



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Kateřina Formánková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Subjektivní pohled sestry na problematiku důstojného umírání*“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1.6.2020

.....

(Kateřina Formánková)

Poděkování

Velké díky patří hlavně mé vedoucí práce Mgr. Jitce Doležalové za cenné rady, trpělivost a čas který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a ochotu při provádění výzkumu. Děkuji také své rodině a blízkým přátelům za podporu.

Subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá subjektivním pohledem sester na problematiku důstojného umírání. Hlavním cílem bylo zjistit jaký je subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí. Pro dosažení cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky.

Empirická část práce byla zpracována kvalitativním výzkumem s využitím polostrukturovaného rozhovoru, který se skládal z 19 otázek. Výzkumný vzorek byl tvořen 9 sestrami pracujícími na nemocničních odděleních. Získané informace byly analyzovány a kategorizovány.

Z výsledků je patrné, že pro zajištění důstojného umírání je důležitá přítomnost rodiny, zajištění soukromí a s tím souvisí také zpříjemnění prostředí a možnost zázemí pro rodinu. Jako další nezbytnou součást probandí vnímají uspokojování základních potřeb. Dále lepší přístup personálu, více času na pacienty a navýšení personálu. Nelze opomenout také vhodná možnost rozloučení a manipulace s tělem zemřelého a jeho uložení. Kvalita péče o umírající je ovlivněna nevhodně uzpůsobeným prostředím, nedostatkem personálu a s tím souvisejícím nedostatkem času na pacienty. Dalšími faktory jsou nedostatek materiálu a sociální faktory. Velká část probandů vnímá jako prioritní potřeby umírajících potřeby sociální a fyziologické – konkrétně být bez bolesti. Důležitost přisuzují také potřebám spirituálním a zdůrazňují, že je nezbytné vnímat individualitu člověka. Téměř všechny sestry se pozitivně vyjádřily ke zřízení paliativního týmu v nemocnici a vnímaly to jako velkou pomoc pro ošetřující personál a vhodnou cestu k zajištění důstojného umírání. Sestry, které s tímto zcela nesouhlasily pak viděly vhodné řešení ve zřízení lůžkového paliativního oddělení. Téměř všechny sestry se stavěly pozitivně k možnosti dalšího vzdělávání, pokud by jim byla tato možnost nabídnuta.

Klíčová slova

umírání; smrt, důstojnost; nemocnice; sestra; umírající; paliativní péče; ošetřovatelství

Dignified dying from the subjective point of view of nurses

Abstract

This bachelor's thesis deals with dignified dying from the subjective point of view of nurses. Its main goal was to find out what individual nurses think about dignified dying in the hospital environment. Three scientific questions were set down in order to achieve such a goal.

The empiric part is in the form of a qualitative research with the use of a semi-structured interview, which consists of 19 questions. The focus group was made of 9 nurses working on hospital wards. The collected information was analysed and categorized.

The results clearly show, that the presence of the family, privacy, as well as making the environment nicer and providing facilities for the family were important to ensure dignified dying conditions. Another vital component mentioned by the focus group was meeting their patients' basic needs, followed by better personnel attitude, more time with their patients and hiring additional staff. Having the possibility of "saying good bye" properly, being allowed to move the body and laying it to rest can't be left out either. The quality of the care the patient gets is negatively affected by the unsuitable environment and the lack of staff, who as a result do not have enough time for their patients. Other factors include the lack of material and social factors. Most of the interviewed nurses prioritize social and physiological needs of the dying - most of all the absence of pain. Spiritual needs are also seen as important and the nurses emphasize the necessity of seeing people as unique individuals. Nearly all the nurses spoke highly of the hospital palliative team and they felt it was a great help to the staff and a suitable way of ensuring dignified dying. The nurses, who did not fully agree with it, saw a suitable solution in setting up an inpatient palliative ward. Nearly all the nurses were open to the idea of further training, provided that it was offered to them.

Key words

dying; death; dignity; hospital; nurse; dying person; palliative care; nursing care

OBSAH

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Vymezení pojmu smrt a umírání	9
1.1.1 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler – Ross	9
1.1.2 Postoj sester ke smrti	10
1.1.3 Umírání a smrt v minulosti.....	10
1.1.4 Umírání a smrt v současnosti	11
1.2 Definování lidské důstojnosti	12
1.2.1 Důstojnost z pohledu práva	13
1.2.2 Význam lidské důstojnosti	14
1.2.3 Důstojné umírání	15
1.2.4 Kvalita života.....	15
1.3 Definice a vymezení paliativní péče.....	16
1.3.1 Rozdělení paliativní péče	17
1.3.2 Paliativní péče v nemocnici.....	17
1.3.3 Paliativní péče v České republice.....	18
1.3.4 Úloha sestry při poskytování paliativní péče.....	19
1.4 Potřeby pacientů v paliativní péči.....	19
1.5 Komunikace s umírajícím pacientem	21
1.6 Péče o rodinu a blízké umírajícího	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky	24
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3 Metodika	25
3.1 Použité metody	25
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	25
4 Výsledky	26
4.1 Charakteristika probandů.....	26

4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů	27
5.	Diskuze	41
6.	Závěr.....	45
7.	Seznam literatury	47
8.	Seznam tabulek.....	51
9.	Seznam příloh	52
10.	Seznam zkratk	55

Úvod

Problematika smrti a umírání je v současné době velice tabuizována a málo se o ni mluví. Smrt je součástí života každého člověka a měla by být především důstojná. Každý člověk je jedinečný a je potřeba k němu tak přistupovat. Jak lze ale zajistit důstojné umírání v nemocnici? Jak lze zajistit, že umírající nezemře sám, vystrašený a bude mít kvalitně tlumenou bolest?

Osobní zkušenost mám jak z pohledu sestry, tak jako příbuzný umírajícího. Jako sestra jsem se setkala s umírajícími jak v nemocnici, tak v hospici a měla jsem možnost nahlédnout, jak vypadá specializovaná paliativní péče a velice mě tento přístup k lidem zaujal. Jako rodinný příbuzný jsem přišla o tři své prarodiče právě v nemocnici a začala jsem více vnímat problematiku umírání v nemocnici. Toto téma jsem si zvolila, protože jako sestra pocítuji umírání v nemocnici za nedůstojné a jako člen rodiny umírajícího jsem vnímala, jak má rodina byla s péčí v nemocnici nespokojena. Ve své práci se zaměřím na sestry. Sestra je stále člověk, který u pacienta tráví nejvíce času, a proto si myslím, že je důležité znát, jak na současnou situaci důstojného umírání v nemocnici sestry nahlíží.

1. Současný stav

1.1 Vymezení pojmu smrt a umírání

Existuje mnoho způsobů, jak definovat smrt. Autoři se shodují, že se jedná o zánik živého organismu (Špátenková, 2014; Haškovcová, 2007; Čáp et al., 2016). Při smrti dochází k ireverzibilní zástavě všech funkcí organismu. Z medicínského hlediska nastává smrt při smrti mozku, která následuje ihned po zástavě oběhu. Se smrtí mozku zaniká osobnost a identita člověka. Smrt je konečný stav, kterému předchází proces umírání a jeho trvání je různě dlouhé (Špátenková, 2014).

Proces umírání lze rozdělit na tři časová období – pre finem, in finem a post finem. (Kupka, 2014). Pre finem začíná v momentě, kdy je člověku sděleno, že jeho onemocnění je natolik vážné, že není slučitelné se životem. V tomto období je nezbytné, aby člověk věděl, že může očekávat nejen pomoc medicínskou, ale také lidskou. (Kutnohorská, 2007). Jak uvádějí Kupka (2014) a Kutnohorská (2007) období in finem je totožné s terminálním stavem. V terminálním stavu začínají člověku postupně selhávat životně důležité orgány a nastává vlastní umírání. Dochází k agonii, kdy člověku slábne srdeční činnost, dýchání, klesá svalové napětí, tělesná teplota. Mezi další příznaky patří vyhasínání reflexů a facies Hippocratica. (Špátenková, 2014). V období post finem dochází k péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé. Se smrtí a umíráním se sestra setkává během své ošetrovatelské praxe a je nezbytné, aby sestra tuto náročnou situaci zvládla jako profesionál (Kutnohorská, 2007).

1.1.1 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler – Ross

Umírající a jeho blízcí prochází procesem kdy se psychicky vyrovnávají s náročnou životní situací, která je potkala. Existuje 5 obecných reakcí na vyrovnání se s náročnou situací. První fáze se nazývá popírání a izolace. Nemocný a jeho rodina nechtějí uvěřit špatné prognóze. Mohou se chovat impulzivně, nekontrolovatelně a cítí velkou nespravedlnost. Vyhledávají jiné lékařské i nelékařské autority, které jim špatnou prognózu vyvrátí, nebo se izolují a nepřijímají sdělenou prognózu jako pravdu (Kübler-Ross, 2015). V této fázi je důležitá trpělivost a možnost poskytnutí rozhovoru nemocnému nebo jeho rodině, aby nebyli na toto velké množství informací sami. (Slamkova, 2013). Druhá fáze se nazývá zlost a agrese. V této fázi se začíná nemocný vyrovnávat se svým osudem a projevuje to agresivitou, kterou se zoufale této pravdě brání (Kübler-Ross, 2015). Je důležité, aby si sestra nebrala tyto pacientovi útoky osobně a jednala v zájmu umírajícího (Slamkova, 2013). Třetí fáze se nazývá smlouvání a je charakteristická

tím, že umírající se snaží najít jakoukoliv možnost, jak se uzdravit nebo svůj život prodloužit (Kübler-Ross, 2015). Sestra v této fázi nesmí brát umírajícímu naději, ale může být pomocníkem při plnění některých jeho přání. Zároveň je nutné umírajícímu nedávat falešné naděje (Slamková, 2013). Předposlední fází je deprese a smutek. Umírající má pocit ztráty, který jsou doprovázen strachem z neznáma. V této fázi je důležité naslouchání a tichá společnost. V poslední fázi přichází smíření. Umírající nemusí do této fáze dojít. Uvedené fáze se mohou opakovat, probíhat současně, v jiném pořadí, nebo umírající některé fáze ani nenastanou (Kübler-Ross, 2015). Je nezbytné, aby sestra tyto fáze rozeznala a měla osvojenou komunikaci v jednotlivých stádiích (Slamkova, 2013).

1.1.2 Postoj sester ke smrti

Postoj ke smrti je ovlivněn mnoha faktory. Mezi tyto faktory patří postoj rodičů, blízkých, dále způsob, jakým se se smrtí setkáváme a doba, kdy k tomu reálně dojde. U sester je velmi důležitý první moment, kdy se smrtí setkají při vykonávání své profese. Tento postoj značně mohou ovlivnit vyučující na střední či vysoké škole nebo ošetrovatelský tým (Marková, 2010). Dle Vachonové (2005) jsou na sestry kladeny velké psychické nároky při péči o umírajícího, jelikož s nimi často navazují blízký vztah a může to mít negativní dopad na psychiku sestry. Mívají pocity vlastního selhání, bezmocnosti a neschopnosti. Sestrám může pomoci vnímání duchovna při hledání smyslu v práci o umírající pacienty. Velkou zátěží může být také identifikace s umírajícím pacientem, kdy ji připomíná pacient někoho jí blízkého (Vachon, 2005). Sestra může cítit smutek nad úmrtím pacienta, ale smutek je také předpokladem k tomu, aby nabrala nové síly. Může se projevovat potřebou plakat, která neznamena nízkou profesionalitu sestry, ale projev skutečného vnímání (Marková, 2010). Sestra by měla pečovat nejen o pacienty, ale také o sebe a vyhnout se tak syndromu vyhoření (Vachon, 2005). Je potřeba se v ošetrovatelském týmu při péči o umírající podporovat, hledat kladné stránky a podporovat pacienta v jeho posledních přání (Markova, 2010).

1.1.3 Umírání a smrt v minulosti

Smrt je jistota, kterou máme všichni společnou a každého z nás jednou čeká (Kupka, 2014). V minulosti byla smrt chápána jako významný přechod mezi pozemským životem a věčným životem. Lidé se dožívali nízkého věku a byli ve větším kontaktu se smrtí, ať už ji pozorovali okolo sebe nebo se starali o své blízké. Smrt byla viditelnou součástí života. Umírání nebylo oddalováno léčebnými zásahy a lidé umírali doma, nebo také

na veřejnosti bez pomoci o hladu a špině. (Haškovcová, 2007). V minulosti se o umírající starali především rodinní příslušníci, kteří si tuto zkušenost předávali dále, lékařská péče se týkala pouze lidí z vyšších vrstev (Kupka, 2014). Dle Haškovcové (2007) již rodinní příslušníci zvládali laické ošetrovatelské úkony při péči o umírajícího a rozeznali jednotlivé fáze umírání. Tento způsob umírání se nazývá domácí model umírání. Nelze říci, že každý mohl zemřít v okruhu svých blízkých a postupem času se péči o umírající začali věnovat obce, šlechta a církve. Následkem toho začali vznikat chudobince a špitály, kde byly zajištěny základní fyzické potřeby a základní materiální zázemí. (Kupka, 2014). Tento vývoj zajistil postupný vznik institucionálního modelu umírání (Haškovcová, 2007). Laická péče se pozvolna měnila na ošetrovatelskou, která byla odborně podložena. Hlavní zásluhu na tom měla Florence Nightingale. Ošetrovatelské péči o umírající nebyla dlouho věnována dostatečná pozornost (Haškovcová, 2007). V 19. století došlo k velkému medicínskému a epidemiologickému zlomu. Následkem toho lidé méně umírali na smrtelné infekce, zvýšil se počet chronicky nemocných a prodlužovaly se také terminální fáze těchto onemocnění. Tento zlom vyvolal potřebu, zaměřit institucionální ošetrovatelství i na umírající pacienty. Docházelo k charitativním počátkům hospicové péče a vznikali různé útulky a domovy pro chudé a nemocné. V 20. století se objevuje nový pohled na péči o umírající a do péče se vrací prvek doprovázení, který pomáhá zachovat důstojnost při umírání (Kisvetrová, 2018).

1.1.4 Umírání a smrt v současnosti

Smrt je v současné době velice tabuizované téma (Kupka, 2014). K tabuizaci smrti přispěl vývoj medicínských technologií, který vedl k prodloužení délky života a smrt přestala být přirozenou událostí, ale záležitostí medicíny. Následkem toho dochází také k medicinalizaci a institucionalizaci umírání. U umírajícího již není přítomna především rodina, ale spíše personál z nemocnic, léčeben, domovů důchodců či hospiců. Následkem toho se umírající často cítí v závěru života osamělý. Dle Kisvetrové (2018) zatím nejvíce rozsáhlý výzkum ukázal, že více než polovina úmrtí se uskutečňuje v institucích. V tomto výzkumu bylo hodnoceno 16 milionů lidí ve 45 evropských zemích. Jors, Adami, Xander et al (2014) uvádějí, že nemocnice jsou často nedostatečně připraveny na péči o umírající pacienty. Každý člověk chce zemřít důstojně. Lidé nejsou spokojeni, protože u jejich lůžka se nejčastěji vyskytuje neznámý zdravotník, nebo rodina a často jsou bezradní a neví, co mohou pro umírajícího udělat. Umírající by měl mít zajištěné bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Zdravotník nemůže tento komfort zajistit všem umírajícím, ale ve spolupráci s týmem může zajistit podmínky pro naplnění všech těchto

potřeb a pomoc pro blízké (Kupka, 2014). Dnešní postoj ke smrti a umírání zásadně mění rozvoj paliativní medicíny (Marková, 2010).

1.2 Definování lidské důstojnosti

Lidská důstojnost je jedno ze zásadních témat v oblasti morální, právní a moderní filosofie (Svobodová, 2012). Respektování lidské důstojnosti je základním východiskem při ošetrovatelské péči o pacienta. Je těžké respektovat lidskou důstojnost při péči o pacienta, pokud zdravotník přesně neví, co lidská důstojnost je (Čáp, 2016). Dle Wichsové (2012) neexistuje přesné vymezení tohoto pojmu a každý zdravotnický pracovník by měl znát a opírat se při péči o pacienta o různá vymezení tohoto pojmu. Slovo důstojnost pochází z latiny – *dignus*, *dignitas* a znamená povinnost respektu, být hodný úcty a pocty (Svobodová, 2012). Důstojnost je brána jako komplexní pojem a je do něj zahrnována autonomie, respekt a kontrola (Kisvetrová, 2018).

Lidskou důstojnost lze vymezit podle L. Nordenfelta, který odlišuje 4 typy důstojnosti – důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity a *Menschenwürde*. Důstojnost zásluh je měřitelná, dočasná a může poskytnout jedinci možné výhody. Jedná se o osobní zásluhy jako jsou dobrá pověst, společenské uznání a další. Důstojnost mravní síly naopak žádné výhody nepřináší a jedná se o schopnost jedince dostát svým mravním zásadám (Wichsová, 2012). Důstojnost osobní identity zahrnuje celoživotní identitu jedince – jeho sebeúctu, uvědomování si vlastního já a smyslu života (Kisvetrová, 2018). Zdravotníci mohou tento typ důstojnosti neuvědoměle ponižovat tím, že např. neposkytnou veškeré informace, nedopřejí pacientovi dostatečné soukromí, upírají kontakt s rodinou nebo omezí pacientovi pohyb. Všechny tyto 3 typy by se neměly při péči o pacienta opomíjet. Posledním typ důstojnosti – *Menschenwürde* je nezczitelná, jedná se o univerzální hodnotu danou lidstvu. Tento typ důstojnosti je oproti předcházejícím neměnný. Všem náleží ve stejné míře a po celý život (Wichsová, 2012). Nelze ji ztratit ani ovlivnit při ztrátě soběstačnosti, změně zdravotního stavu, zhoršených kognitivních funkcí nebo při procesu umírání (Kisvetrová, 2018). Dle Wichsové (2012) je základem pro zdravotní a sociální pracovníky pojetí *Menschenwürde* a je také základem lidských práv.

Existuje další rozdělení lidské důstojnosti – vnitřní neboli inherentní a na přisuzovanou. Inherentní důstojnost má každý člověk, protože je člověkem. Nezáleží zde na věku, inteligenci, zdravotním stavu, bohatství a schopnostech. Všichni jsou si rovni a má být tak přístupováno ke všem stejně. Tento typ důstojnost nelze ztratit, nemůže narůst ani se zmenšit. (Munzarová, 2011a). Dle Čápa (2016) je inherentní

důstojnost, která je spjatá s podstatou lidské existence také existenciální hodnotou. Každý člověk je jedinečná osobnost. Je jedinečný tím, že je neopakovatelný a dočasný, a tím je zvýšena jeho existenciální hodnota. Právě proto, že je každý jiný a nikdo tu nebude navždy, tak v důstojnosti jsou si všichni rovni. Setkání s druhým člověkem je vzácná událost, kdy se setkají dvě unikátní existence, které jsou jedinečné, neopakovatelné a právě proto, bychom měli během tohoto střetnutí zachovat úctu a respekt vůči rozdílnosti druhého člověka a projevit tak lidskou důstojnost (Čáp, 2016). Z inherentního pojetí lidské důstojnosti vycházejí lidská práva a je základem pro lékařskou etiku. Přisuzovaná důstojnost se také nazývá kontingentní. Tento typ důstojnosti lze ztratit i získat dle hodnocení druhých lidí. Záleží na vlastnostech, schopnostech a postavení člověka. Vážná onemocnění a umírání jsou útokem na kontingentní důstojnost (Munzarová, 2011a). Podle Čápa (2016) je při kontingentní důstojnosti velice důležitá osobní zkušenost a interakce se zdravotnickými pracovníky během péče o nemocného. Je založená na sebeúctě. Lze ji obnovit, narušit, a také ztratit (Čáp, 2016).

Lidská důstojnost je záležitostí intrasubjektivní a také intersubjektivní a týká se nejen nemocných, ale i ošetřujícího personálu. Během setkání nemocný odhaluje svou intimitu a svěřuje se se svým trápením. Ošetřující personál by měl toto vnímat jako poctu a jednat v dobro a zájmu pacienta. Vžitá zkušenost vlastní důstojnosti je vnímána v osobním setkání nemocného a ošetřujícího (Munzarová, 2011b).

Monoteistická náboženství vysvětlují důstojnost člověka tím, že byl stvořen Bohem k obrazu a podobě Boží, a proto mu lidská důstojnost náleží (Munzarová, 2011a). Jedná se o náboženství jako je křesťanství, judaismus a islám (Munzarová, 2011b)

1.2.1 Důstojnost z pohledu práva

Ochranu lidských práv významně ovlivnila Organizace spojených národů, která napomohla k vytvoření souboru právních norem na ochranu lidských práv. Tento soubor představuje univerzálně uznávaný kodex, který převzala řada států do vlastních právních systémů. Základem souboru je Charta OSN a Všeobecná deklarace lidských práv, která byla posílena Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod (Janošec, 2014). Všeobecná deklarace lidských práv je reakcí na nacismus v období druhé světové války, kdy docházelo k nepopsatelné brutalitě, chladnokrevnému vyvražďování milionů nevinných a utrpení lidstva. Docházelo k potlačování lidské důstojnosti. Lidská důstojnost je zde chápána jako nejvyšší hodnota právního řádu vůbec a spočívají na ni lidská práva (Svobodová, 2012). Velký pokrok biologických a lékařských věd dal vznik Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti

s aplikací biologie a medicíny (Munzarová, 2011b).

V České republice je součástí ústavy Listina základních práv a svobod. Z této listiny je patrná úcta k životu v nemoci i umírání. Zohledňuje práva jednotlivce, jeho svobodu a vyzdvihuje lidskou důstojnost (Elichová, 2017).

Princip lidské důstojnosti je základní součástí práv nemocných, Etického kodexu České lékařské komory a etických kodexech pracovníků ve zdravotnictví (Svobodová, 2012). V úvodu Etického kodexu sester vypracovaného Mezinárodní radou sester je obsaženo, že součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv – právo na život, na důstojnost a na zacházení s úctou (ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2017). Kodex předložený Českou asociací sester uvádí, že sestra při poskytování ošetrovatelské péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a respektuje pacientovo právo na sebeurčení (Svobodová, 2012). Etická povinnost sestry je chránit a respektovat základní lidská práva, a to především lidskou důstojnost (Kutnohorská, 2007).

1.2.2 Význam lidské důstojnosti

Pro umírajícího je zachování důstojnosti jednou z nejdůležitějších potřeb. Pocit ztráty důstojnosti je tak spojen s pocitem špatné kvality života. K ohrožení pocitu důstojnosti vede bezohledné chování, nerespektování osobních přání, nedostatečná péče, nerespektování autonomie umírajícího, stud, zahanbení, diskomfort a bolest, která není dostatečně tlumená. Nemocní se bojí bolesti, osamělosti, bezmocnosti, způsobu, jakým budou umírat a že jim nebude poskytována péče, která respektuje jejich autonomii a důstojnost. Obavy nemocných mohou pramenit v úrovni poskytované péče a ve stylu chování poskytovatelů péče (Kisvetrová, 2018). Umírající člověk velice dobře vnímá, jak ostatní reagují – smutné výrazy obličeje, obtíže při rozhovoru, lítost, krátké návštěvy a je přesvědčený, že už není respektovaný, žádoucí v lidské společnosti a je spíše přítěží. (Munzarová, 2011b). Ohrožení pocitu důstojnosti může u umírajícího vyvolat až touhu uspišit samotnou smrt (Kisvetrová, 2018). Podle Munzarové (2011b) je pocit ztráty důstojnosti jeden z častých důvodů, proč umírající žádají o eutanazii v Holandsku. V současné době existuje Model důstojnosti nevléčitelně nemocných, který vytvořil Chochinov na základě výsledků výzkumu. Zahrnuje tři oblasti – obavy spojené s onemocněním, repertoár zachování důstojnosti a souhrn sociální důstojnosti. Tento model umožňuje blíže chápat faktory a příčiny, které vedou k ohrožení důstojnosti a může být pomůckou při stanovení intervencí k zachování lidské důstojnosti.

V současnosti, kdy dochází k institucionalizaci smrti, tak zajistit důstojné umírání

lze především přístupem zdravotnického personálu. Duchovní pohoda, blízkost pečujících a péče, která je poskytována s respektem a k podpoře zachování důstojnosti má zásadní význam pro umírající. Je to ochrana před úzkostí ze smrti a umožňuje umírajícímu naplnit jeho představy o důstojném umírání (Kisvetrová, 2018). Morální povinností sester je ošetřovat pacienta s úctou k jeho lidské důstojnosti. (Ondriová, Cinová, 2012).

1.2.3 Důstojné umírání

Důstojné umírání nezahrnuje pouze kvalitu poskytované péče, ale také pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života (Procházková, 2010). Dle Čápa et al. (2016) je důstojné umírání takové, které je ve shodě s hodnotami a preferencemi umírajícího člověka. Důstojné umírání spadá do tří dimenzí, kdy první je kvalitní péče o umírajícího s důrazem na psychosociální a spirituální potřeby. Druhá dimenze zahrnuje péči o blízké umírajícího a poté o pozůstalé. Třetí dimenze se týká péče o pečující, se zaměřením na prevenci syndromu vyhoření a podporu vzdělávání jejich kompetencí. (Špatenkova, 2014). Podle Haškovcové (2007) je důstojné umírání především o estetické stránce procesu umírání a jedná se o obětavé ošetřování umírajícího. V umírajícím bychom měli stále vidět dřívější kvalitní stránky jeho osobnosti (Haškovcová, 2007). Haškovcová (2007) a Ondriová a Cinová (2012) se shodují, že nejdůležitějším prvkem při důstojném umírání je osobní blízkost druhého člověka.

Důstojnou smrt lze definovat pěti kategoriemi. Měla by být bez utrpení, s redukcí lékařských zákroků, s pocitem bezpečí, s ohledem na autonomii pacienta a v neposlední řadě se smířením. Při důstojném umírání nesmí být opomenuty základní etické principy, kterými jsou princip autonomie, beneficence, nonmaleficence, spravedlnosti a informovanost. Nesmírně důležitý je princip autonomie a poukazuje na to, že zdravotníci musí respektovat chování a jednání umírajícího až do jeho smrti (Ondriová, Cinová, 2012).

Je nezbytné, aby každá sestra byla obeznámená a co vše obsahuje pojem důstojné umírání a jaká je filozofie hospicové péče o umírající. Tuto péči by měla být schopna přenést do jiného prostředí a propojit ji tak s praxí, aby byla ve všech oblastech sesterské práce. Základem je dostatečná míra empatie a schopnost vcítit se do pocitů umírajícího (Cichá, 2014).

1.2.4 Kvalita života

Důstojná smrt je často spojována s pojmem kvalita života (Haškovcová, 2007).

Kvalitu lze vyjádřit jako hodnotu nebo jakost (Gurková, 2011). Dle Markové (2010) se kvalita života dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Kvalitu lze definovat v širším pojetí nebo z individuálního hlediska. Z širšího pojetí souvisí s životem, který je absolutní hodnotou a jedná se především o kvalitu života větších společenských celků jako jsou země či kontinenty. Z individuálního hlediska lze kvalitu života popsat jako subjektivní pocit pohody zahrnující oblast fyzickou, psychickou, sociální a duchovní (Olišarová et al., 2013). Pro poskytování kvalitní a efektivní ošetrovatelské péče, je zásadní chápat vymezení vztahu kvality života k ošetrovatelství. Zhodnocením jednotlivých oblastí, které spadají do kvality života najdeme možné nedostatky a získáme možnost plánovat péči, která bude nejvíce prospěšná pro pacienta v souladu s jeho potřebami a preferencemi. Životní spokojenost, schopnost uspokojovat své potřeby a naplňovat svůj potenciál jsou v ošetrovatelství klíčové (Olišarová et al., 2013).

Základním cílem paliativní péče je kvalita života umírajícího a jeho rodiny (Bužgová, 2015). Je potřeba každého člověka vnímat jako jedinečnou bytost, respektovat důstojnost, podporovat jeho sociální vazby i zdroje naděje a potěšení (Sláma, 2012). Nemoc a umírání ovlivňují prožívání kvalitního života, které se mění (Marková, 2010). Pacienti, kteří mají dostatečně tlumenou bolest, příznaky onemocnění a jsou u nich podporovány psychosociální a spirituální potřeby mají lepší kvalitu života (Bužgová, 2015).

1.3 Definice a vymezení paliativní péče

Paliativní péče nemá jednotnou definici a existuje jich několik (Marková, 2010). Dle standardů paliativní péče (2013) definice zní, že „*Paliativní péče, je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem je paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovi důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.*“ (Standardy paliativní péče, 2013, s.5). Péče umírajícímu a podpora jeho blízkým je poskytována od multidisciplinárního týmu, a to bez ohledu, zda je paliativní péče poskytována v nemocnici, doma nebo v hospici (Kupka, 2014). Multidisciplinární tým je založen na spolupráci lékařských, ošetrovatelských, psychologických, sociálních a duchovních pracovníků (Standardy paliativní péče, 2013). Dle Bužgové (2011) patří do multidisciplinárního týmu také členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Smrt je při péči o pacienta chápána jako součást lidského života a každý tuto závěrečnou část svého života prožívá individuálně a je na něj

tak nahlíženo. Paliativní péče tak vychází z přání, potřeb a hodnotových priorit pacientů a jejich rodin (Standardy paliativní péče, 2013). Jedna z důležitých zásad paliativní péče je také zapojení rodiny do péče o pacienta a rodinné příslušníky, a poté podpora po smrti pacienta v době zármutku a truchlení (Bužgová, 2011).

1.3.1 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit dle komplexnosti péče na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měli poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci v rámci své odbornosti (Bužgová, 2015). Základní je včasné rozpoznání nevléčitelného stavu, dále rozpoznání a sledování oblastí, která jsou důležité pro zajištění kvality života pacienta. Patří sem především léčba symptomů, empatická komunikace, podpora rodiny, respektování autonomie nemocného a doporučení k dalším odborníkům (Marková, 2010). Dle Bužgové (2015) do obecné paliativní péče spadá také empatická komunikace. Součástí multidisciplinárního týmu pro obecnou paliativní péči je ošetřující lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog, či jiný specialista (Standardy paliativní péče, 2013). Obecná paliativní péče je v České republice poskytována v akutní péči v nemocnici, dlouhodobě v domově pro seniory nebo na oddělení následné péče. Ve vlastním sociálním prostředí pak obecnou paliativní péči poskytují agentury domácí péče. Potřeba kvalitní a dostupné obecné paliativní péče stále stoupá. Většina chronicky nemocných umírá na akutních lůžkách, nebo jsou minimálně jednou či vícekrát hospitalizováni v posledních 3 měsících života (Paliativní péče v České republice 2016, 2016).

Specializovaná paliativní péče je aktivní péče vykonávaná týmem vyškolených odborníků a zajišťuje péči o nemocné s obtížemi, které převyšují možnosti obecné paliativní péče (Bužgová, 2015). Specializovaná zařízení paliativní péče jsou ve formě oddělení paliativní péče, hospiců lůžkových a domácích, konziliárních týmů, ambulancí, denních stacionářů a zvláštních zařízení jako jsou např. poradny. Hrají důležitou roli při podpoře ostatních zdravotníků, kteří poskytují paliativní péči v nemocnici i mimo ni (Marková, 2010).

1.3.2 Paliativní péče v nemocnici

Nemocnice jsou místem, kde dochází k úmrtí nejčastěji, péče v závěru života zde ale není zcela adekvátní (Bužgová, 2015). Mezi nedostatky patří nedostatečně mírněná bolest a další symptomy, absence podpůrné komunikace, psychologické, sociální a duchovní podpory pacienta a jeho rodiny. Další vážné nedostatky jsou ve vybavení

pomůckami, nedostatku soukromí a chybění zázemí pro rodiny a blízké (Paliativní péče v České republice 2016, 2016). Dle Markové (2010) je k vykonávání dobré paliativní péče zapotřebí vyšší počet personálu, než je stanoven jako minimální pro jednotlivá oddělení. Dalšími bariery při poskytování paliativní péče v nemocnici jsou nedostatečné zdroje, nedostatek času na komplexní péči, nedostatek specialistů a nedostatečné vzdělávání o paliativní medicíně a péči. Důležitou součástí při poskytování paliativní péče v nemocnici je individualizovaná péče, která je zaměřená na hodnocení potřeb pacientů. Další z možností, jak zlepšit kvalitu paliativní péče v nemocnici je rozšíření paliativních týmů v nemocnicích (Marková, 2010). V USA jsou velice rozšířené nemocniční podpůrné týmy paliativní medicíny. Jedná se o multidisciplinární týmy specialistů, kteří poskytují pomoc, podporu nebo přímou péči. Podpůrné týmy mohou snížit počet úmrtí v nemocnici, edukují ostatní zdravotnický personál, zajistí léčbu bolesti a jiných symptomů a vedou ke snížení finanční nákladů a zvýšení kvality ošetrovatelské péče v nemocnici (Bužgová, 2015). V nemocnicích je potřeba zvýšit vzdělanost lékařských i nelékařských pracovníků ohledně paliativní péče, zvýšit prostorovou a časovou dostupnost obecné paliativní péče a také humanizaci nemocničního prostředí (Koncept hospicové péče pro Českou republiku, 2017).

1.3.3 Paliativní péče v České republice

Paliativní péče v České republice se začala postupně vyvíjet až po roce 1989 a vývoj je tak opožděný oproti ostatním vyspělým zemím. Specializovaná paliativní péče v České republice se vyvíjí především jako lůžková hospicová péče. (Bužgová, 2015). V roce 2016 bylo provozováno 17 lůžkových hospiců a do budoucna se připravuje vznik dalších (Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza, 2016). Dojezdová vzdálenost do lůžkových hospiců není více jak 70km a jediným krajem, který stále není pokrytý je kraj Vysočina. Kromě lůžkové hospicové péče jsou v České republice domácí hospice, které poskytují specializovanou paliativní péči ve vlastním sociálním prostředí klienta, jejich počet však také není dostačující (Koncept hospicové péče pro Českou republiku, 2017). K rozvoji Paliativní péče přispěla také Asociace hospicové paliativní péče, která vydala v roce 2007 Standardy hospicové paliativní péče. Další neméně významným mezníkem bylo založení České společnosti paliativní medicíny, která uveřejnila v roce 2013 Standardy paliativní péče (Bužgová, 2015). Kromě domácích a lůžkových hospiců jsou v České republice ve výrazně menším počtu zastoupené také ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče a konziliární týmy paliativní péče v lůžkových

zdravotnických zařízení. Dle dostupných údajů z roku 2016 potřebuje paliativní péči každoročně více než 70 tisíc pacientů s chronickým nevléčitelným onemocněním. Téměř u 50 tisíc těchto pacientů lze zajistit tuto péči v rámci obecné paliativní péče a zbylých 20 tisíc v rámci specializované. Paliativní péče však není v České republice obecně dostupná, na náležitě odborné úrovni a její potřeba se bude nadále zvyšovat (Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza, 2016).

1.3.4 Úloha sestry při poskytování paliativní péče

Pro poskytování kvalifikované péče o umírající a jejich příbuzné je potřeba mít osvojené vědomosti a prakticky zvládnuté schopnosti a dovednosti týkající se této problematiky (Cichá, 2014). Sestra pomocí metody ošetřovatelského procesu identifikuje ošetřovatelské problémy umírajícího, stanoví ošetřovatelské diagnózy a provádí intervence v rámci ošetřovatelské činnosti (Slamková, 2013). Sestra musí mít zvládnutou také rovinu komunikace, naslouchání, porozumění a empatie. Nezbytné jsou rovněž etické požadavky na sestru, především respektování důstojnosti a autonomie (Cichá, 2014). Dle Markové (2010) je posílit důstojnost umírajícího člověka prvořadým úkolem sestry. Důležitá je znalost standardů, správná monitorace symptomů, základní postupy jejich léčby a nežádoucí účinky nežádoucí účinky běžně podávaných léčiv. Vhodně podat léky, které jsou psané dle potřeby. V rámci multidisciplinárního týmu, který se stará o umírajícího členy podporovat a účinně komunikovat (Marková, 2010). Samozřejmostí je dodržování etického kodexu sester a práva umírajících (Procházková, 2010).

1.4 Potřeby pacientů v paliativní péči

Vzhledem k tomu, že každý člověk je individualitou, tak nelze zobecnit potřeby umírajících pacientů. Pro zajištění kvalitní péče o umírající je tak potřeba uplatňovat holistický přístup a vnímat fyzickou, psychickou, sociokulturní a duchovní stránku člověka. Tyto stránky jsou neoddelitelně propojeny (Cichá, 2014). Pacienti v paliativní péči mají narušenou svou fyziologickou, psychickou, sociální a duchovní rovnováhu (Procházková, 2010). V případě narušení této rovnováhy nebo-li homeostázy vznikají potřeby. Potřeba je stav, který vzniká při pocitu nedostatku, nadbytku nebo touze něčeho dosáhnout. Tato touha nás motivuje k činnostem, kterými potřeby uspokojíme. Naplněním potřeb dochází k obnovení homeostázy (Šamánková, 2011). Potřeby lze klasifikovat dle A. Maslowa, který vytvořil tzv. hierarchickou teorii potřeb a je jedna z nejznámějších. Hierarchie určuje v pořadí jak prožíváme naléhavost potřeb. Teorie obsahuje rozdělení potřeb na nižší nebo-li základní a vyšší nebo-li potřeby růstu.

Do základních potřeb spadají potřeby fyziologické a potřeba bezpečí a jistoty. Mezi vyšší potřeby patří potřeba sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty a potřeba seberealizace. Při nemoci se potřeby pacientů mění nebo vznikají nové. Mění se rovněž priority potřeb a do popředí se často dostávají u umírajících potřeby spirituální (Bužgová, 2015). V závěru života jsou pro pacienty velice důležité potřeby sociální, a to především ne být sám (Bužgová, 2011). Abychom zachovali kvalitu života umírajícího je nezbytné uspokojovat jeho potřeby. Proces uspokojování potřeb tak tvoří jednu ze složek kvality života (Šamánková, 2011). Dle Kopecké (2011) je udržení kvality života nejdůležitější potřeba.

Fyziologické potřeby zahrnují úlevu od fyzických symptomů, bolesti a zachování síly. Jedná se o základní potřeby, které jsou primárně uspokojovány pro komfort pacienta. Jedná se především o péče o pokožku, prevenci proleženin, polohování, péči o vyprazdňování, pitný režim, nutriční, dýchací cesty, dutinu ústní a bolest. Vhodné je zapojit při péči o tyto potřeby pohlazení a dotek.

Do potřeby jistoty a bezpečí spadá důvěra ve zdravotnický personál, zajištění a příležitost mluvit o strachu a obavách (Bužgová, 2011). Pacient musí vědět, že nebude během umírání opuštěn a nenecháme ho samotného (Šamánková, 2011).

Potřeba sounáležitosti a lásky zahrnuje potřebu někam a někomu patřit. Jedná se o přítomnost pečujících a blízkých osob. Umírající potřebují vyslechnout, porozumění, něžné chování, aby měli pocit, že jsou milováni a mohli také oni milovat.

S potřebou uznání a sebeúcty je spojeno zachování úcty, samostatnosti. Důležitá je pro umírajícího se cítit jako normální člověk se zachovanou osobní identitou (Bužgová, 2011). Potřeba seberealizace téměř zaniká, pacient chce být ubezpečený, že za život něco stihnul dokázat (Šamánková, 2010). Chce sdílet své zkušenosti, moudra svému okolí a především pochopit smysl smrti a života.

Spirituálním potřebám není často věnována velká pozornost, přestože jsou velice důležité pro umírajícího a měli by být součástí veškeré ošetrovatelské péče (Bužgová, 2011). Duchovní potřeby mají také pacienti, kteří nejsou věřící. Slouží ke snížení existenciální úzkosti a vyrovnání se s nemocí. Pacient má možnost mluvit o tom, co pro něj celý život znamenal (Kvasnicová et al., 2011). Patří sem potřeba vztahu k absolutnu, potřeba naděje, důstojnosti, svobody, poznání dobra, krásna a nakonec důvěra, porozumění, láska a přátelství (Bužgová, 2011).

1.5 Komunikace s umírajícím pacientem

Základní předpoklad pro dobrou paliativní péči, je otevřená a empatická komunikace s umírajícím (Sláma, 2012). Umírající potřebuje stále kolem sebe vnímat blízkost druhých lidí a komunikovat s nimi, ať už verbálně, či pouze neverbálně. Pro vyrovnání se se svým osudem potřebuje psychickou podporu (Dubcová, 2011). Dle Slamkové (2013) je komunikace stejně důležitá jako lékařská pomoc, zmírnění bolesti a ošetrovatelská péče.

Dle Ptáčka (2011) je komunikace série dovedností a je zapotřebí specifických dovedností, které mohou být naučeny a nejedná se pouze o samotné zkušenosti a předpoklady. Pro efektivní terapeutickou komunikaci jsou důležité dovednosti a jedná se o přípravu prostředí, navození důvěry, vyjasnění účelu rozhovoru, empatii, aktivní naslouchání, analýzu verbálních a neverbálních projevů pacienta, schopnost získávat informace a objasnit problémy. Zlepšit komunikační dovednosti lze supervizí se zkušenou osobou, vzděláváním, podporou kolegyň, semináři, při spolupráci s pacientem a jeho rodinou, a nakonec duševní pohodou. Trénování komunikačních dovedností, podpora, chuť a motivace ke změně vedou ke zlepšení terapeutické komunikace.

Úspěšně zvládnutá terapeutická komunikace vede ke zjištění aktuálních problémů pacienta, zajištění intervencí a následného hodnocení úspěšnosti intervencí. Zvládnutí efektivní komunikace tak umožňuje sestře získat potřebné množství informací a uspokojit potřeby pacienta. Pozitivně ovlivňuje psychický stav, kvalitu života a tělesné obtíže umírajících. Náhodná komunikace mezi umírajícím a zdravotnickým pracovníkem postrádá větší účel. (Pollard, Swift, 2005). Dle Slamkové (2013) je cílem komunikace také projevit respekt, důvěru, pozornost a prostor pro myšlení a cítění. Umírající při správné komunikaci cítí bezpečí a jistotu, že zvládnou okamžik smrti v rukách zdravotníků (Dubcová, 2011).

Je potřeba vnímat každého pacienta jako jedinečnou bytost a takto k němu přistupovat. Je důležité si najít na pacienta čas, kdy nebudeme rušeni a budeme se mu moci věnovat a být trpělivý a nespěchat. U pacientů, kteří mají změněné vnímání a narušené vědomí zachovat důstojnost. Všimnout si neverbálních projevů, které mají také svou důležitost. Brát vážně co nám pacient říká, projevit zájem o jeho cíle, zajímat se o jeho pocity. Být laskavý, naslouchat, samotné pohlazení, úsměv a vzetí za ruku má velký význam. Umírající mají často úvahy o životě, co je čeká po smrti, bilancují a hledají smysl života. Sestra by měla umírajícího vyslechnout, povzbudit a respektovat jeho

názory a vyjádřit porozumění. Není špatně říci, že nevíme (Kalvínská, 2011). Také ticho má svou důležitou roli během rozhovoru, pacientovi dává možnost přemýšlet, nebo se jedná o ticho, při kterém je pacient naprosto spokojený. V opačném případě může být pacient ticho, protože je šokován či v rozpacích, že neví jak dál. Naslouchat pacientovi nelze pouze ušima, ale je nezbytné také srdcem a očima (Slamkova, 2013). S pacientem je správné mluvit ve stejné úrovni, pokud on leží, tak si sednout do jeho úrovně (Kalvínská, 2011). Dle Slamkové (2013) je vhodné se k pacientovi také mírně naklonit, udržovat oční kontakt a vyhýbat se rušivým gestům a na konci rozhovoru ho celý sumarizovat, čímž mu dáme najevo, že jsme ho poslouchali. Naprosto nevhodné je odmítat či zesměšňovat pacientovi úvahy, bagatelizovat, brát mu naději, vnučovat své životní postoje a lhát (Kalvínská, 2011).

Zdrojem komunikačních potíží jsou komunikační bariéry, které mohou být na straně pacienta, zdravotníků nebo se jedná o nedostatečný čas. Komunikační obtíže na straně pacienta jsou neochota svěřit se s problémy, multikulturní problémy a individuální preference způsobu komunikace. Zdravotníkovi komunikační obtíže se týkají nedostatečných komunikačních dovedností, nedostatečného vzdělání a neuvědomění si svých hodnot a přesvědčení. Řada výzkumů poukazuje na to, že se zdravotnický personál chová způsobem, který blokuje komunikaci. Jsou ignorovány emocionální projevy pacienta, poskytuje se falešná naděje, změní se téma rozhovoru. Pozornost je věnována pouze praktickým úkonům a tělesným symptomům. Objevují se nedostatky v diagnostických dovednostech a neschopnosti rozpoznat problém (Pollard, Swift, 2005). Dle Kalvínské (2011) může hrát roli také únava zdravotníků, obavy naslouchat otázkám existence, a především nechuť a strach hovořit o smrti. Aby sestra zvládla komunikaci s umírajícím pacientem, tak je potřeba, aby ona sama měla vyjasněné postoje ke smrti a umírání (Dubcová, 2011). Není možné nekomunikovat, mezi sestrou a pacientem dochází k výměně informací neustále. Verbální komunikace s umírajícím člověkem je velice náročná a pokud je sestra bezradná, je dobré ji nahradit alespoň komunikací neverbální (Slamkova, 2013).

1.6 Péče o rodinu a blízké umírajícího

Pacienti, kteří umírají v zařízení jsou vytrženi ze své rodiny místem, komunikačně i citově (Marková, 2010). Těžkým a náročným obdobím prochází při umírání také rodina a blízcí umírajícího (Slamkova, 2013). Očekává se, že blízcí budou umírajícího doprovázet, ale také oni potřebují být doprovázeni (Mokrejšová, 2011). Podpora blízkých a rodiny umírajícího vede k rozvoji jejich schopností poskytnout podporu citovou,

praktickou, dále přizpůsobit se nemoci umírajícího a následně i vyrovnat se se zármutkem a ztrátou. Tato podpora začíná již při stanovení konečné prognózy pacientovi. Umírání jejich blízkého je období, kdy dochází k postupné ztrátě a zármutek se objevuje již před samotným úmrtím (Bužgová, 2011). Při poskytování péče o příbuzné je kladen důraz na uspokojování jejich potřeb. Pokud nejsou jejich potřeby uspokojeny, tak nejsou schopni poskytnout svému blízkému citovou a praktickou podporu a častěji mají sami psychické a fyzické obtíže. Nejdůležitější potřeby příbuzných a blízkých jsou ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže, dále dostatek informací, emocionální podpora a praktické dovednosti v péči (Kristjanson, 2005). Pokud je rodina dostatečně informovaná, tak ví, že na to nejsou sami. Sestra by měla zajistit příbuzným oporu, nechat je projevit své emoce, ujistit se, jak to vše zvládají, či se zeptat, jaké myšlenky jim nedají spát a poskytnout radu při praktických dovednostech v péči o umírajícího (Marková, 2010.) Podpora rodiny by měla být přiměřená a mělo by být respektováno soukromí rodiny (Bužgová, 2015). Veškerý čas, který může rodina strávit s umírajícím je během návštěv. Úlohou paliativního týmu je, že by měl udělat maximum pro to, aby mohli s umírajícím trávit co nejvíce času. Návštěvám může chybět tok hovoru, mohou být rozpačité, napjaté, nebo jsou často ovlivněny, pokud jejich blízký leží na vícelůžkovém pokoji, kde nemá soukromí (Marková, 2010). Sestra by měla dodávat odvalu členům rodiny ke komunikaci s nemocným, povzbuzovat je, aby ho navštěvovali co nejvíce a aby rozdělili své síly a dopřáli si dostatek odpočinku. Zajistit dostatečný klid pro komunikaci a učit je, že i komunikace s člověkem, který je v bezvědomí má také velký význam (Kalvínská, 2011).

První část rozhovoru s pozůstalými vždy zůstává na ošetřujícím lékaři. Je povinností lékaře, aby osobně tuto zprávu sdělil rodině, a to na klidném místě, kde se posadí a budou mít dostatek soukromí (Kupka, 2014). Také sestry a celý zdravotnický tým by měl zvládat důstojně rozhovor s pozůstalými (Kutnohorská, 2007). Při práci s pozůstalými je nutné především aktivní naslouchání, umět mlčet a projevit soustrast (Kupka, 2014). Podrobně popsat okolnosti úmrtí, nespěchat, nebránit se diskuzi a odpovídat věcně. Po zklidnění je rodina seznámena s administrativou a je jí předána pozůstalost. (Kutnohorská, 2007).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Zjistit, jaký je subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1

Co sestry považují za důležité pro zajištění důstojného umírání?

Otázka 2

Jaké faktory ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče o umírající v nemocničním prostředí?

Otázka 3

Jaká je znalost sester o potřebách terminálně nemocných pacientů?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část práce byla zpracována kvalitativním výzkumem s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněny s praktickými a všeobecnými sestrami, které pracují v nemocnici. Před samotným provedením výzkumného šetření, bylo potřeba požádat o písemné schválení k provedení výzkumu.

Výzkumné šetření probíhalo v květnu roku 2020. Rozhovor se skládal z 19 otázek. První část otázek byla úvodní, kdy sestry sdělily jejich věk, vzdělání a délku praxe. Druhá část otázek se týkala lidské důstojnosti. Především toho, co si sestry představují pod pojmem „lidská důstojnost“, jak si myslí, že souvisí s umíráním, a jak si představují důstojné umírání. Třetí část otázek se týkala umírání v nemocnici. Zda je možné v nemocnici důstojně zemřít, co je důležité pro zajištění důstojného umírání a jaké faktory ovlivňují kvalitu péče o umírající v nemocničním prostředí. Následující část otázek se zabývala paliativní péčí. Jaká jsou specifika péče o umírající, jaká je úloha sestry v péči o umírajícího, jeho potřeby a komunikace s ním. Sestry dále odpovídaly, zda by ocenily zřízení paliativního týmu a další vzdělávání o problematice paliativní péče. Poslední část otázek byla zaměřena na vnímání smrti a jaký sestry zaujímají vůči smrti postoj. Jaké bylo jejich první setkání se smrtí a jak se cítily.

Celý rozhovor trval téměř 25 minut. Rozhovory byly písemně zaznamenávány a ihned přepisovány do programu Microsoft Word. Většina probandů se vyjádřila, že tato možnost jim vyhovuje. Zvukový záznam nikoliv.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen 9 sestrami. Jednalo se o praktické nebo všeobecné sestry, které pracují na vybraných nemocničních odděleních. Tvořily ho sestry, které mají středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání. Jejich délka praxe se pohybovala od 1 roku až do 22 let. Věk probandů se pohyboval od 21 do 45 let.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika probandů

Tabulka 1 Charakteristika probandů

Sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka pracovních zkušeností v nemocnici (roky)
S1	22	Středoškolské	1
S2	21	Středoškolské	3
S3	35	Bakalářské	14
S4	30	Středoškolské	10
S5	45	Magisterské	10
S6	23	Středoškolské	1
S7	33	Vyšší odborné	7
S8	33	Vyšší odborné	10
S9	44	Středoškolské	22

(Zdroj vlastní)

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Kategorie 1 Smrt

Tabulka 2 Smrt

Smrt	Postoj ke smrti
	První setkání se smrtí

(Zdroj vlastní)

První kategorie je zaměřena na smrt. Zahrnuje postoj probandů ke smrti a jejich první setkání se smrtí. Kategorie tvoří dvě podkategorie.

Postoj ke smrti

První podkategorie představuje, jaký mají probandi postoj ke smrti a jak ji vnímají. Nejčastěji je smrt vnímána probandy jako součást života, která k životu patří. Konkrétně se takto vyjádřili S2, S4, S5, S6, S7 a S8. S2 odpověděla: „*Myslím si, že to k životu patří a každý z nás musí jednou zemřít.*“, S4 odpověděla: „*Takový, že k životu patří. Je potřeba aby jeden život skončil a druhý mohl začít.*“, S5 doplnila, že je důležitá také situace, ve které se člověk nachází: „*Je to součást běžného života. Je to individuální podle situace, v které se člověk nachází.*“, S6 odpověděla, že: „*Je to součást života, je to smutné pokud zemře mladý člověk, ale ke stáří smrt patří.*“. S8 taktéž uvedla: „*Smrt je součást života.*“. S8 dále doplnila svou odpověď tím, že se samotné smrti bojí: „*Přesto se smrti bojím a nedokážu si představit, že už by přišla.*“. Obdobně odpověděla i S7: „*Myslím si, že je to jediná spravedlnost. Bojím se, že někdy dopadnu tak, abych někde čekala až dostanu napít, jen koukala do stropu, vše vnímala a pomalu umírala.*“. S1 a S3 vnímají smrt jako osvobození, pokud jsou ty lidé nemocní a věří, že jim je poté lépe. S1 uvádí: „*Že pro ty lidi je to osvobození a věřím, že se znovu narodí. Jsem ráda, že se jim uleví.*“. S1 dále doplnila, že cítí také úlevu, jelikož vnímá péči o umírající jako náročnou: „*Mě potom také. O tyto lidi je větší práce – co se týká krmení, hygieny a jiných věcí. Je to velice náročná péče.*“. S3 pak odpověděla následovně: „*Vidím to jako úlevu pro ty lidi, když jsou hodně nemocný. Věřím, že jim je pak lépe a netrpí. Často vidím na těch lidech, že nechtějí být na obtíž a cítí se špatně, když začínají být závislý na ostatních a nevládají již vše sami.*“. S9 konstatovala, že postoj ke smrti je ovlivněn tím, jak člověk vnímá svou smrtelnost: „*Na to jsem slyšela jednu krásnou větu - Aby*

člověk přijmul smrt, musí nejdřív přijmout vlastní smrtelnost. ‘‘

První setkání se smrtí

Tato podkategorie představuje, jaké bylo první setkání probandů se smrtí. Jak se cítili a kdy toto setkání nastalo.

První setkání se smrtí si téměř všichni probandi vybaví v nemocnici (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9). Pouze proband S8 uvedl, že své první setkání se smrtí zažil již mimo nemocnici. S8 uvedla: *„ První setkání se smrtí sem zažila v rodině v dospívajícím věku. ‘‘* Následně si S8 vzpomněla, jaké bylo její první setkání se smrtí v nemocnici, přestože se se smrtí již dříve setkala, tak se cítila nepříjemně a bála se: *„ V nemocnici moje první setkání se smrtí proběhlo ještě docela důstojně. Sloužili jsme noční v jedné. Sestřičky mi při předávání naznačily, že paní zřejmě zemře. Hrozně jsem se bála, nakonec se tak stalo a bylo mi to hrozně nepříjemné. Jelikož byla paní na pokoji sama, nechala jsem si jí po zaopatření těla tam. Její jméno si pamatuji dodnes. ‘‘* Probandi S1, S2, S4 a S9 uvedli, že jejich první setkání zažili brzo po nástupu do zaměstnání. S1 uvedla: *„ Poprvé to bylo, když jsem nastoupila do práce. Bylo to u pacientky, se kterou jsem se více poznala. Po tom, co se dostala do terminálního stádia, tak to bylo zvláštní. Když vnímáte toho člověka předtím a pak ho vidíte takhle. Na zdravotce jsem se s ničím takovým nesetkala, až potom v práci. Ta pacientka mi přirostla k srdci, často jsme si spolu povídali. Pamatuju si, jak měla odsávačku. Byla tam rodina, myslíš si, že víš, co máš říkat. Něco má člověk naučený, ale nejsi si tím jistej, protože si myslíš, že tím rodině nepomůžeš. Nevěděla jsem vůbec jak se mám chovat. Byla jsem pak smutná a cítila takové prázdno, protože víte, že toho člověka už nikdy neuvídíte. ‘‘* S2 odpověděla *„ Poprvé to bylo asi 2 týdny po nástupu do nové práce. Byl to pro mě šok, jelikož na zdravotce jsem to ještě nezažila. Bylo to náhlé úmrtí a nikdo jsme to nečekal. Bylo pro mě těžké se s tím srovnat. Neustále jsem na to myslela, i doma. Dodnes si vzpomenu na obličej i na jméno zemřelého. Necítila jsem se dobře, bylo mi toho člověka líto, trvalo dlouho, než jsem se naučila si to tak nebrat. ‘‘* S4 dodala, že člověk nesmí být tolik citlivý a vnímavý, jelikož by to těžce zasáhlo jeho psychiku: *„ Poprvé to bylo, když jsem začala pracovat, byla to moje třetí služba. Cítila jsem se strašně – byla jsem v šoku, rozrušená. Byla jsem mladá a do té doby jsem nad smrtí více neuvažovala. Byl to zvláštní pocit tomu být tak nablízko. Bylo to u pána, který se moc těšil, že na Vánoce pojede za svou dcerou a den před Vánocemi zemřel. Člověk si to nesmí připouštět, jinak ho to zničí. ‘‘* S9 odpověděla: *„ Začala jsem zrovna pracovat v nemocnici a bylo to u devatenáctileté pacientky, která trpěla po porodu laktační psychózou. Vzala své babičce dvě balení Rytmonormu a vše*

spolykala. Bohužel na to nebylo žádné antidotum. Měla zástavu, a i přes veškerou snahu zemřela. Byl to smutný pohled, byla tak mladá. Když zemřela, tak jsem ji alespoň otevřela okno, aby její duše mohla odejít. Přišlo mi to vhodné.“ Probandi S3, S5, S6 a S7 se setkali se smrtí v nemocnici již při studiu. S3 uvedla: „Poprvé to bylo na zdrávce. Byla jsem ve třetím ročníku a měla jsem praxi na chirurgii. Pamatuji si, že jsem z toho byla v šoku a cítila jsem smutek.“ S5 odpověděla: „Poprvé jsem se se smrtí setkala v nemocnici na praxích. Vybavuji si, že jsem byla vystrašená a bála jsem se, zda to dělám dobře.“ S6 uvedla: „Poprvé jsem se se smrtí setkala v nemocnici na praxích. Bylo to očekávané úmrtí u pacientky v terminálním stádiu. Cítila jsem lítost.“ S7 odpověděla: „Poprvé to bylo na praxích na zdrávce. Bylo to u pacientky, se kterou jsem se den před tím bavila a druhý den jsem přišla a dozvěděla jsem se, že zemřela. Brečela jsem a bylo mi to líto.“

Kategorie 2 Lidská důstojnost

Tabulka 3 Lidská důstojnost

Lidská důstojnost	Co je lidská důstojnost
	Lidská důstojnost a umírání
	Jak vypadá důstojné umírání

(Zdroj vlastní)

Druhá kategorie je zaměřena na lidskou důstojnost, a to zejména na to, co je lidská důstojnost, dále lidská důstojnost a umírání a jak vypadá důstojné umírání. Tato kategorie se skládá ze třech podkategorií.

Co je lidská důstojnost

V této podkategorii se probandi vyjadřovali, co je lidská důstojnost a co si pod tímto pojmem představují.

Probandi S1, S2, S3 a S6 se shodují, že lidská důstojnost souvisí s úctou, respektem a slušným chováním. S1 odpověděla: „Slušné chování a úcta k člověku při jeho ošetřování.“ S2 uvedla: „Myslím si, že je to respekt k člověku. Že nebude nějakým způsobem ponižován, ale budu se k němu chovat slušně.“ S3 dodala, že je důležité zachovat lidskou důstojnost i vůči personálu: „Moralitu - úctu k pacientovi, lidem

a respektování. Je to vzájemné – i k nám.“ S6 uvedla: *„Představuji si pod tím úctou k tomu pacientovi během ošetřování. Např. zachovat intimitu.“* Probandi S4, S5, S7, S9 si pod pojmem lidská důstojnost představují práva pacientů a uspokojování potřeb. S4 uvedla: *„Pacient má právo na určité věci, které je potřeba dodržovat. Např. zachování intimity, soukromí a být bez bolesti.“* S5 odpověděla: *„Respektování práv pacienta a jeho osobní potřeby.“* S7 sdělila: *„Zachování a uspokojení základních potřeb.“* S9: *„Zachování soukromí, intimity a styku s rodinou.“* Proband S8 vnímá důstojnost jako něco vysoce nadřazeného, co je nepřipustné porušit: *„Lidská důstojnost je pro mě něco jako svátost. Vnímám ji jako ochranu před ponížením jakéhokoliv druhu a její porušení je pro mě nepřipustné.“*

Lidská důstojnost a umírání

Tato podkategorie poukazuje na to, jak si probandi myslí, že souvisí lidská důstojnost s umíráním.

Všichni probandi se shodují v tom, že lidská důstojnost souvisí s umíráním. S3 odpověděla: *„Je to propojené. Při umírání je také potřeba se k tomu člověku chovat s úctou.“* S4 dále zdůraznila důležitost vztahu v souvislosti s klidným umíráním: *„Jsou propojeny. Nemělo by to být opomíjeno. Je to důležité pro klidnou smrt.“* S5 se vyjádřila stručně a výstižně: *„Úplně, je to jeho neoddelitelná součást.“* S6 uvedla: *„Hodně. Protože umírání by mělo být důstojné. Je potřeba snažit se být pacientovi oporou, naslouchat mu, dát mu najevo, že jsme tu pro něj.“* S7 odpověděla: *„Určitě to s tím souvisí. Je potřeba uspokojovat potřeby – především blízkost rodiny, dále zachovat intimitu – neodhalovat toho pacienta, zajistit soukromí, tišit bolest. Umírání by mělo být vždy důstojné.“* S9 odpověděla také velice stručně a výstižně: *„Zcela. Je to propojené jedno s druhým“* Probandi S1, S2 a S8 doplnili svou odpověď tím, že vyjádřili pochyby v tom, že je v nemocnici dodržována lidská důstojnost v souvislosti s umíráním. S1 odpověděla následovně: *„Mělo by to být součástí péče, ale realita je jiná. Často vidím pacienty, kteří jsou v terminálním stádiu a umírají. Nevyjadřují se, jen koukají a nereagují na bolest. Myslím si, že hodně trpí a smrt je pro ně vysvobození. Umírající pacienti tu máme často, ale důstojné umírání tu zajištěné nemají.“* S2 reagovala obdobně: *„Podle mě je důležité zachovat důstojnost umírající osobě, ale moc se to nedodrží. Slušné chování k člověku je součástí péče o umírající. Jedná se např. o dopřání soukromí – třeba tím, že se dá zástěna, dále pohlázení a vhodná komunikace.“* S8 pak uvedla: *„Lidská důstojnost s umíráním souvisí. Pokud člověk umírá v normálním domácím prostředí,*

myslím, že bývá zachována. V nemocnici si tím tak jistá nejsem.“

Jak vypadá důstojné umírání

Podkategorie vypovídá o tom, jak a případně kde si probandi představují důstojné umírání.

Probandi S1 a S2 se ztotožňují s názorem, že důstojné umírání si představují v hospici. S1 zdůraznila, že je důležitý lidský přístup: *„V lůžkovém hospici. Líbí se mi ten přístup k těm lidem, takhle si představuju důstojnost v rámci umírání.“* S2 doplnila odpověď tím, že důstojné umírání by mělo obsahovat kvalitně tlumenou bolest, péči vyškoleného personálu, dostatek soukromí a přítomnost rodiny: *„Důstojné umírání si představuji v hospici. Umírající je v péči profesionálně vyškoleného personálu, který má na něj dostatek času. Má tam soukromí a může tam být s ním i člen rodiny na pokoji. Kvalitně tlumená bolest.“* S3 zdůraznila, že to záleží na rozhodnutí pacienta. Je důležité, aby nebyl sám. Pozitivně se přikláněla také k možnosti hospicové péče: *„Tam kde si sám rozhodne pacient. Většinou to rozhoduje rodina. Myslím si, že není špatný také hospic. Důležitá je především blízkost – chytout ty lidi za ruku, pohládit je. Sama nabízím těm lidem, zda si nechtějí popovídat.“* Přítomnosti rodiny, nebo jiné osoby také dále uvedli jako důležité probandi S4, S5, S6, S7, S8 a S9. Stručně se vyjádřila S9: *„V rodině, hospici. Kdekoliv za přítomnosti rodiny. Ne moc často to jde.“* Obdobně odpověděla S5 a zdůraznila, že je rovněž důležité uspokojení základních potřeb: *„V okruhu blízkých ideálně, poté je jedno kde. Doma je to v přirozeném prostředí. Důležité je, aby měl pacient uspokojené základní potřeby – byl bez bolesti, měl zajištěnou stravu a tekutiny.“* Probandi S4, S6 ve svých odpovědích dále zmínili, že je důležité příjemné prostředí a toho lze nejlépe dosáhnout v domácím prostředí. S6: *„Myslím si, že nejlepší je to pro pacienta doma, tam se cítí nejlépe. Je v příjemném prostředí a v okruhu svých nejbližších.“* S4 odpověděla obdobně a zdůraznila, že je důležitá i léčba bolesti: *„V klidném prostředí a čistotě. Nejlépe doma, bez bolesti a s rodinou.“* Proband S7 svou odpověď doplnila tím, že je důležité také soukromí: *„Představuji si to v nějaké hezké místnosti, kde nejsou bílé stěny, nikdo vás nebudí ráno kvůli hygieně. Je tam soukromí a pacient tam je sám, může tam s ním být rodina a je tam i zázemí pro tu rodinu. Potom si myslím, že je jedno, pokud to bude v nemocnici nebo doma.“* Důležitost soukromí ve své odpovědi sdělila také proband S8 a své vyjádření doplnila o potřeby sociální, spirituální a zdůraznila individualitu pacienta: *„Samostatný pokoj s možností přítomnosti rodiny. Pokud rodina nemůže/nechce – tak přítomnost vyškoleného personálu na tyto situace. Kvalitní*

ošetřovatelská péče jako i u neumírajícího. Dále tišení bolesti. Pokud má pacient zájem, tak možnost navštívení kněze. Komunikace, pokud to zdravotní stav dovoluje. Dále pohlazení, držení ruky, cokoliv, co si pacient přeje a je možné to splnit.“

Kategorie 3 Péče o umírající v nemocničním prostředí

Tabulka 4 Péče o umírající v nemocničním prostředí

Péče o umírající v nemocničním prostředí	Důstojná smrt v nemocnici
	Důstojné umírání v nemocnici
	Faktory ovlivňující kvalitu péče o umírající v nemocnici
	Paliativní tým v nemocnici
	Potřeby umírajících

(Zdroj vlastní)

Třetí kategorie je zaměřena na péči o umírající v nemocničním prostředí. Jedná se o důstojnou smrt v a umírání v nemocnici, faktory ovlivňující kvalitu péče o umírající v nemocnici, dále paliativní tým v nemocnici a potřeby umírajících. Tato kategorie zahrnuje čtyři podkategorie.

Důstojná smrt v nemocnici

Podkategorie představuje názor sester na důstojnou smrt v nemocnici. Zda v nemocnici lze důstojně zemřít.

Téměř všichni probandi (S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9) se shodují, že v nemocnici nelze důstojně zemřít. S1 uvedla: *„Myslím si, že ne. Je potřeba větší množství personálu. Více času na ty lidi a méně práce s dokumentací. Zajistit více soukromí. Ty lidi zkrátka nemohou mít vše, co potřebují.“* S2 následně odpověděla: *„Myslím si, že ne, protože zde k tomu není přizpůsobené prostředí.“* S4 odpověděla obdobně: *„Moc to nejde. Pacient má málo soukromí a většinou je na pokoji s více pacienty. Chybí zázemí pro rodinu. Příjemnější prostředí, a ne vždy je dostatečně tlumena bolest.“* S5 pak uvedla: *„Myslím si, že ne. Šlo by to, pokud by bylo dostatek personálu a lepší podmínky pro pacienty. Např. jednolůžkové pokoje a zázemí pro jejich rodinu.“* S6 se vyjádřila následovně: *„Myslím si že ne. V dnešní době jsou sestry zahlceny dokumentací a mají podstatně méně času, který jim pak zbývá na pacienty.“* Probandi S7 a S8 zdůraznili, že je potřeba

podpora vedení a větší míra financování paliativní péče. S7 sdělila: „*Myslím si, že ne za takových podmínek, pokud by byly jiné, proč ne. Vedení se tomu brání.*“ S8 poté odpověděla: „*Myslím, že za současné situace ne. Není dostatek personálu. Vedení to nepodporuje a zdá se, že nepodporuje ani kvalitu péče. Do nemocnice by mělo jít více peněz na takovéto věci a ve vedení by měl být člověk se srdcem na pravém místě a ne, jen s kalkulačkou v hlavě. Není čas se lidem věnovat tak, jak by si zasloužili.*“ S9 vyjádřila svůj nesouhlas takto a upozornila na osamocení umírajících: „*Myslím si, že ne. Často ty lidi umírají sami a jsou vedle nich na pokoji ostatní pacienti.*“ Proband S3 si myslí, že v nemocnici lze zemřít důstojně, v případě, že je přítomna rodina: „*Myslím si že ano, pokud je přítomna rodina. Když vidím, že se blíží úmrtí toho pacienta, tak nemám problém s tím, aby ta rodina byla u pacienta i ve večerních hodinách. Důležité je, aby byla přítomna co nejvíce, chybí ale i zázemí pro tu rodinu.*“

Důstojné umírání v nemocnici

V této podkategorii probandi odpovídali, co považují za důležité pro zajištění důstojného umírání v nemocnici.

Všichni probandi se ve svých odpovědích zmínili jako důležité přítomnost rodiny, možnost jejich neomezených návštěv a vhodnost zázemí pro rodinu. Velká většina probandů (S1, S2, S3, S4, S7, S8 a S9) považovali za důležité také zajištění soukromí a příjemné prostředí. S3 se vyjádřila stručně: „*Především přítomnost rodiny, blízkých a příjemné prostředí.*“ S9 sdělila: „*Zajistit soukromí, zachovat důstojnost a umožnit přítomnost rodiny.*“ Probandi S1, S2, S4 a S5 doplnili své odpovědi tím, že je důležité uspokojování základních potřeb. S1 sdělila: „*Aby ten člověk byl v čistotě, zachovala se jeho intimita. Zajistit soukromí, použít alespoň zástěnu. Zajistit denní světlo, eliminovat rušivé podněty. Přítomnost rodiny. Umožnit splnit poslední přání.*“ S4 odpověděla: „*Jednolůžkové pokoje, které budou mít příjemné prostředí. Zázemí pro rodinu a její přítomnost. Dostatečně zvládnuté tlumení bolesti.*“ S5 se vyjádřila stručně: „*Uspokojení základních potřeb a okruhu svých blízkých.*“ S2 by uvítala také lepší přístup personálu: „*Zajistit jednolůžkové pokoje, které budou vymezené pro umírající a jejich rodiny. Zajistit neomezené návštěvy rodiny. Kvalitně tlumená bolest. Přístup personálu – chovat se k tomu člověku slušně, mile a s úctou.*“ Obdobně odpověděli také S6 a S7 a za nezbytné považují i více času na pacienty a navýšení personálu. S6 se vyjádřila následovně: „*Důležité je umožnit rodině neomezené návštěvy, pokud je očekáván odchod jejich blízkého. Pro umírajícího je přítomnost nejbližších důležitá. Pacient by měl mít*

psychickou oporu také od ošetrovatelského personálu, který si na něj udělá dostatek času a bude tu pro něj. “ S7 odpověděla: „Pokoje přímo pro tyto pacienty, kde bude příjemné prostředí a zázemí pro tu rodinu. Dále přítomnost rodiny, nebo kaplana. Lepší personální možnosti, aby bylo i více času. Dostatečné vybavení. “ Velice zajímavě odpověděla proband S8, která se ve své odpovědi vyjádřila také k péči o tělo zemřelého: „ Dostatek personálu. Úprava prostředí. Samostatný pokoj s možností přítomnosti rodiny. Pokud rodina nemůže/nechce – tak přítomnost vyškoleného personálu na tyto situace. Kvalitní ošetrovatelská péče jako i u neumírajícího. Dále tišení bolesti. Pokud má pacient zájem, tak možnost návštěvy kněze. Komunikace, pokud to zdravotní stav dovoluje. Dále pohlazení, držení ruky, cokoliv, co si pacient přeje a je možné to splnit. Pokud jde o mrtvého – na každém oddělení vyčlenit místnost, kde mohou být po dobu nezbytně nutnou. Je ostuda, když se chtějí příbuzní rozloučit a my je vedeme do koupelny, skladu čistého prádla, nebo prostě sklad čehokoli. Dále manipulace s mrtvým tělem při přendávání na vozík – na to by měli mít sanitáři taky nějaký seminář. Potom uložení mrtvých těl – jedna chladicí místnost je málo. “

Faktory ovlivňující kvalitu péče o umírající v nemocnici

Podkategorie poukazuje na faktory, které negativně ovlivňují kvalitu péče o umírající pacienty v nemocnici.

Velká většina probandů (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) ve svých odpovědích uvedli, že jedním z faktorů, který ovlivňuje kvalitu péče o umírající je nedostatek personálu. Probandi S1, S3, S5, S6 a S7 ve svých odpovědích jako faktor uvedli také nevhodné prostředí. S3 odpověděla: „ Nedostatek personálu a pak prostředí – lidé nemají žádné soukromí a leží na pokojích po dvou, nebo třech a je tam málo místa. Bylo by hezké, kdyby měli na pokojích třeba kytku, nějaký obrázek, nebo něco hezkého. “ S7 se vyjádřila stručně: „Personální možnosti a zázemí. “ S5 ve své odpovědi zdůraznila navíc sociální faktory: „Nedostatek personálu, přístup ošetrujícího personálu a také prostředí, kde ten člověk umírá, mělo by být uzpůsobené také pro rodinu. “ Sociální faktory považovali za důležité také probandi S6, S8 a S9. S9 se vyjádřila následovně: „Určitě personál a jeho přístup. Hodně dělá povaha té sestry, jaké je nátury. Dále nároky rodiny – někdo tam je furt, někdo vůbec a někdo to hodí na sestry. “ S8 sdělila následující: „Stres, nálada zdravotního personálu. Určitě i sociální faktory, protože např. zanedbané pacienty ošetřujeme méně rádi. Na druhé straně jsme ovlivněni i chováním pacienta a jeho rodiny k nám. Pokud jsou problémoví, je i naše chování tímto ovlivněno. “ Proband S6

považovala za důležité i nedostatek času: „*Určitě je to nedostatek personálu a času, který hraje při péči o pacienta důležitou roli. Neméně důležité je to, v jakém kolektivu člověku pracuje, jaký je přístup ostatních z ošetrovatelského personálu a k práci. Je důležité se při péči o umírajícího v týmu podporovat a spolupracovat. V neposlední řadě je to počet lůžek na pokoji.*“ Nedostatek času dále uvedli probandi S1, S2 a S4. S4 odpověděla stručně: „*Nejvíce málo personálu a nedostatek času na pacienty.*“ Probandi S1 a S2 se shodli také na nedostatku materiálu. S1 sdělila: „*Nedostatek personálu, soukromí, materiálu a pomůcek. Není čas na to být více u těch lidí*“ S2 odpověděla obdobně: „*Řekla bych, že je to především nedostatek personálu, materiálu a času na ty lidi.*“

Paliativní tým v nemocnici

V této podkategorii probandi vyjadřovali svůj názor na zřízení paliativního týmu a na jeho prospěšnost v souvislosti se zkvalitněním péče o umírající pacienty.

Velká část probandů (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S9) se ke zřízení paliativního týmu v nemocnici stavěli kladně. S2 se vyjádřila k paliativnímu týmu pozitivně, ale větší význam viděla v potřebě paliativního oddělení: „*Bylo by to dobré. Pomohli by umírajícímu se se smrtí srovnat a zajisti tak důstojný odchod. Spíš než tým, tak by ale bylo dobré mít v nemocnici oddělení paliativní péče.*“ S3 vnímá paliativní tým také jako velkou pomoc personálu: „*Bylo by to dobrý, šikovný. Občas zde slouží lékařka, která pracuje částečně v hospici a má na to vše jiný pohled. Je více vzdělaná v této problematice a ví lépe jak to těm umírajícím ulehčit. Pracují tu hodně lékaři po škole a občas ani oni pořádně neví, jak tomu člověku ulevit, nebo jak dobře zvládnout bolest toho umírajícího.*“ Probandi S4 a S7 odpověděli obdobně. S4 odpověděla: „*Určitě by byl prospěšný. Věděli by mnohem lépe, jak tomu člověku pomoci a zvládnul by to, co my nedokážeme.*“ S7 pak uvedla: „*Určitě by to pomohlo těm pacientům a také personálu. Myslím si, že jsou i sestřičky, které se o tuto problematiku zajímají a klidně by se součástí tohoto týmu staly.*“ S5 sdělila: „*Jenom s tím souhlasím, je to výborná věc. Zde je to v přípravách, zatímco v jiných nemocnicích to již běží. Přejde mi to škoda.*“ S6 se vyjádřila následovně: „*Určitě to vidím jako dobrý nápad. Tým by mohl pomoci zajistit kvalitní péči o tyto pacienty.*“ S9 uvedla: „*Jsem ráda, že se začínají zřizovat. Lidé z týmů dělají vše pro to, aby ten člověk mohl důstojně v nemocnici zemřít.*“ Proband S8 se ke zřízení paliativního týmu staví také pozitivně, ale vidí jako možnou překážku názory stálých lékařů: „*Paliativní tým zřídit v naší nemocnici, proč ne? Jen je otázka, zda by tady něco zmohl. Naši lékaři si také nenechávají moc do ničeho mluvit. Já osobně nejsem*

proti. “ Proband S1 se vyjádřila ke zřízení paliativního týmu spíše negativně a zdůraznila potřebu paliativního oddělení: „Neocenila bych ho. Myslím, že mnohem prospěšnější by bylo paliativní lůžkové oddělení, kde by tyto lidé měli specializovanou paliativní péči, kterou mi tu nemůžeme poskytnout. Dost často se sem ty lidi přijmou a ty konce jsou velice rychlé. Paliativní tým by byl užitečný na oddělení, kde ty lidi leží, než nám je sem přeloží. Neumí si představit, že bych měla někoho volat, toho člověka tolik neznají, nemyslím si, že by mu to pomohlo, dalších x cizích lidí, když už téměř nevnímá. Nejvíce je pro ně přítomnost rodiny. “

Potřeby umírajících

V této podkategorii se probandi vyjadřovali k potřebám umírajících, a to především k tomu, které si myslí, že jsou pro umírající prioritní.

Velká část probandů (S2, S3, S4, S6, S8) vidí jako prioritní potřeby umírajících potřeby sociální a fyziologické – konkrétně být bez bolesti. S2 odpověděla: *„Být s rodinou a nemít bolest. “* S3 uvedla: *„Hlavně být bez bolesti a pak sociální potřeby. “* S4 sdělila: *„Myslím si, že sociální – aby nebyli sami, poté je důležité dostatečně tlumit bolest. Málo jsem se setkala s tím, že by požadovali přivolání kaplana. “* Velice stručně S6 odpověděla: *„Sociální a být bez bolesti. “* S8 ve své odpovědi doplnila také spirituální potřeby: *„Blízký člověk a tlumení bolesti. U některých i ten duchovní. “* Proband S7 vyjádřila názor, že prioritními potřebami umírajících jsou především potřeby spirituální: *„Myslím že nejvíce spirituální. Někdy jsou spirituální více důležité než potřeba být bez bolesti. Potom potřeba být bez bolesti a přítomnost rodiny. “* Naopak fyziologické potřeby upřednostnila velice stručně S1: *„Asi potřeba být bez bolesti. “* Probandi S5 a S9 zdůrazňovali v souvislosti s uspokojováním potřeb umírajících individualitu člověka. S5 uvedla: *„Je to hrozně individuální. Důležité je uspokojit základní potřeby. Poté spirituální a sociální. “* Obdobně S9: *„Tohle je velice individuální. Záleží na pacientovi, každý je jiný a má jiné potřeby. Někdo chce na bolest, jiný ne. Někdo chce rodinu kolem sebe, někdo naopak, a tak to je se vším. “*

Kategorie 4 Sestra pečující o umírající pacienty v nemocničním prostředí

Tabulka 5 Sestra pečující o umírající pacienty v nemocničním prostředí

Sestra pečující o umírající pacienty v nemocničním prostředí	Další vzdělávání
	Úloha sestry v péči o umírajícího
	Komunikace s umírajícím

(Zdroj vlastní)

Čtvrtá kategorie je zaměřena na sestry pečující o umírající pacienty v nemocničním prostředí. Zejména o jejich další vzdělávání, úlohu v péči o umírajícího a komunikaci s umírajícím. Tato kategorie se skládá ze třech podkategorií.

Další vzdělávání

V této podkategorii sestry vyjádřily svůj názor k dalšímu vzdělávání ohledně paliativní péče.

Velká část probandů (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) se k možnosti dalšího vzdělávání ohledně paliativní péče stavěli pozitivně. S2 sdělila: *„Určitě ano. Nemocnice tyto kurzy dělá. Naposled jsem jít chtěla, ale bohužel už nebylo v kurzu místo.“* S3 pak stručně odpověděla: *„Určitě, vzdělávání není nikdo dost.“* S5 ve své odpovědi zdůraznila nezbytnost propojení teorie s praxí: *„Určitě, není ho nikdy dost. Jde to vše dopředu, provádějí se stále nové výzkumy a člověk by se měl vzdělávat neustále. Je potřeba propojovat teorii s praxí.“* S9 odpověděla, že se již sama aktivně vzdělává v problematice paliativní péče: *„Ocenila. Sama aktivně chodím na semináře a vzdělávám se v této problematice. Do budoucna mám naplánované kurzy, co bych chtěla získat.“* S7 vyjádřila svůj pozitivní vztah k akutní péči, ale pokud by bylo další vzdělání zajištěno od zaměstnavatele, tak by se ho zúčastnila: *„Já vyloženě ne, mam bližšie k akutní péči. Samozrejme pokud by tu byla nějaká príležitosť od zaměstnavatele, tak bych se tomu nebránila.“* S8 pak obdobně sdělila: *„Nebyla bych proti, člověk se někdy dostane do situace, kdy neví, co říct/ udělat. Třeba by mi vzdělání prospělo.“* S6 se vyjádřila následovně: *„Nebránila bych se tomu, pokud by mi to zaměstnavatel nabídnul. Na druhou stranu si myslím, že člověk získá nejvíce při praxi.“* Probandi S1, S4 a S6 zastávají názor, že nejvíce se člověk učí během samotné praxe. S1 odpověděla: *„Asi ne. Myslím si, že péče o umírající se nedá naučit. Člověk se naučí nejvíce během praxe a vše je velice individuální. Nejvíce se mi líbil hospic. Viděla jsem, jak to tam funguje, a to je místo,*

kde by lidé měli umírat. Je to krásné místo. U nás jsou často lidé brzo po přijetí v terminálním stádiu a pak toho člověk už tolik nezmůže. “ S4 svou odpověď dále doplnila a zdůraznila individualitu pacienta, která hraje důležitou roli při jeho ošetřování: „Nevím. Člověk se toho hodně naučí za chodu. Záleží, jak to vnímáte. O každého pacienta je péče individuální. “

Úloha sestry v péči o umírajícího

Tato podkategorie představuje názory sester na úlohu sestry v péči o umírajícího pacienta.

Velká část probandů (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) se shodla, že úloha sestry v péči o umírajícího je založená na uspokojování potřeb pacienta. S1 ve své odpovědi zmínila také jisté pochyby v souvislosti s uspokojováním potřeb: *„Uspokojit veškeré potřeby nemocného. Vím, že všechny potřeby uspokojované nejsou. Jedná se např. o psychické potřeby – i kdyby člověk chtěl, tak neví jak. Často se mi stává, že pacienti sami o těchto potřebách nemluví a rodina také moc komunikovat nechce.“* S2 se pak vyjádřila následovně: *„Vše, co jsem řekla, že spadá do obecné paliativní péče. Zajištění bezbolestného umírání, přítomnosti rodiny, zajištění soukromí a komunikace. Důležité je také aby byl pacient v čistotě, byl polohován, odsáván apod.“* S3 vnímala také jako úlohu sestry pečovat o rodinu umírajícího: *„Uspokojit pacientovi potřeby, pečovat o rodinu a být na blízku pacientovi i rodině. Důležité je také tlumit bolest.“* S tímto názorem se ztotožňovala také S5: *„To bych se opakovala. Vše, co spadá do obecné paliativní péče. Patří sem péče o rodinu a o pacienta. Uspokojovat základní potřeby, aby byl pacient z ošetrovatelského hlediska v pohodě.“* Uspokojování potřeb zmiňovala i S6 a doplnila svou odpověď o zachování důstojnosti: *„Uspokojit všechny jeho potřeby a zachovat úctu.“* S8 se vyjádřila následovně: *„Postarat se o potřeby člověka – ať už základní, duchovní, sociální, duševní plus tlumení bolesti. Pak k tomu patří pohlazení, komunikace, vlídnost, vstřícnost a ochota.“* Velice zajímavou odpověď uvedla proband S4: *„Myslím si, že sestra je člověk, který u toho pacienta tráví nejvíce času. Někdy je tam víc, než rodina a často je vlastně poslední, koho ten člověk vidí.“* Obdobně se vyjádřili probandi S7 a S9, kteří současně s tím zmínili uspokojování potřeb. S7 uvedla: *„Myslím si, že sestra je jedna z těch, co u pacienta tráví nejvíce času a dost často je s ním i poslední. Zajistí přítomnost rodiny, zajistit pacientovi soukromí a zachovat intimitu – při hygieně, dát zástěnu. Popovídat si s tím pacientem. Vždy se snažím alespoň chvilku s tím pacientem popovídat a pobýt s ním na tom pokoji. Pokud si to pacient přeje, tak zavolat kaplana.“*

My ho zde voláme a ty lidi si ho žádají často.“ S9 následně sdělila: *„Sestra je člověk, co tráví s pacientem nejvíce času. Zajistí mu klasický komfort – příjem tekutin, potraviny a aby byl v čistotě. Pokud ji to čas dovolí, tak u něho tráví více času a může si s ním více popovídat.“*

Komunikace s umírajícím

Podkategorie komunikace s umírajícím poukazuje na to, jak sestry vnímají komunikaci s umírajícím. Zda si myslí, že ji zvládají a jak se při ní cítí.

Téměř všichni (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9) probandi vnímají komunikaci s umírajícím jako velice náročnou. Probandi S2, S5, S7, S8 a S9 rovněž vnímají, že komunikaci s umírajícími neovládají. S2 uvedla: *„Necítím se dobře. Nevím vždy co říkat a je mi těch lidí líto. Snažím se i o neverbální, kterou také zapojuji během péče o pacienta.“* S5 vnímá paliativní tým jako vhodnou pomoc při komunikaci s umírajícími a zdůrazňuje, že je důležité, v jaké fázi smíření se pacienti nachází: *„Je to pro mě hodně náročně. Jsou tu často pacienti již v terminální stádiu. Při komunikaci hodně záleží na tom, v jaké fázi se pacienti nacházejí – zda jsou již smíření, nebo jsou naopak v depresi apod. Myslím si, že to málokdo umí a pomohl by s tím právě paliativní tým.“* S7 odpověděla následovně: *„Cítím takový ostych. Pečlivě volím slova a snažím se být taktní, empatická a vyvarovat se nevhodným frázím.“* S8 by ocenila povinné vzdělávání týkající se komunikace s umírajícími: *„Hrozně, jsou situace, kdy nevím, co odpovědět, jak se zachovat. Měli by na to být minimálně 2x ročně povinné semináře.“* Komunikaci s umírajícími vnímá jako náročnou situaci také proband S9: *„Moc dobře ne. Snažím se to zvládat, ale nezvládám. Vždy když odejdu z pokoje, tak to na mě spadne a cítím se smutná. Je to velice náročné.“* Probandi S1, S4 a S6 se shodují na tom, že komunikaci s umírajícím ovládají a nečiní jim problém. S1 odpověděla: *„Cítím se smutná. Protože vím, jak moc vážný jejich zdravotní stav je. Na druhou stranu si říkám, že umírání ke stáří patří. Jsem ráda, že to není žádný mladý člověk. U pacientů v terminálním stádiu se snažím zapojovat do péče neverbální komunikaci, které já důležitá – dotyk, pohazení. Myslím si, že komunikovat s umírajícími mi nečiní problém.“* Obdobně se vyjádřila i S4: *„Není mi to moc příjemné. Cítím se smutná a je mi to líto, když znám závažnost jejich onemocnění. Komunikaci s umírajícími si myslím, že zvládám.“* S6 uvedla: *„Myslím si, že komunikaci zvládám. Chovám se tak, jak bych chtěla, aby se ke mně v této situaci choval ošetřovatelský*

personál. “ Proband S3 sdělila, že její komunikace si umírajícím je individuální a je ovlivňována tím, jak dlouho daného pacienta ošetřuje: „Jak kdy. Je to individuální u každého pacienta. Ke každému pacientovi má člověk i jiný citový vztah, někteří tu leží déle a člověk o ně pečuje déle. Je to různé. “

5. Diskuze

Jak jsem se již zmínila, tak podnětem k výběru a zpracování tohoto tématu byla osobní zkušenost. Vnímala jsem jako důležité zjistit, jaký je pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí. Především co je nezbytné pro zajištění důstojného umírání v nemocnici a jaké faktory ovlivňují kvalitu péče o umírající. Výzkumné šetření bylo záměrně prováděno se sestrami z více lůžkových odděleních, s různým vzděláním, věkem a délkou praxe, jelikož se domnívám, že to ovlivňuje pohled sester na důstojné umírání. Získané informace jsou charakteristické pouze pro tento výzkumný soubor a nelze je hodnotit jako plošně platné. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí.

Na úvod je vhodné uvést, že téměř všichni probandi zastávají názor, že v nemocnici nelze důstojně zemřít. Jako nejčastější důvody uváděli nedostatek soukromí, nevhodné prostředí, nedostatek času, personálu, nekvalitně tlumená bolest a nedostatečná podpora vedení. Opačný názor měla pouze proband S3, která důstojné umírání v nemocnici připouští pouze v případě přítomnosti rodiny u umírajícího. Je vhodné uvést jako příklad vyjádření probanda S8: „*Myslím, že za současné situace ne. Není dostatek personálu. Vedení to nepodporuje a zdá se, že nepodporuje ani kvalitu péče. Do nemocnice by mělo jít více peněz na takovéto věci a ve vedení by měl být člověk se srdcem na pravém místě a ne, jen s kalkulačkou v hlavě. Není čas se lidem věnovat tak, jak by si zasloužili.*“ Problematikou důstojného umírání v nemocničním prostředí se zabývali také Jors, Adami, Xander et al (2014) dle jejich zjištění polovina zkoumaných sester zastává názor, že v nemocnici lze důstojně zemřít. Jako negativní aspekty byly spatřeny příliš často používaná opatření k prodloužení života, nedostatečná informovanost pacientů a absence efektivní komunikace. Pozitiva byly spatřena především v dobré spolupráci v týmu, která pozitivně ovlivňuje kvalitu péče (Jors, Adami, Xander et al, 2014).

Pro empirickou část byly stanoveny tři výzkumné otázky. První z nich byla: „*Co sestry považují za důležité pro zajištění důstojného umírání?*“ Všichni probandi ve svých odpovědích zmínili jako důležité přítomnost rodiny, možnost jejich neomezených návštěv a vhodnost zázemí pro rodinu. Přítomnost rodiny a vhodnost zázemí pro rodinu uvádí jako součást důstojného umírání také Špátěnková (2014). Důležitá je kvalitní péče s důrazem na psychosociální a spirituální potřeby, péče o rodinu, pozůstalé a o pečující personál v rámci prevence syndromu vyhoření a dalšího vzdělávání

(Špatenková, 2014). Nezbytnost osobní blízkosti uvedly také Haškovcová (2007) a Ondřiová a Cinová (2012) Velká většina probandů (S1, S2, S3, S4, S7, S8 a S9) považovali za důležité také zajištění soukromí a příjemné prostředí. S tímto souhlasí také (Doorenbos et al., 2011) a (Doorenbos et al., 2013). (Doorenbos et al., 2011) zmiňuje jako jednu ze třech nejdůležitějších intervencí udržování hranic soukromí. (Doorenbos et al., 2013) vnímá zachování důstojnosti a soukromí jako nejvíce důležitou intervenci v péči o umírající. Probandi S1, S2, S4 a S5 doplnili své odpovědi tím, že je důležité uspokojování základních potřeb. Jako příklad lze uvést odpověď S4: *„Jednolůžkové pokoje, které budou mít příjemné prostředí. Zázemí pro rodinu a její přítomnost. Dostatečně zvládnuté tlumení bolesti.“* K tomuto tvrzení se pozitivně staví také Guo a Jacelon (2014). Individualizovaná péče o umírajícího pacienta a členy rodiny zahrnující podporu fyzickou, psychologickou a duchovní podporuje zachování důstojnosti (Guo, Jacelon, 2014). Proband S2, S6 a S7 za nezbytné považují i více času na pacienty, navýšení personálu a jeho vhodný přístup. Důležitost vhodného přístupu personálu zdůrazňuje také Kisvetrová (2018). Zajistit důstojné umírání lze především přístupem zdravotnického personálu, duchovní pohodou, blízkostí pečujících a péči poskytovanou s respektem (Kisvetrová, 2018). Dle Puente-Fernánde et al., (2020) je na místě se zabývat také školením zdravotnických pracovníků. Negativní představa o smrti způsobuje stres a frustraci, která má za následek, že ošetřující personál se vyhýbá těmto situacím a nedokáže tak zajistit důstojné umírání (Puente-Fernánde et al., 2020). Je vhodné poukázat na specifickou odpověď probanda S8, který vnímá následnou péči o tělo také jako nezbytnou pro zajištění důstojného umírání v nemocnicích a poukazuje na velké mezery v této problematice: *„ Pokud jde o mrtvého – na každém oddělení vyčlenit místnost, kde mohou být po dobu nezbytně nutnou. Je ostuda, když se chtějí příbuzní rozloučit a my je vedeme do koupelny, skladu čistého prádla, nebo prostě sklad čehokoli. Dále manipulace s mrtvým tělem při přendávání na vozík – na to by měli mít sanitáři taky nějaký seminář. Potom uložení mrtvých těl – jedna chladicí místnost je málo.“*

Jako druhá výzkumná otázka byla stanovena: *„Jaké faktory ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče o umírající v nemocničním prostředí?“* Nejčastějšími faktory, které byly zmiňovány probandy byl nedostatek personálu, nevhodné prostředí a nedostatek času. S tímto souhlasí Marková (2010) která uvádí, že je zapotřebí zvýšit počet personálu, než je stanoven jako minimální na jednotlivá oddělení. Nedostatky vidí také v nedostatku času na komplexní péči a nedostatečných zdrojích. Další nemalé nedostatky spatřuje

v nedostatku specialistů a ve vzdělání v rámci paliativní péče (Marková, 2010). Nedostatečné zdroje zmínila také proband S8, která vidí příčinu v nedostatečné podpoře vedení a uvádí, že je potřeba více financovat do paliativní péče. Probandi (S1, S2) zmínili jako další faktory navíc nedostatek materiálu. Nedostatek materiálu a nevhodné prostředí vnímá jako vážné nedostatky také Paliativní péče v České republice 2016 (2016). Neméně důležité vážné nedostatky spatřuje v nedostatečně tlumené bolesti a dalších symptomů, absenci podpůrné komunikace, psychologické, sociální a duchovní podpory pacienta a jeho rodiny (Paliativní péče 2016, 2016). Velká část sester (S5, S6, S8, S9) vyjádřila že jsou důležité také faktory sociální. S9 se vyjádřila následovně: *„Určitě personál a jeho přístup. Hodně dělá povaha té sestry, jaké je národy. Dále nároky rodiny – někdo tam je furt, někdo vůbec a někdo to hodí na sestry.“* Velice výstižnou odpověď uvedla proband S8, která považuje za důležité i slušné chování vůči sestřám: *„Stres, nálada zdravotního personálu. Určitě i sociální faktory, protože např. zanedbané pacienty ošetřujeme méně rádi. Na druhé straně jsme ovlivněni i chováním pacienta a jeho rodiny k nám. Pokud jsou problémoví, je i naše chování tímto ovlivněno.“*

Velká část probandů (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S9) se stavěla pozitivně ke zřízení paliativního týmu v nemocnici v souvislosti se zkvalitněním péče o umírající pacienty. Nelze opomenout také názor probandů (S1, S2) kteří vidí jako vhodné řešení zřízení paliativních lůžek. Jako příklad lze uvést odpověď probanda S3: *„Bylo by to dobrý, šikovný. Občas zde slouží lékařka, která pracuje částečně v hospici a má na to vše jiný pohled. Je více vzdělaná v této problematice a ví lépe jak to těm umírajícím ulehčit. Pracují tu hodně lékaři po škole a občas ani oni pořádně neví, jak tomu člověku ulevit, nebo jak dobře zvládnout bolest toho umírajícího.“* Podpůrné týmy mohou snížit počet úmrtí v nemocnici, edukovat ošetřující personál, snížit náklady, zajistit adekvátní léčbu bolesti a zvýšit tak kvalitu péče o umírající (Bužgová, 2015). Součástí rozhovoru byl také dotaz, zda by sestry uvítaly další vzdělávání týkající se péče o umírající. Velká část probandů (S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) se k možnosti dalšího vzdělávání ohledně paliativní péče stavěla pozitivně a projevíli zájem. Předpokládám, že další vzdělávání by také mohlo pomoci sestřám s lepším zvládnutím komunikace, která je nezbytná pro uspokojování potřeb pacienta. Téměř všichni probandi (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9) vnímají komunikaci s umírajícím jako velice náročnou. Probandi S2, S5, S7, S8 a S9 přímo uvedli, že komunikaci neovládají. Efektivní komunikace pozitivně ovlivňuje psychický stav, kvalitu života a tělesné obtíže umírajících (Pollard, Swift, 2005). Dle Slamkové (2013)

je cílem komunikace také projevit respekt. Umírající při správné komunikaci cítí bezpečí a jistotu, že zvládnou okamžik smrti v rukách zdravotníků (Dubcová, 2011).

Jako třetí výzkumná otázka byla stanovena: „Jaká je znalost sester o potřebách terminálně nemocných pacientů?“ Velká část probandů (S2, S3, S4, S6, S8) vidí jako prioritní potřeby umírajících potřeby sociální a fyziologické – konkrétně být bez bolesti. Proband S4 uvádí: „*Myslím si, že sociální – aby nebyli sami, poté je důležité dostatečně tlumit bolest. Málo jsem se setkala s tím, že by požadovali přivolání kaplana.*“ Obdobně se vyjádřila k sociálním potřebám Bužgová (2015). Velice důležité jsou pro pacienty potřeby sociální, a to především nebýt sám (Bužgová, 2015). Bužgová (2011) dále uvádí, že prioritou potřeb se během umírání mění a dostávají se do popředí potřeby spirituální. Spirituální potřeby má i nevěřící člověk a patří do nich potřeba důstojnosti, naděje, porozumění, důvěry, lásky a přátelství (Bužgová, 2011). Dle Kistvetrové (2018) je jednou z nejdůležitějších potřeb právě zachování důstojnosti. Ohrožení pocitu důstojnosti může u umírajícího vyvolat až touhu uspíšet samotnou smrt (Kisvetrová, 2018). Spirituální potřeby zmínili také probandi S7 a S8. Probandi S5 a S9 zdůrazňovali v souvislosti s uspokojováním potřeb umírajících individualitu člověka. Jako příklad lze uvést odpověď probanda S5: „*Je to hrozně individuální. Důležité je uspokojit základní potřeby. Poté spirituální a sociální.*“ Individualitu zohledňuje také Cichá (2014). Je nezbytné pro zajištění kvalitní péče uplatňovat holistický přístup a vnímat neoddelitelně fyzickou, psychickou, sociokulturní a duchovní stránku člověka, jelikož jsou neoddelitelně propojeny (Cichá, 2014).

6. Závěr

Bakalářská práce měla za cíl zjistit, jaký je subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí. K dosažení cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Tato práce by měla přinést alespoň malý pohled na to, jak sestry vnímají v současné době problematiku důstojného umírání v nemocnici. Zda si myslí, že v současné době lze v nemocnici důstojně zemřít. Co považují za důležité pro zajištění důstojného umírání a jaké faktory dle nich ovlivňují kvalitu péče o umírající. Dále problematiku potřeb umírajících a v neposlední řadě také, jaký je jejich postoj k dalšímu vzdělávání a jak vnímají tvorbu paliativních týmů v nemocnicích.

Myslím si, že cíl, který jsem si stanovila se mi podařilo splnit. V teoretické části jsem se zabývala problematikou smrti, umíráním a lidskou důstojností v kontextu ošetrovatelství. Následně také paliativní péčí, komunikací s umírajícími, potřebami umírajících a péčí o rodinu a pozůstalé. V praktické části se mi povedlo zmapovat pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí. Téměř všichni probandi zastávají názor, že v nemocnici nelze důstojně zemřít. Pokud ano, tak pouze v přítomnosti rodiny.

Pro zajištění důstojného umírání považují nejvíce důležitou přítomnost rodiny, zajištění soukromí a s tím související také zpříjemnění prostředí pokoje a možnost zázemí pro rodinu. Jako další nezbytnou součást probandi vnímají uspokojování základních potřeb např. tlumení bolesti. Dále lepší přístup personálu, více času na pacienty a navýšení personálu. Nelze opomenout také vhodnou manipulaci s tělem zemřelého, vhodnou místnost pro rozloučení se zemřelým a dostatečně velkou místnost pro uložení těl. Kvalita péče o umírající je ovlivněna nevhodně uzpůsobeným prostředím, nedostatkem personálu a s tím souvisejícím nedostatkem času na pacienty. Dalšími faktory jsou nedostatek materiálu a sociální faktory. Jedná se především o přístup personálu, stres, chování pacienta a rodiny vůči personálu. Velká část probandů vnímá jako prioritní potřeby umírajících potřeby sociální a fyziologické – konkrétně být bez bolesti. Důležitost přisuzují také potřebám spirituálním a zdůrazňují, že je nezbytné vnímat individualitu člověka. Téměř všichni probandi se pozitivně vyjádřili ke zřízení paliativního týmu v nemocnici a vnímali to jako velkou pomoc pro ošetřující personál a také jako vhodnou cestu k zajištění důstojného umírání. Probandi, kteří s tímto zcela nesouhlasili, viděli naopak vhodné řešení ve zřízení lůžkového paliativního oddělení.

Téměř všichni probandi se stavěli pozitivně k možnosti dalšího vzdělávání, pokud by jim byla tato možnost nabídnuta.

Práce by měla být přínosem by pro praktické sestry, všeobecné sestry a studenty oboru ošetrovatelství, kteří se o tuto problematiku také zajímají a vnímají aktuálnost této problematiky.

7. Seznam literatury

1. BUŽGOVÁ, R., 2011. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství II*. Praha: Sestra (Grada). s.106-126. ISBN 978-80-247-3558-0.
2. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168s. ISBN 978-80-247-5402-4.
3. CICHÁ, M., 2014. Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sestry. In: Špátenková, N. et al., *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, s. 51-61. ISBN 978-80-7492-138-4.
4. ČÁP, J., 2016. Editoriál: O lidské důstojnosti. *Ošetrovatelstvo*. **6**(2), 36. ISSN 1338-6263.
5. ČÁP, J., PALENČÁR, M., KURUCOVÁ, R., 2016. *Lidská důstojnost v kontexte smrti a umírání*. Martin: Osveta, XXXs. ISBN 978-80-8063-448-3.
6. DOORENBOS, A.Z., ABAQUIN, C., PERRIN, M.E., EATON, L., BALABAGNO, A. O., RUE, T., Ramos, R., 2011. Supporting dignified dying in the Philippines. *International journal of palliative nursing*, **17**(3), 125–130. DOI: 10.12968/ijpn.2011.17.3.125
7. DOORENBOS, A.Z., JUNTASOPEEPUN, P., EATON, L.H., RUE T., HONG E., COENEN, A., 2013. Palliative care nursing interventions in Thailand. *J Transcult Nurs*, **24**(4),332-339. DOI: 10.1177/1043659613493439
8. DUBCOVÁ, I., 2011. Etika umírání a smrti. *Sestra*. **21**(10), 44-46. ISSN 1210-0404.
9. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
10. GUO, Q., JACELON, C.S., 2014. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliat Med*. **28**(7), 931-940. DOI:10.1177/0269216314528399
11. GURKOVÁ, Elena., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Galén. 244s. ISBN 978-80-7262-471-3.
13. ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. *Cnna.cz* [online]. 2017 [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex>
14. JANOŠEC, J., 2014. Ochrana obyvatelstva je náš cíl. In: ŠTĚTINA, J. et al., *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, s. 27-38. ISBN 978-80-247-4578-7.
15. JO, K.H., DOORENBOS, A.Z., SUNG K.W., HONG E., RUE T., COENEN A., 2011. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *Int J*

- Palliat Nurs*, **17**(8), 392-397. DOI:10.12968/ijpn.2011.17.8.392
16. JORS, K., ADAMI, S., XANDER, C. et al., 2014. Dying in cancer centers: Do the circumstances allow for a dignified death? *Cancer*, **120**(20), 3254-3260. DOI: 10.1002/cncr.28702. ISSN 0008543X
 17. KALVÍNSKÁ, E., 2011. Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 37-45. ISBN 978-80-247-3976-2.
 18. KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
 19. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku: (stanovisko a doporučení APHPP, 2017) 2017*. [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20C4%8CR%20-%20final.pdf>
 20. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200s. ISBN 978-80-247-3875-8.
 21. KRISTJANSON, L. et al., 2005. Práce s příbuznými. In: O'Connor, M., Aranda, S., *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 221-229. ISBN 80-247-1295-4
 22. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9..
 23. KUPKA, M., 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0. 24.
 24. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
 25. KVASNICOVÁ, Z., BURGANOVÁ, A., ŠIMOVCOVÁ, D., 2011. Starostlivost o spirituálne potreby nevyliciteľne chorých a zomierajúcich. *Florence*. **7**(3), 17-18. ISSN 1801-464X.
 26. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
 27. MOKREJŠOVÁ, L., 2011. Rodina v paliativní péči. *Sestra*. **21**(10), 50-52. ISSN 1210-0404.
 28. MUNZAROVÁ, M., 2011a. Důstojnost člověka a lékařská etika. *Časopis lékařů českých*. **150**(9), 499-501. ISSN 0008-7335.
 29. MUNZAROVÁ, M., 2011b. Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: PTÁČEK, R., Bartůňek P. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada s.

- 51-55. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
30. OLÍŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V., 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*.**15**(1), 14-21. DOI: 10.32725/kont.2013.003. ISSN 12124117.
31. ONDRIOVÁ, I., CINOVÁ J., 2012. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra*. **22**(10), 38-40. ISSN 1210-0404.
32. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza, 2016*. [online]. Česká společnost paliativní medicíny, [cit. 2019-12-08]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situačni-analyza-paliativni-pece.pdf>
33. POLLARD, A., SWIFT, K., 2005. Komunikační dovednosti v paliativní péči. In: O'Connor, M., Aranda, S., *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 221-229. ISBN 80-247-1295-4.
34. PROCHÁZKOVÁ, E., 2010. Péče o umírajícího. *Sestra a lékař v praxi*. **9**(11-12), 14-15. ISSN 1335-9444.
35. PTÁČEK, R., 2011. Význam komunikace v medicíně In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 37-45. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. PUENTE-FERNÁNDEZ, D., LOZANO-ROMERO, M.M., MONTOYA-JUÁREZ, R., MARTÍ-GARCÍA, C., CAMPOS-CALDERÓN, C., HUESO-MONTOROueso, C., 2020. Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, **52**(3), 301–310. DOI: 10.1111/jnu.12550.
37. SLÁMA, O., 2012. Paliativní péče. In: VORLÍČEK, J., ABRAHAMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 218-235. ISBN 978-80-247-3742-3.
38. SLAMKOVÁ, A., 2013. Paliativné ošetrovatelstvo. In: SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, L., *Klinické a ošetrovatel'ské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, s. 11-35. ISBN 978-80-8063-379-0.
39. *Standardy paliativní péče, 2013*. [online]. Česká společnost paliativní medicíny, [cit. 2019-11-27]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
40. SVOBODOVÁ, H., 2012. Důstojnost. In: HEŘMANOVÁ, J., Vácha, M., *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 71-81. ISBN 978-80-247-3469-9.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

42. ŠPÁTENKOVÁ, N., 2014. Důstojné umírání očima seniorů. In: Špátenková, N. et al., *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, s. 75-80. ISBN 978-80-7492-138-4.
43. ŠPÁTENKOVÁ, N., 2014. Terminologické vymezení základních pojmů - umírání, smrt, zármutek a truchlení. In: Špátenková, N. et al., *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, s. 31-40. ISBN 978-80-7492-138-4.
44. VACHON, M., 2005. Psychická zátěž v paliativní péči. In: O'Connor, M., Aranda, S., *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 43-49. ISBN 80-247-1295-4.
45. WICHISOVÁ, J., 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. **14**(1), 7-13. ISSN 1212-4117.

8. Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika probandů

Tabulka 2 Smrt

Tabulka 3 Lidská důstojnost

Tabulka 4 Péče o umírající v nemocničním prostředí

Tabulka 5 Sestra pečující o umírající pacienty v nemocničním prostředí

9. Seznam příloh

Příloha 1 Rozhovor

Příloha 2 Žádost o výzkumné šetření

Příloha 3 Přepsané rozhovory (CD)

Příloha 1 Rozhovor

- 1) Kolik vám je let?
- 2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouho pracujete v nemocnici?
- 4) Co si představujete pod pojmem „ lidská důstojnost“ ?
- 5) Jak si myslíte, že souvisí lidská důstojnost s umíráním?
- 6) Jak si představujete důstojné umírání?
- 7) Co je podle Vás důležité pro zajištění důstojného umírání v nemocničním prostředí?
- 8) Myslíte si, že v nemocnici lze důstojně zemřít? Proč ano/ne?
- 9) Jaké faktory podle Vás nejvíce ovlivňují kvalitu péče o umírající v nemocničním prostředí?
- 10) Jak by se daly tyto faktory ovlivnit?
- 11) Jaký je Váš názor na zřízení paliativního týmu v nemocnici?
- 12) Ocenila byste další vzdělávání týkající se péče o umírající?
- 13) Co vše podle Vás spadá do obecné paliativní péče?
- 14) Jaká je podle Vás úloha sestry v péči o umírajícího pacienta?
- 15) Čím je podle Vás péče o umírající specifická?
- 16) Jak se cítíte při komunikaci s umírajícími? Zvládáte komunikaci s umírajícím?
- 17) Jaké potřeby se podle Vás stávají pro umírající často prioritními?
- 18) Jaké bylo vaše první setkání se smrtí a jak jste se cítila?
- 19) Jaký je váš postoj ke smrti?

Příloha 2 Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní

hlavní sestra

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v , a.s., jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem této práce je zjistit subjektivní pohled sester na problematiku důstojného umírání v nemocničním prostředí. Práce by měla přinést alespoň malý vhled na to, jaký mají sestry pohled na problematiku důstojného umírání. Přínosem by měla být pro ostatní sestry a studenty všeobecného ošetrovatelství.

Výzkumné šetření bude provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit. Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Jitky Doležalové

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Kateřina Formánková
Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Email: formak04@zsf.jcu.cz; tel (+420) 773 983 025

S výzkumným šetřením
Souhlasím

Dne

15.5.2020



10. Seznam zkratek

OSN – Organizace spojených národů

USA – Spojené státy americké

ICN – Mezinárodní rada sester

