení anonymity respondenta. Dotazník obsahuje problémy a otázky, na které hledáme odpovědi. Dále by měl být dotazník konstruován tak, aby respondent chtěl dotazník vyplnit. Otázky by měly být jednoznačné, vhodné je udělat předvýzkum, pro zjištění nedostatků či nepochopení otázkám. Nevýhodou dotazníku může být právě nepochopení otázkám, což následně už nejde opravit či vysvětlit. (Kutnohorská, 2009, s. 41 - 42)

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Respondentkami byly všeobecné sestry, pracující na různých odděleních v nemocnici a v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby.

5.2 Organizace šetření

K výzkumnému šetření byl sestaven dotazník, jehož cílem bylo zmapovat péči o umírající pacienty z pohledu všeobecných sester. Dotazník byl distribuován mezi respondenty dvěma způsoby - rozdělením dotazníků v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, na onkologickém oddělení a na oddělení klinické gerontologie, a dále vytvořením on-line dotazníku na stránce www.surveymonkey.com, jenž byl dále rozposlán a sdílen na webových stránkách sdružující NLZP. Celkem bylo získáno a vyhodnoceno 192 dotazníků. Dotazníky byly zcela anonymní. Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v tabulkách a grafech.

5.3 Charakteristika dotazníkových položek

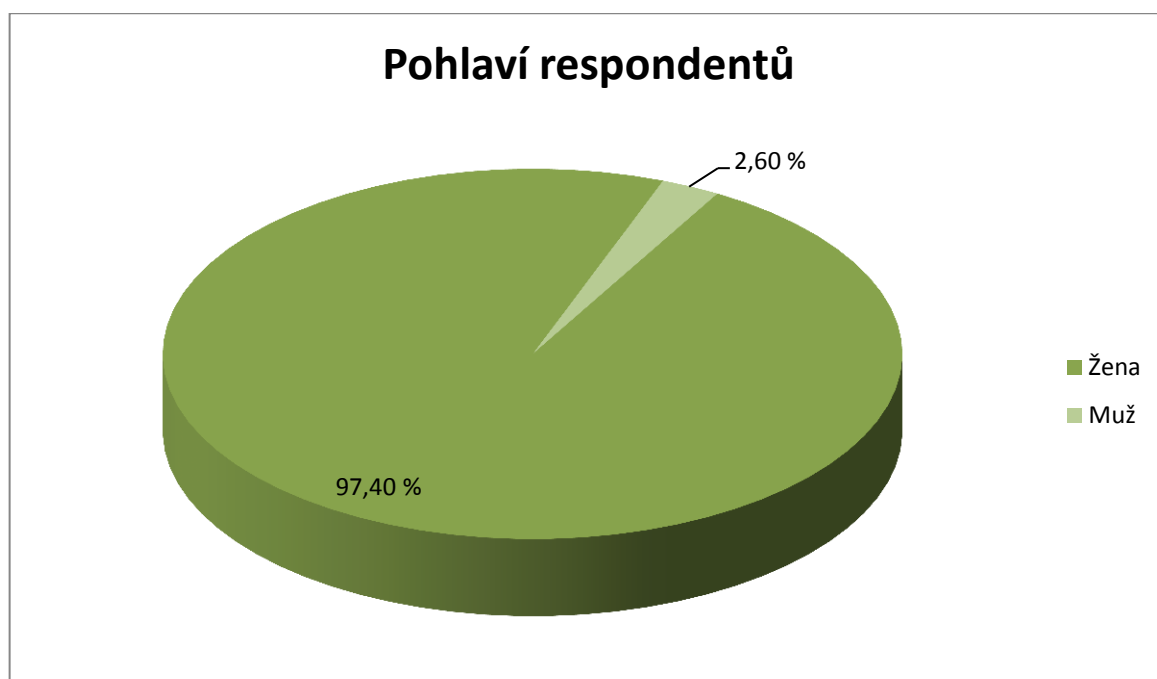
Dotazník se skládá z 19 otázek, kdy 14 otázek je uzavřených - otázky č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 3 otázky jsou otevřené - otázky č. 4, 13, 15 a 3 otázky jsou polouzavřené - otázky č. 11, 18, 19.

5.4 VÝSLEDKU PRŮZKUMU

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Tabulka 1 *Pohlaví respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žena	187	97,40
Muž	5	2,60
Celkem	192	100,00



Graf 1 *Pohlaví respondentů*

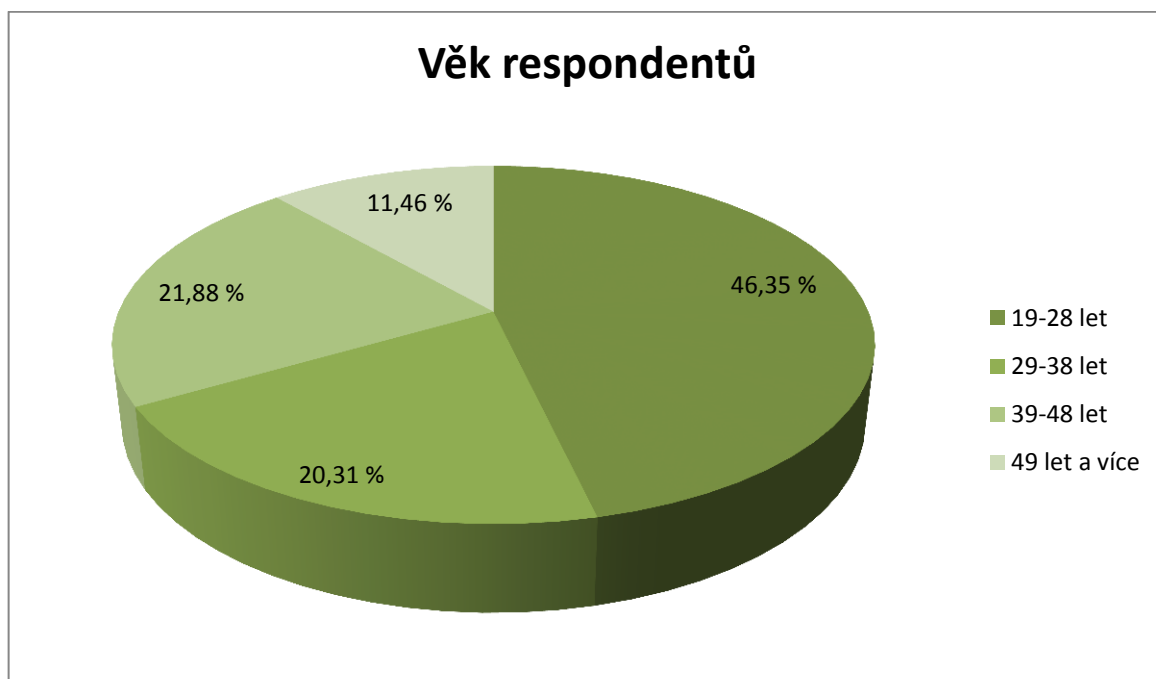
Komentář:

Otázka č. 1 zjišťuje pohlaví respondentů. Z celkových 192 respondentů je 187 žen (97,40 %) a 5 muži (2,60 %).

Otázka č. 2: Uved'te váš věk.

Tabulka 2 *Věk respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
19 – 28 let	89	46,35
29 – 38 let	39	20,31
39 – 48 let	42	21,88
49 let a více	22	11,46
Celkem	192	100,00



Graf 2 *Věk respondentů*

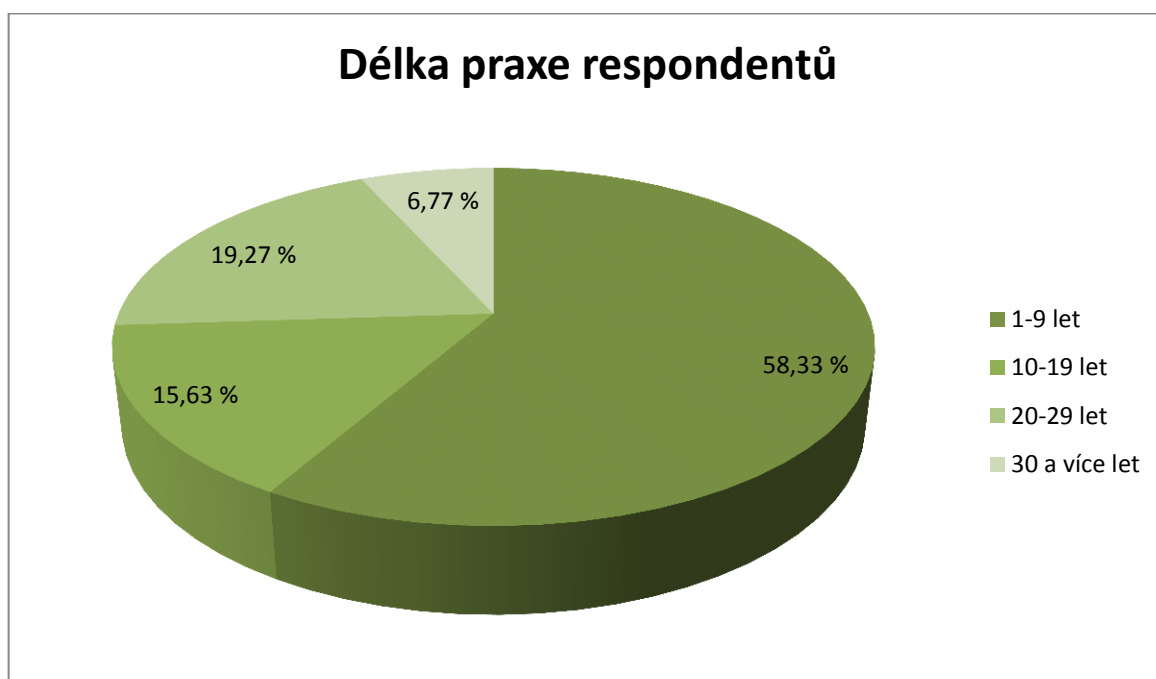
Komentář:

Otázka č. 2 zjišťuje věk respondentů. Z celkového počtu 192 respondentů je v kategorii 19 – 28 let 89 respondentů (46,35 %), v kategorii 29 – 38 let 39 respondentů (20,31 %), dále ve věku 39 – 48 let je 42 respondentů (21,88 %) a v kategorii 49 let a více je 22 respondentů (11,46%).

Otázka č. 3: Uveďte délku vaší praxi ve zdravotnictví.

Tabulka 3 *Délka praxe respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 – 9 let	112	58,33
10 – 19 let	30	15,63
20 – 29 let	37	19,27
30 a více let	13	6,77
Celkem	192	100,00



Graf 3 *Délka praxe respondentů*

Komentář:

Otázkou č. 3 zjišťujeme délku praxe ve zdravotnictví u respondentů. Z celkového počtu 192 respondentů je v kategorii 1 – 9 let 112 respondentů (58,33 %), v kategorii 10 – 19 let 30 respondentů (15,63 %), dále v kategorii 20 – 29 let je 37 respondentů (19,27 %) a 13 respondentů (6,77 %) je v praxi 30 let a více.

Otázka č. 4: Na jakém oddělení pracujete?

Otázka č. 4 byla otevřená, dle shodných a podobných odpovědí jsme rozdělili oddělení respondentů do kategorií.

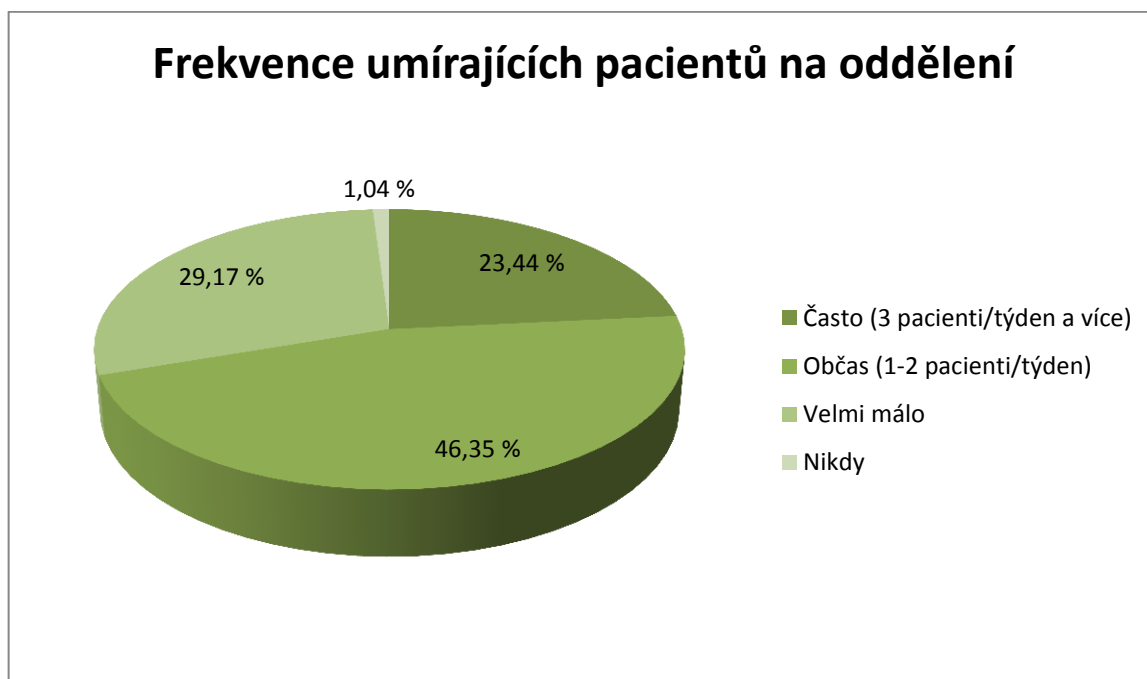
Tabulka 4 Oddělení respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Geriatrické oddělení	52	27, 08
Interní oddělení	39	20, 31
JIP, ARO, DIOP, ZZS	35	18, 23
Onkologické oddělení	17	8, 85
Chirurgické oddělení	13	6, 77
Domov pro seniory, agen- tura domácí péče	11	5, 73
Gerontopsychiatrie	7	3, 65
Urologické/gynekologické oddělení	6	3, 14
Kardiologické oddělení	5	2, 60
Neurologické oddělení	3	1, 56
ORL	2	1, 04
Ortopedické oddělení	1	0, 52
Stanice paliativní péče	1	0, 52
Celkem	192	100, 00

Otázka č. 5: Jak často pečujete o umírající pacienty na vašem oddělení?

Tabulka 5 Frekvence umírajících pacientů na oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Často (3 pacienti/týden)	45	23,44
Občas (1-2 pacienti/týden)	89	46,35
Velmi málo	56	29,17
Nikdy	2	1,04
Celkem	192	100,00



Graf 4 Frekvence umírajících pacientů na oddělení

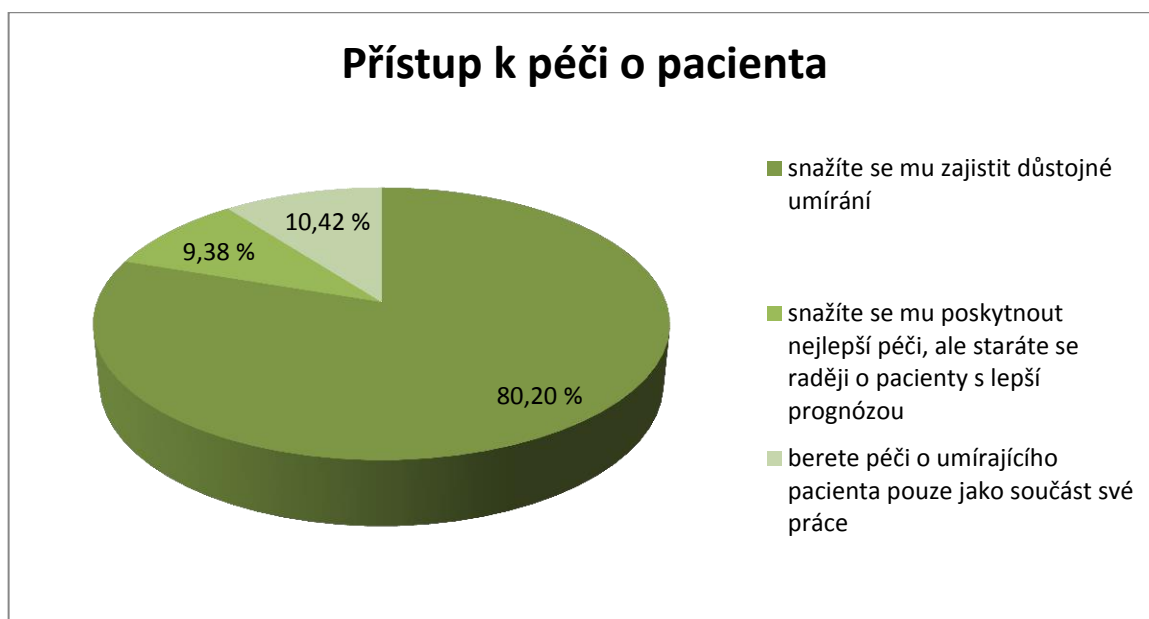
Komentář:

Otázka č. 5 zjišťuje, jak často respondenti pečují o umírající pacienty. Z celkového počtu 192 respondentů odpověď „často (3 pacienti/týden a více)“ dalo 45 respondentů (23,44 %), „občas (1-2 pacienti/týden)“ odpovědělo nejvíce respondentů, tedy 89 (46,35 %) a „velmi málo“ udává 56 respondentů (29,17 %).

Otázka č. 6: Je-li na vašem oddělení umírající pacient, tak ...?

Tabulka 6 *Přístup k péči o pacienta*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
snažíte se mu zajistit důstojné umírání	154	80,20
snažíte se mu poskytnout nejlepší péči, ale staráte se raději o pacienty s lepší prognózou	18	9,38
berete péči o umírajícího pacienta pouze jako součást své práce	20	10,42
vyhýbáte se umírajícím pacientům	0	0,00
Celkem	192	100,00



Graf 5 *Přístup k péči o pacienta*

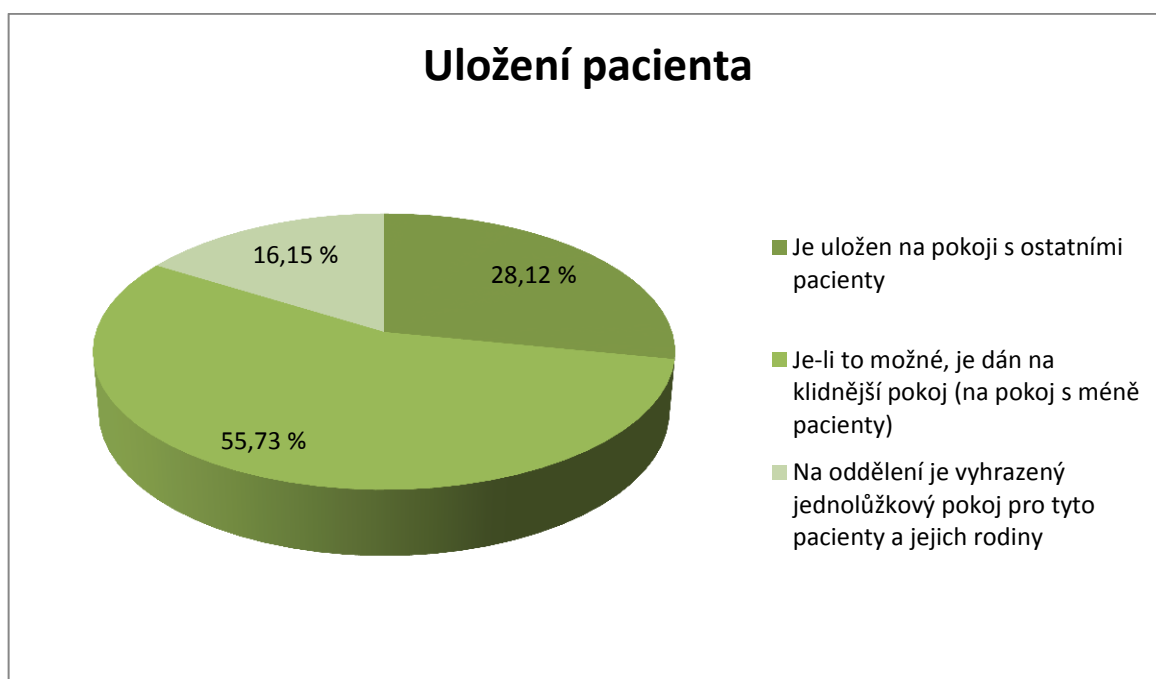
Komentář:

V otázce č. 6 zjišťujeme, jak přistupují respondenti k péči o umírajícího pacienta. Většina, tedy 154 respondentů (80, 20 %) uvádí, že se pacientovi snaží zajistit důstojné umírání, 18 respondentů (9, 38 %) odpovědělo, že „se umírajícímu pacientovi snaží poskytnout nejlepší péči, ale raději se stará o pacienty s lepší prognózou“, 20 respondentů (10, 42 %) uvádí, že „berou péči o umírajícího pacienta pouze jako součást své práce“ a nikdo nevedl, že se „vyhýbá umírajícím pacientům“.

Otázka č. 7: Kde je uložen umírající pacient na vašem oddělení?

Tabulka 7 Uložení pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Je uložen na pokoji s ostatními pacienty	54	28,12
Je-li to možné, je dán na klidnější pokoj (na pokoj s méně pacienty)	107	55,73
Na oddělení je vyhrazený jednolůžkový pokoj pro tyto pacienty a jejich rodiny	31	16,15
Celkem	192	100,00



Graf 6 Uložení pacienta

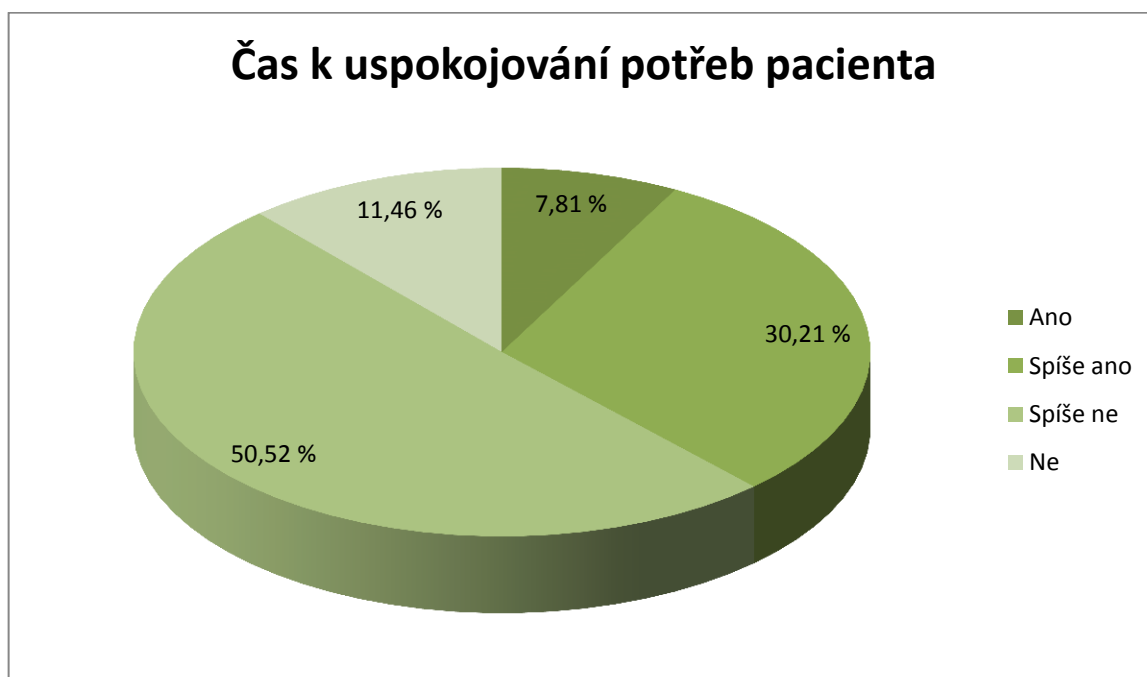
Komentář:

Otázka č. 7 se týká uložení umírajícího pacienta na oddělení respondentů. 107 respondentů (55, 73 %) uvádí „je-li to možné, je dán na klidnější pokoj“, což je vcelku pozitivní údaj, protože tak odpověděla více jak polovina dotázaných. Na druhou stranu ovšem, jsou umírající pacienti „uloženi na pokoji s ostatními pacienty“, jak uvádí 54 respondentů (28, 12 %). Pouze 31 respondentů (16, 15 %) uvádí, že „na jejich oddělení je vyhrazen pokoj pro umírající pacienty a jejich rodiny“.

Otázka č. 8: Myslíte si, že máte dostatek času uspokojovat všechny oblasti potřeb umírajícího pacienta?

Tabulka 8 Čas k uspokojování potřeb pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	15	7,81
Spíše ano	58	30,21
Spíše ne	97	50,52
Ne	22	11,46
Celkem	192	100,00



Graf 7 Čas k uspokojování potřeb pacienta

Komentář:

V otázce č. 8 se ptáme na to, zda si respondenti myslí, že mají dostatek času uspokojit dostatečně potřeby pacienta. Více jak polovina dotázaných, tedy 97 respondentů (50,52 %) uvádí „spíše ne“, což se dalo předpokládat. 58 respondentů (30,21 %) si myslí že „spíše ano“, 15 respondentů (7,81 %) odpovídá „ano“ a 22 respondentů (11,46 %) uvádí „ne“.

Otázka č. 9: Seřad'te potřeby tak, jak je na oddělení uspokojujete (od nejčastěji po nejméně).

Tabulka 9 Seřazení potřeb dle uspokojování na odd.

1.	Biologické potřeby
2.	Psychické potřeby
3.	Sociální potřeby
4.	Duchovní potřeby

Otázka č. 10: Seřad'te potřeby tak, jak by dle vašeho názoru měly být uspokojovány.

Tabulka 10 Seřazení potřeb dle toho, jak by měly být uspokojovány

1.	Biologické potřeby
2.	Psychické potřeby
3.	Sociální potřeby
4.	Duchovní potřeby

Komentář:

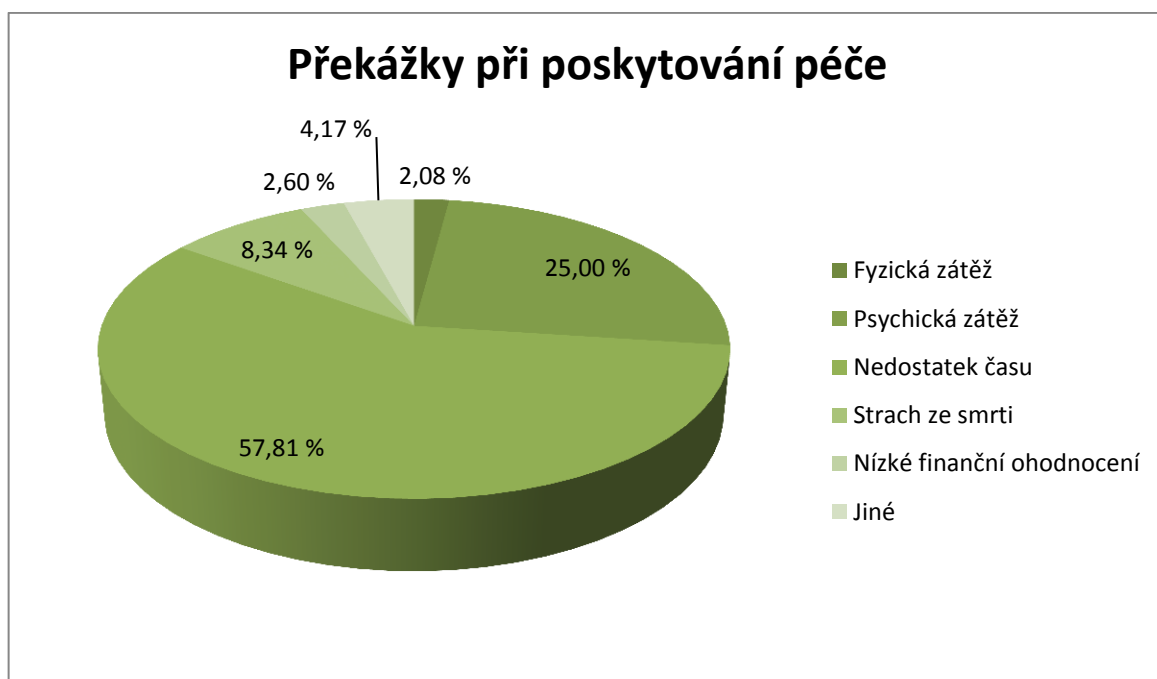
Otázky č. 9 a 10 byly velmi podobné, pouze s rozdílem, že v otázce č. 9 měli respondenti seřadit potřeby dle toho, jak jsou uspokojovány ve skutečnosti a v otázce č. 10 je měli seřadit dle toho, jak si myslí, že by měli být potřeby uspokojovány. Obě otázky dopadly velmi podobně, a to na 1. místě – biologické potřeby, na 2. místě – psychické potřeby, na 3. místě – sociální potřeby a na 4. místě – duchovní potřeby. Nejde říct jednoznačně, jak by to mělo být správně, a je důležité mít v první řadě čistého a upraveného pacienta, ale také mít pacienta, který nestrádá po duchovní a psychické stránce.

Otázka č. 11: **Jaká si myslíte, že je největší překážka ze strany sester při poskytování péče umírajícím pacientům?**

Tato otázka je polootevřená, kdy z výběru možností mohl respondent dát odpověď „Jiné“, kam může popřípadě doplnit, pokud nevybral žádnou odpověď z nabídky.

Tabulka 11 *Překážky při poskytování péče*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Fyzická zátěž	4	2,08
Psychická zátěž	48	25,00
Nedostatek času	111	57,81
Strach ze smrti	16	8,34
Nízké finanční ohodnocení	5	2,60
Jiné	8	4,17
Celkem	192	100,00



Graf 8 *Překážky při poskytování péče*

Komentář:

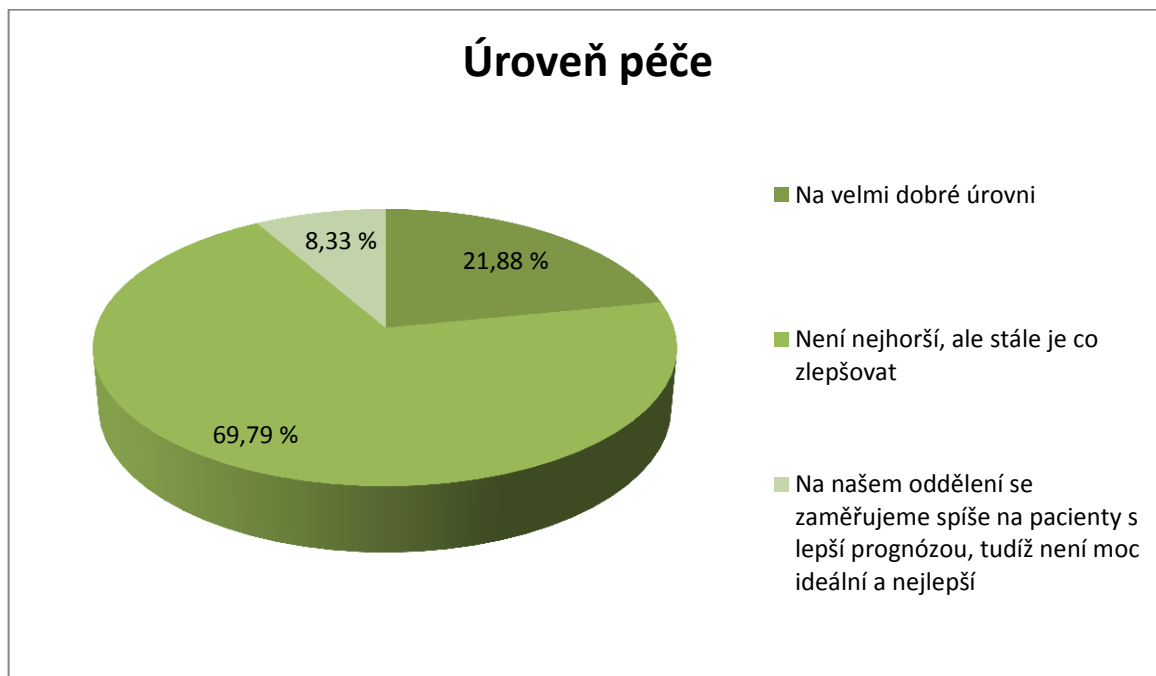
Otázka č. 11 zjišťuje, jaké překážky vidí sestry při poskytování péče umírajícímu pacientovi. Největší část, tedy 111 respondentů (57, 81 %) uvádí jako překážku „nedostatek času“, jako další problém uvádí 48 respondentů (25, 00 %) „psychickou zátěž“, dále také 16 dotázaných (8, 34 %) uvádí jako překážku „strach ze smrti“, 5 respondentů (2, 60 %) vidí jako největší překážku „nízké finanční ohodnocení“, pouze 4 respondenti (2, 08 %) uvádí „fyzickou zátěž“ a 8 respondentů (4, 17 %) uvádí jiné překážky:

- *„Na našem oddělení je to kombinace jak psychické zátěže, tak i nedostatku času pro alespoň komunikaci.“*
- *„Špatná spolupráce s některými lékaři, nedostatek času na uspokojování psychických potřeb pacienta.“*
- *„Lidé umírají v nemocnicích místo doma nebo v hospicích, kde jsou více na tuto část života zaměřeni.“*
- *„Tak trochu ode všeho.“*
- *„Málo personálu.“*

Otázka č. 12: Jaká si myslíte, že je na vašem oddělení péče o pacienty v terminálním stádiu?

Tabulka 12 Úroveň péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Na velmi dobré úrovni	42	21,88
Není nejhorší, ale stále je co zlepšovat	134	69,79
Na našem oddělení se zaměřujeme spíše na pacienty s lepší prognózou, tudíž není moc ideální a nejlepší	16	8,33
Celkem	192	100,00



Graf 9 Úroveň péče

Komentář:

Otázka č. 12 zjišťuje, jaká je poskytována péče o umírající pacienty na oddělení respondentů. Péči „na velmi dobré úrovni“ uvádí 42 respondentů (21, 88 %), 134 respondentů (69, 79 %) odpovídá, že péče na oddělení „není nejhorší, ale stále je co zlepšovat a 16 dotázaných (8, 33 %) uvádí, že péče „není moc ideální a nejlepší“.

Otázka č. 13: **Kdybyste mohli ovlivnit podmínky péče na vašem oddělení, co byste změnili?**

Otázka č. 13 je otevřená a ptá se, co by respondenti změnili na svých oddělení, kdyby měli tu možnost, nejčastější odpovědi jsou:

- „Empatičtější přístup ze strany lékařů a jejich nesmyslnost pacienta léčit, neprodulžovat uměle život. Mnohdy k nim bohužel přistupují jako 'ke kusu hadru'.“
- „Více času pro umírajícího pacienta“.
- „Více personálu a více volných dní, méně papírování a také dostatek materiálu.“
- „Přístup personálu k pacientům.“
- „Lepší psychologický přístup a duchovní péči.“
- „Lepší organizaci práce.“
- „Zařídit jednolůžkové pokoje, nebo zajistit větší intimitu, alespoň pomocí pleny.“
- „Více soukromí pro umírajícího a jeho rodinu a možnost, aby s ním mohla být rodina neomezeně.“
- „Více využívat kompetence v oblasti bazální stimulace.“
- „Pietní místnost pro zemřelé.“
- „Přístup a nátlak vrchní sestry, poštvává sestry mezi sebou. Pracujeme ve stresu a pod tlakem...“
- „Kvalitnější léčbu bolesti a dušnosti, omezit zbytečná vyšetření a procedury.“
- „Edukace rodiny k větší spoluúčasti při odchodu umírající/ho, tedy věnování více času pro smíření vztahů a podpory duše.“
- „Spíše se zaměřit na kvalitu života pacienta, ne na kvantitu.“
- „Hlavně přístup pojišťoven, které do nedávna neuznávaly a hlavně nepodporovaly domácí hospicovou péči.“
- „Lepší zacházení s umírajícím a pak s mrtvým pacientem, dostatek kvalifikovaného personálu.“
- „Nadstandardní pokoj zdarma nebo přijatelnou částku za pokoj na den + jeho příbuzné, a zajistit bezbolestné umírání, jak se píše v koncepci ošetřovatelství ve vy-

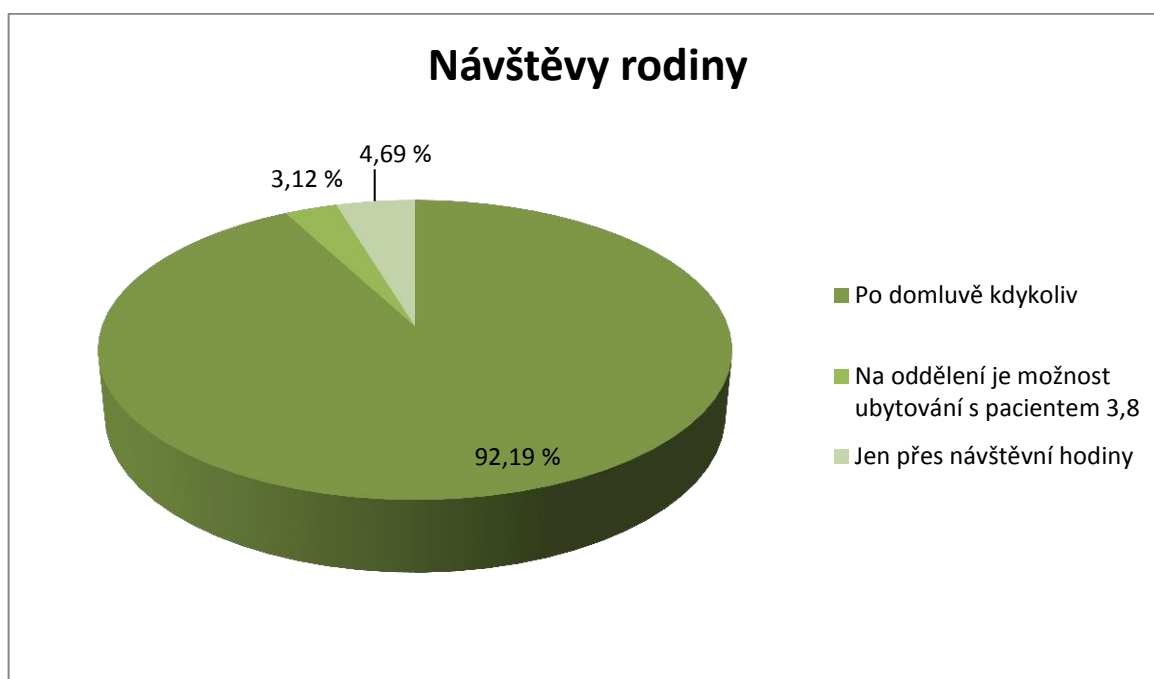
hláše ve Věstníku z r. 2004. A ne, že mi doktor řekne, že když mu dáme opiáty, takže provede eutanazii. Tohle je kámen úrazu. Málokdo píše u nás pacientům Morfiny ...a pak vidět jak lidi trpí.“

- *„Přijde mi, že lékaři moc neřeší problematiku umírajícího pacienta, spíš u něj udělají rychle vizitu (žádná péče se nerozšiřuje, tudíž málo práce, ať ho mám rychle napsaného a mohu se věnovat jiným pacientům).“*
- *„Pracuji na stanici paliativní péče, s umírajícími se setkávám při každé službě, někdy za den zemře nejeden pacient. Snažíme se zajistit veškeré potřeby dle pacienta. Pokud bych mohla ovlivnit podmínky na našem oddělení, byla by to komunikace mezi rodinou a umírajícím. V některých případech komunikace vážne, majetkové rozpory, zatajování dg. rodinou před nemocným...“*
- *„Podstatně změnit přístup k pozůstalým - komunikace, prostory ke komunikaci, lepší multidisciplinární spolupráce mezi ošetrovatelským týmem (komplexnost a propojenost péče - návaznost), atd.“*
- *Minimálně to, že umírajícím by měla být dána možnost s někým o jeho stavu si promluvit (psycholog), dále dokud to jeho zdravotní stav umožňuje, zapojovat ho více do činnosti, aby se necítil už jako přítěž a nečekal jen na smrt (dobrovolník). Aby se neuspokojovali jen jeho biologické potřeby, ale i psychické potřeby. Měl by mít možnost trávit víc času s rodinou.“*
- *„Nic“.*
- *„Nevím“.*

Otázka č. 14: Kdy může rodina navštívit pacienta na oddělení?

Tabulka 13 *Návštěvy rodiny*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Po domluvě kdykoliv	177	92, 19
Na oddělení je možnost ubytování s pacientem	6	3, 12
Jen přes návštěvní hodiny	9	4, 69
Celkem	192	100, 00



Graf 10 *Návštěvy rodiny*

Komentář:

Otázka č. 14 zjišťuje, kdy může rodina navštívit pacienta. 177 respondentů (92, 19 %) odpovědělo „po domluvě kdykoliv“, což se dalo předpokládat, 9 respondentů (4, 69 %) uvádí „pouze přes návštěvní hodiny“ a 6 respondentů (3, 12 %) uvádí „možnost být ubytován s pacientem“, kdy předpokládáme, že je tak možné hlavně v hospicích či domovech pro seniory.

Otázka č. 15: Co si představujete pod pojmem duchovní potřeby?

Tato otázka je otevřená, a zjišťuje, co si respondenti představují pod pojmem duchovní potřeby. Nejčastější odpovědi byly tyto:

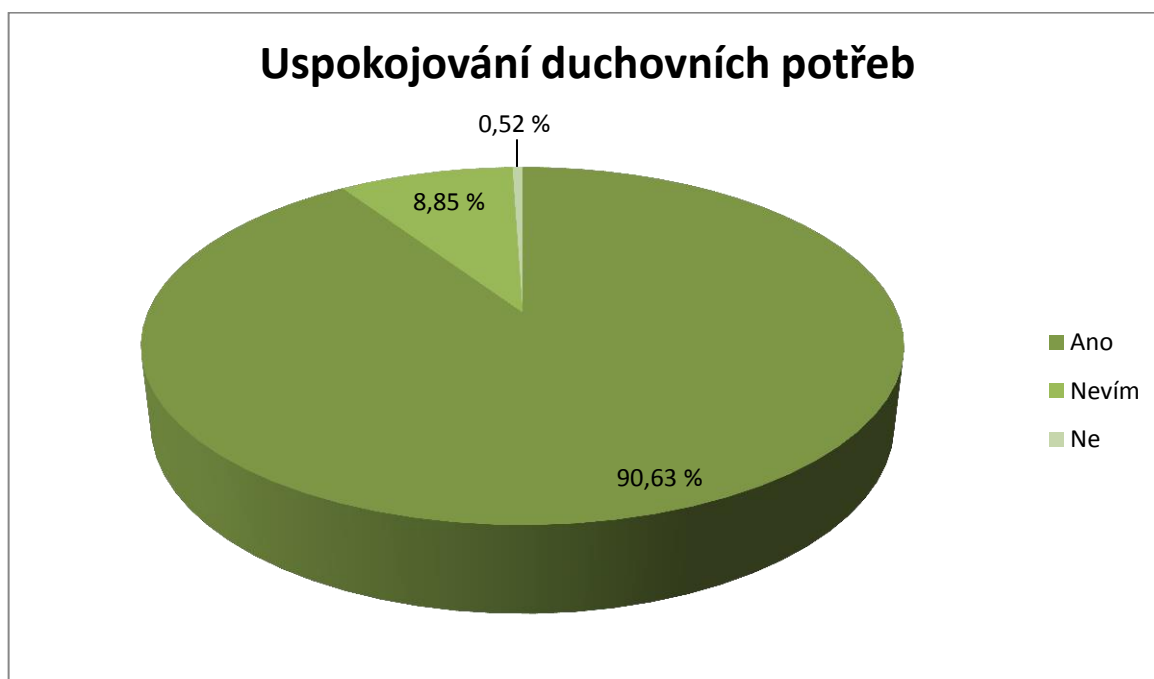
- *„Návštěva kněze, modlení, mše, Bible.“*
- *„Konzultace s duchovním/psychologem, dle zvyklostí pacienta/klienta“.*
- *„Víra.“*
- *„Náboženství.“*
- *„Poslední pomazání.“*
- *„Vše co souvisí s duší.“*
- *„U každého jsou různé.“*
- *„Blízký kontakt s rodinou.“*
- *„Vnitřní vyrovnanost.“*
- *„Pocit bezpečí, jistoty, klidu.“*
- *„Vyrovnaní se s vyššími sférami lidství.“*
- *„Možnost přijímat svátosti pomazání, vyzpovídat se, víra, naděje, odpuštění, porozumění, souznění.“*
- *„To co umírajícímu nejvíce pomůže, ať je to cokoli.“*
- *„Potřeba, že mě má někdo rád, že někam patřím a že můj život měl smysl.“*
- *„Zajistit umírajícímu dostatek prostoru k vyrovnaní se s životem, rodina apod.“*
- *U každého člověka by měly být poskytnuty, pokud pacient o to stojí, má na duchovní potřeby právo.“*
- *„Může to být rozhovor, čtení, zpověď, přítomnost kněze, přítomnost druhé chápající osoby. Cokoli, co pacientovi přinese dobrý pocit, že není sám, že se má na koho spolehnout, že o něj někdo stojí.“*
- *„Jedná se také o tematiku posmrtného života, co nastane po tom, když jedinec opustí tento svět.“*

- *„Ve vstupní anamnéze pro sestry je ikonka, zda-li pacient přeje návštěvu duchovního, hodně lidí to zarazí, někdo toho využije. Každou neděli je možno - pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, jít na mši. Návštěvu duchovního zařizujeme my - sestry. I rodina příbuzného může využít tyto služby. Duchovní potřeba je individuální a je na každém, zda-li ji v konkrétní chvíli potřebuje, nikdo by mu ji neměl odírat ani ho odsuzovat.“*
- *„Při nabídnutí duchovní služby se některý pacient zhrozí "posledního pomazání", myslí si, že pokud přijde kněz, je "konec" ... obrací se na nás i lidé nevěřící, chtějí si popovídat, uzavřít svůj život... během své praxe jsem zjistila, že věřícím umírajícím, ať už věří v Boha, v anděly, v cokoliv, se umírá, řekla bych snadněji... nemají strach z neznáma. Stačí si s lidmi popovídat, vyslechnout je, často nám, cizím lidem, sděluje pacient a rodina nezávisle na sobě své životní příběhy veselé i nešťastné a tím se jim také uleví... duchovní potřeby nejsou jen faráři a kříže, každý má své, talismany, amulety, květiny... i pacienti nevěřící v Boha se na něj v posledních chvílích obrací...“*

Otázka č. 16: **Myslíte si, že je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?**

Tabulka 14 *Je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	174	90,63
Nevím	17	8,85
Ne	1	0,52
Celkem	192	100,00



Graf 11 *Je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?*

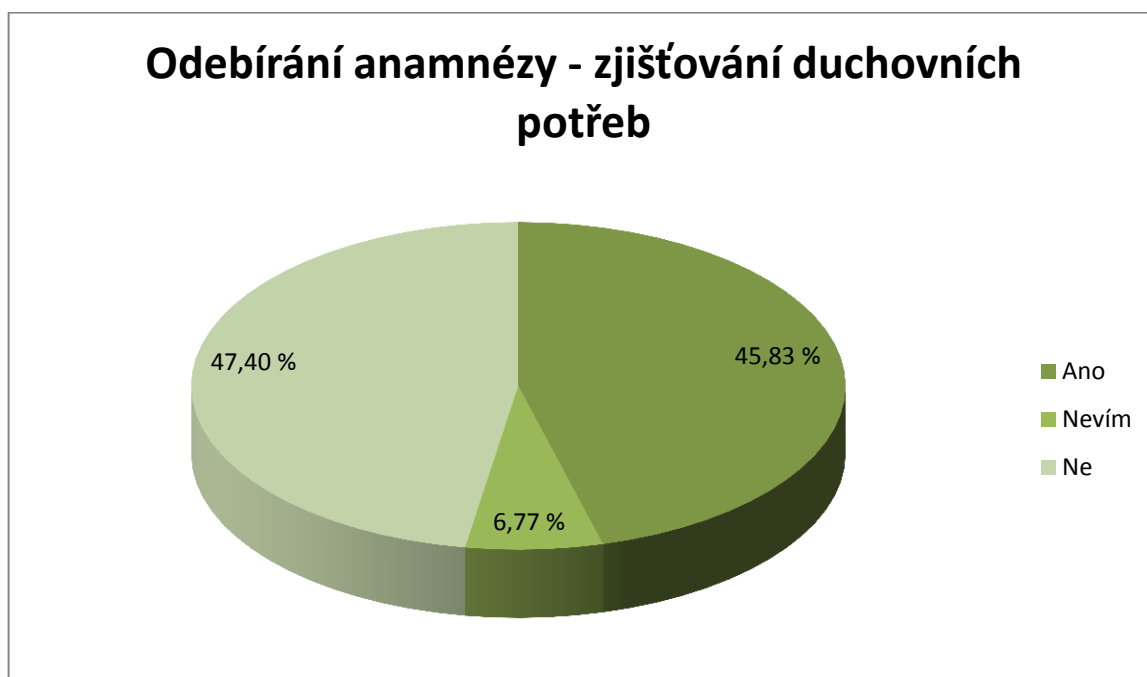
Komentář:

Otázka č. 16 zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů. Většina, tedy 174 respondentů (90,63 %) uvádí „ano“, „nevím“ uvádí 17 respondentů (8,85 %) a odpověď „ne“ zvolil pouze 1 respondent (0,52 %), což je daleko více uspokojivý výsledek.

Otázka č. 17: **Zjišťujete při odebírání anamnézy duchovní potřeby pacienta?**

Tabulka 15 *Odebírání anamnézy – zjišťování duchovních potřeb*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	88	45,83
Nevím	13	6,77
Ne	91	47,40
Celkem	192	100,00



Graf 12 *Odebírání anamnézy – zjišťování duchovních potřeb*

Komentář:

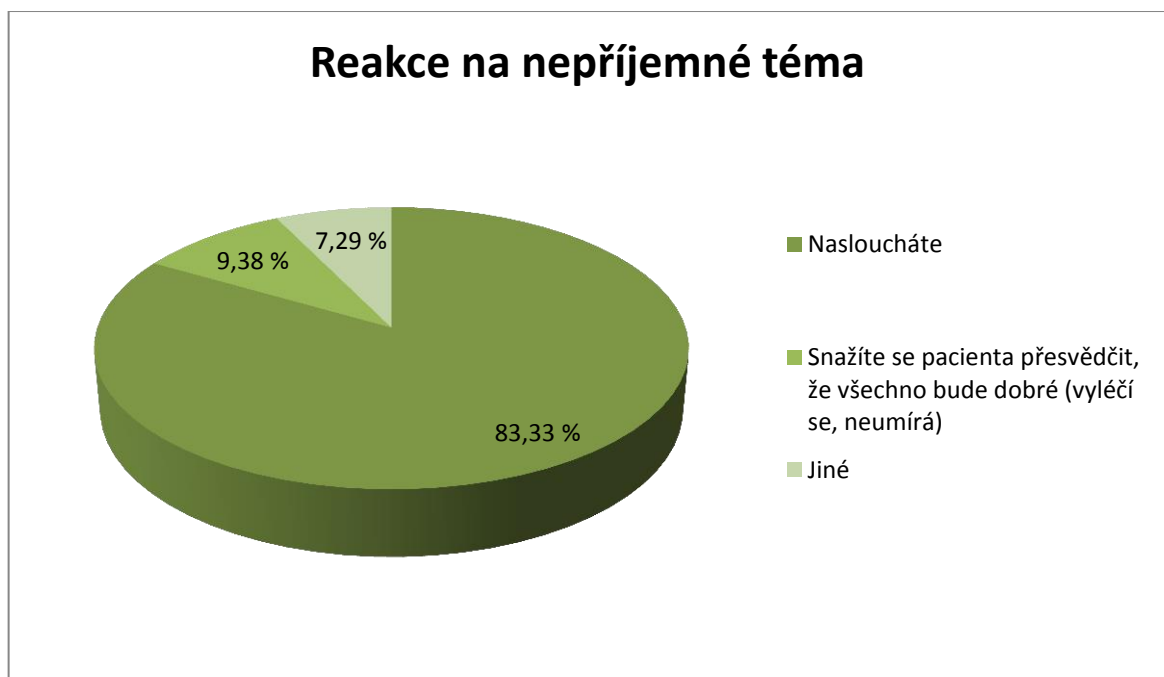
V otázce č. 17 zjišťujeme, zda se při příjmu pacienta a odebírání anamnézy respondenti ptají na duchovní potřeby. Zde by se hodilo porovnání s otázkou č. 16, kde jsme se ptali, zda si respondenti myslí, že je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů, kdy 174 respondentů odpovědělo „ano“, ale na otázku č. 17 zda zjišťují při odebírání anamnézy duchovní potřeby, odpovědělo „ano“ pouze 88 respondentů (45,83 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 13 respondentů (6,77 %) a 91 respondentů (47,40 %) uvádí odpověď „ne“.

Otázka č. 18: Pokud pacient hovoří o tématu, které vám není příjemné (zdravotní stav, umírání), jaká je vaše reakce?

Tato otázka je polouzavřená, kdy ve výběru z možností může respondent dát odpověď „Jiné“, kam může popřípadě doplnit, pokud nevybral žádnou odpověď z nabídky.

Tabulka 16 *Reakce na nepříjemné téma*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
„Neslyšíte“ a snažíte se přejít na jiné téma	0	0,00
Nasloucháte	160	83,33
Snažíte se pacienta přesvědčit, že všechno bude dobré (vyléčí se, neumírá)	18	9,38
Jiné	14	7,29
Celkem	192	100,00



Graf 13 *Reakce na nepříjemné téma*

Komentář:

Otázka č. 18 zjišťuje, jak respondenti reagují, pokud pacient hovoří o tématu, které není příjemné. 160 respondentů (83, 33 %) uvádí, že „naslouchají“, 18 respondentů (9, 38 %) zvolilo odpověď, že se „snaží pacienta přesvědčit, že bude vše dobré“, nikdo však nezvolil odpověď „neslyšíte“ a snažíte se přejít na jiné téma“. 14 respondentů (7, 29 %) zvolili možnost „jiné“, kde nejčastěji uvádějí nemožnost komunikovat s pacientem z důvodu poškození pacienta vlivem nemoci (neurologické onemocnění, pacienti s tracheostomiemi), anebo:

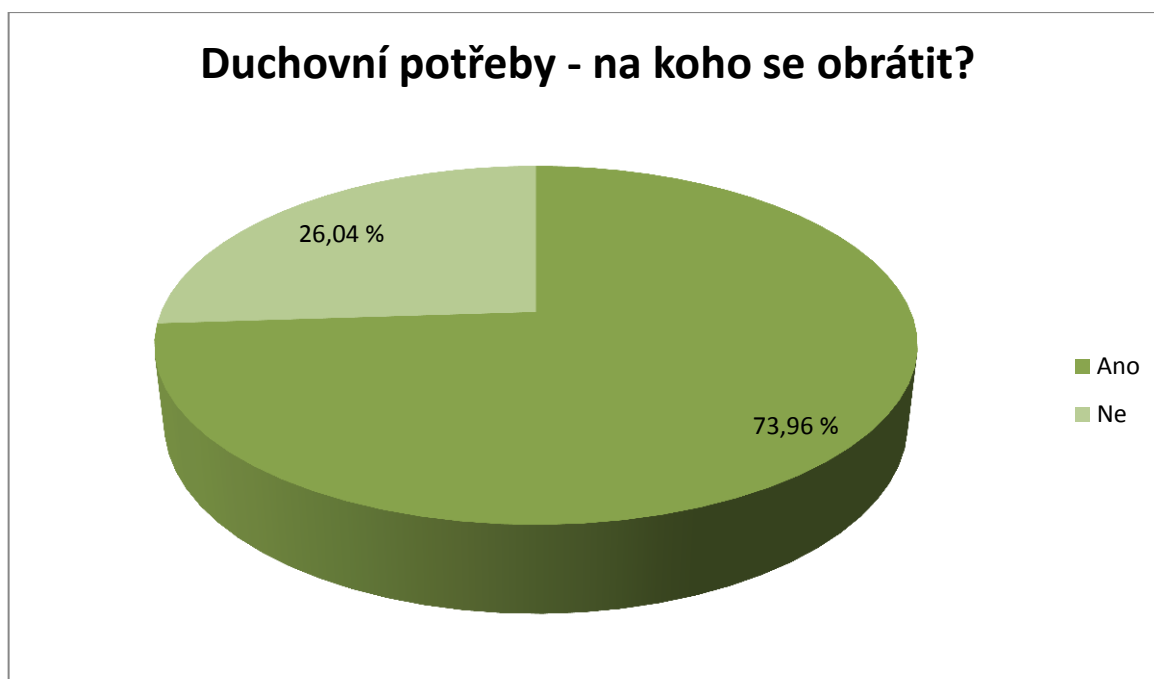
- *„Naslouchám a říkám, že je naprosto přirozené že má strach. Já bych ho měla taky.“*
- *„Záleží na informovanosti klienta, samozřejmě naslouchám a nevyvracím...“*
- *„Vyslechnu a snažím se povzbudit, ale nedávat plané naděje, pomoci s tím co mohu.“*
- *„Naslouchám a na nic jiného není čas, je nás opravdu málo...“*

Otázka č. 19: Víte, na koho se v oblasti duchovních potřeb obrátit?

Tato otázka je polouzavřená, a pokud respondent odpověděl „ano“, měl také napsat na koho se v případě potřeby obrátit.

Tabulka 17 *Duchovní potřeby – na koho se obrátit?*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	142	73,96
Ne	50	26,04
Celkem	192	100,00

Graf 14 *Duchovní potřeby – na koho se obrátit?***Komentář:**

Otázka č. 19 zjišťuje, zda respondenti vědí, na koho se v oblasti duchovních potřeb obrátit. 50 respondentů (26,04 %) odpovědělo „ne“, ale 142 respondentů (73,96 %) uvádí „ano“, nejčastější odpovědi byly, že se zavolá rodina, nemocniční kaplan, pastorační asistentka, farář, sociální pracovnice, psycholog či koordinátor spirituální péče při nemocnici. Dále také respondenti uváděli, že mají na oddělení kontakty na nemocniční duchovní, např. na

nástěnce, že setkání zprostředkovává staniční sestra nebo docházejí na oddělení dobrovolníci. Další odpovědi byly např.:

- *„Na naše oddělení chodí kněz, účastní se multidisciplinárních týmů, je na telefonu 24 hod. denně.“*
- *„Zeptala bych se rodiny, zda mají svého kněze, příp. bych zavolala na faru.“*
- *„Jsem členem Jednoty bratrské, tak bych se obrátila na našeho pastora.“*
- *„Na Boha.“*

6 DISKUZE

V této kapitole se zaměříme na zhodnocení výsledku vyplývajících z dotazníkového šetření a na porovnání výsledků s jinými kvalifikačními pracemi. K porovnání výsledků průzkumu byl použitý kvantitativní výzkum diplomové práce Bc. Ludmily Ryškové s názvem „Psychosociální aspekty umírajících v nemocničním prostředí z pohledu sestry“, obhájené na Masarykové univerzitě v Brně, Lékařské fakultě, Katedře ošetřovatelství roku 2013, dále byly použity výsledky kvantitativního výzkumu bakalářské práce Simony Malaníkové, DiS. s názvem „Etika umírání z pohledu středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení“, obhájené na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Ústavu pedagogických věd roku 2014, dále výsledky kvantitativního výzkumu bakalářské práce Marty Talašové s názvem „Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry“, obhájené na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Ústavu ošetřovatelství roku 2011.

V praktické části bylo vyhodnoceno 192 dotazníků, z čehož bylo 187 žen a 5 mužů. Nejpočetnější věková kategorie byla 19 – 28 let s 89 respondenty, dále v kategorii 29 – 38 let bylo 39 respondentů, ve věku 39 – 48 let se nacházelo 42 respondentů a nejméně měla kategorie 49 let a více s 22 respondenty. Co se týče délky praxe, 112 respondentů udalo 1 – 9 let, v kategorii 10 – 19 let se nachází 30 respondentů, dále 37 respondentů s délkou praxe 20 – 29 let a 13 respondentů v kategorii 30 let a více. Oddělení respondentů jsme neměli nijak specifikované, takže respondenti jsou jak z oddělení nemocnice - interní oddělení, geriatric, chirurgie, intenzivní obory, onkologie, gerontopsychiatrie, ortopedie, aj., tak z domovů pro seniory či z agentur domácí péče.

Cíl č. 1: Zmapovat péči o umírající pacienty z pohledu sester na daných oddělení.

Dílčí cíle k hlavnímu cíli č. 1:

Zjistit, jak často se sestry setkávají s péčí o umírající pacienty. Otázka č. 5

Otázka č. 5 měla za úkol zjistit, jak často sestry pečují o umírajícího pacienta na oddělení. Z celkových 192 respondentů odpovědělo „často (3 pacienti/týden a více)“ 45 respondentů, „občas (1-2 pacienti/týden)“ 89 respondentů a „velmi málo“ 56 respondentů. Z těchto výsledků vyplývá, že minimálně 2/3 respondentů pečuje o min. jednoho umírajícího pacienta za týden.

Zjistit, jaký přístup mají sestry k ošetřování o umírajícího pacienta. Otázka č. 6

Otázka č. 6 zjišťovala, jak přistupují sestry k péči o umírajícího pacienta. Velká většina, tedy 154 respondentů uvedlo, že se pacientovi snaží zajistit důstojné umírání. 18 respondentů odpovědělo, že se umírajícímu pacientovi snaží poskytnout nejlepší péči, ale raději se stará o pacienty s lepší prognózou, a dalo by se říct, že šlo o především respondenty pracujících na oddělení, kde se s umírajícími nesetkávají tak často, např. ortopedie, gynekologie, apod. Celých 20 respondentů odpovědělo, že berou péči o umírajícího pacienta pouze jako součást své práce. Můžeme však brát za vcelku pozitivní zprávu, že se nikdo umírajícím pacientům nevyhýbá.

Zjistit, jaké mají sestry priority v oblasti uspokojování potřeb umírajícího pacienta.

Otázka č. 7, 8, 9, 10

Otázka č. 7 se ptá na uložení umírajících pacientů na oddělení. V oblasti priorit se jedná o to, kam sestry ukládají tyto pacienty, protože by měli být někde v klidu, tak aby s nimi mohla být také rodina, aby měl personál větší klid na péči o tyto pacienty. Mnohdy je však velmi těžké uložit umírajícího pacienta na samostatný pokoj, nebo alespoň na pokoj, kde je méně pacientů, protože staré nemocnice jsou často situované tak, že na jednom pokoji je uloženo i 6 a více pacientů. Více jak polovina, 107 respondentů uvedlo, že pacient je dán na klidnější pokoj, což se může v našich podmínkách brát za úspěch a 31 respondentů odpovědělo, že na oddělení mají vyhrazený pokoj pro tyto pacienty a jejich rodiny. Na stranu druhou však 54 respondentů uvádí, že umírající pacienti zůstávají na pokoji s ostatními. Otázka č. 8 se ptá, jestli mají sestry dostatek času uspokojit všechny potřeby pacienta. Dalo se předpokládat, že respondenti budou odpovídat spíše negativně, kdy 97 respondentů odpovědělo „spíše ne“ a 22 respondentů „ne“. Souvisí to určitě i s pracovištěm, protože hodně respondentů bylo z LDN a interních klinik, kde bývá hodně pacientů na málo sester. Otázky č. 9 a 10 byly velmi podobné, pouze s tím rozdílem, že v otázce č. 9 měli respondenti seřadit potřeby dle toho, jak jsou uspokojovány ve skutečnosti a v otázce č. 10 je měli seřadit dle toho, jak si myslí, že by měli být potřeby uspokojovány. Obě otázky dopadly velmi podobně, a to na 1. místě – byly biologické potřeby, na 2. místě – se umístily psychické potřeby, na 3. místě – sociální potřeby a na 4. místě duchovní potřeby. Nabízí se zde srovnání s Ryškovou, kdy měli respondenti také seřadit potřeby dle toho, jak si myslí, že by se měly uspokojovat, výsledky byly tyto: 1. psychické potřeby, 2. sociální potřeby, 3.

duchovní potřeby, 4. fyzické potřeby. Výsledky jsou to tedy úplně jiné, než nám ukázalo naše šetření. Ze zkušeností víme, že v nemocnicích se pečuje především o biologické potřeby a při velkém množství pacientů a administrativy se už toho více ani stihnout nedá. Je však důležité vědět, že pro pacienta je důležité i kolikrát jen malé zastavení či úsměv, nebo jen nebýt nepřijemný. A duchovní potřeby dnes již v mnoha nemocnicích a zařízeních poskytuje nemocniční kaplan, pastorační asistent či psycholog.

Zjistit, jaké překážky vidí sestry při péči o umírajícího pacienta. Otázka č. 11

Otázka č. 11 se ptala na překážky ze strany sester při péči o pacienta. 111 respondentů uvedla jako největší překážku nedostatek času, což se dalo předpokládat. Podobný výsledek prezentuje také Talašová, kdy ze 100 respondentů uvádí 55%, že nemají dostatek času k naplnění potřeb umírajících pacientů. Psychickou zátěž uvádí 48 respondentů a s tím související strach ze smrti 16 respondentů, 5 respondentů uvedlo, že největším problémem je nízké finanční ohodnocení a pouze 4 respondenti uvedli fyzickou zátěž, kdy v této oblasti jsme předpokládali vyšší čísla, stejně tak v nízkém finančním ohodnocení. 8 respondentů uvedlo jiné důvody a to především málo personálu, špatnou spolupráci s lékaři či kombinaci všech možností.

Zjistit, jak sestry vnímají kvalitu péče na oddělení. Otázka č. 12

Otázka č. 12 zjišťuje, jak sestry vidí úroveň péče na oddělení. 134 respondentů vidí péči jako uspokojivou, ale dala by se také stále zlepšovat, naopak 42 respondentů hodnotí péči jako velmi profesionální a na dobré úrovni, pouze 16 dotázaných vidí péči jako ne moc dobrou a ideální. Dá se říct, že je to uspokojivý výsledek, a sestry hodnotí kvalitu péče tedy většinou kladně.

Zjistit, jak by sestry v případě možnosti ovlivnily péči o umírající pacienty. Otázka č. 13

Otázka č. 13 byla otevřená a respondenti mohli volně psát, co je napadlo ohledně změn v péči, popř. na oddělení. Nejčastější odpovědi byly hlavně zvýšení počtu personálu, zlepšit organizaci práce, lepší materiální vybavení, zajistit jednolůžkové pokoje pro umírající pacienty a jejich rodiny, také zlepšit komunikaci s rodinou byla jedna z mnoha odpovědí. Dále pak řešili lepší tišení bolesti a celkové chování lékařů vůči pacientům nebo péči o

mrtvé tělo a zlepšení komunikace s pozůstalými. Někteří respondenti uvedli také odpovědi nevim, nebo že by nic neměnili. Zde můžeme porovnat s daty Malaníkové, jež pokládala podobný dotaz a také stejně jako v naší práci odpovídali respondenti nejčastěji, např.: větší soukromí pro pacienty a jejich příbuzné a samostatné pokoje, dále také zajištění pietních místností, lepší komunikaci s rodinou a s lékaři a také lepší léčbu bolesti.

Zjistit, kdy má rodina možnost navštívit příbuzného – pacienta. Otázka č. 14

Otázka č. 14 zjišťovala, kdy může rodina navštívit pacienta, či tam s ním může být příbuzný ubytován. 177 respondentů, tedy valná většina odpověděla, že po domluvě může návštěva přijít kdykoliv, 9 respondentů odpovědělo, že pouze přes návštěvní hodiny. Ideální možnost, tedy být ubytován s pacientem uvedlo 6 respondentů.

Cíl č. 2: Zmapovat situaci a základní informovanost sester na daných oddělení v oblasti duchovních potřeb pacientů.

Dílčí cíle k hlavnímu cíli č. 2:

Zjistit, co si sestry představují pod pojmem duchovní potřeby. Otázka č. 15

V otázce č. 15 se ptáme na to, co si respondenti představují pod pojmem duchovní potřeby. Je to otevřená otázka, respondenti tedy mohli odpovědět dle vlastního uvážení. Většina odpověděla, že si pod tím představuje návštěvu kněze, pastoračního asistenta či psychologa, dále také mši či poslední pomazání. Někteří respondenti uváděli, že je to smíření s rodinou či s vlastním životem, že je to potřeba vědět že ho má někdo rád. Dále pak byly odpovědi týkající se posmrtného života. Malá část respondentů také odpověděla, že je to cokoliv, co pacientovi pomůže, ať už věří nebo ne.

Zjistit, zda se sestry aktivně zajímají o duchovní potřeby pacientů. Otázka č. 16, 17, 18

Otázka č. 16 zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů. 174 respondentů si myslí, že je to důležité, 17 respondentů neví a 1 respondent odpověděl ne. Otázka č. 17 se ptala na to, zda se respondenti při odebrání anamnézy zajímají o duchovní potřeby. V porovnání s otázkou č. 16, kdy na otázku, zda je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů, odpovědělo 174 respondentů kladně, tak zde odpovědělo ano „pouze“ 85 respondentů. Výsledek můžeme srovnat s Ryškovou, která se ptá, zda respondenti informují pacienty o duchovních službách, z čehož 3/4 z nich (76,1%

ze 112) odpovídá kladně, zatímco v našem šetření tak odpovídá asi polovina respondentů. Odpověď „ne“ zvolilo 91 respondentů a „nevím“ uvedlo 13 respondentů. Možná je to tím, že v ošetřovatelské anamnéze nebývá kolonka určená pro tyto potřeby. Otázka č. 18 byla polouzavřená a zjišťovala reakce respondentů na to, pokud pacient mluví o nepříjemném tématu. Že „naslouchají“ uvedlo 160 respondentů, 18 respondentů se snaží pacienta přesvědčit, že bude vše dobré a 14 respondentů odpověděli svými slovy. Nejčastější odpovědi byly, že naslouchají a mluví o strachu jako takovém, nebo že na nic víc kromě naslouchání není čas.

Zjistit, zda sestry ví, na koho se v případě potřeby v oblasti duchovních potřeb obrátit. Otázka č. 19

Otázka č. 19 zjišťuje, zda respondenti vědí, na koho se mají obrátit v oblasti duchovních potřeb. Otázka byla polouzavřená, a odpověděli-li respondenti „ano“, měli dopsat také, na koho se obrací. 50 respondentů uvedlo, že neví a 142 respondentů uvedlo, že ano. Odpovědi byly vcelku podobné, takže v případě potřeby volají kněze, pastorační asistenty, nemocničního kaplana, sociální pracovníky, psychologa či koordinátora spirituální péče. Dále také uváděli, že na oddělení je členem multidisciplinárního týmu kněz, který je na telefonu 24 hodin denně a je nutno říci, že toto je velmi pozitivní počín. Odpověď, která nás velmi překvapila byla, že se obrátí na Boha.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	37
Tabulka 2 <i>Věk respondentů</i>	38
Tabulka 3 <i>Délka praxe respondentů</i>	39
Tabulka 4 <i>Oddělení respondentů</i>	40
Tabulka 5 <i>Frekvence umírajících pacientů na oddělení</i>	41
Tabulka 6 <i>Přístup k péči o pacienta</i>	42
Tabulka 7 <i>Uložení pacienta</i>	44
Tabulka 8 <i>Čas k uspokojování potřeb pacienta</i>	46
Tabulka 9 <i>Seřazení potřeb dle uspokojování na odd.</i>	47
Tabulka 10 <i>Seřazení potřeb dle toho, jak by měly být uspokojovány</i>	47
Tabulka 11 <i>Překážky při poskytování péče</i>	48
Tabulka 12 <i>Úroveň péče</i>	50
Tabulka 13 <i>Návštěvy rodiny</i>	54
Tabulka 14 <i>Je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?</i>	57
Tabulka 15 <i>Odebírání anamnézy – zjišťování duchovních potřeb</i>	58
Tabulka 16 <i>Reakce na nepříjemné téma</i>	59
Tabulka 17 <i>Duchovní potřeby – na koho se obrátit?</i>	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	37
Graf 2 <i>Věk respondentů</i>	38
Graf 3 <i>Délka praxe respondentů</i>	39
Graf 4 <i>Frekvence umírajících pacientů na oddělení</i>	41
Graf 5 <i>Přístup k péči o pacienta</i>	42
Graf 6 <i>Uložení pacienta</i>	44
Graf 7 <i>Čas k uspokojování potřeb pacienta</i>	46
Graf 8 <i>Překážky při poskytování péče</i>	48
Graf 9 <i>Úroveň péče</i>	50
Graf 10 <i>Návštěvy rodiny</i>	54
Graf 11 <i>Je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?</i>	57
Graf 12 <i>Odebírání anamnézy – zjišťování duchovních potřeb</i>	58
Graf 13 <i>Reakce na nepříjemné téma</i>	59
Graf 14 <i>Duchovní potřeby – na koho se obrátit?</i>	61

ZÁVĚR

Téma naší bakalářské práce je mi blízké, protože jsem během studia na VŠ pracovala brigádově v nestátním zdravotnickém zařízení, podobného typu jako hospic, a také během praxe jsem si prošla odděleními, kde jsem se setkávala s umírajícími pacienty. Pracovala jsem jako pracovník v sociálních službách i jako všeobecná sestra, můžu tedy říct, že jsem péči o pacienta poznala z více stran a také do hloubky, než kdybych tuto práci poznala jen z jedné pozice.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí: teoretické a praktické. Teoretická část se v prvních kapitolách zabývá vysvětlením pojmů umírání a smrt, dále pak paliativní péčí a vývojem hospicové péče ve světě i u nás. Druhá kapitola se zabývá potřebami umírajících pacientů. Poslední kapitoly pojednávají o truchlení a o komunikaci s pozůstalými.

Jádro praktické části tvoří dotazníkové šetření, které bylo uskutečněno na různých odděleních, a respondentkami byly všeobecné sestry. Otázky byly zaměřeny na péči na oddělení a také na duchovní péči. Odpovědi byly občas překvapivé a po zkušenostech jak s vytisklým dotazníkem tak s online dotazníkem můžeme říct, že respondenti se mnohem více rozepisovali v online dotaznících, možná díky pocitu větší anonymity internetu.

Na závěr snad jen napsat, že nelze diktovat a přikazovat jak by se měli nejen sestry, ale také lékaři chovat a pečovat nejen o umírající pacienty. Dle odpovědí v průzkumu se dá usoudit, že problém není pouze na straně sester jako spíše na straně vedení. Nedostatek času, málo personálu, hodně pacientů a administrativy to viděli respondenti jako největší překážku při poskytování péče. Je to sice fakt, což mnozí z nás viděli i na praxi, ale je velmi důležité si občas sáhnout do svědomí a zeptat se sám sebe „Udělal jsem pro pacienta vše, co bylo v mých silách?“.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY, 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1819-3.
- [2] GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-059.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
- [4] HATOKOVÁ, Mária a kol., 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. 1. vydání. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů. ISBN 80-854-9543-0.
- [6] KUBÍČKOVÁ, Naděžda, 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vydání. Praha: ISV. ISBN 80-858-6682-X.
- [7] KUPKA, Martin, 2011. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2931-1.
- [8] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4720-692.
- [10] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.
- [11] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4731-711.
- [12] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.
- [13] O'CONNOR, Margaret, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1295-4.
- [14] PERA, Heinrich a Bernd WEINERT, 1996. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1152-0.

- [15] ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4730-127.
- [16] SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4722-702.
- [17] SVATOŠOVÁ, Marie, 1998. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vydání. Praha: ECCE HOMMO. ISBN 80-902-0491-0.
- [18] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-807-1955-801.
- [19] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-079.
- [20] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [21] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [22] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [23] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-4921-384.
- [24] ULRICHOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-0417-430.
- [25] VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vydání. Překlad Theodora Starnovská, Dagmar Pohunková. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1330-2.

Internetové zdroje

- [26] Essential Medicines List for Children (EMLc): Consultation Document. In: *World Health Organization* [online]. WHO, ©2015 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/palliative.pdf?ua=1

- [27] *Katolická asociace nemocničních kaplanů* [online]. 2014 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/>
- [28] KRCH, Jaroslav. Průlomová bolest a nové možnosti léčby. *Zdraví E15: Postgraduální medicína* [online]. 2011, roč. 12, č. 8 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prulomova-bolest-a-nove-moznosti-lecby-461816> <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- [29] Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta. In: *Pastorace.cz* [online]. Pastorage.cz, ©2000 – 2014 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.pastorage.cz/Knihovna/Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta.html>
- [30] Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě. In: *Katolická asociace nemocničních kaplanů* [online]. ©2014 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Standardy-pro-poskytov%C3%A1n%C3%AD-nemocni%C4%8Dn%C3%AD-kaplansk%C3%A9-sluz%C5%BEby-v-Evrop%C4%9B-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>
- [31] *Umírání* [online]. ©2009 - 2015 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/>
- [32] Výuka: Hodnotící škály. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče ZSHK* [online]. Hradec Králové, ©2008 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Kvalifikační práce

- [33] MALANÍKOVÁ, Simona. *Etika umírání z pohledu středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení* [online]. Zlín, 2014 [cit. 2015-5-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Mgr. Renata POLEPILOVÁ. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/28910/malan%C3%ADkov%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [34] RYŠKOVÁ, Ludmila. *Psychosociální aspekty umírajících v nemocničním prostředí z pohledu sestry* [online]. Brno, 2013 [cit. 2015-5-10]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie ZÍTKOVÁ. Dostupné z:

http://is.muni.cz/th/214714/lf_m/PSYCHOSOCIALNI_ASPEKTY_UMIRAJICI_CH_V_NEMOCNICNIM_PROSTREDI_Z_POHLEDU_SESTRY.pdf

- [35] TALAŠOVÁ, Marta. *Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2015-5-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Markéta BLAŽKOVÁ. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15430/tala%C5%A1ov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Cit.	Citace
CNS	Centrální nervová soustava
DC	Dýchací cesty
GIT	Gastrointestinální trakt
Např.	Například
NLZP	Nelékařská zdravotnická povolání
S.	Strana
WHO	World Health Organization
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené respondentky/ vážení respondenti,

jmenuji se Vendula Martinková, studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Identifikace potřeb umírajících pacientů“. Součástí praktické části mé práce je dotazník a já vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a odpovědi budou použity pouze v rámci výzkumného šetření bakalářské práce. Doba k vyplnění dotazníku je asi 10 minut.

Děkuji vám za ochotu a spolupráci.

Vendula Martinková

Nebude-li uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu odpověď.

1) Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2) Uveďte Váš věk:

- a) 19 – 28 let
- b) 29 – 38 let
- c) 39 – 48 let
- d) 49 let a více

3) Uveďte délku vaší praxi ve zdravotnictví:

- a) 1 – 9 let
- b) 10 – 19 let
- c) 20 – 29 let
- d) 30 a více let

4) Na jakém oddělení pracujete?

.....

5) Jak často pečujete o umírající pacienty na vašem oddělení?

- a) Často (3 pacienti/týden a více)
- b) Občas (1-2 pacienti/týden)
- c) Velmi málo
- d) Nikdy

- 6) Je-li na vašem oddělení umírající pacient:
- snažíte se mu zajistit důstojné umírání
 - snažíte se mu poskytnout nejlepší péči, ale staráte se raději o pacienty s lepší prognózou
 - berete péči o umírajícího pacienta pouze jako součást své práce
 - vyhýbáte se umírajícím pacientům
- 7) Umírající pacient na vašem oddělení:
- je uložen na pokoji s ostatními pacienty
 - je-li to možné, je dán na klidnější pokoj (na pokoj s méně pacienty)
 - na oddělení je vyhrazený jednolůžkový pokoj pro tyto pacienty a jejich rodiny
- 8) Myslíte si, že máte dostatek času uspokojovat všechny oblasti potřeb umírajícího pacienta?
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
- 9) Seřad'te prosím od 1 do 4 (1 – nejvíce, 4 – nejméně) potřeby, o které na oddělení pečujete:
- ... biologické potřeby
 - ... psychické potřeby
 - ... sociální potřeby
 - ... duchovní potřeby
- 10) A naopak, seřad'te číslicemi od 1 do 4 (1 – nejvíce, 4 – nejméně) potřeby, jak by dle vašeho názoru měly být uspokojovány:
- ... biologické potřeby
 - ... psychické potřeby
 - ... sociální potřeby
 - ... duchovní potřeby

11) Jaká si myslíte, že je největší překážka ze strany sester při poskytování péče o umírající pacienty?

- a) Fyzická zátěž
- b) Psychická zátěž
- c) Nedostatek času
- d) Strach ze smrti
- e) Nízké finanční ohodnocení – demotivace
- f) Jiné – doplňte

12) Myslíte si, že péče o pacienty v terminálním stádiu je na vašem oddělení:

- a) na velmi dobré úrovni
- b) není nejhorší, ale stále je co zlepšovat
- c) na našem oddělení se zaměřujeme spíše na pacienty s lepší prognózou nemoci, tudíž není moc ideální a nejlepší

13) Kdybyste mohli ovlivnit podmínky péče na vašem oddělení, co byste změnili? (otevřená otázka)

.....

.....

.....

14) Kdy může rodina navštívit pacienta na oddělení?

- a) Po domluvě kdykoliv
- b) Na našem oddělení je možnost ubytování s pacientem
- c) Jen přes návštěvní hodiny

15) Co si představujete pod pojmem duchovní potřeby?

.....

.....

.....

16) Myslíte si, že je důležité uspokojovat duchovní potřeby pacientů?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

17) Zjišťujete při odebrání anamnézy duchovní potřeby pacienta?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

18) Pokud pacient hovoří o tématu, které vám není příjemné (zdravotní stav, umírání), jaká je vaše reakce?

- a) „Neslyšíte“ a snažíte se přejít na jiné téma
- b) Nasloucháte
- c) Snažíte se ho přesvědčit, že všechno bude dobré/že se vyléčí/že neumírá
- d) Jiné, uveďte:.....

19) Víte, na koho se v oblasti duchovních potřeb obrátit?


- a) Ano – na koho?
- b) Ne

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

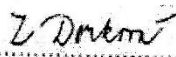
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Vendula Martínková		
Téma bakalářské práce	Identifikace potřeb umírajících pacientů		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.		
	 podpis		
Skupina respondentů	Registrované všeobecné sestry/zdravotnický asistent		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
KNTB a. s. – Gerontologické odd.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	Miroslava Englová
KNTB a. s. – Onkologické odd.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	Bc. Bohumila Vojtová

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 30-04-2015


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



Univerzita Tomáše Bati, a. s.
 Havlíčkovo náměstí 600
 762 75/711n (9)

 razítko a podpis zástupce zařízení

Tlapeš Milada