

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Postoje ke smrti a umírání z pohledu
všeobecných sester**

bakalářská práce

Autor práce: Adam Alexa

Vedoucí práce: Mgr. Monika Antonová

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Adam Alexa
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester
Cíl práce:	Cíl č.1 Zjistit postoje všeobecných sester na problematiku umírání a smrti.Cíl č.2 Zmapovat komunikační schopnosti všeobecných sester s umírajícím pacientem

Mgr. Monika Antonová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. V teoretické části je zpracovaná problematika umírání a smrti, etické aspekty, komunikace, paliativní a hospicová péče, péče o truchlící a pozůstalé. Uvedeny jsou také metody měření postojů ke smrti a péče o zemřelého. V empirické části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu. Výzkumný nástroj byl polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester.

Klíčová slova

Komunikace; postoje; smrt; umírání; všeobecná sestra

Abstract

The bachelor thesis is focused on attitudes to death and dying from the perspective of general nurses. The theoretical part deals with the issue of dying and death, ethical aspects, communication, palliative and hospice care, care for mourners and survivors. Methods for measuring attitudes to death and caring for the deceased are also presented. The empirical part presents the results of qualitative research. The research tool was a semi-structured interview of one's own design. The aim of the bachelor thesis was to find out the attitudes to death and dying from the perspective of general nurses.

Key words

Communication; attitudes; death; dying; general nurse

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 10. května 2021

.....
Podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Monice Antonové za odborné vedení bakalářské práce, její vstřícnost, ochotu, trpělivost, cenné rady a trvalou podporu.

Konzultantkám doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. a PhDr. Natálii Beharkové, Ph.D. za cenné rady při konzultacích.

Dále bych chtěl poděkovat všem informantům za spolupráci a ochotu při realizaci rozhovorů.

V neposlední řadě děkuji také své rodině, přátelům a kolegům za podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod.....	10
Motivace	11
Cíl práce	11
1 Teoretická část	12
1.1 Medicinalizace umírání a smrti	13
1.2 Smrt	14
1.3 Umírání	15
1.3.1 Období a fáze umírání.....	16
1.4 Etický aspekt	18
1.5 Paliativní péče	19
1.6 Hospicová péče	20
1.7 Péče o truchlící a pozůstalé	21
1.8 Komunikace	22
1.9 Postoje ke smrti	24
1.9.1 Metody měření postojů ke smrti	25
1.10 Péče o zemřelého	26
1.11 Umírání a COVID-19	27
2 Empirická část.....	28
2.1 Cíle a výzkumné otázky	28
Cíl práce:.....	28
Dílčí cíle:.....	28
Výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu.....	29
2.2.1 Charakteristika výzkumné metody	29
2.2.2 Metoda sběru dat.....	29
2.2.3 Charakteristika souboru informantů	30

2.2.4	Postup realizace a analýzy	30
2.2.5	Limity výzkumu.....	31
2.3	Analýza a interpretace dat.....	32
2.3.1	Profily informantů.....	32
2.3.2	Struktura kategorií	33
2.3.3	Centrální kategorie - Umírání a smrt z pohledu zdravotníka.....	34
3	Diskuze	50
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	56
	Závěr	57
	Seznam použité literatury	58
	Přílohy.....	62

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika informantů	32
Tabulka 2 Přehled kategorií a subkategorií	34

Seznam použitých zkratek

ARIP	Specializační vzdělání anesteziologie-resuscitace a intenzivní péče
BAI	The Bech Anxiety Inventory
COVID-19	Koronavirové onemocnění 2019
č.	číslo
ČR	Česká republika
DAP-R	Death Attitude Profile-Revision
DK	Dolní končetina
GAS	Graphic Anxiety Scale
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
HARS	The Hamilton Anxiety Rating Scale
HK	Horní končetina
iLIVE	Mezinárodní projekt (Reflexe péče o umírající pacienty v době pandemie)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
KSAT	Kondášova škála klasického strachu, sociálně-situační úzkosti a trémy
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
s.	strana
SOP	Standard ošetrovatelské péče
STAI	Spielberger's State Trait Anxiety Inventory
str.	strana
USA	United States of America
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	Vizuální analogová škála strachu k subjektivnímu měření strachu
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

*„Být druhému člověku nablízku, být s ním,
to je to nejdůležitější – v lásce, v životě i v umírání.“*

Elisabeth Kübler-Ross

Často se hovoří o tom, že problematika smrti a umírání se přesunula z běžného rodinného života do nemocničního prostředí. Pro naše prarodiče bylo běžnou součástí života se setkat s umírajícím členem rodiny, kdy tato situace probíhala v kruhu rodinném. Doprovázení a umírání bylo běžnou součástí života, která se předávala mezi členy rodiny.

Z historického hlediska se člověk setkával se smrtí a umíráním mnohem častěji. Ať už se jednalo o období válek, či o poznatky tehdejšího zdravotnictví (absence včasné diagnostiky, neznalosti antibiotik a některých onemocnění, nebo jejich samotná léčba). Umírání a smrt se netýkala pouze seniorské populace, jak si převážná většina populace dnešní doby myslí, ale i novorozenců, dětí a dospělé populace.

Díky moderním poznatkům ve zdravotnictví a rozvoji technologií došlo k medicinalizaci těchto dvou pojmů. V dnešní době se problematika smrti a umírání téměř zcela vytratila z běžného rodinného života člověka. Lidé umírají sami v nemocnicích, přitom by si mnoho z nich přálo umřít doma mezi svými blízkými a v prostředí, které znali. Mladý člověk není připraven na smrt blízkého, také pokud není životními okolnostmi „donucen“ nad smrtí ani nepřemýšlí. Nejsme doma a ani společností připravováni na život, který sebou nese i strasti, bolest a ztráty. Problematika umírání a smrti byla mnoho let vytěsněna z našich životů, téma bylo tabuizováno. Již před pandemií COVID-19 bylo odbornými společnostmi deklarováno, že je potřeba mluvit o umírání, zejména proto, abychom zajistili důstojný konec života a také abychom přijali konečnost pozemského života a smrt, jako součást životního cyklu. Pandemie COVID-19 zasáhla do života lidí, prověřila naše postoje, hodnoty, způsob života. Zasáhla do našich životů. V nejedné rodině došlo v důsledku onemocnění ke smrti. Také zdravotníci byly více vystaveni nárůstu počtu těžce nemocných pacientů, zvýšil se také počet úmrtí na oddělení.

Z profesionálního pohledu by měli být zdravotníci na umírání a smrt připraveni, ale přesto se každý s tímto faktem vyrovnává jinak.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá problematikou umírání a smrti, etickým rámcem, paliativní a hospicovou péčí. Dále popisuje péči o truchlící a pozůstalé, komunikaci, postoje ke smrti a metody jejich měření a péči o mrtvé tělo. Poslední podkapitola se věnuje smrti a umírání v době COVID-19. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester.

Stanoveny byly dva dílčí cíle a výzkumné otázky. Sběr dat byl realizován formou rozhovoru. Kvalitativní výzkum byl autorem předkládané bakalářské práce záměrně zvolen, pro hlubší prozkoumání problematiky a zmapování postojů informantů ke smrti a umírání.

Motivace

Již v úvodu bakalářské práce bylo uvedeno, že je problematika smrti a umírání ve společnosti tabuizována. Zajímalo mě, jaký je pohled všeobecných sester na problematiku smrti a umírání. Jak vnímají informanti (všeobecné sestry více viz kritéria pro zařazení do výzkumu s. 31) tyto dva pojmy, jaké jsou jejich osobní a profesní zkušenosti a jak se v jejich životě prolínají. Samotnou pandemií COVID-19 se mnoho věcí a životů změnilo, proto bylo zajímavé realizovat rozhovory se zdravotnickými profesionály, kteří by neměli mít problém mluvit o smrti a umírání.

Cíl práce

Hlavní cíl bakalářské práce se zaměřuje na postoj ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Stanovili jsme si dva dílčí cíle. Zmapovat postoje všeobecných sester na problematiku umírání a smrti a zmapovat komunikační schopnosti všeobecných sester s umírajícím pacientem.

1 Teoretická část

Smrt, jak uvádí Velký lékařský slovník (Vokurka a kol., 2015) je nezvratný stav způsobující změny mozku s následným selháním životních funkcí se zánikem řídících center v krevním oběhu a dýchání. Díky medicínskému vývoji a kardiopulmonální resuscitaci (KPR) dělíme smrt na klinickou, sociální a smrt mozku.

Jak uvádí Vytejšková a kol. (2013) **umírání**, z medicínského hlediska tzv. terminální stav, je konečnou fází života (přechod mezi životem a smrtí), který je zakončen smrtí. Děj, při němž dochází k vyčerpání životních sil a funkcí.

Elizabeth Kübler-Ross popisuje **umírání** (uvědomění si infaustního stavu nemoci a smrtelnosti) a smrt (exitus), jako opak života a zánik biologické existence (Slezáková a kol., 2007).

Štěpánková a kol. (2014) dodávají, že populace jako celek stárne, počet osob, které jsou ekonomicky aktivní, se snižuje, a osoby starší 65 let se zvyšuje. Povzbuzovat činnost seniorů, mužů i žen, je samozřejmě žádoucí. Rozdíly v hodnotě stárnutí a v stanoviscích k nim upozorňovali myslitelé už v antice.

Každá živá bytost chce žít kvalitně, v plném zdraví a dlouho. Stárnoucí lidé jsou si vědomi, toho že jim ubývají síly, a že nestihnou tolik práce v takovém tempu jako před 30 lety. Relativně se dokážou mladým pracovníkům vyrovnat. Mnohé stárnoucí hřeje u srdce, že jsou, jak se říká „in“, že jsou přítomni tam, kde se všechno odehrává. Úspěšné stáří má strategii zvanou komprese nemocnosti tzn. když umírat, tak ve vyšším věku a v krátké časové ose. „*I když stáří není nutně synonymem nemoci, pravda je, že nemoci postihují seniory ve zvýšené míře.*“ (Haškovcová, 2012, s. 29). Senioři mají mnoho onemocnění, které se propojují a pacient je označován za polymorbidního. Tyto choroby mají různá specifika, kterým se věnuje obor geriatric. Prožívání onemocnění má své zákonitosti. Jsou oploštěné, nebo emotivně vypjaté. Velkou roli hraje soukromý a jednotlivý přístup k nemoci, které se podílejí na rekonvalescenci a léčebném režimu. K profesionální péči zdravotníků a pracovníků v sociálních službách lze přispět tím, že budou zdravotníci a pracovníci v sociálních službách respektovat zkušenosti nemocných. Péče o nemocné musí mít vysokou odbornost, být zajištěna organizačně a být bezpečná (Haškovcová, 2012).

1.1 Medicinalizace umírání a smrti

V minulém století se umírání díky moderním poznatkům a technologiím ve zdravotnictví přesunulo z rodinného života do nemocnic. Vznikla patologie, která oddělila člověka z přirozeného koloběhu života. Z umírání vznikl boj o život ve formě, kdy léčíme člověka za každou cenu až do úplného konce života. Na druhou stranu díky moderním poznatkům, diagnostice, rozvoji antibiotik a očkování, či moderním přístrojům umožňuje medicína úspěšně předcházet a léčit nemoci, na které se dříve umíralo. V šedesátých letech minulého století se setkáváme s pojmem dystanazie (zadržení smrti), který uměle udržuje člověka na životě díky medikaci a přístrojové technice a neumožní člověku opustit svět za normálních podmínek. V daném období se setkáváme s celosvětovým rozvojem hospicové péče, či poptávce po eutanázii (Marková, 2010).

Lze usuzovat, že úmrtí je zmedicinalizováno. Agonie i úmrtí se staly vlastně záležitostí spíše lékařů než normální událostí života. V dnešní společnosti umírá a končí žití okolo 90 % lidí ve zdravotnickém zařízení (např. nemocnice, léčebné instituce a další). Smrt a umírání je typickým prožitkem všedního nemocničního žití. Patří sem třeba jednotka intenzivní péče (JIP), chirurgické nebo interní oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), domov důchodců a další. Pokud člověk zemře v hospici či v domácí prostředí i tehdy se dostaví lékař. „*Lékařská profese smrt medicinalizovala.*“ (Bártlová, 2005, s. 64).

Člověk většinou neumírá doma. Pokud nedojde ke změně většina z nás zemře ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Zdravotníci vnímají smrt jako prohru. Cílem zdravotníků je nemocného zachránit, a pokud to nedokážou, špatně se s touto situací vyrovnávají. Svým přesvědčením musí svůj čas věnovat pacientům, které zachránit mohou, což vede k izolaci umírajícího a neochotě a obavě komunikovat s pozůstalými. Trend izolovat nemocného se datuje od 20. let 20. století. Umírající tuto situaci vnímá a nechce být sám a odložený na vedlejší koleji, přítomností druhého člověka je v umírajícím vyvolávaný pocit uklidnění.

Umírání a smrt je pro každého podstatná událost. Je to jediná jistota, kterou člověk má, je to univerzální zkušenost, kterou každý z nás prožije. V průběhu života umírají naši blízcí, dokonce i my sami jsme na rozhraní umírání a biologického zániku. Život začíná početím a protikladem je smrt. Před a po je sféra, kterou nepochopíme běžnou zkušeností (Kupka, 2014).

1.2 Smrt

Smrt (mors) je vlastní skon organismu, tedy rovněž člověka. V jistém slova smyslu se dá povědět, že člověk umírá od zrození. Vývoj smrti je podmíněn bytím a bytí je podmíněno úmrtím. V minulosti zemřeli lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy pojmenováno, jako sešlost věkem. V dnešní době je obvykle smrt konečnou etapou chorobného průběhu nemoci. Skon se může rozlišit dle rychlosti na **náhlou smrt** - svoje dostavení se neavizuje, **rychlá smrt** - koná nezřetelně nebo v stísněném rozměru a **pomalou smrt** - relativně v protáhlém čase hlásí, tedy avizuje. Také se můžeme setkat s pojmy **avizovaná a neavizovaná smrt**. Dá se rozlišit podle věku, kdy smrt nastane, rozdělujeme smrt na **přiměřenou a předčasnou**. V případě přiměřené smrti se dá říci spíše smrt v pozhnaném věku. Osamělou kapitolu reprezentuje smrt, kterou si zapříčiní jedinec sám, a to buď **sebezabitím** - neúmyslně, nebo **sebevraždou** - úmyslně (Haškovcová, 2007).

Špatenková (2014) uvádí, že senioři o konci život velmi zřídka uvažují. Všichni vyjadřují obavy z nelostného a žalostivého umírání. Rádi by umírali doma.

Dle Firth et al. (2007) na smrt je nahlíženo jako na integrální součást života. Ve všech aspektech života stanoví kontext truchlení, ztráty a změny života.

Špatenková (2014) uvádí, že se jedná o zánik živého organismu, buď k zániku dochází v důsledku násilného zásahu do lidského organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce nebo přirozeně, v důsledku biologických zákonitostí. Je ukončením a završením života. Na lidský život a jeho délku má mimo jiné i vliv sociálních a biologických faktorů.

Definovat smrt je komplikované, jak by se na prvotní pohled mohlo zdát - medicínské, biologické, filozofické, sociologické, psychologické či teologické definice zdůrazňují různá hlediska. Pojetí humanitních disciplín je obdobné. Psychologové pojali smrt jako završení života a ukončení všech etap. Teologové pojali smrt jako ukončení pozemského života a zároveň začátek jiného života. Sociologové pohlíží na smrt jako vyústění životní dráhy. Život si můžeme představit jako úsečku s dvěma body - počáteční bod je početí a koncový znamená smrt. Smrt je zakončení životní etapy.

Zásadní je medicínské vymezení smrti. Konstatovat smrt je kompetentní lékař. Pojem smrt byla tradičně označována za zástavu srdeční činnosti (Špatenková, 2014).

Jak Kupka (2014) uvádí, že základní lidské téma je smrt. Každá doba i kultura se se smrtí vyrovnává jinak a hledá jeho smysl. u jakéhokoliv náboženství se setkáme s otázkami „odkud jdeme?“ a „kam se vracíme?“. Smysl života a smrt jsou si úzce a nerozlučně propojeny. Propojení nemusí být úplné, pokud z něj vyloučíme svobodu, samotu a odpovědnost. Následky a rozhodnutí, která jakákoliv volba přinese, nás vracejí ke smrti. Smrt člověka znepokojuje. Odejmout ji z našeho osudu nelze a načasování je nejisté a neurčené. Zdravý člověk si myšlenku na smrt nepřipouští. Smrt je pro zdravého člověka něco v dálce a že se ho netýká. Smrt je základní jistota, kterou máme. Ti, kteří v dohledné době očekávají smrt i rodinní příslušníci vyhledávají poznatky i informace, jak se s touto situací vyrovnali a prožili ji jiní lidé (Kupka, 2014).

1.3 Umírání

Haškovcová (2010) uvádí, že umírání a smrt jsou velká lidská témata, jejichž „řešení“ nás v individuální budoucnosti čeká a nemine.

Umírání je konečnou etapou v životě člověka. Toto období může být poměrně dlouhé (Špatenková, 2014).

Špatenková (2014) dále uvádí, že umíráním můžeme nazvat situaci, kdy vejde v odborné i laické veřejnosti ve známost, že zdravotní stav pacienta přechází do konečné etapy života člověka.

Umírání je určitě emočně velmi nesnadná situace, a to pro kterékoli zúčastněné i zdravotníky. Zdravotníci představují jednu z nejvíce zatížených skupin, neboť se s umírajícími setkávají v stavech, kdy se vede boj o zachránění jejich životů a zdraví. Jsou konfrontováni se situacemi sdělení pravdy ve vztahu k prognóze a diagnóze nemocného. Ošetřují bezprostředně umírajícího, vidí jejich bolest, trápení, zoufalství atd. Jsou to situace často problematické i dilematické, v nichž se jejich profese nachází.

Umírání sice k životu patří, ale je to něco nereálně představitelného. Ve skutečnosti se v myšlenkách umíráním běžně nezabýváme, ba co víc, tyto myšlenky vytěšňujeme. Není pochyb o tendenci odsouvat umírání z života (Špatenková, 2014).

Umírání je proces, ve kterém přichází k pozvolnému a nenávratnému selhávání vitálních funkcí člověka. Výsledkem tohoto procesu je zánik umírajícího. Lékařská terminologie je doplňována poukázáním na psychologický ohlas procesu umírání. Tento poukaz

je přítomen od chvíle, kdy vstoupila do života člověka vážná nemoc s nepříznivou prognózou. Od této chvíle se nemocný cítí být ohrožen na životě, podléhá smutku, beznaději, potřebuje podporu a pomoc (Haškovcová, 2012).

Dále Bártlová (2005) uvádí, že v této době již nelze mluvit o umírání a smrti jako o otázce, která by byla tabuizována. Ve Velké Británii tvrdí, že je třeba zhodnotit názor, že smrt je „zapovězená“. Od 60. let 20. století ve středních třídách se rozvíjí „expresivnější“ vyspělost, která více mluví o smrti.

Konečná fáze života byla v minulosti krátkodobá a nedocházelo k jejímu oddalování léčitelstvími zásahy. Umírající krátce sténali a spěšně umřeli. Péče byla převážně laická. Umírající věděli, co se bude odehrávat, kdo k umírajícímu přijde, byl to totiž sociální akt. Psychickou podporou v této situaci byla rodina, kněz a někdy i sousedé (Bártlová, 2005).

1.3.1 Období a fáze umírání

Proces umírání dělíme na tři následující období: pre finem, in finem a post finem.

Období pre finem, dle Vytečkové a kol. (2013) definujeme od okamžiku zjištění nepříznivé prognózy pro pacienta od lékaře a končí nástupem terminálního stadia. Může trvat několik měsíců i let. Jedná se o období změn v životě pacienta.

Období in finem, je převážně popisována, jako terminální stadium, mnohdy jako samotný stav umírání. Dané období často souvisí s paliativní a hospicovou medicínou, jelikož v tomto období dochází k úbytku sil a selhávání životních funkcí (Kutnohorská, 2007).

Období post finem, jak uvádí Špatenková (2014), začíná se odehrávat smrtí určitého člověka. Patří sem péče o tělesnou složku zemřelého a vyrovnávání se pozůstalých se ztrátou blízké osoby.

Doktorka Elizabeth Kübler-Ross (2015) popisuje pět fází umírání pacienta po sdělení jeho nepříznivé prognózy. Dále uvádí, že totožné chování a prožívání zažívají pacienti v situaci těžkého období, kdy využívají různé mechanismy a snaží se s nimi vyrovnat.

První fáze (**popírání a izolace**) nastane v momentě sdělení nepříznivé prognózy pacientovi jeho lékařem. Pacient je v šoku, nechce si připustit danou situaci, neztotožňuje

se s ní. Nevěří lékaři, a proto navštěvuje dalšího. Velkou roli zde hraje, jakým způsobem byl pacient informován o svém zdravotním stavu.

V druhé fázi (**zlost**) si pacient připustí svůj zdravotní stav a realitu, která s onemocněním souvisí. Přichází hněv, závist, mrzutost, vztek, který obrací pacient na svoji rodinu, blízké, zdravotnický personál a okolí. Mnohdy si pacient klade otázku, co způsobil a proč zrovna on je závažně nemocný.

Smlouvání je třetí fáze. Pacient smlouvá s Bohem, prosí jej o nápravu zdravotního stavu a prodloužení jeho života. Tato fáze je užitečná pro pacienta a předpokládá že uzavřená smlouva s Bohem se vyplní.

Čtvrtá fáze (**deprese**) je projevem pacientova smutku, úbytku sil, ztrát (finančních, fyzických), obav a budoucích hrozeb. Fáze deprese připravuje pacienta na ztrátu svých blízkých a přechází do další fáze smíření.

Akceptace (přijetí, smíření), je pátou fází v procesu umírání. Nastává u pacientů, kteří měli dostatek času se vyrovnat s vlastním závažným onemocněním a případnou smrtí. Upřednostňuje neverbální komunikaci před verbální, pacient by měl být obklopen svými blízkými, nikoli samotou.

Každý člověk je individuální, tudíž i samotné prožívání a jednotlivé fáze se mohou u určitých lidí opakovat, přeskočit, či je pacient nemusí prožít.

Těmito fázemi procházejí, jak uvádí Kübler-Rossová (1994) i příbuzní a rodinní známí nemocného. Velmi důležité je pomáhat příbuzným, aby mohli žít také svůj život a nejenom stále pečovat o umírajícího. Např. v rodině, kde umírá tatínek nebo jiný rodinný příslušník, nemělo by být synovi nebo vnukovi zakazováno jít na schůzku nebo do kina či divadla. Každý člen rodiny má mít čas sám pro sebe, aby se mohl nabít energii, odpočinout a odreagovat se. Tato podmínka platí, pokud proces umírání je zdlouhavý. Pokud nebudou mít pečovatelé o umírající nebo o dlouhodobě nemocné takovou to nabídku, skončí „na dně“ dříve, než pacient zemře. Je na nás lidech, abychom jim v tomto problému zvenčí pomohli. Můžeme tím pomoci, aby po smrti zemřelého neměli rodinní příslušníci pocity viny, které je mohou pronásledovat.

1.4 Etický aspekt

V dnešní moderní době člověk nabytí dojmu, že pojem nemoc, smrt a umírání se nás nikterak netýká. V realitě každodenního života se těmito tématy setkáváme a bereme je na vědomí, ale doufáme, že se zmíněná problematika nebude týkat přímo našeho života. Moderní život je založen na úspěchu a uznání, mnohdy za každou cenu. Přitom si neuvědomujeme, že nemoc, smrt a umírání jsou v životě člověka stejně důležité jako zdraví, mládí a rodinný život a je třeba se umět s těmito situacemi vyrovnat. Daná situace nám může dát jiný pohled na skutečnost, obohatit nás a posunout v životě dál. Koloběh života člověka je naplněn pozitivními situacemi (zdraví, štěstí, úspěch) a negativními (smrt, nemoc, utrpení), které v celkovém důsledku vedou nás k životní celistvosti a kontinuitě po všech stránkách (Jankovský, 2018).

Jak dále uvádí Jankovský (2018), je-li život pouť a my plujeme životem, na každé cestě se nachází břeh, či cíl. Naším břehem a cílem je zmíněné umírání a smrt.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v roce 2009 bylo 61 % úmrtí v nemocničním zařízení, 9,5 % v léčebných institucích (léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrických, respiračních a tuberkulózy léčebnách a další), v zařízeních sociální péče zemřelo 5,5 % obyvatel. Lze tedy konstatovat, že skoro v 76 % úmrtí o umírající pečovali zdravotníci. Pravděpodobně to bude mnohem vyšší procento, když přičteme zemřelé, o které pečovaly sestry v domácím prostředí (MV ČR, 2010).

Pro sestry je péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění velká psychická zátěž. Mohou pociťovat morální tíseň, často nesouhlasný pohled na trápení pacienta, ale též může být pro některé obohacením jejich skutečného života. Když se budeme dívat na oblast umírání z pohledu etických principů, je složité vystihnout, jakými pravidly se budeme řídit. Například: Ošetrovatelské postupy doporučují otáčet imobilního pacienta každé dvě hodiny, z důvodu prevence poškození integrity kůže (dekubity), ale při každé manipulaci pacient nařiká bolestí a říká, ať s ním nehýbeme, že chce být v klidu. „*Převáží tedy princip autonomie?*“ (Heřmanová a kol., 2012, s. 165). V denní péči o pacienta v terminálním stádiu onemocnění bychom shledali mnoho obdobných typů, kdy je možno, že zásady bioetiky jsou vzájemně v neshodě (Heřmanová a kol., 2012). Zdravotničtí pracovníci v hospici dostávají jedinečnou možnost získat a vidět „svět nemoci“ z hlediska svého ošetrovaného pacienta a jeho příbuzných. „*Nejenom že může -*

jeho profesní odpovědností je i to, že musí - žít část „života s nemocí“ se svým pacientem.“ (Ptáček a kol., 2014, s. 355).

1.5 Paliativní péče

Paliativní péče se zaměřuje se na to, aby nemocní mohli život prožít kvalitně a důstojně až do konečného okamžiku. Umírání chápe jako jeho přirozenou součást. Její součástí je zaměření se na hodnotu života, respektování přání nemocného, důstojnost. Je nutné věnovat pozornost bio-psycho-socio-spirituálním potřebám člověka, poskytovat útěchu, a provázet příbuzné nemocného (Hrdá a kol., 2018).

Paliativní péče se dá rozdělit do šesti forem poskytování péče.

Patří sem **lůžkový hospic**, který se nemá podobat nemocnici, ale spíše domovu. Kladen je hlavně důraz na kvalitu života. Jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro příbuzné umírajícího, o umírající pečuje personál, příbuzní nemocného jenom doprovázejí. Návštěvy nejsou omezené.

Domácí hospic, lze realizovat tehdy, pokud funguje rodinné zázemí. Pacient je ve svém prostředí, kterému důvěřuje, péče je individuální. Může se kombinovat s jinými službami (např. sociálními službami). Péče představuje pro rodinu velkou ekonomickou, psychickou a v neposlední řadě i fyzickou zátěž.

Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým, skládá se z lékaře, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Má expertní znalosti paliativní medicíny a přináší je do ostatních lůžkových zařízení. Nemocní mohou zůstat na jakémkoliv oddělení. Tým ovlivňuje nebo může ovlivňovat kvalitu paliativní péče, zároveň přispívá edukací.

Oddělení paliativní péče, působí v rámci zdravotnického zařízení a nabízí ucelenou paliativní péči o nemocné, kteří vyžadují diagnostiku i léčbu komplementu nemocnice. Slouží jako základna pro konziliární paliativní tým, též naplňuje roli edukační.

Stacionární paliativní péče. Nemocný je ráno přijat a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tato forma už spadá do hospicové péče.

Speciální hospicová poradna, mají v nabídce poradenství telefonické, internetové i přímo pro pacienty, pečující a pozůstalé (Kupka, 2014).

Paliativní péče v České republice (ČR) se začala rozvíjet jako speciální model péče o nevyлéčitelně nemocné až po roce 1989, tím je pozadu za vyspělými zeměmi. Prvotní zprovoznění lůžkové paliativní péče bylo v roce 1992 v Babicích nad Svitavou. Od začátku se specializovaná paliativní péče v ČR rozšiřuje hlavně jako lůžkové hospice zaměřené především na onkologické onemocnění. Při rozšíření hospicového hnutí v České republice nelze nezmínit dílo lékařky Marie Svatošové. V roce 1993 založila občanské sdružení, které má název Ecce homo (Ejhle člověk), zabývá se podporou péče v domácnosti. Sdružení mělo první úspěch, vybudovalo první lůžkový samostatný hospic Anežky České v Červeném Kostelci v 1995. V současné době funguje už 16 lůžkových hospiců a zrod následujících se realizuje.

Diagnóza se špatnou prognózou znamená skoro v každém případě nemocnici a nemocní jsou často opakovaně hospitalizováni. V tomto případě musí být aplikována paliativní péče. V lůžkových zařízeních, ať již dlouhodobé, následné či akutní péče není pacientům někdy podávána adekvátní péče. Velké nedostatky jsou často uváděny v komunikaci, v léčbě bolesti a u dalších příznaků. Problémem je více nemocných na pokoji, nevěnování se psychosociálním a spirituálním hlediskům nemoci, neúplná informovanost pacienta a jeho příbuzných. Jak uvádí Bužgová v knize Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života (2015), některé výzkumy v USA prokazují, že paliativní péče a její programy snižují výdaje na péči, snižuje se délka hospitalizace a dochází ke zvýšení spokojenosti pacientů s péčí. Dále výsledky výzkumu dokazují, že není odlišnost v mortalitě u nemocných přijímajících paliativní péči oproti nemocným s běžnou péčí (Bužgová, 2015).

1.6 Hospicová péče

Pojem hospic z anglického jazyka lze přeložit jako útočiště, nebo útulek. Termín byl používán původně ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Podoba dnešního hospicového hnutí vznikla ve Velké Británii. Cecilie Saundersová je zakladatelkou hnutí, dříve pracovala jako všeobecná sestra, sociální pracovnice a po studiu medicíny jako lékařka založila Hospic Svatého Kryštofa. (Kupka, 2014).

Po roce 1990 začaly vznikat v České republice hospice. První hospic byl otevřen v Červeném Kostelci (Hospic Anežky České) v roce 1996 a brzy následovaly další v Praze, Plzni, Rajhradu u Brna a další. Smyslem hospicové péče je zajistit potřebným

důstojné umírání. Svatošová (2011) uvádí čtyři kritéria, která by měla být naplněna při přijetí do hospice, která zní: 1) pokud onemocnění pacienta ohrožuje na životě, 2) je nutná paliativní úlevná (tišící) péče nebo léčba, 3) není potřeba nemocniční či akutní léčba a 4) domácí péče není dostačující nebo není možná být realizována.

Jeden pilíř hospicové péče zní výborná paliativní medicína. V tomto odvětví je vždy něco nového. Kdo nechce celý život zjišťovat a zajímat se o novinky v oboru a pacient mu za tuto snahu nestojí, nemá v zařízení hospicové péče pracovat. Důležité je se po celý život vzdělávat a zjišťovat nové informace, absolvovat kurzy a školení (Svatošová, 2011). Pro nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) je největší učitel sám nemocný.

Existuje více forem hospicové péče.

Domácí hospicová péče - umírající se cítí nejlépe doma, zvláště po psychické stránce je dobré, pokud je umírající v prostředí, které zná. V jisté etapě onemocnění navíc ztrácí nemocniční pobyt význam.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty) - fungování hospicového stacionáře vypadá tak, že nemocný je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se navrácí domů. Převážně zajišťují buď příbuzní, nebo hospic. Tato podoba péče je výlučně vhodná pro nemocné v místě nebo poblíž hospice. Tento postup v určité fázi nemoci je nejvhodnějším řešením.

Lůžková hospicová péče - velká pozornost je při lůžkové hospicové péči připisována paliativní ošetrovatelské péči. Využívají se různé pomůcky jako lůžka s nastavitelnou výškou, pojízdné vany, pomůcky jsou v mnoha případech určené k jednorázovému použití, žádnými pomůckami se nešetří hlavně při hygieně ochrannými krémy, oleji, mobilní dávkovače léků atd. (Kupka, 2014).

1.7 Péče o truchlící a pozůstalé

Thanatologie je interdisciplinární obor s rozsáhlým záběrem řady lékařských specializací patří sem psychologie, sociologie, filozofie a antropologie. Zabývá se aspekty teoretickými v umírání, vztahem mezi pacientem a lékařem, mezi umírajícím a ošetřujícím personálem a rodinou nemocného. Poznatky jsou aplikované do praxe, zdravotníci učí empatickému, etickému přístupu k umírajícímu (Dostálová, 2016).

Úmrtí blízkého člověka představuje úder do života truchlících a pozůstalých. V jednom momentu se radikálně změní celé jejich žití. Prožitek újmy je neodvratnou složkou života dospělých lidí. Truchlíci a pozůstalý potřebují pomoc a oporu při utváření následujícího života při znovuzískání vlastní vyrovnanosti (Kupka, 2014).

Jak dále uvádí Kupka (2014) většina lidí se pozůstalých straní, zjednodušeně neví, jak k pozůstalým přistupovat, komunikovat a chovat se k nim. Mají obavy, že truchlíciho a pozůstalého zraní. Při komunikaci a spolupráci s pozůstalými je důležité hlavně aktivně naslouchat, rovněž dokázat mlčet, vyjádřit soustrast, nespíchat okamžitě ke zvládnutí a vyřešení problému.

Jak uvádí Špatenková (2014) pomoc pozůstalým by měla být hlavně rodina. Představuje totiž přirozené prostředí, kde jsou ostatní členové rodiny ochotni a připraveni vyslechnout problémy a poskytnout pomoc svým nejbližším. V určitých případech není rodina schopna pozůstalým pomoci. Systém rodiny může být tak porušený úmrtím, že je označován za dysfunkční. Úmrtí může aktivovat problémy, které byly v povzdálí a může narušit vztahy rodiny i komunikaci mezi rodinnými příslušníky.

Další oporou pozůstalých může být i komunita, např. přátelé, spolupracovníci, sousedi a další. Pomoc komunity má značnou redukci, má mnohem menší váhu než v dřívější době, protože vztahy mezi sousedy a život v komunitě jsou dnes omezeny.

Velkou roli v situaci komunikace s pozůstalými je empatie. Je to emocionální ztotožnění s viděním, chápáním a slyšením jednání pozůstalých. Empatie je kognitivní schopnost - pochopit důvod, porozumět, schopnost poznávat a pochopit důvod, účel a příčinu jednání druhých v neverbálních i verbálních projevech. Pochopit to co pečlivě ukrývají (Zacharová, 2016).

1.8 Komunikace

Komunikace zdravotníků s blízkými by měla být otevřená, empatická a je velkým předpokladem řádné paliativní péče. V této společnosti převládá názor, že nemocní by měli být otevřeně a citlivě seznámeni a informováni o průběhu a stavu onemocnění. Jak budou informace sděleny musí personál usoudit dle pacientova celkového a psychického stavu. Hlavní je, aby nemocný informacím porozuměl a dostal prostor na otázky k objasnění (Vorlíček a kol., 2012).

Kupka (2014) uvádí, že velký problém současné medicíny je sdělování špatných zpráv, ať už sem patří změny léčebného režimu, sdělení závažných nálezů vyžadující intervenci a v neposlední řadě jednání a komunikace s pozůstalými.

Komunikace s umírajícím je významná součást ošetrovatelské péče. Při komunikaci mezi zdravotnickým personálem a umírajícím je potřeba navodit důvěru, která by pacienta uklidnila, uspokojila, zbavila strachu a obav. K dosažení vzájemné komunikace na vysoké úrovni je nutné zabezpečit:

Individuální přístup - je to základní požadavek kvalitní komunikace. Je to přizpůsobení jednání k individuálním žádostem nemocného. Co je pro jednoho pacienta nepříznivé, je pro druhého v určité míře dobrý výsledek.

Úcta k pacientovi - pacienta si vážit jako člověka a pokaždé za všech situací, respektovat a nevzít pacientovi určitou autonomii. Nemocný můžeme mít úplně jiný názor než zdravotník, může mít vlastní postoj i představu bez obav, že si nemocného přestaneme vážit.

Pozitivní vztah - pozitivní interakce se vyvíjí v průběhu péče. Psychologický vliv na pacienta má všechno, co sestra neudělá nebo udělá. Nejen v řeči a každém slovu, co sestra řekne, se projeví její postoj k pacientovi. I neverbální komunikace, projev tváře, pohled či hnutí těla projeví její postoj k pacientovi. Neverbální i verbální komunikací sestra odráží postoj k nemocnému.

Empatie - jsou to schopnosti vcítění se do pacientova prožívání, jeho vztahu k nemoci, jakým způsobem hodnotí svět a jeho postavení v něm. Jsou tu dva subjekty, které se setkávají je to svět pacienta a svět sestry. Jestliže chceme efektivní komunikaci, musíme dávat pozornost na řadu prvků jako je např. hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu, intonace.

Jednoduchost mluveného projevu, jasné, krátké a stručné věty. Rozdělený slovní výraz by měl mít souvislost a **přehlednost** informací. Aby komunikace byla profesionální musí mít **stručnost**.

Zvláště **načasovanost** hraje velkou roli při sdělení vážných témat. Jistotou pro pacienta je **důvěryhodnost** informací. Reakce pacienta závisí na důvěryhodném chování sestry. Nezbytný prvek komunikace a řečového projevu je **adaptabilita**. Je to přizpůsobivost

pozměňovat podávané informace podle toho, jak reaguje pacient na podané informace. **Oboustrannost** patří mezi významná kritéria úspěšné komunikace. Cyklicky by se měla měnit role hovořícího a poslouchajícího (Zacharová, 2016).

1.9 Postoje ke smrti

Profesionální postoj ke smrti se musejí zdravotníci naučit v časovém horizontu. Pokud se vyvine schopnost nedostatečného soucítění, je nutné věnovat pozornost tomu, aby se nevyvinula profesionální deformace. Nemocný by neměl zaznamenat nedostatek soucítění. Opačně přemíra soucítění enormně zdravotnického pracovníka vysiluje (Dostálová, 2016).

Jak uvádí Funk (2014) do problematiky, týkající se postojů ke smrti ošetřujícího personálu spadají následující postoje:

První postoj zní „*Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě.*“ (Funk, 2014 s. 143). Pokud jsou pro nás vlastní city skryty, nebo je úmyslně pomíjíme nebo popíráme, nebudeme citliví ani k pocitům pacienta nebo umírajícího.

Druhý postoj zní „*Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti.*“ (Funk, 2014 s. 143). Požadavek je velmi zvláštní vzhledem k tomu že se lidé, zvláště mladí, nechtějí pomýšlet na smrt a že úmrtí je ve společnosti stále tabuizováno a o smrti se raději nemluví.

Třetí postoj zní „*Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový.*“ (Funk, 2014 s. 143). Jestliže předstoupí ošetřující personál před onkologicky nemocného se zvláště kamarádským výrazem a řekne, že se zdravotní stav zlepšil, i když se zhoršil, pak pacient věří, že to nemyslí skutečně. Zdravotnický personál by se neměl skrývat za svým odborným postojem.

Čtvrtý postoj zní „*Kdo chce pomáhat umírajícímu, musí umět být pravdivý.*“ (Funk, 2014 s. 144). Nešvar utajovat nemocnému, např. s onkologickým onemocněním, jeho zdravotní stav, byl mnohdy zdůvodňován důkazem, že psychická stránka nemocného je neobyčejná v tom, že umožňuje pacientovi setkávat se s nadějí tam, kde se nenachází, a být nevšímavý ke všem znamením smrti.

Pátý postoj zní „*Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřít se jakéhokoliv hodnocení.*“ (Funk, 2014 s. 146). Akceptovat umírajícího značí připouštět jeho vlastnosti a přijímat způsob jeho prožívání a reakce. „*Ideální je, když si ošetřující získá důvěru umírajícího a svým chováním ho ubezpečí, že nezůstane sám. Trpělivost a zdvořilost vytvářejí dohromady dobrý ošetřovatelský styl, tolik potřebnou sesterskou laskavost a trpělivost.*“ (Funk, 2014 s. 146).

1.9.1 Metody měření postojů ke smrti

Jako první uvedl smrt do povědomí psychologie Herman Feifel a přerušil tabu týkající se smrti a umírání. Zkoumal umírající společně s rodinnými příslušníky, kteří prožívají, mají strach ze smrti a zaujímají postoje týkající se smrti. Dále se zkoumal rozdílnost u mladé populace, lidí ve staří, zdravotníků a lékařů (Lamers, 2012).

Strach lze posoudit pomocí následujících škál:

Kondášova škála klasického strachu, sociálně-situační úzkosti a trémy (KSAT) slouží k zachycení oblasti a stupně normálního strachu, fobií, trémy a strachu v mezilidských situacích. Jedná se o sebehodnotící metodu zjišťující výskyt a míru subjektivně negativních citových reakcí předmětného a situačního strachu vyvolaného předměty obvyklých fobií. KSAT má tři formy (A - pro děti a mládež, B - pro dospělé, C - pro hendikepované), skládá se z 31 oblastí. Výsledek nás informuje o jednotlivých oblastech (K - klasický strach, S - sociálně-interpersonální situace, T - tréma).

Vizuální analogová škála strachu k subjektivnímu měření strachu (VAS) je vyobrazena na úsečce s počáteční hodnotou 0 (nemám žádný strach) a finální hodnotou 100 (mám největší strach). Škála je dále rozdělena na čtyři kategorie, kdy hodnota 1-33 znamená nízký strach, 34-64 vysoký strach a hodnota 66-100 nejvyšší strach (Vörösová, a kol. 2015).

STAI (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory) sebehodnotící nástroj obsahující 40 oblastí, rozdělené na dvě samostatné škály. První polovina oblastí se zaměřuje na stav úzkosti, druhá polovina škály se zabývá úzkostnými rysy hodnotící osobnosti. Stav úzkosti je závislý na situaci, kterou jedinec prožívá a může jej do značné míry ovlivnit stres. Celkové hodnocení u STAI je 20-80 bodů, kdy vyšší hodnoty představují vyšší stupeň úzkosti.

GAS (Graphic Anxiety Scale) je stejně jako u VAS, jednoduchá škála. Míra úzkosti se hodnotí na Likertově škále, kde je na výběr možnost: klidný, mírně úzkostný, průměrně úzkostný, velmi úzkostný a extrémně úzkostný.

BAI (The Beck Anxiety Inventory) obsahuje 21 položek, popisující subjektivní příznaky, somatické symptomy a příznaky úzkosti týkající se paniky.

HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) obsahuje 14 oblastí dotazníku, škála slouží k určení nemocniční úzkosti a deprese.

HARS (The Hamilton Anxiety Rating Scale) má 14 oblastí, kterou lze hodnotit na pětistupňové škále. Hamiltonova škála slouží k hodnocení závažnosti příznaků úzkosti u pacientů (Janíková, Zeleníková, 2013).

Death Attitude Profile-Revision (DAP-R) dotazník obsahující 32 položek, týkající se postojů ke smrti. Možnosti výběru je mezi položkou 1 (silně nesouhlasím) až 7 (rozhodně souhlasím) (Neimeyer, 1994).

1.10 Péče o zemřelého

Ošetrovatelská péče o zemřelého začíná okamžikem, jak lékař konstatuje smrt nemocného. Pracujeme důstojně s respektem a vědomím, že je to poslední činnost, kterou můžeme zemřelému poskytnout z naší péče. Péče se provádí ve dvou a více lidech, a to kvůli sepsání pozůstalosti a event. právním sporům, musí být svědek. Péči o mrtvé tělo začínáme uložením zemřelého do polohy vodorovné, zavřou se víčka, oči překryjí tamponem, z lůžka se odstraní všechny lůžkoviny (polštář, peřina, kompenzační pomůcky atd.), prostěradlo se ponechává, tělo zemřelého svlečeme, odstraní se močový katétr, zastříhnou se drény, odstraní obvazový materiál (bandáže, náplasti, a další). Se svědkem se odstraní zubní protéza a šperky z těla - zaznamenat do pozůstalosti. Nepíšeme zlato, stříbro, ale bílý nebo žlutý kov. Provedeme hygienickou péči, někdy se podvazuje brada, podle toho, zda jsou ústa otevřená a nedrží, když se zavřou. Identifikace nemocného na horní končetině (HK) i dolní končetině (DK), označuje se zde křížem, jméno, příjmení, oddělení, rodné číslo, datum a čas úmrtí. Náramek pro identifikaci při hospitalizaci zůstává zemřelému na HK. Po provedení péče o mrtvé tělo je zemřelý zabalen do prostěradla a ponechán dvě hodiny na oddělení. Poté se mrtvé tělo odváží na patologicko-anatomické oddělení. Velkou prioritu hraje sepsání pozůstalosti po zemřelém. Při sepisování vždy musí být přítomni dva NLZP. Nejsložitější úkol jak pro personál, tak pro pozůstalé je předání pozůstalosti. Předání probíhá

na základě předloženého občanského průkazu. Pozůstalá osoba, co pozůstalost přebírá, se podepíše na formulář, na kterém je psáno, co se předává. Upřímnou soustrast vyjadřuje celý ošetrovatelský tým (Burda, Šolcová, 2016).

Pokud pacient zemře v institucionální péči, řídí se péče o zemřelého vždy dle standardizovaného ošetrovatelského postupu (SOP) daného pracoviště.

1.11 Umírání a COVID-19

Situace v době pandemie COVID-19 změnila život každého obyvatele na světě. Nastala řada epidemiologických opatření, která měla zamezit přetížení zdravotnického systému. Poskytovatelé zdravotních služeb se potýkají s nedostatkem lůžkového fondu, zdravotnického materiálu, omezení operativy. Pro pacienty byl asi nejzásadnější zákaz návštěv. Nejvíce se to dotklo lidí v terminálním stádiu, kteří byli izolováni od svých nejbližších. Česká republika se zapojila do mezinárodního projektu iLIVE: Reflexe péče o umírající v době pandemie, která mapuje dopady pandemie COVID-19 na péči o umírající pacienty. Do evropského projektu univerzity v Amsterdamu se zapojilo 18 zemí z celého světa. Dotazníky v české verzi byly dostupné online pro zdravotníky a pro pozůstalé. Jednotlivé dotazníky se zabývaly úmrtím pacienta a byly určeny i pro zemřelé, kteří nebyli nakaženi onemocněním COVID-19.

První vlna sběru dat probíhala od 3. března 2020 do 27. srpna 2020. Celkem se zapojilo 163 účastníků (136 zdravotníků a 27 pozůstalých) a bylo vyplněno 169 dotazníků. 58 % dotazníků vyplnily zdravotní sestry. Z výsledků první vlny vyplynulo, že péče byla výrazně omezena u 18 % pacientů a u 59 % umírajících pacientů nebyly povoleny návštěvy. „Zákaz návštěv byl opravdu šokující pro obě strany, velice traumatizující a nespravedlivý.“ Někteří poskytovatelé zdravotních služeb i v době pandemie našli způsob (díky vládní výjimce), jak pomoci umírajícím, aby neumírali sami, odcizení. „Personál domova se k situaci postavil velmi statečně a i při vrcholu protikoronoavirových opatření nám po celých pět dní před smrtí umožnil návštěvy (nemožné měsíc předtím i mnoho měsíců poté), a to bez omezení času i počtu lidí (Centrum paliativní péče, 2020).

2 Empirická část

Empirická část práce je zaměřena na výzkumné šetření postojů ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Východiskem pro stanovení cíle práce a cíle výzkumu bylo studium literatury a sepsání teoretické části závěrečné práce. Stanoven byl hlavní cíl práce, dva dílčí cíle a osm výzkumných otázek.

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíl práce:

Zjistit postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester

Dílčí cíle:

1. Zmapovat postoje všeobecných sester na problematiku umírání a smrti.
2. Zmapovat komunikační schopnosti všeobecných sester s umírajícím pacientem.

Výzkumné otázky

1. Jaká je zkušenost všeobecných sester v souvislosti s umíráním a smrtí?
2. Jak vnímají všeobecné sestry smrt?
3. Je ovlivněn osobní a profesní život všeobecné sestry vlastní zkušeností s úmrtím blízké osoby?
4. Zjistit, zda má víra vliv na umírání a smrt?
5. Jaká je komunikace všeobecných sester s umírajícím pacientem?
6. Které oblasti komunikace s umírajícím pacientem jsou pro všeobecné sestry obtížné?
7. Kde všeobecné sestry získaly poznatky o tom, jak komunikovat s umírajícím pacientem?
8. Mají všeobecné sestry zájem o vzdělávací seminář zaměřený na problematiku umírání a smrti?

2.2 Metodika výzkumu

Empirická část práce a její následující podkapitoly budou zaměřeny na zmapování postojů ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Obsah jednotlivých podkapitol popisuje volbu a charakteristiku výzkumné metody, metodu sběru dat, charakteristiku souboru informantů, předvýzkum, postup realizace a analýzy, limity výzkumu, analýza a interpretace dat, profily informantů, struktura kategorií, centrální kategorií a kategorie.

2.2.1 Charakteristika výzkumné metody

Volbě průzkumné metody předcházelo studium odborné literatury a dalších literárních zdrojů zabývajících se problematikou umírání (období a fáze), smrtí, medicinalizací umírání a smrti, etického rámce, paliativní a hospicovou péčí, komunikací, péčí o truchlící a pozůstalé, postoji ke smrti, metodami měření postojů ke smrti, péčí o mrtvé tělo a umíráním v době pandemie COVID-19. Pro získání potřebných empirických dat byl pro účel výzkumu zvolen polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum byl zvolen z důvodů lepšího zjištění pochopení a porozumění problematiky umírání a smrti z pohledu zdravotníka. Dotazovaným informantům umožnil vyjádřit svůj vlastní názor.

2.2.2 Metoda sběru dat

Sběr dat byl realizován prostřednictvím rozhovoru. Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce. Jednotlivé rozhovory byly realizovány individuálně, tzn. účastníky byl pouze tazatel (autor výzkumu) a informant (dotazovaný respondent).

Pro výzkum byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor vlastní tvorby.

Sestavení otázek pro polostrukturovaný rozhovor probíhal na základě stanovených cílů a identifikaci výzkumných otázek.

Polostrukturovaný rozhovor se skládá z 26 otázek otevřeného typu (viz Příloha A, str. 62-63).

Kvalitativní šetření je nematematická analýza zkoumaných jevů, odhalující jejich elementární složky, odhalující vzájemnou spojitost a závislost, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretací smyslu, či funkce kterou plní. Badateli umožňuje poznání širšího kontextu jevů a jejich poznání v přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009).

2.2.3 Charakteristika souboru informantů

Aby mohl být informant zařazen do výzkumu, musel splňovat následující kritériální požadavky:

- věk 18 a více let,
- pracovní zařazení: Všeobecná sestra,
- zaměstnanec pracující ve zdravotnickém zařízení s ukončeným adaptačním procesem,
- ochota a dobrovolnost podílet se na výzkumu,
- souhlas s rozhovorem a pořízením audiozáznamu (na mobilní telefon),
- bez rozdílu pohlaví.

Z důvodu pandemie COVID-19 (nutnost dodržovat vládní nařízení a hygienicko-epidemiologická opatření) a nezatěžování klinické praxe zdravotnických pracovníků výzkumným šetřením, byli informanti osloveni z různých oddělení a nemocnic. Informanti byli bývalí spolužáci a známí autora předkládané závěrečné práce, pracující na pozici všeobecná sestra a splňující kritériální požadavky. Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 všeobecných sester (z toho 2 v předvýzkumu).

2.2.3.1 Předvýzkum

Vlastní realizaci výzkumu předcházela předvýzkum, po sestavení primární struktury rozhovoru, které se uskutečnilo v březnu 2021. Cílem bylo ověřit, zda informanti chápou otázky v rozhovoru, považují je za srozumitelné a umí na ně adekvátně odpovědět. Předvýzkum se uskutečnil čtrnáct dní před samotným výzkumem. K ověření rozhovoru v předvýzkumu byli vybráni 2 informanti, kteří splňovali zadané kritériální požadavky. Během předvýzkumu nebyly zjištěny žádné problémy v průběhu poskytnutí rozhovoru a mohlo být přistoupeno k vlastnímu výzkumu. Získané rozhovory nahrané na mobilní telefon během předvýzkumu nebyly zařazeny do celkového počtu získaných rozhovorů.

2.2.4 Postup realizace a analýzy

Rozhovory s jednotlivými informanty byly provedeny po předchozí domluvě za podmínek hygienicko-epidemiologických opatření (respirátory, rozestup dvou metrů,

místnost s otevřeným oknem). Rozhovory probíhaly mimo pracovní dobu, tak aby měli informanti pohodlí, dostatek času a nestresovali se. A také, aby nebyl narušen chod pracoviště. Všichni informanti byli před samotným poskytnutím rozhovoru seznámeni s dobrovolností poskytnutí rozhovoru, stručným představením výzkumu (problematika, použité výsledky pro účely bakalářské práce), se zachováním anonymity a s nutností nahrávání rozhovoru na audio záznam s využitím mobilního telefonu, pro další zpracování informací.

Vlastní výzkum byl realizován v období března a dubna 2021. Výzkumný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami pracující na interním a chirurgickém typu oddělení. Jejich počet byl dán nasycením dat k dané problematice.

Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon mobilního telefonu. Z jednotlivých audionahrávek byl proveden doslovný transkript dat, který je k dispozici u autora předkládané závěrečné práce k nahlédnutí. Transkript dat byl následně analyzován kombinací axiálního, otevřeného a selektivního kódování. Poté byly rozhovory opakovaně přečteny. Následně byla vytvořena tabulka v programu Microsoft Office 365 Excel, do které byly zaznamenány a barevně odlišeny důležité poznámky z rozhovorů. Byly vytvořeny kategorie a subkategorie, do kterých byla zanesena zjištěná data. Z kategorií a subkategorií vyplynula centrální kategorie. Mezi kategoriemi byly následně zjišťovány vzájemné souvislosti, příčiny, následky a vztahy.

2.2.5 Limity výzkumu

Výzkum byl určen pouze pro danou skupinu informantů splňující kritériální požadavky. Výsledky výzkumu nelze zobecňovat, protože popisují zkušenosti a vyjádření informantů zařazených do výzkumu. Systém, organizace práce, skladba pacientů a personálu je pro každé pracoviště specifické. Limitem výzkumu ze strany výzkumníka bakalářské práce mohla být skutečnost, že se s informanty zná i omezení při poskytování rozhovoru z důvodu pandemie. Možné zkreslení odpovědí informantů mohlo být zapříčiněno citlivým tématem, mezi které problematika umírání a smrt patří. V neposlední řadě mohou být výsledky zkresleny způsobem uvažování výzkumníka i přes veškerou snahu výzkumníka přistupovat ke zpracování objektivně.

2.3 Analýza a interpretace dat

V následující podkapitole jsou prezentovány výsledky kvalitativního šetření prováděného formou rozhovorů s informanty. Informanti byli osoby pracující na pozici všeobecná sestra a splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Délka rozhovorů se u jednotlivých informantů lišila. Nejkratší rozhovor trval čtyři minuty, nejdelší deset minut. Průměrně rozhovory trvaly šest minut. Výsledky analýzy přispěly k rozdělení do 4 kategorií a 13 subkategorií, kterou vzájemně zastřešuje jedna centrální kategorie.

2.3.1 Profily informantů

V následujícím textu je uvedena charakteristika informantů. Pro zajištění (zachování) anonymity byla všem informantům přiřazena písmena. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka 1.

Tabulka 1 Charakteristika informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Nynější pracovní zařazení	Délka praxe
A	Žena	45 let	Vysokoškolské - Bc.	Neurologická JIP	28 let
B	Žena	57 let	Středoškolské s maturitou	Hematoonkologie	37 let
C	Žena	24 let	Vyšší odborné - DiS.	Chirurgické oddělení	2 roky
D	Žena	44 let	Středoškolské s maturitou	Onkologické oddělení	25 let
E	Žena	32 let	Vysokoškolské - Bc.	Chirurgické oddělení	11 let
F	Muž	31 let	Vysokoškolské - Mgr.	Chirurgická JIP	13 let

Informant A: žena, ve věku 45 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské - Bc., obor Všeobecná sestra. Nastoupila do zaměstnání na standartní neurologické oddělení, kde pracovala 10 let a poté potřebovala pozměnit směr zaměstnání a přestoupila na neurologickou jednotku intenzivní péče. V mezi čase si doplnila specializační vzdělání v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP).

Informant B: žena, věk 57 let. Dokončené vzdělání středoškolské s maturitní zkouškou. Po ukončení studia nastoupila na chirurgické standartní oddělení, kde pracovala 18 let. Nyní pracuje na hematatoonkologii, délka její praxe je 37 let ve zdravotnickém zařízení. Má specializační vzdělání v oboru ARIP.

Informant C: žena, ve věku 24 let. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v oboru Praktická sestra a následně pokračovala ve studiu na Vyšší odborné zdravotnické škole v Brně, obor Diplomovaná Všeobecná sestra. Pracuje na chirurgickém oddělení 2 roky a v květnu se chystá na mateřskou dovolenou.

Informant D: žena, ve věku 44 let. Vystudovala obor Všeobecná sestra na střední škole ukončené maturitní zkouškou. Pracuje na onkologickém oddělení ve zdravotnickém zařízení 25 let. Má dokončenou specializaci - ARIP.

Informant E: 32letá žena. Dosažené vzdělání vysokoškolské, bakalářský obor Všeobecná sestra. Pracuje na chirurgickém standartním lůžkovém oddělení. Délka její praxe ve zdravotnickém zařízení je 11 let. Před 14 měsíci se vrátila na úvazek 0,3 po mateřské dovolené.

Informant F: 31letý muž. Magisterské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech a Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví. Pracující na 0,5 úvazek na chirurgické JIP, současně pracuje na zkrácený úvazek na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity, jako odborný asistent. Ve zdravotnictví pracuje 13 let.

2.3.2 Struktura kategorií

Z analýzy dat vyplynula centrální kategorie, kategorie a subkategorie, které jsme pro lepší přehlednost uvedli v tabulce 2.

Tabulka 2 Přehled kategorií a subkategorií

Centrální kategorie	Kategorie	Subkategorie
Umírání a smrt z pohledu zdravotníka	Setkání se smrtí	Osobní zkušenost
		Vnímání smrti
		Poznatky o smrti
		Četnost péče o umírající
		Příčiny smrti
	Komunikace	Ze strany pacienta
		Ze strany zdravotníka
		Osvědčené tipy
		Zdroje poznatků
	Zvyklosti pracoviště	Standard péče o zemřelého
		Rituály
	Vliv víry	Věřící pacient
		Věřící zdravotník

2.3.3 Centrální kategorie - Umírání a smrt z pohledu zdravotníka

Centrální kategorie byla zvolena pro zastřešení hlavních kategorií. Mezi faktory, které ovlivňují umírání a smrt z pohledu zdravotníka patří setkání se smrtí, komunikace, zvyklosti pracoviště a vliv víry.

2.3.3.1 Kategorie - Setkání se smrtí

Do kategorie setkání se smrtí jsme zařadili pět subkategorií. Subkategorie byly zaměřeny na osobní zkušenost, vnímání smrti, poznatky o smrti, četnost péče o umírající a příčiny smrti.

Osobní zkušenost

Smrt vnímá každá věková skupina odlišně. V mladším věku nechápeme pojem smrt, nebojíme se smrti. Teprve až v určitém věku, začneme samotnou smrt vnímat.

Informantka E se se smrtí setkala na prvním stupni základní školy. „*Poprvé jsem se setkala s úmrtím v rodině. A to byl můj tatínek, v osmi letech. Když mě bylo osm let.*“

Na druhém stupni základní školy se se smrtí setkala **Informantka A**. „*Ve 13 letech mi umřela babička.*“

Další dva informanti se setkali poprvé se smrtí v pubertě. „*Když jsem byla na praxi a bylo mi asi 16-17 let.*“ (**Informantka C**) „*Bylo to v 17 letech, když jsem byl ve třetím ročníku na střední zdravotnické škole. Na těch prvních praxích (na interně), nám umřela se spolužačkou paní. A současně i v té době byl v nemocnici můj dědeček, který za tři dny potom zemřel taky.*“ (**Informant F**)

Informantka B uvedla: „*Na první setkání si pamatuju, jako dítě, když mě zemřela babička. Ale to mě nijak nepoznamenalo. Nijak jsem to ani pořádně nevnímala, nebo jsem si to nedokázala spojit. Takže asi, až když jsem nastoupila do práce. Po maturitě jsem nastoupila na úrazovku, kde bylo úmrtí pacientů téměř na denním pořádku. Takže tam, v zaměstnání.*“

Informantka D se s úmrtím setkala až v dospělém věku, při zaměstnání. „*S úmrtím jsem se poprvé setkala v zaměstnání, bylo mi 22 let.*“

Jednou z otázek v rozhovoru bylo, zdali mají informanti vlastní zkušenosti s umíráním blízké osoby.

Čtyři informanti mají zkušenost s umíráním blízké osoby. **Informanti A, C, E a F** uvedli „*Ano.*“

Zbylí dva informanti zkušenosti nemají. „*Že bych pečovala o blízkou osobu umírající, ne.*“ (**Informantka B**)

„*Vlastní zkušenost s úmrtím blízké osoby nemám, protože jsem byla ještě malé dítě, když zemřeli všechny babičky a dědečkové.*“ (**Informantka D**)

Každá smrt v životě nás ovlivní. Mnohem více nás zasáhne smrt u blízké osoby (prarodiče, sourozenec, rodiče). Zdravotničtí pracovníci se se smrtí setkávají mnohem častěji než běžná část obyvatelstva. Každé setkání se smrtí nás může ovlivnit, jak v osobním, tak v profesním životě. Jak ovlivňuje osobní a profesní život dotázané informanty?

„No, bývám z toho potom smutná. Třeba pár dní mi trvá, když umře někdo, na koho si člověk zvykne, koho měl rád.“ (Informantka A)

„Nijak.“ uvedla Informantka C.

Informantku D setkání se smrtí téměř neovlivnilo *„Beru to jako součást svého povolání, i když to není příjemný.“*

Zbylé informanty setkání se smrtí ovlivnilo. *„Ovlivnilo mě to tak, že jsem více k umírajícímu empatičtější. Hlavně také soucítím více s rodinou pozůstalého.“ (Informantka E)*

„Tak, člověk musí se chovat samozřejmě citlivě. Musí prostě důstojně s tím umírajícím, nebo pacientem zacházet. Ale musí mít také určitý odstup. Nemůže si dovolit, aby mě každé úmrtí nějak citově zasáhlo, nebo poznamenalo. To bych tu práci vůbec nemohla dělat.“ (Informantka B)

„Osobní život to ovlivňuje. Když se setkávám s těma umírajícíma lidmi, tak vím, že bych nechtěl, aby mě, nebo někdo blízký byl uměle udržován na podpůrných přístrojích. A po profesní stránce, vlastně s každým takovým zemřelým pacientem se učím, jak být příště v péči lepší, o tady tyto lidi.“ (Informant F)

Vnímání smrti

Odborná literatura popisuje smrt z mnoha úhlů. Existuje i celá škála definic popisující problematiku smrti. Stejně tomu bylo i u informantů. Podobná definice zazněla u informantů A, D a F.

„Je to konec života.“ (Informantka A)

„Konec života na této zemi.“ (Informantka D)

„Konečná část života, která čeká na každého člověka. Je to vlastně ztráta blízké osoby, která ze dne na den, vlastně už nemusí být.“ (Informant F)

Informantka E definovala vnímání smrti takto: *„Smrt pro mě znamená, že to je zastavení všech životních funkcí organismu člověka. Ztráta vědomí a ukončení života.“*

Informantka C vnímá smrt z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka. „*No tak pro mě to znamená, беру to z hlediska sestry, že většinou pro ty pacienty, když jsou v posledním stádiu, třeba té onkologické nemoci... pro ně to může být i vysvobození ta smrt. Že nebudou se tolik trápit, nebudou mít bolesti a tak.*“

Poslední - **Informantka B** uvedla: „*Součást života. Smrt, jako v nemocnici u nějakých diagnóz. Zvlášť u těžkých diagnóz, nebo onkologických diagnóz, je pro mě očekávatelná, nebo není to překvapením. Spíš mě dokáže zasáhnout, jestli se to tak dá říct, třeba neočekávaná smrt, jako nehody, nebo spíš nějaké neštěstí, nebo něco takového.*“

Jedna z otázek při rozhovoru byla, zdali informanti vnímají smrt, jakou součást života? Téměř všichni informanti odpovídali stejně.

Informantky A a D uvedli „Ano.“

„*Určitě.*“ Byla odpověď **Informantky B**.

„*Ano vnímám.*“ (**Informant F**)

Další dva informanti uvedli: „*Ano, je to součást života.*“ (**Informantka C**)

„*Ano, smrt je součástí života, každého života.*“ (**Informantka E**)

Zdali ovlivnila smrt blízké osoby informanty v profesním životě byla jedna z položek v dotazníku. Smrt blízké osoby se nás dotýká mnohem více než pacientů, které v dlouhodobém hledisku neznáme.

Informantka A uvedla „Ano.“

„*Ano, ovlivnilo.*“ můj profesní život zmínili **Informanti E a F**.

„*Dá se říct, že ano. Když jsem nastoupila po maturitě, jako mladá holka, tak jsem... ta smrt byla pro mě strašně vzdálená. Jako něco, co se mě třeba vůbec netýká. Brala jsem to tak, že se to samozřejmě děje v nemocnici. Je to přirozený u těch pacientů a dá*

se i očekávat u některých diagnóz. Ale nebrala jsem to nějak osobně. Neříkám, že to první setkání třeba bylo nějak jednoduchý. Nebyl to úplně šok, ale hodně respekt a trochu i ostych, možná k tomu umírajícímu. Ale změnila jsem názor. Tedy poznamenalo mě, když mi zemřela babička v mé dospělosti. Tak jsem si poprvé vlastně uvědomila, že ta smrt se týká i mě. Ten mladý člověk to vnímá, jako něco, co je daleko a vůbec to jde kolem mě a vůbec se mě to netýká. To jsem si uvědomila, že ten pacient, i když je to pro mě cizí člověk, tak je to pro ostatní blízká osoba, která někomu zemřela a asi jsem trochu změnila pohled tady na to umírání, nebo na smrt. “ (**Informantka B**)

Oproti ostatním informantům **Informantku D** smrt blízké osoby „*Neovlivnilo.*“ v profesním životě. Stejně, jako **Informantku C**: „*Ne, ne. Já, nebo většinou by se osobní život neměl brát do profesního života.*“

Poznatky o smrti

Vnímání a představa smrti je individuální kategorie, která je ovlivněna předchozí zkušeností jednotlivých informantů. Délka praxe, setkání se se smrtí u blízkého člena rodiny a víra formuje jednotlivé odlišnosti v pojetí fenoménu smrti. Na smrt může být pohlíženo z mnoha úhlů – medicínského, filozofického a spirituálního.

Informant F vnímá smrt „*Jako smutnou událost, kdy odešel někdo, kdo někomu patřil*“. Ostatní informanty vnímají smrt pacienta téměř shodně.

„*Někdy je to vysvobození a většinou je to utrpení.*“ (**Informantka A**)

„*Jako úlevu pro pacienta s těžkými bolestmi.*“ (**Informantka D**)

„*U některých pacientů vnímám jako vysvobození, úlevu od bolesti, utrpení u náhlých případů, jako šok.*“ (**Informantka E**)

Informantka B odpověděla při rozhovoru: „*No vzhledem k tomu, že jsou to onkologičtí pacienti, tak spíš, jako pro ně... třeba úleva, nebo i vysvobození. Nebo prostě je to součást toho onemocnění.*“

I **Informantka C** vnímá smrt, jako součást života. „*Tak k životu to patří. A prostě je to takový koloběh života, nebo součást života. Tak prostě to má být. Jednou pacient zemře.*“

Poslední otázka při rozhovoru byla, zdali by měli informanti zájem o doplnění informací související s problematikou umírání a smrti? Všichni informanti kladně projevili zájem.

„Ano.“ (**Informantka E**)

„Asi ano.“ (**Informantka A**)

„Pokud by to bylo možné, tak ano.“ (**Informantka D**)

Dva respondenti uvedli i v jaké formě si představují získat doplňující informace.

„Určitě bych měla o takový seminář zájem, protože si myslím, že to není na škodu, na takový seminář si zajít.“ (**Informantka C**)

„Ano měl, třeba v nějaké formě semináře, který pořádá naše klinika.“ (**Informant F**)

Informantka B uvedla „Určitě, je to důležité téma a asi ano. Asi je potřeba se tím prostě zaobírat a rozšířit si vědomosti.“

Četnost péče o umírající

Zajímalo nás u informantů, zdali pečují o umírající pacienty a jak často? Všichni informanti pečují o umírající pacienty, ovšem jejich četnost se lišila.

Nejčastěji se s umírajícím pacientem setkávají **Informantka A** „Pečuji o umírající pacienty denně“ a **Informantka C** „Ano, pečujeme, velmi často. Většinou je to každou službu v práci.“

Oproti tomu **Informantka E** uvedla „Ano, pečuji. Během svého zaměstnání asi tak třikrát.“

Dva dotazovaní informanti se setkávají sporadicky s umírajícím pacientem: „Ano pečuji i o umírající pacienty. Není to úplně časté.“ (**Informantka B**)

„Ano, občas pečuji o umírající pacienty. Je to individuální, někdy je těch umírajících pacientů více a jindy to trvá delší dobu, než se u nás na oddělení objeví.“ (**Informant F**)

Poslední **Informantka D** pečuje o pacienty „dvakrát týdně.“

Příčiny smrti

Příčina smrti u pacienta může být různá. Jedná-li se o seniora s mnoha komorbiditami, onkologickým onemocněním, či se nachází v terminálním stadiu nemoci, je smrt očekávaná. Naopak tomu může být u mladých lidí a novorozenců, kteří zemrou z plného zdraví. Dotazovaných informantů jsme se ptali, jaké jsou nejčastější diagnózy u umírajících pacientů?

„Nejčastější diagnózy jsou neurologická onemocnění, buď chronická, anebo cévní mozkové příhody.“ (Informantka A)

Ostatních pět informantů odpovídali stejně, jejich nejčastější diagnózy jsou *„Onkologické.“ (Informantka B a D)*

Informanti C a F uvedli shodnou odpověď: *„Nejčastější diagnózy jsou většinou onkologičtí pacienti.“*

Informantka E doplnila *„...onkologické onemocnění na zažívacím traktu.“*

2.3.3.2 Kategorie - Komunikace

Kategorii komunikace jste dále rozčlenili na komunikaci ze strany pacienta, ze strany zdravotníka, osvědčené tipy a zdroje poznatků.

Ze strany pacienta

Při komunikaci s pacientem se dostáváme do tíživé situace, a to na jaké téma máme s pacientem při konverzaci navázat. Většina informantů uvádělo podobné odpovědi. *„Nejčastěji s ním mluvím o tom, co sám potřebuje probrat.“ (Informantka D)*

„Tak většinou čekám, s čím začne ten pacient, nebo o čem začne pacient sám mluvit.“ (Informantka C)

„Většinou to nechávám na pacientu, o čem chce mluvit.“ (Informantka E)

Informant F odpověděl: *„To je individuální věc. Většinou Ti pacienti začnou mluvit sami. A já jim jenom naslouchám a vlastně sdílím to, co mi chtějí sdělit. A pak se bavíme většinou o různých možnostech. Ať je to klinický psycholog, kdy si můžou s tady tím odborníkem popovídat. Mají kolikrát pocit, že na ně je čas, protože na chirurgii někdy*

ten čas (bohužel) o tyhle pacienty není. Nebo o managementu bolesti, když ti lidé jsou bolestivý. Anebo, jestli se stihnou rozloučit se svýma blízkýma.“

Další dva informanti se starají o pacienty, kteří mají poruchu vědomí.

„Záleží to na stavu toho pacienta. Pokud jsou (většinou) v takovém tom komatózním stavu, je tam spíše fyzická péče kolem nich. Ale někdy potřebujou slyšet, že udělali všechno dobře, že prostě... trošku je uklidnit, nebo ... nemám žádné naučené fráze. Nechám to téma na nich. Pokud si chtějí o něčem promluvit, tak jsem jim samozřejmě k dispozici. Podle stavu pacienta, psychického...“ (Informantka B)

Informantka A uvedla: *„Většina našich pacientů má poruchu vědomí. Takže tam komunikace je omezená a omezuje se to na zajištění základních fyziologických potřeb, ne psychických. Ale pokud je při vědomí, tak většinou nabízíme možnost, nebo ptáme se na možnost nějaké duchovní služby.“*

Jedna z otázek týkající se komunikace, kterou jsme během rozhovoru položili informantům se týkala informace, o čem chtějí umírající pacienti nejvíce mluvit?

„O strachu.“ uvedla **Informantka A**.

Informantka D zmínila *„Pacienti nejvíce řeší poslední rozloučení s rodinou a hodnocení svého života.“* Bilancování svého života v konečné fázi uvádí i další informanti.

„Mluví například o tom, co v životě dosáhli, co ještě chtěli, nestihli, o vztazích v rodině.“ (**Informantka E**)

„Většinou o tom, jaký byl jejich život. Bilancují vlastně svůj život. Vzpomínají na ty pěkné události. Někdy dávají... a nebo ukazují nám fotky své rodiny a sdělují nám své moudra. A potom mluví lidi o tom, zdali vlastně bolí to umírání, před smrtí.“ (**Informant F**)

Informantka C uvedla: *„Tak většinou vykládají o své rodině o tom, co prožili.“*

Informantka B zmínila i aktuální situaci *„Někdo má třeba obavy, že udělal něco v životě špatně. Nebo, že nedostal úplně všem povinností, takže... nebo: je smutný, že neviděl*

dlouho děti. Teď v té COVIDové situaci nejsou návštěvy atd. Takže asi o rodinném zázemí, o příbuzných a vztazích.“

Ze strany zdravotníka

Informace, které poskytují zdravotničtí pracovníci pacientům je mnoho. Během několika let vznikla řada edukačních materiálů, které napomáhají pacientům získat ucelené informace v různých oblastech napříč celým zdravotnictvím. Dotazovaných informantů jsme se ptali, zdali mají na pracovišti k dispozici informační letáčky a brožurky, nebo jiný typ edukačního materiálu (např. informace na webové stránce pracoviště) pro pozůstalé, které napomáhají pozůstalým v období truchlení (co je potřeba zařídit, kdo a kde jim pomůžou)?

„Jsme schopni pozůstalým dát informace ohledně zařizování pohřbu a tak dál. Ale po té duchovní stránce informace nemáme. Na materiály je můžeme odkázat na internet, ale my materiály nemáme“ uvedla **Informantka A**.

Informantka B uvedla důležitou informaci: *„Můžeme jim nabídnout třeba psychologickou pomoc, kam se můžou obrátit. Nebo někteří pozůstalí neví vůbec, kam mají zanést věci, nebo šaty pro pacienty (pro zemřelého). Takže tady s tím jim můžeme poradit. Jak se dál zařídit - pohřební služba a tak dál.“*

Podobné informace uváděli i další informanti.

„Informační letáčky nemáme, ale můžeme jim sami poradit, kam zajít, nebo tak.“
(**Informantka C**)

Nejlépe vybavení jsou na tom na pracovišti **Informantka E**, která uvedla: *„Ano, informační letáčky máme v tištěné i elektronické podobě.“*

Informantka D při rozhovoru odpověděla, že *„Letáčky s informacemi nemáme, vše poskytujeme ústně.“*

Poslední odpovědí bylo *„Máme vypracované letáčky i takové rozloučení a povídání pro rodinu. Když jsem byl staniční, tak jsem několikrát dával pozůstalým taky tyto informace. Ať o pohřbu, tak vlastně o podpoře a co je kde potřeba. Tak nemocnice má vypracovaný takový postup, pro tyto lidi.“* (**Informant F**)

V rozhovoru s informanty jsme se ptali, zdali umí komunikovat s umírajícím pacientem?

Informantka E uvedla: „*Myslím si, že ano*“, tuto odpověď téměř shodně uvedl i další informant „*Myslím si, že ano. Ale učím se to celý život.*“ (**Informant F**)

Naopak **Informantka A** odpověděla „*Moc ne. Učím se to celý život.*“

Další odpovědi byly: „*Tak snažím se, abych jim samozřejmě poskytla veškerou psychickou podporu, jakou potřebuji. Takže doufám, že ano.*“ (**Informantka B**)

„*Tak já si myslím, že komunikovat s umírajícím se nedá nějak naučit. Ale myslím si, že každý normální člověk by to měl tak nějak umět.*“ (**Informantka C**)

„*Není to vůbec jednoduché, ale snažím se o citlivý přístup k umírajícímu.*“ (**Informantka D**)

V komunikaci s umírajícím pacientem se vyskytnou určité situace, které jsou pro zdravotnický personál choulostivé.

Jedním z ožehavých témat jsou vztahy v rodině, které nejsou vždy ideální. „*Nejvíce obtížné je pro mě probírání špatných vztahů v rodině a s tím spojené dědictví*“, které uvedla **Informantka D**

S podobnou odpovědí přispěla i **Informantka C**: „*Já si myslím, že většinou to jsou vztahy v rodině. Že my třeba nevíme, že jsou rozhádaní a zeptáme se toho pacienta co váš syn, nebo co vaše dcera. A on úplně ten pacient sklesne, protože se s ním už několik let třeba nebaví.*“

Informantka B: „*Asi obtížná, nerada prostě bych do toho zasahovala, nebo zasahuju, tak jsou právě nějaký finanční problémy v rodině, nebo něco tak podobného. To si musí vyřešit rodina, do toho já vůbec nemůžu zasahovat a ani nechci.*“

Dalším choulostivou oblastí v komunikaci „*Asi nejčastěji forma rozloučení a taky vztahy v rodině.*“ (**Informantka E**)

V rozhovoru uvedla podobnou informaci i **Informantka A**: „Vztahy v rodině řešíváme. Co se týká financí a dědictví, to vůbec neotvíráme. A vzhledem k tomu, že většina pacientů má poruchu vědomí, tak opravdu je to zaměřeno v drtivé většině jenom na ty fyziologické funkce, a ne na tu psychickou stránku.“

„Tu složku dědictví na štěstí nemusíme řešit jako personál. Obtížná komunikace s tím umírajícím je u těch lidí, kteří jsou jako by popírači. Že vlastně nejsou s tím svým stavem ztotožnění, takže asi tady v té oblasti. A pak jsou to někdy vztahy v rodině, nebo většinou jsou to vztahy v rodině.“ (**Informant F**)

Osvědčené tipy

Komunikace všeobecně má určité zásady a kritéria, které jsou při vzájemné interakci potřeba. Specifická je komunikace s umírajícím člověkem.

S umírajícím člověkem je potřeba „*Empatie*“, jak uvedla **Informantka A**.

Další důležitou zásadu uvedla **Informantka D**: „Hlavně mít dostatek času na komunikaci, nespěchat u toho. Mluvit klidně a srozumitelně.“

Se stejnou odpovědí přispěla **Informantka E** „Věnovat umírajícímu více času, více mu naslouchat a nespěchat na pacienta.“

Informant F doplnil již zmíněné zásady „Udělat si na toho člověka čas. Posadit se k němu a vlastně tam být v tu určitou chvíli jenom pro něho. Většinou stačí si tam někdy sednou a jenom si ho vyslechnout. Já se jich většinou ptám, jestli pro ně můžu něco udělat, anebo zdali má nějaké otázky.“

Trpělivost a potřebu nechat pacienta volně hovořit zmínila i **Informantka C** „Tak většinou, když ten zdravotnický personál naslouchá, že neskáče tomu pacientovi do řeči, že ho nechá prostě mluvit.“

Mezi další postřehy a zásady patří „... respektovat. Ty jejich přání a pomoc vycítit co jim pomohlo. O čem by si chtěli popovídat. A nechávat je samotné. Samozřejmě i ten fyzický kontakt, aby člověk neměl pocit, že odchází úplně opuštěný z toho světa. Být jim na blízku a nebát se fyzického kontaktu s umírajícím.“ (**Informantka B**)

Zdroje poznatků

V rámci přípravy na budoucí povolání se budoucí zdravotničtí pracovníci připravují v teoretických předmětech (psychologie) na problematiku umírání a smrti. Nelékařští zdravotničtí pracovníci si procvičují i praktické dovednosti v péči o zemřelého v hodinách ošetrovatelských postupů, nebo ošetrovatelství. Informantů jsme se zeptali na otázku, kde se poprvé dozvěděli informace o tom, jak komunikovat s umírajícím pacientem?

U pěti informantů byla podobná odpověď v rámci přípravy na budoucí povolání.

„Na střední škole.“ (Informantka D)

„Na střední škole v hodině psychologie a ošetrovatelství.“ (Informantka E)

„Ve třetím ročníku střední zdravotnické školy, na praxi, když nám poprvé umřela paní.“ (Informant F)

Informantka B uvedla *„Tak asi ve škole a měli jsme ještě nějaký seminář na oddělení“*. První informaci získala i **Informantka A** na škole, která uvedla: *„Co si pamatuji, tak na vysoké škole, kterou jsem studovala kombinovaně (dálkově).“*

„Od kolegyně z práce“ získala první informaci o tom, jak komunikovat s umírajícím pacientem uvedla **Informantka C**.

I-když se během přípravy na budoucí povolání studenti učí a procvičují si komunikaci s umírajícím pacientem, samotná realita je odlišná. Každý pacient je individuální osobnost a stejně tak reaguje na danou situaci, každý člověk odlišně. Zkušenost s umírajícím pacientem nás určitým stylem posune kupředu a obohatí o zkušenosti, které v teoretických hodinách nezískáme. Důležité pro zdravotnického pracovníka je si aktivně vyhledávat aktuální informace, jak s umírajícím komunikovat. U informantů nás zajímalo, jaký zdroj získávání nových informací upřednostňují (internet, zkušenosti kolegů, semináře, aj.)?

„Asi semináře mi dají nejvíc“ uvedla **Informantka B**.

Informantka D odpověděla: „*Informace jsem získala v zaměstnání, nejvíce se mi osvědčili zkušenosti kolegů.*“

Zkušenosti získané od kolegů a z internetu zaznívali i u ostatních odpovědí.

„*Asi nejčastější internet a zkušenosti kolegů.*“ (**Informantka E**)

„*Určitě jsou dobré zkušenosti kolegů. Internet výjimečně. To je asi všechno.*“
(**Informantka A**)

„*Většinou ty zkušenosti kolegů, ale v poslední době i člověk hodně brouzdá po internetu, a tam se dočte hodně zajímavých věcí.*“ (**Informantka C**)

Informant F doplnil, že „*Informace jsem nabyl asi během studia, a samozřejmě od zkušených kolegů, nejvíce asi od školitelky.*“

2.3.3.3 Kategorie - Zvyklosti pracoviště

Pod kategorií zvyklosti pracoviště jsme stanovili dvě subkategorie. Jedná se o standard péče o zemřelého a rituály.

Standart péče o zemřelého

Zdravotničtí pracovníci mají téměř všechny úkony standardizovány. Stejně je tomu i při poskytování péče o zemřelého. Na pracovištích, kde se setkávají se smrtí častěji si člověk osvojí jednotlivé úkony, které provádí automaticky. Zdravotnický pracovník, který se smrtí setkává jednou za čas, si dostatečně neosvojil postup v péči o zemřelého. K tomu mu poslouží Standard péče o zemřelého. Zdravotnický pracovník nezapomene na žádný úkon a poskytne důstojnou a kvalitní péči i v poslední fázi života člověka.

Všichni oslovení informanti uvedli, že mají na pracovišti vypracovaný Standard péče o zemřelého. Odpověď „*Ano*“ uvedly **Informantky A a D**. „*Ano, máme*“ uvedli **Informanti E a F**. **Informantka C** odpověděla podobně „*Ano, standard máme*“ a poslední odpověď zněla „*Ano, je na každém oddělení.*“ (**Informantka B**)

Rituály

Doprovázení umírajícího pacienta popsala **Informantka D**: „*Hlavně uspokojování potřeb, jak fyzických, tak psychických. Hlavně tlumení bolesti.*“

O potřebách, přáních a bolesti se zmínila v rozhovoru i **Informantka E.** „*To je například tišení bolesti, starat se o základní fyziologické funkce a naslouchat, splnění nějakých přání, posledního přání pacienta.*“

„*Někdy je to těžký. Záleží na tom pacientovi, jak prostě je smířený s tím zdravotním stavem. Jak už to má sám vyrovnaný, sám se sebou. Někdo odejde v poklidu a jako tiše. Někdo se tomu brání, že někdy je potřeba, třeba ho i uklidňovat. Nebo není s tím úplně smířený*“ uvedla **Informantka B.**

To, že doprovázení se odvíjí od psychického stavu doprovázejícího pacienta uvedl i **Informant F:** „*U určitých lidí je to složité. Záleží na tom, v jakém stavu vlastně ten pacient je. Někteří pacienti jsou smíření se svým osudem, někteří pacienti popírají anebo úplně vzdali ten boj, že jsou odevzdání. U těch lidí je to horší.*“

Při doprovázení pacienta je důležité uspokojovat základní potřeby a přání umírajícímu, ale velice důležitou složkou je i samotná komunikace. „*Tak hlavně bych s ním komunikovala. Snažila se s ním komunikovat, pokud by to sám pacient chtěl. Snažila bych se mu ulevit od bolesti. Dávala bych mu léky od bolesti a byla bych mu psychickou podporou.*“ (**Informantka C**)

Informantka A se v odpovědi na otázku zaměřila na doprovázení ve zdravotnickém zařízení a v doprovázení obecně. „*V našem zdravotnickém zařízení a v naší společnosti si myslím, že to není moc probírané téma. A je to..., máme tam hodně rezervy. Moc se tomu nevěnujeme.*“

Umírajícího pacienta doprovázeli všichni Informanti. **Informanti A, D a F** v rozhovoru odpověděli: „*Ano.*“ „*Ano, doprovázím.*“ uvedla **Informantka E.** Podobně odpověděla na otázku **Informantka B:** „*Ano, doprovázela a doprovázím.*“ Jelikož byl výzkum prováděn v době pandemie u zdravotnických pracovníků, nepřekvapila nás odpověď **Informantky C,** která zněla: „*V poslední době ano, velmi často.*“

S péčí o zemřelé tělo jsou spjaté určité rituály, které provádí zdravotnický pracovník. Odpovědi informantů se zde lišily.

„*Žádné rituály na oddělení nepoužíváme.*“ odpověděla **Informantka D.**

Podobně „Ne.“ uvedla **Informantka B**.

Že je různorodost při provádění rituálů uvedl **Informant F**: „*Rituály jsou individuální. Nás učili vždycky otevřít okno, aby mohla dušička vylétnout do nebe. Důležité je vždycky s úctou se vlastně rozloučit, s tím pacientem a udělat potřebné úkony, které jsou potřeba, anebo souvisí s tou smrtí.*“

Rituál, kdy se otevírá okno uvedli i další informanti. „*Tak většinou se otevírá to okno, aby mohla duše odejít.*“ (**Informantka C**)

„*Ano máme, otevření okna, křížek na čelo a jiné...*“ (**Informantka E**)

Informantka A v rozhovoru odpověděla: „*Na našem pracovišti nejdou otevřít okna, takže neotvíráme okna. Když jsem byla na minulém pracovišti, otvírali jsme okna. Já osobně dělám lidem křížek na čelo, ale není to obecně zvykem.*“

Problematika umírání a smrti se v aktuální době více promítla do běžného života obyvatel v souvislosti s pandemií COVID-19. Média denně informují o aktuálním počtu nemocných, hospitalizovaných a zemřelých. Zajímalo nás, zdali ovlivnila aktuální situace zdravotníky v souvislosti s fenoménem umírání a smrti.

Informant F uvedl, že „*Ano, ovlivnila.*“ jej aktuální situace.

Zbylí informanti uvedli, že aktuální situací nejsou ovlivněni v souvislosti s umíráním a smrtí.

„Ne.“ uvedla **Informantka A**.

Podobnou odpověď byla „*Ne, jinak mě to neovlivnilo.*“ (**Informantka C**)

„*Mě ne, neovlivnila.*“ (**Informantka E**)

Informantka D při rozhovoru uvedla: „*Pandemie COVID-19 mé zkušenosti s umíráním a smrtí neovlivnila.*“

„*Myslím si, že ne. Tady na tom to oddělení ne.*“ zmínila **Informantka B**.

2.3.3.4 Kategorie - Vliv víry

Kategorie vliv víry byla rozdělena na dvě subkategorie, věřící pacient a věřící zdravotník.

Věřící pacient

Existenční rozdíl ve vnímání smrti u věřících a nevěřících lidí si uvědomují všichni dotazovaní informanti. „Ano.“, zodpověděli celkem 4 informanti (**Informanti A, C, E a F**), kdy **Informantka D** doplnila „... *myslím si, že je v tom rozdíl.*“ **Informantka B** uvedla „*Myslím si, že ano.*“

„*Myslím si, že Ti věřící to mají asi trochu..., nevím jestli se dá říct i jednodušší. Očekávají, že odejde na nějaké lepší místo a prostě pro nich ten život úplně nekončí.*“ Vidí rozdíl ve vnímání smrti u věřících a nevěřících **Informantka B**.

Podobného názoru je **Informantka E**: „*Podle mě věřící člověk se rychleji smíří s umíráním. A věřící taky věří v posmrtný život. Začátek něčeho nového, nové etapy.*“

Informantka D vidí rozdíl v tom, že „*Věřící lidé více řeší celkový konec života a odchod duše z těla.*“

Informantka C „*Že pacienti víc naslouchají.*“ „*Podle mého názoru je to individuální věc, ale myslím si, že věřící vnímají tady tu věc.. možná kvůli tomu, že věří v nebe.*“

(Informant F)

Podobného názoru, jako předchozí odpověď, byl názor **Informantka A**: „*V tom přístupu. Je to člověk, od člověka samozřejmě. Nejde to škatulkovat, věřící a nevěřící. Ale obecně nevěřící nejsou schopni takové empatie.*“

Věřící zdravotník

Z výzkumu vyplynulo, že **Informanti A, D, E a F** uvedli „Ano.“ na otázku, zdali jsou věřící. „*Nejsem úplně ortodoxně věřící, ale myslím si, že ano.*“ (**Informantka B**) „Ne.“, byla odpověď **Informantky C**.

Rozdíl při poskytování péče u zdravotnického personálu, který je věřící, oproti nevěřícího personálu vidí **Informantka D**: „*Myslím si, že věřící jsou více empatictější k potřebám umírajícího.*“ **Informantka C** uvedl, že „*Většinou ten umírající věřící, chce zavolat i kněze. Jako by se tak nějak mohl rozloučit, nebo odejít.*“ Naproti tomu **Informantka B** uvedla: „*Nevšimla jsem si. Všichni se chováme profesionálně. Nevšimla jsem si toho.*“ Zbylí informanti uvedli podobnou odpověď: „*Z pravidla ano.*“ (**Informantka A**) „Ano, myslím si, že ano.“ (**Informantka E**) a „*Možná ano.*“ (**Informant F**).

3 Diskuze

Empirická část bakalářské práce se zabývala postoji ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která lépe umožnila vnímat sdělené informace všeobecných sester a v případě potřeby reagovat na případné nesprávné pochopení kladené otázky.

V bakalářské práci jsme si stanovili dva dílčí cíle výzkumu a ke každému dílčímu cíli vytyčili čtyři výzkumné otázky (celkem osm výzkumných otázek). Zjištěné výsledky výzkumu jsou popsány v diskuzi a následně také komparovány s výsledky jiných literárních zdrojů zaměřených na problematiku umírání a smrti.

Prvním dílčím cílem bakalářské práce bylo: **Zmapovat postoje všeobecných sester na problematiku umírání a smrti.**

V první výzkumné otázce jsme se zabývali tím, **jaká je zkušenost všeobecných sester v souvislosti s umíráním a smrtí?**

Z výzkumu vyplynulo, že se všichni informanti starají o umírající osoby. Polovina informantů pečuje o umírající denně a druhá polovina sporadicky. Nejčastější příčinou u pěti dotazovaných byla onkologická onemocnění. U zbylé informantky se jednalo o neurologická onemocnění (chronická, cévní mozková příhoda).

Vnímání smrti je individuální a ovlivňuje jí celá řada faktorů (délka praxe, četnost úmrtí, víra). Z výzkumu vyplynulo, že informanti vnímají smrt většinou jako vysvobození či úlevu, smutnou událost a koloběh života.

Dále nás zajímalo, jak by popsali informanti doprovázení umírajícího? Z výzkumu se zjistilo, že doprovázení spočívá v tlumení bolesti, uspokojování fyzických a psychických potřeb (potřeby a přání). Dále se zjistilo, že všichni zúčastnění dotazovaní doprovázeli umírajícího.

S péčí o zemřelého tělo jsou spjaty individuální rituály, které se provádějí dle zvyklosti pracoviště, etnika, či zdravotnického pracovníka. Z výzkumu vyplynulo, že třetina informantů žádné rituály neprovádí. Zbylá část uvedla jako rituál: otevření okna a křížek na čelo. Ke stejným výsledkům dospěla i Bohdalová (2014), kdy respondenti uvedli shodně rituál (otevření okna a křížek na čelo). Zbytek respondentů se v její práci vyjádřil, že neprovádí žádné rituály.

Jednou z otázek v průzkumu, kterou jsme informantům pokládali byla: Máte na pracovišti k dispozici informační letáčky pro pozůstalé (co je potřeba zařídit, kdo a kde jim může pomoci v období truchlení)? Třetina informantů má vypracované edukační materiály (v tištěné i elektronické podobě). Zbylá část informantů, nemá vypracovaný edukační materiál, ale dokáže pozůstalým poradit. Potřebné informace sdělují pozůstalým ústní formou, popř. jim poradí, kde potřebné informace získat.

V rámci přípravy NLZP na budoucí povolání si studenti osvojují mnoho úkonů, které budou v klinické praxi potřebovat. Většina těchto úkonů je standardizována. NLZP provádějící péči o zemřelé tělo a osvojují si veškeré dovednosti a úkony spjaté s tímto výkonem. Pro NLZP, kteří nevykonávají péči o zemřelého denně je vypracovaný standard péče o zemřelého. Zajímalo nás, zdali mají informanti na svém pracovišti standart péče o zemřelého. Z výzkumu jsme zjistili, že všichni informanti mají tento standart k dispozici na svém pracovišti.

Problematika umírání a smrti je v současné době aktuální. V souvislosti s pandemií COVID-19 se tato problematika promítla i do běžného života obyvatel. Zajímalo nás u informantů, zdali je ovlivnila aktuální situace v souvislosti s fenoménem umírání a smrti? Jeden informant uvedl, že ano. Zbýlých 5 informantek uvedlo, že ne.

Druhá výzkumná otázka zněla: **Jak vnímají všeobecné sestry smrt?**

Stejně jako odborná literatura uvádí mnoho úhlů a celou škálu definic, i u informantů zazněli různé odpovědi. Zajímalo nás, co pro informanty znamená smrt? Z výzkumu vyplynulo, že všichni informanti berou smrt, jako konečnou část života.

Dále, nás zajímalo, zdali berou smrt, jako součást života? Všichni informanti ve výzkumu odpověděli, že ano.

Ve třetí výzkumné otázce jsme se zabývali tím, zdali **je ovlivněn osobní a profesní život všeobecné sestry vlastní zkušeností s úmrtím blízké osoby?**

Smrt vnímá každá věková skupina odlišně. V mladším věku nechápeme pojem smrt. Až v určitém věku si začneme samotnou smrt uvědomovat. Z výzkumu vyplynulo, že se informanti setkali se smrtí, v různých věkových kategoriích: 8 let - první a 13 let

druhý stupeň základní školy, puberta (16-17 a 17 let) a v dospělosti (19 a 22 let). Převážná část uvedla, že se první setkání se smrtí jednalo u rodinných příslušníků (babička, dědeček, tatínek). Zbytek uvedl: na praxi a při zaměstnání.

Setkání se smrtí danou osobu určitým způsobem ovlivní. Mnohem více nás zasáhne smrt u blízké osoby, či rodinného příslušníka (rodiče, sourozenci, prarodiče, partner/ka). Čtyři informanti mají zkušenost s úmrtím blízké osoby a zbylí dva ne.

NLZP se setkávají se smrtí mnohem častěji než běžná část obyvatel. Smrt jejich blízkých, či rodinných příslušníku je může ovlivnit. Zajímalo nás, zdali úmrtí blízké osoby ovlivnilo jejich profesní život? Z výzkumu vyplynulo, že 4 informanty smrt blízké osoby ovlivnilo. Zbylé dva, ne. Jeden informant uvedl, že by se osobní život neměl promítat do toho profesního.

Dále nás ve výzkumu zajímalo, jak ovlivňuje osobní a profesní život informantů, setkávání se se smrtí v práci? U třetiny informantů se smrt nepromítne do jejich profesního a soukromého životě. Zbylé dvě třetiny dotazovaných ovlivní smrt v osobním a profesním životě. Někteří informanti jsou smutní, další si uvědomují, že umělé udržování života za každou cenu není ideální. Uvědomují si i určitý odstup, který kdyby neměli, nemohli by práci NLZP provádět dlouhodobě, protože by se u nich mohl projevit syndrom vyhoření. Z výzkumu vyplynulo, že pozitivně může setkání se smrtí ovlivnit tak, že jsou informanti empatičtější (k pacientům i pozůstalým).

Šťastná (2020) ve své práci dospěla k výsledkům, které demonstrují pocity zdravotnických pracovníků na proces umírání. Z 90 respondentů jich bylo ovlivněno 57.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: **Zjistit, zda má víra vliv na umírání a smrt?**

Jak uvádí (Šimlová, 2013) ve své diplomové práci zabývající se Proměny religiozity Čechů od 19. století, o české populaci se mluví v souvislosti s vyznáním, jako o ateistech. Mezi těmi, co vyznávají víru v České republice má největší zastoupení náboženství křesťanské. Člověk, který věří, se po smrti setká s Bohem. Pro určitá náboženství neznamena smrt úplný konec bytí, ale pouhý přerod do jiné formy, tzv. reinkarnace. Lidé, kteří jsou na sklonku života věřící, se těší na odměnu, která na ně po smrti čeká dle své víry. Pro nevěřící osoby je smrt chápána z hlediska biologického, jako zástava životních funkcí. Přístup péče věřících zdravotníků se odvíjí také od jejich vyznání. Při péči

o umírajícího člověka se věřící osoba řídí křesťanským dogmatem: „Miluj bližního svého“.

Z výzkumu vyplynulo, že si uvědomují všichni dotazovaní informanti existenční rozdíl ve vnímání věřících lidí a nevěřících. Věřící pacienti si řeší svůj konec života a odchod duše z těla, očekávají že odejdou na lepší místo (do nebe, či ráje) a tím jejich život nekončí. Dva informanti uvedli, že je to individuální věc a nelze škatulkovat věřící - nevěřící, ale domnívají se, že věřící jsou empatičtější. Švejkovská (2017) ve své diplomové práci popisuje rozdíl u studentů nevěřících (jako racionální a přirozený proces, který je součástí života) a studentů věřících (věří v jakési nadpřirozeno, pokračování duševního života v nebi, pekle, či očistci). Ve studii Cevik a Kav (2013), většina sester (v Turecku) uvedla, že má silné (52,3 %), či velmi silné (16 %) náboženské přesvědčení. Méně než polovina (45 %) uvedlo, že náboženská příslušnost výrazně ovlivňuje jejich postoj k umírání a smrti. Na druhou stranu většina uvedla, že jejich nedostatek víry měl malý (26 %) nebo žádný vliv (43,3 %) na jejich postoje k smrti a umírání.

Téměř všichni respondenti si myslí, že je rozdíl při poskytování péče o umírajícího a zemřelého u pečujícího personálu, který je věřící. Rozdíl vidí v empatii, potřebách umírajícího a v poskytnutí duchovních služeb (kněz). Jedna informantka uvedla, že nevidí rozdíl, že se všichni chovají profesionálně. Z výzkumu dále vyplynulo, že 4 informanti jsou věřící, jeden není ortodoxní a jedna informantka věřící není.

Druhým dílčím cílem bakalářské práce bylo: **Zmapovat komunikační schopnosti všeobecných sester s umírajícím pacientem.**

V páté výzkumné otázce jsme se zabývali tím, **jaká je komunikace všeobecných sester s umírajícím pacientem?**

Tíživou situací při komunikaci s umírajícím pacientem je samotné téma. Kdy nevíme, jak přesně začít. Jaké téma zvolit? Z výzkumu jsme se dozvěděli informaci, že téma komunikace nechávají na samotných pacientech. Většina pacientů začne mluvit sama a zdravotničtí pracovníci jim jen naslouchají a sdílí informace, které nám chtějí pacienti předat. Dále z výzkumu vyplynulo, že někdy stačí umírajícího pacienta vyslechnout, uklidnit a sdělit mu informaci, že udělal všechno dobře. Dva informanti uvedli, že v komunikaci záleží na stavu vědomí pacienta. U těchto pacientů je komunikace omezená. Bohdalová (2014) uvádí, že na umírajícího člověka mluvíme stále (i při poruše

vědomí). S čím souhlasíme, protože nevhodné poznámky před pacientem jsou nemístné, jsou znakem neprofesionálního chování zdravotníka. Takové chování nerespektuje projev důstojnosti a úcty k umírajícímu člověku.

Z výzkumu vyplynulo, že umírající chtějí nejvíce mluvit o posledním rozloučení s rodinou, ale i o tom, co by ještě chtěli a nestihli v životě. Bilancují svůj dosavadní život (vzpomínají na pěkné události, informují nás o tom, co prožili; ukazují nám rodinné fotografie, sdělují své moudra a zkušenosti). Informanti se dotkli i aktuální situace, kdy často umírající pacienti mluví o strachu, obavách, zákazu návštěv v COVIDové době a zdali bolí samotné umírání, před smrtí.

Dále z výzkumu vyplynulo, že pět informantů umí, nebo se snaží komunikovat s pacientem. Jedna informantka uvedla, že moc ne. Všichni informanti se shodli na tom, že je potřeba komunikační dovednosti pilovat celý život. Šťastná (2020) se své práci dospěla z výsledků: z celkového počtu 90 oslovených odpovědělo (43 ano, 38 spíše ano, 7 spíše ne a 2 ne).

Samotná komunikace má určité zásady a kritéria, které jsou při vzájemné interakci potřeba. Komunikace s umírajícím člověkem je více specifická. Z výzkumu vyplynulo, že se informantům při komunikaci osvědčila empatie, dostatečný čas na komunikaci, trpělivost, naslouchat, mluvit klidně a srozumitelně. Dále uvedli, že někdy stačí si k umírajícímu člověku jen sednout. Zeptat se jej, zdali má dotazy či přání a nebát se fyzického kontaktu (držet za ruku).

Nezisková organizace - Cesta domů (2021) na svých webových stránkách popisuje Základní sociální potřeby člověka na konci života, kde popisuje část výsledků získaných v našem výzkumu. Dále doplňuje, že je potřeba: být plně informován o svém zdravotním stavu, mít podporu a uznání od svých nejbližších i profesionálů, být informován o nastávající finální části života (smrti).

Šestá výzkumná otázka zněla: **Které oblasti komunikace s umírajícím pacientem jsou pro všeobecné sestry obtížné?**

V rozhovorech s informanty vyplynulo, že mezi obtížné oblasti komunikace s umírajícím pacientem patří převážně rodinné vztahy. Rodinné vztahy nejsou vždy ideální. Zdravotníci se mnohdy dozví informace o špatném fungování rodinných vztahů a s tím spojenou problematiku dědictví. Dále to jsou finanční problémy a formy rozloučení.

Zaměříme-li se na samotného pacienta, tak je problematická komunikace s umírajícím - popíračem (svého onemocnění, či zdravotního vztahu). K zajímavým výsledkům dospěla Snozová (2016), která uvádí za největší problém, při komunikaci s umírajícím pacientem - nedostatek času (66 %). Dále přítomnost rodiny na pokoji umírajícího (23 %), nezkušenost všeobecných sester a nejistotu v této situaci (10 %) a jiné (1 % - přítomnost spolupacienta na pokoji).

V sedmé výzkumné otázce jsme se zabývali tím, **kde všeobecné sestry získaly poznatky o tom, jak komunikovat s umírajícím pacientem?**

Pět informantů uvedlo, že v rámci přípravy na budoucí povolání (hodiny psychologie, ošetrovatelství a na praxi). NLZP si procvičují kromě komunikace i praktické dovednosti v péči o zemřelého člověka. Další informantka uvedla, že informace získala od kolegyně z práce.

Komunikační dovednosti si zdravotničtí pracovníci cvičí opakovaně, během přípravy na budoucí povolání. Samotná realita je pak odlišná. Reakce jednotlivých pacientů (pozitivní, či negativní) při komunikaci nás formuluje a připravuje na další setkání. Zkušenosti s umírajícím pacientem náš určitým stylem posune kupředu a obohatí o zkušenosti, které v teoretických hodinách nezískáme. Pro zdravotnického pracovníka je nezbytné, aby si problematiku komunikace s pacientem v terminálním stádiu procvičovali a aktivně si vyhledávali aktuální informace. Informanti uvedli, že upřednostňují jako zdroj získávání nových informací semináře, internet a v neposlední řadě i zkušenosti kolegů a školitelky.

Osmá výzkumná otázka zněla: **Mají všeobecné sestry zájem o vzdělávací seminář zaměřený na problematiku umírání a smrti?**

Všichni informanti kladně projevíli zájem o doplnění si informací v problematice umírání a smrti. Jak někteří v rozhovoru uvedli, je potřeba se tímto tématem zabýrat a rozšířit si vědomosti. Nejčastější formu vzdělávání informanti uvedli klinický seminář. K podobným výsledkům dospěla i Bohdalová (2014), kdy jí respondenti uvedli, jako nejčastější formu vzdělávání semináře. Oproti naší práci, její respondenti uvedli jako další formu samovzdělávání se (formou literárních zdrojů a videozáznamů).

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě informací získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami bylo navrženo několik doporučení:

- vypracovat edukační materiály pro pozůstalé (v elektronické a tištěné formě),
- uspořádat semináře, které by se problematikou umírání a smrti zabývaly (ve spolupráci s psychologem, kaplanem, nebo pastoračním asistentem)
 - Komunikace s umírajícími lidmi
 - Komunikace s pozůstalými
 - Péče o mrtvé tělo (aktuální změny)
 - Spirituální problematika (dle etnika, rituály apod.)
 - Dříve vyslovené přání
 - Hospicová a paliativní péče
 - Duševní hygiena
- vytvořit e-learningovou platformu pro samostudium,
- supervize pro ošetřující personál na problematiku umírání a smrti.

Doporučení pro další zkoumání:

- Získat postoje o problematice umírání a smrti u dalších NLZP (radiologičtí asistenti, fyzioterapeuti) a lékařů.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu Postoje ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Práce se skládá ze dvou částí (teoretické a empirické).

Teoretická část je rozdělena do jedenácti podkapitol, které jsou zaměřeny na problematiku smrti a umírání (medicinalizace, období a fáze, etický aspekt, paliativní a hospicová péče, péče o truchlící a pozůstalé, komunikace, postoje ke smrti - metody měření postojů ke smrti, péče o zemřelého, umírání a COVID-19).

Empirická část je zaměřena na výzkumné šetření postojů ke smrti a umírání z pohledu všeobecných sester. Pro získání potřebných empirických dat byl pro účel výzkumu zvolen polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum byl zvolen z důvodu lepšího zjištění pochopení a porozumění problematiky umírání a smrti z pohledu zdravotníka. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 26 otázek. Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 všeobecných sester (z toho 2 v předvýzkumu). V bakalářské práci byly stanoveny 2 dílčí cíle a 8 výzkumných otázek.

Z výzkumu vyplynuly následující výsledky. Všichni informanti se starají o umírající pacienty, ovšem každý s jinou četností. Nejčastější diagnóza umírajícího člověka je onkologická. Vnímání smrti je individuální a ovlivňuje ji celá řada faktorů (délka praxe, četnost úmrtí, víra). Informanti vnímají smrt jako vysvobození, úlevu, smutnou událost, či koloběh života. Všichni informanti mají na svém pracovišti vypracovaný standart péče o zemřelého. Informační letáčky, které poskytují pozůstalých má na pracovišti k dispozici, pouze polovina informantů.

Z výzkumu dále vyplynulo, že tíživou situací při komunikaci s umírajícím je samotné téma. Všichni informanti se shodli na tom, že je potřeba komunikační dovednosti pilovat celý život a aktivně si vyhledávat aktuální informace v problematice umírání a smrti. Komunikace s umírajícím je specifická. Informantům se při komunikaci osvědčila empatie, dostatečný čas na komunikaci, trpělivost, naslouchat, mluvit klidně a srozumitelně. Mezi obtížné oblasti komunikace s umírajícím patří převážně rodinné vztahy. Všichni informanti projevíli zájem o doplnění si informací v dané problematice. Výstupem bakalářské práce byly navrženy doporučení týkající se problematiky umírání a smrti, které vyplynuly na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BOHDALOVÁ, Jaroslava, 2014. *Umírání a smrt v práci všeobecné sestry*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: https://theses.cz/id/egcqos/Umirani_a_smrt_v_praci_vseobecne_sestry.pdf?info=1;isshlret=kompetenc%C3%AD%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dduchovn%C3%AD%20kompetence%20sestra%26start%3D97
3. BURDA, Patrik. a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
4. BUŽGOVÁ, Radka, 2015 *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2021. *Reflexe péče o umírající v době pandemie - mezinárodní projekt iLIVE*. [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/reflexe-pece-o-umirajici-v-dobe-pandemie-mezinarodni-projekt-ilive>
6. CESTA DOMŮ, 2021. *Komunikace s umírajícím a blízkými*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>
7. CEVIK, Banu & Sultan, KAV, 2013. *Attitudes amd experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23151504/>
8. DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
9. FIRTH, Pam et al., 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
10. FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern. 320 s. ISBN 978-80-87580-70-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

12. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team. 356 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha. Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
14. HEŘMANOVÁ, Jana a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
15. HRDÁ, Karolína a kol., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Česko: [Domov Sue Ryder]. 202 s. ISBN 978-80-907190-2-6.
16. JANÍKOVÁ, Eva a Renata ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-441-24.
17. JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
18. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
19. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
20. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
21. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth., přeložil do Českého jazyka KRÁLOVEC Jiří, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
22. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, přeložil do Českého jazyka KRÁLOVEC Jiří, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
23. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. „*Být druhému člověku nablízku, být s ním, to je to nejdůležitější – v lásce, v životě i v umírání*.“. Citaty.net [online]. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: / <https://citaty.net/citaty/278785-elisabeth-kubler-ross-byt-druhemu-cloveku-nablizku-byt-s-nim-to-je-to/>
24. LAMERS, William M. Herman, 2012. *Feifel, The Meaning of Death. Mortality* [online]. 17(1), 64-78 [cit. 2020-12-16]. DOI: 10.1080/13576275.2012.654709.

ISSN

1357-6275.

Dostupné

z:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13576275.2012.654709>

25. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
26. NEIMEYER, Robert, 1994. *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis. 231 s. ISBN 1-56032-282-9.
27. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada. 220 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
29. SNOZOVÁ, Monika, 2016. Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení. [online]. [cit. 2021-04-30]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: https://is.muni.cz/auth/th/wdlah/Finalni_verze.pdf
30. SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
31. ŠIMLOVÁ, Markéta, 2013. *Proměny religiozity Čechů od 19. století*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9728/1/DP%20-%20Promeny%20religiozity%20Cechu%20od%2019.%20stoleti..pdf>
32. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 316 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
33. ŠŤASTNÁ, Lucie, 2020. *Umírání a smrt na oddělení následní intenzivní péče*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: https://is.muni.cz/auth/th/bc2hh/MASARYKOVA_UNIVERZITA_23.pdf
34. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kol., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
35. ŠVEJKOVSKÁ, Andrea, 2017. *Smrt z pohledu studenta*. [online]. [cit. 2021-04-30]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra

ošetřovatelství. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/mtmii/Andrea_Svejkovska_-_Diplomova_prace_Smrt_z_pohledu_studenta_.pdf

36. VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. 1140 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
37. VORLÍČEK, Jiří., Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované. a doplněné vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
38. VÖRÖSOVÁ, Gabriela., Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
39. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2013. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 282 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
40. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Přílohy

Příloha A - Polostrukturovaný rozhovor

1. Pečujete o umírající pacienty? Jak často? Jaké jsou to nejčastější diagnózy?
2. Jak vnímáte smrt pacienta?
3. Jak byste popsal/a doprovázení umírajícího?
4. Doprovázíte nebo doprovázel/a jste umírajícího?
5. Máte na Vašem pracovišti nějaké rituály, když zemře pacient (např. otevřít okno, křížek na čelo a další)?
6. Máte na pracovišti k dispozici informační letáčky, nebo jiný typ materiálu (např. informace na webových stránkách pracoviště) pro pozůstalé, co je potřeba zařídit, kdo a kde jim může pomoci v období truchlení?
7. Máte vypracovaný standard ošetrovatelského postupu zaměřený na péči o zemřelého?
8. Ovlivnila pandemie COVID-19 Vaše zkušenosti v souvislosti s umíráním a smrtí?
9. Co pro Vás znamená smrt?
10. Vnímáte smrt jako součást života?
11. Kdy jste se poprvé setkal/a s úmrtím (v kolika letech, na praxi, či nějaký blízký člen rodiny)?
12. Máte vlastní zkušenosti s umíráním blízké osoby?
13. Ovlivnilo Vás úmrtí blízké osoby v profesním životě?
14. Jak ovlivňujete Váš osobní a profesní život setkávání se se smrtí v práci?
15. Myslíte si, že je rozdíl ve vnímání smrti u věřících a nevěřících lidí?
16. V čem vnímáte rozdíl?
17. Projevuje se rozdíl při poskytování péče o umírajícího a zemřelého u pečujícího personálu, který je věřící?
18. Jste věřící?
19. O čem nejčastěji mluvíte s umírajícím pacientem?
20. O čem chtějí umírající pacienti nejvíce mluvit?
21. Umíte komunikovat s umírajícím?
22. Co se Vám osvědčilo při komunikaci s umírajícím?
23. Jaká oblast komunikace s umírajícím je pro Vás obtížná (např. dědictví, forma rozloučení, poslední přání, vztahy v rodině, aj.)?

24. Kde jste se poprvé dověděl/a informace o tom, jak komunikovat s umírajícím pacientem?
25. Odkud získáváte informace o tom, jak s umírajícím komunikovat? Jaký zdroj získávání nových informací upřednostňujete (internet, zkušenost kolegů, semináře, aj.)?
26. Měl/a byste zájem o doplnění si informací související s problematikou umírání a smrti?