

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

## **Diplomová práce**

Bc. Eva Zwyrtková

Etické aspekty v péči o umírající v nemocniční a  
hospicové péči

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Andrea Krejčí Preissová, Ph.D.

### **Autorské prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Etické aspekty v péči o umírající v nemocniční a hospicové péči“ zpracovala samostatně, pod vedením paní Mgr. Andrei Krejčí Preissové, Ph.D. Použila jsem jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Ostravě dne:

Podpis:

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Andrei Krejčí Preissové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Děkuji blízké rodině za projevenou podporu během celého studia.

Bc. Eva Zwyrtková

# Obsah

Úvod .....	6
Cíle a úkoly práce .....	8
<b>1 Etika .....</b>	<b>9</b>
1.1 Vymezení pojmů etika a morálka. Členění etiky.....	9
1.2 Profesní etika, vymezení disciplíny .....	11
1.3 Etické principy v péči o těžce nemocného .....	11
1.3.1 Princip autonomie .....	12
1.3.2 Princip beneficence.....	13
1.3.3 Princip nonmaleficence .....	13
1.3.4 Princip spravedlnosti .....	13
1.3.5 Informovaný souhlas pacienta.....	14
1.4 Charta práv umírajících.....	14
<b>2 Umírání a smrt.....</b>	<b>16</b>
2.1 Důstojné umírání.....	18
2.1.1 Přání pacienta a jeho rodiny.....	18
2.1.2 Komunikace.....	18
2.1.3 Smrt.....	20
2.2 Psychické prožívání.....	22
<b>3 Institalizovaná péče o umírající.....</b>	<b>24</b>
3.1 Paliativní péče.....	25
3.2 Nemocniční éče.....	27
3.3 Hospicová péče.....	27
<b>4 Etické aspekty v péči o umírající v nemocniční a hospicové péči</b>	<b>29</b>
4.1 Formulace problému .....	29
4.2 Cíle a výzkumné problémy .....	29

4.3	Charakteristika souboru.....	29
4.4	Metoda sběru dat.....	30
4.5	Organizace výzkumu.....	30
4.6	Zpracování dat.....	31
<b>5</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>31</b>
5.1	Sociodemografická data.....	31
5.2	Hodnocení výsledků.....	34
<b>6</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>58</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>61</b>
	<b>Souhrn.....</b>	<b>63</b>
	<b>Summary.....</b>	<b>64</b>
	<b>Referenční seznam.....</b>	<b>65</b>
	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>69</b>
	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>71</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>72</b>

## Úvod

Etika a morálka nejsou učebnicové pojmy odtržené od života. Etika a zvláště morálka se týkají mezilidského jednání, jsou tedy záležitostí každého z nás. Etické principy jsou v nás hluboce zakořeněny, ale protože každý člověk je individualitou, objevují se mezi lidmi rozdíly ve vnímání morálního a nemorálního jednání a chování. Lidé, obdařeni rozumem a svobodnou vůlí, mají schopnost volit mezi jednáním dobrým a špatným, mají tedy schopnost morálního rozhodování. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011)

V některých situacích je etické jednání zvýšeně potřebné. Jsou to situace dotýkající se bezprostředně našeho prožívání života, našeho lidství. Jednou z oblastí, ve které si své lidství extrémně uvědomujeme, je oblast umírání. Smrt neoddělitelně patří k životu; každý z nás má jistotu, že náš život jednou skončí. Nevíme, kdy a za jakých okolností budeme umírat. Umírání je někdy dlouhé a provázené utrpením, někdy je smrt rychlá a nečekaná či nás může zastihnout ve spánku. Někdo si přeje umírat sám nebo za přítomnosti své rodiny doma, jiný by, v případě možnosti volby, dal přednost umírání v institucionálním zařízení za přítomnosti zdravotnických a dalších pomáhajících pracovníků. Proces umírání vyžaduje velkou míru etického jednání ze strany všech zúčastněných, těmi, kromě rodiny umírajícího jsou to zdravotničtí pracovníci, kteří na této cestě pomáhají svou službou v nemocniční a hospicové péči.

Domnívám se, že právě etická dimenze chování a jednání, zejména komunikace mezi pomáhajícími pracovníky a pacienty/klienty je velmi aktuálním, diskutovaným a nutno přiznat, že i často kritizovaným tématem ve zdravotnictví. Svou diplomovou práci chápu jako sondu do profesního života všeobecných sester, která by mohla být příspěvkem do diskuse o vztahu pomáhajících pracovníků, umírajících, jejich blízkých a pozůstalých v institucionálních zařízeních. Etika všech zdravotníků totiž vychází ze vztahu a projevuje se prostřednictvím komunikace. Jedná se o vztah „*mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje, ale i pečuje v situacích bez veškeré naděje na záchranu života a tím, jenž se mu svěřuje ve své nouzi a ve svém utrpení a který mu věří*“ (Munzarová, 2005, 12)

Diplomová práce tudíž předkládá informace k tematice etiky, profesní etiky v pomáhající profesi, etických principů v péči o pacienta, výsledky empirické části, které ukazují na rozdílnost podmínek i osobního přesvědčení a postojů sester při poskytování péče umírajícím pacientům v nemocnicích a v hospicích. Získané výsledky můžeme

aplikovat ve vzdělávacím procesu budoucích všeobecných sester, zejména v předmětech ošetrovatelství a etika ošetrovatelství.

## Cíle a úkoly práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit uplatňování etických principů v ošetrovatelské praxi a zjistit rozdíly ve vnímání a skutečnému akceptování těchto principů při poskytování péče všeobecnými sestrami v přímé péči o pacienty v terminálním stádiu, hospitalizovaných na lůžkových nemocničních jednotkách a v hospicích. Pro výzkumné šetření byly vybrány všeobecné sestry, první kategorií byly všeobecné sestry pracující v nemocnicích na interních odděleních a jednotkách následné péče, druhou kategorií byly sestry pracující v hospicích.

Účelem vedlejších cílů diplomové práce bylo zjistit názory sester týkající se důstojnosti a hodnoty života, „dobré smrti“, svobody rozhodovat sám o sobě, profesionální komunikace s umírajícím, saturace duchovních potřeb a přístup k zemřelému.

V diplomové práci byly vytvořeny čtyři věcné hypotézy, jejichž platnost byla ověřována na základě stanovení nulové hypotézy, a to ke každé z věcných hypotéz. První hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v názorech na lidskou důstojnost a „dobrou smrt“. Druhá hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl v komunikaci s umírajícími mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici. Ve třetí hypotéze se domnívám, že neexistuje rozdíl názoru mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici, týkající se tlumení bolesti. Čtvrtá hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v důstojném přístupu k nemocnému.

Důležitou úlohu má samozřejmě i teoretická část diplomové práce, která předkládá základní i širší poznatky týkající etiky, profesní etiky, etických principů v péči o nemocného, nemocniční péče, hospicové péče, procesu umírání a smrti.



# Etika

## 1.1 Vymezení pojmů etika a morálka, členění etiky

V literatuře je mnoho náhledů, jak můžeme pojem etiky a morálky vnímat. Etymologicky termín etika odvozujeme z řeckého éthos (obvyklé místo bydlení, zvyk, mrav) a pojem morálnost, morální z latinského mos (vůle, obyčej, mrav). (Anzenbacher, 2001)

Morální chování a principy se objevují již na samém počátku lidských dějin jako praktické zvyky a vysoce potřebné jednání pro skupinové soužití. *„Dříve než se mravní principy, kategorie, hodnoty a normy staly zvláštním předmětem filosofického zkoumání, dokonce dříve než vznikla sama filosofie, hrály etické problémy významnou úlohu v životě a myšlení lidí, protože zasahovaly všechny – i zcela intimní vztahy a činnosti lidí.“* (Semrádová, 2005, 7)

Při pohledu do historie etiky můžeme podle „praotce etiky“ Aristotela konstatovat, že jde o praktickou činnost. Etika je tedy praktickou filosofií. Aristoteles i Platón se zabývali myšlenkou, v čem spočívá dobrý život, jaké jsou ideální lidské vlastnosti, jaký je vztah mezi cností a hledáním štěstí. Ve středověku se Tomáš Akvinský pokoušel sloučit myšlenky Aristotelovy s křesťanskou naukou v přirozeném zákoně – ucelený obraz toho, co je přirozené a správné. Později se objevují různé přístupy k etice, etika by měla stát na rozhodnutích silného státu, na který lidé přenesou svá práva (Thomas Hobbes), spíše založena na citech (David Hume) nebo by etické chování mělo být řízeno kategorickým imperativem (Immanuel Kant) či by měla etika vycházet z očekávaných výsledků (utilitaristé). (Sedlák, Hodovský, 1993)

V 18. a 19. století se objevovaly názory, že etika není objevena, ale vytváříme ji my vlastními rozhodnutími. Závěrem 20. století stoupal zájem o etiku aplikovanou. (Thompson, 2004)

Současný profesor filozofie a etiky Vasil Gluchmann (2000, 7) vymezuje etiku takto: *„...etika je humanistická nauka zaoberajúca sa skúmaním mravných aspektov konania, správania a rozhodovania mravného subjektu.“* Za mravný subjekt je považován zejména myslící člověk, případně všechny rozumné či dokonce všechny živé bytosti.

Dalším významným pojmem je morálka, kterou můžeme chápat jako životní zkušenost vyúsťující v životní moudrost a vyrovnanost. (Semrádová, 2011)

Jiný pohled na morálku je: „..., že morálka je soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie. Tento souhrn hodnotících soudů, názorů, pravidel, zvyků a ideálů, jímž se lidé ve svém jednání řídí, je kulturně a historicky podmíněn.“ (Jankovský, 2018, 29)

J. Kořenek (2001, 11) vnímá morálku „jako společensky preferované psané i nepsané normy, které tvoří soubor informací, obsahující požadavky na chování člověka“. Měřítkem morálky je shoda či neshoda s vlastním svědomím. Proto je morálka individuální. Základním zdrojem židovsko-křesťanské etiky je Desatero, soubor základních etických zásad a norem, které najdeme v knihách Starého Zákona. Jsou-li porušeny, jedná se o hřích. Naopak dodržování mravního chování je hodnoceno jako ctnostné. (Kořenek, 2001)

Mravní chování jsou naučené kulturní stereotypy, kterým jsme se naučili již v dětství a používáme je zcela automaticky, například pozdrav známého. Individuální morálkou potom rozumíme svobodné, samostatné rozhodování podle vlastního přesvědčení. Etiku také definujeme jako tvoření a hledání toho nejlepšího. (Sokol, 2014)

Etiku chápeme jako vědní disciplínu a dělíme ji podle čtyř přístupů na deskriptivní, normativní, metaetiku a aplikovanou etiku. Deskriptivní etika představuje mravní hodnoty, kterými se vyznačuje konkrétní společnost. Neříká, co je a není správné, pouze situaci popisuje. Normativní etika se zabývá normami, podle kterých se lidé řídí při svém mravním rozhodování. Dále zjišťuje, zda daná věc je správná nebo nikoli. Metaetika se zaměřuje na jazyk, kterým hovoříme o morálce, zabývá se tedy významem vyjádření. Nejdůležitější oblastí je aplikovaná etika, která zkoumá mravní rozhodnutí a hodnoty. (Thompson, 2004)

V širším smyslu je aplikovaná etika disciplína, která se zabývá etickými aspekty, snaží se aplikovat etické uvažování na jakýkoliv osobní nebo společenský problém či jednání. V užším smyslu se jedná o uvažování, kdy etická pravidla a hodnoty jsou použity k hodnocení jednání jednotlivců nebo skupin. Aplikovaná etika též reflektuje etické aspekty problémů, které vznikají v rámci určitých povolání, zahrnuje tedy oblast profesní etiky. (Gluchman, 2000)

*„Etika bývá definována v nejšířším slova smyslu jako nauka a praxe o mravních neboli hodnotově orientovaných přáních a jednání člověka. Představuje jedinečnou životní praxi, založenou na vlastních zkušenostech. Jde tedy o vědeckou disciplínu, jejímž objektem je mravnost, jejíž hodnoty a mechanismy kontinuálně analyzuje. Jde o teorii morálky, která úzce souvisí se společenskou kulturou. (Vrublová, 2006, 2)*

## **1.2 Profesní etika, vymezení disciplíny**

V oblasti speciálních disciplín je sledováno užší pojmové vyjádření mravnosti, která je předmětem zájmu tzv. oborové etiky neboli profesní. Jedná se o aplikovanou etiku v konkrétních oborech. Uplatňuje etické poznatky, principy a zásady při výkonu nejrůznějších povolání. Mezi oborovou etiku zahrnujeme například etiku zdravotnictví, lékařskou etiku, etiku náboženství, etiku ve výchově aj. Bioetika (bios – život, etika – mravnost) je pojem nejšířší a je nadřazen pojmu lékařská etika. Rozumí se jím zkoumání etických problémů v praktickém výkonu lékařské praxe a ve výzkumu a to zejména v oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují (biologie, biofyzika, chemie, farmacie). Lékařská etika souhrnně označuje etické problémy v lékařství. Pojem bioetika a lékařská etika je často spojován, což je nesprávné, protože se nejedná o synonyma. (Bužgová, 2013)

Zdravotnická etika souhrnně označuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů. Zahrnuje také tzv. ošetrovatelskou etiku, která řeší etické problémy v ošetrovatelské péči. V zahraniční literatuře se používá termín „nursing ethics“. (Bužgová, 2013) Ošetrovatelská etika určuje pravidla, tj. práva a povinnosti reprezentantů ošetrovatelské profese. Taková pravidla jsou obsažena v Etickém kodexu sester a ošetrovatele. (Haškovcová, 2012)

## **1.3 Etické principy v péči o těžce nemocného**

Člověk umírá za výjimečných a neopakovatelných okolností. Práh smrti překračuje osamocen, a proto je snahou a cílem zdravotníků zajistit umírajícímu odbornou a vysoce humánní ošetrovatelskou péči. Takovou poskytuje především paliativní péče, která je prováděná v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či hospicích.

Paliativní péče v současnosti poskytuje specializovanou péči o umírající, která zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt a pokračuje i po smrti nemocného, kdy je péče zaměřena na rodinu. „*Smrt blízkého člověka představuje extrémní zásah do života pozůstalých. V jediném okamžiku se radikálně mění celý jejich život*“.  
(Špatenková, 2008, 9) Změny v péči o umírajícího přinesly potřebu ošetřovat pacienta jako osobnost, u které musíme respektovat všechny etické principy. Paliativní péče má být založená na těchto principech a hodnotách. Nejdůležitější je zachovávat důstojnost pacienta až do posledních chvil jeho života. Jedná se o umění doprovázet, umění, které je mnohem náročnější než standardní ošetrovatelská péče.

Po staletí ve své předvědecké i vědecké podobě medicína i ošetrovatelství zasahovaly a stále zasahují do nejtímnějších sfér člověka. Tato výsada zdravotnických pracovníků zavazuje reagovat citlivěji a ve větším časovém předstihu než v jiných oblastech lidských aktivit. Proces humanizace zdravotní péče se projevuje úsilím o realizaci základních etických principů v medicíně a ošetrovatelství. Poskytování zdravotnické péče, která zahrnuje péči lékařskou i ošetrovatelskou, je vymezené pěti etickými principy, které se vzájemně doplňují, a tak tvoří jednotu. (Haškovcová, 2012)

### **1.3.1 Princip autonomie**

Princip autonomie (svěbytnosti), jedná se o etický princip, který poukazuje na to, že každý člověk by měl mít právo určovat si sám své chování a jednání, a to podle svých osobních etických zásad. Akceptovat autonomii jednotlivce vlastně znamená připustit jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie jedince má také sociokulturní kontext, včetně náboženství. Zdravotníci musí respektovat samostatné a nezávislé konání jedince až do jeho smrti. Autonomie pacienta je protikladem paternalistického přístupu, kde lékař rozhodoval o pacientovi a realizoval své léčebné plány, a to na základě vědomostí a přesvědčení, že koná dobro, a tak pacienta nepoškozují. Paternalistický model se v rozvinutých demokraciích postupně překonává jako nevyhovující, protože není v souladu s uplatňováním lidských práv, a to hlavně s principem autonomie pacienta, neaktivizuje pacienta a nevede ho k přebírání zodpovědnosti za sebe sama. (Kutnohorská, 2007)

Paternalismus je vlastně rozhodování lékaře v otázkách diagnostického i léčebného postupu bez respektování autentické autonomie pacienta a bez ohledu na konkrétní postoje

a přání pacienta. Tento paternalistický postoj je oprávněný pouze v případech akutního ohrožení života, kdy se lékař musí urychleně rozhodovat o urgentních stavech, jako je bezvědomí či šok. (Kutnohorská, 2007)

### **1.3.2 Princip beneficence**

Princip beneficence (prospěšnosti) představuje pozitivní dimenzi neškodit, předcházet poškozením, odstraňovat je a současně podporovat dobro, to znamená tělesnou a duševní pohodu a prospěch pro nemocného včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastního plánu. Beneficence je závazek konat dobro a vyhnout se způsobení škod. Sestry jsou vázány povinností provádět takové kroky, které prospívají pacientovi. Někdy to znamená nezůstat nečinný, ale aktivně se zabírat potřebami pacienta, realizovat aktivní léčebnou a ošetrovatelskou péči. (Kutnohorská, 2007)

### **1.3.3 Princip nonmaleficence**

Nonmaleficence (neškodnosti), tzn. princip neškodit, zakazuje ublížit, poškodit anebo dokonce usmrtit jiné, a je tedy podporou známého přikázání „nezabiješ“. Má vztah k zásadě „primum non nocere“, což znamená především neškodit. Toto pravidlo bývá často citované a upřednostňované i před principem prospěšnosti a vyplývá z něho omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Jsou však určité situace, kdy může dojít k neúmyslnému poškození nemocného i bez toho, aby to bylo v rozporu s tímto principem. (Kutnohorská, 2007)

### **1.3.4 Princip spravedlnosti**

Princip spravedlnosti (justice) vyžadující stejné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci, a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že pokud mají pacienti stejné potřeby v záležitostech zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně. Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb. Jsou dvě formy uplatňování tohoto principu: buď pomocí srovnávání potřeb jednotlivců anebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez komparace. Spravedlnost a rovnoprávnost znamená, že nikdo nemá dostávat více než jiní, a sice z hlediska osobních výhod. Jde o rovnost možností, a to bez znevýhodňování určitého pacienta, což je podmíněno i mírou a obsahem podávaných informací. Z morálního hlediska jsou při práci s pacientem nepřijatelné formy diskriminace na základě těchto charakteristik: věku, pohlaví, informovaného odmítnutí, národnosti,

příslušnosti k etnické skupině anebo rase, sociálního statusu, náboženství, charakteru onemocnění (Kutnohorská, 2007)

### **1.3.5 Informovaný souhlas pacienta**

Jedním z nejdůležitějších etických principů, které si postupně nacházejí své uplatnění v měnícím se vztahu lékař, sestra/pacient a následně i v etických kodexech, např. Práv pacientů, je princip informovaného souhlasu. Koncem roku 1972 Americká asociace nemocnic schválila zákonný projekt o právech pacientů. Mezi právy pacienta, která byla tímto přijata, má prvořadý význam právo na informaci, která tvoří základ informovaného souhlasu, který je základem vyváženosti vztahu mezi pacientem a lékařem.

Informovaný souhlas je souhlas s poskytnutím zdravotní péče a tomu předchází poučení. Důvodem k získávání informovaného souhlasu by neměla být pouze právní ochrana zdravotníka, ale především zabezpečení autonomie pacienta a zlepšení jeho schopnosti rozhodovat se. Z právního hlediska jakýkoli dotyk bez předcházejícího souhlasu pacienta se může považovat za použití násilí. Neposkytnutí informací, poučení či nevyžádání informovaného souhlasu lze považovat za projev neúcty k sebeurčení pacienta, což je projevem nedůstojného přístupu k němu. Zdravotnický pracovník je povinný informovat o účelu, povaze, následcích i rizicích poskytnutí zdravotní péče a o možnostech volby navrhovaných postupů a rizicích odmítnutí zdravotní péče osobu, které má být zdravotní péče poskytnuta. (Kutnohorská, 2007)

### **1.4 Charta práv umírajících**

Umírající člověk a jeho rodina jsou citlivě vnímaví k tomu, jak s nimi okolí jedná, a zde je zachování důstojnosti člověka mimořádně významné. To, jak umírající prožívá poslední chvíle svého života a způsob jednání s ním a k němu, patří ke kultuře společnosti a také rodina potřebuje mít pocit, že jejich blízký odešel z tohoto pozemského světa důstojně, že s ním bylo až do poslední chvíle zacházeno jako s lidskou bytostí, která si zaslouží ohled a citlivé zacházení. *„Pro zachování důstojné péče jsou důležité faktory, které jsou projevem zájmu o umírajícího člověka: vlídnost, zdvořilost, naslouchání a vhodná komunikace“*. (Rotter, 1999, 26) Sestra a ostatní ošetřující personál o umírajícího pečují, protože chtějí, protože si tuto službu vybrali za své povolání. Etické normy v ošetřovatelském povolání uvádějí, že sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony,

aby ulehčila přežití období nemocí, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" bylo přijato Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999. (příloha č.2) Byly stanoveny práva umírajících a vytýčeny faktory, které základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob ohrožují. Ve zkrácené verzi se jedná o tyto práva:

1. Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti.
2. Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti.
3. Právo podílet se na rozhodnutích týkajících péče, bez strachu z odsouzení druhých.
4. Právo na citlivou a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje kvalitní péči nemocnému i jeho rodině.
5. Právo na stálou zdravotnickou péči přestože se cíl "uzdravení" se mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
6. Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby, které se týkají blízké smrti s ohledem na kulturní hodnoty.
7. Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků.
8. Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti.
9. Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, kteří si to přejí. (Ferrell, Coyle, 2015)

## 2. Umírání a smrt

### 2.1 Důstojné umírání

Důstojnost můžeme chápat jako pojem morálního vědomí, který vyjadřuje představy o hodnotě lidského jedince jako rovnocenné, rovnoprávné, svobodné a autonomní bytosti. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého. Nikdo by neměl umírat sám, důstojná smrt má mít charakter sociálního aktu. Tohoto cíle lze dosáhnout pouze tehdy, jsou-li stanovena pravidla, kdo a co bude dělat. Je nutné určitým způsobem závěr lidského života ritualizovat a současně využít zkušenosti domácího, ale i institucionalizovaného modelu péče. (Kutnohorská, 2007)

Důstojnost osobní identity souvisí se sebeúctou, s osobitou identitou jednotlivce a vědomím vlastního já. S chápáním smyslu vlastního života a pozicí ve společnosti. Na toto vše může mít vliv vážná choroba, ztráta soběstačnosti a závislost na druhých. Právě proto může být tento typ důstojnosti nejvíce ohrožován při poskytování zdravotní péče. Zraňovat nemocného a působit mu náročnou situaci lze porušováním soukromí a intimity, které nemusí být vědomé a je často způsobeno tzv. profesionální slepotou.

Nejasnost cílů léčby a péče u terminálně nemocných bývá často důvodem nepřiměřených a nekonzistentních postupů. Koncept dobré smrti jako cíle léčby v situaci terminálního onemocnění zde nabízí novou perspektivu. Hovořit o dobré smrti znamená hovořit o posledních dnech a týdnech života, a nikoliv pouze o posledních minutách! Neboť jsou to právě poslední dny a týdny, které určují, zda bude konec života umírajícími a jejich blízkými prožit jako lidsky důstojný a smysluplný. (Kalvach, 2004)

Léčit či ošetřovat pacienta s úctou k jeho lidské důstojnosti je morální povinností lékaře i sestry. Ve své práci by měli dodržovat následující zásady:

- Respektovat potřebu sebeúcty člověka, která je často snižena právě pro závažné onemocnění a jeho následky či pro nedůstojné podmínky a podřízené postavení. Zabraňovat jakékoli diskriminaci pacienta.
- Umožňovat projevy svobodné vůle a volbu zodpovědného konání na základě obsáhlého informování o podstatě onemocnění, diagnostických, léčebných či ošetřovatelských postupech.



- Zmírňovat utrpení nemocného, a to v souladu s aktuálními poznatky o člověku jako celostní osobnosti a kromě instrumentální terapie mu poskytovat i emocionální a duchovní podporu. A to vše v souladu s jeho světonázorovou orientací a individuálními potřebami, které souvisejí s onemocněním. (Kutnohorská, 2007)

Sestry považují při poskytování péče za nezbytné udělat maximum pro záchranu života a zdraví pacienta, ale ne za cenu pouhého prodloužení života o hodiny, dny nebo i měsíce, kdy by jeho utrpení bylo příliš velké a léčba nakonec vedla jen k udržování základních fyziologických funkcí.

Správný přístup k nemocnému popisuje profesor psychiatrie Harvey Max Chochinov jako přístup péče zachovávající důstojnost (Dignity Conserving Care), která je postavena na čtyřech základních principech označovaných A, B, C a D:

A (attitude = postoj) označuje postoj ošetřující osoby k pacientovi. To jak k pacientovi přistupuje, je důležité nejen pro pacienta, ale i pro sestru. Její postoj k pacientovi může být ovlivněn nejen jejími zkušenostmi, ale i obavami, ať už profesními nebo osobními. Chápání pacientova stavu vůbec nemusí odrážet realitu. Sestra může hodnotit kvalitu života pacienta úplně jinak než on sám. Nepostradatelné je zachování respektu k pacientovi v každém okamžiku.

B (behaviour = chování) se týká chování ošetřujících k pacientovi. Mají mu věnovat dostatečnou pozornost a dávat mu najevo, že jim na něm záleží, že jsou tu pro něj. Například i jen krátkým posezením u jeho lůžka a nasloucháním jeho vyprávění, přáním a steskům, nebo povšimnutím si nové fotografie na stolku u jeho lůžka apod.

C (compassion = soucit) je projevením soucitu jakoukoli formou, ať už slovní nebo nevyslovenou, třeba pouhým dotykem, kterým dá sestra nemocnému najevo, že si je vědoma jeho utrpení.

D (dialog = rozhovor) rozhovor sestry s pacientem je nezbytnou součástí péče o zachování důstojnosti nemocného. Přitom nezáleží na délce rozhovoru, ale na jeho kvalitě. Hlavním cílem je získat od nemocného odpovědi na otázku: Co bychom o Vás měli vědět, abychom Vám mohli poskytnout co nejlepší péči? (Váňová, 2017)

### **2.1.1 Přání pacienta a jeho rodiny**

Častým přáním nemocného je přítomnost kaplana. Ten může pomoci těm, kteří si kladou spirituální a existenciální otázky, prožívají emočně náročné období, nebo si chtějí promluvit o běžných starostech. Mezi nabízené služby patří rozhovor, naslouchání, modlitba a další. Mohou je využít všichni pacienti, blízcí příbuzní i členové ošetřujícího týmu, a to bez ohledu na náboženské vyznání. Některé sestry se stále domnívají, že spirituální potřeby mají pouze věřící lidé. Spiritualita nutně neznamená náboženskost, jedná se také o duchovnost. Proto může být rozhovor s kaplanem přínosný nejen pro věřící, ale i pro ty, kteří se k víře nehlásí a přesto potřebují mluvit o otázkách smyslu konečného lidského života a dalších duchovních hodnotách. Povinností zaměstnanců zdravotnického zařízení je informovat pacienty o možnosti přivolání kaplana, který se v areálu nemocnice nachází. Mezi další přání, se kterými se u umírajících pacientů setkávají sestry, patří žádost o přivolání rodiny. Sestry se snaží kontaktovat rodinu, ale setkávají se i s negativní reakcí blízkých umírajícího. (Angelo, 2015)

Mezi přání rodiny, se kterými se sestry setkaly, patří žádost nepokračovat v léčbě, vysazení pouze některých léků, přivolat lékaře, umožnit jim strávit co nejvíce času s umírajícím, dále žádají informaci při zhoršení stavu nemocného nebo o propuštění do domácí péče. (Angelo, 2015)

### **2.1.2 Komunikace**

Nejtěžším úsekem společné cesty lékaře, sestry a pacienta je podávání informací o zdravotním stavu při nepříznivé prognóze. Argumentem, který se často používá v neprospěch informovanosti pacienta, jsou obavy z jeho psychického selhání. Pacient, který není informovaný o nepříznivé prognóze svého zdravotního stavu, ztrácí možnost vyrovnat se se svou situací, která je skutečná a nezvratná bez ohledu na to, zda se o ní hovoří anebo ne. Velmi důležitá je veracita, tzn. pravdomluvnost. Veracita je závazek říkat druhým pravdu a neklamat je. V jistém smyslu lze hovořit o pravdivosti vůči sobě samému. (Haškovcová, 2000)

V minulosti nebylo respektované právo pacienta na poskytnutí pravdivých informací. Důvodem byl strach převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci svého života. Milosrdné lži, které byly používány, byly vysvětlovány tak, že by pacient nebyl schopný unést pravdu. Psychologové tvrdí, že jde o projekci a ten, kdo by neunesl pravdu, by byl zdravotník. Lékaři brali umírání jako svoji léčebnou prohru. V současné době je oznamování pravdy pacientovi o jeho zdravotním stavu samozřejmostí, a to i když se jedná

o nevyléčitelné onemocnění. V současné době se ještě neřeší otázka, zda se má pacientovi oznámit pravda, ale řeší se, kdo, kdy, kde a jak tuto pravdu pacientovi oznámí. (Haškovcová, 2000)

Zdravotníci svým chováním neustále ovlivňují pacienty, a to i ve chvílích, kdy zdánlivě nekomunikují. Není snadné na jedné straně projevovat účast s náročnou životní situací nemocného a věnovat mu upřímný lidský vztah a na druhé straně se nenechat příliš emocionálně ovlivnit jeho tragickým příběhem. Ošetřující tak balancují na hranici mezi odstupem a blízkostí. Strach, úzkost a lítostivost pak vedou zdravotníky k povzbuzování pacienta, k jeho ujišťování, že se jeho stav lepší a že za nedlouho půjde domů. Snaha rozveselit pacienta za každou cenu nebo jakékoli další nepřírozené a přemrštěné projevy sympatií mohou být pro nemocného stejně nesnesitelné jako vůbec žádné. Únikem před rozhovorem s umírajícím je pak dialog zaměřený na fyziologické parametry, výsledky a plánovaná vyšetření. Běžným přístupem je situace, kterou popisuje Eric J. Cassell následovně: „...ošetřující lékař a medici stojí před pokojem umírající pacientky, jejíž utrpení nelze ovlivnit. Hovoří o jejím utrpení nebo o tom, co jí řeknou, anebo co pro ni udělají? Ne, čtou její laboratorní výsledky a rentgenové snímky – k jejímu současnému problému irelevantní – jenže tohle je mnohem jednodušší a okamžitější. Byli k tomu na medicíně vzděláni. Proč by stejně tak nemohli být vychováváni k tomu, aby se starali o její utrpení?“ (Cassel, 2003, 189)

Řešením je věnovat pacientovi svou pozornost, naslouchat mu a snažit se mu porozumět. Naslouchání se může stát tou nejúčinnější léčbou. Důležité je dát najevo zájem i třeba jen obyčejným stiskem ruky, dotykem, pohlazením. Nemocní potřebují, aby někdo jejich stížnosti vyslechl, aniž by to vždy vyvolalo nějakou diagnostickou nebo léčebnou činnost. Na druhou stranu je těžké rozlišit, zda se jedná o postěžování nad nepříjemnostmi a tíživou situací nebo úvahu o odmítnutí léčby. K jednotlivým pacientům je nutno přistupovat individuálně a vnímat, co v dané chvíli zrovna potřebují. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

Bariérou v komunikaci je často absence soukromí a neustálé vyrušování při rozhovoru lékaře nebo sestry s nemocným nebo jeho rodinou. Výhodou je, když je nemocný na pokoji sám, může se zeptat na citlivé informace bez nepříjemných pocitů, studu apod. Někdy si pacient přeje, aby spolu s ním vyslechl/a závažné informace i manžel/ka apod. Pacient má právo vymínit si takovou přítomnost blízké osoby. Chodba je

pro poskytování informací naprosto nevhodným místem z mnoha důvodů. Ať už proto, že dochází k narušení soukromí tím, že rozhovor může kdokoli vyslechnout, ale je tam také přítomno mnoho rušivých elementů ze strany návštěv a dalších zdravotníků. Dalším problémem je, že není kam se posadit a tak rozhovor probíhá ve stoje. Příbuzní mohou mít pocit, že obtěžují a zdržují zdravotníky od dalších povinností, a přitom potřebují čas, aby vstřebali informace, promysleli si otázky, které by chtěli zodpovědět, uklidnili se a mnohdy i načerpali sílu, aby mohli čelit nepříznivé realitě a byli schopni vstoupit na pokoj a povídat si s nemocným.

Nezodpovězenou otázkou je, zda by sestry skutečně věnovaly čas pacientům, anebo jiným záslužným a dosud opomíjeným činnostem, kdyby jich ve službě bylo dostatek. Lze předpokládat, že některé by si zcela jistě našly jinou, například administrativní činnost, nebo důvody, pro které nebudou s umírajícími komunikovat prostě proto, že je to i pro ně psychicky náročné.

### **2.1.3 Smrt**

Smrt je individuální zánik organismu. *„Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o „programu smrti“, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán „program života“. V současnosti je zpravidla smrt konečným stádiem nějakého patologického procesu, je někdy označována jako „lékařská smrt“, která nastává v důsledku nemoci a ke které často dochází v nemocnici nebo v jiné instituci“.* (Haškovcová, 2000, 74)

První okamžiky po skonu blízkého člověka jsou naplněny bezradností. Vyvstávají otázky, co bude dál? Jak budou dotyční žít bez člověka, kterého měli rádi? Zvláštnost okamžiku nemá být překrývána aktivitou. Německá psycholožka Daniela Tausch-Flammerová doporučuje „Nechte na sebe působit ticho a zvláštnost okamžiku!“ (Tausch-Flammerová, 1994) Je třeba akceptovat ztrátu, pochopit a přijmout, že se stalo to, co se očekávalo. Reakce příbuzných mohou být výrazně individuální a bylo by chybou bránit spontánním projevům prvního smutku nebo je kritizovat. (Haškovcová, 2000)

Smrt člověka vede k přemýšlení o vlastním umírání. Postoj otevřenosti a pozornosti pomáhá, neboť pečujícím umožňuje mluvit o vlastních očekáváních, přáních, obavách nebo zážitcích týkajících se smrti. To, že můžeme mluvit o zkušenostech s umíráním

jiného člověka, nám pomáhá takové zkušenosti dobře zpracovat a integrovat do vlastního života. (Niedermann, 2016)

Velkým problémem nemocnic je zajistit vhodné místo pro zemřelého, do doby, kdy bude odvezen na patologické oddělení. Je nedůstojné ukládat zemřelého do koupelny. Takový postup není v nemocnicích standardní, i když převažující. Mnohá oddělení převzala „Ripkův model“. Profesor Ripka za svého působení ve Zlíně zřídil místnost, která byla vkusně upravena pro zemřelé osoby a příbuzní se mohli dostavit a rozloučit se se svým zemřelým. V dnešní době, kdy se snižují počty lůžek z důvodu nedostatku personálu, by nemusel být problém najít na každém oddělení pokoj, který by se dal využít k uložení zemřelého na dvě hodiny. Problém ale zůstává na těch odděleních, kde skutečně chybí pokoje a lůžka pro pacienty i třeba proto, že je jedno uzavřené pro nedostatek personálu. Není ojedinělou situací, kdy pacient čeká na ambulanci, až se uvolní lůžko po jiném pacientovi. Na některých odděleních je místnost určená k uložení těl zemřelých, která se nachází v suterénu a je využívána zejména ve dne. Uvedené problémy s důstojným uložením těla je třeba řešit. Bylo by totiž absurdní, přemlouvat rodinu, aby se nešla rozloučit se zemřelým jen proto, že k tomu není vytvořen prostor. Příbuzní se většinou potřebují rozloučit, naposledy pohladit, říci to, co ještě nestihli nebo se prostě ujistit, že jejich blízký opravdu zemřel. To vše má význam pro následující proces zármutku a žalu. (Váňová, 2017)

Dalším problémem je předávání pozůstalosti, to převážně probíhá na chodbě. Dalším uváděným problémem je nevhodný obal na věci zemřelého. Věci zemřelého jsou na standardních odděleních předávány v tašce, se kterou byl pacient přijat, ale není ojedinělé, že příbuzní během hospitalizace přinesou další věci, které se do tašky už nevejdou. Často se stává, že byl pacient přijat nečekaně a tedy bez svých osobních věcí. Ty pak postupně přináší rodina a dojde-li k úmrtí pacienta, vyvstává problém v čem předat pozůstalost. Běžnou praxí je, že sestry po úmrtí pacienta uloží jeho věci do čistého igelitového pytle, který může mít různou barvu, to podle toho k jakému účelu byl původně určen např. černý na komunální odpad, červený na infekční odpad atd. Právě v některém z těchto pytlů je pak předávána pozůstalost. (Váňová, 2017)

## 2.2 Psychické prožívání

Skutečnost, jak pacienti a jejich příbuzní prožívají postupující chorobu, lze pochopit jako vyrovnávání se s řadou ztrát. Tyto ztráty se mohou týkat všech aspektů života člověka, včetně funkčních schopností jeho těla. Postupující choroba poznamenává také sociální vztahy a role, představuje navzájem řadu navzájem souvisejících ztrát. (Paynová, Seymourová, 2007)

Je poměrně všeobecně známou skutečností, že lidé nevyлéčitelně nemocní a umírající reagují na příchod a rozvoj vážné choroby postupně měnícími se fázemi svého psychického stavu, které jsou v odborné literatuře opakovaně popisovány a definovány, např. dr. Elizabeth Kübler-Rossovou. Samozřejmě, že ne vždy a ne u všech jsou tyto fáze vyjádřeny a také nemusí vždy následovat v obvyklém pořadí. Mnohdy jsou modifikovány či zastřeny farmakoterapií. Přesto při pečlivém sledování můžeme nalézt v psychice těchto lidí určité charakteristické projevy. Většinou je pro pacienta první seznámení se svou nepříznivou prognózou velkým šokem spojeným se stavy strachu, smutku a sklíčenosti, později ale i negace, vzpoury, hněvu, popírání až agresivního odmítání přijat pravdu o blížícím se neodvratném konci. Poté zpravidla přichází období smlouvání a vyjednávání, období naděje a víry v uzdravení a návratu ke své práci a rodině. Nezadržitelně postupující choroba však nemocného dříve či později vrací zpět do reality s těžkými psychickými stavy zoufalství, beznaděje, často až hluboké deprese s aktuálním nebezpečím suicidiálních tendencí, vyžadující zvýšenou a odbornou péči o psychiku pacienta. V konečném stádiu pak dochází ke smíření, souhlasu, vyrovnání se s životem, odevzdáním se a přijetím své smrti nebo také k rezignaci.

Z hlediska časového lze rozdělit péči o umírajícího na období:

- pre finem – péče před umíráním, kdy je zapotřebí uchránit nemocného před okluzí, vyloučením, před tzv. „sociální smrtí“, kdy člověk ještě žije, ale je neodvratně zbaven všech důležitých sociálních a interpersonálních vztahů,
- in finem – péče během vlastního umírání, péče by neměla postrádat takt a určitou ritualizaci, jde o změněný stav vědomí až bezvědomí, kdy umírající nereaguje na žádné podněty, po němž následuje smrtelné kóma a exitus (smrt)
- post finem – zahrnuje pietní péči o mrtvé tělo, sděluje informace pozůstalým, v neposlední řadě též pomoc pozůstalým (Jankovský, 2018)

Umírání a smrt nejsou jevem, který by přicházel do naší psychiky náhlé, ale cesta k této životní pravdě konečnosti našeho života se připravuje v průběhu celého života, i když ve stáří je tato příprava intenzivnější. „*Na blížící se smrt reagují lidé různými reakcemi:*

- *smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného),*
- *pasivní rezignace (netečnost a nezájem),*
- *únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo,*
- *únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti,*
- *pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla,*
- *negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám“.* (Křivohlavý, 2002, 155)

### 3 Instiutalizovaná péče o umírající

Konec života je tak spjat s pojmy institucionalizace a medikalizace smrti. Rozumí se tím zvládnutí umírání a smrti převážně na medicínské úrovni, ve speciálních institucích, využití velkého množství léků ve snaze co nejdéle udržet pacienta při životě (Špatenková et al., 2014). Zatímco v minulých dobách bývala smrt záležitostí celé komunity, dnes o umírající pečují zejména profesionálové. Špatenková (2014) toto nazývá přemírou citlivosti ke smrti, kdy blízkým na umírajícím záleželo tak moc, že mu chtěli poskytnout nejlepší péči – samozřejmě z rukou odborníka – v nemocnici, lékařem. Na druhé straně popisuje nemocnici jako důstojné útočiště pro poslední chvíle nemocného, který byl rodinou vnímán jako zátěž. Rodina tímto také přenáší svou zodpovědnost na personál nemocnice. Hospitalizace umírajícího člověka bývá v dnešní době běžným jevem. Špatenková (2014) uvádí, že smrt se stala soukromou událostí, která je určena jen nejbližší rodině. Jakmile se ale stala hospitalizace obecným jevem, byla odsunuta do pozadí i rodina.

Nemocný je odloučen od své rodiny, rodina zase od svého nemocného. Přístup zdravotníků je mnohdy velmi neosobní, otažitý, chladný. Pramení zejména z velké vytíženosti zdravotnického personálu, nebo takový postoj zdravotníci zaujímají cíleně jako způsob sebeobrany. Svoji vlastní nedotknutelnost problému pacientů vnímají jako nutnost při svém povolání.

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Umírajícím jakožto zvláštní skupině nemocných se z hlediska odborného ošetřovatelství dlouhou dobu nevěnovala speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Ta se začala běžně používat až ve 20. letech 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího. (Haškovcová, 2000)

*„Navzdory všem změnám k lepšímu v posledním desetiletí se v naší zemi velké většině umírajících stále nedostává odpovídající péče. Závěr života mnohých z nás je tak často a především zbytečně provázen bolestí, osamělostí a dalšími formami utrpení, jimž by bylo určitě možné předejít“.* (Kalvach, 2004, 7)



### 3.1 Paliativní péče

Díky moderní medicíně dokážou lékaři mnohdy bojovat s infarkty, cévními mozgovými příhodami i onkologickými onemocněními. Pokud ale nemoc nad pacientem vítězí, české zdravotnictví je do jisté míry bezradné. V Česku chybí komplexní systém paliativní péče, který by byl zajišťován nejen v hospicích, ale i v nemocnicích. Nemocnice jsou u nás místem, kde každý rok prožívá své poslední chvíle nejvíce lidí. V České republice ročně zemře asi 100 tisíc pacientů, z toho 70 procent v nemocnicích. Děje se tak často bez přítomnosti jejich blízkých, bez možnosti komplexní paliativní, sociální a duchovní péče. Je to bezesporu největší dluh, který vůči pacientům v naší zemi máme. Většinou umírající lidé v nemocnici nemají přístup k tomuto typu péče, k důstojnému konečnému životnímu momentu. (Večerková, 2011)

Nedostatky ve stávajícím systému potvrdil i výzkum s názvem Umírání a péče o nevléčitelně nemocné, který obsahoval mimo jiné také otázky zaměřené na to, čeho se lidé na umírání nejvíce obávají. Jako nejzávažnější uvedli účastníci průzkumu, tedy potencionální pacienti, strach z bolesti a utrpení spojeného s prodlužováním umírání, ztráty soběstačnosti a schopnosti rozhodovat o sobě, ztráty důstojnosti, osamocení, odloučení od svých blízkých a psychického strádání. Respondenty v tomto výzkumu byli nejen občané z řad laické veřejnosti, ale také zástupci odborné veřejnosti, tedy lékaři a sestry. Právě oni jsou těmi, kdo jsou nejbližší umírajícímu člověku, kdo vidí, slyší, cítí a prožívá s umírajícím závěr jeho životního příběhu. Mnoho takových příběhů v nich zanechává silnou stopu a přináší uvědomění si, jak by oni sami nechtěli umírat. Přemýšlejí nad tím, co by se mělo zlepšit nebo změnit, aby závěr života byl co nejvíce přirozený a snesitelný. Výše uvedené výsledky výzkumu vyvolávají mnoho etických otázek. (Večerková, 2011)

Paliativní péče ve smyslu paliativní medicíny a péče vznikla jako korekce jednostranně kurativního, tzn. na uzdravení orientovaného a na léčení zaměřeného poskytování zdravotní péče. V posledních desetiletích se vyvinula ve specializovaný koncept péče o lidi, kteří trpí nevléčitelnou, pokročilou nebo chronickou nemocí. A k tomu patří i lidé ve stádiu umírání. V centru zájmu tedy stojí pacienti, kteří sice nemohou být vyléčeni, ale jejichž bolesti a utrpení mají být co nejlépe mírněny a jejichž kvalita života má být podporována až do konce jejich života. Začátek paliativní péče je zpravidla spojován s působením anglické odbornice na péči, sociální pracovníci a lékařkou Cicely Saunders, a s Hospicem sv. Kryštofa v Londýně, který v roce 1967 založila. Z pohledu

historie je to, co dnes rozumíme pojmem paliativní péče, spojením dvou různých vývojových vlivů: na straně jedné komunitně orientovaného hospicového hnutí se silným zapojením dobrovolníků a laiků, a na straně druhé více klinicky orientované profesionální paliativní medicíny. (Misconiová, 2004)

Podle komplexnosti poskytovaných služeb je rozdělována paliativní léčba na obecnou a specializovanou. Specializovanou paliativní péči jsou schopni poskytnout pracovníci, kteří jsou vzděláni v oboru paliativní péče, a je jejich hlavní náplní. Specializovaná paliativní péče je realizovaná týmem odborníků, který je tvořen lékařem, sestrou, sociálním pracovníkem, psychologem, fyzioterapeutem a dalšími. Mezi organizační formy specializované paliativní péče patří mobilní hospic, specializovaná ambulance paliativní péče, denní hospicové centrum (denní stacionář), lůžkový hospic, konziliární tým paliativní péče, který je součástí nemocnice nebo léčebny a lůžkové oddělení paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení. Oproti tomu by mělo obecnou paliativní péči poskytovat každé zdravotnické zařízení v rámci jednotlivých odborností. Nedílnou součástí obecné paliativní péče je jak včasné zhodnocení zdravotního stavu nemocného, tak i jeho pravidelná aktualizace a posuzování efektivity poskytované léčby s ohledem na hodnocení kvality života nemocným. Zahrnuje léčbu bolesti a symptomů provázejících onemocnění, respekt ke svobodnému rozhodnutí nemocného, kvalitní komunikaci mezi nemocným, jeho rodinou a jednotlivými členy zdravotnického týmu.

Nejčastěji uváděnými faktory, které ovlivňují poskytování kvalitní obecné paliativní péče v nemocnicích, jsou: schopnost včasného rozpoznání potřeby paliativní péče, vzdělání zdravotníků v oblasti paliativní péče, zastoupení jednotlivých pracovníků v multidisciplinárním týmu a jejich efektivní spolupráce, kvalitní komunikace nejen uvnitř týmu, ale i s nemocným a jeho rodinou a neposlední řadě dostatečné zastoupení nelékařského zdravotnického personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči.

Paliativní péče nabízí mírnění bolestí a jiných zatěžujících symptomů, říká ano životu a vnímá umírání jako normální proces. Nemá úmysl příchod smrti ani urychlit, ani oddálit, integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty, nabízí systém podpory, který pacientovi pomáhá žít aktivně tak, jak jen to je možné, a to až do jeho smrti. Dále nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám vyrovnat se se zátěží během nemoci blízkého a při jejich vlastním procesu zármutku, využívá týmovou práci, aby bylo možné reagovat na potřeby pacienta a jeho blízkých, což, pokud je požadováno, zahrnuje i

poradenství ve zvládnání procesu zármutku, zlepšuje kvalitu života a může pozitivně ovlivnit i průběh nemoci. Může být využívána i v raném stádiu nemoci ve spolupráci s jinými formami terapie, např. chemoterapií nebo ozařováním, jejichž cílem je prodloužit život. (Misconiová, 2004)

### **3.2 Nemocniční péče**

V nemocniční péči současní pacienti požadují využití moderní přístrojové techniky a léčbu až do samého konce, ale na druhou stranu se obávají dystanázie tzv. zadržené smrti. Bojí se ztráty autonomie a nechtějí být pouze objekty péče, chtějí spolurozhodovat o léčbě, která jim bude poskytována. Přesto nejsou a nemohou být klienty, kteří diktují lékaři, jakou léčbu jim má poskytnout. Chtějí, aby režim dne byl přizpůsoben jejich potřebám a byly umožněny kontinuální návštěvy, ale zároveň požadují zabezpečení soukromí. (Večerková, 2011)

Většina lidí se bojí umírání proto, že bude trvat příliš dlouho. Fáze umírání může být v některých situacích uměle prodlužována prostřednictvím velkého množství moderních přístrojů a léků, intenzivnějších zásahů a invazivních metod, které ve svém důsledku vedou pouze k tomu, že život nemá tzv. přirozený konec. Lidé již neumírají následkem stáří nebo z přirozených příčin a někdy je i smrt osmdesátiletého člověka považována za předčasnou. Rodina má pocit, že se ještě dal jeho život prodloužit, zachránit. Velké úspěchy v medicíně vedou ke sklonu považovat každé umírání za odborné selhání a nikoliv za nevyhnutelnou a smysluplnou součást života. Zdravotníci tak prožívají smrt pacienta jako svou prohru. Proto se někteří profesionálové v praxi snaží přizpůsobit společenskému obrazu, který vytvořili, obrazu tzv. heroické medicíny, která vítězí nad přírodou, tedy i nad smrtí člověka. (Křížová, 2006)

### **3.3 Hospicová péče**

Jedna z forem paliativní péče je hospicová péče pro nemocné v terminální fázi nevléčitelného onemocnění, převážně onkologického, ale také onemocnění životně důležitých orgánů, AIDS, pokročilé demence. Je místem laskavé péče o umírajícího člověka. Vytváří bezpečné prostředí nemocnému a jeho blízkým. Přináší nemocnému jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že zůstane zachována jeho lidská důstojnost, že nebude osamocen.

Domácí hospicová péče pomáhá nevléčitelně nemocným lidem prožít důstojným způsobem a v rodinném kruhu poslední období života. Lékaři a sestry navštěvují pacienta doma, předpokladem je zapojení rodiny do péče o nemocného. Česká republika zatím není plně pokryta službami domácí hospicové péče.

Lůžkový hospic je zdravotnické zařízení poskytující nepřetržitou péči pacientům ve stádiu nevléčitelné nemoci, kdy byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Do hospice přichází těžce nemocný člověk ve chvíli, kdy je nutná léčba paliativní, ale v domácím prostředí na fyzicky i odborně náročné ošetřování rodina nestačí nebo domácí péče není k dispozici. V České republice je 18 lůžkových hospiců, pouze v jednom kraji zatím nejsou vybudovány. (Misconiová, 2004)

Stacionární hospicová péče zajišťuje denní pobyty nemocných. Pacient je přijat ráno a k večeru se vrací domů. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě nebo poblíž hospice. (Kupka, 2014)

Hospice často poskytují i další návazné služby. Respirační pobyt patří mezi odlehčovací služby, které pomáhají rodinám, jež se dlouhodobě starají o těžce nemocného člověka, aby si odpočinuly, upravily bydlení apod. Pobyt nemocného v hospici je zpravidla omezen na dobu několika týdnů. Půjčovna zdravotnických a kompenzačních pomůcek zapůjčuje pomůcky, které ulehčí péči o nemocné v domácím prostředí - např. antidekubitní pomůcky, polohovací lůžka, vozíky, kyslíkové přístroje apod. (Misconiová, 2004)

Elisabeth Kübler–Rossová popisuje hospicovou péči takto: "*Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně doma připravené polévky ho povzbudí aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infuzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout! Ale stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči.*" (Kübler–Rossová, 2015, 17)

## **4 Etické aspekty v péči o umírající v nemocniční a hospicové péči**

### **4.1 Formulace problému**

Výzkumná činnost v oblasti etiky a etických principů v péči o umírající je důležitá pro lepší chápání potřeb umírajícího člověka a jeho blízkých. Předkládá informace a názory účastníků přímé péče o nemocné, kteří jsou na konci své životní poutě. Na jedné straně vnímáme, že situace k umírajícím je dnes nepoměrně lepší než před deseti či více léty, přesto je nesmírně důležité dále zvyšovat povědomí zdravotnických pracovníků, pracujících v institucích, ve kterých jsou hospitalizováni těžce nemocní. Rozvoj paliativní péče, včetně péče hospicové dává možnost plně uplatňovat etické principy v péči o umírající. To však neznamená, že pokud nemocný nemá možnost z nějakých důvodů být přijat do hospice a zůstává hospitalizován v nemocnici, by neměla být péče rutinní, neprofesionální, kdy nemocný není vnímán jako jedinečná bytost, která prožívá velmi těžké chvíle. Narušování jeho autonomie, nedostatečná informovanost, přehlížení jeho psychologických, sociálních a spirituálních potřeb, výrazně snižuje lidskou důstojnost a kvalitu jeho posledních dnů.

### **4.2 Cíle a výzkumné problémy**

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit zkušenosti a názory všeobecných sester, pečujících o umírající v nemocnicích a hospicích a porovnat a zjistit rozdíly u obou skupin všeobecných sester.

Vedlejšími cíli pak bylo zjistit názory sester týkající se důstojnosti a hodnoty života, „dobré smrti“, svobody rozhodovat sám o sobě, profesionální komunikace s umírajícím, saturace duchovních potřeb a přístup k zemřelému.

Vyhodnocením výzkumných problémů bychom měli získat odpovědi na následující otázky: Uvědomují si sestry, co znamená lidská důstojnost a rozumí pojmu „dobrá smrt? Dokážou sestry vhodně komunikovat s umírajícím a jeho blízkými? Je u umírajících adekvátně tlumena bolest? Je samozřejmostí důstojné zacházení se zemřelým?

### **4.3 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor byl sestaven z 200 respondentů, respondenty byly všeobecné sestry. První skupina - 100 sester pracuje v 8 nemocnicích na interních oddělení a

odděleních následné péče (Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku, Nemocnice Třinec, Karvinská nemocnice, Slezská nemocnice Opava, Nemocnice s poliklinikou Havířov, Vsetínská nemocnice, Bohumínská nemocnice). Druhá skupina - 100 sester pracuje ve 12 hospicích (Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic sv. Lukáše v Ostravě, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic Malovická v Praze, Hospic Frýdek - Místek, Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, Hospic Štrasburk v Praze, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Litoměřicích, Hospic svatého Lazara v Plzni, Hospic sv. Zdislavy v Liberci, Hospic sv. Alžběty v Brně).

#### **4.4 Metoda sběru dat**

Pro výzkumné šetření byl vytvořen nestandardizovaný dotazník se souborem 20 otázek, které byly zaměřeny na zjištění zkušeností a názorů respondentů o uplatňování etických aspektů v péči o umírající. Dotazník je pak součástí přílohy č. 1. Otázky číslo 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 17, 20 jsou zaměřeny na lidskou důstojnost. Otázky č. 7, 13, 14, 15 zjišťují komunikaci, otázka č. 16 je zaměřena na bolest a otázky č. 18, 19 zjišťují, jak je zacházeno se zemřelým.

Záhlaví dotazníku předkládalo respondentům žádost o vyplnění dotazníku, základní informace o tematickém zaměření a ujištění o anonymitě. Respondenti byli také informováni o způsobu vyplnění dotazníku. První část otázek byla zaměřena na zjištění základních informací o respondentovi. Tyto informace byly využity k roztřídění respondentů do jednotlivých skupin, které byly následně analyzovány pro dosažení stanovených cílů práce.

#### **4.5 Organizace výzkumu**

Veškerá data byla sbírána v 8 nemocnicích v Moravskoslezském regionu a ve 12 hospicích v České republice. Šetření probíhalo od listopadu 2017 do března 2018. Dotazníky byly sestřám, pracujícím v nemocnici předány v tištěné formě osobně, sestřám, pracujícím v hospicích byly předány částečně osobně a částečně poštou. Před zasláním dotazníku poštou, byly všechny sestry telefonicky kontaktovány s žádostí o vyplnění dotazníku a odeslání dotazníku zpět. Zasláná obálka obsahovala dotazník a další obálku

s napsanou zpětnou adresou. Celkem bylo předáno a zasláno 200 dotazníků, všechny dotazníky byly vyplněny a buď osobně předány nebo zaslány poštou.

## 4.6 Zpracování dat

Získané vyplněné dotazníky byly nejdříve kódovány. Odpovědi u jednotlivých otázek byly sečteny a vyhodnoceny. P-hodnota byla stanovena na menší než 0,05. Data byla interpretována popisnou statistikou - počet, průměr, medián, tabulky a grafy.

## 5 Výsledky

Výsledky jsou předkládány ve dvou částech. První část se věnuje všeobecným sociodemografickým datům. Ve druhé části jsou předkládány výsledky výzkumných problémů.

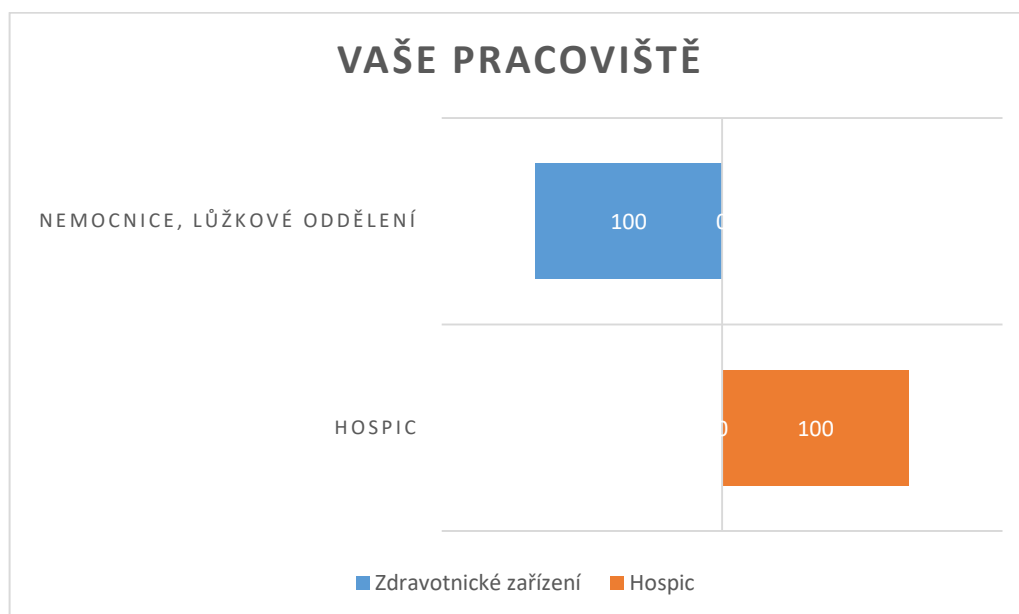
### 5.1 Sociodemografická data

Níže předkládám výsledky odpovědí na všeobecné otázky číslo 1 - 3, které odpovídají tabulkám a grafům 1 - 3. Ukazují nám pracoviště, věk a délku zdravotnické praxe.

**Tabulka 1. Vaše pracoviště**

Věk respondenta	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Nemocnice	100	100%	0	0%
Hospic	0	0%	100	100%
Celkem	100	100%	100	100%

**Graf 1. Vaše pracoviště**



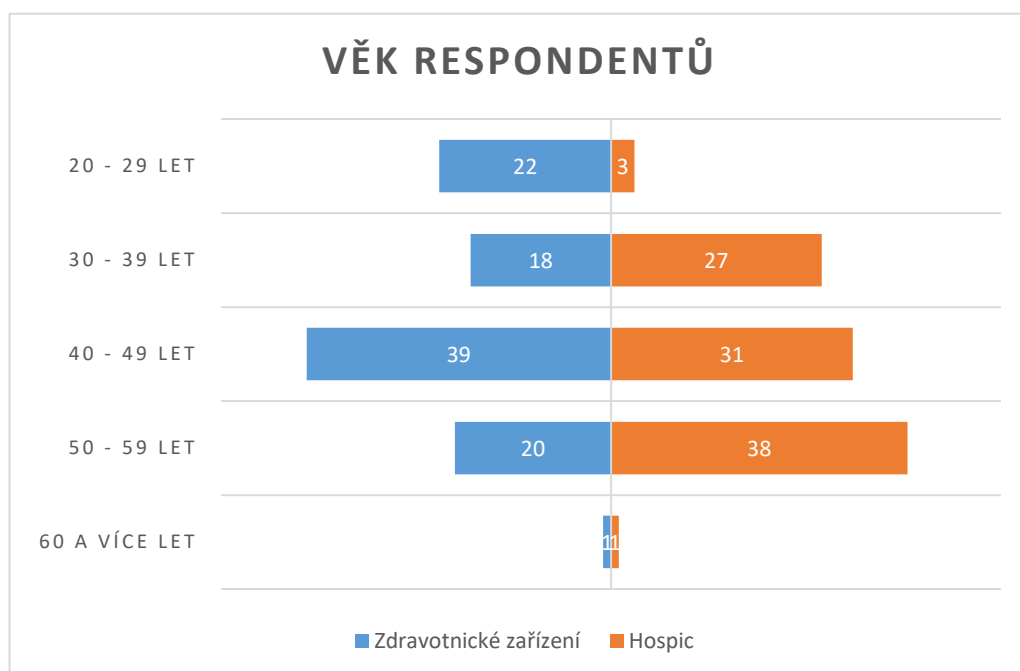
Výzkumný soubor byl sestaven z 200 respondentů, respondenty byly všeobecné sestry. První skupina - 100 sester pracuje v 8 nemocnicích na interních oddělení a odděleních následné péče, druhá skupina - 100 sester pracuje ve 12 hospicích.

**Tabulka 2. Váš věk**

Věk respondenta	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
20 - 29 let	22	22%	3	3%
30 - 39 let	18	18%	27	27%
40 - 49 let	39	39%	31	31%
50 - 59 let	20	20%	38	38%
60 a více let	1	1%	1	1%
Celkem	100	100%	100	100%



**Graf 2. Věk respondentů**

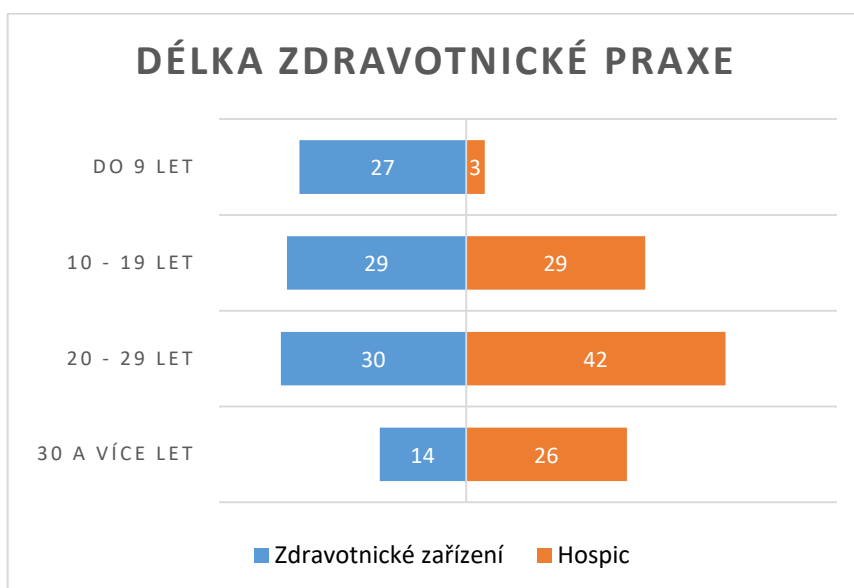


Ve skupině respondentů, pracujících v nemocnici je nejvíce (39%) zastoupena věková skupina 40 - 49 let, významné zastoupení je i ve skupině 20 - 29 let (22%). U respondentů, pracujících v hospici je nejvíce zastoupena věková skupina 50 - 59 let, nejnižší (3%) jsou sestry ve věku 20 - 29 let.

**Tabulka 3. Délka Vaší zdravotnické praxe**

Délka zdravotnické praxe	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
do 9 let	27	27%	3	3%
10 - 19 let	29	29%	29	29%
20 - 29 let	30	30%	42	42%
30 a více let	14	14%	26	26%
Celkem	100	100%	100	100%

**Graf 3. Délka Vaší zdravotnické praxe**



Délka zdravotnické praxe respondentů, pracujících v nemocnici je v prvních třech kategoriích rozložena téměř rovnoměrně, do 9 let (27%), 10 – 19 let (29%), 20 – 29 let (30%), (14%) respondentů má praxi delší než 30 let. Délka zdravotnické praxe respondentů v hospici je nejvíce zastoupena skupina 20 – 29 let (42%). S praxí 30 a více let je 26 respondentů (26%), praxi 10 – 19 let má 29 (29%) respondentů. Významná hodnota je zastoupení do 9 let (3%).

## 5.2 Hodnocení výsledků

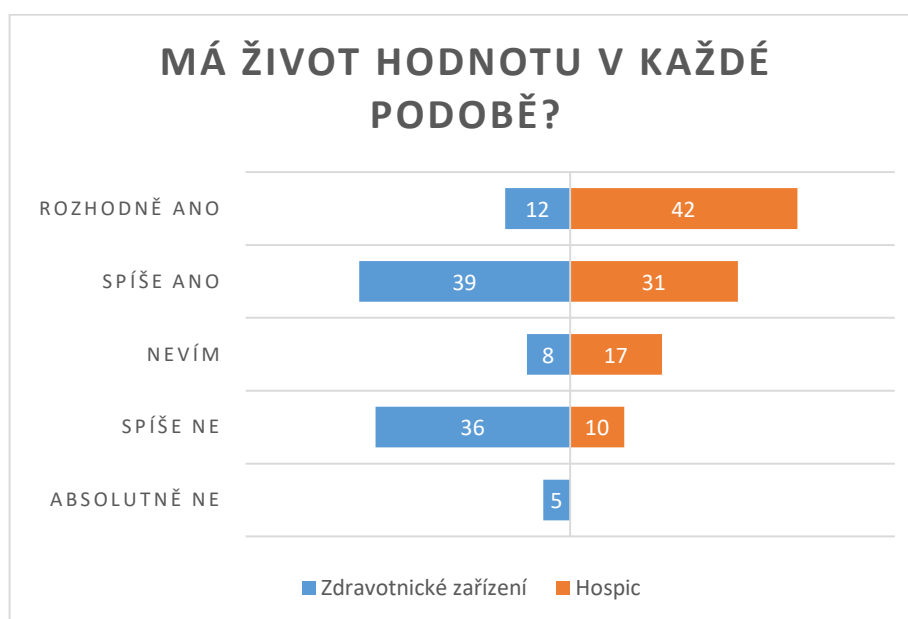
**Tabulka 4a. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?**

Hodnota života v každé podobě	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	5	5%	0	0%
Spíše NE	36	36%	10	10%
Nevím	8	8%	17	17%
Spíše ANO	39	39%	31	31%
Rozhodně ANO	12	12%	42	42%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 4b. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	12	
Hospic	17	
Celkem	46	3,38423E-08

**Graf 4. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?**



5 (5%) respondentů z nemocnice uvedlo, že život má hodnotu v každé podobě s odpovědi rozhodně ne, spíše ne 36 (36%), spíše ano 39 (39%), rozhodně ano 12 (12%), neví odpovědělo 8 (8%) respondentů. 42 (42%) sester z hospice odpovědělo na otázku rozhodně ano, 31 (31%) sester spíše ano, 17 (17%) nedokázalo na otázku odpovědět. Spíše ne uvedlo 10 (10%) respondentů a absolutně ne neuvedl žádný (0%) respondent.

P – hodnota 3,38423E-08 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že život má cenu v každé podobě, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

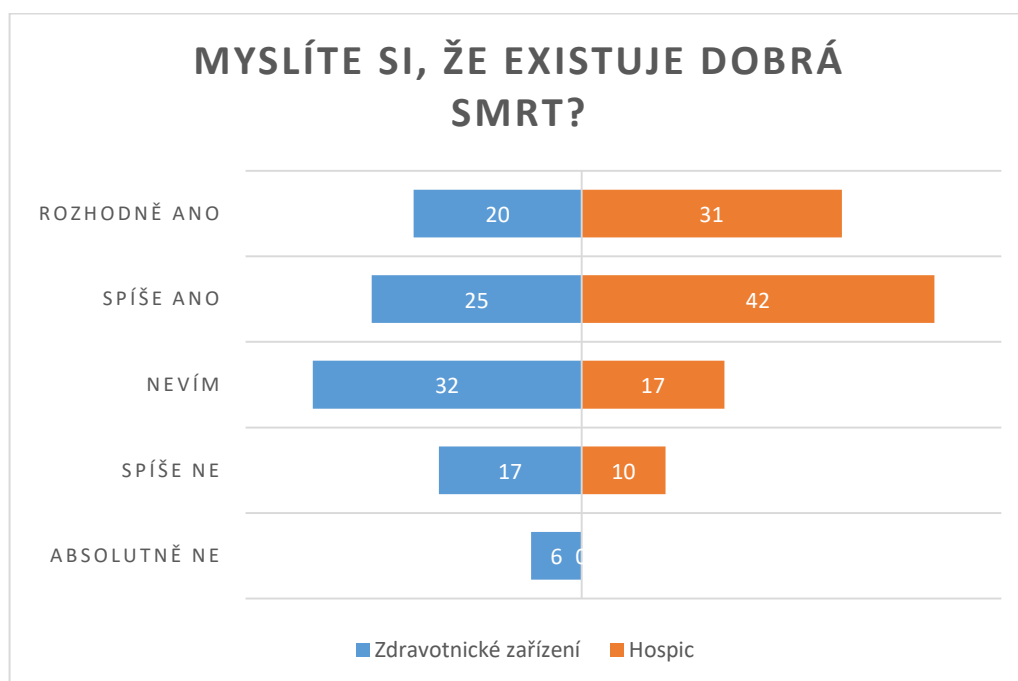
**Tabulka 5a. Myslíte si, že existuje dobrá smrt?**

Myslíte si, že existuje dobrá smrt?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	6	6%	0	0%
Spíše NE	17	17%	10	10%
Nevím	32	32%	17	17%
Spíše ANO	25	25%	42	42%
Rozhodně ANO	20	20%	31	31%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 5b. Myslíte si, že existuje dobrá smrt?**

Institut	Medián	P-hodnota
Zdravotnické zařízení	20	
Hospic	17	
Celkem	49	0,000753682

**Graf 5. Myslíte si, že existuje dobrá smrt?**



20 (20%) respondentů z nemocnice na otázku odpovědělo rozhodně ano, spíše ano 25 (25%), 32 (32%) nedokázalo na otázku odpovědět, spíše ne uvádí 17 (17%) a absolutně ne 6 (6%) respondentů. Sestry v hospici odpověděly rozhodně ano 31 (31%), spíše ano 42%, neví 17 (17%) respondentů, spíše ne 10 (10%) respondentů, absolutně ne

neodpověděl žádný tázaný.

P – hodnota 0,000753682 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že existuje dobrá smrt, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

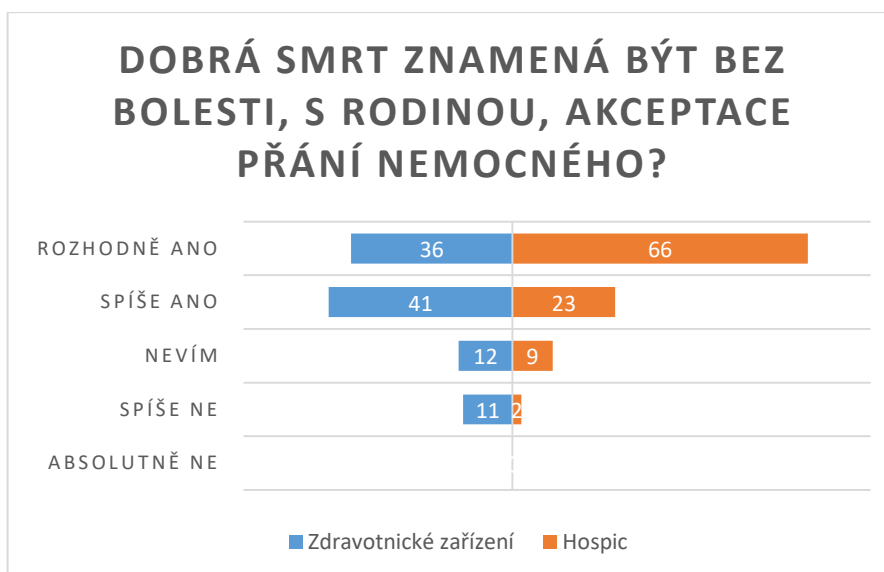
**Tabulka 6a. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného**

Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	0	0%	0	0%
Spíše NE	11	11%	2	2%
Nevím	12	12%	9	9%
Spíše ANO	41	41%	23	23%
Rozhodně ANO	36	36%	66	66%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 6b. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	12	
Hospic	9	
Celkem	21	0,000130828

**Graf 6. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného**



Sestry v nemocnici s definicí dobré smrti rozhodně ano souhlasilo 36 (36%), spíše ano 41 (41%), nevím 12 (12%), spíše ne uvedlo 11 (11%) respondentů. Odpověď absolutně ne neuvedl žádný respondent. 66 (66%) sester v hospici odpovědělo rozhodně ano, 23 (23%) respondentů uvedlo spíše ano, 9 (9%) neví a 2(2%) uvedlo spíše ne. Odpověď absolutně ne neuvedl žádný respondent.

P – hodnota 0,000130828 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

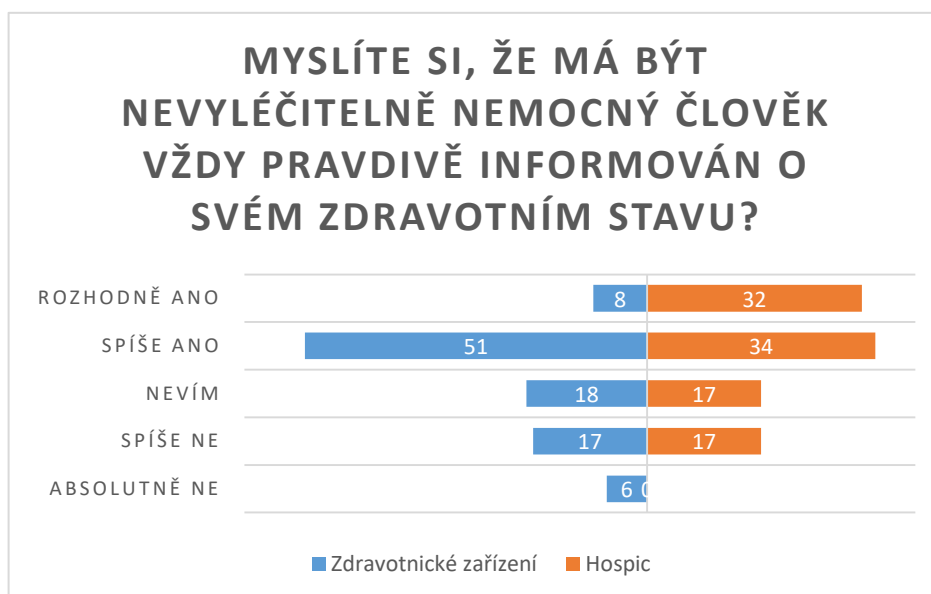
**Tabulka 7a. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?**

Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	6	6%	0	0%
Spíše NE	17	17%	17	17%
Nevím	18	18%	17	17%
Spíše ANO	51	51%	34	34%
Rozhodně ANO	8	8%	32	32%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 7b. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	17	
Hospic	17	
Celkem	35	0,000477147

**Graf 7. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?**



Na otázku, zda má být nemocný pravdivě o svém stavu informován, 8 (8%) respondentů z nemocnice odpovědělo rozhodně ano, 51 (51%) respondentů spíše ano, 18 (18%) respondentů uvedlo odpověď nevím, 17 (17%) respondentů odpovědělo spíše ne a 6 (6%) uvedlo absolutně ne. Sestry v hospici – 32 (32%) odpovědělo rozhodně ano, 34 (34%) spíše ano, 17 (17%) uvedlo odpověď nevím, 17 (17%) odpovědělo spíše ne, odpověď absolutně se nezvolil žádný respondent.

P – hodnota 0,000477147 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že nevléčitelně nemocný má být vždy informován o svém zdravotním stavu, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

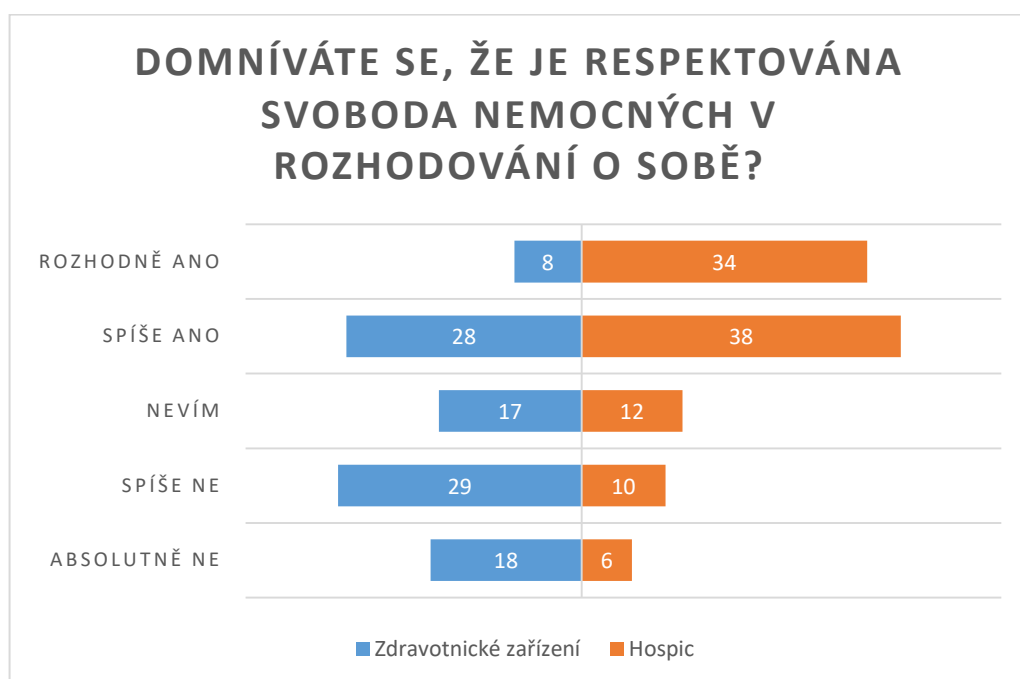
**Tabulka 8a. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?**

Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	18	18%	6	6%
Spíše NE	29	29%	10	10%
Nevím	17	17%	12	12%
Spíše ANO	28	28%	38	38%
Rozhodně ANO	8	8%	34	34%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 8b. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	18	
Hospic	12	
Celkem	39	8,46951E-07

**Graf 8. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?**



Na otázku, zda se respondenti domnívají, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě, 8 (8%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 28 (28%) se domnívalo spíše ano, 17 (17%) uvedlo odpověď nevím, spíše ne uvedlo 29 (29%) respondentů a absolutně ne uvedlo 18 (18%) sester. Sestry v hospici na otázku odpovědělo 34 (34%) rozhodně ano, 38 (38%) uvedlo spíše ano, 12 (12%) respondentů nedokázalo odpovědět, 10 (10%) sester se domnívalo, že spíše ne a 6 (6%) uvedlo absolutně ne.

P – hodnota 8,46951E-07 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.



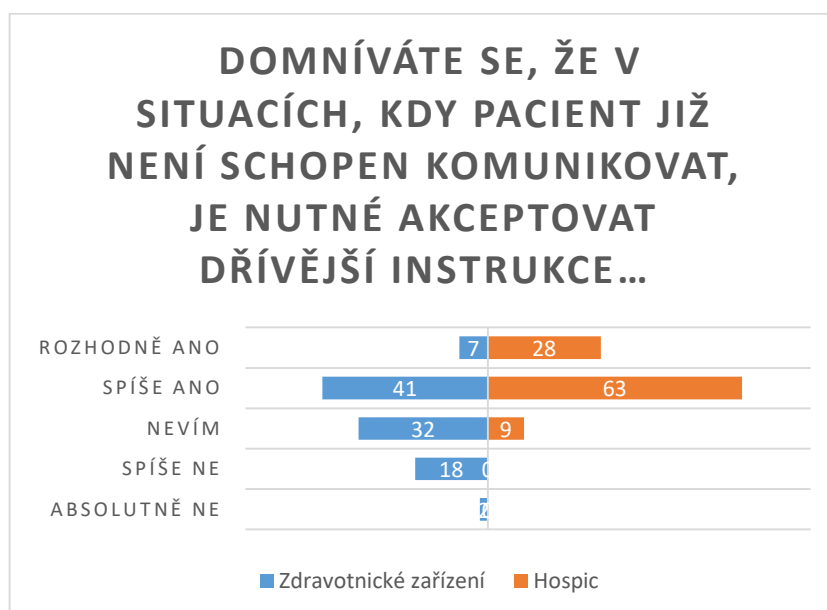
**Tabulka 9a. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.**

Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	2	2%	0	0%
Spíše NE	18	18%	0	0%
Nevím	32	32%	9	9%
Spíše ANO	41	41%	63	63%
Rozhodně ANO	7	7%	28	28%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 9b. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	18	
Hospic	9	
Celkem	35	3,34948E-10

**Graf 9. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference**



Na otázku, zda se respondenti domnívají, že je nutné respektovat dřívější instrukce nemocného ohledně budoucí péče, 7 (7%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 41 (41%) se domnívalo spíše ano, 32 (32%) uvedlo odpověď nevím, spíše ne uvedlo 18 (18%) respondentů a absolutně ne uvedlo 2 (2%) sester. Sestry v hospici na otázku odpověděly 28(28%) rozhodně ano, 63 (63%) uvedlo spíše ano, 9 (9%) respondentů nedokázalo odpovědět, odpovědi spíše ne a absolutně ne, neuvedl žádný respondent.

P – hodnota 3,34948E-10 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

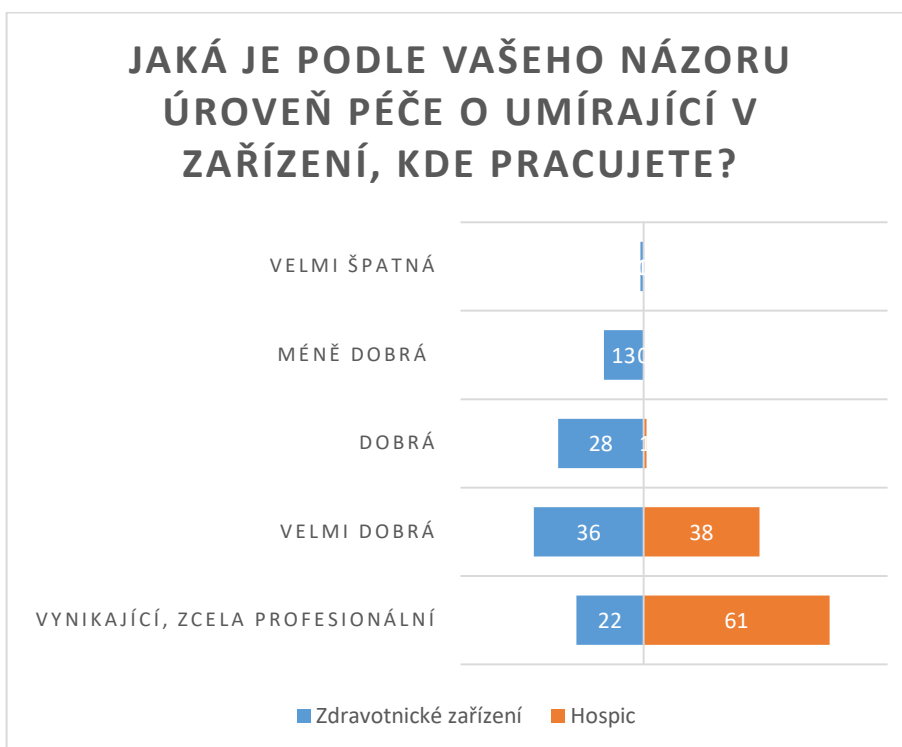
**Tabulka 10a. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?**

Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Vynikající, zcela profesionální	22	22%	61	61%
Velmi dobrá	36	36%	38	38%
Dobrá	28	28%	1	1%
Méně dobrá	13	13%	0	0%
Velmi špatná	1	1%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 10b. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	22	
Hospic	1	
Celkem	29	9,63592E-12

**Graf 10. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?**



Na otázku, jak hodnotí pracovníci úroveň péče na svém pracovišti, 1 (1%) sestra v nemocnici odpověděla velmi špatná, 13 (13%) se domnívalo, že je méně dobrá, 28 (28%) uvedlo péči jako dobrou, velmi dobrou hodnotí 36 (36%) respondentů a vynikající, zcela profesionální uvedlo 22 (22%) sester. Sestry v hospici neuvedly možnosti velmi špatná a méně dobrá, 1 (1%) respondent uvedl péče dobrá, 38 (38%) respondentů považovalo péči velmi dobrou a 61 (61%) sester hodnotilo péči jako vynikající, zcela profesionální.

P – hodnota 9,63592E-12 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že péče o umírajícího na jejich pracovišti je vynikající, zcela profesionální, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

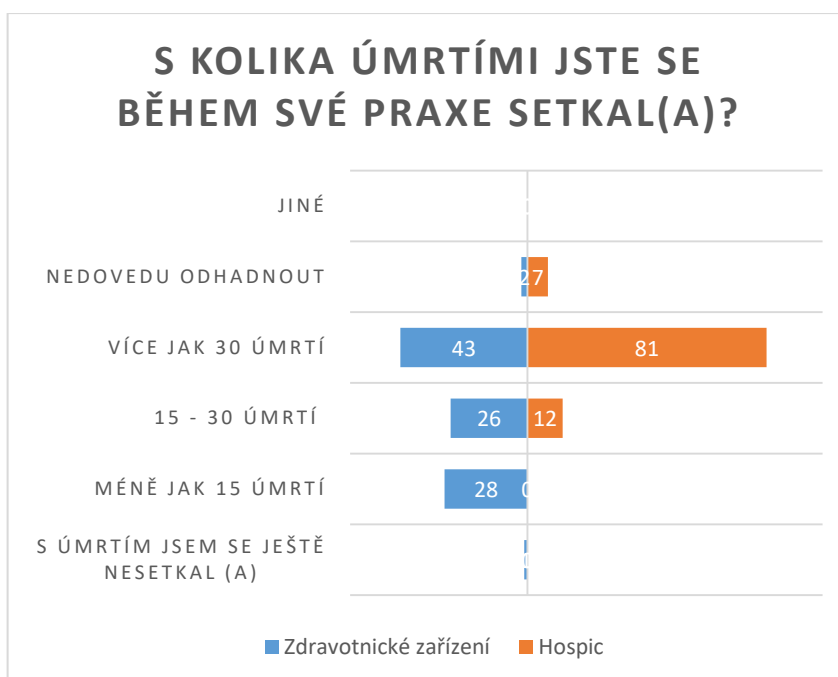
**Tabulka 11a. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?**

S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
S úmrtím jsem se ještě neseťkal (a)	1	1%	0	0%
Méně jak 15 úmrtí	28	28%	0	0%
15 - 30 úmrtí	26	26%	12	12%
Více jak 30 úmrtí	43	43%	81	81%
Nedovedu odhadnout	2	2%	7	7%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 11b. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	14	
Hospic	3,5	
Celkem	18,5	7,14105E-10

**Graf 11. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?**



Na otázku, s kolika úmrtími se respondenti setkali, 2 (2%) sestry v nemocnici odpovědělo nedovedu odhadnout, 43 (43%) uvedlo více jak 30 úmrtí, 26 (26%) respondentů uvedlo 15 – 30 úmrtí, 28 (28%) respondentů se setkalo s méně jak 15 úmrtí a 1 (1%) respondent se s úmrtím ještě nesetkal. Sestry v hospici na otázku odpovědělo - 7 (7%) nedovedu odhadnout, 81 (81%) uvedlo více jak 30 úmrtí, 15 – 30 úmrtí uvedlo 12 (12%) respondentů.

P – hodnota 7,14105E-10 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které se setkaly s větším počtem umírajících, naopak je významně mnoho sester z nemocnice se setkalo s menším počtem umírajících.

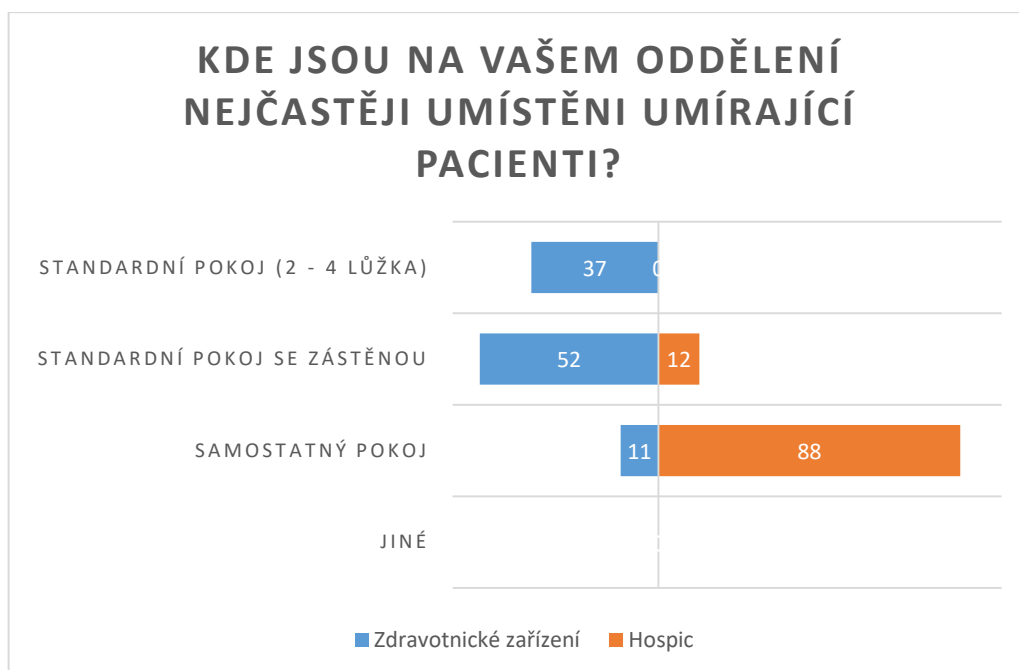
**Tabulka 12a. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?**

Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Standardní pokoj (2 - 4 lůžka)	37	37%	0	0%
Standardní pokoj se zástěnou	52	52%	12	12%
Samostatný pokoj	11	11%	88	88%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 12b. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	24	
Hospic	6	
Celkem	50,5	3,40537E-27

**Graf 12. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?**



Na otázku, kde jsou umírající nejčastěji umístěni, 37 (37%) sester uvedlo standardní pokoj (2-4 lůžka), standardní pokoj se zástěnou uvedlo 52 (52%) a samostatný pokoj 11 (11%) sester. Sestry v hospici – 12 (12%) uvedlo standardní pokoj se zástěnou a 88 (88%) respondentů odpovědělo samostatný pokoj.

P – hodnota 3,40537E-27 ukazuje - významně mnoho sester z hospice se setkává s umístěním umírajícího na samostatném pokoji, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které mají zkušenost s umístěním umírajícího na standardním pokoji s 2-4 lůžky nebo na standardním pokoji se zástěnou.

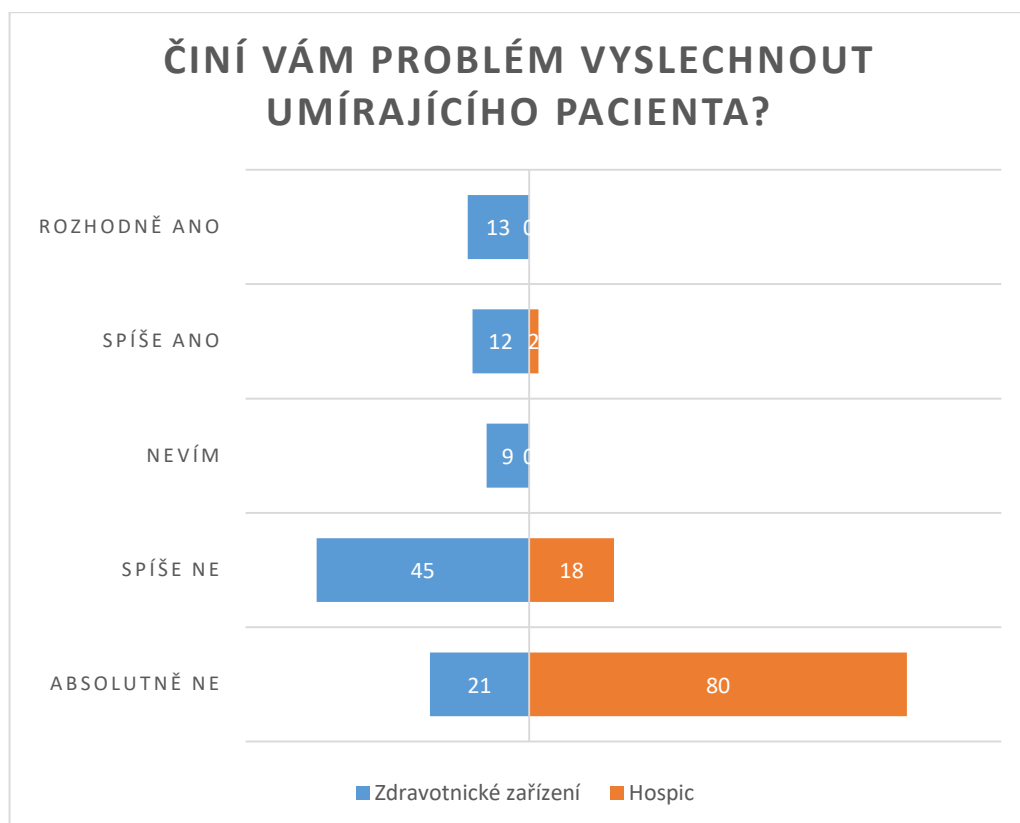
**Tabulka 13a. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?**

Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	21	21%	80	80%
Spíše NE	45	45%	18	18%
Nevím	9	9%	0	0%
Spíše ANO	12	12%	2	2%
Rozhodně ANO	13	13%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 13b. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	13	
Hospic	2	
Celkem	14	1,82567E-15

**Graf 13. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?**



Na otázku, zda mají respondenti problém s komunikací s umírajícími, 13 (13%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 12 (12%) se domnívalo spíše ano, 9 (9%) uvedlo odpověď nevím, spíše ne uvedlo 45 (45%) respondentů a absolutně ne uvedlo 21 (21%) sester. Sestry v hospici na otázku odpovědělo 0 (0%) rozhodně ano, 2 (2%) uvedlo spíše ano, 18 (18%) sester se domnívalo, že spíše ne a 80 (80%) uvedlo absolutně ne.

P – hodnota 1,82567E-15 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že nemají problém vyslechnout umírajícího pacienta, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

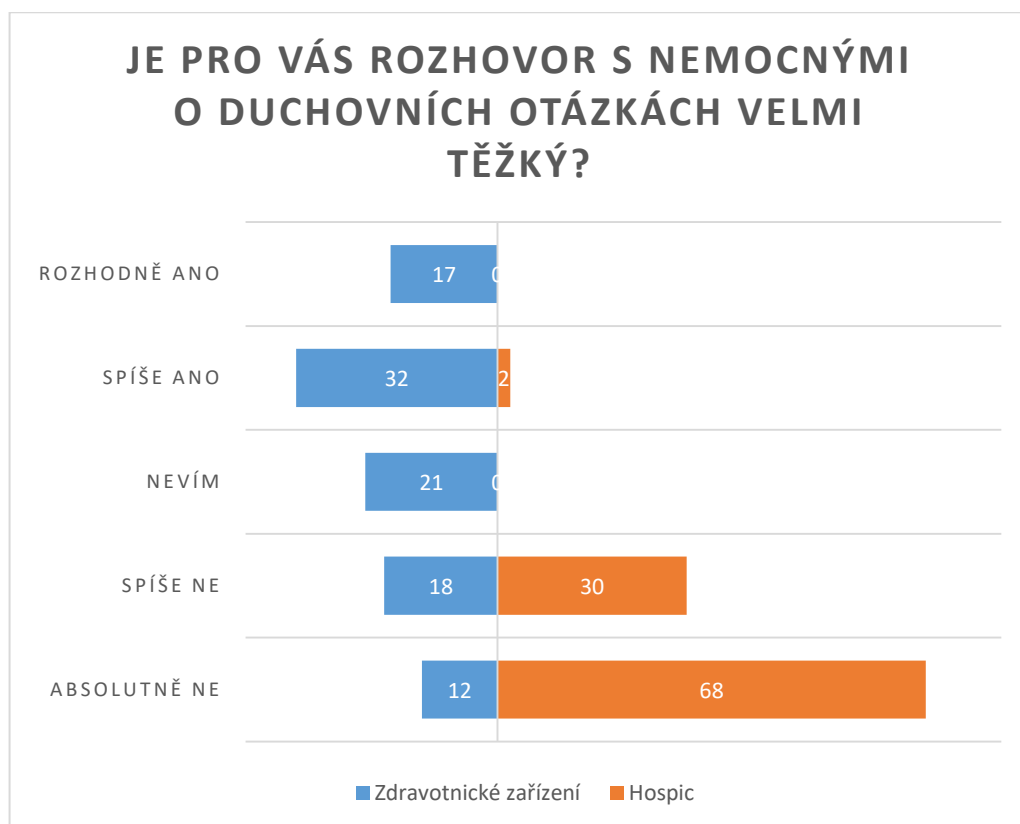
**Tabulka 14a. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?**

Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	12	12%	68	68%
Spíše NE	18	18%	30	30%
Nevím	21	21%	0	0%
Spíše ANO	32	32%	2	2%
Rozhodně ANO	17	17%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 14b. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	18	
Hospic	2	
Celkem	34	3,73128E-22

**Graf č. 14 Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?**





Na otázku, zda se respondenti domnívají, že rozhovor s umírající je pro ně velmi těžký, 17 (17%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 32 (32%) se domnívalo spíše ano, 21 (21%) uvedlo odpověď nevím, spíše ne uvedlo 18 (18%) respondentů a absolutně ne uvedlo 18 (18%) sester. Sestry v hospici - na otázku neodpověděla žádná sestra rozhodně ano, 2 (2%) respondenti uvedli spíše ano, 30 (30%) sester se domnívalo spíše ne a 68 (68%) uvedlo absolutně ne.

P – hodnota 3,73128E-22 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že nemají problém vést rozhovor s nemocným o jeho duchovních potřebách, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

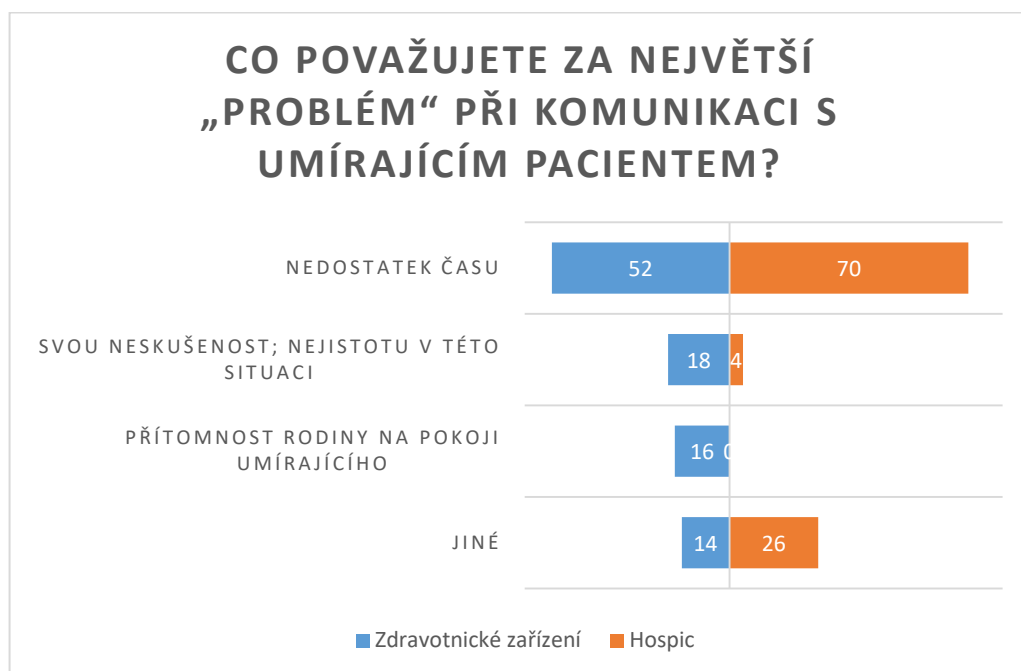
**Tabulka 15a. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?**

Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Nedostatek času	52	52%	70	70%
Svou nezkušenost; nejistotu v této situaci	18	18%	4	4%
Přítomnost rodiny na pokoji umírajícího	16	16%	0	0%
Jiné	14	14%	26	26%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 15b. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	18	
Hospic	2	
Celkem	34	7,84757E-07

**Graf 15. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?**



Na otázku, co považují respondenti za největší problém při komunikaci s umírajícím, 52 (52%) sester v nemocnici odpovědělo nedostatek času, 18 (18%) respondentů uvedlo svou nezkušenost a nejistotu v této situaci, 16 (16%) uvedlo odpověď přítomnost rodiny na pokoji umírajícího a 14 (14%) uvedlo jiné. Sestry v hospici na otázku odpovědělo 70 (70%) nedostatek času, 4 (4%) nezkušenost a nejistotu v této situaci, žádný respondent neuvedl přítomnost rodiny na pokoji umírajícího a 26 (26%) respondentů uvedlo jiné.

P – hodnota 7,84757E-07 ukazuje - významně mnoho sester z hospice uvádí nejčastější důvod nedostatek času, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které uvádějí i jiné důvody, a to svou nezkušenost, nejistotu a přítomnost rodiny na pokoji umírajícího.

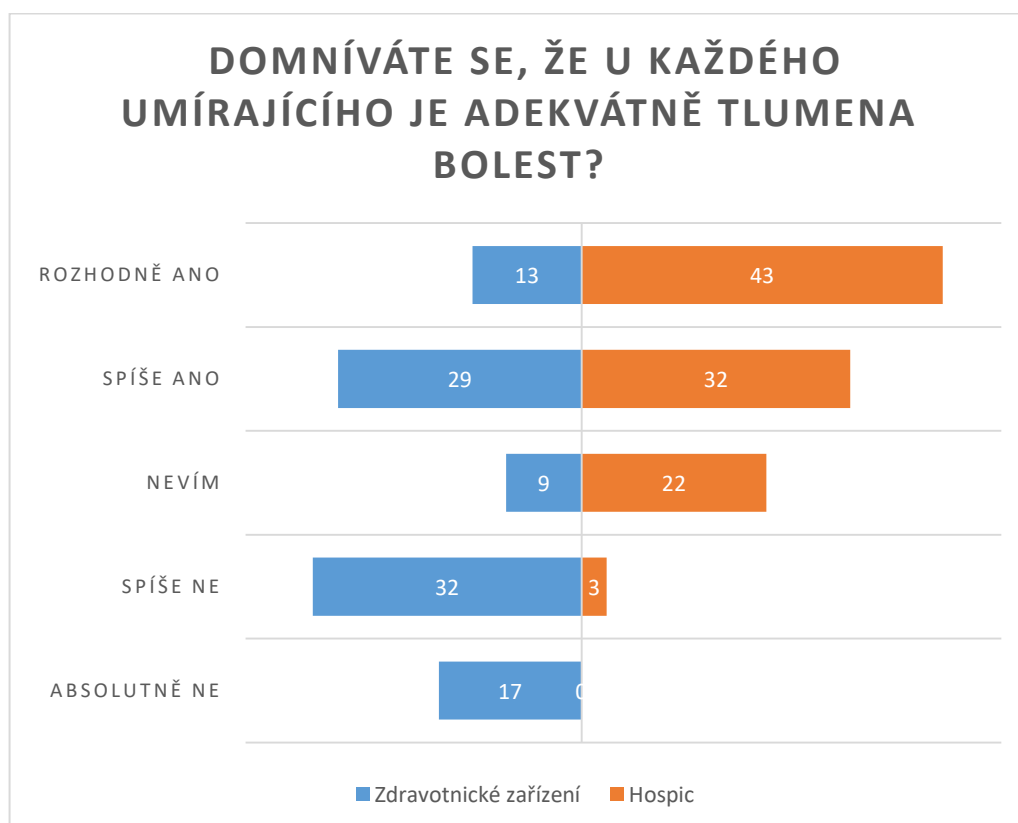
**Tabulka16a. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?**

Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	17	17%	0	0%
Spíše NE	32	32%	3	3%
Nevím	9	9%	22	22%
Spíše ANO	29	29%	32	32%
Rozhodně ANO	13	13%	43	43%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 16b. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	17	
Hospic	22	
Celkem	35	7,85092E-13

**Graf 16. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?**



Na otázku, zda se respondenti domnívají, že u každého nemocného je adekvátně tlumena bolest, 13 (13%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 29 (29%) se domnívalo spíše ano, 9 (9%) uvedlo odpověď nevím, spíše ne uvedlo 32 (32%) respondentů a absolutně ne uvedlo 17 (17%) sester. Sestry v hospici na otázku odpovědělo 43 (43%) rozhodně ano, 32 (32%) uvedlo spíše ano, 22 (22%) respondentů nedokázalo odpovědět, 3 (3%) sestry se domnívaly, že spíše ne a absolutně ne neuvedl žádný respondent.

P – hodnota 7,85092E-13 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že bolest u umírajícího je adekvátně tlumena, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

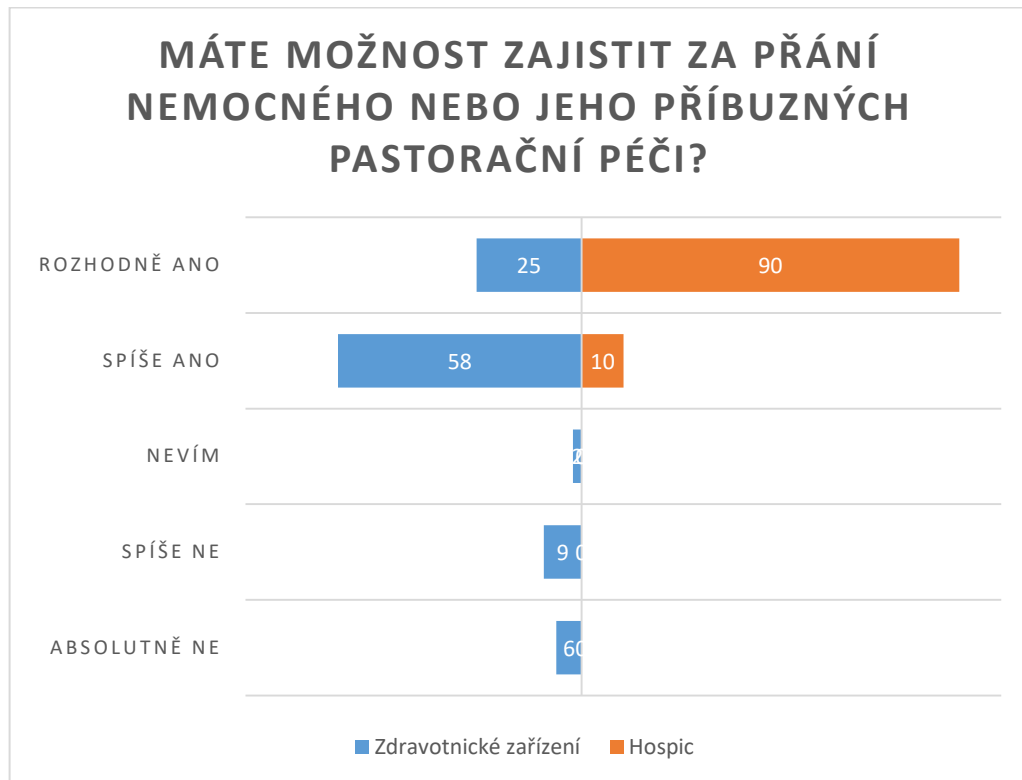
**Tabulka 17a. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?**

Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Absolutně NE	6	6%	0	0%
Spíše NE	9	9%	0	0%
Nevím	2	2%	0	0%
Spíše ANO	58	58%	10	10%
Rozhodně ANO	25	25%	90	90%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 17b. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	9	
Hospic	0	
Celkem	9	4,21326E-18

**Graf 17. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?**



Na otázku, zda respondenti mají možnost zajistit pastorační péči, 25 (25%) sester v nemocnici odpovědělo rozhodně ano, 58 (58%) se domnívalo spíše ano, 2 (2%) respondenti uvedli odpověď nevím, spíše ne uvedlo 9 (9%) respondentů a absolutně ne uvedlo 6 (6%) sester. Sestry v hospici na otázku odpovědělo 90 (90%) rozhodně ano, 10 (10%) uvedlo spíše ano, odpovědi nevím, spíše ne, absolutně ne nebyly uvedeny.

P – hodnota 4,21326E-18 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které si zásadně myslí, že nemají problém možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně nemyslí.

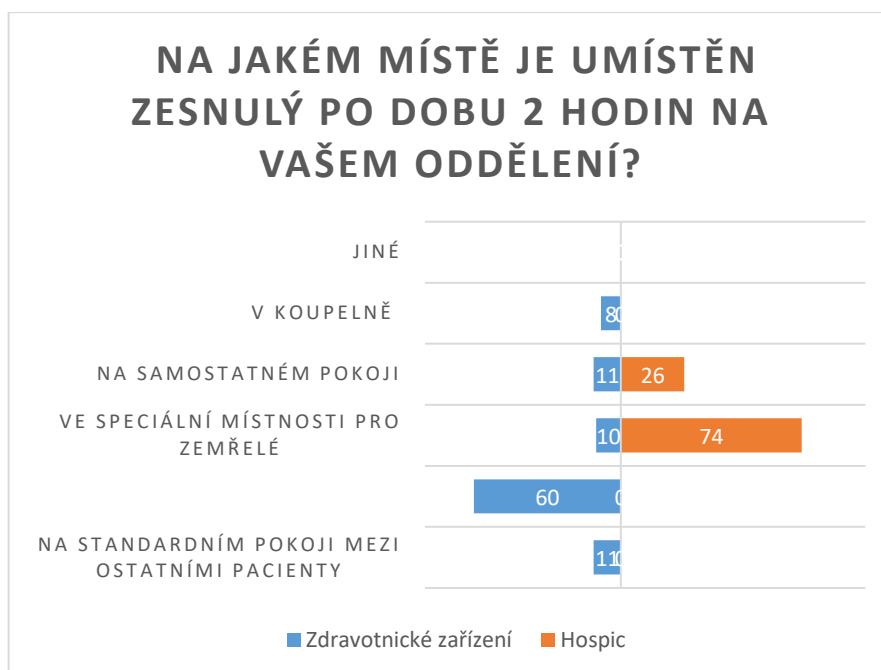
**Tabulka 18a. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?**

Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Na standardním pokoji mezi ostatními pacienty	11	11%	0	0%
Na standardním pokoji za zástěnou mezi ostatními pacienty	60	60%	0	0%
Ve speciální místnosti pro zemřelé	10	10%	74	74%
Na samostatném pokoji	11	11%	26	26%
V koupelně	8	8%	0	0%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 18b. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	10,5	
Hospic	0	
Celkem	24	5,86641E-28

**Graf 18. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?**



Na otázku, kde je umístěn zemřelý po dobu 2 hodin, 11 (11%) sester v nemocnici odpovědělo na standardním pokoji mezi ostatními pacienty, 60 (60%) respondentů uvedlo na standardním pokoji za zástěnou mezi ostatními pacienty, 10 (10%) respondentů zvolilo ve speciální místnosti pro zemřelé, 11 (11%) respondentů uvedlo na samostatném pokoji a 8 (8%) respondentů uvedlo v koupelně.

P – hodnota 5,86641E-28 ukazuje - významně mnoho sester z hospice uvádělo umístění zesnulého ve speciální místnosti pro zemřelé nebo samostatný pokoj, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, uvedlo standardní pokoj za zástěnou mezi ostatními pacienty.

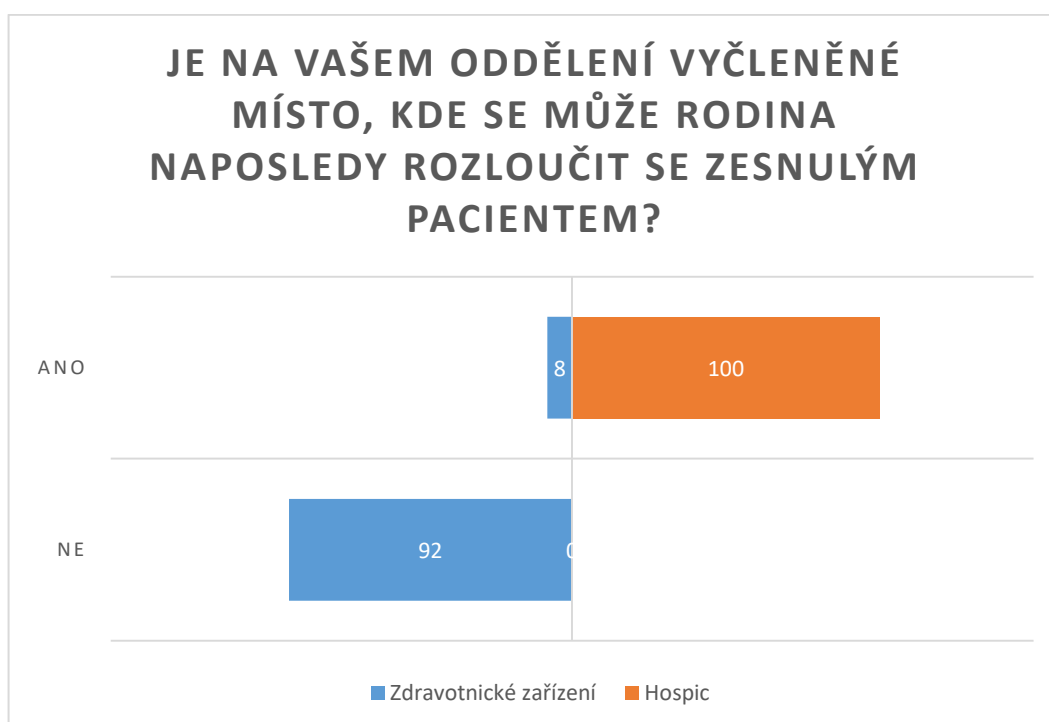
**Tabulka 19a. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?**

Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?	Nemocnice		Hospic	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
ANO	8	8%	100	100%
NE	92	92%	0	0%
Celkem	100	100%	100	100%

**Tabulka 19b. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?**

Institut	Medián	P-hodnota
Nemocnice	50	
Hospic	50	
Celkem	100	6,1415E-39

**Graf 19. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?**



Na otázku, zda na pracovišti je místo, kde se rodina může rozloučit se zemřelým, 8 (8%) sester v nemocnici odpovědělo ano, 92 (92%) odpovědělo ne. Všech 100 (100%) sester v hospici na otázku odpovědělo ano.

P – hodnota 6,1415E-39 ukazuje - významně mnoho sester z hospice, které zásadně uvedly, že mají vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem, naopak je významně mnoho sester z nemocnice, které si to zásadně tuto možnost nepotvrdilo.



**Otázka 20.** Mohl/a byste definovat, co je to důstojnost člověka v závěru jeho života?

Na otevřenou otázku sestry z nemocnice nejčastěji odpovídaly:

- rychlá smrt, bez předchozího postupného zhoršování,
- dobrá léčba bolesti,
- vyřízení závěti,
- bez inkontinence, bez sond a hadiček,
- nevím, ve škole nás to neučily.

Na otevřenou otázku sestry z hospice nejčastěji odpovídaly:

- bez napojení na přístroje,
- úmrtí ve spánku,
- smíření se s lidmi a se sebou,
- neprodlužovat život,
- blízkost rodiny,
- naplnění duchovních potřeb,
- stav vnitřního klidu, bez deprese a úzkosti,
- akceptování změněného chování,
- být bez bolesti,
- spojení s Bohem.

Na otevřenou otázku odpovídali respondenti, uvedené odpovědi nejsou statisticky zpracované, prezentují názory sester.

## Diskuze

Hlavním cílem práce bylo zjistit názory a zkušenosti všeobecných sester v péči o umírajícího, dodržování a akceptování etických principů v přímé péči a porovnat tuto praxi sester, pracujících v nemocnici a sester, pracujících v hospici. Můžeme tedy prohlásit, že rozdíly se projevily ve všech sledovaných oblastech.

**H<sub>01</sub> První hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v názorech na lidskou důstojnost a „dobrou smrt“ - hypotéza se nepotvrdila.**

V dnešní době, kdy většina lidí umírá v nemocničním prostředí a na blízku je zdravotník, je velice důležité volit správný, profesionální postoj a nezapomínat především na lidskost. Respekt a úctu by měl před umírajícím cítit každý zdravotník. Lítost a strach můžou být mnohdy příčinou špatné péče o umírající. Personál, který pocituje strach z péče u umírajícího se může často i záměrně vyhýbat pokoji s umírajícím, zvláště pak přímému kontaktu s pacientem v terminálním stádiu. Výrazné rozdíly byly zjištěny v názorech týkající se důstojnosti a dobré smrti, 46% sester v nemocnici se domnívá, že život umírajícího již nemá hodnotu, výrazný rozdíl se potvrdil i o představě dobré smrti, sestry v hospici jsou přesvědčeny, že dobrá smrt existuje. Požadavek pastorační péče je zcela plněn v hospicové péči, v nemocniční péči na 83%. Důstojný postoj k nemocnému znamená i vytvořit mu podmínky, aby se cítil co možná nejlépe, být sám na pokoji se svou rodinou, akceptování jeho předem vyslovených přání. Výrazný rozdíl byl zjištěn u možnosti být sám na pokoji. Nemocniční péče toto příliš neumožňuje, hospicová péče toto zcela nabízí. Většina hospiců má jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro přespání příbuzného. Respektování svobody nemocných v rozhodování o sobě převažuje v hospicové péči, nemocniční péče toto akceptuje pouze v 36%.

**H<sub>02</sub> Druhá hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl v komunikaci s umírajícími mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici - hypotéza se nepotvrdila.**

Zdravotníci pečující o umírající pacienty musí dobře zvládat komunikační dovednosti, měli by umět navázat atmosféru důvěry, měli by být vybaveni schopností zvládat psychickou zátěž. Bývají to právě sestry, které pacientům ve dne i v noci naslouchají, kdo jim a jejich rodinám poskytuje posilu a uklidnění. Sestra musí být nejen laskavá a empatická k pacientům, ale také profesionálně zdatná. K profesionální zdatnosti sestry patří také umění správné komunikace. V nemocniční péči má problém vyslechnout

pacienta čtvrtina tázaných sester, v hospicové péči uvedli problémy v komunikaci pouze 2% respondentů. Jako překážky sestry v nemocnici uvádějí nedostatek času, nezkušenost a nejistotu v rozhovoru a přítomnost rodinných příslušníků. U sester v hospici je problémem v nedostatečné komunikaci nedostatek času. Téměř polovině sester v nemocnici činí problém vést rozhovor o duchovních otázkách, jako problém to nevnímají sestry v hospici. Zvládnutí komunikace s takto nemocnými pacienty klade velké nároky na profesionalitu zdravotní sestry, na její osobní zralosti a zkušenosti.

**H<sub>03</sub> Ve třetí hypotéze se domnívám, že neexistuje rozdíl názoru mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici, týkající se tlumení bolesti - hypotéza se nepotvrdila.**

Bolest je symptom, které se nemocní a jejich rodiny na konci života nejvíce obávají. U většiny pacientů lze dosáhnout výrazné úlevy aplikací vhodných analgetik a opioidů. Tlumení bolesti u umírajících je výrazně rozdílné. V nemocniční péči je bolest sledována a adekvátně tlumena jen u 42%, v hospicové péči u 75% nemocných. U některých nemocných, zvláště onkologicky nemocných, může bolest přetrvávat přes snahu zdravotníků tento problém řešit.

**H<sub>04</sub> Čtvrtá hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v důstojném přístupu k zemřelému – hypotéza se nepotvrdila.**

Zemřelý člověk si stejně jako umírající člověk zaslouží důstojnost, úctu a především klidné, intimní místo, kde by měl být uložen 2 hodiny po úmrtí, a rodina by měla mít možnost se rozloučit. Významný rozdíl je mezi sledovanými skupinami, hospicová péče tuto možnost nabízí v 100%, oproti nemocniční péči, kdy jsou zemřelí v 11% ponecháni na pokojích, kde leží ostatní pacienti. Ponechání zemřelého na pokoji s použitím zástěny uvádí 60%, další uváděná možnost je umístění do koupelny. Jen 23% zemřelých je ponecháno na samostatném pokoji nebo v místnosti pro zemřelé. Další významný rozdíl je v možnosti rozloučení se příbuzných ve vhodné místnosti, hospicová péče tuto možnost nabízí v 100%. Nemocnice tuto možnost nenabízí, pokud nemocný nezemřel na samostatném pokoji, příbuzní tento akt vykonávají za přítomnosti ostatních pacientů na vícelůžkovém pokoji.

Výrazně rozdílné výsledky u hospicové péče a nemocniční péče mohou být ovlivněny věkem respondentů. Ve skupině respondentů, pracujících v nemocnici je nejvíce (39%) zastoupena věková skupina 40 - 49 let, významné zastoupení je i ve skupině 20 - 29 let (22%). U respondentů, pracujících v hospici je nejvíce zastoupena věková skupina 50 -

59 let, nejnižší (3%) jsou sestry ve věku 20 - 29 let. Dále délkou zdravotnické praxe, pracující v nemocnici je v prvních třech kategoriích rozložena téměř rovnoměrně, do 9 let (27%), 10 – 19 let (29%), 20 – 29 let (30%), (14%) respondentů má praxi delší než 30 let. Délka zdravotnické praxe respondentů v hospici je nejvíce zastoupena skupina 20 – 29 let (42%). S praxí 30 a více let je 26 respondentů (26%), praxi 10 – 19 let má 29 (29%) respondentů. Významná hodnota je zastoupení do 9 let (3%).

Respondenti sami hodnotili úroveň poskytované péče, 1 (1%) sestra v nemocnici odpověděla velmi špatná, 13 (13%) se domnívalo, že je méně dobrá, 28 (28%) uvedlo péči jako dobrou, velmi dobrou hodnotí 36 (36%) respondentů a vynikající, zcela profesionální uvedlo 22 (22%) sester. Sestry v hospici neuvedly možnosti velmi špatná a méně dobrá, 1 (1%) respondent uvedl péče dobrá, 38 (38%) respondentů považovalo péči velmi dobrou a 61 (61%) sester hodnotilo péči jako vynikající, zcela profesionální.

Respondenti rozdílně popsali svou představu o důstojnosti člověka na konci života. Sestry v nemocnici uvedly tyto odpovědi: rychlá smrt, bez předchozího postupného zhoršování, dobrá léčba bolesti, vyřízení závěti, bez inkontinence, bez sond a hadiček, nevím, ve škole nás to neučily. Sestry v hospici uvedly tyto odpovědi: bez napojení na přístroje, úmrtí ve spánku, smíření se s lidmi a se sebou, neprodlužovat život, blízkost rodiny, naplnění duchovních potřeb, spojení s Bohem, stav vnitřního klidu, bez deprese a úzkosti, akceptování změněného chování, být bez bolesti.

## Závěr

Uplatňování etických aspektů v péči o umírajícího mnoho lidí vnímá jako samozřejmost, očekává od všeobecných sester nejen odbornou znalost ošetřovatelství, ale především lidský přístup k nemocnému. Vážně nemocní jsou hospitalizováni v různých zdravotnických zařízeních a institucích sociální péče, každý klient nemá možnost strávit své poslední dny v domácím prostředí, v kruhu svých blízkých.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry, pracující v nemocnici a hospici. Bylo osloveno 200 sester, 100 sester z 8 nemocnic v Moravskoslezském kraji a 100 sester z 12 hospiců v rámci České republiky. Pro tyto účely byl vytvořen nestandardizovaný dotazník o 20 otázkách (19 otázek uzavřených a 1 otázka otevřená), jež byly zaměřeny na zjištění zkušenosti a názorů respondentů, týkající se důstojnosti a hodnoty života, „dobré smrti“, svobody rozhodovat sám o sobě, profesionální komunikace s umírajícím, saturace duchovních potřeb a přístup k zemřelému. Šetření probíhalo od listopadu 2017 do března 2018. Dotazníky byly sestřám, pracující v nemocnici předány v tištěné formě osobně, sestřám, pracující v hospicích byly předány částečně osobně a částečně poštou. Před zasláním dotazníku poštou, byly všechny sestry telefonicky kontaktovány s žádostí o vyplnění dotazníku a odeslání dotazníku zpět. Celkem bylo předáno a zasláno 200 dotazníků, všechny dotazníky byly vyplněny. Získané informace byly kódovány do tabulek v programu MS Excel.

Diplomová práce má edukativní charakter, zpracovaná teoretická část přináší základní i širší poznatky týkající etiky, profesní etiky, etických principů v péči o nemocného a umírajícího, nemocniční péče, hospicové péče, procesu umírání a smrti.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit rozdíl zkušenosti a názorů dvou skupin všeobecných sester. Hlavní cíl práce byl splněn díky statistickému zpracování výsledků a vyhodnocení výzkumných problémů. Díky těmto výsledkům můžeme říct, že rozdíly se potvrdily ve všech sledovaných oblastech. Pomocí vyhodnocení vedlejších cílů můžeme konstatovat, že sestry pracující v hospici snáze komunikují s nemocnými a jejich příbuznými, lépe si uvědomují a akceptují důstojnost umírajícího, pocítují respekt a úctu k zemřelému než sestry v nemocnici.

V diplomové práci byly vytvořeny čtyři věcné hypotézy. První hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v názorech na lidskou důstojnost a „dobrou smrt“. Druhá hypotéza předpokládá, že

neexistuje rozdíl v komunikaci s umírajícími mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici. Ve třetí hypotéze se domnívám, že neexistuje rozdíl názoru mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici, týkající se tlumení bolesti. Čtvrtá hypotéza předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi sestrami v nemocnici a sestrami v hospici v důstojném přístupu k nemocnému. Všechny hypotézy se nepotvrdily.

Výsledky, které byly předloženy výzkumným šetřením, je možno využít ve vzdělávacím procesu praktických a všeobecných sester. Učitel se podílí na utváření a upevňování dovednosti žáků a studentů v oblasti etiky v ošetrovatelství, produktivní komunikace a posilňuje a formuje jejich lidské jednání a chování k umírajícím a jeho blízkým.

## **Souhrn**

Diplomová práce se věnuje problematice uplatňování etických aspektů v přímé péči o umírajícího klienta v nemocniční a hospicové péči. Soustřeďuje se na etické principy, a to respektování autonomie nemocného s ohledem na lidskou důstojnost, produktivní komunikaci s nemocným i s jeho příbuznými, ovlivňování bolesti a zacházení s tělem zemřelého. Problematika je sledována u všeobecných sester, pracujících v nemocnicích a hospicích, od kterých byly pomocí dotazníkového šetření získány důležité informace. Vyplněním dotazníku totiž vyjádřili svůj názor a zkušenost. Díky těmto výsledkům můžeme konstatovat, že sestry pracující v hospicové péči více akceptují etické aspekty než sestry, pracující v nemocnici na interních odděleních a stanicích následné péče, a to ve všech sledovaných oblastech.

## **Summary**

The diploma thesis deals with the problems in application of ethic aspects in direct care for the dying client in hospital and hospice care. It focuses on ethic principles especially on the respecting of autonomy of an ill person regarding the human dignity, productive communication with ill person as well as with their relatives, influencing pain and treatment the body of a dead person. The problems are observed in nurses working in hospitals and hospices and important information was taken from them through questionnaires. They expressed their opinions and experience by filling in them. Thanks to these results we can say that the nurses working in hospice care accept ethic aspects more than the nurses working in hospitals in internal departments and follow-up treatment.



## Referenční seznam

- ANGELO, E. 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů. 203 s. ISBN 978-80-88126-03-4.
- ANZENBACHER, A. 2001. *Úvod do etiky*. 2.vyd. Praha: Academia. 292 s. ISBN 80-200091-7-5.
- BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BUŽGOVÁ, R. 2013. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-409-2.
- CASELL, E. 2003. *Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford University Press Inc. 336 s. ISBN 9780195156164.
- ČÁP, J., PALENČÁR, M. a KURUCOVÁ, R. 2016. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-448-3.
- DOSTÁLOVÁ, O. 2016. *Péče o psychiku onkologických nemocných*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9256-4.
- GLUCHMAN, V. 2000. *Úvod do etiky*. Prešov: LIM Prešov. ISBN 8089012-00-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 183 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén. ISBN 80-902163-0-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
- HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M. et al. 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HODOVSKÝ, I. 1992. *Úvod do etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-191-2.
- JANKOVSKÝ, J. 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.

- KALVACH, Z. et al. 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 101s. ISBN 80–239–2832–5
- KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85 763-36-2.
- KOŘENEK, J. 2001. *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého. 149 s. ISBN 80-244-0324-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽOVÁ, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 142 s. ISBN 8086429571.
- 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.
- KÜBLER -ROSSOVÁ, E. 2012. *Světlo na konci tunelu, úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota. 248 s. ISBN 978-80-7462-145-1.
- KÜBLER-ROSS, E. 1997. *Living with Death and Dying: How To Communicate with the Terminaly Ill*. Reprint. New York: Touchstone. 181 s. ISBN 0-684-839336-9.
- KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M. a GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. 124 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MISCONIOVÁ, B. 2004. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 96 s. Bez ISBN
- MUNZÁROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.

- NIEDERMANN, E. 2016. *Paliativní péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 65 s. ISBN 978-80-906320-3-5.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1295-4.
- OPATRŇÁ, M. 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1876-0.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, CH. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 802 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P. et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SEDLÁK, J., HODOVSKÝ, I. 1993. *Antologie z etiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-0621-8.
- SEMRÁDOVÁ, I. 2005. *Etika*. Vyd. 3., uprav. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-403-0.
- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing. 102 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- SVATOŠOVÁ, M. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl.vyd. Praha: Ecce homo. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- ŠPATENKOVÁ, N. 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1740-1.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. 316 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
- VÁŇOVÁ, V. 2017. *Etické problémy péče o umírající ve velké nemocnici: dizertační práce*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. 155 s. Vedoucí dizertační práce Helena Haškovcová.

- VEČERKOVÁ, B. 2011. *Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné*. Soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů. Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů. Bez ISBN.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1262-8.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. 2012. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. 468 s. ISBN 80-247-0279-7.
- VRUBLOVÁ, Y. 2006. *Základy zdravotnické etiky*. Ostrava: VŠB – Technická univerzita Ostrava. 35 s. ISBN 80-7044-599-8.
- THOMPSON, M. 2004. *Přehled etiky*. Praha: Portál. ISBN 807178-806-6.
- ZÁBORCOVÁ, M. 2017. *Jak projít životními krizemi k životním výhrám*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9921-1.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Seznam tabulek

Tabulka 1. Vaše pracoviště

Tabulka 2. Váš věk

Tabulka 3. Délka Vaši zdravotnické praxe

Tabulka 4a. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?

Tabulka 4b. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?

Tabulka 5a. Myslíte si, že existuje „dobrá smrt“?

Tabulka 5b. Myslíte si, že existuje „dobrá smrt“?

Tabulka 6a. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného?

Tabulka 6b. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného?

Tabulka 7a. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?

Tabulka 7b. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?

Tabulka 8a. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?

Tabulka 8b. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?

Tabulka 9a. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.

Tabulka 9b. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.

Tabulka 10a. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?

Tabulka 10b. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?

Tabulka 11a. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?

Tabulka 11b. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?

Tabulka 12a. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?

Tabulka 12b. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?

Tabulka 13a. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?

Tabulka 13b. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?

Tabulka 14a. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?

Tabulka 14b. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?

Tabulka 15a. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?

Tabulka 15b. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?

Tabulka 16a. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?

Tabulka 16b. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?

Tabulka 17a. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?

Tabulka 17b. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?

Tabulka 18a. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?

Tabulka 18b. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?

Tabulka 19a. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?

Tabulka 19b. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?

## Seznam grafů

Graf 1. Vaše pracoviště

Graf 2. Váš věk

Graf 3. Délka Vaši zdravotnické praxe

Graf 4. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?

Graf 5. Myslíte si, že existuje „dobrá smrt“?

Graf 6. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného

Graf 7. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?

Graf 8. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?

Graf 9. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.

Graf 10. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?

Graf 11. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?

Graf 12. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?

Graf 13. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?

Graf 14. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?

Graf 15. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?

Graf 16. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?

Graf 17. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?

Graf 18. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?

Graf 19. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?

## **Seznam příloh**

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Charta práv umírajících



## Příloha 1. Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Etické principy v péči o umírající v nemocniční a hospicové péči“. Informace, které budou získány vyplněním tohoto dotazníku, budou využity ke statistickému zpracování výzkumné části dané práce. Dotazník je zcela anonymní. Budu velmi ráda za upřímné a přesné vyplnění každé otázky. Děkuji za čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Bc. Eva Zwyrtková

***Označte křížkem.***

1. Vaše pracoviště:

- nemocnice, lůžkové oddělení
- hospic

2. Váš věk:

- 20 – 29 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 – 59 let
- 60 a více let

3. Délka Vaší zdravotnické praxe:

- 1 – 9 let
- 10 – 19 let
- 20 – 29 let
- 30 a více let

***Označte křížkem jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu mínění.***

4. Myslíte si, že život má hodnotu v každé podobě?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO

- Rozhodně ANO

5. Myslíte si, že existuje „dobrá smrt“?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

6. Dobrá smrt znamená být bez bolesti, s rodinou, akceptace přání nemocného:

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

7. Myslíte si, že má být nevléčitelně nemocný člověk vždy pravdivě informován o svém zdravotním stavu?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

8. Domníváte se, že je respektována svoboda nemocných v rozhodování o sobě?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

9. Domníváte se, že v situacích, kdy pacient již není schopen komunikovat, je nutné akceptovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference.

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

10. Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení, kde pracujete?

- Vynikající, zcela profesionální
- Velmi dobrá
- Dobrá
- Méně dobrá
- Velmi špatná

11. S kolika úmrtími jste se během své praxe setkal(a)?

- S úmrtím jsem se ještě nesetkal(a)
- Méně jak 15 úmrtí
- 15–30 úmrtí
- Více jak 30 úmrtí
- Nedovedu odhadnout
- Jiné

12. Kde jsou na Vašem oddělení nejčastěji umístěni umírající pacienti?

- Standardní pokoj (2 – 4 lůžka)
- Standardní pokoj se zástěnou
- Samostatný pokoj
- Jiné

13. Činí Vám problém vyslechnout umírajícího pacienta?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

14. Je pro Vás rozhovor s nemocnými o duchovních otázkách velmi těžký?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

15. Co považujete za největší „problém“ při komunikaci s umírajícím pacientem?

- Nedostatek času
- Svou nezkušenost; nejistotu v této situaci
- Přítomnost rodiny na pokoji umírajícího
- Jiné

16. Domníváte se, že u každého umírajícího je adekvátně tlumena bolest?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

17. Máte možnost zajistit za přání nemocného nebo jeho příbuzných pastorační péči?

- Absolutně NE
- Spíše NE
- Nevím
- Spíše ANO
- Rozhodně ANO

18. Na jakém místě je umístěn zesnulý po dobu 2 hodin na Vašem oddělení?

- Na standardním pokoji mezi ostatními pacienty
- Na standardním pokoji za zástěnou mezi ostatními pacienty
- Ve speciální místnosti pro zemřelé
- Na samostatném pokoji
- V koupelně
- Jiné

19. Je na Vašem oddělení vyčleněné místo, kde se může rodina naposledy rozloučit se zesnulým pacientem?

- ANO
- NE

20. Mohl/a byste definovat, co je to důstojnost člověka v závěru jeho života?

.....  
.....

## Příloha 2

### Charta práv umírajících

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

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

- chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících;
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.);
- prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli;
- umírání o samotě a v zanedbání;
- umírání se strachem, že jsem sociální zátěží;
- omezováním život udržující léčby z ekonomických důvodů;
- nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- a. Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
  - aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech;
  - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám doprán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;
  - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;
  - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně;
  - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta;
  - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající;
  - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí účinek léčby za následek zkrácení života jedince;
  - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout

v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;

- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii;
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

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

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

vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

- c. Tím, že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“; uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby;
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.



## Anotace práce

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Eva Zwyrtková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní péče
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Etické aspekty v péči o umírající v nemocniční a hospicové péči
<b>Název v angličtině:</b>	Ethic aspects in the care for dying people in hospital and hospice care
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se věnuje problematice uplatňování etických aspektů v přímé péči o umírajícího klienta v nemocniční a hospicové péči. Soustřeďuje se na etické principy, a to respektování autonomie nemocného s ohledem na lidskou důstojnost, produktivní komunikaci s nemocným i s jeho příbuznými, ovlivňování bolesti a zacházení s tělem zemřelého. Problematika je sledována u všeobecných sester, pracujících v nemocnicích a hospicích, od kterých byly pomocí dotazníkového šetření získány důležité informace. Vyplněním dotazníku totiž vyjádřili svůj názor a zkušenost. Díky těmto výsledkům můžeme konstatovat, že sestry pracující v hospicové péči více akceptují etické aspekty než sestry, pracující v nemocnici na interních odděleních a stanicích následné péče, a to ve všech sledovaných oblastech.
<b>Klíčová slova:</b>	etika, etické principy, důstojnost, paliativní péče, psychický obraz prožívání, nemocniční péče, hospicová péče
<b>Anotace v angličtině:</b>	The diploma thesis deals with the problems in application of ethic aspects in direct care for the dying client in hospital and hospice care. It focuses on ethic principles especially on the respecting of autonomy of an ill person regarding the human dignity, productive communication with ill person as well as with their relatives, influencing pain and treatment the body of a dead person. The problems are observed in nurses working in hospitals and hospices and important information was taken from them through

	questionnaires. They expressed their opinions and experience by filling in them. Thanks to these results we can say that the nurses working in hospice care accept ethic aspects more than the nurses working in hospitals in internal departments and follow-up treatment.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	ethics, ethic principals, dignity, paliative care, psychological picture of experience, hospital care, hospice care
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1. Dotazník Příloha 2. Charta práv umírajících
<b>Rozsah práce:</b>	82 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český