

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Praha 5

ETICKÉ ASPEKTY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKITINA KAMILA

Praha 2013

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

ETICKÉ ASPEKTY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKITINA KAMILA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová, PhD.

Praha 2013



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

Nikitina Kamila
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Etické aspekty v péči o umírajícího pacienta

Ethical Issues in Caring for the Dying Patient

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené v seznamu použité literatury prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Evu Kymrovou za pedagogické usměrnění, cenné rady, metodickou podporu, ochotný a láskavý přístup.

Dále také děkuji internímu, neurologickému a onkologickému oddělení Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a.s., Benešov za umožnění sběru dat k praktické části mé bakalářské práci.

ABSTRAKT

NIKITINA, Kamilla: *Etické aspekty v péči o umírajícího pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová. Praha. 2013. 77 s.

Hlavním cílem této bakalářské práce je shrnout poznátky o umírání, paliativní péči a etice, a zároveň zjistit rozsah vědomostí u zdravotnických pracovníků o tomto tématu a jejich zájem o další vzdělávání v této oblasti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část shrnuje poznátky o etice, principech a úkolech etiky v ošetrovatelství, etických kodexech, procesu umírání, o principech a cílech paliativní péči, potřebách umírajícího pacienta, péči o tělo zemřelého a nárocích na personál.

Empirická část je věnována průzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit míru informovanosti sester a zdravotnických asistentů o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta. Použitou metodou byl nestandardizovaný dotazník. Předem stanovené cíle byly splněny. Z výsledků průzkumu je patrné, že vědomosti v oblasti etických aspektů nejsou dostačující, a že respondenti neprojevují zájem o toto téma. Na základě vyhodnocení a analýzy získaných údajů jsme navrhli pořádání školení, kurzů, odborných seminářů a přednášek do zdravotnických zařízení na dané téma.

Klíčová slova

Etika. Paliativní péče. Smrt. Syndrom vyhoření. Umírání.

ABSTRACT

NIKITINA, Kamilla. Ethical Issues in Caring for the Dying Patient. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Eva Kymrová. Prague. 2012. 77 pages.

The main purpose of this bachelor thesis is to summarize the knowledge about dying, palliative care and ethics, and discover the range of knowledge among sanitary workers about this topic, and their interest in further education in this area.

The bachelor thesis is divided into theoretical part and empirical part. The theoretical part summarizes knowledge of ethics, principles and targets of nursing ethics, codes of conduct, the dying process, the principles and aim of palliative care, needs of the dying patient, the care of the dead body and demands on staff.

The empirical part is devoted to a survey, whose main purpose is to determine the level of awareness of nurses and nursing assistants about ethical issues in caring for the dying patient. The method we used was a standardized questionnaire. Predetermined aims have been met. The survey shows that the knowledge in the area of ethical aspects is not sufficient, and that the respondents are not interested in this theme. Based on the evaluation and analysis of collected data, we have proposed organizing training courses, seminars and lectures at medical institutions about this topic.

Key-words

Burn-Out Syndrome. Death. Dying. Ethics. Palliative Care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	12
1 ETIKA	13
1.1 Bioetika.....	13
1.2 Etika v ošetrovatelství.....	14
1.3 Etické kodexy.....	15
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	19
2.1 Definice umírání a smrti.....	19
2.2 Příznaky umírání.....	20
2.3 Fáze umírání.....	21
2.4 Dystanázie.....	21
3 PALIATIVNÍ PÉČE	23
3.1 Definice paliativní péče.....	23
3.2 Principy paliativní péče.....	24
3.3 Cíle paliativní medicíny a péče.....	25
3.4 Typy paliativní péče.....	25
3.5 Hospic.....	27
3.6 Typy hospicové péče.....	28
3.7 Principy hospicové péče.....	29
4 UMÍRAJÍCÍ PACIENT	30
4.1 Potřeby umírajícího pacienta.....	31
4.2 Komunikace s umírajícím pacientem.....	32
4.3 Znamky smrti.....	34
4.4 Péče Post Finem.....	35
5 PERSONÁL A UMÍRAJÍCÍ PACIENT	37
5.1 Sestra a tým v paliativní péči.....	37
5.2 Úkoly sestry v paliativní péči.....	38
5.3 Syndrom vyhoření.....	39
5.4 Projevy syndromu vyhoření.....	40
EMPIRICKÁ ČÁST	42
6 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	42

6.1 Průzkumný problém.....	42
6.2 Cíl průzkumného šetření	42
6.3 Průzkumné otázky.....	42
6.4 Metodika průzkumu	43
6.5 Charakteristika průzkumného souboru	43
6.6 Harmonogram průzkumu	44
6.7 Sběr dat	44
7 VYHODNOCENÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	45
7.1 Vyhodnocení.....	65
7.2 Analýza	69
7.3 Diskuze	71
7.4 Doporučení pro praxi	72
ZÁVĚR.....	74
POUŽITÁ LITERATURA.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	12

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek:

Tabulka č.1 – Pohlaví respondentů.....	45
Tabulka č.2 – Úroveň vzdělání respondentů.....	46
Tabulka č.3 – Oddělení, na kterém respondenti pracují	47
Tabulka č.4 – Délka praxe	48
Tabulka č.5 – Co je to etika?	49
Tabulka č.6 – První zmínka o etice v ošetrovatelství	50
Tabulka č.7 – Etický kodex, týkající se práv umírajících.....	51
Tabulka č.8 – Rozhodování pacientů o péči	52
Tabulka č.9 – Co je to paliativní péče?.....	53
Tabulka č.10 – Příznaky blížící se smrti.....	54
Tabulka č.11 – Soukromí umírajících pacientů	55
Tabulka č.12 – Co je to terapeutická komunikace?	56
Tabulka č.13 – Co to je haptika?	57
Tabulka č.14 – Období in finem	58
Tabulka č.15 – Po úmrtí pacienta na Vašem oddělení.....	59
Tabulka č.16 – Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení	60
Tabulka č.17 – Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?.....	61
Tabulka č.18 – Možnost dalšího vzdělání.....	62
Tabulka č.19 – Způsob vzdělání	63
Tabulka č.20 – Zlepšují-li vědomosti v dané oblasti poskytování péče?	64

Seznam grafů:

Graf č.1 – Pohlaví respondentů.....	45
Graf č.2 – Úroveň vzdělání respondentů	46
Graf č.3 – Oddělní, na kterém respondenti pracují.....	47
Graf č.4 – Délka praxe	48
Graf č.5 – Co je to etika?	49
Graf č.6 – První zmínka o etice v ošetrovatelství	50
Graf č.7 – Etický kodex, týkající se práv umírajících.....	51
Graf č.8 – Rozhodování pacientů o péči	52
Graf č.9 – Co je to paliativní péče?.....	53
Graf č.10 – Příznaky blížící se smrti.....	54
Graf č.11 – Soukromí umírajících pacientů	55
Graf č.12 – Co je to terapeutická komunikace?	56
Graf č.13 – Co to je haptika?	57
Graf č.14 – Období in finem	58
Graf č.15 – Po úmrtí pacienta na Vašem oddělení.....	59
Graf č.16 – Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení.....	60
Graf č.17 – Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?.....	61
Graf č.18 – Možnost dalšího vzdělání	62
Graf č.19 – Způsob vzdělání	63
Graf č.20 – Zlepšují-li vědomosti v dané oblasti poskytování péče?	64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.s. – akciová společnost

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)

USA – United States of America (Spojené státy americké)

CEK MZ ČR – Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

lat. – latinsky

ÚVOD

Při výběru tématu práce byl hlavním motivem můj zájem o thanatologii a etiku a také skutečnost, že ještě do nedávné doby mluvit o umírání a smrti bylo naprosto nepřijatelné. Hlavním cílem mé bakalářské práce je shrnout poznatky o umírání, paliativní péči a etice, a zároveň zjistit rozsah vědomostí u zdravotnických pracovníků o tomto tématu a jejich osobní názory.

Ve 21. století se medicína a zdravotnictví rozvíjejí ve velmi komplikované době. Pozorujeme dosud nepředstavitelný pokrok biomedicínských věd a rychle aplikujeme jejich výsledky v ošetrovatelské praxi. Medicína a komplexní ošetrovatelská péče umožňuje dnes zachraňovat život a podílejí se na navrácení a udržování zdraví. Ovšem i dneska je zatím neznámo jak bychom se mohly vyhnout smrti, i přes velikanský pokrok vědy. Proto se moderní ošetrovatelská péče zabývá nejen péčí o nemocné s perspektivou uzdravení, ale snaží se také podstatně zlepšit kvalitu života pacientů v terminálním stavu. Přesto ne každý zdravotník je ochoten pečovat o umírajícího pacienta, protože taková péče vyžaduje vysokou úroveň sebeovládání, schopnost empatie a paradoxně i smíření s vlastní smrtelností.

V teoretické části se jedná o etice, co je předmětem etiky, o principech a úkolech etiky v ošetrovatelství, etických kodexech, procesu umírání, jeho příznacích, fázích, o principech a cílech paliativní péči, potřebách umírajícího pacienta, komunikaci s ním, péči o tělo zemřelého, o nárocích na personál a také o syndromu vyhoření, neboť péče o umírajícího pacienta je velice náročná, zvláště pro mladé a angažované zdravotníky.

Empirickou část práci představuje průzkum. Zaměřili jsme ho na zdravotníčtí asistenti a zdravotní sestry různé úrovně vzdělání, u kterých jsme předpokládali rozsah znalostí o této problematice. Při zpracování práce jsme vycházeli ze studia odborných monografií, časopisů a internetových zdrojů. Průzkumné šetření s využitím průzkumné metody dotazníku bylo provedeno v Nemocnici Rudolfa a Stefanie, a.s. v Benešově.

1 ETIKA

Etika – nauka zabývající se správným jednáním v lidské společnosti.

Vývoj etiky jako disciplíny byl totožný s vývojem filozofie. Z historického hlediska má zásluhu na vytvoření etiky, jako vědy o jednání lidí ve společnosti, zejména Aristoteles (jeho díl Etika Nikomachova dosud tvoří základ etických hodnot společností). Popisuje především vlastnost individua, respektujícího obecný prospěch, jímž je blaho státu. Za mravné bylo tedy považováno vše, co vedlo k lepšímu životu na tomto světě, a tak lze etiku chápat jako praktickou filozofii reprezentující vztah člověka ke světu. Moderní historie lékařské etiky začíná po II. Světové válce Norimberským kodexem v roce 1947, na jehož zásady navazuje Ženevský slib z roku 1948, který je považován za moderní podobu klasické Hippokratovy přísahy. O etických přístupech v ošetrovatelství však poprvé psala Florence Nightingale ve své knize „*Notes on Nursing*“, kterou vydala v roce 1860. (JANKOVSKÝ, 2003)

Každá věda má daný svůj předmět. Předmětem etiky je morálka, která hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, a to s ohledem na svědomí člověka. Etika je vlastně teorií morálky, snažící se nalézt a zdůvodnit obecné základy, na nichž morálka stojí. (JANKOVSKÝ, 2003)

1.1 Bioetika

Bioetika – samostatná disciplína, která zkoumá etické aspekty v souvislosti se vznikem a závěrem života a života vůbec. Řeší vztah člověka k životnímu prostředí. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Principy bioetiky:

- Nonmaleficence – princip neškození, zakazuje nám ublížovat, škodit nebo dokonce usmrtit jiné. Z tohoto principu vyplývá omezení osobní svobody každého vzhledem k dobru ostatních. Moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda jiného člověka.

- Beneficence – princip dobřečinění, podle tohoto principu bychom měli předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro a veškerý prospěch pro nemocného.
 - Respekt k autonomii – týká se především práva nemocného na sebeurčení prostřednictvím informovaného souhlasu s veškerým děním.
 - Princip spravedlnosti – jedná se především o rozdělování prostředků, zátěže a služeb pomocí srovnávání potřeb jednotlivců nebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez komparace.
- (MUNZAROVÁ, 2005)

1.2 Etika v ošetrovatelství

V ošetrovatelství definujeme etiku jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Péče o pacienti a jejich blaho závisí do značné míry na morálce, na etickém vědomí a svědomí zdravotníků, kteří tyto péči poskytují. Ošetrovatelská etika je tedy etikou normativní, má určité zásady a normy, bez dodržování kterých nelze zdravotnické povolání vykonávat.

(KUTNOHORSKÁ, 2007)

Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské, má stejné zdroje, i když do poloviny 20. století se řídila principy lékařské etiky. S tím, jak se mění postavení sestry v léčení nemoci, nabývá ošetrovatelská etika na významu. Sestra vstupuje při výkonu své profese do velmi rozmanitých mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi. Tento vztah má důležitý etický aspekt, protože řeší otázky týkající se základních lidských hodnot: života a zdraví. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Základní etické principy v ošetrovatelství:

- Autonomie – etický princip, podle kterého by každý měl mít právo určovat své chování a jednání podle svých osobních etických zásad.
- Beneficence – prospěšnost. Závazek konat dobro a vyhnout se působení zla.
- Důvěryhodnost – zůstat věrný svým závazkům a dodržovat je. V ošetrovatelském hledisku znamená dodržování slibů a zachování soukromí pacienta a osobních informací.

- Spravedlnost – princip, vyžadující rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci bez ohledu na osobní preference a sympatie.
- Veracita – pravdomluvnost. Závazek říkat druhým pravdu a neklamat je. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Úkoly ošetrovatelské etiky:

- Zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem.
- Formulování povinností a odpovědností sester. Mravní normy profese.
- Analýza eticky komplikované situace a stanovení cílů a hodnot v určité situaci.
- Studování pravidel interpersonálních vztahů na pracovišti. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Základní etické principy sestry:

- Pečování
- Obhajoba – způsob, kterým sestra a pacient společně hodnotí zkušenost s nemocí, utrpení nebo umírání. Termín obhajoba také popisuje vztah mezi sestrou a pacientem – poctivost a respekt k lidské důstojnosti.
- Odpovědnost – sestra volbou svého povolání vzala na sebe i odpovědnost, že toto povolání bude poskytovat v souladu se standardy a morálními hodnotami profese.
- Povinnost. Povinnosti sestry: podporovat zdraví, předcházet onemocněním, navracet zdraví, zmírnit utrpení.
- Spolupráce – spoluvytváření způsobu ošetrovatelské praxe a vzájemná vstřícnost těch, se kterými se spolupracuje. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

1.3 Etické kodexy

Etický kodex je dokument, upravující obecná i konkrétní pravidla práce v jednotlivých organizacích a profesích. (MUNZAROVÁ, 2005)

V této kapitole uděláme malý stručný přehled čtyř nejdůležitějších etických kodexů, týkajících se péči o umírajícího pacienta.

Hippokratova přísaha – lékařská přísaha, vyjadřující základní morální a etické principy lékařského chování. Přísahy, formulující morální normy chování lékařů existovaly ještě v Egyptě. Samotná přísaha vznikla mnohem dříve, než se narodil Hippokrates: podle legendy vznikla přísaha původem od přímých potomků Asklepiea a byla předávána z generace do generace. Jako dokument byla přísaha zapsána v III. století před naším letopočtem. V roce 2006 v Severní Americe a Evropě byl text přísahy nahrazen „profesním kodexem“. Podle autorů nového dokumentu text řeckého lékaře neodráží dnešní realitu. Nový text neobsahuje princip nezúčastňovat se potratu, chirurgické léčby cholelitiázy a vlídného zacházení s otroky. Avšak ještě od Středověku z přísahy byl odstraněn princip, zakazující léčení otroku bez souhlasu jeho hostitele. (MUNZAROVÁ, 2005)

Přísaha obsahuje devět etických principů nebo závazků: a je možné ji rozdělit na tři části:

První část vyjadřuje úctu a povinnosti vůči učitelům, kolegům a studentům. Učitelé se mají vnímat stejně jako rodiče a jsou vůči nim i zároveň stejné povinnosti. Také zde kotví povinnost předávat získané znalosti a zkušenosti žákům, tzn. každý lékař má povinnosti i vůči svým žákům, kteří chtějí získat lékařské vzdělání. (MUNZAROVÁ, 2005)

Druhá část se zabývá dodržováním lékařského tajemství, což znamená profesionální mlčenlivost. V této přísaze se lékař zavazuje, že všechno co se týče pacienta, zejména zvláštností jeho zdravotního stavu, považuje za tajemství a nesmí tuto informace předat někomu třetímu, neboť ten by ji mohl využít ve svůj prospěch a poškodilo to pacienta i lékaře, který v takovém případě by se musel vzdát svého lékařského umění. (MUNZAROVÁ, 2005)

Třetí část přísahy řeší úctu k lidskému životu. Jedná se o zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Je kladen důraz na to, aby se lékař choval slušně a s respektem. Lékař by měl vstoupit pouze s čistým úmyslem, aby pomohl pacientovi a ulevil mu od bolesti. (MUNZAROVÁ, 2005)

Etický kodex sester – mezinárodní etický kodex pro sestry byl přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, poslední revize byla provedena v roce 2000. Tento kodex je platný v České republice od 29. března 2003. (MUNZAROVÁ, 2005)

Etický kodex sester obsahuje 4 článků:

1. Sestry a spoluobčan – spoluzodpovědnost za péči poskytovanou občanům.
2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe – osobní zodpovědnost za ošetrovatelské činnosti a vlastní klasifikace.
3. Sestry a profese – aktivní podílení na rozvoji, řízení a výzkumů v oblasti ošetrovatelství.
4. Sestry a jejich spolupracovníci – úzká spolupráce se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů. (MUNZAROVÁ, 2005)

Práva pacientů – první zmínky o vytváření etického kodexu, vymezujícího práva pacientů existovaly už v 70. letech 20. století. Důvodem na vytváření kodexu byla myšlenka změnit paternalistický přístup ze strany lékařů a zdravotnického personálu k pacientům. Jeden z prvních kodexů práv pacientů formuloval David Anderson, lékárník z Virginie, USA, který prezentoval v roce 1971. (MUNZAROVÁ, 2005)

Česká verze kodexu práv pacientů byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů USA z roku 1985. Definitivní verze byla vyhlášena CEK MZ ČR 25.2.1992. Tady uvádím stručný přehled základních práv pacientů:

1. Právo na kvalitní odbornou zdravotnickou péči.
2. Právo znát jméno lékaře a ostatního zdravotnického personálu, možnost denního styku s rodinou, přáteli. Omezení pouze ze závažných důvodů.
3. Právo na rozhodování v diagnostických postupech i terapii. Právo na informace.
4. Právo na odmítnutí léčby a informace o důsledcích svého rozhodnutí.
5. Právo na soukromí, stud, diskrétnost. Přítomnost dalších osob nezúčastněných na léčbě může pacient odmítnout.
6. Právo na ochranu informací.
7. Právo na léčbu a péči podle *Lege Artis*.
8. Právo na kontinuitu v péči. Následná péče, informace o další péči.

9. Právo na podrobné a srozumitelné vysvětlení v případě experimentu či nestandardního postupu. Souhlas písemný, možnost odstoupit kdykoliv.
10. V závěru života právo na kvalitní a citlivou péči.
11. Právo i povinnost se řídit nemocničním řádem, právo kontroly svého účtu.
(MUNZAROVÁ, 2005)

Charta práv umírajících pacientů – doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“. Cílem a úkolem Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, a to za podpory jeho rodiny a přátel. (MUNZAROVÁ, 2005)

Text Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání:

1. Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti.
2. Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti.
3. Právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých.
4. Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje prvotřídní péči nemocnému i jeho rodině.
5. Právo na stálou zdravotnickou péči přestože se cíl „uzdravení“ mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
6. Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní hodnoty.
7. Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků.
8. Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti.
9. Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, kteří si to přejí.
(MUNZAROVÁ, 2005)

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

V dnešní době, spolu s neskutečným pokrokem v medicíně, se umírání stalo něčím, co se napodobuje patologií, lékařskou záležitostí. Osobně máme někdy pocit, že se dělá vše, často i zbytečně, aby člověk co nejdíl zůstal v „našem“ světě, jako kdybychom skutečně měli být nesmrtelné, čím my nejsme. Moderní doba, moderní medicína, moderní pohled na život, kde člověk musí dělat vše možné jen pro prospěch a každá odchylka je vnímána jako prohra. Smrt je vnímaná jako patologie, něco, co se asi vůbec nemělo stát. A to je hlavní chyba v přístupu k vlastnímu životu. Popírání toho, co není odolatelné, co je nevratné, nevyhnutelné. Popírání své vlastní přírody, sebe sama. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Každý konec, a zejména konec života znamená loučení se vším, co měl člověk kdy-si rád a se všemi, které měl rád. Mělo by být samozřejmostí, že toto rozloučení proběhne důstojně a umírající měl dostatek vnímání ošetřujícího personálu, jeho ochoty pomáhat a empatický přístup, což by pomohlo pacientovi připravit se na poslední cestu. Na smrt se připravit nelze. Budoucnost, která stojí před umírajícím, tedy jeho smrt, dělá ho bezmocným jakkoliv tuto budoucnost změnit. Takové situace výrazně ovlivňují lidské myšlení a jednání. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2.1 Definice umírání a smrti

Jako vlastní umírání označujeme poslední dny a hodiny života, během kterých dochází k nevratným změnám v lidském organismu – organismus selhává. Umírání avšak není pouze patofyziologickým procesem, ale je zároveň velmi důležitou, konečnou fází lidského života, života, který má ve své jedinečnosti vlastní psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. (SLÁMA, 2007)

Rozlišujeme 3 druhy smrtí:

- Sociální smrt – „...člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do kontextu společnosti vrátit“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s.74).
- Psychická smrt – apatie, intenzivné prožívání beznadějí a zoufalství.

- Fyzická smrt – trvalá ztráta vědomí, odchod funkcí mozku, odchod vědomí, nefunguje žádná část mozku, pak následuje postupná smrt všech ostatních orgánů lidského těla. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Existují 3 období umírání a každé vyžaduje zvláštní přístup a opatření:

- Období **pre finem**: nemoc je vážná a neslučitelná se životem. Smrt je v kratším časovém horizontu vysoce pravděpodobná.
- Období **in finem**: samotný terminální stav, funkce orgánů postupně selhávají.
- Období **post finem**: konstatována smrt pacienta. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2.2 Příznaky umírání

Jasným projevem toho, že pacient vstupuje do finální fáze onemocnění je postupné zhoršování jeho celkového stavu a prohlubování níže uvedených symptomů:

- Celková slabost a únava, která roste časem, pacient už ani nevstává z lůžka, více spí během dne, zvyšuje se závislost na okolí
- Ztráta zájmu o okolí, vnější svět, častou bývá i dezorientace, pak neklid a halucinace
- Ztráta chutí na jídlo a pití, může být doprovázena nevolností, potížemi s polykáním
- Dýchání stává nepravidelné, objevují se apnoické pauzy nebo Cheyneovo-Stokesovo dýchání
- Chrčivé dýchání, které není projevem plicního edému, ale nahromaždění sekretu v dýchacích cestách
- Snížené močení anebo žádné
- „Zašpičatění nosu“ – tzv. facies Hippocratica, modré zabarvení končetin (neboli periferní cyanóza), mramorovaná kůže (SLÁMA, 2007)

2.3 Fáze umírání

Rozlišujeme 5 fází psychologického přijetí vlastní smrti, vzhledem k zvláštnostem každé fáze měly by sestry umět správně zareagovat a najít tu správnou cestu k pacientovi:

1. Negace – v této fázi navážeme kontakt, získáme důvěru, ukažeme pacientovi, že není sám, že je tu vždy někdo, kdo naslouchá a pomůže.
2. Agrese – měly bychom dovolit odreagování, nepohoršovat se, mít tolerance.
3. Smlouvání – projevujeme maximální trpělivost.
4. Deprese – trpělivě nasloucháme, pomůžeme urovnat vztahy, najít řešení ve složité situaci.
5. Smíření – tehdy je potřeba jen mlčenlivé lidské přítomnosti, podržíme pacienta za ruku, utřeme slzu. V takový okamžik rodina možná potřebuje více pomoci než pacient. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

2.4 Dystanázie

Medicína vede stálý boj se smrtí, aby byla co nejvíce oddálená. Lidé však mají strach, že díky této moderní technické medicíně jim bude zabráněno důstojně zemřít. Místo toho, aby jim byla poskytnuta úleva lidským empatickým přístupem, vnímáním, pomocí, oporou, porozuměním, dostává se jim jen napojení na přístroje a úlevu jim mají přinášet léky. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

Techniky, prodlužující proces umírání:

- kardiodefibrilátor
- umělá ventilace
- ventrikulární podpůrná zařízení
- mimotělní membránová oxygenace

Dystanázie je zatím málo známý pojem pro veřejnost, ale je často používán v oblasti zdravotnictví. Je předmětem zájmu bioetiky a je vnímána jako obtížná nebo bolestivá smrt, používá se k označení prodloužení procesu umírání přes léčbu, pouze

prodlužuje biologický pacientův život. Nemá vliv na kvalitu života a ani na důstojnost. Dystanázie pokládá za cíl prodloužení života terminálních pacientů, ale způsobuje také hodně utrpení. Tato praxe není prodloužením života, ale spíše rozšiřuje proces umírání. Pokrok vědy mnohdy ohrožuje kvalitu života lidí, kteří trpí, ovlivňuje jejich důstojnost. Paliativní péče a dodržování práv pacientů jsou účinným prostředkem k zabránění dystanázie. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče představuje účelný a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Poskytuje se zejména ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice. Podstatou takové péče je, že klademe důraz na kvalitu života, na celostní (holistický) přístup k nemocnému i k jeho rodině. Vzhledem k tomu, že kurativní péče ustupuje do pozadí, nabývají na významu různé formy sociální, duševní a duchovní pomoci. Specifická paliativní péče však může a musí být změněna na kurativní, dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu ve vývoji nemoci. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

3.1 Definice paliativní péče

Samotný termín „*paliativní péče*“ pochází z latinského slova *pallium* – maska, zakrytí pláštěm, a v této etymologii můžeme nalézt i pravou podstatu této péče. „Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní“ (MUNZAROVÁ, 2005, s. 62). Paliativní péče zahrnuje ale i obvyklé použití patřičných paliativních intervencí, které mohou chorobu ovlivňovat (např. chirurgické, radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy), a těch, které mohou tlumit symptomy způsobené léčbou. Nejzákladnějším cílem všech zákroků je však rehabilitace nemocného, nakolik je to jen možné, a docílení co nejlepší kvality jeho života. I v poslední fázi života se přece jedná o to, jak žít, tentokrát při umírání. (MUNZAROVÁ, 2005)

Novější definice WHO (2002): „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (MUNZAROVÁ, 2005, s.62).

Ve všech uvedených definicích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc už nereaguje na kurativní léčbu, kteří trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Znamená to, že paliativní péče a léčba se netýká lidí jen bezprostředně před smrtí, ale měla by být poskytnuta i v průběhu trvání onemocnění, kdy se mají kontinuálně řešit

veškeré potíže s onemocněním spojené. Z definice WHO vyplývá ještě jedna důležitá věc: paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké což průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou nedílnou jednotkou a, že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě. (MARKOVÁ, 2010)

3.2 Principy paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu“ (SLÁMA, 2007, s.25). Cílem paliativní péče je zmírňování bolesti a dalších tělesných a duševních strádání a udržení co nejdíl co nejvyšší kvalitu života. (SLÁMA, 2007)

Principy paliativní péče:

- Usilí o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný
- Respekt a důstojnost nevléčitelně nemocných
- Mají vycházet z přání a potřeb pacientů a jeho rodiny, a respektovat jejich hodnotové priority
- Snaha o vytvoření podmínek, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí
- Umírání je nezbytnou součástí života, kterou každý člověk prožívá jedinečně
- Všestranná účinná podpora a pomoc příbuzným a přátelům umírajícího ve zvladnutí jejich zármutku i po smrti blízkého člověka (SLÁMA, 2007)

V rámci paliativního ošetřování můžeme také identifikovat tyto **klíčové prvky**:

- Týmová práce
- Úleva od utrpení
- Zvyšování kvality života
- Posilování naděje
- Poznávání pacienta
- Ochranu důstojnosti

- Uklidnění
- Podpora (PAYNEOVÁ, 2007)

Nezbytnou podmínkou paliativního ošetřování je empatie. Sheila Payneová ve své knize „Principy a praxe paliativní péče“ uvádí: „Navazování empatického vztahu se lze částečně naučit ze zkušenosti, ale je to rovněž dovednost, kterou lze získat vzděláním“ (PAYNEOVÁ, 2007, s. 79).

3.3 Cíle paliativní medicíny a péče

Principy paliativní medicíny a péče jsou v souvislosti s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- Symptomatická léčba
- Zmírňující, odpovídající stavu nemocného péče
- Efektivní protibolestivá terapie
- Emotivní podpora
- Spirituální pomoc
- Sociální zázemí
- Aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- Doprovodná odborná pomoc rodině umírajícího (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Základním cílem paliativní péče je kvalita života pacienta a jeho rodiny. Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb. Každý individuum má potřeby trochu jiné, proto je kvalita života velice individuální pojem a vyžaduje od pečujícího personálu maximální pozornost k pacientovi a jeho rodině a individuální přístup. (MARKOVÁ, 2010)

3.4 Typy paliativní péče

Obecná paliativní péče – tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Vztahuje se k ní včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění

a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je v daný okamžik nejvhodnější pro zachování dobré kvality pacientova života. Patří sem především:

- respekt k pacientově autonomii
- symptomatická léčba a léčba bolesti
- podpora rodiny
- doporučení k dalším odborníkům (MARKOVÁ, 2010)

Specializovaná paliativní péče – aktivní ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem zkušených odborníků, speciálně pro daný obor vzděláných. Taková péče je obvykle poskytována ve specializovaných zařízeních, kde se paliativní péče věnuje jako své hlavní činnosti. Mezi požadavky patří jak už uvedená zodpovídající profesionální úroveň pracovníků, tak i jejich větší počet v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních jsou dostupné ve všech formách péče a měly by být poskytnuté pacientovi kdekoliv:

- v domácnosti
- v nemocnici
- v pečovatelském domě
- v denním stacionáři
- v ambulantní péči
- na specializovaném oddělení paliativní péče (MARKOVÁ, 2010)

Mezi zařízení specializované paliativní péče se řadí:

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice – mobilní paliativní péče
- lůžkové hospice
- konziliární týmy paliativní péče
- ambulance paliativní péče
- denní stacionáře
- poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek (MARKOVÁ, 2010)

3.5 Hospic

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyt trval zpravidla několik dní, aby poutníci nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty, vyspali se, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy nebo případné poranění. Hospic byl většinou pod vedením člověka, schopného vést nejen hostinec, ale vyznajícího se v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní technologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána „Hospic“ a poskytovala se tam péče, odpovídající principům sesterské charity, přesto tato iniciativa zůstala bohužel osamocena. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení. To znamená, že se v nich poskytuje nejen péče zdravotnická, ale i „péče“ sociální, jako poradenství a pomoc nejen nemocným, ale i jejím rodinám. Pro přijetí do hospice je indikován pacient:

- ohrožený chorobou na životě
- potřebující paliativní léčbu a péči a současně není nutná hospitalizace v nemocnici
- mající nemožnost nebo nedostatek v péči domácí
- svobodně pro tuto formu péče rozhodnutý (MARKOVÁ, 2010)

V posledních desetiletích doznalo hospicové hnutí velkého rozvoje, a to především díky aktivitě a nasazení se Cecilie Saundersové. „Saundersová zasvětila celý svůj život péči pacientů, trpících pokročilou a progresivní chorobou, a je považována za zakladatelku moderní paliativní péče“ (MUNZAROVÁ, 2005, s. 61). Vybudovala a otevřela první hospic pod jménem Hospic svatého Kryštofa v Londýně v roce 1967. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Po roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospicu i v České republice. Jako první s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná, připravovala hospic v budově bývalé gynekologie v Praze v Rooseveltově ulici. Ale protože se o světovém hospicovém hnutí ještě moc nevědělo, setkal se projekt s nepochopením v různých oblastech a nakonec musel být zrušen. Po roce 1990 v České Republice začala hospicové hnutí propagovat MUDr. Marie Svatošová. V roce 1996 otevřela první český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další pak vznikly v Praze, Brně, Plzni, Ostravě, Olomouci, Rajhradu u Brna, Litoměřicích, Valašském Meziříčí, Mostu, Prachaticích, Chrudimi, Havlíčkově Brodu, dětský hospic v Malejovicích, Zlíně a Čerčanech. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

3.6 Typy hospicové péče

Domácí hospicová péče – lze ji realizovat pouze v případě fungujícího rodinného zázemí. Může být ideální formou péče, protože pacient je v prostředí, které důvěrně zná. Limitujícím faktorem je ovšem dosažitelnost odborné péče a přirozeně též značné zatížení rodiny, jež může vést až k vyčerpání. V takovém případě je vhodné využít další formy hospicové péče. (JANKOVSKÝ, 2003)

Stacionární hospicová péče – spočívá v denních pobytech nemocných v stacionáři. Pacient sem přichází ráno a odpoledne se opět vrací domů. Limitujícím faktorem je vzdálenost bydliště nemocného od stacionáře. Důvodů k pobytu ve stacionáři může být několik, např. diagnostický, psychotherapeutický, léčebný a přirozeně i respitní (odlehčit rodině). (JANKOVSKÝ, 2003)

Lůžková hospicová péče – je zpravidla určena pro krátkodobé a někdy i opakované pobyty nemocných. Rozhodujícím faktorem pro přijetí sem pacientů je jejich momentální zdravotní stav. V případě deficitu volných míst v hospici dává se přednost pacientům, jejichž nemoc povede v brzké době ke smrti. Případná protekce v takovém případě musí být vyloučena. (JANKOVSKÝ, 2003)

3.7 Principy hospicové péče

Principy přístupu v hospicovém zařízení:

- Mám si uvědomovat svou vlastní smrtelnost, abych byla schopná získat lepší vztah k umírajícímu pacientovi a vcítit se do jeho situace.
 - Musím vždy uvažovat o člověku jako o celné bytosti a chápat, že ošetřením jen jeho fyzických obtíží nepomůžu mu natolik, nakolik bych měla.
 - Musím vnímat skutečnost, že přítomnost živého člověka, naplněného soucitem, respektem a láskou, spolu s kvalitní, odpovídající paliativní péčí je pro umírajícího mnohem důležitější, než veškerý medicínský progres dohromady.
- (MUNZAROVÁ, 2005)

4 UMÍRAJÍCÍ PACIENT

„Člověk, nacházející se již ve fázi umírání, nikdy není jen jakýmsi zbytkem biologické materie, s níž už není možno nic dělat“ (MUNZAROVÁ, 2005, s.64). Zůstává osobou, která vždy v jakékoliv situaci vyžaduje důstojný přístup a respekt, i když se nachází ve fázi tzv. „nevléčitelnosti“. Každý člen paliativního týmu by měl mít na vědomí, že i „vítězná“ medicína má své meze. V terminální situaci by neměla být lékařská péče přehnaná, neboť v podobném období představuje pro umírajícího nemocného zátěž, „čistě lékařské“ postupy jsou nedostatečné. (MUNZAROVÁ, 2005)

Péče o umírající pacienty lze rozdělit na:

- *Péči zdravotní* – fyziologické potřeby, jako je přijímání potravy (pozor na dehydrataci), dýchání, vyměšování, udržení a posílení aktivity pacienta, prevence dekubitů, zajištění bezpečnosti pacienta, tišení bolesti.
- *Péči psychologickou* - má zajistit respektování lidské důstojnosti, posilovat pocit bezpečí, verbální i neverbální komunikace.
- *Péči sociální* - silná opora v rodině, mezi blízkými.
- *Péči spirituální* - péče pastýřská, při níž je zapotřebí velkého taktu, neboť je postavena na vzájemné důvěře, otevření se, sdílení a sblížování. Nejde o přesvědčování, ale o doprovázení, je cestou na hlubinu k samé podstatě smyslu života a smrti. (JANKOVSKÝ, 2003)

Časově lze rozdělit péči o umírajícího a zemřelého na období:

- **Pre finem** - péče před umíráním, kdy je zapotřebí uchránit nemocného zejména před „sociální smrtí“. Je zde prostor i pro případné sepsání závěti.
- **In finem** - péče v době vlastního umírání, během terminálního stavu. Péče v této fázi by měla být taktná, ohleduplná, empatická. Probíhá tak, že u nemocného se objeví euforie, kdy se mu značně uleví, znova projevuje zájem, aktivně komunikuje nebo pokouší, věří, že se uzdraví, věří v budoucnost. Pak ale přichází smrtelné kóma.

- **Post finem** - péče o mrtvé tělo, sdělení informace pozůstalým, zařizování pohřbu, podpora a pomoc pozůstalým. Mrtvé tělo si zaslouží úctu a pietní zacházení. (JANKOVSKÝ, 2003)

4.1 Potřeby umírajícího pacienta

Slovo *potřeba* má několik významů – jednak je to „...stav, ve kterém je něco žádoucí, nebo nutné“ (MARKOVÁ, 2010, s. 11). Pak je to také „žádoucnost něčeho“ – někdo má potřebu se pobavit, jiný potřebu číst... Pod pojem potřeba se také zahrnují touhy a přání. „Svou roli hraje také zaměření té či oné potřeby – něco potřebujeme k přežití, něco víc ke kvalitnímu životu a možná ještě něco víc k tomu, abychom mohli dobře zemřít?“ (MARKOVÁ, 2010, s. 11) Je samozřejmě, že terminálně nemocný očekává, že nezůstane při umírání sám a že jej na posledním úseku životní cesty bude někdo doprovázet. (MARKOVÁ, 2010)

Potřeby umírajícího člověka je třeba saturovat ve čtyřech základních oblastech, a to v biologické, psychologické, sociální a spirituální. Většinou jsou prioritou potřeby biologické, ovšem s blížícím se koncem mohou začít dominovat potřeby spirituální. (MARKOVÁ, 2010)

- *Potřeba zůstat sám sebou* - každý člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, sestra by se měla zajímat o osobnost svého pacienta, o jeho hodnoty, měla by ho citlivě vnímat, naslouchat bez vynášení soudů.
- *Potřeba splnit svůj úkol* - může být často velkým povzbuzením, přestože pacient momentálně leží v nemocnici.
- *Potřeba rozhodovat o sobě* - souvisí s lidskou vůlí, je základním lidským právem. Pacient má až do poslední chvíle právo a potřebu rozhodovat o své léčbě, o tom, kde bude trávit své poslední dny, s kým se bude trávit čas, co bude, či nebude jíst a pít.
- *Potřeba plakat* - budoucnost se jeví jako něco ohraničeného a brzy se končí.
- *Potřeba mít pravdivé informace* - každý pacient potřebuje mít dostatek informací o svém zdravotním stavu a osudu, aby mohl svobodně rozhodovat.

- *Potřeba být rodinou* - umírající a jeho rodina jsou patři navzájem. Tým, který paliativní péči poskytuje, by měl udělat maximum pro to, aby mohli co nejvíc času trávit společně. (MARKOVÁ, 2010)

4.2 Komunikace s umírajícím pacientem

Slovo **komunikace** pochází svým původem z latinského slova „*communicare*“, jehož význam je „dělat něco společně, radit se, vyjednávat nebo chatovat“. (JANKOVSKÝ, 2003)

„Cílem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 96). Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má nesmírně velký přínos při ošetrovatelských zásazích a při realizaci všech kroků ošetrovatelského procesu. Účinná komunikace je základem vztahu sestry - pacient. (ARANDA, 2005)

Etickou péčí o umírající nelze oddělit od komunikace s umírajícím, protože právě ona je projevem morální péče.

- Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal a aby byla zachována jeho důstojnost.
- Umírající člověk je stále žijícím člověkem, který potřebuje blízkost lidí a komunikace s nimi, i když to někdy bývá možné jen očima a gesty.
- Každý člověk má právo na informaci o svém zdravotním stavu.
- Pro vyrovnání se s osudem umírající nemocný potřebuje vyjádření psychické podpory, což vyžaduje od personálu rozvinutou schopnost empatii.
- Pocit pohody, podpory a sounáležitosti pomáhá pacientovi zůstat se v klidu a pohodě i při vykonávání biologických potřeb, na což bývají pacienti často velice citlivé.
- Uklidňující slova, dotek, podání ruky pomohou potlačit strach z osamocení a přibližující se smrti a usnadní přechod do bezvědomí. (ARANDA, 2005)

Komunikace dělíme na *verbální* a *neverbální*.

Verbální komunikace (lat. „*verbum*“ - slovo) - komunikace prostřednictvím jazyka a řeči. (POKORNÁ, 2008)

Charakteristické rysy verbální komunikace:

- užívá řeč, tvořenou hláskami, slovy a větami
- je vázána na určitý jazyk
- slova jsou symboly, mají více méně stálý a určitý význam (POKORNÁ, 2008)

Z hlediska výkonu pomáhajících profesí má mimořádný význam **neverbální komunikace**, neboť podstatnou část informací v styku s umírajícím pacientem získáváme právě díky ní.

Neverbální komunikace je velmi cenným zdrojem poznání skutečného psychického stavu umírajícího nemocného. Je zapotřebí dbát na to, aby verbální informace byla v souladu s informacemi sdělovanými prostřednictvím neverbálních komunikačních kanálů. (JANKOVSKÝ, 2003)

Neverbální komunikace se dále dělí na:

- *Proxemiku* - věda o podvědomém členění vlastního prostoru s následným dodržováním hranic.
- *Teritorialitu* – komunikace prostřednictvím území.
- *Mimiku* - komunikace prostřednictvím svalů obličeje.
- *Gestiku* - pohyby rukou.
- *Haptiku* - komunikace prostřednictvím doteků.
- *Posturiku* - „řeč“ fyzických postojů.
- *Kineziku* - pohyby rukou, nohou, jednotlivých částí těla, případně celého těla.
- *Viziku* – kontakt očí, vzájemné pohledy.
- *Chronemiku* – vyjadřování a užívání času vůči jiným lidem.
- *Paralingvistiku* – síla, intenzita, zabarvení, intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči. (POKORNÁ, 2008)

Velmi často se sestra setkává ve své práci s potřebou použít techniku *terapeutické komunikace*, pro kterou jsou charakteristické: atmosféra důvěry, porozumění a empatie. Tato komunikační technika napomáhá pacientovi v překonávání stresu a psychologických překážek. Mezi metody terapeutické komunikace zejména patří:

- Pozorný poslech – je zásadou, že sestra odpovídá pacientovi záměrně, aktivní naslouchání, které jako každý aktivní proces vyžaduje energii a koncentraci.
- Objasňování – udělat tak, aby zpráva byla pro pacienta srozumitelnou (nepoužíváme slova, kterým pacient nerozumí!).
- Konkrétnost a informovanost – když odpovídáme na otázky umírajícího pacienta, měly bychom se vyjadřovat konkrétně, opatrně a poučeně.
- Využívání ticha – jsme trpělivy v okamžiku, kdy pacient potřebuje pauzu nebo mlčení. Shrnutí – shrnutí hlavních myšlenek diskuse, které může sloužit jako úvod k plánování další péče. (BOROŇOVÁ, 2010)

Mezi faktory, které omezují komunikaci, patří:

- „distancování se“ od pacienta (např. když se zdravotníci postaví ke vzdálené části lůžka nebo se při vizitě vyhýbají určitým pacientům)
- Ignorování emocionálních projevů pacienta (například pláče)
- Poskytování falešné naděje nebo nesouhlas s obrannými mechanismy pacienta (potlačení)
- Změna v tématu rozhovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony
- Soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy
- Neschopnost rozpoznat problém
- Nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají
- Nedostatek diagnostických dovedností (ARANDA, 2005)

4.3 Známky smrti

Smrt vždy konstatuje lékař, kdy u pacienta nejsou známky srdeční činnosti a když se zjistí marnost resuscitačních pokusů. O biologické smrti se mluví, když nastane nenávratné poškození mozku. (MAČÁK, 2004)

Známky smrti dělíme na *nejisté* (různá stadia klinické smrti, jako zástava srdce, respiračních funkcí, vyhasnutí zornicových a rohovkových reflexů) a *jisté* (fyzikální a chemické). (MAČÁK, 2004)

Fyzikální známky:

- Posmrtná bledost - zemřelý má nápadně bledou kůži, kapiláry se kontrahují. Krev stéka na místa, která jsou nejbližší k zemi.
- Posmrtné skvrny - namodralou barvu mají ty části těla, která jsou pod tlakem. Ležící pacient má skvrny na zádech, hýždích, zadních částí horních a dolních končetin. U člověka, který zemřel na boku, mývá skvrny na boční ploše těla.
- Posmrtné chladnutí těla - závisí na vyhasnutí metabolické činnosti. Tělo má teplotu zevního prostředí. (MAČÁK, 2004)

Chemické známky:

- Posmrtné tuhnutí těla - přibližně za 2 hodiny po smrti nastává u zemřelého tuhnutí svalů, nejdříve obličejových, dále svalů horních končetin a naposledy dolních končetin. Do 3-4 dnů svalová ztuhlost vymizí.
- Posmrtný rozklad - dochází k autolýze (samonatravení vlastními enzymy) a hnilobě (rozklad bílkovin účinkem hnilobných mikrobů).
- Posmrtné srážení krve - krev neproudí v cévách, usazuje se a sráží. (MAČÁK, 2004)

4.4 Péče Post Finem

Při každém úmrtí pacienta je povinností ošetřujícího personálu přivolat lékaře, který provede prohlídku mrtvého a konstatuje smrt. Následně vyplňuje tři formuláře: list o prohlídce mrtvého, průvodní list ke klinické pitvě, oznámení o úmrtí, které se odesílá pozůstalým (je možné nahlásit i telefonicky). (MLÝNKOVÁ, 2010)

Samotná péče o mrtvé tělo zahrnuje následující kroky:

- Zaznamenání do dokumentace zemřelého přesný čas úmrtí a prohlídky těla lékařem
- Odhlášení zemřelého ze stravování a ze stavu nemocných
- Je důležité poprosit ostatní nemocné, ležící v pokoje, opustit ho, aby byla zachována soukromí při práci
- Důstojná, šetrná, úctyplná péče o tělo
- Odstranění postelního prádla, oděvu zemřelého
- Odstranění veškerých drénů, katétrů, kanyl, popřípadě protézů, náhrad
- Provedení hygieny mrtvého těla
- Označení mrtvého těla (na stehno zemřelého se napíše lihovou fixou jméno, datum narození, rodné číslo, čas úmrtí, bydliště, zařízení, kde zemřel, číslo chorobopisu. Stejné údaje jsou i na cedulce, která se připevňuje na palec nohy.)
- Zajištění odvozu mrtvého těla
- Důkladná dezinfekce lůžkovin, lůžka, nočního stolku a úklid pomůcek
- Soupis pozůstalosti, dokumentování do Knihy pozůstalosti, vypisuje se v kopii, veškerou pozůstalost sepisují dvě osoby, které ji podepisují
- Předání pozůstalostí předává všeobecná sestra pozůstalým po předložení občanského průkazu (MLÝNKOVÁ, 2010)

5 PERSONÁL A UMÍRAJÍCÍ PACIENT

Člověk, který si vybral povolání zdravotníku, musí být připraven k tomu, že se může setkat s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým vyžaduje od takových lidí určité osobnostní dispozice, odpovídající úroveň vzdělání, ochota se vzdělávat dál, a určitě i přinášet oběti. Nelze úspěšně vykonávat podobné povolání, pokud vykonávající osoba nerespektuje určité etické zásady, jako sílu charakteru, mravní čistotu, odpovědnost vůči vyššímu mravnímu řádu. Avšak pro některé pracovníky, zejména mladší, mohou tyto náročné požadavky představovat nepřiměřenou zátěž, která spolu s psychickou, emocionální a fyzickou náročností takového povolání může vést k naprostému vyčerpání, vyhaslosti, vyhoření. (JANKOVSKÝ, 2003)

Nejtěžší stupeň na cestě k dobré, kvalitní péči o umírajícího pacienta je uvědomění si, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další léčebné metody, prostředky, nástroje nepovedou k uzdravení pacienta. Tato myšlenka je bolestná nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale i pro ošetřujícího lékaře a pečující zdravotnický personál. Uvědomit si tuto náročnost a vyrovnat se s ní vyžaduje od zdravotníka sílu charakteru a ochotu toto povolání vykonávat, nehledě na velkou všestrannou zátěž. (MARKOVÁ, 2010)

5.1 Sestra a tým v paliativní péči

Sestra v paliativní péči potřebuje pracovat v týmu, který soustředí veškeré síly ke stejnému cíli, kterým je kvalitní péče nejen o umírajícího, ale i jeho rodinu, zmiřňování celkového utrpení nemocného. Takový tým je vždy multidisciplinární a patří do něho samozřejmě i pacient a jeho rodina. Pacient by měl vždy mít rozhodující slovo při plánování a poskytování léčby, péče a dalších intervencích. Pouze v takovém týmu se zachovává pacientova důstojnost a veškeré obtíže se řeší individuálně. Komunikace mezi členy týmu musí být partnerská, respektující, nybrž každý je důležitý. (MARKOVÁ, 2010)

Pacientovo prožití poslední fáze života je ovlivněno těmi, kteří poskytují paliativní léčbu a péče. Pacient se dostává do styku s poměrně velkým množstvím

pracovníků. Ke zlepšení kvality péče o pacienta v terminálním stavu by přispělo, kdyby všechny tyto prvky byly ve spolupráci, součinnosti, respektovány se navzájem. (THEOVÁ, 2007)

Složení multidisciplinárního týmu:

- lékaři, specializované v oboru paliativní medicína, a další odbornosti dle aktuálního stavu pacienta
- zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti
- sociální pracovník
- psycholog
- fyzioterapeut
- nutriční specialista
- pastorační pracovník (MARKOVÁ, 2010)

5.2 Úkoly sestry v paliativní péči

Kvalitní ošetrovatelská péče je založena na holistickém přístupu sestry k pacientu, kterého musíme chápat jako nedílnou biopsychosociální a duchovní jednotu. Holistický přístup předpokládá systematické uspokojování všech potřeb pacientů, neboť všechny potřeby úzce spolusouvisejí. Vytvoření individuálního plánu ošetrovatelské péče, empatického přístupu by měly být samozřejmostí a patří do hlavních úkolů zdravotní sestry. (MLÝNKOVÁ, 2010)

Zásady kvalitní paliativní péči:

- sestra by vždy měla jednat opravdově
- respektovat přání nemocného
- věnovat každému pacientovi dostatek času
- naslouchat a nechat pacienta mluvit, pokud chce (MARKOVÁ, 2010)

Hlavní úkoly sestry při péči o umírajícího pacienta:

- snážit se o eliminování strachu a úzkosti u pacienta

- zachovávat pacientův pocit důstojnosti a jistoty
- pomáhat při zvládání a akceptování nelehké situace
- povzbuzovat jeho naději, ale nepřehánět
- poskytnout emoční podporu nemocnému a jeho rodině (MARKOVÁ, 2010)

Klíčové kompetence v péči o umírajícího pacienta:

- **posuzování** - sestra sbírá veškeré potřebné informace o pacientovi
- **ošetřovatelská diagnóza** - klinický závěr na základě posuzovací fáze
- **plánování** - sestra vytvoří adekvátní ošetřovatelský plán na základě posuzování pacientových potřeb a ošetřovatelských diagnóz
- **realizace** - důraz se kladé na znalost a dodržování standardů, dosažení žádoucích výsledků
- **vyhodnocení** - sestra hodnotí postupy a kroky vedoucí ke splnění ošetřovatelského plánu, monitoruje adekvátnost péče a podle potřeby mění ošetřovatelský plán, následně vyplňuje ošetřovatelskou dokumentaci (BOROŇOVÁ, 2010)

5.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření projevuje se celým souborem příznaků, které se zpravidla projevují zejména u angažovaných zdravotníků tím, že ztrácejí radost a nadšení z práce, energie potřebnou pro výkon zdravotnického povolání. Člověk postupně pocítí uje frustrace, ztrácí důvěru vůči sobě a ostatním, stává se apatický, depresivní, předrážděný a celkově vyčerpaný. (MLÝNKOVÁ, 2010)

Příčinou takového vyčerpání může být jakákoliv pracovní zátěž, ať je to fyzická zátěž nebo emocionální. Typickým příznakem vyhoření je skutečnost, že člověk vidí převážně negativní aspekty. Prožívá pocit meněcennosti, zbytečnosti, fyzické a mentální vyčerpání, ale vše je v úzké souvislosti s chronickou zátěží, která se velmi často objevuje tam, kde se pracuje s lidmi a pro lidi. (MLÝNKOVÁ, 2010)

Charakteristickými rysy syndromu vyhoření jsou:

- prožívání vyčerpání
- zvláště u profesí, kde je podstatou práce s lidmi a závislost na jejich hodnocení
- řada symptomů v oblasti fyzické, psychické a sociální
- emoční vyčerpání, mentální vyčerpání, celková únava
- všechny hlavní složky tohoto syndromu vyplývají z chronického stresu (MLÝNKOVÁ, 2010)

5.4 Projevy syndromu vyhoření

Povolání zdravotní sestry je jedním ze zaměstnání, které je zejména exponováno syndromu vyhoření. Velice vysoké nároky, požadavky, zejména když jsou nečekané, neobvyklé nebo na srubé straně monotónní - to všechno je v těsné souvislosti s vyčerpáním. Navíc se k nim ještě přidružují rutinní každodenní povinnosti každého z nás, péče o rodinu, apod. (MLÝNKOVÁ, 2010)

Postupně se ztrácí síla takové množství nároků zvládnout a zároveň se ztrácí i chuť to vůbec zvládat. Objeví se lhostejnost k životu, práci, rodině, koníčkům. Přichází syndrom vyhoření. „Je definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, emocionálního a duševního vyčerpání způsobený dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné“ (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 41). Nejčastěji se s tím setkávají nejnaděšenější lidé, mající velké očekávání, nejvyšší motivaci, vidící práci jako smysl života. (MLÝNKOVÁ, 2010)

Projevy vyhoření ve vztahu k pacientovi:

- ztráta pozitivních emocí
- nepřátelské jednání
- vykonávání u pacientů pouze toho, co je nezbytné, nezájem o vyhledávání potřeb
- pacient vadí i svou přítomností (JANKOVSKÝ, 2003)

Tělesné projevy:

- celková slabost a vypětí
- zvýšená náchylnost k nejrůznějším onemocněním, úrazům a selháním
- bolesti hlavy, zad
- celková únava a poruchy spánku
- narušené stravovací návyky (nechutenství nebo naopak)
- kousání nehtů, skřípání zubů
- hrbení se, popotahování se za vlasy nebo končetiny
- časté odkašlávání
- opakované „překládání“ nohy přes nohu (JANKOVSKÝ, 2003)

Emocionální projevy:

- pocit bezmoci a beznaděje
- podrážděnost, špatná nálada
- pocit nedostatku energie (JANKOVSKÝ, 2003)

Mentální projevy:

- negativní postoj k sobě, okolí a práci
- nedostatek lidskosti, uzavřenost
- všímání ostatních lidí, zejména pacientů jako hlavní příčinu vlastních problémů
- myšlenky s děsivým obsahem (JANKOVSKÝ, 2003)

EMPIRICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem průzkumné části této bakalářské práce je zjistit míru informovanosti všeobecných sester a zdravotnických asistentů se středním odborným vzděláním, všeobecných sester s vyšším odborným vzděláním, všeobecných sester s vysokoškolským vzděláním o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta. Po prostudování odborné literatury jsme stanovili následující průzkumný problém, cíle a průzkumné otázky. Dle platné legislativní normy zákona č. 96/2004 pod pojmem sestra dále nerozlišujeme sestry se středním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

6.1 Průzkumný problém

Jaká je informovanost sester o etických zásadách v péči o umírajícího pacienta?

6.2 Cíl průzkumného šetření

Hlavní cíl Zjistit, jaká je informovanost sester a zdravotnických asistentů o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta.

Vedlejší cíl 1 Zjistit, zda sestry a zdravotničtí asistenti mají znalosti o umírání a paliativní péči.

Vedlejší cíl 2 Zjistit, zda sestry a zdravotničtí asistenti jsou dostatečně proškolené v péči o umírajícího pacienta a zda mají zájem se dál v této oblasti vzdělávat.

6.3 Průzkumné otázky

Průzkumná otázka 1 Má více než polovina sester a zdravotnických asistentů znalosti o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta?

Průzkumná otázka 2 Zná více než polovina sester a zdravotnických asistentů jak se má pečovat o umírajícího pacienta?

Průzkumná otázka 3 Je více než polovina sester a zdravotnických asistentů dostatečně proškolená v péči o umírajícího pacienta a má zájem se dál v této oblasti vzdělávat?

6.4 Metodika průzkumu

Pro průzkum jsme si zvolili metodu nestandardizovaného dotazníku. Informace se získávají pomocí nepřímého dotazování respondentů. Dotazník obsahuje 20 uzavřených položek zpracovaných na základě předem stanovených cílů a hypotéz. Své odpovědi respondenti zaznamenávají přímo do dotazníku zakroužkováním. Jako průzkumnou techniku jsme použili nestandardizovaný dotazník (viz příloha A).

Dotazníků bylo rozdáno 64. Návratnost dotazníků byla 60, což představuje 93,75 %.

Hlavní cíl průzkumu: Zjistit, jaká je informovanost sester a zdravotnických asistentů o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta byl ověřován otázkami č. 5, 6, 7, 8, 11, 12 a 13.

Vedlejší cíl 1: Zjistit, zda sestry a zdravotničtí asistenti mají znalosti o umírání a paliativní péči byl ověřován otázkami č. 9, 10, 14, 15 a 16.

Vedlejší cíl 2: Zjistit, zda sestry a zdravotničtí asistenti jsou dostatečně proškolené v péči o umírajícího pacienta a zda mají zájem se dál v této oblasti vzdělávat byl ověřován otázkami č. 17, 18, 19 a 20.

Na demografické údaje byly zaměřené otázky č. 1, 2, 3 a 4.

Zpracování získaných dat bylo vyhotoveno prostřednictvím aplikace Microsoft Office Excel 2007.

6.5 Charakteristika průzkumného souboru

Cílovou skupinou průzkumného šetření jsou sestry a zdravotničtí asistenti se středním odborným a vyšším odborným vzděláním, všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním, pracující na onkologickém, neurologickém a interním oddělení nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

6.6 Harmonogram průzkumu

10.11.2012 jsme si vytvořili vlastní dotazník.

30.11.2012 jsme dotazníky rozdali cílové skupině.

V období od 30.11.2012 do 14.12.2012 jsme čekali na výsledky.

V období od 17.12.2012 do 21.12.2012 jsme provedli analýzu dat.

6.7 Sběr dat

Oslovili jsme vedení nemocnicí Rudolfa a Stefanie Benešov a.s. a zkoumanou skupinu pracovníků. Následně jsme provedli diseminaci.

7 VYHODNOCENÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

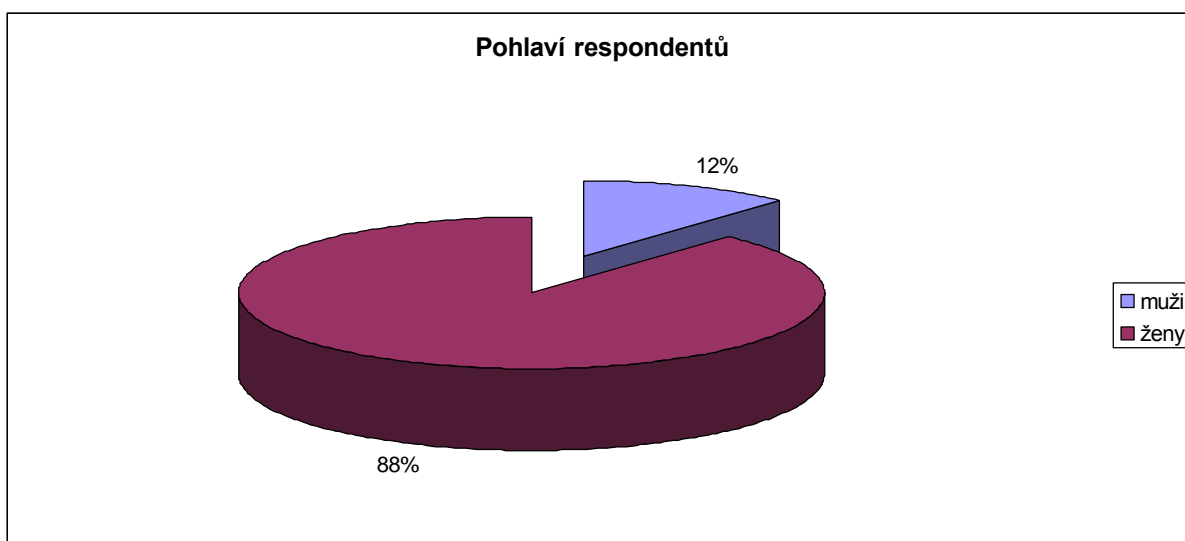
Získané informace jsme seřadili do tabulek a slovně vyhodnotili. Pro lepší znázornění jsme vyhodnocení doplnili grafy. Výsledky uvádíme v celých číslech, které znamenají počet respondentů, kteří si danou odpověď vybrali.

Položka č.1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka č.1 – Pohlaví respondentů

pohlaví respondentů	počet	v %
muži	7	12 %
ženy	53	88 %
celkem	60	100 %

Graf č.1 – Pohlaví respondentů



Popis grafu:

Průzkumu se zúčastnilo 88% žen a 12% mužů, což ukazuje velkou převahu žen na těchto odděleních. Celkem se zúčastnilo 60 respondentů.

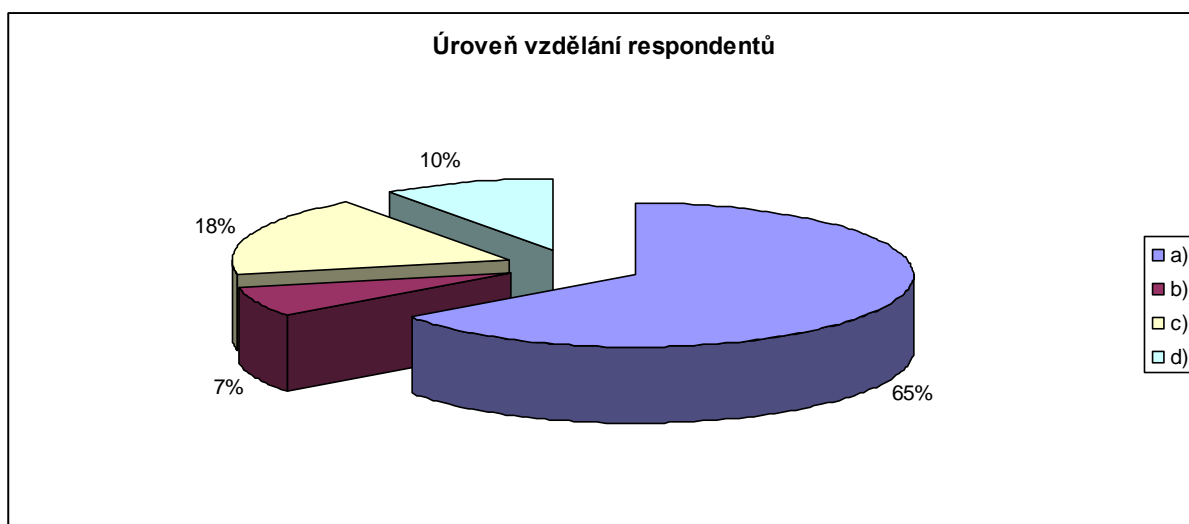
Položka č.2: Jaká je vaše úroveň vzdělání?

Tabulka č.2 – Úroveň vzdělání respondentů

vzdělání respondentů	počet	v %
* a)	39	65 %
b)	4	7 %
c)	11	18 %
d)	6	10 %

- * a) střední odborné zdravotnické vzdělání (všeobecná sestra)
- b) střední odborné zdravotnické vzdělání (zdravotnický asistent)
- c) vyšší odborné zdravotnické vzdělání
- d) vysokoškolské vzdělání ve zdravotnickém oboru

Graf č.2 – Úroveň vzdělání respondentů



Popis grafu:

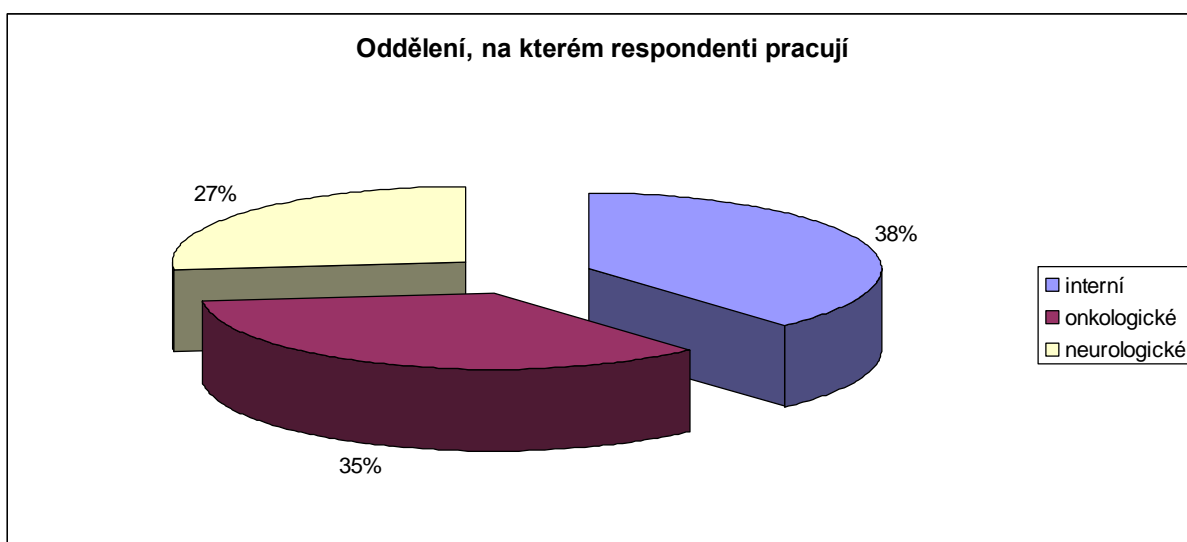
65 % respondentů má střední zdravotnické vzdělání v oboru všeobecná sestra, 18 % má vyšší odborné zdravotnické vzdělání, 10 % dotazovaných má vysokoškolské vzdělání v zdravotnickém oboru a 7 % má střední zdravotnické vzdělání v oboru zdravotnický asistent.

Položka č.3: Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č.3 – Oddělení, na kterém respondenti pracují

název oddělení	počet	v %
interní oddělení	23	38 %
onkologické oddělení	21	35 %
neurologické oddělení	16	27 %

Graf č.3 – Oddělení, na kterém respondenti pracují



Popis grafu:

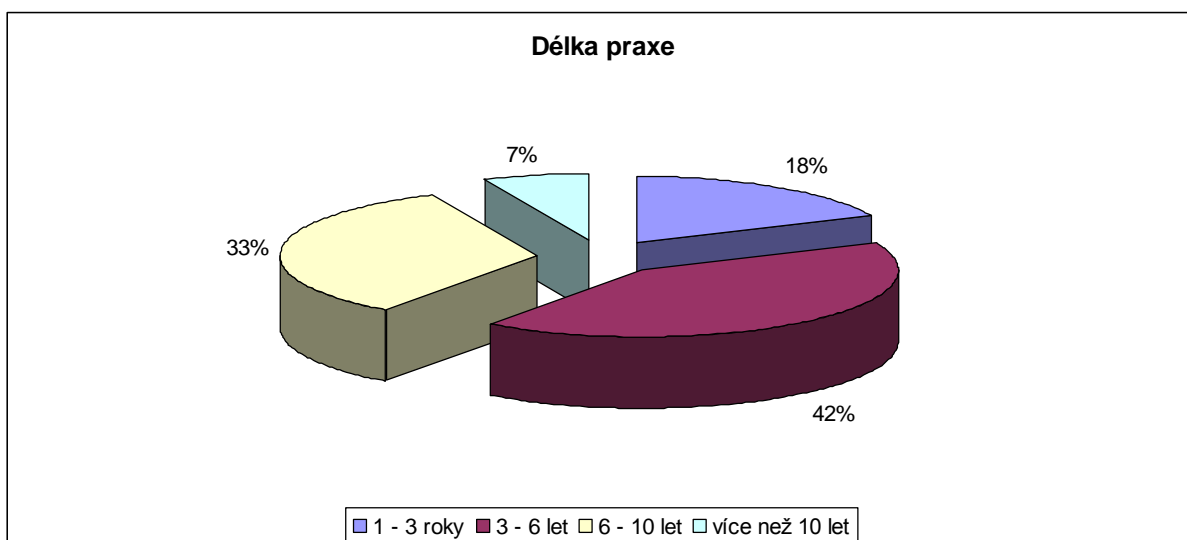
38 % dotazovaných respondentů pracují na interním oddělení, 35 % pracují na onkologickém oddělení a 27 % respondentů pracují na neurologickém oddělení.

Položka č.4: Jak dlouho pracujete?

Tabulka č.4 – Délka praxe

délka praxe	počet	v %
1 - 3 roky	11	18 %
3 - 6 let	25	42 %
6 - 10 let	20	33 %
více než 10 let	4	7 %

Graf č.4 – Délka praxe



Popis grafu:

18 % respondentů má délku praxe 1 - 3 roky, většina respondentů (42 %) pracuje na oddělení 3 - 6 let, 33 % dotazovaných vykonávají své povolání 6 - 10 let a nejmenší část dotazovaných (7 %) pracuje více než 10 let.

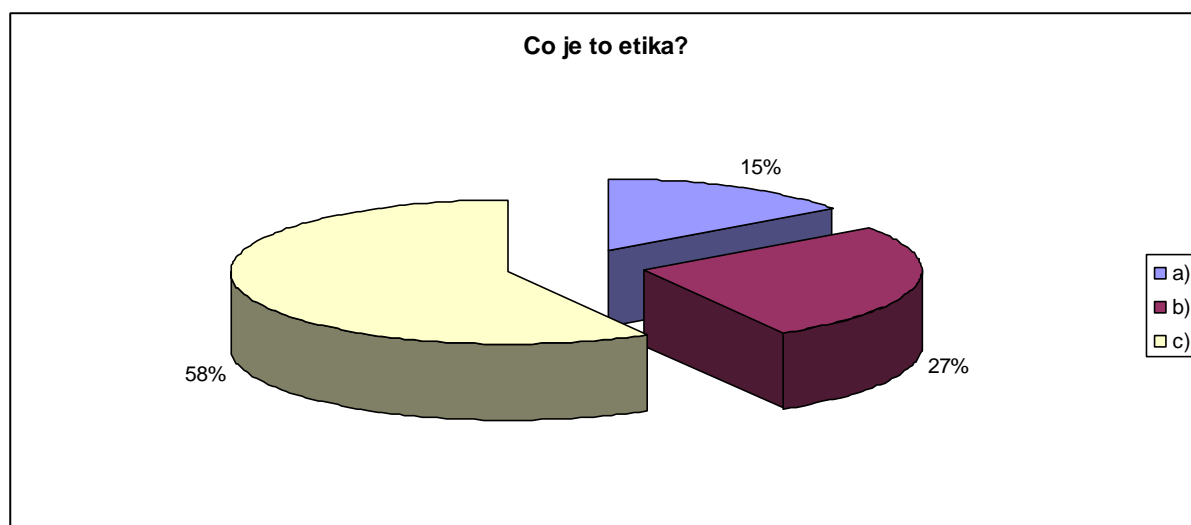
Položka č.5: Etika z Vašeho pohledu se zabývá...

Tabulka č.5 – Co je to etika?

odpověď	počet	v %
* a)	9	15 %
b)	16	27 %
c)	35	58 %

- * a) racionálním a kritickým zkoumáním světa a člověka
- b) podstatou a strukturou výchovy a vzdělávání člověka
- c) správným jednáním v lidské společnosti

Graf č.5 – Co je to etika?



Popis grafu:

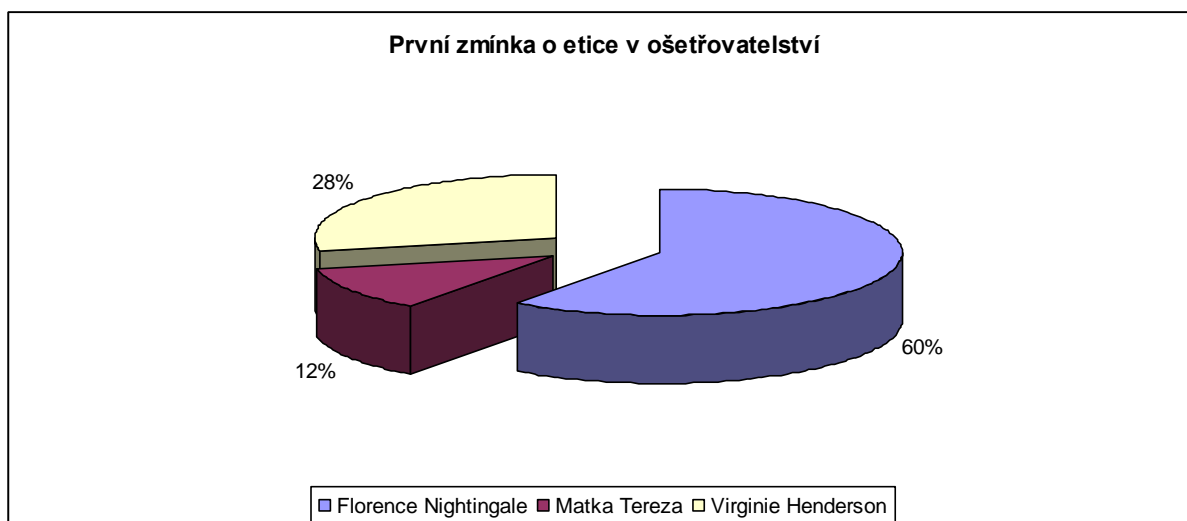
15 % respondentů se domnívá, že etika je racionálním a kritickým zkoumáním světa a člověka, 27 % označilo etiku jako podstatu a strukturu výchovy a vzdělávání člověka, 58 % respondentů vybralo odpověď c) správné jednání v lidské společnosti.

Položka č.6: Kdo se poprvé zmínil o etických přístupech v ošetřovatelství?

Tabulka č.6 – První zmínka o etice v ošetřovatelství

odpověď	počet	v %
Florence Nightingale	36	60 %
Matka Tereza	7	12 %
Virginie Henderson	17	28 %

Graf č.6 – První zmínka o etice v ošetřovatelství



Popis grafu:

60 % dotazovaných se domnívají, že o etických přístupech v ošetřovatelství se poprvé zmínila Florence Nightingale, 12 % považují za průkopnice v této oblasti Matku Terezu, 28 % se přiklonilo k Virginii Henderson.

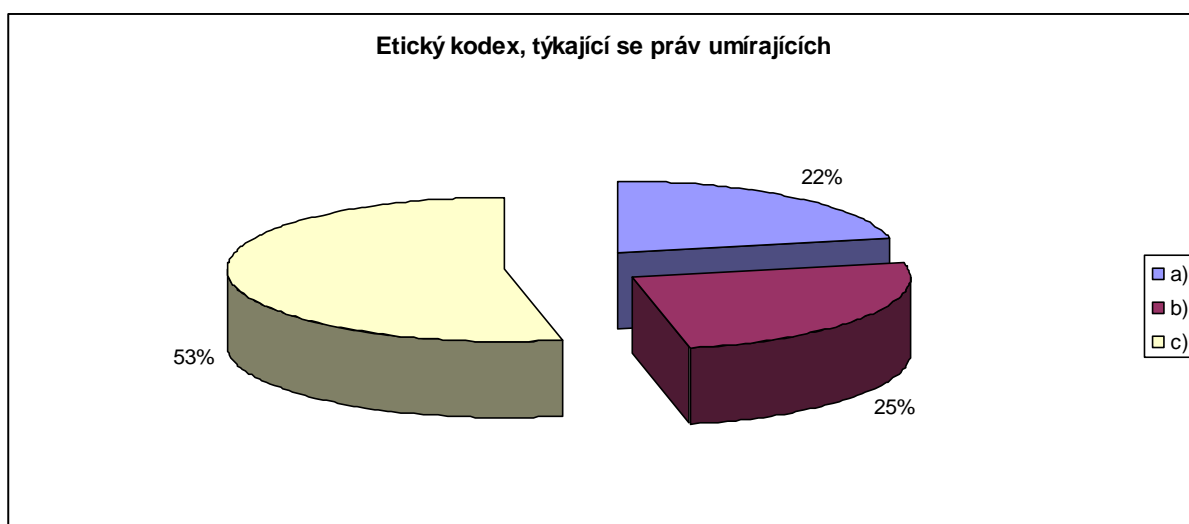
Položka č.7: Jak se nazývá etický kodex, týkající se práv umírajících pacientů?

Tabulka č.7 – Etický kodex, týkající se práv umírajících

odpověď	počet	v %
* a)	13	22 %
b)	15	25 %
c)	32	53 %

- * a) etický kodex práv umírajících pacientů
b) práva umírajícího pacienta
c) charta práv umírajících pacientů

Graf č.7 – Etický kodex, týkající se práv umírajících



Popis grafu:

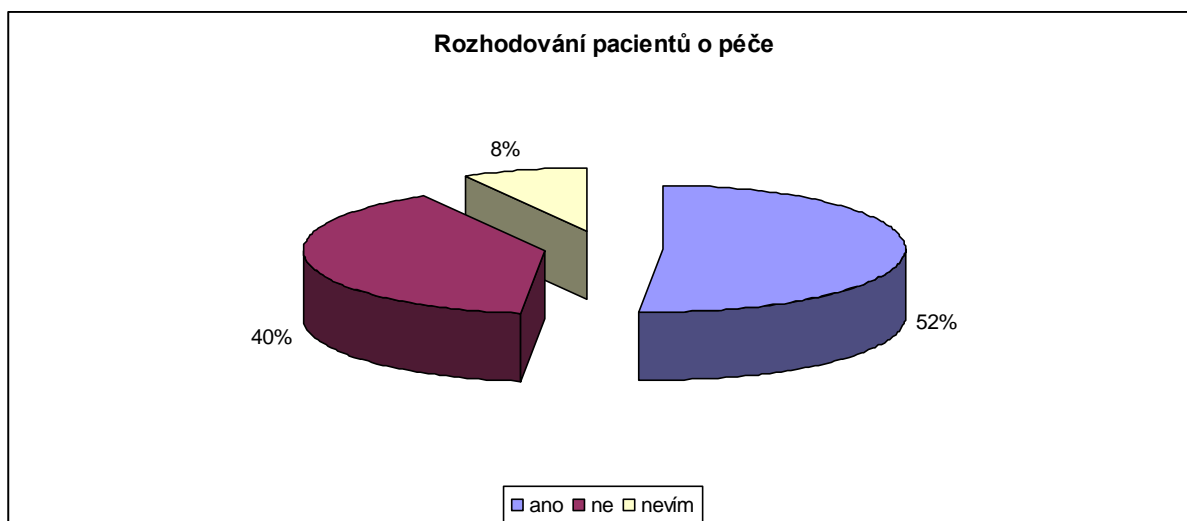
22 % respondentů považuje etický kodex práv umírajících pacientů za správnou odpověď, 25 % dotazovaných vybralo odpověď „práva umírajícího pacienta“ a 53 % si myslí, že odpověď „charta práv umírajících pacientů“ je správná.

Položka č.8: Mohou-li, podle Vašeho názoru, umírající pacienti podílet se na rozhodování týkající se péče o něj?

Tabulka č.8 – Rozhodování pacientů o péče

odpověď	počet	v %
ano	31	52 %
ne	24	40 %
nevím	5	8 %

Graf č.8 – Rozhodování pacientů o péče



Popis grafu:

52 % respondentů je přesvědčeno, že umírající pacienti by měli podílet se na rozhodování ohledně péče o něj, 40 % zvolilo odpověď ne, 8 % neví, jestli by mohli umírající pacienti spolurozhodovat o péče.

Položka č.9: Co považujete za paliativní péči?

Tabulka č.9 – Co je to paliativní péče?

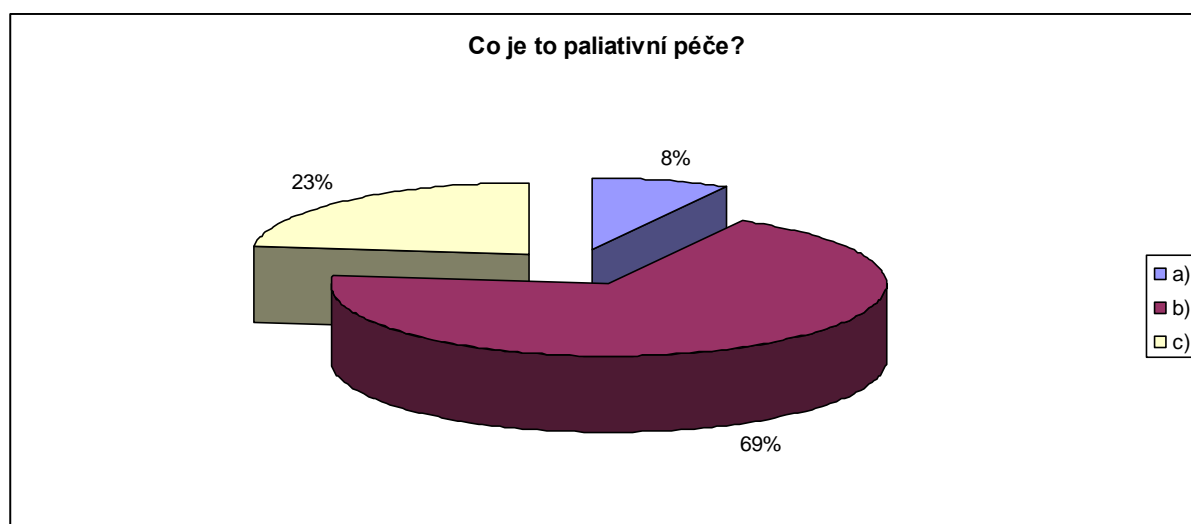
odpověď	počet	v %
* a)	5	8 %
b)	41	69 %
c)	14	23 %

* a) individuální péči o pacienta, "každý pacient má vlastní sestru"

b) lékařský a ošetrovatelský systém péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu

c) péči výhradně o mrtvé tělo, administrativní záležitosti, pozůstalost

Graf č.9 – Co je to paliativní péče?



Popis grafu:

8 % dotazovaných si myslí, že paliativní péče je individuální péči o pacienta, většina (69 %) se ale přiklonilo k tomu, že paliativní péče je lékařským a ošetrovatelským systemém péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu, 23 % respondentů označilo odpověď c) péči výhradně o mrtvé tělo, administrativní záležitosti, pozůstalost za správnou.

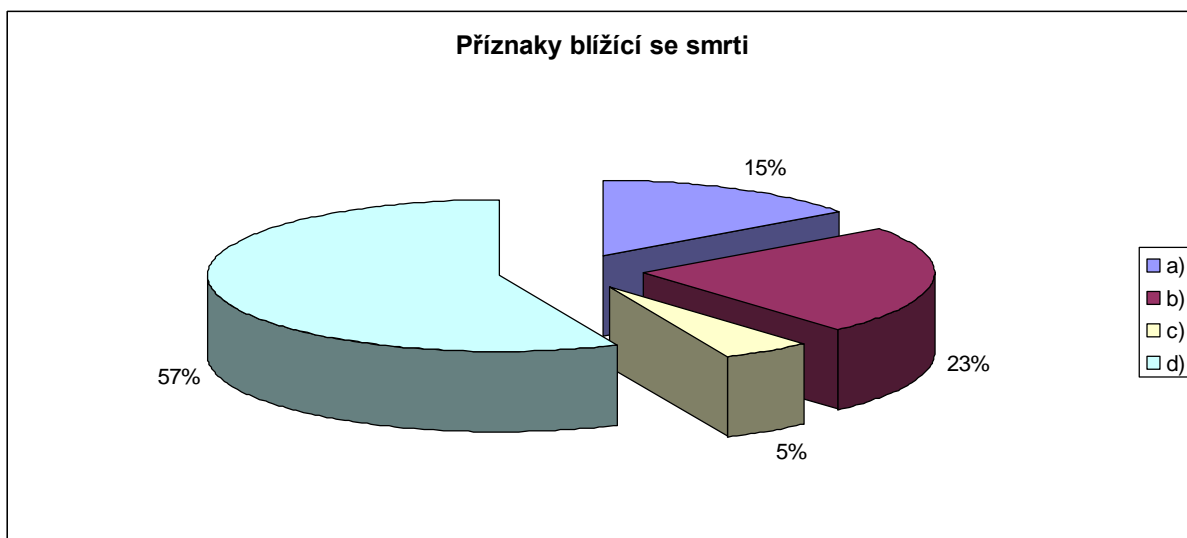
Položka č.10: Co byste zařadil(a) mezi příznaky blížící se smrti?

Tabulka č.10 – Příznaky blížící se smrti

odpověď	počet	v %
* a)	9	15 %
b)	14	23 %
c)	3	5 %
d)	34	57 %

- * a) celková slabost a únava, bolesti hlavy, ztráta chutí na jídlo a pití, vysoký tlak
b) ztráta chutí na jídlo a pití, nepravidelné dýchání, snížení močení, porucha paměti
c) ochrnutí poloviny těla, poruchy zraku, snížení močení, nepravidelné dýchání
d) celková slabost a únava, ztráta chutí na jídlo a pití, snížení močení, nepravidelné dýchání

Graf č.10 – Příznaky blížící se smrti



Popis grafu:

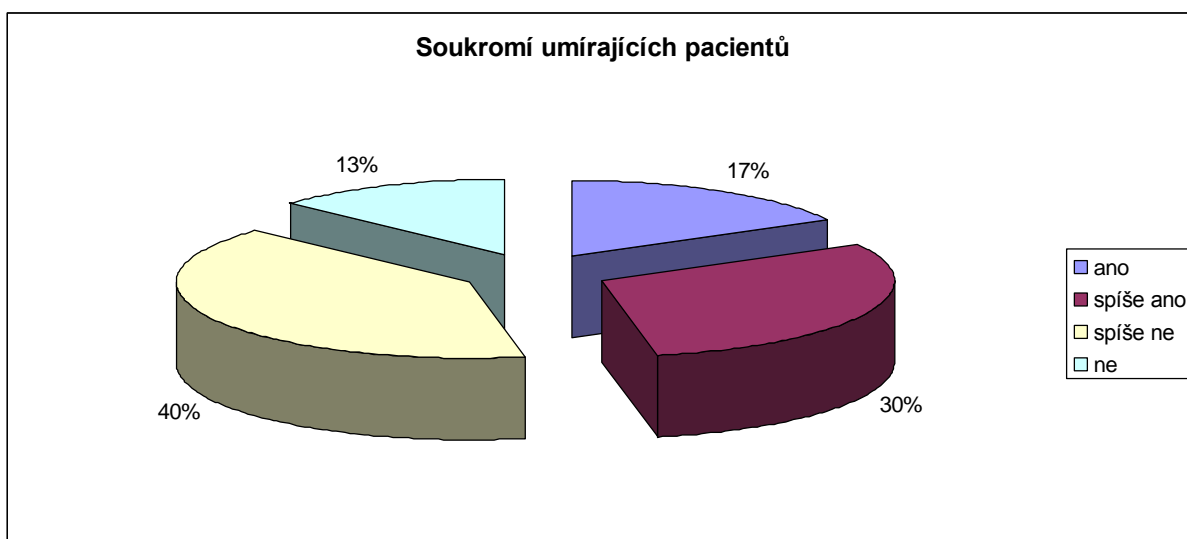
15 % respondentů řadí k příznakům blížící se smrti celkovou slabost a únavu, bolesti hlavy, ztrátu chutí na jídlo a pití a vysoký tlak, 23 % dotazovaných uvádí ztrátu chutí na jídlo a pití, nepravidelné dýchání, snížení močení a poruchu paměti, 5 % si myslí, že k příznakům blížící se smrti patří ochrnutí poloviny těla, poruchy zraku, snížení močení a nepravidelné dýchání, 57 % se přiklonilo k odpovědi d) celková slabost a únava, ztráta chutí na jídlo a pití, snížení močení, nepravidelné dýchání.

Položka č.11: Myslíte si, že při ošetrovatelské péči je dostatečně respektováno soukromí umírajících pacientů na Vašem oddělení?

Tabulka č.11 – Soukromí umírajících pacientů

odpověď	počet	v %
ano	10	17 %
spíše ano	18	30 %
spíše ne	24	40 %
ne	8	13 %

Graf č.11 – Soukromí umírajících pacientů



Popis grafu:

17 % respondentů si myslí, že je soukromí umírajících pacientů na jejich oddělení dostatečně respektováno, 30 % se přiklonilo k odpovědi spíše ano, 40 % se domnívá, že spíše ne a 13 % dotazovaných vybralo odpověď d) ne.

Položka č.12: Co si představujete pod pojmem „terapeutická komunikace“?

Tabulka č.12 – Co je to terapeutická komunikace?

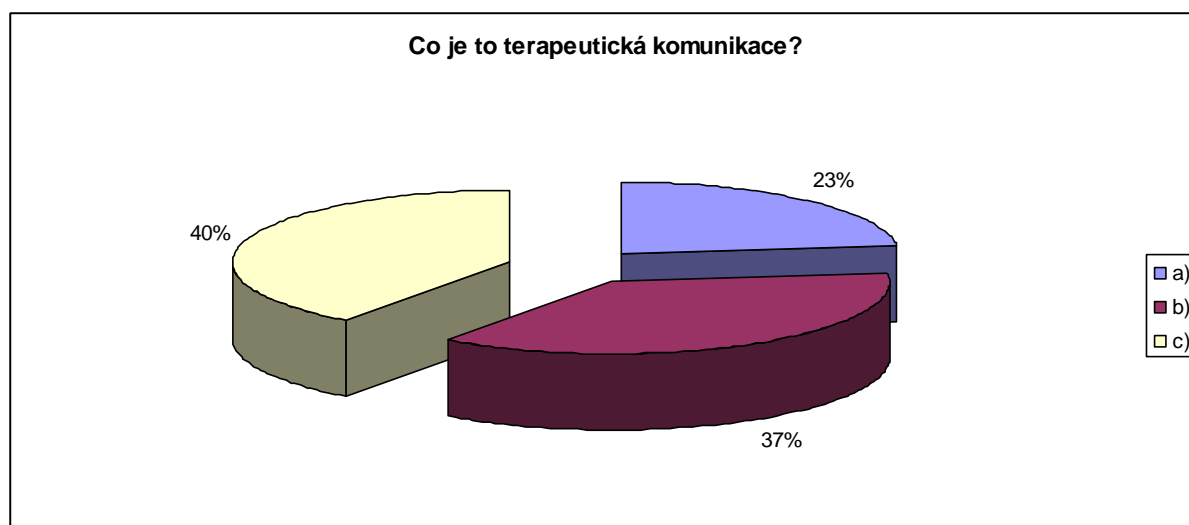
odpověď	počet	v %
* a)	14	23 %
b)	22	37 %
c)	24	40 %

* a) rozhovor umírajícího pacienta s psychologem nebo pastorem

b) součást rehabilitační techniky, zaměřené na posílení fyzické aktivity a pocitu úplnosti pacienta

c) komunikační technika, napomáhající pacientovi v překonání stresu a psychických překážek

Graf č.12 – Co je to terapeutická komunikace?



Popis grafu:

23 % respondentů považuje terapeutickou komunikaci za rozhovor umírajícího pacienta s psychologem nebo pastorem, 37 % se sklonilo k odpovědi b) součást rehabilitační techniky, zaměřené na posílení fyzické aktivity a pocitu úplnosti pacienta a 40 % si myslí, že terapeutická komunikace je komunikační technikou, napomáhající pacientovi v překonání stresu a psychických překážek.

Položka č.13: Co si představujete pod pojmem „haptika“?

Tabulka č.13 – Co to je haptika?

odpověď	počet	v %
* a)	14	23 %
b)	29	49 %
c)	6	10 %
d)	11	18 %

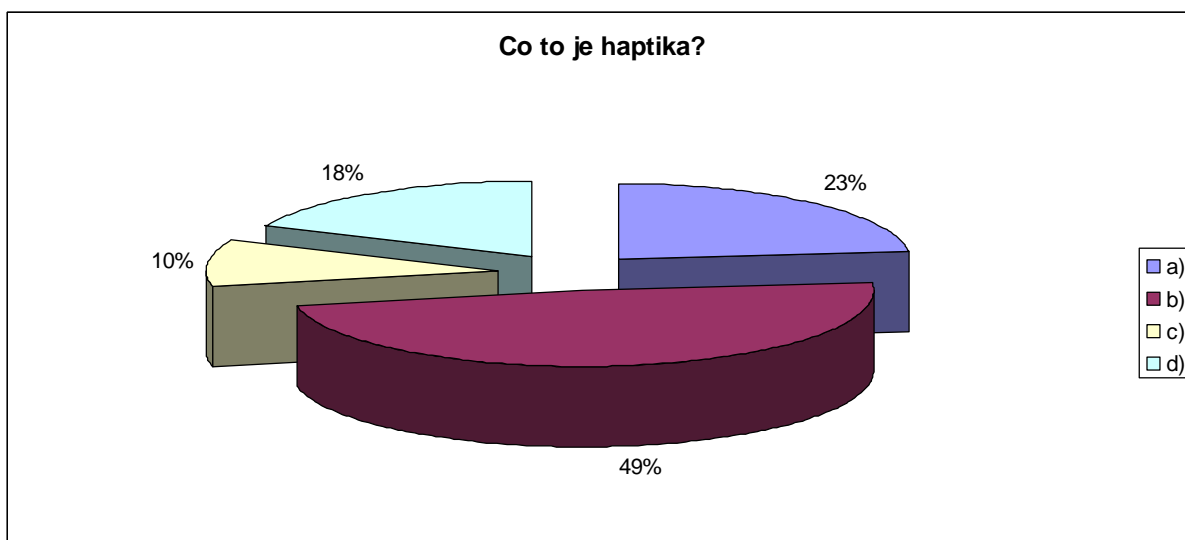
* a) komunikace prostřednictvím svalů obličeje

b) komunikace prostřednictvím doteků

c) kontakt očí, vzájemné pohledy

d) pohyby jednotlivých částí těla

Graf č.13 – Co to je haptika?



Popis grafu:

23 % respondentů uvedlo, že haptika je komunikace prostřednictvím svalů obličeje, 49 % si myslí, že haptika je komunikace prostřednictvím doteků, 10 % dotazovaných si pod pojmem „haptika“ představuje kontakt očí, vzájemné pohledy a 18 % považuje haptiku za pohyby jednotlivých částí těla.

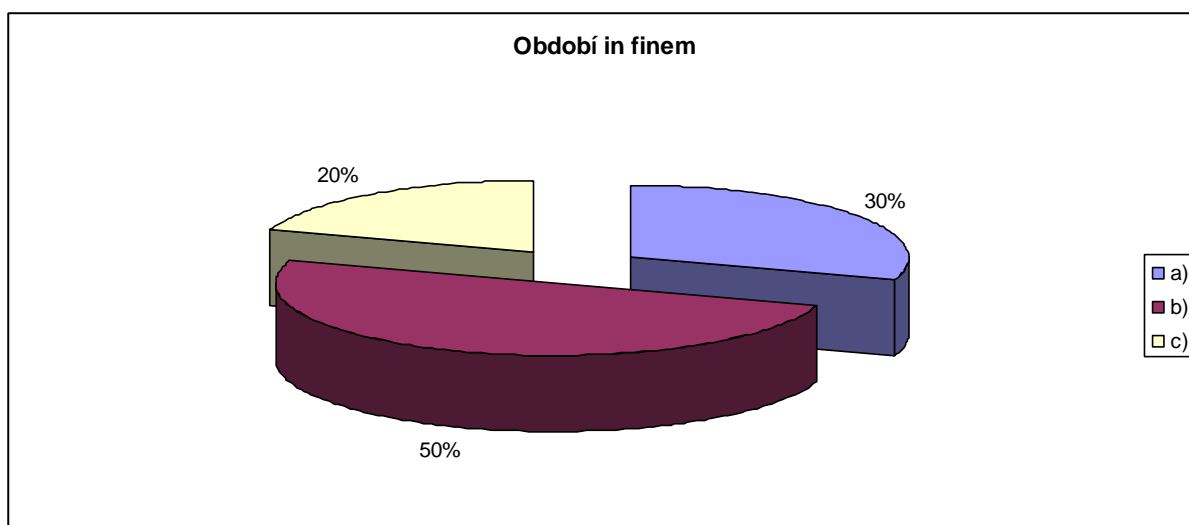
Položka č.14: Kdy nastává období in finem?

Tabulka č.14 – Období in finem

odpověď	počet	v %
* a)	18	30 %
b)	30	50 %
c)	12	20 %

- * a) smrt je v kratším časovém horizontu vysoce pravděpodobná
b) postupně selhávají funkce orgánů, samotný terminální stav
c) je konstatována smrt pacienta

Graf č.14 – Období in finem



Popis grafu:

30 % dotazovaných se domnívá, že období in finem nastává když je smrt v kratším časovém horizontu vysoce pravděpodobná, 50 % označilo období in finem za postupné selhávání funkce orgánů, neboli samotný terminální stav a 20 % respondentů uvedlo jako správnou odpověď c) je konstatována smrt pacienta.

Položka č.15: Co byste udělal(a) jako první po úmrtí pacienta?

Tabulka č.15 – Po úmrtí pacienta na Vašem oddělení

odpověď	počet	v
* a)	13	22 %
b)	35	58 %
c)	9	15 %
d)	3	5 %

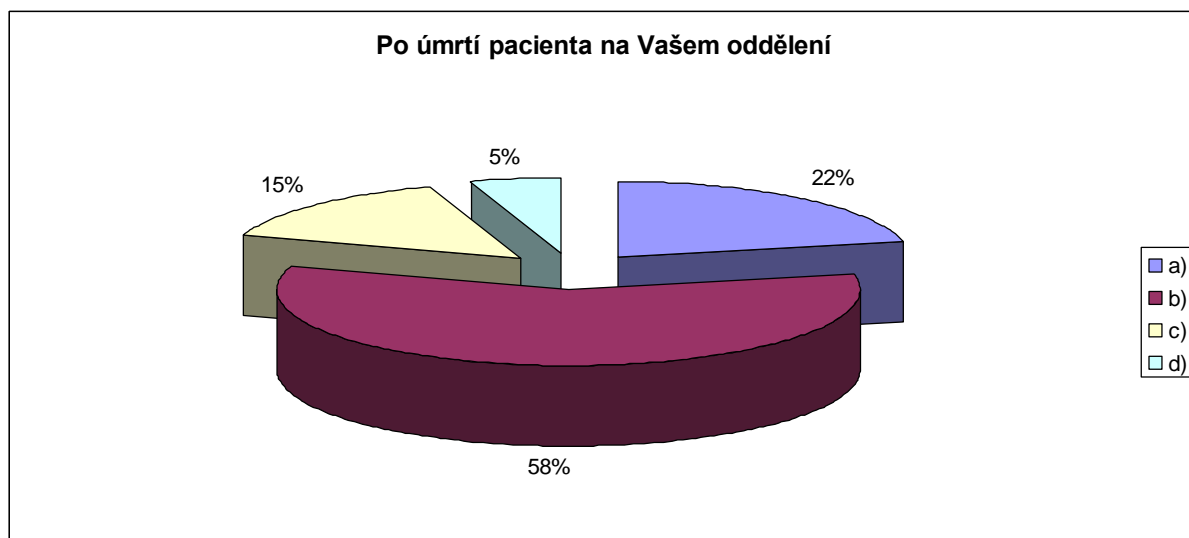
* a) odhlásím zemřelého ze stravování a ze stavu nemocných

b) přivolám lékaře

c) nevím, nechám to kolegovi/kolegyni

d) odstráním postelní prádlo a oděv zemřelého

Graf č.15 – Po úmrtí pacienta na Vašem oddělení



Popis grafu:

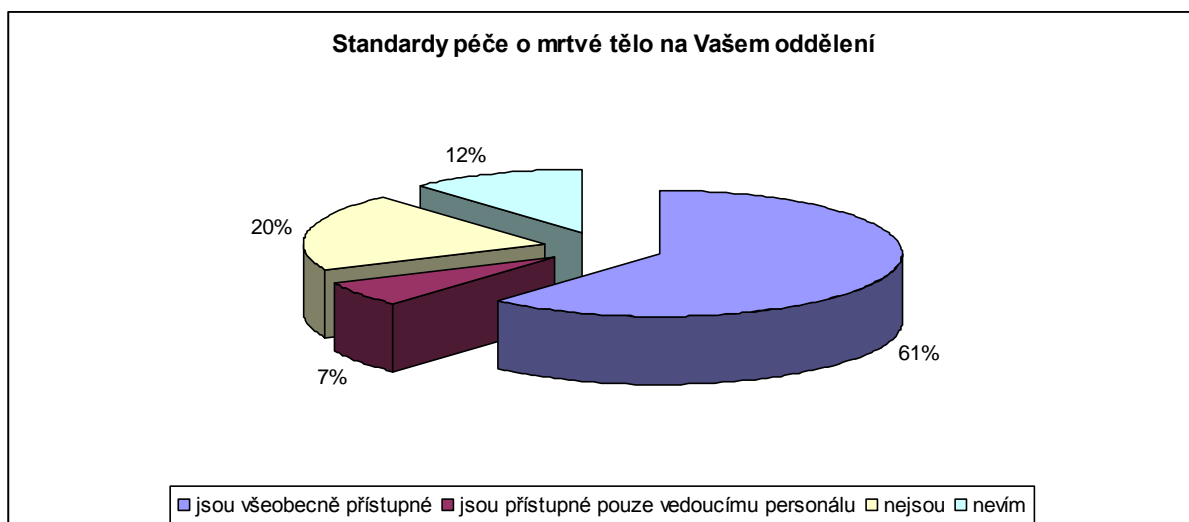
22 % dotazovaných uvádí, že po úmrtí pacienta na oddělení by nejdříve odhlásilo zemřelého ze stravování a ze stavu nemocných, 58 % by přivolalo lékaře, 15 % neví co by udělalo, nechalo by to kolegovi/kolegyni a 5 % respondentů by jako první odstranilo postelní prádlo a oděv zemřelého.

Položka č.16: Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení:

Tabulka č.16 – Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení

odpověď	počet	v %
jsou všeobecně přístupné	37	61 %
pouze vedoucímu personálu	4	7 %
nejsou	12	20 %
nevím	7	12 %

Graf č.16 – Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení



Popis grafu:

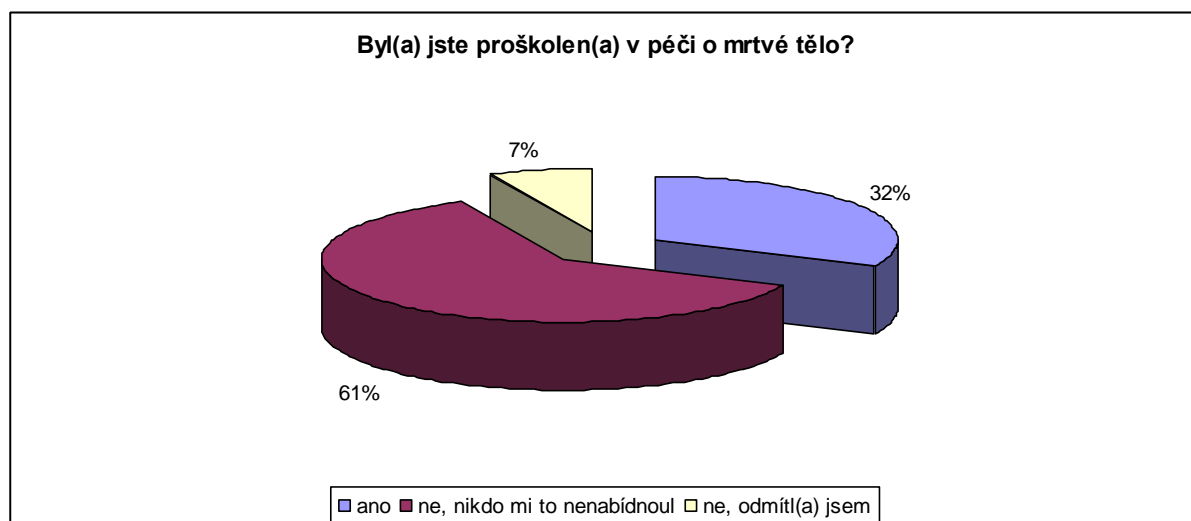
61 % respondentů uvádí, že standardy péče o mrtvé tělo na oddělení jsou všeobecně přístupné, 7 % uvádí, že standardy jsou přístupné pouze vedoucímu personálu, podle 20 % respondentů standardy péče o mrtvé tělo na oddělení vůbec nejsou, 12 % dotazovaných neví jestli má na oddělení takové standardy.

Položka č.17: Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?

Tabulka č.17 – Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?

odpověď	počet	v %
ano	19	32 %
ne, nikdo mi to nenabídnou	37	61 %
ne, odmítl(a) jsem	4	7 %

Graf č.17 – Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?



Popis grafu:

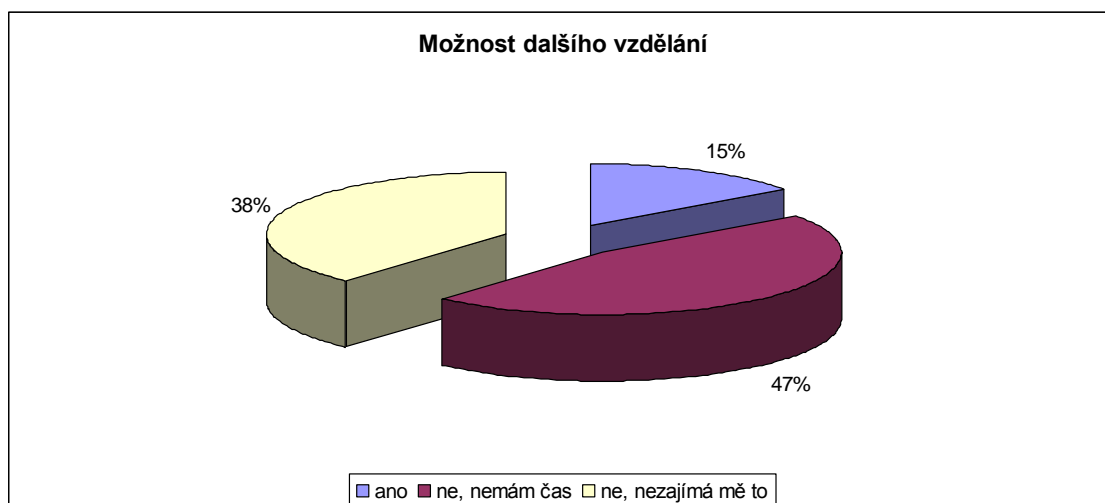
32 % dotazovaných bylo proškolen v péči o mrtvé tělo, 61 % respondentů nebylo žádné školení nabídnuto, 7 % školení odmítlo.

Položka č.18: Uvítal(a) byste další možnosti vzdělání v oblasti etických aspektů v péči o umírajícího pacienta?

Tabulka č.18 – Možnost dalšího vzdělání

odpověď	počet	v %
ano	9	15 %
ne, nemám čas	28	47 %
ne, nezajímá mě to	23	38 %

Graf č.18 – Možnost dalšího vzdělání



Popis grafu:

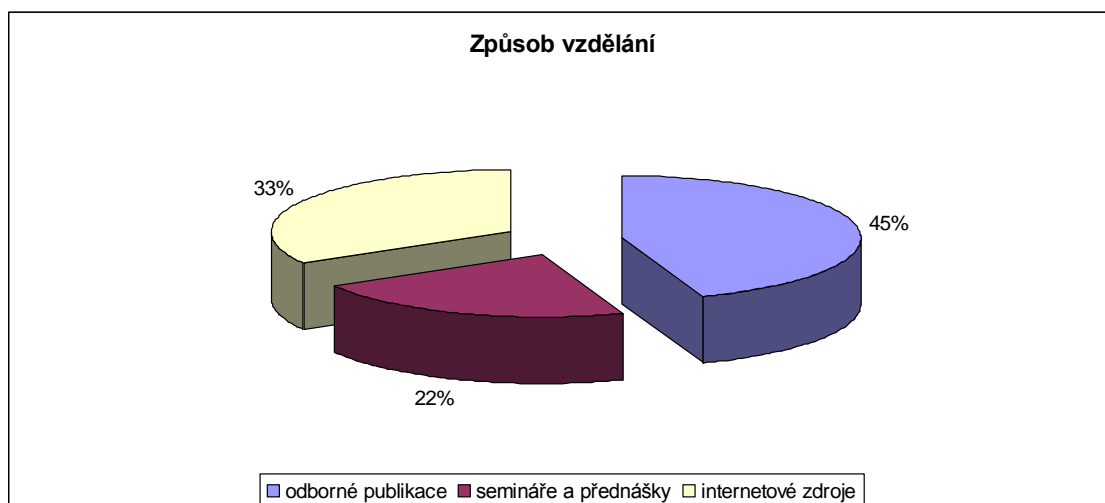
15 % ze všech dotazovaných by uvítalo další možnosti vzdělání v oblasti etických aspektů v péči o umírajícího pacienta, 47 % na další vzdělání v dané oblasti nemá čas, 38 % respondentů taková možnost nezajímá.

Položka č.19: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) „ano“, uveďte jaký způsob vzdělání v dané oblasti byste upřednostnil(a):

Tabulka č.19 – Způsob vzdělání

odpověď	počet	v %
odborné publikace	4	45 %
semináře a přednášky	2	22 %
internetové zdroje	3	33 %

Graf č.19 – Způsob vzdělání



Popis grafu:

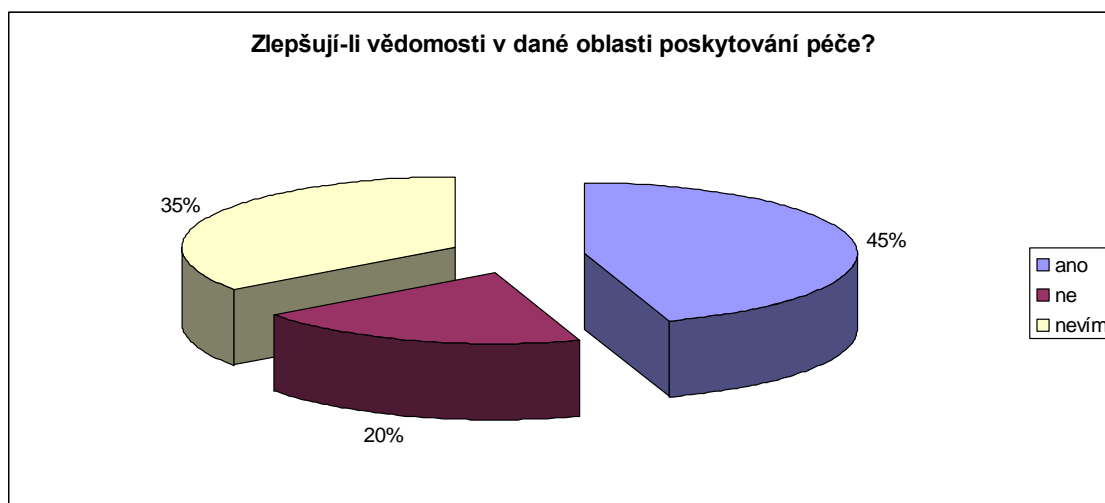
45 % dotazovaných by upřednostnilo odborné publikace jako způsob vzdělání v dané oblasti, 22 % se sklonilo k seminářům a přednáškám a 33 % respondentů by vybralo internetové zdroje.

Položka č.20: Domníváte se, že vědomosti v oblasti etických aspektů v péči o umírající pacienti mohou zlepšit poskytování péče?

Tabulka č.20 – Zlepšují-li vědomosti v dané oblasti poskytování péče?

odpověď	počet	v %
ano	27	45 %
ne	12	20 %
nevím	21	35 %

Graf č.20 – Zlepšují-li vědomosti v dané oblasti poskytování péče?



Popis grafu:

45 % respondentů se domnívá, že vědomosti v dané oblasti mohou zlepšit poskytování péče, 20 % si myslí, že ne a 35 % neví, zda by vědomosti v dané oblasti zlepšily poskytování péče.

7.1 Vyhodnocení

Návratnost dotazníků byla 93,75 %. Byli jsme překvapeni takovou ochotou zaměstnanců se na průzkumu podílet. Potvrzuje to skutečnost, že v posledních letech se o umírání a smrti hovoří víc a častěji, to znamená, že za několik let této téma přestane být tabuizované.

Ze 60 respondentů bylo 7 (12 %) mužů a 53 (88 %) žen. Souvisí to především s převahou žen mezi zdravotníci střední úrovní, neboť pozice všobecné sestry zůstává stále povoláním žen.

Co se týče urovní vzdělání zkoumaného souboru, nejpočetnější skupinu tvoří sestry se středním odborným vzděláním a to s 39 (65 %) respondenty, další 11 (18 %) uvedli svoji úroveň vzdělání jako vyšší odborné zdravotnické vzdělání. 6 (10 %) osob má vysokoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra a zdravotničti asistenti se středním odborným vzděláním jsou jenom 4 (7 %).

Průzkumného šetření se zúčastnilo 23 (38 %) zaměstnanců interního oddělení, 21 (35 %) onkologického a 16 (27 %) pracuje na neurologickém oddělení.

25 (42 %) dotazovaných pracuje od 3 do 6 let, 20 (33 %) uvádí délku své praxe od 6 do 10 let, 11 (18 %) jsou ve zdravotnictví 1 až 3 roky a 4 (7 %) vykonávají ošetrovatelské povolání více než 10 let.

Na položku č. 5, co je to etika, odpovědělo 35 (58 %) respondentů, že etika je správným jednáním v lidské společnosti, 16 (27 %) označilo etiku jako podstatu a strukturu výchovy a vzdělávání člověka a 9 (15 %) se domnívá, že etika je racionálním a kritickým zkoumáním světa a člověka. Z těchto údajů je zřejmé, že jenom 58 % vybralo správnou odpověď, což poukazuje na nízké vědomosti v této velmi důležité oblasti až u 42 % dotazovaných.

V položce č. 6 se jedná o osobě, která se poprvé zmínila o etických přístupech v ošetrovatelství. 36 (60 %) respondentů vybírá správnou odpověď, a konkrétně Florence Nightingale, 17 (28 %) si myslí, že tou osobou byla Virginie Henderson a pouze 7 (12 %) se domnívá, že to byla Matka Tereza. Překvapující je to, že si v této položce vybral

správnou odpověď respondent, který chyběl při položce č. 5, kde se jedná o tom, čím se zabývá etika. Proto předpokládáme, že někteří respondenti si správnou odpověď v této položce vybrali náhodně.

V položce č. 7 jsme ptali respondentů jestli znají jak se nazývá etický kodex, týkající se práv umírajících pacientů. Skoro polovina (53 %) označilo Chartu práv umírajících pacientů za správnou odpověď, 15 (25 %) dotazovaných se přiklonili k tomu, že ten kodex se nazývá práva umírajícího pacienta a 13 (22 %) si myslí, že se jedná o etický kodex práv umírajících pacientů. Bohužel jsme museli konstatovat, že v žádné ze třech položek, kde se jedná o etiku, neodpovědělo správně více než 60 %. Myslíme si, že je to dáno deficitem vědomostí a nezájmem o této téma, protože zdravotníci jsou zvyklí spíše na praktické činnosti, rychlé rozhodování, nezbyvá žádný čas na přemýšlení o něčem, co se nemůže ověřit v dané situaci.

Na položku č. 8, zda, podle názoru respondentů, mohou umírající pacienti podílet se na rozhodování týkající se péče o něj, odpověděla 31 (52 %) osoba kladně, 24 (40 %) dotazovaných má k tomu záporný vztah a 5 (8 %) respondentů neví, jestli by mohli umírající pacienti spolurozhodovat o péči. Takovou eticky důležitou věc, jako spolurozhodování pacienta o péči, skoro polovina (40 %) všimá jako nemožnou, což je docela smutný, protože pak v důsledku toho má pacient pocity méněcennosti a převažuje paternalistický vztah ze strany sestry, tzn. sestra zaujímá dominantní pozice. Tato skutečnost je v rozladu se zásadami etického kodexu *Práva pacientů*.

V položce č. 9 se ověřují znalosti respondentů o paliativní péči. Převážná většina (69 %) si myslí, že paliativní péče je lékařský a ošetrovatelský systém péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu, 14 (23 %) dotazovaných považuje za paliativní péče péči výhradně o mrtvé tělo, administrativní záležitosti, pozůstalost a pouze 5 (8 %) osob se domnívá, že je to individuální péče o pacienta. Z výsledků vyplývá, že 41 osob ze 60 umí správně definovat paliativní péče, vysvětluje se to tím, že sestry při výkonu svého povolání velice často setkávají s umrtím a díky léty praxe a zkušenostem mají dostatek znalostí o této problematice.

V položce č. 10 jsme ptali respondentů, co by zařadili mezi příznaky blížící se smrti. Nejpočetnější zastoupení, 34 (57 %), mají celková slabost a únava, ztráta chutí na jídlo a pití, snížení močení a nepravidelné dýchání. Dále 14 (23 %) osob volí ztrátu

chutí na jídlo a pití, nepravidelné dýchání, nepravidelné dýchání a poruchu paměti. 9 (15 %) osob uvádí celkovou slabost a únavu, bolesti hlavy, ztrátu chutí na jídlo a pití a vysoký tlak. Jenom 3 (5 %) osoby uvádí ochrnutí poloviny těla, poruchy zraku, snížení močení a nepravidelné dýchání. Z výše uvedených údajů jsme došli k závěru, že až 43 % sester a zdravotnických asistentů neví jaké příznaky má blížící se smrt.

Na položku č. 11, jestli si respondenti myslí, že při ošetrovatelské péči je dostatečně respektováno soukromí umírajících pacientů, jsme obdrželi velice rozmanité procenta u 4 odpovědí. Spíše ne volí až 24 (40 %) osoby. 18 (30 %) osob odpovídá spíše ano. 10 (17 %) se přiklonilo k odpovědi ano a 8 (13 %) odpovídá jednoznačně ne. V této položce zdravotníci projeví odvahu při zamyšlení se nad svoji každodenní prací. Zarážející je, že většina (40 %) dotazovaných vybírá odpověď spíše ne a 13 % ne.

U položky č. 12, co si představujete pod pojmem „*terapeutická komunikace*“, respondenti měli zase rozmanité odpovědi. Překvapivě pouze 24 (40%) vybírá správnou odpověď *komunikační technika, napomáhající pacientovi v překonání stresu a psychických překážek. Až 22 (37 %) osoby si myslí, že jde o součást rehabilitační techniky, zaměřené na posílení fyzické aktivity a pocitu úplnosti pacienta. 14 (23 %) osob si pod pojmem „terapeutická komunikace“ představuje rozhovor umírajícího pacienta s psychologem nebo pastorem. Zde je jasně vidět nedostatek znalosti u sester a zdravotnických asistentů v oblasti komunikace.*

V položce č. 13 jsme ptali respondentů co si představují pod pojmem „*haptika*“. 29 (49 %) osob uvádí, že je to komunikace prostřednictvím doteků. 14 (23 %) dotazovaných si myslí, že je to komunikace prostřednictvím svalů obličeje. 11 (18 %) osob so domnívá, že jsou to pohyby jednotlivých částí těla a pouze 6 (10 %) osob považuje za haptiku kontakt očí, vzájemné pohledy. V této položce se nám opět potvrdily dojmy, že většina z respondentů nemá dostatek znalostí v oblasti komunikace.

V položce č. 14 jsme ověřovali, jestli znají respondenti kdy nastává období in finem. Přesně polovina ví, že období in finem nastává při postupném selhávání funkcí orgánů, tzn. samotný terminální stav. 18 (30 %) osob uvádí, že období in finem nastává, když je smrt v kratším časovém horizontu vysoce pravděpodobná. 12 (20 %) osob si myslí, že o období in finem jde, pokud je konstatována smrt pacienta. Procentový

poměr nám znova ukazuje na chybění vědomostí u respondentů v oblasti umírání. Může to být tím, že málokdo se zaměřuje na oblast thanatologie pouze ze vlastního zájmu.

V položce č. 15 jsme ptali zdravotníků co by udělali po úmrtí pacienta jako první. 35 (58 %) osob uvádí, že by nejdřív přivolali lékaře, 13 (22 %) by odhlásilo zemřelého se stravování a ze stavu nemocných, což nám ukazuje, že 13 osob se zaměřuje nejdřív na administrativní věci, je to dáno možná tím, že v dnešní době je kláden obrovský důraz na dokumentaci a sestra občas mívá strach, že něco nestihne zapsát/oznámít, nebo se na to zapomene. 9 (15 %) osob neví, co by se mělo udělat a nechali by to kolegovi, což je projevem strachu a nejistoty v tom, co se týče péči o zemřelého, takové pocity se často můžou objevovat zvláště u mladých zdravotníků. Pouze 3 (5 %) osoby by nejdřív odstranilo postelní prádlo a oděv zemřelého, což je jasnou známkou neznalosti postupů při úmrtí pacienta na oddělení.

U položky č. 16 se jedná o standardy péče o mrtvé tělo na oddělení. 37 (61 %) osoby, které činí většinu, uvádí, že standardy péče o mrtvé tělo na jejich oddělení jsou všeobecně přístupné, 12 (20 %) respondentů se domnívá, že takové standardy na oddělení nejsou, 7 (12 %) zdravotníků neví a 4 (7 %) osoby uvádí, že standardy jsou přístupné pouze vedoucímu personálu. Z této položky vyplývá, že pouze 37 zaměstnanců ze 60 ví, že takové standardy jsou všeobecně přístupné, je to ukázkou toho, že ostatní 23 osoby nejsou o tom informovány, což je nedostatkem ze bud' ze strany vedoucího provozu, který nedostatečně informuje zaměstnanci, nebo neochotou samotných zaměstnanců zabývat se této problematikou.

V položce č. 17 jsme se dotazovali, zda respondenti byli proškoleni v péči o mrtvé tělo. 37 (61 %) z nich uvádí, že ne, nikdo jim to nenabídnou, což považujeme za alarmující. 19 (32 %) osob uvádí, že ano a 4 (7 %) z nich takové školení odmítlo. V této souvislosti jsme názoru, že většina dotazovaných zdravotníků není vůbec připravená na ošetrovatelskou péči o umírajícího člověka. Eticky správný přístup k umírajícím se dá osvojit každodenní praxí, ale je pravda, že někteří zdravotníci se záměrně vyhýbají kontaktu s umírajícím pacientem.

V položce č. 18 jsme ptali respondenti, zda by uvítali další možnosti vzdělání v oblasti etických aspektů v péči o umírajícího pacienta. 28 (47 %) dotazovaných, což představuje většinu, uvádí, že na další vzdělání nemá čas, 23 (38 %) se o této téma

nezajímá a pouze 9 (15 %) osob by uvítalo takovou možnost. Takové výsledky je možné vysvětlit tím, že sestry a zdravotničtí asistenti jsou pracovním vytížení a v oblasti jejich vzdělávání etika a umírání nejsou moc vyhledávaným tématem.

V položce č. 19 jsme ptali jen těch respondentů, kteří v položce č. 18 odpověděli kladně, bylo jich pouze 9. 4 (7 %) osoby se sklonilo k odborným publikacím a dalo by se to vysvětlit tím, že odborné publikace jsou nejdostupnějším zdrojem v nemocnicích. 3 (5 %) osoby vybralo internetové zdroje, je to v dnešní době velmi pohodlná a rychlá možnost najít něco, o co se člověk opravdu zajímá. Nakonec pouze 2 (3 %) osoby by uvítalo semináře a přednášky. Stále pozorujeme situace, že převládá opravdu velmi malý zájem o problematiku péči o umírající pacienti.

V poslední položce č. 20 jsme ptali, jestli se respondenti domnívají, že vědomosti v oblasti etických aspektů v péči o umírající pacienti mohou zlepšit poskytování péče. 27 (45 %) respondentů uvádí, že ano. 21 (35 %) osoba neví a 12 (20 %) vybralo odpověď ne. Výsledky vypovídají, že o vzdělání v této oblasti zájem není, protože 35 % dotazovaných je přesvědčeno, že vědomosti v této oblasti nemohou zlepšit poskytování péče a 20 % neví, přesto by bylo velmi žádoucí, aby dotazované se začali pomalu tímto tématem zabývat. Mělo by to velký přínos jak pro pacienta, tak pro pečujícího.

7.2 Analýza

Analýza výsledků hlavního cíle průzkumu

Odpovědi nám potvrdily hlavní cíl průzkumu, v rámci kterého jsme zjišťovali informovanost sester a zdravotnických asistentů o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta. Podařilo se nám prokázat, že většina sester a zdravotnických asistentů nemá dostatečné znalosti v oblasti etických přístupů k umírajícímu pacientovi. Zhruba jen polovina projevila vědomosti v oblasti etiky. Na druhé straně můžeme se ale obávat, že na některé otázky odpovídali respondenti náhodně. Dá se to vysvětlit tím, že většina dotazovaných neprojevuje velký zájem o tuto problematiku.

Analýza výsledků vedlejšího cíle 1

V rámci vedlejšího cíle 1 jsme zjišťovali míru informovanosti sester a zdravotnických asistentů v oblasti umírání a paliativní péči. Poměrně velká část dotazovaných (69 %) by uměla vysvětlit pojem „*paliativní péče*“ a vyjmenovat příznaky umírání (57 %).

Analýza výsledků vedlejšího cíle 2

V rámci vedlejšího cíle 2 jsme zjišťovali, zda sestry a zdravotnické asistenti jsou dostatečně proškolené v péči o umírajícího pacienta a zda mají zájem se dál v této oblasti vzdělávat. Provedený průzkum nám ukázal, že většině respondentů (61 %) žádné školení nebylo nabídnuto a 7 % dotazovaných takové školení odmítlo. Dále nám průzkumné šetření vypovědělo, že pouze 9 osob by uvítalo další možnosti vzdělání v této oblasti. Za znepokojující výsledek považujeme skutečnost, že jen 45 % respondentů uvádí, že vědomosti v oblasti etiky umírání by mohly zlepšit poskytování péče.

Analýza výsledků průzkumných otázek

První průzkumná otázka zněla: *Má více než polovina sester a zdravotnických asistentů znalosti o etických aspektech v péči o umírajícího pacienta?*

Na tuto otázku jsme získali odpověď pomocí vypočítání průměrů správných odpovědí a zjistili jsme, že v průměru dostatek znalosti v této oblasti má jen 28 osob ze 60, činí to jen 46,66 %, což je méně, než polovina.

Z naší vlastní praxe jsme tento výsledek předpokládali.

Druhá průzkumná otázka zněla: *Zná více než polovina sester a zdravotnických asistentů jak se má pečovat o umírajícího pacienta?*

Tato otázka byla potvrzena tím, že v průměru 35 (58 %) osob ze 60 zná jak se má pečovat o umírajícího pacienta, což je víc než polovina.

Třetí průzkumná otázka zněla: *Je více než polovina sester a zdravotnických asistentů dostatečně proškolená v péči o umírajícího pacienta a má zájem se dál v této oblasti vzdělávat?*

Jen 19 (32 %) osob bylo proškoleny v péči o umírajícího pacienta, 37 (61 %) respondentům žádné školení nabídnuto nebylo a 4 (7 %) osoby školení odmítlo.

Pouze 9 (15 %) zdravotníků by mělo zájem o vzdělání a prohloubení svých vědomostí, což znamená, že více, než polovina (51 %) zájem nemá. Větší zájem o této problematice by měl velký přínos jak pro pacienta, tak pro pečujícího.

7.3 Diskuze

Výsledky našeho průzkumu jsou obtížně porovnatelné s jinými autory, protože podle nám dostupných informací se tomuto tématu ještě nikdo nevěnoval, ale o takových tématech jako je umírání v nemocnici a komunikace s umírajícím pacientem již několik prací pojednává.

Podobnému tématu se v roce 2008 věnovala paní Pavla Mikudimová, která provedla své průzkumné šetření na oddělení dlouhodobě nemocných, interním, ARO, onkologickém a plicním ve Fakultní nemocnici v Brně. Tímto šetřením zjišťovala názory studentů VOŠZ a sester z výše uvedených oddělení na informovanost veřejnosti o problematice umírání, zda by si přáli, aby jejich blízký zemřel v nemocnici a zda je respektováno soukromí pacientů při ošetrovatelských činnostech. Při porovnání názorů a postojů k problematice došla autorka např. ke zjištění, že až 62 % zdravotníků se přiznalo, že soukromí pacientů není dostatečně respektováno. Autorka šetření ukazuje, že 54 % zdravotníků má názor, že umírajícím v nemocnici není umožněn důstojný odchod z tohoto světa a polovina si myslí, že pacienti mají možnost spolurozhodovat o péči o ně.

Jelikož průzkumné šetření paní Pavly Mikudimové není úzce spjaté s etickými přístupy v péči o umírající pacienti, výsledky našich prací nepovažujeme za porovnatelné.

Při porovnání se šetřením realizovaným prodělkou pro pedagogickou činnost doc. PhDr. Darjou Jarošovou, Ph.D. na Fakultě zdravotnických studií Ostravské univerzity v roce 2001 jsme našli podobné výsledky, konkrétně také to, že sestry převážně nemají zájem o vzdělání a prohloubení svých vědomostí v této oblasti.

7.4 Doporučení pro praxi

Přístup k umírajícímu pacientovi bývá velmi obtížný, nicméně je velmi důležité pro zdravotnický personál umět komunikovat s takovým pacientem, umět mu naslouchat. Aby si zdravotník osvojil eticky správný postup k umírajícím, měl by mít dostatek vědomostí jak o etice, tak o umírání a paliativní péči, neboli péče o umírajícího člověka je jedna z nejnáročnějších a nejsmutnějších povinností ošetřujícího personálu, který je navíc zatížen smutkem a stresem. Průzkumné šetření nám potvrdilo skutečnost, že zdravotníci mají méně znalostí o etice, než o paliativní péči a zároveň i skutečnost, že jen malá část respondentů byla proškolená v této oblasti. I přes nedostatek vědomostí v oblasti etických aspektů v péči o umírající, není zájem o vzdělání a prohloubení znalostí na vybraných odděleních. Z toho plyne, že vedoucí personál by měl mít větší zájem o školení zaměstnanců a pořádat více vzdělávacích akcí.

Na základě výsledků našeho průzkumu navrhuje následná doporučení pro praxi:

Doporučení pro management:

- umožnění snadné dostupnosti k informacím, týkajícím se péče o umírajícího (standarty, směrnice)
- dodání na oddělení zdravotnické a ošetrovatelské literatury (časopisy Sestra, Diagnóza, zdravotnické noviny apod.)
- vytvoření stručné interní příručky na téma „*Péče o umírajícího pacienta z etického hlediska*“, která by měla obsahovat informace o samotném umírání, o jeho příznacích, o etickém zacházení s umírajícím pacientem a jeho rodinou a v neposlední řadě i o péči o tělo zemřelého
- realizace odborných seminářů na téma etické aspekty v péči o umírajícího
- monitorace plnění školení a doporučených vzdělávacích aktivit
- kontrola, zda ošetrovatelská péče je prováděna v souladu s vnitřními předpisy a Chartou práv umírajících pacientů
- kontrola, zda u zaměstnanců nedochází k projevům syndromu vyhoření

Doporučení pro střední, vyšší a vysoké školy:

- pořádání více vyučovacích hodin, týkajících se etiky, thanatologie a paliativní péče
- častější pořádání kurzů a seminářů na toto téma

Doporučení pro zdravotnický personál:

- seznámení se s interní příručkou „*Péče o umírajícího pacienta z etického hlediska*“
- aktivní vyhledání odborné literatury, časopisů, internetových stránek
- účast na školení, přednáškách, kurzech a seminářích
- důstojná a profesionální péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu v souladu s vnitřními předpisy a Chartou práv umírajících pacientů
- dbání na dodržování etického kodexu sestry a práv pacientů
- dodržení dobré životosprávy jako prevence syndromu vyhoření

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá etickými aspekty v péči o umírajícího pacienta, a konkrétně etikou, paliativní péčí, umíráním a mírou informovanosti sester a zdravotnických asistentů v této oblasti.

Teoretická část shrnuje informace o etice, etických kodexech, procesu umírání, paliativní péči a nárocích na personál. Zmiňovali jsme se o principech bioetiky a úkolech sestry z etického hlediska. Podrobněji jsme popsali komunikaci s umírajícím pacientem, jak verbální, tak neverbální. Věnovali jsme pozornost i potřebám umírajícího a komplikacím ze strany zdravotníků, jako je syndrom vyhoření.

V empirické části jsme zjišťovali míru informovanosti sester a zdravotnických asistentů v oblasti etických aspektů v péči o umírající pacienti a zájem o další vzdělávání v této oblasti. Odpovědi na průzkumné otázky jsme získali pomocí nestandardizovaného dotazníku. Výsledky průzkumu ukázaly, že respondenti jsou obeznámeni s paliativní péčí a umíráním víc, než s etikou a etickými aspekty. Průzkumné šetření bylo provedeno v Nemocnici Rudolfa a Stefanie, a.s. Benešov.

Výsledky průzkumného šetření poukazují na to, že je nezbytně nutné, aby ve zdravotnických zařízeních byly provedené kurzy, semináře, přednášky na danou tematiku. Podrobnější návrhy jsme uvedli v doporučení pro praxi (viz kapitola Doporučení pro praxi 8.4).

Péče o umírajícího pacienta je velké privilegium, proto zdravotník musí být dostatečně proškolen a erudován v této problematice, musí vědět, co dělat, umět to dělat a mít zájem o další vzdělávání. U lůžka umírajícího nemocného můžeme dát jen to, co v sobě máme. Sestra nebo zdravotnický asistent může těžce nemocnému opravdu pomoci jen tehdy, jestliže si bude vědom svého vlastního postoje k utrpení a smrti, neboť umírání a smrt je logickou součástí života.

Přejeme si, aby naše práce sloužila jako informační zdroj pro sestry všech profesí a také pro žáci středních a vyšších odborných škol a studenti oboru Ošetřovatelství.

POUŽITÁ LITERATURA

(Zpracováno dle ČSN ISO 690:2011)

MONOGRAFIE

1. ARANDA, Sanchia; O'CONNOR, Margaret. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Z angl. orig. přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. FARKAŠOVÁ, Dana. aj. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. JANKOVSKÝ, Jiří. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
6. KUTNOHORSKA, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
7. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1993. *O smrti a umírání*. Z něm. orig. přel. Jiří Královec. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 252 s. ISBN 80-900134-6-5.
8. KYMROVÁ, Eva. 2011. *Holistické přístupy v psychologii*. Plzeň: Maurea, 2011. 186 s. ISBN 978-80-904955-0-0.
9. LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně : pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
10. MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. 2004. *Patologie*. Praha: Grada, 2004. 372 s. ISBN 80-247-0785-3.
11. MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
12. MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelství 2.díl*. Praha: Grada, 2010. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
13. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
14. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

15. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň: Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
16. PAYNE, Sheila; SEYMOUR, Jane; INGLETON, Christine. 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Z angl. orig. přel. Ivo Lukáš. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 806 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
17. POKORNÁ, Andrea. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
18. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
19. SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4330-8.
20. THEOVÁ, Anne-Mei. 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Z angl. orig. přel. Jiří Ogrocký. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 248 s. ISBN 978-80-87029-24-4.

ČASOPISY

1. DUBCOVÁ, Iva. 2011. Etika umírání a smrti. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 10, s. 44-46.
2. DUČAIOVÁ, Jarmila; LITVÍNOVÁ, Blažena. 2011. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 10, s. 49-50.
3. KLEVERTOVÁ, Dana. 2011. Být tím, kdo dokáže provázet na sklonku života. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 10, s. 47-48.
4. KOLEGAROVÁ, Olga. 2006. Komunikace sester s umírajícími a jejich nejbližšími. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2006, č. 9, s. 26.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Charta práv umírajících. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://ofn.cz/informace-pro-pacienty/charta-prav-umirajicich>

Etický kodex sester [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: http://www.capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html

Hippokratová přísaha [online]. [cit. 2012-11-09]. Dostupné z:

<http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

Práva pacientů. Liga lidských práv [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z:

<http://www.llp.cz/cz/temata/lidska-prava-ve-zdravotnictvi/prava-pacientu/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	V
Příloha C – Charta práv umírajících pacientů	VI
Příloha D – Etický kodex sester	IX

Příloha A – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kamilla Nikitina a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze 5. Dotazník, který dostáváte do rukou, je anonymní, dobrovolný a je určen pro zpracování mé bakalářské práce na téma „*Etické aspekty v péči o umírajícího pacienta*“. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o jeho vyplnění.

Při jednotlivých položkách vyberte jen jednu možnost, která se nejvíce přibližuje Vašemu názoru a tu označte kroužkem.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Kamilla Nikitina

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaká je vaše úroveň vzdělání?

- a) střední odborné zdravotnické vzdělání (obor všeobecná sestra)
- b) střední odborné zdravotnické vzdělání (obor zdravotnický asistent)
- c) vyšší odborné zdravotnické vzdělání
- d) vysokoškolské vzdělání ve zdravotnickém oboru

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interní oddělení
- b) onkologické oddělení
- c) neurologické oddělení

4. Jak dlouho pracujete?

- a) 1 - 3 roky
- b) 3 - 6 let
- c) 6 - 10 let
- d) více než 10 let

5. Etika z Vašeho pohledu se zabývá...:

- a) racionálním a kritickým zkoumáním světa a člověka
- b) podstatou a strukturou výchovy a vzdělávání člověka
- c) správným jednáním v lidské společnosti

6. Kdo se poprvé zmínil o etických přístupech v ošetrovatelství?

- a) Florence Nightingale
- b) Matka Tereza
- c) Virginie Henderson

7. Jak se nazývá etický kodex, týkající se práv umírajících pacientů?

- a) etický kodex práv umírajících pacientů
- b) práva umírajícího pacienta
- c) charta práv umírajících pacientů

8. Mohou-li, podle Vašeho názoru, umírající pacienti podílet se na rozhodování týkající se péče o něj?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Co považujete za paliativní péči?

- a) individuální péči o pacienta, "každý pacient má vlastní sestru"
- b) lékařský a ošetrovatelský systém péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu
- c) péče výhradně o mrtvé tělo, administrativní záležitosti, pozůstalost

10. Co byste zařadil(a) mezi příznaky blížící se smrti?

- a) celková slabost a únava, bolesti hlavy, ztráta chutí na jídlo a pití, vysoký tlak
- b) ztráta chutí na jídlo a pití, nepravidelné dýchání, snížení močení, porucha paměti
- c) ochrnutí poloviny těla, poruchy zraku, snížení močení, nepravidelné dýchání
- d) celková slabost a únava, ztráta chutí na jídlo a pití, snížení močení, nepravidelné dýchání

11. Myslite si, že při ošetrovatelské péči je dostatečně respektováno soukromí pacientů v terminálním stavu na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Co si představujete pod pojmem „terapeutická komunikace“?

- a) rozhovor umírajícího pacienta s psychologem nebo pastorem
- b) součást rehabilitační techniky, zaměřené na posílení fyzické aktivity a pocitu úplnosti pacienta
- c) komunikační technika, napomáhající pacientovi v překonání stresu a psychických překážek

13. Co si představujete pod pojmem „haptika“?

- a) komunikace prostřednictvím svalů obličeje
- b) komunikace prostřednictvím doteků
- c) kontakt očí, vzájemné pohledy
- d) pohyby jednotlivých částí těla

14. Kdy nastává období in finem?

- a) smrt je v kratším časovém horizontu vysoce pravděpodobná
- b) postupně selhávají funkce orgánů, samotný terminální stav
- c) je konstatována smrt pacienta

15. Co byste udělal(a) jako první po úmrtí pacienta?

- a) odhlásím zemřelého ze stravování a ze stavu nemocných
- b) přivolám lékaře
- c) nevím, nechám to kolegovi/kolegyni
- d) odstraním postelní prádlo a oděv zemřelého

16. Standardy péče o mrtvé tělo na Vašem oddělení:

- a) jsou všeobecně přístupné
- b) jsou přístupné pouze vedoucímu personálu

- c) nejsou
- d) nevím

17. Byl(a) jste proškolen(a) v péči o mrtvé tělo?

- a) ano
- b) ne, nikdo mi to nenabídnou
- c) ne, odmítl(a) jsem

18. Uvítal(a) byste další možnosti vzdělání v oblasti etických aspektů v péči o umírajícího pacienta?

- a) ano
- b) ne, nemám čas
- c) ne, nezajímá mě to

19. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) „ano“, uveďte jaký způsob vzdělání v dané oblasti byste upřednostnil(a):

- a) odborné publikace (noviny, časopisy, filmy)
- b) semináře a přednášky v rámci oddělení nebo nemocnice
- c) internetové zdroje

20. Domníváte se, že vědomosti v oblasti etických aspektů v péči o umírající pacienti mohou zlepšit poskytování péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	NIKITIŇA KAMIĽLA	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3.AVS
Téma práce	ETICKÉ ASPEKTY V PĚČI O UMIRA- JÍCÍHO PACIENTA	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEMOCNICE RUDOLFA A STEFANIE A.S. BENEŠOV	
Jméno vedoucího práce	PHDr. EVA KYMROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím podpis	

Nemocnice Rudolf a Stefanie Benešov, a.s.
nemocnice středoevropského kráje
Máchova 400
256 30 Benešov

V PRAZE dne 26. 11. 2012

.....
podpis studenta

Příloha C – Charta práv umírajících pacientů

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

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

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

Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

Aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.

Aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.

Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.

Aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.

Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.

Aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.

Aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.

Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.

Aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.

Aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

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

Aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.

Aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.

Aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.

Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v "pořízení" nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit.

Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.

Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života".

Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.

Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt“. (Charta práv umírajících. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://ofn.cz/informace-pro-pacienty/charta-prav-umirajicich>)

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Příloha D – Etický kodex sester

Etická pravidla zdravotní péče:

„Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

1) Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

2) Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

3) Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

4) Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

5) Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče“. (Etický kodex sester [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: http://www.capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html)