

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**THANATOLOGIE Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY  
V RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

**STANISLAVA KUNDRÁTOVÁ**

**Praha 2012**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**THANATOLOGIE Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY  
V RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

**STANISLAVA KUNDRÁTOVÁ**

**Stupeň kvalifikace: bakalář**

**Komise pro studijní obor: všeobecná sestra**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

**Praha 2012**



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Kundrátová Stanislava**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

*Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační  
a intenzivní péči*

Thanatology from the Perspective of General Nurses in Resuscitation  
and Intensive Care

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová. PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za užitečné rady a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji kolektivu všeobecných sester Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze za laskavou spolupráci a poskytnutí důležitých informací a údajů, díky kterým mohla být tato práce zrealizována.

## **Abstrakt v českém jazyce**

KUNDRÁTOVÁ, Stanislava: *Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační a intenzivní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2012, 57 s.

Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační a intenzivní péči.

V práci se zabýváme charakteristikou komunikace s pacienty v terminálním stádiu. Teoretická část tvoří souhrn poznatků získaných z různých pramenů odborné literatury.

Praktická část je věnována průzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit vliv terminálního stádia na způsob, intenzitu a ochotu komunikaci sester. Dále v praktické části sledujeme erudovanost sester v thanatologii. Na základě vyhodnocení údajů podáváme návrhy a doporučení pro využití v praxi.

### **Klíčová slova**

Intenzivní medicína. Komunikace. Potřeby umírajícího. Thanatologie. Všeobecná sestra.

## **Abstrakt in English**

KUNDRÁTOVÁ, Stanislava: Thanatology from the perspective of general nurses in resuscitation and intensive care. Medical College, o.p.s., in Prague. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2012, 57 p.

Thanatology from the perspective of general nurses in resuscitation and intensive care.

In this work we deal with the characteristics of communication with patients in terminal. The theoretical part consists of a summary of findings from various literature sources. The practical part is devoted to the research. The main objective was aimed to determine the impact of the patient's end-stage on the nurse's method, intensity and willingness to communicate.

Furthermore, in the practical part we observe the erudition of nurses in the Thanatology. Based on the data evaluation we provide suggestions and recommendations for practical use.

### **Key words**

Communication. General nurse. Intensive medicine. Thanatology. The needs of dying.

# Obsah

Úvod	11
<b>1 CHARAKTERISTIKA INTENZIVNÍ PÉČE</b>	<b>13</b>
1.1 VÝVOJ INTENZIVNÍ PÉČE	13
1.2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ	14
<b>2 KOMUNIKACE</b>	<b>15</b>
2.1 OBECNÉ PODMÍNKY KOMUNIKACE	15
2.2 MOŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTY V INTENZIVNÍ PÉČI	16
2.3 KOMUNIKACE A JEJÍ POSTAVENÍ V PALIATIVNÍ PÉČI	16
2.4 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM	17
2.4.1 Komunikační bariery	18
2.4.2 Zásady komunikace s umírajícím	18
2.5 KOMUNIKACE A ETIKA	19
<b>3 VYMEZENÍ POJMU THANATOLOGIE</b>	<b>20</b>
3.1 CHARTA UMÍRAJÍCÍCH	20
3.2 UMÍRÁNÍ	21
3.2.1 Umírání jako proces	22
3.2.2 Přístup k umírajícím lidem	23
3.2 VZDĚLÁVÁNÍ V THANATOLOGII A CITLIVÉMU PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍMU	24
3.3 EUTHANASIE A DYSTANASIE	25
<b>4 VYMEZENÍ PRŮZKUMNÉHO PROBLÉMU</b>	<b>27</b>
4.1 PRŮZKUMNÉ CÍLE	28
4.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	28
4.3 PRŮBĚH PRŮZKUMU	28
4.3.1 Metodika průzkumu	29
4.4 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	30
<b>5 VYHODNOCENÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU</b>	<b>31</b>
5.1 VYHODNOCENÍ	46
5.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	49
5.3 DISKUZE	52
5.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53
<b>ZÁVĚR</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	



## Seznam tabulek a grafů

### Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 – Důležitost komunikace s umírajícími.....	31
Tabulka č. 2 – Umírající vnímá Vaše slova.....	32
Tabulka č. 3 – Charakteristika Vaší komunikace s umírajícími.....	32
Tabulka č. 4 – Potíže s komunikací.....	33
Tabulka č. 5 – Delší praxe - stoupající komunikační dovednosti.....	34
Tabulka č. 6 – Je komunikace s umírajícím obtížnější?.....	34
Tabulka č. 7 – Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace.....	35
Tabulka č. 8 – Odlišnost komunikace s umírajícím.....	36
Tabulka č. 9 – Pokud ano, čím se liší?.....	36
Tabulka č. 10 – Použití haptiky.....	37
Tabulka č. 11 – Pokud ano, haptiku využíváte jak? .....	38
Tabulka č. 12 – Věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností.....	38
Tabulka č. 13 – Vzdělávání v oblasti thanatologie a paliativní medicíny. ....	39
Tabulka č. 14 – Dostatečnost praktických i teoretických vědomostí. ....	40
Tabulka č. 15 – Dostatečná praktická i teoretická příprava během studia. ....	41
Tabulka č. 16 – Nejvíce chybějící informace.....	41
Tabulka č. 17 – Délka praxe a věk má vliv na osvojení komunikačních dovedností.....	42
Tabulka č. 18 – Pohlaví.....	43
Tabulka č. 19 – Věk .....	44
Tabulka č. 20 – Nejvyšší dosažené vzdělání .....	44
Tabulka č. 21 – Délka odborné praxe .....	45

## **Seznam grafů:**

Graf č. 1 – Důležitost komunikace s umírajícími.....	31
Graf č. 2 – Umírající vnímá Vaše slova.....	32
Graf č. 3 – Komunikujete s umírajícím?.....	33
Graf č. 4 – Potíže s komunikací.....	33
Graf č. 5 – Delší praxe - stoupající komunikační dovednosti.....	34
Graf č. 6 – Obtížnost komunikace s umírajícím.....	35
Graf č. 7 - Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace.....	35
Graf č. 8 – Odlišnost komunikace s umírajícím.....	36
Graf č. 9 – Pokud ano, čím se liší?.....	37
Graf č. 10 – Použití haptiky.....	37
Graf č. 11 – Pokud ano, haptiku využíváte jak?.....	38
Graf č. 12 – Věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností.....	39
Graf č. 13 – Vzdělání v oblasti thanatologie a paliativní medicíny.....	39
Graf č. 14 – Dostatečnost praktických i teoretických vědomostí.....	40
Graf č. 15 – Dostatečná praktická i teoretická příprava během studia.....	41
Graf č. 16 – Nejvíce chybějící informace.....	42
Graf č. 17 – Délka praxe a věk má vliv na osvojení komunikačních dovedností...	43
Graf č. 18 – Pohlaví.....	43
Graf č. 19 – Věk.....	44
Graf č. 20 – Nejvyšší dosažené vzdělání.....	45
Graf č. 21 – Délka odborné praxe.....	46

## Úvod

Život každého z nás jednou dospěje ke svému konci, tedy ke smrti. Jak je praveno v mnoha knihách: „není nic jistějšího než to, že každý, kdo se narodil, také jednou zemře“. O smrti nikdo rád nehovoří, ačkoliv každý víme, že náš život končí smrtí. Je přirozené, že ve svém běžném životě myšlenky na smrt vytěsňujeme, žijeme, jako kdyby nebyla. V profesním životě všeobecné sestry pracující na oddělení resuscitační a intenzivní péče však kontakt se smrtí je až nepříjemně pravidelný, a to přesto, že je vyvíjena maximální snaha smrti zabránit.

Umírání je proces, který nelze vytěsnit z žádné oblasti medicíny. I přes rychlý a prudký rozvoj intenzivní medicíny, je v mnoha případech smrt neodvratnou záležitostí. Povolání sestry je fyzicky i psychicky vyčerpávající, nejvíce to platí právě při péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající pacienty. Setkání s umíráním a smrtí patří mezi nejnáročnější situace, které sestra musí zvládat nejen odborně, ale i lidsky. (KUTNOHORSKÁ, 2007) K tomu potřebuje mít nejen odborné znalosti o problematice umírajících, ale mít i citlivý, laskavý a individuální přístup k umírajícím.

Práce sestry v intenzivní medicíně je, jak jsem již uvedla, fyzicky i psychicky náročným povoláním, na jehož jednom konci stojí záchrana života, na druhém smrt a umírání. Péče o umírající je tedy i pro „intenzivní sestry“ součástí jejich práce a často sebou nese mnohé dilematické situace. Na základě zájmu zmapovat nelehké situace, které s sebou péče o tyto pacienty přináší, vznikla volba tématu bakalářské práce s názvem: „*Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační a intenzivní péči*“.

V teoretické části bakalářské práce se snažíme shrnout z dostupné literatury ty nejzajímavější a nejpálčivější témata týkající se umírání a smrti. Velká pozornost je věnována komunikaci s umírajícími.

Průzkumná část je situovaná k sestrám pracujícím na odděleních poskytujících intenzivní a resuscitační péči a zaměřuje se na specifické oblasti péče jako je komunikace

s umírajícími. Dále průzkumná část mapuje, zda sestry mají zájem se vzdělávat v oblasti thanatologie.

K získání dat pro empirickou část byl zvolen kvantitativní průzkum, technika sběru dat pomocí strukturovaného anonymního dotazníku, který obsahoval 21 otázek. Průzkum byl prováděn v listopadu 2011 na klinice Kardiochirurgické v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze a na oddělení resuscitačním a oddělení intenzivní péče.

Rádi bychom přinesli naší prací více „světla“ do této problematiky. Doufáme, že se nám podaří dostatečně zmapovat odpovědi na některé palčivé otázky, jež přináší péče o umírající pacienty na pracovišti intenzivní a resuscitační péče.

# 1 CHARAKTERISTIKA INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní medicína je lékařským oborem věnující se nemocným s akutními i déletrvajícími život ohrožujícími stavy, tedy kriticky nemocným. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi. U těchto pacientů je nutná rozsáhlejší lékařská i ošetrovatelská péče, než jakou lze poskytnout na standardních odděleních.

*„Intenzivní péče tedy zajišťuje specifickou zdravotní péči o vážně nemocné pacienty, jež jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí. I když jsou postupy intenzivní medicíny aplikovány nemocným z nejrůznějších klinických oblastí, jsou ve svém základě téměř jednotné. Délka léčby u pacientů na pracovištích intenzivní medicíny může být různě dlouhá, trvat dny, ale i týdny a měsíce.“*(ŠEVČÍK, 2003, s. 313)

## 1.1 VÝVOJ INTENZIVNÍ PÉČE

První jednotka intenzivní péče vznikla pro léčbu obětí rozsáhlého požáru v roce 1942 ve Spojených státech, Massachusetts, General Hospital v Bostonu. V souvislosti s epidemií dětské obrny byla na jednotce v Kodani, zavedena umělé plicní ventilace pomocí ručního vaku. K rychlému rozvoji jednotek intenzivní péče došlo zejména v 60. letech, jednalo se o období vzniku základu sítě koronárních jednotek a pooperačních sledovacích jednotek. Byla identifikována důležitost srdečních arytmií a zavedlo se rutinní používání srdečního monitoringu na JIP, zvláště při post infarktových stavech. V roce 1969 vzniká Československá anesteziologická společnost.

*„V současné době je intenzivní medicína svébytnou a prudce se vyvíjející oblastí, a to i přes nepříznivou ekonomickou situaci ve zdravotnictví. Neustále narůstá počet oddělení ARO i oborových JIP a dochází ke zkvalitnění péče o pacienty v souvislosti se zaváděním nových metod a materiálně technického zabezpečení. Rozšiřuje se spektrum pacientů, ale také se zvyšuje počet nemocných ve starších věkových skupinách. V mnoha zemích s rozvinutým zdravotnictvím je možné se specializovat, zpravidla ve formě nadstavbové studia, na některé základní klinické obory.“*(ŠEVČÍK, 2003, s. 313)

## 1.2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Z hlediska intenzivní péče, jsou kritičtí nemocní těmi, u nichž selhává jeden nebo několik orgánových systémů. Ze strany terapeutické vyžadují např. přístrojovou podporu nebo náhradu dýchání, umělou výživu nitrožilní nebo gastrointestinální cestou, v řadě případů lékovou nebo přístrojovou podporu oběhu, kontinuální eliminaci škodlivých látek mimotělními metodami, rozsáhlou substituci faktorů krevního srážení, nitrožilní náhradu velkých objemů tekutin a iontů, umělé zahřívání nebo chlazení organismů.

Pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní medicíny jsou zpravidla v kritickém stavu, v němž se sami neobslouží, musí mít zajištěnou kompletní ošetrovatelskou péči ze strany ošetrovatelského personálu. Největší nároky jsou tedy kladeny na sestru u lůžka. Ta je s nemocným nejčastěji, proto je její lidský, plně profesionální přístup a schopnost komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky nejdůležitější. (BICKOVÁ, 1996)

*„Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je nejvíce závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného, od něhož se odvíjí jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. K nejčastějším potřebám pacienta na jednotce intenzivní péče patří, tak jako na jiných odděleních, biologické potřeby – dýchání, výživa, vyprazdňování, dále pak soběstačnost a psychická vyrovnanost. Pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní medicíny jsou zpravidla nemocní, jež se sami neobslouží, musí být pravidelně polohováni, mít zajištěnou kompletní ošetrovatelskou péči ze strany ošetrovatelského personálu. Největší nároky jsou tedy kladeny na sestru u lůžka. Ta je s nemocným nejčastěji, proto je její lidský, plně profesionální přístup a schopnost komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky nejdůležitější.“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 21)*

Specifika práce zdravotní sestry vychází ze závažnosti pacientova stavu. Kompetence sester se specializací ARIP, jsou rozšířenější než kompetence sester bez této specializace. Za specifické výkony, jež provádí sestra v intenzivní péči, lze považovat např. odběr arteriální krve, aplikace intravenózních injekcí, práce s podkožním portem, hodnocení EKG křivky a dle arytmií použití defibrilátoru, zahajování kardiopulmonální resuscitace, asistence při kardioverzi, odsávání z endotracheální rourky, asistence při intubaci, extubaci, reintubaci, výměně tracheostomické kanyly, péče o pacienta na ventilátoru, asistence při použití neinvazivní ventilace-PEEP masky, zavádění nazogastrické sondy, obsluha přístrojů eliminačních metod – hemodialýza, peritoneální dialýza, obsluha drenážních systémů, na některých pracovištích močová katetrizace mužů apod.

## 2 KOMUNIKACE

*„Komunikace je velmi složitou skutečností a obecně je definována jako vzájemná výměna informací. Jde-li o výměnu informací mezi lidmi, hovoří se o sociální komunikaci nebo sociální interakci. Komunikace je chápána jako proces, během kterého působíme na druhé lidi. Působení na druhé lidi může být: verbální i neverbální, vědomé či nevědomé, změrné nebo zcela bezděčné. V profesi sestry by měla převažovat komunikace vědomá a záměrná, jejíž hlavním cílem by mělo být navázání nosného vztahu mezi ní a pacientem, získání jeho důvěry“.* (ČECHOVÁ - MELLANOVÁ - ROZSYPALOVÁ, 1999, s. 25)

V komunikaci dochází k vzájemné výměně informací. Informace je ale velice široký a bohatý pojem. Informací můžeme myslet skutečná fakta, které si říkáme. My ale v komunikaci současně i sdělujeme druhému, jak má našim informacím rozumět, jaký my sami máme vztah k věci nebo skutečnosti, o které hovoříme. V komunikaci informujeme toho druhého i o našem vztahu k němu, ale i o svých pocitech, očekávání, o našich hodnotách, motivech, cílech a přáních. Vše vyjmenované nemusíme vyjadřovat pouze pomocí slov, my jsme schopni tyto informace sdělit „mezi řečí“, pomocí nonverbální komunikace. (ČECHOVÁ - MELLANOVÁ - ROZSYPALOVÁ, 1999)

### 2.1 OBECNÉ PODMÍNKY KOMUNIKACE

Aby komunikace mohla začít, probíhat a plnit svůj základní smysl, kterým je umožnit vzájemnou výměnu informací, musí být obě komunikující strany schopny tří základních duševních operací: schopnost informací vnímat, zhodnotit a uchovat nebo předat.

#### **Komunikace**

- **verbální**, slovní

- **neverbální**, mimoslovní (mluva těla), je to podstatná část naší komunikace, tvoří 70-90 %, proto mívá pro druhého člověka mnohem větší význam to, co neříkáme, než to, co se snažíme vyjádřit nebo předat slovně.

Mezi projevy neverbální komunikace patří: vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, tělesný a zrakový kontakt a paralingvistika.

*„Neverbálním chováním se dá vyjádřit vztah k druhému člověku, skutečný zájem o něj a jeho problémy, zda si ho vážíme nebo ne. Pomocí neverbálních prvků mnohem snadněji než slovy vyjádříme své emoce, povzbuzení jeho stavu a situace.“ (ČECHOVÁ - MELLANOVÁ - ROZSYPALOVÁ, 1999, s. 25-28)*

## 2.2 MOŽNOSTI KOMUNIKACE S PACIENTY V INTENZIVNÍ PÉČI

Na JIP a ARO jsou často hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikaci z důvodu určité diagnózy, kdy nemohou mluvit. U lidí v bezvědomí se používá forma tzv. **pasivní komunikace**, kdy komunikace vychází pouze ze strany sestry, která nemocného oslovuje a seznamuje ho se všemi ošetrovatelskými a léčebnými úkony. Chybí zde zpětná vazba.

Zcela specifickou skupinou tvoří z hlediska komunikace pacienti, kteří jsou již při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. U takových to pacientů lze využít několik forem vzájemné komunikace dle toho, jaká forma nejvíce vyhovuje, jak pacientovi tak sestře. Patří mezi ně: odezírání ze rtů; abecední tabulka; tabulka s obrázky; komunikace pomocí psaním (pokud to pacient zvládne); jednoduché pohyby označující určité potřeby nemocného atd. (KAPOUNOVÁ, 2007)

## 2.3 KOMUNIKACE A JEJÍ POSTAVENÍ V PALIATIVNÍ PÉČI

Zásadním požadavkem pro uplatnění profesionálních znalostí a dovedností sestry je schopnost komunikace, která má své výsostné postavení v poskytování ošetrovatelské péče. Sestry mají ve svém postavení dobrou příležitost zjistit a vyhodnotit tělesné i psychosociální problémy pacientů i jejich rodinných příslušníků. Péče o pacienty s pokročilým onemocněním a rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační schopnosti. Mezi časté problémy pacientů a jejich rodin patří obavy z budoucnosti, strach ze ztráty kontroly, strach ze smrti...

Vysoce profesionálně použité umění dobře komunikovat je základním nástrojem sestry v péči o umírající. Lidé s terminálním onemocněním jsou postaveni před mnohé



důležité otázky. Kde jsem? Proč jsem zde? Udělal jsem všechno, co jsem udělat měl? Smysluplná komunikace o významných životních událostech je důležitá pro každého člověka v každém životním období.(STAŇKOVÁ, 2010)

*„Speciální komunikace s pacientem v terminálním stavu a odborné znalosti komunikačních technik ve výuce pro všeobecné sestry chybí. V procesu poskytování ošetrovatelské péče je empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou nosnou hodnotou. Nejenže sestra chrání pacienta, ale také sebe samotnou před zvýšenou psychickou zátěží a následně i před syndromem vyhoření.“ (STAŇKOVÁ, 2010, s. 28-29)*

## **2.4 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM**

V prostředí, kde je přítomno umírání, ožívají naše osobní obavy ze smrti nás či našich blízkých. Zvládnutí komunikace s umírajícím nemocným předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti. Péče o umírající představuje pro personál velkou psychickou zátěž. Původcem úzkosti je připomenutí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti našich blízkých. Zdrojem frustrací je pocit selhání a bezmocnosti, když nemůžeme zachránit nemocného před smrtí. Kvalitní komunikace je nezbytná při správné interakci mezi sestrou a pacientem v terminálním stádiu. Dobrá komunikace pozitivně ovlivňuje psychický stav, ale často může také pomoci ve zmírnění fyzických obtíží. Při komunikaci s pacientem hraje velkou úlohu hlavně neverbální komunikace.

Z neverbálního chování může umírající člověk vycítit neupřímnost. To jak k němu přistupujeme, jak se na něho díváme, jak na něho saháme, to všechno svědčí o našem vztahu k němu. Většina zdravotníků by jistě měla zájem vědět, jak s terminálním pacientem hovořit. Existují určitá pravidla o čem, nebo jak s umírajícími pacienty mluvit. Je vhodné naslouchat tomu, co nám chce umírající říci, než abychom se snažili za každou cenu mu něco říkat. Je vhodné, aby v místnosti umírající nezůstával sám, pocit osamění je velmi ubíjející. Je také potřeba si uvědomit, že i umírající člověk v agonii slyší, a proto je dobré, aby tam, kde se takový člověk nachází, byla navozena příjemná, klidná a pokojná atmosféra. V průběhu rozhovoru s umírajícím pacientem je vhodné užít terapeutické komunikace, jako jsou parafrázování, naslouchání, zrcadlení atd. Právě neznalost

terapeutické komunikace může vést k tomu, že náhodná komunikace ze strany zdravotníků, může umírajícímu člověku spíše ublížit, než pomoci.

#### 2.4.1 Komunikační bariery

Zdrojem komunikačních potíží mohou být problémy pacientů i sester a dalších zdravotnických pracovníků.

Bariéry na straně pacienta	- neochota svěřit se s problémy - individuální preference způsobu komunikace - multikulturní problémy ovlivňující komunikaci
Bariéry na straně zdravotníků	- hodnoty, postoje a přesvědčení - nedostatek komunikačních dovedností

#### 2.4.2 Zásady komunikace s umírajícím

- *projevení osobního zájmu o pacienta*
- *sladění verbálního a neverbálního projevu pacienta*
- *srozumitelná komunikace*
- *citlivé reagování na nemocného.*“ (VENGLÁŘOVÁ - MAHROVÁ, 2006, s. 111)

Faktory omezující komunikaci s pacientem:

- *„distancování“ se od pacienta (např. když se zdravotníci postaví ke vzdálené části lůžka nebo se při vizitě vyhýbají určitým pacientům)*
- *ignorování emocionálních projevů pacienta (například pláče)*
- *poskytování falešné naděje*
- *změna v tématu rozhovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony*
- *soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy*
- *neschopnost rozpoznat problém*
- *nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají*
- *nedostatek diagnostických dovedností.*“ (Ó CONNOR - ARANDA, 2005, s. 34)

## 2.5 KOMUNIKACE A ETIKA

Chovat se ohleduplně, vstřícně a taktně, a to v návaznosti na standardně a profesně odvedený dobrý výkon, je třeba považovat za projev slušnosti a základní společenské etikety.

Umění komunikace není krasořečněním, ale předpokládá porozumět člověku v nouzi (tedy pacientovi). Problematiku komunikace je možné základně rozdělit na dva výrazné problémové okruhy. Tzv. **běžná komunikace**, a té je ve zdravotnické praxi většina, by měla být bezpečně zvládnutá. Jedná se o přístup k druhému člověku, který se nachází v nouzi nemoci. Proto poskytujeme spolehlivé informace srozumitelnou formou a důsledně uplatňujeme vstřícnost a takt.

Nezapomínejme na kouzelná slovíčka jako jsou: dobrý den, děkuji, prosím... Tyto banality se stávají nosným a přátelským terénem pro další komunikace, navazující přátelskou atmosféru a dodávají vztahu mezi pacientem a zdravotníkem jistý náznak důvěrnosti a budoucímu vztahu dávají společenský rámec. Neopomínejme na interpersonální vztahy a dodržování společenské etikety na svém pracovišti.

**Výjimečná komunikace** je sdělování dilematických situací anebo závažného sdělení, které výrazně změní osud nemocného. Základní rozhodnutí i strategii, proč, kdy a jak bude nemocný informován, určí lékař. Lékař je ze zákona povinen informovat nemocného o povaze a závažnosti jeho onemocnění. Sestře taková kompetence vymezena není, a proto musí respektovat své omezené kompetence. Na sestře je, aby šetrně pacienta na rozhovor s lékařem připravila a po něm byla jeho psychickou podporou. Není výjimkou, že pacient po rozhovoru s lékařem se opakovaně ptá, na již sdělené informace, které si chce ověřit. Je bezpodmínečně nutné, aby sestra s lékařem mluvili stejně. Pacient má právo na jednotlivý tok informací. Jedině tak vznikne nosný a důvěryhodný vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem. (HAŠKOVCOVÁ, 2003)

### 3 VYMEZENÍ POJMU THANATOLOGIE

Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní.

Prakticky je však obsah oboru thanatologie »rozptýlen« do celé řady klasických oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. Relativním důvodem, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, je nejen obtížnost sevřít jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že pravděpodobně nikdo nechce být označen za thanatologa.

*„Thanatologická témata mají svou značnou naukovou část. Tu je třeba zvládnout obvyklým způsobem, tzn. klasickým učením. Velmi jsou diskutovány všechny postupy, které by mohly kýženým způsobem zasáhnout i postojoyou složku každého studenta tak, aby byl schopen to, co se naučil a co ovládá, také uplatnit, a to právě v tak citlivých procesech, jakými jsou lidská účast a laskavý doprovod. Propojit výuku s výchovou je nezbytné, máme-li na mysli kulturní kultivaci procesu umírání a bereme-li v úvahu, že se student musí naučit být citlivý k lidským potřebám umírajících a současně musí být schopen zvládat psychickou zátěž, která z takového přístupu nutně vyplývá.“*  
(HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 142)

#### 3.1 Charta umírajících

*„Práva pacientů vyjadřují opodstatněné potřeby a přání nemocných. Příkladem vyjádřených potřeb umírajících je Charta umírajících. Tento dokument se stal výchozím materiálem pro vznik dokumentu Práva umírajících a terminálně nemocných, který byl schválen 27. 3. 1999 parlamentem Rady Evropy.*

- *Mám právo na to, aby se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.*
- *Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.*
- *Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.*

- *Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.*
- *Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl  $\geq$ uzdravení $\leq$  mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.*
- *Mám právo nezemřít opuštěn.*
- *Mám právo být ušetřen bolesti.*
- *Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.*
- *Mám právo nebýt klamán.*
- *Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.*
- *Mám právo zemřít v klidu a důstojně.*
- *Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.*
- *Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tvář v tvář smrti.“ (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 38)*

### 3.2 UMÍRÁNÍ

*„Lidský život končí vždy smrtí, to je jediná fakticita, dána již v okamžiku zrození. Není nic víc v životě jisté než to, že ten kdo se narodil, také jednou zemře. O fenoménech, jako je umírání a smrt, se uvažuje z hlediska mnoha oborů jako je filosofie, psychologie, sociologie, medicína i etika. Pro zdravotnické pracovníky znamená především setkání se jako s tématem profesním. Přináší jim velmi náročné situace, se kterými se musí vypořádat odborně, ale i lidsky. Proto oddělit zdravotnickou profesionální suverenitu od osobních postojů k fenoménu smrti, je prakticky nemožné. Ošetřování umírajícího člověka je jedna z nejtěžších a nejsmutnějších povinností zdravotní sestry. K všeobecnému zvládnutí tohoto nesnadného fenoménu je podmínkou teoretická i praktická znalost této oblasti.“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 70)*

#### **Fáze procesu umírání dle Elisabeth Kübler-Ross**

- **Šok** – popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti.
- **Vzpoura** – projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje.

- **Vyjednávání** – snaha smlouvat se životem a smrtí, slibování a ochota dát vše za uzdravení.
  - **Smutek a deprese** – projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč.
  - **Přijetí** – vyjádření souhlasu s neměnným děním, smíření se s tím, co se děje.
- (KÜBLER-ROSS, 1993)

### 3.2.1 Umírání jako proces

Umírání je označováno především jako proces, ale není pouze patofyziologickým procesem. V medicíně je synonymem terminálního stavu a tento stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. V širším pojetí je pak umírání delším časovým úsekem, než zahrnuje terminální stav a nelze ho v žádném případě redukovat pouze na terminální stav.

*„Počátek umírání můžeme spatřit v okamžiku, kdy je nemoc neslučitelná se životem a průběh nemoci výrazně ovlivňuje kvalitu zbývajícího života. Z praktického hlediska lze proces umírání rozdělit na tři výrazná, ale ne však časově stejná období:*

- *Pre finem*
- *In finem*
- *Post finem.*“ (VORLÍČEK - ADAM - POSPÍŠILOVÁ, 2004, s. 435)

#### Fáze pre finem

Může být velmi dlouhá a časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let. Vždy je třeba usilovat o remisi. Podstatou psychické pomoci, jejíž potřeba vzrůstá v dobách relapsů, je emotivní podpora zaměřená na aktivní účast nemocného v boji s nemocí.

Nelze zapomínat ani na četné ztráty, které nemocného v průběhu nemoci postihnou a s nimiž se musí vyrovnat. Pravidelně dochází ke změně nebo ztrátě zaměstnání spojené s horší ekonomickou situací.

*„Dlouhodobá a nevléčitelná nemoc vstupuje do interpersonálních vztahů. Dochází buď k jejich zhodnocení, či naopak k jejich devalvací. Vzácností není ani odchod partnerů – sociální smrt-osamocení.“* (VORLÍČEK - ADAM - POSPÍŠILOVÁ, 2004, s. 436)

*„Pomoc zdravotníka je v této situaci vítána. Na škodu není ani pomoc psychologa a sociálního pracovníka. Nezastupitelnou roli mohou mít také svépomocné spolky*

a společnosti pacientů. Fáze pre finem je doprovázená také tzv. adaptabilní neglinací, tj. vytěsňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života.“(HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 206-207)

### **Fáze in finem**

„Reprezentuje umírání ve vlastním slova smyslu jako terminální fázi, tedy fázi umírání, lze označit poslední dny a hodiny života, doprovázené nevratným selháním lidského organismu. V žádném případě nelze umírání označit pouze jako patologický proces. Přechod do terminálního selhání může nastat ze stavu plného zdraví náhle a nečekaně. Zřetelným projevem vstupu pacienta do této fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového stavu a prohlubování symptomů.“ (SLÁMA – KABELKA - VORLÍČEK, 2007, s. 301)

### **Fáze post finem**

„Tato fáze představuje péči o mrtvé tělo a zahrnuje též psychologickou péči o pozůstalé. Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu nemocného. Po úmrtí je neodkladná oznamovací povinnost příbuzných, která je stanovena zákonem.“ (VORLÍČEK - ADAM - POSPÍŠILOVÁ, 2004, s. 436)

### **3.2.2 Přístup k umírajícím lidem**

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, kde dominují fenomény strachu a nejistoty. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. Přesto lze pozorovat určité zákonitosti.

„Umírající má stále méně fyzických i psychických sil. Vzdaluje se od vnějšího světa a klesá jeho zájem o okolí. Nezřídka si přeje být sám. Poměrně často spí, někdy zasněně bdí. Celkově lze pozorovat výraznou introvertní orientaci. **V takových chvílích pamatujme na sílu a význam ticha.**“ (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 64-65)

„Tam, kde někdo umírá, je zapotřebí zachovávat nejen klid a šířit tam pokojnou atmosféru, ale i uvědomit si, že **člověk v agónii slyší a vnímá své okolí.**“ (SVATOŠOVÁ, 1995, s. 74)

*„Umírajícímu je třeba spíše naslouchat, než-li se snažit mu něco říct. Lidé se obvykle neotevírají tehdy, když se jich na něco dotazujeme, když jim klademe otázky. Otevírají své nitro spíše tehdy, když jim nasloucháme. Nejde přitom o apatické, nezáčastněné, pasivní naslouchání, ale umění „naslouchat srdcem“. Jde o celý komplex nonverbálních projevů, od výrazu obličeje (mimiky) a pohledu očí, po doteky (držení pacienta za ruku, pohlázení), po celkový postoj a trpělivost výdrže.*

*Umírání je proces, který probíhá v určitém čase. Dotýká se všech potřeb umírajícího. Snižuje se chuť na jídlo, až umírající odmítá příjem potravy úplně. Důležité je ale pečovat o dostatečný pitný režim. **Pečovat o dostatečný pitný režim je nezbytné a příbuzní, kteří se podílejí na péči o umírajícího, si musí bezpodmínečně osvojit základní pravidla pitného režimu (tekutiny podávané po lžičkách, později otírání rtů).***

*Bezpodmínečně nutné je **bojovat zavčas proti jakékoliv bolesti**. Na pracovištích intenzivní péče je pacientovi v terminální fázi života kontinuálně podávána dostatečná analgezie. V péči o umírajícího nesmíme opominout na **teplo, ticho a pohodlí**.*

*Mezi potřeby lidí blížících se konci života je, že si **nepřejí být zcela opuštěni**. Neznamená to, že by někdo musel neustále s nimi hovořit. Spíše jde o pacientovu potřebu jistoty, že v místnosti, kde se nachází, není sám. U věřících lidí je přítomnost druhého člověka často chápána jako symbolické vyjádření, že nejsou sami, že Bůh je s nimi. U lidí nevěřících je přítomnost druhého člověka při umírání často chápána jako existence sociálního pouta umírajícího se světem živých.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 159-160)*

### **3.3 VZDĚLÁVÁNÍ V THANALOGII A CITLIVÉMU PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍM**

Thanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Není to samostatný vědní obor a je rozptýlen do celé řady klasických oborů, jako je: filosofie, teologie, psychologie, medicíny, sociologie. Každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle toho, jak on sám rozumí fenoménu umírání a smrti. U mladých lidí ve věku 18-25 let dochází k tzv. **negligaci** neboli **vytěsnění smrti**. Je to zcela fyziologické a uvědomění vlastní smrti přichází v průběhu profesionální dráhy.

Výuka thanatologie musí obsahovat všechny okruhy spojené s umíráním jako takovým a smrtí. Nedílnou součástí je výuka paliativní péče, které mnohdy úmrtí předchází



a je s ní spjata. Péče o pacienta musí být **osobní** a poskytována od **sociálně zralé osoby**. (HAŠKOVCOVÁ, 2000)

*„Thanatologická témata mají svou značnou naukovou část. Tu je třeba zvládnout obvyklým způsobem – klasickým učením. Velmi jsou diskutovány všechny postupy, které by mohly kýženým způsobem zasáhnout i postojoyou složku studenta tak, aby byl schopen to, co se naučil a co ovládá, také uplatnit a to právě v tak citlivých procesech, jakými jsou lidská účast a laskavý doprovod. Propojit výuku s výchovou je nezbytné, máme-li na mysli kulturní kultivaci procesu umírání a bereme-li v úvahu, že se student musí naučit být citlivý k lidským potřebám umírajících.“* (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 143)

Ošetřující personál i lékaři musí být na péči o umírající připraveni tak, aby v kontaktu s nimi zůstali vnitřně klidní. Péče o umírajícího člověka představuje jednu z nejkompexnějších zodpovědností sester a lékařů. Aby zdravotníci mohli pracovat v této problematice efektivně, musí nejprve zvládnout svojí reakci na ztrátu, úmrtí a vytvořit si svůj vlastní postoj.

Pokud chceme, aby byla poskytována paliativní péče a péče o umírající na vysoké úrovni, je potřeba zabezpečit kvalitní vzdělání sester a lékařů, kteří působí v dané oblasti. Populace stárne a systém zdravotní péče se stále musí více zdokonalovat nejen v samotné přípravě na vzdělání, ale i v postgraduálním studiu. (SLOVÁKOVÁ, 2008)

Znalosti a dovednosti není vše, ale musí to jít ruku v ruce s lidským srdcem a citem. Teoretik, byť dokonalý, nezmůže svou teorií tam, kde je třeba vzít za ruku a tišit bolest nejen lékem zručně podaným, ale i stiskem ruky, pohazením... (KLÍMOVÁ, 2007)

### **3.4 EUTHANASIE A DYSTANASIE**

V teoretické části, kde se zaobíráme thanatologií jako takovou, nesmíme opomenout na problematiku euthanasie a dystanasie. Jedná se o téma v dnešní společnosti velmi diskutované. Má své příznivce i odpůrce.

Slovo euthanasie je tvořeno z řeckých slov (eu-dobry, thanos-smrt) a znamená v překladu tedy dobrou, bezbolestnou smrt. Ukončení lidského života je však nepřípustné již od dob Hippokrata.

Euthanasie je kontroverzním tématem, které zatím naprostá většina zemí řeší striktním zákazem a trestním stíháním těch, kteří by euthanasii praktikovali. V České republice je provedení euthanasie, tedy usmrcení lékařem, byť na vlastní žádost klienta, trestným činem.

Rozlišuje se pojem aktivní euthanasie, neboli strategie přeplněné stříkačky a pasivní euthanasie, nebo-li strategie odkloněné stříkačky. Někdy bývají nejasnosti při rozlišování pojmů pasivní euthanasie a neprodlužování utrpení, pokud již nastal čas nemocného nechat důstojně zemřít. Zásadní rozdíl je vždy v úmyslu lékaře. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Pokud se jedná o úmysl nezabít, ale zároveň nebránit přirozené smrti, nejedná se o euthanasii. Častým problémem dnes je **dystanasie**, neboli zadržaná smrt. Jedná se o zabránění přirozené smrti napojením na lékařské přístroje. (HAŠKOVCOVÁ, 2000)  
Člověku je v podstatě znemožněno důstojně odejít.

Žádosti o euthanasii mohou být v určitém smyslu považovány za špatnou vizitku společnosti ohledně péče o těžce nemocné. Munzarová uvádí, že ze souborných holandských studií vyplývá, že důvodem žádosti o euthanasii je strach z bolesti, strach z umírání, pocit ztráty důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, pocit opuštěnosti, osamělosti, strach, aby nemocný nebyl zátěží pro své blízké, strach z nehybnosti, beznaděje. Toto jsou ale potíže řešitelné úplně jinak, než „milosrdnou smrtí“. Pokud by se mělo hovořit o dobré, milosrdné smrti, pokračuje Munzarová, příkladem je právě paliativní a hospicová péče. (MUNZAROVÁ, 2005)

## 4 VYMEZENÍ PRŮZKUMNÉHO PROBLÉMU

V teoretické části práce jsme se zabývali problematikou komunikace a její specifikou v intenzivní péči, dále pak problematikou thanatologie a paliativní medicíny. V empirické části práce se na základě kvantitativního šetření budeme zabývat problematikou spojenou s komunikací sester s umírajícími v intenzivní péči, zda existuje přímá souvislost praxe a věku ošetrovatelského personálu na komunikaci s pacienty v terminálním stádiu nemoci. V empirické části se také zaměříme na odbornou erudovanost sester v oblasti thanatologie a péče o umírajícího.

Intenzivní medicína, která v poslední době nabírá velikého pokroku a stálého rozvoje, není jen oborem uzdravujícím, ale také přináší péči o terminálně nemocné a setkávání se s úmrtím pacientů. Péče o umírající je proto součástí práce sester v intenzivní medicíně a přináší řadu dilematických situací specifických pro daný typ pracoviště.

Je to péče, která klade vysoké nároky na ošetrující personál. Je zapotřebí nejen výborných znalostí a praktických dovedností, ale i umění komunikovat s pacienty v terminálním stádiu nemoci a jejich příbuznými. Komunikace v takto nelehké situaci je pro ošetrující personál velmi náročná. Domníváme se, že často dochází i k situacím, kdy se sestra komunikaci s umírajícím či příbuznými raději vyhýbá nebo ji omezuje na co nejkratší dobu.

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do několika částí. V úvodní části jsou formulovány cíle průzkumu a stanoveny průzkumné otázky, další části popisují vlastní provedení průzkumu, s charakteristikou průzkumné metody, se strukturou dotazníku a popisem získaného vzorku respondentů.

V analytické části, která je pro průzkumnou část práce stěžejní, přistoupíme ke zpracování a následně vyhodnocení vlastních statistických údajů a výsledků průzkumu.

## 4.1 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Cílem průzkumné části diplomové práce je zjistit postoj sester ke komunikaci s pacienty v terminálním stádiu.

**Hlavní cíl průzkumu:** Vliv terminálního stádia na způsob, intenzitu a ochotu komunikaci sester.

**Vedlejší cíl 1:** Zmapovat, zda narůstají komunikační schopnosti a dovednosti u sester v intenzivní péči v závislosti na jejich věku a délce praxe.

**Vedlejší cíl 2:** Zmapovat, zda se sestry v intenzivním ošetrovatelství cítí dostatečně vzdělané a erudované v péči o umírající a zda mají zájem se této problematice věnovat.

## 4.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Pro tento průzkum byly stanoveny následující průzkumné otázky:

**Průzkumná otázka 1** - *Je pro sestry komunikace s umírajícími obtížnější, než s pacienty, kteří se nenacházejí v terminální fázi?*

**Průzkumná otázka 2** – *Mají sestry s narůstající praxí lepší komunikační schopnosti a dovednosti, než sestry s kratší praxí?*

**Průzkumná otázka 3** – *Jsou sestry dostatečně vzdělané v ošetrovatelské péči o umírajícího a mají zájem dále rozšiřovat své vědomosti v problematice thanatologie?*

## 4.3 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Průzkum byl prováděn v časovém období od 21. listopadu do 30. listopadu 2011. Na předem stanovená oddělení v IKEMu byly dodány vypracované dotazníky k následnému vyplnění. Před zahájením průzkumu bylo zapotřebí zaslat projekt diplomové práce spolu s dotazníkem Etické komisi k posouzení a následnému schválení zahájení průzkumného šetření.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků na jednotlivá pracoviště, které byly vyplněny, vráceny a následně zpracovány. 100% návratnost dotazníků byla splněna díky osobní účasti.

### 4.3.1 Metodika průzkumu

Jako metodika průzkumu „Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační a intenzivní péči“ byla zvolena v bakalářské práci metoda dotazníku, který je standardizovaným souborem formulovaných písemných otázek na předem připraveném formuláři, sloužící k nepřímému dotazování respondentů. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Při zpracování výsledků průzkumu jsme použili metodu analýzy. Výsledky jsme zpracovali kvantitativně a vyhodnotili procentuálně. Při odhalování vztahů zkoumaného vzoru a ověřování dílčích cílů jsme použili metody kvantitativní analýzy. Tvorba dotazníku vyžadovala odbornou přípravu spočívající ve studiu odborné literatury, časopisů a článků publikovaných na různých webových portálech. Získané výsledky mají pak vyšší vypovídající schopnost- jsou relevantnější. Dotazník byl respondentům uveden vysvětlujícím textem, za jakým účelem je průzkum prováděn.

Voleny byly otázky s předem nastavenou formou odpovědi, ze které si respondenti mohli vybrat. Dotazník obsahoval 21 otázek, z nichž poslední čtyři byly zaměřené na osobní údaje respondentů (pohlaví, věk, vzdělání, praxe). Otázky byly směřovány k jádru sledovaného problému. Každý průzkumný cíl byl ověřován několika dotazníkovými otázkami.

**Hlavní cíl průzkumu:** Vliv terminálního stádia na způsob, intenzitu a ochotu komunikaci sester byl ověřován otázkami č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9,10 a 11.

**Vedlejší cíl 1:** Zmapovat, zda narůstají komunikační schopnosti a dovednosti u sester v intenzivní péči v závislosti na jejich věku a délce praxe byl ověřován otázkami č. 5, 12, 17.

**Vedlejší cíl 2:** Zmapovat, zda se sestry v intenzivním ošetřovatelství cítí dostatečně vzdělané a erudované v péči o umírající, a zda mají zájem se této problematice věnovat byl ověřován otázkami č. 13, 14, 15 a 16.

Na demografické údaje byly zaměřené závěrečné otázky č. 18, 19, 20, 21.

Vlastní zpracování získaných dat bylo vyhotoveno prostřednictvím aplikace Microsoft Office Excel 2007.

#### 4.4 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU

Pro průzkumný vzorek byli zvoleni respondenti splňující níže uvedené kritéria:

- profese všeobecné sestry,
- pracovní poměr v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze,
- přímý ošetrovatelský kontakt s pacienty.

Oddělení, na kterých byl dotazník rozdán jsou:

- anesteziologicko-resuscitační oddělení Kardiochirurgické kliniky
- jednotka intenzivní péče A Kardiochirurgické kliniky
- jednotka intenzivní péče B Kardiochirurgické kliniky

Oddělení JIP A se věnuje pacientům bezprostředně přijatým z oddělení ARO a oddělení JIP B pečuje o pacienty již stabilizované do doby jejich přeložení na standardní oddělení. Obě oddělení JIP jsme zahrnuli do průzkumu z důvodů vzájemného ověření získaných dat.

Celkem bylo vyhotoveno 80 dotazníků, z nichž 40 bylo na oddělení ARO a 40 na oddělení JIP.

## 5 VYHODNOCENÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Dotazníkovou metodou se nám podařilo získat potřebné informace, ze kterých bylo možno zhodnotit průzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku průzkumu. Návratnost dotazníků činila 100 %. Všechny obsahovaly veškeré náležitosti, tudíž byly zařazeny do průzkumu a následně vyhodnoceny.

Danými znaky komunikace jsme se zabývali podrobněji a navíc jsme zkoumali jejich vzájemnou provázanost. Závislost jednotlivých znaků jsme přitom mohli potvrdit nebo vyvrátit některé průzkumné otázky. Vyhodnocená data jsou zobrazena jak ve formě tabulky, tak i grafu, a to v celkových hodnotách vyjádřených procenty. Tato forma zobrazení, podle našeho soudu, nejlépe vystihuje výsledky.

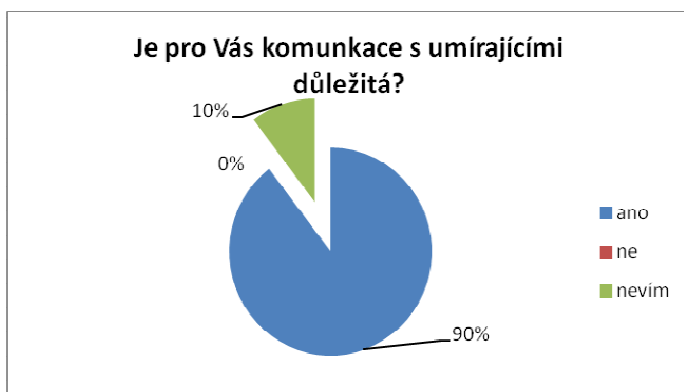
### Otázka č. 1 - Je pro Vás komunikace s umírajícími důležitá?

Tabulka č. 1 – Důležitost komunikace s umírajícími.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	83%	94%	92%
ne	0%	0%	0%
nevím	17%	6%	8%

Na otázku, zda pro respondenty je komunikace s umírajícími důležitá, odpověděla kladně většina respondentů. „Ano“ odpověděli na oddělení ARO 83 %, na JIP A 94 %, na JIP B 92 %. Odpověď „nevím“ byla zvolena 17 % na oddělení ARO, 6 % JIP A, 8 % JIP B.

### Graf č. 1 - Důležitost komunikace s umírajícími.



Celkový graf ukazuje, že komunikace s umírajícími je pro sestry důležitá, 90 % dotazovaných odpovědělo „ano“. Tento výsledek nás mile překvapil. Jen 10 % na tuto otázku odpovědělo – „nevím“.

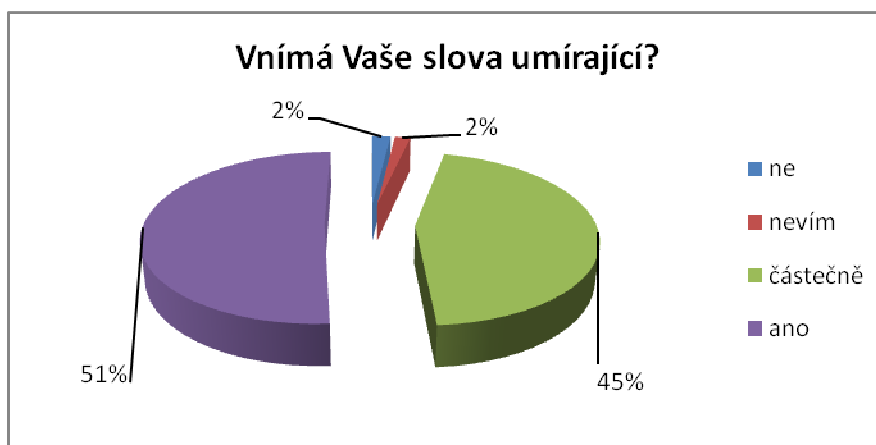
## Otázka č. 2 – Vnímá umírající v terminální fázi Vaše slova?

Tabulka č. 2 – Umírající vnímá Vaše slova.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ne	3%	0%	3%
nevím	3%	0%	2%
částečně	33%	55%	47%
ano	61%	45%	48%

Tabulka ukazuje různorodost odpovědí na tuto otázku. Na otázku, zda umírající vnímá naše slova odpovědělo „ano“ 61 % na oddělení ARO, 45 % na oddělení JIP A, 48 % JIP B. Za „částečné vnímání“ se přiklonilo 33 % respondentů na oddělení ARO, 55 % na oddělení JIP A, 47 % JIP B. Odpověď „ne“ byla zastoupena 3 % na ARO, 0 % JIP A, 3 % JIP B. Možnost odpovědi „nevím“ využilo 3 % na oddělení ARO, 0% JIP A, 2 % JIP B.

Graf č. 2 – Umírající vnímá Vaše slova.



Celkový graf respondentů odpovídá na otázku, zda umírající vnímá naše slova „ano“ v 51 %, 45 % odpovědělo „částečně“, 2 % respondentů odpověděla „ne“ a 2 % odpověděla „nevím“.

## Otázka č. 3 – Charakterizujte Vaši komunikaci s umírajícími.

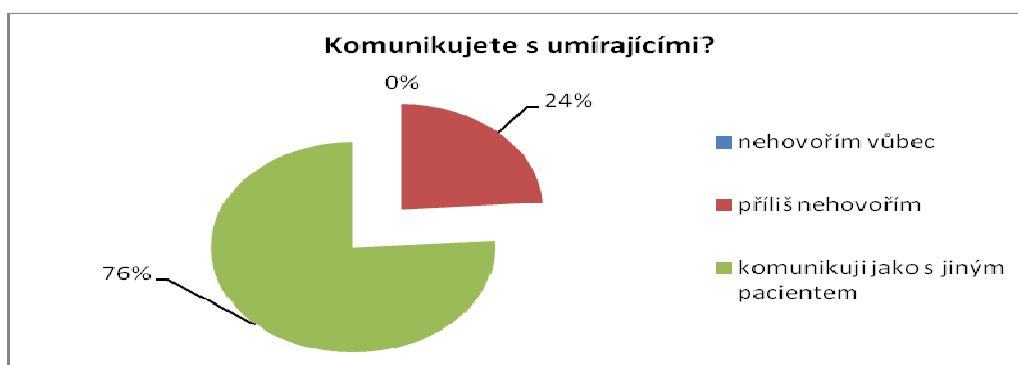
Tabulka č. 3 – Charakteristika Vaší komunikace s umírajícími.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
nehovořím vůbec	0%	0%	0%
příliš nehovořím	30%	18%	20%
komunikuji jako s jiným pacientem	70%	82%	80%

Na důležitou otázku- „charakteristiku komunikace s umírajícím“, byly odpovědi následující: V 0% „nehovořím vůbec“- byla odpověď na všech pracovištích, což nás překvapilo. Odpověď „příliš nehovořím“ byla nejvíce zastoupena na oddělení ARO a to 30 %, 18 % na oddělení JIP A, 20 % JIP B. „Komunikuji jako s jiným pacientem“ – tato odpověď byla zastoupena 70 % na oddělení ARO, 82 % na oddělení JIP A, 80 % JIP B.



### Graf č. 3 – Komunikujete s umírajícím?



Celkový výsledek vypovídá o tom, že 76 % dotazovaných komunikuje s umírajícím „jako s každým jiným pacientem“. 24 % „příliš nehovoří“, 0 %! „nehovořím vůbec“.

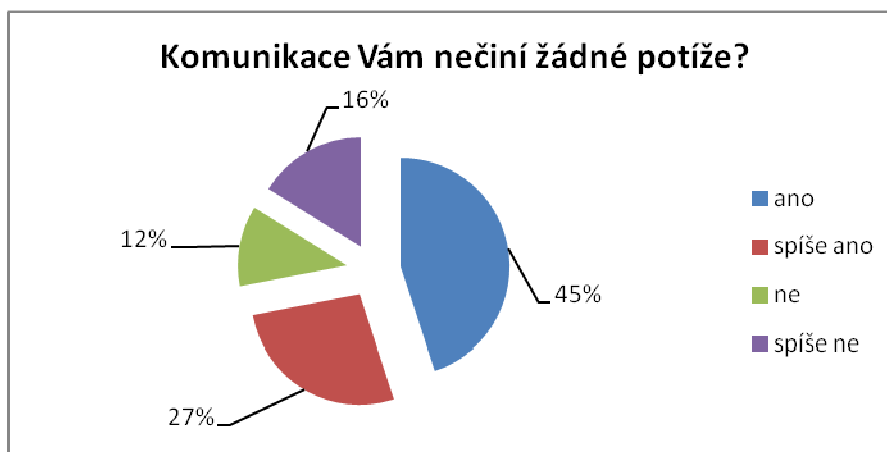
### Otázka č. 4 – Komunikace Vám nečiní žádné potíže?

Tabulka č. 4 – Potíže s komunikací.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	40%	48%	46%
spíše ano	30%	24%	27%
ne	17%	10%	10%
spíše ne	13%	18%	17%

Komunikace nečiní potíže 40 % respondentů na oddělení ARO, 48 % na oddělení JIP A, 46 % JIP B. „Spíše ano“ odpovědělo 30 % na oddělení ARO, 24 % oddělení JIP A, 27 % JIP B. Potíže s komunikací má 17 % dotazovaných na ARO, 10 % JIP A, 10 % JIP B. Na otázku, zda Vám komunikace nečiní žádné potíže odpovědělo „spíše ne“ 13 % respondentů na oddělení ARO, 18 % JIP A, 17 % JIP B.

### Graf č. 4 – Potíže s komunikací.



Z celkového grafu vyplývá, že 45 % dotazovaných nečiní komunikace s umírajícím žádné potíže. Odpověď „spíše ano“ odpovědělo 27 % dotázaných. Záporně odpovědělo 12 % dotazovaných a „spíše ne“ odpovědělo 16 %.

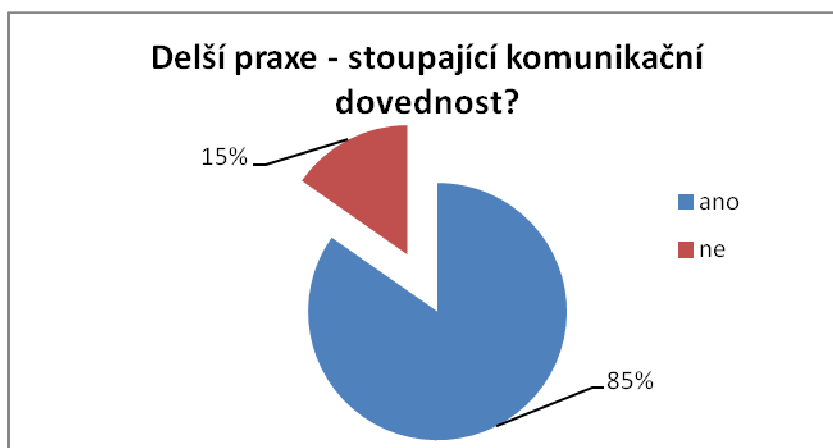
### Otázka č. 5 – Delší praxe - stoupající komunikační dovednosti?

Tabulka č. 5 – Delší praxe - stoupající komunikační dovednosti.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	77%	88%	90%
ne	23%	12%	10%

Na otázku, zda s prodlužující praxí stoupají komunikační dovednosti, odpovědělo „ano“ 77 % respondentů na oddělení ARO, 88 % oddělení JIP A, 90 % JIP B. „Ne“ odpovědělo 23 % dotázaných na oddělení ARO, 12 % na oddělení JIP A, 10 % na oddělení JIP B.

### Graf č. 5 - Delší praxe - stoupající komunikační dovednosti.



Z celkového grafu vyplývá, že 85 % dotázaných se shodují s tím, že s prodlužující délkou ošetrovatelské praxe stoupají komunikační dovednosti s pacienty. Jen 15 % respondentů jsou opačného názoru.

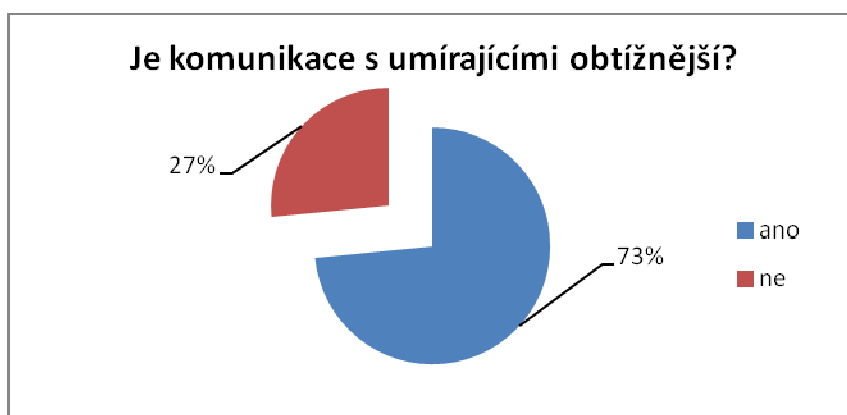
### Otázka č. 6 – Je komunikace s umírajícím obtížnější?

Tabulka č. 6 – Je komunikace s umírajícím obtížnější?

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	70%	76%	75%
ne	30%	24%	25%

Na otázku, zda komunikace s umírajícím je obtížnější, než s pacientem, který se v terminální fázi nenachází, odpověděli 70 % „ano“ na oddělení ARO, 76 % na oddělení JIP A, 75 % na oddělení JIP B. Odpověď „ne“ byla zastoupena 30 % na oddělení ARO, 24 % oddělení JIP A, 25 % JIP B.

### Graf č. 6 – Obtížnost komunikace s umírajícím.



Z celkového grafu je patrná jednoznačná převaha, že komunikace s umírajícími je obtížnější pro 73 % dotazovaných. 27 % odpovědělo „ne“.

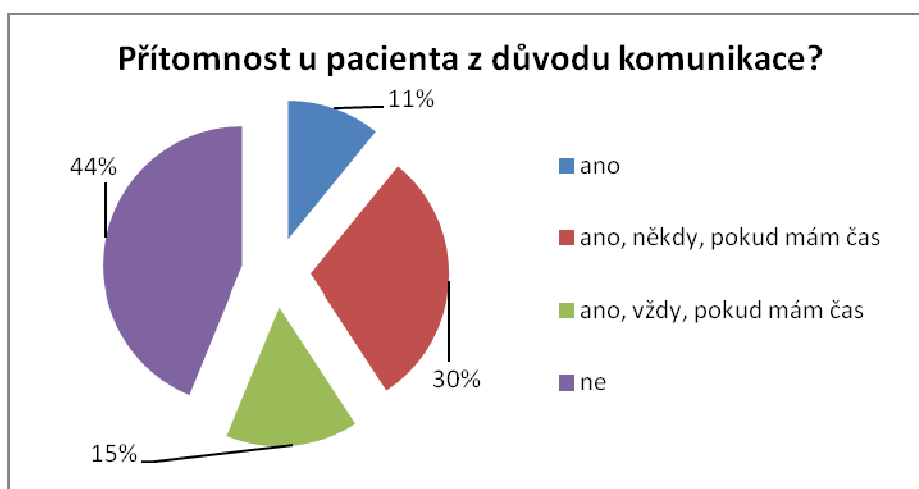
### Otázka č. 7 – Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace.

Tabulka č. 7 – Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	13%	10%	11%
ano, někdy, pokud mám čas	33%	30%	26%
ano, vždy, pokud mám čas	17%	15%	14%
ne	37%	45%	49%

Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace odpověděli respondenti takto: „ano“ 13 % na oddělení ARO, 10 % na oddělení JIP A, 11 % JIP B. „Ano, někdy, pokud mám čas“ - odpověděli 33 % dotázaných na oddělení ARO, 30 % na oddělení JIP A, 26 % na JIP B. „Ano, vždy, pokud mám čas“ – odpovědělo 17 % dotázaných na oddělení ARO, 15 % na oddělení JIP A, 14 % JIP B. Odpověď „ne“ byla zastoupena 37 % na oddělení ARO, 45 % na oddělení JIP A, 49 % JIP B.

### Graf č. 7 - Přítomnost u pacienta z důvodu komunikace.



Z celkového grafu je patrné, že 44 % dotázaných nejsou přítomni u pacienta v terminální fázi z důvodu komunikace. Pouze 11 % „ano“. 30 % jsou přítomni „někdy, pokud mají čas“ a 15 % jsou přítomni „vždy“, pokud mají čas.

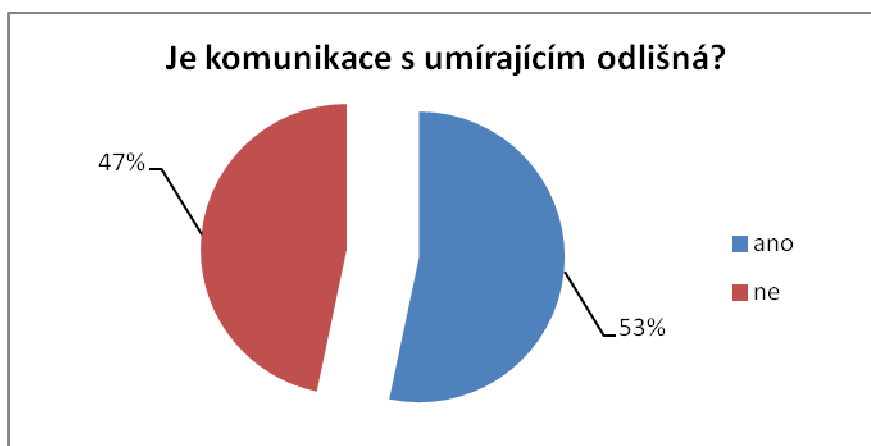
### Otázka č. 8 – Je komunikace s umírajícím odlišná?

Tabulka č. 8 – Odlišnost komunikace s umírajícím.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	40%	61%	59%
ne	60%	39%	41%

Na otázku, zda je komunikace s umírajícími odlišná, odpovědělo 40 % respondentů „ano“ na oddělení ARO, 61 % na oddělení JIP A, 59 % JIP B. Odpověď „ne“ byla zastoupena 60 % na oddělení ARO, 39 % na oddělení JIP A, 41 % JIP B.

### Graf č. 8 – Odlišnost komunikace s umírajícím.



Celkový graf ukazuje, že 53 % respondentů souhlasí s tím, že komunikace s umírajícím je odlišná, než komunikace s pacientem, který se nenachází v terminální fázi. 47 % dotázaných odpovědělo „ne“.

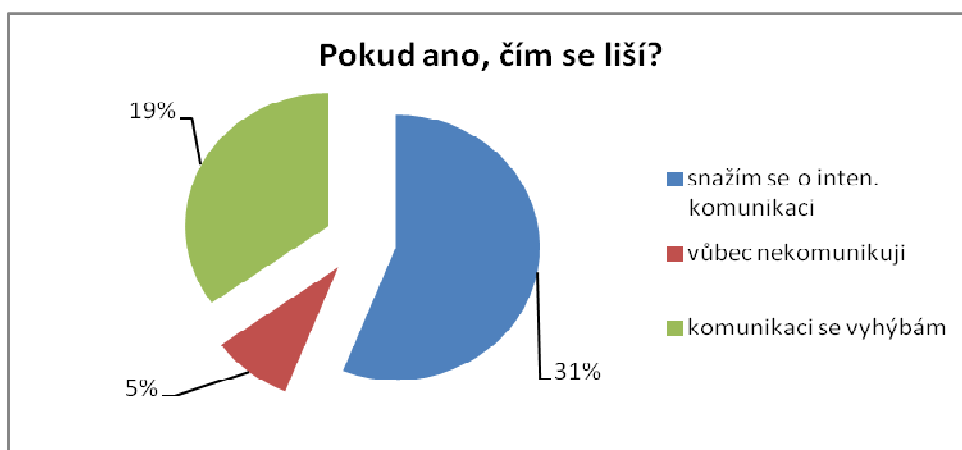
### Otázka č. 9 – Pokud ano, čím se liší?

Tabulka č. 9 – Pokud ano, čím se liší?

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
snažím se o intenzivnější komunikaci	13%	39%	41%
vůbec nekomunikuji	10%	3%	2%
komunikaci se vyhýbám	13%	21%	24%

„O intenzivnější komunikaci“ se snaží 13 % dotázaných na oddělení ARO, 39 % oddělení JIP A, 41 % JIP B. „Vůbec nekomunikuji“ – odpovědělo 10 % na oddělení ARO, 3 % oddělení JIP A, 2 % JIP B. „Komunikaci se vyhýbám“ – odpovědělo 13 % na oddělení ARO, 21 % oddělení JIP A, 24 % JIP B.

### Graf č. 9 – Pokud ano, čím se liší?



Celkový graf ukazuje, že o intenzivnější komunikaci se snaží 31 % dotázaných, 5 % nekomunikuje vůbec a 19 % se komunikaci s pacientem v terminální fázi raději vyhýbá. Z toho vyplývá, že u 45 % dotázaných se komunikace s pacientem v terminálním stádiu nemění.

### Otázka č. 10 – Používáte haptiku?

Tabulka č. 10 – Použití haptiky.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	80%	91%	88%
ne	20%	9%	12%

Na otázku, zda respondenti používají haptiku, bylo odpovězeno „ano“ 80 % na oddělení ARO, 91 % JIP A, 88 % JIP B. Záporně respondenti odpověděli 20 % na oddělení ARO, 9 % na oddělení JIP A, 12 % JIP B.

### Graf č. 10 – Použití haptiky.



Z celkového grafu je patrné, že 86 % dotazovaných ve své praxi haptiku používá a jen 14 % ne.

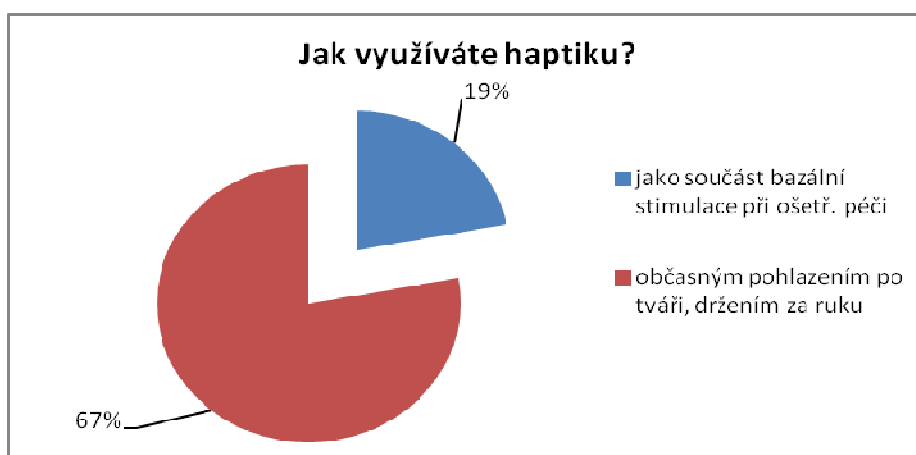
### Otázka č. 11 – Pokud ano, haptiku využíváte jak?

Tabulka č. 11 - Pokud ano, haptiku využíváte jak?

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
jako součást bazální stimulace při ošetř. péči	17%	21%	19%
občasným pohlazením po tváři, držením za ruku	63%	70%	68%

86 % dotázaných, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně, svou haptiku využívá jako součást bazální stimulace a to: 17 % na oddělení ARO, 21 % na oddělení JIP A, 19 % JIP B. Ale většina respondentů haptiku využívá jako občasné pohlazení po tváři, či držení za ruku, a to v tomto zastoupení: 63 % na oddělení ARO, 79 % na oddělení JIP A, 81 % JIP B.

### Graf č. 11 – Pokud ano, haptiku využíváte jak?



67 % dotázaných haptiku využívá jako občasné pohlazení po tváři, držení za ruku. 19 % haptiku užívá jako součást bazální stimulace při ošetřovatelské péči. 14 % dotázaných haptiku při ošetřovatelské péči nepoužívá.

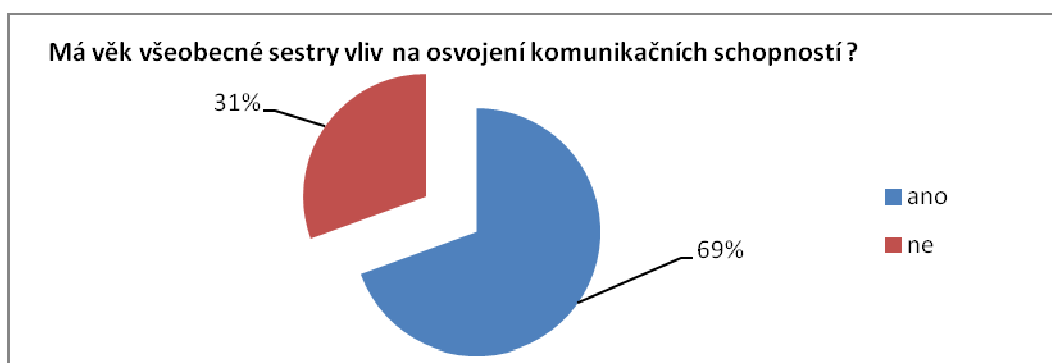
### Otázka č. 12 – Myslíte si, že věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností?

Tabulka č. 12 - Věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	73%	70%	65%
ne	27%	30%	35%

Na otázku, zda věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností, byly odpovědi následující: „Ano“ odpovědělo 73 % na oddělení ARO, 70 % na oddělení JIP A, 65 % na oddělení JIP B. „Ne“ odpovědělo 27 % na oddělení ARO, 30 % na oddělení JIP A, 35 % na oddělení JIP B.

**Graf č. 12 – Věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností.**



Z celkového grafu je patrné, že 69 % dotázaných je toho názoru, že věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností. 31 % respondentů tohoto názoru není.

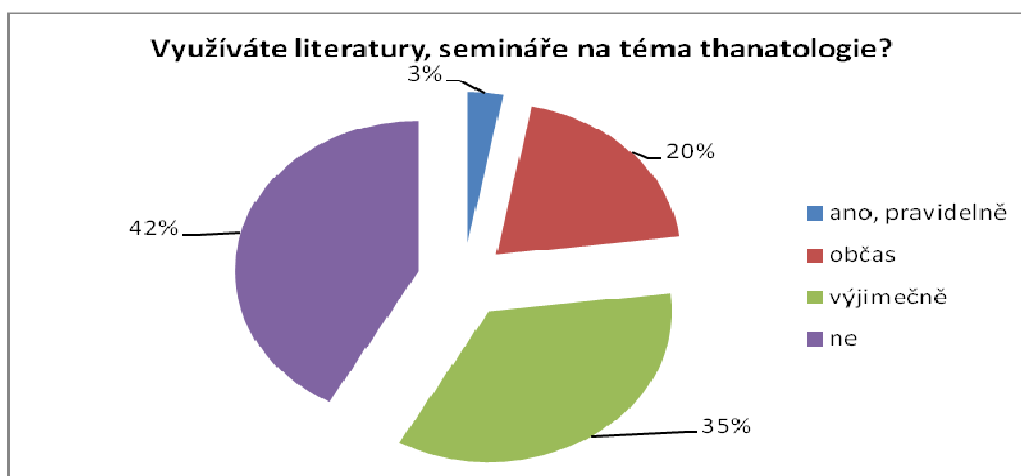
**Otázka č. 13 – Vyhledáváte odbornou literaturu či navštěvujete semináře a konference zabývající se thanatologií a paliativní medicínou?**

Tabulka č. 13 – Vzdělávání v oblasti thanatologie a paliativní medicíny.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano, pravidelně	3%	3%	3%
občas	20%	21%	19%
výjimečně	33%	36%	35%
ne	44%	40%	43%

Na otázku, zda dotazovaní mají zájem o to, aby se v problematice thanatologie vzdělávali, bylo odpovězeno následovně: „ano, pravidelně“ - odpovědělo 3 % na všech dotazovaných oddělení. „Občas“ – odpovědělo 20 % respondentů na oddělení ARO, 21 % na oddělení JIP A a 19 % na oddělení JIP B. Odpověď výjimečně volilo 33 % na oddělení ARO, 36 % na oddělení JIP A, 35 % na oddělení JIP B. „Ne“ bylo zastoupeno 44 % dotazovaných na oddělení ARO, 40 % na oddělení JIP A, 43 % JIP B.

**Graf č. 13 - Vzdělávání v oblasti thanatologie a paliativní medicíny.**



Celkový graf nám vypovídá o tom, že o tuto problematiku v rámci vzdělávání není velký zájem. „Ano, pravidelně“- vyhledává literaturu či semináře pouze 3 % všech dotázaných. „Občas“ – odpovědělo 20 % respondentů, „výjimečně“ – odpovědělo 35 % dotázaných. „Ne“ – nevyhledává odbornou literaturu a semináře odpovědělo celých 42 % otázaných.

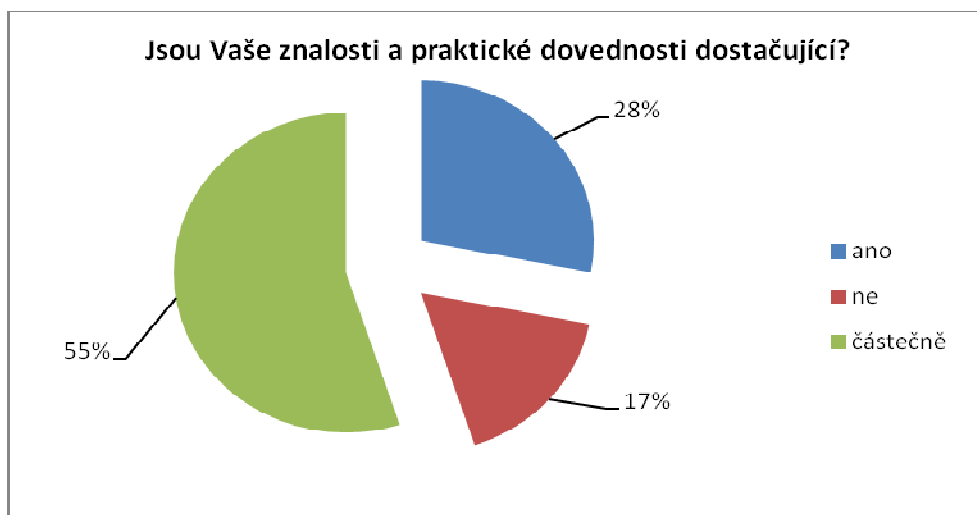
**Otázka č. 14 – Domníváte se, že Vaše znalosti a praktické dovednosti v ošetrovatelské praxi o umírajícího pacienta jsou dostačující?**

Tabulka č. 14 – Dostatečnost praktických i teoretických vědomostí.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
<b>ano</b>	33%	24%	27%
<b>ne</b>	10%	21%	19%
<b>částečně</b>	57%	55%	54%

Na otázku, zda jsou znalosti a praktické dovednosti respondentů v ošetrovatelské praxi o umírajícího pacienta dostačující, bylo odpovězeno následovně: „Ano“ 33 % na oddělení ARO, 24 % na oddělení JIP A, 27 % na JIP B. „Ne“ odpovědělo 10 % respondentů na oddělení ARO, 21 % na oddělení JIP A, 19 % JIP B. „Částečně“ bylo zastoupeno 57 % na oddělení ARO, 55 % na oddělení JIP A, 54 % JIP B.

**Graf č. 14 - Dostatečnost praktických i teoretických vědomostí.**



Zda jsou znalosti a praktické dovednosti v ošetrovatelské péči o umírajícího dostačující bylo odpovězeno respondenty následovně: „Ano“ odpovědělo 28 % dotázaných, „částečně“ odpovědělo 55 % a „ne“ odpovědělo 17 % dotázaných.



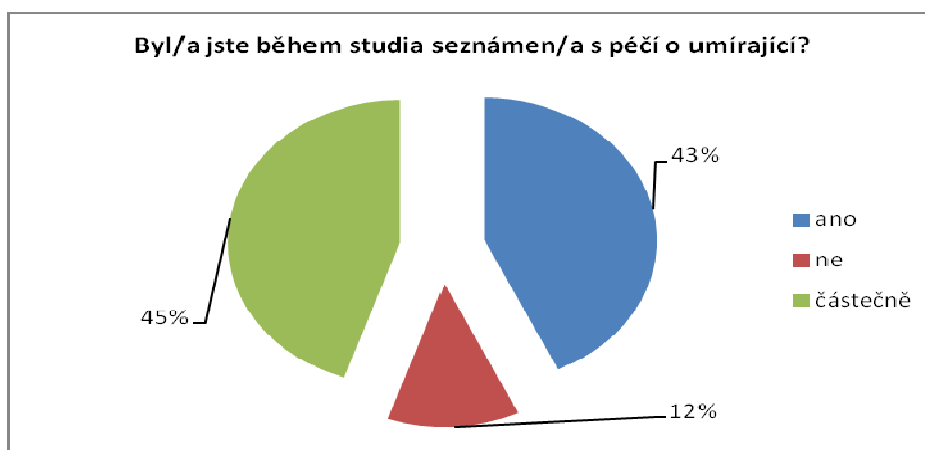
**Otázka č. 15 – Byl/a jste během svého studia dostatečně prakticky i teoreticky seznámen/a s ošetrovatelskou péčí o umírajícího?**

Tabulka č. 15 – Dostatečná praktická i teoretická příprava během studia.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	40%	45%	43%
ne	13%	12%	12%
částečně	47%	43%	45%

S teoretickou a praktickou výukou zaměřenou na ošetrovatelskou péči o umírajícího bylo seznámeno dostatečně 40 % dotázaných na oddělení ARO, 45 % na oddělení JIP A, 43 % na oddělení JIP B. Odpověď „ne“ – nebylo seznámeno - uvedlo 13 % dotázaných na oddělení ARO, 12 % na oddělení JIP A i 12 % oddělení JIP B. „Částečně“ seznámeno bylo 47 % na oddělení ARO, 43 % na oddělení JIP A, 45 % oddělení JIP B.

**Graf č. 15 – Dostatečná praktická i teoretická příprava během studia.**



Z celkového grafu vyplývá, že 43 % dotázaných byli dostatečně teoreticky i prakticky seznámeni s ošetrovatelskou péčí o umírajícího. 45 % odpovědělo „částečně“ a jen 12 % nebyli dostatečně seznámeni s touto problematikou.

**Otázka č. 16 – Jaké informace Vám nejvíce chyběly?**

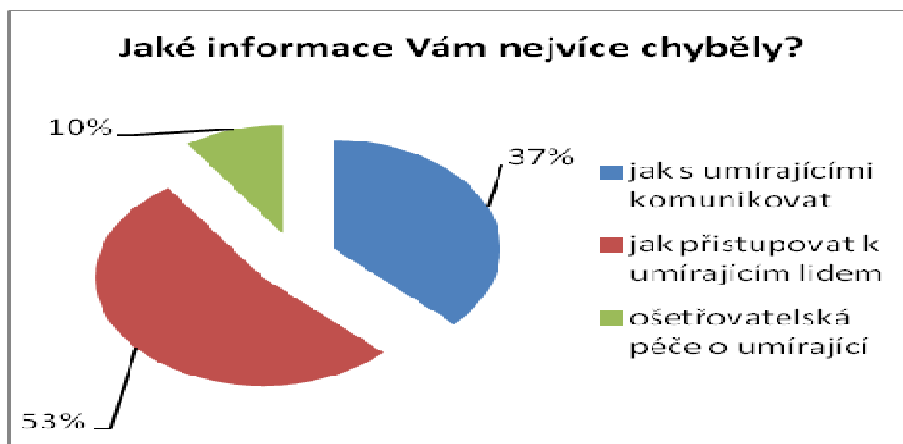
Tabulka č. 16 – Nejvíce chybějící informace.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
jak s umírajícími komunikovat	37%	39%	40%
jak přistupovat k umírajícím lidem	53%	52%	50%
ošetrovatelská péče o umírající	10%	9%	10%

Z možných odpovědí, které informace respondentům ze studia nejvíce chyběly, mělo největší zastoupení „ jak přistupovat k umírajícím lidem“ – a to 53 % na oddělení ARO, 52 % na oddělení JIP A, 50 % na oddělení JIP B. „Jak s umírajícími komunikovat“ si během studia neosvojilo 37 % dotázaných na oddělení ARO, 39 % na oddělení JIP A,

40 % JIP B. „Ošetrovatelská péče o umírající“ byla zastoupena nejméně, což poukazuje na dobré osvojení této dovednosti, její zastoupení činilo 10 % na oddělení ARO, 9 % na oddělení JIP A, 10 % na oddělení JIP B.

**Graf č. 16 – Nejvíce chybějící informace.**



Celkový graf nám vypovídá, že respondenti nejvíce postrádali informace, jak přistupovat k umírajícím lidem a to 52 % na všech oddělení. 39 % dotázaným nejvíce chyběly informace, jak s umírajícími komunikovat a pouze 10 % dotázaným chyběly informace o ošetrovatelské péči umírajícího. Což vypovídá, že během studia jsou budoucí zdravotničtí pracovníci dobře erudováni jen v ošetrovatelské péči o umírajícího.

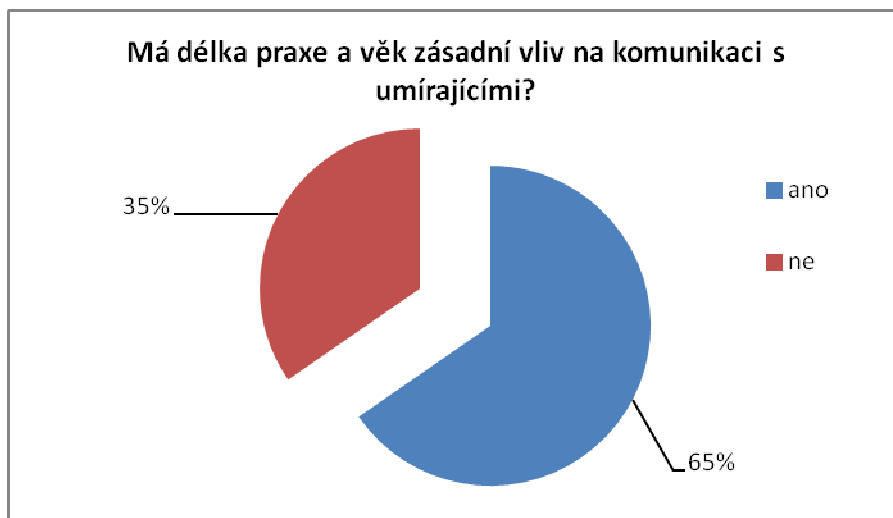
**Otázka č. 17 – Domníváte se, že délka praxe a věk má zásadní vliv na osvojení komunikačních schopností a dovedností, obzvláště jedná-li se o komunikaci s umírajícími?**

Tabulka č. 17 – Délka praxe a věk má vliv na osvojení komunikačních dovedností.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
ano	63%	67%	66%
ne	37%	33%	34%

Otázka č. 17, která je kontrolní otázkou, již na dvě předchozí, které zvlášť zkoumali, zda věk a délka praxe má zásadní vliv na osvojení komunikačních dovedností, nás potvrdila ve správnost vyplnění dotazníku a hlavně v názoru dotazovaných, kdy všechny 3 odpovědi průzkumné dotazníkové otázky spolu korelují. „Ano“ odpovědělo 63 % na oddělení ARO, 67 % na oddělení JIP A, 66 % na oddělení JIP B. „Ne“ odpovědělo 37 % na oddělení ARO, 33 % na oddělení JIP A, 34 % na oddělení JIP B.

**Graf č. 17 – Délka praxe a věk má vliv na osvojení komunikačních dovedností.**



Z celkového grafu vyplývá, že 65 % dotázaných souhlasí s tím, že délka praxe a věk má zásadní vliv na osvojení komunikačních schopností a dovedností. 35 % respondentů tento názor nesdílí.

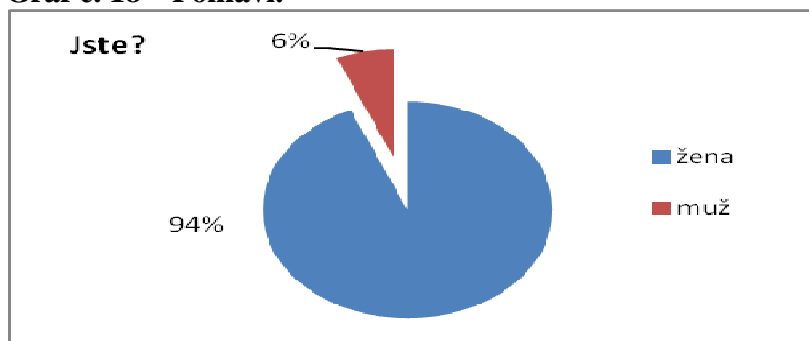
**Otázka č. 18 – Jste?**

Tabulka č. 18 – Pohlaví.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
žena	90%	97%	94%
muž	10%	3%	6%

Na jednotlivých odděleních byly ženy zastoupeny ve velké převaze a to v 90 % na oddělení ARO, 97 % na oddělení JIP A, 94 % na oddělení JIP B. Muži měli malé procentuální zastoupení, 10 % na oddělení ARO, 3 % na oddělení JIP A, 6 % JIP B.

**Graf č. 18 – Pohlaví.**



94 % dotázaných jsou ženy, jen 6 % zastupují muži.

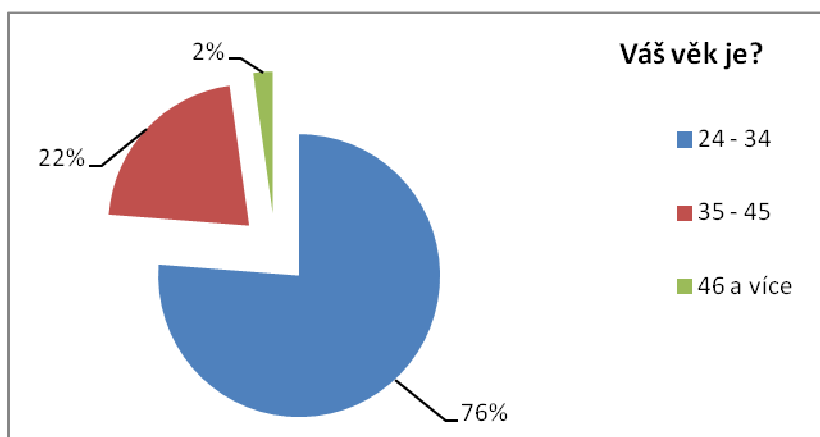
### Otázka č. 19 – Váš věk je?

Tabulka č. 19 – Věk.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
24 - 34	70%	79%	80%
35 - 45	23%	21%	20%
46 a více	7%	0%	0%

Jak můžeme vidět v tabulce, nejvíce respondentů je ve věkové skupině mezi „24 - 34“ let. A to: 70 % na oddělení ARO, 79 % na oddělení JIP A, 80 % na oddělení JIP B. Věková skupina „35 - 45“ let je zastoupena 23 % na oddělení ARO, 21 % na oddělení JIP A, 20 % na oddělení JIP B. Věk „46 a více“ byl zastoupen 7 % na oddělení ARO, v 0 % na obou oddělení JIP. Tato poslední hodnota nás překvapila.

### Graf č. 19 – Věk.



Z celkového grafu vyplývá, že nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou je kategorie mezi 24 - 34 let (76 %), další pak byla s velkým rozdílem skupina 35 – 45 let (22 %) a poslední skupina respondentů ve věku 46 a více činila pouhých 2 %.

### Otázka č. 20 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

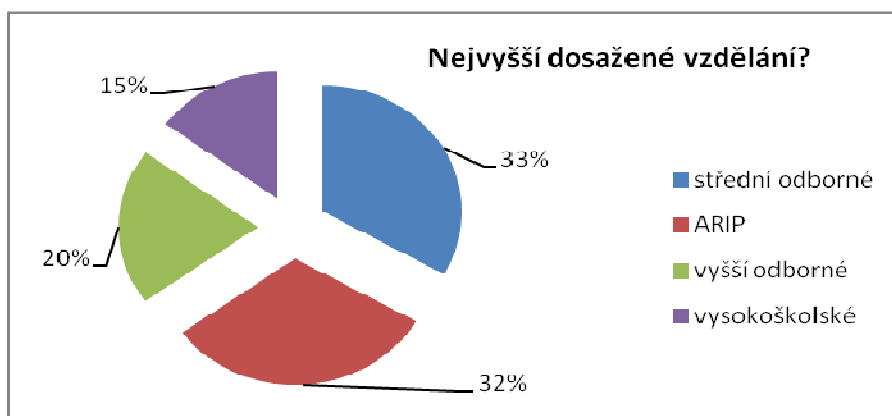
Tabulka č. 20 – Nejvyšší dosažené vzdělání.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
střední odborné	24%	40%	38%
ARIP	33%	30%	32%
vyšší odborné	20%	21%	19%
vysokoškolské	23%	9%	11%

Z výše uvedených údajů vyplývá, že střední odborné vzdělání má 24 % respondentů na oddělení ARO, 40 % na oddělení JIP A, 38 % na oddělení JIP B.

Pomaturitní specializační studium absolvovalo 33 % na oddělení ARO, 30 % na oddělení JIP A, 32 % na JIP B. Vyšší odborné vzdělání má 20 % na ARO, 21 % na JIP A, 19 % JIP B. Vysokoškolské vzdělání je nejvíce zastoupeno na oddělení ARO a to 23 %, 9 % na JIP A, 11 % na oddělení JIP B.

**Graf č. 20 - Nejvyšší dosažené vzdělání.**



Z celkového grafu je patrné, že největší zastoupení má vzdělání střední odborné 33 %. Otázka zněla dosažené vzdělání, ale při osobní účasti vyplňování dotazníků vím, že mnoha respondentů si studium současně rozšiřuje. Specializaci „ARIP“ má 32 % dotázaných. 20 % absolvovalo vyšší odborné vzdělání a 15 % má vysokoškolské vzdělání.

### Otázka č. 21 – Vaše délka odborné praxe je?

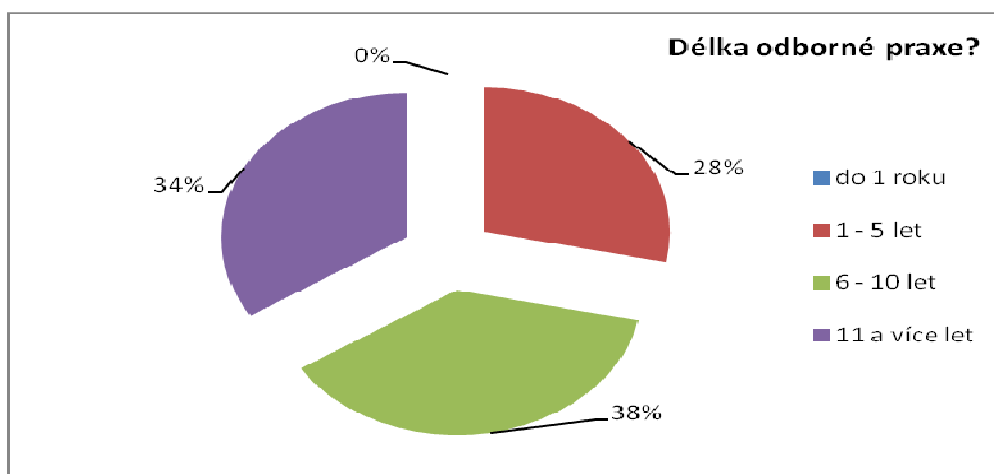
Tabulka č. 21 - Délka odborné praxe.

oddělení	ARO	JIP A	JIP B
do 1 roku	0%	0%	0%
1 - 5 let	30%	28%	28%
6 - 10 let	30%	42%	40%
11 a více let	40%	30%	32%

Délka odborné praxe činí:

„Do 1 roku“ je 0 % na všech dotazovaných odděleních. „1 – 5 let“ je zastoupeno 30 % na oddělení ARO, 28 % na oddělení JIP A, 28 % na JIP B. „6 – 10 let“ je zastoupeno 30 % na oddělení ARO, 42 % na oddělení JIP A, 40 % na JIP B. „11 a více“ uvádí 40 % respondentů na oddělení ARO, 30 % na oddělení JIP A, 32 % na oddělení JIP B.

**Graf č. 21 - Délka odborné praxe.**



Z celkového grafu je patrné, že největší zastoupení má věková hranice „6 – 10 let“ a to 38 %. „11 a více let“ pracuje v oboru intenzivní péče 34 % dotázaných. Věková hranice „1 -5 let“ činí 28 %.

## 5.1 VYHODNOCENÍ

*Část vyhodnocující charakteristiku komunikace s pacienty v terminálním stádiu zaměřená na způsob, intenzitu a ochotu komunikaci sester*

Průzkumný cíl zabývající se vlivem terminálního stádia na způsob, intenzitu a ochotu komunikovat ze strany sester, který byl stanoven za hlavní cíl diplomové práce, byl ověřován největším počtem dotazníkových otázek.

První otázka, zda je komunikace s umírajícími pro sestry důležitá, odpovědělo „ano“ 90 % dotazovaných. Tím jsme potvrdili, že sestry při své ošetrovatelské praxi přikládají velký důraz komunikaci s pacientem v terminální fázi života. Jsou si vědomy, že umírající pacient naše slova vnímá (51 %), k „částečnému“ vnímání našich slov se přiklání (45 %) dotázaných.

Rozborem odpovědí vztahujících se k charakteru komunikace jsme zjistili, že shodnou komunikaci jako s každým jiným pacientem udává poměrně velká část dotázaných (76 %). Naše vlastní zkušenost z každodenní praxe je ale opačná, a to, že sestry

na umírající „příliš nehovoří“, ale tato odpověď byla však zastoupena pouze 24 %. 0 % sester uvedlo v této otázce, že „nehovoří vůbec“.

Převážné části sester nečiní komunikace s umírajícím žádné potíže. Podle našeho názoru mohou být na komunikaci s umírajícími sestry zvyklé z dlouholeté praxe, proto odpověď na tuto otázku byla ze 72 % kladná. S touto odpovědí však není ani v rozporu výsledek další kontrolní otázky, kdy 73 % dotazovaných přiznalo, že komunikace s umírajícími je obtížnější, než s pacienty, kteří se nenachází v terminální fázi života.

Svoji přítomnost u pacienta z důvodu komunikace nepraktikuje celých 44 % dotázaných. Většina sester uvedla, že jejich přítomnost u lůžka není ovlivněna komunikací (56 %). Záleží na momentální pracovní vytíženosti dotázaných a sledu harmonogramu práce. V této oblasti vystupují do popředí osobnostní charakteristiky každé sestry, její vnímavost, empatie a komunikační dovednosti. Podrobnější rozbor odpovědí na otázky komunikace s umírajícím nám vypovídá, že 19 % dotázaných se komunikaci raději vyhýbá, 31 % se snaží o intenzivnější komunikaci. V této kontrolní otázce již 5 % sester uvedlo, že nekomunikuje vůbec. U 45 % dotázaných se komunikace s pacientem v terminálním stádiu nemění. Haptiku, jako součást komunikace využívá celých 86 % dotázaných jako občasné pohlazení po tváři, držení za ruku. 19 % sester haptiku užívá jako součást bazální stimulace při ošetrovatelské péči. 14 % dotázaných haptiku při ošetrovatelské péči nepoužívá.

S prodlužující délkou ošetrovatelské praxe a tím i vyšším věkem ošetrovatelského personálu stoupají komunikační schopnosti a dovednosti. S tímto tvrzením souhlasila převážná část respondentů (85 %). Pohled na tuto otázku jsme rozebrali zvlášť – nejdříve ovlivnění délkou ošetrovatelské praxe a pak závislost na věku respondentů. Nechyběla ani kontrolní otázka č. 17 – *Domníváte se, že délka praxe a věk má zásadní vliv na osvojení komunikačních schopností a dovedností, obzvláště jedná-li se o komunikaci s umírajícím?* Otázka nešla v sledu dotázaných hodnot a potvrzovala nám zároveň validitu odpovědi jak na osvojení komunikačních dovedností s narůstající praxí, tak i na osvojení komunikačních dovedností s vyšším věkem. Z porovnání výsledných grafů vyplývá, že větší důraz je

kladen na délku ošetrovatelské praxe, než na věk, což je pochopitelné, neboť zejména v tomto oboru je důležitost praxe nezastupitelná.

*Část vyhodnocující vzdělanost a erudovanost sester v péči o umírající, zda o prohloubení znalostí v této problematice mají sestry vůbec zájem.*

O odbornou literaturu a semináře zabývající se thanatologií a paliativní medicínou většina dotázaných zájem nemá (42 %) nebo vyhledává tuto problematiku výjimečně (35 %). Dalo by se to vysvětlit, dle našeho názoru, jak velkou pracovní vytížeností sester, tak i v oblasti jejich vzdělávání „neatraktivním“ a ne moc vyhledávaným tématem. Vyhodnocení dotazníku ukázalo, že dostačující znalosti a praktické dovednosti udává jen 28 % dotázaných. Polovina sester hodnotí své znalosti jen za částečné a 17 % za nedostatečné. Výsledek vypovídá o tom, že o vzdělání a semináře v této problematice zájem není, i přes to, že by to bylo žádoucí a mělo by to velký přínos pro obě strany.

Za alarmující můžeme považovat výsledek, ve kterém 73 % dotázaných uvádí, že na péči a kontakt s umírajícím člověkem, je studium dostatečně nepřipravilo. Z čehož vyplývá, že do praxe přijdou absolventi nepřipravení na kontakt a ošetrovatelskou péči o umírajícího člověka.

V této souvislosti jsme se dále dotazovali, jaké informace sestrám ze studia nejvíce chyběly. Převážná část nevěděla, jak k umírajícím vůbec přistupovat (51 %) a jak s nimi komunikovat (39 %). Na samotnou ošetrovatelskou péči o umírajícího byly sestry v převážné většině během studia dobře připraveny, za nedostačující přípravu uvedlo pouze 10 % dotázaných. Přístup k umírajícím a komunikace s nimi se nejlépe osvojuje každodenní praxí. Tento výsledek se dá vysvětlit i tím, že studenti se záměrně vyhýbají během studia kontaktu s pacienty, kteří se v terminální fázi nacházejí.

*Část vyhodnocující pohlaví, věk, vzdělání a délku odborné praxe ve zdravotnictví.*

Na jednotlivých odděleních jsou ženy zastoupeny ve velké převaze, a to 94 %. Muži mají malé procentuální zastoupení. Nejvíce mužů svoji profesi vykonává na oddělení ARO (10 %).



Celkový graf nám vypovídá o tom, že nejmladší věková skupina je nejvíce zastoupena na všech třech typech pracovišť. Věková kategorie mezi 24 – 34 let činí 76 %. Je to pochopitelné z toho důvodu, že práce na jednotkách intenzivní a resuscitační péče je velmi náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Věková skupina mezi 35 – 45 let má zastoupení 22 %. Poslední skupina respondentů ve věku 46 a více činila pouhé 2 % a tato skupina byla překvapivě zastoupena pouze na oddělení ARO.

Na otázku, jaké nejvyšší dosažené vzdělání sestry mají, bylo odpovězeno následovně. Nejvíce, i když jen o jedno procento, mají sestry stále jen střední odborné vzdělání ve 33 %. Specializaci ARIP absolvovalo 32 % sester, vyšší odborné vzdělání má 22 % dotázaných a jen 15 % absolvovalo vysokoškolské vzdělání. Jednotlivé úrovně vzdělání jsou na všech třech typech pracovišť zastoupeny procentuálně velmi podobně, jen vysokoškolské vzdělání má nejvíce sester pracujících na oddělení ARO (23 %). Obory intenzivní a resuscitační péče zabývající se problematikou kardiologie vyžadují vzdělané a erudované sestry, proto si studium současně rozšiřuje mnoho sester.

Žádná dotázaná sestra na všech sledovaných úsecích nepracuje kratší dobu, než je 1 rok. Dotazníkové šetření probíhalo v listopadu a největší nábor absolventek bývá většinou v září. Tento výsledek se dá vysvětlit i tím, že IKEM má plný stav všeobecných sester a volná pracovní místa nenabízí. Odborná praxe po dobu od 6 – 10 let je zastoupena nejvíce (38 %). „11 a více let“ pracuje 34 % dotázaných. 28 % má odbornou praxi mezi „1-5 lety“. Procentuální zastoupení délky odborné praxe je na všech třech typech pracovišť velmi podobná, nejdelší odbornou praxi mají sestry na oddělení ARO (40 %).

## **5.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU**

Před začátkem průzkumného šetření byl stanoven hlavní cíl průzkumu, kterým jsme chtěli zjistit vliv terminálního stádia na způsob, intenzitu, ochotu a komunikaci sester. Dále byly stanoveny tři vedlejší cíle. První byl zaměřen na to, zda s prodlužující délkou ošetrovatelské praxe a věkem stoupají také komunikační schopnosti a dovednosti

uspokojovat potřeby umírajících. Druhý cíl byl zaměřen na erudovanost sester v péči o umírající a na to zda sestry mají o vzdělání v thanatologii zájem.

### **Analýza výsledků hlavního cíle průzkumu**

Odpovědi nám potvrdily hlavní cíl průzkumu, v rámci kterého se nám podařilo prokázat, že většina sester přikládá velký důraz komunikaci s umírajícími. Jsou si vědomy, že jejich pacient, byť v terminální fázi života, vnímá jejich slova buď zcela a nebo částečně. Poměrně velká část dotázaných udává, že komunikuje s umírajícím jako s každým jiným pacientem, a to ve velkém procentuálním zastoupení (76 %). Ostatní sestry se komunikaci s umírajícími „raději vyhýbají“. Převážná část sester uvedla, že komunikace s umírajícími je obtížnější. Ale na druhé straně jsme také zjistili, že jim komunikace nečiní nějak výraznější potíže. Na první pohled se to zdá složité a nelogické. Sestry uvedly, že komunikace s umírajícími je obtížnější, ale jim nečiní výraznější potíže. Můžeme se, ale obávat toho, že sestry na tuto otázku neodpovídaly upřímně a pravdivě, aby nebyla ohrožena jejich image profesionálek.

Při své ošetrovatelské praxi a péči o umírající sestry neopomínají ani neverbální složku komunikace. Více než polovina sester při své práci používá haptiku, a to jako součást bazální stimulace, nebo občasným pohlazením po tváři, držením za ruku.

### **Analýza výsledků vedlejšího prvního cíle**

S prodlužující délkou ošetrovatelské praxe a tím i vyšším věkem ošetrovatelského personálu stoupají komunikační schopnosti a dovednosti. S tímto tvrzením souhlasila převážná část respondentů (85 %). Nechyběla ani kontrolní otázka, která nám potvrdila pravdivost údajů.

### **Analýza výsledků vedlejšího druhého cíle**

Provedený průzkum nám vypověděl, že o odbornou literaturu a semináře zabývající se thanatologií a paliativní medicínou většina dotázaných zájem nemá nebo vyhledává tuto problematiku výjimečně. Dále nám průzkumné šetření vyhodnotilo, že dostatečné znalosti a praktické dovednosti má pouze 28 % a polovina sester označila své znalosti za částečné.

Vyhodnocení průzkumu vypovídá o tom, že o vzdělání a semináře v této problematice zájem není, i přes to, že by to bylo žádoucí a velký přínos pro pacienty i ošetřující personál je zřejmý.

Za znepokojující výsledek můžeme považovat skutečnost, že 73 % dotázaných uvádí, nedostatečnou připravenost na péči a kontakt s umírajícím člověkem v rámci studia, z čehož plyne, že až v každodenní praxi si sestry osvojují, jak k umírajícím přistupovat a jak s nimi komunikovat.

### **Analýza výsledků průzkumných otázek**

První průzkumná otázka zněla: *Je pro sestry komunikace s umírajícími obtížnější, než s pacienty, kteří se nenachází v terminální fázi?*

Na tuto otázku jsme získali odpověď, že pro sestry komunikace s umírajícími **obtížnější je.**

Z naší vlastní praxe jsme tento výsledek předpokládali.

Druhá průzkumná otázka zněla: *Mají sestry s narůstající praxí lepší komunikační schopnosti a dovednosti, než sestry s praxí kratší?*

Tato otázka **byla jednoznačně potvrzena** a převážná část sester souhlasí s tím, že s prodlužující se délkou zdravotnické praxe budou narůstat i jejich komunikační schopnosti a dovednosti. Validita této odpovědi byla potvrzena i počtem kladných odpovědí respondentů s delší praxí.

Třetí průzkumná otázka zněla: *Jsou sestry dostatečně vzdělané v ošetrovatelské péči o umírajícího a mají zájem si dále rozšiřovat své vědomosti v problematice thanatologie?*

Více než polovina sester vyhodnotila své znalosti a praktické dovednosti v péči o umírajícího jako **částečné**, 17 % jako **nedostatečné** a jen 28 % jako dostatečné.

O vzdělání a prohloubení svých vědomostí sestry **v převážné většině zájem nemají.** Větší zájem a motivace ke vzdělání v této problematice by měly velký přínos nejen pro ně samotné, ale hlavně pro pacienty, na kterých v první řadě záleží nejvíce.

### 5.3 DISKUZE

Rozborem odpovědí vztahujících se k charakteru komunikace jsme zjistili, že převážná část sester realizuje u pacientů v terminální fázi života komunikaci shodnou jako s pacientem, který se v terminální fázi nenachází. Domníváme se, že je to buď ovlivněno charakterem oddělení, kdy sestry jsou zvyklé mluvit na pacienty v bezvědomí, tím i s umírajícími pacienty. Nebo může přicházet v potaz i ta verze, že sestry nechtěli uvést skutečnost, že se komunikaci s umírajícími raději vyhýbají, aby nebyla ohrožena jejich image profesionálek. Následně jsme zjistili, že velká část sester potvrdila, že komunikace s umírajícími je obtížnější, ale nečiní jim výraznější potíže. Tyto odpovědi se vzájemně potvrzují. Zkušenosti z naší vlastní praxe, která je realizována na stejném pracovišti, jsou však odlišné. Domníváme se, že důvodem těchto výsledků může být vytváření „bezchybného“ mediálního obrazu IKEMu jako renomovaného specializovaného a jedinečného pracoviště v naší republice, sestry odpovídaly nepravdivě, aby nepoškodily jméno institutu i přes to, že byl dotazník anonymní. Výsledky našeho průzkumu můžeme porovnat se šetřením realizovaným proděkankou pro pedagogickou činnost doc. PhDr. Darjou Jarošovou, Ph.D. na Fakultě zdravotnických studií Ostravské univerzity (2001), které potvrzuje ve své publikaci „Umírání z pohledu sestry“, že sestry nejvíce uváděly u pacientů v terminální fázi komunikaci shodnou, jako s každým jiným pacientem. Přesto třetina sester, i v jejím šetření přiznala, že nekomunikuje vůbec. V našem vzorku nejprve uvedlo 0 % sester, že s umírajícím vůbec nekomunikuje. Až v kontrolní dotazníkové otázce (č. 9), velmi malé procento sester přiznalo, že nekomunikují s umírajícím vůbec (5 %).

Dále z výsledků průzkumu vyplývá, že sestry na sledovaných odděleních jsou si vědomy, že umírající pacient naše slova vnímá. MUDr. Marie Svatošová ve své knize Hospice a umění doprovázet (1995) taktéž uvádí, že pacient v agónii slyší a vnímá své okolí. Převážná část sester, u našeho vzorku (86 %), při ošetřování pacientů v terminální fázi praktikuje i neverbální složku komunikace formou haptiky jako občasné pohlazení po tváři, držení za ruku.

S prodlužující délkou ošetrovatelské praxe a tím i vyšším věkem ošetrovatelského personálu stoupají komunikační schopnosti a dovednosti. S tímto tvrzením souhlasila převážná část respondentů. Tento vedlejší cíl diplomové práce byl ověřován i kontrolní otázkou, která nám potvrdila validitu výsledků.

U otázky na erudovanost v oblasti thanatologie označilo jen 28 % sester své vědomosti za dostatečné. Převážná část 55 % jen za částečné a 17 % za nedostatečné. Předpokládali jsme, že v této problematice budou mít sestry vědomostní i praktické rezervy. Na oddělení intenzivní medicíny jsou sestry často konfrontovány s úmrtím. Smrtí pacienta dochází k nelehké situaci spojené s činnostmi, které sestry nerady vykonávají. O vzdělání a prohloubení svých vědomostí sestry v převážné většině zájem nemají. Větší zájem a motivace ke vzdělání v této problematice by měly velký přínos nejen pro ně samotné, ale hlavně pro pacienty, na kterých v první řadě záleží nejvíce.

Při porovnání s výsledky průzkumu diplomové práce Mgr. Pfefferové (2009) jsme našli podobné výsledky, které vypovídaly o tom, že sestry o tuto problematiku nemají, a to včetně zájmu, dále se v ní vzdělávat.

## **5.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Komunikace s umírajícími pacienty je stejně důležitá jako s pacienty, kteří se v terminální fázi nenacházejí. Ošetrování umírajícího člověka je jedna z nejtěžších a nejsmutnějších povinností sestry, která je navíc zatížena mnoha emocemi a stresem. S narůstající délkou praxe a tím i věkem stoupají komunikační schopnosti a dovednosti. Tento výsledek se nám průzkumným šetřením potvrdil. Z toho plyne, že ošetrovatelská péče o umírající by měla být poskytována sestrou, která má delší praxi, tím i větší zkušenosti. Mladé, začínající sestry by měly být psychicky odlehčeny od této činnosti a časně netraumatizovány.

**Na základě zjištění z našeho průzkumu navrhuje následná doporučení pro praxi:**

### *Doporučení pro management nižší úrovně:*

- ošetrovatelská péče u umírajícího bude prováděna za přítomnosti starší a zkušenější sestry

- kontrola staniční sestrou, zda ošetrovatelská péče o umírajícího je prováděna dle vnitřních předpisů a Charty práv pacientů

Doporučení pro management střední úrovně:

- vzdělávání sester pravidelnými klinickými semináři týkající se této problematiky
- organizace supervizí v rámci kliniky ústavním psychologem (možnost nácviku komunikace)
- využití ústavní školící sestry, která bude pravidelně docházet za novými začínajícími sestrami a v tomto směru je postupně erudovat

Průzkumem bylo zjištěno, že o vzdělání a prohloubení znalostí na vybraných pracovištích není zájem, i přes to, že znalosti a praktické dovednosti nejsou dostačující.

**Na základě zjištění z našeho průzkumu navrhujeme následná doporučení pro praxi:**

Doporučení pro management nižší a střední úrovně:

- zajištění snadné dostupnosti k informacím týkající se ošetrovatelské péče o umírajícího (Standarty na oddělení, vnitřní směrnice)
- dodávat na oddělení pravidelně aktuální zdravotnickou a ošetrovatelskou literaturu (časopis Sestra, Zdravotní listy, Diagnóza apod.)
- realizovat odborné semináře na téma ošetrovatelská péče o umírajícího v rámci kliniky s možností volné diskuze
- kontrola, zda u sester nedochází k projevům syndromu vyhoření

Doporučení pro management vyšší úrovně:

- zajištění celoustavních seminářů s bodovým ohodnocením
- lékařská knihovna se studovnou v rámci nemocnice
- namátkové kontroly na oddělení hlavní sestrou, jak probíhá ošetrovatelská péče

Doporučení pro vzdělávací instituce (školy - střední, vyšší, vysoké)

- Zařadit více vyučovacích hodin s problematikou thanatologie. Samostatný vědní obor thanatologie v naší republice není, spadá pod obor paliativní péče, proto často bývá opomíjen a okrajově studován.

Umožnění toho, aby thanatologie byla samostatná vědní disciplína, by mělo přínos pro lepší a důkladnější přípravu budoucích zdravotníků,

- Akreditovaná vzdělávací zařízení (např. NCONZO v Brně) častější pořádání kurzů na toto téma.

Práce by se neměla stávat hlavním smyslem života. Není nad to, když člověka práce baví a vykonává ji jako svůj koníček. Téma diplomové práce jsme si vybrali závažné - umírání a smrt. Pokud nahlédneme hlouběji do této problematiky, pak si teprve uvědomíme pomíjivost a malichernost věcí, které nás obklopují. My jako sestry nemůžeme dospět do stádia, kdy se povrchně a rutinně budeme dívat, jak nám pacient umírá. Toto stádium, označované jako syndrom vyhoření, by obzvláště u umírání a smrti nemělo být nikdy přítomno.

*Doporučení pro sestry pracující na disponovaných odděleních:*

- dbát na zdravý způsob života a tím i předcházet syndromu vyhoření.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti v konkrétních daných oblastech, a to komunikace s umírajícími, erudovaností sester v péči o umírajícího z pohledu všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče a resuscitačního oddělení.

Průzkum byl zrealizován v konkrétním zdravotnickém zařízení (Institut klinické a experimentální medicíny, Praha).

Teoretická část podává souhrnně dostupné informace o thanatologii a paliativní medicíně, která se týkala výzkumného šetření. Podrobněji jsme popsali komunikaci a její náležitá specifika v konkrétních situacích. Pozornost jsme věnovali i vzdělávání v oboru thanatologie a potřebám nemocného v terminální fázi života.

V empirické části jsme průzkumným šetřením zjišťovali vliv terminálního stádia na charakter komunikace sester a na erudovanost sester v oblasti thanatologie. Dotazníkovým šetřením jsme získali odpovědi na průzkumné otázky.

Naším průzkumem jsme chtěli poukázat na úskalí, která s sebou ošetrovatelská péče o umírající přináší. Ošetřování umírajícího člověka je jedna z nejtěžších a nejsmutnějších povinností sestry, a proto by jí měla být věnována mnohem větší pozornost, jak z řad sester, tak managementu zdravotnických zařízení i celé společnosti.

Úplným závěrem bychom rádi citovali jednu z myšlenek známé autorky zabývající se touto oblastí - Elizabeth Kübler-Rossová (1992, s. 7):

*„Umírání na oddělení intenzivní péče se stává osamělé a neosobní, protože pacient je vytržen ze známého prostředí a jsou prováděny všechny výkony k záchraně jeho života. A přitom bychom pod povlaky a příkrývkami mohli víc vidět pacienta, člověka, snad bychom dokonce mohli pozastavit ten spěch, abychom nemocného vzali za ruku, usmáli se na něj, vyslechli jeho otázky... Možná je načase položit si otázku: Jsme dnes lidštější nebo méně lidští než dříve?. Ať už bude odpověď jakákoli, pacienti trpí víc, ne snad fyzicky, rozhodně však emocionálně, duševně. Potřeby nemocných lidí se přitom po staletí nemění - mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc“.*



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY (zpracováno dle ČSN 690 2: 1997)

### MONOGRAFIE

ČECHOVÁ, V. - MELLANOVÁ, A. - ROZSYPALOVÁ, M. 1999. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2003. *Manuálek o etice*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

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

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 350 s. ISBN 80-247-1830-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. 1993. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vydalo nakladatelství Arica, 1993. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.

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

O'CONNOR, M. - ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

SLÁMA, O. - KABELKA, L. - VORLÍČEK, J. et al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

SVATOŠOVÁ, M. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha : ECCE HOMMO, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.

THEOVÁ, A. 2007. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, J. – ADAM, Z. – POSPÍŠILOVÁ, Y. 2004. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

#### ČASOPISY/PERIODIKA

BICKOVÁ, M. 1996. Novinky v resuscitační péči o dospělé z hlediska ošetrovatelské péče. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 1996, roč. 6, č. 6, s. 8-9.

KLÍMOVÁ, L. 2007. Vztah společnosti a zdravotníků. In *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349, 2007, roč. 3, č. 4, s. 145.

SLOVÁKOVÁ, J. 2008. Vzdelávanie zdravotníckých pracovníkov v oblasti paliatívnej starostlivosti. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2008, roč. 10, č. 2, s. 264-273.

STAŇKOVÁ, M. 2010. Komunikace a její postavení v paliativní péči. In *Sociální péče*. ISSN 1213-2330, 2010, č. 3, s. 28-29.

ŠEVČÍK, P. 2003. Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory. In *Rozhl. Chir.* ISSN 0035-9351, 2003, roč. 82, č. 6, s. 312-316.

## ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

DOPORUČENÍ RADY EVROPY č. 1418/1999. *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*. [online]. 1999. [cit. 2012-01-02]. Dostupné na internetu: <http://www.ikem.cz/www?docid=1002386>.

PFEFFEROVÁ, E. 2009. *Obor Intenzivní péče*. [online]. Diplomová práce : 1. LF UK. 2009. [cit. 2012-01-07]. Dostupné na internetu: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/umirani-a-smrt-na-aro.html>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK VLASTNÍ KONSTRUKCE.....</b>	<b>I</b>
<b>PŘÍLOHA B - CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH.....</b>	<b>VI</b>
<b>PŘÍLOHA C – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ.....</b>	<b>XI</b>

## PŘÍLOHA A

### Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Stanislava Kunderátová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Dotazník, který dostáváte do rukou, je anonymní a je určen pro zpracování mé bakalářské práce na téma „*Thanatologie z pohledu všeobecné sestry v resuscitační a intenzivní péči*“. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o jeho vyplnění.

Při samotném vyplňování jednotlivých otázek v dotazníku, prosím, dbejte na volbě jedné z uvedených možností odpovědi, pokud není stanoveno jinak.

Předem Vám děkuji za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Stanislava Kunderátová

1. Je pro Vás komunikace s umírajícími důležitá?

- ano
- ne
- nevím

2. Domníváte se, že umírající v terminální fázi vnímá Vaše slova?

- ne
- nevím
- částečně
- ano

3. Charakterizujte, prosím, Vaší komunikaci s umírajícími?

- nehovořím vůbec
- příliš nehovořím
- komunikuji jako s každým jiným pacientem

4. Domníváte se, že v ošetrovatelské praxi Vám komunikace nečiní žádné potíže?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

5. Myslíte si, že s prodlužující ošetrovatelskou praxí stoupají komunikační dovednosti s pacienty?
- ano  
 ne
6. Je pro Vás komunikace s umírajícím obtížnější, než s pacientem, který se nenachází v terminální fázi?
- ano  
 ne
7. Stává se, že hlavním důvodem Vaší přítomnosti u pacienta v terminálním stavu je vzájemná komunikace (verbální nebo neverbální)?
- ano  
 ano, někdy, pokud mám čas  
 ano, vždy, pokud mám čas  
 ne
8. Je Vaše komunikace s umírajícím pacientem odlišná od komunikace s jinými pacienty?
- ano  
 ne
9. Pokud jste odpověděli ano, čím se liší?
- snažím se o intenzivnější komunikaci  
 vůbec nekomunikuji  
 komunikaci se raději vyhýbám
10. Je součástí Vaší péče o umírající i neverbální složka komunikace, např. haptika?
- ano  
 ne
11. Pokud ano, haptiku využíváte:
- jako součást bazální stimulace při ošetrovatelské péči  
 občasným pohlazením po tváři, držením za ruku

12. Myslíte si, že věk všeobecné sestry má vliv na osvojení komunikačních schopností?
- ano  
 ne
13. Vyhledáváte odbornou literaturu či navštěvujete semináře a konference zabývající se thanatologií a paliativní medicínou?
- ano, pravidelně  
 občas  
 výjimečně  
 ne
14. Domníváte se, že Vaše znalosti a praktické dovednosti v ošetrovatelské praxi o umírajícího pacienta jsou dostačující?
- ano  
 ne  
 částečně
15. Byla jste během svého studia dostatečně prakticky i teoreticky seznámena s ošetrovatelskou péčí o umírajícího?
- ano  
 ne  
 částečně  
 ne
16. Jaké informace Vám nejvíce chyběly?
- jak s umírajícími komunikovat  
 jak přistupovat k umírajícím lidem  
 ošetrovatelská péče o umírající
17. Domníváte se, že délka praxe a věk má zásadní vliv na osvojení komunikačních schopností a dovedností, obzvláště jedná-li se o komunikaci s umírajícími?
- ano  
 ne
18. Jste:
- žena  
 muž

19. Váš věk je:

- 24 – 34 let
- 35 – 45 let
- 46 a více

20. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- střední odborné
- pomaturitní specializační (ARIP)
- vyšší odborné
- vysokoškolské (Bc., Mgr.)

21. Vaše délka odborné praxe je:

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



## **PŘÍLOHA B**

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

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

- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
  - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
  - Umírání o samotě a v zanedbání
  - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
  - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
  - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči, a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

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

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu
- aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit
- Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
  - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

## **PŘÍLOHA C**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem získala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem THANATOLOGIE Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY V RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ PÉČI v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení