

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Daniela Nikodémová

Etická problematika umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství

Olomouc 2018

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 20. dubna 2018

.....
Bc. Daniela Nikodémová

Děkuji vážené paní Mgr. Andree Preissové Krejčí, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	8
1.1.1 Pojetí umírání a smrti v historickém kontextu po současnost	10
1.1.2 Paliativní péče.....	19
1.2 ETIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
1.2.1 Vývoj zdravotnické etiky.....	25
1.2.2 Pojetí etiky v ošetrovatelství.....	28
1.2.3 Etické principy ošetrovatelství a profese sestry.....	31
1.2.4 Etický kodex v ošetrovatelství.....	33
1.2.5 Náročnost přístupu sestry k těžce nemocným a umírajícím	35
2 CÍLE A METODIKA PRÁCE.....	39
3 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ.....	42
3.1 PROBLEMATIKA ETICKÉHO PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍM PACIENTŮM Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU.....	44
3.1.1 Zkušenosti sester s etickou problematikou v přístupu k umírajícím pacientům	45
3.2 PROBLEMATIKA ETICKÉHO PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍM PACIENTŮM Z POHLEDU STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	58
3.2.1 Zkušenosti studentů ošetrovatelství s etickou problematikou v přístupu k umírajícím pacientům.....	59
4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	64
ZÁVĚR	68
SOUHRN	70

SUMMARY	71
REFERENČNÍ SEZNAM	72
SEZNAM ZKRATEK	80

ÚVOD

Umírání a smrt patří neodmyslitelně k fenoménu života, stejně jako radostnější událost narození. Zatímco o narození se mluví se vsí slávou již předem, téma umírání a smrt je v dnešní době spíše tabuizované. Myšlenku na smrt se mnoho lidí z mého okolí snaží vytěsnit, už jen tím, že o tomto tématu nepřemýšlí, zvláště z důvodu strachu, úzkosti, pověřivosti a popřípadě i pocitů prázdna, které se při pomyslení na ztrátu vlastního života či ztráty blízké osoby objevují. K těmto postojům nejspíše vede pokrok dnešní medicíny, kdy dochází k neustálému prodlužování věkové hranice umírání včetně „zachraňování“ jedinců s nepříznivou, často neodvratitelnou diagnózou. Myšlenky na proces umírání a smrt samotnou se u jednotlivce většinou objevují až s příchodem nějakého závažnějšího onemocnění, úrazu nebo náhlého úmrtí člena rodiny či blízké osoby apod. Zejména z tohoto důvodu je nutné si včas uvědomit vlastní smrtelnost, tzn. přijmout fakt, že život není nekonečný a smrt je přirozeným jevem. Smrt blízké osoby většinou zasáhne nejednoho z příbuzných a přátel zesnulého. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují následující proces truchlení. Za nejzákladnější faktor považuji, zda smrt nastala náhle, nečekaně, například u mladého zdravého člověka vlivem úrazu, autonehody apod., nebo pokud jedinec i jeho příbuzní „smrt očekávali“ v důsledku dlouhodobého chronického neléčitelného onemocnění, např. onkologického. V prvním případě je to náhlá rána, se kterou se člověk vyrovnává podstatně hůř, než pokud se okolí ztotožní s faktem progredujícího onemocnění končící smrtí. Dále záleží na osobnostních charakteristikách, příbuzenském vztahu, častosti vídání apod.

Výše zmíněný pokrok v medicíně zabraňuje přirozenému procesu umírání v domácím prostředí, jak bylo dříve zvykem. Nemocný umíral v jeho známém prostředí, mezi svými blízkými, kteří mu poskytovali psychickou oporu, ale také si uvědomovali konečnost a definitivnost smrti. V dnešní době se proces umírání přesouvá do nemocnic a smrt se stává institucionalizovanou. To sebou nese negativa jak pro terminálně nemocného člověka, který se náhle nachází v cizím prostředí a sám, tak i pro rodinu, která má minimální možnost se s jedincem rozloučit, slyšet naposledy jeho hlas, jeho vyslovená přání, popřípadě poděkování.

Pokud nemocný umírá ve zdravotnickém zařízení, klíčovou část v přístupu zdravotnických pracovníků tvoří komunikace jednak s pacientem v terminálním stádiu, tak i s jeho rodinou. Aby zdravotnický tým představoval pro pacienta i jeho nejbližší

oporu, je nutné komunikovat dle určitých zásad. Obecně lze shrnout, že veškeré zásady vyplývají z psychologie komunikace a zdravotnické, popřípadě ošetrovatelské etiky. Etika ve zdravotnictví vychází ze základních etických principů a zaměřuje se na posílení osobnostních charakteristik zdravotnických pracovníků, jako jsou především empatie, soudržnost, pravdomluvnost, citlivost, vyhrazení dostatečného času apod. Jelikož sestra tráví v přítomnosti pacienta podstatně více času než lékař, považuji za její klíčovou vlastnost schopnost empatie a komunikace, jelikož tyto silné vlastnosti vzbuzují u pacienta, potažmo u jeho příbuzných důvěru. Kvalita etického přístupu veškerého zdravotnického personálu je výsledkem nejen výuky zdravotnické či ošetrovatelské etiky v rámci vzdělávacího procesu pro přípravu na budoucí povolání, ale z velké míry jej ovlivňuje délka praxe, osobní přístup k povolání a především osobní morální principy. Lze říci, že i pohledu zdravotnického personálu představuje přístup k umírajícímu či těžce nemocnému člověku náročnou zkušenost. S tou je potřeba se vyrovnávat a i přes všechna úskalí, dbát na zachování profesionálního chování, aby nedošlo k poškození pacienta.

Diplomovou práci na téma etické problematiky umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství jsem si vybrala z vlastního zájmu, jelikož jsem v České republice nedohledala konkrétní publikaci, která by ji řešila. Další intencí pro mě byla nejedna nehezká zkušenost v rámci přístupu ošetrujícího personálu k umírajícím lidem.

Teoretická část diplomové práce se zabývá vymezením pojmů umírání a smrti z obecného hlediska, také popisuje pojetí umírání, smrti i pohřbívání od prvních kultur až po současnost. Dále zmiňuje paliativní péči jako kvalifikovaný přístup, zaměřený na zlepšení kvality života těžce nemocných a umírajících osob, pro jehož poskytování jsou klíčové principy zdravotnické etiky. Část práce zabývající se zdravotnickou etikou jsem chronologicky rozdělila na její obecnou charakteristiku a historický vývoj etického myšlení zahrnující etické principy i kodexy, ze kterých pramení i etika v ošetrovatelství, jinak nazývána jako etika nelékařských zdravotnických profesí. Praktická část diplomové práce je zaměřena na etickou problematiku umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství, prostřednictvím komparace aktuálních zahraničních článků věnujících se výše uvedenému tématu.

1 TEORETICKÁ ČÁST

„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“

Tomáš Garrigue Masaryk

1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt patří mezi fyziologické skutečnosti patřící k životu, stejně jako narození. Věda interdisciplinární úrovně, zabývající se otázkami délky života i problematikou smrti z fyziologického a patologického hlediska, se nazývá thanatologie. Na problematiku umírání a smrti se v současnosti nazírá z několika pohledů, především tedy z filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Termín thanatologie je odvozen od řeckého bezcitného boha smrti Thanata, který měl údajně železné srdce a černá mrazivá křídla. Tento bůh budil obavy nejen u obyčejných smrtelníků, ale i u nesmrtelných bohů. Nicméně den smrti byl předem určen v osudu jedince a Thanatos měl pouze výkonnou moc (Kutnohorská, 2007). Haškovcová (2007) charakterizuje thanatologii jako vědu mezioborové úrovně, která se zabývá smrtí se všemi jejími okolnostmi.

Umírání a smrt představují jistotu, která pronásleduje jedince již od okamžiku zrození. Nicméně na tuto jistotu působí nejistota, týkající se například délky života či okolností smrti (Kutnohorská, 2007). Z tohoto důvodu je žádoucí, pokud jedinec přijme a respektuje konečnost svého života, z čehož je následně schopen vyvodit závěry pro jeho naplnění (Haškovcová, 2007). Zpravidla jsou lidé schopni často hovořit o délce života, kterou lze jednoznačně vyčíslit, např. počtem let. Oproti kvantitě života stojí jeho kvalita, jednoduše charakterizovaná jako určitá jakost, hodnota. Pokud délku života lze jednoznačně označit číslem, kvalitu života již tak jednoznačně určit nelze, vzhledem k tomu, že je silně individualizovaná a pro její uchopení existuje několik rovin (Křivohlavý, 2002). Smysl smrti tkví zejména ve shledání smyslu života a rozmýšlení, jak prožít život vymezený určitým časem smysluplně (Kelnarová, 2007). Na smrt lze nazírat z hlediska teoretické problematiky, tak i z praktické filozofie zahrnující konkrétně etiku, tedy jakési umění vyrovnat se se smrtí. Umírání je bezprostředně spjato s loučením, kdy za ideálních podmínek, by mělo proběhnout důstojně, za přítomnosti blízkých osob umírajícího, včetně možnosti připravit se na poslední cestu. Postoj k umírání

a smrti bezprostředně vystihuje kultura dané společnosti, jelikož ovlivňuje způsob chování i myšlení jedince a zpravidla je předávána generačně. Od kultury dané společnosti se odvíjí tradiční zvyklosti a rituály zaměřené na umírání a smrt. Příkladem může být pohřeb, který má napříč kulturami odlišný průběh (Kutnohorská, 2007).

Autoři Vorlíček a kol. (2004) přiřazují pojem umírání z lékařského hlediska jako synonymum k terminálnímu stádiu nemoci, což představuje postupný a různě dlouhý proces selhávání funkcí jednotlivých orgánových systémů nezbytných pro zachování života. Terminálnímu stavu lze rozumět jako vlastnímu umírání, nicméně umírání nelze paušalizovat pouze na terminální stav. Umírání je spíše proces, který je zahájen již od narození (Haškovcová, 2002). Autor Hegyi (2001) ve své publikaci popisuje umírání jako nepřesně ohraničený proces směřující k úmrtí, který se vyznačuje postupným a ireverzibilním selháváním životně důležitých orgánů. Poslední fázi umírání označuje z klinického hlediska jako terminální stav. Autoři Šeblová a Knor (2013) charakterizují umírání jako proces vznikající v důsledku dekompenzace funkcí životně důležitých orgánů, který přechází v terminální stav a končí smrtí. Autorka Kutnohorská (2007) ve své publikaci dělí proces umírání na tři období. V prvním období, nazývaném *pre finem*, dochází k uvědomění si vážnosti onemocnění na základě stanovené diagnózy s výhledem negativní prognózy, která s vysokou pravděpodobností směřuje ke smrti. V tomto období je nutné kromě péče lékařské, poskytovat i adekvátní péči lidskou, s cílem zabránění smrti psychické a sociální, jelikož psychická rezignace či sociální izolace jedince vede k urychlení nástupu smrti fyzické. Následuje období *in finem*, z lékařského hlediska označované jako terminální stav, se kterým se pojí terminální péče. Ta je poskytována pacientovi, u kterého již není možné dosáhnout všemožnými postupy jakéhokoliv zlepšení u smrtelné prognózy, lze ji také charakterizovat jako péči v období vlastního umírání. Období *post finem* představuje péči o mrtvé tělo i odbornou pomoc pozůstalým. Autorka Kelnarová (2007) ve své publikaci doplňuje, že proces umírání lze rozdělit z hlediska časového průběhu na rychlé a pomalé. Náhlou smrt si přeje většina lidí, jelikož pomalá smrt bývá často spojena s přítomností mnoha problémů, např. s chronickou bolestí, nicméně umožňuje jedinci i jeho blízkým se na odchod připravit, což u náhlé smrti není možné. Neustálý pokrok ve vědě a technice spěje k prodloužení délky života, který sebou nese skutečnost prodloužení i samotného procesu umírání, což může být pro jedince v terminálním stavu i jeho blízké okolí, popřípadě pro ošetřující personál, zdrojem úzkosti, strachu či nejistoty. Křivohlavý (2002)

popisuje faktory ovlivňující úzkost u pacienta před smrtí. Mezi ty základní patří uvědomění si podstaty vlastní biologické existence a charakter představ či kognitivních momentů před smrtí, které mohou být v paliativní medicíně úzce spjaty s moderní technologií v medicíně, tedy s přístroji zajišťující umělou ventilaci plic či s přístroji pro umělou výživu, ale i vyšetřovací metody v podobě výpočetní tomografie atd.

Obecná charakteristika smrti je zástava veškerého provázaného dění v organismu. Smrt lze rozdělit na přirozenou, což znamená úmrtí bez vnějšího zapříčinění a náhlou smrt, kdy dochází k neočekávanému úmrtí bez traumatických příčin u zdánlivě zdravých nebo léčených osob, ke které dojde v časovém hledisku šesti hodin od objevení prvních příznaků (Šeblová a Knor, 2013). Dle mechanismu účinku může dojít ke smrti přirozeně, tedy uplatněním biologických zákonů, např. stářím, ale také násilně, prostřednictvím nečekaného zásahu do organismu, při kterém dojde k nenávratnému poškození funkcí organismu, př. autonehoda (Vytejková, 2013). Mezi hlavní soubor příznaků umírání patří tzv. agonie, při které dochází k postupnému oslabení a vyhasínání srdeční, dechové a nervové činnosti. Konečnou fází procesu umírání je tedy smrt, za jejíž základní definici lze považovat nevratnou zástavu srdeční a dechové činnosti. Diagnostika smrti je v kompetencích lékaře, přičemž známky smrti lze rozdělit na jisté a nejisté. Nejisté známky nedovolují stanovit smrt jednoznačně, jelikož mnoho z nich může být příčinou reverzibilní zástavy srdeční akce i dýchání. Řadíme sem zejména bledost kůže, hypotermii, snížený tonus svalstva, nehmatatelný puls, vymizení srdeční akce a dechu. Jisté známky smrti jsou již průkazné, jelikož k nim dochází pouze po smrti. Jedná se o posmrtné skvrny, posmrtnou ztuhlost a přítomnost hnilobných procesů. Nicméně tyto příznaky se objevují až v rozsahu několika hodin po smrti, proto se využívají diagnostické přístroje, kdy se prostřednictvím elektrokardiografu či elektroencefalografu v kombinaci s angiografií mozkových tepen, tj. invazivní vyšetření s použitím kontrastní látky, stanoví, zda je, nebo není prokázána srdeční či mozková aktivita (Štefan a Mach, 2005).

1.1.1 Pojetí umírání a smrti v historickém kontextu po současnost

Lze konstatovat, že jakýkoliv vztah se vyvíjí v čase, stejně tak i vztah člověka ke smrti. Okolnosti, mající přímý vztah na formování vztahu ke smrti jsou zejména zkušenosti se smrtí v rodině a tím, jak k setkání se smrtí dochází. Tam hraje důležitou roli, zda k prvnímu setkání jedince se smrtí dochází pouze prostřednictvím médií, literatury či počítačových her, anebo je setkání se smrtí reálné. V případě reálného setkání se smrtí

blízké osoby dochází k uvědomění si vlastní smrtelnosti a zaujetí určitého postoje ke smrti, jehož formování v neposlední řadě ovlivňuje i doba, kdy k reálnému setkání se smrtí dojde, ale i fakt jak tuto skutečnost sdílíme se svými neblížejšími příbuznými (Marková, 2010). V průběhu vývoje lidských dějin se pojetí týkající se umírání a smrti měnilo na základě náboženského vyznání a filozofického pojetí, ve spojení se sociokulturním vývojem dané společnosti. Z výše uvedeného tvrzení lze tedy vyvodit, že postoj k umírání a smrti se v jednotlivých obdobích měnil a modifikoval (Kelnarová, 2007). V historickém kontextu byla smrt pojmána jako důležitý mezník obtížného pozemského života a krásného života věčného. Průměrná délka života nebyla nijak závratně vysoká, jelikož markantní novorozenecká úmrtnost, přítomnost infekčních onemocnění, ale i například chudoba radikálně snižovaly šanci dožít se vyššího věku. Zásadní změna v pojetí umírání a smrti přichází s teorií historického antropologa Arthura Imhofa, který tvrdí, že věčný život, následující po smrti ztrácí na významu a atraktivitě, jelikož v posledních asi 200 letech se délka pozemského života prodlužuje (Haškovcová, 2007). Autorky Kisvetrová a Kutnohorská (2010) doplňují, že smrt představuje předmět trvalého zájmu každé kultury napříč historickým vývojem a její pojetí se u jednotlivých kultur značně liší. Péče o terminálně nemocné osoby se řadí k základním principům lékařské, ošetrovatelské i sociální péče a schopnost postarat se o umírající jedince má vypovídací hodnotu o vyspělosti dané kultury. Ariès (2000b) popisuje z hlediska vyvíjející se lidské společnosti pět modelů smrti, které nesou názvy „uchočená smrt“, „smrt sebe sama“, „smrt vzdálená i blízká“, „smrt blízkého“ a „převrácená smrt“. Tyto modely vystihují postoje jednotlivých kultur ke smrti, samotný přístup k umírajícím, ale také ritualizaci procesu umírání a následné smrti.

Obraz smrti v nejstarších lidských dějinách

Na základě dochovaných archeologických nálezů ze starší doby kamenné lze usoudit existenci prvních projevů duchovního života a chování úcty k zemřelým. K těmto projevům se řadí i nejzákladnější a nejstarší forma pojetí pohřbu, tkvící v podobě uložení zemřelého těla do země. Nicméně samostatná pohřebiště se ve starší době kamenné nevyskytovala, jelikož pohřbívání byli jen vybraní jedinci. O tom svědčí náhodné nálezy kostí a lebek, které poukazují na fakt, že zemřelá těla byla ponechána osudu. V průběhu mezolitu a neolitu se projevy úcty k mrtvým rozvíjely, zejména s přibývajícím výskytem samostatných pohřebišť, ale například i způsobem uložení mrtvého těla typicky do spící polohy, včetně předmětů, které jedinec užíval za živa. Objevovaly se i prvky kremace

zemřelých a uložení zpopelněných zbytků do nádob, rovněž s předměty zemřelého. Eneolit je typický tzv. obličejovými urnami, které mohou symbolizovat buď tvář zemřelého či záhrobního boha. Eneolit také představuje v pohřbívání zvláštnost, jelikož kostry byly nalézány i na sídlištích, v chatách i hromadných studnových pohřebištích, v pecích či společně se zvířecími kostrami. V době bronzové dochází k dalšímu pokroku zejména z důvodu polyteismu. Zemřelá těla byla v rámci pohřbívání ukládána do dubových rakví, které symbolizují víru v posmrtný život i určitý sociální statut mrtvého. Rozvíjí se víra v posmrtný život ve spojení s vírou v bohy, což má za úkol minimalizovat strach ze smrti (Kelnarová, 2007). Nejstarší model smrti „Ochočená smrt“ charakterizuje smrt jako zkoušku společenství, které má zajistit pokračování druhu. Smrt tedy nepředstavovala osobní tragédii, jelikož život ani smrt nenáleží pouze jednotlivci. Z tohoto důvodu byla smrt chápána jako oslabení společenství a projevy smutku představovaly pocit ohrožení. Prostřednictvím obřadů obnovovali své síly a posilovali svoji jednotu, kdy tyto poslední obřady měly charakter slavností, dokonce veselých (Ariès, 2000b).

Pojetí smrti v prvních kulturách

V období starověkých civilizací a kultur byl postoj ke smrti a zemřelým předurčen na základě jejich vztahu k bohům, z čehož plyne diametrální odlišnost pojetí smrti a přístup k umírajícím v jednotlivých kulturách (Kisvetrová a Kutnohorská, 2010). Období vzniku prvních kultur je charakterizováno postupným budováním vesnic a měst, včetně chrámů a paláců na přání vládce, stojícího v čele státu. Egypťané přiřazovali sílu náboženství k moci panovníka, z čehož vyplývá i pojetí Faraa (Kelnarová, 2007). Již v období starého Egypta existovaly precizní pohřební rituály, kterých se účastnili i jedinci z chudších sociálních poměrů. Zemřelé osoby ukládali do skromných hrobů v zemi zejména v embryonální poloze na pravém boku, včetně prostých předmětů sloužících k obživě či okrase mrtvých. Jednalo se např. obilná zrna, ryby a pštrosí vejce, ale i perly nebo kytice květů u hrudi, která měla přispět k procesu znovuzrození zemřelého, jelikož právě i jeho uložení do embryonální polohy situuje nový zárodek připravený ke znovuzrození (Lalouette, 2009).

Egypťané věřili v posmrtný život a to tak, že člověk, který zemřel, žije stejný život i po smrti dokonce ve stejném sociálním postavení. K zamezení zkázy mrtvého těla využívali Egypťané metodu balzamování, kdy úroveň mumifikace odpovídala sociálnímu statusu zemřelého. Hrobky zesnulých byly zdobeny malbami symbolizujícími události

ze života zemřelého, dále Egypťané do hrobek ukládali kromě balzamovaného těla rovněž i předměty ze života patřící zesnulému, eventuálně jejich zvířata, služebnictvo a v případě panovníků i jejich manželky. Postupem času byly namísto zvířat, služebnictva či manželek do hrobek k mrtvým umísťovány figurky, tzv. vešepty, které je symbolizovaly. Veškeré předměty i malby uložené v hrobkách vlastně umožňovali zesnulému trvalou účast na životě. Z výše uvedeného vyplývá, že péče o zemřelé byla pro Egypťany časově i fyzicky náročná. Rovněž se objevovaly i rituály, které zastávaly neméně důležitou roli v přípravě na posmrtný život. Jedním z nich může být například adopce dětí, jejichž úkolem je pečovat o hrobku a zajistit klidný posmrtný život zemřelého, v opačném případě hrozí, že zesnulý zemře navždy, anebo se vrátí obtěžovat živé. Jako pomoc zemřelému byla v některých případech dána do hrobky tzv. Kniha mrtvých, která poskytovala rady mrtvému, jak ustát Usirův soud, aby dokázal bezúhonnost pozemského života. Egypťanské pojetí smrti tedy nevykazovalo bolestnost, jelikož následoval vstup do posmrtného života, možnosti další existence člověka (Kelarová, 2007). Podle pečlivého uchování mrtvých těl v podobě mumifikace a výstavby chrámů mrtvých či pyramid lze usoudit, že se Egypťané zaměřovali z větší míry na posmrtný život, než na pozemskou existenci, protože případná nepřipravenost na posmrtný život v nich vyvolávala úzkost. Nepohřbení zemřelého bylo ve starém Egyptě považováno za nejvyšší potupu (Lalouette, 2009).

Lidé v Mezopotámii věřili v jakési předpeklí, které spočívalo v nutnosti přinášet dary mrtvým, aby netrpěli hladem a našli radost. Král v Mezopotámii byl považován jako asistent boha. Existence monoteistického náboženství v Mezopotámii je spojena s následujícími smutečnými zvyky. Mrtvé tělo bylo nejprve umyto, potřeno vonnými mastmi a zabaleno do plátna. Poté následoval průvod nařikajících nesoucích mrtvé tělo, které bylo následně pohřbeno do země. V tehdejší době nepohřbení znamenalo největší neštěstí a spalování mrtvých těl považovali za potupné. Objevovalo se i přesvědčení o možnosti překonání smrti prostřednictvím kmenového společenství, tudíž se začaly vytvářet rodinné hroby. Ve společných hrobech byli pohřbíváni cizinci, zločinci a chudáci. K udržení pomyslné čistoty hrobů byly každoročně bíleny. Pozůstalí projevovali smutek různými způsoby, mezi něž patří nošení smutečního šatu, zastřížení vousů, ale i dodržování půstu za zemřelého končící západem slunce, završený smuteční hostinou (Kelarová, 2007).

Pohled na umírání a smrt v antickém světě

Náboženství ve středověkém Řecku má polyteistický charakter, bez vazby na výkon státní moci. Smrt byla vnímána jako součást života, přičemž Řekové nepovažovali existenci smrti za důležitou, oproti jejím okolnostem. Nejvyšší cti se dostávalo jedincům, kteří zemřeli v boji, jelikož smrt obětovaná pro blaho státu byla označována za velmi záslužný čin. Pro pozůstalé představovala smrt blízkého jedince povinnost zajistit pohřeb, aby umožnili jeho odchod ze života, přesněji odloučení duše od těla. Smrt však zemřelého člověka definitivně neoddelila od kontaktu se všedním světem, mohl se do něj za určitých okolností v jistých okamžicích vracet, například z důvodu pomsty za svou smrt (Kelarová, 2007). Mnozí mrtví jedinci byli ve středověkém Řecku pohřbíváni do pevně vystavěných hrobů, kdy společně s mrtvými těly byly do hrobu uloženy předměty denní potřeby, za účelem vybavit zemřelého na dlouhou cestu. Hlavně se jednalo o jídlo a pití, ale také docházelo k umístování mince pod jazyk zemřelého, jako poplatek za převoz. Nicméně archeologické nálezy dochovaly i mrtvá těla zatížená kameny, které měly znemožnit zemřelému zabránit k návratu na svět. Snaha Římanů byla zaměřena na zmírnění hrůzy ze smrti v podobě obdoby spánku. V antickém období došlo k rozlišení pojmů umírání, zvané *keer* nebo *lethum* a smrti, označované termínem *mors* či *thanatos*. Na smrt bylo pohlíženo jako na něco hezkého, kde dochází k nalezení věčného klidu a nepřítomnosti vášní (Blumenthal-Baarby, 1987).

Pojetí smrti v mystériích se poněkud lišilo, a to ve znamení odchodu do nového, lepšího života. Umírání bylo spojeno s posledním vydechnutím. Neviditelný dech, zvaný *psyché*, za života existoval v nitru těla člověka a po smrti jej opouštěl a odebíral se k božskému životu. Vzhledem k tomuto pojetí se lze setkat s radostí i oslavami pozůstalých při pochovávání zemřelých, jelikož je smrt vysvobodila z pozemského utrpení. Výše uvedené tvrzení vyvraceli řečtí filozofové, kteří nahlíželi na smrt racionalisticky a zabývali se smrtí s veškerou její problematikou. Demokritos pohlíží na umírání a smrt z materialistického hlediska, kdy vysvětluje, že délka života je ohraničená a neopakovatelná, a tímto nabádá lid k aktivnímu využití omezeného času v podobě získávání moudrosti a využívání darů filozofie (Kelarová, 2007). Sokratovo pojetí umírání a smrti se vyvíjelo na základě jeho vlastní zkušenosti a to odsouzení jeho osoby ke smrti, kdy postupně došel k závěru, že strach ze smrti je nerozumným prožitkem (Munzarová, 1997). Platon, žák Sokrata vysvětloval, že smrt je stav neexistence a proto se jí netřeba bát (Kelarová, 2007). Aristoteles popisoval, že strach ze smrti

lze eliminovat tehdy, pokud jedinec žije cnostný život s určitou mírou odvahy a tvrdil, že duše není oddělitelná od těla a po smrti přežívá jen její část, odlišující lidi od zvířat (Munzarová, 1997). Podobný názor jako Sokrates zastával i Epikúros, tedy že jakékoliv pomýšlení a snaha o pochopení smrti činí bezpředmětnou a marnou aktivitu (Kelnarová, 2007).

Tématikou umírání a smrti se zabývali taktéž i stoicí filozofové, z jejichž uvažování pramení filozofie etiky života i smrti. Představitel stoicismu Seneca nepovažoval smrt jako něco tragického, nýbrž za přirozenou součást celého života. Velký důraz klade na kvalitu prožitého života oproti jeho délce. Zmiňuje, že dlouhodobé truchlení pozůstalých je vyčerpávající, tudíž je nutné se vyrovnat se smrtí blízkého a v průběhu života se na smrt připravovat. Marcus Aurelius Antonius považuje smrt za vysvobození od útrap v životě a vyzývá lid pro přijetí zodpovědnosti za své každodenní chování, jelikož čas smrti nelze předem vymežit, podobně jako Demokritos. Stoicí filozofové svými myšlenkami položili cenný základ informací týkajících se umírání a smrti, ze kterých lze čerpat i v dnešní době (Kelnarová, 2007). Autorka Haškovcová (2007) dodává, že tehdy alespoň relativní útěcha spočívala ve sdílené víře v posmrtný život, ve kterém jedinec již netrpí bolestmi či nemocemi různého charakteru.

Vnímání umírání a smrti v křesťanském starověku a středověku

Umírání a smrt pro křesťana znamená vyvrcholení života, možnost spojit se Bohem. Smrt není hrůznou skutečností, pokud ji jedinec během svého života přijme. S tímto faktem se ztotožňuje myslitel Augustinus, který měl strach ze smrti do té doby, než vložil jistotu k Bohu. Augustinus příkládá víře a naději vyšší moc, než žalu nad smrtí (Kelnarová, 2007). Lze tedy usoudit, že smrt v období Středověku byla považována za přirozenou součást života, přičemž obavy plynuly pouze ze smrti, která nastala náhle, jelikož se umírající v tomto případě neměl možnost rozloučit a vyzpovídat se ze svých hříchů, což mohlo mít za následek pohřbení mimo hřbitov či nikdy nekončící očistec (Blumenthal-Barby, 1987). Druhý model smrti, tzv. „Smrt sebe sama“, zahrnuje posun směrem od osudu kolektivního společenství k osudu člověka jako jedince, individuality asi od 11. století n. l. přetrvávající do 18. století n. l. Docházelo k uvědomění si sebe sama a vnitřnímu oddělení od určitého kulturního společenství, s čímž souvisí získání autonomie. Na jedné straně existovalo trpící tělo a na té druhé nesmrtelná duše, kterou vysvobodí smrt. Nicméně už v 16. století n. l. docházelo ke změně vnímavosti

smrti, spějící k velkému obratu, který v této době představoval nedokonalou a vzdálenou předzvěst dnešní „převrácené smrti“, jejímž předstupněm byl třetí model smrti a to „Smrt vzdálená i blízká“. Smrt se tedy od důvěrně známé a blízké posunovala k jejímu násilnému pojetí, z něhož jde strach. V novověku se lidé přibližovali k podobě smrti, která jim byla vzdálená, jejíž podstatou je obrana proti přírodě (Ariès, 2000b).

Ve středověku dochází k rozvoji péče o těžce nemocné a umírající. Středověcí křesťané tuto specifickou péči o terminálně nemocné poskytovali na základě poznatků čerpaných z řeckého lékařství, ale péče byla rozšířena hlavně o lásku k bližnímu a obětavost ke druhým. Zastávali názor, že bez ohledu na sociální status jedince, jsou si všichni před Bohem rovni. Křesťanský středověk je rovněž charakteristický vznikem nemocnic, jejichž počet se od šestého století n. l. zvyšoval. Mezi hlavní ošetrovatelský personál patřil řád maltézských rytířů, ale i řádové sestry pod záštitou vzniku klášterů provozujících špitály (Kelnarová, 2007). Osobnost, která se výrazně zasloužila o rozvoj špitální činnosti, byla Anežka Česká, ale také Rytířský řád křižovníků s červenou hvězdou, přičemž úroveň péče o nemocné a umírající na území dnešní ČR byla srovnatelná s ostatními zeměmi Evropy (Kisvetrová a Kutnohorská, 2010). V důsledku proběhlých pandemií moru, ale i jiných chorob, byla smrt v 15. století hlavním tématem. Péče o nemocné kontinuálně pokračovala i za nelehkých podmínek vrcholu epidemie infekčních nemocí, kdy byla nakažena i značná část ošetřujících, které se smrt rovněž nevyhýbala. Ateisté považovali smrt za zlou a krutou skutečnost, kdežto v povídkách byla smrt považována za osudovou a nemilosrdnou součást života (Kelnarová, 2007). Až do období vědeckého pokroku lidé připouštěli existenci další formy bytí po smrti, kdy se představy o pokračování života po smrti staly společným základem všech starých náboženství i křesťanství. Křesťanství poté přejalo tradiční úvahy zdravého rozumu a od stoických filozofů myšlenku, že proces umírání začíná již od okamžiku narození (Ariès, 2000a).

Umírání a smrt od 19. století po současné období

Období 19. století bylo charakteristické relativním poklesem úmrtnosti, zásluhou nejen pokrokem a rozvojem v oblasti medicíny, ale i na základě komplexních změn v životním stylu populace. Jednalo se především o obohacení potravin ve výživě, pochopení důležitosti kojení a tím i jeho obnovení, dále technologický rozvoj v zemědělství a také zlepšení a upevnění hygienických podmínek každodenního života. I přes tyto změny existovala sociální nerovnost, kdy před různými epidemiemi ta bohatší

část populace unikala do letních sídel nebo lázní, přičemž chudí neměli možnost úniku ze zalidněných čtvrtí. Jako nemoc chudých byla označována tuberkulóza, která ale sužovala všechny vrstvy obyvatelstva z důvodu jejího masivního šíření až do druhé poloviny 20. století (Kelnarová, 2007). V 19. století také došlo ke ztrátě smyslu smrti sebe samotného i smyslu pro druh a společný osud, jak tomu bylo do výše uvedeného data. Smysl smrti byl nahrazen strachem ze „smrti blízkého“, což představuje čtvrtý model smrti. Útrapy nepřinášela tedy existence smrti jako takové, ale hlavně fyzické odloučení zemřelého od pozůstalých a právě předtím všeobecně rozšířená citovost byla náhle soustředěna pouze na několik blízkých bytostí, jejichž ztráta se stává nesnesitelnou a dramatickou (Ariès, 2000b).

V 19. století se přistupovalo k umírajícím jedincům ritualizovaně, kdy ústředními pečujícími o tyto osoby byla jejich rodina na základě generačně předané zkušenosti. Smrt tedy představovala součást života, ke které byly vedeny i děti, aby si již od útlého věku upevnily roli doprovázejících a do budoucna se připravily i na roli umírajících (Kelnarová, 2007). Umírání v domácím prostředí tedy formovalo všeobecnou obeznámenost lidí se smrtí, jelikož poznali umírání a smrt z blízka. Pomýšlení na smrt jako na centrum života často dodnes značí situovanost kostelů a hřbitovů, většinou do centra obce (Kutnohorská, 2007). Kromě generačních zkušeností sehrálo důležitou roli i křesťanství, ve kterém byly zahrnuty rituály vztahující se k péči o umírajícího a mrtvého jedince, zajištění pohřbu, ale i následná péče o pozůstalé. Význam pohřbu spočíval v umožnění vyjádření emocí, zejména pláče a žalu, čímž docházelo i k postupnému vyrovnávání se se smrtí blízké osoby. Po dobu držení smutku se pozůstalí oblékali do černého oblečení, které symbolizuje ohleduplnost. Nicméně opět hraje důležitou roli sociální postavení jedince, jelikož chudí lidé umírali osamělí a v nepatřičných podmínkách. Vyspělé země se snažily o odstranění této nerovnosti tím, že poskytovali sociálně slabým jedincům možnost umírat v nemocnicích, nicméně velmi často docházelo k zpraktičnění až dehumanizaci procesu umírání a smrti (Kelnarová, 2007).

V průběhu 20. století docházelo k postupnému snižování mortality, která byla ještě na začátku téhož století značně vysoká, především se jednalo o kojeneckou úmrtnost. Úmrtnost byla snižována prostřednictvím zdravotnické osvěty a vlivem sociálních změn. Oproti tomu se zvyšovala mortalita pracujících v důsledku nevhodných pracovních podmínek. Ve druhé polovině 20. století začala stoupat úmrtnost vlivem civilizačních onemocnění, do kterých patří kardiovaskulární i onkologické diagnózy, ale i zevní příčiny

v podobě úrazů či sebevražd. V současné době limitují délku života člověka kromě civilizačních chorob také infekční onemocnění (Kelnarová, 2007).

Ve druhé polovině 20. století se umírání přesunulo do nemocnic či sociálních zařízení, souhrnně označováno jako institucionalizace umírání a smrti, které mělo za následek vytěsnění smrti z každodenního života, odsunutí myšlenek na smrt do doby, dokud se netýká konkrétního člověka či jeho okolí (Kelnarová, 2007). V institucionálním modelu umírání dochází k značnému omezení lidského kontaktu až ztrátě charakteru umírání jako sociálního aktu. Příbuzní nevědí jak se chovat k umírajícímu jedinci, jelikož nemají zažitý vzorec chování k umírajícímu člověku tak, jako tomu bylo v ritualizovaném modelu umírání, na základě osobní zkušenosti z rodiny. Veškerá zodpovědnost i důvěra týkající se správného chování k umírajícímu člověku je vložena v profesionály, tedy zdravotníky, kteří mají dle názoru laiků pro tyto situace vzdělání (Haškovcová, 2007). Ve zdravotnických zařízeních je sice zajištěna potřebná péče umírajícím, přesto spíše převládá prakticismus a profesionalita, ale chybí lidskost v podobě zajištění přítomnosti druhého člověka u umírající osoby. Poslání současnosti tedy spočívá v nalezení nového rituálu umírání, přijatelného pro umírající, jejich rodinu i zdravotnický personál (Kutnohorská, 2007). Na člověka je nutno pohlížet jako na individualitu ve všech oblastech osobnosti, což znamená, že nelze paušalizovat potřeby a problémy umírajících pacientů. V tom je shledán rozpor z důvodu standardizace ošetrovatelských postupů, kdy se sestry v praxi sice snaží k nemocnému jedinci přistupovat individuálně, nicméně současně existuje tendence k vytváření obecně platných schémat v rámci poskytování ošetrovatelské péče (Cichá, 2014). Institucionalizace umírání a smrti je proto spojována s tabuizací smrti, tedy vytěsněním této tematiky na okraj společenského vědomí (Haškovcová, 2007). Také dochází ke komplexní změně úlohy příbuzných při umírání, která se přesouvá z rodiny na zdravotnický personál (Blumenthal-Baarby, 1987). Ariès (2000b) nazývá pátý model smrti jako „Převrácená smrt“, který se objevil ve 20. století n. l. a přetrvává do dnes. Naprosto mění postoj dnešní společnosti ve vnímání smrti, které je sice zaměřeno na soukromí, ale mnohem z přísnějšího hlediska. Touha po absolutní dokonalosti zavrhuje kompromisy, neexistuje nic mezi úspěchem a neúspěchem, mezi důvěrou a nedůvěrou. K takovému vnímání smrti vedl technologický pokrok, zejména v medicíně, na jehož základě docházelo k mnohem omezenějšímu pocíťování smrti jedince, což vytváří předpoklad pro nedostatek sounáležitosti.

Nicméně je nutné si uvědomit, že ač je smrt v dnešní době tabuizovaná, institucionalizovaná a deritualizovaná, stále existuje strach ze smrti i smrt samotná.

V neustále měnícím se světě lze tradiční postoj ke smrti přirovnat k ostrůvku setrvačnosti a nepřetržitosti. Dávný postoj ke smrti, kdy smrt byla blízkou, důvěrně známou zkušeností každého člověka, je v přílišném rozporu s pojetím smrti v současné době. Současné postoje k umírání a smrti vyvolávají v populaci hrůzu až do té míry, že se bojí termín smrt pouze vyslovit (Ariès, 2000a). Pojetí smrti v dnešní době vzbuzuje zejména pocity strachu, nejistoty, prázdnoty. Aby byla odstraněna propast mezi životem a smrtí, tedy aby došlo k vnímání smrti jako součásti života, včetně adekvátního přístupu a chování k umírajícímu, byla potřeba detabuizace smrti, která v jisté míře přetrvává doposud. Proces detabuizace umírání a smrti ve světě začal kolem sedmdesátých let 20. století, v ČR po roce 1989 (Kelnarová, 2007). Autorka Haškovcová (2007) doplňuje, že totalitní režim jistou formou k tabuizaci smrti přispěl, ale nebyl její příčinou. Tématice umírání a smrti se věnuje mnoho odborných publikací, které mají za cíl zařadit tuto problematiku do každodenního života veřejnosti (Kelnarová, 2007). Lze shrnout, že moderní společnost chápe smrt jako negativum, které neustále vytlačuje ze svého vědomí. Na smrt je nutné nazírat jako na součást smyslu života, přičemž přijetí smrti souvisí s morální zralostí osobnosti a životní moudrostí jedince (Vytejková, 2013). Autoři Angenendt, Schutze-Kreikamp, Tschuschke (2010) a Jacobsson, Holland, Stoonsma (2012) in Bencová (2016) zmiňují, že péče o umírající osoby je velmi náročná z psychického i etického hlediska, přičemž záleží na nás, zda bude umírání probíhat jako sociální akt v kruhu blízkých osob, či pod odborným dohledem zdravotnických pracovníků, což do jisté míry znamená izolaci a samotu.

1.1.2 Paliativní péče

Jistou roli v tabuizaci umírání a smrti hraje i takzvaná strategie vítězné medicíny, která chápe smrt jako prohru. Smrt je tedy i označována za vadu na kráse úspěšné medicíny, protože ta se snaží bojovat a zachraňovat téměř každý život ohrožený smrtí (Haškovcová, 2007). Vzdělávání lékařů, potažmo i sester odpovídá zejména aktuálnímu technologickému postupu v medicíně, plně přístrojové techniky, včetně propracovaných diagnostických metod a léčebných postupů, směřujících k zásadnímu cíli, tedy uzdravení jedince (Sláma et al., 2011). S tím souvisí i v posledním století uznávaný biomedicínský mechanistický přístup, ve kterém vítězila představa, že veškeré choroby lze vysvětlit

fyzikálními a chemickými zákonitostmi. Z toho vyplývá, že existuje riziko zastřeného vnímání osoby jako provázaného celku a redukce nemocného na nemoc (Munzarová, 2005b). Tímto přístupem vlastně došlo i zevšeobecnění názoru, že v moderní době chce člověk prožít dlouhý, šťastný a spokojený život, nad kterým stále drží ochrannou ruku mocná medicína. Zjednodušeně tedy panuje názor, že umřít je v každém případě považováno za předčasné a nevhodné. Teprve v případě, kdy se prostřednictvím medicíny nedokáže zabránit progresi onemocnění, které nevyhnutelně spěje ke smrti, nastupuje paliativní medicína, která ještě donedávna byla považována za méně hodnotnou. Z hlediska opodstatnění požadavků na důstojné umírání a smrt, na které paliativní péče klade důraz, dochází v současnosti k obohacení moderní medicíny o soucitnou péči, včetně skloubení starých, osvědčených přístupů k umírajícím. Paliativní péči je třeba odlišit od terminální péče, která spočívá v poskytování poslední kvalifikované péče umírajícímu jedinci z časového hlediska (Haškovcová, 2007). Termín je přejat z řeckého pallium, což znamená maska, pokrytí či zakrytí někoho pláštěm, kdy v tomto tvrzení lze shledat podstatu paliativní péče, tedy o maskování neléčitelných chorob a zakrytí trpících v případě, kdy nelze užít kurativní intervenci (Munzarová, 2005a).

Tímto se paliace dostává k nenahraditelným medicínským postupům, které poskytují provázaný a nadějný systém pomoci umírajícím i jejich rodinám. Jako synonymum paliativní medicíny lze použít termínu útěšná medicína. Paliativní medicína se zaměřuje na komplexní přístup k pacientovi, jež trpí nevléčitelnou chorobou (Haškovcová, 2007). V paliativní péči musí být veškeré postupy hodnoceny individuálně a také dle potřeby měněny. Jedině tak lze zajistit úspěšnost paliativní medicíny, tedy i v poslední fázi života docílit co nejvyšší kvality života i při vlastním umírání (Munzarová, 2005a). Vychází z holistického pojetí člověka, což znamená, že zahrnuje komplexní přístup k nemocnému jedinci i jeho rodině, prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Důležitou součástí paliativní péče je umožnění blízkým osobám podílet se na péči o nemocného, ale také adekvátní poskytnutí odborné pomoci rodinným příslušníkům a to i po smrti pacienta. (Bužgová, 2011). Paliativní medicína klade důraz na zachování co nejvyšší kvality života nemocného, což v praxi znamená odstranění či zmírnění nepříjemných fyzických a psychických symptomů, jako je primárně bolest, dušnost, úzkost, strach, nespavost apod., přičemž je nutné si uvědomit, že paliativním přístupem zpravidla délku života nemocného nijak neovlivníme. K zajištění co nejvyšší kvality života nevléčitelně nemocného musí fungovat prvotřídní spolupráce mezi lékařem, všeobecnou sestrou

i ostatním zdravotnickým personálem a rodinou pacienta, tak aby byla poskytnuta co nejlepší komplexní lékařská, i neméně důležitá péče ošetrovatelská (Haškovcová, 2007). Sestra v paliativní péči potřebuje pracovat v kvalitním multidisciplinárním týmu, který soustřeďuje své síly ke stejnému cíli, tedy k zajištění kvalitního života pacientů i jejich rodin a ke zmírnění utrpení nemocného. Do týmu paliativní péče patří nejen zdravotničtí a nezdravotničtí profesionálové, tedy lékaři se specializovanou působností v paliativní péči i jiných odborností, ošetrovatelský personál, sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční specialista a také duchovní či pastorační pracovník, ale rovněž i samotný pacient včetně jeho rodiny. Ústřední postavení v paliativní péči zaujímá právě všeobecná sestra, která je pacientovi nejbližším profesionálem, kdy pacientovi vysvětluje veškeré náležitosti a následně předává validní informace ostatním členům týmu. Rovněž sleduje a průběžně vyhodnocuje potřeby nemocného a společně s ostatními členy týmu vyhledává možnosti jejich naplnění. Jedině ve spolupracujícím týmu lze skutečně zachovat důstojnost pacienta, zejména prostřednictvím individuálního přístupu k nemocnému a jeho blízkým (Marková, 2010).

Sláma et al. (2011) považují symptomatologickou léčbu jako součást paliativní medicíny. Symptomatická terapie zastává důležitou složku paliativní medicíny v případě, když ostatní formy péče již nepřinášejí cílený efekt, ba dokonce způsobují nežádoucí účinky, které vedou ke zhoršení kvality života jedince. Hlavním prvkem symptomatologické medicíny v paliativní péči je léčba bolesti. S předchozím tvrzením souhlasí i autorka Haškovcová (2007), která sestavila přehled principů paliativní péče, mezi které řadí terapii nežádoucích symptomů, efektivní léčbu tělesné i psychické bolesti, podporu emoční a spirituální složky osobnosti, zajištění sociálního zázemí včetně aktivizačního programu dle preferencí umírajícího, ale také umožnění odborného poradenství rodině umírajícího. Nutno podotknout, že paliativní péče však nezamítá možnost kurativního zásahu, pokud by na jeho základě došlo k příznivé změně ve zdravotním stavu jedince. Sláma et al. (2011) rozlišují několik forem paliativní péče. Lůžkový hospic má být zařízením, připomínajícím spíše domov, než nemocnici. Nemocný pobývá v jednolůžkových pokojích s možností přistýlky pro rodinné příslušníky. Oproti tomu existuje oddělení paliativní péče, které poskytuje paliativní péči v rámci zdravotnického zařízení. Je vhodné pro nemocné, kteří pro kompletnost paliativní léčby vyžadují kompletnost nemocničního zařízení. Domácí hospic představuje ideální formu paliativní péče, jelikož je poskytována

v domácím prostředí nemocného a nabízí vysokou míru individualizace. Tato forma paliativní péče může být realizována v případě funkčního rodinného zázemí. Ambulance paliativní péče včetně možnosti konzilií působí z hlediska edukace na kvalitu poskytování paliativní péče na jakémkoliv oddělení zdravotnických zařízení. Hospicové stacionáře nabízí možnost zpravidla půldenního pobytu nemocného ve stacionáři, za účelem odlehčovací služby rodině, anebo v rámci poskytování rehabilitační, terapeutické či jiné péče. Hospicová poradna zajišťuje přímé, telefonické či internetové odborné poradenství pacientům, příbuzným i pozůstalým.

1.2 ETIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Etiku lze obecně charakterizovat jako vědu o morálce, kterou formoval Aristoteles jako samostatnou vědní disciplínu již v období starého Řecka (Kutnohorská, 2007). Aristoteles popsal etiku jako praktickou disciplínu a aby byla etika praktickou vědou, musí být zakořeněna ve skutečné praxi daného oboru, jelikož tak napomáhá účinněji řešit skutečné problémy života (Thompson et al., 2006). Etika patří mezi hlavní oblasti filozofie a zabývá se vysvětlením a zdůvodněním mravního chování. Zvláště zkoumá principy lidského chování v souladu s mravními kategoriemi dobra, odpovědnosti aj., a také má hodnotící funkci, přičemž rozlišuje dobré a zlé (Cakirpaloglu, 2009). Morálku je možno definovat jako souhrn pravidel a norem určující chování a jednání lidí, které vyplývají z kultury dané společnosti. Jde tedy o přesvědčení definující společensky žádoucí či nežádoucí chování, které má regulační charakter pro následné jednání člověka. Mravní chování znamená přijetí mravní odpovědnosti za své jednání, přičemž se ale nabízí otázka, co je vlastně dobré a správné a co naopak zlé a špatné (Kutnohorská, 2007). V užším pojetí morálka představuje vnitřní mravní kodex člověka vyplývající z jeho přesvědčení a mravnost vystihuje postoj jedince k mravnímu zákonu na základě jeho svobodného rozhodnutí. Etické normy vycházející z kultury dané společnosti jsou závazné pouze z mravního hlediska, což znamená, že kladou důraz na svědomí a čest, a oproti normám právním, jejich porušení nelze trestat. Nicméně prakticky každá etická norma v sobě skýtá do určité míry normu právní (Skopalová, 2014).

V zásadě se etika skládá ze tří oborů. Prvním oborem je metaetika, která se zabývá obecnými principy morálního myšlení včetně ujasnění pojmů dobra, zla a štěstí. Normativní etika poskytuje informace, jakým způsobem postupovat v řešení etických problémů. Nicméně tyto postupy nelze všeobecně unifikovat, tudíž se normativní etika snaží apelovat na schopnost jedince rozlišit dobro a zlo za daných okolností (Kutnohorská, 2007). Normativní etika usiluje o identifikaci hodnot, tedy snahu o vytvoření vlastního stanoviska, které má být zajištěné pádným racionálním zdůvodněním. Normativní etika čerpá z různých stanovisek etiky deskriptivní, jejímž úkolem je tzv. rozkrytí problému, tedy snaha o popis etických postojů z různých úhlů pohledu (Vácha, 2012). Praktická etika se zabývá komplexním řešením konkrétních situací. Z praktické etiky vychází etika profesní v rámci určitého oboru, např. etika v podnikání, lékařství, ošetrovatelství, apod. (Kutnohorská, 2007). Synonymem profesní etiky je tedy etika oborová, v níž dochází

k uplatnění obecných etických poznatků v rámci výkonu různých povolání. Nejnadřazenějším pojmem etiky ve zdravotnictví je tzv. bioetika, která zkoumá především etické problémy lékařské profese na úrovni oborů, podmiňujících výkon lékařské praxe, tedy biologie, biofyziky, chemie a farmacie. Lékařská etika, jejímž synonymem je etika medicínská, se zabývá etickými problémy v lékařství. Často dochází ke ztotožňování termínů lékařské etiky a bioetiky, což je považováno za nesprávné. Poté existuje zdravotnická etika, která se zabývá etickými otázkami vznikajícími ve zdravotnictví. Do zdravotnické etiky je řazena ošetrovatelská etika zabývající se etickými otázkami při poskytování ošetrovatelské péče (Bužgová, 2013).

Etické problémy vznikají při rozporných názorech týkajících se problematiky denního života, kdy se především jedná o rozlišování dobrého a zlého, popřípadě správného a nesprávného. Ve zdravotnictví se etické problémy začaly objevovat prostřednictvím technologického pokroku, tedy se zaváděním nových léčiv či léčebných postupů. Vznik etických problémů do jisté míry závisí na etickém i právním vědomí zdravotníků (Kutnohorská, 2007). Autorka Skopalová (2007) uvádí, že neustálý pokrok v medicíně spěje k rozhodování, zda za daných podmínek udržet jedince při životě či náročnou péči o něj ukončit a řadí sem tedy i problematiku resuscitace. Autorka Bužgová (2013) charakterizuje etický problém jako nerozřešenou otázku či nesnadný úkol, kdy nelze najít řešení vyhovující všem zúčastněným. Nicméně existuje jistota, že dojde k nalezení alespoň částečně vyhovujícího řešení veškerým účastníkům.

Za poněkud složitější je považováno etické dilema, při kterém jedinec čelí minimálně dvěma variantám řešení, z nichž ani jedno není optimální. Etické dilema lze srovnat s křižovatkou či rozcestím, kdy ani jedna z cest nevede k vytouženému cíli (Kutnohorská, 2007). Etické dilema vytváří vnitřní konflikt mezi vzájemně protichůdnými možnostmi, kdy si i přes jejich nepříznivost jedinec volí jednu z nich. Etická dilemata v medicínském pojetí se musí jednoznačně řešit, i když jednoznačné řešení nemají. V rámci učinění rozhodnutí může dojít k narušení svědomí všech zdravotnických pracovníků. Na problematiku etických dilemat medicínského zaměření nepohlíží pouze zdravotníci, ale přistupuje se k jejich řešení komplexně, tedy i z právního, filozofického, sociologického a psychologického hlediska. Mezi aktuální etická dilemata se řadí problematika eutanázie a interrupcí, dále etické aspekty péče o těžce nemocné a umírající pacienty, problematika poskytování informací o zdravotním stavu, etické aspekty

informovaného souhlasu, problematika krevní transfúze, transplantace orgánů či poskytování první pomoci (Skopalová, 2014).

1.2.1 Vývoj zdravotnické etiky

Kořeny lékařské etiky včetně etiky ošetřování sahají až do Chammurapiho zákoníku, tedy do nejstarší sbírky zákonů, která mimo jiné vymezuje tresty za neposkytnutí či provedení chybné léčby (Kutnohorská, 2007). Z výše uvedeného dokumentu pramení současná deontologie, charakterizující etiku jako nauku o povinnostech, v níž jsou formulovány deontologické kodexy. V deontologických kodexech jsou upevněny požadavky na mravní chování všech zdravotníků. Mezi nejstarší kodex a zdroj etického myšlení v západních kulturách se řadí dokument zvaný Hippokratova přísaha od řeckého lékaře žijícího v období 460-370 př. n. l. (Skopalová, 2014). Do kodexů tzv. nezápadní medicíny patří soubor hinduistických zdrojů, tzv. Ayurveda (1000 př. n. l), obsahující mimo jiné předpisy mravního chování pro lékaře. Dále již zmíněný Chammurapiho zákoník (1800 př. n. l.) jako základ islámské etiky definující mimo jiné rovněž požadavky na chování lékařů (Ivanová, 2006). Také buddhismus, konfucianismus a taoismus vedly k rozvoji lékařské etiky (Skopalová, 2014). Pojem novodobá zdravotnická etika zahrnuje etiku všech zdravotnických profesí, která vychází ze tří následujících zdrojů a to z Hippokratovy přísahy a jeho tradic, židovsko křesťanských tradic a novodobých filozofických směrů (Kutnohorská, 2007).

Hippokratova přísaha a jeho tradice

Hippokratovu přísahu lze rozdělit do tří dílčích částí. První část se týká projevení úcty k učitelům a udržování bratrství s kolegy. To v praxi znamenalo zejména bezplatné předávání získaných vědomostí a dovedností medikům, vážit si svého učitele jako vlastních rodičů a ctít ho za veškeré vědomosti, které mu předal. Další část věnovala pozornost důrazu na dodržování lékařského tajemství, které přetrvává dodnes v aktuální podobě povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka. Třetí úsek kladl důraz na projevení úcty k lidskému životu, což znamená, že se lékař má k pacientovi chovat slušně a vstupovat do jeho domu za účelem pomoci mu od zdravotních obtíží, či se záměrem promluvit si s pacientem o jeho zdravotních nebo soukromých problémech (Kutnohorská, 2007).

Tradiční vztah mezi lékařem a pacientem byl paternalistický, vytvořený na základě pojetí lékaře jako všeobecně uznávané osobnosti, jednak pro lékařské umění, tak i pro jeho mravnost a moudrost. Paternalistický přístup znamená, že rozhodovací pravomoc o léčebném postupu plně přebírá za pacienta lékař, jelikož mu pacient projevoval veškerou důvěru (Kutnohorská, 2007). Autorka Bužgová (2011) popisuje paternalistický přístup jako ochránářský, nebo jako názor, že jedinec nedokáže posoudit, co je pro něj vhodné. Z čehož plyne, že zdravotník jedná na základě vlastního úsudku, v zájmu činění dobra pro pacienta, bez ohledu na jeho názor. Kutnohorská (2007) a Bužgová (2011) zmiňují, že paternalistický přístup je v současné době kritizován a zároveň i na ústupu z mnoha důvodů. Příkladem může být větší vzdělanost pacientů i právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu, přičemž na základě těchto skutečností má pacient právo spolurozhodovat o léčbě.

Židovsko-křesťanská tradice

Etické principy judaismu i křesťanství jsou k sobě velmi blízké, jelikož judaistickou a křesťanskou tradici pojí část Bible (Bužgová, 2011). Židé jsou nekompromisní zastánci práva na zachování života. Lékařská etika Židů obsahuje několik principů, do nichž patří posvátnost a důstojnost lidského života, povinnost pečovat o zdraví, odpor k pověrám a iracionálním způsobům léčení, striktní kodex hygienických a dietetických postupů včetně kodexu sexuální morálky (Kutnohorská, 2007). Z výše uvedeného vyplývá, že absolutně zavrhnou jakékoliv myšlenky na eutanázii, asistovanou sebevraždu či umělé přerušování těhotenství (Skopalová, 2014).

Křesťanství nazírá na život jako dar od Boha, na který nemá nikdo oprávnění sahat, kdy tento fakt je zakomponován v náboženské ústavě mravnosti, zvané Desatero božích přikázání, vyjadřující morálku křesťanů (Kutnohorská, 2007). Nejvyšší hodnota, která určuje jednání křesťana, vyplývá ze základního principu křesťanství, což je příkaz víry i lásky k jedinému Bohu a příkaz lásky k bližnímu. Nejvyšší ctnost v křesťanství představuje poslušná a oddaná víra (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011). Do principů lékařské a zdravotnické etiky, které vycházejí z křesťanství, se řadí princip správcovství, kdy má člověk povinnost pečovat o vlastní život. Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života spočívá v tom, že člověk není oprávněn rozhodovat o vlastním životě, proto křesťané rovněž odsuzují problematiku eutanázie, umělého přerušování těhotenství a sebevraždy. Princip totality a integrity chápe tělo jako celek, kdy jeho část

může být odejmuta pouze v případě, když poškozený orgán ohrožuje celé tělo. Problematika sexuality a rozmnožování musí plnit dva klíčové účely a to manželskou svátost a plození potomků, včetně jejich následné výchovy. Princip dvojího efektu znamená, že určité jednání, např. léčba, může vést k pozitivnímu nebo negativnímu efektu, proto je nutná formulace podmínek pro provedení úkonu, jehož důsledkem je negativní efekt. Princip svobody a odpovědnosti za provedené skutky vůči sobě samému i ostatním a s ním související princip společenství a vzájemné pomoci (Skopalová, 2014).

Novodobé filozofické směry

Pro ošetřovatelství a zdravotnictví jsou významné následující filozofické směry 20. století a to existencialismus, fenomenologie a hermeneutika. Antropocentrický záměr existencialismu se soustřeďuje na problémy člověka a vyjadřuje obavu z technické modernizace působící odcizení člověka od produktů jeho práce. Existencialismus se zabývá problematikou individuální existence člověka. Předmětem existencialismu je poté individuální reakce člověka na svět a jiné lidi podle subjektivního prožitku (Kutnohorská, 2007). Existence jedince představuje bytí ve spojení s ostatními lidmi v konkrétních situacích. Hlavním zdrojem poznání je reálný existující člověk a východiskem pro poznání bytí jsou často hraniční situace, např. úzkost, strach, bolest, utrpení, smrt, pocit viny aj., označovány jako existenciální prožitky. Mezi hlavní představitele existencialismu patří Jean Paul Sarte, Albert Camus a Karl Theodor Jaspers (Kutnohorská, 2009).

Fenomenologie představuje filozofickou disciplínu zabývající extremitou subjektivního a objektivního poznání, založenou Edmundem Husserlem. Poznávající člověk téměř vždy směřuje k určitému cíli, záměru, nazývanému intence, kdy fenomenologie sleduje postup jeho poznávání. (Kutnohorská, 2007). Lze říci, že každý fenomén hmotného i nehmotného charakteru, který se člověku nabízí, ukazuje jeho zájem o něco, pochopení smyslu určitého jednání či chování, ale také rozdíl mezi žádoucím a nežádoucím. Také se člověku prostřednictvím fenoménů ukazuje krása přírody nebo lidských výtvorů. Fenomény okolního světa se neustále účastní procesu prožívání, který nelze nijak zastavit, což znamená, že ústřední vlastností našeho vědomí je jeho stálá vyplněnost. Vzhledem k tomu, že fenomenologie patří mezi filozofické metody, postrádá vazbu na zásady přírodních věd. Nemusí tedy vycházet z experimentu či měření, ale postačuje běžná zkušenost (Kutnohorská, 2009).

Hermeneutika je filozofická nauka o umění a teorii výkladu, kterou rozvíjeli Martin Heidegger a Hans Georg Gadamer. Hermeneutický přístup lze charakterizovat jako snahu o hledání pravdy, poznání skutečnosti, ale také schopnost porozumění sobě i dalším lidem, včetně objasnění vztahu mezi subjektivním prožitkem a chováním (Kutnohorská, 2007). Heidegger se zabýval tzv. fundamentální ontologií, která se má zabývat nejzákladnějšími předpoklady smyslu bytí, přičemž záměr je kladen na ověřitelnost přímou zkušeností. Smyslem vědeckého zkoumání z hlediska hermeneutického přístupu není snaha o univerzalizmus, ale snaha o pochopení připisování významu jednotlivým jevům a objasnění vztahu mezi subjektivními pohnutkami a následným chováním. Veškeré poznání je dle hermeneutiky situované. Využitelnost hermeneutických poznatků je důležitá pro získávání nových vědomostí v profesi sestry, ale i k aktivizaci pacienta (Kutnohorská, 2009). Přínos hermeneutiky pro teorii ošetřovatelství se využívá především v komunikaci, jelikož učí způsobu správnému poznávání a porozumění zdravému i nemocnému jedinci a formuluje pravidla komunikace (Kutnohorská, 2007).

1.2.2 Pojetí etiky v ošetřovatelství

Etika v ošetřovatelství či ošetřovatelská etika představují synonymní pojmy a v zahraničí je označována jako nursing ethics. Ošetřovatelská etika se formovala z etiky lékařské, jelikož vycházejí ze stejných zdrojů. Zhruba do poloviny 20. století se etika v ošetřovatelství řídila dle principů lékařské etiky a na základě měnícího se postavení sestry ošetřovatelky se v současné době dostává do popředí (Kutnohorská, 2007). Příznivý vliv na rozvoj etiky v ošetřovatelství měla Florence Nightingelová, kdy hlavní náplní ošetřovatelské etiky v 19. století byla hlavně poslušnost sester vůči lékařům a s ní související loajalita. Současné samostatné postavení profese sester vedle profese lékařů vedlo ke specifickému zaměření ošetřovatelské etiky na činnosti spojené s poskytováním ošetřovatelské péče (Bužgová, 2011). Vztah sestry k lékaři definovala Isabel Hampton Robb (1860-1910), předsedkyně Americké asociace sester (dále ANA). Za klíčové charakteristiky sestry patřila její přesnost, tichost, upravenost, ale také poslušnost a naprosté loajální jednání, kdy lze říci, že sestra představovala poslušnou pomocnici lékaře. Postupně docházelo k nahrazení výše uvedeného pojetí sestry, kdy se místo jednostranné podřízenosti objevovaly prvky vzájemné spolupráce, komunikace, profesního partnerství a dělení kompetencí. Zatímco v zahraničí byl partnerský přístup předmětem zkoumání již v 60. letech 20. století, výrazná proměna

vztahu mezi sestrou a lékařem v ČR začala koncem minulého století a pokračovala začátkem 21. století (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). Lze konstatovat, že role nelékařských zdravotnických profesionálů se měnila na základě technologického pokroku medicíny. To vedlo k formování ošetrovatelství jako společenskovední disciplíny rozvíjející se na základě vědeckého výzkumu, s čímž souvisí i změna postavení sestry. Za hlavní cíl ošetrovatelství je považováno vyhodnocení a pomoc při uspokojování potřeb nemocného jedince s ohledem na jeho individualitu (Kutnohorská, 2010). Z toho vyplývá, že ošetrovatelská etika se musí zabývat specifickým kontextem ošetrovatelské praxe a řešit problémy, se kterými se sestra při výkonu svého povolání setkává. Etika v ošetrovatelství zároveň sestřím napomáhá k rozvíjení praktické moudrosti, k získávání kompetencí v oblasti rozhodování a přijímání odpovědnosti (Thompson et al., 2006).

Florence Nightingelová v oblasti přístupu sestry ošetrovatelky k nemocným formulovala etické zásady a ve své knižní publikaci *Notes of Nursing*, vydané v roce 1860. V uvedené publikaci zmiňuje požadavky na ošetrovatelskou profesi, mezi které řadí spolehlivost, svědomitost a důvěryhodnost. Dále by měla sestra projevat úctu ke svému povolání a poskytovat ošetrovatelskou péči na skvělé úrovni. Po vzniku Československé republiky se o rozvoj etiky v ošetrovatelství zasloužila Alice Masaryková, která kladla nárok na vysoký morální kredit československých sester ošetrovatelky a položila dobré základy československého ošetrovatelství. Činnost sestry spočívá v péči o široké spektrum pacientů odlišného věku s různými diagnózami, což znamená, že při výkonu svého povolání je vtažena do rozmanitých mezilidských vztahů. Z hlediska pojetí ošetrovatelské etiky je nejdůležitější formování vztahu sestra - pacient, jelikož se společně pokouší řešit otázky týkající se života, zdraví, nemoci, důvěry aj. Z výše uvedeného vyplývá, že by sestra měla porozumět obecné etice a principům etického rozhodování (Kutnohorská, 2007).

Etiku v ošetrovatelství lze charakterizovat jako nauku, která se zabývá podmínkami a příčinami žádoucího i nežádoucího chování a jednání ošetrovatelské profese, zejména sester. Předmět etiky v ošetrovatelství vystihuje morální problémy vznikající při ošetrovatelské praxi (Bužgová, 2011). Autorky Fišerová a Kutnohorská (in Bužgová, 2011) do předmětu ošetrovatelské etiky řadí vztah a postoj sestry k pacientovi, kolegiální vztah sestry k ostatním spolupracovníkům, ale také povědomí nejednoznačnosti morálního přístupu v ošetrovatelské problematice. Utváření vztahu a postoje sestry k pacientovi probíhá pomocí verbálních, neverbálních či dotykových projevů, které zahrnují

v pozitivním případě laskavost, trpělivost či zájem, nebo naopak nezájem, spěch a lhostejnost. Kolegiální vztahy jsou důležitými aspekty pro utváření pracovního klimatu na oddělení a mají vliv na spokojenost, výkonnost a motivaci celého ošetrovatelského, popřípadě zdravotnického týmu.

Dle formulovaného předmětu ošetrovatelské etiky jsou vymezeny její úkoly a cíle. Za úkoly si etika v ošetrovatelství klade zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem a snaží se vymezit žádoucí mezilidské vztahy. Dále se zaměřuje na stanovení mravní normy ošetrovatelské profese na základě vytyčení povinnosti a odpovědnosti sester. Rovněž se zabývá analýzou eticky komplikovaných situací, jejich rozbořením, ale i zkoumáním mezilidských vztahů na konkrétním pracovišti. Cílem ošetrovatelské etiky je především humanizace interpersonálních vztahů mezi sestrou a pacientem i mezi zdravotníky navzájem, dále usměrnění chování a jednání ošetrovatelských profesí vůči pacientovi na základě empatie, ale také napomáhání nemocnému při uspokojování potřeb včetně pomoci hledání smyslu jeho života. S pojetím ošetrovatelské etiky souvisí i role sestry. Nejčastěji zastává sestra roli ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky v oblasti výchovy ke zdraví, poradkyně, advokátky práv pacienta, nositelky změn, manažerky a výzkumné pracovnice (Kutnohorská, 2007).

Filozofie holismu tvoří podklad pro etický přístup sestry k pacientovi. Holismus lze charakterizovat jako idealistickou filozofii celistvosti. V praxi to znamená, že na člověka pohlížíme jako na bio-psycho-sociální bytost, kdy všechny uvedené složky osobnosti vytváří jednotu (Kutnohorská, 2007). Lze tedy říci, že organismus je celkem složeným z částí, kterými jsou tělo, emoce a mysl, kdy soulad těchto částí je předpokladem pro osobní růst i případnou terapii. Pojem holismus poprvé uvedl J. H. Smuts v roce 1926 v knize Holismus a evoluce (Kutnohorská, 2009). Holistická péče je tedy založena na celostním přístupu k člověku, který si klade za cíl zabezpečit pacientovi potřeby fyzické, psychické, sociální a duchovní. Zdravotnický tým může poskytnout vysoce kvalitní holistickou péči, pouze za předpokladu zohlednění všech výše uvedených dimenzí osobnosti. Snaha o poskytnutí holistické péče by měla být univerzální, tedy i v případě akutní příhody, kdy se tělesné potřeby zdají být závažnější oproti ostatním. Nedodržením holistického přístupu se sestra dopouští chybného chování, což může mít negativní dopad na pacienta (Sestra a urgentní stavy, 2008). Autorky O'Connor a Aranda (2005) také ve své knižní publikaci popisují za charakteristický znak holistického přístupu v paliativní péči spolupráci. Důležitým předpokladem pro poskytování holistické péče

je tým osob, který spolupracuje a uplatňuje své dovednosti, porozumění a především svoji osobu. Ke sdělení životních zkušeností stojí vzájemné uznání mezi sestrou a pacientem, kdy v tomto vztahu by neměla existovat převaha.

1.2.3 Etické principy ošetřovatelství a profese sestry

Hlavní principy jak lékařské, tak zdravotnické etiky vychází z judaismu a křesťanství (Ivanová, 2006). Vzhledem k tomu, že lékařská etika tvořila podklad pro formování etiky ošetřovatelské, čerpala také z principů lékařské etiky (Kutnohorská, 2007). Základním principem zdravotnické etiky je odstranění či mírnění bolesti i utrpení a umožnění důstojného umírání a smrti, což v podobném smyslu zmínil už Hippokrates. Do dalších principů zdravotnické etiky se řadí princip nepoškození, dobřechinění, autonomie a spravedlnosti. Princip nepoškození, tzv. nonmaleficence, zakazuje ublížit, poškodit či usmrtit člověka. Princip dobřechinění, jinak řečeno beneficence, v sobě skrývá zamezení a předcházení poškození pacienta, podporuje dobro i duševní pohodu nemocného a nabízí pomoc při plnění jeho plánů. Principem autonomie se rozumí respekt k samostatnému jednání a rozhodování dle vlastních preferencí nemocného (Skopalová, 2014). Pokud pacient za své rozhodování přebírá odpovědnost, měl by si každý zdravotnický pracovník uvědomit posun k partnerskému přístupu (Cook a Hurley, 2008). Princip spravedlnosti souvisí s rozdělováním zdrojů (Skopalová, 2014). Bužgová (2011) doplňuje, že v praxi může být otázkou principu spravedlnosti kvalita a dostupnost zdravotnických služeb. Výše uvedené etické principy jsou nazvány jako současné etické principy prvního řádu. Autorka Ivanová (2006) doplňuje, že principy neškození a dobřechinění jsou relativně neměnné a pocházejí z dob antiky i z křesťanství, princip autonomie a spravedlnosti jsou reakcí na měnící se společnost v moderní době.

Ivanová (2006) ve své publikaci zmiňuje i tzv. současné etické principy druhého řádu, které jsou dle ní zaměřeny na problematiku etiky všedního dne. Mezi ně patří pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost a poctivost, ale také důvěryhodnost. Pod principem pravdomluvnosti lze považovat jako závazek sdělovat pravdu, nelhat a nepodvádět jiné. Specifické pojetí pravdomluvnosti je ve zdravotnictví v rámci sdělování nepříznivé diagnózy pacientovi, kdy se hovoří o tzv. pravdě na nemocničním lůžku. Princip mlčenlivosti se týká povinnosti ochránit důvěrné informace. Sdělení důvěrných informací je přípustné pouze za situace, pokud by mohlo dojít k ohrožení někoho jiného, např. nahlášení zneužívání dítěte. Principy věrnosti a poctivosti se sebou souvisejí,

kdy se především se jedná o dodržování závazků a slibů, které zdravotníci mohou splnit. Poslední, princip důvěryhodnosti, souvisí s předchozími principy, protože důvěryhodnost lze pěstovat a posílit na základě pravdomluvnosti, vstřícném přístupu a schopnosti plnit vyřčené sliby i závazky. Důvěryhodnost zdravotnického pracovníka posiluje zejména kvalitní komunikace, jejímž obsahem jsou spolehlivé informace podané srozumitelnou formou, včetně určitého taktu a slušnosti.

V kontextu ošetrovatelství patří mezi elementární etické principy již zmiňované pojmy autonomie, prospěšnost, důvěryhodnost, spravedlnost a pravdomluvnost. Etický princip autonomie znamená chovat se a jednat dle svých osobních etických zásad. V ošetrovatelské etice mohou pacienti přenést odpovědnost za rozhodování např. na sestru. Princip prospěšnosti v profesi sestry vyjadřuje závazek k jednání a chování, které prospívá pacientovi. Další princip, důvěryhodnost v ošetrovatelské péči klade důraz na působení sestry jako obhájkyne práv pacienta, také na dodržení slibů a zachování soukromí i citlivých dat nemocného jedince. V principu spravedlnosti jde hlavně o univerzální přístup ke všem pacientům bez rozdílu a princip pravdomluvnosti klade důraz na sdělování pravdy bez klamání (Kutnohorská, 2007).

Základní etické principy jsou relevantní jednak pro přímý vztah mezi pacientem a lékařem, tak i mezi pacientem a sestrou. Nicméně, rozdíl spočívá v tom, že většina sester nenese přímou zodpovědnost za etická rozhodnutí, týkající se například ukončení těhotenství, ukončení léčby či nařízení povinné psychiatrické léčby. Přestože sestry za výše uvedená klinická rozhodnutí nezodpovídají, potýkají se se stejnými otázkami a povinnostmi, přičemž by se měly snažit vyvarovat toho, aby nepoškozovaly či nevyužívaly zranitelné pacienty při poskytování ošetrovatelské péče. Vzhledem k tomu, že sestra je s pacientem nebo jeho rodinou v neustálém kontaktu, musí se s následky etických rozhodnutí vypořádat a nadále o ně pečovat. Sestry mohou mít vlastní silné přesvědčení o etické problematice, a proto se často mohou cítit frustrované, že nemohou udělat více, aby ovlivnily výsledek rozhodnutí. Z toho důvodu tedy sestry nemohou být lhostejné vůči etickým problémům, jelikož svým působením mohou ovlivňovat rozhodovací postupy ve výše uvedených záležitostech, čímž je zajištěno, že před přijetím konečného etického rozhodnutí jsou zváženy etické obavy všech stran. Obecná povaha koncepce ošetrovatelské péče, použití typických kazuistických případů týkajících se etiky a vztah mezi obecnými etickými pravidly a konkrétními morálními rozhodnutími představují obecné předpoklady ošetrovatelské etiky (Thompson et al., 2006).

Etické jednání sestry je založeno na mnoha aspektech. Jednak na náboženských a filozofických názorech i postojích, které přímo působí na její myšlení a chování. Další složku ovlivňující etické jednání sestry je teorie ošetrovatelství. Dříve byla zaměřena na správné provedení ošetrovatelských výkonů, v dnešní době klade požadavky na poskytování psychické i sociální podpory pacientovi včetně respektování jeho autonomie, jelikož tento přístup napomáhá léčbě. Legislativa týkající se zdravotní péče výrazně ovlivňuje chování a jednání sestry, jelikož definuje co je, popřípadě není dovoleno a v případě porušení zákona i sankcionováno. Mnohdy jsou mravní normy jistěny zákonem. Vědecko-technický pokrok je další složkou, která vytváří tlak jednak na vzdělávání sester z hlediska odborného i všeobecného, tak i na poskytovatele zdravotních služeb ohledně materiálního vybavení pracoviště. Posledními prvky působící na etické jednání sestry jsou její osobnostní vlastnosti a úroveň mezilidských vztahů na pracovišti. Také postavení sestry samo o sobě vymezuje její povinnosti a odpovědnost. Základní etické principy sestry ošetrovatelky se vztahují na všechny její role. Do principů etického chování sestry ošetrovatelky řadíme kromě ústřední činnosti pečování, následující prvky, a to obhajobu, odpovědnost, povinnost a spolupráci. Obhajobu lze definovat jako aktivní podpoření v důležitém případě. Z právního hlediska je obhajobou obrana lidských práv těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Obdobně to funguje i v ošetrovatelské profesi, kdy sestra obhajuje přání či rozhodnutí pacienta. Odpovědnost a povinnost spolu opět souvisí, jelikož v ošetrovatelství se odpovědností chápe plnění povinností vůči pacientovi. Již při volbě ošetrovatelské profese na sebe sestra bere odpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče podle platných ošetrovatelských standardů a dle morálních hodnot této profese. Mezi hlavní povinnosti sestry patří aktivity týkající se podpory zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a mírnění utrpení. Spolupráce mezi sestrami představuje důležitý prostředek k zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče a tvoří nosný pilíř pro zachování pacientovy pohody. Nutností pro efektivní spolupráci v ošetrovatelském týmu je udržení kladných kolegiálních vztahů, ale také plánování a následná implementace zjištěných závěrů do ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2007).

1.2.4 Etický kodex v ošetrovatelství

Etický kodex lze charakterizovat jako předpis určující základní hodnoty společnosti, jehož smyslem je vytyčení základních etických principů vůči pacientovi, kolegům

a zaměstnavateli. Etické kodexy jsou dokumenty v psané formě a zahrnují etická pravidla, etické principy profesní praxe a osobnostní rysy profesionála (Skopalová, 2014). Hippokratova přísaha z 5. - 4. stol. př. n. l. představuje nejstarší etický kodex, který je považován i v současnosti za základ lékařské etiky. Etické kodexy ve zdravotnictví existují na mezinárodní i národní úrovni. Mezinárodní etické kodexy vznikaly postupně v období po 2. světové válce a jsou reakcí na hrůzné zacházení s lidmi pod záštitou vědeckého bádání nacistických lékařů. Jako první byl formulován v roce 1947 Norimberský kodex, který jasně vymezuje zásady provádění medicínského výzkumu na lidech. V návaznosti na Norimberský kodex následoval Ženevský slib, sestavený Světovou zdravotnickou organizací v roce 1948. Dva výše uvedené kodexy představují počátek moderní historie lékařské etiky, kdy postupně vznikaly další etické kodexy na mezinárodní i národní úrovni pro lékaře i nelékařské zdravotnické profese (Ivanová, 2006).

Etický kodex profese sestry se prostřednictvím České asociace sester (dále ČAS) hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl předmětem jednání na sněmu předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS a následně přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS s platností v ČR od 29. března 2003 (Kutnohorská, 2007). Mezinárodní etický kodex sester prvně přijala Mezinárodní rada sester (dále ICN) v roce 1953, kdy tato verze prošla několika úpravami a poslední revize proběhla v roce 2000 (Skopalová, 2014). Kodex sester předložený ČAS se skládá z pěti oddílů, do kterých se řadí sestra a pacient, sestra a praxe, sestra a spolupracovníci, sestra a profese, ale i sestra a společnost. Tyto jednotlivé oddíly vymezují principy chování a jednání sestry ve vztahu k uvedeným prvkům. Kodex tedy představuje základní rámec, na jehož základě by měla sestra učinit vlastní etická rozhodnutí. Výše uvedený kodex, ale není prostředkem k zabezpečení etického chování sestry, jelikož morálního jednání lze dosáhnout pouze na základě vnitřního chtění, které je společně se svědomím a láskou k lidem skutečným zdrojem morálky (Kutnohorská, 2007).

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (7/2004) obsahuje Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který sleduje podobné oblasti jako Kodex sester předložený ČAS, ve smyslu přístupu zdravotnického pracovníka ke spoluobčanům, praxi, společnosti, spolupracovníkům a profesi. Jsou zde uvedeny etické zásady zaměřené na respektování lidských práv, vyjádřených v Chartě práv pacientů a Chartě práv hospitalizovaných dětí. Dále na zachovávání důstojnosti u všech pacientů bez ohledu

na jejich národnost, věk, pohlaví, víru, politické přesvědčení či sociální postavení. Rovněž je kladen důraz na přístup k profesi s veškerou odborností včetně přijetí profesionální odpovědnosti ve vztahu k jedincům, skupinám a komunitám v oblasti podpory zdraví, prevence nemocí, navrácení zdraví, mírnění utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Také úloha ochrany informací, včetně dodržování postupů při jejich získávání, shromažďování a uchovávání, ale také mezioborová spolupráce i aktivní znalost a dodržování aktuálních právních předpisů regulující profesi zdravotnického pracovníka tvoří nedílné součásti etického přístupu k pacientům. V žádném případě nesmí zdravotnický pracovník podřizovat poskytování péče komerčním zájmům jiným zdravotnickým subjektům.

Dalšími etickými normami, které má ctít nejen nelékařský zdravotnický personál, jsou zejména práva pacientů, práva kriticky nemocného, dále deklaraci práv onkologicky nemocných pacientů a deklaraci práv duševně postižených osob, ale také směrnici pro pomoc umírajícím, chartu práv hospitalizovaných dětí aj. (Kutnohorská, 2007).

1.2.5 Náročnost přístupu sestry k těžce nemocným a umírajícím

Profese sestry je velmi náročná, jednak z hlediska odborné přípravy a poté při vlastním výkonu povolání. Objektem sesterského povolání je člověk, a proto je kladen důraz na dodržování žádoucího chování a to ve vztahu nejen k pacientovi, ale i ke spolupracovníkům. Od sestry se očekává, že se dokáže vyrovnat se všemi úskalími této profese, včetně fyzické i psychické zátěže, ale také že je odborníkem nesoucí odpovědnost za své jednání a chování. Mezi nejdůležitější morální hodnotu profese sestry patří úcta ke člověku (Kutnohorská, 2007). U zdravotních sester je rovněž důležitý proces formování profesionálního postoje k umírajícím jedincům. Ten je bezprostředně ovlivněn prvním reálným setkáním sestry se smrtí pacienta, ke kterému nejčastěji prvně dochází již v rámci odborné praxe studentek v nemocničních zařízeních a je důležitým předpokladem pro jejich profesionální rozvoj. Problematice umírání a smrti by měla být věnována při přípravě sester na budoucí povolání dostatečná pozornost, z teoretického i praktického hlediska. V praxi to znamená umožnit o konkrétní situaci hovořit nebo poskytnout dostatečný prostor pro lidské vstřebání s možností vyjádření emocí, zejména smutku. Prožití smutku vlastní osobou u ošetrovatelského personálu poté autenticky napomáhá nemocným a pozůstalým období smutku zvládat. Nedílnou součástí při setkávání se smrtí v profesním životě tvoří zachování správné míry angažovanosti

a adekvátní míru profesionálního odstup, tedy vytvoření určitých hranic (Marková, 2010). Péče o umírající osoby vyžaduje humánní přístup, který zahrnuje profesionální odbornou péči o fyzický stav nemocného včetně plnění ošetrovatelských i léčebných intervencí, ale i osobní účast sestry. Ta je charakterizovaná jako blízkost a přítomnost sestry, setrvání u lůžka umírajícího pacienta či možnost popovídat si s ním o jeho starostech. Zahrnuje také udržování verbálního kontaktu s umírajícím do posledních chvíle, respektování jeho intimity a mírnění bolesti či dalších nežádoucích symptomů (Šafránková a Nejedlá, 2006). Úloha sestry v péči o umírajícího spočívá především už jen v přítomnosti sestry u pacienta, dále v empatickém přístupu, akceptaci jeho posledních přání včetně pochopení jeho potřeb. Důležitou součástí v přístupu k těžce nemocným a umírajícím je vysoká úroveň komunikačních dovedností, tedy hlavně schopnost naslouchat, mluvit i mlčet, včetně poskytnutí dostatečného času pro vyjádření umírajícího jedince. Důraz je kladen hlavně na zachování důstojnosti pacienta. Další náročnou situaci představuje pro zdravotníky sdělování smutných zpráv pozůstalým, což opět vyžaduje vysokou úroveň komunikačních dovedností. Komunikaci nelze nahradit ani ulehčit pomocí přístrojové techniky a je tedy úkolem celého zdravotnického týmu, aby tato situace proběhla důstojně dle určitých společenských zásad (Kutnohorská, 2007).

Z toho důvodu musí být komunikace mezi všemi členy zdravotnického týmu partnerského charakteru, kdy každý jednotlivec hraje v komunikaci s těžce nemocným či umírajícím pacientem ústřední roli. Jako příklad lze uvést, že pacient se cíleně nesvěří s tím, co ho momentálně trápí lékaři popřípadě zdravotní sestře, ale sanitáři, který jej doprovází na vyšetření. Komunikaci lze napříč multidisciplinárním zdravotnickým týmem rozdělit z hlediska její formy na formální a neformální, ale i dle obsahu na případovou, která se týká jednotlivých pacientů a podpůrnou, řešící potřeby jednotlivých členů týmu. Prostřednictvím komunikace řeší zdravotnický tým pro paliativní péči i otázky etické. Ty vznikají zdánlivě nejčastěji na podkladě potřeb pacienta, které jsou v rozporu s potřebami jeho rodiny, anebo zdravotnického týmu (Marková, 2010). Komunikace je předpokladem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, přičemž je nutné, aby byla v souladu její verbální i neverbální složka. Nedílnou součástí pro efektivní komunikaci s pacientem je dodržování obecně uplatnitelných zásad, mezi které se řadí hlavně vymezení dostatečného času, schopnost empatie, dostatek trpělivosti, zachování mlčenlivosti, udržování očního kontaktu a hlavně schopnost přizpůsobit komunikace nemocnému (Kapounová, 2007).

Autorky Čechová, Mellanová a Kučerová (2004) zmiňují existenci dvou zásadních důvodů, na základě kterých je střet se smrtí považován jako traumatizující. Prvním důvodem je vlastní uvědomění si časové omezenosti života, druhý důvod se týká nepřipravenosti zdravotníka komunikovat na profesionálně správné úrovni s těžce nemocným či umírajícím jedincem. Právě chyby v komunikaci vedou k pocitu selhání či nespokojenosti, kdy poté dochází k vyhýbání se jakémukoliv kontaktu s tímto pacientem. Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že úroveň a schopnost komunikace, ale i způsob kterým jsou prováděny veškeré ošetrovatelské činnosti, tvoří nedílnou součást k vytvoření pozitivního kontaktu s nemocným. V rámci komunikace jsou doporučeny následující zásady, tedy akceptovat nemocného se všemi projevy, zásadně jeho projevy nehodnotit, snažit se slovně vyjádřit pochopení jeho stavu a v rámci porozumění reflektovat sdělení nemocného, aby nedošlo k dezinformaci. Vhodná je i určitá míra autenticity, což znamená nemít obavy dát najevo své překvapení. Mezi nevhodné způsoby jednání patří např. nerespektování přání nemocného ve snaze o něj co nejlépe pečovat či nepřiměřené reakce.

Práce s těžce nemocnými a umírajícími pacienty představuje zvýšené nároky na fyzickou i psychickou odolnost zdravotníků. Nedílnou součástí charakterových vlastností ošetrovatelského personálu je psychická vyrovnanost, která napomáhá nejen jim samotným zvládat péči o těžce nemocné a umírající, ale snaží se vést k adekvátní duševní hygieně i příbuzné výše zmíněných osob (Haškovcová, 2007). Kupka (2011) zastává podobný názor, že předpokladem pro poskytování paliativní péče je zejména duševní zdraví, jelikož nervová labilita, či dokonce duševní choroba projevující se u zdravotnického pracovníka vede k negativnímu působení na pacienta. Pro poskytování paliativní péče jsou důležité i aspekty týkající se zralosti osobnosti a některé charakterové vlastnosti, zejména trpělivost a schopnost se sebeovládat. I Sláma et al. (2011) uvádí, že by každý člen zdravotnického týmu měl vzít v potaz míru odolnosti vůči silné a dlouhotrvající zátěži, ale rovněž schopnost komunikovat s taktem, slušností a trpělivostí.

Haškovcová (2007) považuje za vhodné tzv. altruistické chování. Altruismus lze charakterizovat jako vstřícný a pomáhající přístup k druhým, nezbytný pro výkon pomáhajících profesí. Nicméně vyhraněné altruistické chování může být velmi lehce zneužito. Oproti altruismu stojí egoismus, který upřednostňuje jednání a chování zaměřené pouze na vlastní prospěch. Vzhledem k tomu, že se zdravotnické povolání řadí mezi pomáhající profese, může se u zdravotnických pracovníků rozvíjet tzv. syndrom

vyhoření, který se objevuje obzvláště na pracovištích, kde je ošetřující personál vystaven nadlimitní emoční zátěži. Syndrom vyhoření se projevuje především ztrátou zájmu pečovat o nemocného a probíhá v několika fázích. Aby se zdravotničtí pracovníci vyhnuli kontaktu s pacientem, unikají do jiných činností, např. do administrativní práce či účasti na konferencích, ale stále u nich převládá nespokojenost se sebou samým a neustálé zveličování problémů. Za velmi negativní aspekty je považován jednak výskyt devalvujícího přístupu k pacientům a zesměšňování snahy svých kolegů. Snaha o prevenci syndromu vyhoření spočívá v zachování kladného pracovního klimatu s možností využití supervize, včasným rozpoznáním a následně přesunem konkrétního pracovníka na oddělení s nižší psychickou i emoční zátěží, ale také dostatečným a pravidelným odpočinkem včetně adekvátní duševní hygieny jednotlivých pracovníků.

Autorka Marková (2010) zmiňuje, že prevencí výše uvedeného syndromu vyhoření v paliativní péči je motivace pracovníka. Motivaci lze charakterizovat jako vnitřní pohnutky, které nás vedou k určitému jednání či chování, ale i jako soubor mnoha faktorů, které jsou ovlivnitelné vhodnými manažerskými přístupy. Motivace souvisí s osobnostními charakteristikami a s preferovaným žebříčkem hodnot jedince, z čehož vyplývá, že motivační složka je pro každého jedince jiná, tedy individuální. Mezi ty nejzákladnější v pracovním procesu se řadí finanční ohodnocení, osobní postavení, také dosažené pracovní výsledky, utváření přátelství na pracovišti, ale i možnost profesionálního rozvoje. Motivace ze strany nadřízených v kontextu poskytování paliativní péče spočívá v uvědomění si cyklu frustračního růstu, jeho sledování a včasný zásah, např. v podobě zpětné vazby zaměstnanců, kdy se zjišťuje, zda jednotlivci zdravotnického týmu cítí nebo necítí uspokojení při poskytování paliativní péče. K tomu, aby profesionál odváděl stále kvalitní práci bez ustrnutí, lze využít již výše zmiňovanou metodu supervize, která spočívá v reflektování vlastních pocitů, hodnot či pracovních postupů a je účinnou prevencí syndromu vyhoření. Nedílnou součástí v praxi sestry tvoří i tzv. sebmotivace, tedy vytvoření vlastní motivační hierarchie. Hnacím motorem může být shledání smysluplnosti práce sestry, hodnocení vlastního výkonu práce, kreativita v přístupu k nemocným, apod.

2 CÍLE A METODIKA PRÁCE

Praktická část této přehledové diplomové práce teoreticko sumarizačního charakteru je zaměřena na etickou problematiku umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství s otázkou: Jaké poznatky byly publikovány o etické problematice umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství?

Pro přehledovou diplomovou práci byly stanoveny následující dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit dohledané, publikované poznatky ohledně problematiky etického přístupu k umírajícím pacientům z pohledu ošetrovatelského personálu.

Cíl 2

Předložit dohledané, publikované poznatky týkající problematiky etického přístupu k umírajícím pacientům z pohledu studentů ošetrovatelství.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v českém jazyce: sestra, etika, umírání a smrt, ošetrovatelská péče, ošetrovatelská etika, umírající pacient, poskytování péče v závěru života, etické problémy, studenti ošetrovatelství, zkušenosti
- Klíčová slova v anglickém jazyce: nurse, ethics, death and dying, nursing care, nursing ethics, dying patient, end-of-life care, ethical problems, nursing students, experiences
- jazyk: český, anglický
- vyhledávací období: 2005-2018
- recenzovaná periodika



DATABÁZE:

EBSCO, PROQUEST, PUBMED, GOOGLE scholar



Nalezeno 156 článků



Vyřazující kritéria

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články, které se netýkají tématu



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO: 16, PubMed: 4, ProQuest: 3, GOOGLE Scholar: 5

SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Baba Farid University Nursing Journal – 1 článek
Československá psychologie – 1 článek
Indian Journal of Palliative Care – 2 články
Intensive and Critical Care Nursing – 1 článek
International Journal of Nursing Studies – 2 články
Journal of Advanced Nursing – 1 článek
Journal of Clinical Nursing – 2 články
Journal of Pain and Symptom Management – 1 článek
Kontakt – 2 články
Nurse Education in Practice – 1 článek
Nurse Education Today – 2 články
Nursing Ethics – 3 články
Nursing Standard – 1 článek
Paliatívna medicína a liečba bolesti – 2 články
Scandinavian Journal of Caring Sciences – 4 články
Teaching and Learning in Nursing – 1 článek
Translational Behavioral Medicine – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek
bylo použito 28 dohledaných článků

3 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

Od vzniku ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny prošla ošetrovatelská etika mnoha změnami, jednak v jejím pojetí, tak i v rozsahu. K zajištění kvalitní ošetrovatelské péče by sestry měly disponovat lepšími znalostmi týkající se etické problematiky jejich práce, tak aby se byly schopny vypořádat s otázkami stále informovanější a kritičtější veřejnosti a tím i reagovat na veškeré obavy pacientů nebo klientů. S vyšší informovaností a kritičností veřejnosti souvisí zvyšování odpovědnosti odborného zdravotnického personálu za provedená rozhodnutí a jejich následné jednání. Vzhledem k tomu jsou důležité znalosti z oblasti etiky zdravotní péče, ale i neustálé zvyšování kvalifikace v etice aplikované, jelikož etická přesvědčení či znalosti obecné etiky již nejsou dostačující. K zajištění odpovědnosti musí být sestry nejen kompetentní v klinické praxi, ale zejména by měly prokazovat kompetence v oblasti stanovení cílů jejich práce včetně následného hodnocení, v procesu etického rozhodování by měly být schopny konečné rozhodnutí zdůvodnit a v neposlední řadě se podílet na rozvoji etické politiky a standardů pro strategické řízení zdrojů (Thomson et al., 2006).

Etická praxe je považována za základní rys ošetrovatelské péče, nicméně vymezení toho, co vše etická praxe zahrnuje, je složité. Vztah mezi etickým jednáním nelékařských zdravotnických profesí je diskutován v kontextu přijímání odpovědnosti. K průkaznosti etické praxe by měla sestra jednat jako „morální agent“. Procvičování etického chování spěje k vytvoření vzorce chování za určitých situací, ale také představuje určitou připravenost pro vstup zdravotní sestry do ošetrovatelské praxe. Z tohoto důvodu dále uvedení autoři považují za důležité neustálé zkoumání možností přípravy pro rozvoj dovedností v etickém uvažování (Holt a Convey, 2012). Etika v ošetrovatelství klade důraz na správnou volbu při rozhodování a následně chování, také na dodržování etických kodexů. Etika představuje ústřední bod povolání ošetrovatelské profese, jelikož morální ctnost tvoří základ pro teoretické a praktické kompetence, které sestry v praxi uplatňují. Nutno podotknout, že se etika v ošetrovatelství prolíná všemi úrovněmi ošetrovatelství, do kterých jsou zahrnuty hodnoty a standardy ošetrovatelské profese, ošetrovatelský management i spolupráce mezi sestrami a dalšími zdravotnickými profesionály (Thompson et al., 2006).

Goethals, Gastmans a De Casterlé (2009) zastávají názor, že dnešní systém zdravotní péče klade vysoké požadavky na etickou dimenzi při poskytování ošetrovatelské péče

právě z důvodu technického pokroku. Dodávají, že proces vyrovnávání se s etickou problematikou ošetrovatelské péče je často obtížný, jelikož v určitých případech ošetrovatelský personál nemůže jednat dle svých osobních hodnot a norem. To vede k tzv. morální nouzi, která má negativní dopad jak pro ošetřující personál, tak i pro pacienty. Rathert, R. May a Chung (2016) popisují etické konflikty jako součást dnešní zdravotní péče, které mohou vést k morálnímu utrpení ošetrovatelského personálu projevující se na úrovni fyzických i psychických symptomů.

3.1 PROBLEMATIKA ETICKÉHO PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍM PACIENTŮM Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU

V ošetrovatelské praxi nelze oddělit problémy na morálně významné či morálně neutrální, jelikož všechna rozhodnutí v oblasti zdravotní péče vyvolávají otázky týkající se individuálních práv a spravedlnosti. Morální rozhodování tedy představuje nedílnou a nevyhnutelnou součást každodenního života. Většina morálních otázek etiky v ošetrovatelské péči pramení z rutinní praxe sester při ošetřování a léčbě pacientů, které se týkají na jedné straně života, ale bohužel také smrti (Thompson et al., 2006). Autorky Holt a Convey (2012) popisují, že cílem ošetrovatelských intervencí je zlepšení zdraví i pohodlí pacientů a také se shodují s názorem, že každodenní situace při poskytování ošetrovatelské péče mají určitý etický rozměr. Edwards (2009) ve své publikaci udává, že morální účel lze shledat při různých ošetrovatelských činnostech, např. při tišení bolesti a doplňuje, že zdravotní sestry musí rozvíjet nejen vědomosti pramenící z vývoje ošetrovatelství jako vědy, ale také strategie při etickém rozhodování. Jako příklad etického rozhodování na úrovni zdravotní sestry udává, když vyžadují její pomoc dva pacienti současně. Již v této situaci zdravotní sestra rozhoduje, kterému pacientovi poskytne pomoc dříve a toto rozhodnutí by měla dokázat pádně zdůvodnit, např. zvláštními osobnostními charakteristikami pacienta či jeho zdravotním stavem. Důvody jako osobní preference jednoho pacienta před druhým, nebo bližší umístění pacienta v rámci ošetrovací jednotky představují nesprávný příklad etické praxe.

Ulrich et al. (2010) ve své deskriptivní studii popisují etické otázky každodenní praxe zdravotních sester. Za časté etické problémy zdravotní sestry označily otázky související s ochranou práv pacientů, respektováním principu autonomie, informovaným souhlasem i personálním obsazením, dále s plánováním péče, situačním náhradním rozhodováním, ale také problematiku ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu života. Monaliza, Kalia a Ghai (2015) doplňují, že se zdravotní sestry setkávají v rámci každodenního výkonu svého povolání s různými etickými problémy týkajícími se lidských práv. Pomocí dotazníkového šetření u 203 zdravotních sester zkoumali jejich zkušenosti v etické problematice lidských práv v ošetrovatelské praxi. Nejvíce etických otázek, se dle názorů 80 % respondentů týkalo špatných personálních vzorců, které omezují

podílení se pacienta na ošetrovatelské péči. Další problematiku shledalo 83 % respondentů v přístupu k potenciálně nebezpečným pacientům, kteří mohou ohrozit zdraví zdravotních sester, tzn. péče o infekční nebo agresivní pacienty. Také užití či neužití fyzických či chemických omezovacích prostředků vyjádřilo 82 % respondentů jako problematické s ohledem na lidská práva a 81 % respondentů zařadilo také přítomnost konfliktů nejen v profesionálních vztazích. Co se týká přiměřenosti zdrojů na pracovišti, 27 % zdravotních sester hlásilo zcela nedostatečné zdroje. Došlo k závěru, že mladší nebo méně zkušené zdravotní sestry se setkaly s etickými otázkami častěji. Iranmanesh et al., (2010a) doplňuje, že při péči o umírající osoby dochází ke vzniku mnoha etických požadavků, které vyžadují adekvátní osobní i profesionální odpověď bez ohledu na pohlaví a kulturu pacienta či kontext dané situace.

Zejména zhoršení stavu pacienta, popřípadě jeho náhlé úmrtí v důsledku cévní mozkové příhody při hospitalizaci na vysoce specializovaném pracovišti, zvaném iktová jednotka, tvoří předpoklad pro vznik etických problémů, pro jejichž řešení je důležitá vzájemná důvěra mezi zdravotníky i jeho nejbližší rodinou s maximálním respektováním zájmu pacienta (Rejnö, Berg a Danielson, 2012). Etické problémy z pohledu ošetrovatelského personálu se objevují i v pečovatelských domech, které se týkají otázek závěru života pacienta, respektování autonomie pacienta při rozhodování, ale také problematiky vzájemné komunikace i spolupráce mezi zdravotníky a pacienty (Bolling et al., 2015). Taktéž v oblasti poskytování domácí péče pacientům v konečné fázi života dochází ke střetu s etickými problémy z pohledu ošetrovatelského personálu. Jedná se především o přítomnost nepříjemných pocitů, nedostatek spolupráce i snížené bezpečnosti při poskytování péče v pacientově domácím prostředí (Karlsson et al., 2013).

3.1.1 Zkušenosti sester s etickou problematikou v přístupu k umírajícím pacientům

Vliv názorů a postojů na umírání a smrt

Názory a postoje, které zdravotní sestra zaujímá k problematice umírání a smrti, ovlivňují její chování, jednání a celkový přístup k umírajícím pacientům. Problematikou vymezení názorů a postojů zdravotních sester k umírání, smrti a eutanázii se zabývá deskriptivní studie, do které bylo zařazeno 340 zdravotních sester z 25 nemocnic v Ankaře. Studie byla provedena dotazníkovým šetřením zkoumajícím vliv sociodemografických

charakteristik zdravotních sester na názory a postoje k umírání, smrti a eutanázii. Z výsledků studie je patrné, že 44 % zdravotních sester zažilo ztrátu blízkého člověka v osobním životě, což v nich vyvolalo hluboké pocity smutku (Ay a Öz, 2018). Zdravotní sestry uvedly, že ošetrovatelská péče o umírající pacienty má vliv na uvědomění si, případně přehodnocení vlastních postojů, což vede k přijetí smrti jako součásti života (Iranmanesh et al., 2010a). Nedílnou součástí tvoří smíření se ošetrovatelského personálu s vlastní smrtelností. Z výsledků šetření náhledu na vlastní smrtelnost u 145 sester pracujících v hospicových zařízeních v ČR vyplývá, že naprostá většina, tj. 92,2 % sester je s vlastní smrtelností smířeno. U věřících sester byla shledána pozitivní odpověď v 98,6 % a u nevěřících 78,1 %. Studie popisuje problémy sester, které pečují o pacienty prožívající úzkost ze smrti, kdy 74 % sester uvedlo, že se s touto problematikou setkávají každý den. Většina respondentů, tj. 96,1 % neshledalo problémy při péči o umírající pacienty, kteří prožívají úzkost. Naopak 3,9 % sester tuto péči vnímalo jako problematickou (Kisvetrová, 2011).

Sestry, které uvedly smíření s vlastní smrtelností, vypověděly, co jim pomohlo se s vlastní smrtelností smířit. Z 26,6 % to byla víra, z 33 % práce v hospicových zařízeních, v 11,7 % životní zkušenost a 20,2 % vědomí reality smrtelnosti, přičemž 6,4 % uvedlo důvody jiné, např. věk, vlastní nemoc, osobní vyzrání a 2,1 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Mezi strategie, které jim pomáhají vyrovnat se s náročností péče o pacienty v terminálním stádiu života, uvedly relaxování, procházky v přírodě, kladné interpersonální vztahy na pracovišti a pomyslnou hranici oddělení osobního života od problémů profesní praxe. Dvě sestry uvedly, že péče o pacienty prožívající úzkost ze smrti je psychicky náročná, ale vnímají ji i jako obohacující zkušenost (Kisvetrová, 2011). Autorky Kisvetrová a Králová (2014) popsali základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. Úzkost ze smrti je charakterizována jako multidimenzionální kognitivní koncept vycházející z postojů jedince ke smrti, kam jsou řazeny myšlenky, strach a emoce spojené s umíráním a smrtí. Úzkost ze smrti a její prožívání jsou ovlivněny několika faktory, a to jak pozitivně, tak z negativního hlediska, mezi které patří život ohrožující onemocnění, spiritualita jedince, životní zkušenost, kulturní normy, sociální podpora, prostředí, ale i věk a pohlaví.

Za smysluplnější respondentky považují posílení vztahu mezi profesionály i pacienty včetně poskytování kvalitní péče osobám v terminálním stádiu, kdy tyto přístupy pozitivně formují postoje ke smrti. Pro dosažení pozitivních postojů je nezbytná realizace

poradenství během vzdělávání i v průběhu vykonávání dané profese k vyvarování se negativních postojů k umírajícím pacientům při poskytování ošetrovatelské péče a tím i vzniku etických problémů (Ay a Öz, 2018). Také kladný postoj v oblasti vzdělávání v dané problematice pozitivně ovlivňuje přístup ošetrovatelského personálu k umírajícím pacientům. Zájem o obohacení vědomostí fenoménu úzkosti ze smrti projevila drtivá většina ošetrovatelského personálu, tj. 99,1 %. Čtvrtina sester vypověděla, že se účastní seminářů paliativní péče, další čtvrtina čerpá informace z odborné literatury a třetina sester uvedla, že nejsou dostatečně informovány o této problematice. Většina respondentů, tj. 87,3 % předpokládá, že získané vědomosti prostřednictvím dalšího vzdělávání v praxi využijí (Kisvetrová, 2011).

Na základě výsledků studie existují statisticky významné rozdíly mezi postoji k umírajícímu pacientovi, smrti a eutanázii u zdravotních sester ve vztahu k jejich rodinnému stavu, počtu dětí, dlouholetým zkušenostem při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům. Negativní postoje ke smrti se objevují u starších respondentek, vdaných a u respondentek mající děti. Zdravotní sestry jsou negativně ovlivněny především dlouhodobou péčí o umírající pacienty a častou konfrontací s eutanázií, což může vyvolávat poskytování neadekvátní péče. Naopak v případě pracovního zařazení, tj. na standartních klinikách a jednotkách intenzivní péče nebyly shledány statisticky signifikantní rozdíly. U 29 % respondentek se objevila prostá definice smrti jako „konec“, což symbolizuje určitou vyprahlost a 49 % zdravotních sester uvedlo, že je péče o umírající pacienty negativně ovlivnila. Emocionální poškození při péči o umírajícího pacienta zažilo 19 % respondentek, přičemž 18 % zdravotních sester uvedlo, že se při péči o umírající pacienty cítí bezmoc a neschopnost. V problematice eutanázie považuje 36 % respondentek provedení eutanázie u každého pacienta za nesprávné, zbylých 54 % to vnímá jako vhodné řešení. Polovina respondentek udává, že je pacienti požádali o eutanázii s cílem ukončení jejich utrpení, kdy 30 % zdravotních sester poskytlo psychickou podporu jako vhodný přístup k pacientovi žádajícímu eutanázii. Při konfrontaci se žádostí o eutanázii zažilo 31 % respondentek pocity smutku a 14 % pocit bezmoci, přičemž 33 % zdravotních sester vypovědělo, že nevědělo jak na tuto situaci reagovat (Ay a Öz, 2018).

Shledané etické problémy a možnosti jejich řešení

Ošetrovatelský personál v kvalitativní studii shledal 5 kategorií témat, které se týkají problematiky přístupu k pacientům v závěru života na jednotkách intenzivní péče (dále JIP). Prvním tématem jsou obtíže ošetrovatelského personálu, které zahrnují psychologickou a emoční zátěž, otázky spojené se sdělením či nesdělením informací rodinným příslušníkům, ale také vyrovnání se s mnohdy bouřlivými reakcemi rodinných příslušníků. Druhé téma se týká problematiky účasti na diskuzních a rozhodovacích procesech ohledně umírajícího pacienta, kdy většina sester tuto nabídku nepřijala. Následuje téma týkající se důležitosti podpory pacientů v podobě duchovní podpory, v samotné přítomnosti sestry a zajištění příjemného prostředí. Čtvrté téma, podpora rodiny, spočívá v zajištění podpůrného pracovníka, vymezení dostatečného času a v projevování úcty a otevřeného přístupu. Poslední téma, podpora zdravotních sester, zahrnuje potřebu prosté komunikace, sdělení vlastních pocitů, týmovou spolupráci, která byla shledána jako nedostatečná, dále čas pro vyrovnání se danou situací či změnu směny v případě potřeby, ale také účast na odborných školeních, jak tyto situace lépe zvládat (Kisorio a Langley, 2016). Role sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům na JIP souvisí s vzájemnou interakcí mezi pacienty, jejich rodinou i zdravotními sestrami. Přehled literatury ukazuje, že výše uvedený relační aspekt při poskytování ošetrovatelské péče chybí. Důvodem je zejména problematika vytyčení aktivit, tedy popis co se má dělat, ale na úkor informací, jak následné intervence efektivně provést. Závěrem přehledové studie na základě analýzy 20 článků tedy je, že ne vždy dochází k poskytnutí přiměřené podpory zvláště rodinným příslušníkům pacienta, která může být užitečná v rámci prevence problémů, jako je vznik a rozvoj deprese, úzkosti či posttraumatické stresové poruchy (Noome et al., 2016).

Autoři Iranmanesh et al., (2010a) se zabývali zkušenostmi iránských a švédských zdravotních sester při poskytování péče umírajícím pacientům. Při výzkumu byl použit fenomenologický přístup prostřednictvím strukturovaných rozhovorů, kdy dochází k získání znalostí na základě prožívané zkušenosti. Na základě systematické analýzy získaných rozhovorů byly identifikovány dvě následující kategorie, a to vytvoření sdíleného času i prostoru s umírajícími pacienty i jejich rodinnými příslušníky a pojetí péče jako procesu učení, zaměřeného na neustálé zdokonalování. První kategorie definuje, že profesionální péče o umírající spočívá ve sdílení času i prostoru s pacienty včetně umožnění neustálého kontaktu s jeho rodinnými příslušníky. Nedílnou součástí k vytvoření

sdíleného času i prostoru zdravotní sestry uvedly vytvoření blízkého vztahu s pacienty i jejich rodinou, ale také pomoc při uspokojování spirituálních potřeb pacientů. V praxi to znamenalo hledání smyslu smrti, což pacientům i jejich rodině umožňuje efektivnější vyrovnání se s obtížnou situací. Právě sdílení názorů o existenciálních záležitostech a hodnotách, ale také víry sloužilo ke zmírnění duševní bolesti a úzkosti. Věřící zdravotní sestry vypověděly, že jejich duchovní základy či víra napomáhala jim samotným vyrovnávat se s náročností ošetrovatelské péče o umírající pacienty, přičemž doplňují nutnost akceptace odlišné víry pacientů. Nevěřící respondenti vyjádřili důležitost role kněží pro zajištění duchovní pohody pacientů. Trávení času s pacienty, vyslechnutí jejich obav, poskytnutí útěchy, ale také pohazení mají na umírajícího pacienta velmi pozitivní vliv. Kromě výše uvedených intervencí zdravotní sestry poskytovaly emoční podporu rodinným příslušníkům (Iranmanesh et al., 2010a).

Další kategorií, kterou zdravotní sestry identifikovaly pro poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům na profesionální úrovni, bylo pojetí péče jako procesu učení, ve kterém je nutné se neustále rozvíjet a zdokonalovat. Také shledaly, že péče o umírající pacienty vyžaduje vyšší míru soucitu a sounáležitosti oproti jiným, méně náročným pracovištím. Podstatným předpokladem v péči o umírající osoby švédské zdravotní sestry uvedly nutnost týmové spolupráce, kdy zejména zdůraznily vzájemnou důvěru a společné sdílení hodnot při ošetrovatelské péči o pacienta v terminálním stádiu. To jim umožnilo řešit složité situace v rámci učinění důležitých rozhodnutí. Oproti tomu iránské zdravotní sestry vyjádřily nedostatek podpory v rámci týmové spolupráce, kdy veškeré otázky musely řešit individuálně (Iranmanesh et al., 2010a).

Více než polovina ošetrovatelského personálu z oddělení JIP uvedla, že se s etickými konflikty setkávají téměř denně a ostatní popsali výskyt několika etických problémů v rámci jednoho měsíce. Analýza výsledků ukázala vliv pěti faktorů na výskyt morálního utrpení, do nichž se řadí četnost morálních dilemat, účinnost morálních rozhodnutí, etická komunikace, etické prostředí a organizační etika. Výsledky ukázaly významné účinky frekvence etických konfliktů, účinnosti morálního rozhodování a míry organizační etiky na vznik a rozvoj morálního distresu u zdravotních sester. Lze říci, že zvyšování úrovně organizační etiky může být klíčovým přístupem k redukcí vzniku a rozvoje morálního distresu (Rathert, R. May a Chung, 2016). Nepřetržitou podporu vyžaduje nejen pacient a jeho rodinní příslušníci, ale také musí být pečlivě postaráno i o ošetrovatelský personál,

aby mohl nadále poskytovat co nejlepší možnou ošetrovatelskou péči. Výsledky nepochybně poukazují na náročnost péče o umírajícího pacienta (Kisorio a Langley, 2016).

Péče o pacienty v terminálním stádiu života vyvolává pocity frustrace a pro efektivní vyrovnání se s náročností ošetrovatelské péče o umírající pacienty zdravotní sestry uvedly důležitost udržení rovnováhy mezi profesionálním a blízkým vztahem k pacientům i jejich rodinám. Zdravotní sestry musí k umírajícímu pacientovi přistupovat holisticky a citlivě, včetně akceptace jeho individuality. Z výsledků vyplývá, že ošetrovatelská péče o jedince v terminálním stádiu života zvyšuje etické požadavky, které vyžadují osobní i profesionální přístup bez ohledu na pohlaví, kulturu či kontext situace. Týmová spolupráce představuje částečné řešení etické problematiky vztahující se k tomuto tématu, nicméně ne všude dochází k jeho uplatnění (Iranmanesh et al., 2010a).

Náhlá a neočekávaná smrt pacienta v důsledku akutní mozkové mrtvice sebou nese mnoho etických problémů, kterým se snaží čelit týmy iktových jednotek, zahrnující vyškolené lékaře a vysoce specializované zdravotní sestry. Studie, která se zabývá vytyčením problematiky etického přístupu k pacientům hospitalizovaných na iktové jednotce i k jejich příbuzným byla založená na analýze rozhovorů od 19 zdravotnických pracovníků iktové jednotky, zahrnující lékaře i zdravotní sestry, v genderovém zastoupení 4 mužů a 15 žen. Ti shledali úskalí ve třech základních oblastech, týkající se problematiky sdělení informací o zdravotním stavu, rozhodování o poskytování zdravotní péče v případě pacienta, jehož stav je nestabilní, ale také poskytnutí podpory rodinným příslušníkům (Rejnö, Berg a Danielson, 2012). Z výsledků pokračující studie provedené v návaznosti na studii předchozí je patrné, že existuje řada způsobů při řešení etických problémů týkajících se zvládnání situací v rámci čelení náhlé a neočekávané smrti pacientů po akutní mozkové příhodě. Následná zjištění jsou prezentována ve dvou částech, z nichž první část obsahuje výčet všech použitých a upřednostňovaných přístupů a druhá část se týká vymezením překážek, se kterými se zdravotníci v oblasti etického přístupu setkali. Výzkumné šetření probíhalo celkem u 19 respondentů, ve složení lékařů a zdravotních sester, formou rozhovorů (Rejnö, Danielson a Berg, 2013).

Postižení cévní mozkovou příhodou směřuje buď k náhlé smrti, nebo k přežití, což představuje zásadní informaci, kterou je nutno sdělit příbuzným pacienta, aby nedošlo ke ztrátě důvěry. Rovněž dodržení časnosti, úplnosti a kontinuity při sdělování informací o zdravotním stavu pacienta příbuzným zabraňuje vzniku konfliktů a usnadňuje

komunikaci, kdy jsou rodinní příslušníci schopni sdělit informace důležité pro individuální poskytování ošetrovatelské péče nejen v případě, pokud pacient umírá. Rozhodování o následném postupu zdravotní péče představuje také náročný proces, ve kterém se objevuje nejistota. Podporu příbuzným pacienta v nejistém zdravotním stavu, lze vyjádřit pouze na základě vytvoření důvěryhodného vztahu rodinný příslušník a zdravotník, prostřednictvím vymezení dostatečného času, vyslechnutí a zodpovězení kladených dotazů, ale i snahou redukovat sebeobviňování příbuzného za vzniklou situaci. Efektivní řešení zmíněných etických problémů spočívá ve vzájemné spolupráci, vytvoření důvěryhodného vztahu a předávání validních informací (Rejnö, Berg a Danielson, 2012). Analýza ukázala, že jednotlivé strategie v přístupu byly používány na základě preferencí. Mezi preferované strategie etického přístupu byly zařazeny oblasti týkající se rozhodování, zahrnující přehodnocení a případnou změnu rozhodnutí, pokud došlo ke změně zdravotního stavu pacienta. Dále snaha o efektivní komunikaci a vytvoření jednoty při spolupráci s příbuznými či v rámci zdravotnického týmu, ale také předávání pravdivých informací blízkým příbuzným pacienta. Poslední preferovanou strategií byla snaha o zajištění požadavků příbuzných a vyjádření podpory příbuzným daného pacienta (Rejnö, Danielson a Berg, 2013).

Nepreferované strategie v rámci etického přístupu zahrnují problematiku týkající se striktního pokračování léčby, zrušení rozhodnutí nebo rozhodování proti vůli příbuzných. Respondenti taktéž sumarizovali řadu překážek, které zdravotníkům zabraňovaly v užití upřednostňovaných strategií etického přístupu, čímž došlo k znemožnění jednat tak, jak by si přáli. Ne vždy tedy mohou použít strategie, které opravdu upřednostňují. Do překážek v rámci etického přístupu zařadili osobní charakteristiky zdravotníků, např. schopnost ovládat vlastní pocity a při preferenci strategie informovat rodinné příslušníky vyhodnotit obtížnost dané situace, na jejímž základě dojde buď ke sdělení, nebo odložení sdělení informace. Nedostatek znalostí a zkušeností v dané problematice může vést k pověření zkušenějšího kolegy, aby sdělil informace rodinným příslušníkům. Také chyba v komunikaci, nedokonalost v přístupu zdravotníků ke svému povolání, nesprávné stanovení priorit práce i limitace profesní role danými kompetencemi jsou řazeny do překážek v rámci etického přístupu. Nelze opomenout významnost vlivu příbuzných a podmínek reality, které vymezují rozdíly mezi preferovanými a v praxi skutečně použitými strategiemi etického přístupu. Překážky lze rozdělit na lehké či těžké

ovlivnitelné, podle toho zda vycházejí z vnitřních či vnějších intencí (Rejnö, Danielson a Berg, 2013).

Proověřením názorů a zkušeností zaměstnanců s etickými výzvami v prostředí pečovatelských domů se zabývá studie založená na kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod. Výzkumný vzorek tvořilo 93 zaměstnanců pečovatelského domu, z toho 81 žen a 12 mužů ve variabilním věkovém rozsahu, od 20 do 69 let. Z celkového počtu respondentů 80 pracovalo ve zdravotnictví a 13 v jiných profesích. Výzkumný vzorek byl tedy konkrétně složen z 19 zdravotních sester, 34 asistentů sester, 2 lékařů a 38 dalších profesionálů, např. kněz, profesní terapeut, aj. Uvedená studie je zaměřena jednak na průzkum názorů a zkušeností především nelékařského zdravotnického personálu, lékařů i dalších profesí s etickou problematikou při poskytování péče v pečovatelských domech. Záměrem studie je také zjištění, jaké typy etických problémů se vyskytují a zda jejich řešení v rámci etických setkání jsou implementovány do praxe (Bolig et al., 2015). Autoři Cagle et al. (2017) v kvalitativní studii popisují pozitivní a negativní zkušenosti ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v pečovatelských domech. Do studie bylo zahrnuto 707 zaměstnanců pracujících v 52 domech s pečovatelskou službou v Indianě. Respondenti byly z 93 % ženy a 53 % respondentů pracovalo v oboru déle jak 5 let.

Jako nejčastější etické problémy respondenti označili v nejvyšší míře, tj. ze 79 % nedostatek zdrojů, dále z 39 % problematiku péče o umírající a z 33 % nátlak. Existují rozdíly ve vnímání etických výzev z pohledu zdravotnických pracovníků a ostatních profesí, kdy zdravotníci zmiňují spíše záležitosti v oblasti ukončení života zejména v podobě otázek týkajících se výživy, léčby či nedostatku zdrojů a prvky nátlaku projevující se v nedostatku času pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, nedostatečnou odbornou způsobilost či nerespektování autonomie pacienta, kdežto pracovníci z jiných profesí řeší etické otázky týkající komunikace. Z výsledků studie vyplývá, že 85 z 93 respondentů, tj. 91 %, označilo etické problémy jako zátěžové situace alespoň v malé míře a 84 respondentů, tj. 90 % uvedlo, že se s etickými problémy v zaměstnání setkávají každodenně (Bolig et al., 2015).

Z výsledků studie vyplývá, že za pozitivní zkušenosti v oblasti ošetrovatelské péče o umírající pacienty v pečovatelských domech ošetrovatelský personál označil vytvoření úzkých vztahů, poskytování ošetrovatelské péče na dobré úrovni, intelektuální,

emocionální a duchovní připravenost, ale i kvalitní a efektivní komunikaci. Mnoho zaměstnanců potvrzuje, že prostřednictvím uplatňování těchto zkušeností dochází k získání nových vědomostí a dovedností, s čímž se zvyšuje efektivita ošetrovatelské péče ve prospěch umírajících pacientů. Dle názorů jednoho z respondentů kvalitní ošetrovatelská péče zahrnuje tišení bolesti, mírnění dalších nežádoucích symptomů, zajištění hygienické péče i dalších potřeb, zachování důstojnosti a autonomie pacienta, včetně zajištění klidu a bezpečí (Cagle et al., 2017).

Z názorů ošetrujícího personálu v domech s pečovatelskou službou převládá přání pro realizaci systematické etické práce, přičemž většina účastníků dává přednost vypořádání se s etickými výzvami formou neformálních diskuzí při každodenní práci. Na základě předchozího tvrzení 90 % respondentů udává, že je potřeba, aby v pečovatelských domech fungovala systematictější realizace etického přístupu. Pro systematizaci etického přístupu respondenti navrhli následující opatření a to z 86 % zajištění etického vzdělávání pro etický personál, z 82 % vymezení času na komunikaci, z 63 % setkání pod záštitou možností řešení etických výzev, ze 78 % možnost setkání s odborníkem v etickém přístupu, z 28 % možnost konzultace s etickou komisí a z 6 % možnost konzultace s právníkem. Etická setkání mohou pomoci při následném řešení etických výzev zejména z důvodu všech zúčastněných stran, čímž dochází k určité přijatelnosti rozhodnutí i posílení autonomie pacienta. V rámci etických setkání byla projednávána problematika prodlužování či stažení léčby, ale také opatření ke zlepšení kvality života, kdy většina závěrů byla implementována do praxe (Bolig et al., 2015).

Negativní zkušenosti spočívaly dle názorů zdravotních sester v náročnosti poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům s tíživými příznaky, v případě neočekávané smrti pacienta a při nesouladu při spolupráci s rodinou pacienta, kdy sestry popsaly pocity nejistoty, bezmocnosti a přítomnost bolestných emocí. Přestože řada respondentů zastávala ke své profesi pozitivní přístup, byly identifikovány příležitosti pro zlepšení jejich vědomostí i dovedností v oblasti budování vztahu a efektivní komunikace s pacienty i jejich rodinou, či koordinace ošetrovatelské péče (Cagle et al., 2017).

Karlsson et al. (2013) se v kvalitativní studii založené na deseti rozhovorech zabývali problematikou etického přístupu z pohledu komunitních sester při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v jejich domácím prostředí. V rámci analýzy

rozhovorů byl pro hlubší porozumění danému tématu použit hermeneutický přístup inspirovaný Gadamerem, založený na celostním zachycení významu výpovědi pro jejich přiměřenou interpretaci a následné rozdělení do částí. V první úrovni interpretace rozhovorů byla identifikována dvě témata, které se týkají vzniku nepříjemných pocitů a nedostatečné spolupráce, v následující úrovni bylo z analyzovaných výpovědí zjištěno jedno téma a to nedostatek bezpečnosti, kdy obě předchozí úrovně vedou ke vzniku pocitu ztráty kontroly nad poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v jejich domácím prostředí.

Nepříjemné pocity u komunitních sester vyvolávaly situace spojené s omezenou spoluprací s lékařem v případě potřeby, např. když došlo ke zhoršení zdravotního stavu umírajícího pacienta, na jehož základě sestra neprodleně telefonicky informovala lékaře a požadovala návštěvní službu z důvodu zvýšení dávky analgetik, se lékař nedostavil. V takovém případě došlo k narušení komfortu i důstojnosti pacienta, pocitům bezmoci jeho příbuzných, ale také ke vzniku závažného etického problému v podobě těžko obnovitelného vztahu komunitní sestry k pacientovi a jeho rodině. Je zde řazeno i nezohlednění výslovného přání pacienta zemřít v domácím prostředí, což komunitní sestry považují za velmi závažný etický problém, kdy dochází k narušení pacientovi důstojnosti, autonomie a soukromí. V oblasti nedostatečné spolupráce docházelo k narušení kvality péče o pacienta, kdy tento nesoulad tvořil předpoklad pro vznik dalších etických problémů, které se týkají se neporozumění potřebám umírajících pacientů, nedostatku času pro poskytování ošetrovatelské péče a neumožnění rodinným příslušníkům se podílet na ošetrovatelské péči o pacienta (Karlsson et al., 2013).

Komunitní sestry dále vypověděly, že při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v jejich domovech se setkaly s nedostatečnou bezpečností, což jim rovněž zabránilo vytvářet a udržovat přijatelnou bezpečnou situaci pro umírajícího pacienta. Tato skutečnost bránila v navázání důvěryhodného vztahu s umírajícím pacientem i jeho příbuznými, což vnímaly jako další etický problém. Z výpovědí je patrné, že pokud umírající pacient i jeho blízcí nebyli s touto situací ztotožnění, docházelo k nespokojenosti a komunitní sestry cítili, že nemohou příbuzným poskytnout dostatečnou oporu. I přes veškerou shledanou problematiku, kterou souhrnně komunitní sestry označily jako pocit ztráty kontroly při poskytování ošetrovatelské péče o umírající pacienty, projevíly odhodlání a touhu činit dobro (Karlsson et al., 2013). Etická problematika při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v jejich domácím prostředí

koreluje s názorem autorů Goethals, Gastmans a De Casterlé (2009), že etické problémy jsou často spojeny s obtížným pracovním prostředím, v jehož důsledku se ošetrovatelský personál vzdává svých rozhodnutí, která vedou ke konformnímu jednání a méně individualizované péči.

Vliv dalšího vzdělávání na kvalitu etického přístupu

Autoři Banerjee et al. (2017) popisují, že mnoho zdravotních sester vyjadřuje problémy v rámci komunikace s vážně nemocnými pacienty, kupříkladu s onkologickými onemocněními. Poskytování specifických školení v komunikačních dovednostech je jedním ze způsobů vedoucích ke zlepšení komunikace mezi pacientem a zdravotní sestrou. Na základě těchto shledaných nedostatků byl vyvinut vzdělávací program pro zdravotní sestry složený ze tří modulů zahrnující schopnost empaticky přistupovat k pacientům, diskutovat o umírání, smrti a cílech terminální péče i posílení schopnosti reagovat na mnohdy náročné interakce s rodinnými příslušníky těžce nemocného pacienta. Toto jednodenní školení bylo realizováno prostřednictvím didaktické prezentace a následně zážitkové formy, tzv. hraním rolí. Pro celkové posouzení změny ve vnímání účinnosti byl použit párový t-test. Výsledky poukazují na signifikantní rozdíl v úrovni komunikačních kompetencí po proběhlém školení, kdy všech 342 účastníků pracujících na onkologických odděleních shledalo výrazné zlepšení ve všech modulech. U zdravotních sester došlo k obohacení jejich schopnosti komunikace s pacientem i zlepšení empatického přístupu.

Autoři Whittaker et al. (2006) se zabývali studiem úrovně znalostí ošetrovatelského personálu týkajících se principů poskytování paliativní péče, které probíhalo ve 48 pečovatelských domech prostřednictvím dotazníkového šetření. Z celkového počtu 528 rozdaných dotazníků byla návratnost pouze 43 %, což znamená, že dotazník vyplnilo 227 respondentů. Z výsledků vyplývá, že 16 respondentů, tj. 7 % má absolvované specializační vzdělání v oboru paliativní péče, 50 respondentů, tj. 22 % se během posledních dvou let zúčastnilo odborných seminářů vztažených k paliativní péči, většinou v jejich volném čase. V rámci problematiky tišení bolesti 82 respondentů uvedlo, tj. 36 %, že jsou schopni posoudit potřebu užití lineárního dávkovače pro terapii bolesti. Dále 135 respondentů, tj. 60 % se necítilo kompetentní tyto lineární dávkovače obsluhovat. V rámci další otázky týkající se znalostí kompatibility kombinace léčiv při terapii bolesti

podávaných lineárním dávkovačem, uvedlo 151 respondentů, tj. 66 % nejistotu, ale většina účastníků byla schopna určit typy léčiv pro podání lineárním dávkovačem.

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje deficit znalostí pro účelné využití lineárních dávkovačů při terapii bolesti. V případě komunikace s pacientem i jeho příbuznými se většina účastníků cítila adekvátně připravena. Respondenti udávají, že je pro ně mnohem snazší s pacientem či rodinnými příslušníky komunikovat na základě vybudovaného vztahu, ale přesto to pro některé zdravotní sestry představuje příčinu stresu a emočního vyčerpání. Někteří respondenti uvedli, že jejich praktické dovednosti v komunikaci obohatila účast na školeních. Nicméně byla shledána nedostatečná dostupnost formálního poradenství pro pacienty i zaměstnance v pečovatelských domech zajišťujících paliativní péči, kdy přítomnost pouze pastorační péče považovali za neuspokojivou. V oblasti znalostí koncepcí paliativní péče nebylo 119 respondentů, tj. 59 % obeznámeno se zásadami paliativní péče. Respondenti definovali pojem paliativní péče jako péči o pacienta na konci života zaměřenou na léčbu symptomů a bolesti. Méně z nich chápalo paliativní péči v kontextu holistické péče včetně zájmu o pacientovu rodinu. Většina respondentů měla zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče z toho důvodu, aby došlo k eliminaci nedostatečných znalostí i dovedností, zejména v oblastech tláčení bolesti a zvládnání psychologického dopadu smrti. Výsledky tedy ukázaly nedostatky ve znalostech a dovednostech v oblasti paliativní péče u zdravotních sester, přičemž uvedené nedostatky byly označeny jako překážky pro poskytování kvalitní péče, s čímž se pojí i potenciální vznik etických problémů (Whittaker et al., 2006).

Autoři Numminen, Van der Arend a Leino-Kilpi (2009) se zabývali identifikací nedostatků ve znalostech zdravotních sester týkající se etických kodexů závazných pro poskytování ošetrovatelské péče, jelikož etické kodexy by měly představovat pozitivní dopad na morální chování sester. Z výsledků je ale patrné, že zdravotní sestry v jejich praxi vědomě etické kodexy nevyužívají, kdy se spíše se řídí svými osobními a společenskými zkušenostmi, kterými ospravedlňují svá etická rozhodnutí. Oproti tomu došlo ke shledání názoru, že preferované hodnoty zdravotních sester naznačují nevědomé užívání etických kodexů uplatňovaných v ošetrovatelské praxi. Etické kodexy mají plynout z potřeb ošetrovatelské praxe a být úzce spjaty se vzděláním budoucích zdravotních sester v podobě prezentace i praktického procvičování, aby došlo k jejich zvnitřnění. Autoři Monaliza, Kalia a Ghai (2015) popisují, že necelá polovina ošetrovatelského personálu ze zkoumaného vzorku, tj. 42 %, vypověděla, že mají dostatečné znalosti ohledně etiky

v ošetrovatelství, ale oproti tomu 14 % respondentů vypovědělo, že v této oblasti nemají žádné znalosti. Nadpoloviční většina, tj. 66 % respondentů se setkala s výukou etiky v rámci celého kvalifikačního studia, nicméně u 14 % zdravotních sester nebyla výuka etiky do studia zařazena vůbec. 90 až 100 % respondentů, kteří výuku etiky v rámci pregraduálního studia absolvovali, ji hodnotili jako velmi užitečnou pro přínos do praxe.

3.2 PROBLEMATIKA ETICKÉHO PŘÍSTUPU K UMÍRAJÍCÍM PACIENTŮM Z POHLEDU STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ

V rámci přípravy na budoucí profesi sestry proběhlo mnoho změn. Jednou z nich je i fakt, že dříve byla skladba výuky z 20 % teoretická a z 80 % praktická, ovšem v dnešní době se tento poměr vyrovnává. Také v oblasti poskytování zdravotní i sociální péče nastaly změny, například zkrácení doby hospitalizace na nezbytně nutnou a tedy časnější propouštění pacientů domů či do služeb domácí péče. Z toho vyplývá, že v nemocnicích zůstávají hospitalizovaní pacienti, kteří vyžadují značnou pomoc při plnění základních všedních činností, či přístrojovou podporu. Roku v ruce s vývojovými trendy, které se udály v posledních třiceti letech, došlo k změnám v oblasti poskytování zdravotní péče za vzniku nové problematiky etiky v ošetrovatelství, která pramení zejména z demografického trendu, tedy stárnoucí populace s poměrně nižší existencí mladých jedinců, kteří by zabezpečili péči o staré a nemocné. Rovněž technologické pokroky např. v oblastech reprodukční medicíny, genetického screeningu, vývoje v oboru imunologie, nebo při transplantacích orgánů s sebou nesou další významné sociální a etické důsledky (Thompson et al., 2006). Začlenění výuky etiky do učebních osnov si klade za cíl zlepšit kvalitu péče tím, že připraví budoucí zdravotníky k etickému jednání i chování a bude jim nápomocna při etickém rozhodování. Výuka etiky na vysokoškolském stupni vzdělání obvykle zahrnuje i zkrácený přehled vývoje etického myšlení. Při řešení etických problémů se vychází z etického rozhodování založeného na tom, co je společensky přijatelné v daném čase i kultuře, přičemž předmětem diskuzí je etické rozhodování založené na emočních reakcích (Husted G. L. a Husted J. H., 2001).

Dosažení maximální efektivity při výuce etiky nelze dosáhnout pouze prostřednictvím knih, ale vyžaduje dovednost pedagoga vychovávat a čerpat potenciál studenta, dále dovednost pomáhat studentovi rozvíjet jejich schopnost reflektovat praxi a identifikovat osvědčené postupy. Výše uvedené pedagogické dovednosti jsou nezbytné pro poskytnutí relevantní podpory v praktickém kontextu, které slouží studentům k procvičování a tím i k utváření vhodného vzorce morálního činění. Pro sestry je důležité rozvíjení zejména dovedností v oblasti systematického řešení problému při etickém rozhodování a v oblasti spolupráce s ostatními k určení správné etické normy (Thompson et al., 2006). Edwards (2009) doplňuje, že rozvíjení morálního povědomí představuje první

fázi pro etické rozhodování, na čemž závisí schopnost identifikace etického problému a následně dochází k jeho řešení, s požadavkem na co nejvyšší efektivitu. Autoři Angenendt, Schutze-Kreikamp, Tschuschke (2010) a Jacobsson, Holland, Stoonsma (2012) in Bencová (2016) předkládají, že k zajištění skutečné opory umírajícím pacientům a jejich rodině, si musí zdravotničtí pracovníci uvědomit vlastní smrtelnost a zamezit rozvoji syndromu vyhoření. V rámci odborné přípravy zdravotnických profesí obecně je nutné zařazení výuky speciální komunikace a thanatologie do studijních programů, jelikož bez odborné připravenosti a diskuzí na toto téma nelze očekávat jakékoliv zdokonalení péče o umírající pacienty. Těmito intervencemi je možné odstranit rutinní chování zdravotnického personálu, problémy v komunikaci s rodinou i osamocení pacienta v rámci péče o pacienty v terminálním stádiu života.

3.2.1 Zkušenosti studentů ošetrovatelství s etickou problematikou v přístupu k umírajícím pacientům

Vliv názorů a postojů na umírání a smrt

Iranmanesh et al. (2010b) provedli ve stejném roce taktéž studii zaměřenou na postoje k umírání a smrti z pohledu iránských a švédských studentů ošetrovatelství. Výsledky poukazují jak na podobnosti, tak na výrazné rozdíly mezi postoji švédských a iránských studentů ošetrovatelství. U obou skupin byl shledán pozitivní přístup k účasti na paliativní péči. Nicméně iránské respondenty shledali oproti švédským respondentům výraznou obtížnost jednak při navázání vztahu s umírající osobou i jejich rodinnými příslušníky, ale i v komunikaci s umírajícími pacienty, zejména při hovoření o smrti. Došlo také ke shledání názoru, že jejich vlastní postoje ke smrti ovlivňují postoje k péči o pacienty v terminálním stádiu života. Bužgová (2010) se zabývala studiem úzkosti a strachu u studentek ošetrovatelství v ČR pomocí škály strachu a úzkosti „The Revised Collet-Lester Fear of Fear Scale“, měřící strach ve čtyřech kategoriích, kterými jsou strach z vlastní smrti, z vlastního umírání, ze smrti druhých a umírání druhých. Do studie bylo zahrnuto 73 studentek ošetrovatelství z Fakulty zdravotnických studií Ostravské univerzity, Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence. Autoři Edo-Gual et al. (2014) zkoumali zkušenosti studentů ošetrovatelství s umíráním a smrtí v klinické praxi, vzhledem k tomu, že setkání se smrtí je jedním z nejvíce stresujících okamžiků. Největší obtížnost spočívá ve vyrovnání se s utrpením pacienta, také v komunikaci s pacientem a jeho rodinnými příslušníky, ale i v provádění péče o zemřelého. Do kvalitativního

výzkumu realizovaného prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů bylo zařazeno 12 respondentů, studentů oboru ošetrovatelství.

Na základě analýzy rozhovorů bylo identifikováno 5 oblastí. První oblast představuje dopad na studenty v rámci setkání se smrtí, z nichž mnoho uvedlo, že si uvědomili vlastní zranitelnost. Rovněž vyjádřili obavy z emočního selhání při přístupu k umírajícím pacientům a jejich rodině. Také vypověděli, že dopad smrti je modulován věkem pacienta, kdy bývá vyšší v případě úmrtí mladého člověka, stejně tak vnímali horší dopad v případě náhlého úmrtí, než u starší osoby s progresivním onemocněním. Druhá oblast představuje zdokonalování se v rámci péče o pacienty v terminálním stádiu života. Studenti nevěděli, jak se vypořádat s emočními reakcemi při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům i při vyjadřování podpory rodinným příslušníkům. Také se ukázalo, že studenti nerozuměli pojmům paliativní sedace či rozdílu mezi eutanázií či zadržanou podporou životních funkcí. Většinu z respondentů zasáhla i následná péče o mrtvé tělo, přičemž zdůraznili potřebu školení, které by jim umožnilo více hovořit o smrti a rozvíjet dovednosti v rámci ošetrovatelské péče o umírající pacienty. Do třetí oblasti byly zařazeny etické otázky, kdy studenti zdůraznili důležitost lidského přístupu, zachování úcty a důstojnosti pacienta i po jeho smrti. Čtvrtá oblast se zabývá strategiemi sloužícími k vyrovnání se se smrtí. Studenti zmínili důležitost chápání smrti jako součásti života, dále shledali za užitečnou podporu od kvalifikovaných pracovníků, zvláště když jim poskytnou ujištění nebo radu, co dělat. Také obyčejné mluvení o smrti studenti shledali jako velmi užitečné z důvodu ventilování svých pocitů či postojů. Poslední oblast charakterizuje důležitost osobního učení, tedy že při setkání se smrtí si uvědomují konečnost jejich života, kdy studenti popsali zkušenost s umíráním a smrtí jako obohacující, přinášející pocity vnitřního míru či pohody. V rámci profesionálního vzdělávání studenti získali větší znalosti o procesu umírání a potřebách těchto pacientů i jejich rodin (Edo-Gual et al., 2014)

Za pozitivní přístupy respondenti shledali umožnění flexibilních návštěv rodinných příslušníků u lůžka pacienta, dále fakt, že rozhodujícími subjekty by měl být pacient a jeho rodina, ale také se respondenti shodli v názoru, že by se umírajícím lidem mělo dostávat čestným a pravdivým odpovědím. Postoje studentů ošetrovatelství k paliativní péči ovlivňují následující faktory, jako je věk, odlišná kultura, náboženství a také úroveň vzdělání. Mezi faktory zvyšující negativní pocity u studentů oboru ošetrovatelství v problematice umírání a smrti patří jejich strach ze smrti a míra

náboženského vyznání. Iránští respondenti mají větší tendenci ke strachu ze smrti a oproti tomu švédští respondenti vnímají smrt přirozenějším způsobem. Z toho vyplývá, že studenti, kteří byli více nábožensky založení a pravděpodobně považovali smrt za strašlivou událost, zastávali negativnější přístup při péči o umírající pacienty, oproti těm, kteří jsou méně nábožensky založení a smrt nepovažují za strašlivou událost. Hlavně stáří a přirozený výhled na smrt negativní postoje k péči o pacienty v terminálním stádiu snižuje. Rovněž věk hraje roli v utváření postoje k poskytování paliativní péče, kdy čím starší respondent s přirozenějším pohledem na smrt, zastává méně negativní postoj k pacientům v terminálním stádiu života (Iranmanesh et al., 2010b).

Z výsledků vyplývá, že se 59 %, tj. 43 studentek nejvíce obávalo strachu z vlastního umírání, zvláště ze ztráty soběstačnosti, snížení fyzických sil a pomalého procesu umírání. Na pomyslné druhé příčce se umístily velké obavy ze smrti blízkých osob a to u 17 studentek, tj. 23 %. V této kategorii studentky vypověděly silný pocit strachu ze ztráty blízké osoby, také z osamělosti, z dospívání bez zemřelého a z nemožnosti se zemřelým nikdy hovořit. Následoval strach z umírání druhých, který byl menší než strach se smrti blízké osoby a vyjádřilo jej 10 studentek, tj. 14 %. Zde převažovaly obavy vidět příbuzného trpět bolestí a strach z toho, že ony budou sdělovat blízkému pravdu o jejich stavu. Nejmenší obavy shledaly respondentky v kategorii strachu z vlastní smrti, kdy vysokou úroveň strachu shledaly pouze 3 studentky. V uvedené kategorii 65 % studentek projevilo hlavně obavy ze smrti v mladém věku (Bužgová, 2010).

Zájmem vzdělávacích programů má být zvyšování povědomí studentů v oblasti jejich postojů ke smrti, intervence zaměřené na eliminaci strachu ze smrti a získání vědomostí i zkušeností s paliativní péčí v rámci jejich vzdělávání z důvodu efektivní přípravy na budoucí povolání (Iranmanesh et al., 2010b). Bužgová (2010) doplňuje, že postoje a strach ze smrti u studentek ošetrovatelství mohou mít velký vliv na jejich přístup a poskytovanou péči umírajícím jedincům. Z tohoto důvodu by měl být do výuky paliativní péče zařazen společenský koncept smrti a psychosociální koncept péče o těžce nemocné a umírající jedince, ale také rozbor problematiky vlastního umírání a smrti. Zda různé formy výuky v oblasti paliativní péče u zdravotníků snižují úzkost a strach z umírání a smrti představuje nutnost provedení dalšího výzkumného šetření. Dle názoru autorů Edo-Gual et al. (2014) existuje potřeba průpravných školení, které budou v nejlepším případě zaměřeny na všechny jimi zjištěné oblasti. Důvodem je usnadnění

prožití prvního styku se smrtí u studenta oboru ošetrovatelství, které by mělo proběhnout nejlépe před zahájením klinické praxe.

Vliv vzdělávání na kvalitu etického přístupu

Henoch et al. (2017) popsali vývoj postojů studentů ošetrovatelství k péči o umírající pacienty během jejich vysokoškolského vzdělání, a to na začátku prvního a druhého ročníku a na konci třetího ročníku vzdělávání, ale také jejich připravenost k poskytování péče o terminálně nemocné a umírající pacienty, vzhledem k tomu, že studium oboru ošetrovatelství musí mimo jiné připravit studenty na péči o umírající pacienty. Studie zahrnovala 117 studentů ošetrovatelství ze šesti univerzit ve Švédsku. Byla provedena prostřednictvím dotazníkového šetření „Fromelt Attitude Toward Care of the Dying Scale“, tedy FATCOD, který se v průběhu vzdělávání zvýšil ze 126 na 132. Rovněž došlo ke srovnání účinnosti délky teoretického vzdělávání v oblasti paliativní péče v rozmezí tří nebo pěti týdnů. Studenti, kteří absolvovali pětítýdenní teoretický výcvik paliativní péče, se cítili lépe připraveni v oblasti problematiky péče o umírající pacienty. Z výsledků tedy plyne, že u studentů došlo v průběhu vysokoškolského vzdělávání k výrazné pozitivní změně v postojích k umírajícím pacientům, které závisí na délce teoretické přípravy v oblasti paliativní péče. Studenti se cítí připraveni pečovat o umírající pacienty, ale v ohledu péče o mrtvé tělo nebo v přístupu k rodinným příslušníkům vyjádřili nepřipravenost.

Weissman (2011) provedl pilotní studii za účelem zjištění vlivu absolvování modulu zaměřeného na komunikaci s umírajícími pacienty na soběstačnost studentů ošetrovatelství v komunikačních dovednostech, a zda absolvování tohoto modulu vede k pozitivnějším postojům studentů k péči o umírajícího pacienta. Moduly zaměřené na komunikaci s umírajícími pacienty mají formu didaktické prezentace, v níž dochází k seznámení studenta s obsahem a poté následuje tzv. zkušenostní učení, zaměřené na kognitivní, afektivní a psychomotorickou složku osobnosti. Tím dochází k posílení znalostí, dovedností a postojů v péči o terminálně nemocného pacienta. Z výsledků je patrné, že u studentů, kteří absolvovali moduly zaměřené na zlepšení komunikace s umírajícími pacienty, došlo k podstatným pozitivním změnám v soběstačnosti při komunikaci s umírajícími pacienty.

Autoři Hold, Blake a Ward (2015) se v kvalitativní studii zabývali zkušenostmi a vnímáním péče o umírající pacienty u studentů ošetrovatelství v paliativní péči.

Do výzkumného vzorku bylo zařazeno 19 studentů, kteří dokončili studium zaměřené na problematiku péče o umírající pacienty v rámci volitelného kurzu paliativní péče. Byly identifikovány tři klíčové strategie při vzdělávání, které studentům pomáhají získat profesní identitu. Z hlediska zajištění kvalitní péče o pacienty v terminálním stádiu je důležité začlenění rozmanitých strategií klíčových přístupů do výuky paliativní péče v ošetrovatelství. První strategií je učení se z příběhů, kdy dochází k získávání kognitivních znalostí, druhou strategií je učení se praktickým dovednostem při reálném styku s umírajícím pacientem v praxi a třetí zahrnuje rozbor poskytované péče z etického hlediska, což vede k upevnění etického chování. V rámci první strategie studentům přednášel odborník z praxe, který měl zkušenosti s umíráním pacientů, kdy studenti získali znalosti prostřednictvím naslouchání skutečných příběhů z praxe přednášejících odborníků. Druhá strategie byla zaměřena na výuku prostřednictvím spolupráce s hospicovým zařízením, kdy se student stal dobrovolníkem a měl s pacientem trávit 10 hodin denně, za účelem poznání potřeb těchto pacientů a učení se prostému naslouchání a komunikaci, což studenti shledali za velmi efektivní. Třetí strategie se zabývala rozбором etického chování, který byl realizován prostřednictvím reflexe příběhů z praxe a následné diskuze v učebně mezi studenty, což shledali za velmi těžké, ale vyjadřovali myšlenky odrážející pochopení jejich role při péči o umírající pacienty. Sjednocením teoretického učení, praktické i etické výuky dochází k lepšímu porozumění problematice umírání a smrti včetně vytvoření adekvátní profesní identity.

4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

Autoři Thompspon et al. (2006); Holt a Convey (2012); Goethals, Gastmans a De Casterlé (2009) i Rathert, R. May a Chung (2016) shledali, že v dnešním systému zdravotní péče jsou na etiku kladené vysoké požadavky a to zejména z důvodu vysoké informovanosti a kritičnosti veřejnosti. V ošetrovatelství byla etika označena jako ústřední bod a základní rys ošetrovatelské profese, která klade důraz na správnou volbu při rozhodování včetně uvědomění si odpovědnosti za provedená rozhodnutí. Morální ctnost je základem pro uplatnění teoretických i praktických kompetencí v ošetrovatelské praxi. Procvičování a neustálé zdokonalování etického přístupu spěje k utvoření vzorců chování a tvoří zásadní předpoklad pro vstup do ošetrovatelské praxe. Thompson et al. (2006); Holt a Convey (2012) a Edwards (2009) se shodují v názoru, že lze morální účel a etický rozměr shledat v každodenních situacích při rutinních činnostech ošetrovatelského personálu a autoři Monaliza, Kalia a Ghai (2015) doplňují, že jejich vznik souvisí s problematikou lidských práv. Častá přítomnost a neefektivní řešení etických konfliktů může u ošetrovatelského personálu vést ke vzniku a rozvoji morálního utrpení, které se projevuje na fyzické i psychické úrovni (Rathert, R. May a Chung, 2016). Další morální otázky pramení z rutinní praxe sester při ošetrování umírajících pacientů, což vyžaduje adekvátní osobní i profesionální reakci bez ohledu na individuální charakteristiky pacienta (Thompson et al., 2006; Iranmanesh et al., 2010a).

Vliv názorů a postojů na umírání a smrt

Názory a postoje ošetrovatelského personálu k umírání a smrti mají vliv na jejich celkový přístup k umírajícím pacientům, tedy i kvalitu ošetrovatelské péče (Ay a Öz, 2018), kdy nedílnou součástí při pečování o umírající osoby je smíření se s vlastní smrtelností (Kisvetrová, 2011; Angenendt, Schutze-Kreikamp, Tschuschke, (2010) a Jacobsson, Holland, Stoonsma, (2012) in Bencová, 2016). Ke stejnému zjištění dospěli i autoři Iranmanesh et al. (2010b), Bugžová (2010) a Edo-Gual et al. (2014), že i postoje studentů ošetrovatelství k vlastní smrti se odráží v jejich přístupu k umírajícím pacientům, kdy je nutné si uvědomit vlastní zranitelnost a smrtelnost.

Utváření negativních postojů ke smrti u ošetrovatelského personálu pramení z dlouhodobé péče o umírající pacienty, kdy se objevují pocity smutku, bezmoci, neschopnosti, ale také přítomnost strachu ze smrti, což představuje jistou psychickou náročnost (Ay a Öz, 2018; Kisvetrová, 2011). Na utváření negativních postojů u studentů

ošetřovatelský oborů k umírání a smrti působí strach ze smrti, víra ve vztahu k pojetí smrti a nižší věk (Iranmanesh et al., 2010b). Autorka Bužgová (2010) shledala nejvyšší míru strachu u studentů z vlastního umírání, dále ze smrti blízkých osob, umírání blízkých osob a nejmenší obavy z vlastní smrti. Autoři Edo-Gual et al. (2014) shledali problematiku u studentů ošetřovatelství zejména v oblasti vyrovnání se s utrpením pacienta, v komunikaci s jeho příbuznými, v péči o mrtvé tělo, také ale v nedostatku znalostí a obav z emočního selhání.

Pro dosažení pozitivních postojů ke smrti u ošetřovatelského personálu je dle autorů Ay a Öz (2018) a Kisvetové (2011) nezbytné posílení a udržení kladných interpersonálních vztahů, poskytování kvalitní ošetřovatelské péče umírajícím pacientů, ale také kladný postoj k dalšímu vzdělávání v této problematice, potřeba relaxace, využití poradenských služeb a pomyslné oddělení pracovního života od soukromého. Edo-Gual et al. (2014) a Iranmanesh et al. (2010b) dospěli k názoru, že v rámci pozitivního přístupu k pacientům v paliativní péči byla z pohledu studentů ošetřovatelství shledána důležitost respektování autonomie pacienta, sdělení pravdivých informací, umožnění flexibilního kontaktu pacienta s jeho rodinnými příslušníky, ale také důležitost lidského přístupu a zachování úcty i důstojnosti pacienta po jeho smrti.

Shledané etické problémy a možnosti jejich řešení

Etické problémy v přístupu k umírajícím nemocným shledal ošetřovatelský personál v rámci komunikace (Banerjee et al., 2017), dále v náročnosti poskytování ošetřovatelské péče umírajícím pacientům s tíživými příznaky, což u ošetřovatelského personálu vedlo k pocitům nejistoty a bezmoci či přítomnosti bolestných emocí v případě smrti pacienta a za podstatný problém označili také nesoulad při spolupráci s rodinou (Cagle et al., 2017). Rejnö, Berg a Danielson, (2012) a Ulrich et al. (2010) popisují shledané etické problémy ve sdělování informací, v poskytování podpory rodinným příslušníkům umírajících pacientů a v rozhodování o následném léčebném postupu, do kterého byl ošetřovatelský personál zahrnut, což je srovnatelné s názorem autorů Kisorio a Langley, (2016), kteří shledali etický problém v účasti na diskuzních a rozhodovacích procesech ohledně dalšího postupu u umírajícího pacienta. Bollig et al. (2015) vyjádřili souvislost vzniku etických problémů s nedostatkem zdrojů, srov. s Monaliza, Kalia a Ghai (2015), dále shledali etické problémy v přístupu k umírajícím osobám a nátlak z hlediska nedostatku času a odborné způsobilosti, čímž dochází k nerespektování autonomie

pacienta. Karlsson et al. (2013) identifikovali etické problémy v podobě nepříjemných pocitů ošetrovatelského personálu, které vznikaly na podkladě dalšího problému a to nedostatečné spolupráce s lékařem. To s sebou neslo narušení komfortu pacienta, nerespektování jeho autonomie či ztrátu důvěrného vztahu mezi ošetrovatelským personálem a rodinou pacienta, což vedlo k důsledku omezení spolupráce. Ošetrovatelský personál vnímal jako další etický problém nedostatek bezpečnosti, vyplývající z poskytování ošetrovatelské péče v domově pacienta. Uvedenou problematiku ošetrovatelský personál souhrnně označil jako pocity ztráty kontroly nad poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům v jejich domácím prostředí. Goethals, Gastmans a De Casterlé (2009) přiřazují vzniku etickým problémům také obtížné pracovní prostředí. Dalšími faktory, které mohou působit na vznik etických problémů, jsou nedostatečné znalosti principů paliativní péče, zvláště v oblasti tíšeni bolesti či zvládání psychologického dopadu smrti (Whittaker et al., 2006), nedostatečné znalosti týkající se ošetrovatelské etiky (Monaliza, Kalia a Ghai, 2015) a neobeznámenost se závaznými etickými kodexy ošetrovatelské profese (Numminen, Van der Arend a Leino-Kilpi, 2009).

Z výsledků vyplývá, že ošetrovatelský personál popisuje péči o umírající pacienty zvláště jako psychicky a emocionálně náročnou, kdy pro její usnadnění a vyvarování se etickým konfliktům je důležité vytvoření důvěryhodného vztahu mezi ošetrovatelským personálem, umírajícím pacientem a jeho rodinou. Nepochybný vliv na utváření blízkého vztahu mezi všemi výše uvedenými účastníky má efektivní komunikace, založená na sdělování pravdy (Kisorio a Langley, 2016; Noome et al., 2016; Iranmanesh et al., 2010a; Rejnö, Berg a Danielson, 2012; Cagle et al., 2017). Jako prevenci vzniku etických problémů označil Bollig et al. (2015) nutnost systematické práce v ošetrovatelském týmu, kdy s potřebou týmové spolupráce se shodují autoři Iranmanesh et al. (2010a); Kisorio a Langley (2016) i Rejnö, Berg a Danielson (2012). Z důvodu náročnosti ošetrovatelské péče o umírající pacienty autoři Rathert, R. May a Chung (2016) a Kisorio a Langley (2016) považují za nutné poskytovat ošetrovatelskému personálu adekvátní podporu, zejména v oblasti zvyšování organizační etiky, týmové spolupráce nebo účasti na odborných školeních, která přispívá k prevenci syndromu vyhoření a eliminaci etických problémů, což vede k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Vliv vzdělávání na kvalitu etického přístupu

Začlenění výuky etiky do učebních osnov směřuje ke zvýšení kvality při poskytování ošetrovatelské péče (Husted G. L. a Husted J. H., 2001), kdy tato výuka nespočívá pouze v teoretických poznacích, ale hlavně v rozvoji afektivní složky osobnosti prostřednictvím praktických cvičení založených na reflexi daného případu, identifikaci správného postupu a následné implementaci do praxe (Thompson et al., 2006).

Henoch et al. (2017) uvádí, že u studentů ošetrovatelství došlo v průběhu vysokoškolského vzdělání k pozitivní změně v postojích k umírání a smrti a dále uvádí, že na tyto postoje má vliv délka teoretické přípravy v oblasti paliativní péče, kdy se studenti cítí připraveni pro vstup do ošetrovatelské praxe. Taktéž Weissman (2011) popisuje, že absolvováním komunikačního modulu zaměřeného na zvýšení komunikačních dovedností s těžce nemocnými či umírajícími pacienty, došlo u studentů ošetrovatelství k pozitivním změnám. Autoři Hold, Blake a Ward (2015) předkládají, že kombinací teoretického výkladu, praktických zkušeností a etického rozboru vzniklých situací dochází k efektivnějšímu porozumění umírání a smrti, což spěje k vytvoření kladné profesionální identity.

Banerjee et al. (2017) popisují, že absolvování zážitkového školení zaměřeného na zlepšení komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu s vážně nemocnými pacienty vykazuje nárůst komunikačních kompetencí. Taktéž i autoři Monaliza, Kalia a Ghai (2015) přisuzují absolvování výuky etiky v rámci studia jako velmi užitečný přínos do praxe. Whittaker et al. (2006) udávají, že většina ošetrovatelského personálu měla zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče.

ZÁVĚR

Přehledová diplomová práce týkající se etické problematiky umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství měla vytyčeny dva dílčí cíle, které byly splněny. První dílčí cíl byl zaměřen na předložení problémů ošetrovatelského personálu, které se týkají etického přístupu k umírajícím pacientům. V rámci zkušeností ošetrovatelského personálu s problematikou etického přístupu byly popsány tři oblasti. První oblast se zabývá popisem vlivu názorů a postojů ošetrovatelského personálu na umírání a smrt, které mohou být pozitivní či negativní a na jejich základě pramení samotný přístup k umírajícím pacientům. Další oblast se zabývá výčtem etických problémů, se kterými se ošetrovatelský personál potýká v praxi a možnosti jejich řešení či předcházení. Poslední oblast se zabývá vlivem dalšího vzdělávání na etický přístup ošetrovatelského personálu k umírajícím pacientům. Druhým dílčím cílem bylo předložit problémy v rámci etického přístupu k umírajícím pacientům z pohledu studentů ošetrovatelství. Na základě zkušeností studentů ošetrovatelství s etickým přístupem k umírajícím pacientům došlo ke shledání dvou oblastí. První oblast se zabývala postoji a názory studentů oboru ošetrovatelství. Tyto názory a postoje tvoří hlavní předpoklad pro utváření a následné aplikování buď pozitivního, nebo negativního přístupu ke zmíněným pacientům, což se nepochybně odráží v kvalitě etického chování a jednání, ale i v kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Jsou zde popsány faktory, které podněcují jejich pozitivní přístup k umírajícím a okolnosti vedoucí k utváření negativního přístupu. Druhá oblast popisuje zásadní vliv výuky etiky a paliativní péče v rámci pregraduálního studia či následných školení na efektivní připravenost a všeobecnou obeznámenost studentů s touto problematikou, což jim umožňuje snazší vstup do praxe.

Zmíněné poznatky nelze sice všeobecně aplikovat, zejména z důvodu převážného užití zahraničních článků, což je spojeno s odlišným pojetím kultury, hodnot i poskytovaných forem zdravotní péče. Nicméně tato přehledová diplomová práce může sloužit jako teoretické vodítko pro rozšíření povědomí o etické problematice v rámci přístupu ošetrovatelského personálu k umírajícím pacientům. Zjištěné poznatky mohou být v praxi využity studenty v rámci výuky ošetrovatelské etiky, nebo pro obohacení vědomostí stávajícího ošetrovatelského personálu, který může porovnat, zda se zmíněné etické problémy také vyskytují v jejich profesní praxi. Případně mohou sestry zhodnotit vlastní přístup k umírajícím pacientům a jejich rodinám. Také se mohou zamyslet nad dostupnými

formami podpory od zdravotnického zařízení, které jim napomáhají se s náročností ošetrovatelské péče o umírající pacienty efektivněji vyrovnat.

SOUHRN

Přehledová diplomová práce je zaměřena na vytyčení etické problematiky ošetrovatelského personálu a studentů ošetrovatelství v rámci přístupu k umírajícím pacientům. Poznatky byly dohledány prostřednictvím elektronických databází EBSCO, PubMed, ProQuest a GOOGLE Scholar. Z výsledků vyplývá, že ošetrovatelský personál považuje ošetrovatelskou péči o umírající a těžce nemocné pacienty za velmi náročnou, zvláště z hlediska přítomnosti etických problémů, se kterými se setkávají ve své každodenní praxi. Za účelné přístupy vedoucí k eliminaci vzniku či efektivnímu řešení etických problémů ošetrovatelský personál shledal důležitost v oblasti týmové spolupráce s ohledem na zachování autonomie a důstojnosti pacienta, v adekvátní komunikaci s pacientem i jeho rodinnými příslušníky, založené na sdělování pravdy, ale také v oblasti utvoření si vlastních pozitivních postojů ke smrti a neustálé vzdělávání se v oboru paliativní péče a ošetrovatelské etiky. U studentů oboru ošetrovatelství došlo ke zjištění, že jejich pozitivní postoje k vlastní zranitelnosti a smrtelnosti rovněž působí na zvýšení kvality přístupu k umírajícím pacientům, přičemž shledali důležitost výuky etiky v ošetrovatelství nebo paliativní péče, která je zaměřená na rozvoj kognitivní, psychomotorické a afektivní oblasti osobnosti. Tím dochází u studentů oboru ošetrovatelství k eliminaci negativních postojů k umírajícím pacientům a efektivnějšímu vyrovnání se s danou problematikou v praxi.

Klíčová slova: sestra, etika, umírání a smrt, ošetrovatelská péče, ošetrovatelská etika, umírající pacient, poskytování péče v závěru života, etické problémy, studenti ošetrovatelství, zkušenosti

SUMMARY

This diploma thesis is focused on defining ethical issues of nursing staff and nursing students in access to dying patients. The findings were traced through the electronic databases EBSCO, PubMed, ProQuest and GOOGLE Scholar. Results show that nursing staff considers nursing care for dying and severely ill patients to be very challenging, especially in terms of the presence of ethical issues they encounter in their day-to-day work. For effective approaches to eliminating the emergence or effective resolution of ethical problems, nursing staff found the importance of teamwork with regard to maintaining the autonomy and dignity of the patient, adequate communication with the patient and his family, based on the truth, but also in creating their own positive attitudes towards death and continuing education in the field of palliative care and nursing ethics. Nursing students have found that their positive attitudes towards their own vulnerability and mortality also have an impact on improving the quality of access to dying patients, while recognizing the importance of teaching ethics in nursing or palliative care focused on the development of cognitive, psychomotor and affective areas of personality. This leads to nursing students' elimination of negative attitudes towards dying patients and more effective coping with the given issue in practice.

Key words: nurse, ethics, death and dying, nursing care, nursing ethics, dying patient, end-of-life care, ethical problems, nursing students, experiences

REFERENČNÍ SEZNAM

ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti I*. Praha: Argo, 2000a. Každodenní život. ISBN 80-7203-286-0.

ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000b. Každodenní život. ISBN 80-7203-293-3.

AY, Melike Ayça a Fatma ÖZ. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics* [online]. 2018, , 096973301774848- [cit. 2018-04-02]. DOI: 10.1177/0969733017748481. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017748481>

BANERJEE, Smita C., et al. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*[online]. 2017, 7(3), 615-623 [cit. 2018-04-05]. DOI: 10.1007/s13142-017-0473-5. ISSN 1869-6716. Dostupné z: <https://academic.oup.com/tbm/article/7/3/615-623/4644886>

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestry - lékaře*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.

BENCOVÁ, Viera. Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2016, 9(2e), 52-55 [cit. 2018-03-25]. ISSN: 1337-6896. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/1bbd4ea8231e6bd35034e14d6f1e5eae.pdf#page=16>

BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. Přeložil Ctirad ŠKODA. Praha: Avicenum, 1987, 149 s.

BOLLIG, Georg, et al. Ethical challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2015, 29(4), 810-823 [cit. 2018-03-25]. DOI: 10.1111/scs.12213. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12213>

BUŽGOVÁ, Radka. Etika v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 69-86. ISBN 978-80-247-3558-0.

- BUŽGOVÁ, Radka. Měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. 2010, **12**(3), 264-271 [cit. 2018-04-01]. ISSN: 1212-4117 Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/journals/kontakt-old/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2010/3-2010/mereni-uzkosti-a-strachu-ze-smrti-u-studentek-osetrovatelstvi-full>
- BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, s. 106-126. ISBN 978-80-247-3558-0.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 2018-04-04]. ISBN 978-80-7464-409-2. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf
- CAGLE, John G. et al. Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2017, **53**(2), 198-207 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022. ISSN 08853924. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416307667>
- CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2295-4.
- CICHÁ, Martina. Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sestry. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014, s. 61-64. ISBN 978-80-7492-138-4.
- COOKE, Mary a Ciarán HURLEY. A case study exploring the ethical and policy dimensions of allocating acute care resources to a dying patient. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, **17**(10), 1371-1379 [cit. 2018-04-04]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01929.x. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01929.x>
- ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.

EDO-GUAL, Montserrat, et al. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2014, **23**(23-24), 3501-3512 [cit. 2018-04-07]. DOI: 10.1111/jocn.12602. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12602>

EDWARDS, Steven D. *Nursing ethics: a principle-based approach*. 2nd ed. Basingstoke [England]: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 9780230205901.

Etický kodex kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2004, ročník 2004, částka 7. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html

GOETHALS, Sabine, Chris GASTMANS a Bernadette Dierckx DE CASTERLÉ. Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2010, **47**(5), 635-650 [cit. 2018-04-01]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.010. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748909004027>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-132-7.

HEGYI, Ladislav. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 2001, 127 s. ISBN 80-88908-80-9.

HENOCH, Ingela, et al. Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons – A longitudinal study. *Nurse Education in Practice* [online]. 2017, **26**, 12-20 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.nepr.2017.06.007. ISSN 14715953. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595317303840>

HOLD, Judith L., Barbara J. BLAKE a Elizabeth N. WARD. Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. *Nurse Education Today* [online]. 2015, **35**(6), 777-781 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.02.011. ISSN 02606917. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691715000842>

HOLT, J. a H. CONVEY. Ethical practice in nursing. *NURSING STANDARD* [online]. 2012, **27**(13), 51-56 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1240462513?accountid=16730>

HUSTED, Gladys L. a James H. HUSTED. *Ethical decision making in nursing and healthcare: the symphonological approach*. 3rd ed. New York: Springer, c2001. ISBN 0-8261-1432-6.

IRANMANESH, Sedigheh, et al. Caring for dying and meeting death: Experiences of Iranian and Swedish nurses. *Indian Journal of Palliative Care*[online]. 2010a, **16**(2), 90- [cit. 2018-04-04]. DOI: 10.4103/0973-1075.68405. ISSN 0973-1075. Dostupné z: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2010/16/2/90/68405>

IRANMANESH, Sedigheh, et al. Caring for dying people: Attitudes among Iranian and Swedish nursing students. *Indian Journal of Palliative Care*[online]. 2010b, **16**(3), 129- [cit. 2018-04-07]. DOI: 10.4103/0973-1075.73643. ISSN 0973-1075. Dostupné z: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2010/16/3/129/73643>

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KARLSSON, Margareta, et al. Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2013, **27**(4), 831-838 [cit. 2018-03-25]. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x>

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KISORIO, Leah C. a Gayle C. LANGLEY. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*[online]. 2016, **33**, 30-38 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1016/j.iccn.2015.11.002. ISSN 09643397. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096433971500107X>

- KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt* [online]. 2010, **12**(2), 212-219 [cit. 2018-03-28]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>
- KISVETROVÁ, Helena a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá Psychologie* [online]. 2014, **58**(1), 41-51 [cit. 2018-03-28]. ISSN 0009062X. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1514904183?pq-origsite=gscholar>
- KISVETROVÁ, Helena. Náhled sester z hospiců v České republice na vlastní smrtelnost. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2011, **4**(2), 69-71 [cit. 2018-03-28]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/41d5afdf102164b61d4f1dac202d32a5.pdf>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007, 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- LALOUETTE, Claire. *Egypt: králové starověkého Egypta*. Praha: Levné knihy, 2009. ISBN 978-80-73096-68-7.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

- MONALIZA, Raman KALIA a Sandhya GHAI. Ethical and human rights issues in nursing practice: involvement, educational preparation an perceived educational needs of nurses. *Baba Farid University Nursing Journal* [online]. 2015, **8**(1), 38-44 [cit. 2018-04-03]. ISSN: 22779418. Dostupné z: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=8&issue=1&article=008>
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005a. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky. [Díl] 1, Smrt a umírání*. Brno: Masarykova univerzita, 1997, 75 s. ISBN 80-210-1610-8.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005b. ISBN 80-247-1024-2.
- NOOME, Marijke, et al. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2016, **30**(4), 645-661 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1111/scs.12315. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12315>
- NUMMINEN, Olivia, Arie VAN DER AREND a Helena LEINO-KILPI. Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2009, **23**(2), 380-394 [cit. 2018-04-07]. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00608.x. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2008.00608.x>
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 8024712954.
- RATHERT, Cheryl, Douglas R. MAY a Hye Sook CHUNG. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2016, **53**, 39-49 [cit. 2018-04-06]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.007. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748915003089>

REJNÖ, Åsa, Ella DANIELSON a Linda BERG. *Strategies for handling ethical problems in sudden and unexpected death: the year civilization collapsed* [online]. c2014 [cit. 2018-03-29]. DOI: 10.1177/0969733012473770. ISBN 10.1177/0969733012473770. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733012473770>

REJNÖ, Åsa, Linda BERG a Ella DANIELSON. Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing Ethics* [online]. 2012, **19**(5), 642-653 [cit. 2018-03-25]. DOI: 10.1177/0969733011412099. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733011412099>

Sestra a urgentní stavy. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2548-2.

SKOPALOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly ze zdravotnické etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4083-5.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠTEFAN, Jiří a MACH Jan. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005, 247 s., [16] s. obr. příl. ISBN 8024709317.

THOMPSON, Ian E., Kath M. MELIA, Kenneth M. BOYD a Ian E THOMPSON. *Nursing ethics*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 978-0-443-10138-0.

ULRICH, Connie M., et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2010, **66**(11), 2510-2519 [cit. 2018-04-06]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x>

VÁCHA, Marek. Základní etické pojmy a teorie. In: HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, s. 9-39. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

WEISSMAN, Georgann V. Evaluating associate degree nursing students' self-efficacy in communication skills and attitudes in caring for the dying patient. *Teaching and Learning in Nursing* [online]. 2011, **6**(2), 64-72 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.teln.2010.10.004. ISSN 15573087. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1557308710000922>

WHITTAKER, Evelyn, et al. The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today* [online]. 2006, **26**(6), 501-510 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1016/j.nedt.2006.01.004. ISSN 02606917. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691706000050>

SEZNAM ZKRATEK

ANA – American Nurses Association, Americká asociace sester

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČAS – Česká asociace sester

ICN – International Council of Nurses, Mezinárodní organizace sester

JIP – jednotka intenzivní péče

tj. – to je

tzn. – to znamená

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Daniela Nikodémová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Etická problematika umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství
Název v angličtině:	Ethical issues of dying and death from the perspective of nursing
Anotace práce:	<p>Přehledová diplomová práce je zaměřena na etickou problematiku umírání a smrti z pohledu ošetrovatelství. První část práce tvoří teoretickou oporu, která se zabývá vymezením umírání a smrti z obecného hlediska a etickou problematikou zdravotnictví a z ní vycházející etikou ošetrovatelskou. Druhá část práce popisuje problematiku etického přístupu k umírajícím pacientům z pohledu ošetrovatelského personálu a studentů ošetrovatelství. Poznátky byly dohledány v odborných recenzovaných periodikách, jako jsou například: Journal of Advanced Nursing, Journal of Clinical Nursing, Intensive and Critical Care Nursing, International Journal of Nursing Studies, Nurse Education Today, Nursing Ethics, Scandinavian Journal of Caring Sciences, aj.</p>

Klíčová slova:	Sestra, etika, umírání a smrt, ošetrovatelská péče, ošetrovatelská etika, umírající pacient, poskytování péče v závěru života, etické problémy, studenti ošetrovatelství, zkušenosti
Anotace v angličtině:	The overview diploma thesis is focused on the ethical issues of dying and death from the perspective of nursing. The first part of the thesis is a theoretical support, which deals with the definition of dying and death from the general point of view and with the ethical issues of health care and the ethics of nursing. The second part describes the issue of ethical approach to dying patients from the perspective of nursing staff and nursing students. The findings were traced by professional peer-reviewed journals, such as: Journal of Advanced Nursing, Journal of Clinical Nursing, Intensive and Critical Care Nursing, Nursing Education Today, Nursing Ethics, Scandinavian Journal of Caring Sciences et al.
Klíčová slova v angličtině:	Nurse, ethics, death and dying, nursing care, nursing ethics, dying patient, end-of-life care, ethical problems, nursing students, experiences
Přílohy vázané v práci:	0
Rozsah práce:	80 stran
Jazyk práce:	český